

Aile hekimlerine hatalı tıbbi uygulamalar hakkında bazı ipuçları

Some tips for family physicians about malpractice

Nazan Karaoğlu¹

Özet

Mesleki standartlardan sapma olarak nitelenen hatalı tıbbi uygulamadan (HTU) tüm hekimler kaçınmalıdır. Bu makale, HTU'dan kaçınmaları ve HTU yaptıklarında izleyecekleri yol konusunda aile hekimlerine basit bazı ipuçları sunmaktadır.

Anahtar sözcükler: Hatalı tıbbi uygulama, aile hekimliği, ipuçları.

Summary

Malpractice is defined as lapses of professional standards and must be avoided by all doctors. This article aims to give some simple tips for family physicians to avoid malpractice and what should be done in cases of malpractice.

Key words: Malpractice, family medicine, tips.

Hekimliğin varoluş nedeni insan sağlığını korumak, hastalığı iyileştirmektir. Bu varoluş nedeni, belki de sürekli gelişen hekimliğin değişmeyen tek yanıdır.^{1,2} Hekimliğin gelişim sürecine tıbbi hataların eşlik etmesi de önlenememiştir;³ ne tıbbi hatalar yenidir ne de bu konudaki endişeler.⁴ Hastaya yardım etmek/zarar vermemek çatışması hekimin yaşadığı en büyük zorluklardan biridir. Son yıllarda, sağlık politikalarındaki değişimler, yasal düzenlemeler, hasta hakları bilincinin, iletişim teknolojilerinin gelişimi sonucu, tıbbi hatalar ve hasta güvenliği tıp literatüründe daha geniş bir yer tutmaya başlamıştır.^{2,4} Sağlık kuruluşları ve sağlık eğitimcileri tıbbi hataların en aza indirilmesine ve hasta güvenliğinin ön planda tutulmasına çalışmaktadırlar.⁵⁻¹²

Hatalı Tıbbi Uygulama (HTU) ya da Malpraktis Ne Demektir?

Genel bir tanımla hatalı tıbbi uygulama mesleki standartlardan sapmadır.¹³ Bu tanım, hastaya müdahale yetki-

si taşıyan tüm sağlık çalışanlarının öneri ve uygulamaları ile hastalığın normal seyrinin dışına çıkmasının yol açtığı olayların tümünü içerir.²

Görece, daha az invaziv girişim yapan birinci basamak hekimi, girişimsel uygulamalara dayalı uzmanlıklara göre, malpraktis iddiasıyla tarihsel olarak daha az karşılaşmıştır. Ancak son yıllarda sağlık politikalarının ve hekimlik uygulamalarının gelişimi birinci basamak hekimlerini de daha çok girişim yapmaya yöneltmektedir.¹³ Öte yandan, birinci basamakta HTU şikayetlerinin başta gelen nedeni girişimler değil, tanı hatalarıdır.¹⁴ HTU nedeniyle şikayet edilen tıp dalları sıralamasında kadın hastalıkları ve doğum ile iç hastalıkları uzmanlarından sonra üçüncü sırada aile hekimleri gelmektedir.¹³

Günlük pratikte kolayca uygulanabilecek bazı ipuçları ile aile hekimlerinin HTU'dan mümkün olduğunca kaçınmaları ve şikayetleri en aza indirmeleri mümkündür. Bu ipuçları şöyle sıralanabilir:

¹ Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Yard. Doç. Dr., Konya

İyi Anamnez Alma ve Fizik Muayene Becerisi

Tanı teknolojilerindeki büyük gelişime rağmen anamnez ve fizik muayene önemini korumaktadır.¹⁴

Hasta ile İyi İletişim Becerisi

Birinci basamak hekimlerine yönelik şikayetlerin hekim-hasta ilişkisi ve sağlık bakımı eşgüdümünün kalitesiyle ters ilişkili olduğu saptanmıştır.¹⁵ İyi iletişimin, tedaviye uyumu, hekime duyulan güveni ve hasta memnuniyetini artırdığı, hekim-hasta tartışmalarını ve malpraktis iddialarını azalttığı gösterilmiştir.¹⁶⁻¹⁸ Hasta, hekimin, kendisini dinlediğini hissettiğinde, bulgularını daha ayrıntılı biçimde anlatmakta, tanı için değerli ipuçları vermektedir.¹⁷

