

T.C.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
TIP HUKUK ANABİLİM DALI

ACİL SERVİSTE HEKİMİN YÜKÜMLÜLÜKLERİ

Yüksek Lisans Tezi

BANU KARAKUŞ YILMAZ

TEMMUZ 2019

**T.C.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
TIP HUKUKU ANABİLİM DALI**

ACİL SERVİSTE HEKİMİN YÜKÜMLÜLÜKLERİ

Yüksek Lisans Tezi

BANU KARAKUŞ YILMAZ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Jur. Dr. h.c. Hakan HAKERİ

TEMMUZ 2019

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu, akademik ve etik kuralları gözeterek çalıştığımı ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim.

Banu KARAKUŞ YILMAZ

Danışmanlığını yaptığım işbu tezin tamamen öğrencinin çalışması olduğunu, akademik ve etik kuralları gözeterek çalıştığımı taahhüt ederim.

Prof. Dr. jur. Dr. h.c. Hakan HAKERİ

İMZA SAYFASI

Banu KARAKUŞ YILMAZ tarafından hazırlanan “Acil Serviste Hekimin Yükümlülükleri” başlıklı bu yüksek lisans tezi Hukuk Anabilim Dalı Tıp Hukuku Bilim Dalı’nda hazırlanmış ve jürimiz tarafından kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

İMZA

Tez Danışmanı:

Prof. Dr. Hakan HAKERİ

Kurumu: İstanbul Medeniyet Üniversitesi

.....

Üyeler:

[.....]

Kurumu:

[.....]

Kurumu:

Tez Savunma Tarihi: .../...../ 2019

TEŞEKKÜR

Hekim olarak başladığım, bana kelimelerle tarifi yetersiz deneyimler katan ve bilgi birikimi ve kişisel gelişimim açısından ufkumun genişlediği, çok emek isteyen ama bir o kadar da keyif aldığım tıp hukuku yüksek lisans sürecinin sonuna gelmiş bulunmaktayım. Bu süreci sizinle paylaştığım tezim ile taçlandırıyorum. Bu değerli çalışmayı üretme aşamasında her daim ulaşabilir olan ve tüm bu iletişimde başta bilgi birikimi olmak üzere güler yüzünü ve samimiyetini benden esirgemeyen saygıdeğer tez danışmanım Prof. Dr. M. Hakan Hakeri' ye ve tez savunmam esnasında değerli eleştirilerini paylaşarak tezimin son şeklinin oluşmasındaki katkılarından dolayı Prof. Dr. Yener Ünver ve Prof. Dr. M. Refik Korkusuz hocalarıma, yüksek lisans eğitimi boyunca kıymetli birikimlerini derslerde paylaştıkları saygıdeğer hocalarıma teşekkürü bir borç bilirim.

Eğitim hayatım boyunca ilk günden beri bana destek olan ve hep motive eden aileme, tez sürecim boyunca bana sabır gösteren başta eşim Ergün Yılmaz olmak üzere tez aşamasını sabote etse de varlığına her gün şükrettiğim oğlum Can Yılmaz'a da teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

BİLDİRİM	III
İMZA SAYFASI	IV
TEŞEKKÜR	IV
İÇİNDEKİLER.....	<u>IV</u>
KISALTMALAR.....	<u>IV</u>
<u>ÖZET</u>	<u>IX</u>
ABSTRACT.....	IV
BÖLÜM 1: KAVRAM VE TANIMLAR.....	IV
1.ACİL TIP GİRİŞ	1
1.1. TANIMI	1
1.2.ACİL HEKİMİNİN GÖREVLERİ VE SORUMLULUKLARI.....	2
1.3.ACİL HEKİMİNİN ÇALIŞMA ALANLARI.....	3
1.4.ACİL SERVİS ÇALIŞANLARI.....	5
1.4.1.ACİL SERVİS SORUMLU UZMANI.....	5
1.4.2.ACİL TIP UZMANI.....	6
1.4.3.ACİL TIP ASİSTANI	6
1.4.4.PRATİSYEN HEKİM.....	6
1.4.5.İNTÖRN HEKİM	7
1.4.6.ACİL SERVİS SORUMLU HEMŞİRESİ	7
1.4.7.ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN DİĞER SAĞLIK PERSONELİ.....	8
2.ACİL SERVİSTE ALANLAR VE TRİYAJ	9
2.1.YEŞİL ALAN	10
2.2.SARI ALAN	12
2.3.KIRMIZI ALAN	13
BÖLÜM 2: ACİLDE HATALI TIBBİ UYGULAMA VE HEKİMİN SORUMLULUKLARI	15
1.GENEL OLARAK	15
2.ACİL SERVİSTE TIBBİ STANDART	19
3.HATALI TIBBİ UYGULAMA KAVRAMI	21
4.TEŞHİS HATASI VE SORUMLULUKLARI	23
5.TEDAVİ HATASI VE SORUMLULUKLARI	28
6.ORGANİZASYON SORUMLULUĞU.....	30

BÖLÜM 3: ACİL SERVİSTE HEKİMİN YÜKÜMLÜLÜKLERİ	31
1.ÖZEN YÜKÜMLÜLÜĞÜ.....	31
2.ÖYKÜ ALMA YÜKÜMLÜLÜĞÜ	34
3.HASTAYI AYDINLATMA VE RIZA ALMA YÜKÜMLÜLÜĞÜ	36
4.MUAYENE ETME YÜKÜMLÜLÜĞÜ	43
5.TEŞHİS YÜKÜMLÜLÜĞÜ.....	47
6.TEDAVİ YÜKÜMLÜLÜĞÜ.....	49
7.HEKİMİN TEDAVİ YÜKÜMLÜLÜĞÜNÜN SINIRLARI	51
8.REÇETE YAZMA YÜKÜMLÜLÜĞÜ	55
9.İLERİ TETKİK YÜKÜMLÜLÜĞÜ	56
10.TEDAVİYİ SONLANDIRMA YÜKÜMLÜLÜĞÜ	58
11.KAYIT TUTMA YÜKÜMLÜLÜĞÜ.....	60
12.SIR SAKLAMA YÜKÜMLÜLÜĞÜ	63
13.ACİL SERVİSTE ORGANİZASYON YÜKÜMLÜLÜĞÜ	65
14.KİMLİK TESPİTİ YAPMA YÜKÜMLÜLÜĞÜ.....	66
15.BİLİRKİŞİLİK YAPMA YÜKÜMLÜLÜĞÜ	67
16.ACİL HEKİMİNİN MESLEKİ ZORUNLULUK SİGORTA YÜKÜMLÜLÜĞÜ	69
SONUÇ.....	73
KAYNAKÇA.....	76

KISALTMALAR

a.g.e. : Adı Geçen Eser

bs: Basım

C : Cilt

CMK: Ceza Muhakemesi Kanunu

Ed: Editör

gr: gram

Md: madde

mg: miligram

MV: Mekanik ventilatör

PCI: Perkütan koroner girişim

S. : Sayı

STEMI: ST segment yüksekliği olan miyokard infarktüsü

Syf: Sayfa

tb: tablet

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

TTB: Türk Tabipler Birliği

TUK: Tıpta Uzmanlık Kurulu

TUKMOS: Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi

V: Volume

ÖZET

ACİL SERVİS HEKİMİNİN YÜKÜMLÜLÜKLERİ

Banu Karakuş Yılmaz

Yüksek Lisans Tezi, Hukuk Anabilim Dalı, Tıp Hukuku Bilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Hakan HAKERİ

Temmuz, 2019.

Acil tıp; acil olarak bakım ihtiyacı olan, tanısı konulmamış yaralanmalar ile akut hastalıkların tanısının koyulduğu ve acil bakım hizmetlerinin verildiği uzmanlık alanıdır. Acil servis hekimlerinin öncelikli hedefi de hastaların resüsitasyonu ve stabilizasyonunu sağlayıp sonrasında genel bakım hizmetlerini vermektir. Kısacası tıbbın her alanı ile alakalı acil sağlık hizmetlerini verebilecek yeterlilikte olması gerekmektedir. Dolayısıyla da acil hekiminin görev ve sorumluluklarının oldukça geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır. Acil hekimi olarak görev yapan hekimler, sadece acil tıp uzmanı ya da asistanlarından oluşmamaktadır. Pratisyen hekimler de acil sağlık hizmetlerinin her basamağında görev almaktadır.

Acil servis hekimlerinin de diğer tüm meslektaşları gibi en önemli yükümlülüğü özen yükümlülüğüdür ve diğer tüm yükümlülüklerinin temelini oluşturmaktadır. Acil durumlarda hastaların hekim seçme özgürlüklerinin olmaması, hastanın tıbbi durumunun ciddiyeti nedeniyle kendini ifade edebilme yeterliliğinin olmaması, hastanın hayati tehlikesinin bulunması gibi nedenlerle acil hekiminin özen yükümlülüğü ayrıca önem teşkil etmektedir. Her hekimin yükümlülükleri olan; öykü alma, aydınlatma ve rıza, muayene etme, teşhis, tedavi, reçete yazma, ileri tetkik, tedaviyi sonlandırma, kayıt tutma, sır saklama, organizasyon, kimlik tespiti yapma, bilirkişilik yapma ve mesleki zorunluluk sigortası yaptırma yükümlülükleri acil hekimlerinin de yükümlülükleri arasındadır. Ancak somut olay temelinde farklılıklar teşkil edebilir. Acil hekimleri de tıbbi standardı sağlamalı ve ilgili bilim dallarınca yayımlanan kılavuzları yakinen takip etmelidir. Ayrıca modern tıbbın gereklerini hem takip etmeli hem de gereklilik halinde uygulamalı ve uygulanmasını da sağlamalıdır.

Hekimlerin yükümlülükleri ile alakalı hekimlere daha fazla eğitim verilmesi gerekmekte olup hem tıp fakültesi eğitim müfredatlarında hem de mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim programlarında eğitim verilmesi gerektiğini düşünmekteyim. Aynı şekilde acil hekimlerinin de yükümlülükleri ile alakalı eğitime ihtiyacı bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Acil servis hekimliği, Hekimin yükümlülükleri, Tıp Hukuku, Özen yükümlülüğü, Acil Tıp

ABSTRACT
EMPLOYEE'S EMPLOYMENT LIABILITIES

Banu Karakus Yilmaz

Master of Science Thesis, Department of Law, Medical Law

Supervisor: Directly contact to Prof. Dr. Hakan Hakeri.

July 2019.

Emergency medicine is an area of expertise that maintains emergency care for acute traumas as well as diagnoses the undiagnosed acute diseases. The main objective of emergency physicians is to resuscitate and stabilize the patients and, after that to provide general medical care. So, emergency physicians must be competent to provide health care for emergencies in all medical areas. Therefore, the duties and responsibilities of an emergency physician are in a wide range. Emergency physicians are not only emergency specialists or emergency residents. General practitioners provide healthcare care in all stages of emergency medical services, too.

Elaboration liability is essential for all other liabilities for emergency physicians as well as other co-workers. Elaboration liability of an emergency physician deserves particular importance due to the inability of physician selection and severity of the patient's medical status in emergency conditions. Taking history, informed consent, physical examination, diagnosis, treatment, prescription, further evaluation, cessation of the treatment, records, secrecy, organization, identification, expertise, and compulsory occupational insurance are among responsibilities of emergency physicians like all the physicians. Nevertheless, they can differ by the mean or concrete event. Emergency physicians must follow the guidelines of other medical specialties and provide standard medical care. Furthermore, they must follow both the requirements of modern medicine and practice them whenever needed.

I concluded that it is required that all the physicians must be given more education about their liabilities, and this education must be provided in both the school of medicine and postgraduate levels. Similarly, emergency physicians are needed education for their liabilities.

Keywords: Emergency physician; Liabilities of the physician; Medical law, Diligence obligation, Emergency medicine

BÖLÜM 1: KAVRAM VE TANIMLAR

1.ACİL TIP GİRİŞ

1.1. Tanımı:

En basit şekli ile tanımlayacak olursak “Acil Tıp, acilen bakım gerektiren, ayrıcı tanısı yapılmamış ve tanısı konulmamış yaralanmalara ya da akut hastalığa sahip hastalara randevuya gerek olmadan bakım verme alanında uzmanlık düzeyinde eğitim verilen tıp ana dalı¹” olarak tanımlanabilir. Bunun dışında bazı kaynaklarda acil tıp’ a ilişkin aynı içeriğe sahip farklı tanımlar da yer almaktadır. Şöyle ki; “Acil Tıp, geniş bir yelpazede ayırt edilememiş fiziksel, davranışsal bozukluklar ile her türlü yaş grubundan hastaları etkileyen rahatsızlıkların ve yaralanmaların akut ve aciliyet gerektiren yönlerinin önlenmesi, tanısı ve tedavisi için gereken bilgi ve beceriye dayalı hizmettir²” olarak da tanımlanmaktadır.

Aynı zamanda acil servis hizmetlerinin neler olacağı konusunda, 16.09.2009 tarihinde Resmî Gazete de yayımlanan Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ³ ve 11.05.2000 Tarihinde Resmî Gazete’ de yayımlanan Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği’ nde yer alan ilgili maddeler kullanılmaktadır.

Kısaca özetleyecek olursak, uzun süreli veya takip gerektiren bakım hizmetleri Acil Tıp’ ın kapsamında değildir. Acil Tıp hekimleri, öncelikle hastalarını resüsite (canlandırma)⁴ etmek ve stabilizasyonunu⁵ sağlamak, sonrasında ise genel bakıma uygun hale getirmeyi hedefler. Ayrıca daha ileri bakım gerektiren hastaları acil servis yoğunluğu içindeki hasta havuzu içerisinde tespit edip, ilk muayenesini yapıp, tüm resüsitatif müdahaleleri ve hastanın ihtiyacı olan girişimleri tespit edip yapabilecek yetkinlikte yetiştirilir.

¹ “Acil tip nedir?”, <https://www.acilci.net/acil-tip-nedir/>, [Erisim: 05.04.2019].

² Acil Tıp Nedir?, Ne Değildir?, Doç. Dr. Zeynep GÖKCAN ÇAKIR Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil TIP A.D-2014

³ Acil servis hizmetleri: Ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri beklenmeyen durumlarda oluşan sağlık sorunlarında sakatlık ya da ölümden korunması amacıyla hastanın, acil serviste görevli sağlık personeli tarafından tıbbi araç ve gereç desteği ile değerlendirilmesi, tanısının konulması, tıbbi müdahale ve tedavisinin yapılması için yataklı sağlık tesislerinde sunulan acil sağlık hizmetlerini, ifade eder.

⁴ resusitasyon` `http://www.sozluktr.net/tip_terimleri/kelime.asp?bul=3370&nedemek=resusitasyon, (Erisim: 05.04.2019)

⁵ stabilizasyon ‘ ‘ <https://www.seslisozluk.net/stabilization-nedir-ne-demek/>” (Erişim: 05.04.2019)

1.2. Acil Hekiminin Görevleri Ve Sorumlulukları

Acil hekiminden, hem kısa sürede belirli bir sistematik içinde hasta ile alakalı çok fazla bilgiye ulaşması ve modern tıp biliminin öngördüğü şekilde gerçek acil durumu ayırt ederek ilk olarak yaşamı kurtaracak şekilde hareket etmesi gerekmekte, hem de cezai ve hukuki (özel ve devlet hastaneleri olması durumunda mevzuat açısından ayrı ayrı değerlendirilen) sorumluluklarını ayrıntılı olarak bilmesi ve bunları tam olarak yerine getirmesi beklenmektedir. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi' nde acil hekimliği veya diğer uzmanlıkları gerektiren herhangi bir ayırım yapılmaksızın genel olarak yaptırımları öngörmekte olup, Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu genelgesinin 1. Maddesinde de acil hekiminin hastaya yaklaşımı açıkça belirtmiştir. Şöyle ki; “Tabip ve diş tabiplerinin, deontoloji bakımından riayetle mükellef oldukları kaide ve esaslar bu Nizamnamede gösterilmiştir” demektedir.

Ayrıca Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu genelgesinde yer almış olduğu üzere “Acil Olgularda/ Vakalarda” hekime daha fazla ifa yükümlülüğü düşmektedir. 3. maddesinde ise “Tabip, vazifesi ve ihtisası ne olursa olsun, gerekli bakımın sağlanamadığı acil vakalarda, mücbir sebep olmadıkça ilk yardımda bulunur” ifadesi yer almaktadır.

Görüleceği üzere acil servis hekiminin sorumlulukları diğer hekimlere nazaran daha yüksektir. Ancak acil hallerde tüm hekimlerin de ilk yardım bilmesi ve uygulayabilmesi gerektiğine de vurgu yapılmıştır.

Mevzuatımızda acil servis hekimlerinin mesai süresi, acil serviste nöbet tutulması için olması gereken en az hekim sayısı, acilde çalışma alanları, triyaj uygulaması, acil servisin basamakları, kısaca acil servislerin çalışma usul ve esasları belli kurallarla belirlenmiş olup acil hekiminin görev tanımı yer almamaktadır. Bu konu ile alakalı çeşitli acil tıp derneklerinin (Türkiye Acil Tıp Derneği) yayınladığı görev tanımları bulunmakta ancak yasal mevzuatta yer almadığı için hukuken kabul görmemektedir. Acil servis işleyişinde ülkemizde de önemli rolü olan acil tıp uzmanları; hasta bakım ve muayenesinde, acil servis çalışma düzeninin planlanmasında ve düzgün şekilde işleminin sağlanmasında, acil serviste çalışan acil tıp asistanlarının ve pratisyen hekimlerin eğitiminde, adli ve idari kayıtların düzenlenmesinde, acil servis organizasyonunda ve hastane afet planlamasında görev almaktadır.

Acil tıp uzmanının olduğu yerlerde hastane yönetimleri acil tıp uzmanına farklı idari görevler de tanımlamaktadır. Acil servis hekiminin görevi yalnızca hastalara ilk müdahaleyi yapmak değil ayrıca sorumluluğunda bulunan ilerleyen aşamalarda da

bahsedeceğimiz üzere diğer acil servis çalışanlarının iş ve işlemlerini takip etmek, gerekli koordinasyonu sağlamak ve gerek idare hukuku açısından gerekse de ceza hukuku yönünden önem arz eden adli ve idari kayıtların düzenini sağlamaktadır. Bu çerçevede acil serviste adli kayıtların düzenlenmesi, saklanması ve bildirilmesi gibi durumlar da acil hekiminin temel görevleri arasında yer almaktadır. Örnek vermek gerekirse acil servise gelen iş kazalarının bildirilmemesinden doğan maddi kayıp acil hekimlerine rücu edilmektedir.

Acil Sağlık Hizmetleri'nin dördüncü bölümünde yer alan Acil Sağlık Hizmetlerinde Hizmetin Akışı başlığı altındaki 24. maddesinde, Acil Servis Tarafından Yürütülecek İşlemlerde "acil serviste, hastanın sosyal güvencesi olup olmamasına bakılmaksızın veyahut da hangi sosyal güvenlik hizmetinden yararlandığı özelliklerine ve hastanın diğer özelliklerine bakılmaksızın stabilizasyon sağlanıncaya kadar bütün tıbbi hizmetlerin sunulacağı" belirtilmiştir.

Hastanın sevkini gerektirdiği durumlarda ise, ki sevk gerektirdiği durumlar da tedavinin başka bir sağlık kuruluşunda sürdürülmesi ve hastanın ilk getirildiği kuruluşun tıbbi ve teknik imkanlar nedeni ile zorunlu olması gerekmektedir, en uygun kuruluş ile mutabakat sağlandıktan sonra, acil servis tarafından sevk işlemlerinin gerçekleştirilmesi zorunludur. İş bu zorunluluklar da acil servisin görev yükümlülüğüdür. Bu yükümlülüğü de usulüne uygun yürütmesi gereken acil servis hekimidir.

Yalnızca merkezin sevk ve yükümlülüklerinde birtakım kısıtlamalar yani zorunlu sayılmayan ancak sevk edilecek kurumun sevk imkânlarının yeterli olmadığı durumlarda söz konusu olan sevk yükümlülüğü bulunmaktadır. İlgili merkez, belirleyeceği ekiple hastanın sevkini gerçekleştirir. Fakat, sevk işlemi, ambulans ekibinin haricinde başka araç ve personel desteği gerektiriyorsa, sevk gerekliliğine karar veren kuruluş sevk için gerekenleri sağlar.

Ayrıca ülkemizdeki devlet hastanelerinin kapasitesi ve ihtiyacı doğrultusunda, kendi çatısı altında çalışan hekimlerin görev ve sorumlulukları başhekimlik kararları ile belirlenmiştir. Buradan da anlaşılacağı üzere illerin yoğunluğu, hastanelerin kapasiteleri doğrultusunda acil servis hekiminin görev ve sorumlulukları değişiklik göstermektedir.

1.3. Acil Hekiminin Çalışma Alanları

Acil hekiminin acil servislerde çalışma alanlarının nereler olacağı ve acil servis seviyelendirmesinin nasıl olacağı Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis

Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ' inde Birinci Bölüm Mad. 6 da şu şekilde tanımlanmaktadır: "Acil servisler, acil hasta kapasitesi, acil vakaların özelliği ve vakanın branşlara göre ağırlıklı oranı, fiziki şartları, bulundurduğu malzeme, tıbbi donanım ve personelin niteliği, hizmet verdiği bölgenin özellikleri, bulunduğu konum, bünyesinde faaliyet gösterdiği sağlık tesisinin statüsü gibi ölçütler dikkate alınarak I., II. ve III. Seviye olarak seviyelendirilir." Aynı tebliğin ekinde yer alan EK-1 'de sağlık bakanlığı tarafından belirlenmiş olup; seviye 1, 2 ve 3' ün nasıl olacağına ilişkin;

Seviye I'de acil serviste nöbetçi uzman hekimin denetim ve gözetiminde sağlık hizmetinin yürütüleceği yer almaktadır. Ağırlıklı olarak pratisyen hekimlerin görev aldığı, uzmanlık gerektiren hizmetlere ihtiyaç durumunda icap nöbeti (evde nöbet) yöntemi kullanılmakta olup ayaktan stabil hasta muayene, tetkik ve tedavilerinin yapıldı, gerek halinde hastaların bir üst merkeze sevk edildiği acil servislerdir.

Seviye II'de acil hastaların karşılanması ve ilk değerlendirilmesi pratisyen hekimler tarafından yapılmaktadır. Acil serviste dahili ve cerrahi branşlarda 24 saat boyunca birer adet olmak üzere iki uzman görev yapar. Diğer uzmanlık alanlarında ise icap nöbeti şeklinde çalışıldığı acil servislerdir.

Seviye III'de 24 saat uzman düzeyinde ve dahiliye, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum ile çocuk sağlığı ana branşları başta olmak üzere tüm uzmanlık alanlarının uzman hekimlerinin yer aldığı sağlık tesislerinin acil servisleridir.

Ülkemizde her sağlık kurum ve kuruluşlarında acil servis açılması zorunludur. Buna ilişkin yani hangi kurum ve hastanelerin 1., 2., ve 3. basamakta sağlık hizmetlerinin neler olacağı yönünde Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü' nün, 15.08.2003 tarihinde yayınlanan Devlet Memurlarının Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Sevki Konulu 2003/97 Genelge' sinde yer almaktadır.

Birinci basamak sağlık kuruluşları başta sağlık ocakları olmak üzere, Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, Verem savaş dispanseri, özel poliklinikler, SSK sağlık istasyonu ve dispanserlerinden oluşur. İkinci basamak sağlık kuruluşlarını; devlet Hastaneleri, dal hastaneleri (göğüs hastalıkları hastanesi, kalp hastaneleri gibi), özel hastaneler ve özel tıp merkezleri oluşturmaktadır. Üçüncü basamak kapsamında yer alan sağlık kurumları ise Sağlık Bakanlığı'na bağlı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, üniversite hastaneleri ve dal eğitim ve araştırma hastaneleridir.

Tüm bu sağlık tesislerinde ihtiyaç halinde acil sağlık hizmetleri verilmekte olup, verilebilecek hizmetin sınırları sahip olduğu seviyelere ve tabii ki bu seviyeye uygun

imkanlarına göre farklılık göstermektedir. Birinci basamak sağlık tesislerinde muayene ile basit tıbbi müdahale yapılmakta, ileri tetkik ve tedavi ihtiyacı olan hastalar uygun merkezlere sevk edilmekteyken, üçüncü basamak sağlık kurumlarında mevcut sağlık çalışanları ve kullanılan tıbbi malzemeler sayesinde daha ayrıntılı acil sağlık hizmeti verilmekte ve sevk zincirinde son nokta olmaları nedeniyle daha az sayıda hasta sevk edilmektedir.

1.4. Acil Servis Çalışanları

Acil serviste kimlerin çalıştığına ilişkin mevzuatımızda net bir ayırım yapılarak kavram ve tanımı yer alamamaktaysa da genel olarak tıbbi hizmetlerde çalışanların görev ve yetkilerinin tanımları “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği ”nde yer almaktadır. Aynı zamanda Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nin istihdam edilecek personelin nitelikleri ile görev ve yetkileri başlığı altında bulunan Mad.28' de “Acil bakım ve ambulans teknikerleri ile acil tıp teknisyenleri, acil yardım ile hasta nakil ambulanslarında sağlık çalışanları, komuta kontrol merkezlerinde çalışan çağrı karşılama personeli” nin görev ve yetkilerinden bahsedilmiştir. Türkiye Kamu Hastaneleri Eğitim ve İdari Sorumluların Tanıtımı ve Görevlerine Dair Yönerge' de ise Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde görev yapan eğitim ve idari sorumluların görev tanımı yer almaktadır. Eğitim ve idari sorumlularının görev tanımlarına ileri kısımda ayrıntılı yer verileceği için burada bahsi geçmeyecektir.

1.1.1 Acil Servis Sorumlu Uzmanı

Genel olarak acil servis sorumlu uzmanının görev tanımını yapacak olursak, acil serviste hasta bakımı ile alakalı hizmetlerin, eğitim ve araştırma faaliyetlerinin hepsinin yürütülmesinde ve acil servisin çalışanlarının çalışma sisteminin düzenini sağlamaktan kendi mesai süresi boyunca sorumludur. Uygulamada farklılık göstermekle beraber nöbet şartlarında eğer tek uzman varsa, sorumlu uzman o olmakta ancak birden fazla acil tıp uzmanının yer aldığı durumlarda tercihen acil kırmızı alanın uzmanı sorumlu uzman olarak görevlendirilmektedir. Yaşanabilecek aksaklıkları öncelikle eğitim ve idari sorumlusuyla paylaşmalıdır. Şayet nöbet şartlarında acil önlem alınması gereken bir hadise olması durumunda hastane başhekiminin tüm yetkilerine sahip olan nöbetçi şef ile paylaşmalıdır.

Acil servis sorumlu uzmanının tüm acil servis üzerinde hem yetkileri fazla olmakla beraber yetkileri olduğu kadar da yetkisinin olduğu her alan ve her acil servis çalışanları üzerinde sorumluluğu da bulunmaktadır.

1.1.2.Acil Tıp Uzmanı

Acil Tıp Uzmanının görev ve sorumluluklarını genel olarak ve en basit haliyle değerlendirecek olursak acil serviste, hasta bakım hizmetleri başta olmak üzere acil servisteki eğitim ve araştırma faaliyetlerini yürütmek, acil serviste çalıştığı alanda organizasyon kusuru doğuracak durumları tespit edip önlem almak ve pratisyen hekimleri denetlemek ve eğitimleri konusunda hem hasta başı hem de oryantasyon safhasında eğitimlerine katkı sağlamak yer alır. Acil tıp uzmanı beraber görev yaptığı acil tıp asistanları ile de koordineli çalışmalı, asistan hekimlerin eğitiminde hem hasta başında hem de eğitim sorumlusunun belirlediği eğitim faaliyetlerinde yer almalıdır. Şahsi kanaatim eğitim ve araştırma hastanelerinde acil tıp uzmanının nöbet şartlarında acil tıp asistanına hem girişimsel işlemler esnasında hem de hasta temelli bilgi birikimi anlamında destek olması ve asistan hekimleri denetlemesi gerektiği yönündedir.

Ayrıca acil tıp uzmanı yaptığı işlerden kendi sorumlu olmakla beraber pratisyen hekimlerin ve acil tıp asistanlarının yapmış olduğu ve onay vermiş olduğu işlemler üzerinde sorumluluğu da bulunmakta, ancak ve ancak tüm bu işlemler ile ilgili de Acil Servis Sorumlu Uzmanına karşı da yapmış olduğu iş ve işlemlerle ilgili de rapor vermesi gerekmektedir. Ayrıca acil servis sorumlu uzmanının vermiş olduğu görevleri de yerine getirmesi gerekmektedir.

1.1.3Acil Tıp Asistanı:

Acil tıp asistanı, üniversitelerin tıp fakültelerinden mezun olduktan sonra tıpta uzmanlık sınavı ile acil tıp dalında uzmanlık yapmaya hak kazanmış hekimdir. Acil tıp asistanları, sadece III. Seviye olan üniversite ve eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışabilir.

Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi (TUKMOS)' ne göre acil tıp uzmanı olabilmek için 7 temel yetkinliğe sahip olunması gerekir. Bu yetkinlikler de uzmanlık eğitimi süresince acil tıp asistanına kazandırılmalıdır. Bunlar; yönetici, ekip üyesi, sağlık koruyucusu, iletişim kuran, değer ve sorumluluk sahibi, öğrenen ve öğretene ile hizmet sunucusudur.

1.1.4.Pratisyen Hekim

Tıp fakültesi eğitimini başarı ile tamamlayan ve tıp fakültesi diplomasını alan her tıp doktoru pratisyen hekim olarak mezun olur. Sağlık bakanlığına bağlı kurumların acil servislerinde çalışabilmeleri için görevlendirilmeleri esastır. Ayrıca acil serviste çalışan pratisyenler, acil servise başvuran hastanın muayene, tetkik ve tedavisinin ivedi olarak yapılmasını sağlamak, acil serviste planlanan eğitim ve araştırma

çalışmalarına dâhil olmakta, ayrıca bu durumlara ilişkin görevlerde yer alabilmektedirler. Acil serviste olan adli ve idari işlemlerle ilgili birtakım sorumlulukları bulunsa da hasta ile ilgili tedavi vs süreçlerin işleyişinde uzman hekimin sorumluluğu ve onun bilgi ve yönlendirmesi neticesinde sorumluluğu bulunmaktadır.

1.1.5.İntörn Hekim

İntörn hekimin kavramsal olarak tanımı mevcut tıp hukuku mevzuatında açıkça belirtilmemişse de tıp fakültesi bulunan üniversitelerin intörn doktorların haklarını ve yükümlülüklerini belirlemek için, İntörn Doktorluk Yönergeleri bünyesinde Tıp Fakültesi bulunan her bir üniversite için resmi gazetede yayımlanmış olup genel bir intörn hekim tanımı yapacak olursak eğer tıp fakültelerinin son sınıf (6. sınıf) öğrencilerinin öğrenme süreçlerini öğrenim elemanları ve alanında uzman hekimler ile birlikte, birinci basamak sağlık hizmetleri yetkinliği kazanmaya yönelik, on iki aylık eğitim sürecini geçirdikleri bu süreç boyunca intörn hekim olarak adlandırılmaktadır. Tababeti şuaabatı tarzı icrasına dair kanun uyarınca hekimin tanımı yapılmış yapılan bu tanıma göre tıp fakültesinden mezun olunması şartı gerekmektedir. Bu nedenle de intörn hekimler tıp fakültesinden mezun olmadıklarından dolayı gerek polikliniklerde gerekse de acil servislerde çalıştıkları süre boyunca, alanında uzman hekimin gözetimi ve sorumluluğunda çalışabilirler.

