

## “Malpraktis” yerine “hizmet kaynaklı zarar” “Healthcare-caused harm”, instead of “Malpractice”

Murat Civaner

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Etiği Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye

### Özet

Yüksek tazminat kararları ve mesleki sorumluluk sigortasının zorunlu hale getirilmesiyle birlikte sağlık çalışanları arasında kaygı verici bir boyut kazanan “malpraktis” olgusunun taraflarını, oluşumundaki dinamikleri ve sorumlulukları doğru tanımladığımızı söylemek oldukça güçtür. Genel olarak egemen olan bireye odaklı yaklaşım; hatanın tekil bireyden kaynaklandığı, dolayısıyla da çözümün bireyin cezalandırılması ile sağlanabileceği düşüncesindedir. Özel sigortacılık anlayışını gündeme getiren bu yaklaşımın, hataları azaltmadığı gibi yüksek tazminatlar ve sigorta primleri nedeniyle sunulan hizmeti olumsuz etkilediği gösterilmiştir. Ülkemizde uygulanmakta olan özelleştirme politikalarıyla uyumlu olarak “malpraktis” olgusu, alım-satım ilişkisi bağlamında, bir tür “müşteri mağduriyeti” olarak ele alınmakta, bireye odaklı yaklaşım benimsenmektedir. Ancak hizmetin nitelik ve niceliğini etkileyen etmenlerin tümünü dikkate almadan sadece bireyleri suçlamanın “malpraktis”i azaltmadığı, aksine hizmeti kötüleştirdiği, mesleğin toplumsal algılanışını, hekimlerin iş doyumunu maddi ve manevi olarak olumsuz etkilediği bilinmektedir. Sistemik değişiklikler yaşama geçirilmeden hekimleri temel sorumlu ilan etmek, hem adilane olmayacak, hem de hata ve zararları azaltmayacağı, hatta aksine artırabileceği için sağlık hakkına aykırı olacaktır. (*Türk Ped Arş 2011; 46: 6-11*)

**Anahtar sözcükler:** Malpraktis, tıbbi hata, güvenlik, korunmacı tıp, sorumluluk sigortası, tıp etiği

### Summary

Malpractice has gained an alarming dimension especially along with the introduction of compulsory professional liability insurance. On the other hand, it is quite difficult to say that malpractice is discussed by considering all responsible determinants. According to individual-focused approach, the error is caused by single individual, so the solution can be achieved by punishing the individual. It is known that this approach does not reduce errors, and adversely affect services due to high compensations and increased insurance premiums. In Turkey, malpractice is simply considered in the customer-seller relationship context, and individual-focused approach is adopted. However, it is well established that this “blame-culture” has negative effects on service provided, social perception of the profession, and job satisfaction. Beside recognizing individual professional responsibilities, basically it should be stressed that declaring healthcare workers as mainly responsible would not be fair. In addition, it violates right to health because of increasing the preventable errors and harms. (*Türk Arch Ped 2011; 46: 6-11*)

**Key words:** Defensive medicine, liability insurance, malpractice, medical errors, medical ethic, safety

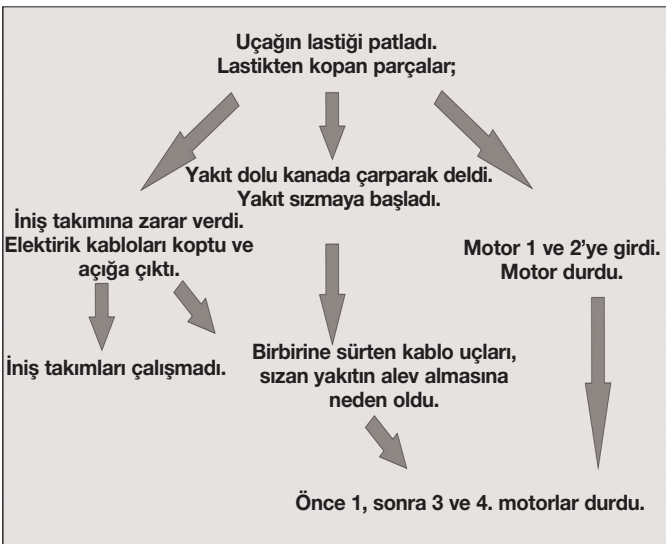
### Giriş

25 Temmuz 2000’de, Paris De Gaulle havaalanından kalkan bir Concorde uçağı, kısa bir süre sonra alev alarak yakınlardaki bir otelin üzerine düştü. Yüzonüç kişinin yaşamını yitirdiği bu kazanın nasıl oluştuğu yaklaşık iki yıl süren bir inceleme ile ortaya çıkarıldı (Şekil 1). Kalkış sırasında lastiklerden biri patlamış, lastikten kopan parçalar iniş takımına zarar verip elektrik kablolarının açığa çıkmasına, yakıt

tankının delinmesine ve motorların durmasına neden olmuş, çıkan yangın uçağın düşmesiyle sonuçlanmıştı (1).

