

T. C.
İZMİR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK HUKUKU ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TIBBİ UYGULAMALARDA
EKİP İŞ BİRLİĞİ VE GÜVEN İLKESİ**

Yakup Gökhan DOĞRAMACI

Danışman
Yrd. Doç. Dr. Zekiye Özen İNCİ

İZMİR - 2016

T. C.
İZMİR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK HUKUKU ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TIBBİ UYGULAMALARDA
EKİP İŞ BİRLİĞİ VE GÜVEN İLKESİ**

Yakup Gökhan DOĞRAMACI

Danışman
Yrd. Doç. Dr. Zekiye Özen İNCİ

İZMİR - 2016

T. C.
İZMİR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK HUKUKU ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TIBBİ UYGULAMALARDA
EKİP İŞ BİRLİĞİ VE GÜVEN İLKESİ

Yakup Gökhan DOĞRAMACI

Tez Danışmanı:
Yrd. Doç. Dr. Zekiye Özen İNCİ

Tez Jürisi Üyeleri

Adı ve Soyadı

İmzası

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tez Sınavı Tarihi

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Tıbbi Uygulamalarda Ekip İş Birliği Ve Güven İlkesi” adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

15.06.2016

Yakup Gökhan DOĞRAMACI

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

Tıbbi Uygulamalarda Ekip İş Birliği Ve Güven İlkesi

Yakup Gökhan DOĞRAMACI

İzmir Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Hukuku Anabilim Dalı

Çalışmamız kapsamında “Tıbbi Uygulamalarda Ekip İş Birliği Ve Güven İlkesi” konusu incelenmiştir. Tıbbi uygulamalar, insanlığın neredeyse karanlık tarihine kadar uzanmakta ve insanlığın gelişimiyle beraber gelişmekte ve genişlemektedir. Hekimin doğal lider olarak kabul edildiği tıbbi uygulamaların, tek bir hekimin yetemeyeceği ölçüde gelişmesi sonucu, uzmanlaşma artarken iş birliği de ortaya çıkmıştır.

Kiş ve toplum sağlığı için hizmet veren tıp profesyonelleri arasındaki iş birliği çeşitli şekillerde ortaya çıkmaktadır. Bilim ve teknoloji kullanımının artmasıyla tıp profesyonelleri arasında ortaya çıkan uzmanlaşma ve farklılaşma şeklindeki ayrışma nedeniyle bu meslekler birbirinden uzaklaşmış ve son derece teknik meslekler haline gelmiştir. Bu ayrışma arttıkça iş birliğine olan ihtiyaç daha da artmaktadır. Artan ayrışma ve iş birliği ihtiyacı neticesinde, tıp profesyonellerinin birbirinin davranışına güven duyarak hareket etme ihtiyacı belirmiştir. Çalışmamız, birden fazla kişinin yer aldığı tıbbi uygulamalarda ortaya çıkan sorunları belirleme, değerlendirme ve çözüm bulabilmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Çalışmamızda ilk olarak, yol gösterecek ve konunun daha iyi anlaşılmasını sağlayacak bazı temel kavramlar ve sonrasında tıbbi uygulamalarda görev alan meslek profesyonelleri örneklendirilmiştir. Tıpta iş birliğindeki çekirdek yapı olan ekip kavramı ele alınarak ekip içerisindeki yatay ve dikey iş birliği ve ortaya çıkabilecek hukuki durumlar incelenmiştir. Daha sonra birden fazla kişinin

hareketi sonucu meydana gelen zararlarda sorumluluğun değerlendirilmesinde kullanılan güven ilkesi incelenerek, güven ilkesi ile ilgili örnekler değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmetleri, güven ilkesi, iş birliği, ekip, taksir, tıp meslekleri, tıp hukuku, hukuk.



ABSTRACT
Master's Thesis
Team Cooperation And Trust Policy in Medical Practises
Yakup Gökhan DOĞRAMACI

Izmir University
Institute of Social Sciences
Department of Health Law Program

In our study “Team Cooperation And Trust Policy in Medical Practises” issues were examined. Medical practises, are almost traced back to the dark history of humanity and with the human development, developing and expanding. Doctors natural leader accepted in medical practises, can not afford to grow substantially as a result of a single doctor, specialization increased cooperation has emerged.

The cooperation between medical professionals for individual and public health services that are emerging in various ways. With the growing use of health science and technology has emerged the specialization and differentiation occurs between professionals. Therefore, these occupations have become estranged from each other and highly technical professions. This divergence is increasing the need for increased cooperation. Increased decomposition and result in the need for cooperation, the medical professional, confidential consultation was needed to move the behavior of the other. Our study was carried out in where more than one person receives identify emerging issues in medical practice, and evaluation was conducted to find a solution.

In our study fistly, the subject has been identified to lead and to provide a better understanding of some basic concepts. Then, business professionals involved in medical applications are illustrated. By taking the concept of team cooperation in medicine, horizontal and vertical cooperation in the team and has examined the legal situation that may arise. Later, more than one person's action

as a result of the trust policy that is used in the assessment of liability for damages occurring were investigated. Then it examined the trust policy used in the assessment of liability for damages caused as a result of multiple people's movement and exemplified.

Key words: Health care, trust policy, cooperation, team, negligence, medical professions, medical law, law.



TIBBİ UYGULAMALARDA EKİP İŞ BİRLİĞİ VE GÜVEN İLKESİ

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ	xiii
KISALTMALAR	xiv
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

TEMEL KAVRAM VE KURUMLAR

1. TEMEL KAVRAM VE TANIMLAR	4
1.1. Sağlık ile İlişkili Kavramlar	5
1.1.1. Sağlık	5
1.1.2. Sağlık Hakkı	7
1.2. Tıp ile İlişkili Kavramlar	8
1.2.1. Tıp	8
1.2.2. Tıbbi Uygulama	9
1.2.3. Sağlık ve Tıp Hukuku	11
1.2.3.1. Tıp Hukukunun Gelişimi	12
1.2.4. Aydınlatılmış Onam	14

1.3. Sağlık ve Tıp Meslekleri Mensupları ile Hasta	15
1.3.1. Sağlık Meslekleri Mensubu	16
1.3.2. Tıp Meslekleri Mensubu	17
1.3.3. Sağlık Personeli	17
1.3.4. Hasta	18
1.3.5. Değerlendirme	19
 2. TIP MESLEK MENSUPLARININ GÖREV VE YETKİLERİ	 21
2.1. Yasal Durum	22
2.2. Temel İlkeler	23
2.3. Tıp Meslek Mensupları	24
2.3.1. Hekimler	24
2.3.2. Diş Hekimleri	28
2.3.3. Hemşireler	29
2.3.3.1. Girişimleri ve Fonksiyonları	32
2.3.3.2. Sorumlulukları	35
2.3.4. Ebeler	38
2.3.5. Klinik Psikologlar	40
2.3.6. Fizyoterapistler	42
2.3.7. Odyolog	44
2.3.8. Diyetisyen	45
2.3.9. Dil ve Konuşma Terapisti	47
2.3.10. Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri	48
2.3.10.1. Tıbbi Danışma Kuralları ve Sorumluluklar	49
2.3.10.2. Acil İlaç Kullanımı	50
2.3.10.3. Değerlendirme	50
2.4. Tıp Meslekleri İle İlgili Kurullar	51
2.4.1. Yüksek Sağlık Şurası	51
2.4.2. Tıpta Uzmanlık Kurulu	53
2.4.2.1. Kurul Kararları	54
2.4.3. Sağlık Meslekleri Kurulu	57

İKİNCİ BÖLÜM

İŞ BİRLİĞİ VE GÜVEN İLKESİ

1. İŞ BİRLİĞİ VE EKİP ÇALIŞMASI	61
1.1. Ekip Çalışması	63
1.2. Ekip Çalışmasının Önemi	65
1.3. Ekip Çalışmasının Özellikleri	66
1.4. Ekip Türleri	67
1.4.1. Dikey Ekipler	68
1.4.2. Yatay Ekipler	68
1.4.3. Amerika Birleşik Devletleri Örneği	69
1.4.3.1. Çekirdek Ekipler	69
1.4.3.2. Koordinasyon Ekipleri	70
1.4.3.3. Acil Durum Ekipleri	70
1.4.3.4. Yardımcı Hizmetler	70
1.4.3.5. Destek Hizmetleri	71
1.4.3.6. İdare	71
1.5. Ekibi Başarıya Götüren Nedenler	71
1.6. Ekiplerin İletişimi	72
2. YATAY İŞ BİRLİĞİ	73
2.1. Genel Olarak	74
2.2. Yatay Örgütlenme	75
2.3. Hastanede Yatay İş Birliği	75
2.3.1. Hastane Yönetimi	76
2.3.1.1. Hastane Yöneticisi	77
2.3.1.2. Başhekim	78
2.3.1.3. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü	78
2.3.1.4. İdari ve Mali İşler Müdürü	79
2.3.1.5. Sağlık Otelciliği Müdürü	80
2.3.1.6. Yatay İş Birliği Örnekleri	81
2.4. Tıbbi Yatay İş Birliği	82

2.4.1. Hekimler Arasında Yatay İş Birliği	84
2.4.1.1. Konsültasyon	86
2.4.1.1.1. Konsültasyonun Hukuki Niteliği	87
2.4.1.1.2. Konsültasyonun Nedeni ve Önemi	89
2.4.1.1.3. Hasta Hakkı Olarak Konsültasyon	90
2.4.1.1.4. Hekimin Konsültasyon İstemi	92
2.4.1.1.5. Konsültasyonun Şekli, Sonuçlanması ve Tutanağı	93
2.4.1.1.6. Konsültasyonun Sonuçları	94
2.4.1.2. Konsey ve Kurullar	96
2.4.2. Diğer Tıbbi Yatay İş Birlikleri	97
2.4.2.1. Hiyerarşik İlişki İçindeki Yatay İş Birliği	98
3. DİKEY İŞ BİRLİĞİ	100
3.1. Dikey Örgütlenme	100
3.2. Dikey İş Birliği	101
3.3. Hastane İçerisinde Dikey İş Birliği	104
3.3.1. Hastane Yönetimi	104
3.3.2. Yataklı Tedavi Kurumları Personeli	104
3.3.2.1. Bölüm Başkanı, Şef ve Uzmanlar	104
3.3.2.2. Şef Yardımcıları	105
3.3.2.3. Uzmanlık Eğitimi Görenler	106
3.3.2.5. Hemşire ve Hemşire Yardımcıları	107
3.3.2.6. Hastane Hizmetlileri	109
3.4. Dikey İş Birliği Sorunları	110
3.4.1. Yukarıdan Aşağıya	110
3.4.2. Aşağıdan Yukarıya	113
4. GÜVEN İLKESİ	114
4.1. Genel Olarak Güven İlkesi	115
4.1.1. Tanım	115
4.1.2. Köken ve Gelişimi	119
4.1.3. Hukuki Fonksiyonları ve Uygulama Alanı	123
4.1.3.1. Dikkat ve Özen Yükümlülüğü	125

4.1.3.2. Öngörülebilirlik	128
4.1.4. İstisnaları	128
4.2. Ekip İş Birliğinde Güven İlkesi	131
4.3. Tıp Hukukunda Güven İlkesi	133
4.3.1. Sorumluluk Alanları	136
4.3.2. Bağımsız Sorumluluk Prensibi ve Rutin İşleyiş Teorisi	138
4.3.3. İş Birliği ve Sorumluluk	139
4.3.3.1. Yatay İş Birliği Uygulamaları	140
4.3.3.1.1. Cerrahi Uygulamalar	142
4.3.3.1.2. Konsültasyon	144
4.3.3.1.3. Hasta Bilgilendirilmesi	146
4.3.3.1.4. Bilgi ve Belgeler	146
4.3.3.1.5. Kurum Dışı Değerlendirmeler	149
4.3.3.1.6. Reçeteler	150
4.3.3.1.7. Kan, İlaç ve Diğer Tıbbi Malzemeler	150
4.3.3.2. Güven İlkesinin Devredilebilirliği	152
4.3.3.2.1. Hemşirelik Bakımı	153
4.3.3.2.2. Bilgilendirme	155
4.3.3.3. Dikey İş Birliği	157
4.3.3.3.1. Geminin Kaptanı Doktrini	158
4.3.3.3.2. Eğitim Görenler	162
4.3.3.3.3. Üstlenme Kusuru	164
4.3.3.3.4. Talimatların Denetimi	165
4.3.3.3.5. Hatalı Talimat	167
4.3.3.3.6. Standart Dışı Talimat	171
SONUÇ	173
KAYNAKÇA	187

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Sağlık Hizmetlerinde Görev Alan Meslekler	18
Tablo 2. Hekim ve Diş Hekimleri Malpraktis Ödeme Sayısı	29
Tablo 3. Hemşirelik Malpraktisi Ödeme Sayı ve Miktarı (2003-2013)	37
Tablo 4. Yıllara Göre Hemşirelik Malpraktisi Ödemeleri (2003-2013)	37
Tablo 5. Yıllara Göre Hemşirelik Malpraktisi Ödeme Sayısı (2003-2012)	38
Tablo 6. Hastane Yöneticiliği	76
Tablo 7. Yatay İş Birliği	83
Tablo 8. Hiyerarşik İlişki İçindeki Yatay İş Birliği	98
Tablo 9. Dikey İş Birliği	103
Tablo 10. Güven İlkesinin Uygulama Alanları ve İstisnaları	131
Tablo 11. Uygulama ve Sorumlulukta Güven İlkesi	140
Tablo 12. Yatay İş Birliğinde Güven İlkesi	142
Tablo 13. Dikey İş Birliğinde Güven İlkesi	158

KISALTMALAR

AABT	Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri
AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AYM	Anayasa Mahkemesi
C	Cilt
CD	Ceza Dairesi
CPR	Cardio Pulmoner Resusitasyon
DEÜ	Dokuz Eylül Üniversitesi
DMK	Devlet Memurları Kanunu
DÖDÖ	Durum, Öykü, Değerlendirme, Öneri
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
E	Esas
ESKHS	Uluslararası Ekonomik, Sosyal Ve Kültürel Haklar Sözleşmesi
E.T.	Erişim Tarihi
HD	Hukuk Dairesi
HHY	Hasta Hakları Yönetmeliği
ICD	International Classification of Diseases
İ.İ.B.F.	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
İÜHFİM	İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası
K	Karar
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
K.T.	Karar Tarihi
m	Madde
NPDB	National Practitioner Data Bank

R.G.	Resmi Gazete
s.	Sayfa
S.	Sayı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SHSHK	Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun
ss.	Sayfalar
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği
WHO	World Health Organization
WMA	World Medical Association
T.	Tarih
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TCK	Türk Ceza Kanunu
TDN	Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi
THSK	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
THSSGM	Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü
TİTCK	Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
TKHK	Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
UBB	Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası
vd	Ve Devamı
Y	Yıl
YTKİY	Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği
YÜHFD	Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi
yy	Yüz Yıl

GİRİŞ

Mikrokozmos... Belki de insanoğlunu ve içerisinde yaşadığı dünyayı açıklayan en uygun kelime. İnsanoğlunun, içerisinde bulunduğu evrenin küçük bir kopyası olduğu ve ayrıca insanoğlunun da kendi bünyesinde adeta bir evreni barındırdığını anlatır. Evren her zaman bir devinim içerisinde, insanoğlu da aynı şekilde. Bu devinim çoğu zaman yeknesaklık ve ahenk içerisinde; gezegenler, uydular ve yıldızların oluşturduğu sistemler, sistemlerin oluşturduğu galaksiler ve evreninin tüm diğer unsurları ile birlikte. İnsanoğlu da birçok karmaşık sistemden meydana gelir ve fakat bunların da her biri kendi içerisinde ve birbirleriyle uyum içerisinde çalışırlar. Bu uyum beraberinde hayatın devamlılığını sağlar ve sürer gider. Esenlik hali de, sistemlerin uyum içerisinde çalışmasında kendini ifade eder. Bu uyum bir takım mekanizmalarla korunmaya çalışılır, mekanizmaların yetersiz kalarak uyumun bozulduğu anlarda ise hastalık dediğimiz durum hasıla gelir. Tıp biliminin konusu da insanoğlunda uyumu koruma çabasından öte bir şey değildir. Nasıl ki evrende ve insanoğlu içerisinde belli bir uyum varsa insanoğlu bu uyumu, yaşadığı çevrede diğer insanlarla da sağlamak durumundadır. Ortak yaşamın, sağlıklı toplumun bekası için insanoğlu zaman içerisinde birbiriyle olan uyumu sağlamak ve korumak adına bir takım kurum ve mekanizmalar geliştirmiştir. Bu kurum ve mekanizmalar, eski hale getirme ve ıslah etme kadar önleme fonksiyonu da görmektedirler. Günümüzde bu kurumların en başında devlet gelmektedir. Devlet koyduğu hukuk kuralları ile bu kurallara yaptırımlar bağlayarak uyum ve düzeni sağlamaya çalışmaktadır. Bu sebeple hukuk, insanların bir arada uyum ve düzen içerisinde yaşamasını amaçlayan normatif bir “bilim”dir.

Görüleceği üzere tıp ve hukuk bilimi mikrokozmos olan insanı ve uyumunu doğrudan konu alan iki temel bilim dalıdır. Bu her iki bilim dalı tarih içerisinde gelişip genişleyerek günümüze kadar birer derya haline gelmiştir. Bu iki bilim dalı çok farklı şekillerde evrilerek günümüze kadar gelse de temelde doğrudan insanı konu aldıklarından kesişen birçok alanı mevcuttur. Ancak hukuk genel olarak devlet egemenliğinin gücünü kullanarak yaptırımlara sahip olduğundan, tıp bilimi üzerindeki güçlü etkisi olduğu kabul edilmektedir. Bu etkinin izleri, bilinen ilk yazılı kanun olan

Hammurabi Kanunları'na kadar takip edilebilir. Birbiriyle bu kadar kadim ilişki ve ortak amaçlara sahip bu bilim dallarının kesişim alanını “tıp hukuku” olarak adlandırmak hatalı olmayacaktır. Ne yazık ki günümüzde kesişim içerisinde tanımlanmış koyu alanlar kadar hatta daha fazla çözümlemeyi bekleyen belirsiz gri alanların mevcudiyetine rağmen tıp hukuku ülkemizde akademik bir disiplin olarak hak ettiği yere gelememiş ve güdük kalmıştır. Bunun bir göstergesi de Harf Devrimi'nden de önce yürürlüğe giren ve dolayısıyla Osmanlı Türkçesi ile kaleme alınan tıp mesleklerinin temel yasası olarak kabul edilen 1219 s. Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun¹ ve o döneme ait sağlıkla ilişkili kanunların² gelişen teknoloji ve tıp bilimine rağmen günümüze kadar gelmiş olmasıdır. Kanımızca tıp hukukunun hak ettiği yere gelmemesindeki en büyük sebepler çağlar boyu toplumumuzu etkileyen kadercilik anlayışı ile temel amaç olarak insan sağlığını konu alan tıp biliminin, kutsal olarak benimsenmesi ve bunun uzantısı olarak da tıp bilimini icra eden hekimlere karşı gösterilen saygı ve güven duygusu sonucu hukuktan bağışık olduğu gibi hissedilen yanılsamadır.

Yakın dönemde ise modern demokrasi akımlarının etkisiyle temel hak ve özgürlükler alanında önemli gelişmeler yaşanmış, insan birey olmanın farkındalığına ulaşmış ve özerk irade ön plana çıkmıştır. Bu sebeple kutsal mesleği icra eden paternalist hekim anlayışından uzaklaşarak bireyin öneminin ortaya çıkarıldığı hasta odaklı hekimlik mesleği benimsenmiş ve ayrıca bireylerin beklentileri artmış ve böylelikle hekimlik sanatı hasta menfaati için çalışan teknik bir meslek olarak görülmeye başlanmıştır.

¹14.04.1928 tarih 863 sayılı Resmi Gazete (R.G.)' de Osmanlı Türkçesi ile yayımlanmıştır. <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/863.pdf&main=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/863.pdf>, (17.01.2016).

Harf Devrimi ise daha sonra 01.11.1928 tarihinde 1353 sayılı Kanun'la kabul edilerek 03.11.1928 tarih ve 1030 sayılı R.G.'de yayımlanmıştır.

Osmanlı Türkçesi'nden kalan bu kanunun halen daha yürürlükte olması etkililiğini göstermesi yanında son derece de etkileyicidir.

² 992 s. Seriri Taharriyat ve Tahlilat Yapılan ve Masli Teamüller Aranılan Umuma Mahsus Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu, R.G.:30.03.1927/580; 1262 s. İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu, R.G.:26.05.1928/898; 1593 s. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, R.G.:06.05.1930/1489.

Tıp mesleklerine karşı bakışın değişmeye başlamasıyla beraber günümüzde izlenen Sağlıkta Dönüşüm Programı yadsınamaz bir gerçekliktir. Bu programa göre sağlık sistemi yeniden yapılandırılarak Sağlık Bakanlığı hizmet üreten değil hizmeti yöneten bir pozisyona getirilmektedir. Buna dair en çarpıcı düzenleme 663 sayılı KHK olarak bilinen Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname³'dir. Buna göre Sağlık Bakanlığı'nın teşkilat yapısı büyük ölçüde değiştirilerek yeni kurum ve kuruluşlar oluşturulmuştur. Bunun yanı sıra 6225 ve 6514 sayılı gibi torba kanunlarla hekim dışı sağlık personelleri ile ilgili revizyona gidilerek yeni görev tanımlamaları yapılmıştır. Bu şekilde yeni idari yapılanma ve hekim dışı sağlık personelinin görev tanımlamaları ile sağlık sistemimizde ciddi değişikliklerin yanı sıra tam bir dönüşüm yaşanmaktadır.

Tıbbi uygulamaların, genelde ekip halinde ve uyum içerisinde gerçekleştirilmesi beklenir. Bilindiği üzere sağlık sisteminde hekimler ve hekim dışı sağlık personelleri çok farklı özelliklere sahiptirler. Mesela sadece hekimleri ele alırsak 1219 sayılı Kanun'da 43 tane tıpta uzmanlık ana dalı, 8 tane diş hekimliğinde uzmanlık ana dalı ve 45 tane tıpta uzmanlık yan dalı tanımlanmıştır. Gelişen teknoloji ile birlikte uzmanlaşmanın artması ve sağlık sistemimizde yaşanan değişiklikler, uyum içerisinde yürütülmesi gerekli tıpta iş birliği sistemini inceleme gerekliliğini ortaya koymuştur. Hizmetin ekip halinde yürütülüyor olması, uzmanlaşmadan gelen avantajların yanı sıra bir takım olumsuzlukları da bünyesinde barındırmaktadır. Ekipler ve uygulamalar büyüyüp karmaşılaştıkça, özellikle çalışmamızın konusunu oluşturan dikkat ve özen yükümlülüğü önem kazanmakta ve tespiti en zor konulardan birisi haline gelmektedir. Hizmetin tek bir kişi tarafından yürütülmesi sırasındaki dikkat ve özen eksikliğini tespit etmek, ekip halinde yürütülen faaliyetlerdeki nazarı daha kolaydır.

Bu sebeplerle çalışmamızda, daha nitelikli tıbbi uygulamaların yürütülmesini sağlayabilmek için gerekli ekip çalışmasında iş birliği ile uygulamalarda sorumluluğun belirlenmesinde kullanılan güven ilkesini incelemeyi uygun bulduk.

³R.G.:02.11.2011/28103 (Mükerrer).

BİRİNCİ BÖLÜM

TEMEL KAVRAM VE KURUMLAR

1. TEMEL KAVRAM VE TANIMLAR

Çalışmamıza başlarken çalışmamızda bilinmesi gereken bir takım temel kavram ve tanımları açıklamak uygun olacaktır. Ancak belli terim ve kavramların bilinerek, açık bir şekilde ortaya konup kabul edilmesi ile çözüm bulmak kolaylaşacak, hukuksal sorumluluk ve yükümlülüğün koşulları, kapsamı ve sonuçları açısından objektif kriterler oluşturulabilecektir.⁴ Bu şekilde kapsam ve sınırlar daha belirgin olarak ortaya çıkacaktır. Diğer taraftan 663 sayılı KHK, diğer yasal düzenlemeler ve içtihat kararlarıyla ilk defa ortaya çıkan kavramlar olduğu gibi kimi mevcut kavram ve kurumların işlevi değişmiş olduğundan temel kavram ve kurumların gözden geçirilmesi gerekmektedir.

Sağlık; tıp bilimi, teknoloji ve modernizm akımı ile birlikte temel hak ve özgürlükler alanında meydana gelen gelişmeler neticesinde statik olmayan kendi dinamizmine sahip multidisipliner bir alandır. Bu sebeple gün geçtikçe sağlıkla ilgili kavramlar değişebildiği gibi gerek tıp biliminden gerekse idari yapılanmadan kaynaklı yeni kavramlar ve kurumlar ortaya çıkmaktadır. Günümüzde, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile bir takım idari kurum ve kavramlar daha net olarak belirlenmiştir.

Hukukun ne olup ne olmadığı hakkında söylenecek çok şey olmakla beraber yüzyıllar içerisinde birçok tanımı yapılmıştır. Kelime anlamı olarak hukuk, “*toplumu düzenleyen ve devletin yaptırım gücünü belirleyen yasaların bütünü, tüze*” ve “*bu yasaları konu alan bilim*” olarak tanımlanmıştır.⁵ Ayrıca hukuk sosyal bir fenomendir ve “*insanların toplum halinde yaşamalarını ve ilişkilerini sağlayan ve düzene koyan*

⁴Mehmet **Demir**, Tıbbi Organizasyon Kusuru Açısından Hastanelerin Hukuksal Sorumluluğu, Turhan, Ankara, 2010, s.27.

⁵ Büyük Türkçe Sözlük, Türk Dil Kurumu, (**Türkçe Sözlük**), “hukuk”, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.55a89b527c78b3.90687765, (E.T.: 17.01.2016).

ortak bir anlayışın, kavrayışın adı” olarak da tanımlanabilir.⁶ Bu sebeple insanların olduğu her yerde, ilişkileri düzenleyen, geniş kapsayıcı bir üst şemsiye olarak hukukun varlığına ihtiyaçtan bahsetmek doğru olacaktır.

1.1. Sağlık ile İlişkili Kavramlar

1.1.1. Sağlık

Sağlık, kelime olarak “*Vücudun hasta olmaması durumu, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet*” anlamı taşımaktadır.⁷ Usulüne uygun şekilde kabul edilerek pozitif hukukumuzun parçası olan uluslararası belgelerde de sağlık kavramının çeşitli tanımları mevcuttur. Bu tanımlardan ilk ve belki de en önemli, bilineni Birleşmiş Milletler’in uzmanlık örgütlerinden olup toplum sağlığı ile ilgili çalışmalar yapan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün Anayasası başlangıç bölümünde yer alan tanımdır.⁸ Burada sağlık; sadece hasta veya sakat olmama değil fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlanmıştır. Ulusal mevzuatımızda da bu tanıma paralel olarak “*yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali*” olarak tanımlanmıştır.⁹ Bu haliyle sağlık hastalık öncesinde de önem verilmesi gereken beslenme, spor ve yaşam tarzı yanında temiz hava, temiz yiyecek, uygun çalışma ortamı ve uygun barınacak konutu da içine alan yaşama elverişli bir ortamı kapsar.¹⁰ Görüldüğü üzere sağlık negatif bir durum değil aksine tam bir iyilik hali olarak pozitif bir statüyü tanımlamaktadır.¹¹

⁶ Yusuf **Karakoç**, Hukukun Anlamı, Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, C.10, S.2, İzmir, 2008, (DEÜ Dergi) ss.4,11.

⁷ Türkçe Sözlük, “sağlık”

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.55a89b8d767413.40300317 (E.T.: 17.01.2016).

⁸Dünya Sağlık Örgütü Anayasası,

<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>, (17.01.2016). 5062 sayılı New-York'ta Toplanan Milletlerarası Sağlık Konferansında Kabul ve İmza Edilen Belgelerin Onanmasına Dair Kanun ile yürürlüğe girmiş ve buna göre resmi Türkçe çevirisi “Sağlık, beden, fikir ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali olup, yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğundan ibaret değildir” şeklindedir, R.G.: 17.06.1947/6634 .

⁹ 224 s. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (SHSHK) m.2, R.G.: 12.01.1961/10705.

¹⁰ Ünal **Er**, Sağlık Hukuku, Savaş Yayınevi, Ankara, 2008, s.6.

¹¹ İzzet Mert **Ertan**, Uluslararası Boyutlarıyla Sağlık Hakkı, Legal Yayıncılık, İstanbul, 2012, ss.14-15

Sağlık kavramı tanımları incelendiğinde terminolojide ve öğretide çeşitli ayrımların ortaya çıktığı görülmektedir. DSÖ'nün tanımı ve diğer belgelerdeki terminoloji incelendiğinde sağlık kavramını sübjektif-geniş ve objektif-dar olarak iki farklı grupta ele aldığı anlaşılmaktadır.¹² Bu ayrıma göre geniş anlamda sağlık, temel hak ve özgürlükler kapsamında olan hukuksal değerlerle ilişkili her türlü sağlık olayını ve bireysel yaşam kalitesini kapsamaktayken dar anlamda sağlık, bireysel ve çevresel faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan hastalık gibi sağlık olaylarını kapsar.¹³ Öğretide ise terminolojiden farklı olarak mekanik ve sosyal model olarak ikili bir ayrıma gidildiği gibi¹⁴ terminolojiye benzer şekilde sağlık kavramının sübjektif-geniş ve objektif-dar anlamları genellikle birlikte incelendiği görüşü¹⁵ de vardır. Mekanik modelde insan makine gibi düşünülerek bozulan sağlığın onarılmasına odaklanmaktayken sosyal modelde ise sınırlı biyomedikal ve patolojik temelden uzaklaşılarak psikolojik ve sosyal boyutu da kavrar şekilde sosyal temelli geniş ve modern anlamına bürünmüştür.¹⁶ Öğretideki diğer bir modelde ise dengeli bir sağlık hali nötral; kişinin bedensel, ruhsal ve toplumsal açıdan tam bir iyilik hali içerisinde bulunma hali pozitif; hastalık, rahatsızlık, engellilik, yaralanma gibi durumların yaşanma hali negatif sağlık olmak üzere sağlık üçe ayrılmıştır.¹⁷

Sağlığın tanımını tam olarak ortaya koyabilmek çalışma alanı ve sınırlarının belirlenmesi açısından önemlidir. Kanımızca öğretideki nötral, pozitif ve negatif şeklindeki sağlık ayrımı, sağlığın tanımından ziyade kişinin sağlık durumunu gösterir bir sınıflama olup sağlık tanımını yapma ihtiyacına cevaz vermediğinden kullanılması uygun değildir. Mekanik model ise salt bozukluğa odaklandığından bozukluğun olmadığı ancak kişilerin kendilerini tam iyilik hali içinde hissetmek için talep ettikleri yapay döllenme ve embriyon nakilleri, cinsiyet değişikliği, sünnet, estetik operasyonlar gibi halleri kapsamadığından, günümüzdeki tıbbi uygulamalar göz önüne alındığında önemini kaybetmiştir. Dar anlamdaki sağlık kavramı ise daha sonra

¹² Demir, s.28.

¹³ Demir, s.28.

¹⁴ Sultan Tahmazoğlu Üzeltürk, Anayasa Hukuku Açısından Sağlık Hakkı, Legal, İstanbul, 2012, s.4.

¹⁵ Demir, s.28.

¹⁶ Üzeltürk, ss.4-5.

¹⁷ Er, s.2.

açıklamasını yapacağımız tıp kavramı ile daha çok örtüşmektedir. Bu sebeplerle sağlığın tanımını yaparken terminoloji ve öğretilerdeki uyumu sağlamak adına en uygun formülizasyon, kavramsal olarak iç içe geçmiş ve birbirini işaret eden sübjektif-geniş ile sosyal modeli bir arada kullanmaktır. Buna göre sağlık, temel hak ve özgürlükler kapsamındaki hukuksal değerlerle ilişkili her türlü fizyolojik ve psikolojik olay ile bireysel sosyal yaşam kalitesini ifade eder.

1.1.2. Sağlık Hakkı

DSÖ Anayasası'nda sağlığın tanımı yapıldıktan hemen sonra devamında “Ulaşılabilmesi mümkün olan en mükemmel bir sağlık haline *sahip olmak*, ırkı, dini, siyasi fikirleri, ekonomik yahut sosyal durumu her ne olursa olsun her insanın temel haklarından birini teşkil eder”¹⁸ denilerek sağlığın temel insan haklarından biri olduğu ilk defa uluslararası bir belgede belirtilmiştir.¹⁹ Sözleşme düzeyinde ise ilk defa ikinci kuşak hakları düzenleyen Uluslararası Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi (ESKHS)²⁰’nde yer bulmuştur. Ancak ne yazık ki 1947 yılında kabul ettiğimiz DSÖ Anayasası bir sözleşme olmayıp idealleri belirten ilkesel bir metindir ve dolayısıyla yaptırım mekanizması bulunmamaktadır, yaptırım mekanizmasına sahip ESKHS ise 2003 yılında pozitif hukukumuzda yer bulmuştur.

DSÖ Anayasası giriş kısmının orijinalindeki “*enjoyment*” ifadesi resmi çevirilerde “*sahip olmak*” olarak karşılık bulmuştur. Halbuki “*enjoyment*” kelimesi “*yararlanma*” anlamı taşımaktadır. Hukuki anlamda sahip olma ve yararlanma çok farklı haklardır. Sahip olma halinde negatif haklar ön planda iken yararlanma halinde daha çok pozitif hak statüsünden söz etmek gerekir. Bu sebeple kabul metninde “*yararlanma*” yerine “*sahip olmak*” ifadesi kullanılmakla sağlık hakkının negatif haklar statüsünde kabul edilmesi gerektiği gibi bir anlam çıkmaktadır. Böylelikle

¹⁸ Resmi çeviri için R.G.: 17.06.1947/6634, orijinal metin için <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>, (E.T.: 17.01.2016).

¹⁹ Ertan, ss.13-14.

²⁰ ESKHS, 16.12.1966 tarihli, 2200A (XXI) sayılı BM Genel Kurul kararıyla kabul edilerek imza, onay ve katılmaya açılmış 27. Madde uyarınca 03.01.1976 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Pozitif hukukumuzda Bakanlar Kurulu'nun 10.07.2003 tarih ve 2003/5923 sayılı Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme'nin Onaylanması Hakkında Karar (R.G.:11.08.2003/25196) ile ancak 2003 yılında yer bulmuştur.

sağlık hakkının negatif statü unsurları bulunan pozitif statü haklarından olduğunu kabul etmek gerekir.

Sağlık hakkının hem kolektif hem de bireysel rolü vardır, bu haliyle hem kamu sağlığının hem de bireyin sağlığının korunması gerekir.²¹ Diğer taraftan 1982 Anayasası'nda sağlık hakkı, pozitif ve negatif yönlerinin bulunmasıyla beraber Jellinek'in ikinci kuşak pozitif statü hakları arasında sayılmaktadır. 1982 Anayasası'nda sağlık hakkının her ne kadar pozitif haklar statüsündeki 56. madde ile tanımlandığı görülse de negatif haklar statüsündeki kişinin dokunulmazlığı ile maddi ve manevi varlığını koruyan 17. maddesiyle bütünleşik ilişki içerisinde. Anayasanın 56. maddesi ile yaşam hakkı konusunda Devlete pozitif görevler yüklenmekte iken 17. madde ile bireylerin başta yaşam hakkı olmak üzere sağlık da dahil korunması, dokunulmaması gereken hakları düzenlenmiştir. Tüm bu bulguların ışığında sağlık hakkı, negatif statüdeki yaşam hakkı ile ağırlıklı olarak pozitif unsurları barındıran ve yaşama hakkını kapsayan bir hak olarak görülmelidir.

1.2. Tıp ile İlişkili Kavramlar

1.2.1. Tıp

Tıp kelime anlamı olarak; “hastalıkları²² iyileştirmek, hafifletmek veya önlemek amacıyla başvuru teknik ve bilimsel çalışmaların tümü, tababet” olarak tanımlanmıştır.²³ Daha geniş bir tabirle “İnsan sağlığının sürdürülmesi ya da bozulan sağlığın yeniden düzeltilmesi için uğraşan, hastalıklara tanı koyma, hastalıkları sağaltma (tedavi etme) ve hastalık ve yaralanmalardan korumaya yönelik çalışmalarda bulunan birçok alt bilim dalından oluşan bilimsel disiplinlerin şemsiye adı” olarak sağlık bilimlerine ait bir bilim, bilgi alanı ve bunların uygulandığı meslek

²¹ Oya **Boyar**, Sağlık Hakkı, Sağlık Hukuku'nda Dünyadaki Son Gelişmeler ss.275-292, Roche, İstanbul, 2009, s.292.

²² Çetin **Aşçıoğlu**, Doktorların Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Ankara, 1982, s.17. Aşçıoğlu tanımında “hastalıkları ve sakatlıkları” ifadesi kullanarak o dönemde sakatlıkların hastalıklardan ayrı bir durum olarak algılandığını ortaya koymuştur.

²³ Büyük Türkçe Sözlük, “tıp”, http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.569d85cb3577c0.23799354, (E.T.:17.01.2016).

olarak tanımlamak uygundur.²⁴ Tıbbıa dair temel yasalardan biri olarak kabul edilen 1219 s. Kanun başlığında ise tıp ve alt dallarının sanat olduğu belirtilmiş ve ayrıca birinci maddesinde tıp mesleğini uygulama ve hasta tedavi edebilmenin ön şartı olarak tıp fakóltesi mezuniyeti aradığından tıp uygulamaları “bilim ve sanat” olarak birlikte kabul edilmiştir.

Tıbbın sağılık kavramı içerisinde yer aldığına, onun bir alt dalı olduğuna şüphe yoktur. Sağılık kavramı içerisinde de açıkladığımız üzere mekanik kavram sadece bozulmanın onarımına yönelik olduğından günümüzde önemini kaybetmiştir. Bu sebeple tıp kavramı, sağılığın sosyal model tanımlamasına karşılık gelmektedir.

1.2.2. Tıbbi Uygulama

Genel olarak muayene, teşhis, tedavi, koruma ve cerrahi müdahaleler gibi hekimin hastasını sağılığına kavuşturmak için yaptığı her türlü faaliyet, tıbbi müdahale olarak değerlendirilmektedir.²⁵ Tıbbi müdahaleler klasik olarak icra ediliş tarzı açısından “beden bütünlüğüne yönelik tıbbi müdahaleler” ve “beden bütünlüğüne dokunmamakla beraber bedeni veya ruhi sağılığa yönelik tıbbi müdahaleler” olarak ayrılmaktadır.²⁶ Ancak gelişen ve genişleyen tıp bilimi bünyesinde organ ve doku nakli, insan üzerinde deney ve deneme, estetik müdahaleler, kök hücre çalışmaları, klonlama, genetik tanı, yapay dölleme, cinsiyet değışikliği ve kimyasal kastrasyon gibi uygulama alanı daha dar ve spesifik kavramları da barındırmaktadır.²⁷ Bahsedilen kavramlardan da görüleceğı üzere tıbbi müdahale denildiğı zaman genel olarak icrai hareketle meydana getirilen davranış akla gelmektedir. Zira tıp alanında kullanılan

²⁴ Vikipedi, Özgür Ansiklopedi, “tıp”, <http://tr.wikipedia.org/wiki/T%C4%B1p>, (E.T.:17.01.2016).

²⁵ Özlem (Yenerer) **Çakmut**, Tıbbi Müdahaleye **Rızanın** Ceza Hukuku Açısından İncelenmesi, Legal Yayıncılık, İstanbul, 2003, s.24.

²⁶ Mehmet **Ayan**, Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, Kazancı Hukuk Yayınları, Ankara, 1991, s.10.

²⁷ Yakup Gökhan **Doğramacı**, Hekimlik Uygulamaları Açısından Kasten Öldürmenin İhmali Davranışla İşlenmesi Suçu, Tıp Hukuku Dergisi, Legal, C.4, S.7, 2015, ss.106-107.

tıbbi müdahale²⁸ ve hekimlik uygulama²⁹ları kavramları kelime anlamları olarak da eyleme dökülen icrai fiil niteliğindeki hareketlerdir.³⁰

Tıbbi müdahaleler esasında yaralama eylemi olarak kabul edilmekte ve ancak belirli koşulların birlikte varlığı halinde hukuka uygun sayılmaktadırlar.³¹ Buradan çıkarılacak önemli sonuç nitelikleri itibarıyla tıbbi müdahaleler doğaları gereği hukuka aykırı ve ceza hukuku açısından tipe uygun eylemlerdir³². Ancak özünde hukuka aykırı olan hekim uygulamalarının güttüğü amaç göz önüne alındığında tıp mesleğinin yapılabilmesi, dolayısıyla hukuka uygun sayılabilmesi ve zarar kastıyla hareket edenlerden ayrılabilmesi için³³ belirli koşulların birlikte yerine getirilmesi aranmıştır. Özellikle söz konusu olan belirli bir kişi üzerinde gerçekleştirilecek olan belirli bir tıbbi müdahale ise asıl belirleyici olan kişinin kendi geleceğini belirleme hakkı yani rızasıdır.³⁴ Yeri geldiğinden öğretide genel kabul edilen tıbbi müdahalelerin hukuka uygunluk koşullarından kısaca bahsetmek gerekir. Bu koşulların genel başlıkları şu şekilde sayılabilir:³⁵

- Tıbbi müdahalenin (ehliyeti olan) bir sağlık personeli tarafından yapılması,
- Aydınlatma ve rıza,
- Tıp bilimi verilerine göre zorunlu ve bu verilere uygun tıbbi müdahale.

Yukarıda açıkladığımız üzere tıbbi müdahaleler daha çok el atma biçimindeki icrai davranış şeklidir. Tıp meslek mensubu, kişinin vücut bütünlüğü üzerindeki eylemleri ile tıbbi müdahaleleri gerçekleştirmiş olur. Kişinin sağlığı amacıyla vücut

²⁸ Karışma, araya girme, el atma. Türkçe Sözlük, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.52ae2e7496c921.21154985, (E.T.:17.01.2016).

²⁹1. Uygulamak işi, tatbikat, tatbik, pratik 2. Kuramsal bir bilgiyi, ilkeyi, düşüncüyü herhangi bir alanda hayata tatbik etme, tatbik 3. huk. Yürütüm. Türkçe Sözlük, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.52ae2d1b7c5888.77205645, (E.T.:17.01.2016).

³⁰ Doğramacı, s.107.

³¹ Hakan **Hakeri**, Tıp Hukuku, 5. Baskı, Seçkin Yayıncılık, 2012, s.328.

³² Barış **Erman**, Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2013, s.47.

³³ Mustafa Reşit **Belgesay**, Tıbbi Mesuliyet Esaslar - Tipik Vakalar Türk Tabipler Birliği Kanunu, İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 1953, s.59-60.

³⁴ Erman, s.77.

³⁵ Hakeri, s.256.

bütünlüğü üzerinde müdahale yapma yetkisi, hukuka uygunluk şartlarının bir parçası olarak anılmaktadır. Ancak tıp meslek mensuplarından beklenen davranışlar her zaman icrai nitelikteki hareketler değildir. Bu sebeple tıbbi müdahale kavramı yerine tıbbi müdahale kavramını da içine alarak daha geniş kapsama sahip olduğuna inandığımız “tıbbi uygulama” kavramını kullanmayı uygun buluyoruz. Ayrıca uygulama kavramı için müdahale kavramı kadar aktif bir davranış gösterilmesi, aranması ihtiyacı hissedilmez. Diğer taraftan uygulama, yürütüm anlamına da geldiğinden yürütümde aktif bir rol alınabileceği gibi yürümekte olan aktif süreçte pasif kalarak da rol oynanabilir.³⁶ Örneğin hastaya verilen tıbbi eğitimler, hasta gözlem ve takipleri gibi işlemler, doğrudan vücut bütünlüğü üzerine el atılmayan, tıbbi uygulamalardır.

Buraya kadar bahsettiklerimiz cezai anlamda sadece tıbbi müdahaleler anlamındaki icrai hareketlerden değil uygulamalardan kaynaklı ihmali hareketlerinden de sorumlu olabileceğine işaret etmektir.³⁷ İhmali davranışın söz konusu olduğu suç tipleri, tıbbi özgü değilse de tıbbi uygulamalar açısından oldukça önemlidir.³⁸ TCK m.83 gerekçesinde, sağlık kuruluşunda görev yapan tabibin durumu acil olan hastaya müdahale etmemesi sonucu hastanın ölmesi olayı örnek olarak gösterilmiştir.³⁹ Yani hekimler her zaman sadece yaptıklarından değil yapmadıklarından da sorumlu olabilecekleri açıkça ortaya konmuştur.

1.2.3. Sağlık ve Tıp Hukuku

Sağlık hukuku; “sağlık personeline 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”⁴⁰ olarak

³⁶ Doğramacı, ss.107-108.

³⁷ Doğramacı, s.108.

³⁸ Doğramacı, s.108.

³⁹ Mehmet Emin **Artuk**, Ahmet **Gökçen**, Ahmet Caner **Yenidünya**, TCK Şerhi Özel Hükümler Madde 76-131 3. Cilt, Turhan Kitabevi, Ankara, 2009, s.2222. Erdal NOYAN, Türk Ceza Kanunu, 2. Bası, Adil Yayınevi, Ankara, 2005, s.308-309.

⁴⁰ Nezih **Varol**, Yıldırım **Gülhan** ve Fatma **Arslanerer**. Sağlık Hukuku mu? Tıp Hukuku Mu? (Sağlık Hukuku), <http://www.hukukrehberi.net/Details.aspx?id=91>, (17.01.2016).

tanımlanmıştır. Sağlık kavramı ilgili kişi, kurum ve çevre ile ilgili tüm düzenlemeleri kapsadığından sağlık hukuku kavramı, geniş kapsamlı bir alanı tanımlamaktadır.⁴¹

Tıp hukuku; *“sağlık hukukunun bir alt dalı olarak, tıbbın uygulanmasından kaynaklanan sağlık personelinin hak ve yükümlülükleri, yasal sorumluluğu, hasta hakları, ilaç hukuku, medikal hukuk gibi konuları ele alan hukuk dalı”*⁴² olarak tanımlanmıştır.⁴³ Tıp hukukunun temel özelliği hukuka ait disiplinler arası bir bilim dalı olması ve dolayısıyla kamu ve özel hukuka ilişkin yönlerinin bulunmasıdır.⁴⁴ Genel kabulde olduğu gibi sağlık hukuku kavramı içerisinde tıp hukukunu da barındıran çok geniş bir alanı işaret etmektedir ve fakat her ikisi de hukuka ait multidisipliner bilim dallarıdır. Amacımız tıbbi uygulamalarda iş birliği ve güven ilkesi olduğundan, çalışmamızı tıp hukuku açısından inceleyerek, bu şekilde sınırlandırmayı uygun buluyoruz.

1.2.3.1. Tıp Hukukunun Gelişimi

İngiltere’de erken dönem tıbbi uygulama hatası davası örneklerinden biri hizmetçiyi faydasız ilaç kullanarak, daha kötü hale getiren doktor aleyhine, hizmetçi ve efendisinin açtığı tazminat davasıdır. 1532 yılında V. Charles döneminde, saldırı sonucu olan her ölümden resmi hekim görüşü alma zorunluluğuna dair yasa çıkarılmıştır. Bu yasa, tıbbi uygulama hatası iddialarında uzman tanık, bilirkişi gerekliliğinin öncüsü olmuştur.⁴⁵

Uygulama hatası anlamına gelen malpraktis kavramının tıbbi uygulamalar özeline indirgenmesi, ilk defa İngiltere’de 1768 yılında Sir William Blackstone tarafından olmuştur.⁴⁶ Amerika’daki ilk tıbbi malpraktis davası ise 1794 yılında

⁴¹ Er, s.6.

⁴² Hakeri, s.37.

⁴³ Aksi görüş: Tıp Hukuku aslında mevcut sağlık mevzuatıdır. Varol, Gülhan, Arslanerer; Sağlık Hukuku.

⁴⁴ Hakeri, s.37.

⁴⁵ B. Sonny **Bal**, An Introduction to Medical Malpractice in the United States, Clinical Orthopaedics and Related Research Journal, C.467, S.2, s.339.

⁴⁶ Linda Jo **Dill**, An Examination of the Impact of Current Medical Malpractice Issues on the Quality of Obstetrical Healthcare Services in Michigan, Doktora Tezi, Capella Üniversitesi, 2008, s.26.

mastektomi ameliyatı sırasında hastanın ölmesi sonucu beceriksizlik ve bilgisizlik iddiasıyla açılmıştır.⁴⁷ Tıptaki ilerlemeler karşılık 1840-1860 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) temyiz mahkemelerine giden malpraktis dosya sayısı (nüfustaki %85 artışa karşın) %950⁴⁸ oranında artınca tarihteki ilk "malpraktis krizi" yaşanmıştır. Toplumda saygınlığı ve finansal güce sahip olmaları hekimleri, dava açmak için çekici kılmış ve uygun hedefler haline getirmiştir. Tüm hekimler potansiyel hedef haline geldiğinden, 19.yy sonlarında tıbbi sorumluluk sigortasında yükseliş olmuştur.⁴⁹

Diğer taraftan modern anlamda ilk ve en önemli belgelerden biri olan “Amerikan Hastaneler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi” hekimlerin önerdiği ve etik olarak kabul ettikleri bir belgedir ve bundan sonraki tüm hasta hakları belgelerine esas olmuştur. Türk hekimlik tarihinde de hasta haklarının her zaman önemsendiğine ve saygı duyulduğuna dair kanıtlar vardır. Şerriye sicillerine göre 15-16. yüzyıllardan itibaren Türk tıp uygulamalarında, bilgilendirme ve onam alınmasının çok yaygın olduğu bilinmektedir.⁵⁰

Sıklıkla aydınlatılmış onam olarak kabul ettiğimiz otonomi aydınlatması yüksek yargı kararları tarafından bulunmuş ve geliştirilmiş bir kavramdır.⁵¹ Alman İmparatorluk Mahkemesi'nin ilk kararları genel olarak hastanın rızası olmaksızın yapılan tedavilerle ilgilidir. Örneğin 31.5.1894 tarihli kararda 7 yaşındaki bir kız çocuğunun, kanuni temsilcisi olan babasının ameliyata karşı olmasına rağmen ayağının kesilmesinden hekim sorumlu tutulmuştur. Aydınlatma görevine ilişkin ilk

⁴⁷ Robert J. **Flemma**, Medical Malpractice: A Dilemma In The Search For Justice, Marquette Law Review, C.68, S.2, 1985, s.240.

⁴⁸ Diğer bir esere göre 1830-1860 yılları arasında nüfustaki %114 artışa rağmen tıbbi malpraktis davası %950 artmıştır, ancak bu eserde de davalardaki esas artışın 1840'lerden sonra başladığı ifade edilmektedir. James C. **Mohr**, The Emergence of Medical Malpractice in America, Transactions & studies of the College of Physicians of Philadelphia, Seri:5, C.14, S.1,1992, s.7.

⁴⁹ Steven **Nehmer**, The New Jersey Medical Malpractice Liability Insurance Crisis of 2002, s.3.

⁵⁰ Ekin Özgür **Aktaş**, Sağlık Hukuku; Hekimleri ve Diğer Sağlık Çalışanlarını Koruyor Mu?, Hekimlik Uygulamalarının Adli Tıbbi Güncellemesi Sempozyum Dizisi No:78, Ekim 2012, ss.44-54.

⁵¹ Erhan **Temel**, Alman Hukukunda Psikiyatri Hastası-Hekim İlişkisi, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, C.61, S.2, 2012, ss.780-781.

karar ise 01.03.1912 tarihinde verilmiştir.⁵² Alman İmparatorluk Mahkemesi'nin kararında, vücut bütünlüğüne yönelik her türlü tıbbi müdahalenin hastanın aydınlatılmış onamı alınarak yapılması gerektiği, aksi halde haksız fiil ve yaralama olacağının kabul edilmesi gerektiği belirtilmiştir.⁵³

1.2.4. Aydınlatılmış Onam

Aydınlatılmış onam, “*tıbbi uygulama hakkında makul kanaat oluşturan hastanın kendisinin veya kanuni temsilcisinin özgür iradesiyle bu uygulamaya rıza göstermesi*” olarak tanımlanabilir. Tıbbi uygulamaların hukuka aykırılığını ortadan kaldıran koşullardan olarak kabul edilen aydınlatılmış onam kavramı öğretide genel olarak bütünlük olarak ele alınırken, pozitif hukukumuzda bu konudaki en ayrıntılı düzenlemelere sahip Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY) sistematğinde bilgilendirme ve rıza olarak ayrı ayrı ele alınmaktadır.⁵⁴

HHY’de 2014 yılında değişiklikler yapılmış⁵⁵ ve bu yapılan değişiklikle sadece mevcut hükümler değiştirilmemiş aynı zamanda mevcut hukuk normlarına dikkat çekilmiş, yeni tanımlamalar, yeni sorumluluklar belirlenmiş ve belki de en önemlisi uygulama ve öğretideki tartışmalar doğrultusunda kapsam ve usule dair çerçeve çizilmiştir. Değişiklik Yönetmeliği’nin 6. maddesi ile “*Hastanın Rızası ve İzin*” başlığı yeniden düzenlenerek mevcut hukuk normları doğrultusunda rızanın kimden alınması gerektiği ve önceden açıklanmış istek durumu düzenlenmiş, engellilerin durumuna yönelik düzenleme yapılması gerektiği belirtilmiş, yatarak tedavisi tamamlanan hastaya yapılması gereken işlemler belirlenmiştir. Ayrıca bilincin kapalı olduğu ve acil hallerdeki rıza konusu tartışmaya konu olacak, hatalı bir şekilde düzenlenmiştir.⁵⁶

⁵² Ergun **Özsunay**, Alman ve Türk Hukuklarında Hekimin Ödevi, Türk Hukukunda Hekimin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Mukayeseli Hukuk Araştırma ve Uygulama Merkezi, Sorumluluk Hukukundaki Yeni Gelişmeler V. Sempozyumu, Ankara, 12/13 Mart 1982, Fakülteler Matbaası, İstanbul, 1982, s.35.

⁵³ Temel, ss.780-781.

⁵⁴ Yakup Gökhan **Doğramacı**, Zehra Zerrin **Erkol**. Tıbbi Uygulamalarda Aydınlatılmış Onamın Niteliği (Aydınlatılmış Onam), 12. Uluslararası Anadolu Adli Bilimler Kongresi, Batman, 20-23 Mayıs 2015.

⁵⁵ Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, R.G.:08.05.2014/28994.

⁵⁶ Zerrin **Erkol**, Yakup Gökhan **Doğramacı**. Hasta Hakları Yönetmeliğinde Yapılan Değişikliklerin İrdelenmesi, 2.Ulusal Sağlık Hukuku Kongresi, Gaziantep, 23-25 Nisan 2015.

HHY’de bilgilendirme kapsamı, daha çok tıp bilimi kurallarına ilişkin olup bu kapsamda tıp meslek mensubunun hasta tarafını aydınlatması görev olarak kabul edilmektedir. Rıza ise Anayasa’da da belirtilen, ağırlıkla hukuki bir kavram olup hasta tarafının tıbbi uygulamaya onamı anlamına gelen tek taraflı bir irade beyanıdır ve sözleşme niteliği olmadığından yaptırım ve zorlamaya tabi değildir.⁵⁷ Anayasa 90. madde gereği pozitif hukukumuzda yer alan uluslararası nitelikteki Biyotıp Sözleşmesi, tıbbi müdahalelerde insan haysiyetinin korunmasını amaçlar ve sözleşmenin 5. maddesinde sağlık alanında herhangi bir müdahalenin ancak kişinin rızası alındıktan sonra yapılabileceğini düzenler.⁵⁸ Yargıya taşınmış uyuşmazlıklarda şüphesiz ki hükmü kuran mahkemelerdir. Ancak mahkeme çözümü teknik ve uzmanlığı gerektiren konularda bilirkişiye başvurabilir. Bilirkişinin, kendisine verilen görevi yaparken hukuksal değerlendirme yapmaktan uzak durması gerekir. Bilgilendirme ve rızanın birbirini tamamlayıcı özelliği kabul edilse de HHYdeki sistematığe de uygun olarak yukarıdaki açıklama doğrultusunda bilgilendirmenin tıbbi, rızanın ise hukuki boyutunun ağır bastığını kabul etmek gerekir. Bu sebeplerle bilgilendirme ve rıza kavramları ayrı ayrı ele alınmalı ve bu doğrultuda değerlendirme yapılmalıdır.⁵⁹

1.3. Sağlık ve Tıp Meslekleri Mensupları ile Hasta

Çalışmamızın ana konularından biri tıbbi uygulamalarda iş birliği olduğundan, tıbbi uygulamalarda rol alan meslek profesyonellerinin hukuki, idari ve mesleki nitelikleri önem arz etmektedir. Bu sebeple öncelikle sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde görev alan sağlık ve tıp meslekleri mensuplarını genel olarak belirlemek gerekir.

⁵⁷ Yakup Gökhan **Doğramacı**, Genel İşlem Koşulları ve Aydınlatılmış Onam, 2.Ulusal Sağlık Hukuku Kongresi, Gaziantep, 23-25 Nisan 2015.

⁵⁸ Yakup Gökhan **Doğramacı**, Ceza Yargılamasında Beden Muayenesi Ve Vücuttan Örnek Alınmasında Kişinin Rızasının Olmaması, 2.Ulusal Sağlık Hukuku Kongresi, Gaziantep, 23-25 Nisan 2015.

⁵⁹ Doğramacı, Erkol; Aydınlatılmış Onam.

1.3.1. Sağlık Meslekleri Mensubu

Öğretide, sağlık meslek mensubu ile ilgili tam bir tanım bulunmamakla birlikte birtakım yasa⁶⁰ ve idari düzenlemeler⁶¹ içerisinde doğrudan veya dolaylı çeşitli tanımlamalar yapılmaktadır. 657 s. Devlet Memurları Kanunu (DMK)⁶² m.36/3'te sağlık hizmetleri sınıfı, bu alanda mesleki eğitim alarak çalışan kişiler olarak, (hayvan sağlığı da dahil olmak üzere) örneklendirilerek sağlık kavramına uygun olarak geniş biçimde belirlenmiştir. 224 s. SHSHK'nın 2. maddesinde sağlık personeli tanımlanmıştır. Buna göre *“Sağlık personeli, sağlık hizmetlerinde maaş, ücret, yevmiye ve mukavele ile istihdam edilen ve bu sahada mesleki eğitim görerek yetişmiş olanlardır. Bu hizmet sahasında çalışan ve yüksek eğitim yapmamış olanlar yardımcı sağlık personelidir.”* Bu norma uygun olarak 1219 s. Kanun'da yapılan hemşire yardımcısı, ebe yardımcısı meslekleri eklemeleri⁶³ ile ayırım belirginleşmiştir.

⁶⁰ TCK m.280/2 maddesi şu şekildedir: *“Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır.”* Maddede *“ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler”* denilerek tanım geniş tutulmuş ve buna uygun olarak gerekçesinde de sağlık mesleği mensuplarının madde metnindekilerle sınırlı olmadığı vurgulanmıştır.

⁶¹ Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY) m.4/c *“Personel”* ve (Yürürlükten kaldırılan) Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik m.4/b *“Çalışan”* tanımları *“sağlık meslekleri mensupları”* ifadesini açıklamaktan ziyade kullanılmaktadır. (Yürürlükten kaldırılan) Beşeri Tıbbi Ürünlerin Tanıtım Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik m.4/h *“Sağlık Mesleği Mensupları”* tanımı ise oldukça dardır.

⁶² R.G., 23.07.1965/12056.

⁶³ 6514 s. Kanun R.G., 18.01.2014/28886. Kanunun iptaline yönelik Anayasa Mahkemesi'nde (AYM) açılan iptal davasında Yüksek Mahkeme;

“Dava konusu ibarelerle ise, 6514 sayılı Kanun'un yürürlüğe girdiği tarihten itibaren sağlık meslek liselerinin hemşire yardımcılığı, ebe yardımcılığı haricindeki programlarına öğrenci kaydedilmeyeceği öngörülmektedir. Zira hemşirelik meslek mensuplarının üniversitelerin hemşirelik lisans programlarından karşılanabilecek yeterlikte olması nedeniyle bu liselerin bundan sonra sadece hemşire yardımcılığı ve ebe yardımcılığı eğitimi vermeleri öngörülmektedir. Ancak bu tarihe kadar kaydı yapılmış olan öğrenciler eğitimlerini kayıtları yapılan programlarda tamamlayabilecek ve bitirdikleri programların meslek unvanını kullanabileceklerdir.

Dava konusu kurallarla, sağlık meslek liselerinin hemşire yetiştirmesi süreci sona ermekte olup bu liselerde bundan sonra hemşire ve ebelere destek olmak üzere hemşire yardımcısı ve ebe yardımcısı şeklinde ara eleman yetiştirilmesi öngörülmektedir. Zira sağlık meslek liselerinin sağlık hizmeti sunumunda hemşire ile ebelere destek olacak ihtiyaç duyulan ara elemanların karşılanabileceği en uygun kurumlar olduğu açıktır. Söz konusu liselerden mezun olan hemşire yardımcısı ve ebe yardımcısı şeklindeki ara elemanlar, hemşire ve ebe nezaretinde yardımcı olarak çalışacak ve hastaların günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesine, beslenme programının uygulanmasına, kişisel bakım ve temizliği ile sağlık hizmetlerine ulaşımında yardımcı olmak ve refakat etmekle görevli olacaklardır. Dolayısıyla sağlık hizmeti sunan kurumlarda sağlık alanında eğitim almış nitelikli ara insan gücü ihtiyacını karşılamaya yönelik olan dava konusu kuralların kişilerin yaşama hakkı ile maddi ve manevi varlığını koruma hakkıyla çelişen bir yönü bulunmamaktadır.

Açıklanan nedenlerle, dava konusu kurallar Anayasa'nın 17. ve 56. maddelerine aykırı değildir. İptal istemlerinin reddi gerekir.” şeklinde karar vermiştir. (E.2014/61, K. 2014/166, K.T. 07.11.2014, R.G.: 19.6.2015/29391).

Böylelikle yükseköğrenim yapmayan sağlık personelinin yardımcı sağlık personeli olarak tanımlanması kabul edilmelidir. Zira yapacağımız tanımlarda da görüleceği üzere yardımcı sağlık personelinin genel olarak görevleri doğrudan tıbbi uygulama yerine refakat etmek, yardımcı olmak ve görevlerine özgü araç gereçleri kullanmaktır.

1.3.2. Tıp Meslekleri Mensubu

En yeni ve özel kanuni norm olan 663 s. KHK m.23'e dayandırılarak çıkarılan Sağlık Meslekleri Kurulu Yönetmeliği⁶⁴ m.4/f'de sağlık meslek mensupları açık bir şekilde tanımlanmıştır. Buna göre *“Hekim, diş hekimi, eczacı, hemşire, ebe, optisyen ve 11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun ek 13 üncü maddesinde tanımlanan diğer meslek mensuplarını”* ifade etmektedir. Tanım, örnekleyici değil belirli ve sınırlı *-numerus clausus-* şekilde yapılmıştır. Mezkur Yönetmelik m.2'de, yönetmeliğin tüm sağlık meslek mensuplarını kapsayacağı belirtilmesine rağmen içerisinde yer alan sağlık meslek mensupları tanımı ile sağlık hizmetleri yelpazesi içerisinde dar bir alan işaret edilmektedir. Tanımlamadaki kişilerin kişi sağlığı üzerinde doğrudan tıbbi etkide bulunabilecek kişiler olduğu, hem yeni hem özel bir kanuni düzenleme içerisinde bulunmaları nedeniyle ve de tıbbın sağlığın alt dalı olduğu göz önüne alındığında yönetmelikte dar olarak ifade edilen bu kişilerin tıp meslek mensupları olarak tanımlanmaları uygun görünmektedir.

1.3.3. Sağlık Personeli

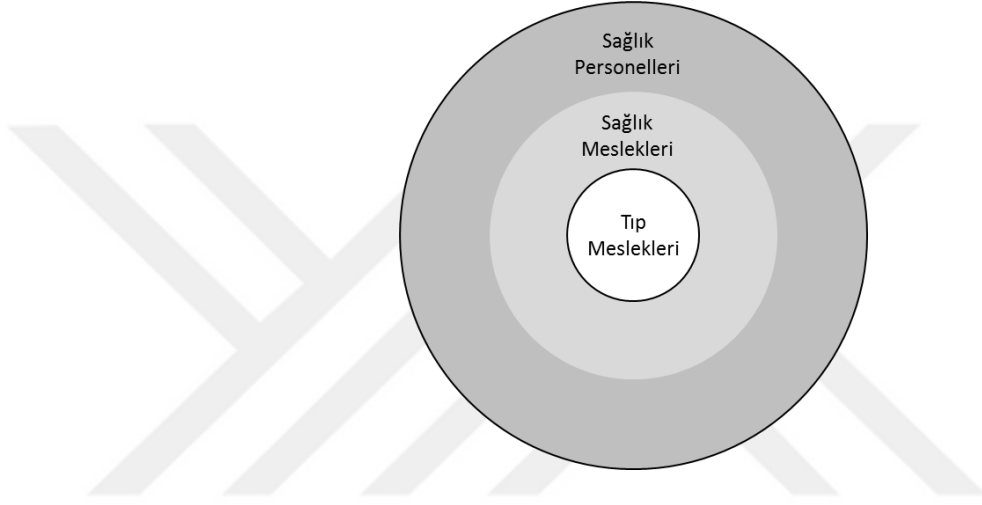
HHY m.4/c'ye göre sağlık personeli *“... sağlık hizmetinin verilmesine iştirak eden bütün sağlık meslekleri mensuplarını ve sağlık meslekleri mensubu olmasa bile sağlık hizmetinin verilmesine sorumlu olarak iştirak eden kimseleri”* ifade eder. Buna göre sağlık hizmeti sunumunda görev ve yetki alan herkesi sağlık personeli olarak kabul etmek gerekecektir. Bu durumda hekim, hemşire gibi sağlık meslekleri mensuplarının yanı sıra temizlik elemanı⁶⁵, biyolog ve tanı, tedavide kullanılan

⁶⁴ R.G., 14.12.2012/28497.

⁶⁵ Halide Savaş, Sağlık Çalışanlarının ve Sağlık Kurumlarının Tıbbi Müdahaleden Doğan Sorumlulukları, (Sağlık) Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2007, s.29.

programların yazılımcısına kadar sağlık hizmeti sunumunda görev alan birçok meslek mensubu, sağlık personeli sayılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ile yakından ilişkili hasta haklarının içerisinde güvenlik hakkı bulunduğundan, güvenlik personeli de bu tanım doğrultusunda sağlık personeli olarak kabul etmek yanlış olmayacaktır. Sağlık personeli için ayırt edici nokta, sağlık meslek mensubu olmasa bile sağlık hizmeti yürütülmesinde sorumlu olarak görev almaktır.

Tablo 1. Sağlık Hizmetlerinde Görev Alan Meslekler⁶⁶



1.3.4. Hasta

HHY m.4/b’de “*Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kimse*” olarak ifade edilmiştir. Bu tanım hasta yakınlarını da içine alacak kadar geniştir.⁶⁷ Çünkü aynı yönetmelikte hasta yakınlarına da sağlık hizmetlerinden yararlanma anlamına gelebilecek kısmi de olsa birtakım hak ve yetkiler tanınmıştır. Bu durumlara örnek olarak verilebilecek refakat etme, ziyaret, bilgilendirme, güvenliğin sağlanması gibi haller hasta yakınlarını da kendi sağlıkları açısından olmasa da doğrudan ilgilendirmekte ve dolayısıyla sağlık hizmetinden yararlanma gereksinimi

⁶⁶ Savaş, Sağlık, s.75, Şekil-1’den esinlenmiş ve uyarlanmıştır. Görüleceği üzere sağlık personeli kavramı, sağlık ve tıp mesleklerini de kapsayan, sağlık hizmetlerinin sunumunda görev alan en geniş tanımdır. Tıp meslekleri ise, kişi üzerinde doğrudan tıbbi uygulamada bulunabilecek en dar alanı tanımlamaktadır.

⁶⁷ Hasan **Petek**, Tıbbî Müdahalelerden Kaynaklanan Uyuşmazlıklarda Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun’un Uygulanması, Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi C.15, Özel Sayı, 2014, s.977.

hissettirmektedir. Ayrıca günümüzde hasta kavramını sadece sağlığı bozulan kişi olarak tanımlamak da eksik olacaktır. Bu sebeple hasta kavramını, kendi sağlığı konusunda sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kimse olarak tanımlamak daha doğru olacaktır.

Diğer taraftan Avrupa Parlamentosu ve Konseyi 2008/48/EC Yönergesi doğrultusunda hazırlanan 6502 s. Tüketicinin Korunması Hakkındaki Kanun, 28.11.2013 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanarak 24.05.2014 tarihinde yürürlüğe girmiştir. 6502 s. Kanun’da “*Tanımlar*” başlığı altında *hizmet, sağlayıcı, tüketici ve tüketici işlemi* gibi kavramlar açıklanmıştır. *Tüketici işlemleri* genel olarak, hizmet piyasalarında ticari veya mesleki amaçlarla hareket eden gerçek veya tüzel kişiler ile tüketici arasında kurulan eser ve vekalet dahil her türlü sözleşme ve hukuki işlemi işaret etmektedir.

Yargı içtihatları ve öğretilerde, hekim ve hasta arasındaki hukuki ilişki genel olarak vekalet veya eser sözleşmesi kapsamında değerlendirilmektedir. Bu halde, hekim ve hasta arasındaki hukuki ilişkinin, tüketici işlemi kapsamında değerlendirilerek 6502 s. Kanun hükümlerini uygulamak ve hastayı, tüketici olarak tanımlanmak gerekir.⁶⁸

1.3.5. Değerlendirme

Her geçen gün tıp biliminin genişlemesi ve gelişmesiyle beraber teknik bilgi artmakta, bilgi ve teknolojiyi kullanacak yeni sağlık mesleklerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu ihtiyaca binaen çeşitli normlarla sağlık yeni sağlık meslekleri eklenmektedir. Ancak ne yazık ki Sağlık Meslekleri Kurulu Yönetmeliği’nde, sağlık mesleklerinin belirli ve sınırlayıcı olarak sayılmasının bir takım sakıncaları doğmuştur. Çünkü kanuni ve idari normlar genellikle uygulamadaki ihtiyaç nedeniyle oluşturulan, ancak daha stabil yapılardır ve yapılmaları sırasında çeşitli teknik sorunlar

⁶⁸ Yakup Gökhan **Doğramacı**, 6502 Sayılı Tüketicinin Korunması Hakkındaki Kanun Kapsamında Hekim Ve Hasta İlişkisinin Değerlendirilmesi, 2.Ulusal Sağlık Hukuku Kongresi, Gaziantep, 23-25 Nisan 2015.

yaşanabilir. Teknik hatalar nedeniyle, sağlık meslekleri mensuplarına özgülünen durumlarda mesleki, hukuki ve idari sorunlar ortaya çıkması muhtemeldir. Örneğin 1219 s. K. m.3(2) içerisinde belirtilen acil tıp teknisyenleri bu tanım içerisinde yer almayarak kapsam dışında kalmışlardır. Yasa ile hastaya ve kişinin beden bütünlüğüne doğrudan müdahale imkanı verilen bir meslek grubunun bu tanım içerisinde yer almaması büyük eksikliklerdir. Bu sebeplerle, hastanın sağlığıyla doğrudan ilişkili meslek icra eden acil tıp teknisyenlerinin sağlık meslekleri mensupları dışında tutulması kabul edilemez. 1219 s. Yasa'ya sonradan dahil edilen acil tıp teknisyen/teknikerlerinin⁶⁹ tanım yapılırken gözden kaçırılmış olması kuvvetle muhtemeldir. Ayrıca, bilinçli bir şekilde kapsam dışında bırakıldığına dair bir emare veya başka bir düzenleme bulunmamaktadır. Bu sebeplerle acil tıp teknisyenlerinin de TCK m.280'deki örnekleyici düzenlemeye⁷⁰ uygun olarak sağlık meslekleri mensupları tanımı içerisinde yer alması şüphesiz uygun olacaktır.