1.1.6. Acil Servis Sorumlu Hemşiresi

Acil servis sorumlu hemşiresi, genel olarak ve tercihen üniversitelerin hemşirelik bölümlerinden mezun olma şartı aransa da en az sağlık meslek lisesi mezunu olması da yeterli sayılmakta olup ayrıca acil servis alanında en az bir yıl tecrübe edinmiş olması gerekmektedir. 08.03.2010 tarihli Resmî Gazete’ de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği’ nin Dördüncü Bölümü’ nde yer alan Hemşirelik Hizmetlerinin Yönetimi ve Organizasyonu başlıklı 10.maddesinde sorumlu hemşirenin tanımı yapılmaktadır. Şöyle ki; “Sorumlu hemşire yatan hasta üniteleri/klinikleri, yoğun bakım üniteleri, ayaktan tanı ve tedavi birimleri, ACİL, evde bakım gibi alanlarda hemşirelik hizmetlerinin yerine getirilmesinde başhemşireye karşı sorumlu olup, öncelikle ilgili alanda uzman hemşireler, yoksa üç yıl deneyimli ve hemşirelikte lisans mezunları arasından başhemşire tarafından görevlendirilir.” şeklindedir. Ayrıca sorumlu hemşire gündüz şartlarında çalışır ve sorumlu olduğu servisteki tüm hemşirelik hizmetlerinin usulüne uygun yürütülmesi ve denetlenmesinde de görev alır.

Hemşirelik Yönetmeliği'ne göre sorumlu hemşire sorumlu olduğu servise yeni başlayan hemşirelerin oryantasyonundan ve hizmet içi eğitiminden sorumludur. Ayrıca servisinde yatan hastaların tedavi planına uyulmasından ve kullanılan ilaçların temininden ve korunmasından, servisinde çalışan hemşirelerin çalışma planı ve izin düzenlemelerinden, stajyer hemşirelerin eğitiminden, kısaca servisindeki tüm hemşirelik hizmetlerinin işleyişinden sorumludur.

Genel olarak sorumlu hemşire acil servise ilişkin, belirtilen yönetmelik kapsamında değerlendirilecek olursak, diğer hemşirelerin gelişimi, performansı, eğitim gereksinimlerine ilişkin önerilerde bulunmakla birlikte, genel olarak hastalara karşı hemşirelik görevlerini yerine getirirken başhemşireye karşı da sorumluluğu bulunmaktadır.

1.1.7. Acil Serviste Çalışan Diğer Sağlık Personel

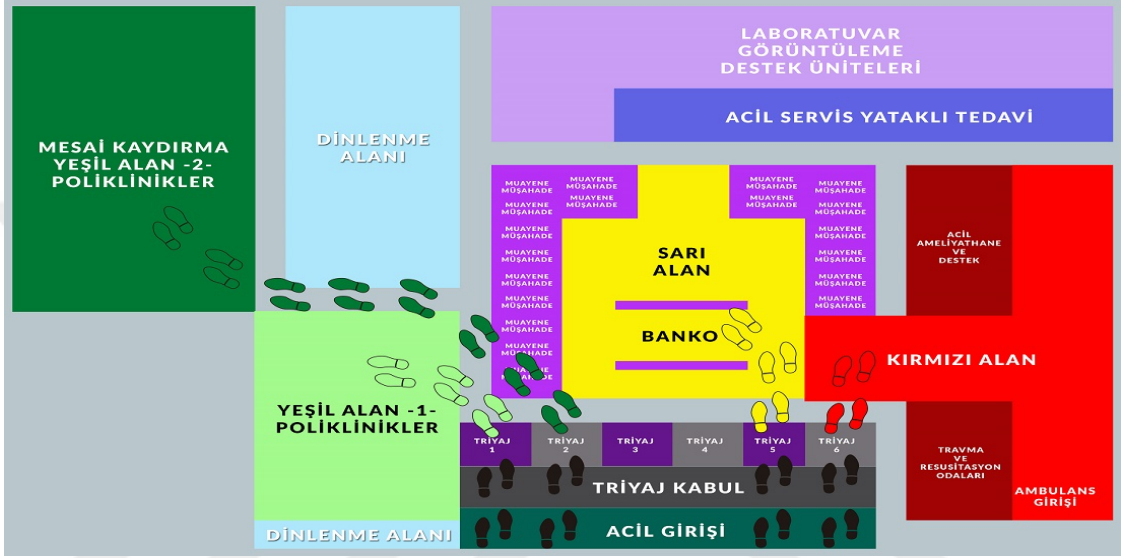
Diğer acil servis çalışanı personellerinin kimlerden oluşacağına ilişkin Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nde yer almaktadır. Bu yönetmeliğin beşinci bölümünün Personel ve Eğitim başlığı altında yer alan İstihdam edilecek personelin nitelikleri ile görev ve yetkileri başlıklı 28. maddesine göre "Ambulans ve acil bakım teknikerleri ile acil tıp teknisyenleri, acil yardım ve hasta nakil ambulanslarında sağlık personeli, komuta kontrol merkezlerinde çağrı karşılama personeli olarak ve hastane acil servislerinde sağlık personeli olarak çalışırlar. Bu personel gerektiğinde ambulans aracının sürücüsü olarak görev yapar." yer almaktadır. Tüm bu personelin görev, yetki ve sorumluluklarını özetlemek gerekirse;

"Ambulans ve acil bakım teknikerleri' nin acil bakımda tıbbi görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır; intravenöz girişim yapmak, hastanın hastaneye ulaşmasına kadar geçen sürede lüzum halinde acil ilaçları, sıvıları ve oksijeni uygulamak, endotrakeal entübasyon yapabilmek, hastanın monitörizasyonu esnasında şoklanabilir ritmi tanıyıp defibrilasyon cihazını kullanabilmek, travma hastalarında hastaya uygun taşıma yöntemini ve stabilizasyonu tespit edebilmek, basit yaraları kapatarak kanama kontrolü yapabilmek ve acil doğum eylemi ile karşılaşırsa doğum eylemine yardımcı olabilecek yeterliliğe sahip olmasıdır. Ayrıca ileri kardiyak yaşam desteği konusunda yeterli oldukları varsayılır. Acil tıp teknisyeninin görev ve yetkilerini değerlendirdiğimizde ise acil bakım teknikerlerinden farklı olarak yetki alanları daha kısıtlıdır. Kısaca farklara değinmek gerekirse; yarı otomatik veya tam otomatik defibrilatör cihazı kullanabilirler, acil ilaç kullanımına müsaade edilmez, doğum

eylemine yardımcı olmaları görev tanımlarında yer almaz ve temel yaşam desteği konusunda yeterli eğitimleri vardır.

Acil sağlık hizmetlerinde istihdam edilecek hekim ve diğer personelin nitelikleri ile görev ve yetkileri, yukarıda düzenlenen hususlar da nazara alınarak, hizmetin ve hizmet verilecek birimin mahiyetine göre Bakanlık gerekli düzenlemeleri yapmaya yetkilidir.

2. ACİL SERVİSTE ALANLAR VE TRİYAJ



Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Gelişim Portalında Acil Servis Dizaynı Sağlık bakanlığı tarafından genel olarak Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Gelişim Portalında acil servisin dizaynı yukarıdaki grafik gibidir⁶.

Hasta acil servise geldiğinde ilk yapılacak olan işlem, grafikte de görüleceği üzere triyaj kabul alanına gelmesidir.

Triyaj, savaş alanında ihtiyaç doğrultusunda öncelikli hastanın tanınması amacıyla uygulanmaya başlamıştır. 1. ve 2. Dünya Savaşı sırasında Avrupa’da savaş alanında çok sayıda ağır yaralı askerler vardı. Bu hastaların öncelik sırasının belirlenmesi ve uygun sağlık hizmetinin ivedilikle verilmesi gerekliliği doğmuştur ve triyaj yapılmaya başlanmıştır. Acil servislerde triyaj uygulamasına ise 1960’lı yıllarda başlanılmıştır⁷.

⁶ <http://www.shgmgelisim.saglik.gov.tr/TR,32949/acil-servis-dizayni.html> (Erişim: 04.05.2018)

⁷ “Acil Tip ve Triyaj Nedir”, http://aciltip.medicine.ankara.edu.tr/files/2014/10/d5_d5_aciltiptrij.pdf, (Erisim:10.04.2019).

Acil servislerde triyaj sınıflaması 2'li, 3'lü, 4'lü ve 5'li olarak tüm dünyada kullanılmaktadır. Bunlar:

2'li triyaj sisteminde; acil, acil değil

3'lü triyaj sisteminde; çok acil, acil, acil değil

4'lü triyaj sisteminde; hayatı tehdit edici, çok acil, acil, acil değil

5'li triyaj sisteminde; resüsitasyon, çok acil, acil, acil değil, sevk şeklindedir⁸.

Ayrıca, Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nde de triyajın tanımı yapılmış olup ilgili maddede yer alan tanımda; çok sayıda hasta ve yaralının bulunduğu durumlarda, hastaların öncelikli olarak tedavi ve nakil ihtiyacı olanların tespiti amacıyla yapılan, olay yerinde ve/veya hastaların ulaştırıldığı sağlık kuruluşlarında ivedilikle yapılan seçme ve renk kodlaması işlemini ifade etmektedir.

Yukarıdaki şemadan da anlaşılacağı üzere acil servise gelen hasta, triyaj kabul alanında sağlık çalışanı tarafından kabul edilir, değerlendirilip renk kodlaması yapılır ve sonrasında yeşil, sarı ve kırmızı olmak üzere üç farklı alana yönlendirilmekte olup yeşil alan da kendi içerisinde yeşil alan -1 ve yeşil alan-2 olarak ikiye ayrılmaktadır. Bu alanları tek tek incelediğimizde neden alan ayrımı olduğunu daha iyi anlamış olacağız.

2.1. YEŞİL ALAN

27378 sayılı Resmî gazetede, 16 Ekim 2009 tarihinde yayımlanan ‘‘Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ’’ 4. maddesinde tanımlar başlığı altında i bendinde ‘‘Renk kodlaması: Acil servislerde, triyaj işlemi sırasında acil hastaların öncelik sırasının belirlenmesi amacıyla kırmızı, sarı ve yeşil renk şeklinde uygulanan kodlamayı’’ belirtir şeklinde tanımlamıştır. Triyaj alanında renk kodlaması ile hastanın aciliyetinin tespitinin sağlanması, hastalara modern tıp biliminin gerektirdiği hızlı tanı ve tedavi hizmetine ulaşmayı sağlamakta ve karışıklığı önlemektedir. Tam bu noktada renk kodlamasına uygun çalışma alanlarında çalışan acil hekimleri de ne gibi hasta ve hastalıklarla karşılaşacağı konusunda fikir sahibi olmaları nedeniyle daha dikkatli olmaları gerekmektedir.

Yine aynı tebliğde ‘‘Üçüncü Bölüm Renk Kodlaması Ve Triyaj Uygulaması, Muayene, Müdahale, Refakat Esasları Ve Güvenlik Önlemleri’’ altında yer alan ‘‘Renk kodlaması ve triyaj uygulaması’’ başlığı altında yer alan 8. maddesinin ikinci

⁸ Zeynep Kecec, Tüm Yönleriyle Acil Tıp Tanı Tedavi ve Uygulama Kitabı, 3. bs., (Adana, Nobel, 2013), syf 7-9.

cümlesinde ise “triyaj uygulaması için muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişimler bakımından öncelik sırasına göre kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılır” diyerek hastaların alınacağı alan ayrımının hastanın hikâyesi, tetkik ve göreceği tedavisi öngörülerek yapılması gerekliliğine dikkat çekilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün “Acil Sağlık Hizmetlerinde Yeşil Alan Uygulaması” konulu genelgesinde ise işbu uygulamaların başlanmasından sonra ise yeşil alan ile ilgili bir yayımda bulunmuştur. Şöyle ki; ilgili genelgeye göre, “travma, yatış gerektiren hastalar, tıbbi müdahale uygulanan hasta vakaları, acil servis sonrasında yatış yapılamamasının gerektiren hasta vakaları, müşahede altında kalan hasta vakaları, başka bir sağlık kuruluşundan sevk edilen hastalar” dışında kalan ve ilgili tebliğ uyarınca yeşil alanda olması gerekli durumlardır. Ayrıca aynı genelgede acil servise başvuran tüm hastaların ilk önce acil olarak kabul edilmesi gerektiği ve bu kabüle göre işlem yapılması gerektiğine de vurgu yapılmıştır⁹. Özetle; hafif hastalık ve yaralanmaların olduğu ve hekim bakımı gerekli olsa da uzun süre bekleyebilecek olan hastalar için yeşil alan olarak tanımlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından yeşil alandaki yoğunluğu azaltmak amacı ile 31.01.2018 de “Acil Servis Hizmetlerine Yönelik Genelge” ‘si yayımlanmış bulunmaktadır. Bu genelgeye göre; Acil servislere başvuruda, hastaların genel durumu en iyi olan ve "yeşil alan" da muayene kararı verilenlere "Yeşil Alan 1" kodu verilip, hastaların acil serviste genel tabip muayene polikliniklerinde muayene edilmesi sağlanacaktır.

Aynı genelgede “Öncelikle çocuk sağlığı ve hastalıkları, iç hastalıklar, kulak burun boğaz hastalıkları, ortopedi ve travmatoloji branşları ile hastanelerin acil servislerinde

⁹ T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Konu: Acil Sağlık Hizmetlerinde Yeşil Alan Uygulaması Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Tedavi Yardımı Uygulamaları
GENELGE 2

“Ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek basit sağlık sorunları bulunan hastalar (Yüksek risk taşımayan ve hafif derecedeki her türlü ağrı, aktif yakınması olmayan düşük riskli hastalık öyküsü, genel durumu ve hayati bulguları stabil olan hastada her türlü basit belirti, basit yaralar-küçük sıyrıklar, dikiş gerektirmeyen basit kesiler, kronik belirtileri olan ve genel durumu iyi olan davranışsal ve psikolojik bozukluklar)” şeklinde tanımlanmıştır. Bu itibarla, “520.021 Kodu ile tanımlanan; Yeşil alan muayenesi “ ibaresinden; 1) Her ne boyutta olursa olsun travma vakaları, 2) Acil servis başvuruları sonrası hastaneye yatışı yapılan vakalar, 3) Tıbbi müdahale uygulanan vakalar, 4) Müşahede altına alınan vakalar, 5) Başka bir sağlık hizmet sunucusuna sevk edilen ya da başka bir sağlık hizmet sunucusundan sevkli gelen vakalar, dışında kalan, Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ’de yeşil renk kodu adı altında tanımlanmış sağlık hizmetlerinin anlaşılması gerekmektedir.’

yeşil alan hasta oranı ek poliklinik açmayı gerektiren diğer branşlar için de acil servis alanı dışında ve yakın yerleşiminde olmak şartıyla Yeşil Alan kodu ile Mesai Kaydırma veya Branş Polikliniği uygulaması yapılacak ve uygun hastalar sağlık personeli tarafından gerçekleştirilecek etkin triyaj ile branş polikliniklerine yönlendirilecektir” denmektedir. Böylelikle genel tabip poliklinikleri açılacak ve acil serviste hastaların birikmesinin önüne geçilecektir” denilmektedir.

Bu şekilde hastane acil servislerinde poliklinik hizmeti veren yeşil alanlarda hastaların bekleme sürelerini kısaltarak hasta memnuniyetini arttırmak hedeflenmiştir.

2.2.SARI ALAN

Sarı alan Sağlık Bakanlığı tarafından kategori-1 ve kategori- 2 olarak ikiye ayrılmakla birlikte; kategori-1’ de hayati tehdit oluşturabilecek, uzuv kaybı riski ve ciddi morbiditeye sebep olabilecek durumların mevcut olması halidir. Bu kategori-1’ e örnek durumlar da yine Bakanlıkça belirtilmiş olup “...herhangi bir nedenle orta derecede kan kaybı, yardımcı solunum kaslarının solunuma katılmadığı orta derecede solunum sıkıntısı, nöbet geçirme öyküsü (uyanık), ateş yüksekliği olan onkoloji hastası veya steroid kullanan hasta, inatçı kusma, amnezi ile birlikte kafa travması olan ancak bilinci açık hasta, kardiyak öykü ile uyumlu olmayan göğüs ağrısı, 65 yaş üstü karın ağrısı olan hasta, deformite, ciddi laserasyon ve ezilme yaralanması içeren ekstremitte yaralanması, suistimal riski veya şüphesi olan çocuk, stresli ve kendine zarar verme riski olan...” hastalardır.

Kategori-2 ise orta ve uzun dönemde belirtileri olan ve ciddiyet potansiyeli taşıyan durumlar olarak tanımlanmıştır. Ayrıca yine Bakanlığın belirlemiş olduğu bu mevcut duruma ilişkin bir takım örnek durumlar da belirtilmiştir. Şöyle ki; “Göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı olmayan basit göğüs yaralanmaları, basit kanamalar, solunum sıkıntısı olmayan yutma zorluğu, bilinç kaybı olmayan minör kafa travmaları, dehidratasyon belirtileri olmayan kusma ve ishaller, normal görme fonksiyonu olan göz inflamasyonları veya gözde yabancı cisim, minör ekstremitte travması (ayak bileği burkulması, muhtemel basit fraktür, araştırma gerektiren komplike olmayan laserasyon) normal vital bulgular, şiddetli olmayan karın ağrısı, zarar verme riski olmayan davranış bozukluğu olan” hastalardır. Tanımlamalar da dikkate alındığında acil hekiminin Sarı Alan Kategori 1 grubuna giren hastalarda hayati tehdit edici durumlar yer alması nedeniyle Kategori 2 ye göre daha ivedilikle müdahale etmesi gerekmektedir.

‘‘Acil Servis Hizmetlerine Yönelik Genelge’’ ‘sinde bugüne kadar mevzuattımızda yer almayan acil serviste kalış süreleri ile ilgili de sınırlar çizilmiş olup, acil sarı hastaların muayene ve müşahade süreleri iki saati geçmesi durumunda acil yataklı servislerde gözlem ve tedavisinin devam edilmesi, acil serviste yatış kararı sonrası ilgili servise yatışı verilmeyen hastalar içinde bu hastaların yatış işlemi yapılana kadar ilgili servise poliklinikten hasta yatışı yapılmasının kısıtlanması planlanmıştır. Ayrıca hasta yatışları için hastanede yoğun yatış oranı bulunmayan kliniklerin boş yataklarının da yoğun klinikler için acil serviste yatış bekleyen hastalar için kullanılması gerektiği belirtilmiştir.

Uygulamada acil servisten yatış kararı verilen hastaların sekiz saati geçmemesi hedeflenmekle beraber eğitim ve araştırma hastanelerinde bu süreye riayet edilmesi pek mümkün olmamaktadır. Örnek vermek gerekirse inme merkezinin her hastanede yer alması mümkün değildir. Sağlık Bakanlığı’ğı tarafından belirlenen merkezlere, İstanbul gibi nüfus yoğunluğunun olduğu hastanelerde inme geçiren hastalar 112 ekipleri tarafından daha yoğun olarak getirilmekte, dolayısıyla bu hastaların acil serviste tedavileri başlanmakta ve nöroloji kliniğinde yeterli yatak olmaması, hastaların yaşlı olması nedeniyle ek hastalıklarının olabilmesi, uygulanan trombolitik tedavi komplikasyonlarının gelişebilmesi gibi sebeplerle hasta taburculuklarının planlanandan geç olması sonucu nöroloji hastalarının acil serviste yatış için bekleme sürelerini uzatmaktadır. Bu noktada akla hastanede yer alan boş yataklara yatış yapılması kuralı gelebilir. Ancak bu hastalara uygulanan trombolitik tedavinin gelişebilecek komplikasyonları nedeniyle hastanın konuya hakim deneyimli sağlık çalışanları tarafından yakinen takip edilmesi gerekmekte ve hastanede boş yatağın bulunması da yatış problemini çözmemektedir.

2.3.KIRMIZI ALAN

Kırmızı alan da tıpkı sarı alan gibi Sağlık Bakanlığı’nca kategori-1 ve kategori-2 olarak ikiye ayrılmış ve örnek durumlarla birlikte açıklığa kavuşturmuştur. Kategori-1; hayati tehlike oluşturan ve hızlı şekilde agresif yaklaşım ile eş zamanlı olarak acil değerlendirme ve tedavi gerektiren durumları içerir. Bu durumların varlığında hasta bekletilmeden ivedilikle kırmızı alana alınır. Hastanın kardiyak arrest, solunumsal arrest, havayolu tıkanıklığı riski, major çoklu travma, solunum sayısı <10/dakika, Sistolik Kan Basıncı<80mmHg. (yetişkin) veya genel durumu bozukluğu olan çocuk veya infantlar, sadece ağrıya yanıt veren ya da yanıtı olmayan hastalar, uzamış veya devamlılık gösteren nöbet ve benzeri durumlar kategori-1 durumuna verilebilecek

örneklerdir. Bu hastalar acil servislere genelde ambulans ile başvuran hastalardır, ayaktan giriş yapmazlar. Bu nedenledir ki hastalar triyaj alanına giriş yapmadan durumlarının aciliyeti nedeniyle direkt kırmızı alana kabul edilirler. Acil hekiminin hastayı çok hızlı değerlendirerek doğru tanılarını düşünmesi ve tedaviye ivedilikle başlaması gerekmektedir. Hatta çoğu durumda hastanın aciliyeti nedeniyle önce tedaviye başlanıp sonrasında tanı ve ayırıcı tanı işlemleri yapılır. Buna örnek vermek gerekirse; acil servise kardiyak ya da solunum arresti ile gelen hastada öncelikle hastanın hayata döndürülmesi için gereken işlemler yapılır; hasta entübe edilip kardiyopulmoner resüsitasyona başlanır sonrasında yaşamsal fonksiyonları sağlanan hastanın fonksiyonlarını devam ettirmek için gereken tedaviler planlanır ve bu noktada hastada arreste neden olan durum araştırılmaya başlanır. Araştırma noktasında Elektrokardiyografi (EKG), kan gazı (KG), tam kan tahlili (TKT), kokuşasyon testleri ve kan biyokimya parametreleri için örnekler hasta başı acil kırmızı alanda alınabilir ancak bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüleme gibi ileri tetkikler kırmızı alanda yapılamayacağı için öncelikle hastanın stabilizasyonunun sağlanması gerekir ancak hasta stabilize edilmeden de BT görüntüleme gerekirse acil hekimi gerekli müdahale için ilaç ve teçhizatı yanına alarak, en az bir sağlık çalışanın da eşliğinde hastayı görüntülemeye götürebilir. Bu örnekler her bir hasta ve hastalık için çoğaltılabilir. Verilen örnekten de anlaşılacağı üzere hastanın acil servis başvuru nedeni aynı olmakla beraber direkt nedene yönelik tedavi başlanırken hastanın klinik durumunun stabil olup olmamasına göre izlenecek yollar farklı olmaktadır, sonuçta "tıpta hastalık yok hasta var" prensibiyle hareket etmek gerekmektedir.

Kategori-2 ise hayati tehdit olasılığı yüksek olup, 10 dakika içerisinde hızlıca değerlendirilip tedavi edilmesi gereken durumları kapsamaktadır. Herhangi bir sebeple toksik dozda ilaç alımı olan hastanın bilinç durumunun yanıtsız olması veya ventilasyon sayısının azalması, iskemik tipte ağrıya benzer göğüs ağrısı, yardımcı solunum kaslarının devreye girdiği veya pulse oksimetri değerinin $<90\%$ 'in altında seyrettiği ciddi dispnesi olan hastalar, şiddetli stridorun eşlik ettiği veya yutkunma güçlüğü ile beraber olan havayolu tıkanıklığı riski olan hastalar, dolaşım bozukluklarından; nemli ve soğuk deri perfüzyon bozukluğunu, kalp hızının 50nin altında olması veya 150nin üzerinde olması ve/veya hemodinamik bulgularla beraber olan hipotansiyon gibi durumlar, akut hemipleji, hemiparazi, letarjiye eşlik eden ateş (her yaş), irrigasyon ihtiyacı olabilecek asit/alkali ile göz teması, majör fraktür veya amputasyon ile sonuçlanan ciddi lokalize travma, herhangi bir sebeple olan ciddi ağrı,

önemli sedatif ajanların veya diğer toksik maddelerin oral alımı, davranışsal/psikiyatrik şiddet içeren agresif davranışlardan ise suicidal veya homicidal davranışlar kategori-2 alanı için örnek verilebilecek teşhis ve tedavi gerektiren durumlara örnektir. Kategori 2 de yer alan hastalar da acil hekimleri tarafından çok hızlı tanınıp tedavi edilmesi gereken gruptur. Bu hastalara müdahalenin tanımda yer alan 10 dk. ile sınırlı olması yanıtıcı olmamalıdır.

Renk kodlaması bilgilendirmesi ışığında şunu da belirtmeden geçmemek gerekir. Triyaj hizmeti veren sağlık çalışanını bu konuda gerekli eğitimi almış olması ve buna uygun triyaj yapması önemlidir. Zaten bu konuda yapılan yayınlar da triyaj eğitiminin önemine vurgu yapmakta, eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında eğitim sonrası triyaj sınıflamasının daha doğru yapıldığını belirtmektedir¹⁰.

Özellikle eğitim ve araştırma hastanelerinin acil servis başvuru sayılarının yüksek olması nedeniyle hastaların sıhhati açısından doğru triyajın yapılması da ayrıca önemlidir. Tüm önlemlerin alınmasına rağmen hastanın kendini ve şikayetini doğru ifade edememesi nedeniyle triyaj kategorileri yanlış yapılabilir, bu durumda genelde yeşil ve sarı alan kodlaması esnasında yaşanmaktadır. Her ne olursa olsun acil servisin hasta yoğunluğuna ve alanlardaki istenmeyen yığılmalara göre kırmızı alan Kategori 2 hastaları geçici süreler için sarı alanda takip altında tutulabilmekte, ilk fırsatta kırmızı alana devredilmektedir. Bugünkü şartlarda eğitim ve araştırma hastanelerinin acil servislerinde acil tıp uzmanlarının bulunması hasta takiplerinin ideal seviyede yapılmasını sağlamakta, buda ülkedeki acil sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmaktadır.

BÖLÜM 2: ACİLDE HATALI TIBBİ UYGULAMA VE HEKİMİN SORUMLULUKLARI

1- GENEL OLARAK

Tıbbi hata, bir doktorun önlem almaması, dikkatsiz olması, mesleki bilgisinin yetersizliği veya kurallara uymaması sonucunda tedavi ve bakım standartlarını uygun şekilde yerine getirmemesi nedeniyle başkasına zarar vermesidir. Bu tanım TCK' daki "tedbirsizlik, dikkatsizlik, meslek ve sanatta acemilik" kavramlarıyla örtüşmektedir.

¹⁰ Orhan Çınar, Erdem Çevik, Necati Salman, ve diğerleri " ' Emergency Severity Index Triyaj Sistemi ve Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisinde Uygulama Deneyimi", Türkiye Acil Tıp Dergisi, 2010, s.10, syf 126-131.

Sorumluluk kusura dayalı genel sorumluluktur. Dolayısıyla hekimin sorumluluğunu doğuran da kusurlu uygulama hatasıdır ancak komplikasyon nedeniyle hekim sorumlu tutulmamalıdır¹¹.

Tıbbi malpraktis, ya da tıbbi hata Türk Tabipler Birliği Etik İlkelerinin 13. maddesinde; “Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi; hekimliğin kötü uygulanması” olarak tanımlanmaktadır.

Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı’nın 3. maddesinde ise “Tıbbi Kötü Uygulama” kavramı kullanılmış ve bu kavram, “sağlık personelinin, kasıt veya kusur veya ihmal ile standart uygulamayı yapmaması, bilgi veya beceri eksikliği ile yanlış veya eksik teşhiste bulunması veya yanlış tedavi uygulaması veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan ve zarar meydana getiren fiil ve durum” şeklinde tanımlanmıştır. Ayrıca malpraktis için öğretilerde “bir doktorun itinasızca veya yanlış tedavisi”, “hatalı davranış veya görev ihmali sonucu bir yaralanmaya ya da zarara yol açma” veya “hekimin hastasının standart tedavisini yaparken başarısızlığı, beceri eksikliği ya da ihmali nedeniyle zarar vermesi” şeklinde de tanımlanmaktadır¹².

Hastanın tanı ve tedavisi esnasında gelişen istenmeyen durumlar; bazen komplikasyon bazen de tıbbi malpraktis olarak değerlendirilmektedir.

Unutulmamalıdır ki tıbbi müdahaleler izin verilen risk kapsamında değerlendirilmektedir. Tıbbi müdahalelerde, zararlı bir neticenin her an meydana gelebileceği bilinmelidir. Bu olumsuzluklardan önlenemez nitelikte olanlar için hekim tarafından gereken önlemler alınır ve oluşması engellenir. Gereken tüm önlemler alınmış olmasına rağmen yine de olumsuz sonuç gerçekleşmişse hastanın hukuka uygun onamının alınmış olması şartı ile hekim sorumlu tutulmaz. Çünkü izin verilen risk alanı içinde bir zarar oluşmuştur. Bu durum hekimin gerekli özen ve dikkati göstermesine rağmen meydana gelebilir, bu neticeler tıbbi müdahalenin normal sapmaları, riskleri olarak değerlendirilmelidir¹³ ve oluşan sonuçlar komplikasyon olarak değerlendirilebilir.

Zira her tıbbi müdahalenin öngörülebilir olumsuz sonuçları vardır ve bu öngörülebilir olumsuz sonuçların önlenemez olup olmadığı noktasından yola çıkmak gerekmektedir.

¹¹ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 820.

¹² Selvi Özçetin, Murat Balaban, Türkiye Sağlık Vakfı, 2. Bs., (Ankara:Seçkin Kitapevi, 2016), syf 32.

¹³ Yener Ünver, Ceza Hukukunda İzin Verilen Risk, İstanbul 1998.

Tıpta halen birçok belirsizliğin olması ve insanın fizyolojisinin bireyler arasında farklılık göstermesi, aynı şikâyetin birçok hastalıkta görülebilmesi, her hastalığın gelişiminde bireyler arasında farklılık olması, insan anatomisinin karmaşık olması ve cerrahi müdahalelerin hepsinin risk taşıması nedeniyle tıbbi müdahale izin verilen risk içerisinde mütalaa edilmelidir¹⁴. Tıbbi gerek ve kurallara uygun davranılması kaidesi burada önemlidir. Gerekenler yapılmış ancak sonuç değişmemişse, oluşan sonuçtan hekim ve hastane sorumlu tutulamaz¹⁵.

