

Etik Raporlar

4 Haziran 2004 Etik Kurul Raporu ile 23 Eylül 2004 tarihli Komisyon Raporu

Üniversitemizde nöroetik konusundaki iki çalışma (rapor) olduğu saptanmıştır. Bunlar: 4 Haziran 2004 “Yaşam Hakkı” ile 23 Eylül 2004 tarihinde “Nörovasküler Komisyon”

Zamanımızda bazı konular hakkında görüş oluşturulması gerekli olmaktadır. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu olarak, “Nöroetik” kapsamında olmak üzere başlıca iki çalışmanın olduğu saptanmıştır. Bunlar;

1. 4 Haziran 2004 tarihli bir olgu nedeniyle oluşturulan “yaşam hakkı” konusundaki görüşler
2. 23 Eylül 2004 tarihinde “Nörovasküler İşlemler” için oluşturulan Komisyonun Raporudur

Bu değerlendirmeler eklenerek konu hakkında yapılan görüşler sunulmaktadır.

YAŞAM HAKKI

**Bir olgu nedeniyle,
4 Haziran 2004 tarihli Etik
Kurul Değerlendirmesi**

Yapmayın =RED), ötenazi gibi konular üzerinde durulduğu görülecektir.

Etik Kurul olarak bir olgu nedeniyle yapılan değerlendirme aşağıda sunulacaktır. Burada DNR (Do Not Resuscitate) ___= Canlandırma

Etiksel Değerlendirme

Bu toplantıda düşünsel boyut üzerinde durulacaktır. Vurgulananların olgu ile bir ilintisi kurulmamalıdır. Doğmamışın hakları soyut anlamda, eğitsel amacı öne çıkararak daha sonra bile olsa, değerlendirilmesi hedeflenmektedir.

Adalet: Hakların herkese aynı dozda ve eşit olarak verilmesi değil, olgu ve oluşum/işlev bazında gereği gibi, kısaca layığına göre verilmesi, doğruluk bazında hakların tanınması ile adalet kavramı oluşmaktadır. Mahkemeler, olgu bazında yasaları ve hukuksal yaklaşımı yapmaya, yorumlamaya ve uygulamaya özen göstermektedirler. Kısaca yasaları bireyselleştirmektedirler. Burada, şeker hastasına şeker vermek onun hakkı değil, vermemek onun medikal hakkıdır.

Bilimsel yaklaşım, hukukta da olayları, olayın temel dayandığı, medikal, sosyal veya ekonomik bilim temelinde oluşmalıdır. Bilimsel verilere dayanarak ve bilginlerin yorumları ile zaman süreci içinde, kısaca bilimsel verilere dayanarak adalet kavramı geliştirilmektedir. Dolayısıyla adalet standart bir mit (kalıp, kural) değil, logos (akıl ve bilime) dayanan bir süreç olarak ortaya çıkmaktadır. Hukuk toplumsal boyutta bir bilimsel veri, sosyolojik, sosyal antropolojik olarak bir yaklaşımı gerekli kılmaktadır.

Davranış: Bir eylem sırasında oluşan davranışlar, belirli bir düzen ve gerekçe içinde olursa, kişinin tutumunu ortaya koymaktadır. Davranış, eğer bilinçli ve belirli bir tutumun göstergesi ise, bir bakıma felsefenin de yansımasıdır. Rasgele ve reaksiyonel davranışlar, akılcı ve düşünsel boyutu göstermez ve temsil anlamında olamaz. Bu toplantıda düşünsel boyut öne çıkarılarak, daha sonraki davranışlara zemin/temel veya kolaylık sağlamayı amaçlamaktayız. Burada, Etik Kurulumuz, olguyu doğrudan irdelememekte, sanal olarak davranışları ve tutum oluşturmak açısından, retrospektif olarak irdelemektedir. Hukukun üstünlüğü, bireyin/olgunun/eylemin açısından haklara/ilkelere bakılması ile sağlanabilir. İlkeler soyut içeriklidir. Bu soyut kavramlar, davranışlarla somut olmakta, uygulamalarla yerine oturtulabilmektedir. İnsanın düşünen canlı olması dikkate alındığında, olgunun empati yaparak, uygulama öncesi planlanan yaptırımlar ve gerekçeleri, sonuçlanmada başarı ve yarar/fayda unsurları gibi sorgulara yer verilmesi ile daha iyi ve etkin etiksel davranışlara bir tutumsal boyut kazandıracığı düşünülmektedir.

Karar: Karar veren, uygulamada eylemin içindeki olanlar olmalıdır. Her bir eylemde yetki, görev ve daha önemlisi sorumluluk alma temel unsurdur. Ancak değerlendirmede konusunda yorum yapanlar veya karar verenler, eylemin aktif içinde olanlar ve eylemdekiler ile doğrudan çıkar veya başka şekilde bağı olanlar veya bu çerçevede içindekiler olamaz, bağımsız ama aynı kararı verebilecek boyutta olmak gereklidir. Bu ceza muhakeme usulünde (CMUK) temel noktadır. Bu toplantıda temel unsur, cezai açıdan değil, eğitsel açıdan, fikirsel açıdan ve ele alınması gerekli olanlar irdelenmektedir.

Anayasa'nın 17. Maddesi, aynen; 'Herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve

kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; Rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz' demektir. Burada kişinin onayının olması gerektiği, rıza şartının olması net belirtilmektedir.

Etik kurulların kararda yeri yoktur. Bilirkişi niteliğinde, karar verene yardımcı olmaktadır. Zarar veya ilkeye zıtlık varsa, ancak o durumlarda karşı çıkması gerekir. Yaptırım çoğu kez amire düşmekte, etik kurul gerekçeleri sunarak etkinlik sağlanmaktadır. Etik kurullar danışman, konsültan niteliğinde olduğundan, hasta ve hekim arasına giren değil, olgu bazında irdeleyen oluşumlardır. Yol gösterme ile gütme işlevi karıştırılmamalıdır.

Suç ve ceza: Bir eylemde zarar unsuru varsa suç/ceza kapsamına girer. Burada zarar unsuru yoktur. Sadece intihar amaçlı bir eylem olduğu dikkate alındığında, bireyin kendi yaşamını sonlandırma kapsamında adli vakadır. Hasta bu durumun cezası olarak, hayatı ile ödemiştir.

Teorik olarak algıladığımızda; zarar olduğu varsayılırsa, bu iki şekilde yorumlanabilir; cürüm ve kabahat. Ortada somut zararda kasıt varsa, cürümden söz edilmektedir. Tıpta hekim olayı bilerek yapmakta, ancak kasıt hasta iyiliği üzerinde olacağı için cürümden söz edilemez. Kabahat; ihmâl ve kusurdur. İhmâl; tedbir alınabilecek eylemlerde önlemlerden söz edilebilir, istenmeyen ancak olası olay yan etkidir. Tedbirsizlik eyleminde önlem alınabilme fenomeni olmalıdır. İliyet bağı (sebe-sonuç ilişkisi) yok ise ortada ihmâl ve kusurdan söz edilemez. Arzu edilemeyen gelişmelerde ihmalden söz edilemez. Dolayısıyla olgumuzda, olayın irdelenmesinde suç ve ceza kavramından bahsedilemez. Suç soyut olmaz, somut ve yasalarda açıkça belirtilmesi gerekir ve zararın ispatı gerekir.

SONUÇ: Bu olaya yukarıdaki sistem içinde sanal irdelenme temel alınarak değerlendirilmeye açılmaktadır.

YAŞAM HAKKI ve DOĞMAMIŞIN HAKKI

Roma Katoliklerinde bir sperm bile dölleme yeteneği olması nedeniyle dışarı atılamaz, tetkik için bile boş yere (mastürbasyonla) alınmaz. Dolayısıyla konu her topluma göre farklı ele alınmalıdır. Ancak, bu yaklaşımların bilimsel temeli de olmalıdır.

Ülkemizde oluşmamış bir durum için, varsayımlar geçerli kabul edilmemektedir. Ayrıca, 10 Gebelik haftasına kadar dönemde, Embriyonik gelişim söz konusu olduğu için, abortus belirli şartlarda uygun görülmektedir, gebelik veya oluşumun temeli farklı ele alınmaktadır. 10 ve 20 GH döneminde medikal gerekçe nedeniyle sonlanabilmektedir. 20 GH sonra, genellikle 24–28 GH takiben yaşama süreci olduğundan dolayı abortus hukuksal olarak kabul edilmemektedir. Bu durumda doğmamışın hakkı oluşmaktadır. Burada medikal gerekçe çocuğun dış ortamda yaşama olasılığının oluşması açısından dikkate getirilmektedir.

Erken doğumlarda, %1–10 yaşama oranlarını ve %30 civarında sekeli olma durumları dikkate alındığında, önemli olanın canlı doğmak değil, uzun süreli bir ömrü, sağlıklı bir yaşam olarak geçirme olduğu da dikkate alınmalıdır. Yaşam hakkının sağlıksız olarak düşünülmemeyeceği ve birçok ülkede bu durumun öne çıkarıldığı görülmektedir. Bir bakıma beyin ölümü olan hastada yaşamın sonlandırılabilmesi gerçeğindeki gibi, temel olarak değerlendirilmedi, bazı toplumlarda, yaşamın sağlıklı ve sağlıklı sürdürülebilir olması kabul edilmektedir.

Yaklaşımların çerçevesi: Yaklaşımlar sebebe göre olmalı ve sonuç almayı hedeflemelidir. Siyanozu olan hastaya oksijen vererek tedavisi yapılmalı, mahrum bırakılmamalıdır. Yaşam hakkı açısından solunum sıkıntısı olana bu hak verilmelidir. Ancak hastada trakeo-özefageal fistül veya meningoseli varsa, hastaya oksijen verme ile solunum sorunları tedavi edilebileceği için verilmeli ve solunumsal yaklaşım yapılmalıdır, ama cerrahi yaklaşım farklı olup, bu yaklaşımlar için aile onayı dâhil, birçok hukuksal işlem gerekli kılınmaktadır. Hekim burada yaşamın sağlanması açısından değil, hastanın yaşam kalitesini yükseltmek için, ağrı ve sızının dindirilmesi, sosyal ve ruhsal açıdan desteklenmesi için gereken yaklaşımları yapmalıdır. Canlandırma Yapmayı İstememe Onayı (DNRO), kısaca herhangi bir acil işlem yapılmaması veya kardiyopulmoner canlandırma kesilmesi (kardiyak kompresyon, endotrakeal intubasyon veya diğer ileri solunum destekleri, suni solunum, defibrilasyon ve buna bağlı işlemler) koşulu; KALP DURMASI veya SOLUNUM DURMASI OLMASI HALİNDE yapılmamasıdır. Yoksa damardan sıvı, oksijen verme gibi tıbbi yaklaşımlar, yaşam kalitesini yükseltmek veya ağrının önlenmesi gibi durumlarda (comfort care or to alleviate pain) yapılması öngörülmektedir.

Sorumluluk Paylaşımı: Bir toplum gelişmiş ise, eylemlerde bireyler ortak sorumluluk almakta veya paylaşmaktadırlar. Basit toplumlarda, tek başına karar verme ve uygulama vardır. Bu yaklaşımda, HEMAN şeklinde güç bende artık felsefesi olup, gelişmiş toplumlarda, kişiler ilkeler/haklar çerçevesinde sorumluluk almakta ve bu yaklaşımları paylaşmaktadırlar. Kuvvet ayrılığında temel ilke paylaşımıdır ve bireylerin fikirlerin ortaya konmasıdır. Karar veren hekime destek olmak ve onun eylemdeki yaklaşımına gerektiğinde yol göstermek amaçlanmalıdır.

Bu olguda dikkati çeken durumlar; a) Hastanın Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakımda yatması, yer sorunu nedeniyle olduğu öğrenilmiştir. Bu durum hastaya bakan hekimleri yüceltici, etiksel fedakârlık boyutunu göstermektedir. B) Bebeğin boşaltılması kararı (bebeğin sağlıklı doğması mümkün olmadığı için yapılacak işleme ancak boşaltılması denilebilir) Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı yetkisinde olmasına karşın, sorumluluklar paylaşılmıştır. Anne sağlığı açısından bebeğin alınması kararına gerek olmamıştır. Bu durum anne sağlığı açısından olabilir ki, annede beyin ölümü olduğuna göre bu şart geçerli olamaz. Bebeğin yaşatılması için annenin yaşam desteğinin en üst

düzyeyde sağlanması hedeflenmiştir. Nitekim sağlanan 2 hafta ile bebeğin doğurtulması için yeterli olmamıştır.

ÖLÜM ve BEYİN ÖLÜMÜ: Bir insanın varlığı düşünsel boyut olduğu ve insan düşünen hayvandır yaklaşımının genel kabul edildiği izlenmektedir. Beyin ölümü olan kişinin, artık insanlık işlevlerini yapamayacağı için, ölmüş kabul edilebileceği, yaşamadığı yorumu yapabileceği ileri sürülmektedir. Yaşam sonlanması, beyin ölümünde olanda, başka bir canlıyı yaşama döndürme amacını taşıyan transplantasyon gibi fedakârlık yaklaşımlarında, başka yerine alabilecek yaklaşımda olmadığı göz önüne alınarak, toplumdan onay almaktadır. Burada kişinin en yakınlarının onaması yine de gerekli görülmektedir.

Bir insanın yaşamasının medikal olarak sonlandırılması transplantasyon gibi özel durumlarda olmaktadır. Bu açıdan beyin ölümünün saptanması için ortada bir gerekçe olmalıdır. Burada böyle bir durum olmadığı gibi, kesin beyin ölümünün saptanması için yapılacak yaklaşımlar, fetüsün yaşamını tehlikeye atacağı için yapılması da zararlı olabilecektir. Dolayısıyla transplantasyon gibi bir yaklaşıma karar verme yetkisi sonunda tespitinin yapılması uygun olacaktır. Bu durum olgumuzda söz konusu değildir.

Bazı konulara açıklık getirmek yararlı olacaktır.

- Zamanımızda bedensel ölüm tanısı, ölü morluğu ve sertliği oluştuktan sonra konulmaktadır.
- Ötenazinin kelime anlamı huzurlu olarak ölmesini izlemek iken, uygulaması yaşamsal açıdan umut kesilenlerin ölümünü sağlamak olmaktadır. Birçok ülkede yasal onay yok iken ve sadece Hollanda’da yasal iken, uygulamalarda, aile ve hekim medikal yaklaşımın anlamsız (futile) olacağını ortaya koymaları durumunda, ventilatör dâhil birçok yaşamsal desteği kesmekte ve hastanın ölmesine sebep olmaktadır. Ülkemizde bu durum bir suç kapsamında görülmektedir.
- Bir kimsenin canını, hukuk sistematüğinden geçtikten sonra, cellât işlevini kanunen yüklenen kişi yapmaktadır. Sağlıkçılar bu işlevi alamazlar. Yeni yasal düzenleme ile ölüm cezasının Anayasa’da da kaldırıldığı bilinmektedir. Bir birey, kendisi hakkında ölmeden öldü raporu verilebileceğini düşünmesi, kısaca bu olgunun varsayımı bile, hastanın acaba beni öldürecekler mi yargısının doğmasına da sebep olabilecektir.
- Ülkemizde, hekim yaptığı yaklaşımın hastalık ile sebep sonuç ilişkisine bakmaktadır. Siyanoz için oksijen vermesi uygun iken, kanserli hastanın kalbini çalıştırmak anlamsız olmaktadır. Yaşatmak, ne için yaşatıldığını sorgusal ortaya çıkarmaktadır. Eylemin sonucu alınmalı, hasta olumlu bir cevap vermelidir. Fizyolojik açıdan 5–10 dakika yaşamsal destek sağlanmaması durumunda, sonuç alınmadığında, canlandırmaya devam etmeme öne çıkmakta ve bu yaklaşım daha sık uygulanmaktadır. DNR =

Canlandırmayı hiç yapmama nadiren başvuru bir durum olduğu görülmektedir.

Beyin ölümü olmuş kişinin bedensel anlamda da ölmesi gerekli görülmesi midir? Bu soru sorulmaktadır. Çünkü zaten ölmüş kabul edilebilecek kişiden transplantasyon nedeni ile organları alınabiliyor ve bu işlem öldürme olarak görülüyor ise, beyni durmuş kişi için, solunum aletinin çalışmasını sürdürmek eziyet kapsamında olmaz mı? Burada peşin yargı yerine olgu bazında değerlendirme yapılmalı ve bunu da bir ekip ve etiksel işlev altında yapılması gereklidir. Burada hekimlerin sıklıkla başvurduğu yaklaşım sürece bırakmaktır. Eğer gerçek beyin ölüm oluşmamışsa, vücutta belirli bir süre sonra toparlanma olacak ve beyin işlevleri geri dönecek veya geri dönmeyip sekeli olacaktır. Beyin ölümü gerçekleşmiş olan kişi ise, bedensel açıdan en geç 1-2 hafta içinde tam ölmesi gerçekleşecektir.

Sekeli olacak gerekçesi ile veya sekeli olanın ölümünü sağlamak ise, insanlık açısından uygulanan örnekler olsa bile, çok tartışmalı olduğu ve olacağı kesin bir durumdur. Ülkemiz için ise bu yaklaşımın, yasal olarak meslekten men ve hapis cezasına kadar giden bir hukuksal boyut olduğu da unutulmamalıdır.

Burada ölüm nedir tartışması da gündeme gelmektedir. Bu felsefecilerin çözümünü bulamadıkları ve ana tartıştıkları bir sorudur. Bu yaklaşım toplumsal özellikler göstermektedir.

ÖZET: Yararlılık unsuru olmadan beyin ölümünün saptanmasının bir gerekçesi şu anda yoktur. İnsanın yaşam süresinin kısaltılmasının bir anlamı olmalıdır. Anayasa'nın 17. Maddesi, aynen; 'Herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; Rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz' demektir. Burada sağlık ve yasal mercilere önemli görevler ve sorumluluklar düşmektedir. Tıbbi zorunluluk ve bireyin rıza şartının olması net belirtilmektedir. Yasaların yazılı halleri de bu formatta ele alınması gerekliliğini taşımaktadır.

Aşağıda Canlandırma Yapmayı İstemi gündeme getirilmektedir.

DNRO/Canlandırma yapmayın Onayı (Do Not Resuscitate Order): Bu yazıda DNR Oluru yazılması hakkındaki dokümanlara da kısaca değinilecektir.

Ülkemizde buna benzer bir yaklaşım, transplantasyon yapılması için onay veren formlardır. Bu formların sadece kişilerin imzalarını taşıyan ve yanında taşıdığı bir kartvizit yapısında olduğu dikkate alındığında, ne kadar hukuksal anlam taşıdığı tartışmalıdır. Bir açıdan değerlendirdiğimizde, imza olarak attığımız çizgilerin gerçekte bir karalama olduğu ortadadır. Yasada imza, adı ve soyadının okunabileceği, el yazısı ile yazılan bir grafiksel şekildir. Bu yapılmadığı için, birçok yasal evrak üzerine ad ve soyadı yazdırılarak bu boşluğun doldurulduğu görülmektedir. Bu formlarda bu imzaların; 1)

Bilgilendirilmiş kişinin rızası, 2) Doktorun imzası ve bağımsız bir başka doktorun buna şahit olması ve kabul etmesi, 3) Avukat, 4) Hukuksal Vekil/savcı/noter, 5) Mahkemenin tayin ettiği vekil/noter olmaktadır.

Temelde bu yaklaşımların bir sözleşme olduğu dikkate alındığında, bir sözleşmede gerekli olan şartlar bulunmalıdır. Unutulmamalı ki, sözleşme yapma hürriyeti vardır. Ancak, sözleşmeler birisinin aleyhine veya zarar verici olamaz, kanunların izin vermediği boyutta olamaz, kişileri rencide edici, ahlaka karşıt olamaz. Çünkü sözleşme en az iki taraf arasındaki anlaşmanın, hukukun korunması altına alınması anlamındadır. Bir senet mali anlamda bir sözleşmedir. Bir zaman sürecinde uyulmadığında, hukuksal olarak tahsil için başvurulabilir. Burada anlaşmanın belirli bir zaman ve koşul altına alınabildiğini de gösteren basit bir örnektir. DNR Onayının bizde transplantasyon onayı ile benzerlik gösterdiği ortadadır. Bu onayı verenlerin derhal aletten çekilerek veya tedaviden ayırtarak bir bakıma ölmeden öldürme olmadığı dikkatlice incelendiğinde görülecektir.

Aşağıdaki formlarda dikkat edilmesi gereken iki nokta dikkatlere getirilmek istenmektedir.

- 1) Karar hukuksal nitelik taşıması ve yasaların korunması altına girmesi için, avukat ve savcı şeklinde özetlenen iki taraf ile karar verici nitelikte olabilecek uzman bağımsız bireyinde imzası gerekli kılınmaktadır. Ayrıca senetlerde olduğu gibi noter gibi kurumlarca da onanması gerekli kılınmıştır. Formların iki farklı yapıda olması, birisinin hastane öncesi, genel anlamda olduğu anlaşılmaktadır.
- 2) Hasta bana canlandırma yapmayın senedini sunmasına karşın, bireyin sıvı verilmesi, oksijenlenmesi gibi işlemlerin durdurulması anlamını taşımamaktadır. Sadece eziyet kapsamına alınabilecek, zaten yaşam umidi olmayan, terminal olgularda, kalp ve solunum durması ile canlandırma yapılmamasını belirtmektedir. Ülkemizde ise, bu tip olgularda, 45 dakika süreli olabilecek bir tam canlandırma yerine sadece 3–5 dakikalık yüzeysel bir girişim yapıldığı bilinmektedir.

Florida Eyaleti Sağlık Dairesince Yasal olarak hazırlanan formlar ekte sunulmaktadır. Bu formlar incelendiğinde temel özellikler şunlardır;

- a) Hastane öncesi DNR Emri (Pre-hospital DNRO): 1) ABD yasaları olan, 458 ve 459 maddelere göre lisansı olan hastanın doktoru ile (uzman olan) yine aynı lisanslı ikinci doktorun, ABD 785.306 yasal yönetmeliğe dayandırılarak, *hasta terminal durumdadır* kaydını koymaktadırlar (ümit olasılığı olmayan). 2) Hasta kendi aklı yerinde (baliğ) olduğu ve bilgilendirilerek tedavinin yapılmaması veya kesilmesi hakkında onam alındığı belirtilmektedir. 3) Hasta baliğ değilse ikinci doktor da bu durumu onaylaması ve aşağıdaki maddelerin doldurulması istenmektedir. 3-a) Hastanın tedavisinin kesilmesi veya yaşamı uzatacak bakımın olmadığına saptanması (avukat ve

mahkemenin avukatı veya savcının imzası da gereklidir), 3-b) Hastanın bakım ve/veya tedavinin kesilme durumunun karar verilmesi (avukat ve mahkemenin avukatı veya savcının imzası da gereklidir), 3-c) Hastaya doğrudan yazılı öneri getirilmemektedir (avukat ve mahkemenin avukatı veya savcının imzası da gereklidir). 4) Onam verilenler; Herhangi bir acil işlem yapılmaması veya kardiyopulmoner canlandırma kesilmesi (kardiyak kompresyon, endotrakeal intubasyon veya diğer ileri solunum destekleri, suni solunum, defibrilasyon ve buna bağlı işlemler) 5) KALP DURMASI veya SOLUNUM DURMASI OLMASI HALİNDE yapılmaması, 6) Damardan sıvı, oksijen verme gibi tıbbi yaklaşımlar, yaşam kalitesini yükseltmek veya ağrının önlenmesi/kesilmesi gibi durumlarda (comfort care or to alleviate pain) yapılmasını öngörmektedir.

- b) DNR Emri (DNRO): 1) Ben bana verilen bilgilendirme ile, CPR (kardiyopulmoner canlandırma) kesilmesi veya yapılmamasını kabul ediyorum. (Avukat, Vekil/Savcı, Mahkemenin atadığı veli/gözetmen, noter/ surrogate, court appointed guardian, Proxy-765 maddesine göre, durable power of attorney-709. maddeye göre) imzaları ile şahitlik yapmaktadırlar. 2) Doktor Notu (458 ve 459 lisansı olan hastanın doktoru ile (uzman olan) yine aynı lisanslı ikinci doktorun, ABD 785.306 yasal yönetmeliğe dayandırılarak, genel yapılmama onayı verilmektedir. 3) Herhangi bir acil işlem yapılmaması veya kardiyopulmoner canlandırma kesilmesi (kardiyak kompresyon, endotrakeal intubasyon veya diğer ileri solunum destekleri, suni solunum, defibrilasyon ve buna bağlı işlemler) istediğini belirtmektedir.

Effective Date: _____

DO NOT RESUSCITATE

Florida
Prehospital Do Not Resuscitate Order (DNRO)

Patient's Full Legal Name _____
(Please Print or Type)

ATTENDING PHYSICIAN'S ORDER

I, the undersigned, a physician licensed pursuant to Chapter 458 or 459, Florida Statutes (F.S.), having received consultation with a second physician licensed pursuant to Chapter 458 or 459, F.S. per section 795.306, F.S., state that I am the attending physician of the patient named above. I have documented in the patient's medical record that the patient has a terminal condition, and that: (must check 1 or 2)

- 1. The patient is CAPABLE of making an informed decision and consent about providing, withholding or withdrawing a specific medical treatment or course of treatment. (Signature of patient is required in Box A, reverse side).
- 2. The patient is INCAPABLE of making an informed decision and consent about providing, withholding or withdrawing a specific medical treatment because the patient is unable to understand the nature, extent or probable consequences of the proposed medical decision, or to make a rational evaluation of the risks and benefits of alternatives to that decision. I have made this determination after consultation with a second physician licensed under Chapter 458 or 459, F.S.

If box 2 above is checked, patient is INCAPABLE of making an informed decision, either 1, 2, or 3 below must be checked:

- 1. The patient has executed a written advance directive which directs that life-prolonging procedures be withheld or withdrawn. (Signature of surrogate or proxy or guardian is required in Box B, reverse side and a copy of the advance directive must be attached).
- 2. The patient has executed a written advance directive which appoints a health care surrogate pursuant to Chapter 765, F.S., to make health care decisions on behalf of the patient and provides that surrogate with authority to direct that life-prolonging procedures be withheld or withdrawn. (Signature of the appointed surrogate is required in Box B, reverse side and a copy of the advance directive must be attached).
- 3. The patient has NOT executed a written advance directive (iving will, designation of a health care surrogate or durable power of attorney for health care). (Signature of guardian, if one has been court appointed, or proxy, pursuant to Chapter 765 Part IV, F.S., is required in Box B, reverse side).

Based upon the informed directive, decision and consent on the reverse side, I hereby direct any and all emergency medical services personnel, commencing on the effective date noted above, to withhold cardiopulmonary resuscitation (cardiac compression, endotracheal intubation and other advanced airway management, artificial ventilation, defibrillation) and related procedures from the patient in the event of the patient's cardiac or respiratory arrest. I further direct such personnel to provide to the patient other medical interventions such as intravenous fluids, oxygen, or other therapies deemed necessary to provide comfort care or to alleviate pain.

Signature of Attending Physician and Date _____ Telephone # (Emergency) _____
Printed Name _____ Physician's Medical License Number _____

This DNRO form has been properly completed. _____
Signature of Patient or Surrogate or Proxy or Guardian

If the patient should die at home while EMS personnel is present or during transport by them, EMS personnel shall document in the narrative portion of the patient's EMS run report the information required in Section 100-66-025(1)(b), F.A.C.

DH 1890, Feb '97 THIS SIDE MUST BE COMPLETED (OVER)

BOX A OR B MUST BE COMPLETED

A PATIENT'S SIGNATURE

I, the undersigned, hereby direct that in the event of any cardiac or respiratory arrest, efforts at cardiopulmonary resuscitation will be withheld. I understand that I may revoke these directions at any time by physical cancellation or destruction of this form and the accompanying transport, or by oral or written declaration to be recorded in EMS personnel or by means of a subsequently executed advance directive that is materially different from this order. I also understand that if EMS personnel have any doubts about the applicability or validity of this order, they will begin cardiopulmonary resuscitation.

Patient's Signature and Date _____
Patient's Printed Name _____

WITNESSES:

1. _____
Witness's Signature and Date _____
Printed Name _____

2. _____
Witness's Signature and Date _____
Printed Name _____

B SIGNATURE OF HEALTH CARE SURROGATE OR COURT APPOINTED GUARDIAN OR PROXY

I, the undersigned, hereby certify that I am authorized to provide consent on the patient's behalf by virtue of my relationship to the patient as (in order of priority): health care surrogate, court-appointed guardian who currently resides with the patient or spouse, an adult child of the patient or if the patient has more than one adult child, a majority of the adult children who are reasonably and able to communicate a general intent of the patient, the adult sibling of the patient or, if the patient has more than one sibling, a majority of the adult siblings who are reasonably available for consultation as adult relatives of the patient who have sufficient special care and concern for the patient and who are unaffiliated with the patient's health care services, health, and religious or moral beliefs; or a close friend of the patient, who is 18 years of age or older who is familiar with the patient's activities, health, and religious or moral beliefs.

I, the undersigned, and those upon whom I rely to make this determination, understand that the patient has no capacity to provide consent. I hereby direct that in the event of the patient's cardiac or respiratory arrest, efforts at cardiopulmonary resuscitation will be withheld. I understand that I may revoke these directions at any time by physical cancellation and destruction of this form and the accompanying transport, or by orally executing a declaration that the patient be resuscitated in EMS personnel; or by means of a subsequently executed advance directive that is materially different from this order. I also understand that if EMS personnel have any doubts about the applicability or validity of this order, they will begin cardiopulmonary resuscitation of the patient.

Signature of Health Care Surrogate, Proxy, or Court Appointed Guardian and Date _____
Printed Name of Health Care Surrogate, Proxy or Court Appointed Guardian _____

WITNESSES:

1. _____
Witness's Signature and Date _____
Printed Name _____

2. _____
Witness's Signature and Date _____
Printed Name _____

*The succeeding witnesses must sign in the presence of the patient, or health care surrogate or proxy or guardian and each other.