Kaza araştırma ekibi bu süreci başlatan olayı incelediğinde, küçük bir metal parçasına ulaştı. Lastiğin yarılmasına 25 cm uzunluğunda ve 5 cm genişliğinde metal bir şerit neden olmuştu. Pencereleeri sabitleyen bu parça Concorde’den beş dakika önce kalkan bir DC-10 uçağından düşmüştü. Raporun açıklanmasıyla birlikte pek çok soru gündeme geldi. Bunlardan en önemlileri uçağın neden düştüğü ve

kimlerin sorumlu olduğuydu. Kaza temel olarak; metal parçanın düşmesi, pistlerin iyi temizlenmemesi, lastiklerin uygun nitelikte olmaması, elektrik kablolarının iyi korunmaması, kanatlardaki tasarım hatası, pilotaj hatası ya da başka bir etmene bağlı olabilirdi. Bu açıklamalar dayanak alındığında Ulaştırma Bakanlığı, yer hizmetlerini sürdüren şirket, pisti temizlemekle görevli işçiler, Concorde pilotu, DC-10 pilotu, DC-10' ları üreten şirket, söz konusu DC-10'u üreten fabrikada çalışanlar, uçak bakım servisi, lastiği yeterince dayanıklı üretmeyenler ya da Concorde'u tasarlayanların sorumlu olduğu sonucuna ulaşılabilir. Nitekim, DC-10'un sahibi olan havayolları şirketi, metal parçayı sabitlemekten sorumlu kaynakçı, onun denetimcisi, Concorde baş mühendisi ve Fransa Sivil Havacılık Dairesi başkanı kazanın sorumluları olarak yargılanmaktadır (2). Diğer bir soru, sorumluluk paylarının nasıl belirlenmesi gerektiğidir. Yanıt olarak; bilirkişilere sorulması gerektiği, bilinen süreçlere/uygulama kılavuzlarına uygunluk üzerinden değerlendirilebileceği, uçağı kullanıyor olmanın birinci derecede sorumluluk getirdiği, asıl sorumluluğun metal parçayla doğrudan ilgili olan kaynakçıda ya da pist temizlik görevlilerinde olduğu ileri sürülebilir. Ek olarak, düşen uçağı kullanan pilotun ne derecede sorumlu olduğu sorusu da ortaya atılabilir: Uçuş öncesi pistin hızla kontrol edilmesini sağlaması ya da motordaki yangını daha erken fark edip uçağı otelin üzerine düşürmemesi gerektiği düşünülebilir. Kalkıştan önce bu tür bir risk hakkında yolcuları bilgilendirmesi, uçmayı kabul edenlerin imzasını alması, isteyen inmesini sağlaması gerektiği ileri sürülebilir. Başka bir bakışla, pilotun herhangi bir sorumluluğu olmadığı, kazanın onun kontrolü dışındaki olaylar sonucunda oluştuğu söylenebilir.



Şekil 1. Concorde kazasının oluşum süreci

## Tanımlar

Yukarıdaki sorulara verilen yanıtlara göre olay, oluşum sürecinde etkili olan etmenler göz önüne alınarak kaza, hata, şanssızlık, felaket gibi kavramlarla isimlendirilebilecektir. Sözlüklere göre kaza, dikkatsizlik ya da ihmal sonucu oluşan, can veya mal kaybına neden olan öngörülmemiş ve planlanmamış talihsiz olaydır (3,4). Hata ise istemeyerek ve bilmeyerek belirli bir davranış ya da uygulama sürecinden sapmak, kabul edilmiş bilinen uygulamayı ihlal etmek biçiminde tanımlanmaktadır (3,4). Kaza tanımında şansın, öngörülemezliğin ve/veya önlenemezliğin öne çıktığı görülmektedir. Buna karşılık hata tanımında, daha mekanik, önceden adım adım tanımlanarak tümüyle denetim altında tutulabilen bir sürecin, süreci yürütmekle sorumlu kişi tarafından aksatılması söz konusudur. Benzer bir ayırım, günümüzde yaygın biçimde “malpraktis ve komplikasyon” kavramları için de kullanılmaktadır. ‘izin verilen risk’, ‘istenmeyen yan etki’ gibi sözcüklerle tanımlanan komplikasyon kavramında, öngörülemezlik ve/veya bilinen yöntemlerle önlenemezlik söz konusudur. Örneğin tiroid ameliyatı sonrasında alınan tüm bilimsel önlemlere karşın %2 oranında ses kısıklığı gelişebilmektedir. Diğer deyişle tıp disiplini, tiroid ameliyatı sonrasında her 100 hastadan ikisinde ses kısıklığı oluşacağını öngörebilmekte, geliştirebildiği tüm önlemlere karşın bunu engelleyememekte, ses kısıklığını girişimin doğasında bulunan bir risk olarak kabul ederek girişimi sürdürmek yönünde tercih kullanmaktadır. “Malpraktis”i komplikasyondan ayıran nokta tam olarak buradadır; “bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle hastanın zarar görmesi” (5,6) biçiminde tanımlanan “malpraktis”, öngörülebildiği ve önlem alarak oluşumu engellenebildiği halde öngörülmesinde ve/veya önlem alınmasında kusur gösterilen durumları kapsar. Yukarıdaki tanımlara göre metal şeridin belli bir uçuş saatinden sonra düşebileceği öngörülemez ve/veya bu duruma karşı alınabilecek bir önlem bulunmuyorsa komplikasyondan, düşmesini ya da lastiği patlatmasını engelleyici önlem alınabileceği halde alınmıyorsa “malpraktis”den söz etmek uygun olacaktır.