Sağlık meslekleri mensubu kavramını belirli ve sınırlı olarak tanımlamak, genişleyen ve gelişen sağlık bilimi içerisinde yetersiz kalacaktır. Bunun yerine sağlık hizmetlerinin yelpazesi karşısında örnekleyici olarak mümkün olduğunca geniş ele alınmalıdır. Bu halde kanundaki tanıma paralel olarak sağlık hizmetleri alanında mesleki eğitim alarak eğitimi doğrultusunda ücret karşılığı çalışan kişileri sağlık mesleği mensubu olarak tanımlamak gerekir. Tıp meslek mensupları ise, sağlık meslek mensupları grubu içerisindeki doğrudan insanın beden ve ruh sağlığına doğrudan müdahale etme yetkisi olan kişilerdir. Ancak yine de iç içe geçtiği sağlık meslekleri mensuplarından ayırıcı kanuni ve idari düzenlemeler yapmak gerekmektedir.

Hasta kavramı konusunda görüleceği üzere, sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı sadece tıbbi gereklilikleri değil hasta yakınları, estetik uygulamalar gibi birçok sosyal unsur da barındıran geniş bir kavramdır. Bu sebeple hasta kavramının, yönetmelikte bahsedilen hasta tanımı içerisinde hasta yakınlarının çıkarılması

⁶⁹ 5371 sayılı K. m.7; R.G.,05.07.2005/25866. Acil tıp teknikerleri, geç de olsa 6514 s. torba kanun (R.G., 18.01.2014/28886) ile 1219 sayılı kanunun Ek 13. maddesine eklenmiştir.

⁷⁰ Sevinç Arslan **Hızal**, Türk Ceza Kanununda, Sağlık Personelinin İhbar Yükümlülüğü, İzmir Tabip Odası, İzmir, 2010, s.5.

suretiyle daraltılması ve tıbbi endikasyonlarla sınırlı kalmayacak biçimde genişletici bir ifadeyle “kendi sağlığı konusunda sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kimse” olarak tanımlanması daha doğru olacaktır.

2. TIP MESLEK MENSUPLARININ GÖREV VE YETKİLERİ

Tıbbi uygulamalarda şüphesiz ki en etkili unsur, tıbbi hizmetleri sunan kişi ve kurumlardır. Özellikle tıp alanında, teknoloji karşısında kişilere duyulan güven ve itibar duygusu ön plandadır. Bunun da belki de en önemli sebebi tıp hizmetini, insanın fiziksel ve ruhsal bütünlüğüne doğrudan müdahalede bulunma yetkisine sahip tıp meslek mensubunun bizzat yerine getirmesindendir. Bu sebeple, hizmetin yürütülmesinde aktif rol alan tıp meslek mensuplarının görev ve yetkilerinin ortaya konulması büyük önem taşımaktadır.

Ülkemizde, aşağıda açıklanacağı üzere tıbbi uygulamalarda, hekimlerin yetki genişliği söz konusudur. Ancak Rosenau’ya göre⁷¹ Almanya’da “hekimlik faaliyetlerine ilişkin temsil” konusu tartışmalıdır. Buna göre Almanya’da hekimler, teşhis ve tedaviye yönelik tıbbi önlemlerin alınması konusunun ve nihai sorumluluğun kendilerine ait olduğunu savunmaktadır. Ancak Uzman Danışma Kurulu’nun “iş birliği ve sorumluluk” raporundaki anlayışa göre, temsil sorunu hekimlerin değerlendirmesinin ilerisine taşınarak bugüne kadar yalnızca hekimler tarafından yapılması gereken bir takım uygulamalar, farklı açılardan ele alınmalıdır. Bunun nedeni ekonomik olduğu kadar hasta bakımını üstlenen personelin bakış açısından da kaynaklanmaktadır. Hekim dışı sağlık personeli, hekimlik mesleğine ilişkin kuralları kendi mesleki profesyonellikleri açısından bir sınırlama ve yük olarak görmektedirler. Hekimlerin hiyerarşik pozisyonları, sağlık meslekleri arasındaki iş bölümünü olumsuz etkilemektedir. Kanaatimizce temsil yetkisinden ziyade hekim dışı tıp meslek mensuplarının mesleki özerklikleri ön plana çıkarılmalıdır.

⁷¹ Henning **Rosenau**, Sağlık Alanında Temsil ve İşbirliği, Çeviren: Meral Ekici Şahin, VII. Türk–Alman Tıp Hukuku Sempozyumu Tıpta İşbirliği ve Hukuksal Sorunlar, Editörler: Hakan Hakeri, Henning Rosenau, 2010, Samsun, Adalet Yayınevi, ss.19-20.

2.1. Yasal Durum

Tıp meslek mensupları koşulların varlığı halinde, negatif temel hak ve özgürlüklerden olan ve Anayasa'nın 17. maddesinde düzenlenen kişinin dokunulmazlığına müdahalede bulunma yetkisine sahiptirler. Bu sebeple tıbbi müdahaleler, temel hak ve özgürlüğün kısıtlanması anlamına gelebileceğinden ancak Anayasa'nın 12. maddesinde belirtilen çerçeve içerisinde yapılabilirler. Temel hak ve özgürlüklerin olağan dönemlerde kısıtlanmasının temel şartlarından biri kısıtlamanın kanunla yapılması gerekliliğidir.⁷² Dolayısıyla tıp meslek mensuplarının görev ve yetkilerinin kanunla düzenlenmiş olması gerekir. 1219 sayılı Kanun, genel anlamda tıp mesleklerini tanımlayarak yetki ve görevlerini düzenleyen temel kanundur. Bununla beraber Hemşirelik Kanunu⁷³, Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun⁷⁴, İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu, Optisyonluk Hakkında Kanun⁷⁵, Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun⁷⁶ ve Seriri Taharriyat ve Tahlilat Yapılan ve Masli Teamüller Aranılan Umuma Mahsus Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu sağlık mesleklerini düzenleyen diğer ilgili kanunlardır.

Tıp meslek gruplarındaki çeşitlilik ve bu meslek gruplarının birlikte çalıştığı göz önünde bulundurulduğunda, ayrıca görev ve yetki tanım yönetmeliğine ihtiyaç duyularak Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik⁷⁷ yayımlanmıştır.⁷⁸ Ayrıca Yönetmelik başlığında ve 4. maddede “*Tanımlar*” kısmında “*sağlık meslek*

⁷² Kemal **Gözler**, Anayasa Hukukunun Genel Esasları, Ekin, Bursa, 2010, s.404. İbrahim Ö. **Kaboğlu**, Özgürlükler Hukuku, Afa Yayınları, İstanbul, 1993, s.55.

⁷³ 6283 s. Kanun, R.G.: 02.3.1954/8647.

⁷⁴ 6197 s. Kanun, R.G.: 24.12.1953/8591.

⁷⁵ 5193 s. Kanun, R.G.:26.06.2004/25504.

⁷⁶ 3153 s. Kanun, R.G.:28.04.1937/3591.

⁷⁷ Görev Yönetmeliği, R.G.: 22.05.2014/29007.

⁷⁸ Yönetmelik başlığındaki “*iş ve görev*” tabiri tartışılmaya değerdir. Çünkü “*iş ve görev*” anlam olarak salt yükümlülüğü çağrıştırmaktadır. Halbuki tıp meslek mensupları ve özellikle hekimlerin Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin (TDN, R.G.: 19.02.1960/10436) 6, 16 ve 18. maddelerinde de açıkça belirtildiği üzere mesleki özerklikleri olup salt görevleri istisna olarak düzenlenmiştir ve görev beraberinde yetkiyi doğurmaktadır. Bu sebeplerle başlıkta “*iş ve görev*” yerine “*görev ve yetki*” tabirinin kullanılmasının daha uygun olacağı kanaatindeyiz.

mensupları” ve “sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensupları” şeklinde ikili bir ayırım yapıldığı görülmektedir. Buna göre:

“Sağlık meslek mensupları: Tabip, diş tabibi, eczacı, hemşire, ebe ve optisyen ile 1219 sayılı Kanunun ek 13 üncü maddesinde tanımlanan diğer meslek mensuplarını,

Sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensupları: Sağlık meslek mensubu olmadığı halde, sağlık hizmet sunumu çerçevesinde özgün görevi olan ve bu alanda çalışan diğer meslek mensuplarını” ifade etmektedir.

Yönetmelikteki sağlık meslek mensupları tanımı, aslında kişinin beden ve ruh sağlığı üzerinde doğrudan uygulamada bulunabilen tıp meslek mensuplarını işaret etmektedir. Anlam ve kavram karışıklığına yol açılmaması adına “sağlık meslek mensupları” yerine “tıp meslek mensupları” ifadesinin kullanımı daha uygun olacağı kanaatindeyiz.

2.2. Temel İlkeler

Görev Yönetmeliği’nin 5. maddesinde, sağlık meslek mensuplarının çalışmalarına dair temel ilkeler düzenlenmiştir.⁷⁹ Daha önce TDN, Üçüncü Kısım’da

⁷⁹ a) Görevlerini, almış oldukları eğitim ve kazanmış oldukları bilgi ve beceriler doğrultusunda, verimlilik ve kalite gereklerine uygun, diğer çalışanlar ile birlikte ekip anlayışı içerisinde, multidisipliner yaklaşımla ve sağlık hizmeti sunumunun devamlılığı esasına bağlı olarak yapar.
b) Sağlık Bakanlığı Sağlık Meslekleri Kurulunun belirlediği sağlık mesleği etik ilkeleri, kamu görevlileri etik davranış ilkeleri ve etik ilkelerle ilgili diğer mevzuata uyar, hasta haklarını gözetir, hastalarla ve yasal temsilcileriyle etik kurallara aykırı sözlü veya yazılı anlaşma yapamaz.
c) Yanıltıcı, talep artırıcı ve kendilerini övücü tanıtım yapamaz, kampanya düzenleyemez ve hiçbir şekilde reklam yapamaz. Sadece isim, unvan, dal ve adreslerini tanıtabilirler.
ç) Mesleğiyle ilgili eğitim, bilimsel etkinlik, danışmanlık, araştırma ve geliştirme faaliyetlerine katılır. Kurumda eğitim amacıyla bulunan öğrencilerin eğitimine destek verir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetlerine katılır, destek verir.
d) Görevlerini yürütürken kendilerinin ve diğer sağlık meslek mensuplarının mesleki saygınlığını zedeleyecek davranışlardan kaçınır.
e) Toplumu ve bireyleri, sağlığı ile ilgili yanlış yönlendirebilecek ifade ve davranışlardan kaçınır.
f) Topluma karşı etik sorumluluk anlayışına uygun olmayan davranış ile sözlü ve yazılı ifadelerden kaçınır.
g) Hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak amacıyla; güvenli çalışma ortamının sağlanması ve sürdürülebilirliği ile muhtemel risklerin giderilmesine yönelik uygulamaları yapar veya yapılmasını sağlar. Mesleki risklere karşı kişisel korunma tedbirlerini alır veya alınmasını sağlar.
ğ) Görevi ile ilgili kayıtları tutar.
h) Yetkili kişilerce acil sağlık hizmeti ulaşana kadar almış olduğu eğitim doğrultusunda ilk yardım gereklerini yerine getirir.
ı) Mesleki uygulamalar sırasında edindiği kişisel verileri ve sağlık ile ilgili özel bilgileri, ilgili mevzuat gereği rapor düzenleme ve hastanın ya da diğer kişilerin hayati tehlikesi söz konusu olduğu durumlar hariç, muhafaza eder ve üçüncü kişilerin eline geçmemesi için gerekli tedbirleri alır.

meslektaşların birbiriyle ve paramedikal meslek mensuplarıyla ilgili ilişkileri düzenlenmiş olsa da Tüzük, hekim odaklı düzenlenmiştir. Genel anlamda, bütüncül bakış açısıyla sağlık çalışanlarının görev ve yetkilerindeki temel ilkelerle ilgili düzenleme yapılması bu yönüyle isabetli olmuştur.

Temel ilkelerin ilkinde, sağlık hizmeti sunumunda ekip çalışması ve multi disiplinler yaklaşımının öneminin vurgulanması yerinde olmuştur. Böylece sağlık hizmetinin sunumunun bir bütün olduğu, ekip halinde çalışmanın gerekliliği ve sağlık çalışanlarının birbirinin bütünleyicisi ve tamamlayıcısı olduğu açıkça ifade edilmiştir. Tıp meslek mensubu, ekip içerisinde çalışma ilkesinin uzantısı olarak kendi mesleki bilgisi dahilinde birlikte hizmet sunduğu diğer meslek gruplarının hareketlerine karşı dikkatli olmalı, normalden sapma fark ettiğinde ilgili kişileri uyarmalı, zarar vereceğini öngördüğü durumlarda gerekirse verilen talimatı yerine getirmemelidir.

Diğer taraftan tıp mesleklerinin ekip içerisindeki görevleri yanında kendi özerk görevlerini göz ardı etmemek gerekir. Teorik olarak ekip içi veya özerk görevler arasında bir üstünlük ya da öncelik bulunmamalıdır. Ancak uygulamada görev pozisyonu, hastanın durumu gibi sebeplerle öncelik somut hale göre değişkenlik gösterebilir.

2.3. Tıp Meslek Mensupları

Daha önce yapmış olduğumuz tıp meslek mensupları tanımı çerçevesinde, bunların bazılarını incelemek gerekir.

2.3.1. Hekimler

1219 s. Kanun'un ilk maddesinde hekimlik icra etme ve hasta tedavi etmenin her çeşidi öncelikle tıp fakültesi diploması sahip olma koşuluna bağlanmıştır. Buradan hareketle hekimlik icrası, hasta tedavisinden ayrı olarak değerlendirilmiştir. Kanunda hekimlik icrasının ne olduğu tam olarak tanımlanmasa da önceki bölümlerde açıkladığımız üzere koruyucu ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak anlaşılmalıdır. Kanun'un 8. maddesinde kanunda belirtilen şartlara sahip olan

hekimlerin her türlü hastalığı tedavi edebileceği ancak tıpta sürekli uzman olmak ve uzmanlık unvanı kullanabilmek için uzmanlık belgesine sahip olunması şartı aranmıştır. Tıpta uzmanlık, 2537 s. Yükseköğretim Kanunu⁸⁰ m.3/t(3)'de “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından düzenlenen esaslara göre yürütülen ve tıp doktorlarına belirli alanlarda özel yetenek ve yetki sağlamayı amaçlayan bir yükseköğretim” olarak tanımlanmış ve 1219 s. Kanun'da 43 ana dal ve 45 yan dal uzmanlığı belirlenmiştir. Öğretilerde de kanunlarda sayılı haller dışında hekimlerin her türlü tıbbi müdahaleyi gerçekleştirebileceği savunulmuştur.⁸¹

Kanunlarda sayılı bu haller:⁸²

- 1219 s.K. m.23. maddesinde büyük ameliyatların mutlaka bir uzman hekim ile birlikte yapılması gerektiği,⁸³
- 3591 s.K. m.2. maddesinde kanunda belirtilen alanlarda uzmanın gerektiği,⁸⁴
- 992 s.K. 1. maddesinde kanunda belirtilen alanlarda uzmanın gerektiği,⁸⁵
- 2238 s.K.⁸⁶ 11. maddesinde “Ölüm Halinin Tespiti” başlığı altında bu değerlendirmeyi sayılı uzmanların birlikte yapabileceği,
- 2827 s.K.⁸⁷, 5. maddesinde on haftayı geçen gebeliğin tahliye endikasyonunu uzmanın koyabileceği düzenlenmiştir.

Kural olarak ve sayılan istisnalar dışında hekimliğin uzmanlık nedeniyle sınırlandırılması mümkün değildir. Ancak özel uzmanlık dalına ayrılmış alanda tıbbi müdahalede bulunurken hekimin bu uzmanlık alanının gereği olan bilgi ve imkana sahip olması gerekir.⁸⁸ Uzman olmayan veya uzmanlığı dışında uzmanlığı gerektiren başka bir alanda tıbbi müdahalede bulunan hekimin üstlenme kusurundan

⁸⁰ R.G.: 06.11.1981/17506.

⁸¹ Hakan **Hakeri**, Tıp Hukuku (Tıp 2015), 10. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2015, s.191.

⁸² Hakeri, Tıp 2015, ss.191-196; Yazar ilk üç hükmü belirtmiştir.

⁸³ Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. Hakeri, (Tıp 2015), s.191.

⁸⁴ Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun. Hakeri, Tıp 2015, s.191.

⁸⁵ Seriri Taharriyat ve Tahlilat Yapılan ve Masli Teamüller Aranılan Umuma Mahsus Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu, Hakeri, Tıp 2015, s.192.

⁸⁶ Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun.

⁸⁷ Nüfus Planlaması Hakkında Kanun.

⁸⁸ Yargıtay 4. HD. E.990/5104, K.991/429, K.T.:06.05.1991 Aktaran: İ. Hamit **Hancı**, Malpraktis, Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu, Seçkin, Ankara, 2002, ss.88-89.

bahsedilebilir. Bu durum hekimin acemiliği olarak kabul edilip hekimin taksirinden dolayı sorumluluğuna gitmek gerekir. Çünkü hekimler sırf hekim olduklarından dolayı tıbbi müdahaleleri hukuka uygundur.⁸⁹ Ancak kanunda açıkça uzmanlık şartı gerektiren bir uygulamayı ilgili uzmanlık yetkisine sahip olmayan bir hekim tarafından gerçekleştirildiyse, artık hukuka aykırılık söz konusu olup kasttan bahsetmek gerekir. Durumları örneklendirirsek genel cerrahın zorunluluk hali dışında sezaryen ameliyatı yapması, yetki belgesine sahip olmayan cerrahın endoskopik girişimler yapması gibi durumlar üstlenme kusuruna yol açabilir ve taksirden dolayı sorumlulukları söz konusu olabilir. Diğer taraftan on haftayı geçen gebeliğin tahliyesine genel cerrahın karar vermesi veya tıbbi ölüm halinin saptanmasında kurul içerisinde iç hastalıkları uzman hekiminin bulunması ve karara katılması durumlarında, kasttan dolayı sorumluluk araştırılmalıdır.

Görev Yönetmeliğinde kanundaki düzenlemeye uygun olarak, ayırım yapılmaksızın, tabip ve uzman tabiplerin görevleri düzenlenmiştir.⁹⁰

DSÖ tarafından, genel ve uzman hekim ayrımı yapılmıştır.⁹¹ Buna göre pratisyen hekimler (aile ve genel birinci basamak hekimleri dahil):⁹²

Modern tıbbın ilke ve usullerin uygulanması yoluyla hastalık, yaralanma, diğer fiziksel ve ruhsal bozuklukları teşhis, tedavi ve önleme ile insanların genel sağlığını

⁸⁹ Hakeri, Tıp 2015, s.194.

⁹⁰ a) Tıp ve uzmanlık eğitimi sırasında kazanmış olduğu bilgi, beceri ve tutum çerçevesinde, tıbbi ilke ve yöntemleri uygulayarak birey ve toplumu sağlık sorunlarından, hastalıklardan ve yaralanmalardan koruyucu tedbirleri alır, tanı, tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları yapar ve olası komplikasyonların önlenmesi için çalışır. Ortaya çıkan komplikasyonlarda uygun müdahaleyi yapar, gerektiğinde hastayı sevk eder.

b) Tıp ve uzmanlık eğitimi sırasında kazandığı bilgi ve becerilere ilaveten, mesleği ile ilgili eğitim ve bilimsel faaliyetler yoluyla kazandığı bilgi ve beceriler çerçevesinde sanatlarını icra ederler.

c) Birlikte çalıştığı diğer sağlık meslek mensupları tarafından gerçekleştirilen tıbbi bakım ve uygulamaları planlar, izler ve denetler.

ç) Adli vakalarda ilgili mevzuatlarda tanımlanan iş ve işlemleri yapar.

d) Gerekli gördüğü durumlarda, diğer tabip, uzman tabip veya birimden konsültasyon ister. Konsültasyon istenen tabip veya uzman tabip bu isteğe icabet eder.

e) Başka bir birime veya kuruma sevkı gereken hastaların, tıbben gerekli şartlar sağlanarak sevk edildiği birime veya kuruma ulaşımı için gerekli tedbirleri alır.

⁹¹ Classifying health workers: Mapping occupations to the international standard classification, http://www.who.int/hrh/statistics/Health_workers_classification.pdf, (Sağlık Çalışanları), (E.T.:17.01.2016).

⁹² WHO, Sağlık Çalışanları, s.1.

korurlar. Diğer sağlık personeli tarafından uygulanacak bakım ve tedavi uygulamalarını planlama, denetleme ve değerlendirmeyi yaparlar. Belirli hastalık kategorileri veya tedavi usulleri ile sınırlandırılmazlar ve bireylere, ailelere ve topluluklara sürekli ve kapsamlı tıbbi bakım sağlanması sorumluluğunu üstlenebilirler.

Uzman hekimler:⁹³

Modern tıbbın ilke ve usullerini uygulanması yoluyla özel test, tanı, tıbbi, cerrahi, fiziksel ve psikiyatrik teknikleri kullanarak hastalık, yaralanma ve diğer fiziksel ve ruhsal bozuklukları teşhis, tedavi eder ve önlerler. Diğer sağlık personeli tarafından uygulanacak bakım ve tedavi uygulamalarını planlama, denetleme ve değerlendirmeyi yaparlar. Belirli hastalık kategorilerinde, hasta türleri veya tedavi yöntemleri üzerinde uzmanlaşırlar ve seçtikleri uzmanlık alanlarında, tıp eğitimi ve araştırma faaliyetlerini yürütebilirler.

DSÖ'nün uzman ve pratisyen hekim tanımı birçok noktada örtüşmektedir. Ancak pratisyen hekimler genel teşhis ve tedavi yöntemleri kullanmaktayken uzman hekimler, pratisyen hekimlerden farklı olarak teşhis ve tedavide özel teknikler kullanmaları, belirli konularda uzmanlaşmaları ve araştırma faaliyetleri yürütmeleri noktalarında ayrılmaktadır. Bu nedenle pratisyen hekimler genel uygulayıcılar iken, uzman hekimler belirli bir alana yönelmiş ve belirli teknikleri kullanma ehliyetine sahip hekimlerdir. Bu sebeple genel olarak değerlendirildiğinde uzman hekimlerin pratisyen hekimlerin hiyerarşik üstünlüğü yoktur ancak özel bir alandaki üstünlükleri tartışılmaz. Örneğin çocuk sağlığı konusunda, göz hastalıkları uzman hekimi ile pratisyen hekim aynı statüde iken göz hastalıkları ile ilgili bir konuda göz hastalıkları uzmanı hekimin üstünlüğü söz konusudur.

Hekimlik, görev sınırları net olarak çizilmeyen tek sağlık mesleğidir.⁹⁴ Hekimler genel olarak teşhis, tedavi, rehabilite edici ve önleyici sağlık hizmetlerinin temel yetkilisidir ve diğer sağlık personeli üzerinde planlama, denetleme ve

⁹³ WHO, Sağlık Çalışanları, s.2.

⁹⁴ Ekin Özgür **Aktaş**, İzmir Üniversitesi Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Notları, Basılı Olmayan Eser, 02.04.2013

değerlendirme gibi yükümlülükleri söz konusudur. Bu haliyle sağlık hizmeti sunumunu piramide benzetecek olursak, hekimlerin bu piramidin en üstünde yer aldığını kabul etmek ve hekimlerin yetki genişliğinden bahsetmek uygun olacaktır.

2.3.2. Diş Hekimleri

Diş hekimleri, 1219 s. Kanun'un 29. maddesinde düzenlenmiştir. Buna göre: *“Diş tabibi, insan sağlığına ilişkin olarak, dişlerin, diş etlerinin ve bunlarla doğrudan bağlantılı olan ağız ve çene dokularının sağlığının korunması, hastalıklarının ve düzensizliklerinin teşhisi ve tedavisi ve rehabilite edilmesi ile ilgili her türlü mesleki faaliyeti icra etmeye yetkilidir.”* Maddenin ikinci bendinde ise uzman olmak ve uzmanlığı ilan edebilmek için uzmanlık belgesi alınması gerektiği düzenlenmiş, Kanun'un Ek m.-2'de sekiz adet uzmanlık alanı belirtilmiştir. Buna göre diş hekimleri de kendi alanlarında genel bir yetkiye sahip olup Kanun'da uzmanlığa özgü bir durum gösterilmemiştir.

Diş hekimliği, hem bilim hem de sanat olarak tanımlandığından⁹⁵ tıbbın özel bir dalı olduğu⁹⁶ kabul edilse de özel olması, öncelikle kanuni düzenlemeden ileri gelmektedir. 1219 s. Kanun'un 34. maddesinde diş hekimi olmayan tabiplerin diş çekimi, dişler üzerinde tedavi uygulama ve diş etlerine ait her türlü hastalığı tedavi etmeye yetkisi olduğu ancak doğrudan dişçilik yapmak ve bunu ilan etmek isteyen tabibin bir senelik eğitim ile ruhsat alması gerektiği düzenlenmiştir. Bu sebeple diş hekimi olmayan hekimlerin diş hekimliğine ait diş çekimi, dolgu, küçük cerrahi müdahale gibi uygulamaları yapması hukuka aykırı değildir. Diğer taraftan TDN'de tabip ve diş tabipleri birlikte anıldıklarından mesleki deontoloji açısından aynı sorumluluklara sahiptirler.

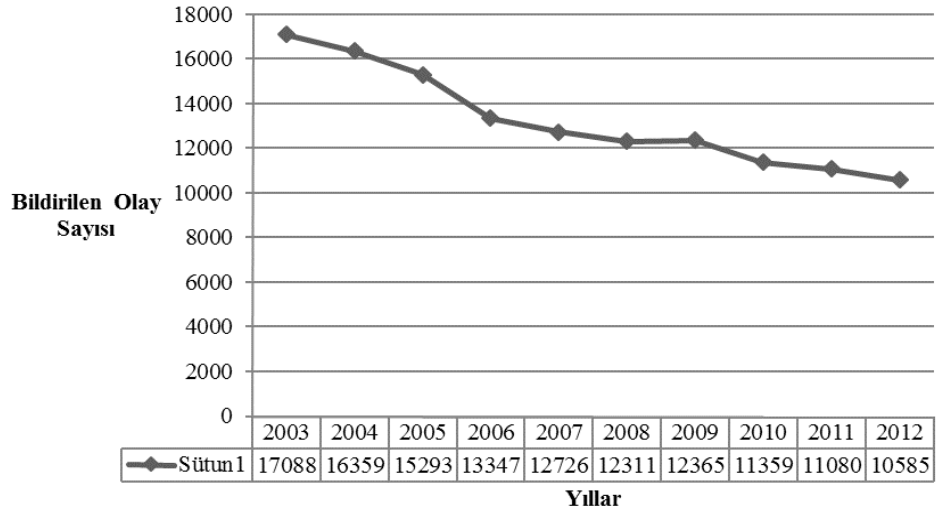
Tıbbi uygulama hataları sayılarının yıllara göre belirlenmesi, gerekli önlemlerin alınması ve alınan önlemlerin değerlendirilmesi açısından önemlidir.

⁹⁵ Gamze **Bulut**, Dişhekiminin Etik ve Hukuk Bağlamında Sorumluluğu, Ankara Barosu IV. Sağlık Hukuku Kurultayı, 23-24.09.2011, Ankara, Ankara Barosu Yayınları, 2012, s.176.

⁹⁶ Gül **Ateş**, Diş Hekimliğinde Malpraktis, Ankara Barosu IV. Sağlık Hukuku Kurultayı, 23-24.09.2011, Ankara, Ankara Barosu Yayınları, 2012, s.198.

Örneğin, ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı tarafından 1995 yılından bu yana klinik uygulayıcıların malpraktis ve yan etki bildirimleri Ulusal Klinisyen Data Bankası (NPDB) tarafından toplanmaktadır.⁹⁷

Tablo 2. Hekim ve Diş Hekimleri Malpraktis Ödeme Sayısı⁹⁸



Tablo 2’de hekim ve diş hekimlerinin 2003-2012 yılları arasındaki on yıllık dönemde malpraktis nedeniyle yapılan ödemelerin yıl bazındaki bildirim sayısı yer almaktadır. Görüldüğü üzere hekim ve diş hekimlerinin uygulamalarından kaynaklı bildirilen malpraktis ödeme sayısı 2003 yılından 2012 yılına doğru gittikçe azalarak yaklaşık %38 oranında düşmüştür. Ayrıca yapılan bu 132.513 bildirimden 1.365 tanesi $\geq 2.000.000\$$ düzeyindedir.

2.3.3. Hemşireler

Hemşirelik mesleği, mesleğe müstakil olarak çıkarılan Hemşirelik Kanunu⁹⁹’nda tanımlanmıştır. Buna göre diplomaları Sağlık Bakanlığı’nca tescil edilmek şartıyla ilgili lisans bölümlerinden mezun olanlar “hemşire”, lisansüstü

⁹⁷ ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı Sağlık Kaynakları ve Hizmetleri Yönetimi Sağlık Meslekleri Bürosu Klinisyen Veri Bankası Bölümü, Ulusal Klinisyen Veri Bankası (National Practitioner Data Bank, NPDB), 2012 Yıllık Raporu, Şubat 2014.

⁹⁸ NPDB, 2012 Yıllık Raporu, Şubat 2014, s.53.

⁹⁹ R.G.: 02.03.1954/8647.

eğitimleri tamamlayanlar “uzman hemşire” olarak çalışabilirler. Kanun’un 4. maddesinde hemşireler; “*tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personeli*” olarak tanımlanmıştır. Görev, yetki ve sorumluluklarının Sağlık Bakanlığı’nca çıkarılacak yönetmelikle belirleneceği düzenlenmiştir.

DSÖ tanımına göre hemşirelik profesyonelleri;¹⁰⁰ modern hemşirelik uygulama ve standartlarına göre yaşlanma, yaralanma, hastalık veya diğer fiziksel veya ruhsal bozukluk ya da potansiyel sağlık risklerinden dolayı hemşirelik bakımına muhtaç olan kişiler için tedavi, destek ve bakım hizmetleri sunarlar. Klinik veya toplum ortamlarında, önleyici ve iyileştirici tedbir uygulamalarında, özerk veya tıp doktorları ve diğerleri ile ekip halinde çalışarak diğer sağlık çalışanlarının denetimi de dahil, hasta bakımının planlaması ve yönetiminin sorumluluğunu üstlenirler.

Hemşirelik Yönetmeliği¹⁰¹,nin 5. maddesinde;

a) Birey, aile, grup ve toplumun sağlığının geliştirilmesi, korunması, hastalık durumunda iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla hemşirenin yerine getirdiği bakım verme, hekimce hazırlanan tıbbî tanı ve tedavi planının oluşturulması ve uygulanması, güvenli ve sağlıklı bir çevre oluşturma, eğitim, danışmanlık, araştırma, yönetim, kalite geliştirme, işbirliği yapma ve iletişimi sağlama rolleri,

b) Mesleki eğitimle kazanılan bilgi, beceri ve karar verme yeteneklerini kullanarak, insanlara yaşadıkları ve çalıştıkları her ortamda doğum öncesinden başlayarak yaşamın tüm evrelerinde meslek standartları ve etik ilkeler çerçevesinde sunduğu hemşirelik bakımı,

¹⁰⁰ WHO, Sağlık Çalışanları, s.3.

¹⁰¹ R.G.:08.03.2010/27515.

c) Hemşirelik hizmetlerinin ve bu hizmetlerden sorumlu insan gücü kaynaklarının, diğer kaynakların ve bakım ortamının yönetimi ile risk yönetimi hemşirelik hizmetlerinin kapsamı olarak belirlenmiştir.

Görüldüğü gibi hemşirelik hizmetleri birey, aile ve topluma yöneliktir ve hemşireler hizmetlerini birey, aile ve toplumla iş birliği içinde yürütürler.¹⁰² Belki de bu sebeple, hemşireler sağlık hizmeti sunumunda, ekibin hasta ile en fazla yüz yüze çalışan meslek grubudurlar.¹⁰³

Yönetmeliğin 6. maddesinde ise hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları düzenlenmiştir.¹⁰⁴ Buna rağmen hemşirelik hizmetinin kapsamının oldukça geniş olduğu ve sorumluluk sınırlarının çok da açıkça belirtilmediği savunulmuştur.¹⁰⁵ 2007 yılında 5634 s. Kanun ile Hemşirelik Kanunu'nda yapılan değişiklik, hemşirenin görev

¹⁰² Halil **Kalabalık**, Ebe ve Hemşirelerin İdare Hukuku Açısından Sorumluluğu, Ankara Barosu III. Sağlık Hukuku Kurultayı, 07-08.05.2010, Ankara, Ankara Barosu Yayınları, 2011, s.334.

¹⁰³ Fahriye **Oflaz**, Hemşirelerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları, Ankara Barosu III. Sağlık Hukuku Kurultayı, 07-08.05.2010, Ankara, Ankara Barosu Yayınları, 2011, s.406.

¹⁰⁴ a) Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler.

b) Verilen hemşirelik bakımının kalitesini ve sonuçlarını değerlendirir, hizmet sunumunda bu sonuçlardan yararlanarak gerekli iyileştirmeleri yapar ve sonuçları ilgili birime iletir.

c) Tıbbî tanı ve tedavi planının uygulanmasında; hekim tarafından, acil durumlar dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygular, hastada beklenmeyen veya ani gelişen durumlar ile acil uygulanması gereken tanı ve tedavi planlarında müdavi hekimin şifahi tıbbi istemini kabul eder. Bu süreçte hasta ve çalışan güvenliği açısından gerekli tedbirleri alır.

ç) Hastaya lüzumu halinde uygulanmak üzere hekim tarafından reçete edilen tıbbî talepleri bilimsel esaslara göre belirlenen sağlık bakım, tanı ve tedavi protokolleri doğrultusunda yerine getirir.

d) Tıbbî tanı ve tedavi işlemlerinin hizmetten faydalananlara zarar vereceğini öngördüğü durumlarda, müdavi hekim ile durumu görüşür, hekim işlemin uygulanmasında ısrar ederse durumu kayıt altına alarak hekimin yazılı talebi üzerine söz konusu işlemi uygular.

e) Tıbbî tanı ve tedavi girişimlerinin hasta üzerindeki etkilerini izler, istenmeyen durumların oluşması halinde gerekli kayıtları tutarak hekime bildirir ve gerekli önlemleri alır.

f) Görevi teslim alacak hemşire gelmeden ve gerekli bilgiyi hasta başında sözlü ve yazılı olarak teslim etmeden ve doğal afet, toplu kazalar gibi olağanüstü durumlarda ise hemşireye olan ihtiyaç ortadan kalkmadan kurumdan ayrılamaz.

g) Hemşirelikle ilgili eğitim, danışmanlık, araştırma faaliyetlerini yürütür. Mesleği ile ilgili bilimsel etkinliklere katılır. Toplumun, öğrenci hemşirelerin, sağlık çalışanlarının ve adaylarının eğitimine destek verir ve katkıda bulunur.

h) Sağlık hizmetlerinin verildiği tüm alanlarda etkin bir şekilde görev alır, oluşturulan sağlık politikalarının yürütülmesinde, mevzuat çerçevesinde karar mekanizmalarına katılır.

i) Hizmet sunumunda, hizmetten faydalananların bireysel farklılıklarını kabul ederek, insan onurunu, mahremiyetini ve kültürel değerlerini azami ölçüde göz önünde bulundurur.

j) Tüm uygulamalarını kayıt altına alır.

¹⁰⁵ Oflaz, s.411

ve sınırları bir ölçüde netleştirmeye çalışmış ancak uygulamadaki sorunları çözecek ölçüde başarı sağlanamamıştır.¹⁰⁶ Daha sonra Hemşirelik Yönetmeliği'nde yapılan değişiklikle¹⁰⁷ çalışılan birim/servis/ünite/alanlara göre hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları ayrı ayrı düzenlenmiştir. Böylelikle sağlık meslekleri içerisinde en ayrıntılı görev, yetki ve sorumlulukları düzenlenen grup hemşirelik mesleği olmuştur. Hemşirelik mesleğindeki bu kazuistik düzenleme, uzmanlaşmayı sağlamakla beraber, somut olaya göre hareket etme imkanını kısıtlayarak, hemşirelik mesleğini sanat olmaktan uzaklaştırmış, dengeyi daha teknik bir iş lehine çevirmiştir.

2.3.3.1. Girişimleri ve Fonksiyonları

Mevzuatta yapılan değişikliklerle beraber öğretilde hastaların sorunlarına yönelik, hemşirelerin yaptığı uygulamalar olarak tanımlanan hemşirelik girişimleri¹⁰⁸ ayrıntılı, kazuistik bir şekilde düzenlenmiştir. Bu düzenleme yargıya konu olan ve öğretilde de tartışılan vajinal veya rektal boşaltma girişimleri gibi uygulamaları kimin, nasıl yapacağına dair belirsizliklere¹⁰⁹ büyük ölçüde son vermiştir. Yönetmelikte hemşirelik girişimleri;

- Veri Toplama,
- Hemşirelik tanılarının veya Ortak Bakım Sorunlarının Belirlenmesi,
- Bakım Hedeflerinin Belirlenmesi,
- Tedavi ve sağlık Bakım Ekibi ile Ortak Bakım Girişimlerinin Belirlenmesi/Plan,
- Tedavi ve Sağlık Bakım Ekibi ile Ortak Bakım Girişimlerinin Uygulanması, şeklinde beş alt başlıkta düzenlenmiştir.

Bu girişimler ayrıca “Hemşirelik kararı ile uygulanır”, “Hekim kararı ile uygulanır” ve “Hekim ile birlikte yapar” şeklinde ayrılmıştır. Örneğin doğum sonrası

¹⁰⁶ Yahya **Deryal**, Hemşirenin Hukuki Sorumluluğu (Hemşire), Ankara Barosu III: Sağlık Hukuku Kurultayı, 07-08.05.2010, Ankara, Ankara Barosu Yayınları, 2011, s.419.

¹⁰⁷ Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, R.G.: 19.04.2011/27910.

¹⁰⁸ Oflaz, 412.

¹⁰⁹ Hakan **Hakeri**, Tıbbi Uygulamalardan Hemşirelerin Cezai Sorumluluğu (Hemşire), Ankara Barosu III: Sağlık Hukuku Kurultayı, 07-08.05.2010, Ankara, Ankara Barosu Yayınları, 2011, s.442.

epizyo dikimini hemşirenin yapması sonucu enfeksiyon gelişimi olayında mahkeme hakim ve hemşireyi sorumlu görmüştür.¹¹⁰ Yukarıda belirtilen yargıya ve öğretiye konu olan vajene veya rektuma ilaç uygulanması bu düzenlemede “Hekim kararı ile uygulanır” şeklinde belirlenmiştir. Buna göre hemşireler, hakim kararı ile bu vajene veya rektuma ilaç uygulamasını kendileri yapabilmektedirler. Bu düzenlemedeki girişimlere örnek olarak düşmeyi önleme “hemşirelik kararı ile uygulanır”; buruna, göze, kulağa, intravenöz gibi ilaç uygulamaları “hakim kararı ile uygulanır”; intraspinal ilaç uygulamaya katılım “hakim ile birlikte yapar” şeklindeyken deri üzerine ilaç uygulamada ise her üç durum geçerlidir.

Hemşirenin hakimden bağımsız görevleri olduğu gibi, hekime bağlı görevleri de bulunur. Hemşirelerin bu anlamda hekime yardımcı olarak yapmaları gereken işler ile ondan bağımsız bir şekilde yapabilecekleri işlerin tespiti, sorumluluk alanının ve doğal olarak hukuki sorumluluğunun da tespitini sağlar.¹¹¹ Öğretide hemşirelik fonksiyonları tanımlanmış ve bağımlı, bağımsız ve yarı bağımlı olmak üzere üç grup altında toplanmıştır. Buna göre hemşirenin¹¹²:

- Bağımlı fonksiyonları: Tedavi uygulama, tanı ve tedavi işlemlerine yardım etmesi,
- Bağımsız fonksiyonları: Bakım verme, hastaya yardım etme gibi işlevleri yerine getirmesi, mesleki bilgi, beceri ve yeteneklerini kullanması,
- Yarı bağımlı fonksiyonları: Doktorun planladığı tedaviyi uygularken ve tanı işlemlerine yardımcı olurken olası sorunların gelişip gelişmediğini bilgi ve deneyimleri doğrultusunda izlemek ve gerekli önlemleri almasıdır.

Görev, yetki, sorumluluk ve fonksiyonları ayrıntılı bir şekilde düzenlenen ve kendine has özellikleri olan hemşirelik mesleğinin özellikle girişimleri ve yarı bağımsız fonksiyonları çalışmamız açısından önem arz etmektedir. Hemşirelerin

¹¹⁰ Yargıtay 4.CD. E.2004/7665, K.2006/12374, K..T.:13.06.2006 Aktaran: Halide **Savaş**, Yargı Kararlarında İşbirliği, VII. Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu Tıpta İşbirliği ve Hukuksal Sorunlar, Editörler: Hakan Hakeri, Henning Rosenau, Adalet Yayınevi, Samsun, 2010.

¹¹¹ Zekeriya **Kurşat**, Hemşirelerin Hukuki Sorumluluğu, İÜHFM C. LXVI, S.1, s.303, İstanbul, 2008.

¹¹² Emine **Çakırcalı**, Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar, 3. Baskı, Nobel, İzmir, 2000, s.2.

bağımsız, özerk fonksiyonları, hemşirelik girişimlerindeki hemşirelik kararı ile uygulanan işlemlere tekabül etmektedir. Bağımlı ekip içi fonksiyonları, hekim kararı ile uygulanan işlemlere tekabül etmektedir. Ancak yarı bağımsız fonksiyonları, hemşirelik kararı ile uygulanan işlemler dışında, girişimlerindeki her iki durum (hekim kararı ile uygulanır, hekim ile birlikte yapar) için de geçerlidir. Hemşireler, yarı bağımsız fonksiyonları gereği hekimlerin verdikleri talimatları mesleki bilgi ve tecrübesi doğrultusunda değerlendirmeli, gerekli tedbirleri almalı, hekimi uarmalı ve bariz bir sorun görüyorsa da uygulamaktan kaçınmalıdır. Mesela hekimin, sadece kas içerisine uygulanabilen bir ilacı damar yoluyla uygulanması yönünde bir talimat vermesi gibi ilacın olması gerekenden farklı bir yoldan uygulanması istendiyse veya umblikal kataterin çıkarılması gibi sadece hekim ile birlikte yapılması gereken bir işi hemşirenin yapması yönünde talimat verildiyse, hemşire bu durumda gerekli uyarıları yapmalı ve verilen talimatı yerine getirmemelidir. Aksi halde hekimle birlikte hemşirenin de sorumluluğu söz konusu olacaktır.

Kanaatimizce bağımlı, bağımsız ve yarı bağımlı şeklinde üç gruba ayrılan hemşirelik fonksiyonlarını bağımlı ve bağımsız olarak iki gruba indirgeyerek kolaylaştırmak daha uygundur. Çünkü yarı bağımlı fonksiyonları içerisinde tanımlanan, sorunların gelişip gelişmediğini kendi mesleki bilgi ve deneyimleri doğrultusunda izlemek ve gerekli önlemleri almak, hemşirelik mesleğinin bağımsız fonksiyonunun neticelerinden biridir. Hemşire, kendi mesleki bilgi ve deneyimini doğrudan kullandığından, yarı bağımlı fonksiyonu, bağımsız fonksiyon içerisinde değerlendirilebilir.

Hemşirelerin görev ve yetkilerine dair çekirdek ve genel yetki şeklinde ayırım yapılabilir. Çekirdek yetki, kendi mesleki özerklikleri doğrultusunda kullanabilecekleri yetki alanıdır. Genel yetki ise; çekirdek yetki ile birlikte bağımlı fonksiyonu ve diğer sağlık meslek mensupları ile iş birliği içerisindeki görev ve yetkileri de kapsayan en geniş haldeki yetki ve sorumluluk alanıdır. Bu çekirdek ve genel yetki alanları, diğer sağlık meslek grupları için de uygulanabilir niteliktedir.

2.3.3.2. Sorumlulukları

Günümüzde hemşireler, geçmişte sadece hekimlerin uygulayabildiği bazı işlevleri üstlenmektedirler ve çoğu zaman hekimlerin doğrudan gözetimi olmaksızın hastaların tanı, teşhis ve tedavisinde sorumluluk üstlenmişlerdir.¹¹³ Anlaşılabacağı üzere hemşirenin tek fonksiyonu doktorun planladığı tedaviyi uygulamak ve doktora yardım etmek değildir. Doktorun birinci görevi tedavi, ikinci görevi bakım iken hemşirenin birinci görevi bakım, ikinci görevi tedavidir.¹¹⁴ Doktorun birinci ve hemşirenin ikinci görevi tedavi olduğundan kaçınılmaz bir iş birliği zorunlu hale gelmektedir.¹¹⁵

Bununla birlikte, hemşirelik bakımı konusunda hemşirenin “planlama”, “denetleme” ve “değerlendirme” gibi yetkileri olduğundan, hemşirenin sadece hekimin talimatlarına bağımlı bir uygulayıcı olmadığı, kendi başına karar verebilen ve takdir (inisiyatif) kullanabilen, bağımsız bir sağlık çalışanı olduğu vurgulanmaktadır.¹¹⁶ Ayrıca hemşireler, diğer sağlık meslekleriyle yaygın şekilde çalışan meslek gruplarındandır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada birden fazla tıp alanını ilgilendiren hatalarda en çok hemşirelik faaliyetlerinin, diğer tıp alanı ile birlikte etkisi olduğu görülmüştür.¹¹⁷ Bu sebeplerle hemşirelerin, yardımcı sağlık personeli içerisinde sayılmaları hatalı olup fonksiyonları, görev ve yetkileri açısından kendilerine has özelliklere sahip olan hemşirelik mesleği, başlı başına ayrı bir sınıf olarak değerlendirilmelidir.

ABD’de yapılan hemşirelik uygulamalarında hatalar ile ilgili, 1995-2001 yılları arasındaki iki yüz elli üç özel hukuk dava dosyası analizi çalışmasında, hataların %60’ının akut hastane bakımları, %40’ının ise uzun dönem bakımlarla ilgili (%18’i huzurevi ve rehabilitasyon merkezlerindeki bakımlardan, %8’inin psikiyatrik bakımlardan, %2’sinin evde bakım hizmetlerinden, %2’sinin (altı vaka) hekimlerin

¹¹³ Kathleen Flynn **Peterson**, Genevieve M. **Zimmerman**; Nursing Negligence, <http://www.robinskaplan.com/resources/articles/nursing-negligence>, (E.T.: 17.01.2016).

¹¹⁴ Çakırcalı, s.2.

¹¹⁵ Cahid **Doğan**, İdare Hukuku Bakımından Hekim-Hemşire İlişkisi, VII. Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, Samsun, 16-17.04.2010, s.45.

¹¹⁶ Deryal, Hemşire, s.420.

¹¹⁷ Halide **Savaş**, Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları Tıbbi Malpraktis – Tıbbi Davaların Seyri ve Sonuçları, 3. Baskı, Seçkin, Ankara, 2013, ss.93-94.

bakım düzenlemelerinden ve %9'unun uzman hemşirelik uygulamalarından kaynaklandığı) olduğu görülmüştür.¹¹⁸ Çalışmaya göre, hekimlerin düzenlemelerinden kaynaklı uzun dönemli bakımlarda, hemşirelik hatası oldukça düşüktür. Çalışmada ayrıca malpraktis davalarına konu olan hemşirelik hataları, altı ana gruba bölünmüştür. Bunlar¹¹⁹:

- Standart bakım uygulamalarına uymama,
- Ekipman kullanımında özenli davranmama,
- İletişimde özensizlik,
- Kayıt hataları,
- İzleme ve değerlendirme hataları,
- Hastayı müdafaada¹²⁰ özensizlik.

Hemşirenin hastayı müdafa görevi; hastanın durumunun haklı gösterdiği hallerde verilen talimatları ile eksik ya da okunaksız talimatları sorgulamak ve güvenli çevreyi sağlamak olarak tanımlanmıştır. Ayrıca hemşirelerin günümüz sağlık bakım sisteminde hastaların haklarını da içeren mükemmel bakımı zorlamaya çabalamaları gerektiği belirtilmektedir.¹²¹ Hemşirelerin hastayı müdafa görevi, Hemşirelik Yönetmeliği 6. madde içerisinde de anlaşılmaktadır.

NPDB tarafından hemşirelik uygulamalarından kaynaklanan malpraktislerde ödeme sayı ve miktarları belirlenmiştir. Aşağıdaki tablolarda, bu verilerin bir kısmı görülmektedir.

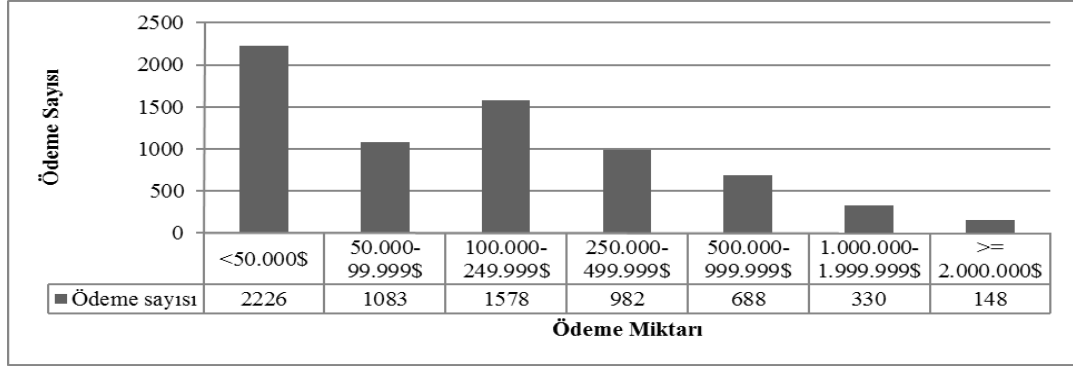
¹¹⁸ Eileen M. **Croke**, Nurses, Negligence, and Malpractice, American Journal of Nursing, Eylül 2003, C.103, S.9, s.57.

¹¹⁹ Croke s.57.

¹²⁰ Eserde “patient advocacy” tanımı kullanılsa da avukatlık, pozitif hukukumuzda kanunla özel olarak tanımlanan bir meslek olduğundan, “advocacy” tanımının Türkçesi olarak, koruma ve savunma anlamına da gelen “müdafa” tanımını kullanmayı daha uygun görmekteyiz.

¹²¹ R. **Holloway**, Patient rights, Editör: O’Keefe ME Nursing practice and the law: avoiding malpractice and other legal risks, Philadelphia, 2001, ss. 189-198. Aktaran: Croke s.60.

Tablo 3. Hemşirelik Malpraktisi Ödeme Sayı ve Miktarı (2003-2013)¹²²



Tablo 3’de 2003-2013 yılları arasında bildirilen hemşirelik uygulamalarından kaynaklı malpraktis ödeme sayısı, ödeme miktar aralıklarına göre gruplandırılmıştır.

Tablo 4. Yıllara Göre Hemşirelik Malpraktisi Ödemeleri (2003-2013)¹²³

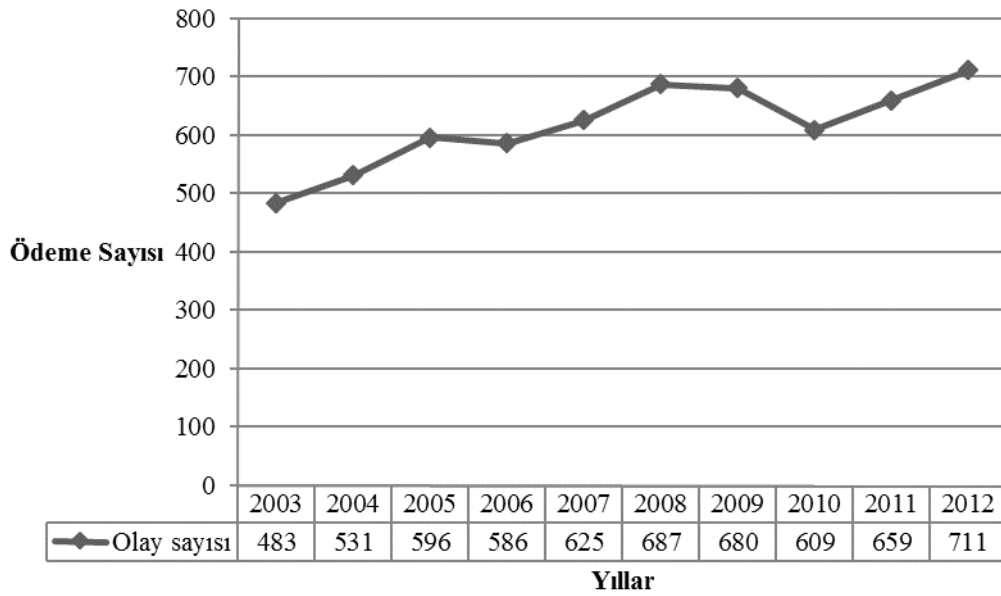
Malpraktis Ödeme Aralığı	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Satır Toplamı
<50,000\$	136	152	185	172	191	212	234	226	248	271	2,027
50,000\$-99,999\$	95	94	100	89	85	101	108	88	103	117	980
100,000\$-249,999\$	94	111	159	122	177	178	147	146	120	179	1,433
250,000\$-499,999\$	80	82	79	99	89	104	91	80	74	94	872
500,000\$-999,999\$	50	53	48	67	63	66	55	60	83	67	612
1,000,000\$-1,999,999\$	24	24	32	34	22	30	39	21	32	32	290
>=2,000,000\$	13	20	5	10	11	18	12	7	25	13	134
Sütun Toplamı	492	536	608	593	638	709	686	628	685	773	6,348

Tablo 4’de 2003-2012 yılları arasında hemşirelik malpraktis ödemeleri, ödeme aralıklarına göre gruplandırılmıştır.

¹²² Yakup Gökhan **Doğramacı**, Zehra Zerrin **Erkol**; Amerika Birleşik Devletleri Hekim Ve Hemşire Malpraktis Ve Advers Etki Bildirim Sistemi Ve Verileri (Veriler), Uluslararası Katılımlı Ulusal Tıp Hukuku Kongresi, Bodrum, 2-5 Eylül 2015.

¹²³ Doğramacı, Erkol; Veriler

Tablo 5. Yıllara Göre Hemşirelik Malpraktisi Ödeme Sayısı (2003-2012) ¹²⁴



Tablo 5’den görüldüğü üzere hemşirelik uygulamalarından kaynaklı bildirilen malpraktis ödeme sayısı 2003 yılından 2012 yılına artış eğiliminde olup yaklaşık %47 oranında artmıştır. Bu tarihler arasında hekimlik uygulamalarından kaynaklı malpraktis ödeme sayısı yaklaşık %38 azalırken hemşirelik uygulamalarından kaynaklı malpraktis ödeme sayısının yaklaşık %47 oranında artması dikkat çekicidir.

2.3.4. Ebeler

Ebelik, özellikle gebelik döneminde gebeliğin tespiti, bu sürecin gözetimi, doğumu normal yollardan sağlama ve yasalar tarafından yükümlü kılınan görevleri yerine getiren tıp meslek grubudur.¹²⁵ Ebeler, 1219 s. Kanun’un 47 vd maddelerinde tanımlanarak düzenlenmiştir. Buna göre ebe ünvanı alabilmek için lisans düzeyinde eğitim almak ve diplomanın Sağlık Bakanlığı’nca tescil edilmesi gerekir. Ebelerin gebelerin muayenesi, onların sağlıkları için gerekli tedbirleri alması ile doğumun kolaylaştırılması, bu sırada yapılacak basit manevralar ve çocuk için gereken ilk

¹²⁴ NPDB, s.53

¹²⁵ Özlem Yenerer **Çakmut**, Tıbbi Uygulamalarda Ebelerin Cezai Sorumluluğu, Ankara Barosu III. Sağlık Hukuku Kurultayı, 07-08.05.2010, Ankara, Ankara Barosu Yayınları, 2011, s.490.

tedbirlerin alınması şeklinde yetkileri belirtilmiştir. Ancak bunları yaparken herhangi bir alet ve saire kullanmaları yasaklanmış ve istenmeyen durumlarda bir tabibi davet etmeleri gerektiği düzenlenmiştir. Ayrıca ebelerin çiçek aşısı yapabilecekleri düzenlenmiştir. Bu hükümde ebelerin sadece çiçek aşısı yapabilecekleri özel olarak belirtildiğinden diğer aşı ve ilaç uygulamalarını hekim denetim ve gözetiminde olmadan yapmamaları gerekir.

Diğer taraftan ebelerin reçete yazabilecekleri görüşü¹²⁶ olsa da Kanun'un 52. maddesinde ebelerin reçete yazmaları açıkça yasaklanmış olup ancak sanatlarını ifa etmeleri için lazım gelen ve reçete ile alınması mecburi olan maddeleri, resmi hekim reçetesiyle eczanelerden tedarik edebilecekleri düzenlenmiştir. Hükümde resmi hekime, bu talepleri hızlı ve kolay bir şekilde yerine getirme sorumluluğu yüklenmiştir. Artık bu durumda, ebelik sanatını ifa etmek için gerekli reçeteye tabi maddelerin reçete edilmesi noktasında hekimin takdir hakkı kanunla ortadan kaldırılmıştır. Hekimin böyle bir takdir hakkı bulunmadığından reçete edilecek maddelerin kullanımdan kaynaklanacak olumsuz durumlardan dolayı hekimin sorumluluğu söz konusu olamaz. Ancak bu maddelerin tedavide kullanılan ilaç olması durumunda hekimin takdir hakkı söz konusu olmalıdır. Çünkü uygun ilaç tatbikini de kapsayan tedavi hakkının sadece hekimin tekelinde olduğu 1219 s. Kanun'da açıkça belirtilmiştir ve ebeler ilaçların etkileri konusunda hataya düşebilirler, hekimlerin takdiri ile bu yetki hataya yer bırakmayacak şekilde kontrol edilebilir. Eğer bu konuda hekim gerekli dikkat ve özeni göstermezse güven ilkesinden yararlanamayacaktır.

DSÖ'ye göre ebelik profesyonelleri¹²⁷; gebelik ve doğumun öncesi, esnası ve sonrasında ebelik bakım hizmetlerini planlar, yönetir, sağlar ve değerlendirirler. Bağımsız veya diğer sağlık çalışanları ile ekip halinde çalışarak, modern ebelik bakım standart ve uygulamalarına göre kadın ve yeni doğan çocukların sağlık risklerini azaltacak bakımı sağlarlar. Ebelik işlemleri ve uygulamaları hakkında araştırma yapabilecekleri gibi toplum ve klinik içinde ebelik eğitim faaliyetleri uygulayabilirler.

¹²⁶ Filiz **Aslantekin**, Ebelerin Görev ve Yetkileri, Ankara Barosu III. Sağlık Hukuku Kurultayı, 07-08.05.2010, Ankara, Ankara Barosu Yayınları, 2011, s.475.

¹²⁷ WHO, Sağlık Çalışanları, s.3.

Ebelerin iş ve görev tanımları Görev Yönetmeliği'nde düzenlenmiştir.¹²⁸ Buna göre, ebelerin de hemşireler gibi bağımsız ve bağımlı fonksiyonları bulunmaktadır.

- Bağımsız fonksiyonları: Eğitim verme, gebe izlemi, doğum süreci yönetimi gibi diğer tıp meslek gruplarından bağımsız olarak kendi yetki ve sorumlulukları dahilinde yürütebilecekleri uygulamalardır. Mesela gebelik tanısı koymak, normal gebe muayenesi, normal doğumları yapmak ve epizyotomi uygulamak ebelerin bağımsız fonksiyonları arasındadır. Dolayısıyla ebelere sınırlı da olsa doğrudan teşhis, tedavi ve müdahaleye yönelik yetkiler verilmiştir.

- Bağımlı fonksiyonları: Acil doğumlarda hekimin direktiflerine uyma, tanı ve tedavi işlemlerine yardım etmesi gibi asli görevleri olmayan konularda hekim talimatlarını uygulamakla yükümlü olmalarıdır. Bağımlı fonksiyonlarını yerine getirirken olası sorunların gelişip gelişmediğini bilgi ve deneyimleri doğrultusunda izlemek ve gerekli önlemleri almalıdır. Mesela hekimin kontrolündeki bir doğumda hekimin ihmali sonucu fark etmediği sapmaları hekime bildirmekle yükümlüdürler.

2.3.5. Klinik Psikologlar

Klinik psikologlar, bireylerin duygusal ve davranışsal sorunlarının çözümünü, ruh sağlıklarının geliştirilmesi ve korunmasını amaçlayan tekniklerin bütünü¹²⁹ olarak

¹²⁸ a) Cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinde; gebelik öncesi dönemde gebeliğe hazırlık eğitimi ile anne-babalığa ve doğuma hazırlık programlarının hazırlanmasını ve yürütülmesini sağlar. Doğurganlık sınırları içerisindeki kadınların üreme sağlığı konusunda izlemini yapar.

b) Gebelik tanısını koyar, normal gebe izlemini ve gerekli muayenelerini yapar, riskli durumları erken dönemde belirler, gerekli önlemleri alarak sevk eder.

c) Doğum sürecini yönetir; travay sırasında anne ve bebeğin sağlığını izler, normal doğumları ve tabibin olmadığı hallerde acil makat doğumları yaptırır, gerektiğinde epizyotomi uygular. Doğum sürecinde normalden sapmaları belirler, acil durum tedbirlerini alır ve tabibe haber verir, tabibin direktifleri doğrultusunda acil müdahalede bulunur.

ç) Doğum sonrası dönemde; yenidoğanın ilk bakım ve muayenesini yapar, gerektiğinde acil resüsitasyon gerçekleştirir, anneye emzirme eğitimi verir, annenin bakım ve izlemini yapar, normalden sapmaları tespit ederek sevk eder.

d) Acil obstetrik durumlarda Bakanlıkça düzenlenen protokoller doğrultusunda tanımlanan ilaçları uygular.

e) Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebek sağlığını korumak ve geliştirmek için gerekli eğitim ve danışmanlık hizmeti verir.

f) Aile planlaması hizmetlerinde, kadın ve yenidoğana ait tarama programlarında görev alır.

g) 0-6 yaş çocuk bakım ve gelişimini izler, özellikle gebe ve 0-6 yaş çocuk aşıları olmak üzere bulaşıcı hastalıkların kontrol programlarında ve bağışıklama hizmetlerinde görev alır.

¹²⁹ Vikipedi, "psikoterapi", <http://tr.wikipedia.org/wiki/Psikoterapi>, (E.T.: 17.01.2016).

tanımlanan psikoterapi teknikleriyle insan ruh sağılığı üzerinde doğrudan uygulama yapabilmektedirler. Ayrıca 1219 s. Kanun Ek Madde 13/a'da tanımlanmış olduklarından¹³⁰ tıp meslek grupları içerisinde sayılmalıdırlar.

Kanuna göre klinik psikolog olarak çalışabilmek için en az yüksek lisans seviyesinde eğitim almak şarttır. Bu sayede klinik psikologlar psikolojik değerlendirme yapabilecekleri gibi hastalık olarak görülmeyen ve Sağlık Bakanlığı'nın uygun göreceğı durumlarda psikoterapi uygulayabilirler. Hastalık durumlarında ise ancak ilgili uzman hekimin yönlendirmesine bağılı olarak psikoterapi uygulayabilirler. Klinik psikoloji yüksek lisans eğitimi almayan psikoloji mezunları, ancak Sağlık Bakanlığı'nca uygun görülen sertifikaları hak ettikleri takdirde tıbbi uygulamalarda görev alabileceklerinden bu durumlarda özerk ve ekip içi görevleri bulunmaktadır.

Görev Yönetmeliğı'nde klinik psikologların iş ve görev tanımları düzenlenmiştir.¹³¹ Buna göre klinik psikologların görev alanlarını hastalık ve hastalık

¹³⁰ Klinik psikolog; psikoloji veya psikolojik danışma ve rehberlik lisans eğitimi üzerine klinik ortamlarda gerekli pratik uygulamaları içeren klinik psikoloji yüksek lisansı veya diğeri lisans eğitimleri üzerine psikoloji veya klinik psikoloji yüksek lisansına ilaveten klinik psikoloji doktorası yapan sağılık meslek mensubudur.

Klinik psikolog, nesnel ve yansıtımalı ölçüm araçları, gözlem ve görüşme teknikleri kullanarak psikolojik değerlendirme ile uluslararası teşhis ve sınıflama sistemlerinde hastalık olarak tanımlanmayan ve Sağlık Bakanlığının da uygun bulduğı durumlarda psikoterapi işlemleri yapar. Hastalık durumlarında ise ancak ilgili uzman tabibin teşhisine ve tedavi için yönlendirmesine bağılı olarak psikoterapi uygulamalarını gerçekleştirir.

Psikoloji lisans eğitimi üzerine ilgili mevzuatına göre Sağlık Bakanlığınca uygun görülen psikolojinin tıbbi uygulamalarıyla ilgili sertifikalı eğitim almış ve yeterliliğini belgelemiş psikologlar sertifika alanlarındaki tıbbi uygulamalarda görev alabilirler.

Uzman tabibin teşhis ve yönlendirmesiyle ya da bağımsız olarak yapılabilecek mesleki uygulamalar, bu bentteki prensipler çerçevesinde Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle belirlenir.

¹³¹ a) Uluslararası Hastalık Sınıflandırma (ICD-10) listesinde F00 ile F99 kodları arasında yer alan hastalıklarda ilgili uzman tabibin teşhisine ve tedavi için yönlendirmesine bağılı olarak, hastalara eğitimini aldığı terapi ve psikolojik destek hizmetlerini verir.

b) Gözlem ve görüşme teknikleri kullanır; eğitimini almış olmak kaydı ile zeka, kişilik, gelişim, nöropsikolojik testler, ilgi, tutum ve uyum envanterleri gibi araçları uygular ve yorumlar.

c) Kullandığı ölçme, değerlendirme yöntemlerinin psikometrik özelliklerine, verdiği psikolojik hizmetlerin ya da eğitim programlarının etkinliğinin değerlendirilmesine yönelik çalışmalar/araştırmalar yapar.

ç) Eğitimini almış olduğı alanlarda hastalara, hasta yakınlarına, ekipteki tüm elemanlara insan ve davranışları hakkında kuramsal ve uygulamalı eğitimler verir.

d) Toplum ruh sağılığını korumaya yönelik faaliyetlere katılır, katkı sağlar.

olmayan durumlar için ayırmak uygun olacaktır. Hastalık olan durumlarda ilgili uzman hekime bağımlı bulunurken, hastalık olmayan ve Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği durumlarda bağımsız fonksiyonları bulunmaktadır. Klinik psikologların ilgili uzman tabibin teşhisine ve tedavi için yönlendirmesine bağlı olmadan psikoterapi yapabilecekleri hastalık olmayan durumlar, Görev Yönetmeliği Ek-1/A'da tanımlanmıştır.

2.3.6. Fizyoterapistler

Fizyoterapi, toplum sağlığı ve yaşam kalitesi ile doğrudan ilişkili bir bilim dalı olup¹³²; fizyoterapistler, hareket bozukluğuna yol açan her türlü yaralanma, hastalık ve yaşlılıkta, ağrı ve fonksiyon bozukluklarında uzman bir hekimin tanısı sonrası fizyoterapiye özgü değerlendirme yöntemlerini kullanarak yine birçoğu dünyada fizyoterapistler tarafından geliştirilmiş olan tedavi yaklaşımlarını planlayıp uygulamaya yönelik bilgi ve beceriyi kazanan, sağlık ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemli görevleri olan sağlık meslek mensuplarıdır¹³³. Fizyoterapistler, yetkileri dahilinde insan bedeni üzerinde doğrudan uygulama yapabilmektedirler. Ayrıca 1219 s. Kanun Ek Madde 13/b'de tanımlandıklarından¹³⁴ tıp meslek grupları içerisinde sayılmalıdırlar.

Fizyoterapist, hastalık durumları dışında, kişilerin fiziksel aktivitelerini düzenlemek ve hareket kabiliyetlerini arttırmak için mesleğiyle ilgili ölçüm ve testleri yaparak kanıta dayalı koruyucu ve geliştirici protokolleri belirler, planlar ve uygular. Hastalık durumlarında ise, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanı tabibin veya uzmanlık eğitimleri sırasında fiziksel tıp ve rehabilitasyon rotasyonu yapmış veya uzmanlık

e) Psikolojik değerlendirme ile hastalık olarak tanımlanmayan ve Ek-1/A de yer alan durumlarda eğitimini aldığı psikoterapi uygulamalarını yapar.

f) Gerekli durumlarda bireyler ya da aileleri için krize müdahale, travma ve afetlerde bireysel/grup psikolojik yardım ya da eğitimini aldığı psikoterapi uygulamalarını yapar ve/veya yapılmasını önerir.

¹³² Meral Bayramoğlu, Bölüm Başkanının Mesajı, <http://www.acibadem.edu.tr/tr-akademik/fakulte/saglik/fizyoterapi/Sayfalar/bolum-baskaninin-mesaji.aspx>, (E.T.:17.01.2016).

¹³³ Süleyman Demirel Üniversitesi Fizyoterapi Ve Rehabilitasyon, Fizyoterapi Mesleği Nedir?, <http://saglik.sdu.edu.tr/fizyoterapi/tr/fizyoterapi-meslegi-hakkinda/fizyoterapi-meslegi-nedir-2738s.html>, (E.T.: 17.01.2016).

