

Sağlık sisteminin kapalıdır perspektifinde ve onen verensinden uzaklaşarak hastanın TÜRKTABIPLERİBİRLİĞİ İLİYAYINLARI su...

Buradaki ASIL gaye, sağlık alanını METALAştırmak ve de sermaye piyasasına sürülecek bu metalar üzerinden edilecek kazancı "MADDİ KAZANÇ" olarak büyük sermayenin önüne koymaktır.

Lale devrindeki şatafatlı geceleri andıran tıbbi kongreler "çıkarcı amaçlı örgütlü suç" kapsamına alınmalı!

Gerekirse "malpraktis"e zemin hazırlayan resmi sorumluların örneğin Sağlık Bakanlığı, eğitim kurumlarına (Üniversite) bütçe aktarmayan Maliye Bakanlığı gibi makamlar da cezalandırılmaları nasıbları almalıdır.

«Good practice» tanımlanmadan «malpractice» tanımlanamaz. Performans adı altında hekim-müşteri ilişkisi yaratılmakta; bu önlenmeli... Parça başı ücret alınan her yerde hata, kusur, özensizlik olur...

SAĞLIKTA İSRAF OLMAZ, AMA TAŞARDA OLMAZ. SAĞLIK ALANINDA

"HİZMET KAYNAKLI ZARAR": HEKİMLER NE DİYOR?

Kotayı tutturmak için çok sayıda hasta bakması gereken hekim, ideal hasta bakma süresinin çok altında bir sürede hasta bakmak zorunda kaldığında malpraktise düşmesi kaçınılmazdır.

Performansa dayalı hizmet anlayışı sağlıkla bağdaşmaz.

Hekim hastasından tetkik isterken, bütçe talimatları nedeniyle kendini kısıtlanmış hissetmemeli, tanı veya izlem için hangi tetkik gerekiyorsa onu isteyebilmelidir.

Sistem yerine hekimle uğraşmaktan vazgeçilmesi...

1 günde 100'den fazla hastaya teşhis ve tedavi yapan hekim hata yapmazsa incelenmelidir. Sağlık kurumları para kazandıran işletmeler olarak değerlendirildiği için az sayıda sağlık çalışanı ile çok sayıda iş yapmaya çalışmakta, hastalıklardan korumaya yönelik değil tedaviye yönelik bir yaklaşım sergilenmekte, böylece hasta üreten bir sağlık sistemi ortaya çıkmaktadır.



Malpraktiste birinci derecede sorumlu tıp kurumlarıdır. Egitimi veren kurumlar o dönemdeki eğitimci. Sağlık Bakanı da bu işten puanlama ya da skorlama usulüyle sorumlu tutulmalıdır.

SAGLIK ALANINDA
“HİZMET KAYNAKLI ZARAR”:
HEKİMLER NE DİYOR?

MURAT CİVANER
KIZILCA YÜRÜR
KAYIHAN PALA



Sağlık Alanında “Hizmet Kaynaklı Zarar”:
Hekimler Ne Diyor?

Birinci Baskı, Haziran 2011, Ankara
Türk Tabipleri Birliği Yayınları

ISBN 978-605-5867-46-1

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi
GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok.
No:2 / 17 - 23, 06570 Maltepe / ANKARA
Tel: (0 312) 231 31 79 | Faks: (0 312) 231 19 52-53
e-posta: ttb@ttb.org.tr | <http://www.ttb.org.tr>

İÇİNDEKİLER

SUNUŞ	5
ÖNSÖZ	7
ÖZET	9
GİRİŞ ve AMAÇ	14
Tanımlar / Kavramsal çerçeve	14
Çalışmayla ne amaçlandı?	18
YÖNTEM	19
Araştırmanın kısıtlılığı	20
BULGULAR ve TARTIŞMA	21
Katılımcıların demografik özellikleri	21
Malpraktis olgusu üzerine düşünce ve tutumlar	28
Katılımcıların uygulanmakta olan ve önerilen yöntemler hakkındaki düşünceleri	37
Katılımcıların önerileri	47
SONUÇ	56
KAYNAKLAR	59
EKLER	62
Ek.1 Katılımcıların önerilerinden örnekler...	62
Ek.2 Anket formu	97
Ek.3 TTB Malpraktis Bildirgesi	106

SUNUŞ

Sağlık hizmetleri her ne kadar; hizmet alanların sağlığını korumak, geliştirmek, hastalıklarını sağaltmak ve esenlendirmek boyutlarıyla bireyin ve toplumun sağlığına yarar sağlamayı amalarsa da, belli bir tıbbi uygulama bazen belli bir kişi için zarar verici olabilir. Tıbbın doğasında var olan belirsizlikler, her bireyin kendine zu özellikleri ve özgün koşulları, hastalıkların değişken yapısı gibi belirleyenlerin etkili olabileği bu riski bir dereceye kadar kabul edilebilir buluruz. Sınırı belirleyen; biriktirdiğimiz bilimsel bilgi ve yarattığımız teknolojik olanakların nitelik ve niceliğidir. Elimizdeki olanaklarla nleyemediğimiz ancak getireceği yarar vereceği rahatsızlıktan daha fazla olan girişimleri uygulanabilir kabul ederiz, bu sınırlar içinde oluşan zararları komplikasyon olarak adlandırırız. Bunun yanı sıra; sağlık hizmeti alanlar, hizmetin çeşitli aşamalarından / bileşenlerinden kaynaklanan hatalar nedeniyle de zarar görebilirler. Sağlık hizmetinin gerek komplikasyon ile gerekse de hatalar nedeniyle hizmet alanlara zarar vermesi olgusu karşısında pek çok soru ortaya çıkar: Hangi tür riskler ve zararlar kabul edilebilir sınırlar içinde kalır? Hizmet alana verilen zarar nasıl onarılmalıdır? Hataların ve zararların tekrar oluşumu nasıl nlenebilir?

Türk Tabipleri Birliği'nin bu ve benzeri sorulara, genel olarak sağlık alanında malpraktis olgusuna ya da daha doğru deyişle "hizmet kaynaklı zarar"a ilişkin görüşü iki temel noktasiyla özetlenebilir: Biri; sağlık hizmeti alan tarafın, tıp kurumunun sunduğu sağlık hizmeti dolayısıyla zarar gördüğünde, bu zararın oluşma nedenine göre ayırım yapılmaksızın tazmin edilmesi gerekliliğidir. Diğerisi ise zararı önlemek, oluştuğunda ise geriye dönük olarak hata-zarar sürecini inceleyip tekrarlamamasını sağlamaya çalışmak yaklaşımıdır. Türk Tabipleri Birliği bu çerçevedeki görüşlerini; politika belirleyenler, sağlık çalışanları ve toplumla paylaşmayı önemsemekte, bu konudaki çalışmaları desteklemektedir.

Murat Civaner, Kızılca Yürür ve Kayıhan Pala tarafından yürütülen elinizdeki bu çalışmanın hekimlerin görüşlerini ve özgün önerilerini derlemesi açısından değerli olduğunu düşünüyoruz. Zorunlu mesleki mali sorumluluk sigortası uygulaması ve medyaya yansıyan yüksek tazminat bedellerinin de etkisiyle giderek daha sık gündeme gelen bu konuda hekimlerin eleştirileri ve önerileri sağlık politikaları üzerinde yetki sahibi olanlar açısından yol gösterici olacağı kadar, toplumun hizmet kaynaklı zarar olgusunu daha geniş kapsamlı biçimde / sağlık sisteminin yapılanmasını da dikkate alarak değerlendirmesine katkı sağlayabilir. Hizmet alan ve sunan herkese yararlı olması umuduyla...

Türk Tabipleri Birliği
Merkez Konseyi

ÖNSÖZ

Hasta ve hekim arasındaki tedavi ilişkisinde muayenehanelerin yerini alan özel hastanelerin, sürekli paketi ve imajı değiştirilen moda ilaçların ve sağlık hizmetini örgütleyen konumundan, sağlık sektörünü “düzenleyen” konumuna geçen devletin geçirdiği değişimin izlerini, uygulamadan söyleme çeşitli alanlarda takip etmek olanaklı. Ancak tıp hizmetleri alanındaki dönüşümün yönelimi, kendini en çok yeni yasal düzenlemelerde gösteriyor. Bütün dünyada yaşanan ekonomik dönüşüm sürecinin geçici ama baş aktörleri arasında, yasa koyuculardan hukukçulara yeni bir toplumsal anlaşmayı tüm topluma dayatmaya çalışan teknokratlar geliyor. Büyük kaynaklara hükmeden şirket ve ulusötesi finans kurumlarının yakın gözetiminde ve direktifleri doğrultusunda çalışan bu teknokratlar ordusu, uzantılarını sözde sivil toplum kuruluşlarının arasında da bulabiliyor. Amaç, öyle görünüyor ki, piyasa ilişkilerinin dışında hiçbir ilişki türüne nefes alma alanı bırakmayacak bir gerçeklik yaratmak ve bunu, tek olası gerçeklik olarak toplumun tüm kesimlerine kabul ettirmek. Burada sıkça karşımıza çıkan “*örtak çıkarlar, paydaşlar, sorumlulukları ve hakları paylaşan bireyler*” söylemi, kemikleşmesi için çaba harcanan eşitsiz güç ilişkilerini perdelerken, kaybedenlerin sesini duyurabilmesi giderek zorlaşıyor. Bu çalışma; kaybedenlerin arasında bulunan, üstelik çalışma koşulları ve eğitim niteliğinin, işteki güven ortamının kötüye gitmesiyle, bütün toplumun sağlığını kaybetmesine yol açabilecek kadar önemli bir alanda iş gören hekimlerin sesine kulak vermek üzere tasarlandı.

Hastalar artık hakları olan birer tüketici, hekimler hatasız çalışması gereken birer robot mu olacak? Hekim hata yaptığında, hatasının bedelini yüksek para cezalarına çarptırılarak mı ödemeli? Büyük bir ekonomik, teknolojik, sosyal ağırlıkta verilen sağlık hizmetlerinde, birey hatasından söz edebilir miyiz? Ekonomik eşitsizliğin giderek arttığı bu toplumsal değişim ortamında standartlar, sabit sınırlar, yaptırımlar uygulamada çökmez mi? Değişimin bütün yükü ve vebali hekimlere mi yükleniyor?

Bu soruların özellikle sağlık çalışanları arasında, tedirgin bir aciliyet hissiyle tartışıldığını fark ederek, bu tartışmaları daha yapılandırılmış bir çerçeveye oturtmak, bu sırada, bizzat uygulamanın içinde yer alanların çözüm önerilerini, tercihlerini de bir araya getirmek istedik. İlk sonuçlarını 28-31 Temmuz 2010 tarihlerinde Singapur’da düzenlenen 10. Dünya Biyoetik

Kongresi’nde sunduğumuz bu çalışmaya, en doğru çözüm önerisini getirme ya da ülkemizdeki tüm hekimlerin görüşlerini yansıtmaya iddiasındaki bir rapor olarak bakmamak gerekir. Amacımız bu çalışmaya katılacak kadar konuyla ilgili hekimlere, yeni malpraktis düzenlemelerinden en çok etkilenecek taraflardan birine, kalıcı ve anlaşılır bir çerçevede konuşma imkanı vermektir. Kuşkusuz, çalışmamız belli sorun alanlarının ve belli çözümlerin özellikle ön plana çıktığına dikkat çekecektir. Öte yandan, ilk bakışta akla gelmeyen ve ayrıksı görünebilen, ama geniş perspektif içinde işleyişi etkileyen etmenlerin tartışmaya dahil edilmesi de bu çalışmanın katkılarından biri olabilir.

Bu çalışmada; *malpraktis* sözcüğü için önerilen “Tıbbi uygulama hatası”, “tıbbi kötü uygulama”, “tıpta hatalı uygulama” gibi Türkçe karşılıklar yerine metin içinde *malpraktis* sözcüğünü kullanmayı tercih ettik. Bunun nedeni, önerilen karşılıkların kavramın anlamını doğru vermediğini düşünmemizdir. Çünkü bu karşılıklar, bugün yaygın olarak yapıldığı gibi; zarar yerine hatayı, sistem yerine bireyi işaret etmektedir. Anlamı doğru verecek deyim ‘hizmet kaynaklı zarar’dır; ancak bu da oturmuş bir karşılık olmadığından *malpraktis* sözcüğünü kullanmayı tercih ettik. Yine de, Türkçe karşılık olarak “hizmet kaynaklı zarar” deyimini önermekteyiz; raporun başlığında da bu deyimini kullandık.

İnternet üzerinden yapılan bu araştırmanın yürütülmesi sırasında; anket sitesini oluşturan, sonuçları izlememizi ve derlememizi sağlayan, teknik yardımını hiçbir aşamada esirgemeyen Uğur Okman’a teşekkür ederiz. Çalışmanın internet üzerinden yürütülmesine destek veren, katılım için üyelerine çağrıda bulunan ve çalışma raporunun baskısını gerçekleştiren Türk Tabipleri Birliği’ne ve bilgi işlem sorumlusu Sinan Solmaz’a teşekkür borçluyuz. Ayrıca çalışmaya katılım için üyelerine duyuru yapan, internet sayfalarında yer veren Tabip Odalarına ve uzmanlık derneklerine de destekleri için teşekkür ediyoruz. Özel bir teşekkürü de araştırmaya katılan, zaman ayırarak kişisel düşüncelerini açıklıkla paylaşan meslekdaşlarımıza borçluyuz; araştırmayı yayımlayarak kendilerine verdiğimiz sözü tutmuş oluyoruz.

Murat Civaner

Kızılca Yürür

Kayıhan Pala

ÖZET

Bu çalışmada, hekimlerin; malpraktise ilişkin politikalar, düzenlemeler, tazminat ve sigorta sistemi gibi uygulamalara ilişkin düşünce ve önerilerini öğrenmek üzere, hekimlerin malpraktis olgusunun oluşumuna ilişkin açıklamaları, temel çözüm modelleri hakkındaki düşünceleri, verili koşullara ilişkin algıları ve bu koşullara nasıl yanıt verdiklerine ilişkin sorular sorulmuştur. Hekimlerden alınan yanıtlar, ülkemizde de hızla uygulamaya girmekte olan ve Dünya Bankası aracılığıyla pek çok ülkeye dayatılan *Sağlıkta Dönüşüm* politikaları ve sağlık alanındaki hukuki ve siyasi değişimin getirdiği yeni durum bağlamında tartışılmıştır. Sağlık hizmetlerinde kamunun özel sektör mantığına mahkum edilmesinin, şirketleşme doktriniyle dayatılan yasal düzenlemelerin günlük pratikte hekimlerce nasıl görüldüğü ve verdikleri sağlık hizmetine olan etkileri onların algılarına dayanılarak irdelenmiştir.

Araştırma ile ortaya çıkarılan önemli bir saptama olarak; **malpraktis olgusunun oluşumunda etkili olan ve çeşitli etmenlerin etkileşim içinde olduğu nedensellik ağının bütüncül bir resminin** ortaya çıkarıldığı söylenebilir. Sonuçlar, araştırmaya katılan hekimlerin malpraktis oluşumu ve sık gündeme gelişinden temel olarak (*sırasıyla*); hastalar ve genel olarak toplumun tutumunu (%41.4), politikacıların, medyanın ve hukukçuların hekimlere karşı olumsuz tutumlarını (%37.9), özelleştirme politikalarını (%37.6), olumsuz çalışma koşullarını (%20.7) ve yetersiz tıp eğitimini (%19.5) sorumlu tuttuğunu göstermektedir.

Buna karşın; hekimlerin **malpraktis olgusuna yönelik önerileri büyük oranda sağlık politikalarına yoğunlaşmakta**, topluma yönelik önerileri hem sayıca, hem de nitelikçe (*kötü niyetlilerin engellenmesi ve bilinçlilik düzeyinin artırılması*) oldukça sınırlı kalmaktadır. Çelişkili gibi görünen bu durum değerlendirildiğinde, hekimlerin; **hastalara affettikleri olumsuz değersel yükleri temelde sağlık politikaları ile ilişkilendirdikleri**, hastaların olumsuz tutumlarının arkasındaki temel belirleyenin sağlık politikaları olduğunu düşündükleri ileri sürülebilir. **Malpraktisin gündemde oluşunun sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti beslediğini düşünen katılımcıların oldukça yüksek oranda** oluşu, bu yorumu desteklemektedir (%84.7).

Literatürde malpraktisin oluşumu ve buna ilişkin yaptırımlara dair iki farklı yaklaşım tanımlanmıştır. Bunlar, bireye odaklı yaklaşım (tıbbi hatalardan sadece bireyi sorumlu tutan) ile sisteme-odaklı yaklaşımdır. Araştırmaya katılan hekimler; ana hatları hataların tekrarının önlenmesi için hata bildiriminin teşvik edilmesi, hataların geriye dönük analiziyle sorumlu tüm etmenlerin belirlenmesi ve oluşan zararların kamusal fon ile tazmin edilmesi biçiminde özetlenebilecek olan **sisteme-odaklı yaklaşımı büyük oranda desteklemekte (%81.9)**, malpraktisi tek bir etkenle, sadece sağlık çalışanının hata yapması ile değil, onun yanı sıra; özelleştirme politikaları, eğitim sorunları, olumsuz çalışma koşulları, toplumun sağlık / hastalık örüntüsündeki değişim gibi pek çok nedenle bağlantılı görmektedir.

Katılımcıların çoğunluğu mezuniyet öncesi ve sonrası **eğitiminin malpraktisi önlemek / azaltmak açısından yetersiz olduğunu** düşünmektedir (73.8%). Ayrıca **iki hekimden biri günlük pratiğinde kendisini yetersiz hissettiği en az bir uygulama olduğunu** belirtmiştir (%53.1). Bu oranların yüksekliği ciddi biçimde kaygı vericidir ve ülkemizdeki tıp eğitiminin ne derecede yetersiz olduğunu gözler önüne sermektedir. Sadece bu bilgi dahi malpraktisin tek sorumlusu olarak doğrudan hekimleri işaret etme alışkanlığının yanlışlığını göstermektedir.

Katılımcıların **neredeyse tamamı var olan sigorta paketlerinin yeterince kapsayıcı / koruyucu olmadığını** (%98.6), üçte ikisi ise **sigorta uygulamasının**; malpraktisi azaltmayacağı, hekimi artan tazminatlara karşı korumayacağı, hekimlik uygulamalarının tazminat davalarının yarattığı kaygıdan etkileneceği gerekçeleriyle **sağlık hizmetini olumsuz etkileyeceğini** düşünmektedir (%63.7).

Tazminat sisteminin; kötüye kullanıma açık olduğu ve hekimlerin dava açılmasını engellemek için “korunmacı tıp” uygulayarak gereksiz tanı yöntemleri uygulayabilecekleri gerekçeleriyle **sağlık hizmetini olumsuz etkileyeceği düşüncesi büyük oranda desteklenmiştir** (%86.6). Bu düşünceyle tutarlı olarak; korunmacı tıp uygulayan bir hekim tutumu örneklenip benzer durumda tutumlarının nasıl olacağı sorgulandığında, hekimlerin yaridan fazlası benzer bir durumda **herhangi bir olumsuz sonuçtan sorumlu tutulmamak için kendilerinin de korunmacı tıp yaklaşımını benimseyeceklerini ifade etmiştir** (55.6%).

Araştırmamızda; alınan yanıtları ülkemizin sağlık politikaları ve hukuki düzenlemeleri bağlamında düşünmenin yanı sıra, hekimlerin dile getirdiği bu sorun ve önerilerin de tartışılarak büyük resme yerleştirilmesine,

daha kapsamlı ve uzun vadede çözüm geliştirilmesi için okuyucuya sunulmasına çaba gösterilmiştir. Hekimler malpraktise ilişkin olarak; sağlık hizmetinin doğası gereği farklı bölge ve kültürlerde nasıl değişeceğinden ve bunun gerektirdiği esneklik alanının nasıl kurulacağından, hekimler arası dayanışma ve iletişim ağlarının nasıl örülebileceğine ve adil yargılama, soruşturma ve cezalandırma süreçlerine ket vuran, hekimler arası katı hiyerarşinin nasıl aşılabileceğine; bilirkişi heyetleri ve kılavuzlarda standardizasyonun nasıl kurulacağından, sürekli mesleki eğitim, temel tıp eğitimi ve gazeteci, hukukçu gibi diğer ilgili meslek gruplarıyla ilişkilere kadar pek çok sorun ve öneriye sahiptir. Aşağıdaki birkaç çarpıcı ifade, hekimlerin içinde buldukları duruma ilişkin yakınmalarını, sorunları nasıl tanımladıklarını ve çözüm için önerilerini oldukça iyi ifade etmektedir:

- Ana konularda arıza olmamalıdır; malpraktis arızalı zeminde zor bir konudur.
- Sağlık ticarileştikçe sorumluluk ortada kalan bir kavram olarak karşımızda duracaktır.
- 1 günde 100'den fazla hastaya teşhis ve tedavi yapan hekim hata yapmazsa incelenmelidir!
- Sağlık sisteminin kapitalizm perspektifinden ve onun referansından uzaklaşarak hastanın iyilik hali, sosyal adalet niteliklerini göze alan bir yapı kazanması...
- Hekim hastasından tetkik isterken, bütçe talimatları nedeniyle kendini kısıtlanmış hissetmemeli, tanı veya izlem için hangi tetkik gerekiyorsa onu isteyebilmelidir.
- Performans adı altında hekim-müşteri ilişkisi yaratılmakta; bu önlenmeli...
- Kotayı tutturmak için çok sayıda hasta bakması gereken hekim, ideal hasta bakma süresinin çok altında bir sürede hasta bakmak zorunda kaldığında malpraktise düşmesi kaçınılmazdır.
- "Ne kadar çok hasta o kadar çok puan" diye özetleyebileceğimiz bu sistemde maalesef hastamıza ayırdığımız zaman iyice azalmıştır.
- Politikacılar halkın sağlığı ve sağlık sunucuları üzerinden siyasi rant (oy) sağlamaktan artık vazgeçmelidir.
- Malpraktiste birinci derecede sorumlu tutulması gereken

kurum Sağlık Bakanlığı olmalıdır. Eğitimi veren kurumlar o dönemdeki eğiticiler ve bizzat Sağlık Bakanı da bu işten puanlama ya da skorlama usulüyle sorumlu tutulmalıdırlar.

- Gerekirse “malpraktis”e zemin hazırlayan resmi sorumlular da, örneğin Sağlık Bakanlığı, eğitim kurumlarına (Üniversiteler gibi) bütçe aktarmayan Maliye Bakanlığı gibi makamlar da cezalandırmalardan nasibini almalıdır.
- Sağlıkta israf olmaz, ama tasarruf da olmaz.
- Buradaki ASIL gaye, sağlık alanını METALAştırmak ve de sermaye piyasasına sürülecek bu metalar üzerinden edilecek kazancı “MADDİ KAZANÇ” olarak büyük sermayenin önüne koymaktır.
- Sağlık kurumları para kazandıran işletmeler olarak değerlendirildiği için az sayıda sağlık çalışanı ile çok sayıda iş yapılmaya çalışılmakta, hastalıklardan korumaya yönelik değil tedaviye yönelik bir yaklaşım sergilenmekte böylece hasta üreten bir sağlık sistemi ortaya çıkmaktadır.
- Hekimlerin yaşam standartlarını daha çok vaka yapmaya endüstriyel yöntemlere bağlamanın sonucu bu olmaktadır. İnanılması zor kurgu bilim korku filmlerinde olacak hayatı hekimlere dayatmanın sonucudur.
- Paket program hizmetinde tanı sırasında her hastaya minimal tetkik yapılarak hastane giderlerinin azaltılmaya çalışılması giderek artan bir uygulamadır ve rahatsızlık vericidir.
- Parça başı ücret alınan her yerde hata, kusur, özensizlik olur...
- Hekim satıcı hasta süslenmiş bir malın alıcısı olduğu sürece malpraktis artar.
- Sistem yerine hekimle uğraşmaktan vazgeçilmesi...
- “Good practice” tanımlanmadan malpractice tanımlanamaz.
- Çabuk ve çok para kazanmak isteyenlerin hekimlik mesleğini seçmemeleri gerekir. Ferrari isteyen ticaret yapsın!
- Lale devrindeki şatafatlı geceleri andıran tıbbi kongreler “çıkarcı amaçlı örgütlü suç” kapsamına alınmalı!
- Bu tıpkı bir bulaşıcı hastalığın kaynak araştırması gibi ele alınmalıdır. Bir bulaşıcı hastalık gibi, malpraktisin de bir bulaşma zinciri ve ortaya çıkmasını sağlayan ve iyileştirilmesi gereken koşullar vardır.

Bu sorular ve öneriler; tıp kurumunun ve sağlık hizmeti sunumunun önemli sorun alanlarından biri olan malpraktisin, daha doğru deyişle **hizmet kaynaklı zarar**ların önlenmesi ve uygun biçimde tazmin edilmesi için oldukça önemli bilgi ve deneyimler içeriyor. Günümüzde politika belirleyenler sağlık hizmetlerinin piyasalaşması yönünde açık bir tercihte bulunmuşlarsa da, gerek bu uygulamaların yanlışlığı vurgulamak, gerekse de hizmet kaynaklı zararları azaltmayı amaçlayan sistemler kurgulanmasına katkıda bulunmak açısından bu önerilerin değerli olduğunu düşünüyoruz.

GİRİŞ ve AMAÇ

Tanımlar / Kavramsal çerçeve

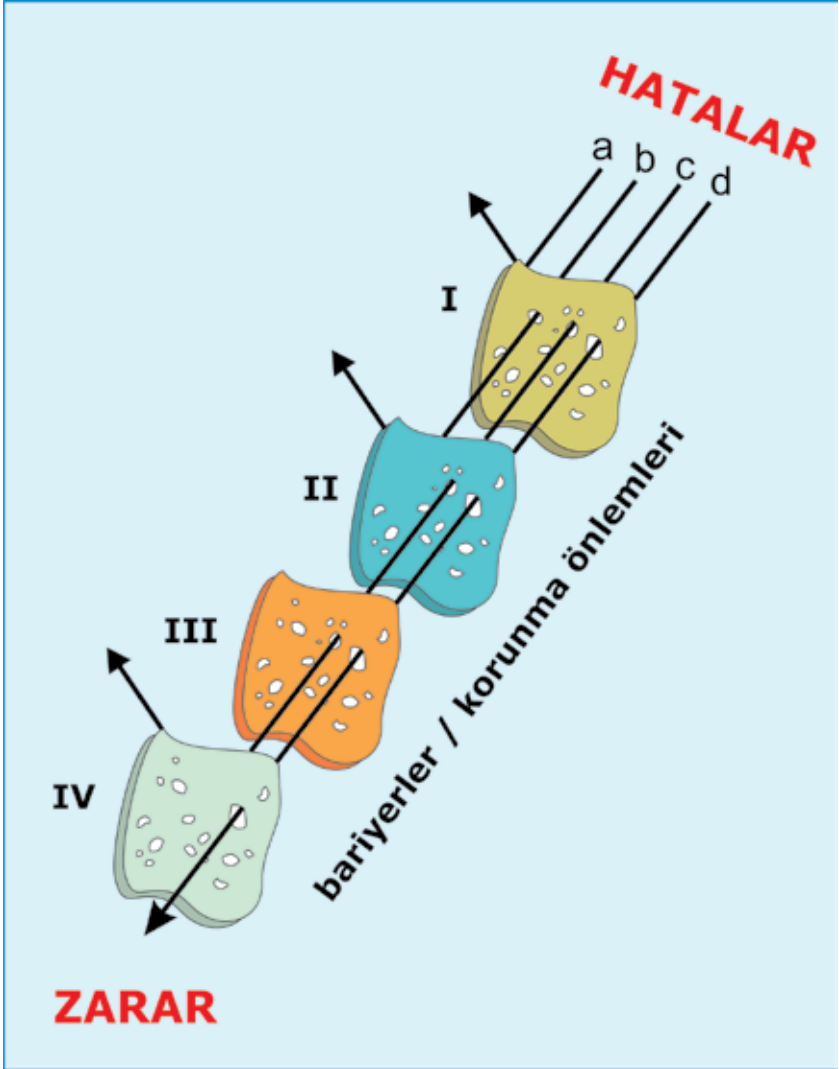
Kamusal mali kaynaklar üstünde merkezi planlamanın asgari düzeyde tutulduğu, üretim alanında pazar rekabetinin hüküm sürdüğü pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de, sağlık hizmetlerinde metalaşma, hekimlerin güçlü şirket tekellerine bağımlı hale gelerek seçkin konumlarını yitirme ve kâr mekanizmalarına hizmet etme baskısı yaşamasına yol açmaktadır. Hastaların tüketici özelliği kazanması ve hekimlerin ekonomik bağımsızlığını kaybetmesiyle, eskiden bireysel otorite ve prestiji çok daha yüksek olan hekimler, sağlık “pazar”ında en kaliteli ve hatasız malı sunan ücretli hizmet üretici konumuna düşmüş; sağlıklı yaşam satışının, kalite standartlarının, bilgi akışı yollarının ve pazarın işleyişinin katı ölçülere bağlanması gerekmiştir. Hizmet sürecinde ortaya çıkan hatalar ve hatalara bağlı zararlar bu bağlamın önemli bir bileşeni olarak gündeme getirilmiş, hata ve zarar kavramları ‘tüketicinin satın aldığı hizmet’ çerçevesinde tanımlanmıştır. Satma-satın alma ilişkisi temel alınarak yapılan bu tanımlamanın ana özellikleri; satanın ya da aracının satılan hizmetin niteliğine ilişkin maddi bir sorumluluğunun olması, satın alanın ise satın aldığı hizmetten kaynaklanan zararlar karşısında bir tüketici hakkı olarak zararının maddi olarak tazmin edilmesini isteyebilmesidir.

Kaza; “dikkatsizlik ya da ihmal sonucu oluşan, can veya mal kaybına neden olan öngörülmemiş ve planlanmamış talihsiz olay” biçiminde tanımlanmaktadır (1, 2). *Hata* ise “belirli bir davranış ya da uygulama sürecinden sapmak, kabul edilmiş standart uygulamayı ihlal etmek” anlamına gelmektedir (1, 2). *Kaza* tanımında şans, öngörülemezlik ve/veya önlenemezlik öne çıkarken, *hata* tanımında daha mekanik, önceden adım adım tanımlanarak tümüyle denetim altında tutulabilen bir sürecin, süreci yürütmekle sorumlu kişi tarafından aksatılması söz konusudur (3). *Malpraktis* ve *komplikasyon* kavramları için de benzer bir ayırım kullanılmaktadır. ‘İzin verilen risk’, ‘istenmeyen yan etki’ gibi sözcüklerle tanımlanan *komplikasyon* kavramında, öngörülemezlik ve/veya bilinen yöntemlerle önlenemezlik söz konusudur. Örneğin tiroid ameliyatı sonrasında alınan tüm bilimsel önlemlere karşın yaklaşık olarak % 0.5-2 oranında ses kısıklığı gelişebilmektedir. Diğer deyişle tıp

disiplini, tiroid ameliyatı sonrasında her 100 hastadan ikisinde ses kısıklığı oluşacağını öngörebilmekte, geliştirebildiği tüm önlemlere karşın bunu engelleyememekte, ses kısıklığını girişimin doğasında bulunan bir risk olarak kabul ederek girişimi sürdürmek yönünde tercih kullanmaktadır (3). Malpraktis ile komplikasyon arasındaki fark tam buradadır; “bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle hastanın zarar görmesi” (4, 5) biçiminde tanımlanan malpraktis, öngörülebildiği ve önlem olarak oluşumu engellenebildiği halde öngörülmesinde ve/veya önlem alınmasında kusur gösterilen durumları kapsamaktadır.