## Yaklaşımlar

Günümüzde geniş kabul gören yukarıdaki tanımlamalara göre, hatanın ve hata sonucunda oluşacak zararın sorumlusu, bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle standart uygulamada bulunmayan kişidir. Ancak bu tanımlamaların yanında, hata ve zarar oluşumuna başka bir açıdan, daha geniş bakan bir yaklaşım da bulunmaktadır. Reason (7)

tarafından 'bireye odaklı' ve 'sisteme odaklı' olarak adlandırılan bu iki temel yaklaşım, gerek "malpraktis" oluşumunun önlenmesi, gerekse de malpraktis oluşuktan sonra sorumluluk belirleme, tazminat ve sigorta konularındaki önerilerinde önemli derecede farklılaşmaktadır.

### Bireye odaklı yaklaşım

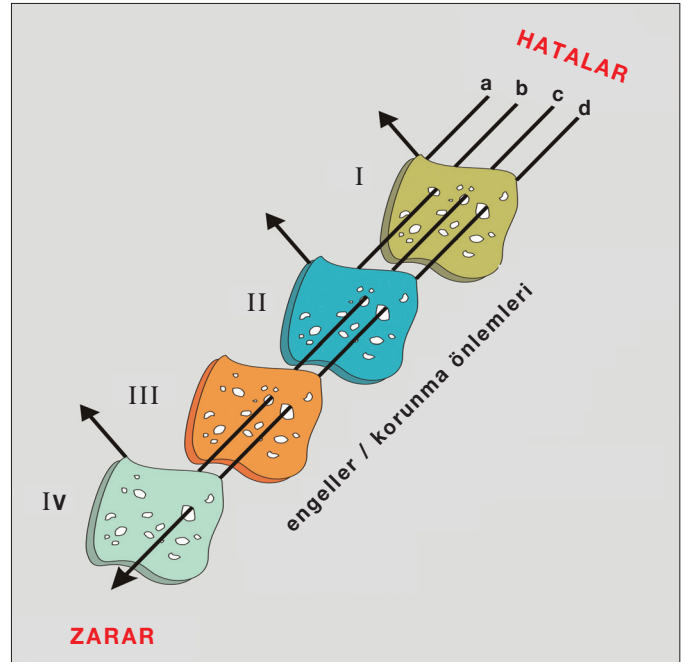
Bireye odaklı yaklaşımın temel kabulü, doğa ve toplumdaki olayların sadece tek bir kök nedeni olduğudur. A nedeni B sonucuna, B ise C sonucuna neden olmuştur; dolayısıyla B' nin ve C' nin temel nedeni A' dır. Öyleyse hataları tamamen önlemek olanaklıdır; bunun için yapmak gereken A nedenine yönelik girişimde bulunmaktır. "Suçlama kültürü" olarak adlandırılan bu yaklaşıma göre sağlık hizmeti sunumu sırasında oluşan hatanın sorumlusunu belirlemek oldukça kolaydır; sorumlu, hizmeti sunan bireydir (8). Dolayısıyla "malpraktis" oluşumunu önlemek için, birey yaptırımlarla daha özenli olmaya teşvik edilmelidir. "Malpraktis" oluşuktan sonra yapılacaklar da bireyseldir; suçlu cezalandırılır ve zarar görene tazminat öder. Ancak hata sayısının azımsanmayacak sayıda olması ve ödenecek tazminatların yüksekliği nedeniyle sağlık çalışanlarının mesleklerini sürdürmeyecek noktaya gelmelerini önlemek için bir sigorta sistemi kurulmalıdır.