Form 1: Terminal olguda (Pre-hospital) DNR Emri

Burada da görüldüğü gibi, terminal olguda hiçbir yaklaşım yapılmaması onay verilmemektedir. Ülkemizde terminal dönemde olan hastalara sadece 3–5 dakika yaklaşım yapılmaktadır. Buna karşın oksijen, mayi gibi tedavilerin kesilmesinden söz bile edilemez. Yukarıdaki yaklaşımda da tamamen tedavisiz bırakılmasının olmadığı dikkatlerden kaçmamalıdır.

Burada da görüldüğü gibi, terminal olguda hiçbir yaklaşım yapılmaması onay verilmemektedir. Ülkemizde terminal dönemde olan hastalara sadece 3–5 dakika yaklaşım yapılmaktadır. Buna karşın oksijen, mayi gibi tedavilerin kesilmesinden söz bile edilemez. Yukarıdaki yaklaşımda da tamamen tedavisiz bırakılmasının olmadığı dikkatlerden kaçmamalıdır.

HEALTH
State of Florida
DO NOT RESUSCITATE ORDER
(Please use link: _____)

Patient's Full Legal Name: _____ Date: _____
(Print or type name)

PATIENT'S STATEMENT
Based upon informed consent, I, the undersigned, hereby direct that CPR be withheld or withdrawn.
(If not signed by patient, check applicable box):

Self, patient Proxy (such as defined in Chapter 766, F.S.)
 Adult appointee/guardian Durable power of attorney pursuant to Chapter 709, F.S.

(Applicable Signature) _____ (Print or Type Name)

PHYSICIAN'S STATEMENT
I, the undersigned, a physician licensed pursuant to Chapter 458 or 459, F.S., and the physician of the patient named above, I hereby direct the withholding or withdrawing of cardiopulmonary resuscitation (including ventilation, cardiac compression, electrocardiac stimulation and defibrillation) from the patient in the event of the patient's cardiac or respiratory arrest.

Signature of Physician _____ (Date) _____ Telephone Number (Emergency) _____
(Print or Type Name) _____ (Physician's Medical License Number) _____

DR-10-1 (08/16) REVISED 08/16/2016

PHYSICIAN'S STATEMENT **State of Florida**
HEALTH **DO NOT RESUSCITATE ORDER**

I, the undersigned, a physician licensed pursuant to Chapter 458 or 459, F.S., and the physician of the patient named above, I hereby direct the withholding or withdrawing of cardiopulmonary resuscitation (including ventilation, cardiac compression, electrocardiac stimulation and defibrillation) from the patient in the event of the patient's cardiac or respiratory arrest.

Signature of Physician _____ (Date) _____ Telephone Number (Emergency) _____
(Print or Type Name) _____ (Physician's Medical License Number) _____

DR-10-1 (08/16) REVISED 08/16/2016

Form 2: Genel DNR Emri

Ölüm Nedir? Bu konuda bazı düşünce geliştirilmiştir. Bu fikirler aşağıda sunulmaktadır.

İnsanlar hayvan nesli gibi, bir yaşam boyu geçirdikleri süreç ile amaçlarının yeni kuşak oluşturması olduğundan söz edilemez. Örneğin, aslanlar, binlerce yıldır aynı şekilde doğmakta, yaşamakta, avlanmakta, bebek aslan yetiştirmekte

ve ölmektedirler. İnsanlar için bir devamlılık vardır ve duvar inşa eder gibi giderek birbirleri üzerine yapılan yapı vardır. İnsan için ölümden sonra da bir devamlılık vardır. Bunlar;

- a) Genetiksel yeni nesil oluşturma, hayvanlardaki gibi bir yaklaşımdır. İnsan öldükten sonra, yeni jenerasyon ile varlığını devam ettirmektedir.
- b) Hatıraların devamlılığı; yaşantısal boyutun en az 3 nesil olarak anımsanmasıdır. Öldükten sonra hatıralarda yaşamaktadır. Eskiye özlemin temel yapısıdır.
- c) Eserler; çanak, çömlek gibi sanat eserlerinden, köprü, bina gibi yapılar kullanıldığı sürece anımsanacaktır. Eserlerin devamlılığı tarih öncesi yontma taştan cilalı taş döneme geçmesi çok uzun zaman almıştır. Yazı ile daha hızlı değişim olmuş ve bilişim çağında bu hız yürümeden uçmaya dönmüştür.
- d) Felsefe; düşünsel boyut ve bunun simgesi olan yazılı eserler, okunduğu sürece sonsuz zaman diliminde varlığı devam etmektedir. Eski kişisel verilere dayalı yeni yazı yazmak, fikirleri yeniden yorumlamak, bir bakıma o bireyin yeniden doğmasını sağlamaktadır. Atatürk toplumumuzda halen aktif yaşamaktadır.

İnsanlar için ölüm, bir yok oluş değil, değişimin olması, süreçte yenilenme ve yeni formasyonun gelişebilmesi için, bir ortam yaratma niteliğinde olduğu gözlenmektedir. Bu oluşumda bazı insanların aktif katkısı varken, bazıları bu katkıya yardımcı, bazıları için ise, sadece izleme söz konusudur. Konu biraz daha açarsam;

Tarihöncesi, prehistoria, iki aklın karşılaşmasından doğmuştur. Bir alet imal eden veya bir duvar üzerine desen çizen insanın ve atasının mesajını çözümlenmeyi bilen modern insanın ki dir. (Uysal G, ve ark. İnsan: doğası, tarihöncesi, kültürü, Özgür Yayınları, İstanbul, 1998). Tarihten 200,000 ile 35,000 yıl kadar yıl önce, doğa ile mücadele eden insanoğlu, zamanımızda da bozduğu çevreyi korumaya yöneldiği görülmektedir. Natürel yasalardan yasaların doğallaştırılmasına, haklara dönülmesi boyutuna gelmiştir. 35,000 yıldan sonra toplumsal boyut görülmekte, zamanımızda da bireyin haklarına dönüşüm yaşanmaktadır. Bu açıdan hukuk denilen olgu, kültürel bir süreç içinde, değişimsel ve gelişimsel alınmalıdır.

İnsanlar için ölüm ve ölenler için bir kültürel yaklaşımlar, törenlerin geliştirildiği görülmektedir. Her toplum ölüm olgusunu değişik ele almaktadır. Teknolojinin gelişimi ile ölüm aşama törenlerinde bir değişim yaşandığı da ortadadır. Her toplum kendi kültürüne göre ölüm fenomenini bir aşama töreni ile olgusallaştırmaktadır. Başlıca değişimler; **a) İlk kültürel bulgu: Tabiatın kontrol altına alınabilmesi**; Ateşin kontrol edilmesi, el aletlerinin yapılması ve kullanılması ile cenazelerde ateş yakılması, ölenlerin yenilerek bünyede bütünleşme veya ölümlerin yakılması ile göğe yükselme gibi yaklaşımlar gözlenmektedir, **b) İlk Değişim: Tarımın ve hayvancılığın ehlileştirilmesi** ile, ölümlerin ölümden sonra yaşamlarının sağlanması, kısaca ölümsüzleştirilmeleri, mumyalama ve gömüler, **c) İkinci Değişim: Kara**

sabanın bulunması ile üretimde etkin artışın olması, şehirleşme etkileşimi ile, ölümleri eserle ölümsüzleştirme; piramitler, evsel anıtlar gibi mezarlar, türbeler yapımı, **d) Üçüncü Devrim: Endüstri devrimidir.** Makinenin etkin yaşama girmesi ile, cenaze merasimleri, mezarlıklar/yakılarak kül şeklinde sonsuza kadar saklanma veya doğaya atarak doğa ile birleştirme, ölümsüzlüğü yaşamla bütünleştirme oluşumu, **e) Dördüncü Devrim: Bilişim çağıdır.** Elektronikte yaşanan değişimi, transplantasyon ve organ/doku nakilleri ve ötenazinin gündeme gelmesi, beyin ölümü ve ölme ile yaşanan süreçlerdir. Ölümün bireyselleştirilmesi gündeme gelmiştir.

- İnsan düşünen bir varlıktır. İnsanın varlık olarak tanımlanması, tarihsel anlamda ortaya çıkması, düşünce üretimi ve düşünmeyi yansıtan eserler ile olduğu görülmektedir. Toplumsal olarak varlık göstermesi de, kültürel verilerle saptanmaktadır. Bedensel olarak 2 milyon yıl öncesine kadar giden antropolojik buluntular, 40 bin yıl önceki medeniyet kalıntıları ile sosyal antropolojik verilere çıkmaktadır. Bu süreçten yazının bulunmasına kadar incelemeler, üretilenlerin bulunması ile olmakta, kısaca buluntulara göre toplulukların yaşantı ve ölüm hakkındaki görüşleri konusunda yorumlar yapılmaktadır. Kazılarda bulunanların, belirli bir çevrenin etkileşimi ile insanların tutum ve davranışlarının simgeleşmesi, kalıntıların özgünleşmesi ile medeniyetler oluşmuştur. Burada iş üretme, belirli bir davranışı estetik ile yapıldığı saptanmaktadır. Yazı ile düşünme boyutunun irdelenmesi de mümkün olmuş ve bu giderek zamanımıza kadar birçok felsefenin oluşmasına olanak sağlamıştır. Burada insanoğlunun sadece tür olarak varlığının devamı değil, çeşitli kültürel verilerle, kısaca sosyal ve toplumsal olarak varlığının devam ettiği gözlenmektedir. Bu açıdan bireyler ölümlü olsa bile türün giderek yükselen değerlerle, medeniyet sürecini olgunlaştırarak devam ettiği belirgindir. İnsan, alet kullanarak eşyalar üreten, resim, heykel ve çanak çömlek yapan bir canlı türü olarak yerini almıştır.
- İnsanlarda devamlı bir değişim süreci vardır. İnsanlarda ölme bedensel olarak yok olma gibi görülse de, gerçekte bir değişimsel süreç vardır. Genetiksel yapı tek başına belirleyici değildir. Kişi hatırlama olarak bile, 3–4 nesil kadar sürmektedir. Eserleri daha uzun süre kalmakta, fikirleri ise sonsuza kadar sürebileceği söylenebilir. Aristo nasıl düşünsel boyutta varsa, Atatürk'ün de öldüğü söylenemez. Tüm toplumlarda yeniden dirilme anlamında bir sosyal olgunun olduğu unutulmamalıdır. Bedensel olarak vücudumuzu oluşturan moleküller çeşitli şekilde alınıp, geleceğe devretmekteyiz. Doğada hiçbir element var olmadığı gibi, hiçbirisi de yok olmamaktadır. Sadece bir bakıma bedenden bedene yer değişmekte, emanet olarak almaktayız. İnsanlar ölümlerini uzun süre saklayabilmek için, mumyalanmışlardır. Bu Türkler arasında da gözlenmiştir. Beden sosyal anlamda bir toplumsal bütünleşme olduğu için ortadan kaldırılmamaktadır. Zamanımızda birçok kişi ölümlerini yakarak, küllerini saklamakta veya ölümsüz olarak

nitelenebilecek nehir gibi yerlere atarak ölümsüzleştiremeye çalışmaktadırlar. Bazı yamyamlar da ölümlerini yiyerek bedenlerinde varlığının devamını düşünmüşler ve deli dana hastalığı tablosunun nesilden nesile geçmesine neden olmuşlardır.

Zamanımızda da bedensel varlığın devamlılığı yerine, fikir başta olmak üzere, eser ve gelecek bir nesil daha önemli tutulmaktadır.

- Doku ve organ nakilleri ile yeni bir fenomen gelişmiştir. Tüm canlılar için en korkulan gerçek, insanlarda/toplumlarda da bu belirgin olarak gözlenen, şey ölümdür. Birey kendi vücudunda sağlıklı olmayan bir doku veya organın başkasından temininin mümkün olduğunu anladığında, öteki canlıyı öldürerek kendi yaşamını sağlamayı hedefleyecektir. Bu doğa kanununun büyük balık küçük balığı yutar kuramı gereğidir. İnsanlarda ise bu belirli hukuksal olarak oluşturulmalıdır. Bir işlevde adil karara ulaşmak için başlıca 3 temel unsur gereklidir. Bunlar;

- İsteği yapan doktor, İddia makamı, talepte bulunan, avukat, suçlayan taraf: Bu kesim arzusunu ortaya koymaktadır. Bunu da belirli bir gerekçeye dayandırmalıdır.
- İsteği inceleyen bağımsız Doktor, Savcı, karşı taraf, savunan veya zıt görüşler: Bu kesim tez ve antitezi birlikte oluşmasına olanak sağlamaktadır.
- Hâkim: Hâkim her iki görüşü yine haklar ve hukukun üstünlüğü çerçevesinde, yasaların özelleştirmesi ile karar oluşturmalıdır. Burada verilerin gerçeklendirilmesi ve veriye dayalı gerçekçilik esastır.

Bu oluşan kararda iki referans noktası da olmalıdır. Bunlar;

- Bilirkişi: Konu hakkında uzmanların oluşturduğu görüştür. Bu görüş kararda temel olarak ele alınması gerekir. Ancak, normal bir vatandaşın düzeyi dikkate alınmalıdır. Bir kardiyolog profesörün dediği yeni ve literatüre/kişisel tecrübeye dayalı yerine, bir doktorun bilmesi ve davranması gereken, temel kitaplardaki verilere göre karar verilmesi gerekir. Roma hukukunda belirtilen, karar, bir aile babasının görüşü ve bilgisi dâhilinde olmalıdır. Bu açıdan bilirkişi karar veren değil, danışman niteliğindedir.
- Prima Facie: Olaya özgü durumlar ve gerekçeler tüm kararı etkileyebilecektir. Bu açıdan olayın analizi ve sentezi yapıldıktan sonra karar verilmelidir.

İnsan egoizm ile kendi yararlılığını temel alarak, başkasının doku ve organlarını ölmeden veya gereksiz yere alabilecek veya almasına neden olabilecektir. Bu yaklaşımların önlenmesi için, CEZA HUKUKU USULLERİ MUHAKEME KANUNU (CMUK) olduğu gibi, Aynen '*Madde 28. Hâkim aşağıdaki hallerde dava bakmaktan memnudur. ... alakadar olduğu davalarda (yakınlık veya konu ile ilgili bağlantısı olması)*' karar verenler bağımsız yapıda

olmalıdır. Etik kurulların burada işlevi bilirkışı ve karar oluşturmasına alt zemin hazırlaması açısından gerekli kuruluşlardır. Her bir olguyu önce inceleyerek, konuyu olgunlaştırdıktan sonra, karara zemin hazırlamalıdır.

Genel Felsefi Görüşler: Felsefi anlamda genel görüşlerdeki yaklaşımlar aşağıdaki gibi özetlenebilir.

- Doğal Yasalar (Natüralizm): İnsanların hiçbir şeye karışmaması gerektiği ve doğanın sonucuna katlanması önerilmektedir. Bu yaklaşım çok abartılı yorumlanmamalıdır. Tedavi bile bir bakıma doğal sonucu değiştirdiği şeklinde bile yorumlanabilir.
- Kategorik Yaptırımlar, Kantian: Görev ve yapacakların temelinde yapılandırma yapılmaktadır. Burada yapılacakları tanımlamada sorun oluşmaktadır. Çünkü, kuralların oluşmasında sorun veya bakış açısında farklılıklar vardır.
- Sosyal Kontrat-Anlaşma, Üниверsal Yaptırımlar, Temel Kurallar Temelinde Yaklaşımlar: Burada ölüm konusunda bazı ülkeler sosyal kontrat oluşturmuşlardır. DNR Onayı da bunlardan biridir. Bunların üniversal yaptırım şekline dönüştürülemediği, birçok toplumda onayın ötesinde, şiddetle karşı çıktığı görülmektedir.
- Egoizm: Menfaat uğruna ölüm dikkatlere getirilmelidir. Burada yarar unsuru ile kişisel menfaat sıklıkla karışmaktadır. Etik Kurullar bireysel egoizmi engellemesi açısından etkin görev yaparlar.
- Sübjektivizm: Ölüm veya yaşamı bireysel açıdan alınması ile bireyin hukuksal hakları farklı yapılabilmektedir. Kavramlarda girişim olduğu görülmektedir.
- Karşılık verme: Kendine yapılması istediği şekilde davran prensibi bunlardan en önemlisidir. Temel olarak insanın kendi canını kurtarmak için, başkasını öldürme zorunda kalması, kısaca nefsi müdafaa ceza unsurunu düşürücü, yapılan işlevi onaylayan bir durumdur.
- Deontoloji: Belirli prensipler içinde yaklaşmayı gerekli kılmaktadır.
- Prima Facie, Bakım Temelinde: Acil, olguya göre olayın yorumlanmasıdır. Kanayan yarayı durdurmak için steril olmayan mendilin yaraya konulması bir acil şartlara göre felsefi gerekçedir.
- Sonuççuluk (Consequential): Her işlem sonucuna göre, baştan planlanmalıdır. DNR onayı baştan alınmalıdır. Ancak, tahmin sadece tahmindir, gerçekleşme oranına göre farklılıklar gösterebilir. Her işlev menfaat uğruna yapılacak ise, fedakârlık oluşmaz.
- Yararcılık: İlk çıkarken yarar unsuru oluşmayabilir. Menfaat temelli yaklaşım yerine fedakârlık boyutlu yaklaşımlar ön plana alınmalıdır.
- Kutsalcılık, Ahlak Teorisi, Akılcılık, Sezgisel, Kutsal Kurallar: Mit yaratma, belirli bir dokunulmaz ve tartışılmaz kurallar oluşturmaktır. Akılcı durum, logos, temel bilimsel boyutu oluşturarak, karşı tezi yaratmaktadır.

- **Haklar:** İlkeler soyu iken, uygulamalar somut olmalıdır. Bireyin hakları temelinde yapılanma zamanımızda esas alınmaktadır.
- **Gerçekçilik:** Gerçekleşen temelde gerçektir. Bu açıdan gerçekçilik yaklaşımı düşünsel boyutu getirmeye çalışılmış, ancak beklenenleri net karşılamamıştır.

ÖZET: Zamanımızda tek tip bir etiksel yaklaşım yerine olgu temelinde tüm görüşler, bireysel zarar oluşturmama (hukukun üstünlüğü) temelinde ele alınmak koşuluyla, etik kurullarda irdelenerek karar oluşturmalıdır. Kesinleşmesi için hâkim formatı olmalıdır.

Ölümün kabulü bedensel süreç kesinleştikten sonra, sosyal boyuta kaymaktadır. Bu medikal olma ötesinde sosyal antropolojik yaklaşımla incelenmektedir. Hekim sağlıkla bağlantılı olduğundan, yaşantı olan bedenın erken sonlanma yaklaşımı, bir başka deyişle hekimin cellât işlevini yapması beklenemez ve bu ancak hukuksal kararlar (idam) oluşabilir. Birçok ülkede toplumsal yaşam sonlanmasının kaldırıldığı da bir gerçektir.

Zamanımızda doku ve organlara gereksinimiz olmuştur. Bunun oluşması için, bireyin kök hücrelerinden kendi organ veya dokularını yapmak şu anda mümkün değildir. İyileşmeyen doku veya organlar yerine canlı başkalarınınkini almak ve yerine koymak daha etkin olmaktadır. Öldükten sonra yaramadığı dikkate alındığında, insanlardan canlı iken iki böbrekten birini almak uygulanır olmuştur. Ancak, ölümlerden böbrek almak daha kolay olmuştur. Yaşam sonlanmadan, beyin ölümü olması ile bu çok daha faydalı olduğu ortadadır. Dolayısıyla ilk defa ölüm boyutu değişmiş ve beyin ölümü yaklaşımı ile doku/organ nakli, kalp nakline kadar uzamıştır.

Beyin ölümü olması durumunda bedensel ölüm 1–2 hafta sonra gerçekleşeceği için, bekleme süreci işletilmektedir. Ancak başka yaşamı kurtarma gibi, kısaca transplantasyon gerekçesi (yarcılık) ile bu süreç kısaltılabilmektedir. Çünkü, beyin ölümü durumu sadece bedensel yaşam anlamındadır. Burada yine hukuksal yaklaşımın yapılması gereklidir.

SONUÇ: Ölüm konusu felsefede incelenmeye devam edecektir. Antropolojik olarak binlerce yıldır sürmüş ve sürecektir.

Her canlı ölecektir. Ölümcül hasta veya ölüme yakın/tedavi edilme oranı az veya ölüm riski olan hastalarda yaklaşım. Hekim tüm hastalıkları şifa ile tedavi eden kişi olmadığı bilinmektedir. Tedavi edilmesi imkânsız veya şifa oranının az olduğu vakalarda, hekim sadece bireysel olarak değil, bir ekip olarak hasta ile ilgilenmesi gerekir.

Tedavi edilmesi mümkün olmayan veya ölüm riski bulunan hastalara bazı temel yaklaşımların yapılması prensip edilmelidir. Bu ilkeler olgu bazında düzenlemeye gidilmelidir. Aşağıda sadece uygun ve etkin tedavi (GMP)

yapmanın ötesinde, sosyal birçok etkileşim içinde bulunulmanın esasları sunulmaktadır.

Başlıca sosyal etkileşimler şunlardır.

a) *Karşılıklı güvene dayalı ilişkinin varlığı ki burada bilimsel olarak bilgi ve tecrübenin önemli yeri vardır.*

b) *Endike olmayan tedavilerde başka hekimlerinde sorumluluk alması, kuvvet ayrılığı veya karma etkinlikte sorumluluk, Ben bilirimden öte, hekim hastanın menfaatini ön plana alarak, başka hekimlerinde görüşlerini almalı, danışmanlık (Konsültanlık) işlevini etkin yapmalıdır. Hekimin birinci derecede hastaya karşı sorumluluğunu zayıflatan veya ortadan kaldıran bir durum değil, ona yol gösteren bir yaklaşımdır.*

c) *Hastanın kültür ve inanışlarına uygulamada saygı göstermeli, her bireyi toplumu ile bütünleştiren ortak paydaları güçlendirmelidir.*

d) *Karar kanıta dayalı veriler ve veriye dayalı gerçekçilik olmalıdır. Tanı için gerekli olan verileri kapsayan ve bilimsel veriler esasında şekillenen bir yaklaşım olmalıdır. Şüphe bir veri değildir.*

e) *Risk oranının fazla veya ölüm oranının yüksek olması durumu dikkate alarak (%10 altında tedavi şansında bile), yaklaşım konusunda hasta ve doktor bağlantısında olmayan, bağımsız etik kurullarca değerlendirilmelidir. Kurullar olgu bazında irdeleme yapmalıdırlar.*

f) *Tedavi seçeneği ve tedavi seçeneğine göre yanıt durumları, fayda/zarar analizleri irdelenmesi gereklidir. Hastanın rızası tek başına yeterli olamaz.*

g) *Standart tedavi yetersiz olup, ikinci seçenek olarak farklı yaklaşımın yapılmasının planlandığı durumlarda, hastanın bilgisi olmalı ve kurullarda değerlendirilmesi uygundur.*

h) *Doku rejeksiyon bulgularının varlığında ve inflamasyon durumlarında bedenin reaksiyonlarının değişeceği dikkate alınarak, hastaya hastalığın seyri ve bedenin verdiği yanıt belirtilmelidir.*

Yapılacak tedavi yaklaşımları, bireyin ölüme yakın veya tedavisi konusunda oranların azlığı veya yüksekliğine karşın, ölüm olasılığının olması nedeniyle, tedavi hakkında hasta bilgilendirilmelidir. Her hastada ilaç ve hastalıklar aynı kategoride olabilir ama aynı tedavi, aynı ilacın bireylerde farklı sonuçlar doğuracağı bilinmektedir. Bu açıdan hekim ilaçları hastalara göre doze eder veya değişiklikleri yapar. Bilimsel verilerin belirli esaslar içinde olduğu hastalara sunulmaktadır. Veri kaynağı 3 ana başlıkta ele alınmış ve aşağıda verilmektedir.

Kanıta düzeylerine göre tedavi/yaklaşım planı aşağıda özetlenmektedir;

- A DÜZEYİ
 - Ia: Randomize, kontrollü, birçok çalışmanın, META analizi ile elde edilen sonuca göre tedavi/yaklaşım
 - Ib: En az bir randomize, kontrollü çalışma sonucuna göre tedavi/yaklaşım
- B DÜZEYİ ÖNERİ

- Ila: Randomize olmayan, iyi tasarlanmış, kontrollü çalışma ile elde edilen sonuca göre tedavi/yaklaşım
- Iib: En az bir iyi tasarlanmış, kısmen deneysel çalışmadan elde edilen kanıta göre yapılan tedavi/yaklaşım
- III: Karşılaştırmalı çalışmalar, korelasyon çalışmaları ve olgu sunumları gibi deneysel olmayan, tanımlayıcı çalışma kanıtlarına dayanılarak yapılan tedavi/yaklaşımlar
- C DÜZEYİ ÖNERİ
 - IV: Uzmanlık komite raporları, otoritelerin görüş ve/veya klinik deneyimlere, rehberlere dayanan görüşlere göre yapılan tedavi/yaklaşımlar olup olmadığı hastalara söylenmeli ve bilgilendirme ile onamları alınmalıdır.

ÖZET: Ölüm oluşmadan, ölüm olasılığının olması durumunda bile, hekim ve etik kurullar dâhil, toplumun birçok kesimi, hastaya belirli bir yaklaşım standardı içinde davranmalıdır. Her canlı ölümü tadacaktır, ama yaşadığı süreç ölmüş gibi davranılamaz.

Eziyet yapmanın bir gerekçesi olamaz. Beyin ölümü gerçekleşmiş olguda, bedensel ölümün gerçekleşmesinin gecikmesi durumunda ne kadar bir süre beklenebilir veya ne kadar beklenmelidir sorgusu gelmektedir. Kişiye eziyet yapma hakkımızın olmadığına göre, yapılan işlemin tedavi veya eziyet olduğu konusunda değerlendirme yapılmalıdır. Tedavi bir hastalığı iyileştirme amacıyla yapılmaktadır. İyileştirme durumunun olmadığı durumlarda, yaşam kalitesini yükseltmek ve ağrıyı gidermek gibi yaklaşımlar yapılmalıdır. Beyin ölümü durumlarında, yukarıda belirtilen durumların yapılamadığı da dikkate alındığında, bedene eziyet yapmanın anlamı da yoktur. Bu açıdan, temel olarak canlandırma yaparken 5 dakika içinde fizyolojik durumun sağlanmadığı durumlarda, 45 dakika çaba yerine, bu süreçten sonra, ölüm durumu kabul görülebilir. Bu konuda karar veren kurulun hukuksal olması gerekir.

Herhangi bir işlem yaparken, hastanın bilinci yerinde olsun veya olmasın, ağrı oluşturacak işlemlerin tümü, lokal anestezi verildikten sonra yapılmalıdır. Unutulmamalıdır ki, yapılan yerel anestezinin etkili olabilmesi için, 5–10 dakika beklemek gerekebilir. Beyin ölümü olan kişide bile, otonom sinir sisteminin çalıştığı ve bedenin ağrıya cevap vermesine karşın, bizim bunu hareketsel olarak algılayamayacağımızı kabul etmemiz gerekir.

Zamanımızda kişinin gururunu zedeleyecek, tahkir edecek ve bireyin kültürel varlıklarını küçük düşürecek kelime veya söylevlerinde eziyet kapsamına alındığı unutulmamalıdır. Hakaret doğrudan kişiye karşı yapılmış ve yasalarda olan bir durumdur. Ancak, yukarıda bahsedilen yaklaşımlar hakaret kavramına olmasa bile, kişinin istemediği yaklaşımlar olduğundan, bunların da verilmemesi veya yapılmaması gerekir. İstenmeyen bir müzik dinletilemez, istenmeyen bir gıda yedirilemez, çay istemiyorsa, kahve veya kola verilmelidir. Tüm bunlar isteğe uygun olmalıdır, istenmeyen bir şeyi bile zorla yapmak veya yaptırmak ta eziyet kavramında ele alınmaktadır.

ÖZET: Eziyetin hiçbir gerekçesi olamaz. Bir iğne yapmanın veya kan almanın bile eziyet olmaması için bazı yaklaşımlar gereklidir. Bunlar; a) Mutlaka iğne batırmanın olmaz ise olmaz olması, işlemin yapılmasının şart olması/başka seçeneğin olmaması, b) İğnenin acıtmaması için lokal anestezi dahil yaklaşımların yapılması, ilacın etki edebilmesi için beklenilmesi ve c) Bilgilendirme ve onam gereklidir.

Doku ve Organ Nakli: Organ nakilleri için insanın belirli bir kaybı söz konusu olmaktadır. Bu açıdan kesin verilere dayalı ve hukuksal sistemin tam uyulması gerekir. Hukukta usul konusu; olayın incelenmesi ve karardan önce gelir. Bağımsız kurullar; beyin ölümünü saptama kurulları, etik kurullar gibi, toplumsal yapılanmalar, önemli yer tutarlar.

Doku ve organ nakli konusunda yararın bireyin sağlığı açısından olmalıdır. Bundan maddi menfaat sağlanması kabul edilemez olduğu (alım ve satım gibi) ve yasalarda da bu işlemin ceza kanunu çerçevesine alınmaya çalışıldığı da görülmektedir.

Doku alımlarında, özellikle ölü bedenlerden alınan, kornea nakillerinde, göz veya doku alınmayıp, sadece korneanın alınması durumlarında, bu farklı açıdan ele alındığı görülmektedir. Burada organ nakli şeklinde bir usulün hukuksal açıdan uygulanması, bu yaklaşımın yapılmasını çok aza indirecektir. Bu bir bakıma, yine hukuksal yapı içinde, daha kolay bir yaklaşımla, sadece kurulların kararı ile yapılması olanak sağlanabilir. Organ nakli veya alımından farklı tutulması toplumsal yarar sağlayacaktır.

Üniversitemizde özellikle kornea nakilleri için Etik Kurulun bir alt komisyonu oluşturulmuştur. Bu komisyon görev almaktadır.

Her hasta öldükten sonra tanısal belirli bir doku alımı yapılmaktadır. Bunlar; kan kültürü, beyin omurilik sıvısının (BOS) incelenmesi ve kültürü, karaciğer biyopsisi ve akciğer biyopsileri gibi tanısal açıdan önemli olabilecek yerlerden yapılacak iğne veya parça biyopsileridir. Bu yaklaşım, tüberküloz gibi enfeksiyonların düşünülmesi durumunda, tüm otopsiyi de izin almadan yapılmasına olanak sağlamaktadır. Kısaca ölmeden önce hasta veya yakınından izin almadan yapılan yaklaşımlar kapsamına girmektedir. Dolayısıyla kornea alımlarının farklı olarak ele alınması uygun olacaktır. Ancak, Osmangazi Üniversitesinde olduğu gibi, bu konuda uzmanlaşmış özel bir kurulun görev alması hukuksal gerekçenin oluşturulması açısından, gerekli olduğu düşünülmektedir.