En Sık HTU Şikayetine Sebep Olan Alanlarda Eğitim Alma

En önemli hatalar ciddi bir hastalığın tanısında yanlış ve yanlış tedavi uygulamalarıdır. Amerika'da 1985-2000 yılları arasında aile hekimleri ve iç hastalıkları uzmanlarının şikayete neden olan tanı hataları sırasıyla

- Akut miyokard enfarktüsü
- Habis akciğer ırları,
- Habis bağırsak ırları ve
- Kadınlarda habis meme ırlarıdır.¹³ Aile hekimliği eğitiminde ulusal düzeyde bu konulardaki kılavuzlardan yararlanılması yararlı olabilir.

Bilgilendirilmiş Onay

Aile hekiminin izleyebileceği en iyi yol, her uygulamadan önce hastasını yarar, risk ve yan etkiler konusunda aydınlatmak ve bilgilendirilmiş onayını almasıdır.¹³ Rutin laboratuvar incelemeleri için kan alma, kadın-doğum muayenesi (hekimin yanında bir yardımcının olması önerilir), Foley sondası takma/çıkarma, yaygın tedavi ilaçlarını reçeteleme, mamografi, düz grafiler, manyetik rezonans görüntüleme, bilgisayarlı tomografi gibi uygulamalar için yazılı bilgilendirilmiş onay gerekmesede sözlü onay alınmalıdır. Genetik testler, artrosentez, parasetez, lomber ponksiyon, her çeşit biyopsi, her çeşit

kozmetik uygulama, ilaç uygulamaları, kan ve kan ürünlerinin uygulanması, endoskopi, eklem içi enjeksiyonlar, kasiçi ya da ağızdan (kısa etkili olanlar hariç) steroid tedavisi, aşılama (influenza, pnömokok, hepatit, seyahat öncesi aşıları ve her türlü aşı dahil) öncesinde hastanın yazılı bilgilendirilmiş onayının alınması önerilmektedir.¹³

Özel Hasta Gruplarında Uygun Tarama Testlerini ve Uygun Yaklaşımları Bilme

Üstünde, genellikle çok durulmayan, iki hasta grubu unutulmamalıdır. Birincisi yaşlı hasta grubunda karşılaşılan çoklu sistem hastalıkları ve motor-mental fonksiyon bozukluklarıdır.¹⁹ Bu hastalarda bilişsel işlevler belli aralıklarla değerlendirilip kaydedilmesi hekim açısından önem taşır.

Diğer önemli bir hasta grubu da ergenlerdir: Gebe kalan gençlerden %90'dan fazlasının gebe kalmadan önceki bir yıl içinde aile hekimlerine korunma yöntemleri hakkında danıştığı saptanmıştır.²⁰ Ergenlerde sıkça görülebilen, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, alkol ve madde kullanımı bozuklukları unutulmamalıdır. Birinci basamak hekimi, gençlere danışmanlık ve eğitim verme açısından çok önemli bir konuma sahiptir.²¹

Hekimin Sorumluluk Alanındaki Diğer Personelin Seçiminde Dikkatli Olması

Birinci basamak hekimleri özellikle kendi ofislerinde hizmet veren sağlık personelinin (hemşire, ebe, laborant ve varsa diğerleri) ile ofiste çalışan diğer personelin hizmetinden sorumludur; onların işvereni olarak yeterli bilgi, beceri ve deneyime sahip olduklarından emin olmalıdır.¹³

Ofiste Hasta Güvenliğini Tehlikeye Sokabilecek Risklerin Saptanması ve Denetlenmesi

Herhangi bir nedenle hasta güvenliğinin tehlikeye girdiği düşünülüyorsa, mümkünse bu durum düzeltilmelidir. Birinci basamak hekimi bu durumu kendisi düzeltmiyorsa üst mercilere haber vermelidir. Üst merciler konunun çözümü için yardımcı olmazsa bağımsız görüş alınmalı ve birinci basamak hekimi, endişelerinin çözümü için attığı adımları kaydetmelidir.²²