¹³⁴ Fizyoterapist; fizyoterapi alanında lisans eğitimi veren fakülte veya yüksekokullardan mezun sağlık meslek mensubudur.

sonrasında ilgili dalın rotasyon süresi kadar fiziksel tıp ve rehabilitasyon eğitimi almış uzman tabiplerin kendi uzmanlık alanları ile ilgili, teşhisine ve tedavi için yönlendirmesine bağlı olarak hastaların hareket ve fiziksel fonksiyon bozukluklarının ortadan kaldırılması veya iyileştirilmesi amacıyla gerekli uygulamaları yapar. Hastaların tedavisi yönünden rehabilitasyon ekibinin diğer üyeleri ile iş birliği içinde çalışır ve tedavinin gidişi hakkında ilgili uzman tabibe bilgi verir.¹³⁵

DSÖ'ye göre fizyoterapistler¹³⁶; yaralanma, hastalık ve diğer bozukluklarla ilgili insanın motor fonksiyonlarını geliştirme veya geri kazanma, hareket yeteneğini en üst düzeye çıkarma, ağrı semptomlarını azaltma ve fiziksel sorunları önleme veya tedavi etmek için rehabilitasyon programları belirleyip, planlar ve uygularlar. Hareket, ultrason, ısıtma, lazer ve diğer teknikler gibi geniş bir yelpazede fiziksel terapi ve teknikleri uygulayabilirler. Yaygın fiziksel hastalık veya rahatsızlıkların önlemesi ve taramalar için program uygulayıp geliştirebilirler.

Görev Yönetmeliği'nde fizyoterapistlerin iş ve görev tanımları düzenlenmiştir.¹³⁷ Buna göre fizyoterapistlerin görevleri hastalık hali ve hastalık dışı haller olarak ikiye ayrılmıştır. Hastalık dışı hallerde bağımsız fonksiyonları söz konusu iken hastalık hallerinde bağımlı fonksiyonları söz konusudur. Hastalık durumlarının 5.

¹³⁵ 1219 s. Kanun Ek Madde 13/b.

¹³⁶ WHO, Sağlık Çalışanları, s.5.

¹³⁷ a) Sağlıklı bireylerde kişilerin fiziksel aktivitelerini düzenlemek ve hareket kabiliyetlerini artırmak için bireye özel fiziksel aktivite ve egzersiz programlarını planlar ve uygular.

b) Hastalık durumlarında;

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

2) Fizyoterapi programında belirlenen hedeflere ulaşabilmek için hastanın rol ve görevlerini tanımlar.

3) Fizyoterapi programı ve iyileşme süreci ile ilgili bilgileri kaydeder.

4) Koruyucu ve destekleyici rehabilitasyon cihaz ve teknolojilerinin kullanımı konusunda uzman tabiple birlikte, uygun ölçü ve özellikleri belirler, öneri geliştirir, hasta ve aileye eğitim verir.

5) Fizyoterapi sürecinde, uygulanan fizyoterapi programının hasta için uygun olmadığını veya programını sonlandırmak gerektiğini öngördüğü durumlarda ilgili tabibe görüşünü bildirir, tabibin programın uygulanmasında ısrar etmesi durumunda söz konusu programı, durumu kayıt altına alarak uygular.

6) Fizyoterapi programı için uygun olan teknolojik ekipmanı güvenli ve etkili bir şekilde kullanır, ortaya çıkabilecek istenmeyen etkileri ve komplikasyonları önlemek için gerekli önlemleri alır.

fıkrasında, fizyoterapi programının hasta için uygun olmadığı veya programın sonlandırılması gerektiğini öngördüğü durumlarda, hekime bildirimde bulunması gerektiği düzenlenmiştir. Bu durum fizyoterapistin, bağımsız fonksiyonu içerisinde kabul ettiğimiz yarı bağımlı fonksiyonunu açıkça düzenlemektedir. Ancak hekimin programda ısrarcı olması halinde fizyoterapistin, durumu kayıt altına alarak uygulamaya devam etmesi gerektiği belirtilmiştir. Hastanın zarar göreceğini öngördüğü halde hekim talimatı nedeniyle uygulamaya devam etmesi hukuka uygun görünmemektedir. Hekimin ısrarcı olması halinde fizyoterapistin, durumu kayıt altına alması yanında bir üst merciye bildirmesi uygun olacaktır.¹³⁸

2.3.7. Odyolog

Odyoloji, kişilerin işitme kayıplarının önüne geçmeye, erkenden belirleyip etkilerini yok etmeye veya azaltmaya, ağır işitme kaybı yaşayan kişilerin de elektronik cihazlarla desteklenerek sesli iletişim yetilerini desteklemeye yönelik sağlık meslek alanıdır.¹³⁹ Odyologlar, yetkileri dahilinde insan bedeni üzerinde doğrudan uygulama yapabilmektedirler. Ayrıca 1219 s. Kanun Ek Madde 13/c’de tanımlandıklarından¹⁴⁰ tıp meslek grupları içerisinde sayılmalıdırlar.

Görev Yönetmeliği’nde odyologların iş ve görev tanımları düzenlenmiştir.¹⁴¹ Buna göre odyologların koruyucu, önleyici, rehabilite edici ve eğitici görevleri

¹³⁸ Bu hükmün benzeri Hemşirelik Yönetmeliği’nde de düzenlenmiştir konu hakkındaki ayrıntıları ile açıkladığımız düşüncelerimiz burada da geçerlidir.

¹³⁹ Fulya **Yalçınkaya**, Odyoloji, <http://www.biruni.edu.tr/odyoloji/>, (E.T.: 17.01.2016).

¹⁴⁰ Odyolog; odyoloji alanında lisans eğitimi veren fakülte veya yüksekokullardan mezun veya diğer lisans eğitimleri üzerine odyoloji yüksek lisansı veya doktorası yapan, sağlıklı bireylerde işitme ve denge kontrolleri ile işitme bozukluklarının önlenmesi için çalışmalar yapan ve ilgili uzman tabibin teşhis veya tedavi için yönlendirmesine bağlı olarak işitme, denge bozukluklarını tespit eden, rehabilite eden ve bu amaçlarla kullanılan cihazları belirleyen sağlık meslek mensubudur.

¹⁴¹ a) İşitme ve denge ile ilgili hastalıkların tanısında uzman hekiminin yönlendirmesiyle tanısal testlerin gerçekleştirilmesi ve rehabilitasyonu ile işitme rehabilitasyonu için kullanılacak cihazların belirlenmesi, seçimi ve programlanmasını yapar.

b) İşitme sağlığının korunması ve işitme kaybının önlenmesine yönelik çalışmalar yapar.

c) İşitme tarama programlarında görev alır ve bu programlardaki testleri yapar.

ç) Gürültü ölçümlerini yaparak işitmenin korunması hakkında gerekli önerilerde bulunur.

d) Cerrahi işlemler esnasında cerrahın gerekli görmesi durumunda işitme ve denge ile ilgili sinir monitörizasyonu yapar.

e) Kulağa implante edilen cihazlarda ameliyat sırasında ve sonrasında cihaz ayarlamalarını yapar.

bağımsız fonksiyonlarını oluştururken, cerrahi işlem esnası ve sonrası gibi hekim talimatları doğrultusunda çalışmaları, bağımlı fonksiyonlarını oluşturmaktadır. Cerrahi işlem sırasında işitme ve denge izlem ve takibi yapmaları yarı bağımlı fonksiyonlarına örnek verilebilir. Takip sırasında gözlemledikleri sapmalar konusunda hekimi uyarmaları gerekmektedir. Odyologların, implante edilen cihaz ayarlamaları yapma görevleri bulunmaktadır. Bu görev her ne kadar bağımsız bir görev gibi görülse de hastanın teşhis ve tedavisinden esas olarak sorumlu olan hekimin, ameliyat sonrası rehabilitasyon ve kontrol sürecinde denetlemesi gerekir. Eğer odyologun kusuru var ve hekim bunu fark edebilecek durumda olmasına rağmen fark edememişse hekimin de kusuru söz konusu olacaktır.

2.3.8. Diyetisyen

Diyetisyenler, toplumun beslenme durumunun saptanması, beslenme düzeyinin geliştirilmesi için çözüm yollarının araştırılması, önerilmesi ve uygulanması, ülkenin besin, beslenme plan ve politikalarının saptanması ve yönlendirilmesi, değişik yaş gruplarının besin gereksinimlerinin belirlenmesi, hastalıklara özgü diyetlerin düzenlenmesi ve uygulanması, toplu beslenme hizmeti veren kuruluşlarda yemek servisinin yönetimi ve organizasyonu gibi çeşitli alanlarda bilimsel çalışmaları yürüten, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile hastalıkların tedavisi açısından toplumda yeterli ve dengeli beslenme bilincinin yerleşmesini sağlayan sağlık meslek grubudur.¹⁴² Diyetisyenler, yetkileri dahilinde insan bedeniyle ilgili doğrudan uygulamada bulunabilmektedirler. Ayrıca 1219 s. Kanun Ek Madde 13/ç'de tanımlandıklarından¹⁴³ tıp meslek grupları içerisinde sayılmalıdırlar.

f) İşitsel algı değerlendirmesi ve rehabilitasyonu yapar.

g) İşitme ile ilgili eğitim programlarının hazırlanmasında görev alır.

¹⁴² Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü Tanıtım, <http://www.health.ankara.edu.tr/beslenme-ve-diyetetik-bolumu/>, (E.T.: 17.01.2016).

¹⁴³ Diyetisyen; beslenme ve diyetetik alanında lisans eğitimi veren fakülte veya yüksekokullardan mezun; sağlıklı bireyler için sağlıklı beslenme programları belirleyen, hastalar için tabibin yönlendirmesi üzerine gerekli beslenme programlarını düzenleyen, toplu beslenme yerlerinde beslenme programları hazırlayan ve besin güvenliğini sağlayan sağlık meslek mensubudur.

DSÖ'ye göre diyetisyen ve beslenme uzmanları¹⁴⁴; gıda ve beslenmenin insan sağlığı üzerindeki etkisini arttırmak için değerlendirme, planlama ve uygulama yaparlar. Bireyler ve toplumlar arasındaki beslenme düzeylerini artırmak için araştırma, değerlendirme ve eğitim yapabilirler.

Görev Yönetmeliği'nde diyetisyenlerin iş ve görev tanımları düzenlenmiştir.¹⁴⁵ Diyetisyenlerin sağlıklı bireyler için beslenme programları hazırlamak, eğitim vermek, toplumsal sorun ve çözümüne yönelik araştırma yapmak gibi bağımsız fonksiyonları ve hekim yönlendirmesi ile hasta beslenmesini düzenleme, hekimin belirleyeceği esaslar dahilinde hasta yemek listelerini hazırlamak gibi bağımlı fonksiyonları bulunmaktadır. Mesela tansiyon ve kalp yetmezliği teşhisiyle yatan bir hastanın yemek listesinin hazırlanmasında tuzsuz diyetle dikkat edilmesi gerekir. Hekim, hastanın yemek listesi için tuzsuz diyet hususunu belirtmese dahi diyetisyen hastaların yemek

¹⁴⁴ WHO, Sağlık Çalışanları, s.5.

¹⁴⁵ a) Yaş, cinsiyet ve fiziksel uğraşı gruplarına göre, sağlıklı bireyler için enerji ve besin öğeleri gereksinimleri ile sağlıklı beslenme programlarını belirler. Özel grupların beslenme ihtiyaçlarına yönelik çalışmaların yürütülmesinde görev alır.

b) Besin analizleri yapar, sağlıklı beslenmeye ve özel amaçlara yönelik besin grupları geliştirir ve bunların doğru kullanımını sağlar.

c) Toplumda beslenme sorunlarına ve bu sorunların çözümüne yönelik çalışmalar yapar. Ulusal, bölgesel ve yerel düzeyde besin ve beslenme politikalarının oluşturulmasında, eylem planlarının yapılmasında ve uygulanmasında görev alır.

ç) Hekimin yönlendirmesi ile hastalar için gerekli beslenme programlarını düzenler. Bireylerin hastalığına, antropometrik ölçümlerine, laboratuvar bulgularına ve tedavisine uygun olarak besin öğesi gereksinimlerini belirler, diyet tedavilerini ve beslenme eğitimi hizmetlerini planlar, uygular ve izler.

d) Hastaların sağlık kuruluşlarında hastane malnütrisyonuna maruz kalmamaları için gerekli önlemleri alır. Hastaların diyet ve normal yemekleri ile ilgili istek ve eğilimlerini tespit ederek, yemek listelerini tabibin tespit ettiği esaslar içinde kalmak suretiyle hazırlar. Hastayı yemek rejimi hususunda eğitir. Hastaların yemeklerini yiyip yemediklerini kontrol eder, tüketmiş olduğu besinler hakkında gerekirse tabibe bilgi verir.

e) Hastalara verilecek olan oral, enteral ve parenteral beslenme ürünlerinin seçiminde, hazırlanmasında, uygulamalarında, eğitim ve izleme süreçlerinde görev alır.

f) Satın alınacak gıda maddelerinin miktarının belirlenmesinde ve değerlendirme çalışmalarında görev alır.

g) Beslenme hizmetinde çalışan personelin denetimini yapar, hizmet içi eğitimlerini planlar, uygular/uygulatır. Hizmetin her aşamasında besin, personel, fiziksel alan ve araç-gereçlerin temizlik ve hijyeni için gerekli önlemlerin alınmasını sağlar.

ğ) Menü planlaması yapar ve uygulanan menüleri denetler. Standart yemek tarifelerinin geliştirilmesini ve uygulanmasını sağlar, gerektiğinde günün ve kuruluşun şartlarına uygun düzenlemeleri yapar.

h) Yiyecek-içeceklerin uygun yöntemlerle depolanmasını ve depodan yiyecek-içecek çıkışı denetler.

ı) Toplu beslenme alanlarının ve araç/gereçlerin günün şartlarına uygun ve ihtiyaca cevap verebilecek standartlara ulaşmasını sağlar. Yemek hazırlama, pişirme ve servis alanlarında oluşabilecek kazaları önleyici tedbirlerin alınmasını ve ilk yardım araçlarının bulunmasını sağlar.

i) Yiyeceklerin hazırlama, pişirme ve servisi ilkeleri doğrultusunda tüketime sunulmasını denetler.

j) Besin güvenliğinin sağlanmasında ve kalite sistemlerinin kurulmasında görev alır.

listelerini konusundaki görev ve sorumlulukları nedeniyle hekimi bu konuda uyarmalıdır. Aksi takdirde hastada, diyet kaynaklı bir zarar meydana geldiğinde hekimle birlikte sorumluluğu söz konusu olabilecektir.

2.3.9. Dil ve Konuşma Terapisti

Dil ve konuşma terapisi; dil, konuşma, ses ve yutma bozukluklarının öncelikle önlenmesi, gerçekleşikten sonra ise bu bozuklukların belirlenmesi ve rehabilitasyonunu amaçlar.¹⁴⁶ Dil ve konuşma terapistleri, yetkileri dahilinde insan bedeniyle ilgili doğrudan uygulamada bulunabilmektedirler. Ayrıca 1219 s. Kanun Ek Madde 13/d'de tanımlandıklarından¹⁴⁷ tıp meslek grupları içerisinde sayılmalıdırlar.

Görev Yönetmeliği'nde dil ve konuşma terapistlerinin iş ve görev tanımları düzenlenmiştir.¹⁴⁸ Dil ve konuşma terapistlerinin dil, ses ve yutma sağlığı gibi alanlar ile Ek-1B'de tanımlanan konularda bağımsız fonksiyonları olduğu gibi ilgili hekim tarafından yönlendirilen ve dil, konuşma, ses ve yutma patolojisi olan hastaların terapi ve rehabilitasyon planlaması yapmak ve uygulamak gibi bağımlı fonksiyonları söz konusudur.

¹⁴⁶ Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Dil ve Konuşma Terapisti, <http://sbf.uskudar.edu.tr/dil-ve-konusma-terapisti>, (E.T.: 17.01.2016).

¹⁴⁷ Dil ve konuşma terapisti; dil ve konuşma terapisi alanında lisans eğitimi veren fakülte veya yüksekokullardan mezun veya diğer lisans eğitimleri üzerine dil ve konuşma terapisi alanında yüksek lisans veya doktora yapan, bireylerin ses, konuşma ve dil bozukluklarının önlenmesi için çalışmalar yapan ve ilgili uzman tabip tarafından teşhisi konulmuş yutkunma, dil ve konuşma bozukluklarının rehabilitasyonunu sağlayan sağlık meslek mensubudur.

¹⁴⁸ a) İletişim, dil, konuşma, ses ve yutma sağlığı alanında önleyici programlarda görev alır.

b) Toplumda ve bireylerde ses, konuşma ve dil bozukluklarına neden olabilecek risk faktörlerine yönelik farkındalık geliştirilmesi için çalışma yapar.

c) Ek-1/B'de bulunan durumlarda terapi ve rehabilitasyon yapar.

ç) İlgili uzman tabip tarafından yönlendirilen ve dil, konuşma, ses ve yutma patolojisi olan hastaların, kendi alanı ile ilgili değerlendirmesini, terapi ve rehabilitasyon planlamasını yapar ve uygular.

d) Bilgisayar destekli konuşma cihazları, trakeoözefageal protezler ve benzeri konuşma aparatları, elektrolarinks, iletişim panoları gibi alternatif ve iletişimi destekleyici yardımcı ek araçlı/cihazlı ve jest, işaret dili gibi yardımsız sistemleri konusunda hastaya eğitim verir.

e) Özel gereksinimi olanlar için bireyselleştirilmiş eğitim programlarında görev alır.

2.3.10. Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri

Acil tıp teknikeri 1219 s. Kanun'un Ek Madde 13/ü'de düzenlenmiştir. Buna göre; ön lisans seviyesindeki acil tıp bölümünden mezun, acil tıbbi yardım ve bakım ile sınırlı kalmak kaydıyla hastaya müdahale ve bu hususta lazım gelen iş ve eylemleri yapan sağlık teknikeridir. Ayrıca Kanun'un m.3/2'de acil tıp teknikerlerinin, acil tıbbi yardım ve bakım ile sınırlı kalmak ve Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmeliğinde belirtilmek kaydıyla hastaya müdahale edebilip bu hususta lazım gelen iş ve işlemleri yapabilecekleri belirtilmiştir.

Görev Yönetmeliği'nde acil tıp teknikerlerinin görev ve yetkileri düzenlenmiştir.¹⁴⁹ Sağlık Bakanlığı'na ait Ambulans Ve Acil Bakım Teknikerleri İle Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul Ve Esaslarına Dair Tebliğ¹⁵⁰ ile ambulans ve acil bakım teknikerlerinin (AABT) acil tıbbi yardım ve bakım ile sınırlı olmak kaydıyla tıbbi görev, yetki, sorumluk ve eğitimleri, Tebliğ'in ekinde iş akış şeması olarak belirlenmiştir.¹⁵¹

¹⁴⁹ a) İntravenöz ve intraosseöz girişim ile hastaneye ulaşmaya kadar, Bakanlıkça belirlenen acil ilaçları ve sıvıları kullanır.

b) Temel ve ileri hava yolu uygulamaları, endotrakeal entübasyon uygulaması, gerekli hallerde krikotirotomi ve oksijen uygulaması yapar.

c) Travma stabilizasyonu, kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyon, yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapar.

ç) Hastanın nakle hazır hale gelmesini ve uygun taşıma teknikleri ile hastanın naklini sağlar.

d) EKG çekimi ve ritim değerlendirmesi yapar, monitörizasyon, defibrilasyon, kardiyoversiyon, external pacemaker uygulaması gibi elektriksel tedavileri uygular.

e) Acil doğum durumunda doğum eylemine yardımcı olur.

f) Görevinin tüm aşamalarında haberleşme ağını doğru ve hızlı bir biçimde kullanır.

g) Ambulans teknik, tıbbi araç-gereç ve malzeme yönünden kullanıma hazır halde bulundurur, zorunlu hallerde ambulans sürücülük görevi yapar.

¹⁵⁰ R.G.: 26.03.2009/27181

¹⁵¹ 1) İntravenöz girişim yapmak,

2) Hastaneye ulaşmaya kadar, kabul edilen acil ilaçları ve sıvıları kullanmak,

3) Oksijen uygulaması yapmak,

4) Endotrakeal entübasyon uygulaması yapmak,

5) Kardiyopulmoner resüsitasyon ve defibrilasyon yapmak,

6) Travma stabilizasyonu yaparak hastanın nakle hazır hale gelmesini sağlamak,

7) Uygun taşıma tekniklerini bilmek ve uygulamak,

8) Monitörizasyon ve defibrilasyon uygulamak,

9) Kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyonu sağlamak,

10) Yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapmak,

11) Acil doğum durumunda doğum eylemine yardımcı olmak.

AABT'ler bu yetkilerini sadece hastane öncesi alanda görev yapan hekimsiz ambulanslar veya acil sağlık araçları ile görev yaparken temel eğitim programını tamamladıktan sonra ekte sunulan akış şemalarına göre uygulayabilirler. Bu yetkilerini, ambulans ve acil sağlık araçları dışında, hekimin yazılı veya sözlü talimatı ve onayı olmadan kullanamazlar.

2.3.10.1. Tıbbi Danışma Kuralları ve Sorumluluklar

AABT'lerin uymakla yükümlü oldukları tıbbi danışma kuralları ve buna bağlı sorumlulukları Tebliğ'in 5. maddesinde ayrıntılı olarak düzenlenmiştir. AABT ve acil tıp teknisyenleri hekimsiz ambulans ve acil sağlık araçları ile görev yaparken akış şemalarına uygun olarak hastaya tıbbi müdahale yapar. Bu personel akış şemalarında (KKM) işareti ile gösterilen işlem basamakları için komuta kontrol merkezine danışmak ve tıbbi danışman olarak görevli hekim veya merkez tarafından yönlendirilen uzman hekimin onayını almak zorundadır. Bu onayı verme veya ilgili uzman hekime yönlendirme yetkisi tıbbi danışman olarak görevlendirilen hekime aittir. Merkezde görevlendirilen tıbbi danışman, telefon veya telsiz ile kendisine ulaşan AABT'nin verdiği bilgilere göre tıbbi müdahale onayını bizzat verir veya ilgili uzman hekime yönlendirir veya işleme onay vermez. Onay vermediği takdirde tıbbi danışman, AABT'nin yapacağı işlemi bildirmek zorundadır. Tıbbi danışman, hasta veya yaralı hakkında kendisine verilen bilgiler, akış şemaları ve ambulansın sağlık kuruluşuna uzaklığı gibi somut bilgi ve belgelere göre bu kararı verir. Bu görüşmelerin ses kayıtlarının merkez tarafından kaydedilmesi veya çalıştığı kurumda görevli personel ile birlikte yazılı olarak kayıt altına alınması zorunludur. Tereddüte düşülmesi durumunda tıbbi danışman tarafından hasta veya yaralının vital bulguları ve değerlendirme bulgularının teknik imkanlar dahilinde iletişim cihazları aracılığıyla merkeze veya uzman hekime gönderilmesi istenir.

AABT, danışman hekime ulaşamadığı veya ulaşip onay alamadığı durumlarda, akış şemalarındaki tıbbi danışman onayı isteyen işlemleri yapamaz. Bu durumda hastanın temel ve ileri yaşam desteği uygulamaları ile stabilizasyonu sağlanarak gecikmeksizin uygun en yakın sağlık kuruluşuna nakli sağlanır. Gerekliyorsa oksijen ve sıvı uygulamasına başlanır; kardiyo pulmoner resusitasyon ve defibrilasyon

uygulamaları dışında akış şemalarındaki tıbbi danışman onayı istenen ilaçlar kullanılmaz.

2.3.10.2. Acil İlaç Kullanımı

Tebliğ'in 6. maddesinde AABT'lerin hangi durum ve koşullarla ilaç uygulayabilecekleri düzenlenmiştir. Buna göre hastanın hayati tehlikesinin bulunması ve bununla birlikte; ulaşım süresinin uzaması, bölgesel ve çevresel zorunluluklar, ulaşım aracından ambulanstan kaynaklanan sorunlar ve çok sayıda hasta ve yaralının bulunduğu büyük kaza ve afetlerin olması hallerinde akış şemalarında tıbbi danışman onayı istenen ilaçları tıbbi danışmanın onayı ile uygulayabileceklerdir.

Ancak kardiyo pulmoner resusitasyon ve defibrilasyon uygulaması esnasında acil ilaç kullanım basamaklarının uygulanması aranmaz. Bu durumda, AABT yaptığı değerlendirme ve hastanın muayenesi sonucunda gerekli gördüğü takdirde sorumluluk tamamen kendisinde olmak üzere, gecikmeksizin tıbbi danışmanın bilgisi ve onayı olmadan bu işlem basamağına başlar.

2.3.10.3. Değerlendirme

AABT'ler, yukarıda açıkladığımız üzere, Sağlık Meslekleri Yönetmeliği'nde tanımlanmasalar da¹⁵² 1219 s. Kanun'la düzenlenmiş tıp meslek grupları içerisinde. Ayrıca yönetmelik ve tebliğ ile görev ve sorumlulukları oldukça ayrıntılı bir şekilde düzenlenmiş, iş akış şemalarında karşılaşılabilecekleri birçok tıbbi durum belirlenerek buna uygun basamaklar düzenlenmiştir. Bu nedenle AABT'lerin uygulamakla yükümlü oldukları tıbbi standartların mevzuat ile düzenlendiğinden bahsetmek yanlış olmayacaktır.

Genel olarak AABT'lerin bağımlı fonksiyonlarının olduğu görülse de kardiyo pulmoner resusitasyon ihtiyacı durumundaki gibi tıbbi zorunluluk halinde bağımsız şekilde ilaç uygulayabilecekleri düzenlenmiştir. Bu durumda hekimlere özgü tedavi

¹⁵² Bölüm 1 (1.3.2).

tekeline istisna oluşturulmuş ve somut bir biçimde hayatın tehlikeye düştüğü bu hallerde AABT'lere doğrudan ilaç uygulama yetkisi verilmiştir. Bununla beraber bağımsız ilaç uygulama yetkisi sınırlı olarak hekimlerden başka diğer bir tıp meslek grubuna verilmiş olmaktadır. Bu yetki, yaşama hakkını tehdit eden tıbbi zorunluluk hali nedeniyle ve mevzuatla sınırları belirlendiğinden hukuka uygun niteliktedir.

2.4. Tıp Meslekleri İle İlgili Kurullar

663 s. KHK'da, merkez ile taşra teşkilatı arasında ayrı bir başlık altında, tıp meslekleri ile ilişkili üç kurul düzenlenmiştir. Bu kurullar 663 s. KHK'da merkez veya taşra teşkilatı yapısı içerisinde tanımlanmadıkları gibi teşkilat şemaları içerisinde de gösterilmemişlerdir. Ancak Bakan ve merkez teşkilatıyla yakın ilişkisi, genel veya özel bütçeli idareler içerisinde sayılmayışı ve merkezde bulunup taşra yapılanmalarının olmayışı nedeniyle merkez teşkilat içerisinde sayılabilirler. Bu kurulları, tıp mesleklerinin görev ve yetkilerinin belirlenmesi ve denetlenmesindeki önem ve özellikleri gereği kısaca incelemek gerekir.

2.4.1. Yüksek Sağlık Şurası

663 s. KHK m.21 ile düzenlenmiştir. Buna göre; sağlık meslek mensuplarının mesleklerini icra ederken ortaya çıkan adli konularda mahkemelere görüş vermek ve idari soruşturmacılar ve uzlaşma komisyonları için bilirkişi listesi belirlemek üzere oluşturulmuş, on beş üyeden oluşan kuruldur. Müsteşar ve I. Hukuk müşaviri kurulun doğal üyesi olup diğer on üç üyesi ülkede sağlık hizmetleri veya eserleri ile tanınmış kişiler arasından doğrudan Bakan tarafından seçilir. Çalışma usul ve esaslarıyla ilgili yönerge bulunmaktadır.¹⁵³

Yüksek Sağlık Şurası'nın iptal edilmiş olan bir görevi de 1219 s. Kanun'un 75. maddesinde tanımlanmış olan tıp mesleklerinin uygulanmasından doğan suçlarda, resmi bilirkişi olarak başvurulması zorunluluğuydu. Bu görevi içerisinde

¹⁵³ Yüksek Sağlık Şurası Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge.

mahkemelerden Şura'ya en çok sorulan sorular kısaca “sağlık görevlisi ya da görevlilerinin olaydaki davranışlarının güncel tıbbın getirdiği işlemlerden olup olmadığı, kişinin yapması gereken ya da yapmaması gerekenlerde özensizlik ve kusurun olup olmadığı” şeklindedir.¹⁵⁴ Yüksek Sağlık Şurası'na zorunlu bilirkişi olarak yapılan başvuru sebebiyle Şura'daki yığılı adli dosyalar eritilememekte ve yığılmalar devam etmekteydi.¹⁵⁵ Bu sebeplerle zorunluluğu düzenleyen m.75, AYM tarafından iptal edilmiştir.¹⁵⁶ Bu kurulun raporunun beklenilmesi şüpheli ve sanığın makul sürede yargılanma hakkını ihlal ettiği gerekçesi doğru ve haklıdır. Ancak bu iptal kararı, Kurul'un bilirkişilik görev ve yetkisini iptal etmemiş sadece başvurma zorunluluğunu ortadan kaldırmıştır.¹⁵⁷

Esas görevi adli konularda görüş verme ve bilirkişi ataması olan bu kurulun oluşturan üyelerin seçiminde sağlık hizmetleri veya eserleri ile öne çıkma ölçütü aranmıştır. Ancak bu ölçütün içi doldurulmadığı gibi adli konularla ilişkili durumlar için uygun da değildir.¹⁵⁸ Ayrıca bu kurulun adli konularda görüş verme görevi olmasına rağmen üyelerinin büyük çoğunluğunu Bakan kendisi seçmektedir.

Şuranın iki temel ve zorunlu fonksiyonu, zorunlu bilirkişi kurumu olması ve uzlaştırma prosedürü için bilirkişi listesi belirlemesiydi. Son durumda; AYM'nin iptal kararı ile artık zorunlu bir bilirkişi kurumu olma özelliği ve KHK'da düzenlenen uzlaştırma prosedürünün kaldırılmasıyla¹⁵⁹ beraber uzlaştırma için bilirkişi listesi

¹⁵⁴ Sedat **Işık**, Sağlık Hukukunda Yüksek Sağlık Şurası'nın Yeri ve Önemi, Kadir Has Üniversitesi Hukuk Fakültesi Uluslararası I. Sağlık Hukuku Sempozyumu 24-25 Nisan 2008 İstanbul, XII Levha, İstanbul, 2011, ss.11-15, s.13; Sedat **Işık**, Yüksek Sağlık Şurası'nda Karar Süreci, Kadir Has Üniversitesi Hukuk Fakültesi Uluslararası II. Sağlık Hukuku Sempozyumu, XII Levha, İstanbul 2011, ss.281-286, s.284; Sinan **Yol**, Şura'dan Ne Bekleniyor, Dosyalar Nasıl Hazırlanıyor?, Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurultayı ss.355-358, 2. Baskı, Ankara Barosu, Ankara, 2009, s.357.

¹⁵⁵ Adem **Keskin**, Şura'nın Hukuki Konumu ve Hukuktaki Yeri, Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurultayı ss.349-353, 2. Baskı, Ankara Barosu, Ankara, 2009, s.352.

¹⁵⁶ AYM Kararı 03.06.2010, E.2009/69, K.2010/79.

¹⁵⁷ Hakeri, s.122.

¹⁵⁸ Mesela nadir görülen bir metabolik hastalık konusunda eserleri sayesinde ünlü olan bir hekimin adli konularla ilişkili olan bu kurulda yer alması ne kadar doğrudur? Kaldı ki seçilecek bu üyelerin sağlık mesleği mensubu olma şartı da aranmamıştır. KHK'daki bu haliyle sağlık hizmetleri alanında çalışan ve eserleriyle ünlü olan, mesela hastane mimarisiyle ünlü olan bir mimar da kurul üyeliğine seçilebilir mi?

¹⁵⁹ 6514 s. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un (R.G.:18.01.2014/28886) m.2

oluşturma ihtiyacı ortadan kalkmıştır. Bu haliyle Şura, artık zorunlu değil ihtiyari bir organ haline gelmiştir.

2.4.2. Tıpta Uzmanlık Kurulu

663 s. KHK m. 22. maddesi ile; tıpta ve dış hekimliğinde uzmanlık eğitimi yapacak eğitim kurumlarına eğitim yetkisi verilmesi ve eğitim yetkisinin kaldırılmasına ilişkin teklifleri karara bağlamak, uzmanlık dallarının rotasyonlarını belirlemek, yabancı ülkelerde uzmanlık eğitimi alanların bilimsel değerlendirilmesini yapacak fakülteleri ve eğitim hastanelerini belirlemek, tıpta uzmanlık eğitimi ve uzman insan gücü ile ilgili görüşler vermekle görevli olmak üzere, Tıpta Uzmanlık Kurulu oluşturulmuştur.

Kurul on altı asil ve on altı yedek üyeden oluşur. Üye seçiminde nereden kaç kişi ve kim tarafından seçileceği gibi konular açıkça belirlenmiştir. Kurula seçilecek üyelerin uzman olmaları, ayrıca en az üç yıllık eğitim görevlisi ya da profesör unvanına sahip bulunmaları şarttır. Kurulun çalışma usul ve esasları ile ilgili diğer hususlar, ihtisas belgelerinin alınması ve uzmanlık eğitimi ile ilgili diğer usul ve esaslar, yönetmeliğe bırakılmıştır.

1219 s. Kanun Ek m. 14¹⁶⁰ ile Kurul'a; uzmanlık dallarının eğitim müfredatları ve bu müfredatlara göre uzmanlık dallarının temel uygulama alanları ile görev ve yetkilerinin çerçevesi belirleme, tıpta ve dış hekimliğindeki ana dallar ile yan dallarının eğitim süresini üçte bir oranında arttırabilme yetkisi verilmiştir.

663 s. KHK'ya istinaden çıkarılan Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'nde¹⁶¹ Kurul'un görevleri sayılmıştır. Bu yönetmelik ile Kurul'un görevleri oldukça genişletilmiştir. Kurul'a üye seçimi Şura'ya nispeten daha

ile 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 24 üncü maddesinin yürürlükten kaldırılmıştır.

¹⁶⁰ 6225 s. Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun m.10, R.G.: 26.04.2011/27916.

¹⁶¹ R.G.: 26.04.2014/28983.

adilane ve ölçütler daha nettir ancak yine de siyasi irade baskındır. Ölçütler içerisinde yer alan uzman olma ve ayrıca en az üç yıllık eğitim görevlisi ya da profesör unvanına sahip olma şartına dikkat etmek gerekir. Çünkü tıpta uzmanlık dalı ile aynı dal adı altında yapılıyor olsa bile, doktora uzmanlığa alternatif değildir.¹⁶² Tıp biliminde tıpta uzmanlık ile doktora farklı kavramlar olduğundan seçilecek üyenin öncelikle tıp uzmanı olması gerekir.

2.4.2.1. Kurul Kararları

Kurul'un konumuz açısından önemli görevleri, uzmanlık alanlarının eğitim standardını da içeren çekirdek eğitim müfredatları, çekirdek ve genişletilmiş eğitim müfredatlarına göre uygulama alanları ile temel görev ve yetkilerinin çerçevesini belirlemektir. Böylece uzmanlık dallarının yetki ve sorumluluğuyla, tıbbi uygulamalara konu olan durumun hangi uzmanlık alanına girdiği konusunda belirsizlikleri, Kurul düzenlemektedir. Kurul'un kararları, alanlara yönelik standartları belirlemesi ve olası belirsizliklere karşı yol göstermesi açısından önemlidir.

Örneğin Türk Gastroenteroloji Derneği, Sağlık Bakanlığı'nın SGK Başkanlığı'na 09.08.2007 gün ve 4338 s. yazısındaki "*Uzmanlık belgesine sahip uzman hekimler uzmanlık alanlarının tüm uygulamalarını yapmaya yetkilidirler. Uzmanlık eğitimi sürecinde veya sonrasında endoskopi eğitimi alan iç hastalıkları ve genel cerrahi uzmanlarının endoskopi yapması uzmanlık alanlarının mesleki uygulamaları olarak kabul edilmelidir.*" şeklindeki işlemin iptalini istemiştir. Türk Gastroenteroloji Derneği, talebi yerine getirilmediğinden dolayı mahkemeye başvurmuş, bunun üzerine Ankara 14. İdare Mahkemesi'nin Kararı¹⁶³ ile "*endoskopik işlemleri almış oldukları uzmanlık eğitimine göre hangi uzman hekimlerin yapabileceğine ilişkin Tıpta Uzmanlık Kurulunun görüş ve kararı alınmadan*" tesis edildiğinden, dava konusu işlem iptal edilmiştir. Uygulamadaki gastrointestinal endoskopik işlemleri kimin yapacağına dair bu belirsizlik üzerine Kurul;

¹⁶² Abdülgaflar **Vural**, Ülkemizde Tıpta Uzmanlık Mevzuatının Tarihsel Gelişimi Ve Tıpta Uzmanlığın Doktora Eğitiminden Farklılığı, Ankara Barosu Sağlık Hukuku Digestası Dergisi, Y.2, S.2, Ankara, 2012, s.10.

¹⁶³ 29.11.2012 tarih E.2012/1453, K.2012/1570.

“2.Gastroenteroloji, Gastroenteroloji Cerrahisi ve Çocuk Gastroenterolojisi uzmanları endoskopik işlemleri yapmakla yetkili ve sorumludurlar.

3. İkinci maddede sayılan dallardaki uzmanlardan başka endoskopik işlem yapmakla yetkili ve sorumlu olabilmek için Genel Cerrahi, İç Hastalıkları ile Çocuk Cerrahisi dallarından birinde uzman olmak ve Sağlık Bakanlığınca tescil edilmiş endoskopist sertifikasına sahip olmak şarttır.” şeklindeki kararıyla¹⁶⁴ belirsizliği standarda bağlayarak ortadan kaldırmıştır.

Kurul’un uzmanlık eğitimi veren kurum ve kuruluşların uzmanlık öğrencilerinin eğitim gördükleri kurumların acil servislerinde ve ambulanslarda görevlendirilip görevlendirilemeyeceklerine dair talep üzerine verdiği karar¹⁶⁵;

“1- Uzmanlık öğrencilerinin ne kadar süre ile ve ne şekilde acil servislerde çalıştırılacağına kurumların akademik kurullarınca belirlenerek karar altına alınması,

2- Acil serviste çalıştırılacak uzmanlık öğrencilerinin bir eğitici veya bir uzmanın gözetim ve denetiminde çalıştırılması” şeklindedir. Burada Kurul, kesin bir karar vermeyerek uzmanlık öğrencilerinin acil servislerde çalıştırılmasını standarda bağlamamış, kararı eğitici veya uzman denetim ve gözetiminde çalıştırılmak şartıyla kurumların kendi akademik kurullarına bırakmıştır. Böylece uzmanlık öğrencilerinin acil servislerde çalıştırılmasının genel bir kural olmadığı, ancak istisna olarak akademik kurullarca alınacak karar ile uzman veya eğitici denetim ve gözetiminde çalıştırılabilecekleri sonucuna varılmaktadır.

Kurul’un bir diğer örnek kararı¹⁶⁶ da yan dal uzmanlıklarının ana dal uzmanlığına ait yetkinlik ve etkinlikleri konusundadır. Karar; *“bir ana dal uzmanının kazanmış olduğu mevcut yetkinlik ve yetkileri bu ana dalın yan dallarının varlığı*

¹⁶⁴ Toplantı Tarih: 02-03.01.2014, No:53, K.407.

¹⁶⁵ Toplantı Tarih: 14.11.2012, No:44, K. 324.

¹⁶⁶ *“Ülkemizde yan dalda uzmanlaşmanın tarihsel süreci incelendiğinde de görülmektedir ki; bağlı yan dalda uzman unvanı almayan/alamayan ana dal uzmanı, ana dalın yetki ve sorumluluk alanına giren tıbbi iş ve işlem kalemlerinde bir yetki ve sorumluluk kaybına uğramazlar. Yan dal uzmanı ise, uzman olduğu ana dalın bütün yetki ve sorumluluklarını taşır; ancak ileri eğitim alarak (“derinleşerek”) uzmanlaştığı yan dal alanındaki yetki ve sorumlulukları, sadece ana dal uzmanı olanlara kıyasla daha derindir.”* Toplantı Tarih:14.11.2012, No:44, K:321.

nedeniyle değişmez. Yan dal uzmanı, mensubu olduğu ana daldan kaynaklanan bütün yetki ve sorumluluklara sahip olmaya devam eder; ek olarak uzmanlaştığı yan dal alanında, aldığı eğitimden kaynaklanan ek yetki ve sorumluluklar ile bazı iş ve işlemlerde daha ileri düzeyde yetkinlik kazanır.” şeklindedir. Buna göre yan dal uzmanları aynı zamanda bağlı bulundukları ana dal uzmanlıklarının bütün yetki ve sorumluluklarına sahiptir. Bu karara uygun bir olayda, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlığı yanında, çocuk nefroloji yan dal uzmanlığı ünvanına sahip bir hekim, İzmir’de özel bir hastanede çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlığı kadrosunda çalışmak üzere İzmir İl Sağlık Müdürlüğü’ne başvurmuştur. Başvuru, yan dal uzmanı olduğu gerekçesiyle reddedilmiş ve çalışma belgesi düzenlenmemiştir. Bu işlemin iptali için açılan dava sonucunda, İzmir 1. İdare Mahkemesi, işlemin iptaline karar vermiştir.¹⁶⁷ Kurul’un bu kararında haklılık payı olduğu gibi bir takım sorunları da doğurabilir.

Yan dal yapmış olan hekimin ana dal uzmanı olmasının yanında aynı zamanda genel tababete de hakim olduğu, pratisyen hekimlik yetki ve yetkinliğine sahip olduğu kabul edilmektedir. Olaya uzman veya yan dal hekimi açısından bakıldığında haklılık bulunmaktadır. Fakat yine de uzman bir hekimin mümkün olduğunca kendi alanı dışındaki genel tababete ilişkin durumlarda tıbbi uygulamalarda bulunmaması yeğdir. Çünkü uzun yıllar özel bir alan üzerinde uzmanlaşıldığından, genel tababete ilişkin bilgi ve beceriler körelmiş olabilir. Mesela bir ortopedi uzmanından üst solunum yolu enfeksiyonu veya göz enfeksiyonunu genel tababet çerçevesi içerisinde tedavi edebilir ancak yine de tedavi etmesi beklenmemelidir. Ancak asıl sorun bu cihetle, bilirkişi olarak pratisyen hekimlik değerlendirilmesi yapıldığında ortaya çıkmaktadır. Uygulamada pratisyen hekimlik uygulamalarının retrospektif değerlendirilmesini, olaya özgü olarak ilgili uzman hekimler yapmaktadır. Belirli bir alanda uzmanlık eğitimi alarak uzmanlaşan veya yan dal eğitimi alarak derinleşen bir hekimin, pratisyen veya uzman hekim düzeyine inerek değerlendirme yapması, karar vermesi hakkaniyete uygun düşmemektedir. Uzman veya yan dal hekimi aldığı uzun süreli

¹⁶⁷ İzmir Tabip Odası internet sitesi 08.09.2014 tarihli haberi, http://www.izmirtabip.org.tr/L/TR/mid/396/hcid/16/hid/1141/Oda%E2%80%99mizin_ve_Meslektasi_mizin_Saglik_Bakanligi%E2%80%99na_Karsi_Tazminat_Zaferi.htm, (E.T.:17.01.2016).

eğitimler sonucu daha fazla bilgi, beceri, tecrübe ve dikkate sahip olacağı aşıkardır. Zaten uzmanlık eğitiminin bir amacı belli bir alanda yetkin ve yetkili hekimler, yan dal eğitiminde ise hekimin derinleşmesini sağlamaktır. Daha fazla bilgi, beceri, tecrübe ve dikkate sahip uzman hekimlerin, pratisyen hekim düzeyine inerek objektif değerlendirme yapmaları oldukça güçtür.

Görüleceği üzere Kurul kararları, genelde idari ve daha çok akademik alana yönelik yatay iş birliğinden kaynaklı uyuşmazlıklara yönelik olduğundan, yargı ile çözümü için oldukça teknik konulardır. Bu yüzden Kurul, idari-akademik yapıda olup tıbbi uzmanlık alanlarına dair kararlar vermektedir. Kurul'un kararları; akademik veya yargı ile çözülemeyecek sorunlara çözüm bulduğundan, yatay iş birliği içerisindeki çerçeveyi belirlediğinden ve güven ilkesinde kullanılan birincil sorumluluk alanlarının belirlenmesi açısından önemlidir.

2.4.3. Sağlık Meslekleri Kurulu

663 s. KHK m.23 ile kurulmuştur. Buna göre; sağlık mesleklerinde eğitim müfredatı, mesleki alan ve dal belirlemesi gibi mesleki düzenlemelerde ve istihdam planlamalarında görüş bildirmek, mesleki yeterlilik değerlendirmesi yapmak, mesleki müeyyide uygulamak, etik ilkeleri belirlemek ve uyumu denetlemek üzere Sağlık Meslekleri Kurulu oluşturulmuştur.

Kurul, on dört üyeye ilave sadece kendi meslek alanlarıyla sınırlı olmak üzere kanunla kurulmuş sağlık meslek birliklerinden bir üye ile oluşmaktadır. Uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar Bakanlık tarafından çıkarılacak yönetmeliğe bırakılmıştır. Bu düzenlemeye istinaden çıkarılan Sağlık Meslekleri Kurulu Yönetmeliği'nde¹⁶⁸ Kurul'un görevleri sayılmıştır.

Bu Kurul çeşitli sebeplerle eleştirilmiştir. En büyük eleştiriler, Kurul'un üye teşkili ile meslek örgütünün elindeki mesleki müeyyide uygulama ve meslekten men

¹⁶⁸ R.G.: 14.12.2012/28497. (e) fıkrası dahil sayılan görevler KHK'da mevcuttur.

yetkisine dair olmuştur.¹⁶⁹ Diğer taraftan 663 s. KHK hakkında AYM’nde açılan iptal davasında da “Sağlık meslekleri alanında, görev, yetki ve nitelikleri kanun ile düzenlenen otuzu aşkın meslek ve yüzü aşkın alt uzmanlık alanı bulunmaktadır. Sağlık Bakanının seçeceği beş adet sağlık mesleği mensubunun yüzü aşkın alanda anılan yetkileri kullanabilmek için gerekli özelliklere sahip olamayacakları açıktır.” görüşü dile getirilmiş ve KHK’nın 23. Maddesinin, Anayasanın 2, 6, 7, 38, 91, 123, 130, 135 ve 138. maddelerine aykırı olduğu savunulmuştur. AYM Kararı¹⁷⁰ “Esasın İncelenmesi” kısmında;

“Anayasa’nın ‘Suç ve cezalara ilişkin esaslar’ başlıklı m.38/3’te, ‘Ceza ve ceza yerine geçen güvenlik tedbirleri ancak kanunla konulur.’ hükmüne yer verilmiştir. Anayasa’nın 38. maddesinde düzenlenen ve ikinci kısmının ‘Kişinin Hakları ve Ödevleri’ başlıklı ikinci bölümünde yer alan suç ve cezalara ilişkin hükümlerin kanun hükmünde kararnameyle düzenlenmesi mümkün değildir.

Dava konusu kurallar, Anayasa’nın 38. maddesi kapsamında değerlendirilmesi gereken sağlık meslek mensuplarının meslekten geçici men ve meslekten men edilmesini gerektiren fiiller ile bu fiillere uygulanacak yaptırımlara ilişkin hükümler içerdüğinden, Anayasa’nın 91. maddesinin birinci fıkrasına aykırıdır. İptali gerekir.”

diyerek 663 s. KHK’nın 23. maddesinin (7) numaralı fıkrasının (c) ve (ç) bentlerini iptal etmiştir. Daha sonra, iptal edilen bu bentler ufak kelime değişiklikleriyle 6495 s. Kanun’un 73. maddesi ile kanun düzeyinde yeniden yürürlüğe konmuş ve aykırılık ortadan kaldırılmıştır.¹⁷¹

¹⁶⁹ İstanbul Eczacılar Odası, Haberler, Yeni Bir Hukuk İhlali! Sağlık Meslekleri Kurulu, Tarih: 26.12.2012, http://www.istanbuleczaciiodasi.org.tr/?page=haberler&news_ID=4152, (E.T.: 17.07.2015). Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, “Sağlık Meslek Kurulu Yönetmeliği” Değerlendirme Raporu, 23.01.2013, <http://www.hasuder.org.tr/hsg/?p=676>, (E.T.: 17.07.2015)

¹⁷⁰ E.2011/150, K.2013/30, K.T.:14.02.2013

¹⁷¹ Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, R.G.:02.08.2013/28726. Bahsedilen bentlerin yeni hali (değişiklikler italik karakter ile gösterilmiştir): “c) Meslek icrası esnasında sonucunu öngörerek veya görevinin gereklerine aykırı hareket ederek veyahut görevinin gereklerini yapmakta ihmal veya gecikme göstererek bir kişinin ağır derecede olmayan *engelliliğine* sebebiyet verenlerin üç aydan bir yıla kadar meslekten geçici men edilmesine karar verilir. Bu fiillerin beş yıl içinde tekrarı hâlinde verilecek cezalarda alt ve üst sınırlar iki katı olarak uygulanır.

ç) Meslek icrası esnasında sonucunu öngörerek veya görevinin gereklerine aykırı hareket ederek veyahut görevinin gereklerini yapmakta ihmal veya gecikme göstererek bir kişinin ağır *engelliliğine* veya ölümüne sebebiyet verenlerin bir yıldan üç yıla kadar meslekten geçici menine karar verilir. Bu fiillerin beş yıl içinde tekrarı hâlinde meslekten sürekli men kararı verilir.”

663 s. KHK'nın m.23/2'de düzenlenen Kurul'un görevleri içerisindeki a, b ve c maddeleri çalışmamız açısından önemlidir. Bunlardan kısaca bahsetmek gerekirse:

a) Yeni bir sağlık mesleğinin veya dalının ihdasında görüş bildirmek:

Kurul'un amacı gelişen ve genişleyen tıp bilimi içerisinde ihtiyaca binaen ortaya çıkabilecek yeni tıp mesleklerinin oluşumunda görüş bildirmektir. Görüleceği üzere Kurul'un yetkisi sağlık alanında yeni meslek veya alanlar oluşturmak değil, oluşumunda görüş bildirmekten ibarettir. Hekimler için uzmanlık dallarını oluşturma ve çerçevesini belirlemenin Tıpta Uzmanlık Kurulu'na ait olduğunu belirtmiştik ancak Sağlık Meslekleri Kurulu, hekimler için Tıpta Uzmanlık Kurulu'na da görüş bildirebilecektir.

b) Sağlık mesleklerinin eğitim müfredatı hakkında görüş bildirmek:

Kurul'un bir önceki görevine paralel olarak bir diğer görevi de sağlık mesleklerinin eğitim müfredatları hakkında görüşlerini bildirmektir. Bu iki görev açısından Kurul'un yaptırım gücü olmayıp daha çok yol gösterici rolü vardır.

c) Sağlık mesleklerinin etik ilkelerini belirlemek ile uyumu denetlemek:

Etik ilkeler ortaya koyan kurumlar genelde o uğraşın örgütleridir, bunlar resmi veya sivil toplum örgütleri olabilir.¹⁷² KHK ile meslek etiği kurallarının belirlenmesi görevi Kurul'a verilmiştir ancak etik kuralların belirlenmesi görevinin idari bir kurumda bulunması uygun değildir. Meslek etiği kurallarının bağımsız meslek örgütleri çatısı altında akademisyen ve sahada çalışan hekimler tarafından ortak çalışmalar ile belirlenmesi gerekir. Çünkü etik ilkeler uygulamada ortaya çıkan sorunlara üzerine belirlendiğinden, daha dinamik nitelikte olmaları gerekir. Uygulamada daha önce düzenlenmemiş bir konuda yeni bir uyumsuzluk çıktığında öncelikle soruna yönelik etik ilkeler ortaya çıkar. Etik ilkeler yerleşip kökleştikçe de yerini kanun koyucunun iradesiyle yaptırım gücüne haiz ve daha stabil yapıdaki hukuk kurallarına bırakması beklenir. Bu haliyle etik, hukukun lokomotifidir.

¹⁷² Yasemin Neyyire **Oğuz**, Harun **Tepe**, Nüket Örnek **Büken**, Deniz Kırımsoy **Kucur**; Biyoetik Terimleri Sözlüğü, Türkiye Felsefe Kurumu, Ankara, s.93.

Kurul, meslek etik ilkelerini belirledikten sonra mesleklerin de uyumunu denetlemekle yetkilendirilmiştir. Bu iki yetki birbiriyle bağlantılı görünmektedir ancak sağlık mesleklerinin birçoğunun görev tanım ve yetkisi zaten yasa ile belirlenmiş durumdadır. Bu sebeple Kurul'un, sağlık mesleklerinin uyumunda, görev ilişkisini belirlemekten ziyade denetlemesi daha uygundur. Etik ilke ve ilişkiler, yapısı gereği genel hatlar dışında, mevzuat ile düzenlemeye uygun değildir. Bu haliyle Kurul idari-akademik yapıda, daha çok mesleki alana yönelik yatay ve dikey iş birliğinden kaynaklı etik ilkelerin belirlenmesi ve uyumun denetlenmesine yönelik oluşturulmuştur.



İKİNCİ BÖLÜM

İŞ BİRLİĞİ VE GÜVEN İLKESİ

1. İŞ BİRLİĞİ VE EKİP ÇALIŞMASI

İş birliği, amaç ve çıkarları bir olanların oluşturdukları çalışma ortaklığı iken iş bölümü ise işin, iki veya daha çok kişi arasında bölünmesidir.¹⁷³ Tanımlardan anlaşılacağı üzere iş birliği, ortak bir amaç için kişilerin bir araya gelerek birlikte çalışmasıyken iş bölümünde ise mevcut bir işin, kişiler arasında paylaşılması söz konusudur. Bu sebeple iş birliğinde esas önemli olan kişilerin niteliklerinden ziyade kurucu unsur olan ortak amaçtır ancak iş bölümünde ise önemli olan kişiler arasındaki somut iş paylaşımıdır. Ortak amacı sağlayabilme, iş birliği için kurucu unsur olduğundan ortak amacı gerçekleştirebilmek için görevler iç içe geçebilmektedir ve ortak amacın sorumluluğu iş birliği içerisindeki kişilerde daha yoğun hissedilerek paylaşılmaktadır. İş birliği kavramı içerisinde temel unsurlardan ekip ve ekip çalışması kavramları önemlidir.

Ekip, önceden belirlenmiş hedeflere ulaşmak için bir araya gelmiş, birbirine bağımlı ve birlikte hareket eden iki veya daha fazla kişinin oluşturduğu topluluk olarak tanımlanabilir. Diğer bir ifadeyle ekip, dinamik, iç bağımlı, uyumlu bir şekilde birbiriyle etkileşim içinde olan, belirli ve ortak amaçlara yönelik çalışan ve her birinin yerine getirmek için özel rollere ve fonksiyonlara sahip olduğu insan topluluğu olarak tanımlanabilir. Basit bir ifadeyle, ortak amaç ve hedefe sahip, iş ve becerileri farklı olmasına rağmen bu iş ve becerilerini birlikte gerçekleştiren insan gruplarıdır.¹⁷⁴

¹⁷³ Günce Türkçe Sözlük, “iş birliği”, “iş bölümü”
http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5658654e59db89.44302554,
http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.56586557463db0.15378416, (E.T.:17.01.2016).

¹⁷⁴ Çelen, s.6.

Diğer bir tanımlamayla ekip, ortak bir amaca ve ortak performans hedeflerine odaklanan ve sorumlu oldukları konuda ortak bir yaklaşım belirleyen, farklı uzmanlık alanlarından gelerek her biri görevini yerine getirerek birbirlerini tamamlayan özelliklere sahip bireylerin oluşturduğu küçük bir gruptur.¹⁷⁵

Bu tanımlamalardan üç temel özellik göze çarpmaktadır. Bunlardan birincisi, ekibin oluşturulabilmesi için iki veya daha fazla kişinin gerekmesi, ekibi oluşturan kişilerin birbirine bağımlı ve birlikte hareket etmesi ile ekibi oluşturan kişilerin belirli bir amacı gerçekleştirmek için çalışmasıdır.¹⁷⁶ Yani ekip çalışması, en az iki kişinin belirli bir amaca yönelik çalışmasıdır.

Günümüzde uluslararası ve ulusal çalışma hayatı, sadece karizmatik yöneticilerin veya zeki işletmecilerin çabalarına değil, tüm çalışanların yeteneği ve yaratıcılığına ihtiyaç duyulmasına neden olmuştur. Bu nedenle örgütler (firmalar, kurumlar vs.), rekabette üstünlüğü sağlamak, sorunları iş birliği ile çözüme kavuşturmak ve çalışanların yaratıcı özelliklerinden daha fazla yararlanabilmek amacıyla ekip çalışmasına ağırlık vermektedir.¹⁷⁷

Kısaca ekip ve ekip çalışması arasındaki farkı vurgulayacak olursak, ekip, organizasyonların performansla ulaşmada araç olarak kullandıkları bir oluşumu ifade ederken, ekip çalışması ise hedeflere ulaşmak için iş birliği halinde ve ortak bir hedef doğrultusunda çalışmanın önemli olduğu bir süreçtir.¹⁷⁸

¹⁷⁵ Fatma **Canlı**, Sağlık Çalışanlarının Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşleri, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, 2010.

¹⁷⁶ Çelen, s.6.

¹⁷⁷ Özay **Çelen**, Ekip Çalışması Etkinliğinin İş Tatmini Ve Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi: Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesinde Bir Uygulama, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2011, s.6.

¹⁷⁸ Albena **Gayef**, Özel Hastanelerde Uygulanan Liderlik Yaklaşımlarının Üst Düzey Yöneticilerin Takım Çalışması Ve Örgüt İklimi Algılamaları Üzerindeki Etkisi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2006, s.35.

1.1. Ekip Çalışması

Hastaya odaklı tıbbi uygulamalar, birçok sektörün hizmetinden etkilenen, bir ekip hizmeti ve çalışmasıdır.¹⁷⁹ Sağlık kurumlarında amaçların başarılması için gerekli etkinlikler, birbirinden çok farklı donanımlara sahip, farklı mesleki yönelimleri olan personelin eş zamanlı çabalarıyla gerçekleşmektedir. Tıbbi uygulama ve bakım sürecini, sadece bir meslek grubunun tümüyle yönlendirmesi ve bu süreçte yer alan faaliyetleri tek başına gerçekleştirmesi pek olası değildir.¹⁸⁰ Bu nedenle tıbbi uygulamalarda ekip çalışması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bu haliyle ekip çalışması, tıp meslek profesyonelleri arasında karara ve göreve yönelik iş birliğini ifade etmekle beraber yönetim açısından ise sağlık çalışanlarının mesleki amaç, beklenti ve etkinliklerinin ortak amaç yönünde birleştirilmesini ve eşgüdümlemesini sağlayan bir araçtır.¹⁸¹

Yasal düzenlemeler, gelenekler ve bölgesel farklılıklar, meslekler arasındaki iş birliği uygulamasının gelişimini engellemiştir. Son yıllarda uygulamada profesyonel disiplinler arasındaki faaliyetlerin artmasına rağmen daha da gelişmesine ihtiyaç vardır. Ekip uygulamalarında, her mesleğin hastanın ihtiyaçlarını karşılaması için kendi yasal düzenlemelerine ve standartlarına uyması beklenmektedir. Bu nedenle farklı mesleklerden oluşan ekipler, iş birliğinin önemini anlamalı ve birbirlerinin uzmanlıklarını kabul ederek değerini bilmelidir.¹⁸²

Dünya Tabipler Birliği Hasta Güvenliği Bildirgesi'ne göre tıbbın ve ilişkili olduğu bilim ve teknolojinin ilerlemesi, modern tıbbi karmaşık ve gelişmiş bir sağlık

¹⁷⁹ Emine Elvan **Çiftlik**, Didem **Çoban**, Serpil **Özkan**, Özgü **Kesmezacar**, Meral Kurt **Durmuş**, Vildan **Kesgin**; Sağlıklı İletişim Ve İletişim Teknikleri Eğitim Programlarının Çalışanlar Ve Hasta Memnuniyeti Üzerindeki Etkisi, II. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı C.1, Editör: Harun Kırılmaz, T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2010, s.182. Recep **Akdur**, Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması, Ankara, 1999.

¹⁸⁰ Şahin **Kavuncubaşı**, Selami **Yıldırım**; Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, 3. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2012, s.540.

¹⁸¹ Kavuncubaşı, Yıldırım; s.540.

¹⁸² Terry Mahan **Buttaro**, JoAnn **Trybulski**, Joanne **Sandberg-Cook**. The Changing Landscape of Collaborative Practice. Primary Care: A Collaborative Practice, 4. Baskı, Editörler: Terry Mahan Buttaro, JoAnn Trybulski, Patricia Polgar Bailey. Elsevier Mosby, 2013, s.4.

sistemine dönuştürmüştür. Modern tıptaki bu gelişmeler bazen yeni veya daha büyük riskleri ortaya çıkarmaktadır. Esasında tıbbi uygulamalarda ekip üyelerinin ve çalışma süreçlerinin tek başlarına hata oluşumundaki sorumlulukları nadirdir. Aksine ayrı bireyleri birleştirmek ve birlikte çalıştırmak hata oluşum riskini arttırmaktadır. Hasta güvenliğini sağlayabilmek için hekimler, diğer sağlık çalışanları, hasta ve diğer tüm tarafların, hataların en aza indirgenmesini sağlayacak gerçekçi, proaktif yaklaşımlarla iş birliği yapması gerekmektedir.¹⁸³ Bu sebeple hekimlerin hasta güvenliğini en üst düzeye çıkarabilmek için gerekli iş birliği organizasyonu kurmaları ve iş birliği içerisinde çalışmaları gerekir. İş birliği içerisinde bulunanların, mesleki standartları karşılayabilmek için disiplin dahil birtakım öz denetim sistemleri oluşturma konusunda bireysel ve kolektif yükümlülükleri vardır.¹⁸⁴

Ekip çalışmasının, tıbbi uygulamalarda zorunluluk olarak ortaya çıkmasındaki bir diğer sebep de tıp mesleklerindeki bağımlılıktır. Tıbbi uygulamadaki işlevsel bağımlılık, diğer endüstri kollarına göre daha yüksektir. Tıbbi uygulama süreci, birbiriyle etkileşim durumunda olan birçok bölüm ve uzmanın uyumlu çalışmasını gerektirir. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (YTKİY)¹⁸⁵ “*Servis Hizmetleri*” başlıklı 13. maddesi bu duruma örnek teşkil etmektedir. Buna göre servis hizmetleri; hastaya en iyi koşullarda, güvenilir araçlarla isabetli teşhisi koyarak, bakımının ve en kısa zamanda tedavisinin sağlanmasını, eğitim hastanelerinde ayrıca servis içi hasta başı eğitimlerini de gerçekleştirmek için uzman, uzmanlık eğitimi görenler, hemşire ile eczacı, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog gibi branşla ilgili diğer meslek mensupları tarafından birlikte yürütülen bir ekip çalışmasıdır. Bir bölümün veya personelin işini layıkıyla gerçekleştirmemesi hasta ve sağlık kurumu açısından arzu edilmeyen durumların ortaya çıkmasına sebep olabilir.¹⁸⁶ Örneğin temizlik hizmetlerinin gereği gibi yerine getirilmemesi sonucu hastane enfeksiyonlarının

¹⁸³ **World Medical Association**, Declaration on Patient Safety, Dünya Tabipler Birliği tarafından 53. Genel Kurul’da (Washington, 2002) kabul edilen ve 191. Konsey’de (Prag, 2012) teyit edilen Hasta Güvenliği Bildirgesi, <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/p6/>, (E.T.:17.01.2016).

¹⁸⁴ Project of the ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine; Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter; Annals of Internal Medicine, 2002, S.136:243-246, s.246.

¹⁸⁵ Bakanlar Kurulu Karar Numarası ve Tarihi: 8/5319 - 10.9.1982, R.G.: 13.01.1983/17927.

¹⁸⁶ Kavuncubaşı, Yıldırım; s.541.

artabilmesi, bilgisayar yazılımındaki sorunlar nedeniyle sistemin gereği gibi hiç, geç ya da kötü işlemesi sonucu hastalara hatalı ya da geç tanı konularak mağdur olması gibi.

1.2. Ekip Çalışmasının Önemi

Ekip çalışması ile hasta sağlığının sağlanabilmesinde en önemli faktörlerin başında hekim ve tüm sağlık personelinin tam bir ekip çalışması içerisinde olmaları gelmektedir.¹⁸⁷

Tıbbi uygulamalarda etkin ekip çalışması, hasta güvenliği ile ilgili hızlı ve olumlu bir etkiye sahip olabilir. Etkin ekip çalışmasının önemi, aşağıdaki gibi faktörler nedeniyle artmaktadır:¹⁸⁸

- Artan karmaşıklık ve bakım uzmanlığı,
- Ko-morbiditeleri artması,
- Kronik hastalığı artması,
- Küresel işgücü sıkıntısı ve
- Güvenli çalışma saatleri.

Bu sebeplere bağlı olarak tıbbi uygulamalarda, sürekli olarak değişim ve gelişmeler yaşanmaktadır. Bu değişim ve gelişmeler aşağıdaki şekilde sıralanabilmektedir:¹⁸⁹

- Teknolojinin gelişmesi ve buna bağlı olarak tıbbi teknolojinin ilerlemesiyle birlikte, yeni hizmet alanlarının gelişmesi ve şu an için geçerli olan bakım yöntemlerinin hızla ilerlemesi,
- Hastaların kaliteli hizmet beklentilerinin artması,

¹⁸⁷ Atila **Karahan**, Hastanelerde Takım Halinde Öğrenme, Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi, C.10, S.2, 2008, s.242.

¹⁸⁸ Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools, WHO, Fransa, 2009, http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/who_mc_topic-4.pdf, (E.T.: 17.01.2016), s.119.

¹⁸⁹ Sevgi **Kesim**, Sağlık Hizmetlerinde Takım ve Takım Çalışmasına Yönelik Bir Araştırma, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 1999.

- Gelişen teknolojiyle birlikte yeni araç ve gereçleri kullanabilen personel kalitesinin arttırılmasına duyulan ihtiyaç,
- Hastaneler arasında kalitenin en üst seviyede elde edilmesine yönelik rekabetin ortaya çıkması.

Örneğin diyabetli bir gebede gelişen pulmoner emboli sonucu obstetrisyen, endokrinolog ve göğüs hastalıklarından oluşan birden fazla sağlık ekibi ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. Bu hasta için gün içerisinde, gece ve hafta sonu, hekim ve hemşire bakımlarında farklılıklar bulunacaktır.¹⁹⁰ Bu farklılıklar içerisinde ekibin birbiri ile koordinasyonu ile güven ilkesinin önemi büyüktür.

1.3. Ekip Çalışmasının Özellikleri

Ekip üyelerinin birlikte ortak bir hedefe ulaşabilmek için belirli rol ve etkileşimleri vardır. Bunlar:¹⁹¹

- Ekipler, kararlar alırlar.
- Ekipler, ağır iş yükü şartları altında uzmanlaşmış bilgi, beceri ve sıklıkla fonksiyonlara sahiptir.
- Ekipler, küçük gruplardan farklı olarak kolektif eylemlerini somutlaştırırlar.

Ekipler zor ve ağır çalışma koşulları altında, uzmanlaşmış bilgi ve becerileri sayesinde görevleri ile ilgili kararlar alarak hedefe yönelik somut eylemlerde bulunurlar.

Diğer taraftan etkili bir ekibin ayırt edici özellikleri ise şunlardır:¹⁹²

- Doğal ve rahatlatıcı bir atmosfer,
- Tartışmalara her üyenin katılması,
- Ekip görevlerinin üyeler tarafından kavranması ve benimsenmesi,
- Üyelerin birbirini dinlemesi,

¹⁹⁰ WHO, Ekip, s.119.

¹⁹¹ WHO, Ekip, s.120.

¹⁹² Kavuncubaşı, Yıldırım; s.541.

- Grup aklını benimsememe özgürlüğü bulunması (her üyenin grup kararlarına uymama zorunluluğu bulunmaması)
- Uzlaşma yoluyla karar alma,
- Yapıcı ve problem çözmeye yönelik eleştiri,
- Önder egemenliğinin olmaması,
- Ekibin kendi kendini denetleme bilincine sahip olması.

Buradan da anlaşılacağı üzere, ekip kavramı içerisinde üyelerin bağımsız fonksiyonları gereği tartışmalara katılma, eleştirilerde bulunma ve daha da önemlisi ekip kararlarına her zaman uymamama görev ve yetkisi bulunmaktadır. Üyelerin ortak amaca yönelirken kendi mesleki özerklikleri dahilinde hareket etmeleri gerekir. Böylece üyelerin kendi görev ve yetkileri doğrultusundaki dikkat ve özen yükümlülüğü, ortak amaç doğrultusundaki hareketlerinin çerçevesini çizecektir. Örneğin hastaya uygulanması gereken bir ilacın dozunu eczacının doğru bulmaması halinde eczacının ilacı doğrudan vermek yerine öncelikle hekimi uyarması gerekmektedir.

1.4. Ekip Türleri

Ülkemizdeki tıbbi uygulamalarda, ekip türlerinin belli bir standardının olmadığı görülmektedir. Ancak mevzuat doğrultusunda tanımlanan, acil sağlık hizmetleri ekibi, mavi kod ekibi gibi örnekler mevcuttur. Öğretide ise ekip türleri açısından, aşağıda bahsedeceğimiz dikey ve yatay şeklinde ekip sınıflandırmaları mevcuttur.

Acil sağlık hizmetlerine göre ekip; hastaya veya yaralıya gerekli tıbbi müdahalede bulunmak, olay yerinde gerekli tedbirleri almak üzere görevlendirilen, acil sağlık hizmetleri konusunda eğitim almış sağlık personeli ile şoförden oluşmaktadır.¹⁹³ Acil durum ekiplerine örnek olarak ülkemizde Mavi Kod sistemi

¹⁹³ Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği m.4/n. R.G.: 24.3.2004/25412

uygulanmaktadır. Temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınması (Mavi Kod uygulaması) için yapılacak işlemler, tebliğ ile düzenlenmiştir.¹⁹⁴

1.4.1. Dikey Ekipler¹⁹⁵

Dikey ekipler, bir yöneticiden ve biçimsel bir emir komuta zinciri ile ona bağlı kişilerden oluşur. Bazen “işlevsel ekip” veya “emir-komuta ekibi” olarak da isimlendirilen dikey ekipler, bazı durumlarda üç veya dört seviyeli bir hiyerarşi oluşturur. Tipik bir dikey ekip, bir örgütteki bir bölümü kapsar. Bu ekipler sürekli olarak varlıklarını devam ettirirler ve bir bölümü ifade ettiğinden dolayı “bölümsel ekipler” olarak da adlandırılırlar. Bu ekipler, üyelerin ortak faaliyetler ve etkileşimleri yoluyla belirli amaçlara ulaşmak üzere örgütler tarafından oluşturulurlar.

Hastanelerde ise her bir servis (iç hastalıkları servisi, kardiyoloji servisi, genel cerrahi servisi vb.) de dikey veya bölümsel ekibe birer örnektir. Klinik uygulamada kullanılan ve özellikli bir birimde hastaların klinik bakımlarından sorumlu olan insan topluluğu anlamındaki “klinik ekipler”, tıbbi uygulamalarda yer alan dikey ekiplerin bir ifadesi olarak görülebilir.