Kök hücre nakli; bu konuda uzman birimlerce yapılma gerekliliği olup, GMP (Good Manufacturing Practice) standartlarında olan ünitelerce yapılmalıdır.

Temel standartlara sahip olmak tek başına yetmemektedir. Her hasta ayrı ayrı sosyo-kültürel açıdan irdelenmeli ve psikolojik destek sağlanmalıdır. Kök hücre nakilleri, diğer doku ve organ nakillerinden ayrı bir yaklaşım gerektirmektedir.

SONUÇ: Doku ve organ nakilleri farklı olarak ele alınmalı, ancak hukuk usulleri içinde, daha basit olarak yapılandırılmalıdır. Kornea nakli ile kalp nakli bir değerlendirilemez. Kemik iliği nakli, karaciğer nakli gibi tüm doku veya organ nakilleri için, kendine özgün etik kurullar oluşturularak işlev yapması beklenmelidir. Her bir hasta için genel kapsamlı etik kurullar bunları etiksel felsefe açısından incelemelidir. Hukuksal yapı açısından etik kurulların bir bilirkişi gibi etkin rol oynadığı ve olayları ve/veya yasaları bilimsel açıdan irdelediği unutulmamalıdır.

ÖZET: Organ ve doku alımları farklı olarak değerlendirilmelidir. Tüm bu yaklaşımlarda temel olarak, hukuksal gerekçelendirmenin, bireysel bazda olabilmesi için, özgün etik kurulların görev alması gereklidir. Tüm bu yaklaşımlarda özellikle maddi menfaatin kabul edilebilir olmadığı da vurgulanmıştır.

TOPLUMSAL BAKIŞ: Ölümü toplumun kabul etmesi de bir sosyal olgu olarak alınması gerekir. Uzun süren kanserli hastanın ölmesi bir bakıma huzura kavuşması olarak değerlendirilmektedir. Gelişmiş toplumlarda, uygulamayı yapan ekibin kuvvetler ayrılığı prensibi içinde sorumluluk paylaşımı gerektiği kadar, etiksel kurullarda da olgusal bazda irdelenmesi gereklidir. Olguda aynı uzmanlık görüşü değil, farklı uzmanlıkların görüşlerinin olması ve müteselsil sorumluluk çerçevesinde yapılması, doğrusal yaklaşımı daha netleştirecektir. Olgumuzda bu yapılmıştır. Bebek anne karnında canlı iken beyin ölümünü saptamam diyen hekim, bu gerekçeyi yerine getirmiş olmaktadır. Ekibin sadece yapacakları değil, yapılmayacakları da irdelenmesi gerekli olmalıdır.

Toplumumuzdaki bazı görüşler aşağıdaki şekilde özetlenmiştir.

Ölüm konusunda bazı yaklaşımlarımızı vurgularsak;

- **Öldürme gerekçesi:** Sınır tanımaz ve azgın olup, topluma karşı toplumsal terör eylemleri yapanlar, bozgunculuk yapanlar, canlı yakalama olmadığında, teslim olma çağrılarına uymayıp, silahla karşılık vermeleri, çarpışmaları durumunda; vurulması, öldürülmesi; yaralı olunca ise, yaşatılması için en ileri tıbbi yaklaşımların yapılması veya yapılması için medikal desteğin hazır olması veya temin edilmesi gerekir.
- **Dokunulmazlık ve özen gösterme:** Toplumda adalet dağıtan ve düzeni koruyanların canına kıyanlar (hakim, asker-polis gibi) teslim olmaz ise öldürülürler.
- **Ölüm gerekçesi/korkusu ile taviz verme:** Toplumda canilerin, teröristlerin öldürme tehditlerine karşı taviz verilemez, hedeflerden geri dönülemez.

Tehdide taviz verildiğinde, olayların arkası gelecektir. Toplumsal zayıf nokta oluşur. Bu açıdan teslim olduğunda öldürülmeyeceği, yargılanacağı teminatı ile sağ ele geçirme imkânı aranır. Eğer rehineleri öldürerek ateş açması ile mukabil unsur olarak ateş açılır ve yaralamaya çalışılır. Ölüm bu durumda bile son çaredir.

- Ölüm kararı hukuksal olmalıdır: Bir kişinin öldürülmesi, savaş ve çatışmalarda dahil olmak üzere, hukuksal onay veya karar gereklidir. Öldürme kastı olabilecek eylemler için veya kısaca tüm polisiye hareketlerde, savcılık onayı gereklidir ve hukuksal izin çıkması şarttır. Savaş izni de bir hukuksal karar olmalıdır.
- Ölüme ölüm, gibi mukabil olan yaklaşım dışında öldürmenin gerekçesi olamaz: Bir toplumsal uyarı yapan, katkıda bulunan, yol gösteren, öncü veya liderlerin öldürülmesi haksızdır ve toplumsal büyük pişmanlık ve azap duyulmasına neden olacaktır. Bu kişiler anarşist, terörist, cana kıyan değil, sadece topluma farklı bakış açısı getirmeye çalışan, radikallerdir. Ancak nefsi müdafaa şeklinde, savunma amaçlı olarak bireylerin başkasını öldürülmesi söz konusu olabilir. Burada cana kast olma zorunluluğu vardır. Bu yaklaşım savaşlar için de geçerlidir. Ateşe ateşle karşılık verilir.
- Ölüm dışı cezalandırma: Cezalandırma ölüm şeklinde olmasına gerek yoktur, cani ölüncüye kadar veya bir yol bulununcaya, çözüme ulaşıncaya kadar belirli yerlerde/evlerde/hapishanelerde tutulabilir.
- Zarar karşılanmadan af olamaz: Kötülükleri yaptıktan sonra tazmin etmeden af etmek söz konusu olamaz. Zarar mutlaka karşılanmalıdır.
- Cezasız kalan kan bedeli olamaz: Cezalandırma nerede olursa olsun yapılmalıdır, bu kamusal hak niteliğindedir. Hiçbir yer kaçabilecek yer değildir ve olamaz. Bulunduğu yerde cezalandırma yapılır.
- Kaza ile oluşan ölüm, kasti ölüm ile bir tutulamaz: Kaza dışında öldürme kabul edilebilir davranış değildir. Bir kişiyi öldürmek, tüm insanlığı öldürmektir ve hiçbir mazereti olamaz. Kasten öldürme ise ömür boyu azaplı bir cezayı gerekli kılar.
- Sanal ölüm olamaz: Bir kişi sizi öldürmek istedi diye o öldürülemez ve ayrıca insanlık açısından bu tip yaklaşımlardan korkmak gerekir.
- Öldüren birey mutlak durdurulmalıdır: Bozgunluk yapmaya çalışan, terör yapan canilerle savaşmak gereklidir ve cani imkânlarından sürülmelidirler.
- Her canlı ölümden sonrası için planlama ve kalanlara öğütlerini sağ ve akli yerinde iken yapmalıdır: Ölüm yaklaşması veya terminal durumlarda, kişi vasiyetini yapmalı, bu hukuksal boyutta olmalı ve en az iki kişi şahit olmalıdır.
- Gelecek yok ise ölüm/yokluk oluşacaktır: Gelecek nesilin, hiçbir şekilde gelişimine olumsuz katkı yapılmamalı, hiçbir engel, zorluk veya durdurma yapılmamalıdır. Bir duraklama bile, toplumun yokluklarına neden olabilecektir. Bu bir bakıma evlatları öldürmedir.

- Ölüme ekonomik gerekçe sunulamaz: Ekonomik nedenlerden dolayı ölümün gerekçelendirilmesi kabul edilemez.
- Eziyet hangi şartta olursa olsun kabul edilemez: Ölüm veya yaşam sulh ve bireylerin mutluluğu üzerine olmalıdır. Eziyet hiçbir durumda geçerli olamaz.
- Toplumun varlığı ölümü göze alan, fedakârlarla sağlanır: Belirli bir görev ve fedakârlık boyutu nedeniyle ölenler (asker, polis ve görev başına olan gibi), toplumun varlığı için canını feda edenler, o toplum var olduğu sürece, ölmelerinin bir anlamı vardır. Çabaları yaşayanlar sayesinde sürecektir. Bir bakıma yeniden dirilmişlerdir.
- Ölümden kazanç sağlanamaz: Ölümden menfaat temin edilmesi söz konusu olamaz.
- Can kutsaldır: Can kutsaldır ve ölüm ancak hukuksal açıdan ele alınabilir. Veli ve kanuni temsilcisi yetki ve söz sahibi olarak kabul edilebilir. Tüm bu yaklaşımlarda bilimsel ve hukuki sınırlar/çerçevesel ve ilkeler içinde olmalıdır.
- Her canlı er veya geç ölümü tadacaktır: Canlının en önemli gerçeği bir gün öleceğidir. Ancak canlılar geçici yaşam süreçlerini ve kalıtsal özelliklerini çocuklarına taşımaktadırlar. Kültürel parametreleri de eğitimle aktarmaktadırlar. Sonuçta hayvanlarda genellikle sadece genetik karakterler yeni nesile geçerken, insanlarda ise sosyo-kültürel birçok unsurlar geçmekte ve yeni jenerasyon tarafından geliştirme ve veya değişim yaşanmaktadır. Canlının bir bakıma geçmişte yaşayanlardan çıktığı söylenebilir. Ölümden yeni bir değişim sürecinde olan yeni bir boyut, yaşayan toplum çıkmaktadır. Tarih bunun en belirgin şahididir.
- İnsanların yaşam ve ölüm yetkileri sadece kendilerinde olmamalıdır: İntihar, cana kıyma ve öldürme bireylere bırakılamaz. İnsanların tam doğru değerlendirmesi beklenemeyeceği, nankörlük dahil birçok subjektif verilere dayanabileceğinden, DNR emrinde Avukat, Savcı, Mahkemenin atadığı gözetmen, noter/ surrogate, court appointed guardian, Proxy, durable power of attorney, imzaları ile şahitlik yapmaktadırlar.
- Kötülüğe sessiz kaldığınızda, ok döner sizi de vurabilir: Ölü riskini almamak için azgın terörist veya canilere ses çıkarmamakla, kaçmakla hiçbir yere varılamaz. Sadece az bir süre etkisini görebilirsiniz.
- Ölüm ile yaşam bir tutulamaz: Ölüm ile canlıyı, aydınlık ile karanlığı, mit ile logosu eşit alınamaz, birlikte değerlendirilemez.
- Görünüşte ölü ile görünüşte canlı ile soyut anlamda yaşam farklıdır: Ölü sanılan toprak sulandığında yaşam bulduğu, yeşillendiği görülecektir.
- Her canlı ölümden korkar veya çekinir: İnsanlarda tüm canlılar gibi yaşamaya düşkünlerdir. Zorda olanlar bile, bin yıl yaşasalar bile daha uzun ömür istenir ki bu doğaldır. Ancak, uzun yaşamak, azap duymak veya sorunlardan uzak olunacağı anlamında değildir.

Yukarıda belirtilen ölüm ve ölümün sonlanması hakkındaki toplumda öngörülen genel yaklaşımları gruplandırdığımızda;

- a) Can kutsaldır. Canın kutsal olup, dokunulmazlığı olduğu, can üzerinden kazanç sağlanamayacağı, ekonomik gerekçelerle yaşamın sonlandırılmayacağı ve yaşam hakkı devlet tarafından da korunmasının gerekli olduğu, ölümün bir ceza olamayacağı (çünkü ceza bireyin terbiyesi içindir ve ölen kişi için bu söz konusu olamaz),
- b) Canlı iken ölüm ve öldükten sonrası için vasiyet yapılması. Her canlının ölümü tadacağı, yaşarken ölümden sonrası için vasiyetini yapması gerektiği, kendi bedeninin emanet olduğu ve ölümü için karar veremeyeceği (DNR Talimatında; herhangi bir acil işlem yapılmaması veya kardiyopulmoner canlandırma kesilmesi için (kardiyak kompresyon, endotrakeal intubasyon veya diğer ileri solunum destekleri, suni solunum, defibrilasyon ve buna bağlı işlemler), hastada terminal vaka olması ve KALP DURMASI veya SOLUNUM DURMASI OLMASI HALİNDE canlandırmanın yapılmaması, buna karşın, damardan sıvı, oksijen verme gibi tıbbi yaklaşımlar, yaşam kalitesini yükseltmek veya ağrının önlenmesi gibi durumlarda (comfort care or to alleviate pain) yapılmasını öngörmektedir,
- c) Ölmek bir gerçektir ve ölüm korkusunun ecele faydası yoktur. Her canlının ölümden korktuğu, ancak insanları öldürenlere karşı, toplumsal fedakârlık temelinde, ölüm göze alınmalı, toplumda adalet ve düzeni koruyanlara ateş açılması ile derhal mukabele edilmesi, nefsi müdafaa için ancak öldürme durumu söz konusu edilebileceği, kaza ile ölüm olmasının ise tazmin edilmesi gerektiği, kastın öldürme olmadığı, zararda olduğu gibi, bedel ödemedi af olamayacağı,
- d) Yaşamın sonlanma kararı hukuksal olmalıdır. Hukuk Yaşamın sonlandırılmasının ancak hukuksal olarak karar alınabileceği (DNR Talimatında; Avukat, Savcı, Mahkemenin atadığı gözetmen, noter/surrogate, court appointed guardian, Proxy, durable power of attorney, imzaları ile olayı onamakta ve şahitlik yapmaktadırlar),
- e) Ölüm sadece bedensel anlamdadır. İnsanın varlığı ve etkilerinin öldükten sonra da devam ettiği unutulmamalıdır.

SONUÇ: Yaşam ve ölüm hakkında felsefi yaklaşımlar yapılmıştır. Burada canın kutsal olması açısından, hiçbir kişinin ölmesinin istenemeyeceği vurgulanmaktadır. Yaşam ile ilgili kararların hukuksal olması ve bunların yasal temsilciler tarafından onanmasının gerekliliği üzerinde durulmuştur.

Zararımızın olmaması ilk kuraldır (Primum non nocere) Dikkat Edilecekler, Tedbir ve Önerilere dayandırılmalıdır. Tedbirler, en sık rastlananlara göre yapılmalıdır. Davranış bozuklukları çocukluk çağında en sık rastlanan durumdur. Doktorların asli görevi tedavi etmek değildir. Bireyleri sağlıklı olarak izlemek

ve hastalanmalarını önlemektir. Olgumuzda da olduğu gibi, çocukluk çağının son dönemlerinde sıkça rastlanan uyum sorunları ve daha sonra gelişmiş ülkelerde de ilk sıralara çıkan, intiharlar belirli bir yaklaşımı gerektirir.

Her üç çocuktan birinde uyum sorunları oluşmaktadır. Aşağıda sık rastlanan sorunlar sunulmaktadır. Tutum ve davranış bozukluğundaki sorunlar erken uyarı niteliğinde olup, umursanmaması durumlarında intihar vakalarında artış beklenilmelidir.

- **Tutum ve davranışta bozukluklar (Toplam %36 oranında)**
 - **Davranış bozuklukları:** %6–13 oranında rastlanmaktadır. Özellikle ruhsal ve sosyal gelişime dikkat ederek, aile danışmanlığı etkin uygulandığında önlenilmekte veya azaltılabilmektedir. Birçok toplumda bu konu ilgiyi çekmediği veya ortaya konulmadığı için oran çok düşük gösterilmektedir.
 - **Aşırı aktif, dikkatin toplayamayan çocuk:** %15 oranında belirtilmektedir. Bu çocuklar zekâlarında gerilik olmayanlardır. Uyumsuz çocuklardır.
 - **Öğrenme bozuklukları:** %7,5 oranında gözlenmektedir. Özel ilgi ve eğitim gerektirebilirler.
- **Diğer Sorunlar (Toplam %4)**
 - **Mental gerilikler:** %2,5 oranında olduğu belirtilmekte ise de, toplumlarda sağlık koşullarının bozuk olması ile oran artmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde birçok çocuk ilk yaşlarda öldüğünden oran hızla azaldığı görülür. Mental açıdan gerilikler sınır, orta ve düşük zekâ olarak ayrılabilir. Düşük zekâlıların az olduğu, birçok mental gerilikli bireylerin erken dönemde özel yaklaşım ile toplumsal olarak uyumlu davranışa getirilebilmesi mümkündür.
 - **Beyin hasarına bağlı bedensel hareket aksaklığı (Serebral Palsi):** %0 2–3 oranında oldukça yüksek orandadır. Bu çocukların büyük çoğunluğu, özel yaklaşım ile zekâ gerisi olmadan yaşamlarını sağlayabilirler.
 - **İşitmede sorunlar:** ‰0 0,8–2 arasındadır. Erken saptanması ile eğitimlerinde sorun oluşmamaktadır. Yenidoğan döneminde saptanıp tedaviye alınmaları önemlidir.
 - **Görme bozuklukları:** ‰0 0,3–0,6 oranındadır. Özellikle okul çağında mutlak göz hekiminin kontrolü gerekir.

Yukarıdaki çocuklar genellikle geri zekâlı olarak tanımlandığında, toplumsal açıdan bir bakıma yapılacak bir şey olmadığı şeklinde savunma gözlenmektedir. Buna karşın, yukarıdaki uyum sorunlarını yaşayanların zekâ düzeylerinin normalden yüksek olması bile mümkündür. Özürlü olanlar ise erken yaklaşımlarla, önlenbilir zekâ geriliği sınıfına alınabilmektedir. Çünkü bu çocuklar temelde geri zekâlı değil, çevresel veya eğitsel açıdan geri bırakıldıkları için zekâ özürlü olmaktadır.

Aşağıda sunulan davranışlar çocukların uyumlarının saptanması açısından önemlidir. Bu liste çocuklarda a) Gözlenmiyor, b) Seyrek rastlanmakta veya c) Devamlı aynı tutumu göstermektedir şeklinde yapılmaktadır. Devamlı sorunları tekrarlanması durumunda çocuk bekimi veya çocuk psikiyatrisine danışılması yararlı olacaktır. Çocuklarda dövme veya çeşitli

şekilde baskı ile görünüşte davranış örtülmüş olacak ve daha şiddetli olarak, patlama şeklinde ortaya çıkabilecektir. İntiharlar bu yaklaşımın bir yansımasıdır. Kişi topluma yönelme yerine, kendine yönelerek, yaşamını sonlandırmaktadır.

Uyum Sorunlarını saptamak için sorgular (Bulgular liste olarak aşağıda sunulmaktadır)

- .Ağrı veya sızıdan yakınması
- Kendi başına uzun süre geçirmesi
- Kolay yorulması, az enerjisi olması
- Dik oturamaması, hareketli olması
- Öğretmenle sorunları olması
- Okula ilgi duymaması
- Robot gibi davranması
- Gündüz rüya-hayal kurması
- Kolay asabının bozulması
- Yeni ortamlardan korkması
- Mutsuzluk, üzüntü duyması
- Huzursuz ve kızgın olması
- Ümitsiz olması
- Konsantrasyonda yetersizlik
- Arkadaşları ile iletişimin zayıf olması
- Diğer çocuklarla çatışması
- Okuldan kaçması
- Okul başarısında düşme olması
- Kendisine düşkün olması
- Sık doktora gitmesi ve olumlu bulgusunu olmaması
- Uyku sorunları olması
- Çok endişe duyması
- Daha fazla birliktelik istemesi
- Kendini kötü hissetmesi
- Gereksiz riskler alması
- Kendini sık yaralaması
- Az eğlenmesi
- Aynı yaştakinden daha küçük davranışlarda bulunması
- Kuralları dinlememesi
- Duygusunu göstermemesi
- Başkasının duygularını anlamaması
- Başkalarını alaya alma, muziplik yapma
- Kendi sorunları için başkalarını suçlama
- Başkalarına ait eşyaları alma

Burada yukarıdaki yaklaşımlar yapılırsa ve toplumsal olarak farklı yaklaşım yapılırsa ve hekimlerin bu standartları tüm olgularda uygulasalar, elbette farklı sonuçlara ulaşılabilir. Ancak, gelişmiş ülkelerde bizdeki intiharlardan çok fazla oranda cana kıyma görülmektedir. Burada belirtilenler genel temel kitaplarda sunulmaktadır. Sorun görüldüğü gibi, gelişmiş ülkelere özgü değil, bizim ülkemizde de rastlanabilmektedir. Bu yaklaşımların standart hale gelmesinin önemi net olarak gözlenmektedir.

ÖZET: Bir olayın oluşmasından önce, hatta sorunlar ortaya çıkmadan önce, gerekli tedbirler alınmalı ve dikkat edilecekler ve yapılacaklar saptanmalıdır. Ülkemizde de, cana kasıtların giderek artacağından, bu konuda temel sorgusal yaklaşımlar, her bireyde yapılarak onlara destek veya tedavi uygulamalarına geçilmelidir.

SONUÇ: Çocukluk çağı, davranışların oluşturulduğu bir dönemdir ve bu dönemde üç çocuktan birinin tutum ve davranışı sorunlu olup, bunlara eğitilmiş kişilerin yaklaşımları gereklidir. Bu sayede birçok sorun gelişmeden, erken tanımlanarak çözümlenebileceği unutulmamalıdır.

Aşağıda bu vesile ile alınan kararlar ve ilkeler sunulmaktadır.

KARAR (Normatif Etik: Yaşam Hakkı)

Genel kabul edilen ilkeler:

- **YAŞAM KUTSALDIR:** Yaşam güdüsü olan bireylerin yaşamasının sağlanması/desteklenmesi (ileri yaşam desteği, canlandırma gibi),
- **ÖLÜME SAYGI:** Yaşam güdüsü olmayan kişilerin yaşamının sonlanmasına saygı duyulması,
- **İŞLEMİN BİR GEREKÇESİ ve AMACI OLMALIDIR:** Yapılan yaklaşımların yarar ve sonuç sağlayıcı unsurlar taşımasının gerektiği, (kanser ve yapılacak medikal girişimlerle sebep sonuç ilişkisi içinde olmayan/illiyet bağı olmayan tedavi = futile treatment durumları, özet olarak; oksijen vererek siyanoz önlemediğinden verilmelidir, palyatif tedavi gereksiz/anlamsız tedavi değildir, yapılacak yaklaşım ile iyileştirilemeyecek/giderilmesi mümkün olmayan sorunlu olgularda işlem yapılmayabilir; perforasyonda ameliyat yapılır, meningosel için gerekli onamlar beklenir),
- **ŞANS TANIMA ve/veya UMUDU YİTİRMEME:** Yaşam durumunu (güdüyü) tanımlayabilmek/anlamak/saptamak/imkân tanımak için, fizyolojik desteğin başlanması ve/veya denenmesi, ileri yaşam destek sürecinin (sürdürülebilirliği) canlandırma yaklaşımlardan elde edilen verilere göre sürdürülmesi (yapılması),
- **BEYİN ÖLÜM KARARI YARAR UNSURU OLURSA YAPILMALIDIR:** Beyin ölümü olması durumunda; başka bireylere yarar unsuru (transplantasyon gibi) olması durumunda önceden saptanan ekibin (hasta doktoru ve ailenin onayı gerekli ancak karar veren değil, karada etkin olanlar olmalıdır) kararı ile yaşamın sonlanabileceği,
- **KUVVET AYRILIĞI ve MÜTESELSİL SORUMLULUK:** Transplantasyon yapma kararı veren ekibin, müteselsil sorumlu olduğu, aile onayının bir bakıma medikal ön görülen karara katılma ve bilgilendirme ile birlikte onama şeklinde olduğu, birinci derecede sorumlu olanların beyin ölümü ile transplantasyon kararını vermesinin gerektiği, Doku ve organ nakillerinin kendilerine özgü yaklaşımlar gerektiğinden, bu konuda oluşturulacak etik kurulların desteği/önerileri/denetlemesi/felsefe oluşturması sağlanmalıdır.
- **CANLILAR ÖLÜMSÜZ DEĞİLDİR:**

- Ölümcül hastalığa yakalanan veya ölüme yakın olanlara sosyal etkileşim kurulmalıdır. Ölüm oluşmadan, ölüm olasılığının olması durumunda bile, hekim ve etik kurullar dâhil, toplumun birçok kesimi, hastaya belirli bir yaklaşım standardı içinde davranmalıdır. Her canlı ölümü tadacaktır, ama yaşadığı sürece ölmüş gibi davranılamaz.
- Bedenin ölümü beyin ölümünü takiben gelişmektedir. Beyin ölümünün daha sonra tüm bedenin ölümüne neden olabileceği için bu sürecin beklenmesi gerekliliği, yaşamı erken sonlandırmak için aceleci olmanın gereksiz olduğu,
- **KARAR OLGU/FENOMEN BAZINDA VERİLMELİDİR, GENELLEŞTİRME YAPILAMAZ.** Karar sadece o anlık değil, doğmamışın hakları ve geleceğe miras kalacak durumlar/fenomenler dikkate alarak yapılmalıdır. Karar; sağlıklı çevre/ekonomi gibi somut ve etik felsefe gibi soyut olabileceği dikkate alınarak, bizlerin geleceğe emanet olarak yaklaşım yapmalıyız ve geçmişten aldığımız bilimsel veriler ve tecrübelerle, düşünerek etiksel yaklaşım yapılmasının gerekliliği belirgindir. Kısaca karar alırken;

İDEAL GÖZLEM TEORİSİ

1. Omniscience: Karar, her kesim tarafından kolay kabul edilebilir olmalıdır.
 2. Omni percipience: Karar, ilgili kişilerce empati yapar gibi değerlendirilmeli, benimsenmelidir.
 3. Disinterest: Karar, kabul görmeyen veya ilgi duyulmayan temellere dayandırılmamalıdır. Bilim dışı dayanak kabul edilemez.
 4. Dispassion: Karar, aşırı gergin ve ruhsal sıkıntılı dönemde alınmamalı, sağlıklı düşünebilecek ortamda alınmalıdır.
 5. Consistency: Etik olarak, benzer durumlarda kararlar aynı veya uyum içinde olmalıdır.
- **TÜM BEDEN ÖLÜMÜ OLMADAN, KİŞİ ÖLMÜŞ KABUL EDİLEMEZ:** Tüm beden ölmeden (ölü morluğu, ölüm katılığı gibi) kesin ölüm olmayacağını vurgulanmasının (yaşam açısından bir

şans veya transplantasyon açısından canlı doku olması gibi nedenlerden dolayı) gerekliliği,

- **KARARLAR HUKUKSAL OLMALIDIR:** Hukuksal karar olmadan (yukarıdaki durumlar dahil) medikal açıdan tüm beden ölmeden ölüm kararı verilemeyeceği, hiçbir hekimin yaşamın sonlanması açısından zorlanamaması yanında teklif bile edilemeyeceği gerçeğinin olduğu, (toplumda yaşamı sonlandıran bireye cellât denildiği ve bunun hukuksal karar ile gerçekleştirildiği dikkatlere getirilmiştir), doku ve organ nakillerinin farklı ama benzer hukuksal usullere dayandırılmasının toplumsal yararı olacağı,
- **HEKİM YAŞATMAYA HEDEFLENEN KİŞİDİR:** Hekim yaşamın sonlanması değil, hastanın yaşamının sağlanmaması durumlarında, yaşam kalitesini yükseltmek (ağrının dindirilmesi ve hastanın uyutulması gibi) için yaklaşımlar yapmasını,
- **EZİYETİN GEREKÇESİ OLAMAZ:** Hiçbir kişiye eziyet niteliğinde yaklaşım yapma hakkımızın olmadığı da vurgulanmaktadır. Bir iğne yapmanın veya kan almanın bile eziyet olmaması için, mutlaka işlemin yapılmasının şart olması/başka seçeneğin olmaması ve iğnenin acıtmaması için lokal anestezi dahil yaklaşımların yapılması ve bilgilendirme gereklidir.
- **ÖLÜM HUZURA KAVUŞMA OLMALIDIR:** Yaşamın sonlanmasının huzur ortamı içinde oluşturulması, yaşam sonlanmasının sosyal ve kültürel bir olgu olduğu ve toplumlarda ölüm durumlarında çeşitli aşama törenlerinin yapıldığı, her canlının en büyük realitesinin canlılığın sonlanması olduğu gerçeğini dikkate alınmasının gerekli olduğu,

GENEL İLKELER OLARAK TANIMLANMIŞTIR.

NÖROVASKÜLER KOMİSYON RAPORU

Nöroloji ile radyolojinin beyinsel işlemler konusunda ortak çalışması amaçlanan bir komisyon oluşturulmuştur. Bu komisyonun raporu aşağıda sunulmaktadır.

KOMİSYON RAPORU

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı,

İLGİ:

1. Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi 12.12.2003 tarih ve 10009 sayılı yazısı

2. Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi 29.12.2003 tarih ve 10301 sayılı yazısı
23 Eylül 2004

Komisyon Raporu ekte sunulmaktadır.
Saygılarımızla

Prof. Dr. M. A. A.
Etik Kurul Başkan Yardımcısı
Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
MAA/mö

TOPLANTILARIN TUTANAKLARI

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığından alınan ilgi yazı gereği ve Fakülte Yönetim Kurulu tarafından oluşturulan ‘Girişimsel Nörovasküler Uygulamalar Komisyonu’ olarak toplanılması ve görüş oluşturulması gerekmektedir.

Toplantı öncesi gelen yazıların tarafımdan değerlendirilmesi aşağıda sunulmaktadır.

OLAYIN GELİŞİMİ

1. 5 Kasım 2003 tarihli Nöroloji Anabilim Dalı tarafından Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığına yazılan yazıda;
 - a. Skopi cihazının kullanımı için saat verilmesi
 - i. Kardiyoloji ile birlikte kullanılan Seriografi Röntgen Cihazının 4 yıldır bozuk olması nedeniyle kullanılamamaktadır.
 - ii. Bozuk olan ünite serebral anjiyografi için gereklidir; substruction ve görüntüleri röntgen cihazına kaydetme bozuktur, CD’ye kaydedilebilmektedir.
 - iii. Sunumların ulusal ve uluslar arası bilimsel platformda etkinliği zayıflatmaktadır ve ayrıca diğer hastanelerden farklı olma özelliğimiz zedelenmektedir.
 - b. Ülkemiz imkanları ile alındığı için kişiselleştirilemeyecek
 - c. Hastalarımızın yararı için klinik hekimlerin tanı koymalarında hizmet verecek
 - d. Bilimsel araştırmalarda olumlu katkılar sağlayacak
 - e. İnvazif uygulama yetki ve belgeleri bulunan ve kendini yetkili bulan ekiplerin kullanımına açık olması
 - f. Tartışılmaması gereken açık bir gerçektir.