Bu tanımlama, malpraktis olgusunun oluşumunu bireye-odaklı açıklayan yaklaşımla önemli derecede örtüşmektedir. Bireye odaklı yaklaşımın temel kabulü, doğa ve toplumdaki olayların sadece tek bir kök nedeni olduğu, bu nedenin de hizmeti sunan birey olduğudur (6). Hataları tamamen önlemenin yolu da, hatanın sorumlusu olan bireye yönelik girişimde bulunmaktır. “Suçlama kültürü”(7) olarak adlandırılan bu yaklaşıma göre birey yaptırımlarla daha özenli olmaya teşvik edilmelidir; suçlu bulunan birey cezalandırılır ve zarar görene tazminat öder. Tazminatların ödenirliğini güvence altına almak için ise özel bir sigorta sistemi kurulması gerektiği ileri sürülür.

Buna karşılık sisteme-odaklı yaklaşım; malpraktis olgusunun daha geniş boyutta ele alınması gerektiğini kabul eder, altyapı sorunları, çalışma koşulları, hizmetin örgütlenme biçimi gibi etmenlerin tümünün etkisini dikkate alır ve önerilerini bu noktalara dayandırır (6, 8, 9). Sisteme odaklı yaklaşım, doğa ve toplumdaki olayları tek bir kök nedene bağlamaz; çok nedenliliğin, nedenlerle sonuçlar arasındaki diyalektik etkileşimin ve birbirlerini değiştiriyor oluşlarının ayırdındadır (6). Ayrıca hatanın insan doğasının bir parçası olduğunu ve tamamen ortadan kaldırılamayacağını dikkate alır. Bu nedenlerle sağlık hizmeti sunumu sırasında oluşan hata için tekil bir sorumlu belirleyip cezalandırmak yerine, temel sorumlunun bireysel hataların zarara dönüşmesini engelleyemeyen hizmet sunum sistemi olduğunu kabul eder. Dolayısıyla bir taraftan hataların azaltılmasına çalışılırken, diğer taraftan asıl olarak zarar oluşumunu önlemek amaçlanmalıdır. Bu amaçla hatanın zarara yol açma süreci geriye dönük incelenir. Reason'ın geliştirdiği “peynir modeli”ne göre hataların bazıları tüm önlemleri aşarak zarara neden olmaktadır (Şekil.1).



Şekil.1 Hata-zarar sürecinde “peynir modeli” (Şekil; *BMJ Publishing Group*’tan alınan izinle, künyesi belirtilen makaleden uyarlanmıştır: Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000;320(7237))

Hatanın kendisine odaklanarak tekrarlanmasını önlemeye çalışan sistem odaklı yaklaşım, “Kim hata yaptı?” değil, “Hangi önlem işe yaramadı?”, “Tekrarlanmaması için ne yapılmalı?” sorularına yanıt arar (6). Örnekteki önlemlerin hiçbiri d hatasının zarara yol açmasını önleyememiştir; yapılması gereken önlemleri geliştirmek ya da yeni bir önlem almaktır. Bu yaklaşımın pek çok hata ya da zararın önlenmesinde etkin olduğu bilinmektedir (8-10).

Ülkemizde geçerli olan yaklaşım, Sağlık Bakanı’nca da belirtildiği gibi bireye-odaklıdır (11):

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

Yukarıda belirtildiği gibi gerek politik düzlemde, Dünya Bankası projesi olan *Sağlıkta Dönüşüm* programı ile birlikte yaygın biçimde uygulanan özelleştirme politikalarıyla, gerekse de yasal düzlemde bu yaklaşımın yansımalarını görmek olanaklıdır. Türk Ceza Kanunu malpraktis olgusunu “Belli bir meslek veya sanatın gerektirdiği dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla işlenen taksirli suç” biçiminde tanımlamakta (12), zarar yakınmalarının soruşturulmasında bu tanımla uyumlu olarak bilirkişilik kurumuna başvurulmakta ve bireysel sorumluluk değerlendirilmektedir. Yakın tarihte yasalanan *Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun* ile mesleki sorumluluk sigortasının yasal olarak zorunlu hale getirilmiş, böylece bireye odaklı yaklaşımın önemli bir ayağı daha uygulamaya sokulmuştur (13).

Tüm bu politikalar ve düzenlemelere paralel olarak malpraktis, sağlık çalışanları ve toplumun gündeminde giderek daha güncel bir başlık olarak yer almaktadır. Dolayısıyla hekimlerin; malpraktise ilişkin politikalar, düzenlemeler, tazminat ve sigorta sistemi gibi uygulamalara ilişkin düşünce ve önerilerini öğrenmek önem kazanmaktadır. Bu bilgi olmadan ya da dikkate alınmadan; politika belirleyenler/karar verenlerin oluşturacağı düzenlemeler eksikli kalacak ya da uygulamaya geçme olasılığı düşecek, sağlık çalışanlarıncı benimsenme olasılığı düşük politikalar etkin olmayacaktır.

Çalışmayla ne amaçlandı?

Bununla birlikte literatürde; malpraktisin yaygınlığı, şikayet ve cezaların artıp artmadığına ilişkin bilgiler ve hekimlerin bilgi ve düşüncelerini öğrenmeye yönelik çalışmalar kısıtlı sayıda ve dar kapsamdadır (14-20). Yıldırım ve ark. (14) Tokat'ta çalışan 125 hekimin, Teke ve ark. (18) Ankara'da çalışan 142 hekimin tıbbi uygulama hatalarına ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmiştir. Aynacı uzmanlık tezi kapsamında yürüttüğü araştırma ile 762 hekime ulaşmış ve çekinik / korunmacı tıp uygulamalarına ilişkin bilgi ve tutum ölçmüştür (15). Özgönül doktora tezi için yaptığı çalışmada 119 hekim ve hukukçu tıbbi hata ve malpraktis kavramlarına ilişkin bilgilerini araştırmıştır (17). Malpraktisin olgusal yaygınlığı ve nitelikleri üzerine tanımlayıcı çalışmalar ise Yüksek Sağlık Şurası gibi kurumlara gönderilen dosyaların retrospektif incelenmesine dayanmaktadır (16, 19, 20).

Bu çalışmanın amacı, yukarıda kendisi ve önemi tariflenen bilgi boşluğuna yönelik olarak;

- hekimlerin malpraktis olgusunun oluşumuna ilişkin açıklamalarını, temel açıklayıcı modeller hakkındaki düşüncelerini,
- verili koşullara ilişkin algılarını, bu koşullara nasıl yanıt verdiklerini,
- malpraktisi önlemek, tanısını koymak ve sonrasında önlem almak ve zararları tazmin etmek için yapılacaklara ilişkin önerilerini

öğrenmektir. Bu bilgiler yardımıyla; politika geliştirenlere, karar verici konumda bulunanlara, yetki sahiplerine yol gösterici öneriler geliştirmek hedeflenmektedir.

YÖNTEM

Kesitsel tipteki bu araştırmanın temel amaçlarından biri; belli bir hekim grubunun bilgi ve düşüncelerini öğrenmek yerine, malpraktisin önlenmesi, tanısının konması ve malpraktis oluştuğundan sonra yapılacaklara ilişkin olarak var olan yaklaşımlar dışında hekimlerin farklı / özgün değerlendirme ve önerileri olup olmadığını saptamaktı. Dolayısıyla mümkün olduğunca çok sayıda hekime ulaşmak önem kazandı; bu anlamda çalışmayı, belli bir evren tanımlayıp istatistiksel geçerliği olan bir örnek grubun katılımıyla yürütmek yerine, olanaklı en fazla hekime ulaşmayı sağlayacak araç olan internet üzerinden yapılandırmak tercih edildi.

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nca onaylanan çalışmanın verileri, araştırmacılarca hazırlanan bir anket formu aracılığıyla toplandı. Demografik verilerin toplandığı anketin ilk bölümünden sonra, katılımcıların malpraktis olgusu ve uygulanan ve/veya dile getirilen çözüm önerilerine yaklaşımları sorgulandı. Anketin son bölümünde; katılımcıların malpraktisin önlenmesi / azaltılmasına, tanısının konmasına ve malpraktis oluşumundan sonraki aşamaya ilişkin özgün önerilerini sorgulayan açık uçlu bir bölüm yer aldı.

20 hekimle pilotu yapılan anket gerekli değişiklikler uygulandıktan sonra Türk Tabipleri Birliği'nin (TTB) yardımıyla bir internet sayfasında yayımlanmaya başladı. Yine TTB aracılığıyla kayıtlı yaklaşık 20,000 hekimin e-posta adresine, başka bir deyişle Türkiye'deki hekimlerin yaklaşık beşte birine ve hekimlerin üye olduğu çeşitli e-posta forumlarına bir çağrı mesajı gönderilerek ankete katılmaları istendi. Ayrıca 61 Tabip Odası ve 82 uzmanlık derneğine bir yazı yazılarak ankete katılım çağrısını üyelerine iletmeleri için istekte bulunuldu. Nisan 2009 – Mart 2010 döneminde açık kalan ankete 2,194 hekim katıldı.

Araştırmanın bağımsız değişkeni, katılımcıların bilgi, tutum ve düşünceleriydi. Hekimlerin uzmanlık alanları ve kamu ya da özel sektörde çalışıp çalışmadıkları bağımlı değişkenler olarak seçildi. Değişkenler arasındaki ilişki ki-kare testi ile arandı; GA %95, anlamlılık sınırı 0.05 olarak seçildi.

Çoktan seçmeli soruların “Diğer” seçenekleriyle toplanan açık uçlu yanıtlar ve katılımcıların malpraktisin önlenmesi / azaltılması, belirlenmesi

ve malpraktis oluştuktan sonraki aşamada yapılması gerekenlere yönelik önerileri araştırmacılarca ayrıca analiz edildi, belirlenen temalar kapalı uçlu yanıtlar ile birlikte sınıflandı.

Araştırmanın kısıtlılığı

Araştırma, yukarıda açıklanan nedenlerle internet üzerinden yürütüldüğü için sonuçları genelleme olanağı bulunmamaktadır; bulgular ancak katılımcıların düşüncelerini ifade eder, diğer deyişle Türkiye’deki hekimlerin tümüne genellenemez. Araştırmanın temel kısıtlılığını bu nokta oluşturmaktadır. Ancak bu kısıtlılığın Türkiye’nin çeşitli kentlerinden, kurumlarından, uzmanlık dallarından ikibinden fazla hekimin görüşlerini önemsiz kılmayacağını, aksine bu görüşlerin, bu konuda ülke çapında bir araştırma bulunmaması ve bulguların sonraki araştırmalara yol gösterici özellik taşıması nedeniyle değerli olduğunu düşünüyoruz.

BULGULAR ve TARTIŞMA

Katılımcıların demografik özellikleri

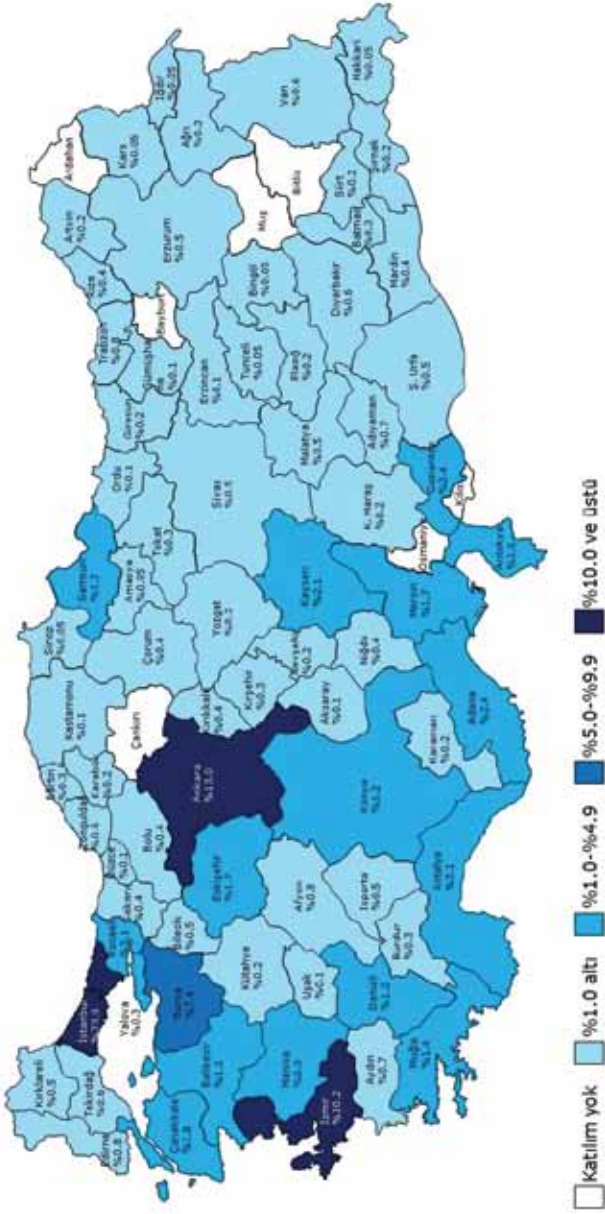
Çalıştıkları kenti belirten 1,779 katılımcının kentlere göre dağılımı Şekil.2’de görülmektedir. Toplam hekim sayısı için Sağlık Bakanlığı 2010 rakamları baz alındığında, Türkiye’deki 111,211 hekimin %1.6’sının araştırmaya katıldığı görülmektedir (21). Katılımcıların yaklaşık yarısı üç büyük kenttedir (%47.1). Sayıca en yüksek katılım %23.9 ile İstanbul’dan, en düşük katılım ise %0.05 ile Sinop, Hakkari, Iğdır ve Kars kentlerindedir. Araştırmaya katılan hekimlerin sayısı ülkenin batısından doğusuna doğru azalmaktadır. Çankırı, Bayburt, Ardahan, Muş, Bitlis, Osmaniye ve Kilis kentlerinden katılım olmamıştır. Bu görünüm ülkedeki hekimlerin kentlere göre dağılımı dikkate alındığında değişmekte, bir kentteki hekim sayısı ile o kentteki katılımcı sayısı birbirine oranlandığında katılımcıların ülke çapında daha dengeli dağıldığı gözlemlenmektedir (Şekil.3) (21). Kentlerdeki toplam hekim sayısına göre katılım oranı ortalama %1.6’dır. Ortalama katılım oranı baz alındığında üç büyük kentin diğer kentlere göre ve batıdaki kentlerin doğudakilere göre farkının oldukça azaldığı görülmektedir. Hekim sayısına göre en yüksek katılım oranı Bursa (%5.9), Çanakkale (%5.6) ve Bilecik (%4.4) kentlerindedir.

Katılımcıların demografik özellikleri Tablo.1’de görülmektedir. Araştırmaya katılan hekimlerin çoğunluğu 35-54 yaş grubunda (%73.6), erkek (%72.0) ve uzman hekimdir (72.1).

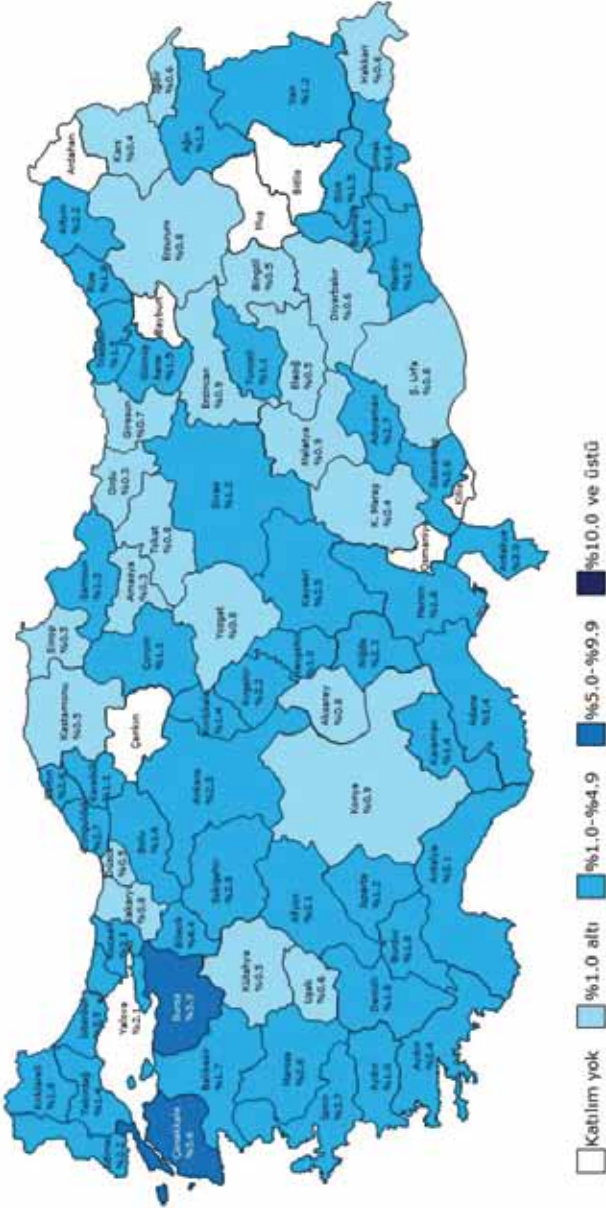
Tablo.1 Katılımcıların demografik özelliklere göre dağılımı

(2,194 katılımcıdan demografik özelliklerini belirtenler için)

		%
Yaş (n:1,729)	25 altı	0.6
	25-34	20.0
	35-44	46.1
	45-54	27.5
	55-64	5.8
		100.0
Cinsiyet (n:1,786)	Kadın	28.0
	Erkek	72.0
		100.0
Pratisyen/Uzman (n:1,799)	Pratisyen	27.9
	Uzman	72.1
Uzmanlık alanı (n:1,146)	Temel	3.1
	Dahili	32.0
	Cerrahi	64.9
		100.0
Çalıştığı sektör (n:1,794)	Kamu	63.3
	Özel	25.4
	Kamu + özel	11.3
		100.0

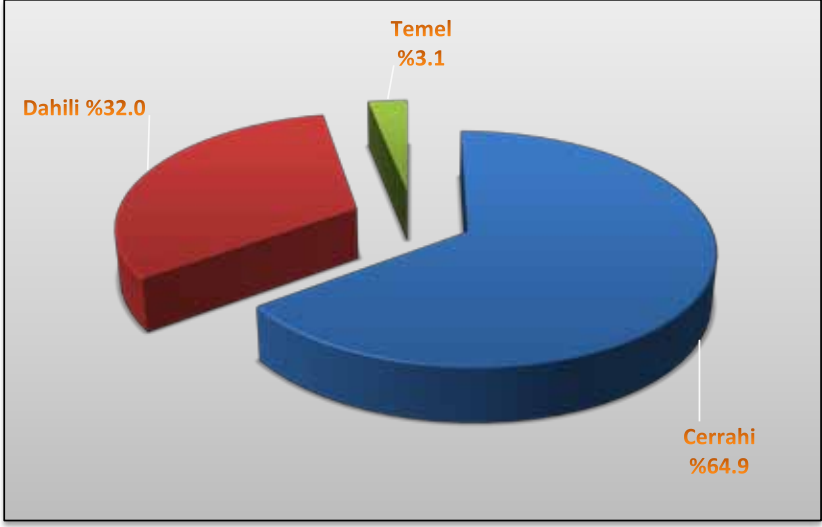


Şekil.2 Katılımcıların kentlere göre dağılımı



Şekil.3 Kentlerdeki toplam hekim sayılarına göre katılım oranları

Çalışmaya katılan uzman hekimlerin %64.9'u cerrahi dallarda çalışmaktadır (Şekil.4). Buna karşılık Temel Bilimler alanından katılım %3.1 düzeyindedir.



(n:1,143)

Şekil.4 Uzmanlık alanlarına göre dağılım

Genel Cerrahi, Ortopedi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Anesteziyoloji ve Göz Hastalıkları uzmanları katılımcıların yarısını oluşturmaktadır (%49.5) (Tablo.2).

Tablo.2 Katılımcıların uzmanlık dallarına göre dağılımı

Uzmanlık dalları	Sayı	%*	%**
Genel Cerrahi	176	15.4	4.3
Ortopedi ve Travmatoloji	127	11.1	5.6
Kadın Hastalıkları ve Doğum	126	11.0	2.6
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	79	6.9	2.5
Göz Hastalıkları	58	5.1	2.1
İç Hastalıkları	51	4.5	1.2
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	48	4.2	1.2
Göğüs Hastalıkları	35	3.1	2.2
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	36	3.1	2.4

Halk Sağlığı	33	2.9	8.9
Radyoloji	33	2.9	1.3
Nöroloji	32	2.8	1.9
Aile Hekimliği	27	2.4	1.8
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	27	2.4	1.1
Acil Tıp	26	2.3	7.5
Üroloji	24	2.1	1.2
Beyin ve Sinir Cerrahisi	23	2.0	1.9
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	19	1.7	2.9
Çocuk Cerrahisi	18	1.6	3.4
Adli Tıp	16	1.4	12.9
Göğüs Cerrahisi	16	1.4	1.0
Kardiyoloji	16	1.4	1.0
Tıbbi Patoloji	16	1.4	1.4
Kalp ve Damar Cerrahisi	14	1.2	1.5
Deri ve Zührevi Hastalıkları	13	1.1	1.0
Tıbbi Biyokimya	11	1.0	0.7
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	9	0.8	0.8
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	9	0.8	0.5
Histoloji ve Embriyoloji	5	0.4	2.7
Tıbbi Mikrobiyoloji	5	0.4	0.4
Çocuk Psikiyatrisi	3	0.3	1.8
Fizyoloji	3	0.3	1.4
Nükleer Tıp	3	0.3	0.8
Radyasyon Onkolojisi	4	0.3	1.1
Spor Hekimliği	1	0.1	3.1
Tıbbi Genetik	1	0.1	0.9
Toplam	1,143	100.0	100.0

* Katılımcılar arasındaki dağılım

** Ülkedeki toplam uzman sayısına göre katılım oranı

Ülkedeki toplam uzman sayısına göre katılım oranları temel alındığında; en yüksek katılımın Adli Tıp (%12.9), Halk Sağlığı (%8.9) ve Acil Tıp (%7.5) alanlarından olduğu görülmektedir (21).

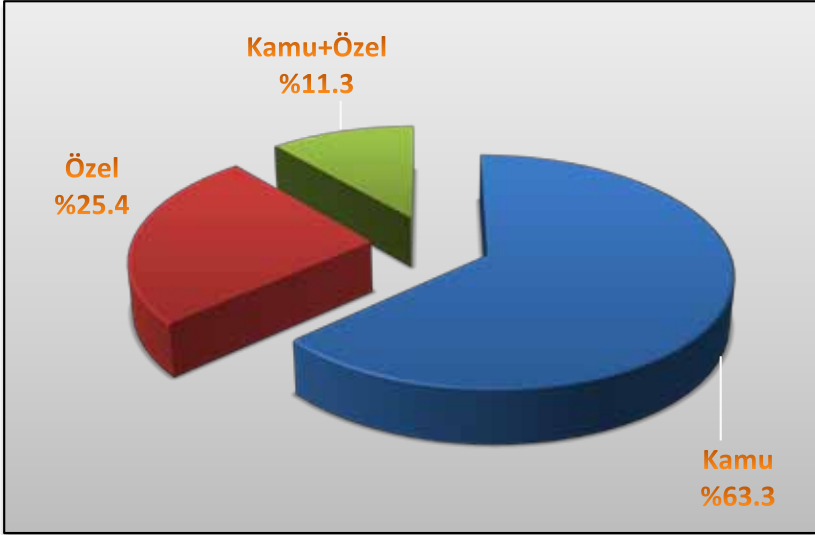
Tablo.3 Katılımcıların çalıştıkları kurumlara göre dağılımı

	Sayı	%
Devlet Hastanesi	478	23.2
Üniversite	362	17.6
Özel Hastane	351	17.1
Eğitim Hastanesi	245	11.9
Sağlık ocağı	177	8.6
Muayenehane	159	7.7
İşyeri hekimliği	104	5.1
Özel poliklinik	75	3.6
Aile hekimliği	67	3.3
Toplum Sağlığı Merkezi	16	0.8
Askeri Hastane	4	0.2
Kurum hekimliği	4	0.2
112 Acil Sağlık Hizmetleri	4	0.2
Turizm hekimliği	3	0.1
AÇSAP	2	0.1
Özel laboratuvar	2	0.1
Belediye	1	0.0
Deri ve zührevi hastalıklar disp.	1	0.0
Kızılay kan merkezi	1	0.0
Adli Tıp Kurumu	1	0.0
	2,057*	100.0

* Toplam 1,806 kişinin verdiği yanıtları içermektedir. Katılımcıların %11.3'ü hem kamu, hem de özel sektörde çalıştıklarından toplam sayı 1,806'dan büyüktür.

Katılımcıların üçte ikisi hastanelerde çalışmaktadır (%69.8). Birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumlardan katılım %26.1 düzeyindedir.

Katılımcıların %63.3'ü sadece kamu sektöründe, %25.4'ü ise sadece özel sektörde çalışmaktadır (Şekil.5). Hem kamu hem de özel sektörde çalışan katılımcıların oranı %11.3'tür.



(n:1,794)

Şekil.5 Katılımcıların çalıştıkları kurumlara göre dağılımı

Malpraktis olgusu üzerine düşünce ve tutumlar

Katılımcıların; malpraktisin neden gündemde olduğuna ilişkin açıklamaları Tablo.4'te görülmektedir. Araştırmaya katılan hekimlere göre şikayet - dava sayıları, ceza alan sağlık çalışanları, tazminat miktarları ve tıbbi hataların sayıları temel olarak;

- hastalarla ilişkili etmenler (%41.4)
- hekimlere yönelik olumsuz tutumlar (%37.9)
- özelleştirme politikaları (%37.6)
- olumsuz çalışma koşulları (%20.7)
- yetersiz eğitim (%19.5)

nedeniyle artıyor olabilir ve malpraktisin gündemde olması tüm bu etmenlerin birbirlerini etkilemesine bağlıdır.

Tablo.4 Katılımcılara göre malpraktisin gündemde olmasının nedenleri

Hastalarla ilişkili etmenler (%41.4)	Toplumda hekimlere karşı güvensizliğin artması Hak arama bilincinin gelişiyor olması Hasta hakları kavramının yasal düzenlemelerde yer bulması Sağlık Bakanlığı'nın şikayeti kolaylaştıran yeni düzenlemeleri Hasta hakları alanında sivil toplum örgütlerinin oluşması Tıptan gerçek dışı / olanaksız beklentiler Tazminatların gelir kaynağı olarak görülmesi Toplumun sağlık-hastalık algısında / kültüründeki değişim
Hekimlere yönelik olumsuz tutumlar (%37.9)	Sağlık Bakanlığı'nın hekimleri hedef gösteren tutumu Medyanın birincil sorumlu olarak sağlık çalışanlarını göstermesi / Gerçekleri çarpıtan, toplumu provoke eden haberler Hukukçuların hastaları suistimal etmesi / kışkırtması Hekim haklarını savunan kurum ya da yasal düzenleme olmaması / var olan kurumların yetersiz kalması
Özelleştirme politikaları (%37.6)	Neoliberal politikalar / Kapitalizm / Yeni Dünya Düzeni'ne entegrasyon Sigorta şirketleri, hukukçular ve bankalar için yeni bir pazar yaratma çabası AB yasalarna uyum çabaları Sağlık harcamalarını azaltma politikaları sonucunda uygun olmayan tıbbi malzeme alınması / kullanılması SGK'nın uyguladığı geri ödeme sisteminde önceliğin maliyeti azaltmaya verilmesi Performansa dayalı ödeme sistemi Sevk sisteminin işletilmemesi
Olumsuz çalışma koşulları (%20.7)	Sağlık kuruluşlarındaki altyapı yetersizlikleri Sağlık çalışanı sayısındaki yetersizlik Hasta sayısının çokluğu İşten duyulan tatminsizlik / maddi sıkıntılar Hataların bildirilmesine ve önlem alınmasına yönelik yöntem olmaması

Yetersiz eğitim (%19.5)	<p>Tıbbi bilgi ve teknolojinin hızlı gelişimi, buna karşılık mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimin yetersiz kalması</p> <p>Hızla ve çok sayıda tıp fakültesi açılması</p> <p>Tıp fakültesini seçenlerin niteliğindeki düşüş</p> <p>Hekimlerin kendilerini geliştirmek istememeleri</p> <p>Hekim dışı sağlık çalışanlarının eğitim eksikliği</p> <p>Lisans yenileme sisteminin olmaması</p> <p>Hastalık temelli eğitim</p> <p>Aşırı uzmanlaşma, bütüncül bakışın yitirilmesi</p>
Hekimlerin mesleki tutumları (%1.2)	<p>Meslek ahlakı kurallarının ihlal edilmesi</p> <p>Hekimlerin birbirlerini karalaması</p> <p>Kendilerini denetlememeleri, «çürük»leri aralarında barındırmaları</p> <p>Hastalarla yetersiz iletişim</p> <p>Hastalara paternalistik yaklaşım</p> <p>Aydınlatma yükümlülüğü hakkında eğitimsizlik</p>

Araştırma ile ortaya çıkarılan önemli bir saptama olarak; malpraktis olgusunda çeşitli etmenlerin etkileşim içinde olduğu nedensellik ağının, Şekil.6'da görülen bütüncül bir resminin oluşturulduğu söylenebilir. Bu şekil; aşağıdaki sorulara verilen açık ve kapalı uçlu yanıtların bir araya getirilmesi ile oluşturulmuştur:

1. Sizce malpraktisin gündemde olma nedenleri neler olabilir?
2. Tıbbi uygulama hatalarının sayısı neden artıyor olabilir? (1.soruya yanıt olarak tıbbi hataların artıyor olabileceğini işaretleyenler için)
3. Şikayet / dava sayısı neden artıyor olabilir? (1.soruya yanıt olarak şikayet / dava sayısının artıyor olabileceğini işaretleyenler için)

Algı ve gerçeklik arasında fark olabileceğini göz önünde tutarak; hekimlerin ifadesiyle oluşturulan bu resmin öznel yargılara dayandığı ya da ağın tamamını yansıtmıyor olabileceği düşünülebilir. Bununla birlikte, malpraktisin oluşumunda ve gündeme gelişinde etkili olan etmenlerin birlikte ifade edilmesi açısından bu saptamanın anlamlı olduğunu ve bu konuda yapılacak araştırmalar için yol gösterici olacağını düşünüyoruz.