1.4.2. Yatay Ekipler

Yatay ekipler, aynı hiyerarşik seviyeden, ancak farklı uzmanlık alanlarından gelen kişilerin oluşturduğu ekiplerdir. Birkaç bölümden seçilen kişilerce, belirli bir

¹⁹⁴ Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Ve Korunmasına İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Tebliğ (R.G.: 29.04.2009/27214), m.16

a) Temel yaşam fonksiyonları (solunum, dolaşım) risk altında olan veya durmuş bulunan bireylere gerekli müdahalelerin yani Cardio Pulmoner Resusitasyon'un (CPR) yapılabilmesi için “mavi kod” uygulaması gerçekleştirilir. Bu amaçla tabip, hemşire, anestezi teknisyeni, hizmetli ve güvenlik görevlisinden oluşan bir ekip kurulur.

b) Mavi kod ekibi, mesai içi ve mesai sonrası olmak üzere iki ayrı ekip olarak kurulur ve kesintisiz hizmet vermeleri sağlanır.

c) Mesai saatlerinde; anestezi, kardiyoloji, nöroloji, göğüs hastalıkları, dâhiliye, genel cerrahi uzmanlarından biri veya bu branşların bulunmadığı yerlerde, idare tarafından görevlendirilen bir tabip ekip lideri olur.

ç) Hastanedeki tüm tabiplerin ve ekipte görevli diğer sağlık personelinin CPR eğitimi alması sağlanır.

¹⁹⁵ Çelen, ss.13-14.

görevi yerine getirmek için kurulurlar ve görev bittikten sonra dağılırlar. Geçici ekipler ve komiteler bu türlü ekiplerdir.¹⁹⁶

Geçici ekipler, birçok bölümü ilgilendiren konularda, özellikle süreçlerle ilgili konularda oluşturulan ekiplerdir. Belirli bir sorunun çözümü veya bir görevin yerine getirilmesi amacıyla oluşturulduklarından “proje ekipleri” veya “iş ekipleri” olarak da anılırlar. Geçici veya proje ekipleri, üzerinde çalıştıkları projeyi tamamlayıncaya kadar tam zamanlı olarak birlikte çalışırlar.¹⁹⁷

Komiteler ise, geçici ekiplere göre daha uzun ömürlü topluluklardır ve örgütün ayrılmaz bir parçasını oluşturabilirler. Komiteye seçimde kişinin uzmanlığından çok örgüt içindeki pozisyonu ve unvanına bakılır.¹⁹⁸

Örneğin trafik kazası sonucu çoklu travması olan hasta için ortopedist, genel cerrah ve beyin cerrahisinin ya da ameliyat sırasında anesteziist ile cerrahın birlikte çalışması gibi sadece somut vakaya ilişkin olarak aralarında hiyerarşi bulunmayan uzmanların bir araya gelmesi geçici yatay ekibe örnektir.

1.4.3. Amerika Birleşik Devletleri Örneği

ABD’de geliştirilen TeamSTEPPS™ programı, birbiriyle etkileşim halinde sağlık hizmetini yürüten ve destekleyen farklı ekip türleri tanımlamıştır. Buna göre;¹⁹⁹

1.4.3.1. Çekirdek Ekipler

Çekirdek ekipler, hastanın doğrudan bakımına katılan ekip lideri ve üyelerden oluşur. Çekirdek ekip üyeleri doğrudan bakım sağlayıcıları (birim bazlı) ve süreklilik sağlayıcılarından (vaka yöneticisi) oluşur. Birim bazlı çekirdek ekip (hekim, hemşire, fizyoterapist ve eczacı) genellikle hastanın tedaviyi aldığı yerde bulunur.

¹⁹⁶ Çelen, s.14

¹⁹⁷ Çelen, s.14

¹⁹⁸ Çelen, s.14

¹⁹⁹ WHO, Ekip, ss.120-121

1.4.3.2. Koordinasyon Ekipleri

Koordinasyon ekibinin sorumluluğu şunlardır:

- Günlük operasyonel yönetim,
- Koordinasyon fonksiyonları,
- Çekirdek ekipleri için kaynak yönetimi.

1.4.3.3. Acil Durum Ekipleri

Acil ekiplerinin özellikleri şunlardır:

- Acil veya özel etkinlikler için oluşturulurlar,
- Zaman sınırlı olarak oluşturulurlar (örneğin kardiyak arrest ekibi, afet müdahale ekipleri, hızlı müdahale ekipleri),
- Çekirdek ekip üyelerinden seçilenlerden oluşur.

Ülkemizde uygulanan Mavi Kod sistemi, acil durum ekiplerine örnektir.

1.4.3.4. Yardımcı Hizmetler

Yardımcı hizmetler, rutin bakımlar için;

- Göreve özgü, zaman sınırlı olarak doğrudan hastalara bakım sağlayan,
- Hastaların bakımını kolaylaştıracak destek hizmetlerini sunan ve
- Sıklıkla hastaların bakım aldığı yerde bulunmayan temizlik personeli gibi kişilerden oluşur.

Yardımcı hizmetler, öncelikle çekirdek ekibi destekleyen bir hizmet sunum ekibidir. Ancak bu aynı ortak hedefi paylaşıyor olmadıkları anlamına gelmez. Örneğin cerrahi bir operasyon nedeniyle hasta için ağızdan gıda alımının yasaklanması talimatı verilmesine rağmen kazara hastanın ağızdan gıda alması, onun boğulmasına sebep olabilir. Genel olarak yardımcı hizmetlerin fonksiyonları bağımsızdır ancak bununla beraber bazı zamanlar çekirdek ekibin parçası olarak kabul edilebilirler.

1.4.3.5. Destek Hizmetleri

Destek hizmetleri;

- Sağlık tesislerinde, dolaylı olarak göreve özel hizmet sunan ve
- Hastalar ve aileleri için en uygun sağlık deneyimini kolaylaştırmak için hizmet odaklı çalışan, ekibe entegre üyelerden oluşurlar.

Destek hizmetleri, sağlık tesisinin çevresi, kendisi ve lojistiğiyle ilgili durumları yönetirler. Destek hizmetleri; hasta bakım ekibi, piyasa bakışı, işletme verimliliği ve hasta güvenliği ile birlikte verimli, güvenli, konforlu ve temiz sağlık bakım ortamları yaratmayı öncelikle görev edinen servis odaklı hizmet ekibidir. Örneğin kendini koruyamayacak durumda olan hastanın güvenliği bu hizmet çerçevesinde sağlanmaktadır ve tedaviden sorumlu hekimin doğrudan bir yükümlülüğü bulunmamaktadır.

1.4.3.6. İdare

İdare; bir birim veya bölümün yöneticiliğini de içeren, kuruluşun genel fonksiyon ve yönetiminden sürekli sorumluluktur.

İdare, ekip çalışmasının iklimini ve şeklini şu şekilde değiştirir:

- Vizyon oluşturma ve yaygınlaştırarak
- Politika geliştirme ve uygulayarak,
- Personel düzenlemeleri yaparak,
- Başarılı uygulamalar için gerekli kaynakları sağlayarak,
- Ekip performansı için ekiplerin sorumluluğunu alarak,
- Örgüt kültürünü tanımlayarak.

1.5. Ekibi Başarıya Götüren Nedenler

Etkili ekibi tanımlayan birçok örnek vardır. Sağlık hizmetlerindeki ekiplere yönelik yapılan kapsamlı çalışmalar, ekiplerin model ve araçlarının gelişimini

sağlamıştır. Bu çalışmalar sonucunda Mickan ve Roger, başarılı ekip çalışmasının aşağıda açıkladığımız altı temel özelliğini belirlemiştir.²⁰⁰

Ortak Amaç: Ekip üyeleri, kolektif çıkarlarını da içeren ortak ve açıkça tanımlanmış sahiplenilmiş ortak amaç oluştururlar.

Ölçülebilir Hedefler: Ekipler, görev odaklı ve ölçülebilir hedefler belirlerler.

Etkili Liderlik: Yapıları oluşturmak ve muhafaza etmek, çatışmaları yönetmek, üyeleri dinlemek, üyelere güven ve destek sağlamak için etkili liderlik gereklidir. Ayrıca ekiplerin, liderlik fonksiyonlarına katılma ve paylaşımları önemlidir.

Etkili İletişim: İyi ekipler fikirleri ve bilgileri, düzenli ve hızlıca yazılı kayıt altına alırlar. Böylece zaman içerisinde bu fikirlerin ekibe yansımaları olur. Derinlemesine analizlerde anlaşıldığı üzere, en riskli olanı cerrahi ekiplerdeki meslekler arasındaki iletişim sorunlarıdır.

İyi Uyum: Birbirine bağlı ve ekip ruhuna sahip ekiplerde üyeler, birlikte daha uzun vadede çalışmak istiyorlar.

Karşılıklı Saygı: Etkili ekiplerde, üyeler mesleki katkılara ek olarak her bir üyenin inanç ve yeteneklerine de saygısı bulunmaktadır. Ayrıca etkili ekipler, üyelerinin görüş çeşitliliğini kabul eder ve destekler.

1.6. Ekiplerin İletişimi²⁰¹

SBAR (S-Situation, D-Durum; B-Background, Ö-Öykü; A-Assessment, D-Değerlendirme, R-Recommendation, Ö-Öneri. DÖDÖ), TeamSTEPPS™ programı içerisinde derhal ilgilenilmesi ve müdahale edilmesi gereken hastalarda gerekli kritik bilgilerin paylaşılması için geliştirilmiş iletişim tekniğidir. SBAR (DÖDÖ) tekniğinde, hastanın durumunun belirlenmesi için gerekli, doğru bilginin sağlık profesyonelleri arasında paylaşım amaçlanmıştır. Tekniğe uygun örnek vermek gerekirse:

Durum (S-Situation): Hastanın durumu nedir?

²⁰⁰ WHO, Ekip, s.123

²⁰¹ WHO, Ekip, s.124

“251 numaralı odada kalan hasta Ayşe Hanım için arıyorum. Başlıca şikayeti ani başlangıçlı nefes darlığı”

Öykü (B-Background): Klinik geçmişi ya da öyküsü nedir?

“62 yaşındaki kadın hastanın abdominal cerrahi post-op birinci günü. Kalp veya akciğer hastalığı öyküsü yok.”

Değerlendirme (A-Assessment): Hastada ne sorunu olduğunu düşünmemi istiyorsunuz?

“Ağrıya eşlik eden sağ taraftaki akciğer seslerinde azalma var. Pnömotoraksı ekarte etmek istiyorum”

Öneri (R-Recommendation): Doğrulama için ne yapmamı istiyorsunuz?

“Hastanın bir an önce değerlendirilmesi gerektiğini hissediyorum. Buraya gelebilir misiniz?”

2. YATAY İŞ BİRLİĞİ

Cumhuriyet ile birlikte ülkemizde sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde dikey ve yatay örgütlenme sürecine başlanmıştır.²⁰² Sağlık hizmetlerinin, genelinin karmaşık ve uzmanlık gerektiren multidisipliner bir alan olmasından dolayı bu hizmeti sunan meslek gruplarının birbirleriyle olan ilişkilerini incelemek gerekir.

Gerçek bir ekip çalışmasında her bir tıp meslek grubu kendi uzmanlık alanı ile ilgili konularda yetki paylaşımı yapmalıdır ancak geleneksel görüşe göre hekim ekipte doğal liderdir ve onun kararlı ve otoriter olması gerekir.²⁰³ Ayrıca hekimlerin, birlikte çalıştığı diğer sağlık meslek grupları tarafından gerçekleştirilen tıbbi bakım ve uygulamalarını planlama, izleme ve denetleme yetki ve sorumlulukları bulunmaktadır.²⁰⁴ Hekimlerin bu doğal lider rolü, tarihin eski dönemlerinden bu yana tedavi etme yetkisi tekelinden ileri gelmektedir. Ancak günümüzde uzmanlaşmanın

²⁰² Erdem Aydın, Türkiye Cumhuriyeti’nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri, Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi, Y:2002, C.31, S.3, s.191.

²⁰³ Vesile Erdoğan, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde Hekim-Hemşire İşbirliği ve Yaşanan Hukuki Sorunlar, VII. Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, 16-17.04.2010, Samsun, s.39.

²⁰⁴ Görev Yönetmeliği, Ek-1.

artışı ve sağlık mesleklerinin çeşitlenmesi ile birlikte tıbbi uygulamalar tedavinin çok ötesinde teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve teknolojiyi de içine alan geniş bir yelpazeye bürünmüş ve böylece salt tedaviden ayrı, mesleki özerk alanlar ortaya çıkmıştır. Daha önce de bağımsız fonksiyon olarak tanımladığımız mesleki özerklikler, dikey ve yatay iş birliğinin ayrımında önem kazanmaktadır. Eğer meslekler arasında genel bir özerklik söz konusu ise yatay iş birliği, hiyerarşi gibi bağımlı fonksiyon söz konusu ise dikey iş birliğinden bahsetmek uygun olacaktır. Bu haliyle hekim ile hemşire arasında dikey olabileceği gibi hasta bakımı konusunda yatay iş birliği de söz konusu olabilir.

Tıp mesleklerine baktığımızda bunların değişik ve birbirinden bağımsız eğitim aldıkları görülmektedir. Geleneksel eğitim programlarında mesleğe yönelik eğitimler yapılmakta ve dolayısıyla bu eğitim programları, her bir tıp disiplini birbirinden ayırmaktadır.²⁰⁵ Ayrıma rağmen özellikle hekim ile hemşire arasındaki iletişim ve iş birliğinin, hasta ölüm oranlarını önemli ölçüde düşürdüğü görülmektedir.²⁰⁶

İş birliği, meslek içi ve meslekler arası olduğu kadar kurumsal açıdan da ele alınmalıdır. Kurumsal yapıdaki hiyerarşik ilişki dikey iş birliği gibi görünse de kurum içerisindeki organların birbiri ile olan ilişkisi yatay iş birliği açısından önemlidir.

2.1. Genel Olarak

Yatay iş birliği, birden fazla sağlık meslek mensubunun aralarında altlık-üstlük ilişkisi bulunmaksızın emir almama ve emir vermeme esasına göre gerçekleştirdikleri iş birliğidir.²⁰⁷ Yani, aynı meslek mensupları veya aralarında hiyerarşik bir ilişki bulunmayan kişi ve kurumların birlikte çalışma modelidir. Yatay iş birliği içerisinde rol alan kişi ve organların kendi özerklikleri ön planda olup, hiyerarşik ilişki varsa dikey iş birliği içerisinde değerlendirilir. İki hekim arasındaki ilişki, yatay iş birliğine

²⁰⁵ Erdoğan, s.39.

²⁰⁶ Erdoğan, s.39.

²⁰⁷ Ali Kemal Yıldız, Tıp Hukukunda Güven İlkesi, VII. Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, Samsun, 16-17.04.2010, s.260.

temel örnek olduğu gibi hemşire ile diyetisyen veya odyolog arasındaki ilişki, hekim ile hemşirenin bağımsız fonksiyonundan kaynaklı görevleri, yatay ilişki içerisinde değerlendirilmelidir. Bu nedenle, hekim ile hemşire arasında dikey olabileceği gibi yatay iş birliği de söz konusu olabilir. Yatay iş birliğinin örgütsel boyutuna, aynı hastane içerisinde hastane yöneticiliğine bağlı başhekim, idari mali işler müdürü ve sağlık bakım hizmetleri müdürleri arasındaki ilişki örnektir.

2.2. Yatay Örgütlenme

Örgütsel açıdan yatay iş birliğine geniş açıdan bakacak olursak bu konudaki en açık düzenleme Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge’de yapılmıştır. Yönergenin 4/n maddesinde yatay örgütlenme “*Dikey örgütlenme modelinin aksine, bütün sağlık sorunlarına hizmet vermek üzere kurulmuş hizmet örgütüdür. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri ve özellikle sağlık ocakları bu tür örgütlenme anlayışı ile kurulmuştur. Yatay örgütler, dar bir bölgeye ya da belli bir nüfusa çok amaçlı sağlık hizmeti verirler.*” şeklinde tanımlanmıştır.

Örgütlenmeye yatay yaklaşım, bütün sağlık sorunlarını “genel sağlık hizmetleri” diye bilinen bir sistem içinde çözmeyi amaçlar. Bu sistemde; kalıcı kurumlar yaratmak yoluyla, uzun vadeli ve geniş bir açıdan bakarak sorunların ele alınması söz konusudur.²⁰⁸ Yatay sağlık hizmetleri; koruma, tedavi ve sağlığın geliştirilmesi için birçok amaç için çalışan sağlık personeli tarafından verilir.²⁰⁹

2.3. Hastanede Yatay İş Birliği

Yatay örgütlenme modeli, hizmet organizasyonu içerisinde işletmesel sorunları kapsayan ve dolayısıyla hizmet kesitleri ve programlarının bütünlük içinde, hizmetlerin yürütülmesi esasına dayanır.²¹⁰ Burada her ne kadar örgütlenme modeli tanımlansa da örgüt yapıları içindeki ilişki, yatay iş birliğine örnektir. Konunun özeline

²⁰⁸ Nilay **Etiler**, Sağlık Hizmetlerinde Yatay Ve Dikey Örgütlenme, Toplum Hekimliği Bülten, Y.2002, C.21, S.3, s.1.

²⁰⁹ Etiler, s.2

²¹⁰ Demir, s.89.

inecek olursak, örgüt yapısı içerisinde bulunan kurumlardan olan hastaneler, gerek uzmanlaşma ve gerekse teknolojinin yoğun olması nedeniyle yatay iş birliği açısından önemli bir yerdedir. Bu sebeple yatay örgütlenmeyi, hastane örneğini üzerinden değerlendirmek uygundur.

2.3.1. Hastane Yönetimi

Hastane organizasyonu içerisinde hastane yöneticisine bağlı olarak, başhekimlik, hasta bakım hizmetleri ile idari ve mali işlerden sorumlu yönetici yardımcıları bulunmaktadır. Bu organizasyon yapısı içerisinde hastane yöneticisi ile yardımcılığını yapan diğer görevliler arasındaki ilişki dikey boyutlu iken, yönetici yardımcıları arasındaki ilişki, aralarında hiyerarşik ilişki olmaksızın farklı görev tanımlamaları bulunduğundan yatay boyutludur.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge’de²¹¹ hastane yöneticisi ve yönetici yardımcılarının görev ve tanımları yapılmıştır. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde yatay iş birliği açısından yönetici yardımcılarının tanım ve görevleri önemlidir.

Tablo 6. Hastane Yöneticiliği



²¹¹ 31.10.2012 tarih ve 3131 sayılı Yönerge

2.3.1.1. Hastane Yöneticisi²¹²

Hasta ve çalışan hakları, güvenliği, memnuniyeti ile sosyal ihtiyaçlarına yönelik hizmetlerin geliştirilmesinden ve sağlık tesislerinin yönetiminden sorumludur. Hastane yöneticisi kendisine verilen görevin gereği gibi yapılmasından Genel Sekretere karşı sorumludur.

Görüldüğü üzere hastane yöneticisi hastane içerisindeki en üst düzey yetkili olup idari sorumluluğu genel sekretere karşıdır. Hasta ve çalışan haklarından sağlık tesislerinin yönetimine, tıbbi cihazlardan stajyer öğrencilere kadar geniş bir görev ve yetki sorumluluğuna sahip olduğundan hastane içerisindeki dikey iş birliği içerisinde önemli bir yere sahiptir. Hastane yöneticisi bu görev ve yetkileri, hiyerarşik ilişki içerisinde olduğu yönetici yardımcılarını aracılığıyla yürütmektedir. Bu nedenle yönetici ve yardımcılarını arasında dikey iş birliği söz konusudur.

²¹² Hastane Teşkilatı Yönergesi (m.16) Hastane yöneticisinin görev, yetki ve sorumlulukları şu şekildedir:

- a) Bakanlık, Kurum ve Birlik sekreterliği tarafından belirlenen kalite ve hizmet standartlarına uygun olarak, sağlık hizmetini etkin ve verimli sunmak, bu konuda gerekli çalışmaları yürütmek, standartlara uygunluğu ölçmek, değerlendirmek ve gerekli eğitimleri planlayarak uygulamak.
- b) Mevzuatı yakından takip ederek düzenlemeleri süratle uygulamaya koymak, sağlık tesisinde çalışanlara karşı şiddet konusunda gerekli tedbirleri almak, bu konudaki Bakanlığın beyaz kod gibi uygulamaların takibini yapmak, gerektiğinde hukuki korunma yollarının kullanılabilmesi amacıyla tedbirler almak.
- c) Tıbbi hizmetlerin sunumu için gerekli olan kaynaklarının zamanında ve ihtiyaçlara uygun olarak karşılanması amacıyla gerekli tedbirleri almak, ihtiyaç planlamalarını yaparak, temini için gerekli çalışmaları yürütmek.
- ç) Kurum tarafından belirlenen kriterler doğrultusunda performans değerlendirmesini yaparak, bu değerlendirmeye esas bilgilerin zamanında, eksiksiz ve doğru olarak Genel Sekreterliğe verilmesini sağlamak.
- d) Sağlık tesislerindeki cihazların etkin kullanımını sağlamak, yenileme, tamir, bakım ve kalibrasyonlarının yapılmasını sağlamak, atıl kapasite oluşmasını engellemek.
- e) Tıbbi hizmet ve tıbbi cihaz alımları ile ilgili ihtiyaç programlarının sağlık tesisi düzeyinde tespit ve planlanmasını yaparak teknik şartnamelerin hazırlanması ve benzeri işlemler için gerekli süreçleri yürütmek.
- f) Ağız ve diş sağlığı tarama hizmetleri, koruyucu hizmetleri ile ilgili olarak diğer sağlık tesis ve kurumlar ile koordinasyonu kurmak, bu hizmetlerin gelişmesine yönelik faaliyetleri planlamak ve yürütülmesini sağlamak
- g) Olağan üstü hallerde uygulanmak üzere hazırlanan acil afet planlarının organizasyonunu ve ilgili birimlerle koordinasyonunu sağlamak.
- ğ) Sağlık tesisinde staj alan öğrencilerin stajlarını yapmaları için gerekli düzenlemeleri planlamak, uygulaması ile denetimini yapmak.
- h) Bütçe ve yatırım tekliflerini hazırlayarak Genel Sekreterliğe sunmak.
- i) Genel Sekreter tarafından verilen diğer görevleri yapmak.

2.3.1.2. Başhekim

Başhekim, hasta ve çalışan hakları ile güvenliği mevzuatı doğrultusunda, kanıta dayalı tıp, akılcı ilaç kullanımı, tıp etiği ilkeleri esas olmak üzere tıbbi hizmetlerin yürütülmesinden sorumludur.²¹³

2.3.1.3. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü

Sağlık bakım hizmetleri; sağlık tesisine başvuran hastaların kabulünden ayrılış işlemleri tamamlanana kadar geçen süre içerisinde, müdavi hekimin teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hususlarındaki direktifleri dikkate alınarak hasta ve çalışan hakları, güvenliği ile memnuniyeti ilkeleri çerçevesinde sunulan hizmetler ile hastanın nakli,

²¹³ Hastane Teşkilatı Yönergesi m.17

- a) Teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin aksatılmadan yürütülmesini sağlamak.
- b) Tedavinin etkinliği ve hizmetlerin verimliliğine yönelik izleme, değerlendirme yapıp faaliyet raporu düzenlemek.
- c) Tıbbi hizmetlere yönelik kurul, konsey, komite ve komisyonların çalışma düzen ve usullerini belirlemek.
- ç) Tıbbi hizmetlerin, sağlık tesisinin hizmet rolüne uygun olarak sunulması için hedef ve stratejileri belirlemek, kısa, orta ve uzun dönem planlamalarını yaparak hastane yöneticisinin onayına sunmak.
- d) Tıbbi hizmet sunumu kapsamındaki uygulamaları izlemek, sonuçlarını değerlendirmek, gerektiğinde müdahale etmek ve sağlık hizmet sunumu için gerekli olan malzeme ve cihazların planlama ve ihtiyaç tespitini yaparak hastane yöneticisine bildirmek.
- e) Sağlık tesisinde verilen tıbbi hizmetlerle ilgili verilerin, aylık performans ve faaliyet raporlarının usulüne uygun olarak zamanında, doğru ve noksansız olarak hastane yöneticisine aktarılmasını sağlamak.
- f) Acil servis, yoğun bakım, perinatal merkez, organ ve doku nakli merkezleri, travma merkezleri, onkoloji, kalp-damar cerrahi, anjiyografi, üremeye yardımcı tedavi merkezleri gibi özellikli planlama gerektiren tıbbi hizmet birimlerinin sağlık tesisi için belirlenmiş planlamalara uygun olarak hizmet rolünün gerektirdiği seviye ve kapasitede hizmet vermesini sağlamak.
- g) Evde sağlık, toplum ruh sağlığı, palyatif bakım, rehabilitasyon hizmetleri gibi toplum temelli tıbbi hizmetlerin etkin bir şekilde sunumunu sağlamak.
- ğ) Hastanelerdeki enfeksiyon kontrol komitesini kurmak, raporlarını inceleyerek, hastane enfeksiyonunun engellenmesi ile ilgili gerekli tedbirleri alınmasını sağlamak.
- h) Ağız ve diş sağlığı tarama ve koruyucu hizmetlerin verilmesini sağlamak ve takip etmek.
- ı) Sağlık tesisinde verilen tıbbi hizmetlerin hasta ve çalışan hakları ile güvenliği, tıbbi etik ilke ve esaslarına göre yürütülmesi için gerekli tedbirleri almak.
- i) Görev alanındaki personelin;
 - i. Hizmet içi eğitimlerini planlamak ve uygulamak.
 - ii. Nöbet, çalışma programı ve personel uyumunu düzenlemek için gerekli tedbirleri almak.
 - iii. Hizmetin aksatılmadan sürdürülebilmesine yönelik birim içerisinde yetkilerini belirleyip, takip ve kontrolünü sağlamak.
 - iv. Planlanması, yer değişikliği, görevlendirme gibi işlemlerini hastane yöneticisinin onayını alarak yürütmek.
 - v. Eğitim ve araştırma hastanelerinde eğitim ve araştırma faaliyetlerinin etkinliğini ve verimliliğini artırmaya yönelik çalışmaları yapmak.
- j) Hastane yöneticisi tarafından verilen diğer görevleri yapmak.

sosyal destek sağlanması, hizmete erişiminin kolaylaştırılmasını sağlamaya yönelik sunulan hizmetlerin bütünüdür.²¹⁴

Sağlık bakım hizmetleri, tıbbi ve sosyal destekleri de içine alan hasta ve çalışanlara yönelik geniş bir hizmetler bütünüdür. Tıbbi uygulamalar, hekim direktifi doğrultusunda yerine getirilirken diğer hizmetler belirlenen yetki çerçevesi içinde yerine getirilir.

2.3.1.4. İdari ve Mali İşler Müdürü

İdari ve mali hizmetler; temel olarak sağlık tesislerinde sağlık hizmeti sunan personelin hizmetlerini kolaylaştırmak amacıyla sunulan, insan kaynakları, özlük, genel evrak, arşiv, atık hizmetleri, temizlik, mutfak, güvenlik ve afet planlaması, teknik destek ve sağlık tesisinin türüne uygun olarak bütçe ve muhasebe, raporlama, malî kontrol, akılcı malzeme yönetimi ve tedarik, muayene kabul ve stok yönetimi gibi hizmetlerin bütünüdür.²¹⁵

²¹⁴ Hastane Teşkilatı Yönergesi m.18

Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürünün görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

- a) Sağlık bakım hizmetlerinin planlanması, etkin ve verimli hizmet sunulması, kendisine bağlı birimler ve ilgili diğer birimler ile işbirliği ve uyum içerisinde hizmetlerin yürütülmesi, denetlenmesi ve değerlendirilmesini sağlamak.
- b) Hasta bakım hizmetlerinde çalışan personelin görev yerlerini hastane yöneticisinin onayını alarak planlamak.
- c) Sağlık bakım hizmetlerinin aksamadan sürdürülebilmesi için her türlü ilaç, tıbbi sarf, malzeme ve cihazların yeterli miktarda ve ihtiyaç duyulduğunda kullanıma hazır olarak bulundurulmasını sağlamak. İlaç ve malzemelerin güvenli şekilde kullanımını, takibini, saklanması, korunmasını ve kayıtlarının düzenli bir şekilde tutulmasını sağlamak.
- ç) Tıbbi işlemler ve bakım hizmetlerinde kullanılan araç, gereçlerin, kullanım öncesi ve sonrası sterilizasyon ve dezenfeksiyonu işlemlerinin yapılmasını ve denetlenmesini yapmak.
- d) Kurum politikaları doğrultusunda hasta bakım hizmetlerinde çalışan personelin performans ve verimliliğini değerlendirerek, verimliliği artırmaya yönelik tedbirleri almak.
- e) Kurum politikaları doğrultusunda ilgili personelin hizmet içi ve uyum eğitim programlarının takibi, değerlendirmesi, geliştirmesi ve denetlenmesi işlemlerini yürütmek.
- f) Sağlık tesisinin tıbbi hizmet alanlarının temizliği, yemek sunum hizmetleri, refakatçi ve ziyaretçi uygulamalarını idari mali hizmetler müdürü ile birlikte planlamak.
- g) Sağlık bakım hizmetleri ile ilgili alanlardaki mefruşatın ve demirbaşların kullanıma uygunluğu, temizlik kalitesi, niteliği, iç düzenleme ve uyumunun takibini yapmak.
- ğ) Hastane yöneticisi tarafından verilen diğer görevleri yapmak.

²¹⁵ Hastane Teşkilatı Yönergesi m.19

İdari ve mali hizmetler müdürünün görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

- a) İdari ve mali hizmetlerin planlanması, etkin ve verimli sunulması, kendisine bağlı birimler ve ilgili diğer birimler ile işbirliği ve uyum içerisinde hizmetlerin yürütülmesi, denetlenmesi ve değerlendirilmesini sağlamak.

2.3.1.5. Sağlık Otelciliği Müdürü

Sağlık tesisi nezdinde sağlık otelciliği müdürü pozisyonunda sözleşme imzalanması halinde, mezkur Yönerge'nin 18. maddesinin ikinci fıkrasının (f) bendi ile 19. maddesinin ikinci fıkrasının (d), (f), (i), (o), ve (ö) bentlerinde sağlık bakım hizmetleri müdürü ile idari ve mali işler müdürü tarafından yürütüleceği belirtilen görevler, gerektiğinde ve ilgisine göre sivil savunma birimleri ile de iş birliği yapılmak suretiyle sağlık otelciliği tarafından yürütülür.²¹⁶ Sağlık otelciliği

-
- b) Hizmetin aksatılmadan sürdürülebilmesi için personel ile her türlü malzeme ve cihazların yeterli miktarda ve ihtiyaç duyulduğunda kullanıma hazır olarak bulundurulmasını ve takibini sağlamak.
 - c) Maiyetindeki personelin yetkilerini, uyumunu ve çalışma düzenini belirleyip, eğitilmiş ve sertifikalı personelin çalışma yerlerini aldıkları eğitimler doğrultusunda planlamak.
 - ç) Sağlık tesisindeki her türlü cihaz ve eşyaların düzenli olarak kontrol edilerek, bakım ve kalibrasyonlarının yapılması, kayıtların tutulması, hazır ve çalışır durumda bulundurulmasını sağlamak.
 - d) Binaların tadilat, bakım ve onarımlarının zamanında yapılması için gerekli tedbirleri almak ve yapılan çalışmaları denetlemek.
 - e) Gerekli her türlü ilaç, tıbbi cihaz, laboratuvar malzemelerinin yeterli miktarda ve ihtiyaç duyulduğunda kullanıma hazır olarak bulundurulmasını, eksik bulunan malzemelerin zamanında ve yeterli miktarda talep edilmesini sağlayarak, temini için gerekli hazırlıkları yürütmek.
 - f) Deprem ve yangın gibi doğal afetlere karşı acil yardım ve güvenlik hizmetleri kapsamında sağlık tesisinde gerekli her türlü emniyet tedbirlerini alıp, deprem ve yangın tatbikatlarının yapılması çalışmalarını yürütmek.
 - g) Arşiv hizmetlerini planlamak, uygulamak ve denetlemek.
 - ğ) Sağlık tesisi bilgi sistemlerinin alt yapı, donanım ve yazılım hizmetlerinin işbirliği ve uyum içerisinde yürütülmesini ve her an çalışır halde bulundurulmasını sağlamak.
 - h) Sağlık tesisi içerisinde görev yeri ve değişikliklerini kayıt altına alıp, personelin her türlü özlük işleri, evrak yönetim hizmetleri ve sağlık tesisi faaliyetlerine ait aylık raporların hastane yöneticiliğine zamanında ve doğru olarak bildirimini için gerekli tedbirleri almak ve kontrolünü yapmak.
 - ı) Sağlık tesisinde satın alma, taşınır, bakım ve onarım, ulaşım, tıbbi fotoğrafane gibi hizmetlerin yürütülmesini sağlamak.
 - i) Kütüphane, iletişim, kuaförlük, bahçe ve çevre düzenlemesi, terzihane, morg ve otopark gibi hizmetlerin yürütülmesini sağlamak.
 - j) Sağlık tesisi bütçesini hazırlayarak hastane yöneticisinin onayına sunmak. Gelir ve gider gerçekleşme iş ve işlemlerini yürütmek.
 - k) Sağlık tesisinin tüketime yönelik ihtiyaçlarının hizmet sunumu için hazır bulundurulması amacıyla etkin stok yönetimini sağlamak, taşınır mal mevzuatına göre stok kayıtlarının ilgili sistemlerden günlük düzenli olarak takibini yapmak ve verilerin güncel tutulmasını sağlamak.
 - l) Sağlık tesisinin tüketime yönelik ihtiyaçlarının hizmet birim maliyetlerinin, klinik tabanlı fayda maliyet analizinin, hizmet üretim ve genel işletme giderlerine ilişkin sabit ve değişken maliyetlerin hesaplanmasına yönelik gerekli çalışmaları yapmak ve buna ilişkin istatistikî verilerin dokümantasyonunu sağlayarak ilgili birimlerin bu verilere ulaşması için gerekli tedbirleri almak.
 - m) Satın almalarda hizmet birim maliyetlerinin, verilen sağlık hizmetini aksatmayacak şekilde sabit ve değişken giderlerin düşürülmesi için gerekli çalışmaları yapmak.
 - n) Görev alanı ile ilgili kaynakların verimli kullanılmasına yönelik çalışmalar yürütmek.
 - o) Hasta ve çalışan konforu ile çevre korumaya yönelik tedbirleri almak ve uygulamak.
 - ö) Refakat hizmeti, temizlik, yemek, hasta bakımı, karşılama ve yönlendirme hizmeti gibi hasta ve hasta yakını memnuniyetini artırmak amaçlı sağlık otelciliği hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak.
 - p) Hastane yöneticisi tarafından verilen diğer görevleri yapmak.

²¹⁶ 15.07.2014 tarih ve 5518 sayılı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge ve Eki Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Hizmet Sözleşmesi ile Kamu

müdürlüğü, hastane yöneticisine bağlı diğer birimlerin aksine her hastanede bulunması zorunlu olmayan, sağlık tesisinin niteliğine göre kurulan bir yapıdır.

2.3.1.6. Yatay İş Birliği Örnekleri

İş birliği içerisinde yürütülecek sağlık hizmeti, ameliyat olabileceği gibi idarenin çeşitli kurumları arasında da olabilir.²¹⁷ Görüldüğü üzere, yönetici yardımcılarının birbirini tamamlayan ve hatta bazen birbiri içerisine geçmiş çeşitli yetki ve sorumlulukları bulunmaktadır.

Sağlık tesisindeki tıbbi hizmet alanlarının temizliğini, yemek sunum hizmetlerini, refakatçi ve ziyaretçi uygulamalarını, sağlık bakım hizmetleri ile idari mali işler müdürünün birlikte planlayarak yapmaları gerekmektedir²¹⁸ ve hatta hastanede sağlık otelciliği müdürü bulunmaktaysa her üç idari birimin yatay iş birliği söz konusudur. Yönergede, sağlık tesisinin tıbbi alanlarının temizliği, açıkça birlikte yapılması gereken görevlerden sayılmıştır. Burada her iki müdürün de birbirine hiyerarşik üstünlüğü olmadığından yatay iş birliği ortaya çıkmaktadır. İş birliği içerisinde verilen bu görev bazen tıbbi uygulama hatası kapsamında değerlendirilebilen hastane enfeksiyonları gibi istenmeyen durumların sorumluluğunun tespitinde rol oynamaktadır. Bu durumla ilişkili olarak hastanelerdeki enfeksiyon kontrol komitesini kurmak, raporlarını inceleyerek, hastane enfeksiyonunun engellenmesi ile ilgili gerekli tedbirleri alınmasını sağlama görevi ayrıca başhekime²¹⁹ de verilmiştir. Buradan da anlaşılabacağı üzere, hastanın hastane enfeksiyonundan dolayı zarar görmesinde sorumluluk sadece hekim ya da hastanın bakımını sağlayan tıbbi personelde değil, yönetim kadrosu ya da yönetim kadrosunun verdiği görevi gereği gibi yerine getirmeyen temizlik işlerinde görevli sağlık personelinde de olabilecektir.

Hastane Birliklerinde Çalıştırılacak Sözleşmeli Uzman ve Büro Görevlilerinin İşe Alınma ve Birliklere Dağılımına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönergede Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge, m.4.

²¹⁷ Zehra Odyakmaz, Sağlık Hizmetlerinde İdare Hukuku Bakımından Müşterek Sorumluluk, VII. Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu Tıpta İşbirliği ve Hukuksal Sorunlar, Editörler: Hakan Hakeri, Henning Rosenau, Adalet Yayınevi, Samsun, 2010, s.166.

²¹⁸ Hastane Teşkilatı Yönergesi m.18/f.

²¹⁹ Hastane Teşkilatı Yönergesi m.17/g.

Diğer bir örnek durum da tıbbi uygulamalar için gerekli olan malzeme ve cihazlarla ilgilidir. Başhekimin, bu malzeme ve cihazların planlama ve ihtiyaç tespitini yaparak hastane yöneticisine bildirme görevi bulunmaktadır.²²⁰ Sağlık bakım hizmetleri müdürünün; sağlık bakım hizmetlerinin aksamadan sürdürülebilmesi için her türlü ilaç, tıbbi sarf, malzeme ve cihazların yeterli miktarda ve ihtiyaç duyulduğunda kullanıma hazır olarak bulundurulmasını, ilaç ve malzemelerin güvenli şekilde kullanımını, takibini, saklanmasını, korunmasını ve kayıtlarının düzenli bir şekilde tutulmasını sağlama görevi bulunmaktadır.²²¹ İdari mali işler müdürünün; hizmetin aksatılmadan sürdürülebilmesi için sağlık tesisindeki her türlü cihaz ve eşyaların düzenli olarak kontrol edilerek, bakım ve kalibrasyonlarının yapılıp, kayıtların tutulması, hazır ve çalışır durumda bulundurulması, gerekli her türlü ilaç, tıbbi cihaz, laboratuvar malzemelerinin yeterli miktarda ve ihtiyaç duyulduğunda kullanıma hazır olarak bulundurulmasını, takibini sağlama, eksik bulunan malzemelerin zamanında ve yeteri miktarda talep edilmesini sağlayarak, temini için gerekli hazırlıkları yürütme görevleri bulunmaktadır.²²² Tıbbi uygulamalarda sıkça kullanılan malzeme, cihaz ve ilaçların planlanması, yeterli ve uygun şekilde hazırda bulundurulmak üzere saklanması, kayıtlarının tutulması ve temin edilmesinde yönetim kadrosunun iş birliği söz konusudur. Bu sebeple ilaç, malzeme veya cihaz kullanımı ile ilgili ortaya çıkabilecek tıbbi uygulama hatalarında bu durumların da değerlendirilmesi gerekir. Nihayetinde tıbbi uygulamada kullanılan bu ilaç ve malzemeyi yönetim kadrosu temin ederek kullanımını sağlamaktadır. Hekim veya diğer tıbbi personel, yönetimin temin ettiği bu malzeme, cihaz ve ilaçları uygulayıcısı pozisyonundadır.

2.4. Tıbbi Yatay İş Birliği

Günümüzde özellikle tıbbi uygulamaların birçoğu artık iş bölümü içerisinde yapılmaktadır. Küçük cerrahi müdahale sayılabilecek basit bir ameliyatta dahi yarım

²²⁰ Hastane Teşkilatı Yönergesi m. 17/d.

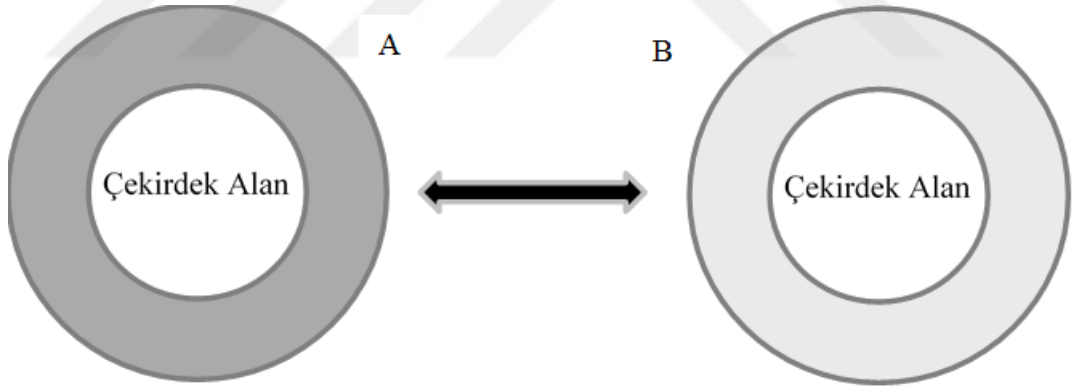
²²¹ Hastane Teşkilatı Yönergesi m. 18/c.

²²² Hastane Teşkilatı Yönergesi m. 19/b,ç,d.

düzine kadar sağlık personelinin görev aldığı ifade edilmektedir.²²³ Özellikle tıbbi personel yönünden yatay iş birliği, hekimlik alanında aynı ya da farklı uzmanlık alanlarında hekimlerin birlikte çalışmasıdır ve hekimlerin bir tıbbi iş birliği ve dayanışma gereksiniminden kaynaklanmaktadır.²²⁴ Birden fazla eşit düzeyde, klinik hekim veya diğer tıbbi personel arasındaki bu ilişki yatay iş birliği olarak değerlendirilmektedir.²²⁵ Bu sebeple tıbbi yatay iş birliği, bağımsız fonksiyonlarından ileri gelen çekirdek alan ve özerkliğe sahip tıp meslek mensupları arasındaki ilişki ile ortaya çıkmaktadır.

Ameliyat öncesi teşhislerin başka radyolog, patolog gibi farklı uzmanlık dallarından hekimler tarafından konulduğu, ameliyatı farklı hekimin yaptığı ve ameliyat sonrası takip, tedavi ve bakımın da hekim ve hemşire gibi farklı tıp personeli tarafından yapıldığı düşünülürse, tıp hukukunda çok yönlü iş paylaşımına artık çok sık rastlanılmaktadır.²²⁶

Tablo 7. Yatay İş Birliği²²⁷



²²³ Hakeri, s.144.

²²⁴ Demir, ss.89-90.

²²⁵ Demir, s.90.

²²⁶ Hakeri, s.144.

²²⁷ Tablo 7’de eşit düzeyde olan A ve B arasındaki yatay iş birliği, siyah ok ile gösterilmektedir.

2.4.1. Hekimler Arasında Yatay İş Birliği

Eşit düzeyde olma ve emir almama hekimler arası yatay iş birliğinin özelliğidir.²²⁸ Bu özelliğin dayanağı TDN 6. madde olup madde, “*Tabip ve dış tabibi, sanat ve mesleğini icra ederken, hiç bir tesir ve nüfuza kapılmaksızın, vicdanî ve meslekî kanaatına göre hareket eder*” şeklindedir. Buna göre hekimlerin mesleki özerklikleri söz konusudur ve icraları, vicdan ile mesleki kanaatleri çerçevesiyle sınırlandırılmıştır. Mesleki çerçeve nedeniyle hekimler yeterli olmadıkları konularda zaman zaman kendi uzmanlık alanları dışında başka hekimlerin yardımına ihtiyaç duymaktadırlar.

Bu duruma anesteziist ve cerrahın iş birliği örnek olarak gösterilebilir.²²⁹ Ameliyathane sorumlusu cerrah, ameliyata alınacak hastaya ait teşhis için gerekli incelemelerin, ameliyata engel bir halin bulunmadığının, ameliyathanenin hazır olduğunun ve komplikasyonlara karşı gerekli hazırlıkların yapılmış olduğunu kontrol etmekle yükümlüdür.²³⁰ Cerrahinin ulaştığı ileri düzey içinde cerrahın, kendine bağlı olmayan teknik hususları denetleme yeteneği olmadığından ameliyat ekibindeki diğer hekimlerin fiillerini gözetleme yükümlülüğü bulunmamaktadır.²³¹

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi²³² ile günümüzde ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında ortaya çıkabilecek birçok sorun giderilmeye çalışılmaktadır. Güvenli bir cerrahide hastanın tedavi edilmesinden sorumlu olan ekibin esas üyesi, ekibin tek üyesi olmayan cerraha bağlı değildir ve ameliyat ekibi, her biri bir ameliyatın güvenliğini ve başarısını sağlamak için bir role sahip olan bütün ile ilgili kişilerden oluşmaktadır.²³³ Güvenli bir cerrahi uygulamanın gerçekleştirilmesinde cerrahla

²²⁸ Hakeri, s.147.

²²⁹ Hakeri, s.148.

²³⁰ Hancı, s.85.

²³¹ Köksal **Bayraktar**, Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu, İstanbul Üniversitesi, 1972, s.223

²³² T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/guvenli_cerrahi_2011/guvenli_cerrahi_kontrol_listesi.pdf, (E.T.: 17.01.2016).

²³³ Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi (Cerrahi Rehberi 2011), Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara, 2011, s.4.

birlikte tüm ameliyat ekibinin sorumluluğu bulunmaktadır.²³⁴ Kontrol listesini uygulamak için belirlenmiş kontrol listesi koordinatörü, çoğunlukla söz konusu iş çevriminde herhangi bir hemşire olabilir, ancak ameliyata katılan herhangi bir klinisyen ya da sağlık görevlisi de olabilir.²³⁵ Böylece ekip iş birliği içerisinde kontrol mekanizmaları ile ameliyatlarda riskler minimize edilmeye çalışılmaktadır ve sorumluluk sadece cerrahın üzerinde kalmamaktadır. Örneğin klinikten ayrılmadan önce hastanın rızası ve ameliyatta kullanılacak özel malzeme, kan ve benzerinin kontrolünün yapılması gerekmektedir. Anestezi verilmeye başlanmadan önce hastanın kendisinden rızasının onaylanması, ameliyat yerinin kontrol edilmesi gerekmektedir. Ameliyat kesisinden önce ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etmesi gereklidir. Ameliyattan çıkmadan önce de alet, spanç gibi malzemelerin sayımının yapılarak hastadan alınan numunelerin kontrolünün yapılması gerekmektedir.

Diğer bir örnek olarak nöroloji ve radyolog arasındaki ilişki verilebilir. Uygulamada nörologlar görüntüleme yöntemlerine sıklıkla başvurmaktadırlar. Her ne kadar görüntüleme yöntemleri kullanılarak konulan teşhislerde esas sorumluluk radyologlarda gibi görünse de nörologların da (radyologlar kadar olmasa da) bu yöntemleri değerlendirme sorumluluğu bulunmaktadır. Bu sorumluluk Nöroloji Çekirdek Müfredatı'ndan²³⁶ kaynaklanmaktadır. Çekirdek müfredata göre nörologlar uzmanlık eğitimleri sırasında nöroradyoloji ve nörogörüntüleme konusunda belirlenen eğitimleri almaktadırlar.

Görüldüğü üzere hekimlerin teşhis ve tedavi aşamasında, iç içe geçmiş ve sınırlandırılmayacak çeşitlikte yatay iş birlikleri söz konusudur. Bu iş birliklerinin en detaylı düzenlendiği kurum ise konsültasyondur.

²³⁴ Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, 2. Baskı (Cerrahi Rehberi 2015), Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara, 2015, s.8.

²³⁵ Cerrahi Rehberi 2011, s.5.

²³⁶ Uzmanlık eğitimleri çekirdek müfredatları için: Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatları, <http://www.tuk.saglik.gov.tr/mufredatlar.html>, (E.T.: 17.01.2016).

2.4.1.1. Konsültasyon

Hekimler arasındaki yatay iş birliği, genellikle konsültasyon olarak görünüm kazanmaktadır. Latince “consultati” sözcüğünden türeyen konsültasyon terimi, Almanca’da “konsultation”, İngilizce ve Fransızca’da “consultation”, İspanyolcada “consulta”, Arapça’da “istişare”, “müdavele”, Farsça’da “müşavere”, “müzakere” şeklinde ifade edilmektedir.²³⁷ Türkçemize ise, Fransızca’daki “consultation” kelimesinden “konsültasyon” olarak geçmiştir ve kelime anlamı olarak “*bir hastalığa birkaç hekimin teşhis koymasısı işi, konsulto*” olarak tanımlanmıştır.²³⁸ Ancak bu anlamıyla günümüzde konsültasyon işleminin dar anlamına karşılık gelebilir. Geniş anlamıyla konsültasyon sadece teşhis koyma amacıyla değil, hekimin ve hatta hastanın talebi doğrultusunda teşhis ve tedaviyi de kapsayan, tıbbi uygulamaların her alanında yapılabilir.

Müdavi hekim, “*hastaya bakan kimse*”²³⁹, daha ayrıntılı şekilde “*kamuya ve özel hukuk kişilerine ait sağlık kurum ve kuruluşları ile özel hukuk hükümlerine göre faaliyet gösteren ve gerçek veya tüzel kişilere ait hastane, poliklinik, dispanser, sağlık kabini, muayenehane, laboratuvar ve her ne ad altında olursa olsun tıbbi teşhis, tedavi ve müdahale ile bu maksada matuf yerlerde hastasına tıbbi hizmet veren hekim*”²⁴⁰ olarak tanımlanmıştır. Diğer bir ifadeyle müdavi hekim, “*ya sözleşme bağı nedeniyle ya da memur statüsünden kaynaklanan bir yasal yükümlülük gereği hastanın tanı ve tedavisini yapma görevini üstlenmiş hekim*”, sorumlu hekim²⁴¹ olarak tanımlanmıştır. Ancak müdavi hekimliğin kaynağı, sözleşme ya da sadece memur statüsünden değil memur statüsünden çok daha geniş olan kamusal görevden de kaynaklanabilir. Bu sebeple müdavi hekimlik, sözleşmeden ya da kamu görevinden kaynaklanabilir. Örneğin Aile Hekimliği Kanunu’na tabi çalışan hekimler, memur statüsünde olmayan kamu görevlisidir.

²³⁷ Yahya **Deryal**, Tıbbi Konsültasyona Bağlı Hukuki Problemler (Konsültasyon), VII. Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, Samsun, 16-17.04.2010, ss.92-93.

²³⁸ Türkçe Büyük Sözlük.

²³⁹ Türkçe Büyük Sözlük.

²⁴⁰ Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı, m.3 <http://web.deu.edu.tr/radyolojiabd/malpraktis.html>, (E.T.: 17.01.2016).

²⁴¹ Deryal, Konsültasyon, s.93.

Bu bilgilerin ışığında hastanın tanı ve tedavi işlemlerinde asıl görev ve sorumluluğun müdavi hekime ait olduğu, müdavi hekimin izin verdiği ölçüde ve kişisel sorumluluğunu kaldırmayacak şekilde, konsültan hekimin tıbbi sürece dahil olabileceği kabul edilmektedir.²⁴²

2.4.1.1.1. Konsültasyonun Hukuki Niteliği

Öncelikle belirtmek gerekir ki müdavi hekim - konsültan hekim arasındaki ilişkinin doğru değerlendirilebilmesi için bir taraftan bunun tıbbi bir uygulama olduğu ve tıbbi uygulamaların hukuka uygunluğu için gerekli şartların gerekli olduğu kabul edilmelidir. Bu sebeple, bu eylemler tıbbi standartlara uygun olmalı ve aydınlatmaya dayalı rızanın her aşamada alınması gerekir. Hastanın, konsültasyona rıza göstermeyebileceği, rızasını geri alabileceği ya da kısmen rıza verebileceği unutulmamalıdır.²⁴³ Biyotıp Sözleşmesi²⁴⁴ m.4 “sağlık alanında herhangi bir müdahalenin, ilgili meslekî yükümlülükler ve standartlara uygun olarak yapılması gerekir” ve m.5 “Sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden sonra yapılabilir.” şeklindeki hükümleri sağlık alanında bir uygulama olan konsültasyon için de geçerlidir.

Pozitif hukukumuzda konsültasyon, 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu²⁴⁵,’nun 59/g maddesinde düzenlenen “Meslektaşların birbiri ile ve hastaları ile münasebetlerini düzenleyen deontoloji nizamnameleri hazırlamak” hükmüne binaen Türk Tabipler Birliği Merkez Konsey’ine görev olarak verilen ve Konsey tarafından hazırlanarak Bakanlar Kurulu Kararnamesi ile yürürlüğe konulan TDN’nin 24 ile 30. maddeleri arasında düzenlenmektedir.

²⁴² Deryal, Konsültasyon, s.93.

²⁴³ Yener Ünver, Müdavi Hekim – Konsültan Hekim İlişkisinin Ceza Hukuku Sorumluluğu Açısından Değerlendirilmesi (Konsültan), VII. Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, Samsun, 16-17.04.2010, ss.100-101.

²⁴⁴ Biyoloji Ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları Ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları Ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun, (Kanun No:5013 R. G.: 09.12.2003/25311).

²⁴⁵ R:G.: 31.01.1953/8323.

Türk Tabipler Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nda, “*Danışım(Konsültasyon) ve Ekip Çalışması*” başlıklı 19. maddesindeki düzenleme ile konsültasyon hekimlik meslek etiği kuralları açısından tanımlanmaktadır. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın 3. maddesi “*Bu kurallar bütünü 6023 sayılı yasanın 59/g maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.*” şeklinde düzenlenmiş olsa da bu kurallar, doğrudan hukuk normu niteliğinde değildir. Çünkü 6203 s. Kanun'un 59/g maddesi “*Meslektaşların birbiri ile ve hastaları ile münasebetlerini düzenleyen deontoloji nizamnameleri hazırlamak*” şeklinde olduğundan burada Türk Tabipleri Birliği Merkez Konsey'ine nizamname yani tüzük hazırlama görev ve yetkisi verilmiştir. Tüzükler, Anayasa m.115 amir hükmü ile şu şekilde düzenlenmiştir:

“Bakanlar Kurulu, kanunun uygulanmasını göstermek veya emrettiği işleri belirtmek üzere, kanunlara aykırı olmamak ve Danıştayın incelemesinden geçirilmek şartıyla tüzükler çıkarabilir.

Tüzükler, Cumhurbaşkanınca imzalanır ve kanunlar gibi yayımlanır.”

Bu haliyle Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, Bakanlar Kurulu'nca kararname ile kabul edilmediklerinden tüzük niteliğinde olmayan etik belge niteliğindedir ve doğrudan hukuk normları değildir. Bu sebeple meslek etiği kuralları kanun ya da kanuna dayalı hukuk kuralları olmasa da örf ve adet hukuku gibi ikinci derecede hukuk kaynağı olarak tamamlayıcı rollerinden²⁴⁶ bahsedilebilir. Ancak mesleki disiplin açısından uyulması gereken kurallardır.

Konsültasyon kurallarına örnek olarak; Ege Üniversitesi Senatosu'nun 01.04.2008 tarihinde aldığı kararla, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Konsültasyon Hizmetleri Yönergesi kabul edilmiştir.²⁴⁷ Yönerge, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yürütülen konsültasyon hizmetlerinde standardizasyonun sağlanması, işleyiş prosedürleriyle sorumlulukların belirlenmesi ve iyileştirme

²⁴⁶ Örf ve adet hukuku konusunda ayrıntılı bilgi için Kemal **Oğuzman**, Nami **Barlas**. Medeni Hukuk 15. Bası, Vedat Kitapçılık, İstanbul 2008, ss.95vd. Mustafa **Dural**, Suat **Sarı**. Türk Özel Hukuku Cilt 1 5. Baskı, Filiz Kitabevi, İstanbul, 2010, ss.112 vd.

²⁴⁷ <http://hastane.ege.edu.tr/duyurular/Saglik/konsultasyon%20yonerge.doc>, (E.T.:17.01.2016).

yolunda izlemlerin yapılması amacıyla hazırlanmıştır. Kabul tarihinden bir ay sonra yürürlüğe giren Yönerge, bağımsız olarak konsültasyon kurumunu düzenleyen ilk pozitif hukuk normudur. Ancak bu düzenleme kapsam itibarıyla tüm hekimleri değil sadece Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görevli personeli kapsamaktadır.²⁴⁸

2.4.1.1.2. Konsültasyonun Nedeni ve Önemi

Tıp, bilgilerin yarılanma süresinin birkaç yıla indiği çok hızlı değişen ve gelişen bir alandır. Bir hekimin, tıbbın bütün disiplinlerinde hasta yönetimine yetecek düzeyde bilgi ve beceri sahibi olmasını beklemek gerçekçi değildir. Bu sebeple tıp ileri derecede uzmanlaşmanın olduğu, her gün yeni bir uzmanlığın geliştiği bir alandır ve dolayısıyla hekimler ancak ilgi alanlarıyla sınırlı olarak bilgilerini güncelleyebilmektedirler.²⁴⁹

Hekim hastaları yönetirken onların gelecekleri ve yaşamlarıyla ilgili kritik ve yaşamsal önemi haiz kararlar vermektedirler. Bu kararları verirken kendi ilgi ve uzmanlık alanı dışında kalan birçok bilgi ve beceriye gereksinim duyması doğaldır. Doğru kararı verebilmek için konuyla ilgili meslektaşlarıyla konuşup, tartışmayı ve kararların sorumluluğunu paylaşmayı istemektedir.²⁵⁰

Günümüzde hızla gelişen ve ilerleyen tıp uygulamalarıyla birlikte, “hekimin yasal ve etik açıdan sorun yaratan olgular karşısında tek başına karar verici olma durumundan çıkarılarak, en uygun kararı verecek ekibin üyelerinden biri olma konumunu alması” yaklaşımı daha bir değer kazanmaktadır.²⁵¹

Üstelik günümüzde hekimler sadece stetoskopla hastayı dinleyerek tanıyı koyamıyor endoskopi, biyopsi, anjiyografi gibi çok özgül, bilgi ve beceri gerektiren

²⁴⁸ Deryal, Konsültasyon, s.92.

²⁴⁹ Tefik Özlü, Günümüz Hekimliğinde Konsültasyon, VII. Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, Samsun, 16-17.04.2010, ss.63-64.

²⁵⁰ Özlü, s.64.

²⁵¹ Esin Karlıkaya, “Etik Konsültasyon/Danışmanlık” Konusunda Kliniklerde Çalışan Sağlık Görevlilerinin Tutum Ve Beklentileri, Yayımlanmamış Doktora Tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2007, s.5.

ileri teknoloji destekli invaziv tanısal girişimlere ihtiyaç duyuyorlar. Tedavide de mikroskopik cerrahi, özel protezler, radyoaktif tedaviler, kök hücre ve gen tedavileri gibi benzer durumlar söz konusu. Hastasına bu gibi işlemleri yaptırmak isteyen hekim, belirli alanlarda özelleşmiş meslektaşlarının eğitim ve deneyimine muhtaçtır.²⁵²

Bu sebeple konsültasyon, aralarında hiyerarşik ilişki bulunmayan hekimler arasında, müdavi hekim sorumluluğundaki yatay ekip iş birliği içerisinde, vakaya özgü görüş alış verişinin yapıldığı, teşhisin yanı sıra artık tedavi ve rehabilitasyon süreci içinde de sıklıkla kullanılan vazgeçilmez bir kurum haline gelmiştir.

2.4.1.1.3. Hasta Hakkı Olarak Konsültasyon

TDN'e göre hasta veya müdavi hekim konsültasyon isteyebilmektedir. Ve hatta m.24/T'de *"hasta, konsültasyon yapılmasını arzu ederse, müdavi tabip veya dış tabibi bu talebi kabul eder"* normu ile hastanın konsültasyon isteme hakkı kesin olarak belirtilmiş ve hekimin bu isteği kabul yükümlülüğü vurgulanmıştır.

Hasta Hakları Yönetmeliği m.9/II şu şekildedir: *"Mevzuat ile belirlenmiş usüllere uyulmak şartı ile hastanın, kendisine sağlık hizmeti verecek olan personeli serbestçe seçme, tedavisi ile ilgilenen tabibi değiştirme ve başka tabiplerin konsültasyonunu istemek hakkı vardır."* Buna göre hastanın konsültasyon isteyebilmesi bir hak olarak düzenlenmiştir. Ancak hasta, bu haktan ücret farkını ödemesi karşılığında yararlanabilecektir. Bu haliyle bu hak tek taraflı mutlak olmayan, ancak karşılıklı yükümlülükler üzerine kurulu, koşullu bir haktır.

Bu haliyle konsültasyon sadece müdavi hekimin karar vermekte güçlük çektiği bir aşamada meslektaşına danışma, onun görüşünü isteme ihtiyacı değildir. Konsültasyon aynı zamanda kendisine uygulanan tedavi ve bakım nedeniyle hastanın kendi kaderi ve beden bütünlüğü üzerinde karar verme hakkını kullanarak başka bir hekimin görüşüne başvurma ihtiyacı duyması demektir.²⁵³ Bu sebeple konsültasyon

²⁵² Özlü, s.65.

²⁵³ Deryal, Konsültasyon, s.95.

bir hak olduğundan pek istisna hallerde, haklı gerekçelerle ve bir denetim süzgecinden geçirildikten sonra hastanın konsültasyon talebine bir sınır getirilebilir²⁵⁴ aksi halde hekimin bu talebi dikkate alması gerekecektir.

Hastanın istediği hekimden konsültasyon istemesi ayrıca Hasta Hakları Yönetmeliği m.9'da düzenlenen hastanın personeli seçme hakkı kapsamında değerlendirildiğinden hasta konsültasyon istenecek branş ve hekimi de belirleyebilir. Ancak bununla beraber hasta belirlenmiş olan ücret farkını ödemezse ve konsültasyon için uygun endikasyon da bulunmuyorsa hekim bu talebi yerine getirmemelidir.

YTKİY m.65'te konsültasyon ile ilgili özel bir hüküm düzenlenmiştir. Hüküm;

“Yataklı tedavi kurumunda yatan ve tedavi gören hasta veya ailesinden birisi, bir veya birkaç uzmanla konsültasyon yapılmasını istediği takdirde, müdavi tabibin muvafakati, baştabibin müsaadesiyle ücretleri hasta veya sahipleri tarafından ödenmek şartıyla, istenen uzmanların hastayı görmesine müsaade edilir.

Müdavi tabibin konsültasyona muhalefeti halinde, gereğine baştabib karar verir. Yapılan konsültasyonun neticesi müşahade kağıdına etraflıca yazılarak altı muayene eden tabibler tarafından imza edilir.

Kurumun görevli tabibi, konsültasyon kararı çoğunluk ile de olsa, kendi özel görüş ve fenni kanaatine aykırı tedavi ve ameliyata zorlanamaz. Bu takdirde tedavi ve müdahale hasta veya sahibinin muvafakati ile konsültasyona katılan uzman tabib tarafından yapılır.” şeklindedir.

Hükme göre hastanın istemi halinde konsültasyon, sonuç olarak başhekimin iznine tabidir. Konsültasyona izin vermemesi halinde hastada oluşacak zararlarda başhekimin sorumluluğu söz konusu olabilecektir.²⁵⁵

Hastanın konsültasyon istemi, hekim tarafından gereksiz gibi görülse de buna saygı duyarak mevzuatın da gereği bu talebi yerine getirmelidir. Ancak hastanın konsültasyon isteminin müdavi hekimin talebinin ardında değerlendirilmesi gerekir. Çünkü müdavi hekimin konsültasyon isteminde tıbbi gereklilik ya da zorunluluk ön planda iken hastanın konsültasyon talebi, tıbbi gereklilikten olmayabileceği gibi hatta füzuli nitelikte olabilir ve bu yüzden tıbbi gereklilik ve zorunluluktan ziyade

²⁵⁴ Deryal, Konsültasyon, s.94.

²⁵⁵ Ünver, Konsültan, s.105.

Anayasa’da tanımlanan sosyal hakların kullanılması kapsamında değerlendirilmelidir. Bu halde Anayasa m.65’te “Devlet, sosyal ve ekonomik alanlarda Anayasa ile belirlenen görevlerini, bu görevlerin amaçlarına uygun öncelikleri gözeterek malî kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getirir.” şeklinde düzenlenen amir hüküm gereği özellikle kamu kurumlarında hastanın konsültasyon talepleri, kaynakların yeterliliği ölçüsünde değerlendirilmeli ve usulü belirlenmelidir.

2.4.1.1.4. Hekimin Konsültasyon İstemi

Yukarıda açıklandığı üzere konsültasyon, hasta hakkı kapsamında hastanın talebi ile yapılabilse de uygulamada sıklıkla yapılan hekimin ihtiyacı nedeniyle konsültasyon istemesidir. Bu durum TDN m.24/II’ de şu şekilde belirtilmiştir: “Müdavi tabip veya dış tabibi, konsültasyon yapılmasına lüzum gördüğü takdirde, keyfiyeti hastaya bildirir. Bu teklifin kabul edilmemesi halinde, müdavi tabip veya dış tabibi, hastasını bırakabilir.”

Hükümden anlaşılacağı üzere konsültasyona gerek duyan müdavi hekim durumu öncelikle hastaya bildirerek, hastanın onayını alması gerekir. Eğer hasta teklifi kabul etmezse müdavi hekim bu gerekçeyle hastayı bırakabilir.²⁵⁶

Hekimin hastayı bırakma hakkını kullanmasında özellikle kamuda görev yapan hekimlerin memur statüsünden kaynaklanan yükümlülükleri ve hastaya bakabilecek başka bir uzmanın varlığı ve acil hastanın stabilize edildikten sonra bırakılması ve daha özlü deyimle hastanın “yüz üstü bırakılmaması” gerektiği savunulmuştur.²⁵⁷ Ancak hükümde bu bırakmanın ret, terk yoksa devir şeklinde mi olacağı net değildir. Hastanın konsültasyonu kabul etmemesi üzerine hekimin hastayı bırakması mesleki sebepler olarak değerlendirilerek TDN m.19’da açıkça düzenlenen bırakma hali hükümleri uygulanmalıdır. TDN m.19 şu şekildedir:

“Tabip ve dış tabibi mesleki veya şahsi sebeplerle, tedaviyi bitirmeden hastasını bırakabilir.

Ancak, bu gibi hallerde, diğer bir meslektaşın tedavi veya müdahalesine imkân verecek zamanı evvelden hesaplayarak hastayı vaktinde haberdar etmesi şarttır.

²⁵⁶ Deryal, Konsültasyon, s.95.

²⁵⁷ Deryal, Konsültasyon, s.95.

Hastanın bırakılması halinde hayatının tehlikeye düşmesi veya sıhhatinin zarara uğraması muhtemel ise, diğer bir meslektaş temin edilmedikçe, hastayı terkedemez.

Hastayı bu suretle terkeden tabip ve/ya dış tabibi, lüzum gördüğü veya hasta tarafından talep edildiği takdirde, tedavi zamanına ait müşahade notlarını verir.”

Her ne kadar hükümde sadece müdavi hekimin konsültasyon isteyebileceği düzenlenmiş olsa da uygulamada konsültan hekimler de konsültasyon isteyebilmektedir. Mesela epigastrik ağrı şikayeti olan hastada dahiliye konsültasyonu istendiğinde, konsültan dahiliye hekimi genel cerrahiden de konsültasyon isteyebilmektedir. Yani konsültan olarak çağrılan hekimler de başka uzmanlık dallarının görüşüne ihtiyaç duyabilmektedir. Bu durum her ne kadar tüzükte açıkça düzenlenmese de konsültasyonu hasta ile birlikte sadece müdavi hekimin isteyebileceği belirtildiğinden, konsültan hekimin konsültasyon talebini müdavi hekim değerlendirmelidir.

2.4.1.1.5. Konsültasyonun Şekli, Sonuçlanması ve Tutanağı

Konsültasyonların şekli açısından açık bir hukuk normu bulunmamaktadır. Uygulamada acil hallerde sözlü olarak istenebilse de en kısa sürede yazılı şekle dönüştürülmeleri gerekir.²⁵⁸ Konsültasyon talebinin şekli ve içeriği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları m.19/a(2-3)’de “*Konsültasyonu hastanın tedaviyi yürüten hekimi yazılı olarak ister. Yazılı istemde hastanın özellikleri, konsültasyon isteğinin nedenleri açık ve anlaşılır biçimde belirtilir.*” şeklinde düzenlenmiştir. Buna göre konsültasyonlar yazılı olarak istenmeli ve istemde hastanın özellikleri ve konsültasyon isteminin sebepleri açıkça belirtilmelidir.

TDN m.25 “*Konsültasyonlarda münakaşa ve müşavareler hasta ile etrafındakilerin duyup anhyamıyacakları şekilde yapılır.*

Münakaşa ve müşavare esnasında, meslek veکارının muhafaza edilmesine dikkat olunur.” şeklinde düzenlenmiş olup konsültasyondaki görüş alış verişi ve tartışmaların başkaları tarafından duyup, anlaşılmayacağı şekilde yapılması gerektiği

²⁵⁸ Deryal, Konsültasyon, s.96.

belirtilmiştir. Buradaki muhtemel amaç henüz ortak bir sonuca varılmamış olmasından dolayı hastanın yanlış düşüncelere kapılmasına engel olunmasıdır.

TDN m. 26/I “*Konsültasyonda varılan neticeler, bir konsültasyon zaptı ile tespit ve bu zabıt müştereken imza olunur.*” ve Hekimlik Meslek Etiği Kuralları m.19/d “*Konsültasyon sonucunda, konsültasyonun gerekçesi ve sonuçları, açık ve anlaşılır biçimde bir tutanak ile belgelenir.*” şeklinde düzenlenmiştir. Buna göre konsültasyon sonucu, açık ve anlaşılır şekilde konsültasyon tutanağı ile tespit edilir ve müdavi hekim ile konsültan hekim tarafından imzalanır. Uygulamada bu işlemler genel olarak bilgisayarlı otomasyon sistemleri üzerinden dijital ortamda yapılmaktadır. Tüzük’te her ne kadar konsültasyon sonucunun yazılı tutanağa geçirilerek tutanağın karşılıklı imzalanması gerektiği düzenlense de bunun amacının şüphe ve ispat problemleri yaşanmaması adına olduğu bellidir. Günümüzde hekimlerin otomasyon sistemleri üzerindeki işlemlerin birçoğunu ancak şifre veya dijital imzaları ile yapabildiğini göz önünde bulundurulduğunda ispat problemleri yaşanmayacağından dijital ortamda yapılan bu işlemlerin yazılı olarak yapılmış olduğunu kabul etmek uygun olacaktır.