2. 12.12.2003 tarihli Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dağıtım Yazısı (Fakülte Yönetim Kurulunun 11.12.2003 tarihli 53/7 Nolu Kararı);
 - a. 13.08.1997 gün ve 30/10 sayılı Yönetim Kurulu Kararının değişimi
 - i. ‘Radyo-diagnostik cihazlar kullanılarak yapılacak girişimsel işlemler
 1. Klinisyenlerin isteğine göre Radyoloji Anabilim Dalından talep edilebileceği gibi
 2. Klinik branşların bu tetkikleri kendilerinin yapmak istemeleri halinde konunun Dekanlığa iletilmesine
 - ii. Fakülte Yönetim Kurulunun (bilimsel, etik ve yasal yönden yapacağı değerlendirme) sonucuna göre karar verilmesi
3. 18 Aralık 2003 gün ve 270 sayılı Nöroloji Anabilim Dalı Akademik Kurul Kararı
 - a. Fakülte Kuruluna öğretim elemanlarının etkinliklerinin bilimsel yönden inceleme kapısını açmaktadır. (2547 Sayılı Yasanın 42. Maddesinde denetleme yetkisi yasada bulunmamaktadır) Bilimsel denetleme kelimesinin kaldırılmak üzere kararın düzenlenmesinin uygun olacağı, bilimsel inzibati tutumlara da kapı açar endişesini taşımaktayız.
 - b. Yönetim Kurulunca kurulmuş olan bir komisyona böyle bir denetleme yetkisi vermek ise olayı daha da vahim hale getirmiştir.
 - c. 1983 yılından beri, girişimsel kateterli Nörovasküler girişimlerimizi Fakültemizde yapmaktayız.
 - i. 13.08.1997 gün ve 30/10 sayılı Yönetim Kurulu Kararının değişimi
 - ii. Ekibimizin yıllardır bilimsel platformda kendini kabul ettirmiş uygulamalarının böylesi bir yöntemle sorgulanır konuma getirilmiş olması gereksiz olmaktadır.
 - iii. Gururunu incitmiş ve çok üzümüştür.
 - iv. İşin ehli olmayan bir komisyon tarafından bilimsel sorgulamaya tabi tutulacağı olayı bizleri aşırı derecede rencide etmiş bulunmaktadır.
 - d. Sağlık Bakanlığı Uzmanlık Tüzüğüne dava açıldığı belirtilmektedir. ‘19 Kasım 2003 günü yapılan duruşma ile iptal edildiği ve son tüzüğün çizelgesi doğrultusunda kurulmuş bulunan tüm bilim dalları yasallığını yitirmiş olmaktadır.’
 - e. İsteğimizi, başka yönlerde kaydırılmış olması nedeniyle geri çekiyor ve başvurumuzdan vazgeçiyoruz.
4. 26 Aralık 2003 gün ve 55/7 sayılı Tıp Fakültesi Yönetim Kurulu Kararı

- a. Bilimsel sözcüğü Anabilim Dallarının bilimsel yönlerinin değerlendirilmesi anlamında olmayıp,
- b. Bu tür uygulamaların Türkiye ve Dünya Bilimsel platformdaki yerini belirlemeyi ifade etmek için kullanılmıştır.
- c. Kurulan Komisyona taraf olan Anabilim Dallarından üye katılımı sağlanmıştır.

Yukarıda konu özetlenmeye çalışılmıştır.

Yukarıdaki bilgiler ışığında saptadığım hususlar aşağıda sunulmaktadır. Buna göre iki temel yaklaşımın yapılması gerekli olmaktadır. Bunlar;

- USUL OLARAK:
- KAPSAM OLARAK (Bilimsel, Etik ve Yasal açıdan)

USUL OLARAK

1. **Komisyunun Görevi:** 2547 Sayılı Yasaya göre öğretim üyelerinin görevleri arasında (Madde 22) kendilerine verilen görevleri yapması bulunmaktadır. Bu açıdan Komisyon gerekli gördüğünde işlevinin olmadığı şeklindeki bir karar ile sonuca varabilir, ama kendi kendine verilen görevi yok sayamaz, olayı tamamlamak zorundadır.
2. **Hukukun Üstünlüğü:** Tüm yasa ve yönetmelik gibi hukuksal düzenlemeler bireyin hakları temelinde ele alınması gereklidir. Sistemin üstünlüğü prensibi söz konusu olamaz.
3. **Yasal olmayan bir şeyin yaptırılamayacağı:** 2547 Sayılı Yasaya göre Anayasa ve 657 Sayılı Yasaya göre hiçbir kimseye yasanın öngördüğü bir işi yaptırılmaz, hatta zorlayamazsınız. Yazılı emir bile olsa uyulamaz, yapılamaz.
4. **Bilimsel Dokunulmazlık:** 2547 Sayılı Yasada da açıkça belirtildiği gibi, hiçbir unsur öğretim üyesinin bağımsızlığı veya özlük hakları içinde temel olan bilimsel dokunulmazlığı konusunda farklı bir yorum bile yapamaz. Fakülte Yönetim Kurulu bu konuya açıklık getirmiş olsa da, bu konunun önemli olması açısından yeniden vurgulanması yapılma gereği duyulmuştur.
5. **Komisyunun İşlevi:** Komisyon eğer yaklaşımını hukuksal çerçeve dışına çıkaracak olursa, yazılarda belirtildiği gibi 'İşin ehli olmayan bir komisyon tarafından' ve 'Yönetim Kurulunca kurulmuş olan bir komisyona böyle bir denetleme yetkisi vermek ise olayı daha da vahim hale getirmiştir' boyutuna düşeceği belirgindir. Bu açıdan verilen görev yapılırken hukukun üstünlüğü prensibinden sapılmamasına özen gösterilmesi gereklidir. Komisyonun hiçbir yetkisi olmadığı, sadece bir görüş oluşturmaya çalıştığı ve bu görüşün oluşması için her bir üyenin ayrı ayrı sunması ve ortada oylama veya buna benzer bir kararın oluşamayacağı unutulmamalıdır. Burada her bir üye, kendi görüşünü sunacak ve bu yazılı olarak dökümanete edilecektir. Bu görüşlere göre

yaklaşım yapılması veya yapılmaması tamamen amirin inisiyatifindedir. Burada hiçbir empozisyon olamayacağı gibi, astın üste görüş bildirmesi yasal bir gereksinimdir. Bunların öneri olarak bile yorumlanamayacağı, sadece sorumluluğun alınması durumlarında (deruhteyi mesuliyet) gereklidir.

6. **Yetki Konusu:** Tıp konusunda diploma dahil buna benzer yetkilendirmelerin Sağlık Bakanlığı veya oluşturulan Tüzük çerçevesinde yapılmaktadır. Bu konuda hiçbir kimsenin bu yasal düzenlemeyi yok sayması mümkün değildir. Hakların yasal zeminlerde aranması gereklidir. Bu açıdan yasal başvuruların yapıldığı öğrenilmektedir.
7. **Görevlendirme Konusu:** 2547 Sayılı Yasaya göre mevcut yetkilere göre görevlendirme Rektörlük kanalıyla olmaktadır. Bu yetki yasaların ön görülmesine göre diğer birimlere verilmektedir. Bu açıdan görevlendirmeler kişilerin yasal olarak elde ettikleri diploma, sertifika veya buna benzer yetkinlik belgesine göre yapılması gereklidir.
8. **GENEL USUL OLARAK:** Komisyon ilk aşamada işlemlerin uzmanlık alanları ile ilintisi konusunu irdelemelidir.

KAPSAM OLARAK

1. **Komisyon Üyelerinin Görüşleri:** Komisyon üyeleri konuyu kendi şahısları açısından ve/veya bilim dalı ile ilintili olarak sunabilirler. Görüş oluşturma için başka yerlerle gerekirse ilinti kurabilmeleri için olanak sağlanabilmelidir.
2. **Olayın İrdelenmesi:** Her üye kendi açısından isterse ayrıca irdelenebilir. İrdeme yapılabilmesi için olay yukarıda kısaca özetlenmiştir.
3. **Çözümsel Görüşler (Öneriler):** Komisyon bazı çözümsel görüş oluşturabileceği ancak bunun amire iletilmesinin ötesine geçemeyeceği vurgulanmaktadır.

Yukarıdaki metin 23 Şubat 2004 tarihinde tüm Komisyon Üyelerine gönderilen yazıdır.

Toplantıya geçmeden önce yukarıdaki temel unsurlar konusunda görüş bildirmek isteyenlere söz verilecektir. Daha sonra usul hakkında ve en son kapsam olarak görüşler alınması Başkan olarak tarafımdan planlanmıştır.

GÖRÜŞLERİN SUNULMASI:

Prof. Dr. M. A. A.: Burada genel etik prensiplerinin geçerli olması gerekir. Bu açıdan etik kapsam olarak doğru ve yapılması gerekenleri konu eder. Yanlış veya suç ceza kapsam dışıdır. Bu bizim konuya yukarıda belirtilenler dışında bakmamız gereken noktadır. Bu açıdan her bir üyenin

yukarıdaki konular hakkında ve ek iletecekleri hususlar için söz vermek istiyorum.

Prof. Dr. G.Ö. : Burada öncelikle kurulan komisyonun adı bakımından bir irdeleme yapmak istiyorum. Şimdi, konu şöyle başladı; 1997’de Tıp Fakültesi Yönetim Kurulu’nun aldığı bir kararı vardır. Bu kararda aynen ‘ 13 Ağustos 1997 gün ve 30/10 sayılı kararda: *Tıbbi ve cezai komplikasyonların ortadan kaldırılması açısından girişimsel işlemler klinisyenlerin isteğine göre Radyodiagnostik Anabilim Dalından talep edilebileceği gibi, isteyen klinisyen hekimlerin kendilerinde bu işlemleri yapmasına Radyodiagnostik Anabilim Dalı tarafından olarak sağlanmasına durumun Bölüm Başkanlıkları tarafından kanalıyla Anabilim ve Bilim Dalı Başkanlıklarına duyurulmasına, uygulamanın bu şekilde yapılmasına*’ denilmektedir. Bu Yönetim Kurulu Kararı yanında 2001 yılında Hastane Yönetim Kurulunun da paralel bir kararı vardır. Bu kararda aynen “m) maddesi: Birimlerin cihazları ortak kullanmalarının teşvik edilmesine, n) maddesi: Birden fazla birim tarafından kullanılacağı için yeni anjiyografi cihazının alınmasında öncelik verilmesi” denilmektedir.

Diyarbakır Tıp Fakültesinden Eskişehir Tıp Fakültesi Nöroloji Kliniğine naklen gelip 1981 yılında göreve başladığımda henüz seriyoğraf Anjiyografi cihazı yoktu. Bu nedenle mecburiyetten serebral anjiyografi uygulamalarımızı doğrudan karotid injeksiyon ile yapmaya başladım. Halbuki 1978 yılından itibaren bu yöntemi bırakmış ve geldiğim Fakültede Nöroloji Kliniği bünyesinde olan seriyoğraf cihazı ile anjiyografilerimizi kateter yöntemi ile yapıyorduk. Önce Shumadzu, 1987’ten itibaren de Philips marka seriyoğraf ve DSA özellikli Röntgen cihazı ile birlikte anjiyolarımızı kateter yolu ile bizler de yapmaya başladık. Cihaz Anjiyo Merkezinde bulunuyor ve tanı ve tedavisinden sorumlu olduğumuz hastalarımızın girişimsel olan aktivitelerimizi Anjiyo cihazından yararlanarak yapmak için günler ile saatler Kardiyoloji, Pediatrik Kardiyoloji, Nöroloji, Nöroşirürji ve Radyoloji ekipleri aramızda paylaşılmıştı. Bu aktivitelerimiz sırasında cihazı klinisyen olan bizler değil Radyoloji teknisyenleri kullanmaktadırlar. Ancak 1999’da cihazın DSA özelliğini sağlayan ünitesi arızalandı ve devre dışı kaldı. Bu arızadan sonra mecburen kateter işlemlerimizi DSA’sız bir şekilde yapmaya devam ettik. Bu arıza Kardiyoloji ve Pediatrik Kardiyoloji ile Periferik damar anjiyo işlemlerini aksatmıyordu. Ancak Nöroloji olarak gerekli kalite ve verimi elde edemiyorduk.

İki kararın elde edilmesi üzerine Nöroloji kliniği olarak 5 Kasım 2003 yılında 223 Sayılı Akademik Kurul Toplantımızda Anjiyo işlemlerindeki bu yetersizliğimiz gündeme getirildi ve Serebrovasküler hastalıklar konusunda ülkemizde merkez konumunda olmamız nedeniyle bu eksikliğin bizleri zedelediği ve o sırada Radyolojiye alınmış bulunan skopi- seriyoğraf

cihazında (bu cihaz sırf anjiyografik değil, mide gibi kontrastlı tetkikler cihazlardır, çok amaçlıdır) yaralanmak üzere (kullanmak değil) haftada en az bir yarım gün talep edilmesi görüşü benimsenmiş ve Dekanlığa başvurulması uygun görülmüştür. Neden yazılı olarak Dekanlığa Radyoloji'deki yeni anjiyo cihazından yararlanmak üzere başvurduk? Ben bizzat Doç. Dr. Demet Özbabalık ile birlikte Radyolojiye bu konuyu konuşmak üzere 2 defa gittim, Doç. Dr. Baki Adapınar da Dekanlığa gönderdiğimiz yazımızdan önce kendisi bize geldi. Bu buluşmalarımızda Radyoloji ekibine Tıp Fakültemizin bilimsel yönden iyi bir konumda olduğunu ve genç ekibin çalışkanlığını ve ses getiren atılımlarının daha da ilerletilmesi gerektiğini vurgulamış ve 1970 yılından itibaren girişimsel nörovasküler ekibin radyoloji ile birlikte homojen bir ekip şeklinde çalışma teklifimizi yapmış ve birlikte ulusal ve uluslararası çalışmalar yapacak potansiyelimiz olduğunu önermiş, ancak her defasında ret edilmiş ve sadece biz bu işi yaparız şeklinde karşılık verilmiştir. Bu 3 konuşmamızda da sözel anlaşma zemini görülmemesi üzerine Dekanlığa yazılmıştır.

Bu görüşümüz Dekanlığa iletilmiş ve bunun üzerine toplanan Fakülte Yönetim Kurulu 11 Aralık 2003 gün ve 53 sayılı kararı ile, önce 1997 Yılındaki kararını tekrar gözden geçirmiş ve değiştirerek; *“Radyodiagnostik cihazlar kullanılarak yapılacak girişimsel işlemler, klinisyenlerin isteğine göre Radyoloji Anabilim Dalından talep edilebileceği gibi; klinik branşların bu tetkikleri kendilerinin yapmak istemeleri halinde konunun Dekanlığa iletilmesine, Fakülte Yönetim Kurulunun bilimsel, etik ve yasal yönden yapacağı değerlendirme sonucuna göre karar verilmesine”* şeklinde değiştirmiştir. Aynı gün alınan 2. bir karar ile, Nöroloji Anabilim Dalı Başkanlığın yazısı görüşülmüş ve *“Nöroloji Anabilim Dalı Başkanlığının Girişimsel Nörovasküler Uygulamalarını Radyoloji Anabilim Dalında faaliyete geçen cihazda yapabilme istekleri konusunda bilimsel, etik ve yasal yönden ayrı ayrı incelenerek yapılacak olan uygulamaların hangi koşullarda kimler tarafından ve nerede yapılabileceği konusunda Fakülte Yönetim Kuruluna görüş bildirmek üzere komisyon oluşturulmasına”* şeklinde karar vermiştir. Bu Kararın Nöroloji Anabilim Dalına tebliği ile toplanan Akademik Kurul, konunun bilimsel yönden incelenme yönünü tartışmış ve öğretim elemanlarının faaliyetlerinin bilimsel yönden denetleme yetkisinin Fakülte Yönetim Kurulunda olmadığını, Yükseköğretim Yasasına göre bu faaliyetlerin (Eğitim, öğretim, bilimsel araştırma, yayın, seminer, klinik ve uygulama faaliyetleri) denetleme yetkisinin Bölüm Başkanlığı aracılığı ile Dekanlık ve Dekanlığın kanaati ile birlikte Rektörlüğe iletilmesi ile olabileceğinin, bu nedenle ve ileride istismar edilebilecek uygulamalara kötü emsal teşkil edebileceği endişesi belirtilmiş ve bilimsel kelimesinin kaldırılması için Yönetim Kurulunun kararını değiştirmesinin talep edilmesinin uygun olacağı görüşü benimsenmiştir. Ayrıca aynı toplantıda bilimsel denetim yetkisi olmadığı halde Yönetim Kurulunun bir komisyon kurarak bu denetlemeyi komisyona

vermesi olayı daha vahim hale getirir görüşü de benimsenmiştir. Dolayısıyla bu endişemize dayanarak ve isteğimiz başka yönlere kaydırılmış olması nedeniyle isteğimizi geri çektiğimizi ve başvurumuzdan vazgeçtiğimizi, bu bilimsel denetleme konusu nedeniyle yaptık. Bu isteğimiz üzerine 26 Aralık 2003 günü toplanan Fakülte Yönetim Kurulu, almış olduğu kararında bilimsel sözcüğünün Anabilim Dalındaki öğretim elemanlarının bilimsel değerlendirme anlamında olmayıp, bu tür uygulamaların, Türkiye ve Dünya platformundaki yerini belirlemeyi ifade etmek için kullandığını belirtmiş ve kararını değiştirmedini açıklamıştır.

Prof. Dr. M. A. A. araya girerek, hukukun üstünlüğü çerçevesinde bazı kimselerin denetim dışı olduğu ve bunlar içinde hakim ve öğretim üyelerinin olduğu ve bunların denetlemesinin hakları açısından imkansız olduğunu vurgulamış ve ancak puanlama gibi bir yaklaşım sergilenebileceği ifade edilmiştir. Suç ve ceza kapsamı içinde ise hiçbir kimsenin bunun dışında olmadığı, ancak yasada belirtilmeyen konular suç kapsamına girmeyeceği için, öğretim üyesinin temel özlük hakları hiçbir şekilde vazgeçilemeyecek bir keyfiyettir' dedi.

Bu Komisyonun temel amacı ve içeriğinin Dekanın sözel olarak bana bizzat ifadesine göre; bu Komisyon Nöroloji Anabilim Dalı yazısı bahane edilerek, Fakültede bazı uygulamalarda konsensüs oluşturma amacıyla olduğunu ve Yönetim Kurulunun bu nedenle ısrarcı olduğunu ifade etmiştir. Çünkü bunun üzerine ben bizzat yasal olarak bir kimsenin bir şikayetini geri çekmesinin, (kamu davası olmadığı taktirde) hukuken de davanın sona ermesi demek olduğunu ifade etmişim. Bu durumda bence komisyonumuzun **“Girişimsel tanı ve tedavi yöntemleri uygulamalar konsensüsü oluşturma komisyonu”** olarak isminin değiştirilmesinin uygun olacağı düşüncesi içindedim. Komisyonun görevinin sınırlı olmaktansa Fakültede uygulanacak temel kurallar oluşturmak üzere geniş kapsamlı bir yaklaşımla çalışmasının uygun olacağı düşüncesiyle bu isim değişikliğinin Dekanlığa teklif edilmesinin uygun olacağı görüşündeyim. Girişimsel ve tanısal işlemlere yönelik bir komisyon olması nedeniyle bu komisyonda ayrıca bilfiil bu işleri yapan Kardiyoloji ve Pediatrik Kardiyolojiden, ayrıca yapan değil, yapmayı isteyenler veya kısmen yapmakta olan Göğüs hastalıkları ve Genel Cerrahi (Gastroenterolojik Cerrahi) Anabilim Dallarına da konunun iletilmesine ve onların belirleyeceği öğretim üyelerinin gerektiğinde görüşlerinin alınmasını da teklif ediyorum.

Prof. Dr. T. K. : Ben kendi bakış açımı irdelemek istiyorum. 1991 yılında Anabilim Dalı Başkanı olarak göreve başladığımda anjiyografi alt yapısı ile donanmış bir uzman olarak, öncelikle mevcut anjiyografi cihazının çalıştırılması için girişimlerde bulundum. O dönemde yönetime bunu kabul ettirmedi. Şu anda kardiyolojin kullanmakta olduğu cihaz kurulu olarak bulunuyordu, anjio cihazı kullanıma hazır olarak bulunmaktaydı, Bu

koşullarda anjiyografi aygıtını kullanamayacağımızı öğrenince, anabilim dalımızda bulunan mevcut radyografi – radyoskopi cihazı için bir alt yapı oluşturduk, ve gerekli olgularda, anjiyografileri bu aygıtta yaptık. Bu aygıtta o dönemde serebral anjio bile yapmıştır. Daha sonra anjiyografi cihazı çalıştırılıp tahminimce 1994 yılında kullanabileceğimiz deklare edilen cihazın kimin sorumluluğuna verileceği gündeme geldi o dönemde yönetim kadem ve tecrübe faktörüne dikkat ederek. Prof. Dr. Bilgin TİMURALP’i görevlendirildi. Daha sonra cihazın hangi anabilim dalı tarafından kullanılabilceği (hangi anabilim tarafından yararlanabileceği) gündeme geldi, o dönemde yapılan bir grup toplantı sonrasında nöroloji anabilim dalının da kendi vakalarını bizzat yapabileceği Radyoloji anabilim dalının itirazlarına karşın kabul edildi. İtirazlarımızda bu hizmeti biz veriyoruz diye itiraz edilmiştir.

Tıp fakültesi yönetim kurulu Ağustos 1997 yılı kararı yanlış alınmış bir karardır. Desteklemiyorum. Anabilim dalımızca bu karara gerekli itirazlar yapıldı ve diğer anabilim dallarının anabilim dalımızdaki cihazları kullanmadan önce, teklif hazırlık aşaması şablonları düzenlendi. Fakat o tarihten sonra pratikte diğer anabilim dallarından bir istek gelmemiştir. Daha sonra alınan 2003 Aralık Yönetim Kurulu Kararında bu talepte bulunan anabilim dallarının Radyodiagnostik cihazların kullanma taleplerinin bir komisyon tarafından değerlendirilerek bu kararın verilmesi görüşü Anabilim Dalımızca oldukça haklı ve yerinde bir görüş olduğu kanaatindeyiz. Çünkü Anabilim Dalı sorumluluğunda çalıştırma sorumluluğu ve ruhsatı bize ait olarak verilmiş ve belirlenmiş aygıtların yönetimce onaylanmadığı takdirde kullanımının ilerde yasal boyutlara varan sorunlara varabileceği açıktır. Ayrıca Radyoloji Anabilim Dalının var oluşu sebebini ortaya koyan aygıtların kullanımı için gelen bu taleplerin keyfi bir şekilde karşılanması Anabilim Dalımızın varlığına karşı ciddi bir tehdit oluşturacaktır. Hiçbir anabilim dalı kendi sorumluluğundaki aygıtların kullanımına ve bu doğrultu ki başka anabilim dalı tekliflerine koşulsuz olarak evet demez, diyemez. Nöroloji Anabilim Dalından gelen teklifler Anabilim Dalımızca teklifler anabilim dalımızca direkt ret edilmemiştir. Yapılan işlemlerin ve teknik işlerin sorumluluğu bizde olması koşulu ile çalışmanın yapılabilceği görüşü oluşturulmuştur.

Olayın seyrini bu şekilde kendi bakış açımına göre özetledikten sonra şimdi Olayı bilimsel, etik ve yasal yönden açıklamak istiyorum.

Bilimsel olarak anabilim dalımız, hastanemizden, şehirden ve civar illerden talep edilen nöroradyoloji ve girişimsel nöroradyoloji tetkiklerinde olduğu gibi nöroloji anabilim dalından da gelecek tüm nöroradyolojik talpleri bizzat gerçekleştirmek üzere gerekli bilimsel alt yapıya ve eğitime sahiptir. Bu konuda Doç Dr Baki Adapınar gerekli eğitimi almış olup bu hizmeti vermektedir. Anabilim dalımızın tüm öğretim üyelerince dönüşümlü olarak verilen ve 1998 – 2000 yılları arasında tarafımdan gerçekleştirilen tüm nörolojik anjiyografik ve girişimsel nöroradyolojik

işlemler nöroradyoloji bilim dalının kurulması gündeme geldikten sonra kendisine devredilmiş olup şu anda nöroloji bilim dalı başkanı olan sn Adapınar tarafından yapılmaktadır. Ayrıca görüntüleme eğitimi tabanına oturtulmuş bir radyoloji eğitimi alınmadan sadece klinik eğitimin üzerine bu uygulamaların yapılması yanlış olacaktır. Nöroradyolojik uygulamaları yapacak uygulayıcının görüntüleme eğitimini almış olması gerekliliği bilimsel bir gerçektir.

Olayın etik yönden incelenmesinde ise, halihazırda anabilim dalımızda verilen bu hizmet sadece hastanemizde değil ilimizde ve civar illerden, özellikle başlıca nöroloji ve nöroşirürji hekimlerince gönderilen tüm hastalara nöroradyoloji hizmeti verilmektedir.

Farklı disiplinlere hizmet veren yüksek maliyetli aygıtların kullanılması nedeniyle bu aygıtların kullanımının farklı anabilim dallarınca talebi hizmet amacı ve bütünlüğünün dağılmasına yol açacaktır. Zira bunun mümkün olması durumunda tüm anabilim dalları kendi hastaları için yapılan tetkikleri istedikleri zaman talep edebilir ve kullanabilirler. Bu şekilde klinisyenlere cazip olarak görülen ve radyoloji anabilim dalı içinde yeterince kadro desteği ile doldurulamayan bu alan klinisyenlerin kendi içinde ilgilenmesi gereken alanların da bırakılması pahasına talep edilmektedir. Bir tıbbi hizmet birden fazla anabilim dalınca talep edilebiliyorsa, bu hizmetin tek bir anabilim dalı tarafından verilmesi gerekliliği açıktır. Radyoloji anabilim dalının görevi de budur. Anabilim dalımızca yaygın olarak verilen bu hizmetin sadece kendi hastaları için talep edilen bir disipline verilmesi doğru değildir. BU şekilde bir anabilim dalının sadece kendi hastalarına tetkik yapma yolunu açan bir karar alınması, bundan sonra gelecek talepleri göz önüne alarak radyoloji anabilim dalındaki hizmet bütünlüğünü bozacak ve radyoloji anabilim dalı elemanlarının işlerini yaparken işlerine sahip olarak yapması olgusunu kaybetmelerine neden olacaktır. Dolayısıyla radyoloji anabilim dalı verimli, üretken bir çalışma sergileyemeyecek ve hizmet kalitesi düşecektir.

Talebin yasal yönü incelendiğinde ise; Klinisyenlerin bu tür radyolojik aygıtları bir radyoloji uzmanının diploması olmadan yasal olarak kullanamayacakları açıktır. Böylece bu eğitimi aldığını iddia eden bir nörolog, piyasa koşullarında ya da uzman olarak çalıştığı her konumda bir radyologun diploması olmadan bu hizmeti veremez. Radyoloji uzmanı cihazın ruhsatına sahip olmanın yanı sıra aynı zamanda yetkili radyasyon güvenliği sorumlusudur. Radyoloji uzmanı çalışılan üniteadaki tüm çalışanların radyasyon güvenliğinden sorumludur. Ayrıca her ne kadar kanuni bir kıstas olarak kabul edilmese de bütçe uygulama talimatında bu işlemlerin nöroloji anabilim dalında karşılığı yoktur. Bu nedenle nöroloji anabilim dalı yapacağı bu işlemler için ücret talep edemez. Bunun dışında, halihazırda bütçe uygulama talimatında bile belirtilmeyen, yeterli eğitim alt yapısı oluşturulmamış, görüntüleme temeline dayandırılmamış olan ve halihazırda anabilim dalımızda yaygın olarak bu hizmet verildiği halde,

buna rağmen yapılacak işlemlerin sonucunda doğabilecek komplikasyonların yasal sorgulama sürecinde de hem kurum hem birim açısından sorun oluşturacaktır.

Doç. Dr. S. D.: Burada bu girişimlerin ortak bir şekilde, sorumluluk paylaşarak yapılmasında fayda olduğuna inanıyorum. Mevcut kanun ve yönetmeliklerde göz önüne alınarak hem Radyoloji hem de Nöroloji ana bilim dallarının yapacakları invaziv girişimlerde sorumluluğun paylaşılması gerektiğini düşünüyorum. Daha sonra yapılacak bilimsel bildirimlerin ve yayınların hazırlanması, sunumu ve yayınlanması yine birlikte çalışan bölümlerin sorumluluğu altında olmalıdır. Kendi uzmanlık alanım ile ilgili ve işin yasal boyutu açısından da, girişimsel tetkik ve tedavi sırasında gelişebilecek komplikasyonlar (Arter disseksiyonu ve trombozu, girişim yeri kanaması ve anevrizması, ekstremitte kaybı ve ölüme kadar gidebilecek ciddi komplikasyonlar) ve daha sonra doğabilecek hukuki sorunlarda sorumluluğun nasıl paylaşılacağı tartışılmalıdır.