Araştırmaya katılan hekimler, malpraktis oluşumu ve sık gündeme gelişinden temel olarak (*sırasıyla*); hastalar ve genel olarak toplumun tutumunu, politikacıların, medyanın ve hukukçuların hekimlere karşı olumsuz tutumlarını, özelleştirme politikalarını, olumsuz çalışma koşullarını ve yetersiz tıp eğitimini sorumlu tutmuşlardır. Meslek ahlakı kurallarının ihlal edilmesi, hastayla yetersiz iletişim gibi hekimin mesleki tutumlarıyla ilişkili etmenler sadece %1.2 oranında sorumlu tutulmuştur. Daha da ötesi; 'tıbbi hata oluşumu' kavramının ilk planda çağrıştıracağına aksine, yetersiz eğitim, olumsuz çalışma koşulları ya da hekimlerin yetersizlikleri gibi etmenler katılımcıların ancak beşte birince sorumlu / etkili gösterilirken, toplum, politikacılar ve sağlık politikaları büyük oranda sorumlu tutulmuştur. Bu yargının tarafsızlığı, katılımcıların temel sorumluluğu kendilerinin dışındaki taraflara yüklemesi açısından kuşkulu görülebilir. Diğer taraftan, malpraktisin 'tıbbi hata' değil 'hizmetten kaynaklanan zarar' olduğu dikkate alındığında, bu yargının bir yönüyle gerçekliğe karşılık geldiği de ileri sürülebilir. Katılımcılar, Şekil.6'da da görüldüğü gibi malpraktisin hangi etmenlere bağlı olarak oluştuğunu, bugün neden her zamankinden fazla gündemde olduğunu çok boyutlu olarak açıklamaktadır. Bu açıklamada yer alan çok-etmenlilik, malpraktis olgusunun oluşumunu sisteme-odaklı yaklaşıma benzer biçimde açıklamaktadır. Sistem-odaklı yaklaşımın da vurguladığı / temel aldığı gibi, malpraktis tek bir etkenle, sadece sağlık çalışanının hata yapması ile değil, onun yanı sıra; eğitim sorunları, olumsuz çalışma koşulları, toplumun sağlık / hastalık örüntüsündeki değişim, özelleştirme politikaları gibi pek çok nedene bağlı olarak oluşmaktadır. Hekimler bu çok-etmenliliğin farkındadır ve temel olarak diğer etmenlerin dikkate alınmayıp sadece kendilerinin suçlanmasından, tüm bedelin kendilerine ödetilmek istenmesinden yakınmaktadır.

Hekimler sağlık hizmetlerinin finansmanı, örgütlenmesi ve sunumu bağlamında uygulanmakta olan özelleştirme politikalarını, malpraktisin gündemde oluşuyla önemli oranda bağlantılandırmaktadırlar. Hizmet niteliğini olumsuz etkilediği bilinen performans dayalı ödeme sistemi (22), sevk sisteminin uygulamaya konmaması, SGK'nın uyguladığı geri ödeme sisteminde önceliğin maliyet azaltmaya verilmesi gibi sağlık politikalarının, genel olarak sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasıyla birlikte malpraktis oluşumuyla önemli derecede ilişkili olduğu ileri sürülmüştür. Mesleki mali yükümlülük sigortasının zorunlu tutulmasını hekim ya da hasta yararı yerine sigorta şirketlerine yeni bir pazar yaratma çabasıyla ilişkilendiren katılımcılar, uygulanan makro politikalar ile hekim-hasta ilişkisinde

mikro düzeyde yaşanan sorunların bağlantısını kendi açıklamalarında önemli derecede kullanmaktadır. Gerçekten de; malpraktis olgusunun oluşumu ve gündeme getiriliş biçimi, ülkemizde uygulanmakta olan sağlık politikaları ile doğrudan ilişkilidir. Halen ülkemizde uygulanmakta olan Dünya Bankası projesi *Sağlıkta Dönüşüm* programı ve Avrupa Birliği’ne uyum politikaları çerçevesinde temel olarak kamunun sağlık hizmeti alanından çekilmesi ve hizmetlerin özelleştirilmesi amaçlanmaktadır (23). Genel Sağlık Sigortası’nın kurulmasıyla temel teminat paketi dışındaki harcamaların cepten yapılması öngörülmüş, sağlık ocakları aile hekimliği birimlerine dönüştürülmüş, sonrasında ise sağlık çalışanlarının emeğini piyasa kurallarına tabi kılarak ucuzlatmak amacıyla Tam Gün yasası çıkarılmıştır (13). Dönüşüm’ün büyük adımlarından biri olarak 2011 yılında çıkarılması planlanan *Kamu Hastaneleri Birlik Yasası* ile birlikte hastanelerin işletmeleştirilmesi, özel sektörle rekabet etmeleri, çalışanların ise sözleşmeli konuma geçirilmesi hedeflenmektedir (24, 25). Diğer taraftan; sunulacak hizmetin niteliği ve niceliğine hastanın gereksinimine göre değil o tıbbi uygulamanın maliyet-etkin olup olmamasına göre karar verilmekte, bir politika olarak maliyet-etkinlik kaynakların dağıtımında ve çalışan politikalarında öncelikli ölçüt olarak uygulanmaktadır. Performansa dayalı ödeme modeliyle; sunulan sağlık hizmetinde nitelik değil sadece nicelik değerli kılınmakta, hekimler birim zamanda mümkün olduğunca çok sayıda hasta bakmaya zorlanmaktadır. Tüm bu politikalarla birlikte mesleki değerleri korumak giderek güçleşirken, hasta hakları “müşteri”nin seçme hakkına, kişi özerkliğine saygının en önemli gerekliliği olan aydınlatılmış onam alıcı ile satıcı arasındaki alım-satım sözleşmesine indirgenmektedir (3). Sağlık hizmeti sunan ile alan arasındaki güven ilişkisini zedeleyen bu politikalar, hizmet kaynaklı zararları “müşteri mağduriyeti” olarak tanımlamakta, malpraktisi bireye odaklı yaklaşımla tanımlamaktadır (3). Bütün bu koşullarda hata oluşma olasılığı olabildiğince artmaktadır.

Bireye-odaklı yaklaşımın temel sorunu; kaba determinist bir açıklamaya dayanması, malpraktisin oluşum sürecini açıklamakta yetersiz kalmasıdır (3). Hata ve zararın sorumluluğunu otomatik olarak / diğer etkenleri dikkate almadan tek bir bireye yükleyen bu yaklaşımın, temel olarak üç soruna yol açtığı gösterilmiştir. Bunlardan en çarpıcısı, bu yaklaşımın hataları ve zararları azaltmıyor oluşudur (7, 8, 26, 27). Çünkü tek bir bireyi suçlu olarak işaret etmek ve cezalandırmak, hataların örtülmesine, hata oluşumunda rol oynayan etmenlerin ortaya çıkarılmamasına ve bu nedenle hataların tekrarlanmasına yol açmaktadır (17, 28, 29). Diğer bir sorun, korunmacı

(defansif, çekinik) tıp uygulamalarıdır; yüksek tazminat ödeme kaygısıyla çalışan hekimlerin kendisini korumak için yüksek riskli hastalara hizmet sunmaktan kaçındıkları, ayrıca dava edilme olasılığını azaltmak için gereksiz tetkik isteyebildikleri bilinmektedir (15, 30-33). Sağlık harcamalarının gereksiz yere artmasının yanı sıra, özellikle Ortopedi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Nöroşirürji gibi görece yüksek riskli uzmanlıklara başvuran hastaların hizmete erişimini engelleyen bir durum ortaya çıkmaktadır. Bireye odaklı yaklaşımın yarattığı bir diğer sorun, çözüm olarak özel sigorta sistemini yerleştiğidir. Özel sigortacılık anlayışı risklerin/hataların azaltılmasına değil, zarar oluştuğundan sonraki aşamaya odaklanır. Bu nedenle mesleki sorumluluk sigortası malpraktisi azaltmamakta, ayrıca genel olarak zararların tazmininde başarısız kalmaktadır (34). Sigorta sisteminin bir diğer sorunu, teminat paketlerinin yeterince kapsayıcı olmaması ve riskli dallarda çalışan hekimlerin primlerinin giderek yükselmesidir (8, 30). Toplanan primlerin ödenen tazminatlardan çok daha fazla olması ise sistemin birincil amacının tazminatların ödenirliğini güvence altına almak olduğu iddiasını oldukça kuşkulu kılmaktadır. Türk Tabipleri Birliği Hukuk Bürosu'nun Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliği'nin açıklamasını kaynak gösterdiği yazısında 2005-2009 yılları arasında Sağlık Bakanlığı'na hatalı tıbbi uygulama nedeniyle açılan dava sayısı 416, hükmedilen tazminatın toplam tutarı ise 6,200,000 Türk Lirası civarındadır (35). Yine aynı kaynağa göre sadece bir yılda toplanan prim miktarı ise yaklaşık olarak 80 milyon liradır.

Tüm bu politikalar ve düzenlemeler dikkate alındığında malpraktisin neden sık gündeme gelen, kaygı oluşturan bir başlık olduğu daha açık ortaya çıkmakta, piyasa kurallarına dayalı hizmet sunumu bireye odaklı yaklaşım ile birleştiğinde bu yaklaşımın olumsuz sonuçlarının ülkemizde de oluşacağı öngörülebilmektedir. Nitekim araştırmaya katılan hekimler de bireye-odaklı yaklaşıma tepki olarak literatür bilgileriyle uyumlu tutum alacaklarını belirtmişlerdir.

Katılımcılara bir olgu eşliğinde korunmacı tıp uygulayan bir hekim tutumu örneklenmiş ve benzer durumda tutumlarının nasıl olacağı sorgulanmıştır. **Hekimlerin yarından fazlası benzer bir durumda herhangi bir olumsuz sonuçtan sorumlu tutulmamak için kendilerinin de korunmacı tıp yaklaşımını benimseyeceklerini ifade etmiştir (55.6%).** Klinisyenler korunmacı tıp uygulayacaklarını temel bilim uzmanlarına göre daha yüksek oranda belirtmiştir ($p < 0.001$).

Hataların artıyor olabileceğini düşünen hekimler 16.0% oranındayken, her üç hekimden biri şikayet ve dava sayısının arttığını düşünmektedir (38.8%); bu da **şikayetlerin önemli bir kısmının gerçekçi bir nedene dayanmadığını düşündüklerini** göstermektedir. Bu bulgu, malpraktisin gündemde olmasının öncelikli nedeni olarak hastalarla ilişkili etmenlerden söz edilmesi ile uyumludur. Gerçekten de, hak arama bilincinin artması ya da çalışanları şikayet etmenin bir politika olarak teşvik edilmesi şikayet sayısını artırıyor olabilir. Diğer taraftan, şikayetlerin içinde somut temele dayanmayanlar olabileceği gibi, gerçekte yaşanan malpraktis vakalarının tamamının şikayete konu olmuyor olabileceği de gözden kaçırılmamalıdır. Bu konuda ülkemizde yapılmış bir araştırma yoktur; var olan az sayıdaki araştırma yasal mekanizmalara yansımış dosyalar üzerinde yürütülmüştür.

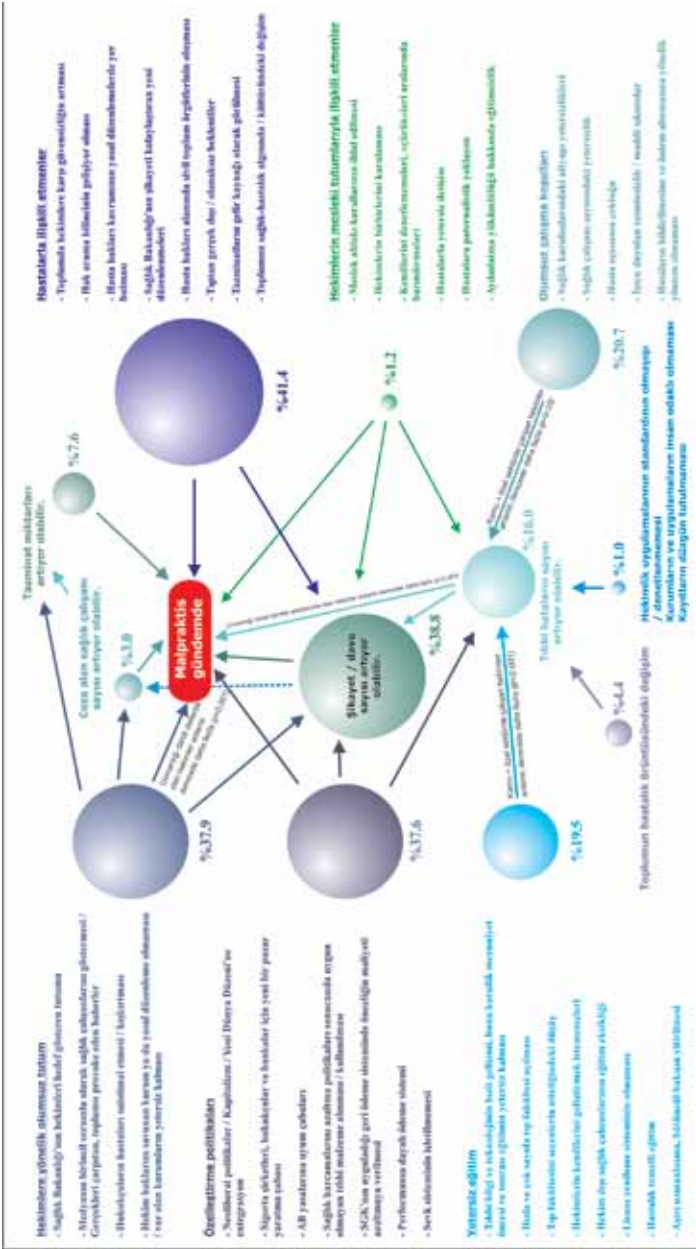
Katılımcıların çoğunluğu mezuniyet öncesi ve sonrası **eğitimlerinin malpraktisi önlemek / azaltmak açısından yetersiz olduğunu** düşünmektedir (73.8%). Katılımcılar; tıbbi bilgi ve teknolojinin hızla geliştiğini, buna karşılık hızla ve çok sayıda tıp fakültesi açıldığını, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimin yetersiz kaldığını, eğitimin hastalık temelli verildiğini, aşırı uzmanlaşmanın bütüncül bakışın yitirilmesine yol açtığını, lisans yenileme sisteminin olmadığını özellikle vurgulamışlardır. Belki daha da önemlisi, her iki hekimden birinin günlük pratiğinde bilgi veya beceri açısından kendisini yetkin hissetmediği, bu nedenle de malpraktis kaygısı yaşadığı en az bir tıbbi uygulama olduğunu belirtmesidir. *“Kendinizi yetkin hissetmediğiniz, bu nedenle uygulama sırasında malpraktis kaygısı yaşadığınız bilgi ve beceri alanları var mı?”* sorusuna hekimlerin %53.1’i **günlük pratiklerinde yetersiz hissettikleri en az bir uygulama olduğunu** belirtmişlerdir. Bu oranın yüksekliği ciddi biçimde kaygı vericidir ve ülkemizdeki tıp eğitiminin ne derecede yetersiz olduğunu gözler önüne sermektedir. Sadece bu bilgi dahi malpraktisin tek sorumlusu olarak doğrudan hekimleri işaret etme alışkanlığının yanlışlığını göstermektedir.

Hasta sayısının çokluğu, altyapı ve sağlık çalışanlarının sayısındaki yetersizlikler gibi olumsuz çalışma koşulları, malpraktis oluşumu ve gündeme geliş üzerine etkili olduğu ileri sürülen bir başka etmendir. Belirtilen eksiklikler aynı zamanda hizmet sunumunda var olan çok ciddi sorunlara da işaret etmektedir. Katılımcılar hizmet sunumunda altyapının ve çalışanların eksik olduğunu, buna karşın hasta sayısının uygun nitelikte hizmet sunabilecek sınırın üzerinde olduğunu, maddi sıkıntılar nedeniyle mesleklerini yaparken tatminsizlik duyduklarını belirtmişlerdir. Sunulan hizmetin uygun nitelikte olmasını sağlayabilmek için her biri ayrı ayrı önemli

birer sorun olan bu yakınmaların politika belirleyenlerce değerlendirilmesi gerekmektedir.

Kamu + özel sektörde çalışan hekimler olumsuz çalışma koşulları ($p < 0.001$) ve eğitim eksikliğini ($p < 0.05$) diğer hekimlere göre anlamlı oranda daha fazla sorumlu / etkili göstermiştir. Temel bilim uzmanı hekimler, dahili ve cerrahi branş uzmanlarına göre daha fazla oranda hata oranının artıyor olabileceğini ve malpraktisin bu nedenle gündemde olduğunu düşünmektedir ($p = 0.001$). Dahili ve Cerrahi dal uzmanları ise Temel Bilim uzmanlarına göre daha fazla oranda hekimlere yönelik olumsuz tutum ve suistimalleri sorumlu görmektedir ($p < 0.05$).

Katılımcıların büyük çoğunluğu **malpraktisin gündemde olmasıyla sağlık çalışanlarına yönelik şiddet arasında nedensel bir ilişki** olduğunu düşünmektedir (%84.7). Öznel bir yargıyı ifade etse de, son yıllarda sağlık çalışanlarına yönelen fiziksel ve sözlü şiddetin daha önce hiç olmadığı kadar yoğunlaşmış olması göz önüne alındığında, bu yargının dikkate alınması gerektiği ortaya çıkmaktadır. Gerçekten de, malpraktisin gündemde olma nedenleri arasında sayılan; özelleştirme politikaları, hasta haklarının birer müşteri hakkı olarak yerleştirilmesi ve politikacılar, medya ve hukukçuların bireysel hedef gösteren tutumları nedeniyle hizmet kaynaklı zararlar, hatta herhangi bir olumsuzluk algısı sağlık çalışanlarının şiddete uğramasına yol açıyor olabilir. Hekimlerin bu yöndeki ifadeleri, benzer biçimde düşündüklerini göstermektedir.

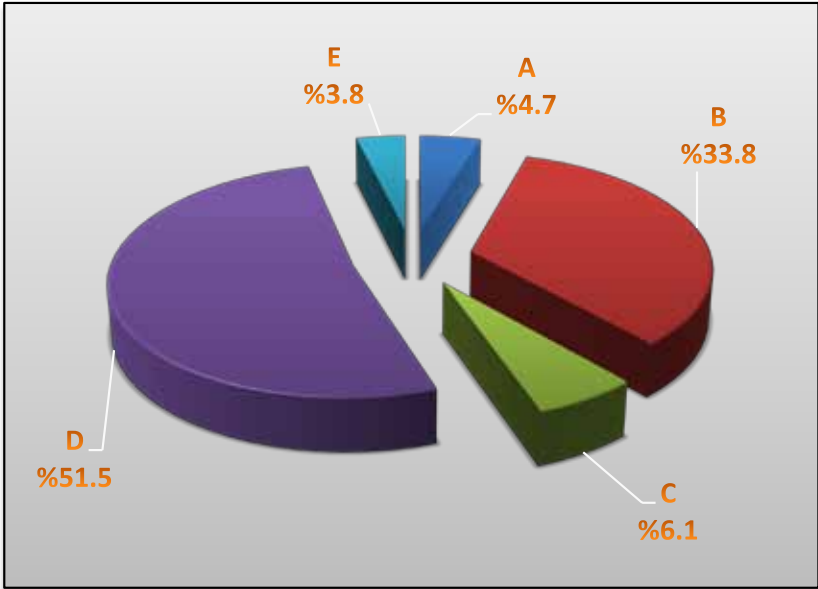


Şekil.6 Hekimlerin malpraktiklerin neden gündemde olduğuna ilişkin açıklamaları

Katılımcıların uygulanmakta olan ve önerilen yöntemler hakkındaki düşünceleri

Malpraktisi belirleme yöntemleri

Çalışmaya katılan hekimlerin yarısından fazlası, malpraktisin belirlenmesi için sadece bilirkişilik kurumundan yararlanılmasının uygun olmadığını düşünmektedir (%55.3) (Şekil.7).



(n:1,565)

Şekil.7 Malpraktisin belirlenmesinde bilirkişilik kurumundan yararlanılmalı mı?

- Bence uygundur.
- Yeterli olmadığı bazı olgular söz konusu olabilse de, genel olarak uygundur.
- Fikrim yok.
- Genel olarak bilirkişilik kurumunun malpraktisin belirlenmesinde yetersiz kaldığını düşünüyorum; başka yöntemlerle birlikte uygulanmalıdır.
- Kesinlikle yetersizdir; bir başka yöntem uygulanmalıdır.

Katılımcıların üçte ikisi malpraktis olup olmadığını belirlerken bilirkişilik kurumunun yanı sıra standart uygulama kılavuzlarının da kullanılması gerektiğini, malpraktisin böylece daha doğru saptanacağını belirtmektedir (%66.0).

Mesleki sorumluluk sigortası

Katılımcıların; %72.3'ü mesleki sorumluluk sigortası yaptırmamıştır¹. Cerrahlar ve özel sektörde çalışan hekimler diğerlerine göre daha yüksek oranda sigortalıdır (her ikisi için de $p < 0.001$). Sigortası olmayanların üçte biri yakın gelecekte yaptırmayı planlamaktadır (%35.5). Kamu sektöründe çalışan hekimler sigorta yaptırmayı diğerlerine göre daha yüksek oranda planlamaktadır ($p < 0.05$).

Hekimlerin %14.7'si var olan sigorta paketlerinin içeriklerini / kapsayıcılıklarını bildiklerini düşünmektedir; kamu sektöründe çalışan hekimler bu konuda daha bilgili olduklarını belirtmişlerdir ($p < 0.001$). Katılımcıların **hemen tamamı var olan sigorta paketlerinin yeterince kapsayıcı / koruyucu olmadığını** düşünmektedir (%98.6).

Katılımcıların %39.9'u mesleki sorumluluk sigortasının zorunlu olması gerektiğini düşünmektedir. Buna karşılık sigorta uygulamasının; malpraktisi azaltmayacağı, hekimi artan tazminatlara karşı korumayacağı, hekimlik uygulamalarının tazminat davalarının yarattığı kaygıdan etkileneyeceği gerekçeleriyle **sağlık hizmetini olumsuz etkileyeceğini** düşünen hekimlerin oranı %63.7'dir. Açık uçlu yanıtlarda ayrıca;

- hekimin duyarsızlaşacağı,
- sağlık harcamalarının artıracacağı,
- hekimi yalnızlaştıracağı,
- asistanın vaka yapamayacağı, bu nedenle de eğitim niteliğinin kötüleşeceği,
- sağlık çalışanlarının yıpranacağı

gerekçeleriyle de sigorta uygulamasının hizmetin olumsuz

1 Araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında mesleki mali sorumluluk sigortası henüz yasal olarak zorunlu tutulmamıştı.

etkileyeceği belirtilmiştir.

Cerrahlar zorunlu bir malpraktis sigortasına diğer hekimlere göre daha yüksek oranda taraftardır ($p < 0.001$). Temel bilimler alanında uzman olan hekimler ise dahili dal uzmanlarına göre zorunlu sigortayı daha çok desteklemektedir.

Katılımcıların %50.0'ı mesleki sorumluluk sigortasının sigorta şirketlerine yeni bir pazar yaratmak için gündeme getirildiğini düşünürken, %28.2'si tazminatların ödenirliğini güvence altına almanın amaçlandığını belirtmiştir. Bunun yanı sıra, açık uçlu yanıtlarda;

- Özelleştirme politikaları,
- Sağlık Bakanlığı'nın kendi sorumluluğunu hekimlerin üzerine yıkmak istemesi,
- uluslararası zorlamalar

gerekçe olarak gösterilmiştir.

Bireysel tazminat

Malpraktis davaları sonucunda tazminat ödemenin malpraktis olgularının sayısını artıracadığını düşünen hekim oranı %21.2'dir. Tazminat sisteminin; kötüye kullanıma açık olduğu ve hekimlerin dava açılmasını engellemek için “korunmacı tıp” uygulayarak gereksiz tanı yöntemleri uygulayabilecekleri gerekçeleriyle **sağlık hizmetini olumsuz etkileyeceği** düşüncesi büyük oranda desteklenmiştir (%86.6). Ayrıca açık uçlu yanıtlarda, tazminat sisteminin;

- sağlık hizmetine erişimi azaltacağı,
- hizmetlerden yararlanmayı pahalılaştıracadığı,
- hizmeti daha çok ticarileştireceği

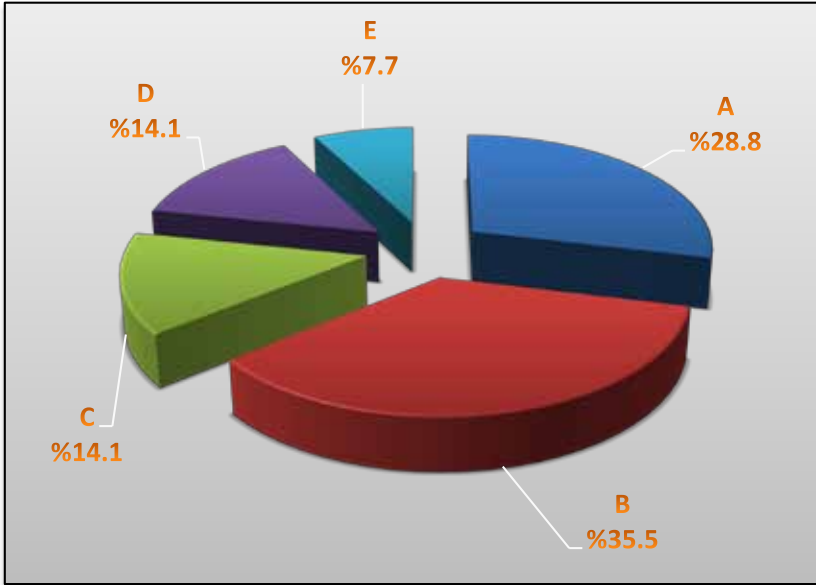
belirtilmiştir.

Kamusal fon ile tazminat

Malpraktis oluştuktan sonraki aşamada, oluşan zararın tazmin edilmesi için; Türk Tabipleri Birliği'nce dile getirilen (36) nerilerden biri olan “Kamusal Fon” uygulamasına ilişkin olarak

aşağıdaki açıklamaya yer verilmiş ve katılımcılardan bu öneriye ilişkin düşüncelerini belirtmeleri istenmiştir (Şekil.8).

“Kamusal fon: Hizmet sunumu nedeniyle oluşan zararların, primleri sağlık hizmeti sunanlar ve/veya kamusal kaynaklarca ödenerek oluşturulan bir fondan tazmin edilmesi olarak özetlenebilir. Bu uygulamada tıbbi girişimden zarar gören kişi ön plandadır; kusurlu kişi ya da kurumu cezalandırmak değil, kişinin zararını tazmin etmek önemsenir. Kusur olup olmadığına, kusurun nereden kaynaklandığına bakılmaksızın kişiye tazminat ödenir. Kusur değerlendirmesi ayrıca yapılır, bu değerlendirme ise kusurun tekrarlanmaması için ne yapılması gerektiğine odaklanır.”



(n:1,359)

Şekil.8 Katılımcıların kamusal fon önerisi hakkındaki düşünceleri

- A. Bu öneri şimdiki tazminat sistemine göre daha insancıldır, ayrıca malpraktisin azaltılmasına daha çok katkıda bulunur. Kesinlikle uygulanmalıdır.

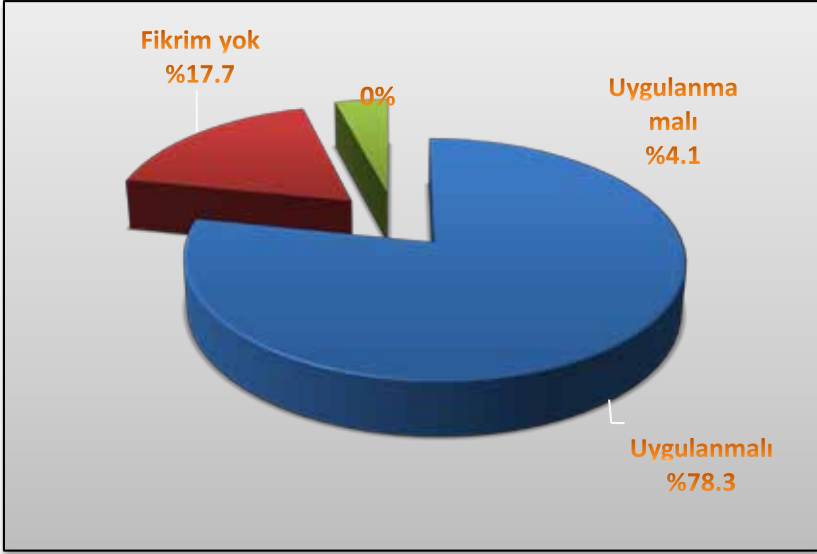
- B. Kötüye kullanıma açık olabileceği, şikayetleri artırabileceği için kuşkuyla yaklaşıyorum. Yine de avantajları daha baskın olduğu için uygulanmalıdır.
- C. Fikrim yok.
- D. Böyle bir sistemin kötüye kullanıma olasılığı yüksektir ve bu olasılık sadece avantajlarına bakarak karar vermemizi engeller.
- E. Kamusal fon uygulaması uygun bir öneri değildir. Çünkü tazminatı herkes değil kusurlu kişi ve/veya kurum ödemelidir.

Araştırmaya katılan hekimlerin **üçte ikisi kamusal fon önerisinin uygulanması gerektiğini**, diğer deyişle sağlık hizmeti kaynaklı zararların hizmeti sunanlarca ve/veya kamusal kaynaklarca oluşturulacak bir fondan tazmin edilmesi gerektiğini düşünmektedir (%64.3).

Hata analizi

Malpraktis oluştuktan sonraki aşamada, zarara yol açan hatanın ve hata-zarar sürecinin belirlenmesi için geriye dönük olarak değerlendirme anlamına gelen “hata analizi” kavramına ilişkin olarak aşağıdaki açıklamaya yer verilmiş ve katılımcılardan bu öneriye ilişkin düşüncelerini belirtmeleri istenmiştir (Şekil.9). Katılımcılar zarar oluştuktan sonra **hata analizi yapılması önerisini büyük oranda desteklemektedir (%78.3)**.

“Hata analizi: *Hataların tamamen ortadan kaldırmayacağını, bunu insanın doğasında var olduğunu kabul edip, temel olarak hataların zarara yol açmasını engelleyecek sistemik önlemler alınmasına odaklanan, bir zarar oluştuğunda ise hatayı yapan kişiyi değil işe yaramayan önlemi ya da sistemin yetersiz kaldığı noktayı bulmaya ve böylece zararın tekrarlanmamasını sağlamaya çalışan yaklaşım”*



(n:1,352)

Şekil.9 Katılımcıların hata analizi kavramı hakkındaki düşünceleri

Hata analizi kavramının uygulanması gerektiği düşüncesi için; “Kişileri suçlayarak malpraktis sorununu çözemeyiz” seçeneği %47.5 oranında, “Hataların ortaya çıkmasını sağlar, önlem alınmasını kolaylaştırır” seçeneği %74.7 oranında gerekçe gösterilmiştir. Ayrıca açık uçlu yanıtlarda;

- Hatalardan ders almanın akıllıca olacağı,
- Hatasının farkına varan hekimin aynı hatayı tekrarlamamak için çaba göstereceği,
- Tüm hizmet sisteminin sorgulanmış olacağı,
- Hata verilerinin eğitim için kullanılabilmesi,
- Endikasyonsuz girişim yapan hekimlerin açığa çıkacağı,
- Malpraktisin neden olduğu hekim hakları-hasta hakları ayrışmasını ortadan kaldıracacağı,

- Hem bireysel gelişim hem de tıbbı katkı sağlayacağı,
- Malpraktis-komplikasyon ayırımına yardımcı olacağı

gerekçe olarak gösterilmiştir.