Konsültasyon tamamlandıktan sonra tutanağa bağlanan sonucun TDN m.26/II uyarınca en yaşlı hekim tarafından hastaya bildirilmesi gerekir. Çok anlamlı ve pratik bulunmayan bu hüküm yerine öğretide de savunulduğu üzere²⁵⁹ sonucun tıbbi uygulamanın esas yürütücüsü olan müdavi hekim tarafından bildirilmesinin daha doğru olacağı kanaatindeyiz.

2.4.1.1.6. Konsültasyonun Sonuçları

TDN m.27 “*Konsültan tabip veya dış tabibi, yapılan tedaviyi uygun görmediği takdirde, kanaatını konsültasyon zaptına yazmakla iktifa eder. Yapılan tedaviye müdahalede bulunamaz*” şeklinde düzenlenmiştir. Buna göre konsültan hekim, müdavi hekimin tedavi sürecini uygun bulmasa bile bu sürece müdahalede bulunması yasaklanmıştır. Ancak bu durumu tutanağa geçirmesi gerekir. Kanaatimizce sadece tutanağa geçirmek yeterli olmayabilir. Konsültan hekim, müdavi hekimin hastaya

²⁵⁹ Deryal, Konsültasyon, s.98.

zarar verecek şekilde, tıbbi standartlara açıkça aykırı hareket ettiğini görürse durumu tutanağa kaydetmekle birlikte, yetkili mercilere bildirmesi de gerekir. Nitekim Hekimlik Meslek Etiği Kuralları m.19/d ile konsültan hekimin konsültasyon boyunca hastadan müdavi hekim gibi sorumlu olacağı düzenlenmiştir. Aksi halde konsültan hekimin, ihmali davranışından dolayı sorumluluğu söz konusu olabilir. Örneğin konsültan hekim hastada ateşli silah yaralanması gibi suç belirtisi ile karşılaşırsa durumu bildirmesi gerekir ki aksi takdirde suç belirtisi ile karşılaşmasına rağmen gerekli bildirimde bulunmadığından dolayı ceza sorumluluğu söz konusu olabilir.

Konsültan hekimin tıbbi hatasından, genel olarak müdavi hekimin sorumluluğu olmaz. Ancak konsültan hekimin teşhis ve önerisi, temel tıp kurallarına açık bir şekilde aykırı ise müdavi hekim, tıbbi müdahalesini konsültan hekimin önerisi üzerine yaptığı gerekçesiyle sorumluluktan kurtulamaz. Müdavi hekim, konsültan hekime danıştığı konuları, kendi tıbbi bilgi ve becerisi nazarında değerlendirmek durumundadır.²⁶⁰ Aksi halde müdavi hekim, güven ilkesinden yararlanamayacak ve konsültan hekimle birlikte sorumluluğu söz konusu olacaktır.

Konsültasyon işlemi bilirkişilik kurumuna benzetilmektedir. Müdavi hekim, konsültan hekimin uzmanlık bilgisine ihtiyaç duysa da, onun açıklayacağı görüşe rağmen gerekçesini göstererek ve sorumluluğu da üstlenerek aksine bir uygulamaya gidebileceği savunulmuştur.²⁶¹ Benzer görüşle konsültan hekim bilirkişi gibi, müdavi hekimin seçtiği bir yardımcı olup müdavi hekime yardım etmektedir.²⁶²

TDN m.29/I “*Konsültan tabip veya dış tabibi hastanın ısrarlı talebi olmadıkça hastayı tedavi edemez.*” şeklinde düzenlendiğinden hastanın açık ve ısrarlı talebi olmadıkça konsültan hekim, müdavi hekimin yerine geçerek tedavi edemez. TDN m.29/II “*Konsültan tabip veya dış tabibin konsültasyonu icabettirmiş olan hastalığın devamı müddetince, müdavi tabibin muvafakatı olmadan, hastanın yanına aynı hastalık için mesleki bir maksatla sonradan girmesi caizdir değildir*” hükmü ile

²⁶⁰ Ünver, Konsültan, s.111.

²⁶¹ Deryal, Konsültasyon, s.98.

²⁶² Ünver, Konsültan, s.102.

konsültan hekimin davet edilmiş olduğu ilgili hastalık sebebiyle, müdavi hekimin onayı olmaksızın, mesleki bir amaçla, hastanın yanına daha sonra girmesi uygun görülmemiştir.²⁶³

Diğer taraftan konsültan hekim ile müdavi hekim arasında görüş ayrılığı olur da müdavi hekimin kendi tedavisinde ısrar etmesine karşılık hasta konsültan hekimin tedavisini tercih ederse bu durumda TDN m.28'e göre müdavi hekim hastayı terk edebilir.

2.4.1.2. Konsey ve Kurullar

Günümüzde ciddi hastalıklarla ilgili olarak konsey çatısı altında, aynı alanda çalışan dahili ve cerrahi branş hekimleri yanında radyoloji, patoloji gibi ilgili uzmanlık alanlarından hekimler toplanarak her uzman kendi bilgi ve deneyimi ile vaka değerlendirmesi yapmaktadır. Böylece hasta için ortak akıl kullanılarak hata yapma olasılığı azaltılmaktadır.²⁶⁴

Konseylar, belirli aralıklarla toplanabildiği gibi olgulara göre de planlama yapabilmektedir. Sabit katılımcılar yanında tartışılacak olgunun durumuna göre ilgili uzmanlar da davet edilmektedir.²⁶⁵ Bu yönüyle konseyler, vakaya göre uzmanların belirlenmesi, içerisinde hiyerarşik yapıların da bulunması (şef, uzman asistan gibi) ve süreklilik arz ettiklerinden dolayı yatay ekipler içerisinde tanımlanan komitelere benzer yapıdadırlar.

Benzer bir yapı olarak da sağlık raporları veren veya teşhis için görev yapan kurullarda ortak kararlar verilip ve bu karar teşhis ve tedaviye yönelik olduğundan, danışma niteliğinde olmayıp kurulda görev yapan hekimler açısından konsültasyon ilişkisi bulunmamaktadır.²⁶⁶ Konsey ve kurullar açısından da güven ilkesi geçerlidir.

²⁶³ Deryal, Konsültasyon, s.98.

²⁶⁴ Özlü, s.65.

²⁶⁵ Özlü, s.66.

²⁶⁶ Ünver, Konsültan, s.109.

2.4.2. Diğer Tıbbi Yatay İş Birlikleri

Yatay iş birliğinin temel özelliği emir ve itaatten bağımsız olmasıdır. Bakım hizmetlerinde iş birliğinin bir amacı da hasta için bakımın kesintisiz ve profesyonel şekilde devam etmesidir. Bunun sonucu olarak kişilerin göre, yetki ve sorumluluklarının belirli veya belirlenebilir olması gerekir aksi halde iş birliği de sorgulanabilir hale gelecektir. Bakım hizmetlerindeki iş birliği ise, tıbbi uygulamaların aksine çok daha geniş kapsamlı ve zamanlıdır. Örneğin anesteziist ve cerrahın iş birliği belirli bir uygulama üzerineyken tıbbi bakım hizmetleri beslenme, temizlik gibi çok daha belirsiz ve kesintisiz, geniş zamanlı bir alanı kapsamaktadır.²⁶⁷

Tıbbi uygulamalarda yatay iş birlikleri, somut olarak en çok hekimler arasında görülse de ya aynı meslekten ya aralarında hiyerarşik ilişki bulunmayan ya da diğer tıp mesleklerinin bağımsız fonksiyonlarından ileri gelen durumlarda da söz konusu olur. Bu durum iki ebenin birlikte çalışmasındaki gibi aynı meslek grubu içinde veya ebe ve hemşirenin birlikte çalışmasındaki gibi farklı meslek gruplarının birlikte çalışmasında ortaya çıkmaktadır. Örneğin hastayı tedavi etme görevi hekimin tekelinde olsa da hastanın bakım görevinde hemşirelerin mesleki özerklikleri söz konusudur. Bu halde mesela hekim-hemşire, hemşire-hemşire ya da hemşire-ebe arasında yatay iş birliği durumları söz konusu olabilir. Ne yazık ki bu durumlar mevzuatımızda açıkça düzenlenmemiştir. Ancak burada somut olaya göre kişilerin bireysel sorumluluklarını değerlendirmek gerekir.

Başında hekimin olduğu, hekim dışı tıbbi personel arasındaki yatay iş birliği ilk bakışta dikkati çekmeyebilir. Ancak bu personel kendi görev ve yetkisi doğrultusunda hareket etmelidir. Hekimin esas sorumluluğu doğrudan hastanın teşhis ve tedavisine yöneliktir. Diğer taraftan örneğin fizyoterapistin hastalık durumları dışında, kişilerin fiziksel aktivitelerini düzenlemek ve hareket kabiliyetlerini arttırmak için mesleğiyle ilgili ölçüm ve testleri yaparak kanıta dayalı koruyucu ve geliştirici

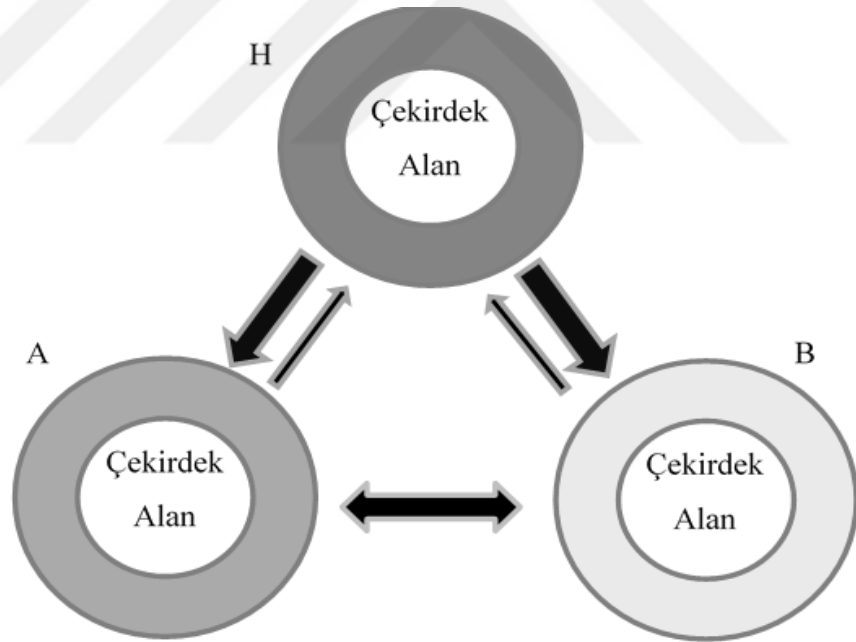
²⁶⁷ Thomas **Berg**, Der Vertrauensgrundsatz in der Krankenpflege bei horizontaler Arbeitsteilung im Krankenhaus, Grin, 2008, s.16.

protokolleri belirleme ve uygulama görevinden dolayı doğrudan hekimin sorumluluğuna gitmek uygun değildir.

2.4.2.1. Hiyerarşik İlişki İçindeki Yatay İş Birliği

Bu ilişkiye en temel örnek hastanın teşhis ve tedavisi sürecinde, hekim ile diğer tıp meslek mensupları arasındaki ilişkidir. Tarihsel gelişim ve tedavi tekelinden dolayı yatay iş birliği içerisinde dahi hekimin doğal liderliği rolü söz konusudur. Halbuki hekimin gücü ve yetkisi teşhis ve tedavi ile sınırlı iken bunun dışında orkestra şefi gibi hareket etmelidir. Enstrümanları tek tek çalmak yerine, enstrümanların bir arada hareket etmesini sağlamalıdır. Bu nedenle diğer tıp meslek mensuplarının yerine geçemeyeceği gibi denetim ve gözetim yükümlülüğü dışında kalan, onların kendi meslekleri ile ilgili her hatasından sorumlu tutmak da uygun olmayacaktır.

Tablo 8. Hiyerarşik İlişki İçindeki Yatay İş Birliği²⁶⁸



²⁶⁸ Tablo 8’de H’nin hiyerarşisi altındaki A ve B’nin kendi arasındaki iş birliği görülmektedir. A ve B ayrı ayrı H ile dikey iş birliği içerisindeyken kendi aralarında, karşılıklı yatay iş birliği içerisindeyken.

Bu ilişki daha önce de bahsedildiği üzere tıp meslek mensuplarının çekirdek alandan kaynaklanan bağımsız fonksiyonlarından ileri gelmektedir. Her tıp meslek mensubunun almış olduğu eğitim neticesinde kendine özgü görev ve sorumluluğu vardır. Bu onların bağımsız fonksiyonlarını veya diğer bir deyişle mesleki özerkliğini oluşturmaktadır. Mesleki özerklik, o meslek grubunun dokunulmaz çekirdek yapısını oluşturmaktadır ve çekirdek alan, öncelikle kanun ve sonrasında diğer mevzuatla verilmiş görev ve yetkilerden oluşmaktadır.

Örneğin Hemşirelik Kanunu m.4'teki;

“Hemşireler; tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personelidir.”

şeklindeki düzenleme ile hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek ihtiyaçları belirlemek ve bu çerçevede hemşirelik bakımı uygulamak hemşirelik mesleğinin özerk, çekirdek alanını oluşturmaktadır. Ekibin lideri konumundaki hekimin dahi bu çekirdek alana müdahale yetkisi bulunmamaktadır.

Hemşireler ve hekimler arasındaki diğer bir özerklik çatışması nedeni de hekimlerin çağdaş düzende bağımsız hemşirelik rolü olarak tanımlanmış ağız bakımı, yara bakımı, masaj, mobilizasyon gibi işlemleri kendi direktifleri doğrultusunda yapıyor kabul etmeleri; bu işlemler için talimat vermeleridir. Bu duyarsızlık hemşirelerin özerkliğini değilse de hekim ve hemşire ilişkilerinin olumlu atmosferini zedelemektedir.²⁶⁹

Odyometri teknikerini örnek olarak ele alacak olursak, odyometri teknikerinin görev tanımı 1219 sayılı Kanun'un Ek Madde13/m'de düzenlenmiştir. Buna göre odyometri teknikeri; *“endikasyonu belirlenmiş hastalara ilgili ekipmanı kullanarak gerekli testleri uygulayan sağlık teknikeridir.”* Kanunla, ilgili ekipmanı kullanma ve gerekli testleri uygulama görevi, hekime değil açık bir şekilde odyometri teknikerine

²⁶⁹ Seçil **Taylan**, Özerklik İlkesi Çerçevesinde Hemşirenin Bağımsız Roller, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, 2009, ss.63-64.

verilmiştir. Hekimin bu testleri kendisinin uygulaması yerine ancak uygulanması sırasındaki genel bir gözetim ve denetim yükümlülüğünden bahsedilebilir.

Hasta Hakları Yönetmeliği m.18/II;

“Hasta, tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından tıbbi müdahale konusunda sözlü olarak bilgilendirilir. Bilgilendirme ve tıbbi müdahaleyi yapacak sağlık meslek mensubunun farklı olmasını zorunlu kılan durumlarda, bu duruma ilişkin hastaya açıklama yapılmak suretiyle bilgilendirme yeterliliğine sahip başka bir sağlık meslek mensubu tarafından bilgilendirme yapılabilir.” şeklinde düzenlenmiştir.

Düzenlemeye göre esas olan tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek olan sağlık meslek mensubunun gerekli bilgilendirmeyi yapmasıdır. Ancak zorunlu hallerde bu bilgilendirmeyi bilgilendirme yeteneğine sahip başka bir sağlık meslek mensubu yapabilmektedir.

3. DİKEY İŞ BİRLİĞİ

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin dikey ve yatay örgütlenmesi sürecine Cumhuriyet dönemi ile başladığını söylemiştik.²⁷⁰ Hekimliğin usta çırak ilişkisine dayandığını ve hekimlerin diğer sağlık meslekleri üzerindeki lider konumunu kabul edecek olursak tıbbi dikey iş birliğinin, tarihsel açıdan, tıbbın ortaya çıkışına değin uzandığını da kabul etmek gerekir. Ancak örgütlenmedeki dikey iş birliği ile tıbbi iş birliğindeki dikey iş birliği, amaç ve yapı olarak birbirinden oldukça farklıdır. Tıbbi dikey iş birliğinde hiyerarşik ilişki ön plana çıkarken örgütsel dikey iş birliğinde amaç ön plandadır.

3.1. Dikey Örgütlenme

Sağlık hizmetlerinin sunumundaki dikey örgütlenmenin tanımı Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge'nin 4/m maddesinde tanımlanmıştır. Buna göre dikey örgütlenme; *“Tek bir sağlık sorununa ya da programa yönelik sağlık hizmeti vermek üzere kurulmuş hizmet örgütüdür. Sıtma ve verem gibi hastalıklarla*

²⁷⁰ Aydın, s.191.

mücadele amacıyla kurulan örgütler buna örnektir. Bu örgütlerde, en uç noktadan merkezdeki üst düzey kademeye kadar hiyerarşik bir örgütlenme söz konusudur. Dikey örgütler, geniş bir bölgede tek amaçlı sağlık hizmeti verirler” şeklinde tanımlanarak örneklenmiştir.

Sağlık hizmetleri sunumunda dikey yaklaşım, tek amaçlı sağlık programları olup²⁷¹ belirli bir sağlık sorununu çözmek için özel bir yöntemin ve örgütün kullanılmasını esas alır.²⁷² Bunun için dikey örgütlenmelerde genellikle güçlü bir merkezi yönetim ile kontrol söz konusudur ve özel bir konuda hiyerarşik olarak örgütlenmiş, ayrı ayrı kontrol programları tercih edilir.²⁷³

Görüleceği üzere sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde dikey örgütlenme, belirli bir sağlık sorununu çözme amacına hizmet eden ve hiyerarşik yapıdaki sağlık hizmeti sunumunu tanımlamaktadır.

3.2. Dikey İş Birliği

Genel olarak işletmelerin dikey yapılanması, en uç (tepe) noktadan merkezdeki üst düzey kademeye kadar hiyerarşik iş birliği esasına dayanır.²⁷⁴ Bu iş birliği modelinde, birbirinden bağımsız hareket eden uzmanların bulunduğu yatay iş birliğinin aksine yönetici ve onun emri altındaki personelin sorumlulukları açısından hiyerarşik bir düzen bulunmaktadır.²⁷⁵ Yani mesleki altlık-üstlük ilişkisinin olduğu hiyerarşik bir yapı söz konusudur.²⁷⁶ Bu nedenle dikey iş birliğinde; örneğin yönetici yardımcısı ya da bir klinik veya servis sorumlusu, sorumluluk alanı içerisinde kendi emri altındaki tüm personelin, önceden saptanmış belirli bazı önlemlerin tek başına ya da birlikte alınmasına yönelik eylem ve davranışlar sonucu ortaya çıkan zarardan dolayı hukuki sorumluluk altındadır.²⁷⁷

²⁷¹ Akdur, s.18.

²⁷² Etiler, s.1.

²⁷³ Etiler, s.1.

²⁷⁴ Demir, ss.90-91.

²⁷⁵ Demir, s.91.

²⁷⁶ Yıldız, s.260.

²⁷⁷ Demir, s.91.

Mesleğin icrasından yararlanan sorumlunun (metbu), bu şekilde yanında çalışanın fiilinden de sorumlu olması hakkaniyete uygun olacaktır. Bu durum dış görünüşte, metbunun maddi suçu işlemiş olmasa da başkasının fiilinden sorumluluk gibi görünmekteyse de, ya kendi şahsi kusurundan ya da gözetme noktasındaki ihmalden dolayı cezaen sorumlu olur.²⁷⁸ Gerçekten metbunun ceza sorumluluğunun sebebi kendi kusurundandır, yani kendisine bağlı çalışanın seçiminde ve onu kontrolde olan kusuru olup, söz konusu sorumluluğu tamamen şahsidir.²⁷⁹

Eğer metbu, suçun failine verilen aynı cezayla cezalandırılırsa bu nitelik bozulur ve Anayasa'da tanımlanan cezaların şahsiliği ilkesi zedelenir. Şu halde metbunun ceza sorumluluğunu, bağlı bulunana verilen cezadan tamamen bağımsız ve onunla hiçbir bağlantısı olmadığı halde kabul etmek gerekir. Metbunun kendisine tabi olanlara nezarete kusuru olduğu ve daha etkili bir ihtimam ve basiret gösterdiği takdirde suçun işlenmemesi mümkün olursa, mesleki ihmali vardır ve ceza sorumluluğuna gidilir.²⁸⁰

Tıbbi organizasyonlarda dikey iş birliğini gösteren ölçütlerin, diğer dikey iş birliği ilişkilerinde olduğu gibi her defasında somut, özgü özel durum ve koşullara göre belirlenmesi gerekir.²⁸¹ Özellikle tıbbi organizasyon içerisinde gerçekleşen yetki devri veya ikame durumlarında (örneğin tıbbi uygulama yetkisinin tıp meslek mensubu olmayan bir personele devri gibi) hastanedeki klinik ve hekimlik uygulamalarında ciddi dikey iş birliği sorunlarının ortaya çıktığı ve bu gibi durumlarda yetkiyi devreden kişideki adam çalıştırmanın sorumluluğuna özgü objektif özen ve gözetim yükümlülüğünün bizzat o işi kendi eliyle yerine getirmiş kadar yoğunlaştığı belirtilmektedir.²⁸²

²⁷⁸ Sahir **Erman**, Meslekî İhmalden Doğan Cezai Sorumluluk, Çeviren: Süheyl Donay, İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası, C.34, S.1-4, 1968, s.602.

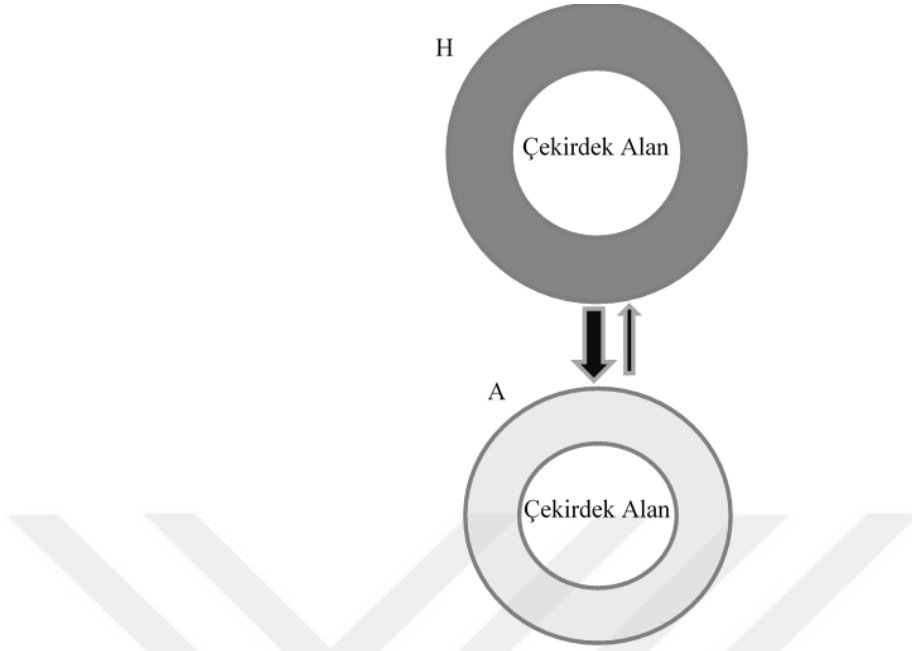
²⁷⁹ Erman, s.603.

²⁸⁰ Erman, s.603.

²⁸¹ Demir, s.91.

²⁸² Demir, s.91.

Tablo 9. Dikey İş Birliği²⁸³



Tıbbi uygulama yetkisi, tıp meslek mensuplarına temel olarak 1219 s. Kanun ile verilmiştir. Bu sebeple tıbbi uygulamanın, tıp meslek mensubu olmayan birisine bırakılması hukuka aykırı bir durum yarattığından, yukarıda bahsedildiği üzere adam çalıştıranın sorumluluğunun yoğunlaşması söz konusu olmayacaktır. İdare hukuku açısından ise yetki devrinde sorumluluk devredilen makama geçmektedir.²⁸⁴ Diğer taraftan kamu hastanelerinde imza devri konusu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Merkez Ve Taşra Teşkilatı İmza Yetkileri Yönergesi'nde ayrıntılı ve açık bir biçimde düzenlenmiştir. Yönergedeki düzenleme, yetki devri değil imza yetkisi ve imza yetkisinin devrine ilişkindir ve tıbbi uygulamaları kapsamamaktadır.

²⁸³ Tablo 9'da H'nin, hiyerarşisi altındaki A ile olan dikey iş birliği görülmektedir. Hiyerarşik ilişki içerisindeki dikey iş birliğinde aşağıda yukarı doğru yönlü talimat vermeden kaynaklı ilişki yoğun olarak görülse de bu aşağıdan yukarıya doğru ilişki bulunmadığı anlamına gelmez.

²⁸⁴ Oğuz **Sancakdar**, İdare Hukuku Teorik Çalışma Kitabı, Seçkin, Ankara, 2011, ss.295-296.

3.3. Hastane İçerisinde Dikey İş Birliği

3.3.1. Hastane Yönetimi

Hastane organizasyonu içerisinde hastane yöneticisine bağlı olarak, başhekimlik, hasta bakım hizmetleri ile idari ve mali işlerden sorumlu yönetici yardımcıları bulunmaktadır. Bu organizasyon yapısı içerisinde hastane yöneticisi ile yardımcılığını yapan diğer görevliler arasındaki ilişki hiyerarşik yapı nedeniyle dikey boyutlu iken, yönetici yardımcıları arasındaki ilişki aralarında hiyerarşik ilişki bulunmadığından ve farklı görev tanımlamaları olduğundan yatay boyutludur.

3.3.2. Yataklı Tedavi Kurumları Personeli

YTKİY’de yataklı tedavi kurumları; hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar olarak tanımlanmıştır (m.4). Bu sebeple tıbbi hizmetlerde yatay olduğu kadar dikey iş birliği de bu kurumlarda yoğun olarak görülmektedir.

YTKİY, her ne kadar yürürlükte olsa da 663 s. KHK ile ve buna bağlı yapılan düzenlemeler neticesinde²⁸⁵ özellikle idari pozisyonlarla ilgili bazı hükümlerin metruk hale geldiğini belirtmek isteriz. Bu nedenle açıklayıcı olmasından dolayı, yönetmelikte tanımlanan bazı meslek ve statüler aşağıda örnek olarak verilecektir.

3.3.2.1. Bölüm Başkanı, Şef ve Uzmanlar

YTKİY 5. Bölüm’de “Tıbbi Hizmetlerde Çalışanların Görev ve Yetkileri” ayrıntılı bir şekilde düzenlenmiştir.

Yönetmeliğe göre; eğitim hastanelerinde sorumlu servis ve laboratuvar uzmanlarına şef, diğer kurumlardaki uzmanlara servis veya laboratuvar uzmanı denmektedir (m.112/I). Eğitim hastanelerinde aynı dalda birden fazla şef bulunduğu takdirde bilimsel niteliği, tecrübesi, kurum içinde ve meslektaşları arasındaki

²⁸⁵ Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge

saygınlığı göz önüne alınarak içlerinden birisi baştabip tarafından bölüm başkanı olarak seçilmekte ve Bakanlığa bildirilmektedir (m.112/II). Bölüm başkanı ilgili branşta bütün kliniklerin bilimsel ve idari amiri olup, klinikler arasında koordinasyonu, mevcut imkanların müşterek ve verimli bir şekilde kullanılmasını sağlar (m.112/III).

Şef ve uzmanlar; servis, klinik veya laboratuvarlarında çalışan personelin görev ve hizmetle ilgili hususlardaki amiridirler (m.113/I). Servis ve laboratuvarlarda mevcut bütün personel ile Bakanlıkça servislerine verilmiş her dereceden mesleki okul öğrencileri ve kursiyerlerin iş başında öğretim ve eğitimleriyle ilmi ve ameli bakımdan gelişmelerini, aralarında görev bölümüne ve çalışma düzenini sağlamak, yayın yapmalarına yardım etmek ve diğer şubelerle ilişkiler kurmakla yükümlü olup, bunların ve hasta bakımı hizmetlerinin düzenli olarak yürütülmesinden, bölümlerinde disiplinin sağlanmasından ve temizliğinden baştabibe karşı sorumludurlar (m.113/II).

Yönetmelikte tanımlanan şef, servis ve laboratuvarların idari ve bilimsel amiridir. Şefin sorumluluk alanı, idari ve bilimsel hiyerarşik üst olarak, servis veya laboratuvarında çalışan tüm personeli kapsamaktadır. Ancak tıbbi uygulamalardaki ekipler, servis içerisindeki sınırlı personelden oluşabileceği gibi birden fazla uzmanlık alanının iş birliği ile de oluşturulabilirler. Ekip hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu ekip şefi, birlikte çalıştığı ekip üyelerinin idari ve bilimsel amiri olmayabilir ve sorumluluğu ekip hizmetinin yürütülmesi ile sınırlıdır. Bu sebeple ekip şefliği, servis şefliğine göre dar ve farklı bir statüdür.

3.3.2.2. Şef Yardımcıları

YTKİY'ne göre şeflerin yardımcıları olup herhangi bir sebeple geçici olarak şeflerin bulunmadığı hallerde onların görevlerini üzerine alırlar (m.117/I). Uzmanlık eğitimi görenlerin yetiştirilmesinde şeflere yardımcı olurlar (m.117/a) ve uzmanlık eğitimi görenlerin ve diğer görevlilerin servis, poliklinik, ameliyathane, doğum salonu ve laboratuvarlardaki hizmetlerinde amiridirler (m.117/b). Ayrıca uzmanlık eğitimi görenler tarafından yazılan müşahade ve tabelaları tetkik ve kontrol ederek servis ve

laboratuvara devamlı ve geçici olarak gönderilen öğrenci ve kursiyerlerin eğitimlerinden doğrudan sorumludurlar (m.117/d).

3.3.2.3. Uzmanlık Eğitimi Görenler

Uzmanlık eğitimi gören uzmanlık öğrencileri sahada daha çok asistan hekim olarak adlandırılmaktadır. Uzmanlık öğrencilerinin, uzmanlık eğitimleri ve uzmanlık belgelerini almalarındaki usul ve esaslar Tıpta Ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği²⁸⁶ ile düzenlenmiştir.

Yönetmeliğe göre Adli Tıp Kurumu dışındaki kurumlarda uzmanlık eğitimi, ilgili dalda uzman olup profesör, doçent, yardımcı doçent unvanına sahip olanlar ile eğitim görevlisi veya başasistanlar tarafından verilir (m.10/I). Eğitici olmayan yardımcı doçent ile başasistanlar ve uzmanlar ile ilgili alanda uzman olmayan öğretim üyeleri ve öğretim görevlileri, eğiticiler nezaretinde uzmanlık eğitiminde görev alır (m.10/II). Uzmanlık öğrencileri bu doğrultuda, programda bulunan bütün eğiticilerin gözetim ve denetiminde araştırma ve eğitim çalışmalarında ve sağlık hizmeti sunumunda görev alır (m.11/VII).

Uzmanlık eğitiminin takibi ve değerlendirilmesinde uzmanlık eğitimi ihtiyaçlarının değerlendirme sonuçlarına dayanarak Tıpta Uzmanlık Kurulu tarafından “çekirdek eğitim müfredatı” hazırlanır. Çekirdek müfredat, belirlenen ihtiyaçları karşılayacak amaç ve hedefler ile bunları gerçekleştirecek asgari bilgi, beceri ve tutum kazandırmaya yönelik eğitim etkinliklerini içerir (m.17/1-a). Daha sonra çekirdek eğitim müfredatını kapsayacak şekilde “genişletilmiş eğitim müfredatı” yıllık olarak belirlenir (m.17/1-b). Eğitime başlayan her uzmanlık öğrencisi için genişletilmiş eğitim müfredatına uygun olarak “uzmanlık eğitim karnesi” oluşturularak karne içeriğindeki eğitim ve uygulamaların çekirdek eğitim müfredatına ait olan kısmının uzmanlık eğitimi süresi içerisinde tamamlanması zorunludur (m.17/1-c).

²⁸⁶ R.G.:26.04.2014/28983.

Yukarıda anlatıldığı üzere uzmanlık öğrencilerinin meslek içi yaptıkları işlerde sorumlulukları sınırlı olup, bu yetki ve sorumluluğun ötesinde çalışmaya tabi tutulduklarında oluşabilecek zararlardan öncelikle ve dolayısıyla sağlık hizmetini düzenleme ve denetleme yükümlülüğü olan idarenin sorumlu tutulacağı belirtilmektedir.²⁸⁷ Ancak uzmanlık eğitimi gören öğrenciler aynı zamanda hekim olduklarından hekimlik mesleğinin genel yetki ve sorumluluklarına sahiptirler ve genel hekimlik uygulamalarından kaynaklı sorumlulukları göz ardı edilmemelidir. Ayrıca uygulamada uzman hekimlerin yetki ve sorumluluklarının tayininde çeşitli problemler ortaya çıkmaktadır. Uzmanlık dallarının yetki ve sorumlulukları ile tıbbi uygulamalara konu olan durumun hangi uzmanlık alanına girdiği konusunda belirsizlikleri çözüme kavuşturma yetkisinin Tıpta Uzmanlık Kurulu'nda olduğunu daha önce açıklamıştık. Bu belirsizliklerin çözümünde Tıpta Uzmanlık Kurulu, genişletilmiş müfredatları ve bu doğrultuda hazırlanan uzmanlık karnelerini temel ölçüt olarak kullanmalıdır.

Uzmanlık öğrencilerinin YTKİY' m.119/g'ye göre; hemşire, ebe, hemşire yardımcısı tıbbi teknisyen ve yardımcı hizmetlilerin görevlerini gözetleme ve işlerini yerinde ve yolunda görmelerini sağlama, servisin temizliği, intizamı, hastaların bakımı, ilaçların ve yemeklerin tabelalara göre verilip verilmediğini kontrol etme ve görevini iyi yapmayanlara uyarmada bulunarak kusurları tekrarlayanları ve uyarmaları dinlemeyenleri ilgili amirlerine haber verme görevleri bulunmaktadır. Bu görevleri eğitim görmekte olan uzmanlık öğrencilerine dikey iş birliği içerisinde statü vermektedir. Böylece uzmanlık eğitimi görenler, sadece eğitim alan pasif değil ekip içerisinde aktif rol ve sorumluluk alan kişilerdir.

3.3.2.5. Hemşire ve Hemşire Yardımcıları

Hemşire, hasta ile tıbbî ve psikolojik bakımından devamlı ilgilenebilecek yapıda ve yetenekte sağlık meslek lisesi mezunu yardımcı sağlık personelidir

²⁸⁷ Yıldız Ertuğ **Ünder**, Asistan Hekimlerin Hukuki Sorumluluğu, Sağlık Hukuku Makaleleri, İstanbul Barosu Yayınları, İstanbul, 2012, s.44.

(m.132/I).²⁸⁸ Hemşire yardımcıları ise hemşirelerin bilfiil yardımcısı olarak onların emir ve direktiflerine göre çalışan ancak gerektiğinde doğrudan doğruya hemşirelik görevleri de gördürülen yardımcı sağlık personelidir (m.134/I).

Hastaların tedavisi için gerekli bütün kayıt, bakım ve tedavi uygulamalarını meslekleri dahilinde ve tabiplerin tariflerine göre yapmak göreviyle yükümlüdürler. Hastaların ilaçlarını, içten ve dıştan olduğuna göre bizzat içirir ve tatbik eder, enjeksiyonları yapar ve bunları hemşire notuna miktar ve zaman belirterek kaydedip imzalarlar. (m.132/b)

Hemşireler servislerindeki hastane hizmetlilerinin hizmette birinci derecede amiridir (m.132/II). Bu yetkileri doğrultusunda temizlik personelinin de amiri pozisyonunda olduklarından kurumun hasta odalarının ve hastaların genel temizliğini yaptırmakla başlarlar (m.132/III) ve servislerin genel hizmetlerinin ve temizliklerinin yolunda gitmesini kontrol eder ve sağlarlar (m.132/g). Hastaların sosyal ve ruhsal durumları ve beslenmeleri ile ilgili olarak fizyoterapist, sosyal hizmet, diyet uzmanları ve psikologlarla iş birliği yapar (m.132/j) ve hastaların yemek yemelerini gözetleyerek kendisi yemek yiyemeyecek durumda olan hastaların bizzat yemeğini yedirirler. (m.132/c-III).

İnsanın sosyal, fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerindeki geniş çalışma alanları nedeniyle hemşireler, yardımcı sağlık ve hatta sadece tıp meslek mensubu değil tam olarak sağlık meslek mensuplarıdır. Daha önce de bahsettiğimiz üzere hemşirelik bağımsız fonksiyonlara sahip bir tıp mesleğidir. Duruma hukuk normları hiyerarşisi çerçevesinden bakacak olursak, önceki genel kanun (*lex generalis*, Devlet Memurları Kanunu) ve sonraki özel kanun (*lex specialis*, Hemşirelik Kanunu) uygulamasında sonraki özel kanun uygulanır (*lex specialis derogat legi generali*). Çıkarılan ve çıkarılacak yönetmeliklerin de özel kanuna uygun olması gerekir (Anayasa m.124). Hemşirelik Kanunu m.4/T'de hemşireler sağlık personeli olarak tanımlanmış

²⁸⁸ Birinci Bölüm (2.3.3)'de de izah ettiğimiz üzere hemşireler, yardımcı sağlık personeli değildir.

olduğundan, hemşireliğin yardımcı sağlık personeli olarak tanımlandığı mevzuatlarda gerekli değişiklikler yapılmalıdır.²⁸⁹

Hemşirelerle ilgili olarak Hemşirelik Kanunu ve Hemşirelik Yönetmeliği'nden yukarıda bahsetmiştik. Ancak hemşirelerle ilgili bu genel yasal düzenlemeler dışında YTKİY'de de yataklı tedavi kurumları çerçevesinde kalmak üzere bir takım özel düzenlemeler mevcuttur. Tüm hemşireler bu genel düzenlemelere tabi iken sadece yataklı tedavi kurumlarında çalışan hemşire ve hemşire yardımcıları bu özel düzenlemeye tabi olacaklardır. Bu nedenle yataklı tedavi kurumlarında çalışmayan hemşire ve hemşire yardımcılarının bu hükümlere tabi olmaması gerekir. Halbuki hemşire yardımcılara, yataklı tedavi kurumu olmayan sağlık birimlerinde de özel yönetmelikte düzenlenen hemşirelik görev ve yetkileri hatalı olarak verilebilmektedir.

3.3.2.6. Hastane Hizmetlileri

Hastane hizmetlileri, hastanenin temizliği, hastaların laboratuvar ve sair yerlere götürülüp getirilmesiyle ilgili her türlü hizmetleri yapan yardımcı hizmetler sınıfı personeldir (m.135/I). Servis sorumlu hemşiresi ve hemşirelerinin direktif ve sorumluluğu altında, servislerin genel temizliklerini yapar, bizzat hasta bakımı ve hemşirelik hizmetleriyle ilgili olmamak üzere tabip, çalıştığı servis veya laboratuvarların hemşire, ebe ve tıbbî teknisyeni tarafından verilen emir ve görevleri yerine getirirler (m.135/II-III).

Hastane hizmetlileri hakkında özel bir yasal düzenleme olmadığından, vücut bütünlüğüne doğrudan müdahale hakkı bulunmadıklarından ve bu konuda özel eğitim almadıklarından tıp meslek mensubu değillerdir. Ancak kişilerin vücut bütünlüğüne doğrudan müdahale hakları olmasa da temiz bir çevrede kalmalarını sağlayıp, sağlıklarıyla ilgili dolaylı çalışmaları nedeniyle sağlık personeli olarak tanımlanmaları gerekir.

²⁸⁹ Doğan, s.52.

3.4. Dikey İş Birliği Sorunları

Dikey iş birliği içerisinde sorunlar çeşitli seviye ve doğrultuda olabileceği gibi bazen de bilimsel ve idari yetkiden kaynaklı çatışmalar yaşanabilir. İş birliği yukarıdan aşağıya veya yukarıdan aşağıya gerçekleşebileceğinden, yaşanan çatışmalar çift yönlü olabilmektedir.

3.4.1. Yukarıdan Aşağıya

Tıbbi uygulamalardaki dikey iş birliğinde ortaya çıkabilecek en önemli sorun hiyerarşi içerisinde yukarıdan aşağıya yönlü verilen talimatlardır. Bu talimatlar bilimsel olabileceği gibi idari nitelikte de olabilirler.

Hiyerarşi içerisinde talimatlara uymakla yükümlü olan, kendiliğinden ve kendi anlayışına göre uygulamalarda bulunamaz. Aslında amirin görüş ve anlayışına göre, amirin emir ve direktiflerini uygulayan bir icra vasıtasıdır. Bu sebeple talimatın icra edilmesiyle, meydana gelen suçtan sorumlu tutulmaması doğru ve adilanedir.²⁹⁰ Ancak talimat suç sayılan konularla ilgili ise talimatın yerine getirilmemesi gerekir ve böyle bir emir yerine getirildiğinde yerine getiren de sorumlu tutulur.²⁹¹

Hekimin hatalı davranışlarından hekim, bizzat kendisi sorumludur. Buna karşılık hekimin verdiği bilimsel nitelikteki tıbbi talimatların yerine getirilmesi noktasında, talimatı hatalı şekilde uygulayan, öncelikle sorumludur. Ancak bu bakımdan sadece uygulayan değil, gözetim görevini yerine getirmemiş bulunan hekim de sorumlu tutulabilir.²⁹²

Burada ortaya çıkan diğer bir sorun hekimin talimatlarını yerine getirmekle yükümlü olan kişinin, örneğin hemşirenin durumudur. Hemşire, hekimin verdiği talimatı yerine getirmekle yükümlüdür ancak bu yükümlülük körü körüne yerine

²⁹⁰ Faruk Erem, Türk Ceza Hukuku, C.1 Genel Hükümler, Ankara, 1949, s.375.

²⁹¹ Erem, s.376.

²⁹² Hakan Hakeri, Hukuksal Yönleriyle Hemşire-Hekim İlişkisi (Medimagazin), <http://www.medimagazin.com.tr/authors/hakan-hakeri/tr-hukuksal-yonleriyle-hemsire-hekim-iliskisi-72-64-1321.html>, (E.T.: 17.01.2016).

getirmek değildir. Şayet hekimin talimatının hatalı olduğuna dair bir takım belirtiler varsa hemşirenin bunları kesinlikle yerine getirmemesi gerekir²⁹³

Hemşirelik Yönetmeliği m.6/d’de “*Tıbbi tanı ve tedavi işlemlerinin hizmetten faydalananlara zarar vereceğini öngördüğü durumlarda, müdavi hekim ile durumu görüşür, hekim işlemin uygulanmasında ısrar ederse durumu kayıt altına alarak hekimin yazılı talebi üzerine söz konusu işlemi uygular.*” düzenlemesi mevcuttur. Buna göre hemşire hastanın zarar göreceğini öngördüğü durumlarda bunu müdafi hekimle görüşür, hekim talimatta ısrar ederse durumu kayıt altına alarak hekimin yazılı talebi üzerine söz konusu işlemi uygular.

Öncelikle bu hükmün işlevsel olmadığını belirtmek gerekir. Tıbbi uygulamalar, acil uygulamalar gibi derhal müdahale edilmesi gereken durumları da kapsamaktadır. Derhal müdahale edilmesi gerektiğinin karşısında yazılı talimat istemek ve beklemek çoğu zaman mümkün ve gerçekçi değildir. Talimatın yazılı olarak beklenmesi durumunda hekimin, yazılı talimatı verebilmek için müdahaleyi yarıda kesmesi gerekir ki bu durumda derhal tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyan hasta müdahalenin gecikmesinden dolayı zarar görebilir. Müdahalenin aciliyeti olmaması durumunda ise hemşirenin, talimatı veren hekimden aynı talimatı yazılı olarak istemesinden sonra, talimat hekim tarafından yazılı olarak talep edildiğinde yine aynı hatalı uygulama yapılacaktır. Bu nedenle hemşirenin hatalı olduğunu düşündüğü talimatı aynı hekimden istemesi yerine ısrarı hekimin hiyerarşik üstüne bildirmesi uygun olacaktır.

Hükmün uygulanması sonucu; “*hasta da ölür diyor yönetmelik, yani hasta ölecek olsa bile, hekim ısrar ediyorsa, sen bunu yazılı al, ondan sonra da hastayı öldürebilirsin diyor. Sorumlusu kim olur, yani bu hesaba göre hekim olur, ama hayır, her ikisi de olur, hem hekim olur, hem hemşire olur.*”²⁹⁴

²⁹³ Hakeri, Hemşire, s.441.

²⁹⁴ Hakeri, Hemşire, ss.441-442.

Hekimin verdiği talimat suç oluşturuyorsa o zaman yerine getirilemez. Anayasa m.137'e göre konusu suç olan emri yerine getiren asla ve asla sorumluluktan kurtulamaz. Yani konusu suç teşkil eden emir, yerine getirilemez.²⁹⁵ O nedenle mutlaka buna dikkat edilmelidir.²⁹⁶ Anayasa'nın bu amir hükmü karşısında yönetmelik bu noktada hukuka uygunluk yaratmayacaktır.

Ayrıca hekimin işlediği suçlara, ihmali hareketle de ortak olunabilir. Bu nedenle, hekimin işlediği suçlara müdahale etme durumu varsa, müdahale edilmeli; bu imkan yoksa mutlaka savcılığa veya en azından st makamlara durum intikal ettirilmelidir. Hiçbir şey yapmamak; seyirci kalmak suretiyle de suça iştirak edilebilir.²⁹⁷ Hekimin suç işlediği yönünde belirtiyeye rağmen bunun bildirmeyen sağlık meslek mensubunun durumu ayrıca TCK 280. madde kapsamında değerlendirilmelidir.

Ortaya çıkabilecek bir diğer sorun da, özellikle hekim dışı tıp meslek mensubunun kendi idari amiri ile hekimin talimatları arasında kalmasıdır. Örneğin hemşire, amiri olan sağlık bakım hizmetleri müdürü ile hekimlerin talimatları arasında tereddüte düşebilir. Bu durumda hekim ve hemşire arasında yetki ve güven çatışmaları söz konusu olabilir. Hekimler, diğer tıp mesleklerine karşı yüksek eğitim seviyesine sahip ve görev alanları daha belirli oldukları için hastane ortamında bu farklılığı sınıf farklılığı olarak devam ettirebilirler ve bu da ekip çalışmasını etkileyerek görev ve yetki problemleri oluşmasına sebebiyet verir.²⁹⁸ örneğin hastanın bakım işleri hemşirelik görevi olmasına karşın, hastanın tıbbi durumu nedeniyle hekim tarafından farklı bir talimat verilebilir. Hastada enfeksiyon riski olmasından dolayı sağlık bakım müdürü tarafından ziyaretçi kısıtlaması kararına karşı hekim kısıtlamayı uygun bulmayabilir. Böbrek yetmezliği olan hastanın sıvı volüm fazlalığına karşı sıvı alımı takibinde hekim ve hemşirelik bakımı konusunda sorunlar ortaya çıkabilir. Servis içindeki hasta bakımı ile iş bölümünde servis sorumlu hekimi ile sağlık bakım

²⁹⁵ Timur **Demirbaş**, Ceza Hukuku Genel Hükümler, 7. Baskı, Seçkin, Ankara, 2011, s.261.

²⁹⁶ Hakeri, Hemşire, ss.445-446.

²⁹⁷ Hakeri, Medimagazin.

²⁹⁸ Doğan, s.54.

hizmetleri müdürü arasında farklı talimatlar olabilir. Bu gibi ikilemlerde kalan uygulamacının, çatışmayı kayıt altına alması, bir üst amire bildirmesi ve ona göre hareket etmesi uygundur.

3.4.2. Aşağıdan Yukarıya

İş birliğinde kaynaklı sorunlar yukarıdan aşağıya olabileceği gibi aşağıdan yukarıya da olabilir. Örneğin hemşire, doktora yanlış alet verebilir. Bu durumda hekim kendisine verilen aleti kontrol etmek durumundadır aksi halde sorumluluğu doğacaktır. Ancak üzerine yanlış etiket yapıştırılmış malzemeyi hekimin her zaman kontrol edebilmesi oldukça zordur.²⁹⁹ Üzerine düşen dikkat ve özen yükümlülüğünü yerine getirdiği takdirde hekimin sorumluluğuna gitmek doğru olmayacaktır.

Hastane yöneticisi idari amir pozisyonunda iken bölüm başkanı, şef ve uzmanlar hiyerarşik yapı içerisinde ilgili branşta çalışan tıp meslek mensubu olan ya da olmayan tüm personelin bilimsel ve idari amiridir. Bu nedenle uygulamadaki sorun ve uyuşmazlıklar sorunun niteliğine göre, bir üst hiyerarşik amire bildirilmelidir.

Örneğin serviste yatan hastanın bakım görevini yürüten hemşire gözlemi sırasında hastada ateşinin çıkması, ritim bozukluğu gelişmesi veya tedavisindeki hatalı uygulama gibi normalden sapma olduğunu gördüğü durumlarda bağımsız fonksiyonu nedeniyle öncelikle hastadan sorumlu hekimi uyarmalı, eğer sorumlu hekim soruna karşı gereği gibi hareket etmezse durumu dikey iş birliği içerisinde servis şefine iletmesi gerekir.

Ancak YTKİY’de bahsedilen sorumlu hekimlerin aynı zamanda bilimsel amir olarak tanımlanması hekimlik dışında kalan diğer tıp mesleklerinin özerkliğine gölge düşürmektedir. Örneğin şef her ne kadar kendi servisinin bilimsel amiri olsa da bu ancak kendi mesleği açısından söz konusu olabilir. Çünkü bilimsel ve yasal anlamda

²⁹⁹ Odyakmaz, s.166.

farklı bir meslek olan hemşireliği ve buna bağlı olarak hasta bakım standartlarını bir hekimin bilmesi beklenemez.

4. GÜVEN İLKESİ

Günümüzde bilim ve teknik geliştiğinden dolayı toplum için tehlikeli olabilecek meslek ve sanatlar da çoğalmıştır. Yeni araçların icadı mekanik ve elektrik aletlerin nispi tehlikesi yanında teknik mesleklerin tehlikelerini de arttırmıştır. Yeni tıbbi ve cerrahi metotların uygulanması, uygulayıcılar yönünden gerekli en ufak dereceye kadar tedbir ve ihtimamın gösterilmesi neticesini doğurmuştur.³⁰⁰

Tıp alanındaki teknolojik gelişmeler nedeniyle uzmanlaşmanın esas olması, tıbbi müdahalelerin ekip halinde gerçekleştirilmesi, ekip halinde yürütülen tıbbi müdahaleler nedeniyle doğan olumsuz neticelerde sorumluların doğru bir biçimde tespit edilmesi oldukça zor ve karmaşık hale gelmiştir.³⁰¹ Ekip halinde yürütülen ya da birden çok kişiyi ilgilendiren teknik ve tehlikeli faaliyetler bakımından taksirli ceza sorumluluğunun saptanması, taksirli sorumluluk başlığı altında ele alınan önemli sorunlardandır.³⁰² Bu durumda üzerinde durulması gereken, birden fazla kişinin görev aldığı tıbbi uygulamalarda hata riskinin artması ve bunun yanı sıra ceza hukukunda temel ilkelerden olan “cezaların şahsiliği” ilkesi karşısında sorumluluğun belirlenmesi konusudur. Bir personelin, diğer personelin hatasından dolayı sorumlu tutulması kabul edilemez ve bu nedenle sorumluluk alanının sınırlandırılması gerekir.³⁰³ Örneğin memurun, işletme şefinin, bir inşaatın sorumlu mimar ve mühendisinin, başkalarının fiilinden dolayı değil de bizzat kendi kusurları oranında sorumluluklarının kabulü gerekir.³⁰⁴

³⁰⁰ Erman, s.595.

³⁰¹ Nazan **Altundere**, Tıp Ceza Hukuku Ve Güven İlkesi, Sağlık Hukuku Makaleleri, İstanbul Barosu Yayınları, İstanbul, 2012, s.105.

³⁰² Tuğrul **Katoğlu**, Ekip Halinde Yürütülen Faaliyetlerde Güven İlkesi Ve Ceza Sorumluluğu, TBB Dergisi, Sayı 68, 2007, s.29.

³⁰³ Hakeri, s.145.

³⁰⁴ Erman, s.610.

Gerçek sorumlunun belirlenmesinin yanında diğer personelin emniyet ihtiyacının yani meşru beklentisinin de karşılanması gerekir ve buna ulaşmak için sıkı yetki sınırlaması ve güven ilkesi prensipleri geliştirilmiştir.³⁰⁵ Yetki sınırlaması prensibi, yukarıda bahsedildiği üzere mevzuat doğrultusunda uygulanmalıdır, diğer taraftan güven ilkesinden bahsetmek gerekir.

4.1. Genel Olarak Güven İlkesi

4.1.1. Tanım

Bilim ve teknoloji alanındaki gelişmeler, birçok alanda birden fazla insanın ekip halinde hareket etmesini, kendi içinde uzmanlaşmasını ve bunlardan her birinin diğerinin kendi üzerine düşen yükümlülüğü yerine getireceğine güvenebilmesini gerektirmektedir. Bu nedenle aynı alandaki kişiler, diğerlerinin oyunun kurallarına uygun hareket edeceği beklentisi içerisine girebilirler. Hukuk da bu güveni koruyucu normlar oluşturmak, bu güvenin nitelik, koşul ve kapsamını belirleyici teknik güvenlik normları yaratmak ve güvene dayalı hareketi koruyarak sorumluluk alanında sonuçlar bağlamak zorundadır. Bu durum öğretide, güven ilkesi adıyla formülleştirilmiştir.³⁰⁶

Birden fazla kimse tarafından ekip halinde gerçekleştirilen riskli tıbbi faaliyetlerin de dahil olduğu bu davranış tarzları, hiyerarşik yükümlülüğünün bulunduğu ve dolayısıyla belirli kimseler tarafından denetim ve gözetim yükümlülüğünün var olduğu iş birliği modelleri biçiminde olabileceği gibi, iş birliğinin soyut ve genel anlamda kanun koyucunun kurallaştırdığı güvenlik kuralları biçiminde ortaya çıktığı, aynı zamana ve mekanda ve fakat özel bir iş bölümünün olmadığı ve ekip halinde davranılmayan hareketler şeklinde de olabilir.³⁰⁷

Güven ilkesi genel olarak, birden fazla kimsenin iş birliği halinde veya karşılıklı olarak gerçekleştirdikleri riskli faaliyetlerde, kendi dikkat ve özen

³⁰⁵ Hakeri, s.145.

³⁰⁶ Yener Ünver, Tıp Ceza Hukukunda Güven İlkesi (Güven), V. Türk Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, Tıp Ceza Hukukunun Güncel Sorunları, Türkiye Barolar Birliği, Ankara, 28Şubat-1Mart 2008, s. 881.

³⁰⁷ Ünver, Güven, s.882.

yükümlülüğüne uygun davranan kimsenin, aksine kabul gerektirecek karineler bulunmadığı sürece, diğer kimselerin de bu yükümlülüklerine uygun davranacaklarına olan güvenle hareket etmesi halinde meydana gelen sonuçlardan sorumlu olmaması şeklinde tanımlanabilir.³⁰⁸

Güven ilkesi; belirli bir trafikte birden fazla kişinin aynı anda hareketinin olduğu veya hareketin etkilerinin aynı olduğu alanlarda geçerlidir. Alanda harekette bulunan, hareketsiz kalan, teknik güvenlik kurallarına riayet etmeyen ya da olası tehlikeyi savuşturmak için tedbir almayan kişinin aynı alanda bulunan bir başka kişinin hareket veya hareketsizliğinin yol açacağı zarar veya tehlike neticesini hesaba katmayabileceğini göstermektedir. Bu sebeple güven ilkesi; aynı alana giren başka bir kişinin yükümlülüğüne aykırı davrandığını gösterir belirtilerin bulunması durumunda, istisnaen ne zaman hesaba katılması gerektiğini belirler.³⁰⁹ Yani güven ilkesinin, dikkat ve özen yükümlülüğünün ihlalini ve çerçevesini belirleme fonksiyonu bulunmaktadır.

Bu durum, ceza sorumluluğunun şahsiliği ilkesi ve objektif ceza sorumluluğu yasağından kaynaklandığı gibi, esasen herkesin yaşamda sürekli başkalarının olası hatalı veya tehlikeli davranışlarına dikkat etmesi ve başkalarının olası özen yükümlülüğünün ihlalini veya bu ihlalin doğuracağı zarar veya tehlike neticesini bertaraf etmek, buna sürekli hazırlıklı olmak zorunda bırakılamayacağından ileri gelmektedir.³¹⁰ Bu haliyle güven ilkesi, bir yandan ceza sorumluluğunun şahsiliği ilkesine hizmet ederken diğer yandan iş birliği ve uzmanlaşmayı güvence altına alır. Böylece uzmanlar kendi uzmanlık alanlarına yoğunlaşarak kendi alanlarındaki dikkat ve özen yükümlülüğüne uygun davranışları daha iyi bir biçimde gerçekleştireceklerdir.³¹¹ Nitekim başkalarının hatalarına hazır olma gibi zorunluluk, hukuka uygun olmayacağı gibi hayatı statik hale getirecektir. Her olayda olayın tüm taraflarını kusurluymuş ve neticeye az veya çok neden olmuş gibi sorumlu tutma

³⁰⁸ Yıldız, s.261.

³⁰⁹ Ünver, Güven, s.882.

³¹⁰ Ünver, Güven, s.883.

³¹¹ Katoğlu, s.32.

varsayımını kabul etme hatası, birden fazla kişinin bulunduğu alana girmenin potansiyel suçluluk varsayımını üstlenmek sakıncasını doğurabileceği gibi kişileri, ekip halinde iş birliği biçiminde gerçekleştirilecek eylemlerde inisiyatif almaktan kaçınmaya sevk ederek istenmeyen daha sakıncalı durumlara yol açabilmesi nedeniyle de doğru değildir.³¹²

Tehlikeli çalışmalarda birden fazla kişinin aynı mekanda harekette bulunması veya sadece var olmaları halinde, belirli bir çalışma ahenginin bulunması amacıyla normalden fazla ve farklı güvenlik önlemleri alınarak bu yönde olası tehlikeleri engelleyen veya etkilerini azaltan teknik güvenlik normları oluşturulmuştur.³¹³ Aynı amaca yönelik veya farklı amaçla da hareket etse aynı alanda bulunan ve aralarında ahenk bulunması gereken, aynı tip-benzer davranışlarda bulunan ilgili tüm kişilerin her birinin diğerinden davranış kurallarına uygun davrandığını/davranacağını bekleyebileceği kabul edilmekte ve hukuk bu güveni korumaktadır.³¹⁴

Güven ilkesi, bir kimsenin ekip içerisindeki veya aynı faaliyet alanındaki diğer kimselerin dikkat ve özen yükümlülüğüne uygun davranacaklarına güvenerek hareket etmeyle sınırlı olmayıp, teknolojik koşullara dayanan güven de bu ilke kapsamında ele alınacaktır.³¹⁵ Örneğin hekimin, teşhis ve tedavide kullanacağı bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılan teknik aletlerin sorunsuz çalışacağına veya ameliyathanenin steril olacağına duyduğu güven gibi.³¹⁶

Diğer taraftan güven ilkesinden yararlanacak kimsenin mutlaka ekip içerisinde yer alması ya da olayda aktif rol alması gerekmez. Örneğin trafikteki yaya ya da üzerinde tıbbi müdahalede bulunulan kimse de güven ilkesinden yararlanabilir. Kişiler ilgili alanın durum ve koşullarının gerektirdiği hukuk kurallarına uygun

³¹² Ünver, Güven, s.883.

³¹³ Ünver, Güven, ss.883-884.

³¹⁴ Tullio **Delogu**, Modern Hukukta Taksirli Suçun Önemi, Çeviren: Yüksel Ersoy, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi, C.39 S.1-4, 1982-87, Ankara, 1987, s. 123. Ünver, Güven, s.884.

³¹⁵ Yıldız, s.266.

³¹⁶ Ünver, Güven, ss.911-912.

davranılacağına güvenebilirler.³¹⁷ Örneğin hastanın hekime duyduğu güven gibi, hekim de hastasının kurallara uygun şekilde hareket ettiğine güvenebilir.

Bu tanımlardan yola çıkarak güven ilkesi; kişinin, diğer bir kişinin kusursuz hareket edeceğine dair haklı beklentisi nedeniyle taksirli hareketinin, hukuken kusursuz olarak değerlendirilmesidir. Bu beklenti ekip içerisinde yatay ve dikey yönlü olabileceği gibi ekip dışı ilişkilerde de yer bulabilir.

Alman Federal Yüksek Mahkemesi'nin, trafikle ilgili olarak güven ilkesini uyguladığı birçok kararı mevcuttur: Eğer öncelikli geçiş hakkı bulunan kimse, beklemesi gereken kimsenin kendisinin öncelikli geçiş hakkına dikkat edeceğine güveniyorsa yükümlülüğe aykırı hareket etmemektedir. Kurala uygun bir şekilde aracı sollayan kimse solladığı aracın aniden sol şeride sapmayacağına güvenebilir veya bir kamyon sürücüsü bir bisiklet sürücüsünün trafiğe dikkat etmediğini, yön tabelasını dikkate almadığı ihtimaline hazır olmak zorunda değildir.³¹⁸

Ülkemizde özellikle ambulansların karıştığı kazalar oldukça fazladır.³¹⁹ Karayolları Trafik Kanunu³²⁰ m.71'e göre hasta taşıyan bir ambulans halkın can ve mal güvenliğini tehlikeye sokmadan duyulur ve görünür geçiş üstünlüğü işaretini vermek şartları ile zorunlu hallerde geçiş üstünlüğüne sahiptir. Ambulans sürücüsü bu şartları sağladıktan sonra, ambulansın geçiş üstünlüğü nedeniyle diğer sürücülerin kendisine yol açma, durma veya kavşaklarda geçiş hakkı vereceklerine güvenerek hareket edebilirler.

Türk yargısında güven ilkesi kullanıldığı, Ceza Genel Kurulu'na konu olan olay; trafik veya tıbbi uygulamalar ile ilgili olmasa da güven ilkesinin olarak açıkça zikredildiği, bulabildiğimiz tek Türk yargı kararı olması ve ilkenin kullanım amacının uygun şekilde belirtilmesi açılarından önemlidir.

³¹⁷ Ünver, Güven, s.892.

³¹⁸ Ünver, Ceza Hukukunda İzin Verilen Risk (Risk), Beta, İstanbul, 1998, ss.344-345.

³¹⁹ İ. Hamit Hancı, İbrahim Acungil, Çağlar Uz; Geçiş Önceliğine Sahip Ambulansların Yaptığı Kazalar, Ulaşım Ve Trafik Güvenliği Dergisi, Ekim 2012, s.3.

³²⁰ 2918 s. Kanun, R.G.: 18.10.1983/18195.

Olayda, kiralayanın denetlemesi sırasında, benzin kokusu gelmesi üzerine, tuvaletlerin işçilerce kullanıma kapatılması önerilmiş fakat kapatma dışında başkaca bir önlem öngörülmemiştir. Karar ise, işletme belgesi ve ruhsatı olamayan benzin istasyonunu kiralayıp işletmek, yetersiz önlem almak, tesisi denetlememek, ruhsatsız çalıştırmak ve iş güvenliği kurallarına uymamak suretiyle patlamaya neden olan sanığın suçlu olduğuna ilişkindir.

Kararda güven ilkesinin kullanım alanı şu şekilde belirtilmiştir: ³²¹

“Diğer yandan birden çok kişinin faaliyetinin iştiraki söz konusu olduğu durumlarda, taksir sorunu, başkalarının doğru biçimde davranacağına güven ilkesi ile çözümlenmelidir. Böylece disiplinler arası bir ekip çalışmasında, herkes diğerlerinin doğru hareket ettiğine güvenmek zorunda olduğundan, grupta çalışanlardan her biri sadece kendi faaliyet tipine ait meslek kurallarına uyulmasından sorumludur.”

Yukarıdaki tanımların dışında güven ilkesinin geçerli olduğu bir diğer durum da üçüncü bir kişinin suç işlemediğine dair duyulan güvendir. Bu durum *“herkes kural olarak başkasının suç işlemediğine güvenebilir”* şeklinde formülize edilebilir. Aksi halde, bu durumlarda güven ilkesinin kabul edilmemesi modern toplumsal yaşamı olanaksız kılar.³²² Örneğin hasta olduğunu belirterek sahte kimlik veya rapor ile ilaç yazdırmaya gelen kişinin, kimliğinde veya raporda sahteliğe şüpheye düşecek bir belirti yoksa ya da kimlik veya rapordaki sahtelik, yükümlülüğe uygun şekilde gereken dikkati göstermesine rağmen hekimin anlayamayacağı düzeyde ise hekimin kusuru olmayacak ve ayrıca hekimin hastaya karşı güveni korunacaktır.

4.1.2. Köken ve Gelişimi

Güvenmek iyidir ama kontrol daha iyidir³²³, sözü güven ilkesinin ortaya çıkışında önemlidir. Kişilerin yaşam tecrübeleri neticesinde güven ve kontrol

³²¹ Yargıtay Kararları Dergisi, Ocak 2001, C.27, S.1, ss.94-104. Ceza Genel Kurulu, 2009/9-104E, 2000/110K, K.T.: 16.05.2000.

³²² Ünver, Risk, s.346.

³²³ “Güven ama doğrula” şeklindeki Rus atasözünden türediği ve Rus siyasetçi Lenin’in söylediği iddia edilen vecize. https://de.wikipedia.org/wiki/Vertrauen_ist_gut._Kontrolle_ist_besser!; (E.T.: 17.01.2016).

konularında bireysel tutumları mevcuttur. Kimilerinde güven fazla kontrol azken kimilerinde ise tam tersi olabilmekte ve güven eksikliği aşırı kontrol biçiminde ortaya çıkabilmektedir. Ama önemli olan nerede güven duymak nerede kontrol edilmesi gerektiğini belirleyerek, güven ve kontrol dengesini kurabilmektir.

Güven ilkesi, Nazi Almanya'sı döneminde özellikle trafik hukuku alanında uygulandığından bir takım önyargılı görüşlere maruz kalmıştır³²⁴ ve ancak daha sonra diğer alanlara taşınarak uygulanmıştır³²⁵. Bu ilkenin Alman Nazizmi ile ilgisi olmamasına rağmen aksine Alman uygulamasının ceza hukukuna hediye ettiği ve olumlu yönde katkıları olan bir kurumdur.³²⁶

Güven ilkesinin ilk açık kanuni düzenlemesi Avusturya Karayolları Trafik Kanunu'nda yer almıştır. Buna göre bir yolu kullanan kimse genel olarak *“başka şahısların yolun kullanımı bakımından ilgili hukuk kurallarına uyduklarına”* güvenebilir.³²⁷ Yolun kullanılması sürekli dikkat ve karşılıklı düşüncüyü gerektirir şeklindeki çifte koruma sistemi söz konusudur.³²⁸

Özellikle trafik hukuku bakımından, trafiğin uygun bir şekilde akması için özen yükümlülüğünü sınırlandırıcı etkisi olan bu ilke sıklıkla izin verilen riske dayandırılmaktadır ve Alman hukuku öğretisinde de egemen görüş güven ilkesinin izin verilen riskin bir uygulama olayı olduğu yönündedir.³²⁹

İtalyan uygulamasında ise İtalyan Yargıtay'ı başlangıçta trafik konusunda güven ilkesinin taksiri önleyici işlevini kabul etmemiş ancak daha sonra, diğer sürücünün trafikte geçerli hukuksal veya ortak tecrübeye dayalı kurallara uymayacağı öngörülebilir ise güven ilkesinin geçerli olmayacağı görüşünü benimseyerek güven

³²⁴ Altundere, s.106.

³²⁵ Ünver, Risk, s.339.

³²⁶ Ünver, Güven, ss.909-910.

³²⁷ Yener Ünver, Risk, s.341.

³²⁸ Berg, s.3.

³²⁹ Ünver, Risk, ss.340-341.

ilkesini kabul etmiştir.³³⁰ Ancak günümüzde İtalyan içtihatlarında tıbbi ekibin ceza sorumluluğunu kısıtlayan güven ilkesinin kullanımı halen yaygın değildir.³³¹

İlk başta trafik hukukunda ortaya çıkan güven ilkesi daha sonra tıbbi uygulamalarda kullanılmaya başlanmış ve tıp hukukuna ait spesifik bir anlam taşımaya başlamıştır.³³² Tıp hukuku öğretisinde kabul edilen güven ilkesi ilk defa 1979 yılında Alman Federal Adalet Mahkemesi Kararı'na³³³ yansımış ve daha sonra içtihatlarda yer almaya devam etmiştir.³³⁴

Almanya Federal Adalet Mahkemesi'nin kararlarında ilk defa kullanılan güven ilkesine konu olayda, 18 yaşındaki ev hanımı Petra S., 06.01.1976 tarihinde anestezi altındayken, tüp uygulanmadan önce mide içeriğini inhale etmesinden dolayı aspirasyon pnömonisine bağlı olarak 08.01.1976 tarihinde vefat etmiştir.

Hasta Petra, akut batın şüphesi nedeniyle hastaneye kabul edilmiş ve asistan hekim tarafından apandisit perforasyonu olarak tanımlanmıştır. Hastada ayrıca eşlik eden paralitik ileusa bağlı kusma, barsak seslerinin olamaması, anormal susama, batında gerginlik gibi semptomlar bulunmaktadır. Hasta, akşamdan iki litre kadar papatya çayı ve sabah da altı şişe su içtiğinden dolayı sindirim sistemi sindirilmemiş besinlerle doludur. Ancak hastanın kocası Kuno S., asistan hekimin hastadaki belirtileri netleştirilmediğini belirtmiştir. Diğer taraftan asistan hekim, hastada barsak seslerinin olduğunu not etmiştir. Ameliyatı yapacak olan cerrah, hastaya o gün bir şey yiyip içmediğini sorduğunda hasta, sabah bir miktar su içtiğini ve kustuğunu söylemiştir. Cerrah, bu sebeple hastayı aç olarak değerlendirmiş, anesteziste de bu yönde bilgi vermiştir. Mahkeme, güven ilkesinin ameliyathanedeki iş birliği için de

³³⁰ Delogu, s.124.

³³¹ Cinzia **Scotto**, Il principio di affidamento nell'attività medico-sanitaria in equipe, Filodiritto, 2015, s.3
<http://www.filodiritto.com/articoli/pdf/2015/09/il-principio-di-affidamento-nellattiv-medico-sanitaria-in-equipe.html?id8=3>, (E.T.:17.01.2016).

³³² Berg, s.1.