Birinci basamak hekimi öncelikle ofisinde ya da çalıştığı yerde hasta güvenliğini tehlikeye sokabilecek durumları saptamalıdır. Hasta gözlem odaları, bekleme odası, kan ve vücut sıvılarıyla temasın olabileceği her yer, acil müdahale donanımı ve tıbbi atık ve kimyasalların saklanması depolandığı yerler incelenerek eksikler saptanıp giderilmelidir.¹³

İnceleme Sonuçlarının İzlenmesi ve Düzgün Kaydının Sağlanması

Hekimin istediği laboratuvar testleri, grafilerin sonuçlarını hasta dosyasına kaydetmeden mutlaka değerlendirilmelidir. Eğer hasta sonuçların değerlendirilmesi için gelmediyse hasta ile bağlantı kurarak yeni bir randevu verilmesi ya da en azından uygun durumlarda telefonla bilgi verilmelidir ve bu işlem hasta dosyasına kaydedilmelidir. Örneğin, hasta mamografisi hakkında telefonla bilgilendirildi ve genel cerrahi konsültasyonu önerildi gibi.¹³

Elektronik hasta kayıt sistemlerinin avantajlarından biri de hekime laboratuvar sonuçları, randevusuna gelmeyen hastalar ya da belirli hastalarda uygun tarama testleri için uyarı verebilmesidir.

İyi Hekimlik Uygulaması

İngiltere Genel Tıp Konseyi'nin "İyi Hekimlik Uygulamaları" hakkındaki 13 Kasım 2006 tarihli raporu, "hastanın hekimine sağlığı ve hayatı için güvenmesi gerektiğini, hekimin bu güveni hak etmek için yapması gerekenleri" açıklanmıştır.²² Hekimin yapması gerekenler;

- Hasta hekimin birincil kaygısı olmalıdır.
- Hekim hem hastanın hem de toplumun sağlığını korumalıdır.
- Hasta bakım ve tedavisi uygulama standartları iyi olmalıdır.

Bu;

- Bilgi ve becerilerin güncellenmesi,
- Kendi sınırlarını bilme ve bu sınırlar içinde davranma,
- Meslektaşlar ile hastanın yararına olacak şekilde işbirliği ile sağlanabilir.

- Hekim hastaları birey olarak tedavi etmeli ve onurlarına saygı göstermelidir. Bunun için;
 - Hastayı kibarca ve saygıyla tedavi etmeli,
 - Hastanın mahremiyetine saygı göstermelidir.
- Hekim hastalarla işbirliği yapmalıdır. Hastayla işbirliği;
 - Hastayı dinlemek, endişe ve tercihlerine yanıt vermek,
 - Hastaya anlayabileceği şekilde bilgi vermek,
 - Hastanın bakım ve tedavisi hakkındaki kararlara katılma hakkına saygılı olmak,
 - Hastanın kendi kendine bakım konusunda desteklenmesi ile sağlanır.
- Hekim açık ve dürüst olmalı, namuslu davranmalıdır. Bunun için;
 - Hastayı riske atmamak, meslektaşlarından biri hastayı riske atıyorsa geç kalmadan harekete geçmek,
 - Asla hasta ya da hekimlere karşı ayrımcılık ve adaletsizlik yapmamak,
 - Hastanın ve toplumun hekime güvenini kötüye kullanmamak gerekir.