Hakeri bu konuda hekimin özen yükümlülüğünü getirmemesi nedeniyle hukuken taksirli harekette bulunabileceğine ve kusurlu olacağına dikkat çekmiştir. Taksir eylemden kastın ise ‘...hekimin kusurunun bulunması, sübjektif olarak, hekimin kişisel yetenek ve bireysel birikimine göre gerekli özeni gösterebilecek durumda olmasına rağmen göstermemesi...’ olarak tanımlamaktadır. Hekimin taksirden dolayı sorumluluğunun ikinci şartının da neticenin sübjektif olarak öngörülebilir olması olduğunu belirtmiştir¹⁶.

Hekimin mesleki statüsünün ve meslekte geçirdiği süre hatalı tıbbi uygulama açısından önemlidir. Uygulamada mesleğe yeni başlamış bir uzman ile tecrübeli bir uzmanın özen yükümlülüğünün aynı olmadığı, yeni uzmanın kıdemli bir asistan ile denk tutulması gerektiği kabul edilmektedir¹⁶. Öğretide uzman hekimden beklenen özenin pratisyen hekime nazaran daha fazla olması gerektiği kabul görmektedir^{17,18}. Bu konuda Hakeri, hekimin uzman ve pratisyen olması arasında özen yükümlülüğü açısından fark olmadığını ancak hekimin uzman olduğu için tıbbi bilgi anlamında daha donanımlı olması beklendiğini ifade ederek özen yükümlülüğünün hekimin statüsü ile alakalı olmadığını vurgulamıştır. Her statüde görev yapan hekimin hastasına benzer şekilde özen göstermesi gerekliliğini savunmaktadır¹⁹.

¹⁴ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 820.

¹⁵ 13. HD, 18.09.2008, 4519/10750.

¹⁶ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 821.

¹⁷ HANCI, syf 157.

¹⁸ Aşcıoğlu, Çetin, ‘‘Hekimlerin Sorumluluğunda Kusur ve Belirlenmesi’’, Yüksek Teknoloji Tıbbi ve hekim Hasta İlişkisi, (Editörler: Öncel/Namal/Demirhan Erdemir/Ertin/Atıcı), İstanbul 2006, syf 198.

¹⁹ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 822.

Acil serviste çalışan hekimler; pratisyen, acil tıp asistanı ve acil tıp uzmanları ile başasistan, yardımcı doçent, doçent ve profesör kadrosunda yer alan öğretim üyelerinden oluşmaktadır. Tüm bu hekimlerin tıp fakültesi mezunu oldukları göz önüne alınır, hekimin hastaya karşı ilk sorumluluğunun da özen yükümlülüğü olması nedeniyle, özen konusunda Hakeri' nin belirttiği farklılığın olmaması önemlidir. Örnekleme gerekirse acil servise göğüs ağrısı şikayetiyle başvuran hastanın MI olma ihtimali nedeniyle ilk EKG' sinin 10 dakika içinde çekilip değerlendirilmesi²⁰ gerekliliğini tüm hekimlerin bilmesi ve uygulaması gerekmektedir.

Tam da bu noktada hekimler açısından önemli olan bir bilgide; hekimin, tıp fakültesinde kötü eğitim aldığı, yeterli tecrübesi olmadığı, alanındaki gelişmeler konusunda yeterli takibi yapamadığı vb mazeretlerle hukuki sorumluluğunun yok sayılamayacağıdır²¹. Acil tıp asistanlığı yapan hekimler açısından durumu değerlendirdiğimde ise, eğitim araştırma ve üniversite hastanelerinde günümüz şartlarında eğitim görevlisi olmayan kliniğin olmaması, akıllı telefonlar ve bilgisayar kullanımının hayatımızda yaygınlaşması ve internet aracılığıyla bilgiye ulaşılmasının oldukça kolay olması gibi sebeplerle asistanın yeterli eğitim alamaması gibi bir gerekçenin sadece hukukten değil hekimlik mesleğinin gerekleri dâhilinde de uygun olmadığı kanaatindeyim. Bu bahsi geçen durum tabii ki diğer hekimleri için de geçerlidir.

Acil servislerde verilen hizmetin belli bir standartta olması, keza acil tıp eğitiminin de belirli bir standartta verilmesi tıbben uygun olandır. Hukuki olarak da acil servislerde tıbbi standartta farklılığa müsaade edilemeyeceği ve durumun acil olması nedeniyle farklılığın olmaması gerektiği yönündedir²².

Acil servislerde, özellikle de zaman baskısı yoğun olan sarı ve kırmızı alanlarda kanaatimizce, hekimin sorumluluğu sınırlanmaktadır. Zaman sıkışıklığı, hekimin genel tıbbi müdahalelerde beklenen özeni göstermesinde mümkün olmayabilir. Acil hekimi tüm bu kaosun ortasında en doğru karara verecek yeterlilikte olmalı ve hastalıklar ile alakalı güncel hastalık kılavuzlarının belirttiği sistematik yolağı izlemelidir. Dinamik olan bilimin kendini ilgilendiren kısmını da yakinen takip

²⁰ 2017 ESC STEMI Kılavuzu, <https://www.acilci.net/2017-esc-stemi-kilavuzu/> (Erişim: 15.04.2019)

²¹ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 825.

²² Age 2017 ESC SREMI Kılavuzu

etmelidir. Tüm bunlara rağmen acil yoğunluğu nedeniyle çeşitli sıkıntılı durumlar gelişebilir. Acil hekiminin de bu durumda zaman kısıtlılığı ispatını yapması beklenir. Somut olayın gerektirdiği haller haricinde özen yükümlülüğüne uyulması gerekliliği de unutulmamalıdır.

Hekimin özen yükümlülüğünün ihlali genel olarak; uygulama kusuru (tedavi kusuru), aydınlatma kusuru ve organizasyon kusuru olmak üzere üç alanda yoğunlaşmıştır²³. Bunların tümüne birden de ‘malpraktis’ denir. Tüm hekimler gibi acil hekimlerinin de bu hukuki konularda bilgi sahibi olması endikasyon dışı olan malpraktise sebep olabilecek durumların ayırımını yapabilmesi gerekmektedir.

2-ACİL SERVİSTE TIBBİ STANDART

Tıbbi standart, hekimin hastasını tedavi edebilmesi için gerekli olan ve yapılan çalışmalarla denenerek ispatlanan, hekim tecrübesi ve beşeri bilimlerinin o dönemde ulaştığı düzeyi ifade etmektedir. Tıbbi standart kavramı ile anlatılmak istenen; ‘tıp bilimlerinin genel olarak tanınıp kabul edilmiş kuralları’, bir diğer ifadeyle, ‘denenmiş ve bilinen temel meslek kurallarıdır’²⁴. Kısaca tıp biliminin ilke ve kuralları tıbbi standartı oluşturur²⁵.

Mevzuatta hekimliğin tıbbi standartları ile alakalı çok sayıda hüküm yer almaktadır. Bunlara kısaca göz atmak gerekirse; Biyo-Tıp Sözleşmesi (md. 4) ‘Araştırma dâhil, sağlık alanında herhangi bir müdahalenin, ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak yapılması gerekir’ demektir. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi md. 13/1’ de ‘Hekim, ilmi icaplara uygun olarak teşhis koyar ve gereken tedaviyi tatbik eder’ 13/2’ de ise ‘tababet prensip ve kaidelerine aykırı ... mahiyette teşhis ve tedavi yasaktır’ yazmaktadır. Hasta Hakları Yönetmeliği’ nde (md. 11) ise ‘Hasta, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını istemek hakkına sahiptir’ denilmektedir. Türk Tabipler Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları md. 5’de de ‘Hekimin öncelikli görevi, hastalıkları önlemeye ve bilimsel gereklilikleri yerine getirerek hastaları iyileştirmeye çalışarak insanın yaşamını ve sağlığını korumaktır...bu yükümlülükleri yerine getirebilmek için gelişmeleri yakından izler’ yer almaktadır²⁶.

²³ Age 2017 ESC SREMI Kılavuzu

²⁴ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 827; AYAN syf 105

²⁵ Bayraktar, Köksal. Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu, İstanbul, 1972, syf 147-149.

²⁶ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 825-826.

Hekimlik kendine özgü bir meslektir. Hem doğayı bilmek hem de insanı tanımak ve el becerisine sahip olmak gereklidir. Teorik bilgi ve pratikle olayları değerlendirebilme yetisine sahip olmaları da gerekir. Hekim güncel kılavuzları da takip ederek hastalarına tanı koyup tedavi etmelidir. Hukuki olarak da hekimin yaklaşımında ‘standart’ kavramı kullanılmakta, bu kavram ile olaylara ve tehlikelere devamlı uyum sağlayan bir süreç ifade edilmektedir²⁷. Standart tedavi yöntemleri uygulandığı zaman dilimine göre farklı olabileceği için somut olayın değerlendirilmesi de hekimin müdahaleyi yaptığı zaman dilimindeki standart tedaviye göre değerlendirilmelidir. Psikiyatri hastalarında 20. yüzyılın başında frontal lobotomi tedavisi uygulanırken, günümüzde bu işlem oldukça travmatik bulunmakta ve genel anlamda uygulanmaması tercih edilmemektedir.

Hakeri tıbbi standardın sağlanmasını ülkemiz açısından değerlendirmiş ve ilgili bilim dallarınca yayınlanan kılavuzlara göre belirlenebileceğini ancak bunlarında kesin ve nihai olmadığını ifade etmiştir²⁸.

Hekim açısından mezun olunan tıp fakültesi ile uzmanlık aldığı kuruluşun düzeyi önemsizdir. Ülkemizdeki tıbbi standardı aldığı diploma nedeniyle bildiği kabul edilir²⁹. Hastane ortamında verilen hizmetin tıbbi standardı uzman hekim düzeyinde olduğu kabul edilmektedir. Bu standart, müdahalenin uzman olmayan hekim tarafından (stajyer veya asistan) yapılması durumunda da sağlanmalıdır³⁰. Tam da bu noktada belirtmeliyim ki; pratisyen hekimin yapabileceği tüm işlemleri asistan hekim olan tıpta uzmanlık öğrencisi de yapabilir. Ancak santral venöz kateterizasyon işlemi gibi ehil el isteyen bir işlem yapılması gerektiğinde, asistan hekimin bu işlemi öncelikle uzman gözetiminde yaparak öğrenmesi gerektiğini aklından çıkarmaması lazımdır.

Günümüz şartlarında internet ağının yaygınlaşması, ulaşılabilirliğinin kolaylaşması ve bilgiye erişimin geçmişe göre çok daha kolay olması nedeniyle tıbbi standartların takibi ve uygulanabilirliği kolaylaşmıştır. Hastalıkların güncel kılavuzlarının hekim tarafından takibinin yapılması da modern tıp biliminin gereklerini yerine getirmesini sağlamaktadır. Ayrıca birçok dergiye internet erişiminin olması, üniversite kütüphanelerine uzaktan erişimin personeline açık olması da bilgiye ulaşmayı ve

²⁷ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 826.

²⁸ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 825-826.

²⁹ AŞCIOĞLU, syf 78.

³⁰ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 832.

kullanmayı gerektirmektedir. Unutmamak gerekir ki hekimin mesleği ile alakalı gelişmeleri takip etmesi sadece tıbbi değil, hukuki açıdan da yükümlülüğüdür.

Acil servislerde farklı bir tıbbi standarda müsaade edilmemesi, dolayısıyla da hasta açısından gerekli olan tıbbi standardın acil servis hekimleri ve yöneticileri tarafından sağlanması ve uygulanması gerekmektedir. Gerekli tıbbi standardın sağlanmış olduğu bir acil serviste de somut olay temelinde tıbbi standarttan küçük sapmaların olabileceği ve bunlarında genel kurallar çerçevesinde hukuka uygunluğu değiştirmedeği kabul edilir³¹. Yalnız bu küçük farklılıkların, istisnai durumlarında somut olay temelinde değerlendirilmesi gerektiğini ve alışkanlık haline de getirilmemesi gerektiği kanaatindeyim.

Tıpta aynı hastalığın farklı kişilerde farklı şikayetleri ve bulguları ortaya çıkarması nedeniyle, ayrıca hastaya özel boy, kilo, renk (sarışın, esmer, kızıl, vb), etnik köken, eşlik eden hastalık gibi faktörler sebebiyle yani kısaca ‘‘hastalık olmayıp hasta olması’’ nedeniyle sadece acil hekimliğinde değil diğer tüm branşlarda tıbbi standardı sağlamak zor olabilir. Hekimin güncel tanı ve tedavi kılavuzlarının yakinen takip etmesi ve dolayısıyla da modern tıbbin gereklerine vakıf olması tıbbi standardı sağlamasını kolaylaştırır. Hasta temelindeki kişisel farklılıkların hekimin tıbbi standardı sağlama zorunluluğunu ortadan kaldırmadığı düşüncesindeyim.

3- HATALI TIBBİ UYGULAMA KAVRAMI

Hatalı tıbbi uygulama standart tedavinin uygulanmaması veya gereğinden fazla uygulanması sonucu icrai veya ihmali bir hareket sonucu ortaya çıkabilir. Hakeri'ye göre hekimin özen yükümlülüğü ihlali sonucu tıbbi uygulama hatası ortaya çıkar. Hekimin özen yükümlülüğü üç alanda yoğunlaşmaktadır: hastanın tedavisi, seçilen tıbbi tedbir, operasyon ve sonrası; hastanın aydınlatılması ve fizik muayene; klinik organizasyon eksikleri nedeniyledir³². Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi mad. 13 de ‘‘ tabip veya dış tabibi, ilmi icaplara uygun olarak teşhis koyar ve gereken tedaviyi tatbik eder. Bu faaliyetlerinin mutlak surette şifa ile neticelenmemesinden dolayı, deontoloji bakımından muaheze edilemez’’ denilmektedir. Bu nedendir ki tıbbi müdahaleler izin verilen risk kavramı içinde değerlendirilmelidir³³.

³¹ Hakan Hakeri, Tıp Hukuku El Kitabı, 8. bs.,(Ankara: Seckin Yayıncılık,2014), syf 244.

³² Hakeri Hakan, Tıp Hukukunda Malpraktis Komplikasyon Ayrımı.

[www://www.toraks.org.tr/Download.aspx?book=1664](http://www.toraks.org.tr/Download.aspx?book=1664) (Erişim: 19.07.2019)

³³ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 820.

TTB Hekimlik Meslek Etiği Kurallarınının 13. maddesinde malpraktis (tıbbi hata)' in tanımı yapılmakta olup "Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi "hekimliğin kötü uygulaması" anlamına gelir." şeklinde yer almaktadır.

Dünya Tabipler Birliği 44. Genel Kurul'u sonuç bildirgesinde "Tıbbi kötü uygulama, hekimin tedavi sırasında standart uygulamamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi uygulaması ile oluşan zarardır. Tıbbi uygulama sırasında öngörüleemeyen bilgi ya da beceri noksanlığı sonucu oluşan ise istenmeyen neticedir ve bundan hekimin sorumluluğu yoktur³⁴." şeklinde tıbbi kötü uygulama tanımlanmıştır³⁵.

Hakeri tıbbi uygulama hatası, tıbbi hata ve hekimler tarafından kullanılan malpraktis kavramlarının birbirinin yerine kullanılabileceğini belirtiyor. Uygulama hatası denildiğinde tıp biliminin ve tecrübelerin istinaden olması gereken özen yükümlülüğünün yerine getirilmemesi ve bu sebeple de duruma uygun olmayan her türlü hekim müdahalesi anlaşılmaktadır. Hekimin davranışının tüm aşamaları; müdahale öncesi, müdahale ve sonrasını kapsayan uygulama hatası esas alınır¹¹¹.

Uygulama hatasının öğretilerdeki başka bir tanımında da "Doktor ile hasta arasında vekalet sözleşmesi uyarınca doktorun, uygulanabilir bir bakım ya da tedavi standardını ihlal ederek, hastasına zarar vermesi³⁶." denilmektedir.

Hekimin görevi hastayı iyileştirmek değil, hekimin görevi özenli tıbbi müdahaledir. Dolayısıyla Hakeri' nin de değindiği üzere özen yükümlülüğü yerine getirilmek koşuluyla istenmeyen ve öngörüleemeyen sonuçlar malpraktis değil komplikasyondur. Hali hazırda hekimin kusursuz sorumluluğu olduğu yönünde hukuk kararları vardır, bu kararlar Hakeri' nin de dediği gibi hekimleri defansif tıba yönlendirecektir³⁷.

Hatalı tıbbi uygulama açısından acil servis hekimleri daha fazla risk altındadır. Acil hekimlerinin özen yükümlülüğü açısından değerlendirmesini yukarıda yer verdiğim için o konuya ayrıca burada yer vermeyeceğim.

Tıbbi hatayı; teşhis, tedavi ve organizasyon hataları ve sorumlulukları açısından değerlendireceğim.

³⁴ Cemal Öztürkler, Hukuk Uygulamasında Tıbbi Sorumluluk, Teşhis, Tedavi ve Tıbbi Müdahaleden Doğan Tazminat Davaları,2.bs. (Ankara: SeckinYayincilik, 2006), syf 337.

³⁵ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 841.

³⁶ Mustafa Kıcalıoğlu, "Yargı Kararları Işığında Doktorun (Hekimin) Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki Sorumluluğu", Terazi, Yıl: 1, s. 4, Aralık 2006, syf 17-18.

³⁷ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 842-846.

4- TEŞHİS HATASI VE SORUMLULUKLARI

Teşhis koyma yükümlülüğünün yerine getirilebilmesi için, hastaya ve hastalıklarına ait geçmiş bilgileri toplamış (anamnezi); hastanın muayenesini hekim tarafından bizzat yapılmış, hasta ve/veya yakınları ile hastanın şikayeti ve seyri açısından görüşmelerde bulunulmuş; gerekli olduğu düşünülen her türlü laboratuvar tahlili yaptırılmış, direkt grafi ve tomografi çektilmesi gibi görüntüleme amaçlı işlemlerin gerçekleştirmiş olması zorunludur. Tüm bu işlemler, hekimin ilk değerlendirmesi sonrası olası ön tanımlarını dışlamak ve son tanıya ulaşabilmek yani teşhis koyabilmek için olması gerekenlerdir. Dolayısıyla hastalığın tanısına yönelik yapılan araştırmalar sonucunda elde ettiği bulguları hekimin doğru ve düzgün bir biçimde değerlendirmesi ve sonrasında teşhisi koyması gerekmektedir. Aksi durumlarda bir teşhis hatasından söz edilecektir³⁸. Diğer taraftan her teşhis için muhakkak kan tetkiki yapıp, röntgen vb görüntüleme teknikleri yapılmalıdır anlamı da çıkmamalıdır. Bu noktada önemli olan hekimin hastadan iyi anamnez alması ve fizik muayeneyi usulüne uygun yapmasıdır. Bu durumu örneklemek gerekirse; acil servise yeni başlayan ateş ve boğaz ağrısı ile gelen hastanın akut tonsillit tanısı sadece öykü ve fizik muayene ile konulur, istisnai durumlar dışında ne ileri tetkik ihtiyacı nede acil serviste hidrasyon (Hastaya damar yolu açılarak damardan sıvı verilmesi işlemidir.) ihtiyacı vardır. Şahsi düşüncem hekimin hastayı ve kliniğini iyi analiz etmesi ve sonrasında ek tetkik ihtiyacını değerlendirmesidir. Ayrıca klinik deneyimim de hekimlerin çömezlik döneminde çok fazla tetkik istediği, kıdem aldıkça gerekli tetkikleri istediği yönündedir.

Hekimin teşhis yükümlülüğünü nasıl yerine getirmesi gerektiğini tarif eden herhangi bir hukuksal düzenleme yoktur³⁹. Hakeri'ye göre hekimin teşhiste başarılı olma yükümlülüğü de yoktur⁴⁰. Hekimin yükümlü olduğu husus, uzmanlığının ve hastalığın gerektirdiği şekilde hareket etmektir⁴¹.

Hekim elindeki tüm olanakları kullanmasına rağmen yanlış değerlendirme sonucunda hatalı teşhis koyabileceği gibi, teşhis hatası; yetersiz ya da geç teşhis veya teşhisin hiç

³⁸ Mehmet DEMİR, Hekimin Sözleşmeden Doğan Sorumluluğu, AÜHFD, Yıl 2008, syf 239 <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/38/1498/16520.pdf> (Erişim: 11.04.2019)

³⁹ Zarife Senocak, Özel Hukukta Hekimin Sorumluluğu, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayınları, Ankara, 1998, syf 61.

⁴⁰ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 852.

⁴¹ 4. CD, 14.06.2006, 52/12500.

yapılmaması şeklinde de olabilir⁴². Hekimin sadece teşhisi koyması da bazen yeterli olmaz, hastanın durumu ağır ve hayatı tehdit ediyor ise hekimin güvenilir bir sonuç verebilecek bir teşhis yöntemi seçmesi gerekir. Acil hekimliğinde bu durumu örneklemek gerekirse; geçirdiği operasyon nedeniyle yatak istirahatinde olan hastanın ani başlayan nefes darlığı nedeniyle acil servise başvurusunda hastanın pulmoner emboli açısından değerlendirilmesi gerektiği hekiminin aklına gelmeli ve bunun için istenmesi gereken testler ve görüntüleme yöntemleri zaman kaybetmeden yapılmalıdır. Ancak hastanın klinik durumunun unstabil olması halinde tetkik ve görüntüleme öncesi tedavisi başlanarak stabilizasyon sağlandıktan sonra bu işlemler yapılabilir. Kısaca acil hekimliğinde bazen tedavi tanının önüne geçer. Sonuç olarak somut olay bazında hekimin hastayı değerlendirerek hasta için en uygun olanı seçmesi gerekir. Ancak akıldan çıkarılmamalıdır ki uygulamada hekimin mutlak yapması gereken tetkikleri yapmaması, ağır uygulama hatası olarak kabul edilmektedir¹¹⁸.

Hastanın hayati tehlikesinin olması ya da kuvvetle ihtimal hayati tehlike oluşacağı öngörülmesi durumunda TCK 83. maddesi uyarınca hekimin müdahalesi zorunludur. “Kişinin yükümlü olduğu belli bir icrai davranışı gerçekleştirmemesi dolayısıyla meydana gelen ölüm neticesinden sorumlu tutulabilmesi için, bu neticenin oluşumuna sebebiyet veren yükümlülük ihmalinin icrai davranışa eşdeğer olması gerekir.” şeklindedir.

Hekimler için ayrıca Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 3. maddesinde; “Tabip ihtisası ne olursa olsun gerekli bakımın sağlanamadığı olgularda zorunlu sebep olmadıkça ilk yardımda bulunur.” denilmektedir. Tüm bu mevzuat ışığında hekimlerin tümünün acil durumlardaki hastaya müdahalesi zorunludur. Tedavi etmeyi reddetme gibi bir hakkı yoktur. Tüm hekimlerin ilk yardım konusunda yeterli bilgi birikiminin olması ve gereklilik halinde uygulaması gerekmektedir. Ben fizik tedavi, göz, cerrahi vb uzmanıyım ilk yardım bilmiyorum gibi bir gerekçenin hukuki olarak kabul görmeyeceği aşıkardır. Bununla birlikte Acil Hizmet Yönetmeliğine göre acil tıbbi müdahale tüm kamu hastanelerinde ücretsiz olarak yapılmaktadır. Özel Hastanelerde de Özel Hastaneler Yönetmeliği gereğince hastanın ücreti ödeyemeyeceği ya da sosyal güvencesi olmamasına bakılmaksızın hekimin acil durumlarda hastaya müdahale etmemesi yönetmeliğe aykırılık teşkil eder. Ayrıca hekimin acil hastaya müdahale

⁴² HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 854.

etmemesi sonucunda oluşan zarara göre hekim, TCK'nın kasten veya taksirle öldürme veya yaralama suçlarının yer aldığı ilgili kısımları tgemel alınarak sorumlu tutulabilir. Ancak müdahalenin yapılmak istenmesi ancak yapılamamasında hastane ya da hekimin yetersizliği mevcutsa daha donanımlı bir hastane veya konunun uzmanına sevk bu durumun ayrık noktasını oluşturur. Acil hizmet yönetmeliği, hasta nakilleri yönetmeliği 09.01.2009 tarih ve B.10.4.ISM.4.55.00.82 sayılı genelgesinin 3. ve 4. maddelerinde ise acildeki hekimin, hastayı kendisini ya da görev yaptığı hastanenin imkanlarını yetersiz olması durumunda hastayı daha üst seviyedeki sağlık hizmeti veren merkeze ya da uzman hekime yönlendirmesi konusunda şarta bağlanmıştır. Ancak sevk edilecek merkezin hastayı kabul şartı gereklidir. Acil gibi zamanın tartışmasız çok önemli olduğu durumlarda hekim konu ile alakalı telefon ile onay almak ya da alınmaz ise Komuta Kontrol Merkezi (KKM) ile görüşme sağlayarak sevk zincirini usulüne uygun sağlayabilir. Hukuki anlamda tüm bunlar hem hasta hem doktor haklarına hem de hastanın Anayasal haklarına aykırıdır⁴³. Tıbbi anlamda ise acil hallerde kişinin daha üst ve donanımlı bir merkeze sevkinin hastanın ideal tedaviye hızlı bir şekilde ulaşacağı anlamına gelmediğini belirtmek lazım. Örnekleme gerekirse göğüs ağrısı ile acil servise başvuran ve ilk 10 dakikada çekilen ve değerlendirilen EKG'sinde ST segmentinde elevasyon tespit edilerek STEMI (ST eleve miyokard infarktüsü) tanısı alan hastanın bugünkü bilgiler eşliğinde acil olarak perkütan koroner girişim (PCI) ihtiyacı vardır. Ancak her sağlık merkezinde yapılamayan bu ileri tetkik ve tedavi işleminin yapılabilmesi için hastanın sevk edilmesi zorunluluğu doğabilir. Bu sevk işleminin belirli bir koordinasyon içinde yürütülmesi ve hastanın acil başvurusundan itibaren 90 ila 120 dk. içinde PCI işlemine alınmış ve tıkanıklığa neden olan damara işlem yapılmış olması gerekir⁴⁴. PCI işlemini yapan merkezler ile görüşerek işlem yapılacak cihazda problem olmadığını tespiti, ilgili merkezde masada eş zamanlı işlem bekleyen ya da gören hastanın olmadığını ve

⁴³ ‘‘ Hastanın sevk edilmesine karar verilmesi durumunda öncelikli olarak 112 Komuta Kontrol Merkezi (KKM) aranarak sevk edilmesi düşünülen hastanelerin yatak durumları hakkında bilgi alınacak ve sevk yapılacak hastaneye karar verilecektir.

Hastanın sevkine yetkili doktor tarafından karşı hastane aranacak ve ilgili uzman tabip, nöbetçi tabip yada nöbetçi sorumlu asistanla görüşülecektir. Karşılıklı görüşme ile hastanın sevkinde mutabakat sağlandıktan sonra 112 KKM'den sevk için ambulans talep edilecektir. Ambulans talebinde bulunulurken hastanın hangi hastaneye gönderileceği ve sevk için hangi doktorla görüşüldüğü bildirilecektir.’’

⁴⁴ STEMI Reperfüzyon Tedavisi Klinik Rehberi / ACEP 2017, <https://www.acilci.net/stemi-reperfuzyon-tedavisi-klinik-rehberi-acep/> (Erişim: 14.04.2019)

işlem sonrasında hastanın takibi için yatak yerinin varlığının tespitini KKM yapmaktadır. Zaten hastası ile ciddi anlamda ilgilenen acil hekiminin iş yükünü hafifleten ve asıl olarak hastaya daha fazla zaman ayırılmasına ve yakın takibe olanak sağlayan bu uygulama, sonuç olarak iyi işletilmesi kaydıyla tıbben uygundur. Uygunsuz sevk ile alakalı olarak, acil servise nöbet ile gelen 18 yaş altı hasta nöroloji asistanı tarafından karşılanıp, ilk muayene ve tedavi sonrası taburcu edilmiş. Hastanın şikayetinin tekrarlaması üzerine yakınları tarafından tekrar getirilmiş ve ilk bakan hekim tarafından çocuk acile yönlendirilmiş, çocuk hekimlerinin hastayı kabul etmemesi üzerine tekrar nöroloji hekimine başvuruda bulunulmuş. Nöroloji hekimide yapacağı bir şey olmadığını ifade etmesi üzerine yakınları tarafından başka bir sağlık merkezine (üniversite hastanesine) götürülen hasta o hastanede yoğun bakım yatış kararı verilmesi ancak ilgili hastanede yoğun bakım yeri olmadığı için başka bir yoğun bakıma sevk edilmiş ve hasta 9. günde ölmüş. Yerel mahkeme nöroloji asistanını suçlu bulmuş ancak Yargıtay yeterli soruşturma yapılmaması gerekçesiyle kararı bozmuştur⁴⁵. Bu olayda birkaç eksik olduğunu düşünmekteyim, sağlık hizmeti ihtiyacı olan ancak ilgili hastanede uygun tedaviyi alamayacak hastanın sevk kararı verilmişse, bu kararı veren hekimin sevk zincirine uyması gerekmektedir. Bu konuda eksiklikler olmuş ve maalesef hasta açısından ağır sonuçları olmuştur. Bir diğer konuda hastanın 18 yaş olması durumunda işleyişte yaşanan sorunlar. Bu vakada da hasta yaşı nedeniyle iki farklı klinik arasında kalmış ve maalesef hastayı sahiplenen olmamıştır. Açıkcası birincil önemli olan hastanın tanısının koyulup, uygun tedaviyi alabilmesidir yaşı değildir. Acil sağlık hizmetlerinin bu konuda özgül eğitim almış olan acil uzmanları tarafından yapılıyor ve/veya yürütülüyor olmasının ülkemiz açısından yararlı olduğunu düşünmekteyim.

Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliğinin 57. maddesi gereğince hekimin yer olmadığı gerekçesiyle hastayı kabul etmemesi ya da başka bir sağlık kurumuna sevk edilmesinde hekimin sorumluluğu söz konusudur. Hancı' ya göre, doktorun sorumluluğuna karşı idarenin sorumluluğuna, hizmet kusuruna istinaden gitmek mümkündür⁴⁶. Hizmet kusuru; idarenin ifa ile mükellef olduğu herhangi bir kamu hizmetinin kuruluşunda, düzenlenmesinde veya teşkilatında, işleyişinde veya

⁴⁵ YARGITAY 12. CD 2015/16291 E., 2017/5821 K.

⁴⁶ HANCI, syf 69.

personelinde birtakım akasaklıklar, bozukluk, eksiklik veya ihmalin ortaya çıkması şeklinde tanımlanmaktadır⁴⁷.

