

Tıbbi malpraktis

Prof. Dr. Fahri Ovalı



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. İstanbul Tıp Fakültesindeki lisans eğitiminin (1985) ardından çocuk sağlığı ve hastalıkları ihtisası yaptı (1991). 1993-2003 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesinde, 2003-2005 yıllarında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde görev yaptı. 1996'da doçent, 2003'te profesör oldu. 2005-2015 arasında Zeynep Kâmil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Eğitim Sorumlusu ve Başhekim olarak görev yaptı. Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) üyesi ve İstanbul Medeniyet Üniversitesi Rektör Yardımcılığı görevlerinde bulunan Dr. Ovalı halen aynı üniversitenin tıp fakültesinde öğretim üyeliğine devam etmektedir.

Sağlık çalışanlarına karşı şiddet veya şikâyet söz konusu olduğunda akla ilk gelen konu, sağlık çalışanının yaptığı kötü uygulama, diğer bir deyişle malpraktistir. Sağlık hizmetini sunmakta görevli olan hekim, hemşire, tıbbi müdahaleye yasaların verdiği ölçüde uygulamaya yetkisi olan fizyoterapist, psikolog, diyetisyen gibi sağlık çalışanlarının yaptığı hatalı uygulamalar malpraktis kapsamında değerlendirilir. Hasta ile ilgilenilmeyerek hastanın kendi haline bırakılması da malpraktis kavramı içinde yer alır. Sağlık çalışanlarına yönelik malpraktis iddiaları son yıllarda giderek artmaktadır. Tıptaki gelişmelerin hızlanması ve tüm topluma yayılması, toplumun eğitim ve bilinç düzeyinin artması, basın yayın organlarında ve sosyal medyada -çoğu yanlış- tıbbi bilgilerin artması ile hekimin yaptığı uygulamaların hatalı olduğu/olabileceği yönünde bir eğilim olması bu iddiaların artışıdaki başlıca nedenler olarak karşımıza çıkmaktadır. “Dr. Google” dan edindiği tıbbi bilgiler ile hastasına veya kendisine yapılan uygulamaların doğru veya yanlış olduğuna karar veren kişiler hekimleri sorumlu tutmakta, zaman zaman da şiddete başvurmaktadır. Tıbbi malpraktis nedeniyle dava açılması halinde hekim tazminat ödemeye mahkum edilebildiği gibi, davanın niteliğine göre Türk Ceza Kanunu'na göre yargılanabilmekte ve çeşitli cezalar alabilmektedir.

Aslında malpraktis, kelime anlamı ola-

rak “kötü uygulama” anlamına gelmektedir ve yalnızca tıp mensuplarını ilgilendirmemektedir. Bu kavram ilk olarak 1768 yılında İngiltere’de Sir William Blackstone tarafından yazılan “İngiltere kanunları üzerine yorumlar” adlı eserde kullanılmıştır. 1847 yılında kurulan American Medical Association (AMA) tıp eğitimi ilgili standartları oluşturmaya başlamış ve standartlara aykırı müdahaleler sonucunda meydana gelen zararlar malpraktis olarak kabul edilmiştir. Mesleğini kötü olarak uygulayan herkes aslında malpraktis yapmaktadır. Hastane planını yanlış çizen mimar, binanın statik hesabını yanlış yapan mühendis veya eline aldığı dosyayı yanlış değerlendirerek masum bir doktorun ceza almasına yol açan hâkim de aslında malpraktis yapmaktadır. Fakat bu konular ne yazık ki çok gündeme gelmemekte, malpraktis denince akla ilk önce tıp mensupları, hatta hekimler gelmektedir. Tıbbi kötü uygulamadan (tıbbi malpraktis) bahsedebilmek için öncelikle iyi uygulamaların özelliklerini ve şartlarını gözden geçirmek gerekmektedir.