Doç. Dr. T. E. C.: Komisyon görevinin “girişimsel ve tanısal işlemlerin ve aletlerin yararlanılması, kullanılması ve kurallarının belirlenmesi” şeklinde şimdilik genelleştirilmediği için sadece nörovasküler girişim açısından fikirlerimi belirtmek istiyorum. Bölümlerin, yöntemin belirlenmesi ile ilgili olarak, ortak sorumlulukları olduğuna inanıyorum. Bu tür işlemlerin yapılmasında işlemi yapan ekip tarafından komplikasyonların ve bunların ortadan kaldırılması sorumluluğu vardır. Komisyon üyesi olarak ve anabilim dalımızın görüşleri doğrultusunda fikrimi söylüyorum. Radyoloji ünitesi ile ortak yaptığımız nörovasküler girişim açısından, tarafımızca, herhangi bir sorun yaşanmamaktadır. Dünyanın konsensüsünü kabul etmek gerekir. Taleplerimiz özellikle Dr. Baki Adapınar tarafından anında karşılanmaktadır. Kesin bilimsel yorum sayılmamak kaydı ile, kendi fikrimiz şu şekildedir. Bu tür girişimler, daha ziyade anevrizma, arterio-venöz malformasyon ve subaraknoid kanama ile ilgili olmaktadır. Bu tür hastaların ileri tetkiklerle değerlendirilmesi açısından kanaatimce, nöroşirürji, nöroloji ve girişimsel radyolojinin ortaklaşa yapılması gerektiğine inanıyorum. Özellikle yukarıdaki bahsi geçen hastalıkların girişimlerinde karar verirken ve planlama yaparken, fakültemiz dışında başka bölümlere hastaların yönlendirilmesinin yine kanaatimce uygun olmadığına inanıyorum. Kaldı ki günümüzde nöroradyolojik girişimlerin ve nörovasküler cerrahinin eksiksiz olarak fakültemizde yapılabildiği bir gerçektir. Bölümlerce hastaların yönlendirilmesi ve planlanması açısından, bu bağlamda sorun çıkmadığı sürece, hastanemizde uygulanan bazı girişimsel radyolojik uygulamaların şimdiki şekliyle devamında sakınca olmadığına inanıyorum. Ancak girişimsel radyolojinin hukuksal boyutları ortaya konulduktan sonra daha belirgin bir karar oluşturacağıma inanıyorum.

SONUÇ: Bu görüşler sunulduktan sonra, yazılı metinlerin eklenmesi ve tüm ilgili üyelerin okuyup değerlendirmesinden sonra, görüşlere açıklık, katkı veya itiraz gibi hususların olabileceği dikkate alınarak, bu metnin ön metin olarak iletilmesi ve eklemelerden sonra üyelere gönderilerek son çıktıdan sonra toplanılması ve görüşlerin kesinleşmesi uygun görülmüş ve benimsenmiştir.

Bu arada hukuki boyutlar konusunda hazırlık yapılması ve sonraki toplantıda, öncelikle görüşlerin değerlendirilmesi ve sonra hukuk konusuna girilmesi uygun bulunmuştur.

Son olarak üyelerin herhangi bir belirteceği husus olup olmadığı soruldu ve olmadığı gözlemlendiği için bu aşamada toplantı sonlanmıştır.

NOT: Yukarıdaki yazılar kişilerin kendilerinin Komisyona iletildiği bilgisayar ortamındaki (Winword) verilerle oluşturulmuştur.

GENEL BİLGİ SUNULMASI

Komasyon Başkanı olarak tarafımdan aşağıdaki genel hukuksal tanımlamalar yapılmıştır.

GENEL HUKUK SİSTEMİ ÜZERİNDEKİ AÇIKLAMALAR:

GENEL BİLGİ: Hukuksal yapılanma konusunda bazı temel bilgilerin vurgulanması gerekli görülmüştür. Bu genel yaklaşımdan sonra konu ve/veya hekimlik uygulamaları konusunda birimlerden özel hukuksal noktalar talep edilecektir.

Hukuk; Hak kelimesinin çoğuludur. Haklar, doğruluk - dürüstlük olarak da tanımlanabilir. Bunun hukuksal olarak açılımı;

- **Adalet (= hakkı tanıma, doğruluk ve hakka uyma)**
- **Düzen**
- **Toplumsal (bireysel?) gereksinimleri karşılamaktır.**

Hukuksal uygulamaların yapılması konusunda temel alınması gereken, kısaca hakların çıkış noktasına göre değişmektedir. Bu açıdan uygulamalar bazı noktalara göre değişiklik göstermektedir. Bunlar;

- **Hukukun Üstünlüğü:** Adalet ve bireyin gereksinimleri (hakları) temelindeki yaklaşımlardır. Bireyin alacakları önceliklidir. Devlet yapısında milletin hakları öne çıkmaktadır.
- **Amirin yetkisi:** Amir yöneten erg olarak yasa ve yönetmelikler tüm gücü verdiği gözlenmektedir. Yönetilen ise şikayet veya mahkemeler ile haklarını arama

peşindedirler. Amir yönetilenlerin haklarını ancak zarar veya zorunluluk kapsamında ele almaktadır. İlkeler bazında işlevsel değildir.

- Yasaların Üstünlüğü: Düzenin korunması, toplumsal gereksinimler temelindeki yorumlar yapılmaktadır. Birey topluma hizmet etmek ve görevini yapmak üzere vardır. Ancak bu yaklaşımların hukuksal olabilmesi için yine de, temel hukuk sistematğinde;
 - Bireyin hakları önceliklidir.
 - Yasalar yöneten ergin lehine yorumlanamaz çerçevesi çizilmelidir. Bu çizilmediğinde o ülkede hukuktan söz edilemez.

ANAYASA MADDE 17

Anayasamız sağlık yaklaşımlarının temelini aşağıdaki çerçevelerde olmak üzere çizmiştir. Bunlar;

- Herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir.
- Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz;
- Rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz.

ANAYASA MADDE 38-39

Genel hukuksal uygulamaların Anayasamızda olduğu dikkatlere getirilmelidir. Bunlar;

- **Madde 38**
 - 1. fıkra: Kimse, işlediği zaman yürürlükte bulunan kanunun suç saymadığı bir fiilden dolayı cezalandırılmaz.
 - 4. fıkra: Suçluluğu hükmen sabit oluncaya kadar, kimse suçlu sayılamaz.
 - 6. fıkra: Ceza sorumluluğu şahsidir.
 - 7. Fıkra: Genel müsadere cezası verilemez.
- **Madde 39. İspat hakkı (susma hakkı)**

Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu

Hukuk sisteminde bir davada hakim pozisyonunda, kısaca karar merciinde olan kişilerde beklenen durumlar aşağıda özetlenmektedir.

- **Madde 28. Hakim aşağıdaki hallerde dava bakmaktan memnudur.**
 - ... alakadar olduğu davalarda
- **Madde 29. Hakim bizzat kendisini reddedebilir.**

- **Madde 15. ...ihbar şikayetlerin garaz, kin veya mücerret hakaret için ...**
 - ... Cumhuriyet Başsavcılığınca resen soruşturmaya geçilir.
 - ... Genel hükümlere göre tazminat davası açma hakları saklıdır.

Makale şamil: Bir yasa çıkıp yürürlüğe girdiğinden sonra işlerlik kazanır. Eski olanlar hukuksal değerini yitirirken, olaylar eskilere göre görülemezler. İşlevler zamanındaki yasalara göre değerlendirilirler. Sonradan suç kapsamına alınamazlar ve yeni düzenlemeye göre yapılandırılırlar.

TCK = Türk Ceza Kanunu

Bir konunun ceza kapsamında olup olmaması açısından öncelikle Türk Ceza Kanunu temel alınmalıdır. Bu yasanın önemli genel kuralları aşağıdadır.

TCK Madde 1

- **Kanunun sarıh olarak suç saymadığı bir fiil için kimseye ceza verilemez. (Soyut kavramlarla suç oluşamaz)**
- **Kanunda yazılı cezalardan başka bir ceza ile de kimse cezalandırılmaz. (Şüphe sanığın lehine uygulanır)**
- **Suçlar cürüm ve kabahattir 1.M. (Cürümde kastın bulunmaması cezayı kaldırır)**
- **TCK Madde 45: Kabahatlerde kasıt sabit olmasa bile herkes kendi fiil ve ihmalden mesuldür.**

Burada dikkat edilmesi gereken husus; sağlık işlevinde kasıt olarak hastanın sağlığı ve iyileştirmesinin mutlak gerektiği hususudur. Bu gerekçelendirilmelidir. Bu açıdan hasta bilgilendirilmesi ve onamın bu açıdan önemi dikkate alınmalıdır. İhmal unsurunu ortadan kaldırmak için yetki belgesi (uzmanlık gibi) ve işlev konusunda sertifikasyon gereklidir.

657 Devlet Memurları Kanunu

Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkındaki Kanunda temel olarak verilen cezaların gerekçeleri aşağıda sunulmuştur.

- **UYARMA: ...düzensiz davranma**
- **KINAMA: ...kusurlu davranma**
- **AYLIKTAN KESME: ...kasıt**

- **KADEME İLERLEMESİ:...** çıkar
- **ÇIKARMA:...** yüz kızartıcı (kasıt ve çıkar amaçlı olup, davranışın yüz kızartıcı da olması gerekir)

SÖZLEŞME = Aydınlatılmış Onay Formu

Hekimlik yaklaşımlarının temelde hukuk sistematüğinde bir nevi sağlık sözleşmesi olarak görüldüğü dikkatlerden kaçmamalıdır. Bu açıdan bir sözleşmede olması gerekenler aşağıda özetlenmektedir.

- **Güven**
- **Sadakat**
- **Sır saklama**

HUKUK KURALLARI

Bir hukuksal yaklaşımda temel olarak aşağıdaki hususlar vardır.

- **Emredici Kurallar; Mecburi, amir kaideler:** Yapılmaz ise cezalandırılması gerekir. Yapılması durumunda hasar gelebilecek olanların ise yapılması durumunda cezalandırma gerekir. Doktor Diploması, Uzmanlık belgesi gibi gerekli evraklar.
- **Tamamlayıcı Kurallar; İhtiyari, yedek kaideler:** Burada etik kurullarda olan veya Helsinki Belgesinde sunulan durumlar olayı tamamlayıcı unsurlardır. Hasta onamı tamamlayıcı değil, işlemlerde gerekli belgedir. Hasta yatarken alınan imza bunu tanımlamaktadır.
- **Yorumlayıcı Kurallar; Tefsir edici kaideler:** Bu yaklaşımda olayın tanımlanması, hastanın bilgilendirilmesi bu kapsamdadır.
- **Tanımlayıcı Kurallar; Tarif edici kaideler:** Burada bazı etik kurullarda tanımlayıcı kapsamındadır. Bu Komisyonun yaklaşımı hukuksal boyutların çizilmesi konusunda 4 hukuk kuralı çerçevesinde ele alınabilecek bir yaklaşım sentezi olmaktadır.

CÜRÜM ve KUSUR

Bir işlemde zarar unsuru ortaya çıktığında ceza işlemleri devreye girmektedir. Bu açıdan olayda cezalandırmada iki açı öne çıkmaktadır; cürüm ve kabahat. (Suçlar cürüm ve kabahattir TCK Madde 1)

Cürümde kastın bulunması gereklidir. Tıpta uygulamaların tümünde ölüme varabilecek durumların olması ve bu işlemlerin de kaza ile değil, bilerek, amaçlanarak, planlanarak yapıldığı dikkate alındığında kasten yapıldığı kesindir. Ancak buradaki

kasıt sağlık açısından olmalıdır. Bu gerekçeli ile netleştirilmelidir. Veriler sağlık açısından, hastaya yapılacak yaklaşımların bilimsel açıdan hasta yararına olacağı gerekçelendirilmesi gerekir. Ben hastanın iyiliği için bunları yaptım savunması yeterli değildir. Kasıttaki sağlık unsurunun temeli bilimsel esaslar çerçevesinde olmalıdır. Çünkü, cürümde kastın olmaması cezayı kaldırır.

KUSUR: TCK Madde 45: Kabahatlerde kasıt sabit olmasa bile herkes kendi fiil ve ihmalden mesuldür. Burada önemli olan noktalar şunlardır:

- **Önce illiyet bağı kurulmalıdır (Sebeup-sonuç ilişkisi)**
- **KUSUR;**
 - **Başka türlü davranma olanağı varken, alternatif çözümler ve başka yapan varken,**
 - **Zorunlu olmama durumunda,**
 - **Somut olaydaki gibi davranmamak durumunda kusur vardır.**

ETİK

Etik tanımlaması; ben ne yapmalıyım ve ne yapsam doğrudur yaklaşımlarını kapsar. Zarar veya hata hukuksal boyuta girer ve etiğin ilgi alanı içinde değildir. Bu açıdan aşağıda etiğin ilkesel boyutu sunulmaktadır. Deontoloji etik felsefesinin bir dalı olup, yapılacak ve yaklaşımların önceden tanımlanıp, belirli esaslar altında yapılmasını kapsayan (etik felsefesinde) bir bakış açısıdır. Bu Komisyonunda yaklaşımı etiksel boyutta olması temel istenilen yaklaşım olduğu vurgulanmaktadır.

İLKELER (Hastaya yapılacak yaklaşımlarda etiksel ilkeler)

- ◆ **Yararlılık**
- ◆ **Zarar vermeme**
- ◆ **Özerkliğe Saygı: (Aydınlatılmış Onam)**
- ◆ **Adalet**

YAKLAŞIMLARIN ÖZELLİKLERİ (İDEAL GÖZLEM TEORİSİ)

- ◆ **Karar herkesin kolay kabul edilebilir olmalıdır**
- ◆ **Empati yapmalıdır.**
- ◆ **Kabul görmeyen konulara veya esaslara dayandırılmamalıdır.**
- ◆ **Aşırı gergin durumda karar verilemez.**
- ◆ **Benzer durumlarda aynı veya uyumlu kararlar olmalıdır.**

**BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU veya EŞİT SAĞLIK HAKKI
(EXPLANATORY MODEL = AÇIKLAYICI MODEL)**

Aşağıda Bilgilendirilme Formu ile Onam konusunda geniş bilgi sunulmaktadır. Ancak; hastaların hastalıkları konusunda kısa olarak bilgi sunulması veya eşit sağlık haklarının verilip verilmediği aşağıdaki yazı ile sunulur.

Eşit Sağlık Hakkı (Açıklayıcı Model)

1. Bu probleme ne ad vermekttesiniz? Hastalık mıdır , bulgu mudur? Hastalık ise ne tip hastalıktır?
2. Hastalığın sebepleri nelerdir?
3. Nasıl başlamış ve nasıl gelişim göstermiştir?
4. Bedeni nasıl etkilemiştir?
5. Hastalığın şiddeti nedir? Nasıl gelişim göstermektedir?
6. Hastalıkta en çok çekindiğiniz ve korktuğunuz gelişme nedir?
7. Hastalığın oluşturduğu temel sorunlar nelerdir?
8. En uygun ve en etkin tedavi yaklaşımları nelerdir, gerekçeleriniz?
9. Tedavi yaparken çekindiğiniz veya dikkat edilmesi gerekenler nelerdir?

Bir hastaya bilgi verirken veya yapacağınız işlemi açıklarken bu noktaları yazıp, altına 'Ben (veya ailesi olarak Babası/Annesi) yukarıda belirtilenleri okudum, hekiminden gerekli açıklamaları aldım, konuları/işlevi anladığımı ve kabul ettiğimi belirtirim' El yazısı ile adını soyadını yazıp, tarih atarak imzalayacaktır.

Bilgilendirilme Formu ve Onam konusundaki notlar:

Aşağıdaki kısım; İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu. Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nün 29 Aralık 1995 gün ve 51748 Sayılı Genelgesi eki'nden alınmıştır.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Oluru

6.1. Ulusal mevzuatın ve Helsinki Bildirgesinin güncel şeklinde yazılı bilgilendirmiş olurla ilgili ilkelerin her bir araştırmada yerine getirilmesi zorunludur. Araştırmaya başlamadan önce bilgilendirilmiş olur formu almak için gönüllülere yapılacak açıklama metninin ve bu formun şekli ve içeriğinin uygunluğu açısından ilgili etik kurul kararının alınması gerekir.

- 6.2.** Mümkün olan her durumda araştırma hakkında bilgiler hem sözlü hem de yazılı şekilde verilir. Hiçbir gönüllü araştırmaya katılmaya mecbur edilemez. Gönüllülere, akrabalarına, veli ve vasilerine veya gerekiyorsa, kanuni temsilcilerine, araştırmanın ayrıntıları hakkında bilgi edinmeleri için yeterince fırsat verilir. Verilecek bilgide, katılmayı reddetme veya araştırmanın herhangi bir döneminde vazgeçme hakkı olduğu, bunun gönüllünün daha sonraki bakımı için herhangi bir olumsuzluk yaratmayacağı açık olarak belirtilir. Gönüllülere katılmayı isteyip istemediklerine karar vermeleri için yeterli zaman tanınır.
- 6.3.** Araştırma ile ilgili hususların (gerekçe, amaçları, gönüllüler ve/veya diğer kişiler için beklenen yararlar, referans tedaviler veya plasebo, riskler ve sıkıntılar, örneğin invazif yöntemler) tam ve kapsamlı açıklanmasından ve uygun olan durumlarda, alternatif yerleşim standart tıbbi tedavinin açıklanmasından sonra gönüllü katılmaya olur verirse, bu olur uygun şekilde kayda geçirilir. Olur, gönüllünün tarih konmuş imzası ile ve onun olur vermesi sırasında hazır bulunan araştırma ile ilişkisi olmayan tarafsız bir tanığın imzası ile belgelendirilir. Her iki durumda da imza, olunur, gönüllünün anladığı bilgilere dayandığını ve ters olay (AO) meydana gelmesi durumu dışında herhangi bir neden göstermeksizin de araştırmadan çekilebileceğini, yasal ve etik haklarının ihlali söz konusu olmaksızın gönüllünün katılmayı serbest iradesi ile seçtiğini ifade eder.
- 6.4.** Gönüllü veya yasal temsilcisi oluma-yazma bilmiyorsa, tanık bilgilendirme süresi boyunca hazır bulunur. Yazılı bilgiler gönüllüye veya yasal temsilcisine okunduktan ve sözlü olarak da bilgi verildikten sonra, form, yapabiliyorsa gönüllü tarafından, aksi taktirde yasal temsilcisi tarafından imzalanır, tarih atılır. Tanık da bu olunur, gönüllü veya temsilcisi tarafından tamamen rıza ile verildiğini belirterek tarih ve imza atar.

- 6.5.** Gönüllü, kişisel olur vermeye yeterli değilse (çocuklar, bilinç kaybı veya ağır ruh hastalığı veya sakatlık durumunda olduğu gibi), mümeyyiz olmayan böyle kimselerin araştırmaya dahil edilmesi; Etik kurul uygun görüyorsa ve araştırmacı, katılmanın gönüllünün yararına olacağı kanısında ise kabul edilir. Ayrıca, kanuni temsilcinin, araştırmaya katılmasının gönüllünün yararına olacağını ve sağlığına katkıda bulunacağını kabulü de, tarih konulmuş imza ile kayda geçirilir.
- 6.6.** Araştırmacı, araştırma sırasında ortaya çıkan ve gönüllüleri ilgilendirebilecek her türlü bilgiyi gönüllülere bildirmekle ve bu nedenle bilgilendirilmiş gönüllü olur formunda ve yazılı açıklama metninde yapılacak değişiklikler için de kullanımdan önce ilgili etik kurulların onayını almakla yükümlüdür.
- 6.7.** Araştırma ile ilgili yazılı bilgi metnindeki veya sözlü bilgideki veya bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki hiçbir ifade araştırmacının, araştırma yapılan kuruluşun, destekleyicinin veya ona bağlı kuruluşların ihmallerinden doğan sorumluluklarını, gönüllünün ve yasal temsilcisinin haklarını ortadan kaldırmaz.
- 6.8.** Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu bilgilendirme metni ve onun sözlü ifadesi, şu açıklamaları anlaşılır şekilde içerir.
- Katılınan çalışmanın bir araştırma olduğu
 - Araştırmanın amacı,
 - Araştırmadaki tedaviler,
 - Araştırma sırasında uygulanacak olan ve invazif işlemleri de içeren yöntemler,
 - Gönüllünün sorumlulukları,
 - Araştırmanın deneysel kısımları,
 - Gönüllü için söz konusu olabilecek riskler veya rahatsızlıklar,
 - Beklenen yararlar (Gönüllü için amaçlanan bir klinik yarar yoksa, gönüllü bu konuda da bilgilendirilir),
 - Gönüllüye uygulanabilecek alternatif işlemler veya tedaviler, bunların olası yararları ve riskleri,

- Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda gönüllüye, bunun nasıl tazmin edileceği, tedavinin nasıl yapılacağı,
 - Gönüllüler için araştırmada yer almaları nedeniyle öngörülüyorsa, yapılacak ödeme,
 - Gönüllüler için araştırmada yer almaları nedeniyle öngörülüyorsa, karşılanacak masraflar,
 - Gönüllünün araştırmada yer almasının isteğine bağlı olduğu, araştırmada yer almayı reddedebileceği veya herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilmesi, bu durumun bir cezaya veya gönüllünün yararlarına engel duruma yol açmayacağı,
 - İzleyicilerin, yoklama yapanların, etik kurulların, resmi makamların gönüllüye ait tıbbi bilgilere ulaşabileceği, ancak bu bilgilerin gizli tutulacağı, gönüllünün veya yasal temsilcinin bilgilendirilmiş olur formunun imzalamakla bunu kabul ettiğini,
 - Gönüllünün kimliğini ortaya koyacak kayıtların gizli tutulacağı,
 - Araştırma sırasında ortaya çıkan, gönüllüleri ilgilendirebilecek bir bilgi söz konusu olduğunda, bunun, gönüllüye veya yasal temsilcisine derhal bildirileceği,
 - Araştırma hakkında ek bilgi alınabilecek kişiler, gönüllülerin hakları ve araştırmaya bağlı bir zarar olduğu takdirde başvurulacak kişiler,
 - Gönüllünün isteği dışında araştırmadan çıkarılacağı durumlar,
 - Gönüllünün araştırmada yer alması öngörülen süre,
 - Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı.
- 6.9.** Gönüllü veya yasal temsilcisi, imzalanan olur formunun, gönüllüye verilen bilgilerin yazılı olduğu metnin ve varsa değişiklik formunun bir nüshasını alır.
- 6.10.** Gönüllü, anlayabilecek nitelikte küçük bir çocuksa, yasal temsilcisi ile birlikte çocuk ta olur vermeli ve yapabiliyorsa, formu imzalamalı ve tarih atmalıdır.
- 6.11.** Terapötik olmayan, örneğin gönüllü için öngörülen doğrudan bir klinik yarar bulunmayan

araştırmalarda, olur daima ve sadece gönüllünün kendisi tarafından verilir ve olur formu gönüllü tarafından imzalanır.

Bütün çalışmalarda kullanılan, tüm bilgilendirilmiş olur belgelerinin FDA 21 CFR 50'ye (İnsan Gönüllülerin Koruması) ve ICH'ye (İyi Klinik Uygulama Kılavuzu'na) uyması gerekmektedir. Uyumlu sağlamak için, araştırmacının kabul edilebilir bir bilgilendirilmiş olur belgesi hazırlanmasına yardımcı olmak amacıyla aşağıda belirtilen bilgilendirilmiş olur maddeleri sunulmaktadır. Bu bilgilendirilmiş olur örneği Etik Kurul'a önerilecek ve kurul bu sistemdeki bir bilgilendirmeyi hastaya sunulmadan önce inceleyecektir. Bu firma veya diğer kuruluşlar tarafından, aynı amaç içinde olmak koşuluyla diğer sorumlular tarafından da sunulabilir. Bu onaylanmadan önce bir taslaktır.

Çalışmaya katılan bütün bireylerden ya da bireylerin yasal olarak yetkilendirilmiş temsilcilerinden imzalı bilgilendirilmiş olur alınmalıdır.

Bir bilgilendirilmiş onamda aşağıdaki maddelerden bulunmalıdır:

1. Çalışmanın araştırma içerdiğine ilişkin bir ifade
2. Araştırmanın amaçlarının açıklanması
3. Çalışmaya katılan yaklaşık birey sayısı
4. Kişinin beklenen katılım süresi
5. Çalışma tedavisi/tedavileri ve her tedaviye rasgele/plasebo verilme olasılığı
6. İşlemler deneysel ise tanımlanması
7. Bütün invaziv prosedürler dahil, izlenecek çalışma prosedürleri
8. Bireyin sorumlulukları
9. Birey ve geçerliyse, embriyo, fötüs ya da emziren bebek açısından mantıklı olarak öngörülebilir riskler ya da sıkıntılar
10. Çalışmada halen öngörülemeyen riskler bulunabileceğini belirten ifade
11. Bireyin çalışmaya katılması nedeniyle yapması beklenen masraflar

12. Mantıklı olarak beklenen yararların tarifi. Birey için klinik yarar amaçlanmıyorsa bu da belirtilmelidir
13. Geçerliyse bireye çalışmaya katıldığı için yapılacak beklenen ödeme
14. Bireye sağlanabilecek alternatif prosedür (ler) ya da tedavi kürleri ve bunların önemli potansiyel yararları ve riskleri
15. Bireyin çalışmaya katılımı sürdürme konusundaki istekliliğini etkileyebilecek bir bilgi ortaya çıkarsa bireyin ya da bireyin yasal olarak kabul edilebilir temsilcisinin zamanında haberdar edileceğini belirten ifade
16. Bir hasar meydana gelirse herhangi bir tazminat ya da medikal tedavi sağlanıp sağlanmayacağına ilişkin açıklama. Sağlanacaksa, bu tazminatın ne olduğu ve/veya daha fazla bilginin nereden alınabileceği
17. Çalışmayla ilişkili olarak kimden bilgi alınabileceği
18. Araştırma gönüllüsünün haklarına ilişkin kimden bilgi alınabileceği (ideal olarak araştırmacı değil)
19. Bireyin çalışmayla ilişkili olarak hasara uğraması durumunda kimle temas kurulacağı
20. Klinik çalışma prosedürleri ve/veya verilerin doğrulanması amacıyla, bireyin mahremiyetini bozmadan, yürürlükte olan yasalar ve yönetmeliklerin izin verdiği ölçüde monitör (ler), auditör (ler), Etik Kurul ve ruhsatlandırma otoritelerinin (örn. FDA) bireyin orijinal medikal kayıtlarına doğrudan erişiminin sağlanacağını ve bireyin ya da bireyin yasal olarak kabul edilebilir temsilcisinin yazılı bilgilendirilmiş olur formunu imzalayarak bu erişime izin verdiğini belirten bir ifade
21. Bireye ait bilginin klinik araştırmayla ilişkili olmayan personele açıklanmasını engelleyen güvenlik önlemlerine ilişkin bilgi
22. Bireyin kimliğini belirleyen kayıtların gizli tutulacağını ve yürürlükteki yasalar ve/veya yönetmeliklerin izin verdiği ölçüde, halka açıklanmayacağını belirten ifade. Çalışmanın sonuçları yayınlanırsa bireyin kimliği gizli kalacaktır.
23. Bireyin çalışmaya katılımının sonlandırılabilirliği ve öngörülebilir durumlar ve/veya nedenler
24. Katılımın düzen içinde sonlandırılması için prosedürler

- 25.Katılımın isteğe bağlı olduğunu belirten ifade
- 26.Katılmayı reddetmemenin herhangi bir cezaya ya da hak kaybına yol açmayacağını belirten ifade
- 27.Bireyin herhangi bir ceza olmadan ya da haklarını kaybetmeden herhangi bir anda katılmaktan vazgeçebileceğini belirten ifade
- 28.Bilgilendirilmiş olurun imza ve tarih içeren bir kopyasının bireye verildiğini belirten ifade
- 29."Katılmayı kabul ediyorum ..." ifadesi
- 30.Birey ya da bireyin yasal olarak kabul edilebilir temsilcisinin imza ve tarih atabileceği bir alan
31. Bilgilendirilmiş olur görüşmesini yürüten kişinin imza ve tarih atabileceği bir alan
- 32.Bilgilendirilmiş olur görüşmesi sırasında mevcut olan tarafsız tanığın imza ve tarih atabileceği bir alan

Bilgilendirmiş Onam Form Örneği

Abbott Firmasının bir formundan alınan bir örnek aşağıda sunulmaktadır. Her çalışma gizlilik taşıdığı için ifadelerin bu formda örtülü olduğu dikkate alınmalıdır. Bilgilendirilme yapıldıktan sonra olur alınması sadece bir çalışmaya özgü değildir. Tüm medikal işlemlerde yapılması gereken bir durumdur. Hasta yatış yaparken imzaladığı form bu yaklaşımın basit bir öncüsüdür. mmmmm

‘XX’ ADLI ÇALIŞMA/İŞLEM KONUSUNDA BİREYİN BİLGİLENMESİ VE ONAM FORMU

ÇALIŞMANIN/İŞLEMİN TANIMI

PROTOKOL KODU: OGU Etik Kurul No: PROJE (PR-YIL-AY-GÜN-SIRA No)

PROTOKOL ADI/ÇALIŞMA/İŞLEMİN BAŞLIĞI: ‘XX çalışması’

SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI: ANA ARAŞTIRICI: Prof. Dr. X XYZ, X Üniversitesi Tıp Fakültesi, Y Bilim Dalı.

OGU SORUMLU ARAŞTIRICI: X Anabilim Dalı, Prof. Dr. X LNM

ARAŞTIRMA/İŞLEM MERKEZİ: ÇOK MERKEZLİ

OGU ARAŞTIRMA MERKEZİ/HASTANE/TIP MERKEZİ/ENSTİTÜ/BİRİM: X Anabilim Dalı

MERKEZ ARAŞTIRMA YERİ: X Üniversitesi Tıp Fakültesi, Y Bilim Dalı.

DESTEKLEYİCİ FİRMA: X Firması, Firma Yetkilisi; A BCD, 1.01.2000. Moniterizasyon, E FGH, 1.01.2000.

GÖNÜLLÜ ve ARAŞTIRICI

ÇALIŞMAYA KATILAN GÖNÜLLÜNÜN/ÜZERİNDE İŞLEM YAPILACAK OLANIN

ADI-SOYADI:

ARAŞTIRICI:

BİLGİLENDİRME

Araştırmanın/işlemin Amacı

Araştırma/işlemin amacı; klinik deneysel/ruhsatlı ilacın etkinliği/etki genişletilmesi/ruhsat dışı kullanım/tedavi amaçlı bu çalışmanın/işlemin xxx hastalığı (sözü geçen xxx sistemini ilgilendiren ve yyy etkileyen hastalıklardır) olduğu bilinen veya düşünülen bireylerde ya da xxx hastalık riski olan, tanı kesinleşmesi veya sağıtım/yaşam kalitesini yükseltmek için etkilenmiş/sorunlu kişilere sağlıklı olma/hijyen sağlama amacıyla yapılacak bir işlem/araştırma/ilacın emniyetini ve etkinliğini incelemektir.