Bu yaklaşım, kaba belirleyici bir açıklamaya dayanmakta, tıpkı Newton kuramının mekanik hareketi açıklamanın ötesinde, maddenin mikro düzeyindeki hareketlerini açıklamakta yetersiz kalması gibi, "malpraktis" in oluşum sürecini açıklamakta yetersiz kalmaktadır. Hata ve zararın sorumluluğunu otomatik olarak tek bir bireye yükleyen bu yaklaşım, temel olarak üç soruna yol açmaktadır. Öncelikle bu yaklaşımın hataları ve zararları azaltmadığı vurgulanmalıdır (9-12). Çünkü tek bir bireyi suçlu olarak işaret etmek ve cezalandırmak, hataların örtülmesine, hata oluşumunda rol oynayan etmenlerin ortaya çıkarılmamasına ve bu nedenle hataların tekrarlanmasına yol açmaktadır (13-15). Diğer bir sorun, korunmacı (defansif, çekinik) tıp uygulamalarıdır; yüksek tazminat ödeme kaygısıyla çalışan hekimlerin kendisini korumak için yüksek riskli hastalara hizmet sunmaktan kaçındıkları, ayrıca dava edilme olasılığını azaltmak için gereksiz tetkik isteyebildikleri bilinmektedir (16-20). Sağlık harcamalarının gereksiz yere artmasının yanı sıra, özellikle Ortopedi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Nöroşirürji gibi görece yüksek riskli uzmanlıklara başvuran hastaların hizmete erişimini engelleyen bir durum ortaya çıkmaktadır. Bireye odaklı yaklaşımın yarattığı bir diğer sorun, çözüm olarak özel sigorta sistemini yerleştirmesidir. Özel sigortacılık anlayışı risklerin/hataların azaltılmasına

değil, zarar oluşuktan sonraki aşamaya odaklanır. Bu nedenle mesleki sorumluluk sigortası "malpraktisi" azaltmamakta, ayrıca genel olarak zararların tazmininde başarısız kalmaktadır (21). Sigorta sisteminin bir diğer sorunu, teminat paketlerinin yeterince kapsayıcı olmaması ve riskli dallarda çalışan doktorların primlerinin giderek yükselmesidir (9-16).

### Sisteme odaklı yaklaşım

Bireye odaklı yaklaşımın tersine sisteme odaklı yaklaşım, doğa ve toplumdaki olayları tek bir kök nedene bağlamaz; çok nedenliliğin, nedenlerle sonuçlar arasındaki diyalektik etkileşimin ve birbirlerini değiştiriyor oluşlarının ayırındadır. Ayrıca hatanın insan doğasının bir parçası olduğunu ve tamamen ortadan kaldırılamayacağını dikkate alır. Bu nedenlerle sağlık hizmeti sunumu sırasında oluşan hata için tekil bir sorumlu belirleyip cezalandırmak yerine, temel sorumlunun bireysel hataların zarara dönüşmesini engellemeyen hizmet sunum sistemi olduğunu kabul eder. Dolayısıyla bir taraftan hataların azaltılmasına çalışılırken, diğer taraftan asıl olarak zarar oluşumunu önlemek amaçlanmalıdır. Bu amaçla hatanın zarara yol açma süreci geriye dönük incelenir. Reason'ın (7) geliştirdiği "peynir örneği"ne göre hataların bazıları tüm önlemleri aşarak zarara neden olmaktadır (Şekil 2).



Şekil 2. Hata-zarar sürecinde "peynir örneği" (Şekil; BMJ Publishing Group'tan alınan izinle, künyesi belirtilen makaleden uyarlanmıştır: Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000;320(7237))

Hatanın kendisine odaklanarak tekrarlanmasını önlemeye çalışan sistem odaklı yaklaşım, “Kim hata yaptı?” değil, “Hangi önlem işe yaramadı?”, “Tekrarlanmaması için ne yapılmalı?” sorularına yanıt arar. Örnekteki önlemlerin hiçbiri d hatasının zarara yol açmasını önleyememiştir; yapılması gereken önlemleri geliştirmek ya da yeni bir önlem almaktır. Bu yaklaşımın pek çok hata ya da zararın önlenmesinde etkin olduğu bilinmektedir (9-22-23).