³³³ **Jurion**, (BGH, 02.10.1979, 1 Str 440/79), <https://www.jurion.de/Urteile/BGH/1979-10-02/1-StR-440-79>, (E.T.:17.01.2016).

³³⁴ Berg, s.5.

geçerli olduğunu kabul ederek bu ilkenin hekim meslektaşlar arasında kusursuz iş birliğine dayalı olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, ameliyat öncesi anestezi hazırlıkları için, hastanın anestezi prosedürünün belirlenerek aspirasyon riskine karşı gerekli önlemlerin alınması, gerekirse aç kalmasının sağlanması gerektiği belirtilmiştir.³³⁵

Cerrah ile anesteziistin iş birliğinde güven ilkesi esas olup karşı tarafın mesleki niteliğinde tereddüt olmadığı sürece hekimlerin birbirlerinin verilerini kontrol etme yükümlülüğü bulunmamaktadır. Aksi halde iş birliğinin anlamı kalmayacak ve kontrol etme işlemlerinin alacağı vakit hastanın zararına olabilecektir. Böylece, cerrahın verilerine güvenerek verileri kontrol etmeyen anesteziistin bu verilerin yanlış olması halinde sorumluluğu olmayacaktır.³³⁶

Anestezi hekiminin, hastanın gerekli muayenesinin yapılarak anesteziye hazırlanması ve anestezi altındaki kontrolünde dikkat ve özen sorumluluğu bulunmaktadır. Olayda hastanın ameliyatı için anestezi uzman hekimi ile cerrah arasında yatay iş birliği bulunmaktadır. Anestezi uzmanının, kendi uygulamaları açısından bizzat hastanın öyküsünü alma ve muayenesini yapması gerektiğinden bu uygulamalar anesteziistin çekirdek sorumluluk alanına girmektedir ancak hastanın açlığı konusunda değerlendirme yapan cerrahın kararına karşı güven ilkesinden yararlanabilir. Cerrahın da anestezi hekiminin hastayı gereği gibi muayene etmemesi veya gereken müdahaleyi gerektiği gibi yerine getirmediğini fark etmesi halinde, gerekli uyarılarda bulunması gerekir. Aksi halde cerrahın, anesteziistin davranışına güveni korunmayacaktır.

Diğer taraftan daha önce de açıkladığımız üzere asistan hekimler³³⁷, uzman hekimlerin denetim ve gözetiminde çalışmaktadırlar ve aralarında dikey iş birliği mevcuttur. Bu sebeple hastanın kliniği ile ilgili uzmanlık bilgisi gerektiren karar verilirken hastanın uzman hekim tarafından da değerlendirilmesi gerekir. Bu halde uzman hekim, sadece asistan hekimin kararına güvenerek hareket edemez. Aksi

³³⁵ Jurion; Almanya Federal Adalet Mahkemesi Kararı, K.T.:02.10.1979, 1 StR 440/79.

³³⁶ Hakeri, Tıp 2015, s.159.

³³⁷ Bakınız (Bölüm II, 3.3.2.3.) Uzmanlık Eğitimi Görenler.

takdirde uzman hekimin, dikkat ve özen yükümlülüğünü gereği gibi yerine getirmemesinden kaynaklanan neticeye bağlı sorumluluğu söz konusu olacaktır.

4.1.3. Hukuki Fonksiyonları ve Uygulama Alanı

Güven ilkesi; bireylerin belirli tehlikeleri önceden tahmin edip buna uygun strateji geliştirmelerini gerektiren, tehlikenin belirlenmesini sağlayan ve böylece özen yükümlülüğünün ve fiilin objektif isnad edilebilirliğinin belirlenmesi bakımından objektif isnadiyeti ortadan kaldıran, genel geçerli bir ilke olarak kabul edilmektedir.³³⁸ Ancak iyi niyet ilkesi gereği kişi öngörebildiği ölçüde, karşısındakinin hatalarını da hesaba katmak zorundadır. Bu nedenle karşısındakinin fark edilebilir hatasını kişinin tecrübesi ile fark edebilmesi ölçüsünde güven ilkesi sınırlanacaktır.³³⁹ Bu haliyle güven ilkesi, uygulamada genel kuraldan ziyade yükümlülüklerin sınırlarını ortaya koyan istisnai hali belirtmektedir.³⁴⁰ Diğer taraftan özen yükümlülüğünün ihlali sonucu daha önceden tespit edilmiş bir zararın sorumluluğunu sınırlama değil aksine katılan kimselerin özen yükümlülüğünü bizzat belirleme amacı bulunmaktadır.³⁴¹

Güven ilkesi, kendisine güven duyulması gereken kimseye de hitap etmekte, hukuk düzenince kendisinden beklenen davranışa (ilgili kurala uyması) ihlal etmesi durumunda özen yükümlülüğünü ihlal edenin kendisi olacağı ve meydana gelecek zarardan dolayı sorumlu tutulacağı mesajını vermektedir. Ayrıca, güven ilkesi nedensellik bağı yönünden fiilin objektif isnat edilebilirliğinin belirlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır.³⁴²

Hayatın olağan akışı içerisinde, insanın sosyal yapısı nedeniyle aynı ortamda bulunma ve gerekirse birlikte hareket etme zorunluluğu doğmuştur. Bu nedenle kişilerin toplum yapısı içerisinde genel bir dikkat ve özen yükümlülüğünün bulunduğu kabulünde şüphe yoktur. Bireylerin birlikte bulunmaları gereği, sosyal

³³⁸ Ünver, Güven, s.882.

³³⁹ Berg, s.3.

³⁴⁰ Ünver, Risk, s.338.

³⁴¹ Ünver, Risk, s.344.

³⁴² Hasan Tahsin **Gökcan**, Ceza Hukukunda Güven İlkesi ve Trafik ve Tıp Hukukunda Uygulanması, Yargıtay Dergisi, Ocak-Nisan 2012, C.38 S.1-2, s.12 .

yapı içerisinde diğer bireylerin kurallara uygun hareket edeceğine dair haklı beklentisi çerçevesinde her daim dikkat ve özen yükümlülüğüne uygun hareket etmeleri beklenmeyebilir. Aksi halde insanın insana olan itimadının sarsılması ve sosyal yaşamın sekteye uğraması söz konusu olabilecektir. Bu sebeple güven ilkesi, aynı alanda birlikte bulunan bireylerin bu dikkat ve özen yükümlülüğünün istisnası olarak ortaya çıkmıştır. Yani güven ilkesi, dikkat ve özen yükümlülüğünün istisnası niteliğindedir. Bu duruma tersten bakacak olursak dikkat ve özen yükümlülüğünün istisnası olarak ortaya çıkan güven ilkesinin istisnaları da dikkat ve özen yükümlülüğünü ortaya koymaktadır. Bu haliyle güven ilkesi, dikkat ve özen yükümlülüğünün belirlenmesinde kullanılabilecektir. Böylelikle ilke, bireylerin dikkat ve özen yükümlülüğünü belirlemede kullanıldığından sosyal hayatın içerisinde kendisine geniş bir uygulama alanı bulmaktadır.

Bununla beraber güven ilkesi, öğreti ve uygulamada farklı şekillerde ele alınarak farklı konularda uygulanmıştır. Bunlar:³⁴³

Dikkat ve Özen Yükümlülüğü: Esas olarak dikkat ve özen yükümlülüğünün ihlal edilip edilmediğinin tespitinde uygulama alanı bulmuştur.

Öngörülebilirlik: Özellikle uygulamada suç tipini realize edilmesinin öngörülebilirliği konusunda değerlendirilmiştir. Başkasının kurala aykırı davranışı kural olarak fail açısından öngörülebilir olmayıp, kişinin kendi hareketi ile kurala aykırı davranan kişinin hareketinin birlikte değerlendirilme zorunluluğu bulunmamaktadır.

Yararların Karşılaştırılması: Yararların karşılaştırılmasında çok sık kullanılmıştır. Bilinçli taksirin cezalandırılabilirliğini sınırlamak bakımından uygulanan bu ilke, kişinin “*neticenin gerçekleşmeyeceğine güvenmek*” olarak bilinçli taksire dayandırılmış ve aynı zamanda bu anlamdaki bilinçli taksirin cezalandırılmayacağı vurgulanmıştır.

Sorumluluk Alanı: Öngörülebilirlik ve izin verilen risk kavramlarından hareketle oluşturulan güven ilkesi, kişinin kendi sorumluluk alanının belirlenmesinde

³⁴³ Ünver, Risk, ss.339-340.

kullanılmaktadır. Bu sebeple güven ilkesi, izin verilen riskin bir uygulaması, bir görünüm şekli olarak da değerlendirilebilir.

4.1.3.1. Dikkat ve Özen Yükümlülüğü

Dikkatsizlik, icrai harekette bulunarak gösterilmesi gereken özenin gösterilmemesidir.³⁴⁴ Özen yükümlülüğü kapsamındaki tedbirsizlik ise belirli bir neticenin meydana gelmesini engelleyecek önlemlerin alınmamasıdır.³⁴⁵

Dikkat ve özen yükümlülüğünün yansıması olan taksir, TCK m.22/2’de *“Taksir, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyle gerçekleştirilmesidir.”* şeklinde tanımlanmaktadır. Buna göre ceza hukuku alanında taksir, failin, öngörülebilir nitelikteki sonucu öngörmemesi veya sonucu öngördüğü halde istememesi şeklinde tanımlanmaktadır.³⁴⁶ Yani taksir kısaca gereğini yapmama, eksik yapma, kendisinden beklenen özeni göstermeme demektir.³⁴⁷ Tedbirsizlik ve dikkatsizlik şeklindeki taksir, aynı anlama gelen terimlerdir.³⁴⁸ Taksirden dolayı kişinin cezalandırılması, sorumlulukta neticenin de iradi olarak istenmesini isteyen genel kurala istisna niteliğindedir. Bu anlamdaki kusurlu hareketlerin cezalandırılması kişilerin düzen ve disipline uygun hareket etmesini sağlamak içindir ve böylece kişileri toplum içerisindeki faaliyetlerinde daha dikkatli ve özenli olmaya sevk eder.³⁴⁹

Dikkat ve özen yükümlülüğü, TCK’da taksirle gerçekleştirilen davranışın haksızlık unsurunu ve dolayısıyla taksirin esasını belirtmek amacıyla kullanılmıştır.³⁵⁰ Taksirli hareketlerin haksızlık unsurunu oluştururlar ve belirlenmesinde objektif

³⁴⁴ Demirbaş, s.370.

³⁴⁵ Demirbaş, s.370.

³⁴⁶ Kayıhan **İçel**, Türk Ceza Hukukunda Taksirden Doğan Sübjektif Sorumluluk (Taksir), İstanbul, 1967, s.23.

³⁴⁷ Nur **Centel**, Hamide **Zafer**, Özlem **Çakmut**; Türk Ceza Hukukuna Giriş, 6. Bası, Beta, İstanbul, 2010, s.398.

³⁴⁸ M. Sabri **Özbek**, Taksirli Suçlar Ve Haksız Fiillerden Doğan Tazminata Ait Hükümler, Balkanoğlu, 1963, s.12.

³⁴⁹ Erem, s.336.

³⁵⁰ Mahmut **Koca**, İlhan **Üzülmöz**; Türk Ceza Kanunu Genel Hükümler, 4. Baskı, Seçkin, Ankara, 2011, s.162.

esastan hareket edilir.³⁵¹ İhlal edilen objektif özen yükümlülüğünün belirli hukuki değerle ilişkili olması gerekir, belli bir hukuki değerden bağımsız ve soyut bir özen yükümlülüğünün varlığından bahsedilemez.³⁵² Ancak fail, taksirli davranış dolayısıyla gerçekleşen zararlı sonuçlar bakımından aynı zamanda kendi şahsi yetenekleri, algılama gücü, tecrübeleri, bilgi düzeyi ve içinde bulunduğu şartlar itibariyle, objektif olarak mevcut bulunan özen yükümlülüğünü öngörebilecek ve yerine getirebilecek durumda olmalıdır.³⁵³ Bu nedenlerle dikkat ve özen yükümlülüğünün belirli hukuki değerle ilişkili olmaması veya bahsedilen şartlara haiz olmayan failin, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırı hareketten dolayı kusurlu olduğundan veya dikkat ve özen yükümlülüğünün içeriğini, varlığını ve kapsamını anlayıp, aynı zamanda bu doğrultuda hareket edebilecek durumda olduğundan bahsetmek mümkün değildir.³⁵⁴

Dikkat ve özen yükümlülüğünün gereği olarak bireylerin öngörülebilir ve kaçınılabilir tehlike oluşturan riskli hareketlerde bulunmamaları gerekir ve hatta toplumda belirli tehlikeli faaliyetlere izin verilmiş olsa da bireyler gerçekleştirdikleri veya katıldıkları bu tehlikeli faaliyetlerde dikkat ve özen yükümlülüğüne sahiptir.³⁵⁵ Bilim ve teknik, modern insanın ortak malvarlığı haline gelmiştir ancak yeni avantajların yanında yeni tehlikeler yaratarak gelişmeye devam ettiğinden hayatı felce uğratmadan, ceza yaptırımını ile müdahale ederek duruma hakim olma ihtiyacı hissedilmiştir. Bu ihtiyaç doğrultusunda hukukçular, “*madem ki her riskli faaliyet belli önlemler almak suretiyle yürütülmelidir; bu önlemler alındığı ve bunlara uyulduğu sürece ceza sorumluluğu olamaz ve bu faaliyetten doğan zararlı sonuçlar umulmayan hal olarak kabul edilir*” şeklindeki *meşru risk* (rischio lecito) teorisi yaratılmıştır. Teoriye göre, önlemler uygulanabilecekleri halde uygulanmamışlarsa ve bundan doğan zararlı sonuçlar, kanun tarafından öngörülmüşlerse taksirli suç oluşacaktır.³⁵⁶

³⁵¹ İzzet Özgenç, Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler, 8. Bası, Seçkin, 2013, s.252.

³⁵² Özgenç, Ceza, s.251.

³⁵³ İzzet Özgenç, Suçun Yapısında Kusur (Kusur), (Yayımlanmamış Doçentlik Tezi), İstanbul, 1997, s.50.

³⁵⁴ Bahar Demirci, Türk Ceza Hukukunda Taksirden Doğan Sorumluluk, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011, s.123.

³⁵⁵ Yıldız, s.263.

³⁵⁶ Delogu, ss.116-117.

Güven ilkesi, dikkat ve özen yükümlülüğünü genel olarak değil sadece istisnaen sınırlandırır, özen yükümlülüğüne aykırı hareket edilmesinde yardımcı olmaz. Çünkü ilke esasında bir “*değerlerin dengelenmesi*” kurumu olup hareket noktası, günlük faaliyetlerde başkalarının yanlış hareketlerinin hesaplanamayacağı ve buna uygun tepkiler göstermek zorunda kalınmayacağının gösterilmesidir.³⁵⁷ İlke önemlidir ancak ceza sorumluluğunu ortadan kaldıran veya ekibe dahil olan kişilerin yükümlülüklerinde daraltmaya gidilmesini sağlayan sihirli bir formül değildir, bu alandaki sorunların tümünü çözecek tek veya en önemli ilke olarak görülmemelidir.³⁵⁸

Türk yargısına konu olan olayda; guatr ameliyatına başladıktan sonra, bir saatlik bir ameliyat için kullanılan oksijen tüpünün içinde 15 dakikalık oksijen kaldığı anlaşılmış, oksijen tüpünün değiştirilmesi sırasında oksijen tüpü yerine üzerinde “CO2” rumuzu taşıyan, farklı renk ve vanası olan karbondioksit tüpü takılmıştır. Tüp takıldıktan bir süre sonra, hastanın dudaklarının morararak kötüleşmesi üzerine durumun farkına varılmış ancak yapılan müdahaleye rağmen hasta vefat etmiştir.³⁵⁹

Mahkeme, anestezi işlemlerini hazırlamayan, ameliyatta bulunmayan ve anestezi teknisyenlerine nezaret etmeyen anestezi uzmanı hekimini baştan sona özensiz ve denetimsiz davranması nedeniyle suçlu bulmuştur. Bu karar, denetim görevini yerine getirmeyen ve bu görevi ihmal hareketinin netice açısından nedensellik değeri taşıdığı durumda, güven ilkesine dayanılamayacağını göstermektedir.³⁶⁰ Kararda, güven ilkesinin dikkat ve özen yükümlülüğünün bir istisnası olmadığı görülmektedir. Eğer anestezi uzmanı, denetim görevini yerine gerektiği gibi yerine getirmiş olsaydı güven ilkesinden yararlanabilirdi.

³⁵⁷ Ünver, Güven, s.884.

³⁵⁸ Ünver, Güven, ss.884-885.

³⁵⁹ Yargıtay Kararları Dergisi, Eylül 1996, C.22, S.9, ss.1483-1485. 2.CD. 1996/268E, 1996/1025K, 05.02.1996.

³⁶⁰ Ünver, Güven, s.897.

4.1.3.2. Öngörülebilirlik

Bir kimsenin dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırı hareket ettiğinden bahsedilebilmesi için sonucun öngörülebilir olması da gerekir.³⁶¹ Netice öngörülebilir değilse failden dikkat ve özen göstermesi beklenemez aksi halde sorumluluğun kapsamı adeta sınırsız hale gelir.³⁶² Kişilere yüklenen dikkat ve özen yükümlülüğünün yerine getirilmesi, her görevin yerine getirilmesinde aranan öngörülebilirliği gerektirir, dolayısıyla böyle bir öngörülebilirlik yoksa o yükümlülüğün yerine getirilebilmesini isteme hakkı da ortadan kalkar.³⁶³ Neticenin öngörülebilirliği taksirin unsurlarından olduğu gibi, aynı zamanda onu kaza ve tesadüften ayıran sınırdır.³⁶⁴

Neticenin öngörülebilir ve önlenabilir olup olmadığı somut olay göz önüne alınarak belirlenmelidir. Bu belirleme çağdaş iş birliği, uzmanlaşma ve bilgi farklılıkları yanında bireylerin eğitim, yaş, bedensel durum gibi farklılıklarına göre yapılacak sınıflandırmalar esas olacağından öngörülebilirlik kavramının tespiti görece bir nitelik kazanmaktadır.³⁶⁵

4.1.4. İstisnaları

Güven ilkesinin istisnai bir alan olduğunu belirttikten sonra bu ilkenin temel istisnalarını örneklemek gerekir.

İlk istisna; diğer kişilerin kurallara uygun şekilde hareket etmeyeceği öngörebilecek durumdaysa yani öngörülebilir hata varsa güven ilkesi uygulanmaz.³⁶⁶ Somut olayda başkalarının kusurlu hareketleri öngörülebilir haldeyse, kişi artık dikkat ve özen yükümlülüğüne uygun davranarak sorumluluktan kurtulamaz ve mevcut duruma göre istenmeyen sonucun meydana gelmesini engellemek için gerekli tedbirleri alma yükümlülüğü altındadır.³⁶⁷ Başka kimselerin özen yükümlülüğünü ihlal

³⁶¹ Yıldız, s.262.

³⁶² Centel, Zafer, Çakmut, s.402.

³⁶³ Demirbaş, s.364.

³⁶⁴ Demirbaş, s.364.

³⁶⁵ Centel, Zafer, Çakmut, s.403.

³⁶⁶ Ünver, Risk, s.342; Yıldız, s.267, Katoğlu, s.32.

³⁶⁷ Ünver, Risk, s.342; Yıldız, s.267.

eden davranışların hesaba katılmasının gerekmediği durumlarda özen yükümlülüğü belirlenirken genel bir güven ilkesinden bahsedilemez.³⁶⁸ Örneğin otomobil sürücüsü kendi geçiş üstünlüğü olmasına rağmen diğer aracın bu önceliğe uymadan yola çıktığını gördüğü halde, geçiş üstünlüğünün kendisine ait olduğu düşüncesiyle harekete devam ederse istenmeyen sonuçtan, sırf öncelikli geçiş hakkına sahip olmasına güvenmesinden dolayı sorumluluktan kurtulamayacaktır.³⁶⁹ Ambulans sürücüsü kanunda belirtilen şartları yerine getirdikten sonra başka bir aracın önüne geçmesi ya da önündeki aracın yol açmamasını görmesine rağmen diğer aracın kendisine geçiş üstünlüğü sağlaması gerektiğine güvenerek hareket etse bile meydana gelecek istenmeyen sonuç nedeniyle objektif isnadiyet gereği sorumluluktan kurtulamaz.

Güven ilkesi, haklı ve hukuken korunan güvenin varlığı halinde vardır. Kişinin objektif isnadiyete göre sorumlu tutulabilmesi için başkasının kurala aykırı davrandığını veya davranacağını açıkça gösteren “belirli somut sebeplerin” varlığı gereklidir ve böyle şüphe uyandıran belirti yoksa kişiden öngöremeyeceği bir kurala aykırılık olasılığını öngörmesi beklenemez.³⁷⁰

Kişinin kendisinin hatalı davranışından dolayı güven ilkesinden yararlanıp yararlanamayacağı hususu tartışmalıdır.³⁷¹ Federal Almanya uygulamasında, bizzat kurallara aykırı davranan kişinin artık güven ilkesinden yararlanamayacağı görüşü bulunmaktadır.³⁷² Bu görüş, çoğu durumda kişinin kurallara uymamasının sonuç açısından etkili olmadığı ve buna rağmen güven ilkesinden yararlanabilmesi gerektiği düşüncesiyle eleştirilmektedir.³⁷³ Çünkü hatalı davranan kimsenin hareketinin yaptırımı, bu ilkeden yararlandırmamak olamaz, somut olayın koşullarını değerlendirmek gerekir. Böyle bir durumda kişinin, somut olaya hiçbir etkisi olmayan

³⁶⁸ Ünver, Risk, s.342.

³⁶⁹ Yıldız, s.267.

³⁷⁰ Ünver, Risk, s.342.

³⁷¹ Ünver, Risk, s.343.

³⁷² Ünver, Risk, s.343.

³⁷³ Yıldız, s.267.

ve somut olayın gerçekleşmesini engellemeyecek kuralı tesadüfen ihlal etmesinden sorumlu tutulması doğru değildir.³⁷⁴

Diğer istisnai durum ise; kişinin hiyerarşik-hukuksal konumu dolayısıyla bir denetim ve gözetim yükümlülüğü varsa, bu ilkeye aykırı hareket etmesinden dolayı güven ilkesinden yararlanması mümkün olmamasıdır.³⁷⁵ Bu durumda birinin, diğerlerinin davranışlarını denetlemek ya da gözetmek yükümlülüğü bulunduğundan, ihlali halinde taksirden dolayı sorumluluk söz konusu olur.³⁷⁶

Üçüncü istisna, başka bir kimsenin anlaşılır hatasına itiraz etme ve düzeltme gerekliliğidir.³⁷⁷ Örneğin bakım yükümlülüğü olan hemşirenin, kas içine uygulanması gereken bir ilacı hatalı bir şekilde hastanın damar yolundan vermek üzere olan hekimi uyarması gerekir. Hemşirenin, cerrahi müdahale sonrası ateşinin yükselmekte olduğunu gördüğü hastanın taburcu edilmek istenmesi halinde de bakım yükümlülüğü gereği gerekli uyarıları yapması gerekir. İlacın dozunun yanlış olduğunu ya da birlikte kullanılan diğer ilaçlarla zararlı etkileşime gireceğini öngören eczacının da hekimi uyarması gerekir. Yanlış taraf cerrahisinin yapılacağını fark eden ekip üyesi de sorumlu hekimi uyarmalıdır. Benzer şekilde; kafa kaidesindeki kırığı fark etmeyen radyologu, kırığı fark eden beyin cerrahisi uzman hekiminin uyarması örneği gibi radyologun raporundaki hatayı fark eden ilgili hekimin radyologu uyarması gerekir.

Dördüncü istisna ise, üçüncü şahsın kasten suç işleyeceğine dair anlaşılır belirtiler varsa güven ilkesi geçerli olmayacaktır.³⁷⁸ Örneğin yukarıdaki sahte kimlik veya rapor olayında bahsettiğimiz gibi (Bölüm 4.1.1) sahtecilik anlaşılabilir düzeyde ise hekim artık güven ilkesinden yararlanamaz.

³⁷⁴ Ünver, Risk, ss.343-344.

³⁷⁵ Katoğlu, s.32.

³⁷⁶ Katoğlu, s.33.

³⁷⁷ Ünver, Risk, 345.

³⁷⁸ Ünver, Risk, s.346.

Yukarıda açıkladığımız üzere güven ilkesi, dikkat ve özen yükümlülüğünün istisnası değildir. Ancak güven ilkesinin korunmadığı istisna hallerde, dikkat ve özen yükümlülüğü mevcudiyetini korumaktadır.

Tablo 10. Güven İlkesinin Uygulama Alanları ve İstisnaları

Uygulama Alanları (4.1.3)	İstisnaları (4.1.4)
Dikkat ve özen yükümlülüğü tespiti	Denetim ve gözetim yükümlülüğü
Objektif isnadiyetin belirlenmesi	Öngörülebilir hata
Suç tipinde öngörülebilirlik	Anlaşılır veya düzeltilebilir hata
Yararların karşılaştırılması	Kasten suç işlemeye dair belirti
Sorumluluk alanı	

4.2. Ekip İş Birliğinde Güven İlkesi

Ekip halinde gerçekleştirilen faaliyetlerde, taksirin varlığı konusundaki denetleme, her failin kendi faaliyetine ilişkin kurala uyup uymadığı açısından yapılmalıdır. Çünkü bu tür çalışmalarda her birey, diğerlerinin doğru hareket ettiğine güvenmek durumundadır.³⁷⁹ Bu güven tek taraflı olmayıp, gerek yatay gerek dikey iş birliğinde çift yönlüdür.

Aynı zaman ve yerde ekip halinde gerçekleştirilen faaliyetler açısından ekip üyelerinin diğerlerinin tehlikeli faaliyetlerine ilişkin özen, denetim ve gözetim yükümlülüğünün bulunup bulunmadığının saptanması gerekmektedir. Taksirli sorumluluğun belirlenmesinde yararlanılan öngörülebilirlik ve önlenebilirlik ölçütleri, iş birliği kurallarına dayalı ve ekip halinde gerçekleştirilen faaliyetlerde başlı başına sorunu çözmekte yetersiz kalmaktadır. Ekip üyelerinin her birinin sürekli olarak diğerlerinin davranışlarını kontrol etmeleri, bu kez de üzerlerine düşen asıl sorumluluklarını özen borcuna uygun biçimde yerine getirmelerine engel olabilecek ve böylece uzmanlaşma ve iş birliğinden beklenen yarar sağlanamayacaktır.³⁸⁰

³⁷⁹ Centel, Zafer, Çakmut, s.403.

³⁸⁰ Katoğlu, s.30.

Güven ilkesinin iş birliği ve sorumluluk bölüşümü bakımından uygulanabilmesi için, bu sorumluluk bölüşümünü düzenleyen, farklı sorumluların yükümlülüklerini belirleyen davranış kuralları bulunmalıdır. Zararlı sonucu önlemeye yönelik bu davranış kuralları ile hukuki varlığın korunması bakımından sorumluluk ekip içerisindeki kişilere dağıtılmalıdır. Bu yönüyle farklı kişilere yönelen davranış kuralları, hukuki konunun korunması bakımından, farklı yükümlülükler getirmektedir.³⁸¹ Güven ilkesi uyarınca da, herkesin kendi fiilinden sorumlu olması, başkasının fiili dolayısıyla bir kimsenin cezalandırılmaması gerekmektedir. Bu anlamda sorumluluk sahiplerinin her birinin sadece kendi sorumluluk alanında yer alan davranış kurallarına uygun hareket etmesi gerekli ve yeterlidir. Bunun sonucu olarak, diğerlerinin faaliyetlerini ilgilendiren davranış kurallarına uygun biçimde yürüttüklerine ya da yürüteceklerine duyulan güven, hukuken sonuç ifade eder ve dikkate alınır.³⁸² Diğer taraftan sorumluluk paylaşımı bulunmamakla beraber ilgili kişilerden birinin denetim ve gözetim yükümlülüğünün bulunması hallerinde ise güven ilkesi uygulaması sınırlanacaktır.³⁸³

İşçi sağlığı ve iş güvenliği alanında da teknoloji ekip halinde kullanılıp, tehlikeli faaliyet birden çok kimsenin katılımıyla sürdürülmektedir. Bu alanda da bir iş birliği ve sorumluluk bölüşümünün bulunduğu açıktır. Farklı olasılıklara göre, işveren ve işveren vekilinin yanı sıra iş sağlığı ve güvenliği kurulu, iş güvenliği ile görevli mühendis veya teknik elemanlar ile işyeri hekimlerinin muhatap oldukları normlar bulunmaktadır. Zararlı sonuçları engellemeye yönelik bu davranış kuralları ile ilgililere iş güvenliği ile ilgili kanuni düzenlemelerle iradi olmayan sorumluluklar getirilmektedir. İş güvenliği bakımından farklı kişi ya da kurulların çeşitli yükümlülük ve sorumlulukları olduğu görülmektedir. Bu noktada güven ilkesinin dikkate alınmasına olanak verecek bir iş birliği ve sorumluluk bölüşümünün bulunduğu anlaşılmakla birlikte, denetim ve gözetim yükümlülüğünün bulunduğu, zararlı

³⁸¹ Katoğlu, s.31.

³⁸² Katoğlu, ss.31-32.

³⁸³ Katoğlu, s.36.

sonucun gerçekleşmesinin öngörülebilir olduğu durumlarda bu ilkeden yararlanılamayacağı açıktır.³⁸⁴

Güven ilkesinin yaşamın diğer alanlarında ne dereceye kadar geçerli olduğuna dair öğretilerde tam bir görüş birliği olmasa da kural olarak iş birliği yapılarak yürütülen faaliyetlerde, iş birliği yapan kimselerin birlikte etkilediği olaylarda geçerli olduğu kabul edilmektedir.³⁸⁵ Özellikle trafik hukukunda kendini gösteren bu ilke son dönemlerde kıta Avrupası'nda inşaat hukuku³⁸⁶, bilimsel araştırmalar ve kurtarma faaliyetleri yanında tıp hukukunda da tartışmasız olarak uygulama alanı bulmaktadır.³⁸⁷

4.3. Tıp Hukukunda Güven İlkesi

Modern tıp, çok sayıdaki farklı disiplinlerdeki gelişme ve derinleşmeye bağlı olarak alanı olabildiğince tek başına kontrol altına alamamaktadır ve diğer disiplinlerle de az ya da çok iş birliği içerisine girmektedir. Tıp meslek mensupları hastayla ilgili her durum için iş birliği içerisinde bulundukları meslek gruplarını kontrol ve gözetim altına almaya kalkarsa, tüm ilgiyi hastaya odaklama yerine diğer meslek mensuplarına da kaydırmış olacaktır ki bu durum iş birliğini yıpratıp, sekteye uğramasına neden olabilecektir.³⁸⁸

Tıpta uzmanlaşma ve iş birliği nedeniyle, neredeyse her tıbbi müdahalenin artık bir ekiple birlikte yerine getirildiği göz önünde bulundurulduğunda, hukuk düzeni uzmanlaşma ve profesyonelleşmeyi saptayabilir ama kendisi yaratamaz.³⁸⁹ Güven

³⁸⁴ Katoğlu, s.35.

³⁸⁵ Ünver, Risk, s.345.

³⁸⁶ Altundere, s.106.

³⁸⁷ Yıldız, s.268.

³⁸⁸ Berg, s.5.

³⁸⁹ Gunnar **Duttge**, Güven Prensibinin Taksirli Suçlardaki Anlamı Alman Ceza Hukuku Teorisi ve Uygulamasının Gelişimine İlişkin Hukuksal Temellere Bakış, Çevirenler: Hakan Hakeri, Mesut Mutlu; Sağlık Alanında Temsil ve İşbirliği, VII. Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu Tıpta İşbirliği ve Hukuksal Sorunlar, Editörler: Hakan Hakeri, Henning Rosenau, Adalet Yayınevi, Samsun, 2010, s.253.

ilkesinin ülkemizde henüz gelişmekte olan tıp hukuku alanında uygulanmasının zorunluluğu ve bu nedenle daha ayrıntılı olarak ele alınması gerektiği tartışmasıdır.³⁹⁰

İlke, tıp hukuku bakımından, tıbbi bir uygulamayı yürüten kişinin, diğer sağlık çalışanının hatalı davranışından dolayı ceza hukuku ve özel hukuk anlamında sorumluluğunu engelleyen kurumdur.³⁹¹ Öncelikle ceza hukuku açısından sorumluluğun belirlenmesinde kullanılan bu ilke, özel hukuk sorumluluğu çerçevesindeki tazmin yükümlülüğü sorununun çözümünde hukuksal dayanak olarak kullanılabilir. İlke, özel hukuk ilişkilerinde temel yol gösterici etkileri olan doğruluk ve dürüst davranma kurallarının tıbbi sorumluluk alanına özgü önemli bir yansıması olarak görülebilir.³⁹² Nitekim Yargıtay 4. Hukuk Dairesi'nin tıbbi uygulamalarla ilgili vermiş olduğu bir karar³⁹³, ceza sorumluluğunun şahsiliği, güven ilkesi ve ilkenin istisnasına dair uygun bir karardır.³⁹⁴ Verilen karar, her ne kadar ceza yargısından olmayıp rücuyla ilişkin olsa da güven ilkesinin özel hukuk alanında da uygulanabileceğine dair güzel bir örnektir.

Tıpta bireysel veya ekip halinde çalışanlar, tedavi sürecine katılan diğer sağlık çalışanlarının kurallara uygun davrandıklarına, hata yapmadıklarına dair bir güvenle hareket edebilirler.³⁹⁵ Yani her personel, diğer personelin görevini layıkıyla yerine getirebildiğini ve görevini de ciddiye aldığını kabul edebilir. Bu şekildeki kabul, o kişinin tecrübe veya bilgisine yönelik tereddüt olmadığı sürece yükümlülüğe aykırı değildir.³⁹⁶ Ancak bu durum hekimlerden birinin diğerlerinin işlemlerine ilişkin hiçbir

³⁹⁰ Altundere, s.106.

³⁹¹ Yıldız, s.268.

³⁹² Demir, ss.87-88.

³⁹³ “Davacı S. Bakanlığı, devlet hastanesi çocuk bölümünde tedavi gören küçük Caner’in hatalı enjeksiyona bağlı olarak ölümü nedeniyle ölenin yakınlarına ödediği tazminatı küçüğü tedavi eden doktor ve iğneyi yapan hemşireden rücu istemektedir. Yerel mahkemece, bilirkişi incelemesine göre olayda 4/8 davalı hemşire Nurcihan’ın kusurlu olduğunu kabul ederek hüküm kurmuştur. Enjeksiyon yapıldığı sırada davalı doktorun da hastanın başında bulunduğu ve yanlış uygulamaya müdahale etme imkanı varken etmemesi ve hatta talimatıyla serum setinin yukarıya kaldırılarak daha hızlı bir şekilde akışı sağladığı, keza ölüm nedeninin “potasyum klorürün setten hızlı verilmiş olması” olduğunun tespiti karşısında davalı doktorun da dava konusu eylem nedeniyle kusurlu ve sorumlu olduğunun kabulü gerekir. O halde her iki davalının eşit oranda kusurlu ve sorumlu oldukları kabul edilerek...”4.HD. 15490E, 123K, K.T.:16.01.2007; Aktaran: Hakeri, Tıp 2015, s.165.

³⁹⁴ Ünver, Güven, s.897.

³⁹⁵ Ünver, Güven, s.886.

³⁹⁶ Hakeri, s.146.

denetim yükümü veya yetkisi bulunmadığı anlamını taşımamalıdır.³⁹⁷ Her hekim kendi sorumluluk alanı içerisindeki tehlikelerden sorumludur. Uygulamada da kabul edildiği üzere karşılıklı gözetim yükümlülüğü bulunmamaktadır, fakat dikkat ve özen yükümlülüğünün ihlaline ilişkin açık belirtiler bulunuyorsa artık hekim güven ilkesinden yararlanamaz ve hukuksal sorumluluğu ortadan kalkmaz.³⁹⁸

Hekimin, tedavisini üstlendiği hastasını mutlaka iyileştirmek, tedavi garantisi vermek gibi bir yükümlülüğü bulunmamakla beraber onun sağlığını koruma konusunda kanundan, sözleşmeden veya ön gelen tehlikeli eyleminden ileri gelen garantörlük yükümlülüğü bulunmaktadır.³⁹⁹ Hekimin çifte garantörlüğü olabileceği gibi komplikasyon gibi durumlarda üçlü garantörlük dahi söz konusu olabilmektedir.⁴⁰⁰ Bu sebeple hekim, tedaviye katılan diğer kişilerin davranışlarından kaynaklanan tehlike veya zararları öngörüyorsa engellemeye çalışma konusunda gerekli dikkat ve özeni göstermelidir. Güven ilkesi, hekimin garantörlüğünü ortadan kaldırmayıp, diğerlerinin kurallara aykırı davranışını açıkça öngörmedikçe onların olması gerektiği gibi hareket ettiklerine olan güveni korumakta ve meydana gelen sonuçlardan sorumlu tutmamaktadır.⁴⁰¹

Yani tıp hukuku sorumluluğu içerisinde, sağlık çalışanlarının teknik mesleki sorumlulukların yanı sıra dikkat ve özen yükümlülüğü kapsamında diğer kişilerin hatalarına ilişkin açık belirtileri de gözetme ve buna uygun hareket etme sorumluluğu bulunmaktadır.

³⁹⁷ Yıldız, s.268.

³⁹⁸ Hakeri, s.146; Yıldız, ss.268-269.

³⁹⁹ Doğramacı, ss.115-123.

⁴⁰⁰ Doğramacı, s.123; Yakup Gökhan **Doğramacı**, Kasten Öldürmenin İhmali Davranışla İşlenmesi Suçunun Hekimlik Uygulamaları Açısından İncelenmesi, 2.Ulusal Sağlık Hukuku Kongresi, Gaziantep, 23-25 Nisan 2015. Örneğin hekimin müdahalesine bağlı gelişen komplikasyonlar ön gelen tehlikeli eylemden kaynaklanmış olabilir ve garantör durumdaki hekim buna müdahale etmek zorundadır. Bu komplikasyona müdahale gerekliliği sözleşmeden de kaynaklanıyorsa çifte garantörlük söz konusu olur. Ayrıca sözleşme temelindeki bu komplikasyon ölümcül nitelikte ise kanundan kaynaklı garantörlük de ilave olacağından artık hekimin üçlü garantörlüğü söz konusu olacaktır.

⁴⁰¹ Yıldız, s.269.

Güven ilkesi, diğer kimselerin de hatalı davranışlarına itiraz etme, uyarma ve gerektiğinde düzeltme gerekliliğini de içermektedir. Tıbbi faaliyete katılan sağlık çalışanlarının dikkat ve özen yükümlülüğü, hata yapma riski ve hatanın meydana getireceği zararlar doğru orantılı olarak artacak ve güven ilkesinden yararlanma ihtimali azalacaktır.⁴⁰² Bu halde dikkat ve özen yükümlülüğünün artması gereken durumlarda güven ilkesinden yararlanma da azalmaktadır.

Örneğin, bir göz ameliyatı sırasında göz hekiminin kullandığı, yüksek ısıya sahip termokoter ile anesteziye kullanılan, yakıcı gaz özelliğine sahip saf oksijenin bir araya gelmesi sonucu meydana gelen yanma ile çocuk hastanın yüzünde ağır yanıklar meydana gelmiştir. Bu olaya ilişkin mahkeme kararında, anestezi ile cerrahın anestezi yönteminin seçimini kararlaştırmaları gerektiğini belirtmiştir.⁴⁰³

Bu sebeple farklı disiplinlerden olan hekimlerin, tehlikeli yöntem veya araç kullanımlarına bağlı olası uyumsuzluklarından hastanın korunabilmesi için hekimler arası koordinasyon sağlanması ve gerekli önlemlerin alınması gerekir.⁴⁰⁴ Görüleceği üzere yatay iş birliğinde güven ilkesinin kullanılabilmesi için dikkat ve özen yükümlülüğüne bağlı olarak gerekli koordinasyonun yapılması ve öngörülebilir risklerin tespit edilerek buna uygun önlemlerin alınması gerekmektedir.

4.3.1. Sorumluluk Alanları

Sağlık çalışanlarının sorumluluk alanlarını birincil ve ikincil olarak ayırmak mümkündür. Birincil sorumluluk alanı faaliyeti yürüten kişinin asli görevleri iken, ikincil sorumluluk alanı tali olarak yüklenen görevlerdir. Ancak kişiden birincil sorumluluk alanındaki görevlerini yapamayacak derecede ikincil sorumluluk alanı görevleri beklenmemelidir.⁴⁰⁵ Örneğin hasta muayenesi hekimin birincil sorumluluk alanı içerisinde olduğundan kendisine devredilen hastanın muayenesinin önceki hekim tarafından gerektiği gibi yapıldığına güvenerek hareket etmemelidir. Ancak hata veya

⁴⁰² Yıldız, s.269.

⁴⁰³ Hakeri, Tıp 2015, s.158.

⁴⁰⁴ Klaus **Ulsenheimer**, Arztstrafrecht in der Praxis, 5. Baskı, C.F. Müller, 2015, s.107 (Paragraf 205)

⁴⁰⁵ Altundere, s.108.

eksikliğe ilişkin açık belirti olmadığı sürece devreden hekimin uzmanlık alanına ilişkin işlemleri yaparken gereken dikkat ve özeni gösterdiğine güvenebilir.⁴⁰⁶

Güven ilkesi gereği ekip şefi, eğitim ve sertifikalarını almış diğer ekip üyelerinin kendi birincil sorumluluk alanlarını kontrol etmek zorunda değildir. Devlet sınavlarından geçerek göreve alınmış kişilerin, kendi alanlarında ehil olduklarını kabul edilmesi gerekir ve ekip şefi, bunların birincil alanını sürekli kontrol etmekle yükümlü değildir. Aksi takdirde iş birliği anlamsız hale gelir ve güven ilkesinin uygulanabilirliği ortadan kalkar.⁴⁰⁷

Ekip şefinin ikincil sorumluluk alanındaki temel kriteri, birlikte çalıştığı kişiyi dikkat ve özenle seçmesi ve kontrollerini yapmak olarak belirleyebiliriz. Ekip şefi, ekip üyesinde dikkatsizlik ve özensizlik görürse ya da eğitiminin teknolojik ve bilimsel gelişmeler karşısında yetersiz olduğunu fark ederse üye üzerindeki denetim ve gözetimini arttırmalı veya gerekli eğitimleri almasını sağlamalıdır. Aksi halde şef, ikincil sorumluluğun ihlali nedeniyle güven ilkesinden yararlanamayacaktır.⁴⁰⁸

Birincil sorumluluk alanı mesleğin kendisinden ileri gelmekteyken ikinci sorumluluk ise iş birliği alanında ortaya çıkmaktadır. Dikkat edileceği üzere, ekip iş birliğinde birincil ve ikincil sorumluluk alanları arasında öncelik söz konusu değildir. İş birliği içerisinde görev alan herkes, her iki sorumluluk alanına uygun hareket etmek zorundadır. İkincil sorumluluk birincil sorumluluğa engel olamayacağı gibi birincil sorumluluk da ikincil sorumluluğu tamamen ortadan kaldırmaz. Örneğin hekim tedavisini yürüttüğü hastanın muayenesini yaparken vermiş olduğu talimatların da gereği gibi yerine getirildiğini gözetlemekle yükümlüdür ve hekimin talimatı uygulayan da açık bir belirti olmadığı sürece bu talimata güvenebilir.

⁴⁰⁶ Altundere, ss.108-109.

⁴⁰⁷ Altundere, ss.111-112.

⁴⁰⁸ Altundere, s.112.

4.3.2. Bağımsız Sorumluluk Prensibi ve Rutin İşleyiş Teorisi

Önceleri tıp hukukunda, hekimin sorumluluğunun bölünemez olduğu kabul edilmekteydi. Ancak günümüzde her meslek profesyonelinin sorumluluğunun müstakilen belirleneceği ve her sağlık personelinin kendi sorumluluk alanından kendisinin sorumlu olacağı benimsenmiştir. Bu nedenle iş birliği içinde yürütülen tıbbi uygulamalar açısından kimin, hangi müdahale için ve hangi zaman birimi gibi konularda sorumlu olduğunun belirlenmesi gerekir.⁴⁰⁹

Sorumluluğun yani yetki alanının belirlenmesi, uygulamada yaşanan en büyük sorundur. Bu sorunun çözümünde her somut olay, kendi koşullarına göre değerlendirileceğinden ilgili sağlık kurum veya kuruluşunun “rutin işleyişine” göre değerlendirme yapmak gerekir. Büyük bir sağlık merkezinde hastayı hastabakıcı taşıyıp, vital bulguları hemşire almaktayken hekimin tek başına bulunduğu bir yerde tüm bunları hekim yapmaktadır.⁴¹⁰ Acile gelen hastaların, hastalıklarına göre sınıflandırılması ve önceliğinin belirlenmesinde kullanılan triyaj, birinci basamak acil servislerde zorunlu değilken ikinci ve üçüncü basamak acillerde zorunludur.⁴¹¹ Triage uygulamasını sağlık personeli yaparken, triyaj olmayan yerlerde rutin işleyiş farklı olacağından hastaların öncelik sırasının belirlenmesinde yaşanacak sorunlar bu işleyişe bağlı değerlendirilecek ve sorumluluk buna göre değişecektir.

Merak edilen diğer bir durum da sağlık çalışanlarının neyi yapabilip neyi yapamayacağıdır. Bu konuda öncelikle ilgili mesleği düzenleyen mevzuata bakmak gerekir. Eğer mevzuatta görev ve yetkiler açıkça düzenlenmiş ise bu mevzuat hükümleri göz önüne alınır. Eğer açık düzenleme yoksa sağlık personelinin almış olduğu eğitim göz önüne alınır.⁴¹²

⁴⁰⁹ Hakeri, s.150.

⁴¹⁰ Özkan, s.125.

⁴¹¹ Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ, m.8/(1-2).

⁴¹² Hakeri, ss.151-152.

Daha önceki bölümlerde ayrıntılı olarak değerlendirdiğimiz üzere, eksiklikler olsa da birçok tıp meslek grubunun görev ve yetki tanımı açıkça yapılmıştır. Ancak tedavi konusundaki tekeli ve tarihten gelen lider rolü nedeniyle hekimlerin görev ve yetki sorumluluğu mevzuatta açıkça belirlenmeyip aksine istisnaların belirtilmesiyle yetinilmiş ve böylece görev ve yetki sınırsızlığı gibi bir durum ortaya çıkmıştır. Günümüzde teknik ve uzmanlaşmanın gelişimiyle beraber hekimlerin yetki sınırsızlığından bahsetmek rasyonel değildir. Bu sebeple mevzuatta açıkça belirtilmediğinden hekimlerin görev ve yetkileri almış oldukları eğitime göre değerlendirilmelidir.

4.3.3. İş Birliği ve Sorumluluk

İş birliği, kaçınılmaz olarak arttıkça tıbbi sorumluluğun bölünemez olduğuna ilişkin ilkelere uzaklaşmaktadır. Bunun yerine bağımsız gerçekleştirilen mesleki faaliyetlerden kaynaklı sorumluluğun, bireysel sorumluluk ilkesi gereği üyelere aktarılması zorlanmalıdır.⁴¹³ Ekip içerisinde yapılan iş bölümü, herkesin yükümlülük alanını netleştirmekte, hastanın yararına ahenkli ve daha az riskli bir müdahaleyi mümkün kılmaktadır. Bu iş bölümü, sorumluluğu dağıtmak için değil tıbbi müdahalenin çok daha iyi ve daha az riskli gerçekleşmesi için yapılır. Sorumluluk alanının daralması bunun sebebi değil, sonucudur. Hatta müdahaleye katılan ekip şefinin diğerlerine göre daha fazla sorumluluğu vardır. Yani ekip şefi olmak, bir taraftan diğer kişilerin davranışlarından sorumlu olmayacağı için sorumluluğu azaltır gibi görünse de diğer taraftan denetim ve gözetim yükümlülüğünden dolayı sorumluluğu genişletmektedir.⁴¹⁴

Tıp alanındaki iş birliği ve iş paylaşımının ne şekilde belirlendiği ve ne şekilde yapıldığı hususu oldukça karmaşıktır. Sorumluluk sınırları net gibi görünse de aslında bunlar olaya göre sıkça ve bir anda değişebilmektedir. Bu sebeple tıbbi faaliyete katılan kişilerin sorumluluk alanının belirlenmesi önemlidir.⁴¹⁵ Tıpta iş birliği, iletişim

⁴¹³ Berg, s.7.

⁴¹⁴ Ünver, s.885.

⁴¹⁵ Altundere, s.107.

ve organizasyon hataları gibi bir takım riskleri barındırabilmektedir. Günümüzde başarılı ve gerçekçi bir iş birliği için görevlerin sınırı belirlenebilir olmalı ve risklere karşı sorumluluklar tespit edilebilmelidir. Bunun yanında, sorumluluğun bölünmesi ve sorumluların arttırılmasının gerçekçi ve meşru olup olmadığının değerlendirilmesi gerekir. İş birliği içerisindeki herkes, diğerinin gerekli dikkat ve özen yükümlülüğünü ihlal etmesi karşısında gerekeni yapmalıdır. Böylece tek bir kişinin sorumluluğu sınırlandırılarak neticeden tek başına sorumlu tutulmayabilir. Ayrıca bu şekilde hastanın korunması sağlanırken diğer taraftan kişinin makul sorumluluğu ve güven ihtiyacı dengelenecektir.⁴¹⁶

Tablo 11. Uygulama ve Sorumlulukta Güven İlkesi⁴¹⁷

	Uygulama	Sorumluluk
Kural	İş Birliği İş birliğinde uzmanların sorumluluklarının açıkça belirlenmesi modern tıbbın ön şartlarındandır.	Kişisel Sorumluluk Kendi yetki alanı içerisinde kalan hasta risklerinden sorumluluk vardır. Güven ilkesi gereği, dikkat ve özen yükümlülüklerinin karşılıklı kontrol edilmesine gerek yoktur.
İstisna	Sadece Bakım Uygun meslek profesyonellerince sağlanabilir.	Genel Sorumluluk Eğer diğer tarafın açık kusuru varsa güven ilkesi kullanılmaz ve bireysel sorumluluk yerine genel sorumluluk söz konusu olur.

4.3.3.1. Yatay İş Birliği Uygulamaları

Düzen içerisindeki bir seyrin menfaatine, ekip üyeleri başka disiplinden olan meslektaşlarının kusursuz iş birliğine genel olarak güvenebilirler. Ancak bu kuralın istisnası olarak ağır ihmaller veya eğitim eksikliklerinin bilinmesi veya kolayca fark edilebilir durumda olması gibi kuşku duyulabilecek sebeplerin olmaması gerekir. Eğer

⁴¹⁶ Berg, s.8.

⁴¹⁷ Berg, s.10. Tablo 11’de tıbbi uygulamalarda ve buna bağlı sorumluluklarda güven ilkesinin kural olarak kullanılması gerektiği gösterilmiştir. Tabloda ayrıca, güven ilkesinin istisnası olarak, tam bir iş birliğinin geçerli olmadığı ve hemşirelik görevi içerisinde yer alan bakım hizmetleri örnek olarak verilmiştir.

sahip olunması gereken bilgi ve tecrübeye dair, kolay anlaşılabilir şüpheli bir durum yoksa güven duyulabilir.⁴¹⁸

Yatay iş birliği içerisindeki hekimlerin kural olarak birbirini kontrol etme yükümlülüğü olmayıp, birbirlerinin teşhis ve tedavilerine güvenle hareket edebilirler. Örneğin anesteziist ve cerrah birbirlerinin işlemlerine güvenle hareket ettiklerinde, birinin hareketinden kaynaklanan zararda diğerinin ceza ve tazmin sorumluluğu olmayacaktır.⁴¹⁹ Yatay iş birliğinde, teşhis ve tedaviye katılanların arasında hiyerarşik ilişki bulunmayıp uzmanlık alanları da çoğu zaman birbirinden farklı olduğundan, birinin diğerinin uzmanlık alanına giren işlemine müdahale hakkı da bulunmamaktadır. Bu nedenle her biri kendi alanına ilişkin dikkat ve özen sorumluluğuna sahip olup, diğerinin faaliyet alanı açısından böyle bir yükümlülüğe sahip değildir. Ancak kişi, kendisiyle yatay iş birliği içerisindeki kişilerin teşhis, tedaviye veya uygulamalarına ilişkin verilerinde tereddüte düşer veya açık ve ciddi aykırılıklar, eksiklikler, anormallikler görürse bunları denetlemekle yükümlüdür. Aksi halde hekim güven ilkesinden yararlanamayacak ve meydana gelecek sonuçlardan sorumlu olacaktır.⁴²⁰

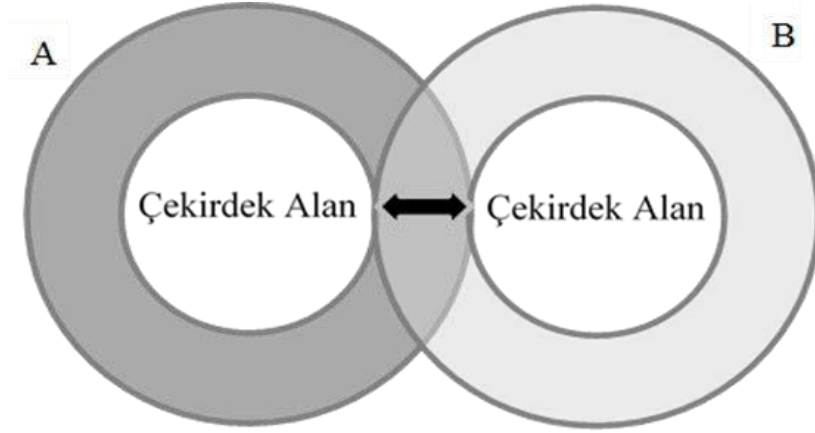
Tıbbi yatay iş birliği içerisinde güven ilkesinin kullanımına ilişkin bazı durumlar aşağıda örnek olarak verilmiştir.

⁴¹⁸ Duttge, s.253.

⁴¹⁹ Yıldız, s.274

⁴²⁰ Yıldız, s.274

Tablo 12. Yatay İş Birliğinde Güven İlkesi⁴²¹



4.3.3.1.1. Cerrahi Uygulamalar

Güven ilkesi tıbbi uygulamaların her alanında olduğu gibi cerrahi uygulamalar öncesi, sırası ve sonrasında da değerlendirilmelidir. Hekimler, zorunlu kalmadıkça kendi uzmanlık alanına girmeyen tıbbi uygulamaları yapamayacakları gibi, kendi uzmanlık alanına giren konularda da başka bir hekimin değerlendirmelerini hiç bir denetim yapmadan kabul etmeleri halinde de güven ilkesinden yararlanamazlar. Örneğin anestezinin hangi yöntem ve nasıl yapılacağı doğrudan anesteziistin vereceği bir karar olduğundan cerrahın bu konuda vereceği kararları doğrudan uygulayan anesteziist güven ilkesinden yararlanamaz.⁴²²

Ameliyat sırasında da güven ilkesi korunacaktır. Ancak örneğin bir ameliyatta anestezi uzmanının sarhoş olduğunu fark eden cerrah, o anestezi uzmanı ile ameliyata başlamamalıdır aksi halde üzerine düşen dikkat ve özen yükümlülüğünü yerine getirmediğinden dolayı güven ilkesinden yararlanamaz. Burada cerrah başkasının hareketinden değil ama kendi dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırı hareket ettiğinden dolayı sorumlu olacak ve taksirli hareketi subjektif kusuruna göre değerlendirilecektir.⁴²³ Aynı şekilde cerrahın gerekli sterilizasyon kurallarına

⁴²¹ Yatay iş birliği içerisindeki A ile B'nin arasındaki güven ilkesi, kesişim alanı içerisinde siyah ok ile gösterilmektedir.

⁴²² Yıldız, s.276.

⁴²³ Ünver, Güven, ss.887-888

uymadığını veya güvenli cerrahi kontrolünün gerektiği gibi yapılmadığını fark eden anesteziist de dikkat ve özen yükümlülüğü nedeniyle gereken müdahaleyi yapmalıdır.

Yargıtay’a konu olan olay; 20.09.1995 tarihinde çocuk hastanın, rahatsızlığından dolayı ameliyata alınması ve ameliyat sırasında anestezi amaçlı kullanılan *pentathol* isimli ilaç nedeniyle serebral hipoksiye bağlı bitkisel hayata girmesidir.⁴²⁴

“Adli Tıp Genel Kurulunun oyçokluğu ile verdiği raporlarda; Hastanın ameliyatına ilişkin tüm bilgilerin ameliyattan sonra 4.5.1996 tarihinde düzenlenmiş belgelere dayalı olduğu, ameliyat bülteni, anestezi formu gibi girişim anında düzenlenmesi gereken hiçbir belgenin, ayrıca ameliyatla ilgili video kasetin dosyada olmadığı, dosyadaki kasetin daha sonraki ameliyata ilişkin olduğu, ilacın test dozu olarak 1- 2 Ml. IV enjeksiyondan sonra beklenerek hastada yan etki yapip yapmadığının gözlenmesi ve gelişebilecek hipotansiyona karşı geri kalan dozun yavaş bir şekilde enjekte edilmesi, eğer endeksiyonda kullanılıyorsa, yeterli anestezi derinliğinin kirpik refleksi veya solunum durması ile takip edilerek doz ayarlamasının yapılması gerektiği, ancak test dozu uygulamasının bile komplikasyon oluşmasını kesin olarak önleyemeyeceği, hastaya verilen 75 mg. I.V. pentothal hastanın yaş ve vücut ağırlığı dikkate alındığında optimal (uygulanabilir) doz olarak kabul edilebilir ise de, küçüğün genel anestezi altında olması dikkate alındığında, beraber verilen diğer ilaçlar sinerjizim (önceki kullanılan ilaçlarla aynı yönde etki göstererek etkiyi artırma) ve potensiyalizasyon (önceden kullanılan ilaçların etkiyi artırma) göstermesi nedeniyle, küçüğe daha düşük doz pentathol verilmesinin uygun olacağı, ancak gelişen nörolojik hasarın uygulanan ilaca bağlı alerjik reaksiyon sonucunu, yoksa ilacın doğrudan sistemik etkisi sonucunda meydana geldiğini ayırt etmek için yeterli tıbbi verimin olmadığı belirtilmiştir.

Uyuşmazlığa uygulanması gereken bu hukuki kuralların ışığında, somut olaya baktığımız da, ameliyat sırasında tutulması gereken kayıtların tutulmaması, ameliyatla ilgili raporun 7-8 ay sonra tutulması, çocuk olan hastanın yaşı ve kilosuna ile genel anestezi altında olduğu ve verilen ilaçların birbirini etkileyip hastaya daha fazla tesir edebileceği hususları nazara alınmadığı, dolayısı ile ameliyat sırasında doktorların gerekli dikkat, özen ve ciddiyeti göstermedikleri sabit olduğundan olayda davalı hastane ve doktorların kusurlu olduklarının kabulü zorunludur. Bu açıklamalar ışığında doktorların kusurlu olmadıkları yolundaki rapor sonuçlarına itibar edilmeyerek, davalıların kusurlu olduklarının kabulü ile davacıların maddi tazminata ilişkin talepleri açıklanıp, delilleri sorulup, gerektiğinde bilirkişi incelemesi yaptırılıp belirlenip, talep doğrultusunda maddi tazminata ve uygun bir manevi tazminata karar verilmesi gerekirken, mahkemece aksi düşüncelerle yazılı şekilde karar verilmesi usul ve yasaya aykırı olup, bozmayı gerektirir.”

⁴²⁴ 13. HD. 2004/12088E, 2005/1728K. K.T.: 07.02.2005.

Karardan anlaşılacağı üzere, ilaç standartlara uygun şekilde uygulansa bile istenmeyen sonucun gelişebileceği Adli Tıp Raporu'nda belirtilmiştir. Ancak mahkeme, hastanın yaşı, kilosu ve kullandığı diğer ilaçların birbirini etkileyip etkilemediğinin tespit edilmemesi, ameliyat sırasında gerekli dikkat ve özenin gösterilmemesi ile kayıtların 7-8 ay sonra tutulmasını kusur için yeterli kabul etmiştir. Bu haliyle karar, hukuka uygundur. Ancak cerrahın, ameliyat kayıtlarının tutulmaması veya geç tutulmasından dolayı sorumluluğu kabul edilse de anesteziye kullanılacak ilaçların seçimi, dozunun ayarlanması ve diğer ilaçlarla etkileşimi doğrudan anestezinin konusu olup anestezi uzmanının sorumluluğundadır. Anestezistin uygulamalarında belirgin bir sapma olmadığı sürece cerrahın, anestezistin hastanın öyküsünü almasını, muayene etmesini ve buna uygun karar vermesini denetleme ve kontrol etmesi beklenemez ve cerrahın anestezistin uygulamalarına güvenmesi beklenir. Ancak cerrah anestezistin hastayı gerektiği gibi öyküsünü almadığını, muayene etmediğini veya uygulamasında açık bir hata fark etmesi halinde gereken müdahaleyi yapmazsa, artık güven ilkesinden faydalanamayacaktır.

4.3.3.1.2. Konsültasyon

Konsültasyon gibi durumlarda, konsültan hekim somut muayene görevinin dışında kalan, hastasının öyküsünü almak veya başka bulgular araştırmak gibi işlemleri yapmak zorunda olmayıp, müdavi hekimin verdiği görev çerçevesinde bunların yapılmış olduğuna güvenerek hareket edebilir. Ancak kendisinden önce konulan tanıyla ilgili şüpheli bir durum varsa güven ilkesinden yararlanamaz. Benzer şekilde hastanın takibinin aynı uzmanlık dalındaki hekime devredilmesinde de durum böyledir. İstinaf mahkemeleri, tanı ve tedavinin sonuçlarının sonradan takip eden hekim açısından değerlendirilmesi gerektiğini kabul etmektedir.⁴²⁵

Konsültasyonlarda güven ilkesine dair örnek olay şu şekildedir:

55 yaşındaki tip 2 diyabetes mellitus ve ritim bozukluğu (atriyal fibrilasyon) hastası H, kısa bir süre önce inme (serebro vasküler olay) geçirmiştir. Bu sebeple

⁴²⁵ Duttge, ss.253-254.

nöroloji uzman hekimi N, elektrokardiyografi, kan tetkikleri, beyin ve toraks tomografisi ile karotis doppler ultrasonu istemiştir. Radyoloji uzmanı doktor R, beyin tomografisini iskemik serebrovasküler olay lehine, diğerlerini ise trombüs görülmediğini belirterek doğal olarak değerlendirmiştir. N'nin konsültasyon istediği kardiyoloji uzmanı K, hastanın elektrokardiyografisi ile diğer tetkiklerini değerlendirmiş, tomografi raporunda trombüs tespit edilmediğini görmüştür. Ancak hastanın daha öncesinden kalp rahatsızlığı olduğunu bildiğinden riski ekarte edebilmek için ekokardiyografi yapmış ve kalp içerisinde trombüs tespit etmiştir. Daha sonra N, hastanın diyabet öyküsü nedeniyle iç hastalıkları uzmanı İ'den de konsültasyon istemiştir. İ, hastanın kan tetkiklerini ve kullandığı ilaçları değerlendirmiştir. Kan tetkiklerinde böbrek ile ilgili kreatinin değerinin normalden yüksek (3mg/dl) olduğunu ve N tarafından beyin kan akımını düzenleyici ve böbrek hatalarında dikkatle kullanılması gereken *pirasetam* etken maddeli ilaç başlandığını görmüştür.

Olayda H, ritim bozukluğu hastası olduğundan kalp içi trombüs riskinin artması söz konusudur. Riskli duruma rağmen K, R'nin raporuna dayanarak ekokardiyografi yapmamış olsaydı güven ilkesinden yararlanamazdı çünkü güven ilkesinden yararlanılabilmesi için şüphe duyulabilecek riskli bir durumun olmaması gerekirdi. Diğer bir halde, eğer H'de kalp ritim bozukluğu olmasaydı K'nın, R'nin raporuna güveni korunabilirdi. K, yaptığı ekokardiyografi ile kalpteki trombüsü görüp R'nin raporundaki hatayı fark ettiğinde gereken tedbirleri almalı ve R'yi bu doğrultuda uyarmalıdır. Eğer hatayı fark etmesine rağmen gereken tedbirleri almazsa, rapordaki hatadan dolayı meydana gelecek olan zarardan sorumluluğu söz konusu olabilir.

H'ye geçirmiş olduğu inmeye bağlı olarak *pirasetam* etkin maddeli ilacın başlanması ve olası risklerinin değerlendirilmesi esas olarak N'ye aittir. N, İ'den hastanın diyabetini değerlendirmesi amacıyla konsültasyon istemiştir. Hastanın dosyasından kan değerleri ve kullanılan ilaçlar değerlendirildiğinde böbrek yetmezliğine dair riskli durum öngörülebilecek durumdadır. Bu sebeple her ne kadar İ'nin kendisinden konsültasyon istenmiş olsa da güven ilkesi çift yönlü olması ve kendi mesleki bilgi ve tecrübesi doğrultusunda N'nin başladığı tedavinin risklerini fark

edebilecek durumda olmasından N'yi bu konuda uyarmalı ve gerekenlerin yapılmasını sağlamalıdır. Eğer bu duruma kayıtsız kalırsa İ, güven ilkesinden yararlanamayacak ve meydana gelen zarardan sorumluluğu söz konusu olabilecektir.

4.3.3.1.3. Hasta Bilgilendirilmesi

Tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek olan kişinin hastayı bilgilendirmesi esastır. Ancak zorunlu hallerde bu duruma ilişkin hastaya açıklama yapılmak suretiyle bilgilendirme yeterliliğine sahip başka bir sağlık meslek mensubu tarafından bilgilendirme yapılabilir.⁴²⁶ Böyle bir durumda müdahaleyi yapacak kişi, bilgilendirme görevini üstlenen kişinin kurallara uygun şekilde gerekli aydınlatmayı yaparak rızasını aldığına güvenerek hareket edebilir. Ancak, görevi üstlenen kişi aydınlatmayı gerektiği şekilde yapmamış olabilir. Bu durumda müdahaleyi uygulayacak kişi, aydınlatılmış rızanın varlığı konusunda hataya düşmekte ve eğer bu hatası kaçınılmaz ise TCK m.30/3 gereği hatasından yararlanacak ve gerçekte rıza bulunmasa ya da geçersiz bir rıza olsa dahi bu durumdan dolayı cezalandırılmayacaktır.⁴²⁷

4.3.3.1.4. Bilgi ve Belgeler

Yatay iş birliğine katılan kişilerin, diğer kişiler tarafından elde edilen bulgu ve düzenlenen belgelere de güveni korunacaktır. Teşhis ve tedaviyi uygulayan hekimin her araştırmayı kendisinin yapması beklenemez. Herhangi bir tereddüt bulunmuyor ve araştırma yeterli de görülüyorsa diğer kişilerin işlemine güvenilebilir. Örneğin cerrah, radyoloğun raporlarına güvenle hareket edebilir. Ancak çeşitli sebeplerle daha farklı veya kapsamlı araştırmaların yapılması gerekiyorsa bu yükümlülüğü yerine getirmeyen ve gerekli kapsamlı tetkikleri yapmayan kişinin de sorumluluğu söz konusudur.⁴²⁸ Örneğin klinikle açıkça uyumlu olmayan laboratuvar bulguları varlığı halinde laboratuvar uyarılmalıdır ya da akut apandisit şüphesi nedeniyle ultrason yapılmasını istendiğinde, radyolog şüphede kalması halinde tomografi incelemesi önermelidir.

⁴²⁶ Hasta Hakları Yönetmeliği, m.18/II.

⁴²⁷ Yıldız, s.276.

⁴²⁸ Yıldız, ss.275-276.

Hekim güven ilkesi çerçevesinde, aksinin kabulünü haklı gösterecek bir sebep bulunmadığı sürece rapor ve tetkiklere güvenerek tıbbi uygulamada bulunabilir.⁴²⁹ Tedaviyi yapacak hekimin, diğer kişilerin araştırma ve bulgularına güveninin korunması için üç koşulun varlığı gereklidir. Bunlardan birincisi, hastadan elde edilen bulgular, hastanın güncel sağlık veya hastalık haline yani kliniğine uygunluk göstermelidir. Eğer uygunluk söz konusu değilse önceki bulgulara güven olmayacaktır. İkincisi, belgelerde boşluk olmamalı veya kendi içerisinde çelişkiye sebep olacak şüphe bulunmamalıdır. Üçüncüsü ise araştırmanın hatalı yapıldığına dair açık göstergeler bulunmamalıdır.⁴³⁰ Örneğin yüksek doz insülin uygulaması sonucu hipoglisemik komaya girdiği düşünülen hastanın laboratuvar bulgusu hiperglisemik görülüyorsa ya da karaciğer yetmezliği olan hastanın karaciğer fonksiyon testleri normal görülüyorsa buna güvenmeyip yeniden değerlendirilme ve gerekli uyarılar yapılmalıdır. Hastanın epikrizinde hatalı ifadeler varsa ya da kazıntı, silinti gibi durumlar söz konusu ise yine buna güven duyulmamalıdır.

Danıştay'a konu olan olayda, hastaya ait iki ayrı biyopsi bulunmaktadır. İlk rapor, başka bir hasta ile karıştırılması nedeniyle hastanın kanser olduğunu belirtmektedir. İkinci rapor ise, hastanın başka bir tıp merkezinde yaptırdığı ve hastanın kanser olmadığına dair rapordur. Birbirinin aksi bu iki rapora rağmen hasta, kanser olduğuna dair raporu esas alarak, hekime müracaat etmiş ve ameliyat talebinde bulunmuştur. Danıştay'a göre, hastane tarafından tespit edilen teşhis ve tıbbi duruma rağmen, şahsi düşüncesi ve aşırı hassasiyeti nedeniyle hastanın ameliyat edilmesinde idarenin kusuru bulunmamaktadır. Yüksek Mahkeme, hastanın üçüncü bir tıp merkezinde muayene olarak alınacak sonuca göre gerekirse ameliyat olması gerekirken, kendi isteği ile olduğu ameliyat sonucu aldırıldığı organları nedeniyle hastanenin sorumlu olmayacağına dair hükmetmiştir. Ancak, hekimin endikasyon olmaksızın sadece hastanın talebi üzerine ameliyat yapmasından dolayı karar hatalıdır.⁴³¹

⁴²⁹ Hakeri, s.156.

⁴³⁰ Yıldız, s.276.

⁴³¹ Hakeri, Tıp 2015, s.168.

Kararın belirtilen gerekçe ile hatalı olduğunu kabul etmekle beraber Danıştay, açıkça olmasa da güven ilkesinin istisnasını belirtmiştir. Buna göre raporlar arasında açıkça uygunsuzluk olması halinde hekim, başka bir yerden alınan tetkik veya raporlara güvenemez. Diğer taraftan kararda da belirtildiği üzere hekim, olayı açıklığa kavuşturmak üzere üçüncü bir hastaneden alınan rapora dayanarak ve dolayısıyla bu rapora güvenerek hareket edebilir. Bu haliyle öngörülebilir bir uygunsuzluk yoksa, hekimin başka yerlerde yapılan tetkik ve tedavilere güveni korunmalıdır.