Çalışmaya/işleme İlişkin Ayrıntılı Bilgi

Bu işlem temel tıp kitaplarında da sunulan/klinik etkinliği çalışmalarla saptanan/deneysel hayvan çalışmalarından sonra, uluslar arası klinik araştırma olarak planlanan/ruhsatta belirtilen etkinliğe ek olarak, çalışmaya yaklaşık 000 kişinin katılımının sağlanması planlanan, tek/çok merkezli, 00 yaşlarındakilere/yaş grubuna verilmesi/uygulanması planlanmıştır. Veya bu işlem Anabilim/Bilim dalımızca 00 yıldır yapılan ve bu yaklaşım yapılmış hastaların izlendiği bir birimdir. Veya bu işlem/yaklaşım xxx cerrahi/pediatri/dahiliye uzmanlığı altında yapılan işlemlerdendir. Bu çalışmaya/işleme katılım süreniz/hastanede yatım/işlem süreci 00 gün/ay ortalama olarak sürebilir/bulabilir. Hastanede kalış süresi ve araştırmanın sürecini bireyin durumu ve araştırmadaki katılanların sayısı/zaman süreci belirleyici olacaktır.

İlaç/işleme İlişkin Bilgi

İlaç/işlem/tedavi temel tıp bilimlerinde onaylanmış/klinik deneysel aşamada ve reçeteye satılan/satılmayan bir ilaçtır/işlemdir; ancak, bilinen hasta/çalışma grubunda/hastalarda kullanılması onaylanmamıştır ve bu hastalarda kullanımı deneyseldir/tedavi/yaşam kalitesini yükseltme amacını güder.

Bu tedavi/işlem/yaklaşımında hastalığın/durumun etkinliğini araştırmak/tedavi etmektir. İlaç/tedavi hakkında ruhsatlanmada belirtilen prospektüs ilişikte sunulmaktadır.

Karşılaşacağınız/yapılacaklara İlişkin Bilgi

Çalışmaya gönüllü/tedavi olmaya/yaşam kalitesinin yükseltilmesine karar karar verirseniz, bu bilgilendirilmiş olur formunu imzalamanız ve gereken ön hazırlık için aşağıda belirtilen işlemler için daha önceden hastaneye/kliniğe gelmeniz gerekmektedir.

YAPILACAKLAR: Rutin tetkikler, Tam Kan Sayımı, İdrar analizi ...vs. (belirtiniz)

İŞLEM İÇİN: Anestezi/xx bilim dalının incelemesi gerekmektedir.

Bu tarama vizitinde rutin laboratuvar testleri için bir toplardamardan iğne ile yaklaşık 4-5 çorba kaşığı (20-25 ml) kan alınacaktır.

HASTA HAZIRLAMA: Sizden ayrıca bir anamnez (tıbbi bilgi ve hikaye) alınacak, fizik inceleme yapılacak ve ek laboratuvar tetkikler yaptırılacaktır. Ek tetkikler, sizde son tıbbi incelemeden sonra karar verilenleri kapsamaktadır. Örneğin; çalışmada yer alan personel size geçmişinizi ve geçmişte kullandığımız ilaçları soracaktır. Yapılacak fizik muayenede kilonuz, kalp atım hızınız ve kan basıncınız ölçülecektir. Bu işlemler içinde; bir elektrokardiyogram (EKG, kalbinizin elektrik aktivitesini kaydeden ağrısız bir test) çekilecektir. Ayrıca tahlil yapılması için idrar örneğiniz alınacaktır. Bu değerlendirmeleri eğitimli çalışma personeli yapacaktır. Bu testlerden elde edilen bilgilere göre çalışmaya/tedaviye/işleme katılmanızın mümkün olup olmadığına karar verilecektir.

Çalışmanın gerekliliklerine uyuyorsanız, çalışmaya/tedaviye/işleme başlamak üzere yaklaşık ertesi gün/kliniğe gelmeniz istenecektir.

Ayrıca çalışma/tedavi/işlem süresince izlemeniz gereken bir diyet/aç kalma ve egzersiz/yatak istirahati programı için bilgi de verilecektir.

Diyabet/tansiyon yüksekliği gibi diğer sorunlarınızda ayrıca tedavi/bakım kapsamı içindedir.

Bu çalışmanın/tedavinin/işlemin ilk günü hastanede yatmanız gerekmektedir. Ayrıca klinikte izlenmeniz 3 gün kadar sürecektir. Servis/kliniğe yattığınız her gün boyunca genel incelenmeniz yapılacak ve günlük vizitlerle sağlık kontrolünden geçeceksiniz ve kalp atım hızınız, kan basıncınız ve diğer verileriniz/ateşiniz ölçülecektir. Doktorunuza tıbbi

durumunuzdaki bütün değişiklikleri bildirmelisiniz. Dört gün sonra kontrol tetkikleriniz yapılacak gerekirse rutin laboratuvar testleri için kan alınacaktır.

Taburcu olduktan sonra ilk hafta içinde kontrola çağırılacak ve izleneceksiniz.

Tedavide/işlemden ilaç kesilirse, tedavideki/işlemden çalışmadaki doktorunuz sizin iyiliğiniz için bunun en iyisi olduğunuzu düşünüyorsa, gerekirse ek ilaç veya yeniden tedaviye yeniden başlamanıza izin verilecektir. Çalışma/tedavi/işlem boyunca tedavinizle ilgili bütün sorunları sormaya devam etmeniz büyük önem taşıyacaktır.

Sorumluluğunuz, çalışmadaki doktorunuzla randevulu bütün çalışma vizitleri için kliniğe gelmenizdir. Ayrıca çalışmadaki doktorunuzun talimatı doğrultusunda yaklaşım yapmanız da sizin sorumluluğunuzdadır.

Herhangi bir nedenle çalışma ilacını keserseniz Çalışma İlacını Kesme viziti için çalışma kliniğine gelmeniz gerekir.

Çalışma İlacı Doz Talimatı

Çalışma ilacını/tedavi/işlem nasıl alacağınıza ilişkin spesifik talimat verilecektir. Çalışmadaki doktorunuz ya da çalışma personeli size çalışma boyunca çalışma ilacını almanın/tedavinin, diyet ve egzersiz programını uygulamanın önemini anlatacaktır. Size servis/klinik hemşireleri ve sağlık çalışanları yardım edeceklerdir. Herhangi bir sorun veya sorgunuzun doğrudan yetkili sağlık personeline (doktor, hemşire gibi) yapmanız gerekmektedir. Kendiniz karar vermemeli, doktorunuza bildirmeniz önem taşır.

Diğer İlaçlar

Aşağıda çalışma/tedavi/işlem ilacını aldığınız süre boyunca almamanız gereken diğer ilaçlar/tedavi/işlemler örnekler/anlatılmaktadır.

İLAÇ ADI:, ETKİSİ: VERİLİŞ NEDENİ:

Olası Riskler, Yan Etkiler, Rahatsızlıklar (Uyarılar)

Aşağıdaki bölümde bu çalışmada/tedavi/işlemden, ilaçtan ya da prosedürlerden kaynaklanabilecek olası riskler, yan etkiler ve rahatsızlıklar ele alınmaktadır. Emniyetiniz için çalışma boyunca uygulanmakta olan tedavinin sonucunda ortaya çıkabilecek bütün değişiklikler izlenecektir.

Doktorunuz yan etiketleri konusunda/etkileşimler/komplikasyonlar hakkında bilgi sahibidir.

Ruhsatta belirtilen etkiler, yan etkiler ve uyarılar şunlardır;

RUHSAT BİLGİSİ:

Yapılan çalışma/tedavi/yaklaşım konusunda Hastane/Klinik/Üniversitenin tutumu;

Hastane/klinikte Hastane Yönetim Kurulu, Hastane Enfeksiyonları Kontrol Komitesi gibi genel, her klinikte mortalite/olgu sunumları ile iç denetim devamlı aylık yapılmaktadır.

Çalışmanın emniyet açısından/araştırma izlenmesinde bağımsız bir tıp uzmanları ekibi sorumlu olacaktır.

Kan Alma

Kan almada ortaya çıkabilecek riskler kan alınan bölgede acı, morarma, kanama ya da diğer rahatsızlıklardır. Seyrek olarak kan alınan bölgede enfeksiyon meydana gelebilir. Bu güçlükleri en aza indirmek için gereken önlemler alınacaktır.

Yeni Bilgiler (Literatür, Tıp Bilim Kaynakları)

Çalışmada sizin emniyetinizi ya da çalışmaya katılma kararınızı etkileyebilecek bütün önemli yeni bilgiler size zamanında yazılı olarak haber verilecektir. Size bu bilginin verilmiş olduğunu ve çalışmaya devam etmeyi istediğinizi belgeleyen yeni (revize edilmiş) bir bilgilendirilmiş olur gerekli farklılıklar var ve önemli ise ayrıca yeni formu imzalamanız istenecektir.

Olası Yararlar

Bu çalışmaya katıldığınızda, sizin herhangi bir zarar unsuru oluşmasına izin verilmeyecek, herhangi bir olasılıkta derhal sonlandırılacaktır. Bu işlem/tedavi ve yaklaşım ile sizin yararlanacağınız düşüncesi vardır. Ancak, bu çalışmadan/tedaviden/yaklaşımından hiçbir klinik yarar sağlamamanız da mümkündür. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler konu hakkında daha iyi anlaşılmasını sağlayarak başka insanlara yarar sağlayabilir.

Alternatifler

Doktorunuzun reçeteleyebileceği başka onaylanmış ilaçlar da mevcuttur. Hiçbir yaklaşım bir zorunluluk olarak gösterilemez.

Ödeme

Bu çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Masraflar

Çalışma ilacı bütün bireylere ücretsiz sağlanacaktır. Bu çalışma için spesifik olarak yapılacak bütün doktor vizitleri, girişimler ve laboratuvar testleri de ücretsiz olarak sağlanacaktır. VEYA yapılan işlem/tedavi sizin sağlığınız için olduğundan ek bir masraf getirmemektedir. Sadece gereken yaklaşımları ödemeniz istenecektir.

Bu çalışma için gerekli olmayan, ancak olağan tıbbi tedavinizin bir parçası olan bütün medikal tedavilerin masrafları siz, sigorta şirketiniz, sosyal güvenlik kuruluşunuz ya da sizin belirteceğiniz herhangi bir üçüncü taraf tarafından ödenecektir.

Diyet ve egzersiz desteği bu çalışmanın bir parçasıdır/parçası değildir ve size ücretsiz/ücretli olarak sağlanacaktır.

İsteğe Bağlı Katılım/Çekilme

Katılmaya karar verirseniz herhangi bir zamanda bu çalışmaya katılma için olurunuzu geri çekebilir ve çalışmadan çıkabilirsiniz; bu karar medikal tedavinizi etkileyecektir. Çalışma ilacını kesmeye karar verirseniz Son Vizit için (olağan çalışma vizitlerine benzer olacaktır) kliniğe gelmeniz istenecektir.

Çalışmadaki doktorunuz, Yerel Etik Kurul, Merkezi Etik Kurul, bağımsız emniyet izleme kurulu, Ruhsatlandırma Daireleri ya da İlaç Firmaları ile çalışmayı herhangi bir zamanda sonlandırmaya karar verebilir. Çalışmadaki doktorunuz beklenmeyen ya da ciddi yan etkiler nedeniyle sizi çalışmadan çıkarmaya karar verebilir. Ayrıca, çalışmadaki doktorunuz çalışma tedavisinin sizin için yararlı olduğunu düşünmüyorsa sizi çalışmadan çıkarabilir.

Araştırmayla İlişkili Hasarlar Olursa

Bu çalışmaya katılımınız sırasında, bu çalışmanın doğrudan sonucu olarak bir hasar meydana gelmemesi gerekir, ancak bu olasılık teorik olması açısından, çalışmadaki doktorunuzun talimatını izlemiş olmanız koşuluyla, hasarın tedavisi için gereken mantıklı bütün tıbbi masraflar karşılanması gereklidir.

Medikal Kayıtların Açıklanması ve Gizlilik ve Yetkilendirme

Aşağıdaki bölümü imzalayarak ilaç firması/klinik/doktor ya da temsilcileri, ruhsatlandırma otoriteleri ve Etik Kurul'ların inceleme amacıyla medikal kayıtlardaki kişisel medikal bilgilerinize erişmesine ve bu çalışmadan elde edilen bilgilere erişmesine izin vermiş oluyorsunuz. Medikal bilgilerinize erişim çalışma için gereken verilerin toplanması ve işlenmesiyle sınırlı olacaktır. Olurunuzu geri çekerseniz ya da çalışmadaki katılımınız sona ererse çalışmadaki doktorunuz, yasa ya da yönetmelikler gereği, çalışmayla ilişkili kişisel sağlık bilgilerinizi çalışmadan çıkmanızdan 30 gün sonra toplamayı kesecektir. Ek olarak, çalışmadaki doktorunuz, kişisel sağlık bilgilerinizi, çalışmadaki doktorunuzun zaten bu bilgiye gerek duyduğu derece dışında, kullanmayı ve açıklamayı kesecektir. Gizliliğiniz uygulanmakta olan yasalar ve yönetmeliklerin izin verdiği ölçüde toplantılarda ya da yayınlarda sunulabilir; ancak, bu sunumlarda sizin kimliğiniz açıklanmayacaktır. Çalışmayı izle amacıyla, sigorta numarası gibi yalnız sizin bildiğiniz bir kimlik numarası, geçerliyse Ulusal Yaşamsal Kayıt Veritabanları yoluyla sağlık sonunda gereken saklama süresinin tamamlanmasının ardından sona erecektir.

Temas Bilgileri

Araştırma/tedavi/işlem amaçlı bu çalışmayla ilgili soruların yanıtlanması ya da araştırmayla ilişkili bir hasarın bildirilmesi için aşağıdaki kişiyle temas edebilirsiniz:

ARAŞTIRICININ ADI, ADRESİ, TELEFON NUMARASI:

Araştırma bireyi olarak haklarınız konusunda bir sorunuz varsa aşağıdaki kişilerle temas edebilirsiniz:

TEMAS EDİLEBİLECEK KİŞİNİN ADI, ADRESİ, TELEFON NUMARASI:

YEREK ETİK KURULUNUZUN BİR TEMSİLCİSİ TERCİH EDİLİR (BU KİŞİ ARAŞTIRICI YA DA ÇALIŞMA PERSONELİNDEN BİRİ OLMAMALIDIR).

Olur Bildirimi

XX Çalışması/tedavisi/işleme” na katılmaya kendi isteğimle karar veriyorum.

Yukarıda yazılanları ve bu formdaki diğer bilgileri okudum. Çalışmaya katılma konusundaki bütün sorunlarım yanıtlandı. Araştırma/tedavi/işlem amaçlı bu çalışmaya katılmamaya hakkım olduğunu anlıyorum.

İlaç firmaları/doktor ya da temsilcileri, ruhsatlandırma otoriteleri ve Etik Kurul’ların araştırma amaçlı bu çalışmanın amaçları için gerekli olduğu gibi, kişisel medikal kayıtlarımı açıklamasına izin veriyorum.

İmzalı ve tarih atılmış bu olur formunun bir kopyasının bana verileceğini anlıyorum.

Bu formu imzalayarak, araştırma amaçlı bir çalışmaya katılan bir birey olarak sahip olacağım yasal hakların hiçbirinden vazgeçmiş olmuyorum.

Gönüllünün Adı:	İmzası:
Adresi:	Tel: Fax:
Velayet/Vesayet Alında bulunanlar için: ... Veli/Vasinin Adı:	İmzası:
Adresi:	Tel:
.....	Fax:
Olur Alma İşlemine Başından Sonuna kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin Adı:	İmzası:
Görevi:	Tel:
.....	Fax:
Açıklama Yapan Araştırmacının Adı:	İmzası:

NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüye verilecektir.

Yukarıda belirtilen temel hukuksal parametrelerin ışığı altında toplantı yapılacaktır.

Toplantı Gündemi: Daha önce kararlaştırıldığı gibi, A) sunulan görüşler hakkında sözel ve takiben yazılı değerlendirme ile oturum açılacaktır. B) Takiben her bir bilim dalından yapılan veya öngörülen konular hakkında hukuksal dayanaklar alınacaktır. C) Bu hukuksal dayanakların değerlendirilmesi için görüş açılacak ve D) Toplantı eşgüdüm/öneriler ve yapılacaklar konusunu irdelemek için ara verilecektir.

GÖRÜŞLER HAKKINDA KATKI/ÖNERİ/İTİRAZ veya RET ETME DURUMLARI:

Prof. Dr. M. A. A.: Burada daha önce gönderilen yazılı metinler ve bilgisayar ortamında kişilerin katkıları alınmıştır. Bu süreç toplantı yazım aşamasından sonra da kesin yazının Dekanlığa iletinceye kadar, kısaca imzalanıncaya kadar geçerlidir.

Prof. Dr. G.Ö. : Bu toplantıya katılmamış (televizyon programı nedeniyle), yazılı ve bilgisayar ortamındaki notlar iletilmiştir.

Prof. Dr. T. K.: Daha önce belirttiğim hususlar aynen katılıyorum.

Doç. Dr. S. D.: Bu toplantıya katılmamış (ameliyatta olması nedeniyle), yazılı ve bilgisayar ortamındaki notlar iletilmiştir.

Doç. Dr. T. E. C.: Bu toplantıya katılmış, hukuksal görüşleri ve yaklaşımlarını bu yazıların değerlendirilmesi ile yapacağını ifade etmiştir. Bilgisayar ortamında ve yazıcıdan çıktığı almıştır.

SONUÇ: Bu görüşlere karşı sunulan katkılar, savunma ve/veya itirazlar ve buna benzer notlar yazılı olarak alınmıştır. Bu yazılı hususlar hakkında son döneme kadar görüş belirtmek mümkündür. Tüm Komisyon Çalışmasının sonlanmasından önce sunulması yeterlidir.

HUKUKSAL YAKLAŞIMLAR

Prof. Dr. M. A. A.: Burada KARAR VERME ile GÖRÜŞ OLUŞTURMA farkını dile getirmek istiyorum. Bu komisyon hukuksal anlamda bir danışma kuruludur. Dolayısıyla temel amacı görüş oluşturmaktır. Bu açıdan her birim kendi görüşünü sunacak ve karşı görüşlere açıklama getirecektir. Kimse savunma ve suçlama durumunda değildir. Amir olan mekanizma bu görüşlere katılır veya katılmaz, ama bir karar verme durumunda olabilir. Bu durum bizim Komisyonumuz için geçerli değildir. Biz karar alma makamında olmadığımızı vurgulamak istiyorum.

Prof. Dr. G.Ö. : Burada geniş olarak hekimin hukuki sorumlulukları konusunda yaptığı çalışmayı tarafıma (Prof. Dr. M. A. AKŞİT) iletmış bulunmaktadır. Bunu aşağıda eklemek istiyorum. (NOT: Prof. Dr. G.Ö. 'den telefonla yazının aynen konulması konusunda onay alınmıştır)

Lizbon Bildirgesi 1981

1. Hasta hekimini özgürce seçmelidir.
2. Hastalar hiçbir etki altında kalmadan özgürce klinik ve etik karar verebilen hekim tarafından bakılabilmelidir
3. Hasta yeterli bilgilendirmeden sonra önerilen tedaviyi kabul veya reddedebilme hakkına sahip olabilmelidir

TABABET UZMANLIK YÖNETMELİĞİ

Resmi Gazete, Tarih: 22.03.1974; Sayı: 14993

Madde 9: Genel Tedavi Kurumlarında, en az iç hastalıkları, genel şirürji, nöroloji, kulak burun boğaz hastalıkları, göz hastalıkları servisleriyle, laboratuvarlar (bakteriyoloji, biyokimya, radyoloji, patolojik anatomi).

TIBBİ DEONTOLOJİ TŪZŪĞŪ

(Karar Sayısı:4/12578 Kabul Tarihi:13.1.1960 Resmi Gazete:19.2.1960)

Madde:3-Tabip, vazifesi ve ihtisası ne olursa olsun gerekli bakımın sağlanmadığı acil vakalarda mücbir sebep olmadıkça, ilk yardımında bulunur.

Madde:6-Tabip ve dış tabibi, sanat ve mesleğini icra ederken, hiçbir tesir ve nüfuza kapılmaksızın, vicdani ve mesleki kanaatına göre hareket eder.

Tabip ve dış tabibi, tatbik edeceği tedaviyi tayinde serbesttir.

Madde:13-Tabip ve dış tabibi, ilmi icaplara uygun olarak teşhis koyar ve gereken tedaviyi tatbik eder.

Madde:18-Tabip ve dış tabibi, acil yardım, resmi veya insani vazifenin ifası halleri hariç olmak üzere, mesleki veya şahsi sebeplerle hastaya bakmayı reddedebilir.

Madde:19-Tabip ve dış tabibi mesleki veya şahsi sebeplerle, tedaviyi bitirmeden hastasını bırakabilir.

Ancak, bu gibi hallerde, diğer bir meslektaşın tedavi veya müdahalesine imkan verecek zamanı evvelden hesaplayarak hastayı vaktinde haberdar etmesi şarttır. Hastanın bırakılması halinde, hayatının tehlikeye düşmesi veya sıhhatinin zarara uğraması muhtemel ise, diğer bir meslektaş temin edilmedikçe, hastayı terkedemez.

Madde:21-Başkalarının yardımı ile yapılacak cerrahi ameliyeler ile diğer tedavilerde, operatör, müdavi tabip ve dış tabibi, beraber çalışacağı elemanları seçmekte serbesttir.

Madde:27-Konsültan tabip veya dış tabibi, yapılan tedaviyi uygun görmediği takdirde, kanaatini konsültasyon zaptına yazmakla iktifa eder. Yapılan tedaviye müdahalede bulunamaz.

Madde:28-Konsültan tabip veya dış tabibi ile müdavi tabibin kanaatleri arasında aykırılık hasıl olur ve hasta konsültan tabip veya dış tabibinin kanaatini tercih eder ise, müdavi tabip kendi görüşünde ısrar ettiği takdirde hastayı terkedebilir.

Madde:29-Konsültan tabip veya dış tabibi, hastanın ısrarlı talebi olmadıkça, hastayı tedavi edemez.

Konsültan tabip veya dış tabibinin, konsültasyonu icabettirmiş olan hastalığın devamı müddetince, müdavi tabibin muvafakatı olmadan hastanın yanına, aynı hastalık için mesleki bir maksatla sonradan girmesi caiz değildir.

Madde 32 - Tabip ve dış tabibinin, kendi meslekdaşları ile bunların bakmakla mükellef oldukları usul ve furuunun ve karı veya kocalarının muayene ve tedavileri için ücret almaması uygundur. Bu hallerde, zaruri masraflarını istiyebilir.

Madde 37 - Tabip ve dış tabipleri, kendi aralarında iyi meslektaşlık münasebetlerini idame ettirmeli ve mânevi bakımdan birbirine yardım etmelidirler. Meslekle ilgili anlaşmazlıklarını, evvelâ kendi aralarında halletmeğe çalışmalı ve bunda muvaffak olmadıkları takdirde mensup oldukları tabip odalarına haber vermelidirler.

Madde 38 - Tabip ve dış tabibi, meslektaşlarını zemmedemiyeceği gibi onları küçük düşürecek diğer tavır ve hareketlerde de bulunamaz.

Tabip ve dış tabibi, her hangi bir şahsın haysiyet kırıcı hücumlarına karşı meslektaşlarını korur.

Madde 39 - Tabip ve dış tabibi, meslektaşlarının hastalarını elde etmeğe mâtuf hareket ve teşebbüslerde bulunamaz.

Madde:40-Tabip ve dış tabibi, paramedikal meslek mensupları ile mesleki münasebetlerinde, onların bağımsızlığını ihlal etmemeli, kendilerine nezaket göstermeli, onları hastalarına karşı müşkül bir

duruma koyabilecek hareketlerinden sakınmalıdır.

Madde:43-Tabip ve dış tabibi, muayenehane veya laboratuvarında kendi namına diğer bir meslektaşını çalıştırmaz. Ancak, muvakkat bir müddet için bizzat bulunmadığı takdirde diğer bir meslektaşını yerine bırakabilir. Bu müddet bir aydan fazla devam ederse, mensup olduğu tabip odasını haberdar eder.

HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ

Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı

Madde:6-Hasta, adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlıklı yaşamının teşvik edilmesine yönelik faaliyetler ve koruyucu sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere, sağlık hizmetlerinden ihtiyaçlarına uygun olarak faydalanma hakkına sahiptir. Bu hak, sağlık hizmeti veren bütün kurum ve kuruluşlar ile sağlık hizmetinde görev alan personelin adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun hizmet verme yükümlülüklerini de içerir.

Madde:7-Hasta, sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda bilgi isteyebilir. Bu hak, hangi sağlık kuruluşundan hangi şartlara göre faydalanılabileceğini, sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilen her türlü hizmet ve imkanın neler olduğunu ve müracaat edilen kuruluşa verilen sağlık hizmetlerinden faydalanma usulünü öğrenme haklarını da kapsar.

Madde:8-Hasta; tabii olduğu mevzuatın öngördüğü usul ve şartlara uyulmak kaydı ile, sağlık kurum ve kuruluşunu seçme ve seçtiği sağlık kuruluşunda verilen sağlık hizmetinden faydalanma hakkına sahiptir.

Madde:9-Hastaya talebi halinde, kendisine sağlık hizmeti verecek veya vermekte olan tabiplerin ve diğer personelin kimlikleri, görev ve unvanları hakkında bilgi verilir.

Mevzuat ile belirlenmiş usullere uyulmak şartı ile hastanın, kendisine sağlık hizmeti verecek olan personeli serbestçe seçme, tedavisi ile ilgilenen tabibi değiştirme ve başka tabiplerin konsültasyonunu istemek hakkı vardır.

Tababetin ilkelere ve tababet ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yapılamaz.

Madde:15-Hasta; sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usulleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi isteme hakkına sahiptir.

Hasta, tedavisi ile ilgilenen tabip dışında bir başka tabipten de sağlık durumu hakkında bilgi alabilir.

Madde:16-Hasta, sağlık durumu ile ilgili bilgiler bulunan dosyayı ve kayıtları, doğrudan veya vekili veya kanuni temsilcisi vasıtası ile inceleyebilir ve bir suretini alabilir. Bu kayıtlar, sadece hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olanlar tarafından görülebilir.

Eğitim verilen sağlık kurum ve kuruluşlarında, hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olmayanların tıbbi müdahale sırasında bulunması gerekli ise; önceden veya tedavi sırasında bunun için hastanın ayrıca rızası alınır.

Madde:25-Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir.

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

Madde:27-Klinik veya laboratuvar muayeneleri sonucunda bilinen klasik tedavi metodlarının hastaya fayda vermeyeceğinin sabit olması ve daha evvel deney hayvanları üzerinde کافی derecede tecrübe edilmek suretiyle faydalı tesirlerinin anlaşılması ve hastanın rızasının bulunması şartları birlikte mevcut olduğunda, bilinen klasik tedavi metodları yerine başka bir tedavi usulü uygulanabilir. Ayrıca, bilinen klasik tedavi metodu dışındaki bir metodun uygulanabilmesi için, hastaya faydalı olacağı ve bu tedavinin bilinen klasik tedavi usullerinden daha elverişsiz sonuç vermeyeceğinin muhtemel olması da şarttır.

Evvelce tecrübe edilmemiş bir tıbbi tedavi ve müdahale usulü, ancak zarar vermeyeceğinin ve hastayı kurtaracağı mutlak olarak öngörülmesi halinde yapılabilir.

Tıbbi araştırmalar, sadece, mevzuata göre araştırmada bulunmaya yetkili ve yeterli tıbbi bilgi ve tecrübeyi haiz olan personel tarafından, mevzuat ile belirlenmiş bulunan yerlerde yürütülür.

HEKİMLİK MESLEK ETİĞİ KURALLARI

Madde:5-Hekimin öncelikli görevi, hastalıkları önlemeye ve bilimsel gerekleri yerine getirerek hastaları iyileştirmeye çalışarak insanın yaşamını ve sağlığını korumaktır. Hekim, bu yükümlülüklerini yerine getirebilmek için, gelişmeleri yakından izler.

Madde:8-Hekim, mesleğini uygularken vicdani ve mesleki bilimsel kanaatine göre hareket eder.

Madde:10-Hekim, görevi ve uzmanlığı ne olursa olsun, gerekli tıbbi girişimlerin yapılmadığı acil durumlarda, ilk yardımda bulunur.

Madde:11-Hekim, mesleğini uygularken reklam yapamaz, ticari reklamlara araç olamaz, çalışmalarına ticari bir görünüm veremez; insanları yanıltıcı, paniğe düşürücü, yanlış yönlendirici, meslektaşlar arasında haksız rekabete yol açıcı davranışlarda bulunamaz.

Hekimliğin Kötü Uygulanması (Malpractice):

Madde:13-Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi "hekimliğin kötü uygulaması" anlamına gelir.

Meslektaşlar Arasında Saygı:

Madde:16-Hekim, kendi meslektaşları ve insan sağlığı ile uğraşan öteki meslek mensupları ile iyi ilişkiler kurar, meslektaşlarına veya tedavi ekibinin bir başka üyesine karşı küçük düşürücü davranışlarda bulunamaz.

Mesleki Dayanışma:

Madde:17-Hekim, meslektaşlarını mesleki yönden onur kırıcı ve haksız saldırılara karşı korur.

Yetkinlik Dışı Faaliyet Yasağı

Madde:18-Hekim tıbbi görevlerini yerine getirirken, gecikmenin hasta yaşamını tehdit edebileceği zorunlu durumlar dışında özel bilgi, beceri gerektiren bir girişimde bulunamaz.