Tıbbi malpraktis iddiası araştırılır iken sorulan ilk soru, bahse konu olan sonucun öngörülebilir olup olmadığıdır. Eğer bu sonuç daha önce hiç görülmemiş, ilk kez görülen bir sonuç ise veya daha önceden bilinen bir sonuç olmasına rağmen engellenmesi mümkün görünmüyorsa herhangi bir ceza ve tazminat sorumluluğu doğmaz. Engellenmesi için gereken her şey yapılmış

olmasına rağmen yine de sonuç oluşmuş ise yine sorumluluk doğmaz ve bu durumlar komplikasyon olarak değerlendirilir. Komplikasyon, sağlık mensubunun isteği dışında oluşan, bilgisizlik ve deneyimsizlik ile ilişkisi olmayan bir durumdur. Hiçbir tedavi kusursuz olmadığı gibi hekimin iyileşme garantisi vermesi de söz konusu değildir. Ancak tüm önlemlerin alınmadığı veya gerekli itina ve özenin gösterilmediği kanaatine varılır ise malpraktis olarak değerlendirilir ve ceza ve tazminat sorumluluğu doğar.

İnsanların temel içgüdüğü hayatta kalmak ve sağlıklı olmaktır. Ancak kişiler hastalanmadıkları sürece sağlıklarının değerini çok fazla anlamazlar fakat hastalandıkları zaman da umut içinde hekime başvururlar. Böyle bir ruh hali içindeki hasta için hekim bir kurtarıcıdan öte bir büyücü, bir evliya veya tanrısal bir güçtür. Her ne kadar hekimlik eski “tanrısal” gücünü giderek kaybetmiş ise de yine de birçok kişide bu duygu çok belirgindir. “Önce Allah sonra siz” söylemi hala daha birçok hekimin duyduğu sözlerdendir. Aslında 2500 yıl öncesinde Hipokrat da “hekim çok az şifa verir, biraz dert dinler, en fazla da teselli eder” diyerek hekimlerin Tanrı olmadığını açık bir şekilde ilan etmiştir. Her ne kadar hekimin birincil görevi, Hipokrat’tan beri değişmez ilke olan “Önce zarar verme” (primum non nocere) ilkesi olsa da, hekimin de insan olduğu ve hata yapma potansiyelinin bulunduğu gözden uzak tutulma-





malıdır. Hekimliğin diğer temel kuralları “yararlı ol” (utilis esse); “hastanın sağlığı en yüksek buyruktur” (salus aegroti suprema lex) ve “hastanın istemesi, onun sağlığına kavuşturulmasının ve hekimlik sanatının icra edilmesinin koşuludur” (voluntas aegroti conditio salutis aegrotiet artis medici). (1) Tıp bilimi ve tekniği ilerlemesine rağmen ölüm korkusundan kaynaklanan bu korkuyu değiştirmek hemen hemen imkânsızdır; hatta bilim ve tekniğin ilerlemesi, yapılabilecek tedavi şekillerinin de çeşitlenmesi ve ilerlemesi anlamına geldiği için var olan tedavileri uygula(ya)mayan hekime çok daha büyük anlam ve sorumluluk yüklenmekte, hastanın hekimden olan beklentileri olağanüstü seviyelere ulaşmaktadır. Tıbbi uygulama hatası iddiasıyla açılan davalarda sağlık personelinin cezalandırıldığı olayların yaklaşık %20’sinde olayın ölümle sonuçlandığı tespit edilmiştir. (2)

Hekimden istenen “ortalama bir meslektaş kadar” dikkatli, özenli ve bilgili olması ve yerleşmiş kuralları uygulamasıdır. Ancak yasalar ve yönetmeliklerde hasta haklarına yönelik düzenlemelerin daha fazla ve daha detaylı olması, buna karşılık hekim haklarının aynı düzeyde öne çıkmaması hem hekimi çok daha büyük bir stres altına sokmakta

ve hata yapma olasılığı artmakta, hem de hekimin çok daha özenli ve dikkatli çalışmasını ve yenilikleri sürekli takip etmesini gerekli kılmaktadır.