Acildeki hekimin en önemli sorunlarından biri yeterli anamnez, laboratuvar, görüntüleme yöntemleri ya da konsültasyonlar yapılamadan doğrudan tedaviye geçme zorunluluğundan kaynaklanmaktadır. Ancak hayati tehdit eden ve çeşitli bölümlerde örneklerle açıkladığım arrest durumu, pulmoner emboli, kardiyak tamponad vb durumlarda tedavinin tanının önüne geçtiği de unutulmamalıdır. Acildeki hekimin sorumluluğu, hastayı ilk gördüğü anda başlar ve başka bir hekimin tedaviyi üstlenmesiyle sona erer. Sevk edilen hastalar içinse sevk anına kadar yapmış olduğu tedaviden sorumluluğu devam eder. Ancak sevk esnasında hastanın başına gelebilecek olumsuz durumlar öncesinde başlanan tedavi sebebiyle ve hekim bu olası durumu öngörebiliyorsa bu hekimin sorumluluğunu ortadan kaldırmaz kanaatindeyim.

Özel Hastaneler Kanununun 32. maddesi gereğince özel hastanelere başvuran tüm acil hastalara sağlık güvencesi varlığına bakılmaksızın müdahalede bulunmak zorunludur. Eğer müdahale edilmezse ve sonucunda hastada zarar meydana gelirse hekimin tazminat ve ceza hukuku anlamında sorumluluğu doğacaktır.

BK. madde 52 uyarınca “büyük bir tehlikeyi önlemek amacıyla, aslında yapılması olağan olmayan davranışı gösterme ya da uygulama ”haksız fiil” sayılmaz” denilmektedir. Normal şartlarda daha gelişmiş teknik, alet ya da malzemeler ile yapılması gereken işlemlerin elde mevcut bulunan daha vasat cihazlarla, acil durumlarda hekim tarafından yapılması hasız fiili teşkil etmez⁴⁸. Genellikle vekâletsiz iş görme olarak kabul edilen acil müdahalelerde haksız fiil sorumluluğu ile sözleşme sorumluluğu karşı karşıya gelir ve çatışabilir.

Hekim açısından bir başka önemli durumda; olacakları tıbben önceden bilme ve teşhis etme yükümlülüğünün olmamasıdır. Yani hekim hastayı değerlendirmiş ve mevcut durumu an itibariyle normal olarak değerlendirilmiş ise sonrasında gelişebilecek problemleri hekimin ön görme şansı yoktur. Ancak hekimin sorumluluğu; verileri ve bulguları yanlış değerlendirdiği veya iyi değerlendiremediği durumlarda oluşur⁴⁹. Acil hekimliği için önem arz eden bu durum muhtemelen gelecekte acil hekimliğini

⁴⁷ Bozdağ Ahmet. İdare Hukukunda İdarenin Hizmet Kusuru ve Danıştay Uygulaması. Türk İdare Dergisi, 2010:468;36

⁴⁸ KALEMOĞLU, M., <http://tipbilimleri.turkiyeklinikleri.com/search.php?id=48296> (Erişim: 04.05.2018)

⁴⁹ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 853.

sıkıntıya sokacaktır. Acil servise herhangi bir şikayetle başvuran ve taburcu edilen hastalar, taburculuk sonrası ölebilmekte, hasta yakınları bu sebeple şikayetçi olabilmekte hatta dava açabilmektedir.

Teşhis alanında açık hatalı davranış olarak kabul edilen durumlar; hekimin çok kolay tanınabilecek bir hastalığı, dikkatsizliği veya tecrübesizliği sebebiyle tanıyamaması ya da savunulamayacak bir şekilde tıp bilimine aykırı olarak hastalığı yorumlaması ya da temel verileri araştırmayarak ön tanı ve sonrası kesin tanı için gereken müdahale veya tedavileri ihmal etmesidir⁵⁰. Acil servislerde farklı statü ve kıdemde hekimlerin çalışması nedeniyle tüm bu tıbbi hatalar yapılabilmekte, hekimin değerlendirmesi kıdemine göre somut olay bazında değerlendirilmelidir. Örnek vermem gerekirse santral venöz kateterizasyon işlemi ehil el isteyen veya belirli tecrübeye sahip hekim gözetiminde yapılması ve yaptırılması gereken bir işlemdir. Bu işlemin standartları konusunda tıbbi olarak şüphe olmayıp, tıp biliminin doğası gereği bireyler arasında santral ven yollarında farklılıklar olabilmektedir. Asistanlık eğitimine yeni başlamış bir hekimden bu işlemi usulüne uygun yapmasını beklememek gerekirken, son yıl eğitimini alan bir acil tıp asistanı veya uzman hekimin işlemi usulüne uygun yapmasını beklemek gerektiği kanaatindeyim. Bu örnek bağlamında santral venöz kateterizasyon işleminin yeni asistan tarafından yapılmasının hangi şartlara bağlı olduğu sorusu akla gelebilir. Normal işleyişte asistan hekim bu işlem için önce gözlemci, sonra yardımcı, sonra da uzman hekim gözetiminde uygulayıcı olarak eğitim almaktadır. Tam olarak sorumluluğu da uzmanlık eğitimi tamamlanıp uzman olduktan sonra alır ve ehil el olarak kabul edilir.

5- TEDAVİ HATASI VE SORUMLULUKLARI

Tedavi esas olarak hastanın iyileştirilmesi amacı ile yapılır. Tedavi hatasından bahsedildiğinde; tıp bilimi verilerine göre gerekli olan özenin gösterilmediği her türlü tıbbi müdahale anlaşılmalıdır. Ayrıca uzman hekimin standardına aykırı davranılması gerekir. Hekimin tıbbi müdahale sırasında veya sonrasında yanlış karar vermesi tedavi kusuru olarak değerlendirilir⁵¹.

Tedavi kusuru çok geniş bir yelpazede değerlendirilir. Hekimin standart uygulanan bir tedavide önlenemez hata yapmasından tutunda hekimin riskli ya da eski bir yöntemi kullanması, uygulanan ilaç tedavisinde uygun dozun verilmemesi, uygun teşhis için

⁵⁰ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 853-860.

⁵¹ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 861.

gerekli araştırmalar yapılmayarak yeterince çaba harcanmaması, gerekli olan teknik aletin kullanılmaması veya çalışmaması tedavi kusuru olarak deęerlendirilir⁵².

Burada unutulmamalıdır ki hekimin; “hekimin tedavi özgürlüğü ilkesi” nden hareketle tedavi yöntemini seçmede serbestliği söz konusudur. Ancak yine “Kanıtı Dayalı Tıp” uyarınca bu seçimin gerçekleşmesi gerekmektedir. Tedavinin çeşitliliği de her basamaktan tıbbi malpraktise sebep olabilecek basamaklara göre ayrılmıřtır⁵³. şÖyle ki;

- Tedavinin Hiç Yapılmaması Ya da Yapılmasında Tıbbi Malpraktis

Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanun Tasarısının 3. maddesinde yer alan “tıbbi kötü uygulama” kavramı; “Sağlık personelinin, kast, kusur veya ihmal ile standart uygulamamayı yapmaması bilgi veya beceri eksikliği ile yanlış veya eksik teşhiste bulunması, yanlış tedavi uygulaması veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan ve zarar meydana getiren fiil ve durumu” olarak tanımlanmıştır. Bu tanımdan da anlaşılacağı üzere yanlış tedavi tıbbi malpraktisin konusu içinde yer alabileceği gibi görev ve sorumluluklar çerçevesinde müdahale etmeme ya da geç müdahale etmede tıbbi malpraktis kavramının içinde yer alır. Hukuki açıdan müdahalenin yapılmaması ihmali nitelik taşır.

- Tedavi Yönteminde Tıbbi Malpraktis

Tedavi yöntemini seçmek doktor haklarının 3. maddesinde şöyle tanımlanmıştır: “Çağdaş, Bilimsel Tıp Olanaklarının Uygulanma Hakkı; Tıp Eğitiminde yüksek teknolojinin tıptaki uygulama alanları ile tanışan bir doktorun iş yaşamında tanı ve tedavide söz konusu gelişmeleri yaşamayı istemesi hakkıdır”. Bununla beraber hasta hakları madde 11 uyarınca da hastanın; “Hasta, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını istemek hakkına sahiptir.” şeklinindedir. Vekâlet sözleşmesinde ise vekilin ortaya çıkan sonuçtan değil fiilden sorumlu olmasıdır⁵⁴. Doktoru tedavi yöntemlerini seçme de sorumluluğu vardır, hastaya tam iyilik sonucunu tahhattüt edemez. şahsi kanaatim vekalet sözleşmesi gereği hekim hastası için en uygun tedaviyi modern tıp biliminin çizdiği çerçevede tercih edecektir ancak bu demek değildir ki hasta tamamıyla düzelecek ve tam şifa ile taburcu olacaktır.

⁵² HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 861-862.

⁵³ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 347.

⁵⁴ Fahrettin Aral, Borclar Hukuku, Özel Borçlliskileri, 6 bs. (Ankara: SeckinYayincilik, 2006), syf 407.

- Tedavinin Kendisinde Tıbbi Malpraktis

Tedavi; hastanın sağlığının bozulması ya da bozulabileceği gerekçesiyle hekimin iyileştirme çabasıdır. Tedavi hekimin, hastaya karşı asli sorumluluğudur. Bu sorumluluk BK madde 390'nın 1. fıkrası gereğince; 'bir işçinin göstereceği dikkat ve ihtimamla ve genel kabul görmüş standart tıp tekniklerine uygun şekilde yerine getirmesi gereğidir'⁵⁵. Tedavi kelime anlamı olarak sadece hastalık oluştuktan sonraki değil, olmadan önceki profilaktik tedbirleri de içerir.

6- ORGANİZASYON SORUMLULUĞU

Acil serviste çalışan hekimin organizasyonu sorumluluğuna dair Türkiye Kamu Hastaneleri Eğitim ve İdari Sorumluların Tanıtımı ve Görevlerine Dair Yönerge' de bahsetmiş bulunmaktadır. İlgili yönergenin üçüncü bölümünde yer alan 6. maddesinde Eğitim sorumlusu ve İdari sorumlusunun görevlerinden bahsedilmektedir;

Eğitim sorumlusunun çalıştığı sağlık tesisinin yöneticisinin de görüşünü alması ve istişare etmesi şartıyla; klinikte yürütölen uzmanlık eğitimlerini Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği esaslarına uygun olarak planlaması, uzmanlık öğrencilerinin rotasyonlarının TUK'un uygun gördüğü süre içinde planlanmasını sağlama, uzmanlık öğrencilerinin tez konularının ve tez danışmanlarının belirlenmesi, klinikte yapılması planlanan bilimsel çalışma ve yayınları düzenlemek ve takip etme, klinikteki diğer eğiticilerle eşgüdüm ve koordinasyonu sağlama, uzmanlık öğrencilerinin kanaat notlarını verme ve diğer belgelerini düzenleme, uzmanlık öğrencilerinin tıbbi uygulamalarda gelişiminde üst düzey fayda sağlama, klinik içi eğitim, araştırma, yayın ve mesleki etik ihlallerinin eğitim planlama kurulunda görüşölmesini sağlama, mensubu olduğu kliniğinin eğitim ve tıbbi anlamda gelişimi için her türlü önlemi alma, ulusal ve uluslararası hasta güvenliği, klinik kalite ve verimlilik uygulamaları konusunda bilgi sahibi olup eğitim vererek sürekliliği sağlama, klinikte yıllık planlanan eğitim faaliyetlerinin (kongre, sempozyum, kurs) düzenlenmesini sağlama, asistan karnesini oluşturma ve takibini yapma gibi görevleri tanımlanmıştır.

İdari sorumlunun görevleri ise ilgili sağlık tesisi yöneticisi ve eğitim sorumlusunun da görüşü alınmak ve mutabık kalınma şartıyla; klinikteki hasta bilgilerinin ve kayıtlarının sağlıklı olarak tutulması, istatistik ve bildirimlerin

⁵⁵ Cemal Öztürkler, Hukuk Uygulamasında Tıbbi Sorumluluk, Teşhis, Tedavi ve Tıbbi Müdahaleden Doğan Tazminat Davaları,2 bs. (Ankara: SeckinYayincilik, 2006), syf 94.

oluşturulmasını sağlama, klinik içi kullanılan alet ve malzemelerin temini ve depolanması ile kayıt altına alınması, klinik ve/veya hastane bünyesinde hizmet sunumunda kullanılan tıbbi cihaz ve malzemeler hakkında kullanıcılara eğitim verilmesi, klinik ile alakalı alınan idari kararların uygulamasını takip etme, çalışanların çalışma alanlarını belirleme, görevlendirme, izin ve rapor işlemlerini takip ederek işleyişte olası aksaklıkların önüne geçme, uzmanlık eğitimi kapsamında eğitimin eğitim sorumlusunun planladığı esaslara uygun olarak yürütülmesine katkı sağlama, hizmet içi eğitimde eksikleri tespit ederek düzenlenmesini sağlama, eğitim sorumlusu tarafından bildirilen, kliniğin sağlık hizmeti sunumunda, asistanların uygulamalı eğitim ve kıdemlerini dikkate alarak (Eğitim süreleri ve müfredatta belirlenen yeterlilik ve yetkinliklerine uygun çalışma programı oluşturulmasını temin etmek), Çalışma çizelgeleri (izin-nöbet –ameliyat) oluşturmak ve uygulanmasını sağlama, kliniğin fiziksel alt yapısı ve sağlık hizmeti sunumu esnasında ihtiyaçlarını tedarik etme, adli ve idari konularla alakalı görevlendirme yapma ve kliniğin eğitim ve sağlık hizmet sunumunda kesintisiz sürdürülmesini sağlamasıdır.

İlgili mevzuatta ön planda eğitim görevlerini eğitim sorumlusunun, idari görevleri de idari sorumlunun yürütmesi ve takip etmesi gerektiği tanımlanmış, ancak idari işlerde eğitim sorumlusunun da görüşü alınarak düzenleme yapılması gerektiğinin önemi vurgulanmıştır. 3. Basamak hastanelerde asistan eğitiminin verilmesi nedeniyle eğitim ve hizmetin iç içe yürütülüyor olmasının bu gerekliliği doğurduğunu düşünmekteyim.

BÖLÜM 3: ACİL SERVİS HEKİMİNİN YÜKÜMLÜLÜKLERİ

1- ÖZEN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Hekimin gerek vekalet sözleşmesi gerekse hekimlik mesleğinin gerekliliğinden dolayı birçok yükümlülüğü bulunmaktadır⁵⁶.

Borçlar Kanunu'nun "Şahsen ifa, sadakat ve özen gösterme" başlığı altında yer alan 506. maddesinin ikinci fıkrasında hekimin özen yükümlülüğü "Vekil üstlendiği iş ve hizmetleri, vekâlet verenin haklı menfaatlerini gözeterek, sadakat ve özenle yürütmekle yükümlüdür. " şeklinde düzenlenmiştir.

Tıbbi deontoloji tüzüğü'nün 2. maddesinde: "Tabip ve dış tabibinin başta gelen vazifesi, insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermektir. Tabip ve dış tabibi; hastanın cinsiyeti, ırkı, milliyeti, dini ve mezhebi, ahlaki düşünceleri, karakter ve şahsiyeti, içtimai seviyesi, mevkii ve siyasi kanaati ne olursa

⁵⁶ Hakan Hakeri, Tıp Hukuku,16. bs., (Ankara: SeckinYayincilik, 2019), syf 680.

olsun, muayene ve tedavi hususunda azami dikkat ve ihtimamı göstermekle mükelleftir. “Yer almaktadır.

Ayrıca yine aynı tüzüğün 14. maddesinin birinci fıkrası da hekimin özen yükümlülüğüne ilişkin olarak, ‘‘Tabip ve diş tabibi, hastanın vaziyetinin icap ettirdiği sıhhi ihtimamı gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak ve sıhhatini korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmakla mükelleftir’’ demektedir.

Yukarıda özetlediğim mevzuat hükümleri birlikte değerlendirildiğinde hekimin özen yükümlülüğü, doktrinde de belirtildiği üzere hekimin başta gelen vazifesi olup bütün yükümlülüklerin temelini oluşturmaktadır.

Hekimin uyguladığı işlemlerin riskli olması veya tekel vasfı taşıyan ve üst düzey uzmanlık bilgisi gerekliliği olan faaliyetlerinde istenilen özen daha üst seviyededir. Ancak bu hekimin kıdemi ile özen yükümlülüğü arasında fark olması anlamı taşımamalıdır. Tüm hekimler aldıkları eğitim doğrultusunda hastalarına gereken özeni göstermelidir. Ancak hekimin uygulayacağı işlem özellikli ise ve çeşitli komplikasyonların gelişebilme riski ön görülüyorsa hekimin daha dikkatli ve özenli olmasını beklemenin de hastanın hakkı olduğunu düşünmekteyim. Bu medenledir ki hasta hekimin yaptığı işlem hakkında yetkin olmadığı ve yapılan işlemin amaca uygun olduğunu kabul ettiği ve olası yanlışlığı tespit edemeyeceği ve karşı koyamayacağı için özen yükümlülüğü konusunda yüksek standartlar belirlenmiştir. Bu sebeplerle hukuki olarak hekime herhangi bir ayrıcalık tanınması ve sadece ağır ihlallerden sorumlu tutulması söz konusu değildir.

Hekim, hastasının zarar görmemesi için yalnız mesleki değil, genel hayat tecrübelerine göre herkese yüklenebilecek dikkat ve özeni göstermek, tıbbi çalışmaları esnasında mesleki şartları yerine getirmek, hastasının durumuna değer vererek tıp biliminin güncel kurallarını uygulamalı ve tedavi esnasında olası sorunları öngörerek tedbirini almalıdır. Seçeceği tedavi yöntemi için hastası özelinde en az risk teşkil edeni tercih etmelidir. Kısaca bu şekilde hastasına karşı özen yükümlülüğünü yerine getirmiş olacaktır⁵⁷.

Hekimin özen yükümlülüğünü etkileyen durumlardan biri çalışma süreleridir. Alman hukukunda verilen bir mahkeme kararında; hekimin 19 saat aralıksız çalışma sonrası

⁵⁷ 13 HD, 18.03.2008, 14545/3803. HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. Bs, syf 679.

hata yapan hekimin, tıbbi hata yaptığı ancak konsantrasyon güçlüğü olduğu ve aşırı yorgunluk sonucunda oluşan hatanın hekime yüklenemeyeceğine karar verilmiştir⁵⁸. Acil serviste çalışan hekim için de özen yükümlülüğü önem arz etmekte olup, acil durumlarda hastanın hekim seçebilme özgürlüğünün olmaması, hastanın tıbbi durumunun ciddiyeti sonucu bilincinin açık olmaması veya bilinci açık olsa bile yaşadığı sağlık probleminin şiddeti nedeniyle kendini ifade etmede zorlanması ya da ifade edememesi, resüsitasyon gerekliliği doğuran acil durumlar gibi sebeplerle de acil hekiminin özen yükümlülüğü ayrıca önem arz etmektedir. Poliklinik şartlarında zaman kısıtlaması olmaması nedeniyle hastalar şikayetlerine yönelik hekim seçimini zamana yayabilirken ve daha özgürken, acil şartlarda hastanın içinde bulunduğu durumun aciliyeti nedeniyle en yakın sağlık merkezine başvurması ve/veya hasta yakınları veya 112 ambulans servisi aracılığıyla hastaneye götürülmesi nedeniyle hekim seçiminde tercih kısıtlılığı olmaktadır. Tam da bu noktada acil hallerde hastanın kronik sorunlarının takibinin yapıldığı sağlık merkezini ve hekimini istemesi halinde ne yapılması gerektiği gelebilir. Eğer hasta yakınları tarafından hastaneye getiriliyorsa genelde takipli olduğu merkez tercih ediliyor, ancak 112 ekipleri tarafından getirilen hasta işleyişte en yakın sağlık merkezine getiriliyor, hastanın durumu stabilize edildikten sonra hastanın veya yakınlarının talebi olması üzerine acil serviste hastadan sorumlu hekim takipli olduğu merkez ile görüşme sağlayıp, hastanın durumu ile ilgili bilgi paylaşımında bulunuyor, takipli hastanenin hastayı kabul etmesi durumunda sevkini gerçekleştiriyor. Hastası için hem mesleki hem de hukuki çerçevede gereken tüm özeni göstermesi, aksi takdirde doğacak sonuçların tıbbi ve hukuki ağırlığının da farkında olması gerekmektedir.

Acil durumlarda hekimin özen yükümlülüğünü değerlendiren Hakeri, hekimin öncelikli olarak gerekeni yapması zorunluluğunu kabul etmekte ve zaman kısıtlaması nedeniyle somut olaylarda eldeki mevcut tıbbi tekniklerin hekimin sorumluluğunu sınırlandırdığını ifade etmekte, hatta hastane dışında yaşanan acil durumlarda hekimin tıbbi imkânsızlıklar nedeniyle genel kurallardan sapmasını doğal kabul etmekte ancak acil servislerde özen kriterinin acil durumlarda yumuşatılmayacağını savunmaktadır⁵⁹. Hekimin özen yükümlülüğünün acil hallede somut olay üzerinden değerlendirilmesi kanaatindeyim. Acil hallerde hastanın sağlık durumunun daha ağır

⁵⁸ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs, syf 823.

⁵⁹ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs, syf 824.

olması, hasta yakınlarının daha panik olması kısacası hastanın poliklinik hastası olmaması sadece tıbbi yeterlilik açısından değil hekim açısından da işleri zorlaştırmakta ve üzerindeki baskı nedeniyle acil hekimini yanlış karara sürükleyebilmektedir. Tam da bu nedenle acil hekiminin güncel tıbbi daha yakinen takip etmesi, meslek içi eğitim faaliyetlerine katılması ve kişisel gelişimi için daha fazla emek harcaması gerektiğini düşünmekteyim.

Yargıtay 13. Hukuk Dairesi' nin kararında ‘‘Doktor her ne kadar sonuçtan sorumlu olmasalar da özen yükümlülükleri olması nedeniyle, bu yükümlülüğe uyulmaması sorumluluğu doğurur...’’ şeklinde belirtmiştir. İlgili davada hasta alçı çıkarılması esnasında elektrikli alçı testeresi ile hekim tarafından yaralanmış, hekimin özen yükümlülüğü nedeniyle sorumlu olduğu yönünde karar çıkmıştır. Ayrıca hekimin yaptığı işi özen yükümlülüğü çerçevesinde özenli yapması gerektiği ancak sonuçtan sorumlu olamayacağı vurgulanmıştır. Tıp biliminde modern tıp biliminin tüm gereklerini yerine getirirse de hekim doğacak sonucu değiştiremeyebilir⁶⁰. Yargıtay'ın bu kararı ilk bakışta ortopedi hekimlerini ilgilendiriyor gibi görünse de her gün yüzlerce ortopedi vakasının değerlendirildiği acil servislerde alçı ve atel işlemi acil tıp uzmanı ve asistanı olan hekimler tarafından da rutinde yapılmakta olan bir işlem olup, alçı çıkarma işlemi de aynı hekimler tarafından yapılmaktadır. İş bu nedenle bu karar özellikle 3. basamak hastanelerinin acil servisinde çalışan hekimleri yakinen ilgilendirmektedir.

2- ÖYKÜ ALMA YÜKÜMLÜLÜĞÜ

İyi bir tedavi için doğru teşhis, doğru teşhis için hastalığın ayrıntılı anamnezinin alınması, yani öykü alınması gerekmektedir⁶¹.

Tedavinin başarılı olması için teşhisin doğru koyulabilmesi ve bunun için de ayrıntılı bir ‘‘hastalık öyküsü’’ (Anamnez) alınması zorunludur. Hekim hastalığı tespit etme faaliyetlerinde bulunurken en öncelikli olarak hastalığın anamnezi çerçevesinde, hastalığın ortaya çıkışı ve olası nedenleriyle alakalı olarak hastasıyla ve hasta yakınlarıyla ayrıntılı bilgi alışverişinde bulunmalıdır⁶².

Hastalık öyküsü; öznel olarak hatırlanabilen, hasta ve/veya bir yakını tarafından aktarılan hastalığa ilişkin olan öyküdür. Hasta öyküsü de denilmektedir. Ailede bahsi

⁶⁰ 13. HD 2015/20772 E., 2016/15689

⁶¹ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs, syf 687.

⁶² Hancı, Hamit. ‘‘Hekimin Tıbbi Kötü Uygulamadan Kaynaklanan Sorumluluğu’’, 2 bs, Ankara, 2005, syf 49.

geçen hastalığın olup olmadığına ilişkin öyküye ise, aile öyküsü (soy geçmiş) denilmektedir. Hastanın eski hastalıkları (özgeçmiş) ve kullandığı ilaçlar nedeniyle de ilaç öyküsünden söz edilebilir. Hastanın meslekî faaliyetleri ve geçmişi, aile durumu ve mevcut sosyal çevresi de sosyal öyküsünü oluşturmaktadır. Hastalıkların %70'inde sadece öykü alınarak doğru teşhise tespit edilebileceği belirtilmektedir. Hastadan ayrıntılı öykü mü yoksa hızlı ve kısa öykü mü alınacağı; hastalığın ve şikâyetlerin önemine ve hastanın klinik durumuna göre değişir. Unutulmamalıdır ki hastanın hastalık öyküsünün tam alınmaması veya eksik alınması, tıbbî uygulama hatası kabul edilir. Bu nedenle teşhis ve tedavinin eksik kalması ve başarısız olması sonucu hasta zarar görürse hekimin sorumluluğu oluşur. Örnekleme gerekirse hastada hali hazırda genetik veya bulaşıcı bir hastalık olması ve yeterli ya da tam öykü alınmaması nedeniyle bilinmemesinden kaynaklanan olası zararlardan hekim sorumludur. Hekim, daha önce başka bir hekim tarafından yapılan muayene tespitlerinden yararlanabilir; fakat bu bilgilerin yeterli olmaması durumunda, hastanın yakınlarından da bilgi almalıdır. Acil durumlarda durumun aciliyetine göre ilk önce öykü almak mümkün olmayabilir ancak mümkünse hasta ve/veya hastanın yakınlarından öykü alınmalıdır⁶³. Hakeri'ye göre de hastanın öyküsünün tam alınmaması veya eksik alınması veya etkisiz bir öykü tekniğinin kullanılması tıbbi uygulama hatasıdır⁶⁴.

Acil hekimi hastanın anamnez vermesinin mümkün olabildiği yeşil ve sarı alan hastalarında hatta bilinci açık kırmızı alan hastalarında bile hastadan ayrıntılı ya da kısa anamnez alabilir. Ancak resüsitasyon ihtiyacı olan, ciddi nefes darlığı şikâyetiyle gelen, multi-travma nedeniyle acil servise getirilen vb durumlarda öncelik uygun tedavinin uygulanması olması nedeniyle anamnez alınma aşaması müdahaleden sonraki zaman dilimine bırakılabilir. Birden çok hekimin tek hastaya müdahale etmesi mevzu bahis ise hekimlerden biri hastaya resüsitasyon yaparken, mümkünse kідemsiz olanı hasta yakınlarından kısa anamnez alır. Eğer hasta travma hastasıysa ve 112 acil sağlık hizmetleri ekipleri ile acil servise getirilmiş ise; hastayı getiren sağlık çalışanlarından olayın olduğu yer, araç içi ya da araç dışı yaralanma olup olmadığı, araç içi yaralanma ise şahsın şoför olup olmadığı ve aracın içinden mi yoksa dışında mı bulunduğu, aracın takla atıp atmadığı gibi travmanın şiddetini belirleyebilmek için kısa anamnez alınır.

⁶³ Hasan Petek, Sağlık Hukuku, 1. bs., (Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2013), syf 90.

⁶⁴ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 688.

Hasta açısından da anamnez esnasında hekiminden sağlık verilerini saklamaması önemlidir. Hastanın anamnez esnasında bulaşıcı bir hastalık varlığını belirtmemesi de sağlık çalışanları açısından çeşitli riskli durumlara neden olabilir.

3- HASTAYI AYDINLATMA VE RIZA ALMA YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Hekim hastayı, mevcut sağlık durumu ve koyduğu tanı, uygulayacağı tedavi yöntemlerinin tümü, öngörülen başarı şansı ve tedaviyi uygulama süresi, tedavi yöntemlerinin hastanın sağlığı için oluşturduğu riskler, verilen ilaçların kullanılış şekli ve olası yan etkileri; hastanın uygun görülen ve önerilen tedaviyi reddetmesi durumunda hastalığın sonuçlar, diğer tedavi seçenekleri ve bu tedavilerin riskleri konularında hastayı aydınlatmakla yükümlüdür. Hastanın rızasının alınmaması hekimin hukuki ve cezai sorumluluğunu doğuracaktır⁶⁵.

Kişinin kendi vücut bütünlüğü üzerindeki hakkı ve kişinin kendi geleceğini belirleme hakkı hem Anayasamızda hem de Medenî Hukukumuzda net bir şekilde tanımlanmaktadır. Anayasa'nın 17. maddesi; "herkesin, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğu; tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamayacağı, rızası olmadan bilimsel ve tıbbî deneylere tâbi tutulamayacağı" düzenlenmiştir. Medenî Kanununun 23. maddesindeyse, "kimsenin hak ve fiil ehliyetlerinden kısmen de olsa vazgeçemeyeceği; kimsenin özgürlüklerinden vazgeçemeyeceği veya onları hukuka ya da ahlâka aykırı olarak sınırlayamayacağı; yazılı rıza üzerine insan kökenli biyolojik maddelerin alınması, aşılması ve naklinin mümkün olmasına rağmen, biyolojik madde verme borcu altına girmiş olandan edimini yerine getirmesinin istenemeyeceği ve maddî/manevî tazminat isteminde bulunulamayacağı" hükme bağlanmıştır. Bu şekilde, hastanın tedavi, teşhis veya hastalığı önlemeye yönelik müdahalelere rıza göstermesi öncelikli ve şarttır. Hastaların onurlu yaşam hakkı ve vücut bütünlüğüne dokunulmazlık hakkı bu hükümlerden kaynaklanmaktadır. Tıbbî müdahalede bulunacak hekim ve hekimlerin de hasta haklarına saygı göstermesi için, hastayı aydınlatması ve rızasını alması gerekir. Hastalar hekimin yapılması planlanan tıbbi müdahalesi konusunda taraflarına yapılan gereken aydınlatma sonrası, işlem ile alakalı kabul edip edilmemesi hususunda özgürce karar verme hakkı vardır; bu hakkını olması gerektiği gibi kullanabilmesi içinde, aldığı kararın olası sonuçlarını bilmesi,

⁶⁵ Selvi Özçetin ve Murat Balaban, Sağlık Hukuku, 2. bs. (İstanbul, Seçkin Kitapevi, 2016), syf 219.

uygulanacak tıbbî müdahaleyi de olumlu ve olumsuz yönleri ile anlaması gerekmektedir. Mevzuatta belirtilmiş olan istisnai durumlar dışında, kişinin rızası alınmadan kişiye tıbbî müdahalede bulunulamaz⁶⁶.