Danışım (Konsültasyon) ve Ekip Çalışması:

Madde:19-Danışım ve ekip çalışması sürecinin düzenli işleyebilmesi ve bir hekim hakkı olarak yaşama geçirilebilmesi için;

a)Hasta izlemi sırasında, değişik uzmanlık alanlarının görüş ve uygulamalarına gereksinim doğduğunda, tedaviyi yürüten hekim durumu hasta ve/veya yakınlarına bildirmelidir. Konsültasyonu hastanın tedaviyi yürüten hekimi yazılı olarak ister. Yazılı istemde hastanın özellikleri, konsültasyon isteğinin nedenleri açık ve anlaşılır biçimde belirtilir.

b)Konsültasyon sürecinde konsültan hekim de, hastanın sürekli hekimi gibi hastadan sorumludur. (Açıklama: Konsültan hekim, müdavi hekimin hastasına doğrudan ve hastayı devralmadan invazif bir tedavi yapamayacağına göre ancak uzmanlığının gereklerini etik ve hukuksal yönden yerine getirmede sorumludur)

c)Konsültan hekim, alanında bilimsel ve teknik bilgiye sahip olmalıdır.

d)Konsültasyon sonucunda, konsültasyonun gerekçesi ve sonuçları, açık ve anlaşılır biçimde bir tutanak ile belgelenir.

e)Konsültasyonun sonuçlarından hastalar da yeterli ölçüde bilgilendirilir.

f)Konsültasyonun sonucunda hastanın tedaviyi yürüten hekimi ile konsültan hekimin görüş ve kanaatleri arasında fark olur ve hasta konsültan hekimin önerilerini kabul ederse, hastanın tedaviyi yürüten hekimi tedaviyi bırakabilir.

g)Konsültasyon istenen hekim davete uymak zorundadır.

Odaya Bildirme Yükümlülüğü:

Madde:20-Hekim meslektaşları ile meslek uygulaması konusunda uzlaşmaz bir anlaşmazlığa düştüğünde ya da tıp etiği açısından yanlış davranan bir meslektaşının bu davranışını kasıtlı bir biçimde sürdürmesi durumunda yerel tabip odasına konuyla ilgili bildirimde bulunur.

Madde:31-Hasta dosyalarındaki bilgilerin geniş bir özeti ile bilgi ve belgelerin örnekleri, isteği durumunda hastaya verilir. Hekim, yasal zorunluluk olmadıkça, bu bilgileri başkasına veremez.

Madde:47-Bu kurallar bütünü Türk Tabipleri Birliği Büyük Kongresi'nde kabul edilip, Türk Tabipleri Birliği yayın organlarından birinde yayımlandıktan bir ay sonra yürürlüğe girer ve Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi ve tabip odaları tarafından yürütülür.

TIBBİ HİZMETLERİN KÖTÜ UYGULANMASINDAN DOĞAN SORUMLULUK KANUNU TASARISI (MALPRAKTİS)

Bilgi ve beceri eksikliği: Tıbbi uygulamalarda mesleki bilgi veya el becerisi ile donatılmamışlık halini,

Girişime dayalı tıbbi tetkik ve tedavi: Tetkik için vücuttan kan alınması hariç olmak üzere, teşhis ve tedavi amaçlı olarak insan vücuduna herhangi bir yoldan özel araç ve gereçlerle girilerek vücudun belli bir bölgesinin incelenmesi, parça alınması, tıbbi gereç

verleştirilmesi, müdahalede bulunulması, vücuda tıbbi maddeler verilmesi işlemlerini.

Müdavi hekim: Tıbbi teşhis, tedavi ve müdahale ile bu maksada matuf yerlerde hastasına tıbbi hizmet veren hekimi.

Tıbbi hizmet: Kamu ve özel hukuk kişilerine ait sağlık kurum ve kuruluşlarında ve her ne ad altında olursa olsun sair yerlerde verilen koruyucu hekimlik, tıbbi teşhis, tedavi, müdahale, tetkik, tahlil ve rehabilite edici hizmetleri.

Tıbbi kötü uygulama: Sağlık personelinin, kasıt veya kusur veya ihmal ile standart uygulamayı yapmaması, bilgi veya beceri eksikliği ile yanlış veya eksik teşhiste bulunması veya yanlış tedavi uygulaması veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan ve zarar meydana getiren fiil ve durumu.

Tıbbi uygulama yetki belgesi: Münhasıran bir tıbbi girişim ile ilgili görülen örgün teorik ve pratik eğitim sonunda yeterliliği kanıtlanmış sağlık personeline söz konusu girişimi ferdi olarak yapabileceğini belirten ve Bakanlık veya yetki verdiği makamlardan alınmış izin belgesini,

Madde:8- Tıbbi hizmetler, özel mevzuatı ile yetkilendirilmiş sağlık personeline verilir. Özellikle tıbbi uygulamalar, bu konuda yetki belgesi almış sağlık personeline yapılır.

Tıbbi Uygulama Yetki Belgesi alma usul ve esasları, Bakanlıkça çıkarılacak yönetmelikle belirlenir.

Hekim, yetkili diğer bir hekimin belgelendirilerek hastayı devraldığından emin olmadan veya acil durum ortadan kalkmadan ve hastayı izlemeye almadan, sorumluluktan kurtulamaz.

Madde:14- Tıbbi hizmet ilişkisi hastanın, tıbbi hizmetine ihtiyaç duyduğu sağlık personeline müracaatı üzerine, sağlık personelinin görev ve yetkileri çerçevesinde hastayı kabulü ile veya kabul etmeye mecbur olduğu hallerde hastayı görmesi ile başlar.

Madde:18- Tıbbi hizmet vermeyi üstelene müdavi hekim herhangi bir sebeple geçici olarak tıbbi hizmetini sürdüremeyecek durumda olursa, hastasının tıbbi hizmetini öngörülen veya varılan teşhis ve verilen tedaviye uygun bir vekil hekime devreder. Devir yazılı olarak yapılır.

Vekil hekim, tıbbi hizmetini üstlendiği hasta ile ilgili olarak tıbbi hizmeti sürdürebilecek ölçüde hastanın durumu ile ilgili bilgiyi haiz olmalı ve vekalet süresince bu görevi yürütmeye müsait olduğunu yazılı olarak belirtmelidir.

Herhangi bir şekilde usulüne uygun devir yapılmamasından her iki taraf da sorumludur.

Madde:19-

Müdavi hekimin, tıbbi hizmeti sürmekte olan hastası ile ilgili sorumluluğu ancak bu hastayı devralacak bir başka hekim bulunarak, bu hasta ile ilgili bütün bilgilerle birlikte hastanın teşhis ve tedavisinin kendisine devredilmesi halinde sona erer.

Madde:20-Reçete, hastalığın standart tıbbi tedavisinin ve hastanın genel durumunun değerlendirilmesi sonucunda planlanan tedavisi ile ilgili planlanan şekilde müdavi hekim tarafından ilaçların dozları, yan etkileri, advers tepkileri ve birbirleriyle etkileşimleri de dikkate alınarak okunaklı bir şekilde düzenlenir. Verilen reçete içeriği hasta dosyasına işlenir.

Madde:22-Sağlık kurumundan taburcu edilecek hasta için müdavi hekim tarafından bir taburcu raporu düzenlenir. Taburcu raporu, hastanın muayenesi takiben hastalığın standart tıbbi tedavisinin ve hastanın genel durumunun değerlendirilmesi sonucu hastalığın teşhisini, laboratuvar tetkik sonuçlarını, hastalığın klinik seyrini ve yapılan müdahalenin detaylarını, hastanın son durumunu ve planlanan tedavisi ile ilgili ilaçları içerecek şekilde düzenlenir. Taburcu raporunun aslı hastaya verilir ve bir örneği hasta dosyasında saklanır.

Madde:24-Sağlık personelinin, tıbbi hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi ve tıbbi kötü uygulamalarının en aza indirilebilmesini sağlamak üzere, mezuniyet sonrası eğitimleri esas olup, bu eğitimlerin değerlendirilmesi, kredilendirilmesi ve akreditasyonu Bakanlıkça yapılır. Bakanlıkça gerek görüldüğünde, değerlendirme ve kredilendirme ilgili meslek kuruluşlarına yaptırılabilir.

Kredilendirme, sağlık personelinin meslekleri ile ilgili olarak gördükleri her çeşit mezuniyet sonrası ve hizmet içi eğitimleri ve bilimsel faaliyetleri ve ilgilinin verdiği tıbbi hizmetler dikkate alınarak yapılır.

Kredilendirme, beşer yıllık dönemler için yapılır. Bu değerlendirme neticesinde akredite edilmeyen sağlık personeline, akreditasyon puanını tamamlamak için iki aylık süre verilir. Bu süre sonunda da akredite edilmeyen sağlık personeli mesleklerini icra edemez.

Ancak, akredite edilmeyen sağlık personeli kamu kurum ve kuruluşlarında görev yapıyor ise; akredite edilmediği sürece mesleği ile ilgili destek hizmetlerinde istihdam olunur ve iki aylık süreye rağmen akredite edilmedikleri sürece, ilk üç ay süresince her ay için brüt maaşlarının yüzde otuzu, izleyen aylar için her ay brüt maaşının yüzde ellisi kesilir. Bunlara ayrıca, verdikleri tıbbi hizmetin karşılığı olarak ödenen döner sermaye payları da ödenmez.

Madde-25

Sağlık kurum ve kuruluşlarında ortaya çıkan tıbbi kötü uygulamalardan birinci derecede sağlık kurum ve kuruluşu sorumludur. Sağlık kurum ve kuruluşu, tıbbi kötü uygulamaya sebep olan personeline, ödediği tazminatı kusuru oranında rücu eder.

Her sağlık kurum ve kuruluşu, çalıştıracağı sağlık personelinin diploma, tıbbi uygulama yetki belgeleri ve sigorta poliçesinin doğruluğunu ve geçerliliğini çalışmaya başlamadan önce tespitte mecburdur.

Madde-26:

Sağlık personeli, tıbbi kötü uygulama durumlarında sağlık kurum ve kuruluşu ile birlikte müteselsilen sorumludur.

Hekimin, hastayı tıbbi hizmet için başka bir sağlık personeline veya kurum ve kuruluşuna göndermesi durumunda, gönderdiği sağlık personeli veya kurum veya kuruluşun verebileceği zararlardan sorumluluğu, bunları seçmekte göstereceği özen yükümlülüğü ile sınırlıdır.

Müdavi hekim, sorumluluğunda bulunan asistanın veya yardımcısının vermekte olduğu tıbbi hizmetinden müştereken ve müteselsilen sorumludur.

Sorumluluğu kaldıran durumlar

Madde:27-Tıp bilimi açısından önceden öngörülebilme imkanı olmayan veya uygun tıbbi hizmet verildiği halde meydana gelen neticelerden zararlardan sorumluluk doğmaz

Hasta sayısının o anda tıbbi hizmet verebilecek sağlık personeli sayısına göre fazla olduğu olağanüstü hallerde önceliğin hangi hastaya verileceğine, tıbbi müdahalenin gereklilik derecesi ve tedaviden alınabilecek olumlu beklentiye göre karar verme hak ve yetkisi hekime ait olup, öncelik verilmesi sebebi ile sorumluluk doğmaz.

KURUM VE KURULUŞLARINA AİT SAĞLIK İŞLETMELERİNİN YÖNETİMİ İLE ÇALIŞMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA YÖNETMELİK* (R.G.: 11.01.1995 / 22168)

Madde:7-Sağlık işletmelerinin görevleri şunlardır:

c) Modern teşhis ve tedavi metodu ve teknolojilerini takip etmek ve gecikmeksizin uygulamak,

Madde:8-Sağlık işletmelerinin faaliyet ve görevlerinde aşağıdaki ilkeler göz önünde bulundurulur:

d) Modern tıbbi bilgi, metod ve teknolojinin takibi,

REKABETİN KORUNMASI HAKKINDA KANUN

Kanun Numarası: 4054, Kabul Tarihi: 7/12/1994

Madde 4

d) Rakip teşebbüslerin faaliyetlerinin zorlaştırılması, kısıtlanması veya piyasada faaliyet gösteren teşebbüslerin boykot ya da diğer davranışlarla piyasa dışına çıkartılması yahut piyasaya yeni gireceklerin engellenmesi,

Madde 6 - a) Ticari faaliyet alanına başka bir teşebbüsün girmesine doğrudan veya dolaylı olarak engel olunması ya da rakiplerin piyasadaki faaliyetlerinin zorlaştırılmasını amaçlayan eylemler,

b) Eşit durumdaki alıcılara aynı ve eşit hak, yükümlülük ve edimler için farklı şartlar ileri sürerek, doğrudan veya dolaylı olarak ayrımcılık yapılması,

MAKALELER

ANESTEZİ VE REANİMASYON UZMANININ YASAL SORUMLULUKLARI

Melek Çelik

SSK Göztepe Eğitim Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Kl. Şefi, Doç.Dr.

- Sorumluluk duygusu hukukun üstünlüğünün vazgeçilmez bir unsurudur. Bu kavram bireylerin davranışlarının hesabını sormak ve ceza vermek için değil, bireyin bu cezadan kurtulmak için daha dikkatli davranmasını sağlamak içindir. Günümüz hukuk anlayışında hekimler çalışmalarını '**izin verilen risk**' çerçevesinde yerine getirirler. Her tıbbi müdahalenin normal sapmaları ve riskleri vardır. Risk olumsuz bir olayın meydana gelişindeki ön olasılıktır ki anestezi riski 1/10 000- 1/250 000 arasında değişmektedir. Ameliyat ve hastaya ait faktörler de eklenince bu risk daha da artmaktadır.

- İzin verilen riskin tıbbi karşılığı **komplikasyondur**. Komplikasyonlar kusur sayılmaz. Ancak bir koşulu vardır ki hasta aydınlatılmış ve izni alınmış olmalıdır. Bir anestezi uzmanı tanı aşamasında iki durumda sorumlu tutulur :

- 1- **Eksik araştırma** (allerji öyküsü sormama, hastanın hikayesini yeterli sorgulamama)
- 2- **Yanlış değerlendirme** (akciğer grafisindeki önemli bir lezyonu gözden kaçırma, laboratuvar sonuçlarını yeterli değerlendirmeme)

Hekimlik uygulamalarında kusur çeşitleri şunlardır:

Dikkatsizlik: Bir tıbbi girişim sırasında yapılmaması gerekeni yapmaktır.Örneğin O2 yerine CO2 vermek, kan grubunu kontrol etmeden transfüzyon yapmak, Allerjik olduğu bilinen ilacı kullanma, laparoskopide basıç kontrolü olmaksızın batına gaz verme, kan gurubunu kontrol etmeden transfüzyon yapmak gibi.

Tedbirsizlik: Önlenebilir bir tehlikeyi önlemede yetersiz kalmak, geç kalmak, unutmak olarak tanımlanır. Örneğin allerjisi olduğu bilinen bir hastaya o ilacı kullanmak veya test dozunda da olsa anaflaktik reaksiyon beklenen hasta için gerekli araç ve gereci hazır bulundurmamak, kanama beklenen hastada kan sağlamadan ameliyata girmek, kirli bir batına dren koymayı unutmak.

Meslekte acemilik-yetersizlik: Meslek ve sanatın esaslarını ve optimal klasik bilgilerini bilmemek, temel beceriden yoksun olmak. Bilinmesi gerekeni bilmemek sorumluluk getirir. Örneğin, hatalı entübasyon, ventil pnömotoraksta ensüflasyon.

Özen eksikliği: Dikkatsizlik ve tedbirsizlik dışında evrensel tıp değerlerini uygulamamak. Örneğin, kanamalı, hipovolemik şoka eğilimli hastayı bekletmek, yakın izlem gerektiren hastayı gerekli zaman aralıklarında görmemek, eksik araştırma sonucu tanı hatasına neden olmak.

Emir ve yönetmeliklere uymamak: Kanun, tüzük ve yönetmelikler ile yetkili idari ve mülki amirin verdiği emirlere uymamak. Örneğin acil hastaya bakmamak, bilimsel tedavi dışındaki bir tedaviyi uygulamak (şarlatanlık), işkenceye göz yummak veya yardım etmek, icap nöbete çağrıldığında gelmemek gibi.

Tüm bu kusurlar taksirli suç kapsamına girer. **Taksir:** bir işi eksik yapma anlamına gelir.

• **Taksirli suç:** Kişi eyleminden doğacak sonucu bilmekte, bu sonucu istememekte ancak gerekli önlemleri almamakta veya yetersiz kalmaktadır. İhmal niteliği taşıyan davranış, özen göstermeme, kayıtsız kalma, gerekli önlemi almama, işi ihtimale bırakma gibi biçimlerde oluşabilir.

Kasıtlı Suç : Kişi eyleminin sonuçlarını bilmekte buna rağmen bilerek ve planlayarak eylemini uygulamaktadır.Örneğin, ötenazi.

Komplikasyon : **İzin verilen risk** olarak tanımlanır. Her tıbbi girişimin kabul edilebilir sapma ve riskleri vardır. Bunlara komplikasyon denir ve kusur sayılmazlar. Örneğin; subclavian kateter takılırken pnomotoraks olması, acilde uygun gurup kan transfüzyonundan sonra subgrup uyumsuzluğuyla hastada ABY gelişmesi, yanık yara bakımında uygun tedaviye rağmen kontraktür gelişmesi

Hekimlikte taksirli suçlar hatalı hekimlik uygulaması olarak karşımıza çıkar. Buna hekimliğin kötü uygulaması veya yaygın deyişle '**malpraktis**' denir. **Taksirli suçlar kapsamındaki tedbirsizlik, dikkatsizlik ve özen eksikliği malpraktis olarak nitelendirilir.** TTB Etik İlkeleri bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik

nedeni ile bir hastanın zarar görmesi hekimliğin kötü uygulanması anlamına gelir demektir.

HEKİM SORUMLULUĞUNUN SAĞLIK HUKUKU AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ VE BİR UYGULAMA ÖRNEĞİ

Nezih VAROL (Yrd. Doç. Dr.) (*)

Günümüzde hekim hasta ilişkisini kurallara bağlayan iki önemli yasa vardır. 1219 sayılı "Tababet ve Şuabat-ı Tarzı İcrasına Dair Kanun" ile 13.01.1960 tarihli "Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi", Ayrıca 01.08.1998 tarihinde yürürlüğe giren "Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği"de hasta haklarında uygulanacak ilkeleri belirlemiştir.

Ancak hekim kusurunun belirlenmesinde yeterli olmayan bu yasalar dışında Medeni Kanun ve Türk Ceza Kanunundaki maddeler dikkate alınmaktadır.

Sorumluluk, uyulması gerekli davranış kurallarına aykırı düşmenin hesabını verme durumudur (4). Bu bağlamda hekimin sorumluluğu birkaç yönden irdelenmelidir.

1. Hastasına karşı yeterince etik kurallara bağlı olmadan (özen eksikliği içinde) davranışı karşısındaki sorumluluğu;

2. Ceza Hukuku yönünden sorumluluğu,

3. Medeni Hukuk (Tazminat Hukuku) yönünden sorumluluğu (Sözleşme taraflarından birinin aykırı davranması)

Özen eksikliğine bağlı sorumluluk 13.01.1960 tarihli "Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinde", belirtildiği şekilde irdelenmektedir. Bu yasanın 44. maddesinde; yasaya aykırı hareket eden hekimlerin, 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanununun 30. maddesi kapsamında bağlı oldukları Tabip Odası yönetim kurulu tarafından Onur Kuruluna sevk edileceği bildirilmiştir. Kısaca bu şu anlama gelmektedir ki özen eksikliğine bağlı sorumluluğun tespiti ve değerlendirilmesi Tabip Odaları Onur Kurullarına bırakılmıştır.

Ceza Hukuku açısından sorumluluktan söz edebilmek için; somut olay içindeki davranışın yasada açık olarak suç sayılmasına bağlıdır. Haksız eylem olarak da adlandırılan olaydaki davranışın yasada suç olarak tarif edilmesi gerekmektedir. Türk Ceza Kanununda hekimin sorumluluğunu belirleyen özel bir madde yoktur. Mesleki davranışlar nedeniyle suç sayılan eylemler (irtikap-gereksiz ilaç yazılması-, çocuk düşürtmek, meslekte sanatta acemilik gibi) sınırlıdır.

Sözleşmeden doğan sorumluluğun gerçekleşebilmesi için; varolan sözleşmeye bağlı bulunan şahıslardan birinin buna uymaması, aykırı hareket etmesi gerekmektedir.

Hukuk bilimi özellikle sorumluluk hukukunda dört kuralın aranmasını emreder

Bunlardan birincisi ZARAR'dır.

İkinci kural HAKSIZ EYLEM veya KUSUR aranmasıdır.

Üçüncü kural İLLİYET araştırılmalıdır. Eylem ile ortaya çıkan zarar arasında tıbbi bir bağ var mıdır.?

Dördüncü kural da HUKUKA UYGUNLUK ilkesinin araştırılmasıdır. İmzalı Rıza Sözleşmesi olması.

Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği ve Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 24-30. maddeleri kapsamında radyolog hekim Dr. A.K aynı zamanda konsültan

hekimdir. Hastada saptadığı ve raporda önerdiği , *sol lateral grafi, gerekirse BT incelemesini*" aynı gün kendisi yapmalı ve bu tetkikleri yapabilecek olanaklara sahip bir hastanede radyolojik tetkik bir konsültasyon işlemi olup yine aynı tüzüğün (Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün) 26. maddesine göre bu konsültasyonda netice, hastayı ve yakınlarını tereddüte ve şüpheye düşürecek bir şekilde olmamalı idi.

Tabip Odaları Onur Kurulları hekimleri sadece hastalarına karşı gösterecekleri özenin varlığını soruşturmakla yükümlüdürler.

Bu olguda görüldüğü gibi özen eksikliğinin tespiti yerine ameliyatı yapan hekimin ölümden sorumlu olup olmadığı araştırılmış, tedavi sırasında hastanın iyi bir sağlık hizmeti alıp alamadığı, hizmet sunanların gereken özeni gösterip göstermedikleri araştırılmamıştır.

Bu sonuç sağlık hizmetlerinin sunumunda yasaların yeniden gözden geçirilmesi, yargılama biçimlerinin yeniden ele alınması, özellikle sağlık mevzuatından farklı olan sağlık hukukunun gerek hukuk fakültelerinde gerekse tıp fakültelerinde ders olarak mutlaka okutulması gerektiğini göstermiştir

HEKİMİN HAKSIZ FİİL SORUMLULUĞUNDA HASTANIN BİRLİKTE KUSURUNUN BULUNMASININ TAZMİNATA ETKİSİ

Dr. Erkin GÖÇMEN

Borçlar Kanunumuzun 41. maddesinde; "Gerek kasden gerek ihmal veya tesseyyüp yahut tedbirsizlik ile haksız bir surette diğer kimseye zarar veren şahıs bu zararın tazminine mecburdur."; denilmektedir. Haksız fiilden sorumlu tutulmak için şu şartların oluşması gerekir:

· Hukuka aykırı fiil, Zarar, Nedensellik bağı ve Kusur

- Acil veya toplumsal durumlar dışında her ne sebeple olursa olsun bir kimsenin rızası dışında beden tümlüğüne ve sağlığına karşı yapılan müdahale haksız fiil sayılır.
- Haksız fiil sorumluluğunun doğması için zarar şarttır. Zarar yoksa sorumluluk da yoktur. Tek başına tehlikeli girişim sonunda zarar oluşmamışsa sorumluluğa yol açmaz. Zarar maddi bir zarar olabileceği gibi manevi bir zarar. Manevi zarar ise kişinin haksız fiil sonucunda duyduğu elem ve sıkıntıdır. Bu zararın da tazmin ettirilmesi hukukumuzda mümkündür. Örneğin tomografi filmlerinin karışması nedeniyle hastaya kanser tanısı konmuş ve bundan hasta üzüntüye kapılmışsa, uğranılan manevi zararın tazmini istenebilir.
- Verilen zarar ile haksız fiil arasında nedensellik ilişkisi bulunmalıdır. Hipoglisemisi olan hastaya bilgisizlik nedeniyle şekerli değil fakat tuzlu solüsyon verilmişse ve sonuçta hasta ölmüşse uğranılan zarar ile fiil arasında nedensel ilişki vardır diyebiliriz.
- Sorumluluk hukukunda kusur kast ve ihmal olarak ikiye ayrılmaktadır. Kasıttaki fiili işleyen kimse gerçekleşecek hukuka aykırı sonucu hem bilmekte hem de istemektedir. Hastanın öleceğini bilerek tedavi vermemek durumunda böyledir. İhmalde ise hukuka aykırı sonuç istenmemekte ama böyle bir sonucun meydana gelmemesi için gerekli özen gösterilmemektedir.
- **Hastanın Birlikte Kusuru**
Tazminatın kapsamı belirlenirken zarar görenin yani konumuz bağlamında hastanın da kusurlu fiilinin bulunması tazminat miktarının indirilmesine ya da

tazminatın hiç olmamasına neden olabilir. Bu durumda hastanın zarara kendi kusuruyla etkide bulunmuş olması önem kazanmaktadır.

HEKİM SORUMLULUĞUNUN BOYUTLARI

Prof. Dr. Kemal Önen

Müdavi hekim tanı ve tedavisinin en tatminkar düzeyde olabilmesi için bilgi ve deneyimine güvenilir meslektaşları ile istişarelerde bulunmak (konsültasyon) gereğini duyabilir.

KAÇINILMASI GEREKEN DURUMLAR

Dr. Erkin GÖÇMEN

Uzmanlık Dışı Alanlarda Müdahale

Hekimler arasında hatır amaçlı, yetenekleri konusunda kendine aşırı güven, açgözlülük ve hırs, hastayı kaybetmeme isteği gibi nedenlerle, uzmanlık dışı alanlarda müdahale eğilimleri gözlenmektedir.

Kendi uzmanlık alanında müdahalede bulunan hekim, komplikasyon oluşması durumunda, hastası tarafından meslekte acemilik ve bilgisizlik nedeniyle suçlanamayacaktır.

Uzmanlık dışı alanda müdahalede bulunan hekim mahkeme karşısına çıktığında kendisinden müdahalede bulunduğu alanda olması gereken bilgi ve deneyim standardı aranacaktır.

Sorumluluk şahsidir. Herkes kendi yaptığı eylemden sorumludur. Bu kural hekimler için de geçerlidir. Tek başına hasta bakabilme ehliyeti olan hekim kimi konularda daha bilgili ve deneyimli meslektaşlarına danışabilir ve onların önerileriyle hareket ederek hastasının tedavisini sürdürebilir. Bu durumda bir zarar meydana gelirse sorumlu olacak kişi hastanın asıl hekimidir. Başka bir hekimin yanlış bilgilendirmesiyle veya yönlendirmesiyle oluşan zarar durumunda zarar gören kişi kendi hekimini dava edecektir.

Bu tür durumlarda hekimler hastaya zarar vereceğinden emin oldukları tavsiyeleri; tavsiyede bulunan hekim ne kadar bilgili olursa olsun; uygularken bir kez daha düşünmelidir. Sonuçta uygulamanın sorumlusu kendisidir.

Burada eğitim hastanelerinde eğitimci durumunda bulunan hekimlerin sorumlulukları bulunduğundan onların talimatıyla müdahalelerde bulunan hekim, zarar meydana geldiğinde sorumlu tutulmayacaktır.

MALPRAKTİS YASASI

Dr. Güray KILIÇ

Tıbbi bilginin artması ve tıbbi teknolojinin gelişmesi hekimleri geçmişte yapamadıkları bazı uygulamaları yapmaya itmekte ve çoğunlukla ağır riskler içeren bu uygulamalar sonucunda da tıbbi kötü uygulama şikayetleri ve davaları artmaktadır.

Hekimler neden tıbbi hata yaparlar?

*Mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimin yetersizliğine bağlı bilgi ve beceri eksikliği,

B) Zorunlu sürekli mesleki eğitim:

Sağlık personelinin tıbbi kötü uygulama yapmasını engellemek (en aza indirmek) ve tıbbi hizmetin kalitesini yükseltmek için alınacak önlemleri tanımlamayı içermektedir. Bunun için önerilen yöntemler kredilendirme ve akreditasyon (belgelendirme)dur.

SAĞLIK HUKUKU MU? TIP HUKUKU MU?

Nezih VAROL (Yrd.Doç. Dr.) **Yıldırım GÜLHAN** (Op. Dr.) **Fatma ARSLANERER**
Hizmetin dayandığı esaslar; yasalara uygun ve yönetmeliklerde belirtilmiş biçimde olmasına, çalışanın meslek anlayışının getirdiği inisiyatifi kullanabilmesine ve diğer hizmet birimlerinde de aynı davranışı bekleyen bir ekip çalışması halinde yapılabilmesine dayanır.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda özellikle meslek sahibi kişiler, mesleğinin zorunlu olan bilgilerine sahip olmak durumundadır. Bunları da somut olay ve durumlarda uygulamak zorundadır.

Sağlık alanında hastanın rızasının alınması, hekimin memur olması hukuka uygunluk açısından yeterli sayılmaktadır.

. İlliyet : Hareketle sonuç arasındaki uygun neden sonuç bağının olmasıdır. Yani sonucun niteliği gereği, eylem ve olaya uygun olması, onun uygun bir sonucu olarak değerlendirilmesidir.

. Kusur : Genel olarak kusur, hukuk düzeni tarafından bir davranış tarzının kınanmasını içeren nitelendirilmedir. Eylemi işleyen hakkında yürütülen bir değer yargısıdır. Eylemi işleyen bir irade eksikliğidir. Kusur, kasti ve taksirli olarak iki şekilde açıklanmaktadır. Hekimin özen eksikliğine dayanan kusuru tam kusur olup derecesi önemli sayılmamaktadır.

İDARENİN TIBBİ HİZMETLERDEN DOĞAN SORUMLULUĞU

Aziz KÜÇÜK (*)

Tıbbi hizmetlerde "hizmet kusuru", tıbbi hizmetlerin ya kuruluşunda, tanzim ve tertibinde veya teşkilatında, bünyesindeki personeline yahut işleyişinde - gereken emir, direktif ve talimatın verilmemesi, sağlık personeli üzerinde gerekli teftişin icra olunmaması; hizmete tahsis edilen araç-gereçlerin kifayetsiz, elverişsiz, kötü olması; sağlık personelinin icap eden tedbirlerin alınmaması, geç, vakitsiz hareket edilmesi vb.- bir takım aksaklık, aykırılık, bozukluk, eksiklik, sakatlık arz etmesi şeklinde tanımlanabilir.

Zarara uğrayan kimse doğrudan doğruya idare aleyhine dava açabilir. Dolayısıyla tek sorumlu vardır, o da idaredir.

• İdare, hizmetin kötü işlemesi veya geç işlemesi yahut hiç işlememesi hallerinde idari kusur işlemiş sayılır.