Tıbbi müdahale denildiği zaman anlaşılması gereken, kişinin ruh ve beden bütünlüğüne yönelik olarak, yetkili kişiler tarafından tıp bilimi ve tekniğine uygun olarak yapılan tüm uygulamalardır. Bu bağlamda, kişiye verilen her türlü ilaçlar, yapılan ameliyatlardan korunmaya yönelik olarak yapılan aşılar veya istenmeyen gebeliklerden korunmaya yönelik uygulamalar ile psikoterapiler tıbbi müdahale kapsamında değerlendirilir. Herhangi bir müdahalenin hukuka uygun bir tıbbi müdahale sayılabilmesi için başlıca 3 şartın yerine getirilmiş olması gerekir:

- a) Tıbbi müdahaleyi yapan kişinin tıp mesleğini icraya yasal olarak yetkili (hekim) olması
- b) Hastanın rızasının bulunması
- c) Eylemin tıp biliminin objektif ve sübjektif sınırları içinde kalması (3) , diğer bir deyişle fizyolojik, psikolojik, sosyolojik bir zorunluluk yani endikasyon bulunması.

Buradan da anlaşılacağı gibi, hekim olmayan kişiler tarafından yapılan girişimler tıbbi müdahale sayılmaz ve za-

ten hukuka aykırıdır. Diğer yandan, müdahalenin hekim tarafından yapılmış olması da her zaman hukuki olmaz. Örneğin, yetkili bir cerrah tarafından kişinin bir böbreğinin alınması tıp bilimi kurallarına uygun olarak yapılsa bile, para karşılığı organ nakli için bu işlem yapılmış ise hukuki nitelik kazanamaz. Yine kişinin rızası alınmaksızın veya rızasının aksi yönünde yapılan uygulamalar tıp bilimine uygun olarak yapılmış olsa bile hukuken tıbbi müdahale sayılmaz ve tıbbi kötü uygulama olarak değerlendirilir. Hekim dışı sağlık personeli (hemşire, teknisyen, tekniker vb.) ancak kendi görev tanımları ile ilgili iş ve işlemleri yapabilir; bazı uygulamaları hekimin talimatı ve onayıyla yapabilir. Bu kişilerin yaptığı kötü uygulamalardan kendileri kadar, talimatı veya onayı veren hekim de sorumlu olabilir.

Aydınlatılmış onam (rıza) günümüzde sıklıkla kullanılan bir yöntem olmasına rağmen bazen kurallara uygun olarak yapılmamaktadır. Rızanın geçerlik şartı, aydınlatılmanın usulüne uygun bir şekilde yapılmış olmasıdır; aydınlatılmadan alınan rıza geçersizdir. Aydınlatma sırasında tıbbi müdahalenin riskleri, olumlu ve olumsuz neticeleri, hastanın bünyesinden kaynaklanabilecek nedenler ve alternatif tedavi yöntemleri, hastanın anlayacağı bir dilde

ve düşünmesine fırsat verecek kadar uygun bir zamanda, tıbbi müdahaleyi yapacak kişi tarafından anlatılmalı ve daha sonra onayı alınmalıdır. İstinaf mahkemesi kararlarına göre, eğer hasta yabancı uyruklu bir hasta ise o zaman aydınlatmanın da kendi anlayacağı şekilde, yani kendi dilinde yapılması gerekmektedir (4). Uygulamada, bilgilendirmenin ispatı önemli bir yer tutar. Bilgilendirilmediğini iddia eden hastada ispat yükü hekimdedir. Bu nedenle hekimin kayıtlarını düzenli bir şekilde tutması büyük önem taşır. Ülkemiz kanunları yalnızca bilgilendirilmiş onamın alınmasını istemekte, buna mukabil bu onamın mutlaka yazılı olması konusunda bir zorunluluk bulunmamaktadır. Ancak ispat sorumluluğunun hekimde olması nedeniyle hemen her zaman yazılı onam alınması artık kabul edilen bir uygulamadır. Hatta bazı kritik uygulamalarda, bilgilendirme ve onam süreci video ile kayıt altına alınabilmektedir. Zira burada, "davaya konu olan vakianın, ispat kolaylığı olan tarafın ispatlaması" kuralı uygulanmaktadır. Birçok vakada hasta, formu imzaladığını, ancak belgedeki bilgilerin doktor tarafından kendisine yeteri kadar anlatılmadığını iddia edebilir ve böyle bir durumda karar vermek zorlaşabilir.