Hata analizi kavramının uygulanmaması gerektiği düşüncesi için; “kişilerin sorumluluklarını göz ardı edeceği” gerekçesi %16.4, “böyle bir analiz yapmanın olanaksız olduğu” %74.6 oranında ileri sürülmüştür. Ayrıca açık uçlu yanıtlarda;

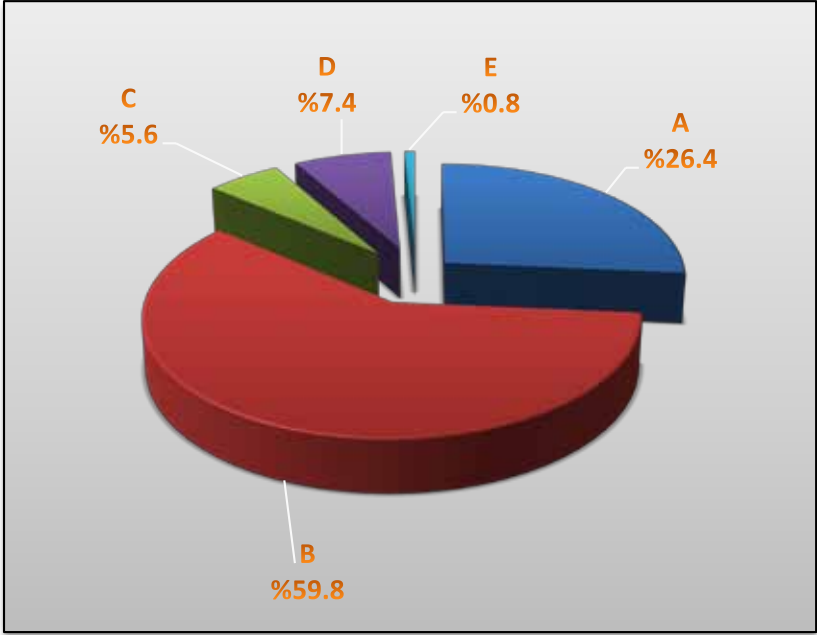
- Hekimin sorumluluk duygusunu azaltabileceği,
- Analizi yapacak olanların / karar vericilerin hekim aleyhine davranacağı,
- Hekimin yargısız infaza açık kalabileceği,
- Gündem değiştirmek için (politikacılarca) halkın hekimlerin üzerine “saldırılmasına” yol açabileceği,
- Bireysel mahareti uygulamayı engelleyeceği

gerekçeleri dile getirilmiştir.

Bildirim

Zarara dönüşüp dönüşmemesinden bağımsız olarak hizmet sunumu sırasında oluşan hataların bildirilmesi, hatanın ve oluşum sürecinin tüm ekiple paylaşılması anlamında kullanılan “hata bildirim” kavramına ilişkin olarak aşağıdaki açıklamaya yer verilmiş ve katılımcılardan bu öneriye ilişkin düşüncelerini belirtmeleri istenmiştir (Şekil.10).

Bildirim: Zarar oluşması durumunda suçlu kişi bulmaya değil, sistemin hangi noktalarda aksadığını veya yetersiz kaldığını araştırarak zararın tekrarlanmasını engellemeye yönelik yaklaşımın bir boyutu. Böyle bir yaklaşımda sağlık çalışanları yaptıkları ya da tanık oldukları hataları birbirleriyle ve yöneticilerle paylaşırlar. Amaç hataların üstünün örtülmemesini sağlayarak zararın tekrarlanmasını önlemektir ve bu bilgi sadece zararın tekrarlanmasını önlemeye yönelik olarak kullanılır.”



(n:1,343)

Şekil.10 Katılımcıların hatalara özel bildirim sistemi hakkındaki düşünceleri

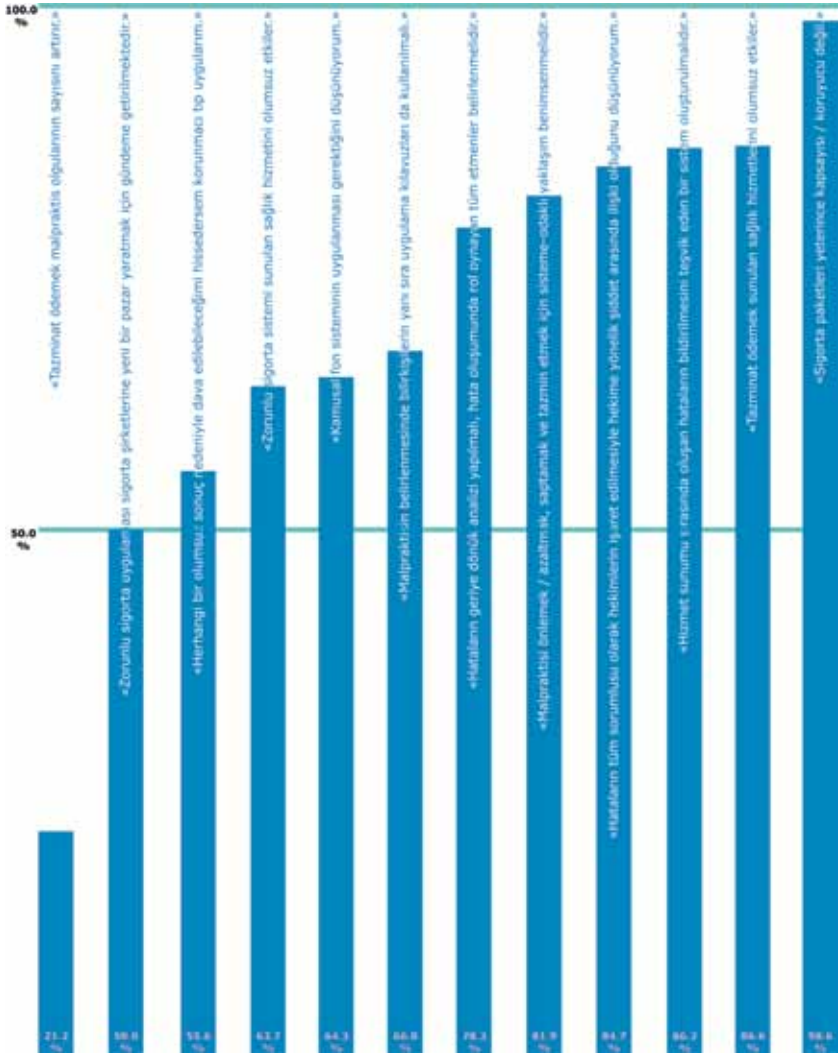
- Öneriyi kesinlikle destekliyorum.
- Yaşama geçirilebileceğine ilişkin kuşularım var, ancak yine de benimsenmelidir.
- Fikrim yok
- Yaşama geçirilebileceğine ve işe yarayabileceğine ilişkin derin kuşularım var. O nedenle desteklemiyorum.
- Öneriyi kesinlikle desteklemiyorum.

Araştırmaya katılan **hekimlerin büyük çoğunluğu, sağlık kurumlarında hizmet sunumu sırasında oluşan hataların bildirilmesine yönelik bir sistemin yaşama geçirilmesini desteklemektedir** (%86.2).

Hataların tekrarının önlenmesi için hata bildiriminin teşvik edilmesi, hataların geriye dönük analiziyle etkili tüm etmenlerin belirlenmesi ve oluşan zararların kamusal fon ile tazmin edilmesi yaklaşımları hakkındaki düşünceler birlikte değerlendirildiğinde, **hekimlerin %81.9'unun sisteme-odaklı yaklaşımı benimsedikleri görülmektedir (81.9%)**.

Bu bulguya dayanarak; hekimlerin büyük çoğunluğunun, Türk Tabipleri Birliği'nin tıbbi uygulama hatalarına ilişkin önerilerini tümüyle desteklediği söylenebilir (36):

- Kötü sağlık hizmetinden dolayı oluşacak zararlarda, hastaların zararlarının kısa sürede tespit edip karşılayacak bir kamusal fon vb. yapının oluşturulması, hasta ile sağlık personelinin karşı karşıya getirilmeksizin ve kusur karşılığı olmaksızın zararın karşılanması,
- Sağlık hizmetinin kötü işlemeden dolayı doğacak bütün zararların bu kamusal fon tarafından karşılanması, kamu hizmetlerinde kesinlikle özel sigorta kuruluşları aracılığı ile sigortacılığın söz konusu edilmemesi,
- Kamusal fonun gelir kaynaklarının hekimlerden ya da diğer sağlık personelinin ücretlerinden değil, sağlık kuruluşlarının ödeyeceği bir biçimde oluşturulması, kişilerin değil kurumların risklerinin güvence altına alınması,
- Kamusal fonun yanı sıra kötü işleyen sağlık hizmetlerinin nedenlerini araştırarak tekrar etmemesi için gerekli tedbirlerin alınmasını sağlayıcı ulusal bir organizasyonun yapılması,
- Kast ve ağır kusur halleri dışında sağlık personeline yönelik tazminatın vb. benzeri yaptırımların ortadan kaldırılması ,
- Hekimlerin ve diğer sağlık personelinin yetiştirilmesinde ihtiyaca yönelik nitelikli mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim sisteminde bulunan sorunların hızla çözülmesi, sürekli mesleki gelişim/eğitim olanaklarının kamusal bir fon üzerinden, meslek örgütünün düzenlemesinde güvence altına alınması ve geliştirilmesi,
- Hekimlerin ve diğer sağlık personelinin fazla çalışma ve dinlenme koşullarının sağlık hizmetinde hataya sevk etmeyecek bir biçimde yeniden düzenlenmesi,
- Hekimlerin Türk Tabipleri Birliği ve Tabip Odaları Onur Kurul-ları tarafından mesleki denetleme etkinliklerinin, mesleki bağımsızlığın, kendi kendini yönetme görevinin, nitelikli bir hizmetin ve hastanın korunması gereken çıkarlarının vazgeçilmez bir parçası olduğu kabul edilerek, verilen kararların kamu özel farkı olmaksızın uygulanma kararlılığının ortaya konması ve ayrıca hekimlerin sağlık hizmetindeki diğer denetim mekanizmalarına sürekli etkin katılımının sağ-lanması yer almalıdır.



Şekil.11 Katılımcıların uygulanan / dile getirilen çözüm önerileri hakkındaki düşünceleri

Katılımcıların önerileri

Anketin son bölümünde katılımcılardan; malpraktisin önlenmesi / azaltılması, belirlenmesi ve malpraktis oluştuktan sonraki aşamada yapılması gerekenlere yönelik önerilerini yazmaları istenmiştir. Katılımcıların yaklaşık yarısı bu konudaki görüşlerini açık uçlu biçimde ve oldukça ayrıntılı olarak belirtmiştir (%40.1). Öneriler arasında ilk sırayı sağlık politikalarına yönelik olanlar almaktadır (%42.2). Malpraktis tanısına yönelik olarak; uygulama kılavuzlarının geliştirilmesi, bilirkişilik kurumunun standardizasyonu ve sorumluluk paylarının tüm tarafları ve etmenleri dikkate alarak belirlenmesi önerileri ikinci sıradadır (%28.0). Ayrıca mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimine ilişkin öneriler de öncelikli öneriler arasında sayılmaktadır (%19.6). Diğer öneriler topluma ve hekimlere yöneliktir (%5.2 ve %5.1).

Hekimler; malpraktisin sık gündeme gelmesinde ve oluşum sürecinde rol oynayan etmenler arasında ilk sırada, hastalarla ilgili etmenlerin bulunduğunu ileri sürmüşlerdir (Tablo.4). Toplumda hekimlere karşı güvensizliğin artması, hak arama bilincinin gelişiyor olması, tıptan gerçek dışı / olanaksız beklentiler, tazminatların gelir kaynağı olarak görülmesi gibi gerekçelerin malpraktisin gündeme gelmesinde en etkili etmenlerden olduğu ileri sürülmüştür. Buna karşın; malpraktis olgusuna yönelik önerileri büyük oranda sağlık politikalarına yoğunlaşmaktadır (Tablo.5). Toplumla yönelik önerileri; hem sayıca, hem de nitelikçe (*kötü niyetlilerin engellenmesi ve bilinçlilik düzeyinin artırılması*) oldukça sınırlı kalmaktadır. Çelişkili gibi görünen bu durum değerlendirildiğinde, hekimlerin; hastalara attettikleri olumsuz değersel yükleri temelde sağlık politikaları ile ilişkilendirdikleri, hastaların olumsuz tutumlarının arkasındaki temel belirleyenin sağlık politikaları olduğunu düşündükleri ileri sürülebilir. Malpraktisin gündeme sık geliyor oluşuyla sağlık çalışanlarına yönelen şiddet arasında ilişki olduğunu düşünen katılımcıların çok yüksek oranda oluşu bu yorumu desteklemektedir.

Analiz edilen yanıtlar, Tablo.5'te görüldüğü biçimde tematik olarak sınıflanmıştır (*Katılımcıların yanıtlarından seçilmiş örnek ifadeler Ek.1'de yer almaktadır*).

Tablo.5 Katılımcıların malpraktisin önlenmesi / azaltılması, belirlenmesi ve malpraktis oluşuktan sonraki aşamada yapılması gerekenlere yönelik önerileri

Sağlık politikalarına yönelik öneriler (%42.2)

- Sağlık hizmetlerinde **piyasalaşma, özelleştirme ve neoliberal politikalar**dan vazgeçilmeli.
- **Hekim dağılımı** merkezi planlamayla, nüfusa göre yapılmalı
- **Koruyucu hekimliğe** ağırlık verilmeli.
- Hekimlere “**düşman**” **yöneticiler**, Sağlık Bakanlığı vd. değişmeli.
- **Sisteme-odaklı yaklaşım** benimsenmeli.
- **Hasta güvenliği** önlemleri yaşama geçirilmeli.
- Hasta başına **daha çok zaman** ayrılması sağlanmalı.
- **Performans** sistemi kaldırılmalı.
- **Altyapı** eksiklikleri giderilmeli.
- Çalışma koşulları iyileştirilmeli.
- **Sevk sistemi** işletilmeli.
- **Kayıt sistemleri** iyileştirilmeli.
- Kayıtlara hastalar da erişebilmeli.
- **Hata bildirim sistemi** uygulanmalı.
- Hataların bildirilmesini teşvik edecek, kimseyi suçlamadan tartışılmasını sağlayacak düzenlemeler yapılmalı.

Eğitim (%19.6)

- Mezuniyet öncesi ve sonrası **tıp eğitimi** yeterli / nitelikli olmalı.
- **Tıp etiği eğitimi**ne önem verilmeli, hekimlerin mesleki değerleri sahiplenmesi sağlanmalı.
- **Sağlık hukukuna** ilişkin eğitim verilmeli.
- Kliniklerde düzenli **vaka tartışmaları** yapılmalı.

- Mesleki **yeterlik** denetlenmeli, akreditasyon ölçütleri kullanılmalı.

Malpraktisin belirlenmesine ilişkin öneriler (%28.0)

- Meslek örgütleri, uzmanlık dernekleri ve kendini kanıtlamış akademisyenler bir **alan netleştirme** çalışması yapmalı.
- **Malpraktis / komplikasyon ayırımı** yapmaya yarayacak, sürekli güncellenen tanı ve tedavi **kılavuzları** oluşturulmalı.
- Kılavuzlar tüm **hekimlerin katkısına** açık olmalı.
- Kılavuzlar **hastaların erişimine** açık olmalı.
- **Bilirkişiler** nitelikli, eğitilmiş, tecrübeli olmalı; değerlendirme ölçütleri standardize edilmeli.
- **Malpraktisi belirlerken;**
 - Bilirkişi kurulu sadece hekimlerden oluşmalı.
 - Bilirkişi kurulu hekimler ve hastalardan oluşmalı.
 - Hasta temsilcileri, hukukçular, Tıp Etiği uzmanı da bilirkişi kurulunda olmalı.
 - Tabip odası belirlemeli.
 - Her hastanenin kendi bilirkişi kurulu belirlemeli.
- Sorumluluk paylarının nasıl belirleneceği, tarafların kimler olduğu **standardize** edilmeli.
- Sorumluluk payları **her vaka özelinde** ayrı ayrı belirlenmeli; ceza, sorumluluk paylarına göre bölüştürülmeli.
- Malpraktis şikayeti değerlendirilirken olayın yerel özellikleri / **tüm yerel koşullar** dikkate alınmalı.
- İhtisas mahkemeleri kurulmalı.

Hekimlerin mesleki tutumlarına yönelik olarak (%5.1)

- Hekimler arasında **iletişim ve dayanışma** artırılmalı.
- Hekimler “çürük”leri kollamamalı, aralarında barındırmamalı; her hekim birbirini denetlemeli.
- “Paraya tapan” doktorlara müdahale edilmeli.

- Tıp kurumu içindeki **hiyerarşi** azalmalı.
- **Hastayla iletişim** artırılmalı.
- **Tekrarlanan malpraktis durumlarında**; hem çok tekrarlayan kişilere, hem çok tekrarlanan olgu ve durumlara yönelik özel önlemler alınmalı.
- **Meslek örgütleri** hekimleri eğitimle ve dayanışmayla desteklemeli.
- Disiplin cezaları daha etkin işletilmeli.
- Men cezası ağırlaştırılmalı; üst sınırı daha fazla olmalı.

Toplum (%5.2)

- Toplum yapısı, **kültürü, bilinci** değişmeli.
- Toplum **tıbbi uygulamaların doğası** hakkında eğitilmeli.
- **Bilgiler** toplumun paylaşımına açık olmalı.
- Sadece **kazanç elde etmek için dava** açanlar cezalandırılmalı.
- **Hukukçulara** basit tıp eğitimi verilmeli.
- Medyada **sansasyonel / yargısız infaz yapan haberler** engellenmeli.

Araştırmamız, hekimlerin giderek karmaşıklaşan ve vahşileşen serbest piyasa ortamında, sağlam, güvenilir ve adil bir mesleki zemin arayışında olduğunu göstermektedir. “Talep varsa, yani satılıyorsa mübahtır” anlayışının konu sağlık olduğunda öngörülemez sorunlara yol açtığını bilen hekimler, hızla artan ve değişen, uygun bilgi ve teknolojinin herkese, her yerde erişilir kılınmasının önemini vurgulamaktadır. Mezuniyet öncesi eğitim, uzmanlık eğitimi ve sürekli eğitimde niteliğin kabul edilebilir düzeylere yükseltilmesi, çalışma ortamı ve koşullarının iyileştirilmesi ve her yerde eşit yeterlikte olması, “malpraktisin önlenmesi için önerileriniz” listesinde en çok değinilen konular arasındadır.

Sık dile getirilen bir diğer talep, sürekli güncellenen tanı ve tedavi kılavuzlarının oluşturulması olmuştur ki, bu da, başvuru kaynağı gereksiniminin yanı sıra,

hekimlerin uygulamada yüklendikleri sorumluluğu paylaşacak otoriteler aradığını göstermektedir. Burada tartışmalı bir konu; hekimlerin mesleki yükümlülük, yetki ve sınırlarını çizmeye kimlerin yeterince donanımlı ve yetkin olabileceği meselesidir. Görüldüğü kadarıyla, hekimler özellikle meslek örgütlerinden, uzmanlık derneklerinden ve kendini kanıtlamış akademisyenlerden böylesi bir alan netleştirme çalışması beklemektedir. Burada önerimiz; meslek örgütlerinin üyelerinin de tartışmaya katılımını sağlayarak, çalışma grupları, kılavuz-veri tabanı oluşturma kurulları gibi ortak zeminler yaratması, tanı ve tedavi kılavuzlarını sürekli güncellemeyi sağlayacak kanallar oluşturmalarıdır. Deneyim ve bilgi alış verişini mümkün kılacak platformlar, olgu arşivleri, oluşumundan yargılanmasına çeşitli malpraktis vakalarının toplandığı ve tartışıldığı forumlar, meslek örgütü gibi bir kurumsal kimlikle desteklenerek ağırlık kazanabilir ve güvenilir kaynaklar haline gelir. Meslek örgütleri ve uzmanlık dernekleri bu tip mesleki paylaşma ve tartışma zeminlerinin nasıl oluşturulacağı üstüne çalışma yapmalı, burada üyelerinin öneri ve eleştirilerine açık olmalı, onların aktif katılımını sağlamalıdır. Bu noktada bir parantez açarak uygulama kılavuzlarının piyasa koşulları içinde birer “geri ödeme” aracı haline dönüştürülme tehlikesini vurgulamak uygun olacaktır; uygulama kılavuzları ancak sisteme-odaklı bir yaklaşımın bütüncül bakışı içinde etkin ve bilimsel kullanılabilir.

Katılımcılar; ağır mesleki hiyerarşinin vakaların fark edilmesini, çözülmesini ve değerlendirilmesini güçleştirdiğini, bilgi akışının kişisel kaygıların da sansürüyle kesintiye uğrayabildiğini belirtmiştir. Ekonomik sistemin rekabet vurgulu işleyişinin de etkisiyle temel varoluşsal endişeler; hekimlerin hatalardan öğrenmesini, kendini geliştirmesini ve birbirinin sorunlarından haberdar olarak dayanışmasını önlemektedir. Hatayı yapan kişi ya da kurumların gizli tutulması bir çözüm olabilir mi? Kötü koşullar ya da insani ihmellere bağlı hatalardan, kötü niyet ve mesleki gücü kötüye kullanmaya bağlı hataları nasıl ayırabiliriz? Talihsiz bir hatanın sorumluluk sahibi bir hekimin yaşamını mahvetmesini önlerken, bireysel çıkarını ön planda tutan bir hekimin meslek ahlakını gözetmeyen eylemlerini ağır sonuçlara varmadan fark edip durdurmanın yolu nereden geçer? Kuşkusuz, bu sorulara cevap aranabilmesi için, hiyerarşide yükselmiş kişilerin verileri örtbas edemeyeceği, hekimler arası dayanışmayla çalışma ortamının ve yapılan işin iyileştirilebileceği bir çerçeve gerekir. Hukuki veya kurumsal kararlarla, ideal formüllerle bu sorulara cevap olacak ölçüler geliştirilemez; pratiğin içinde bu tip ideal formüller etkisiz kalacaktır. Burada önerimiz;

hem tıp eğitimi esnasında, hem meslek örgütleri ve uzmanlık dernekleri bünyesinde, hekimlerin meslek kültürünün önemli bir bileşeni olarak, katılımcı karar alma mekanizmalarının geliştirilmesi, hekimler arası bilgi alış verişi ve dayanışma, ortak çıkar için birlikte çalışma yaklaşımlarının sürekli desteklenmesi, bu amaçla grup çalışmaları, alan araştırmaları, çözüm üretme grupları kurulması, seminerler ve eğitimler düzenlenmesidir. Günümüz koşullarında, sadece hekim-hasta ilişkilerinde değil, hekimlerin birlikte çalışma yöntemlerinde de, ciddi geliştirmelere gidilmesi elzemdir.

Hekimler arası iletişimi iyileştirebilecek, deneyim ve bilgi akışını kolaylaştıracak kanalların oluşturulmasıyla, iyi çalışmayı olanaksız kılan çalışma koşulları, yetersiz ya da kullanılamayacak donanım, sevk zincirinde sorunlar ve arşivleme, kayıt sistemlerinde eksiklikler, daha kolay ve çabuk fark edilebilir, talepler daha somut ve gür sesle dile getirilebilir. Sadece büyük yasa değişikliklerinde, genel hukuki çerçeveye oynandığında ya da hekim haklarına el uzatıldığında tepki vermek yerine, daha somut, gündelik ve kapsamı dar sorunlarda bir araya gelerek alternatifler üretebilmek, bu konunun etkilediği tüm hekimlerin doğrudan sorunlarını anlatabileceği ve iyileştirme için birlikte mücadele edebileceği durumlar yaratabilmek, böylesi iletişim kanallarının açıklığıyla mümkün olabilir. Bu ağın içine sadece hekimlerin değil tüm sağlık çalışanlarının da katılabilmesi; malpraktis konusunu tartışırken sağlık hizmetlerinin bir sistem olduğunu, iç içe geçen çalışma halkalarından oluştuğunu ve her bir öğenin sonucu etkilediğini vurgulayan hekimlerin de, aslında dolaylı olarak dile getirdiği bir zorunluluktur.

Eğitim ve uygulamada standardizasyon talebinin yanı sıra dile getirilen, yöresel ve kültürel farklılıklara bağlı uygulama sorunlarının malpraktis değerlendirmelerinde hesaba katılması, her olgunun kendine has olduğunun ve vakaya göre değerlendirmenin öneminin unutulmaması uyarıları, modern tıbbın yöntem sorunlarından birine dikkat çekmektedir. Tıp mesleği, çok sayıda örnekte uygulanabilir, tekrarlanabilir, kategorilere sokulabilir bilgi ve bunun pratikte kullanımı üzerine kurulmuştur. Ancak tam da bu standardizasyon çabası, bireyden bireye farklılaşan bir müdahale olan iyileştirme eyleminin sayılara sığmayan, bazen sözcüklere bile dökülemeyecek bileşenlerine çarptığında boşuna bir girişime dönüşebilir. Hekimin hata yapmasına yol açabilecek duygusal yoğunluk halleri, insan kültürlerinin çok katmanlı yapısına, karışık iletişim örgülerine bağlı kopukluklar ve yanlış anlamalar, teknoloji-insan etkileşiminde devreye giren sorunlar, hata cetvellerini ve uygulama kılavuzlarını anlamsız kılabılır.

Standardize edilemeyen unsurların tartışmaya katılması ve hakkının verilebilmesi için, malpraktis konusunda multidisipliner bir araştırma yaklaşımı tam burada çare sunabilir. Özellikle medikal antropoloji ve iletişim bilimlerinin çeşitli dalları (medya antropolojisi, dil bilimi ve semantik, fenomenoloji ve sosyolojik söylem analizi yöntemleri); kültürel birikim ve kültüre bağlı gerçeklik algılarının, hasta-hekim iletişimde hatalara yol açabilecek gerilim ve kopuklukların, medyanın hekimler ve malpraktis vakalarıyla ilgili yayınlarının etki dinamiklerini anlamak açısından araştırmaların perspektifini yayabilir ve derinleştirebilir.

Tıp alanı; geleneksel kültürü gereği, katı iç hiyerarşiler, ödül ve ceza kanalları, oldukça dışa kapalı denetim ve gelişim yapıları barındırmakta, alana dışarıdan / doğrudan müdahale hekimlerce hoş karşılanmamaktadır. Yine de, 1) malpraktis davalarının getirdiği maddi kayıp ve prestij yitimi riski, 2) değişen pazar koşullarına ayak uydurma zorunluluğu, 3) bu koşulların getirdiği aşırı iş yükü ve başarı baskısı hekimleri, mevcut kurumsal işleyişleri ve kendi konumlarını sorgulamaya götürmektedir. Malpraktisin nedenleri ve önlenmesine yönelik çözüm önerilerine odaklanan bu çalışmada, bu sorgulamanın; hekimlerin eğitim, çalışma ve ekonomik-siyasi işleyiş koşullarıyla hesaplaşmalarının izini sürdük.

Her bir hekimin bireysel mesleki hatalarının hesabını vermesi talep edildiğinden ve hataların ağır bedellere mal olması söz konusu olduğundan, hekimler şu noktalarda daha fazla standardizasyon ve ülke genelinde eş nitelikte yapılar istiyordu: Temel eğitim ve sürekli uzmanlık eğitimi; mesleki bilgiye ve araştırma geliştirme faaliyetlerinin sonuçlarına erişim kanalları; çalışma koşulları, teknolojik donanım, yardımcı personel ve kurumsal işleyiş; tanı ve tedavi yöntemleri, sürekli güncellenen kılavuzlar; hekimler arası bilgi alış verişi, dayanışma ve mesleki örgütlerin desteği; devlet ve hukukçularla ilişkiler, yani mesleki ceza ve denetim mekanizmaları ve bunları işleten otoriteler; tıbbi müdahalelerin ve hasta kayıtlarının, arşivlerin düzeni, güncellenmesi ve erişimi. Hekimler ayrıca, medyanın, hukukçuların ve devlet otoritelerinin, işlerine geldiği gibi hasta-hekim ilişkilerine karışmasından ve bunları kendi çıkarına kullanmasından da muzdaripti. Şikayet edilen bir diğer nokta; hem iş yüküne bağlı zaman darlığı, hem de kültürel ve eğitime bağlı farklar dolayısıyla hastalarla iletişim kurmakta yaşanan zorluklar ve ayrıca, toplumun genelinde hüküm süren güç ve para arzusunu da yansıtan, bazı hastaların hekimlere kötü niyetli yaklaşımlarıydı. Fakat kendi meslektaşlarını da eleştiren hekimlerin bir kısmı; hekim vicdanı, hastayla empati, meslek ahlakı, hekimin yetki

ve müdahalesinin sınırları gibi noktaların daha fazla vurgulanmasını, gerekiyorsa ağır yaptırımlarla güvenceye alınmasını istiyor, hasta hakları ve malpraktis konularının gündeme gelmesini olumlu buluyordu.

Şu noktalarda hekimlerin farklı yaklaşımları ortaya çıktı:

Bazı hekimler, meslek içi ağır hiyerarşik bir yapının olduğunu, bu yapının hataların tartışılması ve bilginin özgürce akarak gerekli değişikliklerin yapılmasına engel oluşturduğunu savunuyordu. Tüm hekimlerin deneyim paylaşabileceği elektronik veri tabanları, hastalara da açık olacak hasta kayıtları, hataların oluşmasını önceden önleyecek sürekli iyileştirme sistemlerinin tüm çalışanların önerilerine açık şekilde düzenlenmesi, daha çok bu yaklaşımın çerçevesine oturacak öneriler olarak sayılabilir. Bilirkişi kurullarına tıp uzmanlarının yanı sıra; hukukçu, tıp etiği uzmanı, hastane yönetimi temsilcisi de katarak multi-disipliner bir anlayış benimsenmesi, mümkün olduğunca hasta ve hastalık derneklerinin de malpraktis kurullarında temsil edilmesi önerilerinin de, karar gücünün sadece yetkinliğini kanıtlamış tıp uzmanlarına bırakılmasına karşı olan yaklaşımın bir parçası olduğu savunulabilir.

Öte yandan; kimi hekimler hem standardizasyon çalışmaları (örn. kılavuzlar, sorumluluk payı belirlemeleri), hem de bilirkişi kurullarının oluşturulmasında ancak tıp alanında deneyimli ve bilgili uzmanlara başvurulması gerektiğini savunuyor, hukukçuların yerine hukuk eğitimi almış hekimlerin malpraktis vakalarını değerlendirmesini, bu gibi vakalara tıp uzmanlarının yer alacağı ihtisas mahkemelerinin bakmasını doğru buluyordu ki, bu yaklaşımın alanın sınırlarını “yabancılara” kapayarak uzmanlık bilgisinin yoğunlaşmasını hedeflediğini, buradaki fikir ayrılıklarının, neoliberal sağlık politikalarına nasıl taraf olunduğundan çok, tıp alanı içi siyasi duruştan (daha defansif-muhafazakar ya da daha iletişim yoluyla alanı dönüştürme temelli) kaynaklandığını söyleyebiliriz. Bu yaklaşımda, kuşak farkları etkili olabilir mi? Ne yazık ki, elimizde bu soruya cevap vermemizi sağlayacak bir veri bulunmuyor.