HTU konusunda hekimlere ve hekim adaylarına verilebilecek en önemli ipucu "iyi hekimlik" uygulamalarıdır.²² Hasta ve ailesi ile tedavi planının yararları, riskleri ve olası komplikasyonları konusunda iletişim içinde bulunmanın önemi unutulmamalıdır.¹³

HTU'yu Bildirmek

HTU'da ikinci önemli konu, oluşan HTU'yu bildirmektir. Tıbbi bir hatayı açıklamanın ilk basamağı bir tıbbi hata olup olmadığını saptamaktır.²³ Hekim adaylarının bilgi düzeyinin yükselmesinin, tıbbi hatayı tanıma oranını artırarak yapılan ya da tanık olunan tıbbi hatayı bildirme oranını artırdığı gösterilmiştir.²⁴

Hekim kendisinden beklentisi yüksek bir insan olarak yetiştirilir; hasta ve meslektaşlarının önünde hatasını itiraf etmesi güçtür.^{4,25} Bir tıbbi hatayı bildirmek güçtür; hatayı bildirmenin yükü, bildirim getirisini, neyin bildirileceğinin muğlaklığı, tıbbi hatanın ciddiyetinin ya da sorumlunun belirlenmesinin zorluğu bildirimini güçleştirmektedir.²⁵

Öncelikle bu engelleri aşan dürüst bir iletişim kurulmalıdır.²⁶ Hekim, hatasını, savunmaya girmeden, nesnel bir şekilde hastasına açıklamalıdır.⁴ Tıbbi hatanın ciddiyetinin önemli olduğu, görece daha az önem taşıyan hataların daha az bildirildiği gösterilmiştir.^{26,27} Aslında en zor durum herhangi bir zarara yol açmayan bir tıbbi hatanın yapılmış olmasıdır.⁴ Bu durumda da hastanın olayı bilmeye hakkı vardır. Açıklama, hastaya sağlık durumunun stabil olduğu ve anlatılanı anlayabileceği zamanda ve uygun yerde yapılmalıdır.⁴ HTU bildiriminde da birinci basamak hekimlerine verilebilecek bazı ipuçları vardır.

Hastaya tıbbi hatayı açıklarken;

- Bu konuda yardımcı olabilecek servis şefi, bölüm sorumlusu gibi birine haber vermek,
- Olay hakkında ne biliniyorsa ortaya koyup olası sonucu üzerine yoğunlaşmak,
- HTU ile ilgili açıklamayı hastanın sormasını beklemeden başlatmak,
- Hatanın nasıl düzeltileceği ve tekrarının nasıl önlenmesi konusunda bir plan oluşturmak.
- Uygun durumlarda hemen başka bir görüş almayı önermek,
- Bir aile görüşmesi yapmak ve avukatların da görüşmede bulunmasını önermek,
- Önemli tartışmaları not etmek,
- İzleme önermek,
- Yoğun duygusal dışavurumlara hazır olmak,
- Hatanın sonucu için sorumluluğu almak ancak suçlanmaktan kaçınmak,
- Özür dilemek ve olaydan duyulan üzüntüyü belirtmek.⁴

Eşduyum (empati); karşısındaki kişinin duygu ve düşüncelerini anlayıp paylaşabilmektir.²⁸ Hasta-hekim ilişkisinin temel taşlarından olan empati iletişim becerisinin önemli bir unsurudur.²⁸ Bir hekimin “üzgünüm” diyebilmesi hasta tarafından genellikle olumlu algılanır ve hasta-hekim ilişkisinin güçlenmesini sağlayabilir.⁴ Eğer tıbbi hata tıbbi izlemeyi gerektiriyorsa hastaya açıklanmalı ve yardımı istenmelidir. Hasta böylece hekimi sadece pişman olan kişi olarak değil, hatayı düzeltmeye ve daha fazla zarar görmesini engellemeye çalışan kişi olarak gö-

recektir. Hastaya ikinci bir görüş alma şansı vermek ya da hasta-hekim ilişkisi bozulmuşsa hastayı başka bir hekime yönlendirebilmek önemlidir ve önerilmelidir.⁴

Sonuç

Akademik eğitim sırasında HTU'nun tanınması ve bildirilmesinin öğretilmesi hem hekimler hem hastalar için gereklidir ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracaktır.²⁹⁻³¹ HTU'ların önlenmesi ve hasta güvenliği kültürünün oluşmasında disiplinler arası takım çalışması önemlidir.³² Hasta güvenliği kültürü oluşturulurken de HTU'yu öncelikli olarak herkes için eğitim ve öğrenim şansı olarak görüp, tıbbi hatalardan ders çıkarabilmek ve “kim yaptı?” yerine “ne oldu” diyebilmek gereklidir.⁸