Anayasamızın 17.maddesinin 2.fıkrasında "tıbbi zorunluluklar dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulmaz" ibaresi ile tıbbi müdahale için endikasyon aranması gerektiği açık bir şekilde ortaya konmuştur. Tıbbi müdahaleler hukuka uygun bir şekilde tüm şartlar yerine getirildikten sonra gerçekleştirilmiş olsa bile dikkatsiz ve özensiz bir şekilde yapılırsa veya bilgisizlik, deneyimsizlik veya ilgisizlik yüzünden hasta zarar görürse tıbbi müdahale hatası ortaya çıkabilir. Yetkisiz kişinin veya kişinin kendi yetki sınırlarını aşarak yaptığı (ortopedistin sezaryen yapması gibi) uygulamalar, haksız maddi menfaat amacıyla yapılan (gereksiz ameliyatlar) uygulamalar ile rızası dışında yapılan (yaşlı bir kadının karın ameliyatı sırasında "artık doğum yapamaz" düşüncesiyle rahminin alınması gibi) uygulamalar tıbbi malpraktis olarak kabul edilir. Diğer yandan tıp biliminin yapısı gereği bazı sonuçlar öngörülemez veya öngörülse bile zararlı bir sonuç ortaya çıkabilir. Tıbbi uygulama bakım standardına uygun olmasına rağmen gelişebileceği tıp otoriteleri tarafından kabul edilmiş olan

ve her türlü tedbirin alınmasına rağmen ortaya çıkması kaçınılmaz olan zararlar komplikasyon olarak değerlendirilir ve hekim açısından herhangi bir sorumluluk doğurmaz. Tıbbi standartları tanımlamak zordur ancak hekim gerek tanı gerek tedavi aşamasında hastasını çok iyi dinleyerek, gerekli soruları sorarak, uygun muayeneleri yaparak, çağdaş bilimsel bilgileri ve elindeki mevcut olanakları en üst seviyede kullanarak sonuca ulaşmak zorundadır. Hastanın ve kendisinin durumuna göre gerekirse uygun konsültasyonları da istemesi ve değerlendirmesi gerekir. İnsan hakları ve Biyotıp Sözleşmesi'nin 4. Maddesi "Araştırma dahil sağlık alanında herhangi bir müdahalenin ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak yapılması gerekir" hükmünü getirmektedir.

Komplikasyon terimi, hukuki açıdan "kabul edilebilir risk" ile eşdeğerdir. Bununla birlikte komplikasyon yönetiminin de tıbbi kurallara uygun şekilde yapılmış olması gerekir. Bu amaçla, komplikasyonlara yönelik olarak her türlü bilgi ve beceri edinilmeli, ilaç ve tıbbi teçhizat hazır bulundurulmalıdır. Tıbbi müdahale hataları genellikle hasta zarar görmüşse gün yüzüne çıkar ve sorun oluşturur. Hatanın fark edilmemesi veya ortaya çıkmaması, hata olduğu gerçeğini değiştirmekle beraber hatalı işlem sorgulanmadığı için sorun oluşturmaz.

