

# Sağlık çalışanları açısından tıbbi hatalar

**Prof. Dr. Selami Albayrak**



1961'de Erzurum'da doğdu. Lisans eğitimini Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde, ihtisasını GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Üroloji Kliniği'nde tamamladı. 2006'da üroloji profesörü oldu. Halen Dr. Lütfü Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde üroloji Kliniği Şefi olarak görev yapmaktadır. Pek çok uzmanlık derneğine üye olan Dr. Albayrak, birçok bilimsel toplantının düzenleyicileri arasında yer aldı.

**S**ağlık çalışanları açısından tıbbi hataları doğru değerlendirebilmek için, öncelikle sağlık hizmeti sunumunun dününü ve bugününü ortaya koymak gerekir. Bundan 10-15 yıl öncesine kadar hastalar arasında azalarak da olsa devam ettiğini düşündüğüm bir inanç vardı: **Hekimin sihirli dokunuşundaki tedavi edici güç.** Bu güç, buyurgan hekimin davranış modeliyle hasta beyininde daha da devleşirdi. Yapılacak tüm tıbbi müdahaleler “**eğer hekim uygun gördüyse**” sorgulanmaz ve doğrudan kabul edilirdi. Böylece plasebo etki hasta üzerinde maksimum düzeyde yaşanırdı. Şifa ile sonuçlananlardan doktor dua alarak nasiplenirdi. Ölümle sonuçlanarlardaki tepki ise burukluk düzeyinin ötesine geçmezdi. Bu da, doktorun taziye ziyareti veya cenaze namazına katılımı ile yerini minnettarlığa bırakırdı.

Yıllar bu süreci değiştirdi. Ülkemizde “Sağlıkta Dönüşüm”ün etkisi, sadece iyi sağlık işletmelerine kavuşmak ve sağlık hizmetlerine kolay erişmekle kalmadı, hasta- ekim ilişkisinde de ciddi değişikliklere sebep oldu. Başlangıçta sadece güvene dayalı olan bu ilişkinin hiç şüphesiz olumlu ve olumsuz yanları vardı. Hekim, bilgi ve tecrübesini hiçbir korku ve endişe yaşamadan hastasına uygulayabiliyordu. Entelektüel düzeyi, bilgi paylaşımı ve risk/yarar analizini yapacak düzeyde olmayan hastalar için bu iyi bir durumdu. Çünkü doktor, zaten her şeyi hastası adına düşünmüş ve karar vermişti. Sonuçlar genellikle plasebonun da desteği ile iyi seyrederdi. Ne var ki; meslek etiği kıt olan bazı hekimler bu süreçte hastalarını istismar edebiliyorlardı.

Bugüne geldiğimizde fotoğraf değişti. “Hasta hakları” konusunda oluşturulan farkındalık ve 2005 yılında yürürlüğe giren yeni TCK, gerek hasta ve yakınları üzerin-

de ve gerekse sağlık çalışanları üzerinde önemli etkiler yaptı. Şöyle ki; hekimler ve diğer sağlık çalışanları üzerindeki etkisi, mesleği icra şekline bile yansıdı. Sağlık çalışanlarında **kendini koruma içgüdü-sü** belirdi. Her an bir yanlıştın kurbanı olunabilir ya da ceza ve tazminat davalarına maruz kalınabilir düşüncesiyle agresif tedavilerden kaçınılan, komplike vakalara müdahalede çekingen kalınan bir süreç başladı. “Hasta ile karşılaşıldığında, **suya sabuna dokunmadan süreç olaysız sonlandırılmalı**” düşüncesi egemen olmaya başladı. Diğer taraftan hasta ve yakınları üzerindeki tezahürü ise; “**Her an bir tıbbi müdahale hatasına maruz kalınabilir ya da ticari gayelerle gereksiz işlemler uygulanabilir.**” endişesini yaşamak şeklinde oldu. Esasen, kutsal olan ve güvene dayalı olması gereken bu ilişki, yerini kaygan zeminde “buz dansı”na bıraktı. Şimdilerde, sık sık birbirlerinin ayağına basar oldu bu ikili. Üstelik her ayağa basış, karşılıklı özür dilemeler yerine, mahkemede hesaplaşmalarla sonuçlanır oldu.