## Türkiye’de durum

Ülkemizde “malpraktis” sağlık çalışanları ve toplumun gündeminde giderek daha önemli bir başlık olarak yer almakta, güncelliğini korumaktadır. Literatürde olgu ya da dava sayısında artış olup olmadığına ilişkin bilimsel bilgi bulunmamasına karşın; sağlık hizmetinin sayı üzerinden değerlendirilmesi, önceliğin hizmet niteliğine değil harcamaları azaltmaya verilmesi, hızla artan Tıp Fakültelerindeki eğitimin nitelikçe oldukça tartışılır boyutta olması, planlı ve yaygın sürekli tıp eğitimi programlarının bulunmaması, altyapı eksiklikleri gibi hata ve zarar olasılığını artıran sorunlar “malpraktis”in eskiye göre daha fazla gündeme gelmesine neden oluyor olabilir. Sağlık çalışanları ve kurumlarına bağlı nedenlerin yanı sıra; medyanın sorumlu olarak çalışanları işaret eden tutumu, yeni TCK m.22/3 ve m.21/2’de yer verilen “bilinçli taksir” ve “olası kast” gibi belirsiz tanımlamalar ve yüksek miktarda tazminat kararları da (24) “malpraktis”in daha sık gündeme gelen, kaygı oluşturan bir başlık olmasına yol açıyor olabilir. Bununla birlikte, temel nedenin ülkemizde uygulanmakta olan sağlık politikaları ile doğrudan ilgili olduğu gözden kaçırılmamalıdır. Dünya Bankası’nın hazırladığı bir proje olan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile temel olarak kamunun sağlık hizmeti alanından çekilmesi ve hizmetlerin özelleştirilmesi amaçlanmaktadır (25). Dünya Bankası tasarı sayfasından da birebir izlenebildiği gibi, sırasıyla önce Genel Sağlık Sigortası kurulmuş ve temel teminat paketi dışındaki harcamaların cepten yapılması öngörülmüştür. Sağlık ocakları özel aile hekimliği birimlerine dönüştürülmüş, sonrasında sağlık çalışanlarının emeğini piyasa kurallarına bağlı kılarak ucuzlatmak amacıyla Tam Gün yasası çıkarılmıştır. Dönüşüm’ün son büyük adımı olarak 2010 yılında çıkarılması planlanan Kamu Hastaneleri Birlik Yasası ile birlikte hastanelerin işletmeleştirilmesi, kendi gelirleriyle özel sektörle rekabet etmeleri, çalışanların ise sözleşmeli konuma geçirilmesi hedeflenmektedir (26-27). Diğer taraftan, maliyet-etkinlik kavramına hizmetin her boyutunda öncelikli ölçüt olarak yer verilmekte, kaynakların dağıtımına, sunulacak hizmetin nitelik ve niceliğine, çalışan politikalarına hasta yararı yerine maliyet-etkin olup olmamalarına göre karar verilmektedir. Tüm bu politikalarla birlikte gerek tıp kurumunda, doktor kimliğinde ve mesleki değerlerde, gerekse de hasta-doktor ilişkisinde önemli bir dönüşüm yaşanmaktadır. Maliyet ölçütünün ön plana çıkması karşısında mesleki değerleri korumak giderek güçleşirken, diğer taraftan hasta hakları “müşteri”nin

seçme hakkına, kişi özerkliğine saygının en önemli gerekliliği olan aydınlatılmış onam alıcı ile satıcı arasındaki alım-satım sözleşmesine indirgenmektedir. Sağlık hizmeti sunan ile alan arasındaki güven ilişkisini zedeleyen bu politikalar, hizmet kaynaklı zararları “müşteri mağduriyeti” olarak tanımlamakta, malpraktisi Sağlık Bakanı’nca da vurgulandığı gibi bireye odaklı yaklaşımla tanımlamaktadır (28).

“Elbette sıfır hoşgörü ya da sıfır hatayla çalışmaya gayret edeceksiniz. (...) Ama yanlış yapan, eksik yapan varsa bedelini ödeyecektir. Burada önemli olan sağlık çalışanlarının sigortalanmasıdır. Mesleki sigortalanma önemli. (...) Çünkü hem hastaları korumak lazım, hem de onun hukuku korunurken sağlık çalışanının da hukukunu korumak lazım ki sistem sağlıklı bir biçimde devam etsin.”

Bu yaklaşım yasal düzlemde de geçerlidir. “Malpraktis” olgusu Türk Ceza Kanunu m.53/6’da “belli bir meslek veya sanatın gerektirdiği dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla işlenen taksirli suç” biçiminde tanımlanmaktadır. Bu tanımla uyumlu olarak hizmet kaynaklı zararların soruşturulmasında temel olarak bilirkişilik kurumuna başvurulmakta, bireysel sorumluluk değerlendirilmektedir. Son olarak mesleki sorumluluk sigortasının yasal olarak zorunlu hale getirilmesiyle birlikte bireye odaklı yaklaşımın tüm boyutları uygulamaya geçirilmiş bulunmaktadır. Tüm bu politikalar ve düzenlemeler dikkate alındığında “malpraktis”in neden sık gündeme gelen, kaygı oluşturan bir başlık olduğu daha açık ortaya çıkmakta, piyasa kurallarına dayalı hizmet sunumu bireye odaklı yaklaşım ile birleştiğinde bu yaklaşımın olumsuz sonuçlarının ülkemizde de oluşacağı öngörülebilmektedir.