Son olarak birinci basamak hekimlerinin, son yıllarda ülkemizdeki HTU davaları ile bu konudaki yasal düzenlemelerden haberdar olmaları da gereklidir. Örneğin; 1998'de Resmi Gazete'de yayınlanan “Hasta Hakları Yönetmeliği”nin 7. bölümünün 37. maddesi “herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu istemek hakları vardır” denmektedir.³³ T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü de 2005'te “hizmet kusuru” ile ilgili genelgesinde Bakanlık aleyhine açılan dava kayıtlarının incelenmesinde hizmet kusuru nedeniyle açılan davaların sebeplerini

- Yanlış teşhis ve tedavi,
- Ameliyat öncesi ve sonrası gelişen komplikasyonlar,
- Doğum esnasında ve sırasında gelişen komplikasyonlar,
- Hastane idaresinden kaynaklanan problemler,
- Hatalı enjeksiyon,
- Hatalı laboratuvar tetkikleri,
- Poliklinik ve sevk işlemlerinde yanlış yönlendirmeler,
- Acil servis hizmetlerinin yetersizliği olarak belirlenmiştir.³⁴ Hizmet kusuru nedeniyle açılan davaların nedenlerinin birinci basamak hekimlerini de yakından ilgilendirdiği görülmektedir. Hekimlerin HTU'dan kaynaklanan hukuki sorumluluğunun üç boyutlu olduğu unutulmamalıdır:

1. Cezai sorumluluk,
2. Akçeli sorumluluk ve
3. Disiplin sorumluluğu.³⁵

Kaynaklar

1. Tallis RC. Doctors in society: medical professionalism in a changing world. Editorial. *Clin Med* 2006; 6: 7-12.
2. İnce H, İnce N, Özyıldırım BA, Safran N. Hatalı tıbbi uygulama ve korunma yolları. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi* 2005; 68: 123-7.
3. Bulun M. Hammurabi'den günümüze (ve geleceğe) hasta güvenliği. *Hasta Güvenliği Dergisi* 2009; 1: 6-7.
4. Hébert PC, Levin AV, Robertson G. Bioethics for clinicians: 23. Disclosure of medical error. *CMAJ* 2001; 164: 509-13.
5. Wakefield A, Attree M, Braidman I, Carlisle C, Johnson M, Cooke H. Patient safety: do nursing and medical curricula address this theme? *Nurse Educ Today* 2005; 25: 333-40.
6. Milch CE, Salem DN, Pauker SG, Lundquist TG, Kumar S, Chen J. Voluntary electronic reporting of medical errors and adverse events. An analysis of 92,547 reports from 26 acute care hospitals. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 165-70.
7. Roberts V, Perryman MM. Creating a culture for health care quality and safety. *Health Care Manag (Frederick)* 2007; 26: 155-8.
8. Walton MM. Hierarchies: the Berlin Wall of patient safety. *Qual Saf Health Care* 2006; 15: 229-30.
9. Sandars J, Bax N, Mayer D, Wass V, Vickers R. Educating undergraduate medical students about patient safety: priority areas for curriculum development. *Med Teach* 2007; 29: 60-1.
10. Garbutt J, Brownstein DR, Klein EJ ve ark. Reporting and disclosing medical errors: pediatricians' attitudes and behaviors. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161: 179-85.
11. Ilan R, Fowler R. Brief history of patient safety culture and science. *J Crit Care* 2005; 20: 2-5.
12. Demiris G, Patrick TB, Austin Boren S. Assessing patient safety awareness and needs in rural hospitals in one US state. *Inform Prim Care* 2004; 12: 157-62.
13. Blackston JW, Bouldin MJ, Brown CA, Duddleston DN, Hicks GS, Holman HE. Malpractice risk prevention for primary care physicians. *Am J Med Sci* 2002; 324: 212-9.
14. Singh H, Thomas EJ, Khan MM, Petersen LA. Identifying diagnostic errors in primary care using an electronic screening algorithm. *Arch Intern Med* 2007; 167: 302-8.
15. Rodriguez HP, Rodday AM, Marshall RE, Nelson KL, Rogers WH, Safran DG. Relation of patients' experiences with individual physicians to malpractice risk. *Int J Qual Health Care* 2008; 20: 5-12.
16. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns* 2009; 74: 295-301.
17. Stepien KA, Baernstein A. Educating for empathy: a review. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 524-30.
18. Kosunen E. Teaching a patient-centred approach and communication skills needs to be extended to clinical and postgraduate training: a challenge to general practice. *Scand J Prim Health* 2008; 26: 1-2.
19. Karaoglu N, Karaoglu MA. A study about elderly diseases in internal medicine outpatient clinic of a private hospital. *Turkish Journal of Geriatrics* 2009; 12: 130-7.
20. Tripp J, Viner R. ABC of adolescence: Sexual health, contraception, and teenage pregnancy. *BMJ* 2005; 330: 590-3.
21. Karaoglu N, Yücalan Önal ÖB, Karaoglu MA. Knowledge of sexual health and contraception among university students: A study in Campus Health Center of Selçuk University. *e-Journal of New World Sciences Academy* 2009; 4: 26-34.
22. General Medical Council. Good Medical Practice. London, GMC, 2006.
23. White AA, Gallagher TH, Krauss MJ ve ark. The attitudes and experiences of trainees regarding disclosing medical errors to patients. *Acad Med* 2008; 83: 250-6.
24. Karaoglu N, Şeker M, Kara F, Okka B. Knowledge of new entrant medical students about medical errors in Selçuk University: an educational perspective. *Turk Klin Tıp Bilim Derg* 2008; 28: 663-71.
25. Elder NC, Graham D, Brandt E, Hickner J. Barriers and motivators for making error reports from family medicine offices: a report from the American Academy of Family Physicians National Research Network (AAFP NRN). *J Am Board Fam Med* 2007; 20: 115-23.
26. Garbutt J, Brownstein DR, Klein EJ ve ark. Reporting and disclosing medical errors: pediatricians' attitudes and behaviors. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161: 179-85.
27. Dökmen Ü. Empatinin yeni bir modele dayanılarak ölçülmesi ve psikodrama ile geliştirilmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 1988; 11: 155-90.
28. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A cross-sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med* 2007; 22: 1434-8.
29. Madigosky WS, Headrick LA, Nelson K, Cox KR, Anderson T. Changing and sustaining medical students' knowledge, skills, and attitudes about patient safety and medical fallibility. *Acad Med* 2006; 81: 94-101.
30. Halbach JL, Sullivan LL. Teaching medical students about medical errors and patient safety: evaluation of a required curriculum. *Acad Med* 2005; 80: 600-6.
31. Patey R, Flin R, Cuthbertson BH ve ark. Patient safety: helping medical students understand error in healthcare. *Qual Saf Health Care* 2007; 16: 256-9.
32. Cook AF, Hoas H, Guttmanova K, Joyner JC. An error by any other name. *Am J Nurs* 2004; 104: 32-43.
33. Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete 1998; Sayı: 23420.
34. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Genelge. Sayı: B100THG0100013 18.01.2005/1128. Konu: Hizmet Kusuru.
35. Hakeri H. Hekimin tıbbi hatalardan kaynaklanan hukuksal sorumluluğunun üç boyutu. <http://www.medimagazin.com.tr/mm-hekimin-tibbi-hatalardan-kaynaklanan-hukuksal-sorumlulugunun-uc-boyutu-ky-51008.html> adresinden 26/02/2010 tarihinde erişilmiştir.

Geliş tarihi: 04.02.2010

Kabul tarihi: 09.06.2010

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Uzm. Dr. Nazan Karaoglu

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi

Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı (TEBAD)

Akyokuş, Meram 42080 Konya

GSM: (0533) 660 57 06

e-posta: drnkaraoglu@gmail.com, drnkaraoglu@yahoo.com.tr