Hekimle hasta arasındaki sözleşme hukuki açıdan bir "vekâlet sözleşmesi"dir. Her avukatın yüklendiği her davada müvekkili lehine karar çıkartma yükümlülüğü bulunmadığı gibi, hekimin de hastasını mutlaka iyileştirme yükümlülüğü bulunmamakta, buna mukabil hastasının iyiliğini önceleyerek hastasını iyileştirmek için elinden geleni yapması gerekmektedir. Hatalar insan kaynaklı olabileceği gibi altyapı, mekanik ve sistem hataları şeklinde de karşımıza çıkabilir. İnsan hataları olarak hastanın hastalığı ile ilgili yeterli tanı ve tedavi girişimlerinin yapılmaması, yanlış yargılarda bulunulması veya el becerisi gerektiren uygulamalarda yeterli deneyimin olmamasına bağlı olarak ortaya çıkan hatalar olabilir. Diğer yandan tüm dünyada insan kaynaklı tıbbi hataların en büyük ve önemli nedeni olarak iletişim hataları gösterilmektedir. Bu hatalar, hastaya veya hasta yakınlarına hastalığı veya tedavisi ile ilgili bilgi

verirken, olabilecekleri anlatırken gerçeklerin saklanması, eksik anlatılması, saptırılması veya kişinin farklı beklentiler içine sokulması olabildiği gibi özellikle kötü haberlerin verilmesi esnasında yeteri kadar empati yapılmaması, bazı kelimelerin kullanılması ve kullanılmaması ve hastaların yeteri kadar dinlenilmemesi şeklinde de olabilir. Mekanik hatalar, tanı ve tedavide kullanılan aletlerin ve teçhizatın standartlara uygun olmaması, kalibrasyonlarının yapılmaması veya güvenlik önlemlerine uyulmaması neticesinde hastanın zarar görmesi şeklinde olabilir.

Günümüzde tıbbi müdahalelerin büyük bir kısmı ekip çalışması ile yapılmaktadır. Dolayısıyla ekipte görev alan kişilerin görev tanımlarının tam olarak belirlenmesi ve yetki alanlarının net olarak sınırlandırılması yerinde olur. Bu bağlamda göz önüne alınan bir diğer ilke, güven ilkesidir. Bu ilkeye göre ekip içinde yürütülen faaliyetlerde her bir kişi diğerlerinin faaliyetle ilgili davranış kurallarına uygun hareket edeceği beklentisi içindedir ve ekip arkadaşlarına bu konuda güvenmektedir. Her kişinin görevi, bu güveni kötüye kullanmamak ve gereğini yerine getirmektir. Diğer yandan ilgili yönetmelik gereği tabibin görev tanımları arasında "birlikte çalıştığı diğer sağlık meslek mensupları tarafından gerçekleştirilen tıbbi bakım ve uygulamalarını planlama, izleme ve denetleme" yer almaktadır. (5) Özellikle hemşirelere "hemşirelik girişimi" ve "hemşirelik tanılama süreci" kavramları çerçevesinde kendi başlarına yapabilecekleri görevler tanımlanmıştır. Hemşireler bu ihtiyaçlara yönelik olarak hemşirelik bakımını planlayabilir ve değerlendirebilir ancak bu planlama hastanın tanı ve tedavisi ile değil, sadece bakımı ile sınırlıdır. Her ne kadar hekimin yazılı talimatı olsa bile açıkça hastanın ölümüne, sakatlanmasına, yaralanmasına veya kötüleşmesine yol açabilecek bir işlem talebi suç teşkil edeceği için hemşireyi sorumluluktan kurtarmaz, zira Türk Ceza Kanunu'na göre "konusu suç teşkil eden bir emir" hiçbir şekilde uygulanamaz (6). Hekimin bariz hatasının olduğu durumlarda hekimin yanı sıra hemşire de sorumlu olabilir. Hekimden habersiz olarak ve hekimin iradesi dışında hastaya tıbbi müdahalede bulunur ve hekimin engelleme olanağı olmazsa, hemşire haksız fiilden dolayı sorumlu olur ve hekim sorumluluktan kurtulur. Hekime bağlı ola-



Hekimlerin kötü niyetle tıbbi uygulama yapmaları nadirdir. Kötü niyetli uygulamalar sıklıkla organ nakli, infertilite tedavileri ile hastanın rıza olmadan yapılan uygulamalar olarak sıralanabilir. Diğer yandan bazı malpraktis davalarında yüksek tazminatların ortaya çıkması, hastaların “kar amaçlı” dava açmalarına, hatta bunu “kullanan” avukatların ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Malpraktis davalarından korkan bazı hekimlerin mesleklerini bıraktıkları ve başka işlere yöneldikleri de görülmektedir.