## Ne yapmalı?

### Sisteme yönelik öneriler

Öncelikle sağlık politikalarının ve geri ödeme sisteminin maliyetten önce hasta yararına göre yapılandırılması, “Sosyal Güvenlik Kurumu”(SGK) tarafından örneğin en ucuz plak yerine niteliği en iyi olan plağın ödenmesi gerekmektedir. Niceliğe bağlı başarı kaygısının yaratılmadığı, hasta başına ayrılan sürenin uygun olduğu bir sistemde daha az hata oluşacaktır. Sağlık çalışanlarının mezuniyet öncesi ve sonrası dönemde uygun nitelikte eğitilmeleri, lisans yenileme sınavlarıyla eğitimin teşvik ve standardize edilmesi, altyapı sorunlarının ve çalışma koşullarındaki olumsuzlukların giderilmesi hata ve zarar oluşumunu azaltacaktır. Ayrıca, standart uygulama kılavuzlarının yaygınlaştırılması hem eğitimi ve uygulamayı standardize ederek “malpraktis”ten korunmayı, hem de bilirkişilik kurumunun nesnel değerlendirmede bulunmasını kolaylaştıracaktır.

Hata ve zarar oluşumunu azaltacak temel girişimlerden biri, sisteme odaklı yaklaşımı benimsemektir (9). Oluşan zararların geriye dönük analizi, hataların zarara dönüşmesini engelleyecek önlemler alınmasını sağlayacaktır. Günümüzde “hasta güvenliği”, içinde mühendislik dallarının da bulunduğu



çok-disiplinli bir çalışma alanına dönüşmekte, bu konuda uluslararası standartlar geliştirilmektedir (29); hizmet sunumu bu standartlara göre yeniden değerlendirilmeli, risk azalttığı gösterilen önlemler planlı biçimde uygulanmalıdır. Ayrıca, bireyleri cezalandırmak yerine hataların bildirilmesini teşvik edecek koşullar yaratılmalıdır (9). Örneğin ABD'de 2005 yılında yasalaştırılan Patient Safety Quality Improvement Act ile, hasta güvenliğine ilişkin bilgilerin dava için değil sadece sistemin iyileştirilmesi için kullanılabilmesi güvence altına alınarak hataların gizlenmesi yerine paylaşılması özendirilmiştir (30). Hataların ve komplikasyonların ekip içinde tartışılmasını kolaylaştıran bir diğer uygulama, hastanelerde yapılan 'mortalite ve morbidite toplantıları'dır (31). Bu toplantılarda olgu sunumunun ardından kanıta dayalı bilgiler ışığında tıbbi girişimler değerlendirilmektedir.

Her tıbbi uygulamada "malpraktis"-komplikasyon ayrımı üzerine yaşanan tartışmaların; sağlıklı olmakla birlikte, gerek bilimsel bilgi eksikliği gerekse de sürekli gelişim nedeniyle sonlanmayacağı, önel zararların değerlendirilmesi açısından yol gösterici olamayabileceği öngörülebilmektedir. Ayrıca, genel bir anlayış olarak, tıp kurumunun sunduğu hizmetten kaynaklanan zararların hata ya da komplikasyon kaynaklı olmasına bakılmaksızın tazmin edilmesi, sağlık hakkı ile uyumlu bir uygulama olacaktır. Bu gerekçelerle, hizmet kaynaklı zararların tazmini için özel sigorta pazarı oluşturmak yerine devletçe yönetilen bir fon oluşturulmalıdır. Örneğin Türk Tabipleri Birliği bu fonun Tıbbi Zararların Karşılama Kurumu aracılığıyla yönetilmesini ve kamu kurumları ile sınırlanmasını önermektedir (32). Ek olarak özel sağlık kurumlarının da katılması, böylece özel sağlık hizmetinden kaynaklanan zararların da kapsanması önerilebilir.

### Hekimler bireysel olarak ne yapabilir?

"Malpraktis oluşumunda temel etmen sağlık sistemi ve tıp eğitiminin yapılanma biçimi olduğundan doktorun bireysel olarak yapabilecekleri sınırlıdır. Bununla birlikte, mesleki gizliliği korumak, özellikle de aydınlatılmış hasta onamını uygun biçimde almak (1) bu anlamda korunması gereken en önemli hasta hakları olarak öne çıkmaktadır. Hastasıyla güvene dayalı ilişki kurmayan, iletişime dikkat etmeyen, hastasını yeterince aydınlatmayan hekimlerin şikayet edilme olasılıklarının daha fazla olduğu bilinmektedir (33,34). Uygulanacak girişimin niteliğini, komplikasyonlarını, tedavi olunmazsa hastalığın nasıl gelişeceğini hastanın bilgi vermenin ötesinde anlamasını sağlamak, tedavinin reddini belgelemek ve kayıtları düzenli tutmak, hastanın kendisi hakkındaki tıbbi kararlara katılımını sağlayacaktır. Ayrıca, girişimlerin bilimsel dayanağından emin olmanın, uygulama kılavuzları ve uzmanlık derneklerinin önerilerini dikkate almanın dava edilme riskini düşürdüğü gösterilmiştir (35).