Diğer hekimlerin tıbbi uygulamalarına güven ile ilgili örnek olay şu şekildedir:

65 yaşındaki Bayan Z, kümeste temizlik yaparken elinin kesilmesi sonucu acil servise gitmiştir. Acil serviste ilk değerlendirmeyi yapan nöbetçi doktor A, yara yerinin temizliği ve pansumanını yaptırmış, enfeksiyon riskine karşı reçete düzenlemiş ve tetanoza karşı koruyuculuğu veya aşısı olup olmadığını sorgulamıştır. Hasta, tetanoz koruyuculuğunun olup olmadığını bilmediğini belirtmiştir. Bunun üzerine A, tetanoz riskine karşı aşı yaptırmak istese de hasta aşıdan korktuğundan aşıyı yaptırmak istememiştir. Ancak doktor A ve hastanın oğlunun ısrarları karşısında Z, aşıyı yaptırmayı kabul etmiştir. Ertesi gün Z, aynı yara nedeniyle acile gitmiş o günkü nöbetçi doktor B'ye dün gelmiş olduğunu ve doktor A'nın gerekli müdahaleyi yaptığını söylemiş, bunun üzerine B, yarayı değerlendirmiş ve kirlenmiş pansumanı yenileterek hastayı taburcu etmiştir. Hasta Z, dördüncü gün yine aynı acil servise gitmiş o günkü nöbetçi doktor C'ye, kendisinin aynı yara için daha önce doktor A ve B tarafından da değerlendirildiğini söylemiştir. C, yaptığı muayenede yara yerinde enfeksiyon tespit etmiş, gerekli müdahaleyi yapmış ve ortopedi polikliniği önererek hastayı taburcu etmiştir. Hasta onuncu gün yine aynı acil servise bu sefer bulantı, kusma ve çenede kasılma şikayetleri ile gelmiş ve tetanoz şüphesi nedeniyle ileri merkeze sevk edilmiştir. Hasta Z, sevk edildiği merkezde bir süre sonra tetanoz nedeniyle ölmüştür.

Olayda hekimler arası doğrudan bir iş birliği görünmese de, başka merkezlerde yapılan tetkik ve tedaviye güven duyulabileceğinden aynı hastanın aynı sorununa yönelik uygulamalar nedeniyle hekimlerin, diğer hekimlerin uygulamasına güven söz

konusudur. Doktor A, hastayı ilk gören hekim olarak müdahaleyi yapmış, hastanın tetanoz bağışıklığını sorgulamış, şüpheli bulduğundan ilk doz aşısını da yaptırmıştır. Ancak tek doz tetanoz aşısı, hastanın daha önce bağışıklığı yoksa yeterli olmayabilir. Bu sebeple şüphe nedeniyle immunglobülin uygulaması veya en azından enfeksiyon hastalıkları uzmanı kontrolü gibi bir takım tedbirler alması gerekirdi.⁴³² Hasta Z, sonraki gün sadece yara yeri bakımı için hastaneye gitmiş olduğundan doktor B, hastayı ilk gören doktor A'nın hastayı gerektiği gibi değerlendirdiğini ve gerekeni yapmış olduğuna güvenilebilir ve bu sebeple uygun tetanoz için ayrıca değerlendirme yapmaması hatalı değildir. Aynı şekilde doktor C'nin de A ve B'nin tedavisine güveni hatalı değildir. Ayrıca hasta Z'nin, aşıdan korktuğundan ve sadece pansuman için gittiğinden, tetanoz bağışıklığı ile ilgili B ve C'ye bilgi vermemesi doğaldır. Ama Z, tetanoz ile ilgili bilgi verse veya soru sorsa bu durumdan şüphelenen B ve C'nin de dikkat yükümlülüğüne uygun olarak bağışıklığı sorgulaması gerekirdi.

4.3.3.1.5. Kurum Dışı Değerlendirmeler

Güven ilkesinin kullanımı, gerek koruyucu gerekse tedavi edici sağlık hizmetleri basamak sistemi açısından da uygundur ve anlamlı kılmaktadır. Çocukluk çağı bağışıklama işlemleri genel olarak birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinden olduğundan ikinci veya üçüncü basamaktaki hekim, kendisine gelen çocuğa birinci basamakta bağışıklama uygulamalarının yapıldığına güvenilebilir. Aynı şekilde gebe izlemleri de birinci basamak koruyucu sağlık hizmetleri içerisindedir. Bu doğrultuda gebelerin kan hemoglobin değerleri düzenli olarak kontrol edilmektedir.⁴³³ Aile hekimi tarafından düzenli takip edildiği bilinen gebenin hemoglobin değerlerinde anormallik olmadığı konusunda güven ilkesinden yararlanılabileceğinden, haklı şüphe veya başka bir riskli durum olmadıkça başka bir hekimin gebeden hemoglobin değerlerine yönelik tetkik istemesine gerek yoktur.

Hastanın çeşitli sebeplerle başka bir merkeze sevk edilmesi durumunda da hekimler arasında aydınlatma yükümlülüğü doğacaktır. Sevk eden hekim, sevk ettiği

⁴³² Ayrıntılar için Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2008/14 sayılı Genelge.

⁴³³ Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Gebe İzlemleri, <http://ailehekimligi.gov.tr/ana-cocuk-sal/gebelik/297-gebe-izlemleri.html>, (E.T.:17.01.2016).

hekime gerekli bilgileri vermekle yükümlüdür.⁴³⁴ Sevk edilen hekim, hastanın muayenesini kendi yapmakla yükümlü iken sevk eden hekim tarafından elde edilen bulgulara şüpheli bir durum olmadıkça güvenebilir. Örneğin trafik kazası nedeniyle kafa kaide kırığı tanısıyla sevk edilen hastada sevk dilen hekim sevk eden hekimin bulgularına güvenebilir. Ancak batın içi kanama kontrolünün yapılmamış olduğu gibi eksiklikler veya hatalar olduğu görülüyorsa, bu durumda güven ilkesinden bahsedilmesi uygun değildir.

4.3.3.1.6. Reçeteler

Tedavide kullanılmak üzere eczane tarafından verilen ilaçları uygulayıcının, hekim tarafından yazılmış reçeteye uygun olup olmadığını denetlemesi gerekir. Uygulayıcı, bu konudaki ihmali durumunda güven ilkesinden yararlanamaz.⁴³⁵ Aynı şekilde eczacıların da hekimin reçetesini kontrol etme yükümlülükleri vardır. 6197 s. Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun⁴³⁶ m.25/II’de eczacıların muhteviyatında yanlışlık olduğundan şüphe ettikleri reçetelerle, kodekste yazılı miktarlardan fazla eczayı ihtiva edip altı iki çizgi ile çizilerek ayrıca imza edilmiş olmayan reçeteleri müdavi tabip ile temas etmeden imal edemeyecekleri düzenlemiştir. Ayrıca YTKİY m.122/d’de eczacılara, tabela veya reçetelerde rastlayacakları kodekse uygun olmayan tertip hatlarında ilgili tabibi uyarma görevi yüklenmiştir. Bu görev karşısında eczacı, hekimin düzenlediği reçeteye güvenmeyip gerekli kontrol ve uyarıyı yapmakla yükümlüdür. Bu durum güven ilkesinin istisnasının açık kanuni düzenlemesi niteliğindedir.

4.3.3.1.7. Kan, İlaç ve Diğer Tıbbi Malzemeler

Hekim, tıbbi uygulamada kullanacağı ilaç, kan veya diğer tıbbi malzemenin üretici veya hazırlayıcılarının belirttiği özelliklere sahip olduğuna, aksini düşündürecek açıkça bir belirti olmadıkça güvenebilir. Hastane yönetiminin organizasyon alanındaki eylemler açısından da güven ilkesi geçerlidir. Bu sebeple

⁴³⁴ Halid **Özkan**, Tıpta İşbirliği ve Ceza Sorumluluğu, VII. Türk–Alman Tıp Hukuku Sempozyumu Tıpta İşbirliği ve Hukuksal Sorunlar, Editörler: Hakan Hakeri, Henning Rosenau, Adalet Yayınevi, Samsun, 2010, s.130

⁴³⁵ Yıldız, s.277.

⁴³⁶ 6197 s. Kanun R.G.: 24.12.1953/8591.

yönetim kadrosundakilerin tedbirleri isabetli aldığına, organizasyonu iyi yaptığına güvenilebilir. Ancak aksi yönde bulgular varsa gereken tedbirlerin alınması gerektiğinden durumun bildirilmesi gerekir.⁴³⁷ Örneğin gerekli kontrollerden geçerek kan bankasından gelen kanda, bulaşıcı bir hastalık bulunması halinde hekimin sorumluluğu olmayacaktır.⁴³⁸ Diğer bir örnek de, devlet hastanelerinde protez malzemeleri idare tarafından sağlanır. Protezleri kullanacak hekim malzemenin kullanıma uygun ve gereken kalitede olduğuna güvenebilir. Ancak malzeme kalitesinde haklı görülebilecek bir şüpheyne düşerse malzemeyi kullanmamalı ve durumu idareye bildirmelidir.

Benzer şekilde hastane içinde hekimler, hastane yönetiminin sorumluluk alanı içerisinde olan cihazların kalibrasyonunun uygun şekilde yapıldığına güvenerek hareket edebilir. Hekimin tetkik sonuçlarına güveni de korunmalıdır. Ancak cihazların kalibrasyonunda şüpheli bir durum gördüklerinde bunu yönetime bildirmelidirler. Laboratuvar cihazındaki yazılım hatasından dolayı tetkik sonucunun yanlış çıkması ve bu tetkik sonucuna göre hareket eden hekimin sorumlu tutulması beklenmemelidir. Örneğin koma şeklinde gelen hastanın şeker ölçüm cihazındaki normal sonuca güvenerek hekim hareket edebilir. Ancak hastanın diyabet öyküsü olduğunu öğrenmesi veya hastanın soğuk terlemesi gibi kliniğe dair bir şüphe gördüğünde tetkik sonucunu teyit için başka bir cihazda tekrarlaması gerekir.

Hastane temizliği, hasta yemeği gibi işler için de bu durum geçerlidir. Hastane temizliği, hasta yemeği işleri sağlık bakım ile idari ve mali işler müdürlerinin ortak alanı içerisinde. Bu konularda ilgili müdürler arasında yatay iş birliği söz konusu iken yönetime tabi hekimler açısından dikey iş birliği içerisinde. Hekim, temizlikten sorumlu personelin temizliği gerektiği gibi yapacağına ve ortamın temiz olduğuna güvenebileceğinden hastane enfeksiyonu riskine karşı bu doğrultuda hareket edebilir. Ancak temizliğe dair şüpheli bir durum gördüğünde gerekli tedbirleri almalıdır. Ameliyat yapan cerrah da ortamın temiz ve aletlerin steril olduğuna

⁴³⁷ Hakeri, Tıp 2015, s.161.

⁴³⁸ Yıldız, s.277.

güvenebilir fakat bunlara dair bir sorun gördüğünde mesela aletlerin kirli olduğunu görürse güven ilkesi söz konusu olmayacaktır. Aletlerin kirli olduğunu gören ameliyathane hemşiresinin de güvenini korumak doğru olmayacaktır. Nihayetinde tıbbi ekip, gerektiği gibi oluşturulmuş ve tıbbın en üst nimetlerinden yararlanabiliyor olsa da temizlik ve hijyen başarıyı sınırlayacağından, ekibin başarısı hastanenin ve malzemelerin temizliği kadardır.

Tesis ve genel güvenliğin sağlanması, destek hizmetlerinin sorumluluk alanı içerisindedir. Bu sebeple tedaviden sorumlu hekim, teknik bir alan olan destek hizmetlerinin gerektiği gibi sağlanacağına güvenebilir. Örneğin, kendini koruyamayacak durumda olan hastalara karşı tıbbi olmayan, dışarıdan gelecek zararlar konusunda hekimin sorumluluğuna gitmek doğru değildir.

4.3.3.2. Güven İlkesinin Devredilebilirliği

Tıbbi uygulamalardaki gelişmeler, önceden sadece hekimlerin sorumluluğunda olan görevlerin ekonomik kaygı ve hekim eksikliğinden dolayı, açık bir şekilde başkalarına devrediliyor olduğunu göstermektedir.⁴³⁹ Bu nedenle güven ilkesi daha çok yatay iş birliği içerisindeki hekimler için kullanılırken uygun olduğu durumlarda diğer tıp meslek mensupları için de kullanılabilir.

Tıbbi hizmetlerde olduğu gibi, bakım hizmetlerinde de iş birliği uygulamanın bir parçasıdır. Hastanın tüm bakımının kesintisiz şekilde tek bir kişi tarafından sağlanması imkansız olduğundan çeşitli iş bölümlerine ihtiyaç vardır. Bu sebeple hemşirelik hizmetlerindeki yatay iş birliğine de tıbbi uygulamalardaki güven ilkesi yansımaktadır. Örneğin, hastanın tedavisini hatalı şekilde uygulayan hemşirenin hatasını fark eden diğer hemşire, hatalı tedavi uygulayan hemşireyi gerekli şekilde uyarmak zorundadır. Benzer şekilde, sıvı volüm fazlalığı nedeniyle solunum sıkıntısı olan böbrek yetmezliği olan hastanın yatağını düzleştiren hemşireyi, durumu fark eden

⁴³⁹ Berg, s.12.

diğer hemşire uyarmalı ve uygun postur için yatağı dikleştirmelidir. Güven ilkesinin devredilebilirliğine ilişkin ayrıntılı örnek vermek gerekir.

4.3.3.2.1. Hemşirelik Bakımı⁴⁴⁰

Güven ilkesinin devredilebilirliğine ilişkin, hemşirelik bakımı örnek olarak verilebilir. Olayda hasta A, bypass ameliyatı geçirir ve hastanenin yoğun bakımında monitörize edilerek takip ve tedavi altına alınır. Hastanın ilk gecesi sorunsuz geçer. A'nın genel durumu stabildir ve yatağın kenarında oturmaktadır. Ameliyat bölgesinde dört adet vakumsuz dren bulunmaktadır. Ayrıca hastaya santral venöz katater takılarak, kan sulandırıcı ilaçlar ve sıvı desteği verilmektedir. Ameliyattan 24 saat geçtikten sonra A'nın bilinci açık ve genel durumu iyidir. Hekim, diyet programı ve nefesle birlikte oluşan ağrı ile ilgili dikkatli olunması konusunda genel bilgilendirmeyi yapar. Çünkü ağrıdan dolayı derin nefes alamamaya bağlı, akciğerlerin yetersiz havalanması sonucu akciğerde biriken sekresyonlar, pnömoniye zemin hazırlamaktadır. A, yapılan bilgilendirmeyi tam olarak anlamaması üzerine hemşire H hastaya, normal derin nefes alıp vermesi gerektiğini ve hekimin ağrısı için kendisine ağrı kesici verilebileceği talimatı verdiğini anlatır. A, çok fazla ilaç kullanmayı istemediğini söylediğinde ise H, kontrollü ağrı kesicilerin çok fazla zararlı olmadığını ve pnömoninin daha ciddi olduğunu anlatır. Bunun üzerine A sakinleşir, birkaç gün içerisinde kendisini toparlar ve drenleri çekilir. Artık H'nin akciğerlerinde sorun oluşmayacaktır.

a) Birinci Durum⁴⁴¹

A, ilaç kullanmayı sevmeyişinden ağrı kesici kullanımı hakkında konuşmaz ve bu sebeple H de sorun olmadığını düşünerek açıklama yapmaz. Ancak bu arada A, ağrıları nedeniyle derin nefes alamaz ve salgılar akciğerinde birikmeye başlar. Supervisor hemşire S de H'nin, A ile ağrı kesiciler hakkında konuştuğunu varsaydığından tekrar bahsetme gereği duymaz. A, ağrıları nedeniyle sık nefes alıp verdiğinden akciğerleri yeterince havalanamaz ve atelektazi gelişir.

⁴⁴⁰ Berg, ss.32-33.

⁴⁴¹ Berg, s.33.

b) İkinci Durum⁴⁴²

Olaylar birinci durumdakine benzerdir. Hemşire H, kendi telaşından dolayı A'yı bilgilendirmeyi kısa tutar ve ağrı kesicinin önemini anlatmayı unuttur. S'nin telaşeyi fark etmesi durumunda, ağrı kesici hakkında gereken bilgilendirmeyi yaparak gerekli tedbirleri alması gerekir. Ancak S, bilgilendirmenin gerektiği gibi yapılmadığını fark etmesine rağmen gerekeni yapmazsa, birinci durumdaki sonuçlar meydana gelecektir.

c) Değerlendirme

Pnömoniye bağlı, sağlığın bozulması ve dolayısıyla yaralanma neticesi oluşmuştur. Halbuki öncelikle ağrı kesicinin öneminin yeterince anlatılsa ve sonrasında bunun takibi yapılmış olsaydı pnömoni önlenebilirdi. Hemşirenin mesleki görevlerinden biri de bakım ve takibi gerçekleştirerek, hastanın en az zarar görmesini sağlamaktır. Bu nedenle garantörsel bir görevi bulunmaktadır. Hemşirenin objektif olarak, dikkat ve özen yükümlülüğü de bulunmaktadır. Eğer davranışları, gereken dikkat ve özen yükümlülüğüne uygun değilse ve yani gerektiği gibi hareket etmiyorsa hatası söz konusudur. Gereken hareket tarzını, somut olaya göre ex-ante değerlendirmek gerekir. Hemşirenin, objektif bakım standartlarında hatası varsa ve zarar neticesi meydana geldiyse sorumluluk söz konusu olacaktır. Ancak buradaki sorunlardan biri de S'nin H'nin uygun tedaviyi anlatmasına güvenip güvenmemesindedir. Klinik ortamda hemşireler arasında da güven ilkesi söz konusu olabileceğinden S, H'nin hastayı usulüne uygun olarak bilgilendirdiği varsayımına ve hastanın da olası tedaviler konusunda aydınlatıldığına güvenerek hareket edebilir. Eğer H, S'nin denetim ve gözetimi altındayken hastası için yaptığı hazırlıklar sırasında S, H'nin hareketlerinde normalden sapma göremeyecek durumdaysa S, güven ilkesinden yararlanabilir. Bu sebeple hasta ağrı kesici istememesi halinde S, bunu normal olarak karşılayabilir ve ayrıca, tekrar bilgilendirmeyebilir. Sonuç olarak S, hastanın normal koşullardaki talepleri istemediğini bilemeyebilir ve H'nin hastayı usulüne uygun olarak bilgilendirmesine güveneceğinden ayrıca sorumluluğuna gitmek doğru olmayacaktır.

⁴⁴² Berg, s.33.

Meydana gelen neticeden dolayı, öncelikle yaralama suçunun oluştuğunu kabul etmek gerekir. Hastanın, takibi ve bakımının gerektiği gibi yapılmaması sebebiyle ilk olarak, ön planda bulunan, bakımdan sorumlu hemşire H'nin sorumluluğuna gidilir. H'nin, hastanın durumunun kötüleşmesine sebep olacak icrai bir hareketi bulunmamaktadır. Ayrıca öngörülebilir neticeyi öngörmeyip suç işleme iradesi de olmadığından olay taksir kapsamında değerlendirilmelidir. İkinci durumda S'nin, H'nin dikkatsizliğini fark etmesine rağmen gereken tedbirleri almayıp, dikkat ve özen yükümlülüğünü ihlal ettiğinden dolayı H ile birlikte, neticeden sorumlu tutulması gerekir.

4.3.3.2.2. Bilgilendirme

“Dava maddi ve manevi tazminat istemine ilişkin olup, davacı davalı doktor tarafından ameliyat edildiğini, ameliyat sonrası şiddetli ağrıları olunca doktorun talimatı ile ağrı kesici vurulduğunu, bundan sonra sağ bacağını kullanamadığını, davalılar tarafından durumun ciddiye alınmadığını ve taburcu edildiğini, sonrasında gördüğü fizik tedavilere rağmen sorunun geçmediğini beyanla tazminat istemiş, davalı ise sorunun davacının ameliyat öncesi yaşadığı kilo kaybından kaynaklandığını, her hangi bir kusuru olmadığını savunmuştur.

Mahkemece, Gazi Üniversitesinden alınan bilirkişi raporu sonrasında yine Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ana Bilim Dalından alınan 18.1.2013 tarihli rapora göre davacının davalı hastanede geçirdiği mide ameliyatı sonrasında kalçadan yapılan enjeksiyonu takiben sağ ayakta güçsüzlük ve ağrı yakınmalarının geliştiği, 1 ay sonra yapılan EMG de sağda paroneal sinirin diz distalinde ağır etkilenme olduğu, Gazi Üniversitesindeki nörolojik muayenesinde sağ ayak bileği dorsifleksiyonunda %100 kayıp, sağ paroneal sinir sahasında ağrı duyusunda azalma ve sağda stepaj yürüyüşü saptandığını, olayın başlangıcı, oluş şekli gözönünde bulundurulduğunda en olası nedenin ilaç enjeksiyonu olabileceği, hastada paroneal nöropatiden ziyade sinir hasarlanması olduğunun anlaşıldığı ve bu seviyedeki bir paroneal sinir hasarının olayın gelişme şekli ve hastanın vücut yapısı göz önünde bulundurulduğunda ameliyat sonrası kalçadan yapılan hatalı intramusküler ilaç enjeksiyonuna bağlı gelişmiş olabileceği yönünde rapor tanzim edildiği anlaşılmıştır. Davalıların itirazları üzerine Adli Tıp 2. İhtisas Kurulundan alınan bilirkişi raporunda ise litotomi pozisyonunda yapılan ameliyatlardan sonra ve paroneal sinire yakın bölgeden kas içine yapılan ilaç uygulamalarından sonra özellikle aşırı kilo kaybı olan kişilerde paroneal sinirde hasarın oluşabileceği kişinin zayıf ve kaşektik olduğu, kişide oluşan sinir hasarının hem litotomi pozisyonunda hem de kas içine yapılan ağrı kesici ilaç uygulaması sonucu gelişebileceği her iki durumda da oluşan tablonun her türlü özene rağmen oluşabilen komplikasyon olarak nitelendirilmesi gerektiği ve davalıların kusurlu olmadığı yönünde görüş bildirilmiştir. Gazi Üniversitesinden alınan raporda hatalı enjeksiyonun olaya sebebiyet vermiş olabileceğinden bahsedilmiş, Adli Tıp Kurumundan alınan raporda ise olayın bir komplikasyon olarak nitelendirilmesi

gerektiği ve davalıların kusuru olmadığı neticesine varılmıştır. Bu haliyle mahkemece, alınan bilirkişi raporları arasında çelişki olduğu gözetilerek konusunda uzman bilirkişilerden çelişkiyi giderecek ve gerekçede de bahsedilen hususları açıklığa kavuşturacak şekilde taraf ve yargıtay denetimine elverişli yeniden bir rapor alınarak sonucuna uygun karar verilmesi gerekirken yazılı şekilde hüküm tesisi usul ve yasaya aykırı olup, bozma nedenidir.”⁴⁴³

Olay hekimin, hastanın şikayeti doğrultusunda ilaç enjeksiyonu talimatı vermesi ve görevli hemşirenin talimata uygun enjeksiyonu yapması sonrası, hastanın nöropatiye bağlı zararı görmesidir. Tedavilerin ve tedavide kullanılacak ilaçların risklerinin aydınlatılması görevi, esas olarak tedaviden sorumlu hekimindir. Hekimler bu yükümlülük doğrultusunda, tedavinin fayda ve riskleri konusunda hastayı yeterince bilgilendirerek buna uygun rızasını almalıdırlar. Tıp meslek mensubu, hekimin bu görevini yerine getirdiğine güvenerek verilen talimatı uygulayabilir. Ancak nöropati her zaman ilacın özelliğinden değil yargıya konu olan bu olaydaki gibi enjeksiyonun yapılış yer ve usulünden de kaynaklanabilir.

Hasta Hakları Yönetmeliği m.18/2’ye göre hastayı bilgilendirme, tıbbi müdahalede bulunacak sağlık meslek mensubu tarafından yapılmalıdır. Tıbbi uygulamalarda her uygulayıcı kendi yetki ve sorumluluğu altındaki işlemlerde uygun bilgilendirmeyi yapmalıdır. Bu sebeple (ilaç etkisinden bağımsız) salt enjeksiyonun yapılması işleminden kaynaklı, anatomik varyasyon gibi risklerin de uygulayıcı tıp meslek mensubu tarafından hastaya anlatılarak uygun rızasının alınması gerekir. Talimatı veren hekim de denetim ve gözetim görevini yerine getirdiği sürece, mesleki tecrübesi bulunan uygulayıcı tıp meslek mensubunun, enjeksiyonun yapılış şekli ile ilgili uygun bilgilendirmeyi yaptığına, hastanın rızasını aldığına ve uygun şekilde enjeksiyonu yaptığına güven duyabilir. Bu durum, tedavinin başka bir merkezde uygulanması açısından da geçerlidir. Hekim, usulüne uygun düzenlediği tedavinin, standartlara uygun başka bir merkezde, doğru şekilde yapılacağına güvenebilir. Buradaki denetim ve gözetim yükümlülüğü, diğer merkezin sorumlusundadır.

⁴⁴³ 13. HD. 2014/15090E, 2014/30917K, K.T.:13.10.2014.

4.3.3.3. Dikey İş Birliği

Dikey iş birliğinde yani hiyerarşik düzenin varlığında her şeyin çok farklı olduğu düşünülebilir. Dikey iş birliğinde, tıbbi organizasyon uygun standartlarda oluşturulduğunda kişiler, diğerlerinin hata yapmayacağına güvenmelidir.⁴⁴⁴ Ancak daha dikkatli bakıldığında talimat verme yetkisi olan kişinin de belli bir oranda güvenmesi kaçınılmazdır. Bu sebeple dikey iş birliği içerisinde de güven ilkesi çift yönlüdür.

Ancak asıl sorun dikey iş birliği içerisinde hiyerarşide altta bulunanın, hiyerarşik üstün açık hatalı ve zararlı kararlarına karşı durup duramayacağıdır. Tıp mesleklerinin iş birliğine talep arttıkça, yasal sorumluluk daha da ön plana çıkacaktır. Ancak dikey hiyerarşideki sorumluluğun belirlenmesi çeşitli sebeplerden dolayı oldukça zordur. Bunun nedenlerinden biri tıbbi iş birliği içerisindeki belirsizlikler iken diğeri de hiyerarşik altın hastanın tüm klinik durumuna hakim olamamasıdır. Kural olarak hasta tedavisinde ekibin tüm üyeleri diğerlerinin görev ve sorumluluklarının farkında olmalıdır.

Bu iş birliği içerisinde ekip şefinin üç temel yükümlülüğü bulunmaktadır. İlk olarak talimatı uygulayan kişiden, uygulamanın hatasız bir şekilde yürütmesinin beklenebilir olup olmadığını araştırmalıdır (seçim yükümlülüğü). İkincisi bu kimseye görevini yerine getirmek için gerekli açıklamalar yapılmalıdır (aydınlatma yükümlülüğü). Üçüncü olarak görevin kurallara uygun olarak yapılıp yapılmadığını tesadüfi kontrollerle denetlemesi gerekir (gözetim yükümlülüğü). Eğer bu yükümlülükler yerine getirilmişse uygulamaya yardım eden personelin kendi ana sorumluluk alanı bakımından özenli, dikkatli ve basiretli davrandığına güvenebilir.⁴⁴⁵

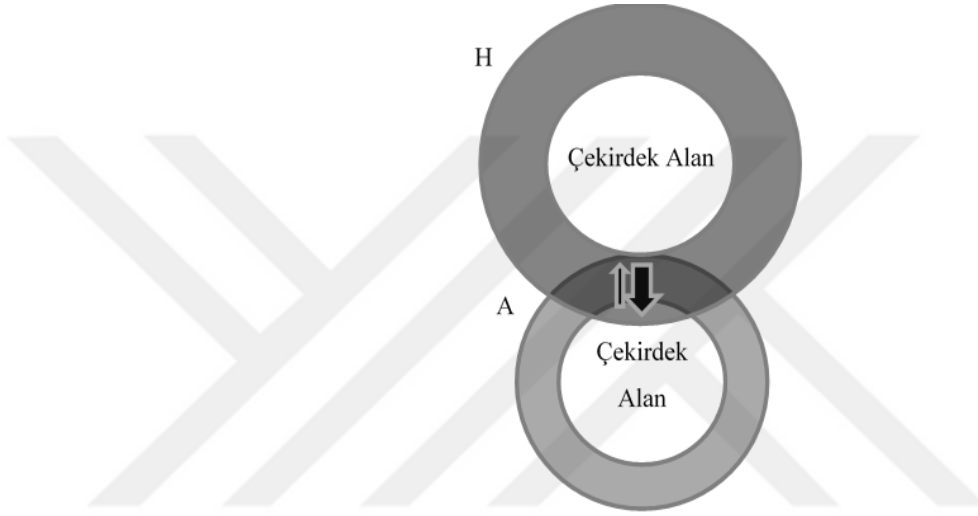
Hastanın tedavisini üstlenen hekim, hastasının sağlığı açısından dikkat ve özen yükümlülüğü doğrultusunda sorumluluk almaktadır. Ekip şefi pozisyonundaki hekim, ekibi kendisi oluşturuyorsa, ekipteki kişilerin belirlenmesinde gerekli dikkat ve özeni

⁴⁴⁴ Berg, s.8.

⁴⁴⁵ Duttge, s.254-255.

göstermek ve bu doğrultuda yapılacak müdahaleye uygun uzmanlık ve yeterliliğe sahip kişileri seçmekle yükümlüdür. Ekip şefi, açık eksiklikler gördüğünde bunları uyarı ve denetimle gidermek veya ekipten çıkarmakla yükümlüdür. Ekipteki görev dağılımını ve talimatları açık ve net bir şekilde yaparak, gerekirse de yazılı olarak düzenleyerek, iletişim ve koordinasyon sorunlarına karşı önlem almak ve bunları gidermek zorundadır.⁴⁴⁶

Tablo 13. Dikey İş Birliğinde Güven İlkesi⁴⁴⁷



4.3.3.3.1. Geminin Kaptanı Doktrini

ABD’de “geminin kaptanı” (captain of the ship doctrine) doktrini gereğince, hekimin sorumluluğu altında olan kişilerin hareketlerinden dolayı, kaptan olarak hekimin sorumlu olacağı kabul edilmiştir.⁴⁴⁸ Bu doktrin ilk defa 1949 yılında Pennsylvania Temyiz Mahkemesi’nde oluşturulmuştur. Buna göre⁴⁴⁹: Hekim, ameliyat salonunda ameliyatı tamamlayıp, ayrılınca kadarki seyirden sorumludur. Geminin genelindeki tüm kişi ve yardımcılardan sorumlu kaptan gibi, anestezi altındaki, bilinçsiz hastanın önemli derecedeki haklarını korumak için de üst kontrol

⁴⁴⁶ Yıldız, s.270.

⁴⁴⁷ Tablo 13’de H’nin hiyerarşisi altındaki A görülmektedir. H ile A’nın iş birliğindeki kesişim alanındaki siyah oklar güven ilkesini göstermektedir. H’nin genel bir denetim ve gözetim yükümlülüğü olduğundan A’nın çekirdek alanından da kısmen sorumluluğu bulunmaktadır.

⁴⁴⁸ Hakeri, s.149.

⁴⁴⁹ Rodel V. **Capule**, A Surgeon is Not Always the “Captain of the Ship”, Philippine Journal of Internal Medicine, C.49, S.2, 2011, s.IV.

mekanizması gereklidir. Bu doktrin, “hasta, narkozun tesirinde bulundukça doktorun nezareti ve mesuliyeti altındadır”⁴⁵⁰ şeklinde hukukumuzda da yer bulmuştur.

Genelde hekim, kendisinin belirlemediği kişiler tarafından gerçekleştirilen hareketlerden sorumlu değildir. Ancak bunun iki istisnası vardır. İlki; kişinin hatalı hareketini görmesine rağmen bunu engelleyici ve düzeltici davranışta bulunmayan hekimin sorumluluğu söz konusudur. İkincisi ise hekimin bu kişi üzerinde denetim ve gözetim yükümlülüğü varsa yine sorumluluğu söz konusudur. Fields v. Yusuf Davası’nda⁴⁵¹, hastada unutulmuş spanç için mahkeme “geminin kaptanı” doktrinini uygulamamış ve hekimi sorumlu tutmamıştır. Davada spançların sayım işinin hemşirenin sorumluluğunda olduğu belirtilerek, sayımın doğru tuttuğu raporu ve ameliyat bölgesinde yabancı cisim gözlenmemesi nedeniyle hekimin, bu konuda hemşireye güvenmesinin standart bir uygulama olduğu belirtilmiştir.

Tampon unutulmasıyla ilgili İtalyan Temyiz Mahkemesi Kararı’nda, ameliyatta cerrahın hastanın karnında tampon unutulması nedeniyle ekibi denetleme görevi olmayan anestezi uzmanının ceza sorumluluğu olmadığına fakat ameliyat sırasında asistanın davranışlarını denetleyip gözetlemekle görevli cerrahın denetleme görevini ihmal etmesi nedeniyle sorumlu olduğuna karar vermiştir. Bu olayda mahkeme, diğer kişinin riskli davranışının öngörülebilir ve önlenabilir olmasını iki temel ölçüt olarak kabul etmiştir.⁴⁵²

Ünver, ekibi denetleme görevi olmayan anestezistin sorumlu olmayacağı yönündeki kararı doğru bulmaktadır. Ancak cerrahın denetleme görevine ilişkin kararın her zaman geçerli olamayacağını ve sorumluluğun somut olayın koşullarına göre değerlendirmek gerektiğini, tecrübesi olan bir asistanın sürekli olarak denetlenmesinin beklenilemeyeceğini ifade etmiştir. Bu gibi durumlarda sorumluluğun oluşması için somut olayda acemilik, hatalı davranışlar veya belirtilerin

⁴⁵⁰ Belgesay, s.95.

⁴⁵¹ **LawLink**, Kaliforniya Temyiz Mahkemesi, 2.Daire, 2. Bölüm, 2006 (144 Cal.App.4th 1381) <http://www.lawlink.com/research/CaseLevel3/83896>, (E.T.: 17.01.2016).

⁴⁵² Ünver, Güven, ss.895-896.

görülmesine rağmen müdahale edilmemesi gerekmektedir. Ancak uzman gerekli tecrübeye sahip değilse, ilgili branşta değilse veya gerekli niteliklere sahip değilse daha baştan ekibin oluşturulmasında gerekli özenin gösterilmemesi nedeniyle ekip şefinin sorumluluğu doğacaktır. Diğer taraftan asistan gerekli niteliklere sahip olmasına karşın yeterli tecrübesi yoksa, yaptığı uygulamanın sürekli olarak denetlenmesi gerekmektedir. Aksi halde güven ilkesi, ekip şefine koruma sağlamayacaktır.⁴⁵³

Hukuk Genel Kurulu'na konu olan diğer bir olayda; over kisti ameliyatı olan davacı, şikayetlerinin artmasına rağmen davalı hekimin kayıtsız kalması üzerine, başka hekimlere muayene olmuştur. Muayene sonucu kendisine ikinci bir ameliyat önerilmiş, ikinci ameliyatta hastadan yabancı cisim çıkarılmış ve hasta hekimden davacı olmuştur. Karar şu şekildedir:⁴⁵⁴

“Dosya içeriği ve toplanan delillere göre; davacının 28.02.2001 tarihinde davalı doktor tarafından diğer davalı Hastanede ameliyat edildiği, sonrasında karnında şikayetlerinin sürdüğü, en son olarak da 11.2.2002 tarihinde diğer bir Hastanede başka bir doktor tarafından ameliyat edildiği ve alınan parçanın patolojik incelemesi neticesinde, yabancı cisimle birlikte pamuk elyafının tespit edildiği anlaşılmaktadır.

Yine İstanbul Tabip Odası Onur Kurulu tarafından 28.04.2003 tarihinde “... Hastanın ameliyat olduğu dönemde hastanede kullanılan gazlı bezlerin sıvı çektiğinde lime lime oldukları İTÜ raporuyla uyumlu olduğundan abseye sebep olan yabancı cismin gazlı bez kalitesindeki düşüklüğe veya imalat hatasına bağlı olduğu bu nedenle de ameliyatı gerçekleştiren doktorun kullanılan malzeme kalitesinden sorumlu tutulamayacağı anlaşılmakla ceza verilmesine mahal olmadığına...” karar verilmiştir.

Son olarak da Yüksek Sağlık Şurası 5-6-7 Eylül 2007 tarihli raporunda;”... Doğru endikasyonla uygulanan birinci operasyonda hata bulunmadığı, ikinci operasyona gerek duyulan vakanın takip sürecinde doğru tanımlanmadığı bu nedenle davalı doktorun değerlendirme ve takipte yetersizlik ve özensizliği bulunduğu...” karar verildiği görülmektedir.

Her ne kadar Yerel Mahkemece direnme kararında, davacıda tespit edilen pamuk elyafının hangi ameliyat sırasında bırakıldığı, bunda davalı yanın kusuru bulunup bulunmadığı gibi konular da ayrıca rapor alınması gerekliliğine değinilmişse de; dosya içerisinde bulunan raporlar neticesinde, davacının karnında pamuk elyafının tespit edildiği, davacı tarafın şikayetlerinin davalı doktor tarafından yapılan ameliyat sonrasında ortaya çıktığı, ameliyat yapıldığı dönemde hastanede kullanılan

⁴⁵³ Ünver, Güven, s.896.

⁴⁵⁴ Hukuk Genel Kurulu, 2010/13-717E, 2011/129K, K.T.:13.4.2011

gazlı bezlerin sıvı çektiğinde lime lime oldukları, abseye sebep olan yabancı cismin gazlı bez kalitesindeki düşüklüğe veya imalat hatasına bağlı olduğu hususları belirlendiğine göre, tek başına kalitesiz malzeme kullanılması dahi davalı yanın kusurlu olduğunu göstereceğinden; mahkemece burada artık bilirkişi incelemesi yaptırılmasına gerek bulunmamaktadır.”

Yargıtay Hukuk Genel Kurulu, gazlı bez unutulmasında bilirkişi incelemesine dahi gerek olmadan davalı hekimin sorumlu olduğuna dair karar vermiştir. Ancak hekimin daha önce açıkladığımız ve terk edilmeye başlanan geminin kaptanı⁴⁵⁵ kuralına göre doğrudan sorumlu tutulması uygun değildir. Bu gibi olaylarda, doğrudan sayma ve kontrol işlemlerini yapan kişilerin sorumlu tutulması daha doğrudur. Burada hekimin sorumluluğu, sayma işleminin yapılıp yapılmadığı yönünde gerekli denetim ve gözetimi yapmamasından olabilir. Bu durumda, saymadan sorumlu kişilerin yanında hekim de sorumlu olacaktır.⁴⁵⁶

Yargıtay başka bir kararında, asıl sorumlu olarak genel cerrahi uzmanını görürken hemşireleri de sorumlu tutmuştur. *“Görevli hemşire olan sanıkların, genel cerrahi uzmanının mağdurun karnında unuttuğu iki adet pensi, ameliyat öncesi ve sonrasında sayarak kontrol etmemekten ibaret olan eylemlerinin özel hüküm niteliğindeki taksirle yaralama suçuna katılma niteliğinde olduğu...”* Öncelikle taksirli suçlarda iştirak söz konusu olmadığından, hemşirelerin hekimin taksirle yaralama suçuna katılmaları hatalıdır. Diğer ve konumuzla asıl ilgili olan husus ise sayma görevi hemşirelerin olduğundan, asıl sorumlu olanlar hemşirelerdir. Ancak hekim, sayma işleminin denetlemesini yapmazsa sorumlu tutulmalıdır.⁴⁵⁷

Güvenli cerrahide ekibin her üyesinin amacı hastanın sağlığı olduğundan, ameliyatın güvenliğini ve başarısını sağlama konusunda sorumluluğu bulunmaktadır. Hekimin, ameliyat sonunda sayımların doğru eşleştirilmesi ve bölgenin kontrolünü yaparak ameliyat bölgesini kapatması ile gerekli dikkat ve özeni göstermiş olduğunu kabul etmek gerekir. Bu durumda eşleştirmede hatalı bir sayım olsa bile ameliyat

⁴⁵⁵ (Bölüm II, 4.3.1.3) Fields v. Yusuf Kararı.

⁴⁵⁶ Hakeri, Tıp 2015, ss.653-654.

⁴⁵⁷ 4.CD. 16170E, 2316K, K.T.:19.12.2008; Aktaran: Hakeri, Tıp 2015, s.654.

bölgesini de kontrol eden ve hatayı öngörebilecek durumda olmayan hekimi sorumlu tutmak doğru olmayacaktır. Hekimin, kendi üzerine düşen dikkat ve özen yükümlülüğünü yerine getirdikten sonra, diğer personellerin uygulamasına güveni korunmalıdır. Aksi halde hekimin ameliyatı yarıda bırakarak malzemeyi bir de kendisinin sayması gerekir ki bu hem hasta sağlığı hem de iş birliğinin amacı açısından anlamsız ve tehlikelidir.

Yukarıdaki örneklerin dışında kalça protezi tedarikçisinin, protezlerin takılması sırasındaki ihmali sebebiyle de cerrah sorumlu tutulmamıştır.⁴⁵⁸ Yine anestezi uzmanının bağımsız ihmalinden cerrah sorumlu tutulmamıştır.⁴⁵⁹ Görüldüğü üzere bu doktrin son yıllarda çeşitli sebeplerle geçerliliğini yitirmeye başlamıştır.⁴⁶⁰ Ekip şefinin tedavi garantisi olmayıp, denetim ve gözetim yükümlülüğünü gereği gibi yerine getirdiği yani kusurundan bahsedilemeyecek durumlarda, kendi belirlemediği ekip üyesinin kusurundan dolayı sorumlu tutulması doğru değildir.

4.3.3.3.2. Eğitim Görenler

Asistan hekimin de uzmanlığa ilişkin tıbbi müdahaleyi öğrenmesi, tecrübe kazanması gerekir ve hukuk düzeni buna engel olmaz. Ancak bunun denetim ve gözetim sorumluluğu altında yapılması gerekir ki aksi takdirde asistan, hekim olmasına rağmen üstlenme kusuru nedeniyle sorumlu olur.⁴⁶¹ Asistan hekimlerin hareketlerinden dolayı, denetim ve gözetim yükümlülüğü bulunan eğitici hekim, bu görevi tam olarak yerine getirmedikçe güven ilkesinden yararlanamaz. Eğitici hekim, eğitim aldığı konuda kendi başına müdahale yapabilecek duruma gelmiş asistana kendi denetim ve gözetim sorumluluğu altında müdahale konusunda yetki verebilir. Ancak denetim ve gözetim görevi gereği gibi yerine getirildiğinde güven ilkesinden yararlanma imkanı olacaktır.⁴⁶² Diğer taraftan asistan hekim de ilgili sorumlunun yetki

⁴⁵⁸ Stanton T. **Mathews**, Kevin **Lancaster**; California Causes of Action, 14. Baskı, James Publishing, 2013, Thomas v. Intermedics Orthopedics Inc. Davası (1996), s.1-21.

⁴⁵⁹ Mathews, Lancaster; Kennedy v. Gaskell Davası (1969), s.1-21.

⁴⁶⁰ Matthew R. **Souther**, The 'Captain Of The Ship' Doctrine Gets A New Set Of Sails, Medical Malpractice Law & Strategy, Haziran 2007.

⁴⁶¹ Hakan **Hakeri**, Tıp Hukukuna Giriş (Tıp hukukunun temel kavramları –Genel tıp Hukuku), Roche Sağlık Hukuku Günleri 2 Soru ve Cevaplar (Roche 2), İstanbul, 2007, s.4.

⁴⁶² Yıldız, s.273.

vermesine rağmen üzerinde denetim ve gözetim bulunmuyorken uzmanlık gerektiren müdahaleyi yapmamalıdır.⁴⁶³

Yargıtay'a konu olan bir olayda; ameliyathane sorumlusu sanık doktor R'nin görevlendirmesi üzerine, göz ihtisası yapmakta olan diğer sanık doktor A; mağdure Fatma'nın dosyasını incelemeyen, sağlam gözünü ameliyat ederek almış ve daha sonra diğer gözün de zorunlu olarak alınması sonucu, mağdure tamamen kör olmuştur. Yargıtay, asistan doktor ve onu görevlendiren uzman doktorun, kusur oranlarının belirlenmesi gerektiğini belirtmiştir.⁴⁶⁴

Bu olayda ameliyathane sorumlusu sanık R'nin, sanık A'ya görev vermesi ve güveni söz konusudur. Uzmanlık eğitimi alan asistanların, uzman hekimin denetim ve gözetimi altında çalıştıklarını belirtmiştik. Bu sebeple sorumlu hekim R'nin, asistan hekim A üzerinde denetim ve gözetim yükümlülüğü bulunmaktadır. Ancak daha önceden belirlenmiş olan, ameliyat yapılacak tarafta hata yapılması, uzmanlık bilgisi gerektirmeyen ve genel bir dikkat ve özenle tespit edilebilecek bir husustur. Bu sebeple asistan hekimin, gereken dikkat ve özeni göstermemesinden kaynaklı neticeden sorumlu tutulması uygundur. Ancak sorumlu hekim R açısından, güven ilkesinin doğrultusunda değerlendirme yapılması gerekir. Çünkü belirttiğimiz üzere, ameliyat öncesi doğru tarafın belirlenerek ona göre ameliyat yapılması, uzmanlık bilgisi gerektirmeyen ve uzmanlık eğitimiyle ilişkisi olmayan basit bir uygulamadır. Aksi halde R'nin, A'nın en basit, her hareketini kontrol etmesi gerekirdi ki bu da iş birliğini anlamsız hale getirecektir. R'nin eğitimle ilgili üzerine düşen denetim ve kontrol görevini yerine getirdiğini kabul ettiğimizde, R'nin A'nın hareketlerine karşı güveni korunmalıdır. Ancak A'nın hazırladığı hastayı R ameliyat etmiş olsaydı, R'nin de yanlış taraf konusunda doğrudan sorumluluğu doğacaktı ve bu halde her ikisinin de meydana gelen neticeden sorumluluğu söz konusu olacaktır.

⁴⁶³ Yener Ünver, Hekimin Cezai Sorumluluğu, Roche Sağlık Hukuku Günleri 2 Soru ve Cevaplar (Roche 2), İstanbul, 2007, s.192.

⁴⁶⁴ 2.CD. 1996/4493E, 1996/4682K, K.T.:24.4.1996; Aktaran: Halide Savaş, Yanlış Taraf Cerrahisinin Ceza Hukuku Boyutu, <http://www.saglikdanis.com/pdf/yanlis%20taraf%20cerrahisinin%20ceza%20hukuku%20boyutu.pdf> (E.T.:17.01.2016).

4.3.3.3.3. Üstlenme Kusuru

Hekimin tedaviye ilişkin bizzat yerine getirmesi gereken müdahaleyi yapmayıp başka bir tıp meslek mensubundan bunu isterse, güven ilkesinden yararlanma imkanı kalmayacak ve bu halde, gerek işlemi yerine getiren gerekse de bu talimatı veren hekim sorumlu olacaktır.⁴⁶⁵ Buna benzer şekilde kişi, yetkisi bulunmayan bir uygulamada bulunduğu takdirde güven ilkesinden yararlanamaz.

Yargıtay’a konu olan olay; “*Laborant olan sanığın, eşi adına kayıtlı olan sağlık kabinine 15.01.2007 tarihinde ateşlenmesi nedeniyle getirilen 2006 doğum tarihli çocuğa, reçete olmadan enjeksiyon yapması sonucu oluşan apse ve sonrasında gelişen enfeksiyon nedeniyle 18.01.2007 tarihinde öldüğü, Adli Tıp 3. İhtisas Dairesi raporundan sanığın eylemi ile ölüm arasında illiyet bağı olup, eylemi tıp kurallarına uygun bulunmadığı anlaşılan sanık hakkında, iki sınır arasında temel ceza belirlenirken; suçun işleniş biçimi, failin taksire dayalı kusurunun yoğunluğu, meydana gelen zararın ağırlığı, maddede öngörülen cezanın alt ve üst sınırları da dikkate alınmak suretiyle, uygun bir cezaya hükmedilmesi yerine alt sınırdan ceza tayini,*

Kanuna aykırı olup, katılanlar vekilinin temyiz itirazları bu nedenle yerinde görüldüğünden, 5320 sayılı Kanunun 8. maddesi uyarınca halen uygulanmakta olan 1412 sayılı CMUK’un 321. maddesi gereğince, hükmün isteme uygun olarak BOZULMASINA, 20.11.2014 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.”⁴⁶⁶

Enjeksiyon işlemlerinde, tedavi niteliğindeki ilaç kullanıldığından hekim talimatı ile yapılmalıdır. Usulüne uygun hekim talimatı olmaksızın yapılan ilaç enjeksiyonları, hukuka aykırı işlemlerdir. Nitekim Yargıtay da bu görüşte olup kararında, reçete olmadan yapılan enjeksiyona bağlı ölümden, enjeksiyonu yapanın enjeksiyon yapma ehliyeti olmasına rağmen en alt sınırdan ceza verilmesini uygun bulmamıştır. Bizce de uygun talimat olmadan yapılan enjeksiyon, basit taksirin dışına çıkmaktadır. Ayrıca enjeksiyon talimatını hekim vermiş olsa bile, usulüne uygun verilmediğinden tıp meslek mensubunun talimata güveni korunmayacaktır. Çünkü acil durumlar dışında tedavi talimatlarının, yazılı olarak verilmesi gerekir. Eğer hekim usulüne uygun reçete etseydi ve sanık bu reçete doğrultusunda enjeksiyonu yapmış olsaydı, hekimin talimatına güveni korunması gerekir.

⁴⁶⁵ Yıldız, s.273.

⁴⁶⁶ 12. CD. 2014/18691E, 2014/23439K, K.T.: 20.11.2014.

4.3.3.3.4. Talimatların Denetimi

Kişilerin güven ilkesinden yararlanabilmeleri için dikkat ve özen sorumluluklarına uygun davranmaları gerekir. Ekip başındaki kimseler, hiyerarşik konumları nedeniyle sahip oldukları denetim ve gözetim yükümlülüğünü yerine getirmezlerse, güven ilkesinden yararlanamazlar.⁴⁶⁷ Ekip çalışmasında ekip şefinin, diğer personeli denetleme, görevlerini tam ve eksiksiz yapmaları konusunda onları uyarma ve ayrıca kötü bir sonuç oluşmaması için gerekli tedbirleri alma konusunda dikkat ve özen yükümlülüğü vardır. Bu yükümlülükleri yerine getiren ekip şefi, ekibin diğer üyelerinin görevlerini yerine getirdiğine güvenerek hareket edebilir. Eğer bu yükümlülükleri tam ve eksiksiz olarak yerine getirdiyse oluşan neticeden ekip şefi değil, bu konudaki dikkat ve özen yükümlülüğünü yerine getirmeyen diğer kişi sorumlu olacaktır.⁴⁶⁸ Örneğin ameliyathane sorumlusu, gerekli hazırlıkların yapıp tedbirlerin alındığına denetlemekle yükümlüdür.⁴⁶⁹ Ancak bu yükümlülükleri yerine getirmezse, güven ilkesinden yararlanamayacaktır.

Alman Yargıtay'ına konu olayda hekim, hemşireye 10cc *decholin* enjekte etmesini istemiştir. Ancak hemşire talimatı yanlış anlayarak 10 cc *cholin* enjekte ederek hastanın ölümüne sebebiyet vermiştir. Mahkeme kararında, sözlü talimatın yanlış anlaşılma ihtimali olduğu belirtilerek hekimin bunu göz önünde bulundurması ve gerekli tedbirleri alması gerektiğini ifade ederek, güven ilkesini kabul etmemiştir.⁴⁷⁰ Hekim, ilaç uygulaması ile ilgili talimatı verirken hemşirenin yanlış anlamasını önleyecek şekilde (talimatı yazılı verme, tekrar ettirme gibi) gereken tedbirleri almakla yükümlüdür.⁴⁷¹ Hekimin, hemşire ile arasındaki dikey iş birliği içerisinde, verdiği talimatın yerine getirilmesi konusunda dikkat ve özen yükümlülüğü bulunmaktadır. Bu sebeple verilen karar, güven ilkesinin istisnası açısından uygundur. Ancak hekim, talimatı verirken gerekli önlemleri almasına ve talimatlarının

⁴⁶⁷ Yıldız, ss.272-273.

⁴⁶⁸ Çakmut, s.255.

⁴⁶⁹ Hancı, s.85.

⁴⁷⁰ Berrin Akbulut, Tıp Ceza Hukukunda Nedensellik Bağı, V. Türk Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, , Tıp Ceza Hukukunun Güncel Sorunları, 28Şubat-1Mart 2008, Ankara, Türkiye Barolar Birliği, s.288.

⁴⁷¹ Hasan Tahsin Gökcan, Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk, 2. Baskı, Seçkin, Ankara, 2014, s.270.

uygulanması sırasında gerekli denetim ve gözetimi gerçekleştirmesine rağmen, hemşire bu talimatı uygulamada hata yaparsa hekimin hemşirenin uygulamasına karşı güveni korunmalıdır.

Hemşirelerin hastayı müdafaa görevi ile ilgili 1998 yılında Güney Dakota Yüksek Mahkemesi'nde görülen Koeniguer v. Eckrich Davası'nda⁴⁷², hasta Winnifred Scoblic, üriner sistem ameliyatından on bir gün sonra yükselmeye başlayan ateş sonrası sepsisten vefat etmiştir. Davacı Koeniguer (vefat edenin kızı), ameliyat sonrası tıbbi bakım ihmalinden dolayı hastane ve iki doktor aleyhine dava açmıştır. Üriner inkontinans şikayeti nedeniyle 05.01.1983 tarihinde ameliyat olan hastanın ateşi, 16.01.1983 tarihinde saat 08.45'de 37,8 °C civarlarında seyretmektedir. Aynı gün saat 10.45'de taburcu edilen hasta; 19.01.1983 günü sepsis tanısıyla hastaneye tekrar yatışı yapılmış, 21 Ocak günü üniversite hastanesine sevk edilmiş ve 21 Mart günü multi organ yetmezliğinden vefat etmiştir. Davacının aldığı uzman görüşünde; hemşirelerin yeterli izlem, bakımı sağlama ve hastayı müdafaa konularında hataları olduğu söylenmiştir. Hemşire ifadesinde, taburcu günü ateşin yükseldiği, insizyon yeri ve dren hakkında hekime bilgi verildiğini belirtilmiştir ancak gerekli kayıtlar tutulmamıştır. Hastane, hastanın taburculuğunun hekimin tıbbi kanaati olduğunu, hemşirenin hekimin kararının hatalı olduğunu düşündüğünde bunu hekimle tartışması gerektiğini, eğer hatada devam ediyorsa bunu bir üst otoriteyle konuşması gerektiğini savunmuş; hemşirelik bakım müdürü, hastanın taburculuk kararına rağmen hastanın durumunda dikkat çekici bir değişiklik olduğunda hekimin talimatını sorgulamasının bazen bir hemşirelik görevi olduğunu söylemiştir. Bilirkişi, hastanın durumu yatışı gerektiriyorsa hemşirelerin taburculuğu geciktirmesi gerektiğini söyleyerek hemşirenin hastanın avukatlığı konusunda ihmali olduğunu, hastanın durumundaki değişikliğe rağmen hekimin taburculuk kararının sorgulandığı ya da tartışıldığına dair kanıt bulunmadığını, özensizliğin icrai harekete eş değer bir ihmali hareket üzerinden gerçekleştiğini söylemiştir. Mahkeme, taburculuğun hekim kararı olduğundan hastanenin savunmasını uygun bularak hastaneyi taraf olarak kabul etmemiş ve

⁴⁷² 422 N.W.2d 600 (South Dakota, 1988), <http://law.justia.com/cases/south-dakota/supreme-court/1988/15869-1.html> (E.T.: 17.01.2016)

hemşirelerin hastanın kabul edilebilir standart bakımında sapma olduğuna inandıklarında, hekimin kararını sorgulama görevleri olduğunu belirtmiştir.⁴⁷³ Yargıya konu bu olayda, hemşirenin hastayı müdafaa rolünde hatası bulunmaktadır.⁴⁷⁴

Bu karar, ekip iş birliği içerisinde mesleklerin dikkat ve özen yükümlülüğünü vurgulayan önemli bir karardır. Hemşireler, hatalı olduğunu düşündükleri bir kararı sorgulamalı, tartışmalı ve gerekirse bir üst merciye taşınmalıdırlar. Aksi güven ilkesinden yararlanamayıp, bakım hizmetlerindeki dikkat ve özen yükümlülüklerinden dolayı kusur söz konusu olacaktır. Bu işlemlerin kayıt altına alınmasının görev olduğu kadar ayrıca ispat kolaylığı sağlayacağı da unutulmamalıdır.

4.3.3.3.5. Hatalı Talimat

Güven ilkesine dayanacak olan sadece ekip şefi değil, ekip içerisindeki diğer kişiler de olabilir.⁴⁷⁵ Bunlar, kural olarak ekip şefinin talimatlarına göre hareket edebilir ve onun uzmanlık ve yönlendirmelerine ve bunların doğruluğuna güvenerek hareket edebilirler. Bununla beraber arada hiyerarşik bir ilişki olsa bile ekip şefinin talimatlarına mutlak uymak zorunda olmayıp, müdahalenin gidişatında gördükleri açık hatalı veya eksik talimatlara rağmen buna uymaya devam ederlerse sorumlulukları söz konusudur. Burada kişilerin kendi mesleklerinden kaynaklı dikkat ve özen yükümlülüğü vardır.⁴⁷⁶ Bunun dışında hiyerarşik ilişkide astların, üstün üzerinde denetim ve gözetim yükümlülüğü olmadığından üstün kendisinin gerçekleştirdiği davranışlardan da astın sorumluluğu olmayacaktır.⁴⁷⁷

Kural olarak hekimin talimatlarını uygulayan tıp meslek mensuplarının, hekimin talimatlarını kontrol yükümlülüğü bulunmamaktır ve hekimin talimatlarından dolayı meydana gelebilecek sonuçlardan sorumlu değildir. Güven ilkesi gereğince hekimin, teşhis ve tedaviye ilişkin talimatları ve işlemleri doğru yaptığına güvenerek

⁴⁷³ Yakup Gökhan **Doğramacı**, Zehra Zerrin **Erkol**; Hemşirelerin Hasta Savunuculuğu Görevi Olgu Örneği, Uluslararası Katılımlı Ulusal Tıp Hukuku Kongresi, Bodrum, 2-5 Eylül 2015.

⁴⁷⁴ Croke, s.61.

⁴⁷⁵ Ünver, s.885.

⁴⁷⁶ Yıldız, s.272.

⁴⁷⁷ Yıldız, s.272.

hareket edebilir. Bununla beraber, hekimin her istediğini kayıtsız ve şartsız yerine getirmekle de yükümlü değildirler. Hemşirenin, kendi mesleki bilgi ve tecrübesi doğrultusunda fark edebileceği hatalı tedavi talimatlarını yerine getirmesi halinde meydana gelen sonuçtan sorumluluğu doğacaktır. Örneğin hekimin belirlediği ilaç dozunun hastaya zarar verebileceğini anlayabilecek durumda olmasına rağmen verilen talimatı yerine getirirse doğacak sonuçtan da sorumluluğu olacaktır.⁴⁷⁸ Ameliyat sırasında cerrahın kendi ellerinin boşta olmamasından dolayı, steril hemşireden bir dokuyu tutmasını, klemplemesini ya da kesmesini istediği durumlarda çoğu zaman hemşire müdahale ettiği dokunun mahiyetini bilemeyecektir. Bağ dokuyu keserken içerisinden geçen damar, sinir kesilmesi gibi hatalı dokuya, hatalı müdahale edilmesi istenmiş olabilir. Bu durumda hemşirenin anatomik varyasyonları bilmesi beklenmediğinden, açıkça hatalı dokuya hatalı işlemi yaptığını fark etmediği durumlarda hekime güveni korunmalıdır.

Tıp meslek mensuplarının, mesleklerinin bağımsız fonksiyonları dahilinde dikkat ve özen yükümlülüğüne uygun hareket ederek hatalı veya eksik olduğunu gördükleri talimatlar karşısında uyarma ve yerine getirmeme yükümlülükleri bulunmaktadır. Aksi halde hatalı olduğunu gördükleri davranış karşısında sessiz kalarak, sırf karşısındakinin hatasından dolayı zarar ortaya çıktığında güven ilkesine yaslanarak sorumsuzluklarından bahsetmek etik açıdan olduğu kadar hukuken de doğru değildir.

Hemşirelik Yönetmeliği m.6/d hükmüne rağmen⁴⁷⁹; hemşire, hastanın hayatı veya sağlığı açısından tehlikeli bir durum öngördüğü takdirde tedaviyi yürüten hekimin ısrarına karşın kendisinden istenen işlemi gerçekleştirmemelidir. Çünkü hastanın hayatını veya sağlığını tehdit eden eylemler suç oluşturacağından, emri veren hekim kadar emri yerine getiren hemşire de sorumlu olacaktır. Bu durum Anayasa m.137/2 ve TCK'nın 24/3 maddesinde düzenlenen “suç oluşturan emrin yerine getirilme yasağı”na aykırılık oluşturacaktır.⁴⁸⁰

⁴⁷⁸ Hakeri, Roche 2, s.170; Yıldız, s.278.

⁴⁷⁹ Daha önce (Bölüm I, 5.3.3.'de) izah edilmiştir.

⁴⁸⁰ Yıldız, s.279.

Hekim ve hemşire iş birliğinde, hekimin de hemşirenin davranışlarında güven ilkesinden yararlanma imkanı bulunmaktadır. Aksi açıkça anlaşılmadığı sürece hekim, hemşirenin kendisi tarafından verilen bir talimatın veya talebin doğru anlaşıldığına, kendisinden beklenen şekilde yaptığına inanmak ve bu inanca dayalı olarak davranmak hakkına sahiptir. Bu durumda hemşirenin dikkatsiz ve özensiz davranışından dolayı meydana gelen sonuçlardan hekim sorumlu tutulmamalıdır.⁴⁸¹ Alman Federal Yüksek Mahkemesi bir karında, güven ilkesini açıkça dile getirmese de hekimin belirli eğitim ve sınavdan geçmiş bir tıp mensubunun yapılan sınavlarda kendisinden beklendiği kadar bir bilgiye sahip olduğuna güvenebilir. Bu durum hekim eczacı arasında olduğu kadar, hekim hemşire arasında da olabilir.⁴⁸² Daha önce bahsetmiş olduğumuz Fields v. Yusuf Davası örneğinde de hekim, aksine bir durum görmeyerek hemşirenin mesleki bilgi ve tecrübesine güvenden hareket etmiş olduğundan sorumlu tutulmayacaktır.

Bununla beraber hekim, hemşirenin kendisine verilen görevi yerine getirmede hatalı olduğunu veya yeterli bilgi ve tecrübeye sahip olmadığını görmesi durumunda, hemşirenin gerçekleştireceği işlemde denetim ve gözetim yükümlülüğüne sahiptir. Eğer hekim bu yükümlülüğü yerine getirmezse, hemşirenin meydana gelecek sonuçtan sorumlu olacağı gibi hekimin de sorumluluğu söz konusu olacaktır.⁴⁸³ Hemşire, dikkat ve özen yükümlülüğünden kaynaklı kendi kusurundan kaynaklı hareketinden sorumlu olacağı gibi hekim de denetim ve gözetim yükümlülüğünden kaynaklı kendi kusurundan dolayı sorumlu olacaktır. Örneğin, hekimin vermiş olduğu intramüsküler enjeksiyon talimatında belirli bir eğitim almış ve belli bir meslek tecrübesi olan tıp meslek mensubunun bu işlemi gereği gibi yapacağına güvenerek hareket edebilir. Bu sebeple tıp meslek mensubunun kendi kusuruyla, enjeksiyonun yapılış tekniğinden kaynaklı meydana gelen zarardan talimatı veren hekim sorumlu tutulmamalıdır. Ancak hekim enjeksiyonun yapılış tekniğinde hatayı fark ederse denetim ve gözetim yükümlülüğü devreye girecek, gerekli uyarıyı yapmak ve önlemi almak zorunluluğu

⁴⁸¹ Ünver, Risk, s.339.

⁴⁸² Yıldız, s.279.

⁴⁸³ Yıldız, s.279.

meydana gelecektir. Aynı şekilde ebeler, sorunsuz doğumları tek başlarına yaptırma yetkisine sahiptir ancak meydana gelebilecek sorunlarda ilgili hekime haber verme yükümlülükleri bulunmaktadır. Kadın doğum uzmanı hekim, sorunsuz gebeliklerde ebenin mesleki bilgi ve tecrübesine güvenerek hareket edebilir. Ancak ebe kendisine haber vermemiş olsa dahi, doğum sırasında ebenin sorun yaşadığını fark etmesi halinde denetim ve gözetim yükümlülüğü nedeniyle olaya müdahil olmalı ve gereken müdahaleyi yapmalıdır. Bu gibi olaylarda denetim ve gözetim yükümlülüğü olan kişilerin fark ettikleri hata karşısında sessiz kalmalarını hukuk korumayacaktır. Hatalı eylemi gerçekleştiren kişinin dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırı hareket etmesinden dolayı sorumlu olacağı gibi denetim ve gözetim yükümlülüğü olan kişi de bu yükümlülüğü gereği gibi yerine getirmediğinden dolayı sorumlu olacaktır.

Örnek olayda tedavi için kullanılan ilaca bağlı alerji gelişmiş ve hasta ölmüştür.⁴⁸⁴ Acil şartlar dışında tedavi talimatlarının yazılı olması gerektiğinden acilde

⁴⁸⁴ Rahatsızlanan hasta ambulansla hastanenin acil servisine götürülür.

Hasta yakınları, acilde görevli hekim müdahale etmeden, hastanın alerjisi olduğunu, alerjiden dolayı daha önce kalbinin durduğunu, anafatik çok geçirdiğini hekime söylediklerini iddia etmektedir. Yapılan tetkikler neticesinde idrar yolları enfeksiyonu teşhisi konulur. Bir müddet sonra hemşire elinde serumla gelir. Hasta yakınları hemşireye hastanın ilaç alerjisinin olduğunu, serumda herhangi bir ilaç olup olmadığını sorar. Hemşire önce var der. Hasta yakınları tepki gösterince "pardon yanlış anladım, içinde bir ilaç yok" der ve serumu bağlar. 15-20 saniye içinde hasta şoka girer. Hasta yakınları serumu kapatır. Hasta kaybedilir.

Hekim ifadesinde idrar yolu enfeksiyonuna yönelik serum fizyolojik içine novalgine ampul ve seffur flakon verilmesini hemşireye söylediğini aktarır. Hasta yakınlarının bana alerjiyle ilgili bir şey söylediklerini hatırlamıyorum der. Hemşire ifadesinde, hekimin 1000 cc içine seffur flakon ile novalgine ampul koyarak hastaya yapalım dediğini, hastanın yanına gittiğinde yanında yakınlarının olduğunu, oğlunun içinde ilaç var mı diye sorduğunu, gelininin de penisilin var mı diye sorduğunu, ilaç var ancak penisilin yok dediğini aktarmaktadır. Hasta da kendisine "kızım benim alerjim var" demiş, hemşire de teyze sen merak etme için rahat olsun, serumun içinde penisilin yok dedikten sonra ayrılmış; hekimin yanına giderek, hasta yakınları hastanın penisilin alerjisinin bulunduğunu söylüyorlar, seffur penisilin türü bir ilaç mı diye sormuş, hekim "hayır" diye cevap vermiş, ancak çok kısa bir süre sonra "hemşire hanım, kapat, kapat" demiştir. Ancak hemşire hastanın yanına gittiğinde serumun yakınları tarafından kapatıldığını görür.

Serumu uygulayan hemşire ile serviste görevli 3 hemşire ve bilgi işlem uzmanı, "Hastaya hekim tarafından izotonik 1000 cc, seffur fik ve novalgine ampul sözel olarak söylenmiş ve tedavi yapıldıktan sonra hastada anafatik çok gelişmiştir. Olay sonrası bir kaç kez söylememize rağmen söylemiş olduğu sözel ordırı yazılı ordıra çevirmemiş ve bilgisayar girişi yapılmamıştır" şeklinde bir tutanak düzenleyerek imzalar.

ADLİ TIP KARARI: "İdrar yolu enfeksiyonu teşhisi ve tanıya uygun sözel orderın yapılması uygundur. Ancak kişinin mevcut penisilin ve ağrı kesicilere yönelik alerjisinin doktor tarafından bilinmesi durumunda ilacın uygulanmasının tıp kurallarına uygun olmadığı; hemşirenin ilacı uygulaması için doktor tarafından order verildikten sonra ilacı uygulamadan önce hasta yakınları tarafından uyarılmış ise ilacı hastaya uygulamadan önce doktora danışması gerektiği, ilacı hastaya

verilen talimatın sözel olması uygundur ancak yine de uygun koşullar oluştuğunda talimatın kayıt altına alınması gerekir. Hekimin yapacağı tedavi için hastanın öyküsünü değerlendirmesi ve ilaç alerjisi öyküsü varsa tedaviyi buna göre planlaması gerekir. Ancak olayda hemşirenin tedaviyi uygulamak üzere geldiğinde, hasta ve yakınlarının hemşireyi ilaç alerjisi konusunda sorgulayıp uyarımlarından, hekimin hastanın ilaç alerjisini sorgulamadığı anlaşılmaktadır. Hemşirenin görevlerinden biri hekimin talimatı ile verilen görevi uygulamaktır. Ancak bağımsız fonksiyonu gereği, bu talimatı kendi mesleki bilgi ve tecrübesi çerçevesinde hasta yararına değerlendirme sorumluluğu da bulunmaktadır. Hasta ve yakınlarının ilaç alerjisi olduğunu söylediğinde ve serumun içerisinde ilaç olduğunu bildiğinden, tedaviyi uygulamadan önce tedavi konusundaki şüpheyi hekime bildirmesi gerekirdi. Bu sebeple hemşirenin, hekimin verdiği talimata güven duyarak tedaviye devam etmesi uygun değildir.

Görüleceği üzere, hekimin taksirden kaynaklı sorumluluğunun yanında hemşirenin de, tedavi konusunda riskli bir durum gördüğünde gereken tedbirleri almamasından kaynaklanan dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırı davranışı nedeniyle sorumluluğu doğmaktadır. Eğer hemşire, riskli durum için gereken tedbirleri almış ve alerji konusunda hekimi uyarmış olsaydı hasta ölmeyeceği gibi netice meydana gelmediğinden hekim ve hemşirenin ölümden dolayı sorumluluğu oluşmayacaktı. Halbuki olayda hem hasta ölmüş hem de buna bağlı olarak hekim ve hemşirenin ceza sorumluluğu doğmuştur. Bu olay bize güven ilkesini, uygulamalarını ve istisnalarının önemini açık bir şekilde göstermektedir.