rak görev yapan asistanlar ve pratisyenler için de aynı kural geçerlidir. (7) Hastanın ciddi şekilde zarar gördüğü durumlarda cezai müeyyide gerekebilir. Ancak ceza kanununun “cezaların şahsiliği” ilkesi gereğince böyle bir durumda uygulamayı bizzat yapan kişiye ceza verilir. Bir tıbbi müdahaleyi hemşire hekimin kesin emri sonucu yapmak zorunda kaydıysa hekim ve hemşire beraberce suça iştirak ettiğinden birlikte sanık olabilirler.

Tanı hataları arasında hastalık öyküsünün yeterli alınmaması, fizik muayenenin eksik yapılması veya hiç yapılmaması, gerekli tetkik ve testlerin yapılmaması, aydınlatma ve onam hataları ile yorum hataları ve bilgisizlik sayılabilir. Tedavi hataları arasında tedavinin hiç yapılmaması, yanlış tedavi yönteminin seçilmesi, hasta vücudunda yabancı madde unutulması, yanlış ilaç uygulaması, hasta karıştırma, yanlış taraf cerrahisi, komplikasyonların fark edilmemesi, yanlış malzeme ve cihaz kullanımı, hijyen kurallarına uyulmaması ve hastane enfeksiyonları, tetkikler incelenmeden tedavi yapılması veya konsültasyon istenmesi, zamanında konsültasyon istenmemesi veya

hastanın sevk edilmemesi ile hastanın yeteri kadar izlenmemesi sayılabilir.

Ülkemizdeki tıbbi malpraktis davalarında bilirkişi olarak Adli Tıp Kurumu, Tabip odaları onur kurulları, yüksek öğretim kurumları ile konunun uzmanları görev yapmaktadır. Ancak bilirkişilerin yaptığı yorumlar teknik düzeyde olup hakimin kararını bağlayıcı özelliği bulunmamaktadır.

İnsanın biyolojik, psikolojik, fizyolojik ve kimyasal yapısının birbirinden tamamen farklı olması, hekimin birçok bilinmeyen durumla karşı karşıya olmasına neden olmaktadır. Gerek tıp biliminde gerekse hukukta sıklıkla kullanılan “hastalık yok hasta vardır” veya “her vaka kendi içinde değerlendirilmelidir” kavramı, birçok bilinmeyen ile karşı karşıya kalan hekimin işini zorlaştırmaktadır. Tıp Hukukunda hekimlerin sorumluluğu kusura dayalı genel sorumluluktur. Bu nedenle, hekimin sorumluluğu ancak kusurlu uygulama hatasından dolayıdır. Hekimin özen yükümlülüğünü ihlal ettiği kusurlu haller taksir olarak adlandırılır. Taksir, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırı olarak bir davranışın suçun kanuni

tanımında belirtilen neticesi öngörül-
meyerek gerçekleştirilmesidir. Hekim,
kendisinden beklenen objektif dikkat
ve özeni göstermeyerek kişinin hayatı
veya sağlığını tehlikeye sokacak bir ey-
lemde bulunursa taksirli hareket etmiş
olur. Bu eylem sonucunda hasta ölmüş
ise taksirle öldürme (TCK madde 85);
yaralanmış ise taksirle yaralama (TCK
Madde 89) kapsamında değerlendiril-
rir. Ancak hekimin taksirli eyleminden
söz edebilmek için hekimin hareketinin
iradi olması, öngörülebilir neticenin is-
tenmemiş olması ve hekimin eylemi ile
sonuç arasında nedensellik (illiyet) ba-
ğının bulunması gerekir.