Doktorlar gerek meslek örgütleri aracılığıyla gerekse de çalıştığı kurumda çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve hastaya yeterli süre ayırabilmek gibi temel önerileri dile getirmelidir. Ayrıca altyapı / malzeme eksiklikleri, çalışma koşullarındaki olumsuzluklar hastaya zarar verme riskini

artırıyorsa, doktorun o koşullarda hizmet sunma yükümlülüğü tartışmalı hale gelir. Dolayısıyla doktor, hastanın acil girişime gereksinimi yoksa ve bir başka hekim/kuruma gönderilmesi sağlık durumuna olumsuz yansımayacaksa, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 18. maddesinde belirtildiği gibi, hizmet sunmayı reddedebilir. Türk Tabipleri Birliği Hekim Hakları Bildirgesi'nde de bu koşullarda doktorun hizmet yükümlülüğünü yerine getirmeyebileceği belirtilmektedir. Temel mesleki değerlerden önce zarar vermemek ve hasta yararını incelemek ile gerekçelendirilen bu tutum, aynı zamanda olumsuz koşulların düzeltilmesi yönünde bir katkı da sağlayabilecektir.

"Malpraktis" oluşumundan sonraki aşamada ise hasta ve hasta yakınlarıyla açık, anlaşılabilir ve sakin bir tarzla iletişim kurmak, girişimler ve aydınlatılmış onamla ilgili tüm belgeleri biraraya getirmek, girişimlerin bilimsel dayanaklarını (araştırmalar, kaynak, kitaplar ve kılavuzlar) derlemek yardımcı olacaktır. Doktor hakkında oluşabilecek bir yakınmayı değerlendirecek kişilerin süreci tüm aşamalarıyla görmelerine yardımcı olmak için, hatanın oluşumu ve zarara nasıl dönüştüğü açıklanmalı, mümkün olduğunca belgelenmelidir. Ayrıca meslek örgütleri ve/veya çalışan kurum aracılığıyla hukuki danışmanlık alınmalıdır.

### Sonuç

Sağlık hizmetlerini özelleştiren politikalar hizmet kaynaklı zararları "müşteri mağduriyeti" olarak konumlandırmakta, "malpraktis"e birey odaklı yaklaşarak hata ve zararı azaltmak yerine sigorta ve tazminat sistemine yönelmektedir. Hizmetin nitelik ve niceliğini etkileyen etmenlerin tümünü dikkate almadan sadece bireyleri suçlamanın hizmeti kötüleştirdiği, mesleğin toplumsal algılanışını ve hekimlerin mesleki doyumunu maddi ve manevi olarak olumsuz etkilediği bilinmektedir. "Malpraktis" "tıbbi uygulama hatası" yerine, "sağlık hizmetlerinden kaynaklanan zarar" olarak tanımlanmalı, hataları sifra indirmek gibi gerçek dışı hedefler yerine zararın önlenmesine odaklanılmalı, geriye dönük hata-zarar analizi hizmetin tüm boyutlarıyla yapılmalıdır. "Malpraktis" ve komplikasyon tanımları geçişli, değişken ve yoruma açıktır. Önemli olan hizmet alanlarının gördüğü zararı nedenine bakmaksızın tazmin etmektir. Tüm bu sistemik değişiklikler yaşama geçirilmeden hekimleri temel sorumlu ilan etmek, hem adilane olmayacak, hem de hata ve zararları azaltmayacağı, hatta aksine artırabileceği için sağlık hakkına aykırı olacaktır.