Bir diğer ayrılma noktası; bilgi, hata değerlendirme ve müdahale yöntemlerinde standardizasyonun sınırları idi. Kimi katılımcılar, yöresel ve kültürel farkların da tıbbi uygulamaları çok etkilediğini, hastayla iletişimin ve çalışma ortamının ülkenin her yerinde standart olmasının olanaksız olduğunu savunuyordu. Malpraktis değerlendirmesinde yörenin koşullarını bilen, hatta mümkünse olayın gerçekleştiği hastaneden bilirkişilerin daha doğru karar vereceğini savunan hekimler, iyileştirme sürecinin sadece teknik

donanım ve mesleki bilgiyle sınırlı olmayan etkenlerine dikkat çekmekteydi. Aynı şekilde, birkaç katılımcı da, her vaka ve olgunun kendine has olduğuna, standardizasyonda esneklik payı bırakmanın, vakaya göre değerlendirme yapmayı mümkün kılacak kanalları açık bırakmanın önemine dikkat çekti. Buna karşın, katı bir standardizasyon gerekliliğini vurgulayan ve bunun ötesinin kötüye kullanım ve adam kayırmaya kapı açacağı uyarısını getiren katılımcılar da oldu. Burada aslında her iki kanadın da adalet kaygısıyla hareket ettiği teslim edilmelidir. Şemalara sığmayan pratik gerçekliğin, özellikle genelleştirilmesi güç ayrıntılarda nasıl hesaba sokulacağı, hangi unsurun ne derece ağırlıklı rol oynadığının ölçüsünün nasıl tutturulacağı soruları bu tartışmada ön plana çıkmaktadır.

Malpraktisin bildiri ve geniş tartışılmasını desteklemek için vakaların anonim tutulması ve ilgili kurum ve kişilerin afişe edilmemesi önerisine karşı, özellikle tekrarlayan vakalarda, kişi ve kurumların ağır cezalar alması ve bilinir kılınması talebi bir diğer tartışmalı noktaydı. Özellikle, “aramızdaki çürük elmaların ayıklanması ve caydırıcı etkisi olması” amacıyla, kimi hekimler tazminat cezası kadar prestij kaybının da baskı unsuru olarak kullanılmasından yanaydı. Oysa, “hiçbir hekimin bile isteye hata yapmayacağını” savunan diğer kanat, hataya etki eden tüm unsurların ayrıntılı analizi için, olaya katılan tüm çalışanların korkmadan yaptıklarını rapor etmesi gerektiğini, korkunun ortadan kalkmasında da anonim bildirim ve tartışmanın önemli olduğunu söylüyordu. Meslek grubu içinde iktidar konumu, sosyal ilişkileri ve prestiji yüksek hekimlerin, ekonomik ve-veya siyasi güce sahip / yakın hekimlerin imtiyazlı konumlarını korumaları nasıl engellenebilir? Mesleki bilgi birikiminin artması için hatalardan öğrenme kanallarının yaratılması ve açık tutulması nasıl sağlanabilir? Öyle görünüyor ki, bu sorular sadece malpraktisle ilgili değil, daha genel bir bağlamda da hekimlerin zihnini meşgul etmektedir.

Sonuç olarak; hekimlik kurumunun genel neoliberal dönüşüm süreci içinde geçirdiği sarsıntının, meslek içi hiyerarşi, bunun etkileri ve kendini yeniden üretme biçimleri üstüne de düşünülmesine yol açtığını söyleyebiliriz. Malpraktis olgusunun ön plana çıkması; toplum-hekim ilişkisinin yeniden değerlendirilmesi açısından verimli tartışmaları ve daha iyi hasta-hekim iletişimi için çözüm arayışlarını tetikleyebilecek potansiyele sahiptir.

SONUÇ

Bu çalışmaya ağırlıklı olarak dahili ve cerrahi uzmanlık alanlarından hekimlerin katılması, diğer deyişle müdahalelerde risk oranı daha yüksek dallardan uzmanların çalışmaya gösterdiği ilgi, yeni düzenlemelerin özellikle hatalara karşı güvenceye ihtiyacı olanlar tarafından tatmin edici bulunmadığına, konunun konuşulması gereksinimi hissedildiğine işaret etmektedir. Bu nedenle meslek örgütlerinin; araştırmaya katılanların sıkça dile getirdiği:

- Standart uygulama kılavuzları
- Temel eğitim sonrası sürekli eğitim ve şirket kaynaklarına bağımlı olmayan bilgi üretimi ve paylaşımı çalışmaları
- Adil, bağımsız ve konuya farklı perspektiflerden yaklaşabilecek bilirkişi kurulları ve uzmanlık mahkemeleri
- Hekim haklarını tanımlamak ve korumak için daha aktif ve belirleyici çalışan meslek örgütleri
- Eşitsiz hizmet ortamlarının farklılıklarıyla tanımlanması ve sağlık sisteminin sürekli kontrol, bildirim ve kayıt yoluyla, zaman içinde iyileştirilebilmesi
- Hükümet, medya ve kamuoyunun hekimlere olumsuz yaklaşımları karşısında ortak duruş geliştirebilme ve sesini duyurabilme
- Özel sağlık kurumları, özel sigorta şirketleri, sağlık alanında iş gören hukukçular tarafından hekimlerin suistimal edilmesine karşı önlem, strateji ve karşı politika geliştirme
- Sağlık konusunda eğitilmiş hukukçuların ya da hukuk konusunda eğitilmiş sağlıkçıların erişilir olması, bunların sağlık alanında hukuk uzmanlarının giderek genişleyen müdahale alanında hekimlerin lehine, onların dilini ve pratiklerini anlayarak iş görmesi

noktalarında daha ayrıntılı fikir ve politika geliştirmesi, üyeleri arasında atılacak somut adımların neler olabileceğine ilişkin tartışma zeminleri yaratması yararlı olabilir.

Çalışmaya katılan üç hekimden ikisi sigorta uygulamasının malpraktis

oranını azaltmayacağı ve sağlık hizmetini olumsuz etkileyeceği görüşündedir. Her iki hekimden biri bu uygulamanın sigorta şirketlerine yeni bir pazar yaratmak üzere tasarlandığını düşünmektedir. Hekimlerin; hataların değil şikayetlerin arttığı ve aslında malpraktisin bir konu olarak gündeme gelmesinde, ağırlıklı olarak hastalara bağlı etmenler ve hekimlere yönelik olumsuz tutumların rol oynadığı doğrultusundaki düşünceleriyle birlikte değerlendirildiğinde, mesleki sigortaya yönelik güvensiz tutumun tutarlı bir zemini olduğu söylenebilir.

Hekimler; sağlık hizmetinin örgütlenmesine ilişkin sistematik sorunların, sorun oluşmasına neden olabilecek koşulların önceden saptanarak takip edilmemesinin, oluşan sorunların bildirimini mümkün kılan bir iletişim ağı olmamasının, temel ve sürekli eğitimdeki yetersizliklerin malpraktis oluşumunda bireysel eksikliklerden çok daha belirleyici olduğunu düşünmektedir. TTB tarafından da önerilen ve çalışmamızda değinilen;

- Hasta tazminatlarının ödeneceği bir kamusal fon uygulaması
- Hataların paylaşılabilmesi ve tekrarlanmasını önleme önlemlerine zemin oluşturacak hataları paylaşma-bildirim ve geri bildirim sistemi
- Sürekli ve uygulamaya dönük bir esneklikle gerçekleştirilecek hata analizleri

uygulamaları, çalışmamıza katılan hekimlerin cevapları değerlendirildiğinde, malpraktise karşı hekimlerin zorunlu özel mesleki sigortaya bağlanmasından daha akıllıca ve etkili yöntemler olarak kabul edilmektedir. Hekim ve hastalar arasında olduğu gibi, hekimler arasında da daha az hiyerarşi; daha çok akış ve süreklilik içeren iletişim yollarının kurulması, örneğin hastane arşivlerinin daha düzgün tutulması, hekimler arası elektronik hata bildirim ağlarının oluşturulması, standart kılavuzların sürekli yenilenebilir ve her hekimin deneyimlerini aktarabileceği şekilde esneklik kazanması gibi önerilerle dile getirilmiştir. Hekimler hasta başına daha fazla zaman ve kendilerini mesleki olarak geliştirebilmek için daha fazla bağımsız olanak istemektedir. Bunlar da mesleki açıdan hekimlerin yetersizlik kaygılarına karşı geliştirdikleri çözümler arasında sayılabilir. Ayrıca, hekimler farklı bölge ve koşulların kendine has bir iletişim biçimi ve uygulama tarzı gerektirdiğini fark etmektedir. Yasa ve düzenlemelerin ötesinde, gerçek yaşamın koşullarındaki bu farklılıkların malpraktis vakaları değerlendirilirken hesaba katılması gerektiğini düşünmektedir. Bu da teknik donanım, mesleki yeterlilik ve sistematik işleyişin yanı sıra, hekim

ve hasta arasındaki iletişimin hekimlerce uygulama hataları açısından önemsendiğini göstermektedir. İnsanlar arasında süregiden ve çok yönlü olan bir alış verişin, sadece hukuki yaptırımlar ve buna bağlı mesleki sigortayla çözülemeyeceği, böylesi bir perspektiften de, hekimler açısından nettir.

Sağlık sistemindeki düzensizlikler ve yetersizlikler, ağır iş yükü, mesleki tatminsizlik, yetersiz eğitim, bağımsız ve tarafsız bilimsel bilgiye erişimin neredeyse olanaksız oluşu, hasta-hekim ilişkisinde ve hekimler arasındaki bağlarda ağır güvensizlik ve kopukluk, kuşkusuz basit düzenlemelerle çözülemeyecek, köklü değişiklikler gerektiren sorunlardır. Tüm bu sorunların hekimler tarafından malpraktisle bağlantılı görüldüğü dikkate alınırca, malpraktisin önlenmesi için sadece standart kılavuzların, iyi işleyen bilirkişi kurullarının, daha iyi işleyen bildirim yöntemlerinin de yeterli olmayacağı düşünülebilir. Bununla birlikte; kamusal tazminat fonu, hataları paylaşmak için bildirim ağı ve hata analizi sisteminin, sorunu bireyin mesleki performansına indirgeyen, bu yolla bireyi hem mesleğine, hem içinde hareket ettiği sağlık sistemine yabancılaştıran, onu bu ağıdan kopararak savunmasız kılan, özel mesleki sorumluluk sigortası ve tazminat uygulamasından daha gerçekçi ve etkin olacağını ileri sürebiliyoruz. Araştırmaya katılan hekimlerin görüşleri ve paylaştıkları deneyimler bu savı doğrular niteliktedir.

Araştırmamızda; alınan yanıtların ülkemizin sağlık politikaları ve hukuki düzenlemeleri bağlamında düşünmenin yanı sıra, hekimlerin dile getirdiği bu sorular ve önerilerin de tartışılarak büyük resme yerleştirilmesine, daha kapsamlı ve uzun vadede çözüm geliştirilmesi için okuyucuya sunulmasına çaba gösterilmiştir. Hekimler malpraktise ilişkin olarak; sağlık hizmetinin doğası gereği farklı bölge ve kültürlerde nasıl değişeceğinden ve bunun gerektirdiği esneklik alanının nasıl kurulacağından, hekimler arası dayanışma ve iletişim ağlarının nasıl örülebileceğine ve adil yargılama, soruşturma ve cezalandırma süreçlerine ket vuran, hekimler arası katı hiyerarşinin nasıl aşılabacağına; bilirkişi heyetleri ve kılavuzlarda standardizasyonun nasıl kurulacağından, sürekli mesleki eğitim, temel tıp eğitimi ve gazeteci, hukukçu gibi diğer ilgili meslek gruplarıyla ilişkilere kadar pek çok sorun ve öneriye sahiptir. Bu sorun ve öneriler; tıp kurumunun ve sağlık hizmeti sunumunun önemli sorun alanlarından biri olan malpraktisin, daha doğru deyişle hizmet kaynaklı zararların önlenmesi ve uygun biçimde tazmin edilmesi için oldukça önemli bilgi ve deneyimler içeriyor. Günümüzde politika belirleyenler sağlık hizmetlerinin piyasalaşması yönünde açık bir

tercihte bulunmuşlarsa da, gerek bu uygulamaların yanlışlığı vurgulamak, gerekse de hizmet kaynaklı zararları azaltmayı amaçlayan sistemler kurgulanmasına katkıda bulunmak açısından bu önerilerin değerli olduğunu düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Merriam-Webster's Collegiate Dictionary. Massachusetts: Merriam-Webster; 1996.
2. Türkçe Sözlük. Ankara: Türk Tarih Kurumu Basımevi; 1988.
3. Civaner M. "Malpraktis" yerine "hizmet kaynaklı zarar". Türk Pediatri Arşivi. 2011;46:6-11.
4. Türk Tabipleri Birliği. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. Ankara; 1998. [Erişim tarihi 4 Haziran 2011]; <http://www.ttb.org.tr/mevzuat/>
5. World Medical Association. Statement on Medical Malpractice. Santiago; 2005. [Erişim tarihi 4 Haziran 2011]; <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/20archives/m2/index.html>.
6. Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000 Mar 18;320(7237):768-70.
7. Walton M. Creating a "no blame" culture: have we got the balance right? Qual Saf Health Care. 2004 Jun;13(3):163-4.
8. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err is Human: building a safer health system. Washington D. C.: National Academy Press; 2000.
9. Leape LL. A systems analysis approach to medical error. J Eval Clin Pract. 1997 Aug;3(3):213-22.
10. Neale G, Woloshynowych M, Vincent C. Exploring the causes of adverse events in NHS hospital practice. J R Soc Med. 2001 Jul;94(7):322-30.
11. Yanlış yapan varsa bedelini ödeyecek. Cumhuriyet. 27 Şubat 2009.
12. Türk Ceza Kanunu, m.53/6. 2004. [Erişim tarihi 4 Haziran 2011]; <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html>.
13. Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda

- Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun 27478. 2010. [Erişim tarihi 4 Haziran 2011]; <http://www.resmi-gazete.org/tarih/20100130-1.htm>
14. Yıldırım A, Aksu M, Çetin İ, Şahan AG. Tokat ili merkezinde çalışan hekimlerin tıbbi uygulama hataları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. Cumhuriyet Tıp Dergisi. 2009;31:356-66.
 15. Aynacı Y. Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması. Konya: Selçuk Üniversitesi 2008. *(yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi)*
 16. Türkan H, Tuğcu H. 2000-2004 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası'nda değerlendirilen acil servislerle ilgili tıbbi uygulama hataları. Gülhane Tıp Dergisi. 2004;46(3):226-31.
 17. Özgönül L. Türkiye'de tıp etiği ve hukuk açısından tıbbi hata kavramı. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2010. *(yayımlanmamış doktora tezi)*
 18. Teke HY, Alkan HA, Başbulut AZ, Cantürk G. Tıbbi uygulama hataları ile ilgili kanuni düzenlemelere hekimlerin bakışı ve bilgilendirme düzeyi. Adli Tıp Dergisi. 2007;4:61-7.
 19. Tümer AR. 1995-2000 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası tarafından değerlendirilen Cerrahi vakalarının komplikasyon ve malpraktis yönünden araştırılması. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2002. *(yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi)*
 20. Özkara E, Naderi S, Gündoğmuş ÜN, Arda N. Yüksek Sağlık Şurası'nda 1994-1998 yılları arasında incelenen spinal cerrahi malpraktis olgularının değerlendirilmesi. Türk Nöroşirürji Dergisi. 2004;14(3):151-7.
 21. Yüksek Öğretim Kurumu, T.C. Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı. Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu. Ankara: 2010.
 22. Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu. Hekimlerin Değerlendirmesi ile Performansa Dayalı Ödeme. Ankara; 2009.
 23. Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Programı. 2008. s.16. [Erişim tarihi 4 Haziran 2011]; http://www.abgs.gov.tr/files/UlusalProgram/UlusalProgram_2008/Tı/pdf/up2008_tr.zip
 24. Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı. [Erişim tarihi 4 Haziran 2011]; <http://www.karsid.org.tr/node/378>.
 25. Kamu hastaneleri birliği çalışmamız var. Sabah. 30 Ocak 2010.
 26. Berwick DM. Improvement, trust, and the healthcare workforce. Qual Saf

- Health Care. 2003 Dec;12 Suppl 1:i2-6.
27. Millenson ML. Breaking bad news. Qual Saf Health Care. 2002 Sep;11(3):206-7.
 28. Gallagher TH, Waterman AD, Garbutt JM, Kapp JM, Chan DK, Dunagan WC, et al. US and Canadian physicians' attitudes and experiences regarding disclosing errors to patients. Arch Intern Med. 2006 Aug 14;166(15):1605-11.
 29. Leape LL. Error in medicine. JAMA. 1994 Dec 21;272(23):1851-7.
 30. Sayek F. On soru on yanıt: Mesleki Sorumluluk Sigortası Yasa Taslağı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2002;11(1):155-8.
 31. Elmore JG, Taplin SH, Barlow WE, Cutter GR, D'Orsi CJ, Hendrick RE, et al. Does litigation influence medical practice? The influence of community radiologists' medical malpractice perceptions and experience on screening mammography. Radiology. 2005 Jul;236(1):37-46.
 32. Lawthers AG, Localio AR, Laird NM, Lipsitz S, Hebert L, Brennan TA. Physicians' perceptions of the risk of being sued. J Health Polit Policy Law. 1992 Fall;17(3):463-82.
 33. Schumacher JE, Ritchey FJ, Nelson LJ, 3rd, Murray S, Martin J. Malpractice litigation fear and risk management beliefs among teaching hospital physicians. South Med J. 1995 Dec;88(12):1204-11.
 34. Localio AR, Lawthers AG, Brennan TA, Laird NM, Hebert LE, Peterson LM, et al. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence. Results of the Harvard Medical Practice Study III. N Engl J Med. 1991 Jul 25;325(4):245-51.
 35. Türk Tabipleri Birliği. Zorunlu Mesleki Sorumluluk Sigortası'na ilişkin TTB görüşleri Hazine'ye iletildi. 2010. <http://www.ttb.org.tr/images/stories/file/zms.doc>.
 36. Türk Tabipleri Birliği. Mesleki sorumluluk sigortalıdır: Evet ama nasıl? Ankara: Türk Tabipleri Birliği; 2009. [Erişim tarihi 4 Haziran 2011]; <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/malpraktis.pdf>

EKLER

Ek. 1 Katılımcıların önerilerinden örnekler...

Anketin son bölümünde katılımcılardan; malpraktisin önlenmesi / azaltılması, belirlenmesi ve malpraktis oluşuktan sonraki aşamada yapılması gerekenlere yönelik önerilerini yazmaları istenmiştir. Aşağıda; bu bağlamda açık uçlu biçimde yazılan yanıtlardan örnekler yer almaktadır.

Hekimlik mesleğini icra etmesi için diplomayı veren devletin, diploma sahibine yani hekimine kefil olması gerektiği, hekimle hastayı karşı karşıya getiren durumlarda devletin iki tarafa da sahip çıkması gerektiği herkes tarafından anlaşılmalıdır.

35-44 Erkek Kalp ve Damar Cerr. Üniversite

Ana konularda arıza olmamalıdır; malpraktis arızalı zeminde zor bir konudur.

45-54 Erkek Genel Cerrahi Eğitim Hastanesi

“Good practice” tanımlanmadan malpractice tanımlanamaz.

45-54 Erkek Üniversite Özel Hastane

Meslek hayatımda iki aşırı uçta çok olaya şahit oldum. Çok ağır ihmallerde doktorun hiç başı ağrımadığı ve kendisinin hiç umursamadığı bile olurken, normal komplikasyonlar ve doğal ölümlerde ve hatta iftira ile bile doktor çok suçlandı.

35-44 Erkek Özel Hastane

Hekimliğin insani yönü kaldırılıyor... Hastalar artık kendini işveren bizleri de makineler olarak görmeye başladı; bizi mükemmel olmaya, sorunlarına kesin çözüm bulmaya zorunlu görüyorlar. Bu türden muamele ise bizi mesleğimizden uzaklaştırıyor, tüketiyor...

35-44 Kadın Eğitim Hastanesi

Hasta memnuniyeti -ki subjektif bir olgu olduğuna inanmaktayım- hekimin

işini “düzgün” yapmasının önüne geçmiştir. Sağlık ticarileştikçe sorumluluk ortada kalan bir kavram olarak karşımızda duracaktır.

35-44 Erkek Anesteziyoloji ve Reanimasyon Özel Hastane

Tıbbın herşeye deva olabileceği doğrultusundaki beklenti uyandıran imajı; hem eski otoriter ve tanrısal tıp imajından, hem de bugünün kar amaçlı işletme niteliğindeki sağlık kurumlarının reklamlarından ve teknolojinin yüceltilmesinden beslenmekte...

45-54 Erkek Halk Sağlığı Üniversite

Sigorta konusunda paranın çoğu şirketlere ve reassürör denen yabancılara gidiyor. İlk başta hekimi korur gibi görünse de -onlarca sayfalık sözleşmenin her maddesi ödememeye yönelik-, daha sonra piyasa oluşmuş olacak ve fiiliyatta “Türkiye her hekimi başına dışarı şu kadar vergi ödemeyi kendine şeref sayar” yazılı bir kanun maddesi ne iş yaparsa onu yapacaktır. Adamlara bıraksan her konuda zorunlu sigorta çıkarırlar. Bu konuda bir toplantıya katılmışım ve sigorta temsilcisi her soruda reassürörlerimiz bunu ister, şunu ister, bu yüzden kanun, yönetmelik öyle çıkar diyordu; sonradan anladım ki iyi işleyen bir tezgah. Listelerinde Anatomi, Fizyoloji gibi branşlar bile düşük de olsa risk kategorisinde...

35-44 Erkek Özel Hastane

Son derece şaşırtıcı ve kahredici bulduğum durum çocukluğumda ve tıp eğitimim süresince öğrendiğim hiçbir değer neredeyse kalmadığı ve uygulanmadığını görmekten dolayı derin bir çöküntü yaşamaktayım...

45-54 Erkek Nöroşirurji Devlet Hastanesi

Son zamanlarda artık bütün meslektaşlarımdan artık bu meslek yapılacak bir iş olmaktan çıktı yakınmasını duyuyorum. Herkeste bir tükenmişlik sendromu var. Bu şartlar altında sevmeden nasıl özveriyle çalışılabilir ki? İşimize dört elle sarılmazsak ve sahiplenmezsek bu psikolojiyle çok daha fazla hata yapmamız muhtemel...

45-54 Radyoloji Özel Hastane

Mevcut durumda hastalar iki ila üç uzmana gitmeden tatmin edilememektedir... Hatta profesöre de gitse tatmin edilememektedir... Verilen reçeteleri uygulamamakta önerilen tedbirleri almamaktadırlar... Sistemi suistimal eden hastaların sağlık primleri artmamaktadır...

35-44 Erkek Anesteziyoloji ve Rean. Devlet Hastanesi

Yurtdışında terk edilmek istenen her fikir ülkemizde zorla sokulmaya çalışılırsa, onurumuzdan başka çocuklarımızın sağlık hizmetlerine ulaşabilirliğini de kaybederiz.

35-44 Erkek Pratisyen Hekim Aile hekimliği birimi

Birçok kıdemli klinisyen hocalarımız malpraktis olayları ile karşılaşmadıklarından eğitimlerinde de karşılaşılabilecek her olumsuz duruma komplikasyon deyip geçme eğilimindedir...

35-44 Erkek Adli Tıp Diğer

Malpraktis ile komplikasyonun farkını yargıçlara ve vatandaşlara iyi ve defalarca anlatmalıyız.

45-54 Erkek Nöroşirürji Üniversite

Meselenin hasta ve hekim açısından tıbbi, sosyal ve insani boyutlarıyla ele alınması gerekliliği...

45-54 Kadın Radyoloji Özel Hastane

Bir kongre katılım ücreti ve otel masrafları bir maaşı geçmektedir...

35-44 Erkek Göz Hast. Devlet Hastanesi

Ben bir öğretim üyesiyim. Görevlerim arasında asistanlara ameliyat öğretmek var. Asistan bir hata yaparsa, uzman olarak ben sorumluyum. Bu durumda hatayı en aza indirmek için asistana ameliyat yaptırmam. Hem öğretmekle sorumlu olup, hem de acemi asistanın yaptığı zarardan ben niye sorumlu olayım?

45-54 Erkek Kadın Hast. ve Doğum Üniversite

Maalesef mesleğini çok ahlaksızca yapan meslektaşlarımız var... Bu adamlar yüzünden bizler zor durumda kalıyoruz... Bu meslektaşlarımızı koruduğumuz sürece olan bize olacak...

25-34 Erkek Kulak Burun Boğaz Özel Hastane

Kadere inanan, evrimi reddeden insanların oluşturduğu yönetimlerin malpraktise bakışı da bilimsel olmayabilir...

45-54 Kadın Halk Sağlığı Üniversite

Doktorların ve hemşirelerin ve de diğer sağlık çalışanlarının da insan olduğu, hata yapmaktan ölesiye korkmalarına rağmen insanlık hali

olarak hata yapabileceği anlatılmalıdır. Bizler Tanrı değiliz, insanız. Neden başkaları hata yaptığında, mesala bir avukat müvekkilini yeterince iyi savunmadığında veya bir mühendis yola yanlış asfalt döktüğünde veya bir spiker haberleri sunarken dili sürçtüğünde tazminat ödemiyor? Doktorlar hem çekinilen hem de nefret edilen bir grup olduğu için mi? Çalışma koşullarımıza bir baksınlar lütfen; hangi meslek bizim kadar ağır çalışıyor? Biz de insanız, lütfen bunu diğerlerinin anlamasını sağlayın...

25-34 Kadın Çocuk Cerrahisi Devlet Hastanesi

Arkadaşlar düşünün ben Nöroşirürjiyenim. Hayatım hastanede geçti. Bugüne kadar 27 sene okul okumuşum. Hala devam ediyoruz okumaya. Gecemiz yok gündüzümüz yok. Her isteyen bir telefon ile bana Pazar sabahı ailem ile kahvaltı yaparken ulaşabiliyor. Sabahlara kadar ameliyat yapıyorsun. Belediyede çalışan temizlik görevlisinden 2 kat fazla maaş alıyorsun. Bunlar işin can sıkıcı yanları. Size sağlam bir öneride bulunayım. Bize ayda 70 bin dolar versinler, malpraktis yasasını da istedikleri gibi değerlendirsinler.

25-34 Erkek Nöroşirürji Özel Hastane

Gelen hastalar “bakılmayacağım, birazdan başından gönderecek ya da para için yapıyor” gözüyle bakıyor. Mesleki saygınlık artık bitti...

25-34 Erkek Üniversite

Az hasta bakarak işleri aksattığı için hakarete uğrayan, asistanlıktan atılmakla tehdit edilen insanların çalıştığı kurumlarda suç nasıl aranmaz ya da paylaşılmaz?

35-44 Kadın

En son şahit olduğum bir olay şudur; sevkedilecek hasta için gidecek ambulans şoförüne 45 dk ulaşlamayınca 112 personeli hasta yakınlarına uzman doktoru beklediklerini söyleyerek oyalamaya çalışır. O sırada hekim acil servise gelir ve hasta yakınlarının tacizine uğrar, fakat sonra hiç bir şey olmaz. Çünkü bunlar hekimler tarafından kanıksanmıştır artık. Malpraktisi oluşturan şoför olmasına rağmen gene hekim taciz edilmiştir...

25-34 Kadın Göz Hast. Özel Hastane

Kullanacağım malzemeyi, aleti, laboratuvarı, hemşireyi, personeli, teknisyeni vb herşeyi hastane bana sağlıyor ve bunlarda benim bir seçme hakkım yok. Bir hemşirenin yetersizliğinden veya sterilizasyonu bilmeyen

bir personelin yetersizliğinden ya da alınan kalitesiz bir malzemenin yetersizliğinden benim yaptığım tedavi olumsuz etkilenmekte ve hastaya karşı birinci sorumlu ben olmuştum.

45-54 Erkek Devlet Hastanesi, Muayenehane

Sonuçlanan davalarda suçlu bulunan kişilerin hayatları boyunca bu meslekten toplam olarak kazanamadıkları kadar ciddi yükseklikte para cezalarına çarptırılmaları da kaygılandırıcı. Madem hekimler bu kadar ciddi bir yükümlülük altındalar, niçin o kadar kazanamıyorlar? Kazanamadıkları bir parayı nasıl ödeyecekler?

35-44 Kadın Nöroloji Devlet Hastanesi

Tek başıma çalıştığım aile hekimliği birimime gelen yöneticiler, gece veya tatil günleri de dahil benden talepte bulunan her hastaya bakmam gerektiğini belirttiler. Ben dinlenmek için, yemek yemek için, tuvalete gitmek için, sosyal faaliyetler için, hizmetiçi eğitim için kendime zaman ayırmadan 365 gün 24 saat görevliymişim ve anlaşmam da bunu belirtiyormuş sözde. Burada malpraktis benim başıma gelirse neden ben suçlu sayılıyım ki?

45-54 Erkek Aile hekimliği birimi

Cezai yaklaşımlar deneyimli insanlara yük olup benim yaptığım gibi o ortamdan uzaklaşmaları getiriyor. Bu da Türkiye için kayıp. Çünkü deneyimsiz kendini geliştirmeyen kişi; kamuda elini suya sabuna dokunmadan, yenilikleri takip etmeden, yeri geldiğinde trafik polisi olup sevk mekanizmasını çalıştırıyor. Deneyimli insanlar da özele kaçıyor.

45-54 Kadın Anesteziyoloji ve Reanimasyon

Malpraktis nedenleri...

Ahbab çavuş arkadaşlık samimiyet ilişkileri malpraktis olaylarının örtbas edilmesine neden olmaktadır...

25-34 Erkek Acil Tıp Devlet Hastanesi

Günümüzde özellikle özel hastane işletme sisteminde sık değiştirilen eleman uygulaması yaygındır. Bu durum deneyimli yardımcı sağlık personeli bulundurma olanağını azaltıyor.

Erkek Özel Hastane

TUS uygulaması hekimleri istedikleri, ilgi ve yetenekleri olan uzmanlık dallarına değil, ÖSS’de olduğu gibi puanlarının yettiği herhangi bir bölüme yönlendirmektedir. Örneğin cerrahi branşlar bilgi ve yetkinlik dışında belirli el becerilerini de gerektirmektedir.

Erkek *Özel Hastane*

1 saat içinde 15 hasta bakan ve bu hastaların 5 tanesiyle herhangi bir sebeple sözlü tartışma yaşamak zorunda kalan bir hekimin 16. hastada malpraktis olasılığı sizce nedir?

35-44 Erkek *Özel Hastane, İşyeri hekimliği*

Kimi hastanelerde hekimler 24 saat kesintisiz nöbet tutmakta, bir çok eğitim hastanesi ve üniversitelerde ise asistan hekimler kesintisiz 36 saat çalışmaktadırlar. Daha bir kaç ay önce sağlık müdürlüğünden tebliğ edilen yazıda “bakanlık talimatına rağmen” diye eklenerek öğle arası tatilimiz kaldırılmıştır.