Birçok hekim, tıbbi malpraktis nedeni-
le yapılabilecek toplumsal ve hukuksal
iddialardan ve davalardan korunmak
amacıyla defansif tıbbi yönelmektedir.
Sistemin hekimi tam olarak koruyama-
ması ve davalar söz konusu olduğun-
da yalnız bırakması da bu davranışları
desteklemektedir. Defansif tıp, hekim-
lerin ceza veya hukuk davalarıyla kar-
şılaşmamak, tazminat ödememek,
sigorta poliçe primlerini artırmamak
amacıyla aşırı korumacı veya çekingen
davranarak tanı ve tedaviye yönelik
tıbbi uygulamaları gereksiz kullanması
ve malpraktis davası ile sonuçlanma
riski yüksek olan uygulamalardan ka-
çınması şeklinde tanımlanabilir. Örne-
ğin; normal doğum sırasında ortaya
çıkabilecek doğum travmaları, bebeğin
havasız kalması ve ileride spastik olabi-
leceği korkusuyla birçok kadın-doğum
hekimini sezaryen operasyonunu tercih
etmektedir. Bu durum ülkemizde de
sezaryen oranlarının artmasına neden
olmuştur. Defansif tıp, iki şekilde karşı-
mıza çıkar: Pozitif defansif tıp, birçoğu
gereksiz olan daha çok girişim, daha
çok tetkik ve daha çok müdahale an-
lamına gelirken negatif defansif tıp ise
"riskli" davranışlardan ve hastalardan
kaçınma anlamına gelir. Pozitif defan-
sif tıp davranışlarının hastaya zarar
vermeyeceği varsayılsa da normalde
gerekmediği halde hastaneye yatırıl-
ma, konsültasyon isteme, daha fazla
tetkik isteme (hatta hastayı gereksiz
radyasyona maruz bıraksa ve zaman
alsa bile bilgisayarlı tomografi veya MR
gibi tetkikler dahil olmak üzere), daha
fazla kayıt tutmak, daha fazla ilaç yaz-
mak, invazif girişimleri daha fazla yap-
mak, daha fazla visit yapma veya daha
fazla bilgilendirme yapma gibi davra-
nışlar ortaya çıkabilir. Pozitif defansif
tıp uygulamaları hasta memnuniyetini

artırabilir ancak mali kaynaklar ve za-
man kaybı açısından ülke ekonomisine
olumsuz katkılarda bulunabilir. Negatif
defansif tıp davranışları nedeniyle has-
taların yeterince değerlendirilmemesi
veya başka kliniklere sevk edilmesi,
hastaların aynı şikayetlerle birden çok
hekime gitmesine ve "doktor doktor do-
laşmasına" yol açmaktadır. Bu durum,
sağlık istatistiklerinde kişi başı hekime
müracaat sayısının artışı olarak gözü-
kmektedir; ancak bu artışın "hastalık"
göstergesi mi, "sağlık" göstergesi mi
olduğunun iyi irdelenmesi gerekme-
ktir. Negatif defansif tıp davranışları,
hekim sorumluluklarını yerine getirme-
diği için sorumluluk doğurabilmektedir.
Özellikle tıbbi gelişmelere ve teknolojik
ilerlemelere uyum sağlayamayan tıp
mensuplarında defansif davranışlar
giderek artmaktadır. Tıbbi malpraktis
nedeniyle açılan davalarda hemen he-
men daima eksik veya hatalı yapılan
davranışlar söz konusu olurken gerek-
siz ve fazladan yapılan uygulamalar
genellikle gündeme gelmemekte; bu
durum pozitif defansif tıp davranışları-
nı artırmaktadır. Bu davranış daha uz-
manlık dalı seçme aşamasında ortaya
çıkarmakta, nispeten daha "az riskli" gö-
rülen uzmanlık dallarına yönelim daha
fazla iken, "daha riskli" görülen özellikle
cerrahi branşlardan kaçış olmaktadır.
ABD'de tıbbi malpraktisten korunmak
için düzenlenen kurslara harcanan pa-
ralar klinik kurslara harcanan paralar-
dan daha fazla hale gelmiştir. (8) He-
kimlerden beklenti yükseldikçe ve dava
tehdidi devam ettiği sürece defansif tıp
uygulamalarının da kaçınılmaz olarak
devam edeceği, hatta artacağı öngö-
rülebilir. Diğer yandan hastalar daha
çok tetkik isteyen, hastanede yatıran,
yatış süresini uzatan hekimleri "iyi he-
kim" olarak nitelendirebilmekte, buna
yanıt olarak da hekimlerin defansif tıp
davranışları artmaktadır. Defansif tıp
davranışları bireysel olabildiği gibi ku-
rumsal (işletme politikası) şeklinde de
olabilmektedir. Bu korkuları biraz olsun
hafifletebilmek için hekimlerin malp-
raktis sigortası yaptırmaları giderek
artmaktadır. Hatta kamuda çalışan he-
kimlerin sigorta primlerinin yarısı devlet
tarafından karşılanmaktadır. Ancak bu
durumun defansif tıp davranışlarını çok
da fazla değiştirmedeği görülmektedir.
Halkın sağlık hizmeti sunucularından
beklentilerinin artması pozitif defansif
tıp uygulamalarını pekiştirmektedir. An-
cak defansif tıp uygulamalarını ispat
etmek her zaman çok da kolay değildir.