Ayrıca Hasta Hakları Yönetmeliğinin üçüncü bölümünde yer alan ‘‘Sağlık Durumu ile Bilgi Alma Hakkı’’ başlığı altında yer alan 15. maddesinde bilgilendirme kapsamı yer almaktadır. İlgili maddeye göre; ‘‘Hastaya; hastalığın muhtemel sebepleri ve seyri, tıbbi müdahaleyi uygulayan kişi, müdahalenin uygulama şekli ve süresi, mevcut haricindeki farklı tanı ve tedavi seçeneklerinin fayda ve zararları, oluşma ihtimali olan komplikasyonlar, uygulanacak tıbbi işlem ve/veya tedaviyi reddetmesi durumunda ortaya çıkacak muhtemel fayda ve zararlar, kullanılacak ilaçların olası önemli etkileri, yaşam tarzı önerileri ve gerekli olması halinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği, hususlarında bilgi verilir.’’ demekle yine aynı yönetmeliğin 17. maddesinde ‘‘Acil durumlar dışında, bilgilendirme hastaya makul süre tanınarak yapılır.’’ diyerek acil durumlarda bilgilendirme ve aydınlatmayı makul süre haricinde tutmuş yapılması gerektiren durumlarda bu sürenin daha kısa olabileceğine hatta bazen yapılamamasının hukuka uygunluğunu sağlamıştır.

Hasta Hakları Yönetmeliği 24/3. maddesinde hastanın rızası ile alakalı olarak; ‘‘...kanuni temsilciden veya mahkemeden izin alınması zaman gerektirecek ve hastaya derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı ve hayati organlarından birisi tehdit altına girecek ise izin şartı aranmaz’’ denmektedir. Hakeri bu hükme dayandırarak hayati tehlike oluşturan ve acil müdahale gerektiren durumlarda aydınlatma yükümlülüğünün bulunmadığını belirtmektedir⁶⁷.

Ayrıca, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü’nün 14. maddesi de ‘‘Hastanın maneviyatı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artma ihtimali bulunmadığı takdirde, teşhise göre alınması gereken tedbirlerin hastaya açıkça söylenmesi lazımdır.’’ denmektedir. Bu madde hastalığın seyrinin (prognozunun) kötü olduğu durumlarda hekime hastalığın vahim yönleri, süreç ve seyrinin hastadan saklanması konusunda karar yetkisi tanımaktadır.

Hastanın hastalığının seyri ile alakalı bilgi edinme hakkı olduğu kadar bilgilendirilmeme hakkı da bulunmaktadır. Bu durum Türk Tabipleri Birliği – Hekimlik Meslek Etiği (TTB-HME) Kuralları 27.madde ile belirtilmiştir. Şöyle ki;

⁶⁶ PETEK, Sağlık Hukuku, 1. bs., syf 62.

⁶⁷ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 337.

‘‘Hasta hastalığı konusunda bilgilendirilmek istemediğini belirtmişse, hekimin bilgi vermesi gerekmez. Ailenin haberdar edilmesi hastayla görüş birliğine varılarak yapılmalıdır. Bilinçsiz durumdaki hastalar için yakınlarının bilgilendirilip bilgilendirilmemesine hekim karar verir.’’ şeklinde yer alır.

Sadece konumuz olan acil olgularda hekimin hastayı aydınlatma yükümlülüğü üzerinde duracağız. Acil olgularda hekimin hastayı aydınlatmasında sorun teşkil eden en önemli durumlardan biri; kırmızı alana bilinci kapalı olarak getirilen hastalarda aydınlatma yükümlülüğü açısından kime bilgi verileceği sorunudur.

Hastanın bilinci kapalıysa, bir yakınına ya da kanunî temsilcisine, eğer kanuni temsilcisi veya yakınına ulaşamıyorsa veya bizzat müdahale esnasında aydınlatılma ihtiyacı doğmuşsa, hekim, ortaya çıkan durumda hastanın usulüne uygun ayrıntılı bir aydınlatmadan sonra rıza göstereceğini öngörüyorsa, aydınlatma ve rıza olmadan da (varsayılan rızayla) müdahalede bulunabilir. Acil hekimi bilinci kapalı hastaya durumunun ciddiyeti nedeniyle önce müdahale etmeli sonrasında bilgilendirme yapmalıdır. Bilinci kapalı hastanın entübasyonunun yapılıp yapay solunum cihazına (MV) bağlanması gerekliliği halinde, hasta yakınlarının bilgilendirilip rızasının alınmasına gerekliliği sorusu akla gelmektedir. Bilinen hastalık öyküsü olmayan, genç, süre anlamında yaşam beklentisi uzun olan hastaların entübasyonu ve MV’ye bağlanması hususunda hasta yakınları tarafından sorun çıkarılmamakta. Ancak son dönem kanser hastası, yaşlı hasta, birçok ek hastalık sebebiyle çoklu ilaç kullanımı olan hastaların yakınları, hastanın yaşam beklentisinin kısa olması ve hastaların yoğun bakımdan çıkıp çıkamayacağı gibi kaygılar nedeniyle hastalarının entübasyonunu istemeyerek, tedavi ret imzalayarak hastalarını eve götürmek istemektedirler. Bu gibi olaylar acil servis hekimi için hem tıbbi hem de hukuki zorluğa neden olmaktadır. HHY md. 24 de ‘‘Hastanın rızasının alınmadığı hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açacak durumun varlığı halinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmak rızaya bağlı değildir. Bu durumda hastaya tıbbi müdahale yapılarak durum kayıt altına alınır. Ancak bu durumda, hastanın orada bulunan yakını veya kanuni temsilcisi, mümkün olmadığı takdirde de tıbbi müdahale sonrasında hastanın yakını ya da kanuni temsilcisi bilgilendirilir.’’ acil hallerde hekimin aydınlatma ve rızayı ne şekilde yapması gerektiği açıklanmıştır. Şahsi görüşüm Anayasa mad 17’de de belirtildiği üzere kişinin temel hakkı yaşam hakkı olması nedeniyle hasta yakınlarının bilinci kapalı hastanın tıbbi tedavi ve takip sürecinde söz

hakkı olmaması gerektiği ancak bilgilendirilmeleri yönündedir. Bilinci kapalı hastada hastalarının tanı, tedavi ve takip süreci konusunda hastanın yasal temsilcileri olan hasta yakınlarına tabii ki bilgi verilmelidir ancak temel hak olan yaşamın devam edip etmeme kararının bırakılmasının uygun olmadığını belirtmek isterim. Ayrıca kişinin temel hakkının yaşam hakkı olması hastadan rıza alınması yükümlülüğünü ortadan kaldırmamaktadır. Bilinci kapalı hastada hekim hastadan rıza alamadığı için hasta lehine en doğru kararı vermelidir. Bilinci açık hasta için rıza temelinde olan hastanın kendisi olması nedeniyle hasta yakınları ikincil olarak konuya dahil olmalıdır.

Mevcut olayın aciliyetine ve hastanın hayati tehlikesi olup olmamasına göre acil hekiminin uygulamada yaklaşımı farklı olabilir. Hastanın öncelikli olduğu durumlarda hayati tehlike oluşturan olaya müdahale edildikten sonra aydınlatma ve rıza yapılabilir. Aydınlatma ve rıza yazılı olmalıdır. HHY madde 26 da rıza formunun ne şekilde düzenleneceği ve acil olgularda nasıl yapılması gerektiği açıkça belirtilmiştir;

“Mevzuatta öngörülen durumlar ile uyumsuzluğa mahal vermesi tıbben muhtemel görülen tıbbi müdahaleler için sağlık kurum ve kuruluşunca 15 inci maddedeki bilgileri içeren rıza formu hazırlanır. Rıza formunda yer alan bilgiler; sözlü olarak hastaya aktarılarak rıza formu hastaya veya kanuni temsilcisine imzalatılır. Rıza formu iki nüsha olarak imza altına alınır ve bir nüshası hastanın dosyasına konulur, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilir. Acil durumlarda tıbbi müdahalenin hasta tarafından kabul edilmemesi durumunda, bu beyan imzalı olarak alınır, imzadan imtina etmesi halinde durum tutanak altına alınır. Rıza formu bilgilendirmeyi yapan ve tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından imzalanır”.

Zorunluluk hali, Hakeri tarafından başka şekilde davranmanın mümkün olmadığı ve daha yüksek bir değer korunması gerektiği için, hukuka aykırı bir eylem (suç veya haksız fiil) işlemek durumunda kalan kimsenin hukuken sorumlu tutulmasını önleyen müesseseye verilen addır şeklinde tanımlanmıştır⁶⁸. Acil hekimi eğer hastanın karar vermesi için gerekli bilgiyi verecek yeterli zamana sahip değilse, hastasını aydınlatmadan ve rızasını almadan hayat kurtarıcı müdahaleyi yapmalıdır ki bu da etik ve hukuk açısından savunulması gereken bir durumdur. Bu durumu açıklamak gerekirse; acil servislerde zaman ile yarışıldığı dönemlerde hastanın hayatı söz konusu olduğu için müdahale ivedilikle yapılır. Özellikle kırmızı alana 112 acil sağlık hizmetleri ambulansı ile veya ayaktan yakını yardımıyla getirilen hastaların aciliyeti

⁶⁸ Hakeri, Tıp Hukuku, 16. bs, syf 229.

hem Sağlık Bakanlığı ilgili yönetmeliklerinde belirtildiği hem de hekimlik eğitiminde ayrıntılı olarak anlatıldığı için hasta ya da hasta yakınından rıza alınması 2. plana bırakılabilmektedir hatta bazen bu erteleme hekim açısından zorunluluk hali teşkil etmektedir. Eğer hekim tek hekimse bilgilendirme gecikmesinin tümüyle zorunluluk teşkil ettiğini, birden çok hekimin olduğu durumlarda ise hastanın ihtiyacı olan işlemlere göre zorunluluk hali teşkil edip etmeyeceği değerlendirilir. Örneklemek gerekirse solunumu duran hastaya kardiyo pulmoner resüsitasyona başlama gerekliliği hasta yakınlarının bilgilendirilmesinden daha öncelikli bir durumdur, hastayı yaşama döndürme işlemleri bittikten ve hasta stabilizasyonu sağlandıktan sonra hasta yakınları işlemler ve süreç konusunda bilgilendirilmelidir.

Ciddi etik ihlallerine sebebiyet veren ancak hekimin içinde bulunduğu zorunluluk halini etik açıdan kabul edilebileceği durumlar tanımlanmıştır. Bunlar;

Aydınlatma ve rıza için geçen sürede hasta zarar görecektir; tedaviyi ertelemek hayati tehlike doğuracak, ölüme veya ciddi zarara neden olarsa,

Hasta aydınlatılması ve rıza alınması için yeterli kapasiteye sahip değilse (hastanın bilinci kapalıysa veya mental durumu yeterli değilse),

Uygulanacak tedavi ile hastanın göreceği zarar engellenebilecekse, acil hekimi hastası için en ideal olanı yapmalıdır.

Sonuç olarak, aydınlatılma ve rızanın evrensel istisnaları genellikle acil tıp kapsamındadır. Evrensel etik ilkelerle ve yasalarla gerekliliği ve zorunluluğu belirlenmiş olan aydınlatma ve rızanın, aranmadığı ve onaylanması gereken durumlar şunlardır:

Yaşam kurtarıcı müdahalenin hemen yapılmaması halinde hayati tehlikenin başlayacağı öngörüldüğünde,

Hastanın bilincinin kapalı olduğu, isteklerini bildiremediği, ancak acil girişimin yapılması halinde sağlığı veya hayatının korunacağı durumlarda,

Mevzuatta zorunluluk bulunan durumlarda hastayla iletişime geçilmeli ve açıklama yapılmalıdır.

Hastanın mental durumunun bozuk olması nedeniyle aydınlatmaya ve rıza gösterme yetisine sahip olmadığı durumlarda,

Hasta yakınının vekil olarak ya da ebeveyn olarak rıza gösterecek kapasiteye sahip olmadığı durumlarda,

Hastanın üstün yararının korunması gereken durumlarda, acil hekimi rıza aranmaksızın tıbbi girişimde bulunabilmektedir⁶⁹. Hasta yakınının vekil veya ebeveyn olarak rıza gösterecek kapasitede olmama durumunu açıklamak gerekirse; acil hallerde hasta yakını hastanın içinde bulunduğu durum nedeniyle stres altında olabilir, eğitim anlamında anlatılanları anlayacak yeterlilikte olmayabilir veya hekim uygun anlayabileceği bir dille anlatamamış olabilir, birden çok hasta yakınının hastaya eşlik etmesi nedeniyle anlatılanlar konusunda anlaşılma zorluk ve yanlış aktarımlara bağlı iletişim problemleri gibi sorunlar olabilir. Ayrıca hastanın üstün yararı doğrultusunda acil hekiminin rıza aranmaksızın hasta lehine müdahale etmesi hekimi zorda bırakacak bir durum gibi görünse de acil hekimi kısıtlı istisnai durumlarda hasta lehine bu kararı vermektedir ve verdiği bu kararı modern tıp bilimi ve hukuki temeller ile açıklayabilecek yeterlilikte olmalıdır. Normal şartlarda acil hekimi için de hastanın rızası tabii ki temel şartlardan biridir.

Hakeri ayakta tedavilerde yazılı aydınlatma ihtiyacının bulunmadığı yönünde görüş bildirmiştir. Özellikle önemli hususların, protokol defteri veya bilgisayar ortamına aktarılması gerektiğine, reçete edilen ve ciddi yan etkisi olabilecek ilaçlar konusunda hastanın bilgilendirilmesi ve bu işlemin kayıt altına alınmasına vurgu yapmış; yazılı bir aydınlatmanın poliklinik ortamında güç olacağı yönünde görüş bildirmiştir⁷⁰. Acil hekimliği açısından değerlendirildiğindeyse acil servislerde hasta yoğunluğunun en çok olduğu yeşil alanlarda poliklinik hastaları bakılmakta olup, bu hastalar için Hakeri'nin de vurgu yaptığı gibi protokol defteri veya bilgisayar ortamında tespit edilen anormal fizik muayene bulgularının yer alması gerektiği, reçete edilen ilaçların kullanım şekli ve yan etkisi konusunda bilgilendirilmesi ve not edilmesi gerektiğini düşünmekteyim.

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafında 10.06.2019 tarihinde yayınlanan Enjeksiyon Uygulamaları Hakkındaki 2019/11 sayılı genelge de gerekçesi belirtilerek ‘‘ Enjeksiyon uygulamaları büyük ameliyei cerrahi olmadığı için hastaların sözel olarak bilgilendirilmesinin yeterli ve gerekli olduğu, müdavi hekim tarafından reçete edilmiş güncel tedavisinin yetkili sağlık meslek mensupları tarafından hastanın reçetesi görülerek yapılması halinde yazılı onam alınmasının zorunluluğu bulunmadığı hususunda’’ şeklinde yapılan enjeksiyonların yazılı rızaya gerek olmadığı

⁶⁹ Nermin Ersoy, Müesser Özcan Senses, Rahime Aydiner, Acil Tıp'ta Aydınlatılmış Onam, Ulus Travma Acil Cerrahi Derg,2010, s.16, syf 1-8.

⁷⁰ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 327.

belirtilmiştir. Bu konu ile alakalı bu genelge öncesinde de şahsi görüşüm ilgili hekimin yazmış olduğu reçeteye istinaden hastanın enjeksiyon uygulaması için başvurduğu sağlık tesisini seçme özgürlüğü olması, reçete edilen ilacı beraberinde getirmesi ve kendi rızası ile enjeksiyona gelmesi nedeniyle yapılan işlemin zınni rıza kapsamında değerlendirilmesi yönündeydi. Uygulamada karışıklığa neden olan enjeksiyon uygulamalarının genelge sonrası yazılı onama tabii olmaması kararı hukuki olarak da işleyişi kolaylaştıracaktır düşüncesindeyim.

Acil hekiminin tüm bu imtiyazlara vakıf olması ve bunların dışında kalan durumlarda hastayı aydınlatıp rızasını alması hususunda gereken özeni göstermesi gerekir. Çok sayıda hasta başvurusu olan 3. basamak hastanelerin acil servislerinde özellikle yeşil ve sarı alan hastalarının aydınlatılması imkanlar ve zaman açısından nispeten daha kolay olacağı için bu alanlarda çalışan acil hekimlerinin aydınlatma konusunda daha hassas olması gerekliliği de göz ardı edilmemelidir.

Aydınlatma zorunluluğunun bulunmadığı durumları değerlendirecek olursak⁷¹; son yıllarda hasta teşhisinde kullanılan tanı araçlarına ulaşımın daha kolay olması ve gelişmiş tanı cihazlarının hastane ortamlarında yaygın kullanılması nedeniyle hastalıklar daha erken tespit edilebilmekte, uygun tedavi protokolleri ile yaşam süreleri uzatılabilmektedir. Tüm bu gelişmelere rağmen kanser gibi tedavi güçlüğü olan ve belirli bir süre sonra destek tedavisi ile ölümü bekleyen hastaların acil başvuruları da sık olmaktadır. Acil hekiminin bu hastalar açısından aydınlatmanın anlamını yitirmiş olduğunu bilmesi ve hastalara ön planda ihtiyacı olan destek tedavisini vermesi gerekmektedir.

Öğretide psikiyatri hastalarının aydınlatılması ve rızasının zorunlu olmadığı ifade edilmiştir⁷². Ancak Hakeri psikiyatri hastaları açısından istisna yapılmaması gerektiği, hastanın olayı değerlendirme ve karar verme yetisinin bulunmadığı durumlarda da kanuni temsilcilerinin aydınlatılması ve rıza alınması gerektiği yönünde görüş bildirmiştir⁷³. Acil servis açısından değerlendirildiğinde ise, delici kesici alet yaralanması ile gelen ve acil ameliyat ihtiyacı olan bir psikiyatri hastasının durumu acil haller içinde değerlendirildiğinden, hastanın aydınlatma zorunluluğu ortadan kalkmakta ve hastanın psikiyatri hastası olması önemini kaybetmektedir. Aynı şekilde

⁷¹ HAKERİ, Tıp Hukuku, 7. bs., syf 329-339.

⁷² Faik Çelik, Soru Cevaplarla Aydınlatılmış Onam. (Konya: Karaman Tabip Odası Yayını, 2006), syf 60.

⁷³ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 338.

acil serviste değerlendirilen ve yatış kararı verilen halüsinasyonları olan psikoz hastasına yapılacak sakinleştirici özellikteki ilaç uygulaması için hastadan mevcut içinde bulunduğu durum nedeniyle rıza alınamayabilir ancak muhakkak hasta yakınları ile durum değerlendirilerek bilgi verilmesi ve aydınlatma ile rıza alındıktan sonra tıbbi müdahalenin yapılması gerekmektedir. Hastanın psikiyatri hastası olmasının tek başına durum hakkında karar vermek için yeterli olmadığı kanaatindeyim.

4- MUAYENE ETME YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Muayene; teşhisin bir parçasıdır ve hekimin ana yükümlülüklerindedir⁷⁴.

Fiziki muayene öykü alınımından sonra yapılır ve inspeksiyon, palpasyon, perküsyon ve oskültasyon uygulanan temel metotlarıdır. Ayrıca göz ve kulağın inspeksiyon muayenesi için kolaylık sağlayan otoskop ve oftalmoskop gibi cihazlarda muayene esnasında kullanılabilir. Hekim için olmazsa olmaz bir diğer cihaz ise steteskop olup; sesin amplifikasyonunu yapmak suretiyle kalp akciğer ve barsak seslerinin daha iyi değerlendirilmesini sağlar. Fizik muayene genel muayene ile başlar, cilt, baş-boyun, kalp, akciğer, abdomen, kalp iskelet sistemi ve nörolojik sistem muayenesi ile sistematik bir şekilde devam edilir. Burada önemli olan her bir organ ve sistemin muayenesinin yapılmasıdır. Hekim kendine uygun pratik bir muayene sıralaması geliştirebilir, önemli olan 10-15 dk. gibi optimal bir sürede muayenenin tamamlanmasıdır. Baş-boyun, toraks ve akciğer muayenesi en iyi oturur şekilde yapılırken, kardiyovasküler ve batin muayenesi yatar pozisyonda daha rahat ve düzgün şekilde yapılmaktadır⁷⁵.

Fizik muayenenin temel metotlarını özetlemek gerekirse;

İnspeksiyon: Tıbben tüm hekimlerin hastaya yaptığı ilk muayene işlemidir. Hasta hekimin branşına göre ve şikayetine göre muayene edilecek olan vücut bölgesini soyar (örneğin kardiyoloji kliniğinde göğüs, genel cerrahide karın), bazen de hasta tamamıyla soyulur. Hasta ilk etapta göz ile muayene edilir. Hastanın cilt rengi değerlendirilir (solukluk, sararma); venöz yapılarda dolgunluk olup olmadığına bakılır, kollateral dolaşım olup olmadığına; ciltte kızarıklık, şişlik, olası ameliyat izleri ve/veya darp izi vs. varlığına; skleralarının (göz akı) ikterik olup olmadığına; göz

⁷⁴ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 690.

⁷⁵ Yasar Küçükardali, Semiyoloji, 1. bs. (İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi), syf 7.

kapakları ve mukozalarının farklı renkte olup olmadığına ve birçok başka etkene bakılır.

Palpasyon: Hastanın şikayetinin olduğu vücut bölgesinin elle muayene edilmesidir. Amaç bölgede herhangi anormal fizik muayene bulgusu olup olmadığını tespit etmektir. Eğer meme muayenesi yapılıyorsa palpasyon mutlaka bilateral (simetrik) şekilde yapılmalıdır.

Palpasyonda atlanmaması gereken önemli durumlardan biri şayet muayene bölgesinde ele gelen lenf nodları varsa büyüklüklerinin normal sınırlar içinde olup olmadığının değerlendirilmesidir.

Ayrıca hastanın kalp atışları veya solunum seslerinin titreşimi de palpasyonla hissedilebilir. Şiddetli titreşim varlığında ele gelebilir ve bu durumda hekime bilgi verir.

Palpasyon yüzeysel ve derin palpasyon olarak ikiye ayrılır. Öncelikle yüzeysel palpasyon uygulanır, gereklilik halinde derin palpasyon yapılır. Özellikle ellerin muayene öncesi ısıtılması önemlidir. Çünkü batin muayenesi soğuk eller ile yapılırsa, istemsiz olarak muayene bölgesindeki kaslar kasılır ve yanlış muayene bulgusuna sebep olur.

Perküsyon: Perküsyon öncelikle batin (karın) ve toraks (göğüs) muayenesinde kullanılır. Bir elin ikinci veya üçüncü parmağı hastanın muayene edilecek bölgesinin üzerine koyulur, sesin şiddetinde azalma olmaması için diğer parmakların cilde değmemesi sağlanır. Diğer elin ikinci parmağı ile hasta cildine temas eden elin parmak ucuna vurulur. Vurma hareketi teknik olarak bilekten yapılır.

Perküsyon esnasında amaç ilgili organların boş ya da dolu olup olmadığını tespit etmektir. İçi boş olan organlar veya vücut boşluklarında timpanik ses (tiz) alınırken, dolu organ veya içi dolu olan vücut kompartımanlarında mat (bas) ses alınır. Normalde timpanik ses alınması gereken vücut bölgesinde mat ses alıyorsa patolojik bir durumu araştırmak gerekebilir.

Oskültasyon: Hastanın şikayete neden olan ilgili bölgesinin steteskop ile dinlenmesidir. Bu muayene yöntemi genelde göğüs ve batin bölgesinin araştırmasında kullanılır. Organlarda normal ve anormal seslerin duyulup duyulmadığına bakılır.

Batin muayenesinde oskültasyon yapılacağı zaman inspeksiyon ve palpasyon muayenesi daha önce yapılır. Çünkü palpasyon esnasında elle baskı yapıldığından

barsakların normal kasılma ritimleri değişebilir ve yanlış muayene bulgusuna sebep olabilir⁷⁶.

Acil hekimliğinde hastanın fizik muayenesi çok daha hızlı ve doğru şekilde yapılmalıdır. Hastanın durumunun aciliyetine göre bazen muayene yapılmadan tedaviye başlanır, hasta stabilize edildikten sonra fizik muayenesi yapılır ya da eksik kalan kısımları tamamlanır. Bu duruma örnek vermek gerekirse; ciddi nefes darlığı ile gelen ve parmak ucu saturasyonu %90 ve altında olan hastalara öncelikle oksijen tedavisi başlanıp hastanın bu kiniğine neden olabilecek durumlar gözden geçirilerek uygun tedavilerin uygulanmaya başlanması gerekir. Bu noktada hastanın kliniği elveriyorsa ilk tedavi sonrası hızlı bir ilk fizik muayene yapıp hastanın tanısının tespiti için gerekli düzenlemeler yapılabilir, hasta stabilize edildikten sonra ayrıntılı ikinci bir fizik muayene yapılır. Acil hekimini diğer hekimlerden ayıran durumlardan biri hızlı davranması gerekliliği olup, bu esnada da doğru kararı verebilmesi yetisi ve donanımı olması gerekliliği olduğunu düşünmekteyim.

Ayrıca hekimin muayenesinin 4 özel şekli bulunmakta olup bunları başlıklar halinde inceleyecek olursak⁷⁷;

-Teşhis muayenesi

-Önleyici ve erken tanı muayenesi

-Kontrol muayenesi ve

-Hükümlü ve tutukluların muayenesinde kelepçe sorunu

Hekim, hastaya uygun tedaviyi tespit etmek için öncelikle hastalığı teşhis etmelidir ve bunun için de hastayı muayene edip kan tetkiki ve görüntüleme hizmetlerinden yardım almalıdır.

Acil servis hekimi yönünden değerlendirecek olursak ilk müdahaleyi yapmadan önce hekim yukarıda belirtmiş olduğumuz gerekli olan fiziki muayeneyi yapacak ve yapılacak olan bu muayenesi de teşhis muayenesi olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Acil hekimi normal şartlarda kontrol muayenesi yapmaz ancak bazı durumlarda acil serviste hastasını takip ettiği esnada hastanın tekrar tekrar muayenesinin yapılması gerekmektedir. Buna örnek vermek gerekirse; multi travma, kalp yetmezliği, enfeksiyöz durumlar, sepsis, entübasyon vb tanılarla acil servislerde müşahede altında tutulan hastaların mükerrer seferlerde kontrol muayeneleri yapılır.

⁷⁶ KÜÇÜKARDALI, Semiyoloji, 1. bs., syf 11-39.

⁷⁷ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 691-693.

Burada ayrıca üzerinde durulması gereken bir konu daha vardır ki; o da acil serviste yapılan adli muayene ve burada hekimin sorumluluğudur.

Adli vaka; künt travmatik yaralanmalar, kesici-delici alet yaralanmaları, ateşli silah yaralanmaları, intihar, cinsel saldırılar ve her türlü kazalar gibi dış etkene bağlı sebeplerle bireylerin beden ve ruh sağlığında bozulma⁷⁸ ya da ölüme neden olan her türlü durum olarak tanımlanmaktadır⁷⁹.

Adli rapor; adli makam tarafından kişinin tıbbi durumunun belirlenmesi amacıyla istenen ve muayeneyi gerçekleştiren hekimin görüş ve kanaatini içeren belgedir⁸⁰.

Adli olay ise trafik kazası, darp, ateşli silah ve patlayıcı madde yaralanması, yanık, elektrik çarpması, her türlü alet yaralanması, asfiksi, çocuk istismarı, işkence ve kötü muamele, düşme ve diğer yaralanmalar, intihar girişimleri, zehirlenmeler vb. bir suç şüphesinin bulunduğu olayları içerir. Bu olaylar tek başına gerçekleşebileceği gibi birkaç adli olay eş zamanlı da yaşanabilir. Bu nedenle adli muayeneyi yapan hekimin iyi anamnez alması, hastayı ayrıntılı muayene etmesi ve ihtiyaç halinde modern tıbbın gerektirdiği ek tetkikleri ve diğer branşlardan konsültasyonu doğru şekilde isteyerek adli raporunu oluşturması gerekir.

Ülkemizde adli tıp hizmetleri; Adli Tıp Kurumu ve taşra yapılanmasında var olan Adli Tıp Grup Başkanlıkları ile Adli Tıp Şube Müdürlükleri, Sağlık Bakanlığı bünyesindeki devlet hastaneleri ve aile hekimlikleri (ASM ve TSM) ve Üniversitelerde yer alan Adli Tıp ABD ve Adli Tıp Enstitüleri aracılığıyla yürütülmektedir. İkinci basamak devlet hastaneleri ve üçüncü basamak eğitim ve araştırma hastanelerinin acil servislerinde her gün verdikleri sağlık hizmetlerine ek olarak adli vakalar değerlendirilir⁸¹ ve ilk olarak adli muayenenin yapıldığı yerlerdir⁸². Acil servislerde ayrıca Yakalama, Gözaltına Alma ve İfade Alma Yönetmeliği'ne göre sağlık kontrolü yapılır. Bu sağlık

⁷⁸ Hüseyin Çetin Ketenci, Muhammed Ziya Kır, Ahmet Ziver Başbulut, Nazım Ercüment Beyhun. Erzurum Adli Tıp Şube Müdürlüğü'ne müracaat eden olguların değerlendirilmesi, Adli Tıp Dergisi, 2013. S.27, syf 87-93.

⁷⁹ Mehmet Oğuz Polat, Klinik Adli Tıp Adli Tıp Uygulamaları, 7. bs. (Ankara: SeckinYayincilik, 2014), syf 2-5.

⁸⁰ Fatma Mutlu Kukul Güven, Celal Bütün, Fatma Yücel Beyaztaş, Şevki Hakan Eren, İhan Korkmaz. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine başvuran adli olguların değerlendirilmesi, ADU Tıp Fakültesi Dergisi, 2009, s.10, syf 23-28.

⁸¹ Ramazan Karanfil, Cem Zeren. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalına 2009-2010 yıllarında başvuran olguların retrospektif olarak değerlendirilmesi. Adli Tıp Dergisi, 2011, s.25, syf 183-190.

⁸² Tarık Uluçay, Ahmet Ziver, Yıldırım Zeyfeoğlu, M. Sunay Yavuz, Mahmut Aşırdizer. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Polikliniğine Başvuran Olguların Değerlendirilmesi. Adli Tıp Dergisi, 2006, s.20, syf 22-29.

kontrolleri sırasında hükümlü ve tutukluların adli muayenesi esnasında kural olarak kelepçe çıkarılmalıdır⁸³.

Acil servislerde yapılan adli muayene ve adli raporlama işlemi; acil servis hekimine ek bir yük getirmekte olup, hekimlerin hem adli muayeneyi daha iyi bilmesi gerekliliğini hem de usulüne uygun adli rapor düzenlemeleri gerekliliğini doğurmaktadır. Tüm bunlar hekimin hem tıbbi hem de hukuki zorunluluğudur. Acil hekimi, acil servise kolluk kuvvetleri eşliğinde gelen şahsın kelepçeli muayene edilmemesi gerektiğini biliyor olmalıdır ve hukuken biliyor olduğu kabul edilmektedir.

5- TEŞHİŞ YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Tıbbi müdahale; fiziksel veya psikolojik olan hastalıkları, acıları, hastalık özelliği olmayan fiziksel veya psikolojik bozuklukları ile hastalık vasfı olmayan şikayetleri engellemek, teşhis ve tedavi etmek veya bunların etkisini azaltmak amacı ile doğrudan ya da dolaylı olarak tedavi etmek amacıyla insan vücuduna yapılan tüm müdahaleleri içermektedir⁸⁴. İşbu tanıma göre de hekimin tıbbi müdahale yapabilmesi için iyi bir anamnez⁸⁵ alıp teşhisi koymasına gerekmektedir. Ayrıca hekim teşhis esnasında gereken tüm tetkikleri yapmalı ve modern tıbbın gerekliliği olan teknolojik gelişmelerden yararlanmalıdır.