### Çıkar çatışması: Bildirilmedi.

### Kaynaklar

1. Bureau Enquêtes-Accidents. Accident on 25 July 2000 at La Patte d'Oie in Gonesse to the Concorde registered F-BTSC operated by Air France Paris, 2002.
2. Reuters. Concorde trial starts ten years after crash, 29 Ocak 2010. (Full Text)

3. Türk Dil Kurumu, Türkçe Sözlük. Ankara:Türk Tarih Kurumu Basımevi, 1988.
4. Merriam-Webster's Collegiate Dictionary. Massachusetts: Merriam-Webster, 1996.
5. Türk Tabipleri Birliği. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, 1998. (Full Text)
6. World Medical Association. World Medical Association Statement on Medical Malpractice, 2005. (Full Text)
7. Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320: 768-70. (Abstract) / (Full Text) / (PDF)
8. Gault WG. Experimental exploration of implicit blame attribution in the NHS. Edinburgh: G.U.H.N. Trust, 2004.
9. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err is Human: building a safer health system. Washington DC: National Academy Press, 2000.
10. Millenson ML. Breaking bad news. Qual Saf Health Care 2002; 11:206-7.
11. Berwick DM. Improvement, trust, and the healthcare workforce. Qual Saf Health Care 2003; 12: 2-6. (Abstract) / (PDF)
12. Walton M. Creating a "no blame" culture: have we got the balance right? Qual Saf Health Care 2004; 13: 163-4. (Full Text) / (PDF)
13. Gallagher TH, Waterman AD, Garbutt JM, et al. US and Canadian physicians' attitudes and experiences regarding disclosing errors to patients. Arch Intern Med 2006; 166: 1605-11. (Abstract) / (Full Text) / (PDF)
14. Özgönül L. Türkiye'de tıp etiği ve hukuk açısından tıbbi hata kavramı. (yayımlanmamış doktora tezi) Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı. Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010.
15. Leape LL. Error in medicine. JAMA 1994; 272: 1851-7. (Abstract)
16. Sayek F. On soru on yanıt: Mesleki Sorumluluk Sigortası Yasa Taslağı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2002; 11: 155-8.
17. Elmore JG, Taplin SH, Barlow WE, et al. Does litigation influence medical practice? The influence of community radiologists' medical malpractice perceptions and experience on screening mammography. Radiology 2005; 236: 37-46. (Abstract) / (Full Text) / (PDF)
18. Aynacı Y. Hekimlerde defansif (çekinik) tıp uygulamalarının araştırılması (yayımlanmamış uzmanlık tezi) Adli Tıp Anabilim Dalı. Konya: Selçuk Üniversitesi; 2008.
19. Lawthers AG, Localio AR, Laird NM, Lipsitz S, Hebert L, Brennan TA. Physicians' perceptions of the risk of being sued. J Health Polit Policy Law 1992; 17: 463-82. (Abstract) / (PDF)
20. Schumacher JE, Ritchey FJ, Nelson LJ 3rd, Murray S, Martin J. Malpractice litigation fear and risk management beliefs among teaching hospital physicians. South Med J 1995; 88: 1204-11. (Full Text) / (PDF)
21. Localio AR, Lawthers AG, Brennan TA, et al. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence. Results of the Harvard Medical Practice Study III. N Engl J Med 1991; 325: 245-51. (Abstract) / (Full Text) / (PDF)
22. Leape LL. A systems analysis approach to medical error. J Eval Clin Pract 1997; 3: 213-22. (Abstract)
23. Neale G, Woloshynowych M, Vincent C. Exploring the causes of adverse events in NHS hospital practice. J R Soc Med 2001; 94: 322-30. (Abstract) / (Full Text) / (PDF)
24. Doktora hastasını bilgilendirmeme cezası. Radikal, İstanbul, 17 Kasım 2008.
25. World Bank. Health Transition Project. 2004. (Full Text)
26. Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı. (Full Text)
27. Kamu hastaneleri birliği çalışmamız var. Sabah. İstanbul, 30 Ocak 2010.
28. Yanlış yapan varsa bedelini ödeyecek. Cumhuriyet. İstanbul, 27 Şubat 2009.
29. WHO. WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems, 2005. (PDF)
30. The Patient Safety and Quality Improvement Act, 2005. (Abstract)
31. Jevsevar D. Evidence-based medicine in practice: The M&M conference, 2006; 177-83. (Abstract) / (PDF)
32. Türk Tabipleri Birliği. Türk Tabipleri Birliği sağlık personelinin tam süre çalışmasına ve bazı kanunlarda değişiklik yapılmasına dair kanun tasarısı önerisi. Ankara: Türk Tabipleri Birliği, 2009.
33. Witman AB, Park DM, Hardin SB. How do patients want physicians to handle mistakes? A survey of internal medicine patients in an academic setting. Arch Intern Med 1996; 156: 2565-9. (Abstract) / (PDF)
34. Lester GW, Smith SG. Listening and talking to patients. A remedy for malpractice suits? West J Med 1993; 158: 268-72. (Abstract) / (PDF)
35. Ransom SB, Studdert DM, Dombrowski MP, Mello MM, Brennan TA. Reduced medicolegal risk by compliance with obstetric clinical pathways: a case-control study. Obstet Gynecol 2003; 101: 751-5. (Abstract)