Hekimlerin kötü niyetle tıbbi uygulama
yapmaları nadirdir. Kötü niyetli uygu-
lamalar sıklıkla organ nakli, infertilite
tedavileri ile hastanın rıza olmadan
yapılan uygulamalar olarak sıralanabi-
lir. Böyle bir durumda olay kandırılma
veya dolandırılma olarak da algılanabi-
lir ve bu konuda dava açılabilir. Diğer
yandan bazı malpraktis davalarında
yüksek tazminatların ortaya çıkması,
hastaların "kar amaçlı" dava açmalarına,
hatta bunu "kullanan" avukatların
ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Malp-
raktis davalarından korkan bazı hekim-
lerin mesleklerini bıraktıkları ve başka
işlere yöneldikleri de görülmektedir.

Görüldüğü gibi tıbbi kötü uygulamalar
(tıbbi malpraktis) birçok nedeni olan
ve birçok yönden incelenmesi gereken
olaylardır. Tıbbi malpraktis, yalnızca
hekimden kaynaklanan veya hekimin
suçlanacağı olay olmayıp birçok fak-
törün işin içine karıştığı davalardır ve
gerek bilir kişilerin gerekse mahkeme-
lerin bu konularda karar vermeleri ba-
zen oldukça güç olabilmektedir. Tıbbi
ihtisas mahkemelerinin kurulmasının,
bu güçlükleri bir miktar hafifletebilece-
ği düşünülebilir. Ancak kaynağı her ne
olursa olsun tıbbi malpraktis olaylarının
çözüm yerleri yasal çerçeveye içinde
kalmak zorundadır; hukuk düzeninin
kesinlikle reddettiği "ihkak-ı hak" dav-
ranışları ve şiddet çözüm yolu değildir
ve tam aksine hukukun yok edilmesi
anlamına geleceği için aklı başında
her insanın kesinlikle karşı çıkması ge-
reken davranışlardır.

Kaynaklar

1) Koslowski P. Etik ve Hekimlik Sanatı. In: Etik ve Meslek Etikleri Tepe H. (eds) Meteksan A.Ş. Ankara, 2000 s. 44

2) Hakeri H. Tıp Hukuku S. 258

3) Yargıtay 4. Hukuk Dairesi E.1976/6297, K. 1977/2541, T. 7.3.1977

4) Ankara Bölge Adliye Mahkemesi 3. Hukuk Dairesi 08.07.2020

5) Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik

6) TCK Madde 24/3

7) Borçlar Kanunu Madde 55

8) Selma Aydaş. Hekimlerde Malpraktis Kaynaklı Defansif Tıp Uygulamaları. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul, 2014