25-34 Erkek *Ortopedi* *Eğitim Hastanesi*

Kimi “çok ünlü” tıp fakültelerinden mezun olan doktorların çoğu steril eldiven giymeyi, damar yolu açmasını,ambu yapmasını, usulüyle pansuman yapmasını bile bilmemektedirler.

25-34 Erkek *Ortopedi* *Eğitim Hastanesi*

Özel hastanedeki hekim hastasını üniversiteye göndereceğinde içi rahat bir şekilde gönderebilmeli. Mesela kolesistektomi sırasında cerrah koledoku kesiyor; orada bıraksa, çıkıp bunu hasta yakınına anlatsa, oraya bir dren koysa, fakültedeki hocasını arayıp size gönderiyorum derse, fakültedeki hoca veya asistan olayın özünü kavrayıp olaya biraz daha kucaklayıcı ve uzlaştırıcı yaklaşırsa, buradan hiçbir sorun çıkmaz. Ama pratikte bu böyle yürümüyor. Koledoku kesen cerrah, eyvah yandık diyor, onarmaya çalışıyor, yaralanma seviyesi daha da yükseliyor, hasta sepsise giriyor, yapacak birşey kalmayınca merkeze gönderiyor, sonra da malum senaryo yaşanıyor...

Erkek *Sağlık Ocağı*

24 saat çalışıp devamında “nöbet iznini sonra kullanırsın” diye 36 saati tamamladığım çok oldu. Tek uzmansanız, vicdanen telefonunuzu kapatamayan biriyse 7 gün 24 saat hatta yıllarca icapçılık nedir bir düşünün... Karşılığı olmayan bir hizmettir yıllardır icapçılık.

45-54 Kadın Anesteziyoloji ve Rean. Özel Hastane

Bugün Avrupa'da 1. sınıf tıp fakültesi öğrencilerine öğretilen temel kardiyak yaşam desteği, daha sık kullanılan haliyle söyleyeyim, resusitasyon, bugün hekimlerin kaçta kaç tarafından yapılabilir???

25-34 Erkek İç Hastalıkları Üniversite

İş yükü nedeniyle eğitim toplantılarının ve konseylerin yemek saatlerine alınması ve hekimlerin yemek ve dinlenme saatlerinde bile iyi niyetli amaca yönelik de olsa kısıtlama yapılması, kişinin dinlenmeden ve yeterli yemek yemeden çalışması da hata oranını artırabilir.

35-44 Kadın Radyoloji Üniversite

Uykusuz ve ağır geçen nöbette hekim 15 katlı hastanede tek dahiliyeci olarak çalışıyor ve hekimden fizik şart olarak uygunsuz olan aynı anda birden çok kattaki hastadan sorumlu tutuluyor. Üçüncü kat acilde SVT li hastayı takip ederken 14. kat Dahiliye servisindeki hasta ex oluyor. Nefes nefese 14 kata çıkıp resusitasyon yapıyor, hasta geri dönmüyor. Ve daha önce diyabet ve kalp yetmezliği tanısı olan bu hasta birkaç dakika önce kendisi tuvalete gidip yatağına döndükten sonra ex oluyor. Hekim bu durumda mesleğine özen göstermemekle suçlanıyor. İnsaf arkadaşlar...

45-54 Kadın İç Hastalıkları Devlet Hastanesi

1986 yılında uzman oldum. Hemen her konuda yaptığımız ameliyatlarda köklü -Laparoskopi gibi- ya da küçük değişiklikler oldu ve ben çeşitli kanallardan bunları öğrenmeye çalıştım. Ancak yasal aldığım 1 sertifikam var. Çevremde asistanlığı süresinde öğrendiklerini hemen hiç değiştirmeden uygulayan cerrah arkadaşlarım var. Ne okuduğumu, hangi kongrelere gittiğimi, hangi ameliyatlara yaptığımı, komplikasyonlarımı bilen-ilgilenen kimse yok... 50 yataklı, yoğun bakımı olmayan bir ilçe hastanesinde çalışan cerrah total pankreatektomi yapabilmekte...

45-54 Erkek Genel Cerrahi Devlet Hastanesi, Özel Hastane

Bir hekim bir günde kaç MR raporu okuyabilir? Kaç ameliyat yapabilir? Bir ameliyat en düşük hangi fiyatla yapılabilir? Bugün piyasa koşullarında bir hekim 4 liraya bir MR raporlamak durumunda kalabilmektedir...

45-54 Kadın Radyoloji Eğitim Hastanesi

36 saat ya da günaşırı nöbet gibi dikkat ve sabrı zorlayan insanlık-dışı uygulamalar bunlardan en baőtta gelenleri. İkincisi; alıőanlara çalıőtıklarını s renin, emeğin gerçek hakkı verilmeli. Paran yoksa aklın bunun üstünde, mali dertlerin de oluyor ve içine dikkatin azalıyor. Dinlenme için gerekli s reler tanınmalı. Şu anki yasayla ögle yemeği arası hakkımız bile yok, 9 saat kesintisiz hizmet çok acımasızca. Arada su içmek ya da tuvalette hacet giderme hakkı bile verilmiyor. Hastalarla kavga etmek zorunda kalıyoruz bunun için bile. Doğum izni, süt izni gibi haklar bütün kadın çalışanlara tartıőmasız Őefe bağlı olmaksızın ve sonrasında cezalandırılmaksızın verilmeli. Üniversitelerde, ayrıca kendi Őefim de buna devlet hastanelerinde örnek, doğum öncesi ve sonrası izin kullandırılmıyor, ceza ile kapalı tehdit alıyorsunuz, süt izni hele hiç yok, ek olarak nöbetten çıkma hakkınız yarıya indirilip kullandırılıyor. Kanunun verdiği haklar bile doktorlara ve hemőirelere kullandırılmıyor. Pazarlık-tehditle iş g rd r l yor. Bu arada da bizim malpraktisten uzak durmamız isteniyor. Komik... Kısacası sağlıkta insan değil, kadın olamayız -doğurmak için izin almamız lazım-, bu böyle oldukça da malpraktis sürer gider. Doktoru ve hemşireyi insan yapıp dinlenme, uyuma, yemek yeme, su içme, hacet giderme hakkı tanınır ve emeğin karőtılıđı para verilirse istek, dikkat, emek, bilgi edinme artar. Yoksa her birimiz gittiği yere kadar götürürüz.

25-34 Kadın Genel Cerrahi Devlet Hastanesi,  zel poliklinik

1 günde 100'den fazla hastaya teőtis ve tedavi yapan hekim hata yapmazsa incelenmelidir!

55-64 Erkek Genel Cerrahi  zel Hastane

Kamuda alıőtığım 8 yıllık s renin yedi yılında yılda 400 cerrahi giriőtım yaptım. 7 yıl sadece anestezi teknisyenleri ile yoğun bakım imkanları olmadan, kan bankası olmadan, nöbet saatlerinde birkaç laboratuvar tetkinin yapıldığı ortamda, cerrahi giriőtım sırasında elektriklerin kesilmesi, merkezi oksijenin bitmesi gibi olmadık aksaklıklar yaőayarak çalıőtık.

35-44 Erkek Kadın Hast. ve Doğum  zel Hastane

Ben mecburi hizmet yıllarımda günde ortalama 180-200 hasta bakmaya zorlandım ve hastaları yetiőtirebilmek için odaya beőt beőt hasta alıyordum. Yine de saat 17'den sonra kapıda muayene için bekleyen hasta olduğunda "elim yavaőt" diye baőtkekim tarafından ikaz ediliyordum...

35-44 Kadın Biyokimya Devlet Hastanesi

Bir gecede 200 hasta bakıp sabah mesaiye devam eden bir hekimin malpraktis yapmaması süpriz olur...

25-34 Erkek Göğüs Hastalıkları Devlet Hastanesi

Yani ülkenin neredeyse her şehrinde “tıp fakültesi” adı altında derme çatma binalardan ve yetersiz (hem niceliksel hem de niteliksel olarak) eğitici öğretici kadrolardan oluşmuş yerlerde doktor titri verilerek insanlar mezun edilirken zaten malpraktislerin de her tür depreme dayanıklı çok sağlam temelleri de atılmış olmaktadır.

45-54 Erkek Kadın Hast. ve Doğum

Bir de işe tersten bakmak lazım. Malpraktisten canı yanmış biri olarak insanların adalet duygusuna ve önemsendiklerini hissetmeye ihtiyacı var. Mezuniyet sonrası hiç bir gelişme kaydetmemiş, yerinde sayan ve aslında yeterliliğini kaybetmiş, insanların sakat kalmasına ve ölümüne yol açan pek çok hekim var.

35-44 Kadın Psikiyatri

Laboratuvar uzmanı olmaksızın laboratuvar çalışmaları yapılan hastaneler var...

35-44 Kadın Klinik Mikrobiyoloji Devlet Hastanesi

Hekimin hem maddi açıdan hem de mesleğini hiçbir kaygı duymadan icra etmesini güvence altına almayan mevcut sistem hekimlik mesleğinin tercih edilmesini olumsuz etkilemektedir. Bu da tercih eden popülasyonun kalitesini net bir şekilde düşürmektedir.

35-44 Eğitim Hastanesi

Bizzat acilde nöbet tuttuğum zamanlarda farkettiğim şey, hasta sayısı ve iş yoğunluğu arttığı zaman yaptığım işten yabancılaştığım. Hatta bu yabancılaşmanın, bir noktadan sonra insanın gerçeklik duygusunu yitirmesine ve yapılan girişimlerin neden olabileceği sonuçların öngörülmesinin zorlaşmasına neden olabileceğini düşünüyorum.

25-34 Erkek İnfeksiyon Hast. ve Klinik Mikr. Eğitim Hastanesi

Bugün Türkiye’de bir cerrah hastanın muayenesi, tetkikleri, dosyası, ameliyat öncesi hazırlığı, ameliyatı, ameliyat sonrası tüm sorunlarıyla nerdeyse tek başına ilgilenmek zorunda kaldığından ameliyatın kendisine bile yeterince odaklanamamaktadır.

Özellikle asistanlık döneminde nöbet sonrası çalışma olmamalı; o dönemde daha meslekte yenisiniz ve uykusuz yorgunsunuz, böyle bir durumda ne kadar doğru kararlar verilebilir ki? Daha önce çalıştığım ilçede acil servise günde 750 ile 1500 arası hasta geliyordu ve sadece 2 doktor bakıyordu; böyle bir durumda hastalıkları ne kadar irdeleyebilirsiniz?

25-34 Kadın Sağlık Ocağı, 112 Acil

Devletin doktorlarını ilkokul mezunu özel hastane sahiplerinin eline bırakması ve üç kuruşa muhtaç etmesi... Ekonomik sıkıntı içinde olan doktorların gelirlerini artırmak için operasyon endikasyonlarını geniş tutmaları...

45-54 Erkek Ortopedi ve Travmatoloji

Özel poliklinik

Gerçekten de “tıp fakültelerinde eğitim zordur” lafı bence bir şehir efsanesi olmuştur. Hiç de zor değildir, herkesin elini kolunu sallaya sallaya mezun olduğu bir tıp okulu sistemi herhalde sadece yurdumuzda var...

35-44 Erkek Genel Cerrahi Devlet Hastanesi

Konmaya çalışılan tüm sistemler, sistemin içinde bizzat rol alanlara asla danışılmadan uygulanmaya çalışılmaktadır. Bu da “host versus graft reaction” a sebep olmaktadır. Yani doku yamayı reddetmektedir.

35-44 Erkek Aile hekimliği birimi

Korunmacı tıp üzerine...

“Aslolan tanıyı klinik bulgulara dayanarak koymaktır” şeklindeki romantik ve günümüz gerçekleriyle bağdaşmayan fikirler, bir dava ile karşı karşıya kalma konusunda topun ağzında olan cerrahlar açısından tatmin edici olmaktan uzaktır.

35-44 Erkek Çocuk Cerrahisi Eğitim Hastanesi

Kişisel olarak malpraktisi azaltmak için daha az risk alarak, daha az cerrahi uygulama yaparak çalışmayı düşünüyorum.

25-34 Kadın Göz Hastalıkları Devlet Hastanesi, Muayenehane

Düşünün; cerrah total tiroidektomi yaparken, diyelim ki hastanın anaplastik karsinomu var, tümör sinire invaze. “Aman sinire zarar gelmesin,

hastanın sesi kısılmasın, yoksa tazminat öderim” diye geride tümör dokusu bırakmakta, bu durum hastanın sağlığını ve ameliyat verimini etkilemektedir...

35-44 Erkek Genel Cerrah

Yüksek tazminatlar doktorları kesinlikle korumacı tıpa sürükleyecektir. En büyük ameliyat yapsanız SGK size 1000-1500 TL öder. Aynı ameliyat Avrupa, Amerika’da 50-100 bin dolar... Bu durumda tazminatlar da düşük tutulmalı. Ücretler ABD, Avrupa’nın 50’de biri ise tazminatlar da bu oranda olmalı; 2000-3000 dolar en fazla...

35-44 Erkek Ortopedi Özel Hastane

Hekimlerin malpraktis yüzünden işlerini doğru yapmaları olumsuz etkilenmekte ve hasta için yapılması gereken işlem ve tedaviler malpraktis uygulamaları yüzünden sekteye uğramakta, hekimler uygulamalarında çekinceler yüzünden ürkek kalmaktadır.

25-34 Erkek Üniversite

Benim o hastayı tedavi etmemin bedeli en az tazminatım kadar olmalıdır. Bu malpraktis davaları sonucu ülkemizde her ne kadar mesleğimizde çok iyi de olsak yasalar acımasız bir şekilde bize saldırdığı için çok ağır tazminatları ödememek için hastalara müdahale etmekten uzak duracağız.

25-34 Erkek Üniversite, Özel poliklinik

Hekimleri ağır cezalarla korkutmakla bir yere varılamaz. Bu sadece hastaların daha fazla eziyet çekmesine, yetenekli ve bilgili bir çok hekimin pasifize olmasına neden olur.

25-34 Erkek Devlet Hastanesi

Kendi adıma bulduğum çözüm çok gerekli olmadığı taktirde hastaya bulaşmıyorum ve en ufak bir risk gördüğümde hastayı başka bir yere refere ediyorum. Ha bunları tedavi edemem mi, ederim ama aldığım para, girdiğim risk, olası tazminat!!! beni bu işten soğuttu. Peki kim kaybediyor...

25-34 Erkek Ortopedi ve Travmatoloji Devlet Hastanesi

Evimi geçindirecek başka bir gelirim olsa, bu mesleği sevmeme rağmen ameliyat çok az yaparım.

35-44 Erkek Üroloji Devlet Hastanesi

Malpraktis tanısı koymaktaki sorunlar / nasıl konmalı...

Olayın olduğu andaki şartlar ve olanaklar değerlendirilmeden yapılan işler, soruşturmacıların sorumluluğunun olmaması, olaydan çok kişiye göre değerlendirme yapılması, objektif değerlerden çok kişisel değerlendirmelere zeminin uygun olması nedeniyle tüm kararlara kuşkuyla bakıyorum.

35-44 Erkek Devlet Hastanesi

Malpraktis olup olmadığı doktorun çalıştığı ortam ya da şartları, imkanları bilinmeden bir mahkemenin düzenlediği dosyanın sağlık şurası veya adli tıp tarafından masa başı incelenip değerlendirilmemesi gerekir diye düşünüyorum.

35-44 Erkek Kadın Hast. ve Doğum Devlet Hastanesi

Akademisyenler taşra şartlarını hiç yaşamadıkları için bazen ülkemizde değilde uzayda yaşıyormuş gibi davranmaktalar...

35-44 Kadın Kadın Hast. ve Doğum Devlet Hastanesi,
Muayenehane

İlçe hastanesinde, anestezi teknisyeni ile yapılan bir ameliyat sonu komplikasyonunu soruştururken saatlik CVP, aldığı çıkardığı takibi, saatlik rutin kan değerleri ve "yoğun bakım koşulları sağlanmalıydı" gibi bilirkişi raporları hekimleri mağdur ve korkak edecektir.

35-44 Erkek Ortopedi Devlet Hastanesi

Memleket aslında doktor olmayan doktorlar, doçent olmayan doçentler ve profesör olmayan profesörlerle dolmuştur. Kimin gerçekten doktor ya da profesör olduğunu kimin olmadığını anlamanın imkanı kalmamıştır. İyi yetişmiş bir doktorun yaptığı iş, gelişmiş başka hiçbir ülkede profesör ünvanı almasına olanak olmayan bir profesör bilirkişi tarafından değerlendirilip karar verilmeye çalışılmaktadır.

45-54 Erkek Kadın Hast. ve Doğum

Malpraktis konusunda karar verilirken, mevcut tıbbi kılavuzlarla birlikte bilirkişi görüşleri, olayın meydana geldiği yerin ve hekimin mevcut nesnel koşulları gözönünde bulundurularak değerlendirilmelidir.

25-34 Erkek İnfüksiyon Hast. ve Klinik Mikr. Eğitim Hastanesi

Zarar gördüğünü iddia eden hastada malpraktis var olan kılavuzlar, yurt içi ve yurt dışı bilirkişi kaynaklarınca değerlendirilmeli. Kılavuzlar ve bilirkişi politik ve siyasi endişe taşıyan kurumlarca yazılamamalı ve seçilmemeli. Bilirkişi kriterleri açık, net ve uluslararası olmalı...

35-44 Erkek Üroloji Üniversite

Bilirkişilerin bizzat o ekipten de seçileceği bir kurul tarafından değerlendirilmesi... Çünkü benim aynı klinikte çalıştığım hocam veya aynı kurumda çalıştığım arkadaşım benim malpraktis yapıp yapamayacağımi ve hangi olaya nasıl tepki verebileceğimi beni hiç tanımayan diğer bilirkişilere göre daha iyi bilir.

45-54 Erkek Aile Hekimliği Aile hekimliği birimi

Nasıl azaltılır / önlenir...

Sistem yerine hekimle uğraşmaktan vazgeçilmesi...

35-44 Kadın Acil Tıp Üniversite

Sorunları sorun olmadan önce öngören, sorun oluşmasında taraf olabilecek her kesimle önceden fikir alışverişinde bulunan yaklaşımın daha doğru olduğu kanaatindeyim.

25-34 Erkek Devlet Hastanesi

Uygulamadaki aksaklıklar giderilmedikçe, hasta hakları adı altında hastalar hekimlere düşman edilmeye devam edildikçe ve bazı meslektaşlarımızca tek sorun daha fazla gelir elde etmek oldukça, hekim hekim olmaktan çıkıp, kendini üstün yaratık olarak görüp, her şeyi kendine hak gördükçe malpraktisin önlenmesi zor görünüyor.

35-44 Kadın Kadın Hast. ve Doğum Devlet Hastanesi,
Muayenehane

Hekimlerin vicdani yönünü geliştirmek, kendi yakınına yapmayacağı tedavi ve müdahaleyi kimseye yapmamayı yaşam felsefesi haline getirmek. Kendini iyi hissetmeyen hekimi zorla çalıştırmamak. Nöbet saatlerini insani olarak düzenlemek. Yardımcı sağlık personelini iyi yetiştirmek ve insanca çalıştırmak. Hekimleri ev kirasını ödeyebilmek için fazladan 4-5 ameliyat yapmaya zorlayacak ve hata yapmayı kolaylaştıracak ücretlerden kurtarmak.

35-44 Erkek Genel Cerrahi Özel Hastane

Her hekimin komplikasyon oranlarının ay ay, objektif olarak ve kötü amaçlı kullanılmayacağı garantisinde değerlendirilebileceği hastane içerisinde bir kurul oluşturulmalı. Komplikasyon oranı yüksek hekim arkadaşlarla diyaloga geçmeyi amaçlayan, hastane içerisinde seçimle iş başına gelen bir 'Diyalog Kurulu' oluşturulabilir.

35-44 Erkek Genel Cerrahi Üniversite

Aslında bir kurul toplanıp kendi içinde ve her birimde sürekli ve düzenli eğitim verilmeli, hataları azaltmak için hem de. Malpraktis için falan da değil, insanlar için, daha iyisi için...

25-34 Kadın Sağlık Ocağı

Sağlık hizmeti kişilerin ya da kurumların tek başına sunduğu bir hizmet biçimi değildir. Ekip işidir ve bu ekip sadece sağlık çalışanlarından oluşmaz. Çok sektörlüdür. Elektrik idaresinden, belediyeye kadar birçok sektör-kurum hizmetin içinde yer alır. Malpraktis vakalarının nedenlerini incelerken bu durumun göz önüne alınması gerekir. Ülkede uygulanan sağlık politikaları, eğitim politikaları da doğrudan doğruya malpraktis vakalarının sayısını ve biçimini etkiler.

25-34 Kadın Üniversite

Her branş kendi içerisinde malpraktis çalışma grubu oluşturmalı ve bireyler arasında bilgi akışı sağlanmalıdır. Malpraktisin azaltılabilmesi ancak iletişim yoluyla mümkün olacaktır. Hazırlanan internet sayfalarında isim verilmeden tecrübelerin aktarılması bunun için faydalı olabilir.

35-44 Erkek Ortopedi ve Travmatoloji Özel Hastane

Malpraktisi önlemek formülü = Yeterli zaman + İyi maaş + İyi eğitim...

35-44 Erkek Kardiyoloji Özel Hastane

Halkın tıbbın ne olduğu konusunda; ilgili bakanlıklar ve resmi kurumlar, sivil toplum örgütleri, bilim adamları tarafından, gazete, kitap, televizyon gibi medya organları ve hizmet verilen yerlerde broşürler, panolara asılan yazılar, seminerler ile bilgilendirilip bilinçlendirilmesi uygun olacaktır.

45-54 Erkek Kadın Hast. ve Doğum

Hata yapanın cezalandırılması yapılacak en büyük yanlıştır!!!

55-64 Erkek İç Hastalıkları

Kongrelerin tatil fırsatı olmayıp mesleki gelişim için bir yöntem olduğunun vurgulanması ve kongre programı /içeriği düzenleyenlerin bilimsellik amaçlaması (ilaç firması memnuniyeti değil)...

35-44 Kadın Aile Hekimliği Özel Hastane

En basit örneği CPR’da kalp masajı ve hava desteği sağlama oranı nerdeyse her sene değişikliğe uğramaktadır. Bir hekim 5 masaj/1 nefes oranıyla CPR yaptığında hasta ex olunca bir hakim çıkıp da “bilmem ne üniversitesinin yaptığı son araştırmaya göre masajı 15’e/1 yapsaydı hastanın kurtulma oranı artacaktı, buna bağlı olarak hekim 8’de 2 kusurludur, 84bin TL tazminatı uygundur” diye bir karar çıkarsa, ben bu mesleği bırakırım pazarda limon satarım daha iyi...

25-34 Erkek İşyeri hekimliği, T.S.K.

Hastalara teşhis ve tedavilerin birden fazla yolu olabileceğini, her birinin doğru olabileceğini açıklamak gerekir.

35-44 Erkek Genel Cerrahi Özel Hastane, Eğitim Hastanesi

Malpraktis konusunda sigorta güvencesine güvenemiyorum. Sigortacılar sadece kendi çıkarlarını korurlar, para ödememek için her açığı hekim aleyhine kullanırlar. Hekimleri maddi sebeplerle gereksiz ve yanlış işler yapmaya yönlendirmemek gerek, çalışma şartlarını bu şekilde düzenlemek gerek. Kafası dolu, cebi boş hekimlerden Allah korusun!

35-44 Erkek Genel Cerrahi Özel Hastane, Eğitim Hastanesi

Hekimler performans yapacağım diye değil; doğru, etik ve yararlı olacak şeyler yapmak için uğraşmalıdır.

35-44 Erkek İç Hastalıkları Özel Hastane

Bir ülkedeki tıbbi uygulamaların sadece bilime değil, o ülkenin koşullarına göre oluşturulması gereken politikalara da dayalı olduğu hatırlanmalıdır.

35-44 Erkek Eğitim Hastanesi

Sağlık sisteminin kapitalizm perspektifinden ve onun referansından uzaklaşarak hastanın iyilik hali, sosyal adalet niteliklerini göze alan bir yapı kazanması...

25-34 Kadın Sağlık Ocağı, Üniversite

DSÖ’nün “sağlık” tanımına uygun; sağlığın “doğuştan kazanılmış hak” olduğu bilinci çerçevesince “sektör”leşmeden tüm birimlere farkındalık

yaratmak...

45-54 Erkek Göğüs Hastalıkları Üniversite

Sağlık çalışanları empatiyi yani kendilerini hastaların yerine koymayı öğrendiği zaman malpraktis azalır.

35-44 Erkek Sağlık Ocağı, Özel Hastane

Sağlık bilgisi toplumun oldukça uzağında kalmakta, ARİSTOKRATİK bir hal almaktadır. Halkın sağlık ortamına ve bilgisine dahil edilmesi şarttır. Sağlık emekçisi-halk ilişkisi birlikte üreten bir ilişki halini almalıdır.

35-44 Erkek Anesteziyoloji ve Reanimasyon Devlet Hastanesi

“Sistem kötü ne yapayım” diyen ve işi rant ve şarlatanlığa döken, halkın sağlığı için zararlı olan, onursuz hekim müsveteleri derhal meslekten ihraç edilmelidir.

35-44 Erkek Anesteziyoloji ve Reanimasyon Devlet Hastanesi

Ülkemizde hak ettiği değer maalesef, anne ve babalarımız dışında, toplum tarafından verilmeyen bizler hakkında kararları mutlaka bizlerin oluşturduğu bir etik komite almalıdır diye düşünüyorum.

35-44 Kadın Çocuk Cerrahisi Üniversite

Hasta bilgilerinin ve belgelerinin tam-hatasız arşivlenmesi... Tedaviye yönelik günlük order ve gözlemlerin düzenli tutulmasının sağlanması... Özellikle ameliyat notlarının hem hasta dosyası hem de kuruma ait onaylı- tasdikli ameliyat defterinde sağlıklı şekilde tutulması... Hangi kurumdan olursa olsun taburcu olan bütün hastalara epikriz verilmesinin zorunlu olması... Hastanedeki ölümlerde otopsi yapılmasının zorunlu hale getirilmesi... Ölümünden sonra hekimin isteği ile de otopsi yapılabilmesinin olanaklı hale getirilmesi...

45-54 Erkek Genel Cerrahi Özel Hastane

Yeni cihaz alınmasına Sağlık Bakanlığı tarafından engel çıkartılmamalı, çıkartırsa sorumlusu Sağlık Bakanlığı olmalıdır.

25-34 Erkek Kadın Hast. ve Doğum Özel Hastane

Tıbbi uygulamanın şekil ve yöntemi konusunda tereddütte bırakan komplike vakalar karşısında on-line ya da sesli yanıt sistemi üzerinden hızlı bilgi akışı sağlayan konsültan spesifik danışma birimleri kurulabilir...

25-34 Erkek

Sağlık Ocağı

Eğitimleri sırasında tıbbın insani yönü (yani en az teknik tıp kadar hümanistik tıp eğitiminin de verilmesi); nitelikli bir tıp etiği eğitimiyle birlikte verilerek ahlaki duyarlılıklarının ahlaki bilince dönüştürmelerini kolaylaştırmak...

35-44 Kadın *Deontoloji ve Tıp Tarihi Üniversite*

Sağlık ocaklarının işlevselliğinin ve imkanlarının artırılması, sevk zincirinin kurulması, böylece hekim başına düşen hasta sayısı azaltılarak hasta başına ayrılan vaktin artırılması gerekiyor.

25-34 Erkek *Devlet Hastanesi*

Acil olmayan hastaların acilde görülmesi engellenmeli, acilde mümkün olduğu kadar yetkin kişilerin çalışması sağlanmalı, yeni mezun tecrübesiz doktorlar arenada aslanlara atılır gibi tekbaşına bu sorumluluk ve riskle başbaşa bırakılmamalıdır.

35-44 Kadın *İç Hastalıkları Devlet Hastanesi*

Yılda bir kez o yıl içinde tüm ülkede açılan malpraktis davalarının anlatıldığı bir toplantı yapılabilir. Bu toplantıda hata yapılmışsa neden yapılmış, ne gibi önlemler alınmalı gibi her kurum ve hekimin kendini sürekli gözden geçirmesini sağlayıcı konular tartışılabilir.

35-44 Kadın *Anesteziyoloji ve Reanimasyon Özel Hastane*

Önce halkımız, medyasını tanımalı...

35-44 Erkek *Genel Cerrahi Özel Hastane*

Hekim olacak kişilerin beden sağlığının yanı sıra ruh sağlığının da belirli aralıklarla kontrol edilmesi gerekir...

45-54 Kadın *Pediyatri Belediye*

Çabuk ve çok para kazanmak isteyenlerin hekimlik mesleğini seçmemeleri gerekir. Ferrari isteyen ticaret yapın!

45-54 Kadın *Pediyatri Belediye*

1.Ulusal Hasta Güvenliği Merkezi kurulmalıdır. Bu merkezin konu ile ilgili yapılacak çalışmalarda amaçları belirlemesi ve liderlik ve araştırma planlanmasında rol alması gerekir. 2.İsteğe bağlı veya zorunlu tıbbi hata bildirim sistemi kurulmalıdır. 3.Sağlık hizmetlerini ödeyen kurumlar, hasta

güvenliği konusunda iyileştirme yapan kurumlara öncelik tanınmalıdır. 4.Sağlık hizmeti veren organizasyonlarda “hasta güvenliği” kültürü yaratılmalıdır. Hasta güvenliğinin kurumsal kültürün bir parçası olması istenilen kurumlarda yapılması gerekenler: 1.Yüksek riskli ve hata yapılabilecek durumların belirlenmesi, 2.Tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden bildirilebildiği ve cezalandırılmadığı bir ortamın yaratılması, 3.Riske açık uygulamalarda her düzeyde çözümlerin üretilebilmesi, 4.Hasta güvenliği konusunda kurumun kaynak ayırması. Hasta güvenliğini iyileştirmede yararlı olabilecek yöntemler şunlardır: 1.Klinik uygulama rehberleri 2.Kritik yol haritaları 3.Klinik karar verme destek sistemleri 4.Davranış değişikliğini sağlayacak eğitim programları 5.Yasal önlemler, akreditasyon, hizmet alıcıların zorlamaları. Sağlık kurumları tıbbi hataların bildirilmesinin cezalandırılmadığı ortamı sağlamalıdır. Bu kurumların sundukları sağlık hizmetinde farklılık yaratacakları açıktır. Ayrıca hastaların da hasta güvenliği konusuna katkıda bulunmaları, hasta ve hasta yakınlarının hasta güvenliği kontrollerinde yer almaları, kurulan komitelerde bulunmaları da önerilmektedir.

35-44 Erkek Plastik Cerrahi Üniversitesi

Hekimi “katil” statüsüne sokan ceza yasalarının değiştirilmesi...

25-34 Erkek Özel Hastane

Japonya’da hastanelerde hekimler ve sağlık personeli küçük büyük tüm hatalarını cezalandırılacağından korkmadan bir komisyona bildiriyor. Komisyon her yılın sonunda yapılan malpraktisler ve bunların azaltılması için neler yapıldığını, ne tedbir alındığını açıklayan yıllık yayımlıyor.

45-54 Kadın Genetik tanı merkezi

Hastaya uygun zamanı ayırabilmek, hasta ile ilgili bilgi akışının devamlılığının sağlanabilmesi.. (Aldığı tedaviler, demografik durumu vs.)