4.3.3.3.6. Standart Dışı Talimat

Tartışma yaratabilecek diğer bir konu da bir tıbbi uygulamanın, bilinen klasik şeklinden başka uygulanmasına dair verilen, yani standart dışı talimatlardır. Bunun uygulamadaki en sık örneği off-label olarak adlandırılan, ilacın belirlenen endikasyonlar dışında kullanımıdır. Endikasyon dışı ilaç kullanımı, belirli endikasyon için üretilmiş ticari biçimdeki ilacın herhangi bir başka endikasyon için ve henüz

uyguladıktan sonra hasta yakınları tarafından uyarılmış ise de ilacı kapatıp doktora danışması gerektiği, bunları yapmamasının tıp kurallarına uygun olmadığı” Hakeri, Tıp 2015, s.156.

tanımlanmamış farklı şekil, kombinasyon, miktar ve yollarla kullanması anlamına gelmektedir.⁴⁸⁵ Bilinen klasik tedavi metodu dışındaki bir metodun uygulanabilmesi için, hastaya faydalı olacağının ve bu tedavinin bilinen klasik tedavi usullerinden daha elverişsiz sonuç vermeyeceğinin muhtemel olması gerekir.⁴⁸⁶ Endikasyon dışı ilaç uygulamalarında tedavi amaçlı, bilimsel yöntemlere uygun olarak, yasa ile çerçevelenen hukuka uygunluk sınırları içinde yapılan bir uygulamanın insan üzerinde yapılan bir tıbbi deney olarak yorumlanmaması gerekir. Bu yorumun oluşmasındaki temel unsur uygulamanın olmazsa olmazı olan ilgilinin rızası, yetkili kişi tarafından yapılması ve bilimsel yöntemlere uygunluk kriteridir.⁴⁸⁷ Bazı ilaçlar uygulama kolaylığı ya da lokal etkileri amacıyla endikasyon dışı yollarla uygulanmaktadır. Hekimin ilacın endikasyon dışı kullanılması yönünde talimatı olabilir. Talimatı uygulayan tıp meslek mensubu mesleki bilgi ve tecrübelerine dayanarak yukarıda bahsedilen şartların varlığı halinde ve hastanın sağlığı üzerinde açık bir tehlike görmediği sürece talimata güvenerek, buna uygun hareket edebilir. Ancak bu durumda dikkat ve özen sorumluluğu ile talimatı verenin denetim ve gözetim yükümlülüğünün genişleyeceğinden şüphe yoktur.

⁴⁸⁵Berna **Arda**, Volkan **Kavas**, Ahmet **Demirkazık**, Hakan **Akbulut**; Off Label İlaç Kullanımı Üzerine Etik Açıdan Neler Söyleyebiliriz, Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi, 2003, C.11, S.4, s.249.

⁴⁸⁶ Hakeri, s.91.

⁴⁸⁷ Erdal **Yüzbaşıoğlu**, Endikasyon Dışı (Off Label) İlaç Uygulamalarında Hekimin Hukuki Sorumluluğu, Türk Oftalmoloji Dergisi, 2012, C.42, S.2, s.138.

SONUÇ

Tez çalışmamızın konusunu “Tıbbi Uygulamalarda Ekip İş Birliği Ve Güven İlkesi” oluşturmuştur. Çalışmamızın ilk bölümünde çalışmamıza yön verecek ve konunun daha iyi anlaşılabilmesini sağlayacak temel tanım ve kurumlar ortaya konmuştur. Tanım ve kurumların ortaya konması ile çalışmamızın daha gerçekçi ve sağlam temeller üzerinde ilerlemesi sağlanmıştır. Temel kavram ve kurumlar kapsamında öncelikle sağlık ve tıp kavramları tanımlanarak özellikleri, farkları ve bağlı kavramları incelenmiştir. Bu bölümde son olarak, tıbbi uygulamalarda sorumlulukları bulunan tıp meslek mensuplarının görev ve yetkileri, ulusal ve uluslararası tanımlamalar doğrultusunda belirlenmiştir.

Çalışmamızın ikinci bölümünde ise öncelikle tıbbi uygulamalarda iş birliği ve ekip çalışması kavramları tanımlanmış, önem ve özellikleri ortaya konularak türleri belirlenmiştir. Tıbbi uygulamalarda ekip içerisindeki yatay ve dikey iş birliği ayrıntılı ve örnekleyici bir şekilde ele alınarak ortaya çıkabilecek hukuki durumlar incelenmiştir. Bu bölümde son olarak, birden fazla kişinin hareketi sonucu meydana gelen zararlarda sorumluluğun değerlendirilmesinde kullanılan güven ilkesi incelenmiş ve bu ilke ile ilgili örnekler değerlendirilmiştir.

Konuya ilişkin olarak doğru bir hukuki değerlendirme yapabilmek için, çalışma boyunca ulaşılan önemli bazı sonuçların kısaca belirtilmesinin faydalı olduğu düşüncesindeyiz.

Sağlık kavramı tanımları incelendiğinde, terminolojide ve öğretilerde çeşitli ayrımların ortaya çıktığı görülmüştür. Ancak sağlığın tanımını yaparken terminoloji ve öğretilerdeki uyumu sağlamak adına en uygun formülüzasyonun, kavramsal olarak iç içe geçmiş ve birbirini işaret eden sübjektif-geniş ile sosyal modelin bir arada kullanılması gerektiği sonucuna varılmıştır. Buna göre sağlık, temel hak ve özgürlükler kapsamındaki hukuksal değerlerle ilişkili her türlü fizyolojik ve psikolojik olay ile bireysel sosyal yaşam kalitesini ifade etmektedir. Sağlık hakkı, negatif

statüdeki yaşam hakkı ile birlikte ağırlıklı olarak pozitif unsurları barındıran ve yaşama hakkını kapsayan, kolektif ve bireysel niteliklere sahip bir hak olarak görülmelidir.

Tıp, bilim ve sanat olarak sağlığın sosyal modeline karşılık gelen bir dalıdır. Sağlığın sosyal modeli, sınırlı biyomedikal ve patolojik temelden uzaklaşarak psikolojik ve sosyal boyutu da kavrar şekilde, sosyal temelli, geniş ve modern anlama sahiptir. Genel olarak muayene, teşhis, tedavi, koruma, rehabilitasyon ve cerrahi müdahaleler gibi hastayı sağlığına kavuşturmak için yapılan her türlü faaliyet, tıbbi müdahale olarak değerlendirilmektedir. Tıbbi müdahale kavramından, daha çok el atma şeklindeki icrai hareketler anlaşılmaktadır. Ancak tıp meslek mensupları her zaman icrai hareketlerde bulunmayıp yürümekte olan aktif sürece de katılım sağlayabilirler. Ayrıca tıp meslek mensupları her zaman yaptıklarından değil yapmadıklarından da sorumlu olabilirler. Bu sebeplerle tıbbi müdahale kavramı yerine, tıbbi müdahale kavramını da içine alan ve daha geniş kapsama sahip olduğuna inandığımız “tıbbi uygulama” kavramının kullanılması uygundur.

Aydınlatılmış onam, *“tıbbi uygulama hakkında makul kanaat oluşan hastanın kendisinin veya kanuni temsilcisinin özgür iradesiyle bu uygulamaya rıza göstermesi”* olarak tanımlanabilir ve tıbbi uygulamaların hukuka aykırılığını ortadan kaldıran koşullardan olarak kabul edilmektedir. Aydınlatılmış onam kavramı, öğretilde genel olarak bütünleşik olarak ele alınırken, pozitif hukukumuzda bilgilendirme ve rıza olarak ayrı ayrı ele alınmaktadır. Bilgilendirme ve rızanın birbirini tamamlayıcı özelliği kabul edilse de bilgilendirmenin tıbbi, rızanın ise hukuki boyutu ağır basmaktadır. Bu sebeplerle, bilgilendirme ve rıza kavramları ayrı ayrı ele alınmalı ve bu doğrultuda değerlendirme yapılmalıdır.

Sağlık meslek mensupları, sağlık hizmetlerinde istihdam edilen ve bu işin eğitimini görmüş, geniş bir profesyonel meslek grubunu işaret etmektedir. Yükseköğrenim yapmamış sağlık personeli ise yardımcı sağlık personeli olarak tanımlamak gerekir. Tıp meslek mensupları, sağlık meslek mensupları grubu içerisindeki doğrudan insanın beden ve ruh sağlığına doğrudan müdahale etme yetkisi olan kişilerdir. Sağlık personeli, sağlık hizmetinin verilmesine iştirak eden bütün

sağlık meslekleri mensupları ve sağlık meslekleri mensubu olmasa bile sağlık hizmetinin verilmesine sorumlu olarak iştirak eden kişilerdir. Hasta, “sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kimse” olarak tanımlansa da bu tanım hasta yakınları kavramını içine alacak kadar geniştir. Bu sebeple hasta kavramını, “kendi sağlığı konusunda sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kimse” olarak tanımlamak daha doğru olacaktır. Ayrıca hasta, Tüketicinin Koruması Hakkındaki Kanun hükümleri karşısında tüketici olarak nitelendirilebilecektir.

Sağlık Bakanlığı’nın yapısını, merkez ve taşra teşkilatı olarak ayırmak gerekir. Merkez teşkilat yapısı içerisinde bağlı kuruluş ve hizmet birimleri yer alırken, taşra teşkilatının koordinasyonunu il sağlık müdürlükleri sağlamaktadır. Ayrıca teşkilat yapısı içerisinde Bakanlığa bağlı üç kurul tanımlanmıştır. Bu kurullardan Yüksek Sağlık Şurası, sağlık meslek mensuplarının mesleklerini icra ederken ortaya çıkan adli konularda mahkemelere görüş veren ihtiyari bir organdır. Tıpta Uzmanlık Kurulu, idari-akademik yapıda olup, tıpta uzmanlık eğitimi ve uzman insan gücü ile ilgili görüşler vermek, uzmanlık dallarının eğitim müfredatları ve bu müfredatlara göre uzmanlık dallarının temel uygulama alanları ile görev ve yetkilerinin çerçevesi belirleme gibi görevleri bulunmaktadır. Kurul’un kararları, uzmanlık alanlarına yönelik standartları belirlemesi ve yatay iş birliği içerisindeki olası belirsizliklere karşı yol göstermesi açısından önemlidir. Sağlık Meslekleri Kurulu’nun, mesleki yeterlilik değerlendirmesi yapmak, mesleki müeyyide uygulamak, etik ilkeleri belirlemek ve uyumu denetlemek gibi görevleri bulunmaktadır. Bu haliyle Kurul, idari-akademik yapıda, daha çok mesleki alana yönelik yatay ve dikey iş birliğinden kaynaklı etik ilkelerin belirlenmesi ve uyumun denetlenmesine yönelik oluşturulmuştur.

Tıp meslek mensupları, kişinin beden ve ruh sağlığı üzerinde doğrudan uygulamada bulunma yetkisine sahiptirler. Bu sebeple görev ve yetki çerçevelerinin kanunla belirlenmesi gerekir. Ülkemizde, tıbbi uygulamalarda hekimlerin yetki genişliği söz konusudur. Hekimlerin hiyerarşik pozisyonları, sağlık meslekleri arasındaki iş bölümünü olumsuz etkilediğinden hekim dışı tıp meslek gruplarının mesleki özerklikleri ön plana çıkarılmalıdır.

Hekimlik, görev sınırları net olarak çizilmeyen tek sağlık mesleğidir. Hekimler genel olarak tıbbi uygulamaların temel yetkilisidir ve yetki genişliğine sahiptirler. Ayrıca diğer sağlık meslekleri üzerinde de planlama, denetleme, değerlendirme gibi yükümlülükleri söz konusudur. Bu sebeple sağlık hizmetlerinin yürütülmesini piramide benzetecek olursak, hekimler piramidin en üstünde yer almaktadırlar. Dış hekimleri, kendi alanlarında genel bir yetkiye sahiptirler. Dış hekimliği, gerek bilim ve sanat oluşu gerekse de kanuni düzenlemeden dolayı tıbbın özel bir dalıdır.

Hemşirelerin, sağlıkla ilgili ihtiyaçları belirlemek ve hemşirelik bakımını yürütmek gibi görevleri bulunmaktadır. Bu görevlerini; birey, aile ve topluma yönelik yerine getirirken birey, aile ve toplumla iş birliği içinde yürütürler. Hemşirelik, sağlık meslekleri içinde en ayrıntılı düzenlenen meslektir. Bu düzenlemeler altında, hemşirelik girişimleri ayrıntılı şekilde belirlenmiş ve gruplandırılmıştır. Öğretilen hemşirelik fonksiyonları tanımlanarak bağımlı, bağımsız ve yarı bağımlı şeklinde üç gruba ayrılmıştır. Hemşirelerin, yarı bağımsız fonksiyonları ve girişimleri çalışmamız açısından önemlidir. Hemşireler, yarı bağımsız fonksiyonları gereği, hekimlerin verdikleri talimatları mesleki bilgi ve tecrübesi doğrultusunda değerlendirmeli ve gerekli tedbirleri almalıdır. Ayrıca görev ve yetkilerini, çekirdek ve genel yetki olarak ayırmak mümkündür. Çekirdek yetki, kendi mesleki özerklikleri doğrultusunda kullanabilecekleri yetkililerdir. Genel yetki ise, çekirdek yetki ile birlikte bağımlı fonksiyonu ve iş birliği içerisindeki görev ve yetkileri de kapsayan en geniş yetki ve sorumluluk alanıdır. Çekirdek ve genel yetki alanları, diğer sağlık meslekleri için de uygulanabilir niteliktedir. Günümüzde hemşireler, geçmişte sadece hekimlerin uygulayabildiği bazı işlevleri üstlenmişlerdir. Hemşirelik, bakım hizmetlerinde doğrudan yetkileri bulunduğu için, kendi başına karar verebilen bağımsız bir sağlık mesleğidir. Ayrıca diğer sağlık meslekleriyle yaygın çalışan sağlık mesleklerindendir. Hemşirelerin ekip iş birliği içerisindeki sorumluluğu, hasta savunuculuğu alanında önem kazanmaktadır.

Ebeler, gebelik tespiti, gebelik sürecinin gözetimi ve doğumu normal yollardan sağlama gibi görevleri bulunan tıp meslek mensuplarıdır. Ebeler, çiçek aşısı yapabildikleri gibi sanatlarını icra ederken ihtiyaç duydukları ve reçete ile alınabilecek

maddeleri hekim reçetesiyle alabilmektedirler. Hekimlerin, bu talepleri hızlı ve kolay bir şekilde yerine getirme sorumluluğu yüklense de bu maddelerin ilaç olması halinde hekimin takdir hakkı olmalıdır. Ayrıca ebelerin, yetki ve sorumlulukları açısından bağımlı ve bağımsız fonksiyonları bulunmaktadır.

AABT'ler, Sağlık Meslekleri Yönetmeliği'nde tanımlanmasalar da tıp meslek mensuplarıdır. Görev ve yetkileri ayrıntılı ve basamaklar şeklinde düzenlendiğinden, uymakla yükümlü oldukları tıbbi standartların mevzuat ile belirlendiğinden bahsetmek yanlış olmayacaktır. Ayrıca tanımlanan tıbbi zorunluluk hallerinde, belirlenen ilaçları kullanma yetkileri olduğundan, hekimlerin tedavi amaçlı ilaç kullanma tekeline sınırlı da olsa istisna oluşturulmuştur.

İş birliği, amaç ve çıkarları bir olanların oluşturduğu çalışma ortaklığıdır. Ortak amacı sağlama, iş birliğindeki kurucu unsur olduğundan görevler iç içe geçebilmekte ve sorumluluk daha yoğun hissedilmektedir. İş birliği içerisindeki temel unsurlardan, ekip ve ekip çalışması önemlidir. Ekip, ortak bir amaca ve ortak performans hedeflerine odaklanan ve sorumlu oldukları konuda ortak bir yaklaşım belirleyen, farklı uzmanlık alanlarından gelen, görevlerini yerine getirerek birbirini tamamlayan özelliklere sahip bireylerin oluşturduğu küçük bir gruptur. Ekip çalışması ise, hedeflere ulaşmak için iş birliği halinde ve ortak bir hedef doğrultusunda çalışmanın önemli olduğu bir süreçtir.

Tıbbi uygulamaları, tek bir meslek grubunun yerine getirmesi pek olası değildir. Tıbbi uygulamalardaki işlevsel bağımlılık oldukça yüksektir ve birbiriyle etkileşim durumunda olan birçok bölüm ve uzmanın birlikte çalışmasını gerektirir. Bu sebeple tıbbi uygulamalar, bir ekip hizmeti ve çalışmasıdır. Farklı mesleklerden oluşan ekipler, iş birliğinin önemini anlamalı ve birbirlerinin uzmanlıklarını kabul ederek değerini bilmelidir. Etkin ekip çalışması, hasta için ilgili hızlı ve olumlu bir etkiye sahiptir. Ekip kavramı içerisinde üyelerin bağımsız fonksiyonları gereği tartışmalara katılma, eleştirilerde bulunma ve daha da önemlisi ekip kararlarına her zaman uymamama görev ve yetkisi bulunmaktadır. Üyelerin ortak amaca yönelirken kendi mesleki özerklikleri dahilinde hareket etmeleri gerekir. Böylece üyelerin kendi görev

ve yetkileri doğrultusundaki dikkat ve özen yükümlülüğü, ortak amaç doğrultusundaki hareketlerinin çerçevesini çizecektir.

Sağlık hizmetlerinde, ekip türlerinin belli bir standardı yoktur. Ancak öğretilerde dikey ve yatay ekip türleri tanımlanmışken, mevzuat ile oluşturulan ekipler mevcuttur. Buna göre; dikey ekipler, bir yönetici ve biçimsel bir emir komuta zinciri ile ona bağlı kişilerden oluşur. Yatay ekipler ise aynı hiyerarşik seviyeden, farklı uzmanlık alanlarından gelen kişilerden oluşur. Geçici ekipler ve komiteler, yatay ekip türlerine örnektir. ABD’de geliştirilen TeamSTEPPS programı ile sağlık hizmetini yürüten ve destekleyen farklı ekip türleri tanımlanmıştır. Bunlar; çekirdek, koordinasyon, acil durum ekipleri ile yardımcı hizmetler, destek hizmetleri ve idaredir. Ekibi başarıya götüren nedenler; ortak amaç, ölçülebilir hedefler, etkili liderlik, etkili iletişim, iyi uyum ve karşılıklı saygıdır. Ekiplerde iletişim için, derhal ilgilenilmesi ve müdahale edilmesi gereken hastalarda gerekli kritik bilgilerin paylaşılmasını sağlayan SBAR (DÖDÖ; Durum, Öykü, Değerlendirme, Öneri) tekniği geliştirilmiştir.

Yatay iş birliği, aynı meslek mensupları veya aralarında hiyerarşik bir ilişki bulunmayan kişi ve kurumların birlikte çalışma modelidir. Yatay iş birliği içerisinde rol alan kişi ve organların kendi özerklikleri ön plandadır. Örgütlenmeye yatay yaklaşım, bütün sağlık sorunlarını “genel sağlık hizmetleri” diye bilinen bir sistem içinde çözmeyi amaçlar. Bu hizmetler; koruma, tedavi ve sağlığın geliştirilmesi için birçok amaç için çalışan sağlık personeli tarafından verilir. Hastaneler, gerek uzmanlaşma ve gerekse teknolojinin yoğun olması nedeniyle yatay iş birliği açısından önemli bir yerdedir. Hastane yönetici yardımcıları arasındaki iş birliği, hizmetin yürütülmesindeki yatay iş birliğine güzel bir örnektir. Yönetici yardımcılarının birbirini tamamlayan ve hatta bazen birbiri içerisine geçmiş çeşitli yetki ve sorumlulukları bulunmaktadır.

Tıbbi yatay iş birliği, hekimlik alanında aynı ya da farklı uzmanlık alanlarında hekimlerin birlikte çalışmasıdır. Mesleki çerçeve nedeniyle hekimler yeterli olmadıkları konularda zaman zaman kendi uzmanlık alanları dışında başka hekimlerin yardımına ihtiyaç duymaktadırlar. Eşit düzeyde olma ve emir almama hekimler arası

yatay iş birliğinin özelliğidir. Hekimlerin teşhis ve tedavi aşamasında, iç içe geçmiş, sınırlandırılmayacak çeşitlikte konsültasyon, konsey ve kurul gibi yatay iş birlikleri söz konusudur. Bu iş birliklerinin en detaylı düzenlendiği kurum ise konsültasyondur.

Konsültasyon; aralarında hiyerarşik ilişki bulunmayan hekimler arasında, müdavi hekim sorumluluğundaki yatay ekip iş birliği içerisinde, vakaya özgü görüş alış verişinin yapıldığı, teşhisin yanı sıra tedavi ve rehabilitasyon süreci içinde de sıklıkla kullanılan, vazgeçilmez bir kurumdur. Konsültasyon aynı zamanda, kendisine uygulanan tedavi ve bakım nedeniyle hastanın, kendi kaderi ve beden bütünlüğü üzerinde karar verme hakkını kullanarak başka bir hekimin görüşüne başvurma ihtiyacı duyması demektir. Ancak hastanın konsültasyon isteminin müdavi hekimin talebinin ardında değerlendirilmesi gerekir. Özellikle kamu kurumlarında hastanın konsültasyon talepleri, kaynakların yeterliliği ölçüsünde değerlendirilmeli ve usulü belirlenmelidir. Konsültasyon, tıbbi bir uygulama olduğundan, hastanın rızası ve diğer hukuka uygunluk şartlarını sağlaması gereklidir. Konsültasyonlar yazılı olarak düzenlenmelidir ve sonucunun TDN'deki en yaşlı hekim tarafından bildirilmesi şeklindeki anlamlı ve pratik olmayan düzenlemenin aksine, müdavi hekim tarafından hastaya bildirilmesi daha uygundur. Müdavi hekim, konsültan hekime danıştığı konuları, kendi tıbbi bilgi ve becerisi nazarında değerlendirmek durumundadır. Aksi halde müdavi hekim, güven ilkesinden yararlanamayacak ve konsültan hekimle birlikte sorumluluğu söz konusu olacaktır.

Tıbbi uygulamalardaki yatay iş birlikleri, somut olarak en çok hekimler arasında görülse de ya aynı meslekten ya aralarında hiyerarşik ilişki bulunmayan ya da diğer tıp mesleklerinin bağımsız fonksiyonlarından ileri gelen durumlarda da söz konusu olur. Bakım hizmetlerindeki iş birliği, tıbbi uygulamaların aksine çok daha geniş kapsamlı ve zamanlıdır. Başında hekimin olduğu, hekim dışı tıbbi personel arasındaki yatay iş birliği ilk bakışta dikkati çekmeyebilir. Ancak bu personelin kendi görev ve yetkisi doğrultusunda hareket etmesi gerekir. Bu gereklilik, almış oldukları eğitim neticesinde görev ve yetkilerden kaynaklanan mesleki özerklik ve bağımsız fonksiyonlarından ileri gelmektedir.

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesindeki dikey iş birliği, örgütlenme ve tıbbi açıdan ele alındığında, amaç ve yapı olarak birbirinden oldukça farklıdır. Tıbbi dikey iş birliğinde, hiyerarşik ilişki ön plana çıkarken örgütsel dikey iş birliğinde, amaç ön plandadır. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde dikey örgütlenme, belirli bir sağlık sorununu çözme amacına hizmet eden ve hiyerarşik yapıdaki sağlık hizmeti sunumunu tanımlamaktadır. Tıbbi dikey iş birliği modelinde, birbirinden bağımsız hareket eden uzmanların bulunduğu yatay iş birliğinin aksine, yönetici ve onun emri altındaki personelin sorumlulukları açısından hiyerarşik bir düzen bulunmaktadır. Hastaneler, barındırdığı hiyerarşik ilişkilerden dolayı tıbbi dikey işbirliği açısından da önemlidir.

Dikey iş birliğinde, mesleğin icrasından yararlanan sorumlunun (metbu), yanında çalışanın fiilinden de sorumlu olması hakkaniyete uygun olacaktır. Bu durum dış görünüşte, metbunun maddi suçu işlememesine rağmen başkasının fiilinden sorumluluğu gibi görünmekteyse de, sorumluluğun esas nedeni ya kendi şahsi kusurundan ya da gözetme noktasındaki ihmalden dolayıdır. Bu sebeple metbunun ceza sorumluluğunu, bağlı bulunana verilen cezadan tamamen bağımsız ve onunla hiçbir bağlantısı olmadan kabul etmek gerekir.

Dikey iş birliğinde yaşanan çatışmalar, yukarıdan aşağıya veya yukarıdan aşağıya şeklinde çift yönlü olabilmektedir. Yukarıdan aşağıya ortaya çıkabilecek en önemli sorun, verilen talimatlardır. Hiyerarşi içerisinde talimatın hatalı uygulanmasında sadece uygulayan değil, denetim ve gözetim görevini yerine getirmeyen amirin de sorumluluğu söz konusudur. Talimatlara uymakla yükümlü olan, kendiliğinden uygulamalarda bulunamaz, aslında amirin emir ve direktiflerini uygulayan bir icra vasıtasıdır ve bu sebeple meydana gelen suçtan sorumlu tutulmaması doğru ve adilanedir.

Yukarıdan aşağıya iş birliğinde, talimatın hatalı olduğuna dair bir takım belirtiler varsa talimatın yerine getirilmemesi gerekir. Hemşirelik Yönetmeliği m.6/d'deki, hekim talimatında ısrar ederse, durum kayıt altına alınarak, hekimin yazılı talebi üzerine, söz konusu işlemin uygulanacağı yönündeki düzenleme, işlevsel olmadığı gibi her zaman hukuka uygun da değildir. Çünkü Anayasa m.137 gereği,

konusu suç teşkil eden emir yerine getirilmemelidir. Ayrıca hekimin işlediği suçlara, ihmali hareketle de ortak olunabileceğinden gereken tedbirler alınmalı ve bildirim yapılmalıdır. Diğer bir sorun da özellikle hekim dışı tıp meslek mensubunun kendi idari amiri ile hekimin talimatları arasında kalmasıdır. Bu gibi durumda, ikilemde kalan uygulamacının, çatışmayı kayıt altına alması, bir üst amire bildirmesi ve ona göre hareket etmesi uygundur. Aşağıdan yukarıya doğru olan iş birliğinde de, amirin dikkat ve özen yükümlülüğünden kaynaklanan sorumluluğu söz konusudur. Bu sorumluluk içerisinde amir, ortaya çıkan sorun için gereken müdahaleyi yapmalıdır. Ancak amir, gerektiği gibi hareket etmezse durum bir üst hiyerarşik amire bildirilmelidir.

Bilim ve teknoloji alanındaki gelişmeler, birçok alanda birden fazla insanın ekip halinde hareket etmesini, kendi içinde uzmanlaşmasını ve bunlardan her birinin diğerinin kendi üzerine düşen yükümlülüğü yerine getireceğine güvenebilmesini gerektirmektedir. Bu nedenle aynı alandaki kişiler, diğerlerinin oyunun kurallarına uygun hareket edeceği beklentisi içerisinde girebilirler ve hukuk da bu güveni koruyucu normlar oluşturmak zorundadır. Bu sebeple ortaya çıkan güven ilkesi; kişinin, diğer bir kişinin kusursuz hareket edeceğine dair haklı beklentisi nedeniyle taksirli hareketinin, hukuken kusursuz olarak değerlendirilmesidir. Bu beklenti ekip içerisinde yatay ve dikey yönlü olabileceği gibi ekip dışı ilişkilerde de yer bulabilir.

Güven ilkesi, ilk başta trafik hukukunda ortaya çıksa da daha sonra tıbbi uygulamalarda kullanılmaya başlanmış ve tıp hukukuna ait spesifik bir anlam taşımaya başlamıştır. İyi niyet ilkesi gereği kişi öngörebildiği ölçüde, karşısındakinin hatalarını da hesaba katmak zorundadır. Karşısındakinin fark edilebilir hatasını kişinin tecrübesi ile fark edebilmesi ölçüsünde, güven ilkesi sınırlanacaktır. Bu haliyle güven ilkesi, genel kuraldan ziyade yükümlülüklerin sınırlarını ortaya koyan istisnai hali belirtmektedir. Ayrıca, özen yükümlülüğünün ihlali sonucu daha önceden tespit edilmiş bir zararın sorumluluğunu sınırlama değil aksine katılan kimselerin özen yükümlülüğünü bizzat belirleme amacı bulunmaktadır. Bir diğer rolü de, nedensellik bağı yönünden fiilin objektif isnat edilebilirliğinin belirlemesidir.

Güven ilkesi, öğreti ve uygulamada farklı şekillerde ele alınarak farklı konularda uygulanmıştır. Bunlar; dikkat ve özen yükümlülüğünün ihlal edilip edilmediğinin tespiti, suç tipinin realize edilmesinin öngörülebilirliği, bilinçli taksirin cezalandırılabilirliğini sınırlayabilmek için yararların karşılaştırılması ve kişinin sorumluluk alanının belirlenmesidir. İlkenin, bir takım istisnaları da söz konusudur. İlk olarak, diğer kişilerin kurallara uygun şekilde hareket etmeyeceği öngörebilecek durumdaysa yani öngörülebilir hata varsa güven ilkesi uygulanmaz. Güven ilkesi, haklı ve hukuken korunan güvenin varlığı halinde söz konusu olacağından kurala aykırılığa dair belirti yoksa, kişiden kurala aykırılığı öngörmesi beklenemez. Kişinin kendi hatalı davranışından dolayı güven ilkesinden yararlanıp yararlanamayacağı tartışmalıdır. Federal Almanya uygulamasında, kurallara aykırı davranan kişinin güven ilkesinden yararlanamayacağı görüşü olsa da bunun yaptırımı, doğrudan ilkeden yararlandırmamak olmamalıdır. Bunun yerine somut olay değerlendirilerek, aykırılığın olaya etkisi belirlenmelidir. Diğer bir istisna durum ise, kişinin denetim ve gözetim yükümlülüğü varsa, bu ilkeye aykırı hareket etmesinden dolayı güven ilkesinden yararlanması uygun değildir. Ayrıca başka bir kimsenin anlaşılır hatasına itiraz ederek düzeltmek gerekir ve kasten suç işleyeceğine dair anlaşılır belirtiler varsa güven ilkesi geçerli olmayacaktır. Bu sebeplerle, güven ilkesi, dikkat ve özen yükümlülüğünün istisnası değildir. Ancak güven ilkesinin korunmadığı istisna hallerde, dikkat ve özen yükümlülüğü mevcudiyetini korumaktadır.

Ekip halinde gerçekleştirilen faaliyetlerde, taksirin varlığı konusundaki denetleme, her failin kendi faaliyetine ilişkin kurala uyup uymadığı açısından yapılmalıdır. Aynı zaman ve yerde ekip halinde gerçekleştirilen faaliyetler açısından ekip üyelerinin diğerlerinin tehlikeli faaliyetlerine ilişkin özen, denetim ve gözetim yükümlülüğünün bulunup bulunmadığının saptanması gerekmektedir. Taksirli sorumluluğun belirlenmesinde yararlanılan öngörülebilirlik ve önlenebilirlik ölçütleri, ekip halinde gerçekleştirilen faaliyetlerde sorunu çözmekte yetersiz kalmaktadır. Ekip üyelerinin her birinin sürekli olarak diğerlerinin davranışlarını kontrol etmeleri, bu kez de üzerlerine düşen asıl sorumluluklarını özen borcuna uygun biçimde yerine getirmelerine engel olabilecek ve böylece uzmanlaşma ve iş birliğinden beklenen yarar sağlanamayacaktır. Güven ilkesi uyarınca, herkesin sadece kendi sorumluluk alanında

yer alan davranış kurallarına uygun hareket etmesi gerekli ve yeterlidir böylece, başkasının fiili dolayısıyla bir kimsenin cezalandırılmaması gerekir.

Tıp hukuku bakımından güven ilkesi, tıbbi bir uygulamayı yürüten kişinin, diğer sağlık çalışanının hatalı davranışından dolayı ceza hukuku ve özel hukuk anlamında sorumluluğunu engelleyen kurumdur. Öncelikle ceza hukuku açısından sorumluluğun belirlenmesinde kullanılan bu ilke, özel hukuk sorumluluğu çerçevesindeki tazmin yükümlülüğü sorununun çözümünde hukuksal dayanak olarak kullanılabilir. Tıpta bireysel veya ekip halinde çalışanlar, tedavi sürecine katılan diğer sağlık çalışanlarının kurallara uygun davrandıklarına, hata yapmadıklarına dair bir güvenle hareket edebilirler. Yani her personel, diğer personelin görevini layıkıyla yerine getirebildiğini ve görevini de ciddiye aldığını kabul edebilir. Ancak, sağlık çalışanlarının teknik mesleki sorumlulukların yanı sıra dikkat ve özen yükümlülüğü kapsamında, diğer kişilerin hatalarına ilişkin açık belirtileri de gözetme ve buna uygun hareket etme sorumluluğu bulunmaktadır. Bu doğrultuda güven ilkesi, diğer kimselerin de hatalı davranışlarına itiraz etme, uyarma ve gerektiğinde düzeltme gerekliliğini de içermektedir.

İş birliği, kaçınılmaz olarak arttıkça tıbbi sorumluluğun bölünemez olduğuna ilişkin ilkelerden uzaklaşmaktadır ve bireysel sorumluluk ilkesi gereği üyelere aktarılması zorlanmalıdır. İş bölümü, sorumluluğu dağıtmak için değil tıbbi müdahalenin çok daha iyi ve daha az riskli gerçekleşmesi için yapılır. Tıp alanındaki iş birliği ve iş paylaşımının ne şekilde belirlendiği ve ne şekilde yapıldığı hususu oldukça karmaşıktır. Bu sebeple tıbbi faaliyete katılan kişilerin sorumluluk alanının belirlenmesi, başarılı ve gerçekçi bir iş birliği için önemlidir. İş birliği içerisindeki herkes, diğerinin gerekli dikkat ve özen yükümlülüğünü ihlal etmesi karşısında gerekeni yapmalıdır. Böylece tek bir kişi neticeden sorumlu tutulmayabilir. Ayrıca hastanın korunması sağlanırken diğer taraftan kişinin makul sorumluluğu ve güven ihtiyacı dengelenecektir.

Yatay iş birliği içerisindeki kişilerin kural olarak birbirini kontrol etme yükümlülüğü olmayıp, birbirlerinin bulgu, teşhis, tedavilerine ve düzenledikleri

belgelere güvenle hareket edebilirler. Ancak hekim, kendisiyle yatay iş birliği içerisindeki hekimin teşhis ve tedaviye ilişkin verilerinde tereddüte düşer veya açık ve ciddi aykırılıklar, eksiklikler, anormallikler görürse bunları denetlemekle yükümlüdür. Aksi halde hekim güven ilkesinden yararlanamayacak ve meydana gelen neticeden sorumluluğu bulunacaktır. Hekimler, kendi uzmanlık alanına giren konularda başka bir hekimin değerlendirmelerini, hiç bir denetim yapmadan kabul etmeleri halinde de güven ilkesinden yararlanamazlar.

Tıp bilimindeki gelişmeler, önceden sadece hekimlerin sorumluluğunda olan görevlerin ekonomik kaygı ve hekim eksikliğinden dolayı, açık bir şekilde başkalarına devrediliyor olduğunu göstermektedir. Bu nedenle güven ilkesi daha çok yatay iş birliği içerisindeki hekimler için kullanılırken uygun olduğu durumlarda diğer tıp meslek mensupları için de kullanılabilir. Tıbbi hizmetlerde olduğu gibi, bakım hizmetlerinde de iş birliği uygulamanın bir parçasıdır.

Dikey iş birliğinde, tıbbi organizasyon uygun standartlarda oluşturulduğunda kişiler, diğerlerinin hata yapmayacağına güvenebilir. Ancak daha dikkatli bakıldığında talimat verme yetkisi olan kişinin de belli bir oranda güvenmesi kaçınılmazdır. Bu sebeple dikey iş birliği içerisinde de güven ilkesi çift yönlüdür. Ancak asıl sorun dikey iş birliği içerisinde hiyerarşide altta bulunanın, hiyerarşik üstün açık hatalı ve zararlı kararlarına karşı durup duramayacağıdır. Ayrıca tıbbi iş birliği içerisindeki belirsizlikler ve hiyerarşik altın hastanın tüm klinik durumuna hakim olamamasından dolayı hiyerarşi içerisindeki sorumluluğun belirlenmesi zordur. Ancak kural olarak, hasta tedavisinde ekibin tüm üyeleri diğerlerinin görev ve sorumluluklarının farkında olmalıdır.

Ekip şefinin; ekip üyelerini seçimi, kişileri aydınlatma ve kurallara uygun hareket edilip edilmediğini gözetim şeklinde üç temel yükümlülüğü bulunmaktadır. Eğer ekip şefi bu yükümlülüklerini yerine getirmişse, yardımcı personelin kendi ana sorumluluk alanı bakımından özenli, dikkatli ve basiretli davrandığına güvenebilir.

Geminin kaptanı kuralında, hekimin sorumluluğu altında olan kişilerin hareketlerinden dolayı, kaptan olarak hekimin sorumlu olacağı kabul edilmiştir. Genelde hekim, kendisinin belirlemediği kişiler tarafından gerçekleştirilen hareketlerden sorumlu değildir. Ancak kişinin hatalı hareketini görmesine rağmen bunu engelleyici ve düzeltici davranışta bulunmayan hekimin sorumluluğu söz konusudur. Ayrıca hekimin bu kişi üzerinde denetim ve gözetim yükümlülüğü varsa yine sorumluluğu söz konusudur. Eğer ekip şefi, yükümlülüklerini tam ve eksiksiz olarak yerine getirdiyse oluşan neticeden ekip şefi değil, bu konudaki dikkat ve özen yükümlülüğünü yerine getirmeyen diğer kişi sorumlu olacaktır.

Kural olarak hekim dışı tıp mesleklerinin, hekimin talimatlarını kontrol yükümlülüğü bulunmamaktır ve hekimin talimatlarından dolayı meydana gelebilecek sonuçlardan sorumlu değildir. Güven ilkesi gereğince, hekimin teşhis ve tedaviye ilişkin işlemleri doğru yaptığına güvenerek hareket edilebilir. Bununla beraber tıp meslek mensupları, hekimin her istediğini kayıtsız ve şartsız yerine getirmekle de yükümlü değildir. Tıp meslek mensuplarının, mesleklerinin bağımsız fonksiyonları dahilinde dikkat ve özen yükümlülüğüne uygun hareket ederek hatalı veya eksik olduğunu gördükleri talimatlar karşısında uyarma ve yerine getirmeme yükümlülükleri bulunmaktadır. Aksi halde hatalı olduğunu gördükleri davranış karşısında sessiz kalarak, sırf karşısındakinin hatasından dolayı zarar ortaya çıktığında, güven ilkesine yaslanarak sorumsuzluklarından bahsetmek etik açıdan olduğu kadar hukuken de doğru değildir.

Tartışma yaratabilecek diğer bir konu da endikasyon dışı ilaç kullanımıdır. Bazı ilaçlar uygulama kolaylığı ya da lokal etkileri amacıyla endikasyon dışı yollarla uygulanmaktadır. Hekimin ilacın endikasyon dışı kullanılması yönünde talimatı olabilir. Talimatı uygulayan tıp meslek mensubu mesleki bilgi ve tecrübelerine dayanarak yukarıda bahsedilen şartların varlığı halinde ve hastanın sağlığı üzerinde açık bir tehlike görmediği sürece talimata güvenerek, buna uygun hareket edebilir. Ancak bu durumda, uygulayıcının dikkat ve özen sorumluluğu ile talimatı verenin denetim ve gözetim yükümlülüğünün genişleyip ağırlaşacağına şüphe yoktur.

Sağlık çalışanlarının sorumluluk alanlarını birincil ve ikincil olarak ayırmak mümkündür. Birincil sorumluluk alanı faaliyeti yürüten kişinin asli görevleri iken, ikincil sorumluluk alanı tali olarak yüklenen görevlerdir. Birincil sorumluluk alanı mesleğin kendisinden ileri gelmekteyken ikinci sorumluluk ise iş birliği alanında ortaya çıkmaktadır. Sorumluluk alanları arasında öncelik söz konusu değildir ancak kişiden birincil sorumluluk alanındaki görevlerini yapamayacak derecede ikincil sorumluluk alanı görevleri beklenmemelidir. Güven ilkesi gereği ekip şefi, eğitim ve sertifikalarını almış diğer ekip üyelerinin kendi birincil sorumluluk alanlarını kontrol etmek zorunda değildir. Ekip şefinin ikincil sorumluluk alanındaki temel kriteri, birlikte çalıştığı kişiyi dikkat ve özenle seçmesi ve kontrollerini yapmak olarak belirleyebiliriz. Ekip şefi, ekip üyesinde dikkatsizlik ve özensizlik görürse ya da eğitiminin teknolojik ve bilimsel gelişmeler karşısında yetersiz olduğunu fark ederse üye üzerindeki denetim ve gözetimini arttırmalı veya gerekli eğitimleri almasını sağlamalıdır.

Bağımsız sorumluluk prensibinde, her meslek profesyonelinin sorumluluğunun müstakilen belirleneceği ve her sağlık personelinin kendi sorumluluk alanından kendisinin sorumlu olacağı benimsenmiştir. Ancak sorumluluğun yani yetki alanının belirlenmesi, uygulamada yaşanan en büyük sorundur. Bu sorunun çözümünde her somut olay, kendi koşullarına göre belirleneceğinden, ilgili sağlık kurum veya kuruluşunun “rutin işleyişine” göre değerlendirme yapmak gerekir. Ayrıca bu konuda öncelikle ilgili mesleği düzenleyen mevzuata bakmak gerekir. Eğer mevzuatta açık düzenleme yoksa sağlık personelinin almış olduğu eğitim göz önüne alınır.

Hekimlerin, tedavi konusundaki tekeli ve tarihten gelen lider rolü nedeniyle görev ve yetki sorumluluğu mevzuatta açıkça belirlenmeyip aksine istisnaların belirtilmesiyle yetinilmiş ve böylece görev ve yetki sınırsızlığı gibi bir durum ortaya çıkmıştır. Günümüzde teknik ve uzmanlaşmanın gelişimiyle beraber hekimlerin yetki sınırsızlığından bahsetmek rasyonel değildir. Bu sebeple mevzuatta açıkça belirtilmediğinden, hekimlerin görev ve yetkilerini almış oldukları eğitime göre değerlendirmek gerekir.

KAYNAKÇA

Akbulut, Berrin. Tıp Ceza Hukukunda Nedensellik Bağı, V. Türk Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, , Tıp Ceza Hukukunun Güncel Sorunları, 28Şubat-1Mart 2008, Ankara, Türkiye Barolar Birliği, ss.209-296.

Akdur, Recep. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması, Ankara, 1999.

Aktaş, Ekin Özgür. İzmir Üniversitesi Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Notları, Basılı Olmayan Eser, 02.04.2013.

Aktaş, Ekin Özgür. Sağlık Hukuku; Hekimleri ve Diğer Sağlık Çalışanlarını Koruyor Mu?, Hekimlik Uygulamalarının Adli Tıbbi Güncellemesi Sempozyum Dizisi No:78, Ekim 2012, ss.44-54.

Altundere, Nazan. Tıp Ceza Hukuku Ve Güven İlkesi, Sağlık Hukuku Makaleleri, İstanbul Barosu Yayınları, İstanbul, 2012.

Anayasa Mahkemesi Kararlar Bilgi Bankası,
<http://www.anayasa.gov.tr/Kararlar/KararlarBilgiBankasi/>.

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü Tanıtım, <http://www.health.ankara.edu.tr/beslenme-ve-diyetetik-bolumu/>, (E.T.:17.01.2016).

Arda, Berna; **Kavas**, Volkan; **Demirkazık**, Ahmet; **Akbulut**, Hakan. Off Label İlaç Kullanımı Üzerine Etik Açından Neler Söyleyebiliriz, Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi, 2003, C.11, S.4.

Artuk, Mehmet Emin; **Gökçen**, Ahmet; **Yenidünya**, Ahmet Caner. TCK Şerhi Özel Hükümler Madde 76-131 3. Cilt, Turhan Kitabevi, Ankara, 2009.

Aslantekin, Filiz. Ebelerin Görev ve Yetkileri, Ankara Barosu III. Sağlık Hukuku Kurultayı, 07-08.05.2010, Ankara Barosu Yayınları, Ankara, 2011.

- Aşçıoğlu**, Çetin. Doktorların Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Ankara, 1982.
- Ateş**, Gül. Diş Hekimliğinde Malpraktis, Ankara Barosu IV. Sağlık Hukuku Kurultayı, 23-24.09.2011, Ankara, Ankara Barosu Yayınları, 2012.
- Ayan**, Mehmet. Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, Kazancı Hukuk Yayınları, Ankara, 1991.
- Aydın**, Erdem. Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri, Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi, Y:2002, C.31, S.3.
- Bal**, B. Sonny. An Introduction to Medical Malpractice in the United States, Clinical Orthopaedics and Related Reserch Journal, C.467, S.2, ss.339-347
- Bayraktar**, Köksal. Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu, İstanbul Üniversitesi, 1972.
- Bayramoğlu**, Meral. Bölüm Başkanının Mesajı, <http://www.acibadem.edu.tr/tr-tr/akademik/fakulte/saglik/fizyoterapi/Sayfalar/bolum-baskaninin-mesaji.aspx>, (E.T.:17.01.2016).
- Belgesay**, Mustafa Reşit. Tıbbi Mesuliyet Esaslar- Tipik Vakalar Türk Tabipler Birliği Kanunu, İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 1953.
- Berg**, Thomas. Der Vertrauensgrundsatz in der Krankenpflege bei horizontaler Arbeitsteilung im Krankenhaus, Grin, 2008.
- Boyar**, Oya. Sağlık Hakkı, Sağlık Hukuku'nda Dünyadaki Son Gelişmeler, Roche, İstanbul, 2009.
- Bulut**, Gamze. Dişhekiminin Etik ve Hukuk Bağlamında Sorumluluğu, Ankara Barosu IV. Sağlık Hukuku Kurultayı, 23-24.09.2011, Ankara, Ankara Barosu Yayınları, 2012.

Buttaro, Terry Mahan; **Trybulski**, JoAnn; **Sandberg-Cook**, Joanne. The Changing Landscape of Collaborative Practice. Primary Care: A Collaborative Practice, 4. Baskı, Editörler: Terry Mahan Buttaro, JoAnn Trybulski, Patricia Polgar Bailey. Elsevier Mosby, 2013.

Büyük Türkçe Sözlük, Türk Dil Kurumu, (Türkçe Sözlük).

Canlı, Fatma. Sağlık Çalışanlarının Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşleri, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, 2010.

Capule, Rodel V. A Surgeon is Not Always the “Captain of the Ship”, Philippine Journal of Internal Medicine, C.49, S.2, 2011.

Centel, Nur; **Zafer**, Hamide; **Çakmut**, Özlem. Türk Ceza Hukukuna Giriş, 6. Bası, Beta, İstanbul, 2010.

Classifying health workers: Mapping occupations to the international standard classification, world health organization, (Sağlık Çalışanları), http://www.who.int/hrh/statistics/Health_workers_classification.pdf, (E.T.:17.01.2016).

Constitution Of The World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü Anayasası).

Croke, Eileen M. Nurses, Negligence, and Malpractice, American Journal of Nursing, Eylül 2003, C.103, S.9.

Çakırcalı, Emine. Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar, 3. Baskı, Nobel, İzmir, 2000.

Çakmut, Özlem (Yenerer). Tıbbi Müdahaleye Rızanın Ceza Hukuku Açısından İncelenmesi, Legal Yayıncılık, İstanbul, 2003.

Çakmut, Özlem Yenerer. Tıbbi Uygulamalarda Ebelerin Cezai Sorumluluğu, Ankara Barosu III. Sağlık Hukuku Kurultayı, 07-08.05.2010, Ankara Barosu Yayınları, Ankara, 2011.

Çelen, Özay. Ekip Çalışması Etkinliğinin İş Tatmini Ve Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi: Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesinde Bir Uygulama, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2011.

Çiftlik, Emine Elvan; Çoban, Didem; Özkan, Serpil; Kesmezacar, Özgü; Durmuş, Meral Kurt; Kesgin, Vildan. Sağlıklı İletişim Ve İletişim Teknikleri Eğitim Programlarının Çalışanlar Ve Hasta Memnuniyeti Üzerindeki Etkisi, II. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı C.1, Editör: Harun Kırılmaz, T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2010.

WMA, Declaration on Patient Safety, <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/p6/> (E.T.:17.01.2016).

Delogu, Tullio. Modern Hukukta Taksirli Suçun Önemi, Çeviren: Yüksel Ersoy, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi, C.39 S.1-4, 1982-87, Ankara, 1987.

Demir, Mehmet. Tıbbi Organizasyon Kusuru Açısından Hastanelerin Hukuksal Sorumluluğu, Turhan, Ankara, 2010.

Demirbaş, Timur. Ceza Hukuku Genel Hükümler, 7. Baskı, Seçkin, Ankara, 2011.

Demirci, Bahar. Türk Ceza Hukukunda Taksirden Doğan Sorumluluk, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011

Deryal, Yahya. Hemşirenin Hukuki Sorumluluğu (Hemşire), Ankara Barosu III: Sağlık Hukuku Kurultayı, 07-08.05.2010, Ankara Barosu Yayınları, Ankara, 2011.

Deryal, Yahya. Tıbbi Konsültasyona Bağlı Hukuki Problemler (Konsültasyon), VII. Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, Samsun, 16-17.04.2010.

Dill, Linda Jo. An Examination of the Impact of Current Medical Malpractice Issues on the Quality of Obstetrical Healthcare Services in Michigan, Doktora Tezi, Capella Üniversitesi, 2008.

Doğan, Cahid. İdare Hukuku Bakımından Hekim-Hemşire İlişkisi, VII. Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, Samsun, 16-17.04.2010.

Doğramacı, Yakup Gökhan. 6502 Sayılı Tüketicinin Korunması Hakkındaki Kanun Kapsamında Hekim Ve Hasta İlişkisinin Değerlendirilmesi, 2.Ulusal Sağlık Hukuku Kongresi, Gaziantep, 23-25 Nisan 2015.

Doğramacı, Yakup Gökhan. Ceza Yargılamasında Beden Muayenesi Ve Vücuttan Örnek Alınmasında Kişinin Rızasının Olmaması, 2.Ulusal Sağlık Hukuku Kongresi, Gaziantep, 23-25 Nisan 2015.

Doğramacı, Yakup Gökhan. Genel İşlem Koşulları ve Aydınlatılmış Onam, 2.Ulusal Sağlık Hukuku Kongresi, Gaziantep, 23-25 Nisan 2015.

Doğramacı, Yakup Gökhan. Hekimlik Uygulamaları Açısından Kasten Öldürmenin İhmalî Davranışla İşlenmesi Suçu, Tıp Hukuku Dergisi, Legal, C.4, S.7, 2015.

Doğramacı, Yakup Gökhan. Kasten Öldürmenin İhmalî Davranışla İşlenmesi Suçunun Hekimlik Uygulamaları Açısından İncelenmesi, 2.Ulusal Sağlık Hukuku Kongresi, Gaziantep, 23-25 Nisan 2015.

Doğramacı, Yakup Gökhan; Erkol, Zehra Zerrin. Amerika Birleşik Devletleri Hekim Ve Hemşire Malpraktis Ve Advers Etki Bildirim Sistemi Ve Verileri (Veriler), Uluslararası Katılımlı Ulusal Tıp Hukuku Kongresi, Bodrum, 2-5 Eylül 2015.

Doğramacı, Yakup Gökhan; Erkol, Zehra Zerrin. Hemşirelerin Hasta Savunuculuğu Görevi Olgu Örneği (Hasta Savunuculuğu), Uluslararası Katılımlı Ulusal Tıp Hukuku Kongresi, Bodrum, 2-5 Eylül 2015.

Doğramacı, Yakup Gökhan; **Erkol**, Zehra Zerrin. Tıbbi Uygulamalarda Aydınlatılmış Onamın Niteliği (Aydınlatılmış Onam), 12. Uluslararası Anadolu Adli Bilimler Kongresi, Batman, 20-23 Mayıs 2015.

Dural, Mustafa; Suat **Sarı**, Suat. Türk Özel Hukuku Cilt 1 5. Baskı, Filiz Kitabevi, İstanbul, 2010.

Duttge, Gunnar. Güven Prensibinin Taksirli Suçlardaki Anlamı Alman Ceza Hukuku Teorisi ve Uygulamasının Gelişimine İlişkin Hukuksal Temellere Bakış, Çevirenler: Hakan Hakeri, Mesut Mutlu; Sağlık Alanında Temsil ve İşbirliği, VII. Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu Tıpta İşbirliği ve Hukuksal Sorunlar, Editörler: Hakan Hakeri, Henning Rosenau, Adalet Yayınevi, Samsun, 2010.

Er, Ünal. Sağlık Hukuku, Savaş Yayınevi, Ankara, 2008.

Erdoğan, Vesile. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Hekim-Hemşire İşbirliği ve Yaşanan Hukuki Sorunlar, VII. Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, Samsun, 16-17.04.2010.

Erem, Faruk. Türk Ceza Hukuku, C.1 Genel Hükümler, Ankara, 1949.

Erkol, Zerrin; **Doğramacı**, Yakup Gökhan. Hasta Hakları Yönetmeliğinde Yapılan Değişikliklerin İrdelenmesi, 2. Ulusal Sağlık Hukuku Kongresi, 23-25 Nisan 2015, Gaziantep.

Erman, Barış. Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2013.

Erman, Sahir. Meslekî İhmalden Doğan Cezai Sorumluluk, Çeviren: Süheyl Donay, İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası, C.34, S.1-4, 1968.

Ertan, İzzet Mert. Uluslararası Boyutlarıyla Sağlık Hakkı, Legal Yayıncılık, İstanbul, 2012.

Etiler, Nilay. Sağlık Hizmetlerinde Yatay Ve Dikey Örgütlenme, Toplum Hekimliği Bülten, Y.2002, C.21, S.3.

Flemma, Robert J. Medical Malpractice: A Dilemma In The Search For Justice, Marquette Law Review, C.68, S.2, 1985.

Gayef, Alben. Özel Hastanelerde Uygulanan Liderlik Yaklaşımlarının Üst Düzey Yöneticilerin Takım Çalışması Ve Örgüt İklimi Algılamaları Üzerindeki Etkisi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2006.

Gebe İzlemleri, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, <http://ailehekimligi.gov.tr/ana-cocuk-sal/gebelik/297-gebe-zlemleri.html>, (E.T.:07.01.2016).

Gökcan, Hasan Tahsin. Ceza Hukukunda Güven İlkesi ve Trafik ve Tıp Hukukunda Uygulanması, Yargıtay Dergisi, Ocak-Nisan 2012, C.38, S.1-2.

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

Gözler, Kemal. Anayasa Hukukunun Genel Esasları, Ekin, Bursa, 2010.

Günday, Metin. İdare Hukuku, 2. Baskı, İmaj Yayıncılık, Ankara, 1997.

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/guvenli_cerrahi_2011/guvenli_cerrahi_kontrol_listesi.pdf, (E.T.: 17.01.2016).

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi (Cerrahi Rehberi 2011), Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara, 2011.

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, 2. Baskı (Cerrahi Rehberi 2015), Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara, 2015.

Hakeri, Hakan. Hukuksal Yönleriyle Hemşire-Hekim İlişkisi (Medimagazin), <http://www.medimagazin.com.tr/authors/hakan-hakeri/tr-hukuksal-yonleriyle-hemsire-hekim-iliskisi-72-64-1321.html>.

Hakeri, Hakan. Tıbbi Uygulamalardan Hemşirelerin Cezai Sorumluluğu (Hemşire), Ankara Barosu III: Sağlık Hukuku Kurultayı, 07-08.05.2010, Ankara, Ankara Barosu Yayınları, 2011.

Hakeri, Hakan. Tıp Hukuku, 5. Baskı, Seçkin Yayıncılık, 2012.

Hakeri, Hakan. Tıp Hukuku (Tıp 2015), 10. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2015.

Hakeri, Hakan. Tıp Hukukuna Giriş (Tıp hukukunun temel kavramları –Genel tıp Hukuku), Roche Sağlık Hukuku Günleri 2 Soru ve Cevaplar (Roche), İstanbul, 2007.

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, “Sağlık Meslek Kurulu Yönetmeliği” Değerlendirme Raporu, 23.01.2013, <http://www.hasuder.org.tr/hsg/?p=676>. (E.T.:17.01.2016).

Hancı, Hamit. Malpraktis, Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu, Seçkin, Ankara, 2002.

Hancı, İ. Hamit; **Acungil**, İbrahim; **Uz**, Çağlar. Geçiş Önceliğine Sahip Ambulansların Yaptığı Kazalar, Ulaşım Ve Trafik Güvenliği Dergisi, Ekim 2012.

Hızal, Sevinç Arslan. Türk Ceza Kanununda, Sağlık Personelinin İhbar Yükümlülüğü, İzmir Tabip Odası, İzmir, 2010.

Holloway, R. Patient rights, Editör: O’Keefe ME Nursing practice and the law: avoiding malpractice and other legal risks, Philadelphia, 2001.

Işık, Sedat. Sağlık Hukukunda Yüksek Sağlık Şurası’nın Yeri ve Önemi, Kadir Has Üniversitesi Hukuk Fakültesi Uluslararası I. Sağlık Hukuku Sempozyumu 24-25 Nisan 2008 İstanbul, XII Levha, İstanbul, 2011, ss11-15.

Işık, Sedat. Yüksek Sağlık Şurası'nda Karar Süreci, Kadir Has Üniversitesi Hukuk Fakültesi Uluslararası II. Sağlık Hukuku Sempozyumu, XII Levha, İstanbul 2011, ss.281-286.

İstanbul Eczacılar Odası, Haberler, Yeni Bir Hukuk İhlali! Sağlık Meslekleri Kurulu, Tarih: 26.12.2012, http://www.istanbuleczaciodasi.org.tr/?page=haberler&news_ID=4152, (E.T.:17.01.2016).

İzmir Tabip Odası, İnternet Sitesi 08.09.2014 tarihli haberi, http://www.izmirtabip.org.tr/L/TR/mid/396/hcid/16/hid/1141/Oda%E2%80%99mizin_ve_Meslektasimizin_Saglik_Bakanligi%E2%80%99na_Karsi_Tazminat_Zaferi.htm, (E.T.:17.01.2016).

Jurion, https://www.jurion.de/Urteile/BGH/1979-10-02/1-StR-440_79, (E.T.:17.01.2016).

Justia US Law, Koeniguer v. Eckrich, South Dakota Supreme Court (422 N.W.2d 600, 1998), <http://law.justia.com/cases/south-dakota/supreme-court/1988/15869-1.html>, (E.T.:17.01.2016).

Kaboğlu, İbrahim Ö. Özgürlükler Hukuku, Afa Yayınları, İstanbul, 1993.

Kalabalık, Halil. Ebe ve Hemşirelerin İdare Hukuku Açısından Sorumluluğu, Ankara Barosu III. Sağlık Hukuku Kurultayı, 07-08.05.2010, Ankara, Ankara Barosu Yayınları, 2011.

Karahan, Karahan. Hastanelerde Takım Halinde Öğrenme, Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi, C.10, S.2, 2008.

Karakoç, Yusuf. Hukukun Anlamı, Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, C.10, S.2, İzmir, 2008 (DEÜ Dergi).

Karlıkaya, Esin. “Etik Konsültasyon/Danışmanlık” Konusunda Kliniklerde Çalışan Sağlık Görevlilerinin Tutum Ve Beklentileri, Yayımlanmamış Doktora Tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2007.

Katoğlu, Tuğrul. Ekip Halinde Yürütülen Faaliyetlerde Güven İlkesi Ve Ceza Sorumluluğu, TBB Dergisi, Sayı 68, 2007.

Kavuncubaşı, Şahin; **Yıldırım**, Selami. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, 3. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2012.

Kesim, Sevgi. Sağlık Hizmetlerinde Takım ve Takım Çalışmasına Yönelik Bir Araştırma, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 1999.

Keskin, Adem. Şura'nın Hukuki Konumu ve Hukuktaki Yeri, Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurultayı ss.349-353, 2. Baskı, Ankara Barosu, Ankara, 2009.

Koca, Mahmut; **Üzülmez**, İlhan. Türk Ceza Kanunu Genel Hükümler, 4. Baskı, Seçkin, Ankara, 2011.

Kurşat, Zekeriya. Hemşirelerin Hukuki Sorumluluğu, İÜHFM C. LXVI, S.1, 2008.

LawLink, Fields v. Yusuf, Superior Court of Los Angeles County, 2006, (144 Cal.App.4th 1381), <http://www.lawlink.com/research/CaseLevel3/83896>, (E.T.:17.01.2016).

Mathews, Stanton T.; **Lancaster**, Kevin. California Causes of Action, 14. Baskı, James Publishing, 2013.

Mohr, James C. The Emergence of Medical Malpractice in America, Transactions & Studies of the College of Physicians of Philadelphia, Seri:5, C.14, S.1, 1992.

National Practitioner Data Bank (NPDB), ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı Sağlık Kaynakları ve Hizmetleri Yönetimi Sağlık Meslekleri Bürosu Klinisyen Veri Bankası Bölümü, Ulusal Klinisyen Veri Bankası (National Practitioner Data Bank, NPDB), 2012 Yıllık Raporu, Şubat 2014.

Nehmer, Steven. The New Jersey Medical Malpractice Liability Insurance Crisis of 2002, Indepented Study, s.3.

Noyan, Erdal. Türk Ceza Kanunu, 2. Bası, Adil Yayınevi, Ankara, 2005.

Odyakmaz, Zehra. Sağlık Hizmetlerinde İdare Hukuku Bakımından Müşterek Sorumluluk, VII. Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu Tıpta İşbirliği ve Hukuksal Sorunlar, Editörler: Hakan Hakeri, Henning Rosenau, Adalet Yayınevi, Samsun, 2010.

Oğuz, Yasemin Neyyire; **Tepe**, Harun; **Büken**, Nüket Örnek; **Kucur**, Deniz Kırımsoy. Biyoetik Terimleri Sözlüğü, Türkiye Felsefe Kurumu, Ankara.

Oğuzman, Kemal; **Barlas**, Nami. Medeni Hukuk 15. Bası, Vedat Kitapçılık, İstanbul 2008.

Oflaz, Fahriye. Hemşirelerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları, Ankara Barosu III. Sağlık Hukuku Kurultayı, 07-08.05.2010, Ankara, Ankara Barosu Yayınları, 2011.

Özbek, M. Sabri. Taksirli Suçlar Ve Haksız Fiillerden Doğan Tazminata Ait Hükümler, Balkanoğlu, 1963.

Özgenç, İzzet. Suçun Yapısında Kusur (Kusur), (Yayımlanmamış Doçentlik Tezi), İstanbul, 1997.

Özgenç, İzzet. Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler (Ceza), 8. Bası, Seçkin, 2013.

Özkan, Halid. Tıpta İşbirliği ve Ceza Sorumluluğu, VII. Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu Tıpta İşbirliği ve Hukuksal Sorunlar, Editörler: Hakan Hakeri, Henning Rosenau, Adalet Yayınevi, Samsun, 2010.

Özlü, Tevfik. Günümüz Hekimliğinde Konsültasyon, VII. Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, Samsun, 16-17.04.2010.

Özsunay, Ergun. Alman ve Türk Hukuklarında Hekimin Ödevi, Türk Hukukunda Hekimin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Mukayeseli Hukuk Araştırma ve Uygulama Merkezi, Sorumluluk Hukukundaki Yeni Gelişmeler V. Sempozyumu, Ankara, 12/13 Mart 1982, Fakülteler Matbaası, İstanbul, 1982.

Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools, WHO, Fransa, 2009, http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/who_mc_topic-4.pdf

Petek, Hasan. Tıbbî Müdahalelerden Kaynaklanan Uyuşmazlıklarda Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun'un Uygulanması, Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi C.15, Özel Sayı, 2014.

Peterson, Kathleen Flynn; **Zimmerman**, Genevieve M. Nursing Negligence, <http://www.robinskaplan.com/resources/articles/nursing-negligence>, (E.T.:17.01.2016).

Project of the ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter, Annals of Internal Medicine, 2002, S.136:243-246.

Resmi Gazete, <http://www.resmigazete.gov.tr>, (E.T: 17.01.2016).

Rosenau, Henning. Sağlık Alanında Temsil ve İşbirliği, Çeviren: Meral Ekici Şahin, VII. Türk–Alman Tıp Hukuku Sempozyumu Tıpta İşbirliği ve Hukuksal Sorunlar, Editörler: Hakan Hakeri, Henning Rosenau, Adalet Yayınevi, Samsun, 2010.

Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013 Haber Bülteni, Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2014.

Sağlıkta Dönüşüm (Dönüşüm 2003), Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2003.

Sancakdar, Oğuz. İdare Hukuku Teorik Çalışma Kitabı, Seçkin, Ankara, 2011.

Savaş, Halide. Sağlık Çalışanlarının ve Sağlık Kurumlarının Tıbbi Müdahaleden Doğan Sorumlulukları, (Sağlık) Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2007.

Savaş, Halide. Yanlış Taraf Cerrahisinin Ceza Hukuku Boyutu, 2008, <http://www.saglikdanis.com/pdf/yanlis%20taraf%20cerrahisinin%20ceza%20hukuku%20boyutu.pdf>, (E.T.: 17.01.2016).

Savaş, Halide. Yargı Kararlarında İşbirliği, VII. Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu Tıpta İşbirliği ve Hukuksal Sorunlar, Editörler: Hakan Hakeri, Henning Rosenau, Adalet Yayınevi, Samsun, 2010.

Savaş, Halide. Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları Tıbbi Malpraktis – Tıbbi Davaların Seyri ve Sonuçları, 3. Baskı, Seçkin, Ankara, 2013.

Scotto, Cinzia. Il principio di affidamento nell'attività medico-sanitaria in equipe, Filodiritto, 2015, s.3, <http://www.filodiritto.com/articoli/pdf/2015/09/il-principio-di-affidamento-nellattiv-medico-sanitaria-in-equipe.html?id8=3>, (E.T.:17.01.2016).

Souther, Matthew R. The 'Captain Of The Ship' Doctrine Gets A New Set Of Sails, Medical Malpractice Law & Strategy, Haziran 2007.

Strateji Geliştirme Başkanlığı Faaliyet Raporu 2012 (Rapor 2012), Sağlık Bakanlığı.

Süleyman Demirel Üniversitesi Fizyoterapi Ve Rehabilitasyon, Fizyoterapi Mesleği Nedir?, <http://saglik.sdu.edu.tr/fizyoterapi/tr/fizyoterapi-meslegi-hakkinda/fizyoterapi-meslegi-nedir-2738s.html>, (E.T.:17.01.2016).

Taylan, Seçil. Özerklik İlkesi Çerçevesinde Hemşirenin Bağımsız Roller, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, 2009.

Temel, Erhan. Alman Hukukunda Psikiyatri Hastası-Hekim İlişkisi, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, C.61, S.2, 2012.

Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı, <http://web.deu.edu.tr/radyolojiabd/malpraktis.html>, (E.T.:17.01.2016).

Tıpta Uzmanlık Kurulu Kararları, <http://www.tuk.saglik.gov.tr/kararlar.html>, (E.T.:17.01.2016).

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası Madde Gerekçeli, TBMM, Ankara, 2011, https://yenanayasa.tbmm.gov.tr/docs/gerekceli_1982_anayasasi.pdf, (17.01.2016).

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2011 (Dönüşüm 2011), Editör: Recep Akdağ, Sağlık Bakanlığı, 2012.

Ulsenheimer, Klaus. Arztstrafrecht in der Praxis, 5. Baskı, C.F. Müller, 2015.

Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatları, <http://www.tuk.saglik.gov.tr/mufredatlar.html>, (E.T.:17.01.2016).

Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Dil ve Konuşma Terapisi, <http://sbf.uskudar.edu.tr/dil-ve-konusma-terapisi>, (E.T.:17.01.2016).

Ünder, Yıldız Ertuğ. Asistan Hekimlerin Hukuki Sorumluluğu, Sağlık Hukuku Makaleleri, İstanbul Barosu Yayınları, İstanbul, 2012.

Ünver, Yener. Ceza Hukukunda İzin Verilen Risk, Beta, İstanbul, 1998.

Ünver, Yener. Hekimin Cezai Sorumluluğu, Roche Sağlık Hukuku Günleri 2 Soru ve Cevaplar (Roche), İstanbul, 2007.

Ünver, Yener. Müdavi Hekim – Konsültan Hekim İlişkisinin Ceza Hukuku Sorumluluğu Açısından Değerlendirilmesi (Konsültan), VII. Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, Samsun, 16-17.04.2010.

Ünver, Yener. Tıp Ceza Hukukunda Güven İlkesi (Güven), V. Türk Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, , Tıp Ceza Hukukunun Güncel Sorunları, 28Şubat-1Mart 2008, Türkiye Barolar Birliği, Ankara, 2008.

Üzeltürk, Sultan Tahmazoğlu. Anayasa Hukuku Açısından Sağlık Hakkı, Legal, İstanbul, 2012.

Varol, Nezihi; **Gülhan**, Yıldırım; **Arslanerer**, Fatma. Sağlık Hukuku mu? Tıp Hukuku Mu?, <http://www.hukukrehberi.net/Details.aspx?id=91>, (E.T.:17.01.2016).

VİKİPEDİ, Özgür Ansiklopedi. <https://tr.wikipedia.org>, (E.T.:1701.2016).

Vural, Abdülgaffar. Ülkemizde Tıpta Uzmanlık Mevzuatının Tarihsel Gelişimi Ve Tıpta Uzmanlığın Doktora Eğitiminden Farklılığı, Ankara Barosu Sağlık Hukuku Digestası Dergisi, Y:2, S.2, Ankara, 2012.

World Medical Association, Declaration on Patient Safety, Hasta Güvenliği Bildirgesi, <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/p6/>, (E.T.:17.07.2015).

WIKIPEDIA, Die Freie Enzyklopädie. <https://de.wikipedia.org>, (E.T.:1701.2016).

WIKIPEDIA, The Free Encyclopedia. <https://en.wikipedia.org>, (E.T.:1701.2016).

Yalçınkaya, Fulya. Odyoloji, <http://www.biruni.edu.tr/odyoloji/>, (E.T.:17.01.2016).

Yargıtay Kararları Dergisi. Eylül 1996, C.22, S.9; Ocak 2001, C.27, S.1.

Yıldız, Ali Kemal. Tıp Hukukunda Güven İlkesi, VII. Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, 16-17.04.2010, Samsun.

Yol, Sinan. Şura'dan Ne Bekleniyor, Dosyalar Nasıl Hazırlanıyor?, Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurultayı, 2. Baskı, Ankara Barosu, Ankara, 2009.

Yüzbaşıoğlu, Erdal. Endikasyon Dışı (Off Label) İlaç Uygulamalarında Hekimin Hukuki Sorumluluğu, Türk Oftalmoloji Dergisi, C.42, S.2, 2012.