Teşhis demek, bir hastalığın tanınması anlamına gelmektedir. İlk muayeneden sonra konulan “geçici teşhis” ile hastanın taburculuğu öncesi konulan “kesin teşhis” ayırımı yapılmalıdır. Tanılar incelendiğinde %60 oranında geçici teşhis ile kesin teşhisin aynı olduğu görülmüştür.

Acil durumlarda ise hekim hastanın o zamandaki reaksiyonlarına ve tespit ettiği bulgularına göre teşhisi tespit etmeye çalışır ancak bu durum hastalığın kesin tanısının tespit edileceği anlamında değildir⁸⁶. Acil hekimi öncelikli olarak hastanın hayati fonksiyonlarının olması gerektiği şekilde devamının sağlanması ve ihtiyacı doğrultusunda stabilizasyonu sağladıktan sonra teşhis yükümlülüğü için gerekenleri yerine getirebilir. Buna örnek vermek gerekirse göğüs ağrısının birçok nedeni vardır.

⁸³ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 693.

⁸⁴ Zarife Şenocak. Küçüğün Tıbbi Müdahaleye Rızası, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 2001, syf 50, syf 66.

⁸⁵ Hastanın sözlü olarak dinlenmesi, doktorun hastaya teşhis koyma amaçlı olarak sorduğu sorular sonucu elde ettiği, hastanın öyküsüdür.

⁸⁶ http://tuzehukukburosu.com/dosyalar/hekimin_kisisel_edim_yukumlulugu.pdf (Erişim: 11.04.2019)

Hayatı tehdit eden kalp krizi ya da aort diseksiyonu gibi hastalıklar olabileceği gibi miyalji gibi hafif bir hastalık da göğüs ağrısına neden olabilir. Burada önemli olan acil hekiminin hangi hastanın daha acil olduğunu tespit edebilmesi ve ona öncelik tanıyabilmesidir. Hekim eğer hasta aort diseksiyonu ise hastayı acil ameliyata vermeli ve bu süre içinde de hastanın tansiyon, nabız, saturasyon vb. vital fonksiyonlarının stabilizasyonunu sağlamalıdır. Stabilizasyon sağlandıktan sonra görüntüleme yöntemleri kullanılarak kesin tanıya ulaşılması sağlanabilir. Önemli olan acil hekimi için ilk planda hastanın yaşamının devamını sağlaması ve bu esnada da kalp ve beyin başta olmak üzere hayati organların kanlanması ve fonksiyonlarını etkin biçimde devam ettirmelerini sağlamaktır.

Hekimin teşhis koymadan önce, gerekli tetkikleri yaptırmadan, ısrarda olması sorumluluğunu doğuracaktır. Eğer teknik donanım yetersizliği nedeniyle tetkikler tamamlanamıyorsa hastadan bu tetkiklerin tamamlanması istenir. Tüm gerekli bilgi ve tetkikler tamamlandıktan sonra hekim tüm özeni göstermesine rağmen bazen yanlış teşhiste de bulunabilmektedir. Bu durumda hekim sorumlu olmayacaktır⁸⁷.

Hekimin muhakkak suretle bilmesi gereken konuyu bilmemesi, bilinmeyen ya da kesinliği kanıtlanmamış olan tartışmalı yöntemleri kullanması da hekimin sorumluluğunu meydana getirecektir. Ayrıca yanlış teşhisin sorumluluk doğuracağı endişesi ile gereğinden fazla tetkiklerin istenmesi ve bunların neticesinde de hastaya zarar vermesi sorumluluk doğuracaktır. Bununla birlikte hekimin tüm kurallara uyarak yaptığı teşhis neticesinde de olumsuz bir sonucun meydana gelmesi⁸⁸ durumunda da sorumluluk doğmayacaktır⁸⁹.

Yargıtay vermiş olduğu bir kararında, hekimin, hastasına gerekli tetkikleri yapmadan reçete yazmasında kusurlu olduğuna karar vermiştir⁹⁰.

Danıştay'ın vermiş olduğu kararında da yine, hastanede görevli doktorun yanlış teşhisi sonucu ölüm neticesinin meydana gelmesinde de yine hekimi kusurlu bulmuştur⁹¹.

Özetle ve doktrindeki görüşler ve yerleşik içtihatlarla birlikte hekimin teşhis yükümlülüğünü değerlendirecek olursak, acil servise gelen bir hasta açısından

⁸⁷ Başbuğ, A. (2010, 17-18 Mayıs). Hekimin Yükümlülükleri ve Hukuki Sorumluluğu. Lefke Avrupa Üniversitesi, II Sağlık Hukuku Sempozyumunda sunuldu, Lefke, syf 129-130.

⁸⁸ Başbuğ, 2010, syf 129-130.

⁸⁹ Başbuğ, A. (2013, 1-2 Kasım). İşçinin Genetik Özellikleri ve İş Hukuku. V. Sağlık Hukuku Kurultayında sunuldu, Ankara, syf 457.

⁹⁰ YARGITAY 9. CD 11.04.2007 tarih, 2061/3133

⁹¹ DANIŞTAY 10. D. E. 1997/4741 K. 1999/1950 T. 27.4.1999

öncelikle durumun aciliyetine göre alanlara ayrılacak olan hastaya hekim tarafından özellikle sarı ve kırmızı alanlarda) makul olabilecek en hızlı seviyede anamnez almalı, gerekli tetkikleri yapmalı ve teşhisi koyarak hastaya veya hasta yakınlarına bildirmekle yükümlüdür. Bu süreçte en önemli unsur hastanın aciliyet durumunun ciddiyetidir. Kısaca buna değinmek gerekirse kardiyo pulmoner resüsitasyon ihtiyacı olan hasta için teşhis tespiti açısından öncelikle çeşitli tetkiklerin (Akciğer grafisi, bilgisayarlı tomografi, kan tetkikleri vb) istenmesi yerine hastanın hayata döndürülmesi ve sonrasında vital bulguların stabilizasyonunun sağlanması gerekmektedir. Tabii ki bu durum hekimin teşhis yükümlülüğünü ortadan kaldırmaz, bir başka yükümlülüğü olan hastanın temel yaşam hakkının korunmasını daha ön plana almasını sağlar.

6- TEDAVİ YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Arapça ilaç verme anlamındaki “Deva” kelimesinden türetilmiş olan tedavi kelimesi; iyileştirmek için bakmayı ve bakım yapmayı ifade etmek için kullanılmaktadır. Kısaca tanımlamak gerekirse, tedavi (sağaltım); sağlığı bozulmuş kişiyi sağlığına kavuşturmak için yapılan tıbbî işlemlerin tümüdür. Geniş olarak tanımlamak gerekirse, koruyucu hekimlik tedbirlerini, hastalıkları tespit etmeye yönelik teşhisi, hastalığın hafifletilmesini veya yok edilmesi ile hastalıktan sonraki dönemde bakımı da içine alan sürece tedavi denilmektedir. Hasta kişiye aşı yapılması, hastalığın tanısının konulması için gerekli tetkik ve fizik muayenenin gerçekleştirilmesi, cerrahi girişimde bulunulması, hastanın müşahede altında tutulması ve duygu durumunun düzenlenmesi gibi işlemlerden herhangi biri ve tamamı tıbbî işlem (müdahale) olarak adlandırılmaktadır⁹².

Tedavi seyrinde tek başına direkt hastalık olarak tanımlanmayan ancak hastalık süreci esnasında gelişen; ağrı, bulantı, kusma gibi şikayetler asıl tedavinin bitiminde sonlanacaktır ancak hastanın taburculuğuna kadar hastanın rahatlatması için yapılan çabalarda tedavi olarak nitelendirilir. Tedavi, TDN 13. maddesi 3. fıkrasına göre; “Tabip, teşhis, tedavi veya korumak gayesi olmaksızın hastanın arzusuna uyararak veya diğer sebeplerle akli veya bedeni mukavemetini azaltacak bir şey yapmaz” diyerek sınırlandırılmıştır. Acil durumlar ise bu durumların dışında tutulmuştur. TDN madde 18’ de ise “Tabip ve dış tabibi, acil yardım, resmi veya insani vazifesinin ifası halleri hariç olmak üzere mesleki veya şahsi sebeplerle hastayı bakmayı reddedebilir.”

⁹² PETEK, Sağlık Hukuku, 1. bs., syf 7.

şeklinde açıklamıştır. Bu maddeye istinaden hekim acil durumlar dışında hastaya bakmayı reddedilebilir. Ancak unutulmamalıdır ki tedavisine başlanılan hastanın tedavisinin tamamlanması hekimin yükümlüdür⁹³.

Hakeri 'de "...hekim mesleki icrasında serbesttir, tedaviyi reddedebilir..." demektedir⁹⁴. Anayasa'da esasen hiç kimsenin, hiçbir mesleği yapmaya zorlanamayacağı açıkça belirtilmiştir⁹⁵.

Hakeri genel kurallar gereğince, hekimin hastanın parası olmaması nedeniyle tıbbi müdahaleyi reddedebileceğini ancak sosyal güvenlik hukuku ile getirilen düzenlemelerin saklı olduğunu belirtmektedir. Tam bu noktada acil hallerde ne hastanenin ne de hekimin tıbbi müdahaleyi ret edebileceğini açıkça belirtmiştir. Aynı zamanda bu tür durumlarda hastanın ücretsiz sağlık hizmetinin aciliyet teşkil eden durum ortadan kalkıncaya kadar alabileceğini, ilk müdahalenin yapılmasının tek başına yeterli olmayacağını da ifade etmektedir. Acil hastasının geri çevrilmesi veya müdahale edilmeden sevk edilmesinden kaynaklanan sorumluluk "Kasten Öldürmenin İhmali Davranışla İşlenmesi" çerçevesinde değerlendirilebilir⁹⁶.

Acil tıp hekimi acil servise başvuran hastaların acil olmaları halinde hastayı reddedemez, acil olmadığını tespiti içinse öncelikli olarak hastanın şikayetini değerlendirmesi ve muayene etmesi gerekir, dolayısıyla acil servislerde hekimin hastayı reddi işleyişte çok olası gözükmemektedir. Ancak hastaların tedavi sürecinde beyaz koda mahal veren olay yaşanması durumunda hekim hastayı başka bir doktor arkadaşına devrederek, hastanın tedavi ihtiyacının devamlılığının sağlanması ile yükümlüdür. Dolayısıyla acil servis çalışan hekimleri yönünden hekimin hizmetten çekilmesine ilişkin hükümler uygulanmamaktadır.

Acil işleyişi açısından bir başka noktaya da değinmek isterim. Günümüz şartlarında acil servisler hasta başvurusu anlamında yoğun ve kaotik yerlerdir. Hastaların acil servis hekimlerinden beklentileri de bazen fiziki şartlar bazen de yoğunluk nedeniyle karşılanamamakta ve hastalar tedavi ret formu imzalayarak acil servisi terk edebilmektedirler. Sonrasında hasta çeşitli kişisel sebeplerle fikir değiştirerek tekrar

⁹³ Rezzan Günday, Tıbbi Müdahale ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki Sorumluluk, 1. bs., (Ankara: Adalet Yayınevi, 2012), syf 22.

⁹⁴ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 699.

⁹⁵ Anayasa md. 18/1: "Hiç kimse zorla çalıştırılmaz"; Anayasa md. 48/1: "Herkes, dilediği alanda çalışma ve sözleşme hürriyetlerine sahiptir"; Anayasa md. 49/1: "Çalışma herkesin hakkı ve ödevidir".

⁹⁶ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 702.

aynı acil servise aynı şikayetle başvurmakta ve tedavi olma isteğinde bulunabilmektedir. Acil hekimleri böyle bir olay yaşadıkları takdirde hastaya uygun tedaviyi uygulamaları gerektiğini, hastanın fikir değiştirmiş olmasının hastayı bağlayacağını, işleyiş bağlamında hekim açısından farklılık olmayacağını bilmeli ve ona uygun davranmalıdır.

Hekimin hastayı uzaktan tedavi etmesi yasaktır, tedaviyi bizzat uygulama yükümlülüğü vardır. Borçlar Kanunu'na (md. 506) göre hekim ile hasta arasında olan ‘güven ilişkisi’ hastanın tedavisinin bizzat hekim tarafından yürütülmesini gerektirmektedir. Hakeri tüm bu sebeplerle hekimin bizzat tedavi yükümlülüğünün de uzaktan tedavi yasağı anlamına geldiğini açıkça ifade etmiştir⁹⁷. Bu bilgiler ışığında acil servis hekiminin de sorumlu olduğu hastaları doktrinin önerdiği gibi bizzat değerlendirmesi ve uygun tedaviyi planlaması gerektiğini düşünmekteyim.

7- HEKİMİN TEDAVİ YÜKÜMLÜLÜĞÜNÜN SINIRLARI

Hekimin tedavi yükümlülüğünün temelinde daha önceki bölümlerde de belirttiğim üzere hasta ve/veya hasta yakınlarının tercihi önemlidir. Bu nedenle hekimin tedavi yükümlülüğünün sınırlarını ayrı bir başlık olarak değerlendireceğim.

Hastanın, geleneksel hukuk kaidelerine göre yasak olan ve/veya adap ve etik kurallarına aykırı (Medeni Kanun md. 23) olan tedaviyi istemesi durumunda hekimin bu isteği yerine getirmemesi, bir ‘hak’ olmayıp hekimin hukuki zorunluluğudur. Hakeri ise tedavi yükümlülüğündeki temel sınırın, hastanın tedaviyi reddetmesi olduğunu belirtmiştir⁹⁸. Bilinci açık, herhangi bir kısıtlılığı olmayan hastaya gerekli bilgilendirmeler yapıldıktan sonra hastanın tedaviyi reddetmesinin hastanın hakkı olduğunu düşünmekteyim. Bunun hukuki gerekçelerini değerlendirecek olursak; TBMM tarafından 3.12.2003 tarihinde kabul edilen Biyo-Tıp Sözleşmesi’ nin 5. maddesine göre;

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

⁹⁷ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 704-705.

⁹⁸ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 711.

Ayrıca, Lizbon Bildirgesi' nin de 3. maddesine göre de "Hasta, yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra tedaviyi kabul ya da ret etme hakkına sahiptir" demektir. İlgili bildirgelerde de belirtilmiş olduğu üzere kişiye yapılacak olan tıbbi müdahale ancak ve ancak kişinin kendi rızasının bulunması halinde yapılabilir. Ve bu durum da ilgili bildirgeler ve sözleşmelerle de bağlayıcı kılınmıştır. Bu nedenle de hastanın rızası olmadan hekimin herhangi bir tıbbi müdahalede bulunmaması gerekmektedir. Hakeri de bu konuda "Hastanın kendi geleceğini belirleme hakkı, en üst düzeydeki haklarından. Bu nedenle, rıza olmaksızın yapılan tıbbi müdahaleler hem özel hukuk hem de ceza hukuku açısından hukuka aykırıdır." demektir. Anayasamızın 17.maddesinin 2. fıkrasında ise; "Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tabi tutulamaz" demektir. İşbu hükmümüzle de kanunda hukuka uygun bir tıbbi müdahalenin söz konusu olacağı öngörülen hallerde açıklanmış bulunmaktadır⁹⁹.

Hasta tedaviyi ret hakkını her zaman kullanabilme özgürlüğüne sahiptir. Hasta Hakları Yönetmeliği' nde hastanın rızası geniş kapsamı ile değerlendirilmiş bir biçimde yer almaktadır. Şöyle ki;

"Rıza olmaksızın tıbbi ameliyeye tabi tutulmama" başlığı altında belirtilen Madde 22/1' e göre; "Kanunda gösterilen istisnalar hariç olmak üzere, kimse, rızası olmaksızın ve verdiği rızaya uygun olmayan bir şekilde tıbbi ameliyeye tabi tutulamaz." denmektedir.

Beşinci bölüm başlığı altında bulunan Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası Hastanın Rızası ve İzin kısmında yer alan Madde 24'de "Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunmadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.

Kanuni temsilcinin rızasının yeterli olduğu hallerde dahi, anlatılanları anlayabilecekleri ölçüde, küçük veya kısıtlı olan hastanın dinlenmesi suretiyle mümkün olduğu kadar bilgilendirme sürecine ve tedavisi ile ilgili alınacak kararlara katılımı sağlanır.

Sağlık kurum ve kuruluşları tarafından engellilerin durumuna uygun bilgilendirme yapılmasına ve rıza alınmasına yönelik gerekli tedbirler alınır.

⁹⁹ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 711.

Kanuni temsilci tarafından rıza verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; Türk Medeni Kanunu'nun 346'ncı ve 487 inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır.

Tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbî müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri göz önüne alınır.

Yeterliğin zaman zaman kaybedildiği tekrarlayıcı hastalıklarda, hastadan yeterliği olduğu dönemde onu kaybettiği dönemlere ilişkin yapılacak tıbbi müdahale için rıza vermesi istenebilir.

Hastanın rızasının alınmadığı hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açacak durumun varlığı halinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmak rızaya bağlı değildir. Bu durumda hastaya gerekli tıbbi müdahale yapılarak durum kayıt altına alınır. Ancak bu durumda, mümkünse hastanın orada bulunan yakını veya kanuni temsilcisi; mümkün olmadığı takdirde de tıbbi müdahale sonrasında hastanın yakını veya kanuni temsilcisi bilgilendirilir. Ancak hastanın bilinci açıldıktan sonraki tıbbi müdahaleler için hastanın yeterliği ve ifade edebilme gücüne bağlı olarak rıza işlemlerine başvurulur.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında yatarak tedavisi tamamlanan hastaya, genel sağlık durumu, ilaçları, kontrol tarihleri diyet ve sonrasında neler yapması gerektiği gibi bilgileri içeren taburcu sonrası tedavi planı sağlık meslek mensubu tarafından sözel olarak anlatılır. Daha sonra bu tedavi planının yer aldığı epikrizin bir nüshası hastaya verilir.” şeklinde düzenlenmiştir.

Tedaviyi Reddetme ve Durdurma başlığı altına bulunan Madde 25' e göre ise de ‘‘Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir.

Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz.’’ yer almaktadır.

Rıza Formu Madde 26' da anlatılmış olup ‘‘Mevzuatta öngörülen durumlar ile uyuşmazlığa mahal vermesi tıbben muhtemel görülen tıbbi müdahaleler için sağlık

kurum ve kuruluşunca 15 inci maddedeki bilgileri içeren rıza formu hazırlanır. Rıza formunda yer alan bilgiler; sözlü olarak hastaya aktarılarak rıza formu hastaya veya kanuni temsilcisine imzalatılır. Rıza formu iki nüsha olarak imza altına alınır ve bir nüshası hastanın dosyasına konulur, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilir. Acil durumlarda tıbbi müdahalenin hasta tarafından kabul edilmemesi durumunda, bu beyan imzalı olarak alınır, imzadan imtina etmesi halinde durum tutanak altına alınır. Rıza formu bilgilendirmeyi yapan ve tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından imzalanır. Verilen bilgilerin doğruluğundan ilgili sağlık meslek mensubu sorumludur. Rıza formları arşiv mevzuatına uygun olarak muhafaza edilir.” şeklindedir.

Rızanın Şekli ve Geçerliliği ise Madde 28’ de yer almakta olup, ‘‘Mevzuatın öngördüğü istisnalar dışında, rıza herhangi bir şekle bağlı değildir.

Hukuka ve ahlaka aykırı olarak alınan rıza hükümsüzdür ve bu şekilde alınan rızaya dayanılarak müdahalede bulunulamaz.’’ denilmektedir.

Rızanın Kapsamı ve Aranmayacağı Haller ise Madde 31 de yer almakta olup ‘‘Rıza alınırken hastanın veya kanuni temsilcisinin tıbbi müdahalenin konusu ve sonuçları hakkında bilgilendirilip aydınlatılması esastır. Hastanın verdiği rıza, tıbbi müdahalenin gerektirdiği sürecin devamı olan ve zorunlu sayılabilecek rutin işlemleri de kapsar. Tıbbi müdahale, hasta tarafından verilen rızanın sınırları içerisinde olması gerekir. Hastaya tıbbi müdahalede bulunulurken yapılan işlemin genişletilmesi gereği doğduğunda müdahale genişletilmediği takdirde hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açabilecek tıbbi zaruret hâlinde rıza aranmaksızın tıbbi müdahale genişletilebilir.’’ denmektedir.

İlgili hukuki mevzuatta da farklı şekillerde belirtildiği üzere hekimin tedavi yükümlülüğünün sınırlarını belirleyen aslen hastadır. Hakeri hastanın tedavi sürecinin hasta odaklı düşünülmesi gerektiğini, sağlık problemi olan ve tedavi olmak isteyen kişinin hasta olduğunu, hekimin ise bu süreçte hastanın tedavi edilmesi için elinden geleni yapma taahhüdünde bulunacak ‘‘hizmet sunucusu vekil’’ konumunda olduğunu belirtmektedir¹⁰⁰.

Hukukta olduğu gibi tıpta da hasta bazlı durumların değerlendirilmesi ve süreçlerin yürütülmesi gerekmektedir. Acil hekimliğinde ise hastanın çok hızlı ve doğru değerlendirilmesi gerekliliği olmasının hekimin sadece tıbbi bilgisinin değil, hukuki

¹⁰⁰ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 711.

bilgisinin de hem hasta hem de kendi haklarının bilmesi açısından temel düzeyde olması gerektiği düşüncesindeyim.

8- REÇETE YAZMA YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Reçete, hekimin, hasta ve/veya hasta yakınına verilmek üzere hazırlanmış, tedavi için kullanılmasını tavsiye ettiği ilaçları ve kullanım biçimlerinin yer aldığı, eczacıya yönelik yazılmış imzalı resmi bir yazı olarak tanımlanmaktadır¹⁰¹. Bir diğer tanımı ise; hekim tarafından eczacıya yönelik olarak düzenlenmiş bulunan ve hastaya bir ilacın verilmesi talebini içeren yazıdır.

Reçete TCK anlamında bir evrak niteliğindedir ve bir hekim tarafından düzenlenmesi ile birlikte kamu görevlisi hekim tarafından yazıldığında resmi belge niteliği kazanmaktadır. Aile hekimliği kanunu mad. 5/3' e göre de aile hekimlerinin kullandığı reçete gibi belgeler resmi evrak niteliğindedir¹⁰². Doktor dışında başka bir kimse tarafından düzenlenmesi halinde de TCK anlamında evrakta sahtecilik suçunu oluşturmuş olur.

Ayrıca bu durum 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun Ek madde 13'e göre, "Tabipler ve dış tabipleri dışındaki sağlık meslek mensupları hastalıklarla ilgili doğrudan teşhiste bulunarak tedavi planlayamaz ve reçete yazamaz." diyerek yalnızca TCK anlamında değil ilgili kanuna göre de yalnızca hekimin yazabileceğine ilişkin hükme bağlanmıştır.

Reçete düzenlenmesi hastanın hekim tarafından muayene edildiği ve tedavi için ilaç gerekli gördüğü anlamına gelir. Bu nedenle hekimin reçete yazmadan önce muayene etmesi gerekir. Unutulmamalıdır ki reçete düzenlenmesi, hekimlik sözleşmesinden kaynaklanan bir yükümlülüktür¹⁰³. Reçete düzenlenmesinin temel kuralı tedavi özgürlüğüdür.

Hekim, tedavi tarzını belirleme özgürlüğüne de dayanarak, yapmış olduğu tedavi neticesinde duruma en uygun ilacı bizzat seçebilir. Reçete, ne kadar da eczacıya yönelik yazılmış olsa da ve hastalar çoğunlukla eczacılar tarafından bilgilendirilse de hekim muhakkak reçete etmiş olduğu ilacın yararlarını, zararlarını, görülmesi olası yan etkilerini hasta ve hasta yakınına açıklaması gerekmektedir. İlacın nasıl alınacağı (aç, tok vb.) veya uygulanacağı (ağızdan, dil altı, kas içi, burun içi vb.), ilacın alınması gereken süreler (6 saatte bir, 8 saatte bir vb) veya saatler (akşam saat 22:00 de tek doz

¹⁰¹ Türk Dil Kurumu, <http://www.tdk.gov.tr/> ,[Erisim: 11.04.2019]

¹⁰² HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 728.

¹⁰³ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 729.

vb) ve ilacın kullanım dozu, mutlaka hekim tarafından hastaya açıklanmalı ve anlatılmalıdır.

Hekim açısından bir diğer önemli konuda; hekimlik sözleşmesi gereği hastanın istediği belirli bir ilacın hekim tarafından yazılma yükümlülüğünün olmamasıdır¹⁰⁴. Hastanın hastalığının tedavisine uygun olan ilaç tercih edilmelidir.

Acil hekimliğinde de reçete yazma yükümlülüğü açısından rutindeki uygulamadan belirgin farklılık yoktur. Ancak kırmızı alanda yer alan hastalar acil servisin diğer alanlarıyla kıyaslandığında daha kritik hastalardan oluştukları için kırmızı alanda reçeteye yazılan ilaçlar genel anlamda etkinlik açısından daha kuvvetli olmalarıyla birlikte daha çok yan etkiye de sahip olmaktadır. Bu nedenle bu hastaların ve yakınlarının reçete edilen ilaçlar konusunda biraz daha fazla aydınlatılması gerekmektedir.

Uygulamada rutin olmamakla beraber acil serviste müşahede altında tedavi alan hastalara uygulanan ilaçlar hastane eczanesinde bulunmadığı durumlarda hastaya reçete edilerek, dış eczaneden alınması sonrasında hastanın tedavisi sağlanabilmektedir. Bu durum acil serviste hastaları olan hasta yakınlarında ajitasyon yaratabilir. Hekimin bu noktada hasta yakınlarına durumu açıklaması ve ilaç kullanımının hastanın yararına olması nedeniyle temininde yardım istemesi akıllıca olacaktır.

9- İLERİ TETKİK YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Günümüz tüm şartlarıyla birlikte değerlendirildiğinde teknoloji her geçen zaman bir öncesine göre daha da hızlı bir şekilde ilerlemektedir. Gelişen ve değişen bu teknoloji özellikle de sağlık bilimlerinde kendini göstermektedir. Kendinin geliştiren bu teknoloji den hekim, hastasının tedavi ederken hastanın da bu yönde talebi olması durumunda modern aletlerle tedavi edilmesini isteyebilir. Eğer tedavi gördüğü alanda ileri teknoloji modeli bulunmuyorsa hekim hastayı teknolojinin bulunduğu başka bir hastaneye sevk edebilir. Sonuç olarak hekim modern tıbbın teşhis aşamasında yardımcı olan yeni cihazlarından da faydalanmalı, değişimi ve gelişimi yakinen takip etmelidir. Bu da hekim ve yardımcı tıbbi personeli bu aletlerin kullanımını bilmek zorunluluğuna sevk etmektedir¹⁰⁵. Ancak yanlış anlaşılmaya mahal vermemek için belirtmeliyim ki hekimin yeni cihazları bilmesi demek alanındaki her cihazın tüm

¹⁰⁴ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 728.

¹⁰⁵ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 729.

özelliklerini ve kullanımını bilmesi anlamına gelmemektedir. Hastanın alacağı sağlık hizmetini, hastanın talebi ve modern tıbbın gereklerini yerine getirilmesini sağlama konusunda planlayabilmesi anlamına gelmektedir. Örnekleme gerekirse geçmişte delici kesici alet yaralanması hastalarında tanımlayıcı periton lavajı işlemi yapılmaktaydı. Bu işlem tanı için önemli olmakla beraber oldukça invaziv (girişimsel) bir işlemdi. Ancak günümüzde bilgisayarlı tomograflerin kullanıma girmesi ile beraber tanımlayıcı peritoneal lavaj işlemine gereklilik kalmamıştır. Sonuç olarak hekimin bilgisayarlı tomografinin çalışma prensibini, kullanımını ve arıza durumunda tamir işlemlerini bilmesi mümkün değildir. Ancak hastalığa neden olan durumun tanısında gerekli olan ileri tetkikin hangisi olması gerektiği konusunda yükümlülüğü olduğunu düşünmekteyim.

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü' nün 2005 yılında yayınlanan İleri Tetkik Gerektiren Ani Aciller Hakkında Genelge' sinde hangi hastalıkta hangi ileri tetkikin gerekliliği ihtiyaç olduğu da belirtilmiştir. İlgili genelgede BT ve Manyetik Rezonans (MR) görüntülemeye yer verilmiş olup, lomber ponksiyon (LP), ultrasonografi, ekokardiyografi vb diğer ileri tetkikler de acil servislerde ihtiyaç halinde yapılır yazmaktadır.

Genel olarak durum böyle olmakla birlikte hastanelerin acil servislerde o anda müdahale gerektiren kırmızı alan hastalarında acil müdahalelerden sonra hekimin hastayı aydınlatması sonrasında hastanın talebi ile faydalanabileceği ileri tetkik aletlerinin bulunduğu en yakın acil servise yönlendirmesi gerekmektedir. Ancak hastanın stabil olmaması durumunda ileri tetkik ihtiyacı ertelenebilir. Bazen hasta stabil olmasa da sevk edilmesi gerekebilir çünkü hastanın stabilizasyonunun sağlanması için acil girişim ihtiyacı bulunmaktadır. Buna en iyi örneklerden biri ST Segment Yüksekliği Olan Miyokard İnfarktüsü (STEMI) olan hastadır. Hastanın acil olarak Primer Perkütan Koroner Girişim yapılabilecek bir merkeze sevk gerekmektedir. Hastanın stabilizasyonunun sağlanması, tıkanıklığın olduğu damarın açılması sonrası sağlanabilir. Dolayısıyla ileri tetkik ve tedavi yapılabilecek merkeze unstable hastanın sevk sağlanmak zorunda kalmıştır, buda bize tıpta hasta bazlı değerlendirme gerekliliğini hatırlatır.

İleri tetkik için kullanılacak tıbbi teknik araçların bakımı, kontrolü ve gerektiğinde sterilizasyonu da gerekmektedir. Bu gereklilik kimi zaman hizmet alımı ile kimi zamanda sağlık tesisinin kadrolu çalışanları aracılığıyla sağlanır. Hekim bu cihazlar ile alakalı eksiklik veya bozukluk gibi olumsuz durumları hastane yönetimine

bildirmek durumundadır. Bildirime rağmen eksikliklerin giderilmemesi hastane yönetiminin sorumluluğundadır¹⁰⁶. Acil hekimleri de tespit ettikleri aksaklıkları tutanak altına alarak bildirmeli ve hastane yönetimlerinin bilgi sahibi olmasını sağlamalıdır.

10- TEDAVİYİ SONLANDIRMA YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Hastanın kendi geleceğinin belirleme hakkı bulunduğundan hastanın talebi olması halinde hekim tedaviyi sonlandırmak zorunda olduğu Hasta Hakları Yönetmeliği mad. 24’de yer almaktadır. Bunun dışında hekimin de tedaviyi sonlandırma hakkı bulunmaktadır. Özellikle Borçlar Kanununun vekalet sözleşmesi hükümlerini de göz önüne alacak olursak hekim her zaman istifa edebilir denilmektedir.