35-44 Erkek İşyeri hekimliği

Yapılan sağlık harcamaları öncelikli olarak koruyucu hekimlik üzerine olmalıdır.

35-44 Erkek Devlet Hastanesi

Bir etik komisyon hastane içi tedavileri veya mortal vakaları randomize olarak geriye dönük araştırarak yaşanmış olan hataları tespit edebilir.

25-34 Erkek Acil Tıp Devlet Hastanesi

Özel hastanelerdeki cerrahi ve invazif işlemleri denetleyecek ve sürekli eğitimi ön plana çıkartacak genel bir sağlık politikası geliştirilmelidir.

Erkek Kardiyoloji Üniversite

Hasarsızlık indirimi gibi zaman içinde malpraktisi az olan doktorlar da daha az prim ödemeli ve bu indirim sigorta şirketi değiştirirken de devam atmali
45-54 *Erkek Göz Hastalıkları Özel Hastane, Muayenehane*

Hekimliğin parasal odaklı değil insan odaklı yapılabilecek bir iş olduğu gerçeğininin eğitimin her aşamasında (tıp fak. ihtisas vb.) hekim adaylarına verilmesi gerekli.

35-44 *Erkek Devlet Hastanesi*

Malpraktis doktorun tek bir hatası ile değerlendirilmemeli, benzer durumlarda başka hastalara yaklaşımı da gözönünde bulundurulmalı...

45-54 *Kadın Kadın Hast. ve Doğum Özel Hastane*

Tıp sektöründe var olan ağır hiyerarşik sistem mutlaka yumuşatılmalı...

35-44 *Erkek Üroloji Üniversite*

Uzmanlık eğitimini veren kurum; eğitimini verdiği kişilerin başarı ve başarısızlıklarına göre değerlendirilmeli ve ülke genelinde puanlama sistemine tabi tutulmalıdır.

45-54 *Erkek Genel Cerrahi Devlet Hastanesi, Özel Hastane, Muayenehane*

Kamu ya da özel sağlık kurumları standardize edilmeli, belli standartlara uymayan sağlık kuruluşlarında uygun olmayan girişimlere izin verilmemeli.

45-54 *Erkek Genel Cerrahi Devlet Hastanesi, Özel Hastane, Muayenehane*

Medyada yapılan yalan ve yanlış haberlerin peşine düşülmeli, ilgililerden yüklüce tazminat talep edilmeli, tekziplerinin yayınlanması takip edilmeli, böylece medyaya da baskı yapılmalı.

25-34 *Erkek İç Hastalıkları Devlet Hastanesi*

En önemli konu hastasını yeterince bilgilendirme ve çoooooooooook iyi!!!! bir anamnez alması, hastayı bütüncül değerlendirmesidir. Zaten bunu

başarabilirse, ayrıca performans veya ilaç firma bağlantıları, özel hastanesine para kazandırmak, kendi için çıkar sağlamak gibi etik olmayan davranışları yoksa, yaptığı hatalar malpraktis değildir. Özetle hekimlik etiğine uygun ve insana insanca değer veren hekim mesleki bilgi ve becerisini de güncel tuttuğunda her koşulda iyi hekimlik yapacaktır.

45-54 Kadın AÇS/AP MERKEZİ

1. Bu konuda hukuk sisteminin yeniden düzenlenmesi gereklidir. Komplikasyon ve malpraktisi bir birinden ayırt edemeyen hukuk sistemiyle hekimler hedef haline getirilmektedir. 2. Bu konularda yayın yapan medya organlarının haksız yayın yaptıkları takdirde onların da tazminat ödemeye mahkum olacaklarını bilmeleri...

35-44 Erkek Anesteziyoloji ve Reanimasyon Üniversite

İçimizdeki çürük elmaları kollayıcı (deontoloji adına yapılan) hareketlerden ve yaklaşımlardan kaçınalım. Onlar para kazanacak diye meslek onurumuzu küçültmeyelim. Sağlık sisteminin eksikliklerine bağlı hatalı uygulamalar içinde, kol kırılır yen içinde kalır anlayışıyla sessiz kalmayalım.

35-44 Erkek Resmi yataklı kurumda nöbetçi hekim

Üniversitelerden gereksiz yer işgal eden bazı öğretim üyeleri uzaklaştırılmalı. Bilime fayanan bir öğretim elemanı seçimi sağlanmalı. Bizden olanın değil hak edenin ve bilimsel olanın eğitimci olması sağlanmalı.

35-44 Erkek Kalp ve Damar Cerrahisi Üniversite, Özel Hastane

Hekimlerin prestijleriyle oynamaktan yöneticiler vazgeçmeli, hekimliğin doğasında idealizm vardır. Hekimler kapitalizmden vazgeçmeli; prestijden daha büyük sermaye olamaz. Paradan başka bir şey konuşmayan ve ölçemeyen hekimlerin şartlarının manüplasyonu da politikacılar tarafından kolay yapılabilmektedir...

45-54 Erkek Genel Cerrahi Eğitim Hastanesi

Yılda 5000 doktor yetiştirmek zorunda değiliz. Arzın artması prestiji azaltıyor; uzmanların birbirleriyle sanat yarışı yapmaları lazım, kapital yarışı değil...

45-54 Erkek Genel Cerrahi Eğitim Hastanesi

Hangi hastalıkta, hangi yaklaşımlar mutlaka eksik bırakılmamalıdır, bırakılırsa hata sayılmalıdır; bunların yer aldığı bir kitap hazırlanmalı ve her

yıl güncellenmelidir. Doktorlar bunları bilmeli ve kendilerini güncellemelidir.
35-44 Kadın Gastroenteroloji Özel Hastane

Her türlü girişimsel işlemin hekimin uygulamasından bağımsız bazı riskleri mevcuttur. Bunun halka anlatılması her olumsuz olayda hekimlerin haksız yere suçlanmalarını ve saygınlıkları ve güvenilirliklerini kaybetmelerini engelleyecektir... İyi bilgilendirilmiş hasta çok nadir olarak gelişebilecek olumsuzluklardan dolayı hekimi suçlayacaktır. Hekimi bir büyücü olarak görmektense mesleğini icra eden ve sadece yapabilecekleri bilimle sınırlı biri olarak görecektir.

25-34 Erkek Göz Hastalıkları Üniversite

1. Her uzmanlık derneği, ilgili hastalıklar ile ilgili tanı-tedavi-takip rehberlerini oluşturmalı ve bunu ilgili birimlere (TTB ve Sağlık Bakanlığı) iletmelidir. 2- Bu rehberlerde, her tedavi modalitesine ait mortalite ve morbidite oranları belirtilmiş olmalıdır. 3- Her hastanenin (üniversite, devlet, eğitim hastanesi vb) kendi uzmanlık alanlarına ait morbidite, mortalite ve (mümkünse) tedavi başarısı oranları kaydedilmeli ve takip edilmelidir. 4- Ayrıca her uzmana ait morbidite ve mortalite oranları da kaydedilmelidir. Malpraktis şikayeti durumunda, uygulanan tedavinin rehberine uygun olup olmadığı (bilirkişinin o hasta özelindeki uygulamaya ilişkin yorumu ile birlikte), o hastanedeki morbidite, mortalite oranları ve nihayet şikayetin olduğu hekime ait oranlara bakarak karar verilmelidir. Ayrıca, sigorta şirketleri tıbbi uygulama hatalarına karşı diğer konularda yaptıkları gibi (örneğin ülkemizde kasko sigortasında bu çok gelişmiştir) veri toplayıp 'risk yönetimi' ve 'hekimin risk analizi' gibi kavramları uygulayarak malpraktis sigortası yaptırmalıdır.

35-44 Erkek Göğüs Cerrahisi Devlet Hastanesi

Tıp fakültelerinin çoğu kapatılıp bölge hizmet hastanesine dönüştürülmeli...

Erkek

Devlet Hastanesi

Hastanelerin enfeksiyon kontrol komiteleri gibi bir 'malpraktis kontrol birimi' olmalı, bu birime malpraktis yapanlarca bildirilmeli ve sorun analizi yapılarak gerekli önlemler alınmalıdır.

45-54 Kadın Adli Tıp Üniversite

Cerrahi branşlarda asistan seçiminde bireysel yeteneklerin, pratik zekanın ve muhakeme etme yeteneklerinin ayrı bir sınavla belirlenmesi yoluna

gidilmelidir...

45-54 Erkek Genel Cerrahi Devlet Hastanesi

Bu malpraktis uygulaması hekimin günde bakması gereken hasta sayısının fazlalığından kaynaklanmışsa ilgili kurumun yöneticileri de bundan sorumlu tutulmalıdır. Hekimler pinpon topu değildir!!!

25-34 Erkek Gastroenteroloji Özel Hastane, Askeri Hastane

Hekimler değil hastalar kendilerini sigortalamalılar veya tedaviyi sağlayan kurumlar hastaları sigortalamalılar.

45-54 Erkek Genel Cerrahi Devlet Hastanesi

Gerçekten malpraktis varsa; özellikle tekrarını önlemeye yönelik, mesleğe ara vererek hizmet içi eğitim programlarıyla tıbbi etik doğrultusunda gereği programlanmalıdır.

45-54 Erkek Genel Cerrahi Devlet Hastanesi

Hekim diplomasını aldıktan sonra birkaç yıl gözetim ve geribildirim olanağı olan seçilmiş sağlık kuruluşlarında çalıştırılmalıdır. Mezuniyet sonrası eğitim zorunlu, yapılandırılmış ve kontrol edilen biçimde sürdürülmeli, ilaç şirketlerinin bu konudaki aktörlüğü tercihın tümü ile kaldırılmalıdır.

45-54 Erkek Çocuk Cerrahisi Üniversite

Hekimler ve diğer sağlık personeli arasında bireysel yarışma nedenlerinin saptanması ve bireysel sivrilmeye yerine takım çalışmasının tercih edileceği çalışma ortamlarının yaratılması...

45-54 Erkek Çocuk Cerrahisi Üniversite

Etik kuralların anlaşılması, etik duyarlılığın kazanılması ve içselleştirilmesi için Tıp Fakültesinin ilk sınıfından itibaren Deontoloji ve Tıbbi Etik konularının teorik ve pratik dersler olarak tüm eğitim dönemi boyunca tekrarlanarak ve mezuniyet sonrası eğitim programlarına konması...

45-54 Kadın Nöroloji Üniversite

Tıp eğitiminde öğrenciler için ikilemlerin görüldüğü durumları simüle etmek , öğrencileri bu ikilemlere hazırlamak, uygun davranış paternleri geliştirmeleri için fırsat yaratmak...

25-34 Kadın Sağlık Ocağı, Üniversite

Eğitimin karakter ve ahlaktan bağımsız olmadığını kabulü...

35-44 Erkek Plastik Cerrahi Devlet Hastanesi, Özel poliklinik

Tıbbi Etik - Deontoloji canlandırılmalı. Üniversite hastaneleri ve özel hastaneler kendilerine başvuran hastalara diğer birimleri kötüleyerek en iyi tedavilerin onlarda olduğu şeklinde söylem ve yönlendirmelerini ve diğer birimleri şikayete teşvik tarzında hareketleri hemen bırakılmalı...

35-44 Erkek Genel Cerrahi Devlet Hastanesi

Devlet hastanelerinin tabelalarını “Tıp Fakültesi” diye değiştirmeyerek, olur olmaz vakıflara “özel Tıp Fakültesi” kurma hakkı vermeyerek, kaliteli, tıp eğiti oturmuş, köklü kurumlara terk edilmelidir.

55-64 Erkek Genel Cerrahi Üniversite, Muayenehane

Maalesef insanların meslekleri kişiliklerine göre belirlenmiyor. Öyle bir eğitim sistemimiz ve aile yapılarımız var ki: Bazı insanlar kendi istedikleri meslekleri yapamıyorlar. Fakülteadaki birçok arkadaşım istemeyerek doktor oldu. Aile, çevre vs baskısı... Bence önce bunu düzeltmekle başlanmalı...

25-34 Erkek Anesteziyoloji ve Rean. Özel Hastane

Bilirkişilerin insafli değerlendirmelerde bulunması gerekiyor. Takip ettiğim bir bilimsel toplantıda bir profesör hocamızın konuşmalarından anlamıştım ki, her kadın doğum hekiminin kendisinin bildiği herşeyi bilmesini bekliyor. Bu mümkün olsaydı zaten hepimiz şimdi profesör olurduk.

35-44 Kadın Kadın Hast. ve Doğum Özel Hastane

Bence Türk Ceza Kanunu'nun kendine göre bütünlüğü içinde tüm hukuki olayları kapsayan bir mantığı var, o da illiyet bağı mantığıdır. Yani bir zarar ortaya çıkmış ise bu zararın tazminini sağlayacak bir kişi olmalıdır. Bu mantık bir çok faktörün etkili olabildiği malpraktis olayları için geçerli değildir. Bu nedenle bu temel mantıktan ayrılmadan anketinizde yer alan kurumsal veya kamusal fon çalışmalarının başarılı olacağını sanmıyorum.

35-44 Erkek Ortopedi ve Travmatoloji Üniversite

Malpraktis olup olmadığını belirleyecek olan kurum (Adli Tıp gibi) hiçbir şekilde diğer kurum ve kuruluşlardan ve siyasi, sosyal davranışlardan etkilenmemelidir.

35-44 Erkek Ortopedi ve Travmatoloji Eğitim Hastanesi

İş Sağlığı ve Güvenliği uygulamalarından bir tanesi olan “Ramak Kala Bildirimleri” uygulamasının malpraktis önlenmesi / azaltılması, belirlenmesi konusuna adapte edilebileceğini düşünüyorum. Bu sayede daha proaktif önlemler alınabilir. Yine “Risk Değerlendirmeleri” yapılarak uygulama hatalarının önüne geçilebilir.

35-44 Kadın Anesteziyoloji ve Rean. Devlet Hastanesi

Malpraktis saptanmasında öncelikle hekimin kendisi hatasını farketmelidir. Hastaya verdiği zarardan dolayı üzülen, pişmanlık duyan bir kişilik kazanması, etik değerlere önem vermesi, insan sevgisini en önde tutan, hastalarına karşı hiçbir ön yargısı ve maddi kaygısı olmayan bir karakter kazanması önemlidir. Böyle bir kişilik nasıl kazandırılabilir bilmiyorum.

35-44 Erkek 112

Özellikle uzmanlar mutlaka imtihanlara girmeli. Burada imtihan olanların isimleri belli olmamalı. İmtihan sonu sonuçlar imtihan heyetiyle birlikte değerlendirilmeli. Bu en güzel eğitim olur. Böylece hekimler bu sisteme alıştırılır. Zamanla korkulan değil, sevilen bir etkinlik haline gelir. Uzmanlar 3-4 yılda bir 15 günlük bir aylık belli eğitim hastanelerinde gözlem rotasyonlarına katılmalı. Rotasyon için seçilecek eğitim hastaneleri belirli sayıda yayın yapan hastaneler olmalı.

Erkek

Hekimin, bir insan olduğu ve yorulabildiği, aç kalabildiği göz önünde bulundurulmalıdır. Bir otobüs şoförünün bile 3 saatten fazla olan yolculuklarda bir istirahat molası vermesi zorunluluğu, tek seferde bilmem kaç saatten fazla yolculuk yapmaması gerektiği yasa ile belirlenmiştir. Hekimlerin bir günde bakabilecekleri hasta sayısına ciddi kısıtlamalar getirilmeli ve bu kısıtlamaların doğal afet, terör olayları vb gibi olağanüstü haller dışında keyfi sebeplerden dolayı artırılabilmesi yetkisi başhekimlerden alınmalıdır.

25-34 Erkek Ortopedi Eğitim Hastanesi

Malpraktis davalarında “yorgunluk”, “çalışmaya zorlanma” tanımları da yer almalı ve hekimin sorumluluğu bir üst amirine geçirilmelidir.

25-34 Erkek Ortopedi Eğitim Hastanesi

Malpraktisin değerlendirilmesinde hasta, hekim, sağlık ortamı, çalışma koşulları, olayın oluş ortamı ve zamanı gibi birçok faktör bir kurul tarafından

değerlendirilmeli ve bu değerlendirmeler gizlilik esasına göre yapılmalı, medyanın ve her türlü fırsatçıların bu gibi olayları suistimaline karşı azami özen gösterilmelidir.

45-54 Kadın Kadın Hast. ve Doğum Özel Hastane, Muayenehane

Altyapı yetersiz olduğu durumda hekimler çalışmaya zorlanmamalı (altyapı hızla düzelir bu durumda) ve makul sürelerin üstünde ve makul hasta sayısı üstüne çıkmaya zorlanmamalıdır. Bu gibi durumlar varsa zorlayan kişi ve kurumlar tazminatlardan sorumlu tutulmalıdır.

45-54 Erkek Aile Hekimliği uzmanı

Basının olayları abartması önlenmeli, halkın öfkesini davetkar yayınlardan kaçınılmalıdır.

35-44 Erkek Sağlık Ocağı

SGK onay/provizyon sistemi sayesinde online olmadan çalışma hemen yok gibidir. Her hasta sonrası hekim, bilgisayarından hasta ile ilgili duygusunu belirten bir tıklama yapmalıdır (sıcakkanlı, iyimser, kötümser, sevecen, anlamaya isteksiz, dinlememeye yeminli :) v.s.). Çok fazla olumsuz duygu belirten meslektaşlarımızın da önceden (malpraktis yapmadan) sorunları araştırılabilir. Nitekim bir insan olarak özel yaşantımızdaki sorunların işimize yansımamasını, kişiye göre değişen, bir düzeye kadar başarabiliriz.

35-44 Erkek Özel Hastane, İşyeri hekimliği

Tıp eğitiminde ETİK-AHLAK (medeniyetimizin kaybolan çok önemli değerleri) mutlaka her sınıfta örnek ve sorumlu hocaların eşliğinde 6 yıla dağıtılmalı, hatta mezuniyet için ciddi bir baraj haline gelebilmelidir.

35-44 Erkek Nöroloji Devlet Hastanesi

Hekimler uygunsuz şartlarda çalışmayı reddetmelidir.

45-54 Erkek Özel sigortacılık

Kurumların sağlık yönündeki eksikliklerinin bilimsel tespitleri ile haritaları bir an evvel çıkarılmalı. Olası davalara ışık tutacaktır.

35-44 Kadın 112 Acil Sağlık Hizmetleri

Halkımızı hekimlerin ve tıbbın da sınırları olduğu yönünde biliçlendirmek gerekliliğini düşünüyorum.

35-44 Kadın 112 Acil Sağlık Hizmetleri

Kurumlarda morbidite-mortalite toplantıları yapılmalı...

45-54 Erkek Genel Cerrahi Üniversite

Hekim hastasından tetkik isterken, bütçe talimatları nedeniyle kendini kısıtlanmış hissetmemeli, tanı veya izlem için hangi tetkik gerekiyorsa onu isteyebilmelidir.

45-54 Kadın Deri Hastalıkları Özel Hastane

Klinik uygulamaları sırasında özellikle nöbet değişimi vb sorumluluğun el değiştirdiği durumlarda bilgi aktarımının sözlü değil, oluşturulmuş belli formların doldurulması ve hem teslim eden hem de alanın imzalamasıyla yazılı olarak yapılması zorunluluğu yararlı olabilir. Bazı rutin uygulamalarda (cross-match, vb) çift kontrol sistemiyle hatalar azaltılmaya çalışılabilir.

45-54 Kadın Deri Hastalıkları Özel Hastane

Hekimin hastaneye kazandırdığı kazançta hastane bu parayı kullanıyorsa tazminatı da ödemelidir.

45-54 Kadın Deri Hastalıkları Özel Hastane

Özel hastanelerin özellikle hastalar kötüleşince kamu ve üniversite hastanelerine sevkini yaptığı hastalara dair malpraktis sorumluluğu olmalı.

35-44 Erkek Devlet Hastanesi

Lale devrindeki şatafatlı geceleri andıran tıbbi kongreler “çıkar amaçlı örgütlü suç” kapsamına alınmalı!

35-44 Erkek Devlet Hastanesi

Tıp fakültesine giren hekim olmak isteyen ve sağlık alanında çalışmak isteyen kişilerin ayrıntılı psikiyatrik, sosyolojik ve adli soruşturulmadan geçirilmesi gerekliliğini düşünüyorum. Hekimlik mesleği ve insan sağlığı ile uğraşmak özel bir yetenek ve özveri ister. Bu sabra ve özveriye sahip kişilerin mesleğe en başından alınırken sorgulanması gerekir.

25-34 Kadın

Tıp eğitimi sırasında insan iletişim becerilerinin de kişilere kazandırılması ve meslek ahlakının aşılması gerektiğini ve bu konuda habersiz denetimler olması gerektiğini düşünüyorum.

25-34 Kadın

Üniversiteler üzerindeki iş yükü hafifletilmelidir. Basamak sisteminin sağlıklı şekilde uygulanması ve üniversitenin kendi kendini döndürmek için para kazanma zorunluluğunun kalkması, tıp fakültesi öğrencisi ve asistan eğitimlerinin kalitesinin artmasını sağlar.

25-34 Kadın Göğüs Hastalıkları Devlet Hastanesi, Üniversite

Hekimin yarı Tanrı olmadığı, herşeyi bir bakışla çözemeyeceği, hekim arkadaşlarına ya da üst kurumlara danışmasının yetersizlik belirtisi olmadığı hem hekimlere hem de topluma öğretilmelidir. benzer şekilde temel sağlık bilgileri küçük yaşlardan itibaren örgün eğitimin içinde ağırlıkla yer almalıdır. temel eğitimin 8 yıla çıktığı; iddia bayilerinde en üst düzey olasılık hesaplarının üstesinden kolayca geldiği düşünülürse bunun ütopyik olmadığı anlaşılabilir.

25-34 Kadın Göğüs Hastalıkları Devlet Hastanesi, Üniversite

Mutlaka sağlık personeli ile toplumun barışması sağlanmalı; bu sağlanmadan ne yaparsak boşa gidecektir. Yoldan herhangi birini, hangi meslek, hangi sosyal statü olursa olsun çevirip sağlık personeli ile ilgili bir konuda fikir sorun, cevap büyük olasılıkla “zaten onlar.....” diye başlayacaktır. Toplumun bu önyargısını kırmadan en ideal düzeni bile sağlasanız bir yere varma şansımız yok. Bu önyargıyı nasıl kıralım, nasıl oluştuğuna bakalım ve aynı yolu tersten gidelim.

45-54 Erkek Kadın Hast. ve Doğum Eğitim Hastanesi, Muayenehane

Hekimlere 5 yılda bir yeterlilik sınavı getirilmelidir. Böylece mezun olduktan sonra tüm meslek hayatı boyunca kitap bile açmayan hekimler bilgilerini yenilemeye teşvik edilmelidir.

45-54 Erkek İç Hastalıkları Devlet Hastanesi

Malpraktis kuşkusunda; malpraktis olup olmadığı her şehirde oluşturulacak bilimsel kurullar tarafından tarafsızca araştırılmalıdır. Bu bilimsel kurul; konusunun uzmanı olan, üniversite, devlet hastanesi, özel hastanelerde çalışan uzman hekimlerce oluşturulmalıdır. Ancak bu kurula sağlık müdürlüklerinden hiç bir hekim alınmamalıdır. Çünkü bu kurullar siyasi ideoloji ve politik görüşlerden kesinlikle arındırılmış olmalıdır.

45-54 Erkek İç Hastalıkları Devlet Hastanesi

“Kılavuzda yazanı neden yapmadın derler” korkusu ile her yazanı

yaparsak hekimlik sanatımıza ne olacak? Kılavuzlar olmalı, ama anayasa gibi kullanılmamalı.

45-54 Erkek Kadın Hast. ve Doğum Muayenehane

TTB onayı olmayan hekim-özel hastane sözleşmesi GEÇERSİZ olmalı. TTB'den habersiz ve sözleşmesi tasdik edilmeden hiç bir hekimi hiç bir özel (devlet dahil) hastane çalıştıramamalı. Özel hastaneler hekim istihdamı için sadece ve sadece TTB'ne müracaat ederek hekim bulabilmeli. Başka kaynaklardan iş bulma konusu yasaklanmalı. Hekimin çalışma koşulları ve iş anlaşmaları konusunda TTB olarak hekimin yanında durabilmesi yasayla sağlanmalı.

45-54 Erkek Kadın Hast. ve Doğum Muayenehane

Yaşanan her hatanın ve hata iddiasının geriye dönük irdelenmesi çok değerli bir öneridir. Bu tıpkı bir bulaşıcı hastalığın kaynak araştırması gibi ele alınmalıdır. Bir bulaşıcı hastalık gibi, malpraktisin de bir bulaşma zinciri ve ortaya çıkmasını sağlayan ve iyileştirilmesi gereken koşullar vardır.

45-54 Erkek Halk Sağlığı Üniversitesi

Tıp fakültelerini; buraları krallıkları olarak ilan etmiş, öğrenciyle hiçbir teması olmadan, servisini özel hastanesi olarak gören hocaların elinden kurtarıp, bilgili, aydın, öğrenci yetiştirmenin önemini farkında olan idealist hocaların ellerine teslim etmek gerekiyor. Tıp fakültesinde hocalık konumuna gelmiş bu insanlara işlerine konsantre olabilmeleri için maddi kaygılardan uzak bir yaşam sağlamak gerekir. Maalesef üniversiteler sırf bu yüzden çok değerli bilim adamlarını ellerinden geçiriyorlar. Bu insanlar bilimsel faaliyetlerde bulunup öğrenci yetiştirmeleri gerekirken kâr amaçlı kurulmuş merkezlerde bilgi ve becerilerini satıyorlar.

25-34 Erkek Devlet Hastanesi

Performansa dayalı ödemenin etkileri üzerine...

Performans adı altında hekim-müşteri ilişkisi yaratılmakta; bu önlenmeli...

Kadın Devlet Hastanesi

Günümüzde kurumlar, yasalar (örneğin performans yasası) kişileri daha çok çalışmaya ve daha çok hata yapmaya itmektedir.

35-44 Erkek Ortopedi Özel Hastane

Hekimlerin maaşı için performans gibi sistemlerden vazgeçilmesi (çok kazanmak için çok ameliyat vs'ye itiyor)

35-44 Kadın Çocuk Cerrahisi Üniversitesi

Maaş sistemi iyileştirilmeli, performans saçmalığı çöpe atılmalı ya da başarılı sonuçlar ödüllendirilmeli. Örneğin ameliyat yaptın hasta öldü; nesi performans? Ama takipteki hastanın tansiyonu düzenli, sigara bıraktırdın; başarı budur...

Erkek Devlet Hastanesi

Sağlıkta para ilişkisinden vazgeçilmesi... Performansa dayalı hizmet anlayışı sağlıkla bağdaşmaz.

35-44 Erkek Adli Tıp Kurumu

Performans sisteminde ne kadar çok hizmet o kadar kazanç prensibi olduğundan tıp etiği ile uyumadığını düşünmekteyim. Hasta ile doktor arasında para kaygısı olmamalıdır. Kotayı tutturmak için çok sayıda hasta bakması gereken hekim, ideal hasta bakma süresinin çok altında bir sürede hasta bakmak zorunda kaldığında malpraktise düşmesi kaçınılmazdır.

35-44 Kadın Radyoloji Üniversitesi

Performans sistemi kaldırılmalı, hekime eğitimine yakışır oranda ve emekliliğine yansiyacak şekilde maaş verilmeli ki hekim performans ihtiyacı duymasın ve hastaya müşteri gözüyle değil de hasta insan gözüyle bakabilsin...

35-44 Kadın Nöroloji Devlet Hastanesi

Bir uygulama yaparken performans kaygısı olmamalıdır. Malesef birçok meslektaşımız döner sermaye alabileceği tavan puana poliklinik hizmeti ile ulaşınca hastaneye yatırılarak tedavisi gereken bir hastayı bile ayakta tedavi ile eve gönderebilmektedir. Acillerde görev yapan pratisyen hekimler gerektiğinde çağırarak uzman hekim bulamamaktadırlar.

45-54 Erkek Sağlık Ocağı

Performans sistemi derhal kaldırılmalı, hekimlere insanca yaşayabilecekleri, emekliliklerine de yansiyacak sabit maaşlar verilmeli, bazı doktorlar ve tüm idareler tarafından taşınan hasta/işlem sayısı=para zihniyeti ortadan kaldırılmalı, hastaneler ticarethane gibi görülmekten-gösterilmekten uzaklaştırılmalıdır.

35-44 Kadın İç Hastalıkları Devlet Hastanesi

Performans gibi uygulamalar sona erdirilmeli, reel maaş artışı ve emekliliğe yansıyan iyileştirmeler bir an önce yapılmalı, hekim hastasıyla ilgilenirken başka şeyler düşünmemeli ve düşündürülmemelidir.

45-54 Kadın Kadın Hast. ve Doğum Özel Hastane, Muayenehane

Koruyucu hekimliğe gereken önem verilmeli, performans sistemi kaldırılmalıdır. Örneğin mevcut sistemde diyabetli hastanın eğitiminin ve komplikasyonlarının önlenmesinin performansta bir önemi yokken, komplikasyon gelişmiş hastanın ayak amputasyonunu değeri çoktur.

35-44 Kadın Aile Hekimliği Eğitim Hastanesi

Performans sistemi gibi doktorları aşağılayan, haksız, hukuksuz ne olduğu belli olmayan, suistimallere çok açık (bu nedenle malpraktislerin artmasının en önemli nedenlerinden birisi olduğu tartışılmaz bir gerçektir!) sistemlerin hemen kaldırılıp, daha adil, herkese yaptığı işin riskine göre karşılığını veren yeni bir sistemin uygulanması gerekir.

Erkek Genel Cerrahi Devlet Hastanesi

Performans sisteminin bir sonucu olarak hali hazırda zaten günde 60-80 hasta bakan branş hekimleri daha da fazla hasta bakma konusunda baskıya maruz kalmaktadırlar. Bu da yine o hekimin hata yapma riskini arttırmaktadır.

35-44 Kadın Nefroloji Devlet Hastanesi

Her hastaya ayrılacak süre belli iken, performans adı altında bu ilkelerin ayaklar altına alınması yine hekimlerin başını ağrıtacaktır/ağrıtmaktadır.

45-54 Erkek Adli Tıp Üniversitesi

Performansa dayalı ödeme sistemi kaldırılmalı, böylece hem hatalar azalır, hem de gereksiz girişim sayısı azalır.

35-44 Erkek Genel Cerrahi Devlet Hastanesi

Performans kıskacı altında ezilen hekimler aşırı sayıda hasta bakmak zorunda kalmaktadırlar. Sevk zincirinin adam gibi uygulanabildiği, performans kandırmacasının olmadığı, hekimin bakabileceği kadar hastaya baktığı, rahatça geçinebilecek kadar para kazandığı, hekim hasta ilişkisinin yeniden yapılandırıldığı bir yapılanma gerekli...

35-44 Erkek

Eğitim Hastanesi

“Ne kadar çok hasta o kadar çok puan” diye özetleyebileceğimiz bu sistemde maalesef hastamıza ayırdığımız zaman iyice azalmıştır.