Size kliniğimde yaşadığım değişimi anlatmak isterim. 2004 yılında kliniğimden ihtisas almış bir asistanım, 5 yıl sonra kendisini güncelleyebilmek için bir ay süreyle yeniden klinik aktivitelerine katıldı. Kliniğimizde bir önceki günün sorunlu vakaları sabah 07.30 konseyinde asistanlarla birlikte tartışılır, varılan karar hasta içeri alınarak hasta ile paylaşılır. Ameliyat kararı alınmışsa randevusu planlanır. Katıldığı bir toplantıda söylediği şu sözler, gelinen noktayı özetlemesi açısından önemli: **“Hocam; eskiden hastaya önerdiğiniz ameliyatlara o kadar kolaylaştırarak anlatırdınız ki, en zor durumlarda bile hastaların karar vermeleri zor olmazdı. Şimdi görüyorum ki, en kolay ameliyatlara bile, en küçük riskleri ile birlikte neredeyse korku uyandıracak boyutta anlatıyorsunuz. Ben hasta olsam kabul etmekte zorlanırım.”**

Bir başka kadın doğum klinik şefi arkadaşım, “Emekli sürem önümüzdeki ay doluyor. Ayrılmaya karar verdim.” deyince ben hayretle sebebini sordum. Çünkü bu arkadaşım halen genç, dinamik ve açıkçası elinden de iyi iş gelen bir cerrah. Bana “Alışık olmadığım kadar mahkeme kapılarını ziyaret etmeye başladım. Hafta sonu kliniğime gelerek doğum yapıp giden hasta bile, lohusalık döneminde yaşadığı en küçük bir problemde beni mahkemeye veriyor. Çünkü tüm dosyalarda klinik şefi olarak benim adım yazılı.” dedi.

Evet, olumlu ve olumsuz yönleriyle bu bir süreç. Bu süreci doğru analiz etmeliyiz. Yaptığımız tanımlar muhakkak ki, marjinal davranış modelleridir. Bize düşen görev, toplumda bu konuda yeterli bilinç sağlayacak eğitim çalışmalarını yapmaktır. Sempozyumlar, gazete köşelerinde makaleler ya da TV programlarıyla sağlık hukukunun sapmadan doğru tecellisini temin etmektir. Sağlık hukukunu gerek hastalarımız ve gerekse sağlık çalışanları açısından, çağdaş normlar üzerine kurmalıyız. Bu süreci doğru analiz etmeli ve iyi yönetmeliyiz. Sağlık hizmeti üretimi ve sunumu sürecinin direksiyonunda başta hekimler olmak üzere, tüm sağlık çalışanlarının mediko-legal endişelerini haklı çıkaracak uygulamalardan kaçınmalıyız.

Örneğin;

- Performansa dayalı döner sermaye uygulamalarının (PDDSU) getirdiği **“hızlı ritim”** tıbbi hatalara zemin hazırlayabiliyor.
- Hasta hakları kavramının amacını aşar tarzda algılanıyor oluşu bir başka sakınca.
- Tıp endüstrisinin her geçen gün

**“yeni”** diye piyasaya sürdüğü ürünleri uygulatma tazyiki hastaların korunması gereken önemli bir başka konu.

Tıbbi müdahale hatalarından korunmak adına desteklememiz gereken hususlara gelecek olursak;

- **Kalite uygulamaları** sağlık çalışanlarını hata yapmaktan koruyacak en önemli sığınak.
- **Zorunlu mesleki sigortanın** ise komplike hastalara müdahalede hekimlerin kaybettikleri cesaretlerini ikame edeceğini düşünüyorum. Dolayısıyla bu, hastalar için de önemli kazanımlar sağlayacaktır.
- **Aile hekimliği uygulamasının** tıbbi müdahale hatalarının daha az yaşanması sonucunu doğuracağı beklentisini taşıyorum.

Bir tıbbi hatayı analiz edebilmek için, onun ortaya çıktığı süreci bütünüyle masaya yatırmak gerekir. Bu süreç, sağlık hizmeti talebi ile başlar. Somut başlıklar ile ilerleyecek olursak;

- Hasta-hekim görüşmesi
- Taniya yardımcı incelemeler
- Yeniden değerlendirme ve tanı koyma
- Tedavi, sevk veya izlem (management)

Sağlık hizmetinin sunulduğu her 3 basamakta da bu 4 aşama yaşanır. Tıbbi hatalar bu 4 aşamanın herhangi birinde ortaya çıkar ve sonraki aşamalara sirayet eder. Örneğin taniya yardımcı incelemeler aşamasında ortaya çıkan bir yanlış raporlama, esas katastrofik etkisini yanlış tanı ve yanlış tedavi sürecinde gösterir. Veya sıkıştırılmış bir zaman diliminde yapılan hasta-hekim görüşmesi, eksik ve özensiz değerlendirme nedeniyle ön tanıyla uyumlu ek incelemeler yerine eksik ya da uygun-suz ek incelemelere sebep olur. Süreç yine raydan çıkmıştır. Yanlış tanı ve yanlış tedavi kaçınılmaz olur.