Ayrıca, Türk Tabipleri Birliği’nin 47. Genel Kurulunda kabul edilip 10-11 Ekim 1998 tarihinde yürürlüğe konulan ve 2. maddesi gereğince; “Türkiye’de hekimlik yapma hakkını kazanmış olup mesleğini uygulayan tüm hekimlerin uymak zorunda olduğu kuralları” düzenleyen, “Hekimlik Meslek Etiği Kuralları”nın 25. maddesinde belirtildiği üzere “Tedaviyi Üstlenmeme veya Yarıda Bırakma Hakkı” düzenlenmiş ve hekimlere bu konuda önerilerde bulunulmuştur. Buna göre;

“Hekim, ancak tıbbi bilgisini gerektiği gibi uygulayamayacağına karar verdiğinde ve hastasının başvurabileceği başka bir hekim bulunduğu durumlarda, hastanın bakımını ve tedavisini üstlenmeyebilir veya tedaviyi yarım bırakabilir. Yukarıdaki koşullarda tedaviyi bırakacak hekim, bu durumu ve hastanın sağlığının tehlikeye düşmeyeceğini hastaya veya yakınlarına anlatır ve onları tıbbi yardımla ilgili başka olanaklar konusunda bilgilendirir. İkinci hekim bulunmadan hekim hastasını bırakamaz. Hekim, tedaviyi üstlenen meslektaşına hasta hakkındaki tüm bilgileri aktarmakla yükümlüdür” denilmektedir. Bu maddede belirtilen sınırlar çerçevesinde hekime, hastayı ve hastasının tedavisini reddedebilme önerisinde bulunulmuştur.

Ayrıca 19.02.1960 tarih ve 10436 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Tıbbi Deontoloji Tüzüğü’nün 6. maddesinde; “Tabip ve diş tabibi, sanat ve mesleğini icra ederken, hiçbir tesir ve nüfuza kapılmaksızın, vicdanî ve meslekî kanaatine göre hareket eder. Tabip ve diş tabibi, tatbik edeceği tedaviyi tayinde serbesttir.” düzenlemesi yer almaktadır. Bu nedenle hasta uygulanacak tedaviyi reddederse, hekim de hastanın tedavisini üstlenmeyi kabul etmemelidir. Ancak uygulanacak tedaviyi yapacak yeterlilikte başka bir hekim bulunmaması halinde hastaya durumun

¹⁰⁶ Hakeri, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 763.

açıklanması ve hastanın ikna edilmesi gerekliliği doğabilir. Aynı Tüzüğün 18. Maddesinde ise; “Tabip ve dış tabibi, acil yardım, resmî veya insani vazifenin ifası halleri hariç olmak üzere, meslekî veya şahsi sebeplerle hastaya bakmayı reddedebilir” yer almaktadır. Yine ilgili Tüzüğün 19. Maddesine göre de;

“Tabip ve dış tabibi meslekî 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. Hastanın bırakılması halinde hayatının tehlikeye düşmesi veya sıhhatinin zarara uğraması muhtemel ise, diğer bir meslektaş temin edilmedikçe, hastayı terk edemez. Hastayı bu suretle terk eden tabip veya dış tabibi, lüzum gördüğü veya hasta tarafından talep edildiği takdirde, tedavi zamanına ait müşahede notlarını verir.” şeklinde düzenlenmiş ve hastanın hayati tehlikesinin olmamasının da hekimin tedaviyi bırakmasında şart olduğuna vurgu yapılmıştır.

Her türlü hekim müdahalesi, hastanın rızasını; hastanın rıza verecek doğal kabiliyetinin olmaması durumunda ise onun temsilcisinin rızası gerekmektedir. Hastanın tedavi onayını geri çekmesi durumunda hekimin tedaviye devam etmesi söz konusu olamaz. Hastanın tedavisinin kesilmesi tıbben uygun olmasa da hekimin tedaviye devam etmesi ceza hukuku ve tazminat hukuku açısından hekimi zora sokar. Hakeri kişinin kendi geleceğini belirleme hakkı karşısında hekimin mesleği etiğinin koyulamayacağını belirtmiştir¹⁰⁷. Acil hekimliğinde hastanın rızası bilincinin açık olduğu durumlarda problem teşkil etmemektedir ancak yoğun bakım ihtiyacı olan ve bilinç durumu karar vermesine yeterli olmayan hastalarda, hasta yakınının (yasal temsilcisinin) yoğun bakım istememesi durumunda acil hekimi süreci yönetmekte zorlanmaktadır. Tam da bu noktada Hakeri; hastanın şuurunun kapalı olması ve karar açıklayacak durumda olmadığı hallerde, hekimin hasta yakını veya akrabasından tedavi devamlılığı konusunda görüş alması gerektiğini belirtmekte. Aynı zamanda Türk Hukuku’nda tedavi hakkının vekil aracılığıyla kullanılabilir bir hak olmadığına vurgu yapmaktadır¹⁰⁸.

Hasta vasiyetnamesi, tıbbi olarak kritik durumda olan veya ölümcül hastalığı olan bireylerin kendi tedavi ve bakımları ile ilgili tercihlerini önceden yazılı olarak ifade etmesi olarak tanımlanmaktadır. Hasta vasi tayininde hasta vasiyetnamesi yararlı ek

¹⁰⁷ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 735.

¹⁰⁸ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 729.

bir girişim olarak kullanılır. Bu şekilde hasta vasisi kişinin fiziksel ve psikolojik problemleri ortaya çıktığında hastanın daha önceki talepleri doğrultusunda hareket edilmesini sağlar. Ancak ülkemizde hasta vasiyetnamesi hukuki bir temeli olmadığı için kullanılamamaktadır¹⁰⁹.

Bu bilgiler eşliğinde acil hekimliği esnasında bilinci kapalı hastanın tedavisinin devamının tıbbi ve hukuki olarak bir başkasının kararı ile sonlandırılmayacağı, her ne kadar hekimin tedavi devamının paternalist bir yaklaşım olarak algılsa da Anayasa mad 17 ile kişinin temel hakkının yaşam hakkı olması nedeniyle hekimin tedaviye devam etmesi gerektiğini düşünmekteyim.

11- KAYIT TUTMA YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Kayıt tutma hekimlik açısından olmazsa olmazdır. Tıbbi öğretilerde yazılmamışsa yapılmamıştır görüşü yer almaktadır. Ayrıca hukuki çerçevede gerek öğretilerde gerekse uygulamada üzerinde ittifak olunan durum, hekimin kayıt tutma yükümlülüğünün olduğudur¹¹⁰.

Kayıt tutma yükümlülüğünün amacı, tedavinin emniyet içinde yapılması, delillerin güvende olması ve kimin sorumluluğunda işlemin yapıldığının tespiti içindir. Borçlar Kanunu (md. 508) ile de hekimin, hasta ile yapmış olduğu vekalet sözleşmesinin gereği olarak; hastasına yaptığı tüm işlemler ve tedaviler nedeniyle hesap verme yükümlülüğü bulunmaktadır.

Sağlık alanında kullanılan tıbbi kayıtlar hastanın tıbbi sürecini kanıtlayabilmek açısından önemlidir. Hekim, tedavisini üstlendiği hastanın bilgilerini düzenli bir şekilde kayıt altına almalı ve ayrıca bu kayıtlarla birlikte diğer belgeleri de saklamalıdır; bu durum sadece hekim ile hastası arasındaki sözleşme nedeniyle değildir, ayrıca hekimin meslekî yükümlülüğüdür. Hasta kayıtları tutulurken; hastalığın özgeçmişi ve geçirdiği hastalıklar ve operasyonlar, tanısı, uygulanan tedavi ve uygulanma şekli (oral, iv, im vb.), iyileşme süreci, uygulanan ilaçların türü ve dozu, hekimin verdiği orderlar (talimatlar), eğer varsa standart tedaviden sapma, hastaya yapılan aydınlatma, yapılan operasyonun gelişimi, tercih edilen narkotikler ve narkoz esnasındaki süreç, beklenmeyen aradaki olaylar (hastanın tansiyonunu düşmesi veya yükselmesi, arrest olması vb), ameliyat esnasında gerek halinde operatör hekimin değişmesi, hastanın geliş vitalleri ve kontrolleri, yoğun bakım takibi, taburculuk

¹⁰⁹ Bağ Beyhan. ‘‘ Hasta Vasiyetnamesi: Ötenazi mi? Yoksa Kendi Kaderini Kendi Belirleme Hakkı Mı?’’, Journals of World of Turks, 2013: 5(1): syf 276.

¹¹⁰ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 739

raporu (epikriz) ve taburcu olurken yapılan öneriler, hastanın bireysel özellikleri bazında hekimin kanaati, hastayla yapılmış olan telefon görüşmeleri ve bu esnada sorulan sorular gibi bilgiler not edilmelidir. Hekim akla gelen tüm her şeyi kayıt altına almak zorunda değildir¹¹¹, tıbbi olarak teşhis ve tedavide gereklilik ölçütüne göre kayıt tutmalıdır. Böylece hekimin teşhis, uyguladığı tedavi ve tercih ettiği girişimsel yöntem üzerinde sağlıklı karar vermesi, takip ve tedavi esnasında bu kararların kontrolünü sağlaması, ayrıca hasta ile alakalı ortaya çıkması olası bir anlaşmazlıkta ispat sağlanması açısından kolaylık elde edilir; aynı zamanda kayıtlar altına alınan veriler hastalığın ileride tekrarlaması durumunda da tedavi uygulayacak hekime yardımcı olur. Kaydın tutulma zamanına ilişkin net bir sürenin ölçüt olarak tespiti önceden mümkün değildir, somut olayın vasfına göre makul kabul edilebilecek bir süre içinde kaydın tutulması gerekliliği hususunda karar verilebilir. Hekimin, kayıt tutma borcunu özenle yerine getirmemesi sebebiyle meydana gelebilecek her türlü zararı karşılaması gerekmektedir. Hasta, usulüne uygun tutulmamış kayıtları olduğunu tespit ettiğinde düzeltilmesini talep edebilir. Ayrıca hekim, hastayı takip ettiği süre içinde tuttuğu veya tarafına hasta veya yakınları tarafından verilen kayıt ve belgeleri de özenle saklamalıdır. Hasta veya yakını tarafından hekime verilen belgeler, hastanın hastane sürecinin tamamlanması ve tedavi sözleşmenin sonlanmasından sonra hastaya iade edilmelidir. Tedavi faaliyeti esnasında bizzat hekim tarafından düzenlenmiş belgelerden; sadece hastanın çıkarlarına yönelik olanlar (örneğin kan tetkiki sonucu, röntgen filmi vb) kendisine verilmeli; hekim ve asistan hekimin eşit çıkarlarının mevcut olduğu belgelerde (örneğin ameliyat protokolü) ise hastanın görme hakkı göz ardı edilmemelidir; sadece hekimin çıkarlarına yönelik olan kayıt ve belgeleri hastaya verme veya gösterme yükümlülüğü yoktur¹¹². Hekimin kayıt tutma konusunda Yüksek Sağlık Şurası'nın bir kararında "...zararlı neticeye etki etmemekle beraber, kayıtların tutulmaması mevzuata aykırı olduğundan soruşturma açılmasının uygun olacağına..." yer almakta ve kayıt tutmanın ne kadar önemli olduğuna dikkat çekilmektedir¹¹³.

¹¹¹ Zeytin, Zafer, "Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumlulukta İspat Yükü Kuralının Ters Çevrildiği ve Kolaylaştırıldığı Haller", Uluslararası Katılımlı 1. Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Sempozyum Kitabı, İstanbul 2005, S. 135-151, HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs, syf 741'den.

¹¹² PETEK, Sağlık Hukuku, 1. bs., syf 94.

¹¹³ Hancı, Hamit, Malpraktis, Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu, 2. bs., Ankara, 2005, syf 45.

Sağlık Bakanlığı da 18.01.2005 tarihli genelgesi ile kayıt tutma yükümlülüğüne dikkat çekmiş olup; ‘ Hastanın sağlık kurumuna müracaatından itibaren tıbbi müdahale ve işlemlerin..... Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi hükümleri doğrultusunda eksiksiz tutularak arşivlenmesi ve kurumda muhafaza edilmesi...’ ifadesine yer verilmiştir.

Hakeri’ ye göre kayıt tutma yükümlülüğü sağlık çalışanının yararınadır. Hasta herhangi bir sebeple hekimini dava ettiğinde, tutulan kayıtlar sayesinde sağlık çalışanı kendisini savunabilecektir¹¹⁴. Unutulmaması gerekir ki tıbbi olarak gerekli olmayan bir kayıt hukuki olarak da gerekli değildir. Kayıt edilmesi gereken durumlar tıbbi standartlara göre gerekli durumlardır¹¹⁵.

Acil serviste hasta ile alakalı kayıtları tutmak özellikle hasta başvurusu çok olan 3. basamak hastanelerde işleyişte oldukça güçtür. Ama ilerde yaşanabilecek sorunların önüne geçilebilmesi açısından da zorunluluk teşkil etmektedir. Yeşil ve sarı alanda değerlendirilen hastaların dosyalarına en azından hastanın kısa öyküsü, özgeçmişi ve kullandığı ilaçlar, alerji öyküsü olup olmadığı, tetanoz aşısı olup olmadığı, pozitif fizik muayene bulgusu ve ön tanı muhakkak not edilmeli, verilecek tedavide tarih ve saat notu düşülerek hemşire takip formuna yazılıp kaşelenmelidir. Bu verilerin daha sonradan hatırlanması güç olacağı için hasta değerlendirilirken eş zamanlı olarak kayıt altına alınması acil hekimi açısından çok önemlidir. Ayrıca verilen yazılı orderi uygulayan hemşirenin de yaptığı işlemleri saatiyle hasta takip formuna kayıt etmesi ve yaptığına dair imza ve ismini not etmesi önemlidir. Bu sayede hastaların uygun tedaviyi uygun şekilde ve zamanında alıp almadığının tespiti yapılabilir. Acil hekiminin dikkat etmesi gereken başka bir konu da yapılması planlanan ilaç uygulamaları için verilen yazılı orderların okunaklı yazılmış olması, ne sıklıkta uygulanacağı (saatte bir – 24x1, 4 saatte bir 6x1 vb), dozu (tb, mg, gr, mikro gr vb) ve uygulama şeklinin (intravenöz, oral, sublingual vb) net olarak belirtilmesi gerekliliğidir. Hekimin verdiği orderın da yapılıp yapılmadığının takibini yapmasının hastaya olan vekalet sözleşmesinin bir gereği olduğunu düşünmekteyim.

Acil serviste sözlü tedavi orderı verilebilmektedir. Bu hastanın durumunun aciliyetine ve yoğunluğa bağlı olarak yapılmaktadır. Hekimin hastanın acil müdahaleye neden olan durum ortadan kalktıktan sonra sözlü verdiği orderı yazılı hale getirmesi gerekir.

¹¹⁴ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 740.

¹¹⁵ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 742.

Acil servislerde işleyişte hemşireler yaptıkları uygulamaları, uygulama şekli ve dozunu hasta dosyalarına işlem esnasında not etmektedirler. Buda hekimin sözlü orderının yazılı hale getirirken işini kolaylaştırmaktadır.

Yukarı da belirttiğimiz üzere acil serviste de kayıt tutmak çok önemlidir. Hekime tavsiye edilen, hastanın dosyasına ve eklerine mümkün olan en büyük özeni göstermesidir¹¹⁶.

12- SIR SAKLAMA YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Sır saklama yükümlülüğü, sağlık çalışanının sadakat yükümlülüğünden kaynaklanan bir alt yükümlülüktür (BK md. 502.)¹¹⁷. Ayrıca hekimin sır saklama yükümlülüğü Anayasa (md. 20) ile de koruma altındadır. Hakeri'ye göre sır denince "... sadece belirli ve sınırlandırılabilir kişi grubu tarafından bilinen ve bunun açıklanmamasında hasta bakımından anlaşılabilir, yani gerekçelendirilebilir ve dolayısıyla korunmaya layık bir yarar bulunan durum, olgu..." anlaşılması gerekir¹¹⁸.

Hekimin, tedavi esnasında öğrendiği hastaya ait sırları gizli tutması gerekip, üçüncü kişilerle paylaşmama yükümlülüğü vardır. Unutulmamalıdır ki tedaviden beklenen olumlu sonucun sağlanabilmesi için hekim ile hastası arasında olması gereken güven ilişkisi, hastaya ait sırların hekim tarafından açıklanmamasını gerektirir. Hasta sırlarına saygı gösterilmeyeceğinden veya rızası dışında üçüncü kişilere aktarılacağını düşünürse, hastalığının geçmişine ve seyrine yönelik soruları cevapsız bırakabilir veya yanlış ve yanıltıcı cevaplar verebilir ya da sırf güvensizliği sebebiyle sağlık hizmetini hekime hiç başvurmayarak ve sağlık hizmeti almayarak tedavi şansını kaybedebilir. Sır kavramını tanımlamak gerekirse; açıklama yapılmamasında (saklı tutulmasında) hastanın menfaatinin ön planda tutulduğu her durumu kapsamaktadır. Özel hayata ait olan zararlı karakter unsurları, psişik anormallikler, bedene ait özellikler, hastalık bulguları, mesleki ve/veya mali ilişkiler gibi durumlar sır niteliği taşıyabilir. Önemli olan somut olayın özellikleri değerlendirilerek ve hastanın menfaati göz önünde tutularak neyin sır olarak kabul edileceği belirlenmesidir, ortalama bir hasta veya durum esas olarak değerlendirilmemelidir. Hekim, diğer hekim arkadaşlarına (bilgi vermesi gerekmeyen durumlar için) ve hastanın yakınlarına, tedavinin gerekleri zorunluluk doğurmadıkça sır sayılan hususları açıklamamalı, hastayı bilimsel tebliğ

¹¹⁶ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 743.

¹¹⁷ Yıldırım, Fadıl, " Hekimin Sır Saklama Yükümlülüğü", Sağlık Hukuku Sempozyumu, Yayına Hazırlayan: Cem Baygın/ Metin Uçar/ Yusuf Büyükay, Ankara 2007, syf 57-64.

¹¹⁸ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 758.

olarak sunacaksa da hastanın anonimliği korunmalıdır. Hekimin sır saklama yükümlülüğü, tedavi sözleşmesi ortadan kalksa bile, hatta hastası ölse bile devam eder; tedavi esnasında görev alan yardımcı sağlık çalışanlarının da sır saklama yükümlülüğü vardır. Hekimin, sır saklama yükümlülüğüne aykırı hareket etmesi nedeniyle hastanın uğrayacağı bütün zararlardan sorumlu tutulabileceği ve bu zararların tanzimini sağlaması gerekebilir ancak sırların hekim ya da sağlık çalışanı tarafından açıklandığının ve zararın hasta tarafından ispatı gerekmektedir¹¹⁹. Kısaca hastanede çalışan tüm sağlık personelinin sır saklama yükümlülüğü vardır. Normal şartlarda hekimin sır saklama yükümlülüğü ölümden sonra da devam etmekteyken bir başka görüş hekimin ve yardımcı sağlık çalışanlarının sır saklama yükümlülüğü kişilerin ölümüne kadar korunması gerektiğini savunmaktadır¹²⁰.

Hastanın sırlarının korunması, genel kişilik haklarına dâhildir ve insan onurunun esasıdır. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi' nde (md. 4) de sır saklama yükümlülüğünden bahsedilmekte; ‘‘Tabip ve diş tabibi, meslek ve sanatının icrası vesilesiyle muttali olduğu sırları, kanuni mecburiyet olmadıkça, ifşa edemez.’’ denilmektedir¹²¹.

Hasta Hakları Yönetmeliği madde 21, Türk Tabipler Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları madde 31ve Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı madde 8 de sır saklama ve kişisel verilerin korunması ile ilgilidir¹²².

Hekimin, hâkime ve savcıya karşı sır saklama yükümlülüğü bulunmamaktadır, belge istemeleri durumunda göndermek zorundadır. Hastanın rızası, zorunluluk hali, yetkili merci emri nedeniyle ve kanun hükmünün yerine getirildiği hallerde hekimin sır saklama yükümlülüğü kalkar¹²³.

Acil hekimliği açısından da bakıldığında hekimin ve yardımcı sağlık personelinin sır saklama yükümlülüğü vardır. Ancak Hakeri' ye göre acil durumlarda hastaya ait gizli bilgilerin kullanılması ve açıklanması gerekebilir¹²⁴. Amaç acil durumu bertaraf

¹¹⁹ HANCI, syf 157.

¹²⁰ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 762.

¹²¹ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 759.

¹²² HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 760-761.

¹²³ Doğan, Cahid, ‘‘Sağlık Haklarından Hekimlerin Sır (Kişisel Veri) Saklama Mükellefiyeti’’, Sağlık Hukuku Kurultayı, Ankara 2008, syf 105-144.

¹²⁴ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 825.

etmektedir ve bu sebeple sadece asgari düzeyde gerekli bilgi kullanılmalı ve açıklanmalıdır¹²⁵.

13- ACİL SERVİSTE ORGANİZASYON YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Hekimin organizasyon yükümlülüğüne ilişkin birtakım sorumlulukları vardır ve bu sorumlulukların yerine getirilmemesi de bir takım hukuki sorumlulukları beraberinde getirecektir.

Hekimin organizasyon yükümlülüğünü uygun şekilde yerine getirebilmesi için hastane ve hastasıyla iş birliği içinde olması, ekip arkadaşlarıyla uyum ve iletişim içinde çalışması gerekmektedir.

Organizasyon kusurunun pratikte olan en net şekli, yetki ve sorumluluk sahibi olması gereken kişinin tıbbi müdahaleye çağrılmamasıdır. Bu durumdan sorumlu olan ilgili kişi kusur oluşması halinde sorumlu tutulur¹²⁶.

Hekimin organizasyon yükümlülüklerinde bir diğer görevi de tıbbi alet ve cihazlardaki aksaklık ve eksiklikleri tutanak altına alarak sağlık kurumu yöneticiliğine bildirilmesidir¹²⁷. Burada acil servis açısından anlaşılması gereken tıbbi alet ve cihazlar değerlendirilecek olursa; enjektör ve damar yolu açmakta kullanılan sarf malzemeler olabileceği gibi hastaya verilen mayinin istenen hızda akımını ayarlayan pump cihazları da olabilir. Eksiklikler bildirilmesine rağmen giderilmemesinde ve ortaya olumsuz bir durum çıkması halinde hastane yönetimi sonuçtan sorumlu tutulur¹²⁸.

Acil servisler açısından durum değerlendirildiğinde ise; Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Eğitim ve İdari Sorumlularının Tanımı ve Görevlerine Dair Yönerge' sinin madde 6 (2)' de idari sorumlunun görevleri başlığı altında ğ, h ve ı bendinde eğitim sorumlusu ile beraber organizasyonda yürütülmesi gereken görevleri, diğer bentlerde de acil servis organizasyonundaki görevleri ayrıntılı olarak yer almaktadır. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'nde acil servis idari sorumluluğunu ve eğitim sorumluluğu görevlerini kimin yapabileceğini de 3359 Sayılı Kanun'un Ek-1' ine göre düzenlenir. TATD' nin yaptığı görev tanımlarında acil tıp

¹²⁵ Sağlık Çalışanları İçin Sağlık Hizmetinde Gizliliğe ve Mahremiyete İlişkin Avrupa Rehber Kuralları, <http://www.hayad.org.tr/saglik-calisanlari-icin-saglik-hizmetinde-gizlilik-ve-mahremiyete-iliskin-avrupa-rehber-kurallari> (Erişim:15.04.2019)

¹²⁶ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 763.

¹²⁷ Sağlık Hukukunda Sorumluluk – hekimin yükümlülükleri, http://eryigithukuk.com/uploads/1_643565.pdf, [Erisim: 11.04.2019].

¹²⁸ Mehmet Oğuz Polat, Klinik Adli Tıp Adli Tıp Uygulamaları, 2. bs. (Ankara: SeckinYayincilik, 2006), syf 268.

uzmanlarının da organizasyonda yer alması gerektiği belirtilmiş olup, ilgili mevzuatta acil servis organizasyonu ile alakalı görev tanımları eğitim ve idari sorumlulara verilmiştir.

14- KİMLİK TESPİTİ YAPMA YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Acil servis başvurularında hastanın kimlik kontrolü kayıt esnasında görevli kayıt personeli tarafından şahıs kontrol edilerek yapılır.

Adli Tabiplik Hizmetlerinin Yürütülmesinde Uyulacak Esaslar Genelgesi' nin mad 3.2'de adli vakaların muayenesinde kimlik tespiti ile alakalı "Muayene edilmek üzere getirilen kişinin resmi evrakta belirtilen kişi olup olmadığına dikkat edilecek..." yazmaktadır.

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği mad. 3.1.2' de yer alan kimlik tespiti kısmında "Sağlık kurum ve kuruluşları, Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin müracaatı aşamasında (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra) nüfus cüzdanı, sürücü belgesi, evlenme cüzdanı, pasaport veya verilmiş ise Kurum sağlık kartı belgelerinden biri ile kimlik tespiti ve biyometrik yöntemlerle kimlik doğrulaması yapmaları zorunludur" şeklinde yer almaktadır.

Doktrinde, hekim sosyal güvencesi olan ya da herhangi bir nedenle kimlik tespiti yapılması gereken hastaların kimlik doğruluğunu denetlemelidir demektedir¹²⁹.

İlgili mevzuatta da belirtildiği üzere kimlik tespiti yapma yükümlülüğü hem sağlık kuruluşuna hem de hekime ve sağlık çalışanına verilmiştir. Acil hallerde öncelik her durumda olduğu gibi hastanın sağlık hizmeti alması olduğu için kimlik tespiti acil durumdan sonraya bırakılabilir. Bu durumu açıklayıcı olması açısından ele alırsak; ambulans ile acil kırmızı alana getirilen bilinci kapalı hastanın yakını varsa hastanın kimliğinin görülmesi veya yakınının beyanı ile hasta kaydı açılabilir. Hastanın yakınının olmaması durumunda üzerinde kimlik olup olmadığına bakılır ve sonrasında kayıt açılır. Hastanın kimliğine ulaşılamaması halindeyse hasta isimsiz olarak sisteme kayıt edilir ve kimlik tespiti öncesi gerekli tanı ve tedavi işlemleri uygulanır. Hastanın kliniğine neden olan aciliyet durumu ortadan kaldırıldıktan sonra kimlik bilgilerine ulaşmak için acil çalışanları tarafından çaba harcanır.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 71. maddesinde de "Sağlık hizmeti sunucuları..... sağlık hizmeti sunumu aşamasında (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra)..... başvuran kişiye ait olup olmadığını kontrol

¹²⁹ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 771.

etmek zorundadır.’ yazmaktadır. İlgili kanununun 103. maddesinde de kimlik tespiti yapılmaması nedeniyle kurumun zarara uğratılması halinde zararın zarara uğratanın alınacağı ifade edilmektedir¹³⁰.

Yargıtay ve Danıştay kimlik tespitini hekimin yapması hususunda farklı karar bildirmişlerdir. Yargıtay ‘‘ Hekim muayene için gelen şahsın kimlik kontrolünü yapmalıdır. ‘’ derken¹³¹, Danıştay ise hekimin asıl yükümlülüğünün tedavi olduğunu, iş yoğunluğu sebebiyle kimlik kontrolü yapmalarının güç olduğu yönünde görüş bildirmiştir¹³². Hakeri bu karışıklığın önlenmesi için Sağlık Bakanlığı’nın bir yönetmelik veya genelge ile bu yükümlülüğü kime ait olması gerektiğinin açıkça düzenlenmesi yönünde görüş bildirmektedir¹³³. Acil durumlarda somut olay bazında kimlik tespitinin değerlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyim. Acil hallerde bile, örneğin 112 ambulansı ile gelen hastada, hastanın kimliğine ulaşılabiliyorsa zaten hasta kaydı veri girişi elemanı olan yardımcı sağlık personeli tarafından yapılıyor. Kimliğe ulaşılmadığı durumlarda da öncelikle hasta müdahalesi yapıp sonrasında konu ile alakalı çözüm üretilmektedir.

15- BİLİRKİŞİLİK YAPMA YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Mahkemeler, hakimlik mesleğinin sahip olduğu genel ve hukuki bilgi birikimiyle çözümlenmesi mümkün olmayan ve özellikle çözümü özel teknik ve mesleki bilgi gerektiren durumlarda, konusunda yetkin olan kişiler bilirkişi olarak başvurumaktadırlar¹³⁴. Adli olaylarda da uzmanlık alanından bilgisinden faydalanılan kişilere ‘‘bilirkişi’’ denilir.

Bilirkişinin tarifi yasalarımızda yer almamakta ancak öğretide çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır¹³⁵. Aslen bilirkişi ‘‘ ispata ilişkin karşılaşılan bir sorunun çözümünde, haiz olunan uzmanlık bilgisiyle hâkime, mahkemeye ve kanunların izin verdiği durumlarda savcıya yardımcı olan kimse’’ dir¹³⁶.

Hekimlerin, mevzuata göre sağlıkla ilgili konularda ‘‘bilirkişilik’’ yapma görevi vardır. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun

¹³⁰ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 773.

¹³¹ 11. CD, 5.6.2006, 144/5115.

¹³² DANIŞTAY, 2.D, 19.01.1993, 1993-3.

¹³³ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 842-846.

¹³⁴ Polat O, İnanıcı MA, Aksoy ME, Adli Tıp Ders Kitabı, 1. bs., (İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1997)

¹³⁵ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16. bs., syf 765.

¹³⁶ Yıldız, Ali Kemal, ‘‘ Ceza Muhakemesi Hukukunda Bilirkişi’’, EÜHFD, C:X, s: 3-4, Erzincan 2006, syf 273-345.

11.maddesinde; “Mahkemeler, bilirkişi olarak Türkiye’de hekimlik yapma yetkisine sahip hekimlere başvurabilirler.” denmektedir. Bu maddeye istinaden; hâkim veya cumhuriyet savcısı bilirkişinin seçilmesi ve yetkisinin belirlenmesinde hak sahibidirler. Ayrıca, üniversiteler bünyesinde yer alan tüm bilim dalları, adli olaylarda bilirkişilik görevini yerine getirebilir. Hekimlerin resmi ya da özel görevde olması bilirkişi olarak görevlendirilmesinde farklılık yaratmaz dolayısıyla görevlendirildikleri takdirde bu çağrıya uymak zorundadırlar. Kabul edilebilir, geçerli bir neden olmaksızın adli görevin yerine getirilmemesi, görevi savsaklama ya da kötüye kullanma suçunu oluşturur ve hekim hakkında kanuni işlem yapılır. Türk Ceza Kanununun 276. maddesinde de belirtildiği üzere; “Bilirkişi olarak gerçeğe aykırı değerlendirmede bulunan hekime bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası verilebilir”.