45-54 Erkek İç Hastalıkları Devlet Hastanesi

Performansa dayalı sistemin malpraktisleri artırdığını kanısındayım. Çünkü artık hasta yürüyen para olarak görülmekte ve daha çok hasta bakmak amaçlı hasta ve hastalığına ilişkin harcanan zaman ve düşünce azalmaktadır.

25-34 Kadın Göğüs Hastalıkları Eğitim Hastanesi

Protez cerrahisinde (diz-kalça artroplastisi) sterilizasyon koşulları çok önem taşımaktadır. Bizim ameliyathanemizde operasyon salonunda duvar tipi klima mevcuttu. Ne merkezi havalandırma ne de aseptizör yoktu. Ayrıca ameliyathane giriş çıkışları standart dışı ve ameliyathanenin sterilizasyonunu bozucu nitelikte idi. Bu ortamda protez cerrahisi yapmak cinayet iken diğer ortopedist protez yapıyordu ve bu durumu savunuyordu. Bu davranışın bir tek nedeni vardı, o da ekonomi idi. Maalesef hekimlerin tedavi seçimlerinde artık ekonomik tercihler bilimsel tercihlerin önüne geçmektedir.

25-34 Erkek Ortopedi ve Travmatoloji Özel Hastane

Hekimlerin çalışma koşulları düzeltilmeli, çalışma saatleri, günlük poliklinik ve ameliyat sayıları makul bir düzeye düşürülmeli, nöbet sonrası izinler 1 güne 2 gün şeklinde yeniden düzenlenmeli. Bu nedenle performans sistemi hemen kaldırılmalı.

35-44 Erkek Genel Cerrahi Üniversite

Politikacılara yönelen eleştiri ve önerilerden örnekler...

Politikacılar halkın sağlığı ve sağlık sunucuları üzerinden siyasi rant (oy) sağlamaktan artık vazgeçmelidir.

35-44 Erkek Sağlık Ocağı

Hekim hasta ilişkisi siyasetçilerin populist yaklaşımlarından uzak tutulmalı...

35-44 Erkek İç Hastalıkları Özel Hastane

Malpraktiste birinci derecede sorumlu tutulması gereken kurum Sağlık Bakanlığı olmalıdır. Eğitimi veren kurumlar o dönemdeki eğiticiler ve bizzat

Sağlık Bakanı da bu işten puanlama ya da skorumla usulüyle sorumlu tutulmalıdırlar.

45-54 Erkek Genel Cerrahi Devlet Hastanesi

Sağlık Bakanlığı öncelikle sağlık sorunlarının hekimden kaynaklanmadığını, sistemin genelinden kaynaklandığını açıklamalıdır.

35-44 Erkek İşyeri hekimliği

Sağlık Bakanlığı yasayı bu haliyle kabul ettiğinde kendi yarattığı kaosu tüm sorumluluğunu doktorlara yüklemiş olacaktır.

25-34 Erkek Ortopedi ve Travmatoloji Özel Hastane

Halkımız da, Bakanlık da her koşulda ilk hekimi suçlama eğiliminde ne yazık ki...

35-44 Erkek Genel Cerrahi Özel Hastane

Sağlık Bakanlığı lütfen doktorunu sev ve onu koru. Unutma doktor olmazsa sağlık sistemi de olmaz.

25-34 Erkek Genel Cerrahi Devlet Hastanesi

Medya, Sağlık Bakanlığı ve diğer kurumların bozuk sağlık sisteminin tek suçlusunu olarak hekimleri gören tavrından uzaklaşması...

25-34 Erkek Özel Hastane

Kişiyi suçlamadan önce, bu yanlış uygulamaya kurumsal alt yapı yada diğer eğitim vb gibi alt yapı eksikliğinin ne ölçüde yol açtığı da değerlendirilerek, gerekirse "malpraktis"e zemin hazırlayan resmi sorumlular da, örneğin Sağlık Bakanlığı, eğitim kurumlarına (Üniversiteler gibi) bütçe aktarmayan Maliye Bakanlığı gibi makamlar da cezalandırılmalardan nasibini almalıdır.

Kadın Kadın Hast. ve Doğum ve Halk Sağlığı Üniversite

Sağlık Bakanlığı kaliteyi ve hasta haklarını gündeme getiriyor. Hekim ya da sağlık çalışanını hasta ile karşı karşıya bırakıyor. Ancak şartların neden kötü olduğunu kimse sorgulamıyor.

35-44 Erkek Genel Cerrahi Eğitim Hastanesi

Sağlık Bakanlığı'nın sağlık çalışanlarını suçlamaktan vazgeçip onların sorunları ile ilgilenmesi ve sağlık personelinin motivasyonunu artıracak önlemleri alması...

45-54 Erkek

Sağlık Ocağı

Medyanın ve Sağlık Bakanlığı'nın sağlık çalışanlarını canavar gibi gösteren tutumunu bırakması ve Sağlık Bakanlığı'nın karşımızda değil de yanımızda olması, bir sorun olduğunda doktoru günah keçisi seçmek yerine sorunu kendisinde araması...

25-34 Erkek Ortopedi ve Travmatoloji

Devlet Hastanesi

Ülkemizde şu anda olduğu gibi sağlık sistemi ile hergün 24 saat oynanmamalıdır. Hekimler olarak işimizi yapmamız gerekirken bugün ne kötü sürpriz var diye düşünmekteyiz. Bakanlık her gün hekimleri hastaların cebini soyan, onların hasmı gibi gösteren açıklama yapmamalıdır. Hekimle hastayı karşı karşıya getirmemelidir.

35-44 Erkek

Özel Hastane

Günde 1 doktorun 100-150 hasta bakması mümkün değildir. Eğer bakıyorsa bundan doktor sorumlu tutulamaz; kurum ve Sağlık Bakanlığı sorumludur.

35-44 Erkek Ortopedi

Özel Hastane

65'ten fazla tıp fakültesi açılan ve de hala açılacak olan bir ülkede malpraktisten söz etmeye Sağlık Bakanlığı'nın hakkı var mı?

35-44 Erkek Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Üniversite,

Eğitim

Hastanesi

Hükümetlerin hekimlere karşı olumsuz tutumu ve onları kullanarak halkın gözünde iyi görünüp oy avcılığı yapmak hekimleri karamsar yapmış ve zor durumda bırakarak toplumda şiddete maruz bırakmıştır. Acil serviste çalışıyorum ve defalarca hasta ve hasta yakınları tarafında şiddete uğradım. 24 saatte ortalama 200-250 hasta bakıyorum. Hasta ve yakınlarından bir sürü azar, küfür, hakaret ve darp girişimiyle karşı karşıyayız...

25-34 Erkek

Eğitim Hastanesi

Genel olarak topluma benimsetilen “Para için tam gün yasasını kabul etmiyorlar” gibi saygınlığın kaybına yol açan siyasi söylemlerden vazgeçilmesi gerekir. İnsanlar ciddi bir önyargıyla geldikleri zaman doktorun iletişim kurma ve anlama becerisi ister istemez düşüyor. Bu da malpraktise zemin hazırlıyor.

35-44 Kadın

112

Sağlıkta özelleştirme politikaları üzerine...

Sağlıkta israf olmaz, ama tasarruf da olmaz.

35-44 Erkek Genel Cerrahi Devlet Hastanesi

Buradaki ASIL gaye, sağlık alanını METAlaştırmak ve de sermaye piyasasına sürülecek bu metalar üzerinden edilecek kazancı “MADDİ KAZANÇ” olarak büyük sermayenin önüne koymaktır. Yoksa, iyi niyetli hekim ve hukukçu biraraya geldiğinde gerçekten de bu konulara hakkaniyetli bir yöntem bulabilir...

35-44 Erkek Göz Hast. Özel Hastane

Ülkemizde sağlık sistemi insan odaklı değil kâr odaklı çalışmaktadır. Sağlık kurumları para kazandıran işletmeler olarak değerlendirildiği için az sayıda sağlık çalışanı ile çok sayıda iş yapılmaya çalışılmakta, hastalıklardan korumaya yönelik değil tedaviye yönelik bir yaklaşım sergilenmekte böylece hasta üreten bir sağlık sistemi ortaya çıkmaktadır. Bu şekilde yürütülen sağlık hizmeti sırasında ortaya çıkan hatalar da hizmeti sunan kişilere yüklenerek “en az zararla” kapatılmaya çalışılmaktadır.

25-34 Kadın Üniversite

Hekimlerin yaşam standartlarını daha çok vaka yapmaya endüstriyel yöntemlere bağlamanın sonucu da bu olmaktadır. İnanılması zor kurgu bilim korku filmlerinde olacak hayatı hekimlere dayatmanın sonucudur.

45-54 Erkek Genel Cerrahi Eğitim Hastanesi

Sistem piyasalaştırıldıkça ve hekimler fakirleştirildikçe düzen daha çok bozulur. En ağır malpraktis cezaları da olsa “minareyi çalanlar kılıfını hazırlar”, amacı minare çalmak olmayanların da canı çok yanar.

25-34 Kadın Toplum sağlığı merkezi

Paket program hizmetinde tanı sırasında her hastaya minimal tetkik yapılarak hastane giderlerinin azaltılmaya çalışılması giderek artan bir uygulamadır ve rahatsızlık vericidir. Tedavi aşamasında, hekimin kendini koruyucu tedavileri seçtiği bir gerçektir. Kaybedeceği mesleki kariyerinin, parasının hesabını yapan hekim çalışamaz. Yaptığı tedavilerden de hayır gelmez.

25-34 Erkek Ortopedi Eğitim Hastanesi

Örneğin akut MI olan bir hastanın renal fonksiyonları; hastaya invazif girişim yapılırken sınırdan geçen böbrek fonksiyonları bozulabilir. Bunun malpraktis olup olmadığına neye göre karar vereceğiz? Kurumumuz bu konuda SGK'dan uyarı aldı. Örneğin 2-3 ayrı lezyonu olan hastanın aynı seansta açılması istenildi. Ancak sonuçta akut böbrek yetmezliğine giren hastalar oluyor. Bu malpraktis mi? Yoksa SGK "illa ki aynı seansta açın" dediği için mi? Ben sosyal güvenlik kurumunun hekimin sadece para derdinde olduğunu düşünmesinden kaygılıyım. Hastanın sağlığı için iki ayrı seansta bu iş yapılmış olsa hastada nefrotoksisite riski daha az olacaktı...

25-34 Kadın Plastik Cerrahi asistanı Eğitim Hastanesi

Parça başı ücret alınan her yerde hata, kusur, özensizlik olur...

35-44 Erkek Kadın Hast. ve Doğum Devlet Hastanesi, Muayenehane

Hekim satıcı hasta süslenmiş bir malın alıcısı olduğu sürece malpraktis artar.

45-54 Muayenehane

Sonsöz...

Yukarıda önerilerimi yazdım ama şu an ülkemizde uygulanan ticari tıp mantığıyla bunların uygulanabileceğini sanmıyorum.

35-44 Erkek Nöroşirürji Üniversite

Çok üzgünüm ama; ülkemizdeki sağlık eğitimi ve sağlık sektörü, daha önce mevcut olan yaygın birinci basamak hekimliğinden kaldırılıp da bugün içinde bulunduğumuz karışık hatta karmakarışık duruma gelince, çözüm önerilerim inancsızlığımdan kifayetsiz kalıyor...

35-44 Kadın Özel muayenehane

"Benim memurum işini bilir"ci anlayışın 20 yılı aşkın süredir toplumumuzda giderek büyüyen ağırlığını ve eğitilmiş kişilerin sistemin başına dert açmasından hareketle toplumu cahil bırakmanın sistemli bir politika olduğunu düşünürsek yazdıklarım çok ulaşılmaz hedefler gibi gelebilir. Neyse ki bu ülkenin geçmişinde Köy Enstitüleri deneyimi var da umudumu koruyorum....

25-34 Kadın Göğüs Hastalıkları Devlet Hastanesi, Üniversite

Şu anda hemen aklıma gelenler bunlar ama kapıda hastalar biriktiği için daha fazla yazamayacağım.

1-54 Kadın Pediatri Özel Hastane

Ek.2 Anket formu

I. Bölüm – Demografik bilgiler

- Yaş (25 altı, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65+)
- Cinsiyet (K / E)
- Uzman/Prat
- Uzmanlık alanınız (.....)
- Mesleğinizi kaç yıldır yürütüyorsunuz? (.....)
- Kamu / özel / kamu + özel
- Çalıştığı kurum (Sağlık ocağı / Devlet Hast / Üniversite / Özel hastane /)
- Çalıştığı kent (.....)

II. Bölüm – Malpraktis olgusu üzerine düşünce ve tutum

1. Sizce malpraktisin gündemde olma nedenleri neler olabilir? (*Birden fazla seçenek işaretlenebilir*)
 - a) Tıbbi uygulama hatalarının sayısı artmaktadır.
 - b) Şikayet / dava sayısı artmaktadır.
 - c) Ceza alan sağlık çalışanı sayısı artmaktadır.
 - d) Tazminat miktarları giderek artmaktadır.
 - e) Diğer:
2. (*1. soruda a seçeneğini işaretlediyseniz*) Tıbbi uygulama hatalarının sayısı neden artıyor olabilir? (*Birden fazla seçenek işaretlenebilir*)
 - a) Tıbbi bilgi ve teknolojinin hızlı gelişimi, buna karşılık mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimin etkinliklerinin yetersiz kalması
 - b) Sağlık hizmetlerinin özelleştiriliyor oluşu
 - c) Sağlık harcamalarını azaltma çabaları sonucunda uygun olmayan tıbbi malzeme alınması/ kullanılması
 - d) SGK'nın uyguladığı geri ödeme sisteminde önceliğin maliyet azaltılmasına verilmesi

- e) Sağlık kuruluşlarındaki altyapı yetersizlikleri
 - f) Yetersiz sağlık çalışanı sayısı
 - g) Performansa dayalı ödeme biçimi
 - h) Hasta sayısının çokluğu
 - i) Sevk sisteminin işletilmemesi
 - j) Toplumun sağlık / hastalık örüntüsündeki değişim
 - k) Toplumun sağlık algısındaki / kültüründeki değişim
 - l) Diğer:
3. (1. soruda b seçeneğini işaretlediyseniz) Şikayet / dava sayısı neden artıyor olabilir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)
- a) Tıbbi uygulamaların başarı şansına ilişkin hastalarda yaratılan yanlış beklentiler
 - b) Toplumun hak arama bilincindeki değişim, hasta hakları alanında sivil toplum örgütlerinin oluşması
 - c) Hasta hakları kavramının yasal düzenlemelerde yer bulması
 - d) Sağlık Bakanlığı'nın hasta haklarına yönelik uygulamalarıyla şikayeti kolaylaştırması (Hasta hakları birimleri, Alo 184 SABİM, Sağlık Bakanlığı internet sayfası vb.)
 - e) Sağlık Bakanlığı'nın birincil sorumlu olarak sağlık çalışanlarını gösteren tutumu
 - f) Medyanın birincil sorumlu olarak sağlık çalışanlarını gösteren tutumu
 - g) Sigorta şirketleri için yeni bir pazar oluşturma çabası
 - h) Yasal düzenlemelerdeki yeni kavramlar (Bilinçli taksir kavramının tıbbi uygulanması gibi)
 - i) Yüksek tazminat kararları
 - j) Diğer:
4. Sizce malpraktisin gündemde olması ile hekime yönelik şiddet arasında bir ilişki var mı?

- a) Kesinlikle ilişki olduğunu düşünüyorum.
 - b) Etkiliyor olabilir.
 - c) Fikrim yok.
 - d) Aralarında ilişki olduğunu sanmıyorum.
 - e) Bence kesinlikle ilişki yok.
5. Lütfen aşağıdaki olguda belirtilen hekim davranışı hakkındaki düşüncenizi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

Acil serviste çalışan Dr. H.A, 24 saatlik nöbetini tutmaktadır ve diğer çalışanlarla birlikte oldukça yoğun bir nöbet geçirmektedirler. Henüz 17. saatte olunmasına karşın, acil servise hizmet almak için başvuran hasta sayısı 120'yi geçmiştir. Baş ağrısı yakınmasıyla başvuran bir hasta Dr.H.A'ya yönlendirilir, hekim hastanın bir taraftan hızla anamnezini alırken diğer taraftan genel durumunu değerlendirmektedir. Başının belli bir bölgesine lokalize olmayan, yaklaşık 2 saattir süren ve herhangi bir uyaranla tetiklenmeyen ağrıya başka bir yakınma eşlik etmemektedir. Hastanın anamnezinde ve fizik muayenesinde baş ağrısına neden olabilecek özel bir durum saptamayan hekim, hastaya peroral bir ağrı kesici reçete eder. Evine dönen hasta, ağrısının geçmemesi üzerine 6. saatte başka bir hastaneye gider, ağrının uzun sürmüş olması nedeniyle bir nöroloji uzmanı tarafından değerlendirilen hastanın çekilen MR'ında yer kaplayan bir lezyon saptanır. Bunun üzerine hasta ilk hekimin hatalı uygulamada bulunduğunu ileri sürerek bir tazminat davası açar. Bunu öğrenen hekim, olası tazminat davalarından korunmak adına acil servise baş ağrısıyla gelen her hastadan MR istemeye başlar ve mesai arkadaşlarına davranışını şöyle savunur:

“Tibben uygun değilse de, kendimizi korumak adına böyle davranılabilir. Tıbbi hataların sorumluluğunun sadece hekimlere yüklenmesi beni bu noktaya itiyor.”

- a) Kesinlikle katılıyorum.
- b) Katılıyorum.
- c) Emin değilim.
- d) Katılmıyorum.
- e) Kesinlikle katılmıyorum.

6. Hekimlere verilen mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası mesleki eğitimin malpraktisi önlemek/azaltmak açısından yeterliğini değerlendiriniz.
 - a) Çok yeterli
 - b) Yeterli
 - c) Emin değilim
 - d) Yetersiz
 - e) Çok yetersiz
7. Kendinizi yetkin hissetmediğiniz, bu nedenle uygulama sırasında malpraktis kaygısı yaşadığınız bilgi ve beceri alanları var mı? *(Bu konudaki değerlendirmenizi bizimle içtenlikle paylaşmanızı diliyoruz. Bunun için aşağıdaki kutuyu kullanabilirsiniz. Yanıtınız eğitime ilişkin önerilerin olgunlaştırılması açısından çok değerli olacaktır.)*

III. Bölüm: Uygulanan ve/veya dile getirilen çözüm önerilerine yaklaşım

8. Sizce malpraktisin belirlenmesi için sadece bilirkişilik kurumundan yararlanılması uygun mudur?
 - a) Bence uygundur.
 - b) Yeterli olmadığı bazı olgular söz konusu olabilse de, genel olarak uygundur.
 - c) Fikrim yok.
 - d) Genel olarak bilirkişilik kurumunun malpraktisin belirlenmesinde yetersiz kaldığını düşünüyorum; başka yöntemlerle birlikte uygulanmalıdır.
 - e) Kesinlikle uygun değildir; bir başka yöntem uygulanmalıdır.
9. Malpraktisin belirlenmesinde standart uygulama kılavuzlarının işlevi hakkında düşüncelerinizi en iyi hangi seçenek ifade eder?
 - a) Malpraktisin belirlenmesinde bence bu yöntem kullanılmalıdır. Böylece standart, bilimsel ve nesnel bir değerlendirme olanaklı olur.

- b) Genel olarak yeterli olacağını düşünüyorum.
- c) Fikrim yok.
- d) Kılavuzların tek başına yeterli olabileceğinden kuşkuluyum. Bilirkişilik yöntemiyle birleştirilmesi malpraktisin daha doğru saptanmasına olanak sağlayacaktır.
- e) Kesinlikle uygun olmaz; bilirkişilik yönteminin yerini tutamaz.

Mesleki sorumluluk sigortası

10. Mesleki sorumluluk sigortası yaptırdınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

11. Yoksa, yaptırmayı düşünüyor musunuz?

- a) Evet
- b) Emin değilim
- c) Hayır

12. Sizce bu tür bir sigorta zorunlu tutulmalı mı?

- a) Evet
- b) Fikrim yok
- c) Hayır

13. Ülkemizde var olan sigorta paketlerinin içeriklerini/kapsayıcılıklarını biliyor musunuz?

- a) Evet
- b) Kısmen
- c) Hayır

14. Sigorta paketlerinin yeterince kapsayıcı/hekimi koruyucu olduğunu düşünüyor musunuz?

- a) Evet
- b) Kısmen

- c) Hayır
- d) Fikrim yok
15. Sizce sigorta uygulaması neden gündeme getirilmektedir? (*Birden fazla seçenek işaretlenebilir*)
- a) Tazminatların ödenirliğini güvence altına almak için
- b) Hekimlerin daha rahat çalışmalarını sağlamak için
- c) Yeni bir sigorta pazarı oluşturmak için
- d) Fikrim yok
- e) Diğer:
16. Sizce sigorta uygulaması sunulan sağlık hizmetini nasıl etkiler? (*Birden fazla seçenek işaretlenebilir*)
- a) Olumlu etkiler. Çünkü hem hekim hem hasta kendisini güvencede hisseder. Böylece daha nitelikli bir hizmet sunulabilir.
- b) Fikrim yok
- c) Olumsuz etkiler. Çünkü sigorta uygulaması malpraktisi azaltmaz, ayrıca hekimi artan tazminatlara karşı koruyamaz. Bu nedenle hekimin uygulamaları tazminat davalarının yarattığı kaygıdan etkilenir.
- d) Etkilemez.
- e) Diğer:

Tazminatlar

17. Sizce malpraktis davaları sonucunda hekimlerin tazminat ödemeleri, malpraktis oluşumunu nasıl etkiler?
- a) Artırır.
- b) Etkilemez.
- c) Azaltır.
- d) Fikrim yok.
- e) Diğer:

18. Tazminatlar sunulan sağlık hizmetini nasıl etkiler?

- a) Olumlu etkiler. Çünkü hekim bu yaptırıma uğramamak için kendisini sürekli geliştirir, mesleğini daha özenli uygular.
- b) Fikrim yok
- c) Olumsuz etkiler. Çünkü bu sistem kötüye kullanıma açıktır. Ayrıca hekimlerin dava açılmasını engellemek için “korunmacı tıp” uygulayarak gereksiz tanı yöntemleri uygulama ve riskli hastalara hizmet sunmama olasılıkları artar.
- d) Diğer:

Kamusal fon (Hizmet sunumu nedeniyle oluşan zararların, primleri sağlık hizmeti sunanlar ve/veya kamusal kaynaklarca ödenerek oluşturulan bir fondan tazmin edilmesi olarak özetlenebilir. Bu uygulamada tıbbi uygulamadan zarar gören kişi ön plandadır; kusurlu kişi ya da kurumu cezalandırmak değil, kişinin zararını tazmin etmek önemsenir. Kusur olup olmadığına, kusurun nerede olduğuna bakmaksızın kişiye tazminat ödenir. Kusur değerlendirmesi ayrıca yapılır, bu değerlendirme ise kusurun tekrarlanmaması için ne yapılması gerektiğine odaklanır.)

19. Lütfen kamusal fon önerisi hakkındaki düşünceinizi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

- a) Bu öneri şimdiki tazminat sistemine göre daha insancıldır, ayrıca malpraktisin azaltılmasına daha çok katkıda bulunur. Kesinlikle uygulanmalıdır.
- b) Kötüye kullanıma açık olabileceği, şikayetleri artırabileceği için kuşkuyla yaklaşıyorum. Yine de avantajları daha baskın olduğu için uygulanmalıdır.
- c) Fikrim yok.
- d) Böyle bir sistemin kötüye kullanılma olasılığı yüksektir ve bu olasılık sadece avantajlarına bakarak karar vermemizi engeller.
- e) Kamusal fon uygulaması uygun bir öneri değildir. Çünkü tazminatı herkes değil kusurlu kişi ve/veya kurum ödemelidir.

Hata analizi (Hataların tamamen ortadan kaldırılamayacağını, bunu insanın doğasında var olduğunu kabul edip, temel olarak hataların zarara

yol açmasını engelleyecek sistemik önlemler alınmasına odaklanan, bir zarar oluştuğunda ise hatayı yapan kişiyi değil işe yaramayan önlemi ya da sistemin yetersiz kaldığı noktayı bulmaya ve böylece zararın tekrarlanmamasını sağlamaya çalışan yaklaşımlar)

20. Lütfen, hizmet sunumu kaynaklı zararların geriye dönük değerlendirilmesinde hata analizi yapılması önerisi hakkındaki düşüncenizi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

a) Uygulanmalıdır. Çünkü:

- Kişileri suçlayarak malpraktis sorununu çözemeyiz.
- Hataların ortaya çıkmasını sağlar, önlem alınmasını kolaylaştırır.
- Diğer:

b) Fikrim yok.

c) Uygulanmamalıdır. Çünkü:

- Kişilerin sorumluluklarını göz ardı eder.
- Böyle bir analiz yapmak olanaksızdır.
- Diğer:

Bildirim (Zarar oluşması durumunda suçlu kişi bulmaya değil, sistemin hangi noktalarda aksadığını veya yetersiz kaldığını araştırarak zararın tekrarlanmasını engellemeye yönelik yaklaşımın bir boyutu. Böyle bir yaklaşımda sağlık çalışanları yaptıkları ya da tanık oldukları hataları birbirleriyle ve yöneticilerle paylaşırlar. Amaç hataların üstünün örtülmemesini sağlayarak zararın tekrarlanmasını önlemektir ve bu bilgi sadece zararın tekrarlanmasını önlemeye yönelik olarak kullanılır).

21. Lütfen, hataların bildirilmesine yönelik bu öneri hakkındaki düşüncenizi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

a) Öneriyi kesinlikle destekliyorum.

b) Yaşama geçirilebileceğine ilişkin kuşkularım var, ancak yine de benimsemelidir.

c) Fikrim yok

d) Yaşama geçirilebileceğine ve işe yarayabileceğine ilişkin derin

kuşklarım var. O nedenle desteklemiyorum.

e) Öneriyi kesinlikle desteklemiyorum.

IV. Bölüm - Kendi önerileriniz

22. Lütfen aşağıdaki kutuya, malpraktisin önlenmesi / azaltılması, belirlenmesi ve malpraktis oluştuktan sonraki aşamada yapılması gerekenlere yönelik önerilerinizi yazınız.

Bu soru, araştırmanın temel amacı olan, sizlerin malpraktisin önlenmesi, belirlenmesi ve sonraki aşamalarda neler yapılması gerektiğine ilişkin önerileriniz, saptamaya yöneliktir. Önerileriniz gerek akademisyenlere, gerekse meslek örgütüne, gerekse de sağlık politikalarını belirleyenlere yol gösterecektir. O nedenle lütfen olanaklı en fazla emek ve zamanınızı bu bölüme ayırmanızı diliyoruz.

Değerli katkılarınız için teşekkür ederiz. Araştırma sonuçlarını sizinle paylaşacağız. Her türlü soru ve katkı için araştırmacılarla iletişim kurabilirsiniz:

Doç. Dr. Murat Civaner / Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Etiği Anabilim Dalı

mcivaner@gmail.com

Uzm. Kızılca Yürür / İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Tıp Etiği Anabilim Dalı

kizilca2002@yahoo.com

Doç.Dr. Kayıhan Pala / Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

kpala@uludag.edu.tr

Ek.3 TTB Malpraktis Bildirgesi

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ MALPRAKTİS BİLDİRGESİ

4-5 Nisan 2008 tarihlerinde Ankara’da düzenlenen “Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeler Çalıştayı”nda kabul edilmiştir.

20 Haziran 2009 tarihinde Ankara’da düzenlenen “Türk Tabipleri Birliği II. Etik Bildirgeler Çalıştayı”nda güncellenmiştir.

Malpraktis, tıbbi uygulamadaki bilgi-beceri eksikliği ya da ihmal nedeniyle hizmet sunulan kişinin sağlığına zarar gelmesi anlamına gelmektedir. Bununla birlikte, Türk Tabipleri Birliği, “malpraktis” teriminin Türkçeleştirilmesi ve “sağlık hizmetinden kaynaklanan zarar”, “tıbbi uygulama hataları” anlamlarını kapsayacak daha uygun bir karşılık bulunması çabası içindedir.

Hekimin sorumluluğu, hizmet sunarken hata yaparak zarara neden olmamak için bilgi ve becerisini yetkinleştirmek ve hizmet sunumunda yeterli özeni göstermektir. Bununla birlikte, malpraktis oluştuğunda tüm sorumluluk yeterli değerlendirme yapılmadan yalnızca hekime yüklenemez. Çünkü sağlık hizmetini sadece hekim sunmaz; hizmet, diğer sağlık çalışanlarıyla, çalışma koşullarıyla, altyapı olanaklarıyla, uygun nitelikte hizmet için gerekli malzemelerle, örgütlenme biçimi ve yönetsel boyutuyla bir bütündür. Dolayısıyla malpraktisteki sorumlulukları belirlerken, başta sağlık hizmetlerinin örgütlenme ve sunum biçimi olmak üzere ilgili boyutların tümü göz önüne alınmalıdır. Türk Tabipleri Birliği bu vesile ile sağlık çalışanlarını malpraktisin tek sorumlusu olarak göstererek çalışanlara yönelik sözlü ve fiziksel şiddetin artmasında rol oynayan tüm kesimlerin, özellikle de politikacılar ile yazılı ve görsel basın organlarının dikkatini çeker, kamuoyunu bilgilendirir.

Türk Tabipleri Birliği malpraktise yönelik sigorta uygulamasının sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi sürecinin bir parçası olduğunu ve sigorta uygulamasının malpraktisi önlemeye değil sağlık ortamında yeni bir pazar geliştirmeye yönelik olduğunu saptar. Bu uygulamayla;

- Meslektaşlar ve hasta-hekim arasında güven ilişkisinin zedeleneceğini,
- Korunmacı tıp uygulamalarının ve dolayısıyla gereksiz sağlık

harcamalarının artacağını,

- Tıp uygulamalarının Amerika Birleşik Devletleri örneğinde olduğu gibi sigorta ve hukuk şirketlerince yönlendirilmesine zemin hazırlanacağını,
- Malpraktis olgularının değil, yüksek riskli girişimleri uygulamaya istekli hekimlerin azalacağını öngörür.

Sağlık hizmetinden kaynaklanan zararları azaltmanın yolu, sigortacılık yaklaşımıyla risk gerçekleştikten, diğer deyişle zarar oluştuğundan sonra zararın maddi olarak tazmin edilmesi değildir. Bunun için,

- Sağlık hizmetlerinin devlet tarafından örgütlenmesi ve finanse edilmesi,
- Gereksinime göre hizmet sunumu için önkoşul olan uygun nitelikteki altyapının sağlanması,
- Mezuniyet öncesi ve sonrası eğitime tüm ülke çapında uygun niteliklerin kazandırılması,
- Sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının iyileştirilmesi,
- Sağlık hizmetinden kaynaklanan zararın, sağlık hizmeti sunan bütün kurumların maddi katkıda bulunduğu bir kamusal yapı tarafından tazmin edilmesi
- Hataya yol açan nedenlerin derinlemesine soruşturularak tekrarının önlenmeye çalışılması

gerekir.

Türk Tabipleri Birliği hataların azaltılması için hekimin üzerine düşen sorumlulukları anımsatmakla birlikte, öncelikle ve önemle, yukarıda sözü edilen koşulların yerine getirilmesi için sağlık politikalarını belirleyenlere çağrıda bulunur.