Sağlık hizmeti talebi ile başlayan bu süreçte ortaya çıkabilen tıbbi hatalar başlangıçta bireyselmış gibi gözükse de, sebep sonuç ilişkisi ile analiz edildiğinde bunun kurumsal nedenlerle iç içe olduğu görülecektir. Bu durum, kişi ve kurumu arasında karşılıklı bağlayıcılık ilişkisini zorunlu kılmaktadır. Şöyle ki; kişinin yaptığı tıbbi hatalar kurumu etkilemektedir. Bunun tersi de doğrudur. Kurumsal yanlışlar hekimi tıbbi hatalara karşı zayıf hale getirebilir. Bu gerçek, başka bir zorunluluğu ortaya çıkarmaktadır. Hekimin kurum seçme özgürlüğü ve kurumun hekim seçme özgürlüğü

sağlanabilmelidir. Aksi takdirde, tıbbi hatanın sorumlusu sağlıklı bir şekilde analiz edilemeyebilir. Bu noktada “Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı”nın yasalaşması halinde olumlu bir etki sağlayabileceği kanaatindeyim.

Komplikasyon ile tıbbi hata kavramlarına da değinmek isterim. Her insanın vücudu, uygulanan tıbbi müdahalelere farklı biyolojik tepkiler verebilir. Diğer bir ifadeyle bir uygulama her hastada aynı sonucu vermeyebilir. Bu nedenle bir tıbbi müdahalenin uygulanabilirliğine karar vermek için bilimsel çalışmalarda elde edilen sayısal ve istatistiksel sonuçlar kullanılır. Bir tıbbi müdahale, istenmeyen ama öngörülebilir ve oluşması önlenemeyen zararlı sonuçlar verebilir. Bu, komplikasyon olarak değerlendirilebilir. Ancak öngörülebilir ve önenebilir zararlı sonuçların oluşması halinde tıbbi hata (malpraktis) söz konusudur.

Bir tedaviye karar verilirken terazinin bir kefesine tedavi edilmemesi halinde o hastalığın kişiyi sokacağı riskler, diğer kefesine ise uygulanacak tedavinin hastayı sokacağı riskler konularak tartılır. Görüldüğü gibi, hekim burada tam bir risk analizi yapmaktadır. Hukuk doktrininde bu durum görülmüş olmalı ki ‘izin verilen risk alanı’ tanımı yapılarak komplikasyonlar tıbbi hatalardan ayırt edilmeye çalışılmıştır. Hekimin komplikasyondan sorumlu tutulmaması için, hastayı komplikasyonlar konusunda bilgilendirmiş ve hukuka uygun olarak rızasını almış olması gereklidir. Bu iş için harcanması gereken süre dikkate alındığında, hata yapmamak için sağlık otoritesinin de bazı tedbirleri alması gerekir. Şöyle ki; ülkemizde bir hekim başına düşen nüfus dikkate alınmadan, OECD ülkelerindeki oranlara yaklaşalım diye, 72 milyon nüfusunuzun senede 6-8 defa sağlık hizmeti talebinde bulunmasına yol açacak şekilde kısırlatılmış sağlık hizmeti talebi yaratmaktan kaçınmalıyız.

ABD’de ölüm nedenleri sıralandığında hayretler içinde kalabilirsiniz. Kalp hastalıkları, kanser, beyin damar hastalıkları ve kronik tıkaçıcı akciğer hastalıklarından sonra 5. sırada tıbbi hatalar gelmektedir. Motorlu taşıt kazaları bile tıbbi hataların neden olduğu ölümlerden daha az öldürüyor. Her bin ameliyattan 8’inde hastalar tıbbi hata nedeniyle yaşamlarını kaybediyor. Bu oranların ürktücü olduğu bir gerçek. Esas olan, hatayı olduğu yerde düzeltmek değil, hatayı öngörüp olmadan önce engellemektir.