Adli olaylarda insan vücudunda oluşmuş olan lezyonların niteliği, şekli, büyüklüğü; ne tür bir araç kullanılmış ve nasıl meydana gelmiş olabileceği; her türlü biyolojik kanıtların toplanması ve incelenmesi bilirkişi olarak görevlendirilen hekim tarafından tanımlanır ve yapılır. Ayrıca suçlu, mağdur ya da medeni haklarını kullanmak isteyen kişiler olsun, bu durumlarının belirlenmesi ve tanımlanması da bilirkişilik görevini yapması istenen hekimin görevlerindedir. Bu nedenle, bilirkişilik görevini üstlenen hekimin; istediği gibi muayene ve inceleme yapabilmesi, gerekli görmesi durumunda tanıkları dinlemesi, sanık şüphesinde olan kişilerin sorguya çekilmesi esnasında hazır bulunması ve hatta bu kişilere doğrudan doğruya soru sorma ve dosyalarını inceleme hakkına sahip olması gerekir¹³⁷.

Ceza Muhakemesi Kanun’u (CMK) mad 65’ e göre ‘... incelemenin yapılması için bilinmesi gerekli fen ve sanatları meslek edinenler ile gerekli mesleği yapmaya resmen yetkili olanlar.’ bilirkişiliği kabul yükümlülüğü olanlardır. Acil servis hekimleri de diğer hekimler gibi görevlendirildiklerinde geçerli bir mazeretleri olmaması durumunda bilirkişilik görevini yerine getirmekle yükümlüdür.

Hekimler sır saklama yükümlülüğünün ve tanıklıktan çekilme hakkının bulunduğu hallerde bilirkişilikten çekilebilir¹³⁸. Acil hekimliği açısından ise bilirkişilikten çekilme çok olası olmadığını düşünmekteyim. Bu konuyla ilgili olarak tek yerel mahkeme kararı tespit edilmiş olup; ilgili olayda, intihar vakası nöbetçi adli tabiplik

¹³⁷ Hekimin Yasal Sorumlulukları, <http://medicaljournal.gazi.edu.tr/index.php/GMJ/article/viewFile/258/256>, [Erisim: 11.04.2019].

¹³⁸ HAKERİ, Tıp Hukuku, 16 bs., syf 767.

hizmeti veren hekime ulaşılamaması nedeniyle savcı tarafından vaka ölü muayenesi için 3. basamak hastane morguna getirilmiş ve acil tıp uzmanından otopsi yapması ve bilirkişilik hizmeti vermesi istenmiştir. Hekim acil servisin yoğun olması ve klinikteki tek uzman olması nedeniyle görevi kabul edememiştir. Acil tıp uzmanı için görevi kötüye kullanma iddiası ile dava açılmış, mahkeme hekimin mahkûmiyet için yeterli, kesin ve inandırıcı delil elde edemediği için beraatine karar vermiştir¹³⁹. İlgili kararda hekimin bilirkişilikten çekilmesinin doğurduğu sonuç neticesinde hekimin mahkeme sürecine dâhil olduğunu görmekteyiz. Birçok hekimin böyle zor ve yorucu bir süreçte dâhil olmak istemeyeceğini düşünmekteyim.

16- ACİL HEKİMİNİN MESLEKİ ZORUNLULUK SİGORTA YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Sorumluluk, bireyin uyum sağlaması, tarafına tanımlanmış olan görevlerini yerine getirmesi ve şahsına ait olay ya da olayların başkaları üzerinde oluşabilecek etkilerinin sonuçlarını üstlenmesi, diğer bireylerin haklarına saygı göstermesi ve yapmış olduğu davranışların neden olduğu sonuçlara sahip çıkabilmesi olarak tanımlanabilir. Sosyal hayatta kişi çevresindeki kişiler farkında olarak ya da olmayarak zarar verebilir. Ancak kural olarak başka kişilere verdiği zarardan sorumludur. Sorumluluk, hukuki ve cezai olarak ikiye ayrılır. Hukuki sorumlulukta amaç uğranılan zararın giderilmesine yöneliktir. Cezai sorumlulukta ise toplumsal nitelik ön plandadır. Suçluyu cezalandırarak toplumun korunması amaçlanmıştır. Hukuki sorumlulukta, kişi kusurlu ve haksız fiil sonucu ortaya çıkan durumun tazminine mecbur tutulur. Sorumluluk sigortasında yer alan sorumluluk kavramı, kişinin hukuki sorumluluğudur. Zarar veren kişi, zarara uğrayan kişinin kaybını karşılama yükümlülüğü taşır. Her gerçek kuruluş ya da kişinin üçüncü şahıslara ya da onlara ait olan mallarına dikkatsiz ve kusurlu davranması sonucu zarar vermesi ve oluşan maddi zarar sebebiyle tazminat sorumluluğu doğması mümkündür¹⁴⁰. Bu tazminat sorumluluğu sebebiyle geliştirilen sigorta türü sorumluluk sigortasıdır.

Sorumluluk sigortası aracılığıyla, sigortalının dikkatsizlik ya da kasti olabilecek faaliyeti sonucunda tarafına yüklenecek hukuki sorumluluk sebebiyle ödeyebileceği tazminat miktarlarına teminat verilmektedir. Teminat verilen tazminatın miktarı sınırlıdır. Ödenecek tazminat miktarı, sigorta poliçelerinde yer alan teminat limitleri

¹³⁹ İstanbul 73. Asliye Ceza Mahkemesi, 2014/813, 2015/467

¹⁴⁰ Turgaz, Güllü, Sağlık Sektöründe Mesleki Sorumluluk Sigortası Uygulaması, Yüksek Lisans Tezi (İstanbul, 2007), syf 7.

ile sınırlandırılmaktadır. Herhangi bir zarara sebep olan olay gerçekleştiğinde, poliçede yer alan teminat limitleri dâhilinde, sigortalı tarafından ödenmesi gereken tazminat miktarı güvence altına alınır.

“Mesleki sorumluluk sigortası”, kişinin sorumlulukları dâhilinde ortaya çıkan zararın karşılanması ve meslek erbabının korunması amacıyla yapılmaktadır. Meslek sahiplerinin mesleklerini yerine getirmeleri esnasında kusurlu, eksik ve yanlış davranmalarına bağlı olarak üçüncü kişilere zarar vermeleri ve bu sebeple açılacak davaların masraflarını ve dava sonucunda ödeme yapılmasına karar verilen tazminat nedeniyle oluşabilecek ekonomik kayıplarını teminat altına alan bir sigorta türüdür. Bir başka ifadeyle mesleki sorumluluk sigortası; “Meslek erbaplarının mesleki uygulamalar sırasında oluşacak hatalar nedeniyle, tazminat ödemeleri gerektiğinde kullanılmak üzere sigorta şirketleri tarafından sigortalanmalarıdır¹⁴¹.”

Mesleki sorumluluk sigortası ile sigortalı olan her hekimin yaşayabileceği öngörülen zararlar teminat altına alınmaya çalışılmaktadır. Hekimin mesleğini icrası esnasında yaşayabileceği zararların önceden belirlenmesi çok zor olmakla beraber, çeşitli hesaplar yapılarak riskler tahmin edilmeye çalışılmaktadır. Risk yelpazesi hekimin uzmanlık alanına göre değişmektedir. Bir kadın doğum uzmanı, genel cerrahi uzmanı vb yaptıkları işlemler nedeniyle daha fazla risk altındayken, bir fizik tedavi uzmanı onlarla aynı düzeyde risk altında değildir. Dolayısıyla her hekimin taşıdığı öngörülen risk düzeyine göre, sigorta için ödemesi gereken prim miktarı da aynı olmayacaktır. Acil servis hekimleri de yüksek riskli olarak sınıflandırılan grupta yer almaları nedeniyle en yüksek primumu ödemektedirler. Türkiye’de sigortalı hekim sayısının az olması nedeniyle primlerin yüksek olduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak, “6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu” hükümleri gerekse “Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası Klozu” ve “Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları” çerçevesinde uygulama alanı bulmakla beraber 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’un Ek 12. maddesine istinaden hekim mesleki sorumluluk sigortası zorunlu hale getirilmiştir. Ayrıca, Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ ile de, doğrudan sağlık hizmeti sunan kamu veya özel kurum ve kuruluşları ile sağlık birimlerinde çalışan uzman hekimler,

¹⁴¹ Füsün Sayek, “Soru ve Yanıtlarla Mesleki Sorumluluk Sigortası Yasa Taslağı,” Medikal Bakış Dergisi, <http://www.medikalbakis.net/2/sayf8.htm>, [Erisim: 10.03.2000].

hekimler ve diş hekimleri açısından kurum ve kuruluşlarca sigorta primine yapılacak katkının usul ve esasları ayrıntılı olarak belirtilmiş; Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Tarife ve Talimatı ile de, poliçe bedellerinin miktarları, sınırları belirlenmiştir. Keza, Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları ile, sigorta sözleşmesine dair tüm hususlar düzenlenmiştir. Sigorta sözleşmesinin konusu ve kapsamı geniş tutularak, sigorta sözleşmesi ile, kamu veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarında ya da serbest çalışan hekimler, diş hekimleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olan hekimlerin poliçe kapsamındaki mesleki faaliyeti yerine getirirken, sözleşme başlangıç tarihinden önceki on yıllık dönemde, sözleşme süresi boyunca ve mesleki faaliyete son verilmesi halinde sözleşme süresinin bitiminden itibaren iki yıllık sürede meslek icrası esnasında oluşan zararlara ilişkin kendisine yapılan tazminat taleplerinin yanında bu taleple bağlantılı yargılama giderleri, faiz ve makul giderlerin de poliçede belirlenen limitler dâhilinde teminat altına alınması öngörülmüştür. Böylece, hekimlerin mesleki faaliyetlerini zorunlu mesleki sorumluluk sigortasının sağladığı güvenle daha iyi yapabilmeleri sağlanmıştır. Zira, en ileri teknolojinin bulunduğu durumlarda dahi bünyesinde riski ihtiva eden hekimlik faaliyetinin mesleki sorumluluk sigortası ile teminat altına alınması, sağlık hizmetinin daha etkin ve verimli sunulmasını amaçlayan bir uygulamadır. Dolayısı ile, hekimin mesleki sorumluluk sigortası, yapılan çalışmalar ile pozitif bir düzenlemeye kavuşmuş ve hekimler açısından olumlu yönde sonuç doğurmuştur.

Acil hekimliği açısından bakıldığında ise, yapılan işlemlerin yüksek riskli olması nedeniyle acil servis hekimleri sigorta poliçelerinde en riskli grup içinde yer almakta ve bu nedenle en yüksek primden ödeme yapmak durumundadırlar. Son yıllarda dava sayılarının artması hekimlerin riskli branşları tercih etmesini olumsuz yönde etkilemekte. Dolayısıyla acil tıp uzmanlığının da tercih edilebilirliği azalmaktadır. Şahsi kanaatim, Mesleki Sorumluluk Sigortası, hekimi ciddi bir tazminat yükünden koruyacak olsa da hekimleri defansif tıba yönlendirmekte ve acil iş yükünü de arttırmaktadır. Acil servislerde hekimi fazladan tetkik istemeye, hastanın isteği doğrultusunda ek tedavilere yönlendirmeye ve bunlar nedeniyle acil servislerde bekleme sürelerinin uzamasına ve iş yükünün artmasına neden olmaktadır. Bir diğer taraftan da hekimlerin Mesleki Sorumluluk Sigortası'nın içeriğine vakıf olmadığı ve yaşayacakları olumsuzluklar nedeniyle ödenmesi gereken tazminatın öncelikle çalıştığı kurum tarafından ödeneceği, sonrasında da ödenen miktarın hekimden rücu

edileceği konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığını düşünmekteyim. Hekimin ödediği tazminatı da sigortanın sınırları içinde kalmak koşuluyla sigorta şirketi ödeyecektir.

Belirtmek gerekir ki, yukarda da ayrıntısı ile bahsedildiği üzere yapılan işlem kaynaklı oluşan tazminatın kurum tarafından hekimden rücu edilebileceği ancak organizasyon kusurunun yer aldığı durumlarda hastane yönetimlerinin de tazminat ödemeye mahkûm olabileceği kanun ile de güvence altına alınmış ve hekime aslen tebliğ edilmiştir.



SONUÇ

Acil servis hekiminin yükümlülükleri, aslen tüm hekimlerin temel yükümlülüklerinden hem mevzuata göre hem de tıbben farklılık teşkil etmemektedir. Hekimin yükümlülüklerinin merkezinde olan ve temel teşkil eden yükümlülüğün, özen yükümlülüğü olduğu ve tıbbi deneyim ve yeterlilik arttıkça hekimin hastaya göstermesi gereken özen ve beklentilerin arttığı aşikar olmakla beraber tüm hekimlerin tıbbi standartların belirlemiş olduğu doğrultuda davranması gerekmektedir. Acil hallerde de özen yükümlülüğü önemini korumakta olup durumun acil olmasının hekim açısından farklılık teşkil etmemesi gerekmektedir. Acil hekimlerinin de kıdemi ne olursa olsun özen yükümlülüğünün tıbbi olarak verdiği tüm karar ve işlemlerde temel olduğunu bilmesi ve uygulaması gerektiğini düşünmekteyim.

Acil hekimi için önemli olan bir başka durum da zamanla yarış halinde olduğu durumlarda her hekimin sahip olması ve yerine getirmesi gereken yükümlülükleri yerine getirip getirememesi durumudur. Sonuç olarak hekimin birincil görevi hastasını hakkı ile değerlendirerek hastanın ihtiyacı olan gerekli sağlık hizmetini alması ve sağlığına kavuşması hedeflenmektedir ancak hastaya tam şifa taahhütünde bulunamaz. Bunu yaparken de modern tıp biliminin belirlediği algoritmaları takip eder. Ancak durum acil olup hastanın öncelikli olarak hayata tutunmasının sağlanması gerektiği durumlarda, hekimin ilk görevi hastaya temel yaşam desteği hizmetinin hakkı ile verilmesini sağlamak, sonrasında ise de ileri yaşam desteği vermektir. Tam da bu noktada hastanın yaşam hakkı birçok yükümlülüklerin önüne geçmektedir ve geçmelidir. Acil hekiminin zamanında hastaya doğru müdahaleyi yaparak yaşama tutunmasını sağlayacak yeterlilikte olmalıdır. Bazı durumlarda hukuki yükümlülüklerinin önüne tıbbi zorunlulukların geçmesi gerektiğini de unutmamalıdır. Hastanın acil servise başvuru anından itibaren fizik muayene, tanı, tedavi ve gözlem takibi ile alakalı, hatta yatış veya taburculuk ile alakalı, reçete verilmiş ise kullanacağı ilaçlar ile alakalı acil hekimi tarafından bilgilendirilerek aydınlatılması ve rıza alınması gerekmektedir. Bu konuda hekimin defansif davranması yerine hastasına yardımcı olması gerektiğini düşünmekteyim. Bu davranış şekli hem tıbbi hem de hukuki olarak hekimin yükümlülükleri arasındadır. Acil hekimliği açısından bunun istisnası da hastanın aydınlatılması esnasında zaman kaybının hastanın yaşamını tehlikeye sokması olduğu unutulmamalıdır. Bu sebeptendir ki acil hekimi hastanın yaşamını tehlikeye sokan durumları iyi bilmeli ve ivedilikle müdahalesini de yapmalıdır.

Rıza ve aydınlatma konusu ile alakalı, acil hekimliğinde bilinci açık olan ve içinde bulunduğu durumu değerlendirme yetisi olan hasta için sorun teşkil etmemektedir. Sonuçta hasta bilgilendirilir ve aydınlatılarak rızası alınır. Ancak bilinci kapalı olan hastalar için karar yakınının olup olmamasına göre değişmektedir. Bilinci kapalı hastanın yakınının olmaması durumunda varsayılan rıza temel alınarak hastanın temel yaşam hakkı gözetilerek gerekli sağlık hizmeti sağlanmalıdır. Bilinci kapalı olan ve yakınları bulunan hastalarda ise acil hekimi yakınlarını bilgilendirip rızası alınarak hastanın seyri ile alakalı kararlar alıp uygulamalarını yapar. İşleyişte bilinci kapalı yoğun bakım ihtiyacı olan hastalar için yakınları tarafından tedavi red imzalanarak eve götürülmek istenmektedir. Acil hekimleri kişinin yaşam hakkının Anayasa ile korunduğunu ve hasta yakınlarının bile bu konuda söz hakkının olmadığını unutmaması gerektiğine vurgu yapmak isterim.

Kayıt tutma yükümlülüğü tüm hekimler açısından önem teşkil etmektedir. Acil serviste hasta ile alakalı kayıtları tutmak özellikle hasta başvurusu çok olan 3. basamak hastanelerde işleyişte oldukça güçtür. Ama ilerde yaşanabilecek sorunların önüne geçilebilmesi açısından da zorunluluk teşkil etmektedir. Yeşil ve sarı alanda değerlendirilen hastaların dosyalarına en azından hastanın kısa öyküsü, özgeçmişi ve kullandığı ilaçlar, alerji öyküsü olup olmadığı, tetanoz aşısı olup olmadığı, pozitif fizik muayene bulgusu ve ön tanı muhakkak not edilmeli, verilecek tedavide tarih ve saat notu düşülerek hemşire takip formuna yazılıp kaşelenmelidir. Bu verilerin daha sonradan hatırlanması güç olacağı için hasta değerlendirilirken eş zamanlı olarak kayıt altına alınması acil hekimi açısından çok önemlidir. Unutulmamalıdır ki kayıt tutulması sadece hastanın değil ispat anlamında hekimin de işini ve işleyişi kolaylaştırmaktadır. Acil hekimleri için de durum hem tıbbi hem de hukuki olarak fark teşkil etmemektedir ve kayıt tutma konusunda gerekli hassasiyetin gösterilmesi gerekmektedir.

Acil servislerin organizasyonu ilgili sağlık tesisinin yöneticiliği kontrolünde olmakla beraber acil servisin eğitim ve idari sorumlusu tarafından yürütülmektedir. Eğitim ve araştırma hastanelerinde asistan eğitimi verilmesi nedeniyle sadece hasta bakımı değil asistan eğitiminin de usulüne uygun yerine getirilmesi gerekmektedir. Eğitim sorumlusu kontrolünde idari sorumlu ile mutabık kalınarak tüm eğitim ve hasta bakımı başta olmak üzere hizmet işlemlerinin yürütülmesi gerekmektedir. Bu sebeptendir ki eğitim ve idari sorumluların acil serviste uyum içinde çalışması gerektiğini düşünmekteyim.

Asistan eğitimi verilen acil servislerde asistanların eğitimin planlanması, rotasyonlarına kıdemine uygun olarak gönderilmesi ve asistan karnelerinin takip edilmesi gerekmektedir. İlk bakışta tüm bu işler eğitim sorumlusunun sorumluluğunda gibi değerlendirilse de üçüncü basamak acil servislerde asistan eğitim faaliyetleri yanında sağlık hizmetinin de devam etmesi nedeniyle hem eğitim ve idari sorumluların hem de alanda asistan hekimlerle çalışan acil tıp uzmanı hekimlerin de eğitimde aktif rol alması gerekmektedir. Ancak modern tıp biliminin gerektirdiği doğrultuda eğitim faaliyetlerinin yürütülmesi, uzman düzeyinde tıbbi kanıt teşkil eden bilgilerle asistan hekimlerin eğitilmemesi gerektiğini düşünmekteyim. Eğitim sorumlusunun eğitim faaliyetlerinde anahtar rol oynamasının da ayrıca önem teşkil ettiğini unutulmamalıdır. Acil hekimlerini işleyiş esnasında zorluğa neden olan bir durumda acil servislerde adli muayenelerin yapılmasıdır. Hali hazırda delici kesici alet yaralanması, ateşli silah yaralanması, darp vb adli olayların adli muayenelerinin yapılıp adli raporlarının düzenlendiği acil servislerde, giriş – çıkış muayenelerinin de yapılması acil servislerin iş yükünü arttırmakta ve muayene için gelen diğer hastaların bekleme sürelerini uzatması nedeniyle işleyişte aksiliklere ve gecikmelere neden olmaktadır. Bu sebeptendir ki özellikle yoğun hasta başvurusu olan acil servislerde giriş çıkış muayenelerinin yapılacağı ayrı bir poliklinik alanı oluşturulabilir.

Acil hekimin mesleki sorumluluk sigortası yapma yükümlülüğü diğer tüm hekimler gibi bulunmakta, acil hekimlerinin bu yükümlülüklerini yerine getirmesi gerekmektedir. Acil servislerin riskli hasta popülasyonlarının polikliniklerden daha fazla olması nedeniyle hekimlerin bu konuda daha dikkatli davranması ve acil eğitim ve idari sorumlularının da bu konuda uyarıda bulunması ve takibini yapması gerektiğini düşünmekteyim.

Hekimlik mesleği eğitim programında hukuk eğitimi yer almamaktadır. Ayrıca asistan eğitim müfredatında da bu konuda eğitim verilmemektedir. Ancak hekimlerin yaptığı tüm işlemlerin hukuka uygun olması gerekmektedir. Hekimlerinin tüm yükümlülükleri konusunda tıp eğitimi müfredatı içinde temel düzeyde eğitim alması gerektiğini, ayrıca tıpta uzmanlık eğitimi boyunca da eğitim aldıkları uzmanlık alanını ilgilendiren özel durumların doğurduğu yükümlülükleri konusunda da ayrıca eğitim almaları gerektiğini düşünmekteyim.

KAYNAKÇA

2017 ESC STEMI Kılavuzu, <https://www.acilci.net/2017-esc-stemi-kilavuzu/> (Erişim: 15.04.2019)

“Acil tip nedir?”, <https://www.acilci.net/acil-tip-nedir/>, [Erisim: 05.04.2019].

Acil Tıp Nedir?, Ne Değildir?, Zeynep GÖKCAN ÇAKIR Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil TIP A.D-2014

“Acil Tıp ve Triaj Nedir”,

http://aciltip.medicine.ankara.edu.tr/files/2014/10/d5_d5_aciltriptraj.pdf,

(Erisim:10.04.2019).

Ali Kemal Yıldız, “ Ceza Muhakemesi Hukukunda Bilirkişi”, EÜHFD, C:X, s: 3-4, Erzincan 2006, S. 273-345.

Aydın Başbuğ, (2010, 17-18 Mayıs). Hekimin Yükümlülükleri ve Hukuki Sorumluluğu. Lefke Avrupa Üniversitesi, II Sağlık Hukuku Sempozyumunda sunuldu, Lefke, syf 129-130.

Aydın Başbuğ, (2013, 1-2 Kasım). İşçinin Genetik Özellikleri ve İş Hukuku. V. Sağlık Hukuku Kurultayı, Ankara, syf457.

Cemal Öztürkler, Hukuk Uygulamasında Tıbbi Sorumluluk, Teşhis, Tedavi ve Tıbbi Müdahaleden Doğan Tazminat Davaları,2.bs. (Ankara: SeckinYayincilik, 2006), S. 337.

Cahid Doğan, “Sağlık Haklarından Hekimlerin Sır (Kişisel Veri) Saklama Mükellefiyeti”, Sağlık Hukuku Kurultayı, Ankara 2008, S. 105-144.

Çetin Aşcıoğlu, “Hekimlerin Sorumluluğunda Kusur ve Belirlenmesi”, Yüksek Teknoloji Tıbbi ve hekim Hasta İlişkisi, (Editörler: Öncel/Namal/Demirhan Erdemir/Ertin/Atıcı), İstanbul 2006, syf 198.

Fadıl Yıldırım, “ Hekimin Sır Saklama Yükümlülüğü”, Sağlık Hukuku Sempozyumu, Yayına Hazırlayan: Cem Baygın/ Metin Uçar/ Yusuf Büyükay, Ankara 2007, S. 57-64

Fahrettin Aral, Borçlar Hukuku, Özel Borç ilişkileri, 6 bs. (Ankara: SeçkinYayincılık, 2006), S. 407.

Faik Çelik, Soru Cevaplarla Aydınlatılmış Onam. (Konya: Karaman Tabip Odası Yayını, 2006), 60.

Fatma Mutlu Kukul Güven, Celal Bütün, Fatma Yücel Beyaztaş, Şevki Hakan Eren, İhan Korkmaz. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine başvuran adli olguların değerlendirilmesi, ADU Tıp Fakültesi Dergisi, 2009, s.10, S. 23-28.

Fusun Sayek, "Soru ve Yanıtlarla Mesleki Sorumluluk Sigortası Yasa Taslağı," Medikal Bakış Dergisi, <http://www.medikalbakis.net/2/sayf8.htm>, [Erişim: 10.03.2000].

Güllü Turgaz, Sağlık Sektöründe Mesleki Sorumluluk Sigortası Uygulaması, Yüksek Lisans Tezi (İstanbul, 2007), S. 7.

Hakan Hakeri, Tıp Hukuku, 16. bs., (Ankara: SeckinYayincilik, 2019).

Hakan Hakeri, Tıp Hukuku El Kitabı, 8. bs.,(Ankara: Seckin Yayincilik,2014), S. 244.

Hakeri Hakan, Tıp Hukukunda Malpraktis Komplikasyon Ayırımı.

[www://www.toraks.org.tr/Download.aspx?book=1664](http://www.toraks.org.tr/Download.aspx?book=1664) (Erişim: 19.07.2019)

Hamit Hancı, "Hekimin Tıbbi Kötü Uygulamadan Kaynaklanan Sorumluluğu", 2 bs, Ankara, 2005, Syf 49.

Hamit Hancı, Malpraktis, Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu, 2. bs., Ankara, 2005, S. 45.

Hasan Petek, Sağlık Hukuku, 1. bs., (Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2013), Syf.90.

Hasan Petek, Sağlık Hukuku, 1. bs., (Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2013), syf.62

Hasta Acil Kabul Yönetmeliği; T.C. SAMSUN VALİLİĞİ İl Sağlık Müdürlüğü B.10.4.SM.4.55.00.82.ÇO-00971 09.01.2009 "Hasta Nakilleri"

Hüseyin Çetin Ketenci, Muhammed Ziya Kır, Ahmet Ziver Başbulut, Nazım Ercüment Beyhun. Erzurum Adli Tıp ŞubeMüdürlüğü'ne müracaat eden olguların değerlendirilmesi, Adli Tıp Dergisi, 2013. S.27, S. 87-93.

<http://www.hayad.org.tr/saglik-calisanlari-icin-saglik-hizmetinde-gizlilik-ve-mahremiyete-iliskin-avrupa-rehber-kurallari> (Erişim:15.04.2019)

<https://www.tatd.org.tr/belge/indir/113> (Erişim 04.04.2019)

<http://medicaljournal.gazi.edu.tr/index.php/GMJ/article/viewFile/258/256>, [Erişim: 11.04.2019].

<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/10/20091016-16.htm> (Erişim: 05.04.2019)

<https://www.seslisozluk.net/stabilization-nedir-ne-demek/> (Erişim: 05.04.2019)

<http://www.shmgelisim.saglik.gov.tr/TR,32949/acil-servis-dizayni.html> (Erişim:04.05.2018)

http://www.sozluktr.net/tip_terimleri/kelime.asp?bul=3370&nedemek=resusitasyon, (Erişim: 05.04.2019)

http://tuzehukukburosu.com/dosyalar/hekimin_kisisel_edim_yukumlulugu.pdf

(Erişim: 11.04.2019)

Murat Kalemoglu, http://tipbilimleri.turkiyeklinikleri.com/search_php?id=48296

(Erişim: 04.05.2018)

Köksal Bayraktar, Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu, İstanbul, 1972, syf 147-149.

Mehmet Demir, Hekimin Sözleşmeden Doğan Sorumluluğu, AÜHFD, Yıl 2008,S.239

<http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/38/1498/16520.pdf> (Erişim: 11.04.2019)

Mehmet Oğuz Polat, Klinik Adli Tıp Adli Tıp Uygulamaları, 7. bs. (Ankara: SeckinYayincilik, 2014), syf 2-5.

Mehmet Oğuz Polat, Klinik Adli Tıp Adli Tıp Uygulamaları, 2. bs. (Ankara: SeckinYayincilik, 2006), S. 268.

Mustafa Kıcalıoğlu, “Yargı Kararları Işığında Doktorun (Hekimin) Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki Sorumluluğu”, Terazi, Yıl: 1, s. 4, Aralık 2006, S. 17-18.

Nermin Ersoy, Müesser Özcan Senses, Rahime Aydiner, Acil Tıp'ta Aydınlatılmış Onam, Ulus Travma Acil Cerrahi Derg,2010, s.16, S. 1-8.

Oğuz Polat, MA İnanıcı, ME Aksoy, Adli Tıp Ders Kitabı, 1. bs., (İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1997)

Orhan Çınar, Erdem Çevik, Necati Salman, ve diğerleri “ Emergency Severity Index Triyaj Sistemi ve Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisinde Uygulama Deneyimi”, Türkiye Acil Tıp Dergisi, 2010, s.10, S. 126-131.

Ramazan Karanfil, Cem Zeren. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalına 2009-2010 yıllarında başvuran olguların retrospektif olarak değerlendirilmesi. Adli Tıp Dergisi, 2011, s.25, S. 183-190.

Rezzan Günday, Tıbbi Müdahale ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki Sorumluluk, 1. bs., (Ankara: Adalet Yayınevi, 2012), 22.

Sağlık Hukukunda Sorumluluk – hekimin yükümlülükleri,

http://eryigithukuk.com/uploads/1_643565.pdf,[Erisim: 11.04.2019].

Selvi Özçetin ve Murat Balaban, Sağlık Hukuku, 2. bs. (İstanbul, Seçkin Kitapevi, 2016), 219.

Selvi Özçetin, Murat Balaban, Türkiye Sağlık Vakfı, 2. Bs., (Ankara:Seçkin Kitapevi, 2016), S. 32.

STEMI Reperfüzyon Tedavisi Klinik Rehberi / ACEP 2017, <https://www.acilci.net/stemi-reperfuzyon-tedavisi-klinik-rehberi-acep/> (Erişim: 14.04.2019)

Tarık Uluçay, Ahmet Ziver, Yıldırım Zeyfeolu, M. Sunay Yavuz, Mahmut Aşirdizer. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Polikliniğine Başvuran Olguların Değerlendirilmesi. Adli Tıp Dergisi, 2006, s.20, S. 22-29.

Yasar Küçükardali, Semiyoloji, 1. bs. (İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi), syf. 7.

Yener Ünver, Ceza Hukukunda İzin Verilen Risk, İstanbul 1998.

Zarife Şenocak, Küçüğün Tıbbi Müdahaleye Rızası, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 2001, s.50, S. 66.

Zarife Şenocak, Özel Hukukta Hekimin Sorumluluğu, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayınları, Ankara, 1998, S. 61.

Zeynep Kecec, Tüm Yönleriyle Acil Tıp Tanı Tedavi ve Uygulama Kitabı, 3. bs., (Adana, Nobel, 2013), sayfa 7-9.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Banu KARAKUŞ YILMAZ

Uyruğu: T.C.

Doğum Tarihi ve Yeri: 1978, Kadiri

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Yılı
Fakülte	Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi	2003
Uzmanlık	Bezmi Alem Vakıf Üniversitesi Acil ABD	2011
Doçentlik		2018

YABANCI DİLLER

Orta-iyi düzeyde İngilizce.