Tıbbi fiillerden, hekimlerin operasyon, tedavi gibi fonksiyonlarından doğan zararlarda idarenin sorumluluğu için ağır kusur aranmaktadır. Personelin görev kusuru, geniş anlamda "kişisel kusur" sayılabilirse de; aslında idarenin hizmet kusuru niteliği taşıyan mesleki ve ödevsel bir kusurdur.

TIBBİ MÜDAHALELERDEN DOĞAN HUKUKİ SORUMLULUK

Doç. Dr. Murat B. Alkanat

Ege Üniv. Tıp Fak. Patoloji A.D -İzmir Tabip Odası Hukuk Komisyonu Üyesi
Hekim ile hasta arasındaki ilişkiyi hukuk diliyle tanımlamak gerekirse bu bir vekalet ilişkisidir (akdidir).

Hekim ile hasta arasında kurulan sözleşmede hekimin asıl borcu hastalığa tanı koymak ve tedavi etmektir

Bir tanıya varmadan önce gerekli çalışmaları özenle gerçekleştirmiş ve araştırma sonucunda elde edilen bulguları özenle takdir etmiş olan hekim için sırf konulan tanının yanlışlığı yüzünden sorumluluk ortaya çıkmaz. Çünkü

hekimin yetenekleri sınırsız olmadığı gibi, özenli bir araştırmaya karşın gerekli belirtiler hiç elde edilemeyebilir de.

Ancak gerekli araştırmaları yapmaksızın tanı koyma yoluna giden veya elde edilen sonuçları mesleki eksikliği nedeniyle doğru yorumlayamayan hekimin sorumluluğu vardır.

Gerek tanı, gerekse tedavi aşamasında hekimin hastayı yararlanabileceği imkanlara sahip diğer tanı araçları ve uzman görüşlerinden de kasten mahrum bırakmaması gerekir. Hekimin kendi mesleki yetki ve yeteneklerini doğru bir şekilde tartıp, hastayı buna göre yönlendirmesi gerekir. Hekimin kendine aşırı güven duyması sonucu gösterdiği cüret ve bunun sonucu olarak tıp bilimi ve uygulamasında genel olarak tanınıp kabul edilmiş esasların zorunlu kıldığı özeni göstermemesi “mesleki acemilik” olarak değerlendirilmelidir. Kuşkusuz bu durumda ortaya çıkacak zarardan hekim sorumlu olacaktır. Buna karşın tedavinin her zaman başarı ile sonuçlanması şart değildir. Çünkü hekimden beklenen hastayı kesin olarak iyileştirmesi değil, özenle tedavi etmesidir.

Hekim tanı ve tedavi aşamalarında başka kişilerin yardımından yararlanır. Bu yardımdan yararlanma şeklinde olabileceği gibi hekim kendi yerine bir başka hekimi de koyabilir.

Laborant, teknisyen, asistan hemşire gibi personelden yardım alınmasında hekim bu kişilerin verdikleri zarardan da hastaya karşı sorumludur.

Hekimin kendisi yerine bir başka hekimi koyması ise ancak bazı hallerde kabul görür. Bunlar hastanın rızası, örfün hekime tanıdığı yetki (örneğin dahiliye hekiminin gerekli bir ameliyat için hastayı cerraha göndermesi gibi) ve zorunluluk (ıztırrar) hali olarak sayılabilir. Örneğin hastalanan hekimin hastayı tedavi etmesi için başka bir doktoru görevlendirmesi gibi. Burada bile hekim “yerine geçecek kişiyi seçme ve ona talimat vermede özen gösterme” bakımından sorumludur.

Hekim tanı ve tedaviye yönelik tıbbi müdahalelerinde kendinden beklenen özeni gösterme borcu altındadır. Bu nedenle eğitim sürecini tamamladıktan sonra ortaya çıkmış tıbbi gelişmelere ayak uyduramamış, kendini geliştirememiş olması ya da bilmesi gereken mesleki kuralları bilmemesi nedeniyle sorumluluktan kurtulamaz.

İhmalde ise hekim hukuka aykırı sonucu istememekle birlikte böyle bir sonucun meydana gelmemesi için gerekli özeni göstermez. Ya yapılması hatalı olan bir işlemi yapar, ya da yapılması gereken bir işlemi yapmaz.

bir akde dayanmayan tıbbi müdahalede hekimin özen borcunun akdi ilişkiden daha az olmadığı

HEKİM VE HASTA HAKLARI AÇISINDAN TIBBİ MÜDAHALELER

Av. Ş. Ali GÖÇMEN (*)

Hekimin ve öteki sağlık çalışanlarının hukuki sorumluluklarını, üç ana başlık altında incelenmektedir.

1. Hekimin **idare hukuku** yönünden sorumluluğu,
2. Hekimin **medeni hukuk** yönünden sorumluluğu,
3. Hekimin **ceza hukuku** yönünden sorumluluğu,

Hekimin tıbbi müdahalelerden kaynaklanan cezai sorumluluğu daha çok, taksirli suçlar kapsamında değerlendirilmekte ve bu konuyla ilgili

düzenlemeler TCK madde 455. 456. 459. ve 460. da ayrıntılı olarak yer almaktadır.

İNSAN SAĞLIĞINA VE VÜCUT BÜTÜNLÜĞÜNE YÖNELİK TIBBİ MÜDAHALELERDE HASTANIN RIZASI

Yrd. Doç. Dr. Yahya DERYAL

- Kişinin hayatı, vücut bütünlüğü ve sağlığını korumak amacıyla doktorlar tarafından yapılan tıbbi müdahaleler de, ancak şu iki şartın varlığı halinde hukuka uygun sayılabilirler. Bunlar;
 - a. Müdahalenin tedavi amacıyla ve tıp biliminin kurallarına uygun olması,
 - b. Hastanın müdahaleye rıza göstermesi.Müdahaleye hukuka uygunluk niteliği kazandıran diğer unsurlar:
- müdahalenin;
 - uzman bir doktor tarafından
- -- tedavi amacıyla ve
- -- tıp biliminin gereklerine uygun olarak yapılmasıdır.

Tıbbî Müdahalelerde Hukuka Uygunluk Sorunu

Mustafa Çeker*

Hekim, hastalığı teşhis ettikten sonra, gerçekleştirilmesi gereken tedavi yöntemini belirleyerek, hastaya tıbbî müdahalede bulunur. ilaçla tedavi yöntemlerinden en ağır ameliyatlara kadar uzanan çeşitli müdahaleler ağır yaralı ya da kamu sağlığını tehlikeye düşüren hastalık taşıyan bir kişinin karantinaya alınması hallerinde, tıbbî müdahale, hastanın muvafakati olmaksızın tıbbî zorunluluk ya da kamu yararı gerekçesiyle yapılır.

II.KİŞİLİK HAKKI VE TIBBİ MÜDAHALE KAVRAMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ
A.Kişilik Hakkı: "fiziksel (maddi) kişilik değerleri", "duygusal kişilik değerleri" ve "sosyal kişilik değerleri" Fiziksel kişilik değerleri, yaşama, vücut bütünlüğü, sağlık Duygusal kişilik değerleri; aile bütünlüğü Sosyal kişilik değerleri; şeref ve haysiyet, isim ve resim üzerindeki hak ile bir kişinin özel hayatına saygı duyulması hakkı, fikir ürünleri üzerindeki hak ile ekonomik hürriyet haklarını içeren kişinin toplum karşısında sahip olduğu değerler bütünüdür.

Kişinin kendisi de yaşamından vazgeçemez ve öldürülmesine rıza gösteremez (MK.m.23, 24). Bu hususta, Medeni Kanun'un 24.maddesi, kişinin yaşam hakkına tecavüz eden müdahalelere karşı korunması yollarını, BK.45 ve 47. maddeleri ise yasağın ihlali halinde maddi ve manevi tazminat ödenmesine olanak sağlamak suretiyle zararların telafisine yönelik düzenlemeler içermektedir. Vücut bütünlüğü değeri, kişinin beden bütünlüğünün yanı sıra, ruh bütünlüğünü de kapsar.

Tıbbî müdahale, tıp mesleğini icraya yetkili kişi (hekim) tarafından, hastalıkların teşhisi, tedavisi veya önlenmesi amaçlarına yönelik olarak gerçekleştirilen faaliyetlerdir.

. Tıbbî müdahalelerin ihlal ettiği kişilik değerleri, özellikle yaşama hakkı, beden bütünlüğü ve sağlık değerleri olarak ortaya çıkar .

tıbbî müdahaleler de, kişilik değerlerine bir saldırı niteliği taşıdıklarından kişilik hakkının ihlali sonucunu doğururlar. Bu yüzden, tıbbî müdahaleler, - hukuka uygunluk nedenlerinden biri olmadığı sürece- hukuka aykırı fiil olmaları nedeniyle zararın tazminini gerektirirler (BK.m.41).

Hukuka uygunluk nedenleri şu şekilde sıralanabilir:

- Kamu yetkisinin kullanılması (üstün kamu yararı) (MK.m.24/II)
- Özel hukuktan doğan bir hakkın kullanılması (MK.m.24/II)
- Mağdurun rızası (MK.m.24/II)**
- Vekaletsiz iş görme (BK.m.411)
- Meşru savunma(BK.m.52/I)
- Zaruret hali(BK.m.52/II)
- Kendi hakkını korumak için kuvvet kullanma (BK.m.52/III).

A.Hastanın Rızası:

Bir tıbbî müdahalenin hukuka uygun sayılmasını sağlayan nedenlerden en önemlisi, hastanın bu müdahaleye ilişkin olarak önceden rızasını açıklamış olmasıdır. Bunun yanında, tıp bilimi ve uygulamasının öngördüğü esaslara riayet edilmiş olması da gerekir. hastanın rızaya ehil olması veya tam ehliyetsiz ise rızanın bunlar adına kanuni temsilciden alınmış olması gerekir. Hastanın rızası yanında "aydınlatılmış" olması da şarttır.

C.Tıbbî Zorunluluklar (Zaruret hali)

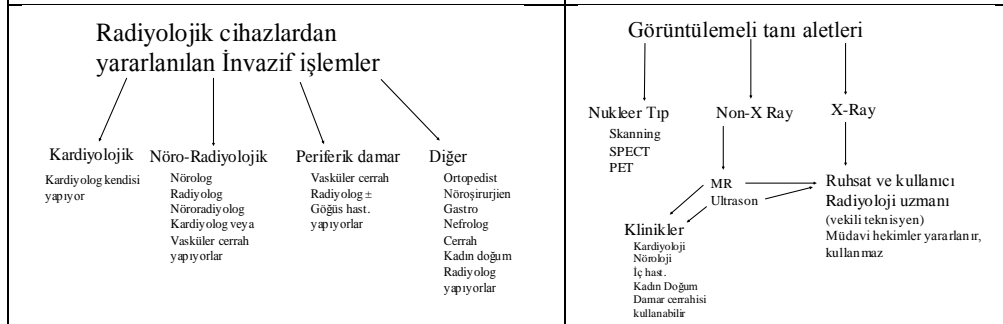
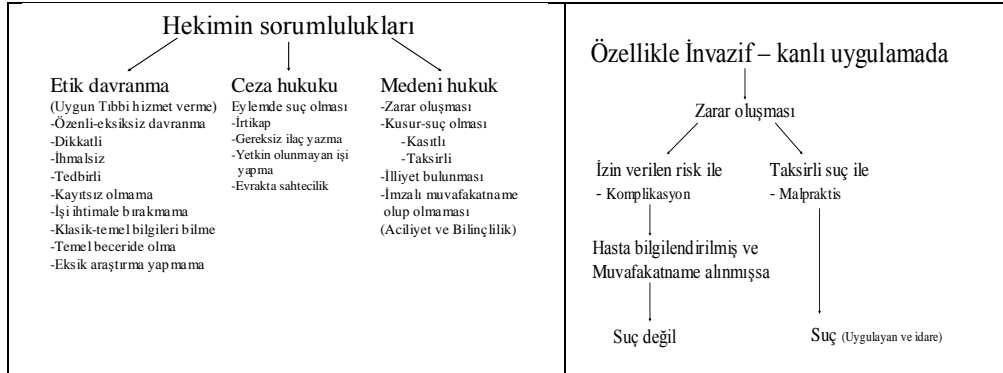
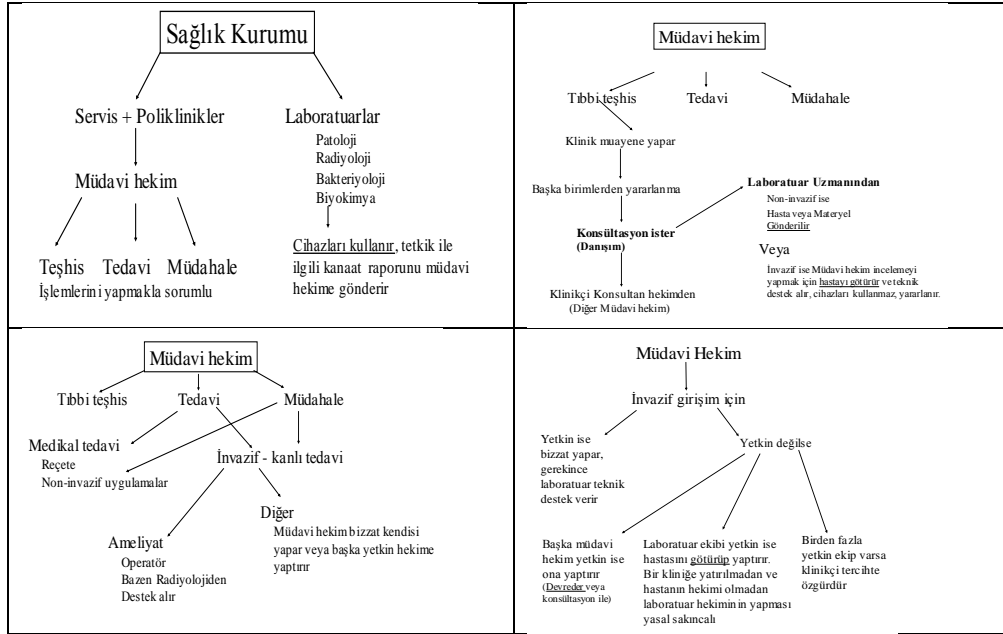
Sağlığına kavuşturulması hedeflenerek yapılan acil müdahaleler. Vekaletsiz iş gören, her türlü ihmal ve ihtiyatsızlığından dolayı sorumludur (BK. m.411/I). Tıbbî zorunluluk durumlarında da hekim, vekaletsiz iş gören sıfatına sahip olduğundan, müdahale esnasındaki her türlü ihmalden BK. m.411/I gereğince sorumlu olacaktır. hekim, hasta ile arasında geçerli bir tedavi sözleşmesine uygun olarak yaptığı tıbbî müdahalelerde olduğu gibi, tıbbî zorunluluk durumlarında da gerekli özeni göstermekle yükümlüdür.

İnvazif – kanlı işlem sırasında oluşabilecek:

komplikasyon veya taksirli suç zararının tedavisini kim yapacak, Radyoloji Uzmanı mı, yoksa hasta bir müdavi hekime devredilip, hiç sorumluluğu olmadığı halde onun tedavisi mi istenecek ?

Son 2 yılda Nöroloji’de İskemik Strok’ta ilk 6-8 ve 12 nci saatlerde ACİL kateterli invazif tedavi yöntemleri başladı. Bunlardan **t-PA** isimli pıhtı eritici ilacın kateter yoluyla doğrudan serebral tıkalı damara verilmesi, çift balonlu kateter veya burgulu kateter yöntemleri acil saatlerde uygulanınca hayat kurtarıcı etkili tedavilerdir. Bu durumlarda acil ve kısa zamanda kateter ekibinin toplanması Kardiyoloji’de olduğu gibi Nöroloji ekibi tarafından mı, yoksa başka bir birim olan Radyoloji ekibi tarafından mı gerçekleştirilmesi mümkün olabilecektir? Pratik yönden uygulanabilirlikte kim daha uygun olur?

ALGORİTMA



Prof. Dr. T. K. : Bu

Doç. Dr. S. D.: Bu

Doç. Dr. T. E. C.: Bu

HUKUKSAL DEĞERLENDİRMELER

Gelen hukuksal görüşler aşağıda sunulmaktadır.

Prof. Dr. M. A. A.: Burada yukarıda sunulan verilerin irdelenmesi gerekmektedir.

GİRİŞ: Bir toplumda bire bir sözleşme yapılması durumunda iki taraf vardır. Bu iki taraftaki anlaşmanın hukuksal boyuta çekilmesi, sözleşme ile olmaktadır. Kabaca sözleşme, anlaşmaları hukuksal koruma altına almaktır. Bu açıdan hasta ve hekim arasındaki başvurma, muayeneyi kabul etme, reçete alma veya randevu alma, birer yazılı olmasa da bir sözleşme türüdür. Hastanın onayı yapılan işlemlerde zimnen alınması yanında bilgilendirmeden sonra onam alınması mutlak zorunluluk boyutuna taşınmaktadır. Birey sözleşmede onayladığını net ve açık olarak bilmesi gerekir. Aldatma gibi faktörlerin ortadan kaldırılması açısından gereklidir.

Yine sözleşmelerde hizmeti sunan veya malı bulunduranın bunu belirli bir yasal olarak bulundurması, kaçak veya beyansız olmaması gerekir. Bu açıdan mal ve/veya hizmet sunanların da mutlaka bir belgelenmesinin gerekliliği ortadadır.

Sağlık hizmetlerinde bu olay çoğu kez zimnen olduğundan sorun yaşanmadığı veya yaşansa bile çözüme kavuşturulduğu sıklıkla gözlenmektedir. Ancak, gelişen toplumlarda ve hukuksal olarak hukukun üstünlüğü (bireyin haklarının öncelik alınması) durumlarında hukuk sistematiği, kısaca usulün denetlenmesini ortaya koymaktadır.

Ayrıca eğitim sistematiğinde işlevi yapan doğrudan sorumlu olamaz ise, sorumluluğu kim üstüne alacaktır? Bu tüm kurumlarda, toplumun gelişme durumu önemsizmeden bir sorun olarak ortadadır.

Üniversiteler veya üçüncü düzey bakım yapanlarda karşılıklı etkileşimler iç içe olduğundan dolayı, bu gibi kurum veya kuruluşlarda sorunlardaki karmaşa daha belirgin ve sık gözlenmektedir. Birçok durumda amir ve/veya yetkinlik hiyerarşisi sorunu çöme yerine örtmekte veya bastırmaktadır. Birinci düzeyde, hasta ve doktor bire bir arz ve talep dengesindedir. laboratuvarlarda bile her bir işlemin ücreti içinde, laboratuvar hekimin ücreti de işlevin içindedir. Maliyet sadece malzemeye göre değil, işlevin boyutuna göredir. İkinci düzeyde yine hasta doktor iletişimi yanında servis parasını da ayrıca hasta tarafından karşılanması ile anlaşmalarda sorun oluşmamakta veya çözümlenmesi kolay olmaktadır.

Üçüncü veya dördüncü düzey bakımlara ise, etkileşimleri derecelendirmek, ayırtmak, ayıklamak veya çözümlenmek mümkün değildir. Su ve şekeri karıştırdıktan sonra şekeri ortaya çıkarmak için suyu buharlaştırmanız gerekir. Ancak tuz ve şekeri bardağın içine koyup karıştırdıktan sonra ayırtırmak çok zor, hata imkansızdır. Zamanımızda bunun çözümü; ayırtırmamanın gereksizliği ile konulmuştur. Birlikte değerlendirilmektedir.

Serviste yatan hastanın sorumluluğu konusunda asistanın görünürde sorumluluğu yoktur. Bir uzmanın denetiminde öğrenmek amacıyla, hekim olması nedeniyle primer sorumluluk taşıdığından, işlevi yapmaktadır. Ancak iki uzman bir hastaya bakması durumunda sorumluluk kimin olacaktır? Bu konuda da müteselsil olarak çözüme ulaştırılmaktadır.

Bir yasa veya yönetmeliği birçok kimse farklı yorumlayabiliyorsa, her yorum kendi bakış açısından doğru olmasının oranı yüksektir. Toplumda temel alınan hatların, kısaca suçların tanımlanmasıdır. Anlaşma hürriyeti vardır. Bireyler istedikleri şekilde sözleşme yapabilirler. Buradaki engel, birinin belirgin zararı ve battal (geçersiz sayılabilecek) kabul edilen, hakaret veya buna benzer bir durumun olmasıdır. Her şartta temel unsurların olması değil, olmaması tanımlanır.

Bu hukuksal yaklaşım altında yukarıdaki veriler irdeleyecek olursam;

ALGORİTMA:

Laboratuvar işlevlerini meslek edinmiş hekimler, cihazı kullanan değil, cihazın sorumluluğunu alan kişidir. Cihazı temelde teknisyenler kullanır. Cerrah gibi, şoför gibi kullanma ile işlevin ayrışmadığı durumlarda sorumlular tektir. Yetki, görev ve sorumluluk tanımlanması bazı açıdan farklı olarak bakılması gerekir.

Bir kişi bir işi kullanabilmesi için yetkilendirilir. Bu bir belge veya amir tarafından yapılır. Yetkinlik bir yazılı anlaşma, sözleşme veya belge ile ispatlanabilmelidir. Aynı zamanda yetkinlikte somut verilerle tanımlanmaktadır. Diploma, sertifika gibi belgeler bu yetkinliğin farklı boyutlarındaki hukuksal anlam taşıyan evraklardır. Araba kullanmak için olan ehliyet, ehil olduğunu belgeleyen kıymetli kağıt olması yanında bisiklet ile otobüs kullanmanın gereksinimleri farklıdır. Ayrıca ilköğretim diploması ile üniversite diploması farklı yetkinlikleri bünyesinde barındırır.

Tecrübe ise bu yetki belgesini almak için minimumu kapsayabilir. Birçok otobüs şirketi otobüslerinde en az 5 yıllık şoför ehliyetini gerekli görürler. Bu bir ehil olmayı gösterir. Her öğretim üyesinin Curriculum Vitae (CV) yazısı bir bakıma tecrübesinin bir evrakıdır. Bu tecrübe durumu ehliyeti aldıktan sonraki durumlar için geçerlidir. Tecrübeli şoför ama ehliyeti yok, yaklaşımı geçerli kabul edilemez. Bu açıdan yetkinlik belgesinden sonraki süreçte tecrübe unsuru oluşur.

Görev ise bir kişinin yapması gerekenleri tanımlar. Ödev ise verilen görevleri tanımlamaktadır. Görev unsuru da yine yetki kapsamında olmalıdır. Bir ressamın resim yapması görevi ve/veya ödevi olabilir ama, bir doktor için sadece boş zaman veya hobi şeklindedir. Görevi veya ödevi olamaz. Bir yerde çalışmayan hekim için o yerdeki hastaya bakması ödevi ve/veya görevi olamaz.

Sorumlu ise en az iki farklı anlamda alınabilir. Afrika'da açlıktan ölenlerde insanlık açısından sorumluluk duyabiliriz. Yapması gerekenler ile yaptıklarının değerlendirmesi açısından sorumluluk kapsamında da alınabiliriz. Öğrencinin ödevini yapmaması bir sorumsuzluk örneğidir. Derse girmemesi de sorumsuzluktur. Dolayısıyla sorumluluk kavramı kişiden kişiye farklı yorumlanabilmektedir.

Bir hekimin istek belgesi doldurması laboratuvar işlevleri için bir bakıma konsültasyon istemesidir. laboratuardan aldığı sonuç ise, bir hekimin reçete yazması gibi bir işlemdir. O malzemeyi kullanması değil, o işlevi yapmasından öte, o işlevden sorumluluk aldığından dolayı ücreti hak eder. Teknisyen ise, o doktor tarafından görev verilen, çalıştırılan bir elemandır. O cihazı kullanabilmesi için onunda belirli bir yetki, belge alması, tıbbi laboratuvar teknisyenlik yüksekokulu diploması tercih nedenidir. Bu diploma medikal yetkinlik vermez. Sadece cihazı kullanabilmesi yetkisini alır. Bir otobüs şirketi için şoför belgesi ile işletme belgesi farklıdır. Kısaca otobüsün de şoförsüz çalışmayacağı da belirgindir. Birbirlerine mutlak gereksinim duyan birer örgütsel yapı oluşmaktadır.

Hekim tanısal sorumluluk alan kişidir. Teknisyen işlevi yapmada sorumluluk alır. Bu açıdan hekimin teknisyen olarak görülmesi imkansızdır. Hekimin teknisyenin görevini yapması ile temel sorumluluğu yok sayılamaz. Bir doktor arabayı kullanması durumunda şoförlük yapmaktadır ama şoför değildir.

Hekim işlevi yapma veya yapmama konusunda özgürdür. Bağırsakları boşalmamış kişinin İVP'sini çekmeyebilir veya çekmemelidir. Aç olmayan kişiden açlık kan şekeri alınmaz. Teknisyenin ise ret etme durumu bu kadar açık değildir. Teknisyenlik ise o medikal tekniği veya işlevi yapmasını bilen kişidir. Bir otobüs şirketinde çalışmayı kabul eden şoförün çalışması konusunda tercihinin olması kısıtlıdır. Kabul etmez ise görevden ayrılması gerekebilir.

Medikal hizmetlerde birlikte yapmak evet iken, tek başına yapmak hayır anlamındadır.

İnvazif işlemler için temelde yetki alan veya eğitilen hekimler cerrah olarak tanımlanırlar. Bu açıdan işlevler temelde bunlara görev/iş olarak verilmektedir. Ancak kullandıkları yaklaşımda radyasyon olması durumunda Radyodiagnostik ve izotop kullanmalarında nükleer tip dalları yetkiyi almakta veya daha doğru tanımlama ile paylaşmaktadırlar. Tanısal yaklaşım da yine bu uzmanlık alanındaki hekimlere verilmiştir. Bir östrojen konusunda araştırma

yapan kişi reçete yazamaz, hekim formatındakiler yazabilir. Çünkü gelecekte sorunlarda profesör olan değil, hekim olma şartı gerekir. Hem hekim, hem uzman, hem de profesör (Fransızca öğretmen demektir) olması hekimlikte almış olduğu gücü arttırmış olur. Cerrah işlemleri yapma üzerine yetkilendirilmiştir. Tanısal yetkilendirme ise diğer hekimin sorumluluğundadır. Bu açıdan her ikisi de olmaz ise olmaz koşulundadırlar. Bir cismi tutmak için en az iki parmak gerekir.

Bir cihazın kullanılmasını bilme ile şoför olma farklıdır. Bir hekim eğer ehliyeti uygun ise, otobüs bile kullanabilir ama şoför olamaz. Bunun gibi bir hekimin cihazı kullanması ile işlevi kendisinin yapması ancak bazı özel durumlar için geçerlidir. Ekokardiyografi gibi cihazları Kardiyologlar kullanabilir ama radyasyon neşretmesi durumunda da teknisyeni radyolog kontrolü veya denetimindedir. Damar yolunu açmak için cut-down yapılması zamanımızda cerrahi değil, hekimlik temel yaklaşımı olarak görülse bile, radyasyon veya izotop verilmesi gibi durumlar söz konusu ise, uzmanlık kapsamındadır. İşlevi yapması yetkinlik sınırında yeterli değildir. Bu durumda sorumluluk paylaşılmakta, veya paylaşılmak zorundadır.

Hekimin desteği medikal tanısal anlamındadır. Uzmanlık desteğidir. Teknisyenlik desteği anlamında alınmaz, velev ki o işi yapsa bile sorumluluk anlamında ele alınmaz.

Uzmanlık alanına girse bile, hekim o konuda yetkin değilse, başkası değil, o uzmanlık alanındaki eğitime gönderilir. Bir açık kalp ameliyatı konusunda yetkin olmayan anestezi uzmanı, o işlevi yapamıyorsa, anestezi işlevi için başka uzmanlık alanındaki cerrah veya benzeri alınmaz. Anestezistlerden bir yetiştirilir veya yetiştirilmiş eleman alınarak yine o uzmanlık alanına yaptırılır. Başka uzmanlık alanındaki kişinin sunacağı belge veya tecrübe gibi belgelerin uzmanlık belgesi yerine geçemeyeceği net belgindir. Olayda tıbbi hata olup olmaması önemli değildir. İstenmeyen etki tıbbi hata (malpraktis) değildir. Ancak tıbbi yaklaşım yapabilmek yine belirli öğretimden sonra alınacak belge ile kesinlik kazanılır.

Etik doğru ve ne yapmalıyım konusunda ilgilenmektedir. Yanlış veya kusurlar etik sisteminin ana ve temel konusu değildir. Buna karşın, acil yaklaşımda prima fascia durumu geçerli iken, deontoloji yanında birçok etiksel felsefenin uygulanabilir ve geçerli olduğu unutulmamalıdır. Deontoloji belirli kalıpsal veriler ile sınırlanmış iken, Kantien tipte yaptırımlar yaklaşımı temel, sonuçlarda da sonuca göre doğruların planlandığı görülmektedir. Burada vurgulanmak istenilen, doğrusal boyutun her olgu ve işlevde farklı olabileceğidir.

Zamanımızda temel yapılanmanın hukukun üstünlüğü üzerine gelişmektedir. Hukuk kelime olarak hakların çoğuludur. Toplumsal sisteminin hukuksal olarak oluşması, devlet veya sistem, amir ve/veya yasa veya kanunların temelinde değil, bireyin haklarının üzerinde değerlendirilmektedir. Mahkemeler artık temel anlamda bireyin güvenliği veya hakların güvencesini vermesi öncelikle gereklidir. Zamanımızda etkin yapının birliği, kısaca toplumda etkin olan kuvvetlerin birliği değil, ayrılığı temeldir. Bu sayede her birim özgür yapı ve neticesinde görüş ve eylem oluşturması gerekmektedir. Bu yapılar basit olarak genel anlamda kanun yapma, yürütme ve yasal yaklaşım olarak tanımlanmaktadır. Bu durum mikro düzeyde de geçerlidir. Bir hasta hakkında tanı, eylem veya işlem konusunda yetki laboratuvar veya tanısal işlem yapan (Radyodiagnostik gibi) bir kuvvet, eylemi yapan (yürütme) cerrah ayrı bir kuvvet ve hasta haklarına bakan (etik kurullar, hastane enfeksiyon kontrol komiteleri gibi) ayrı güçtür. Bu kuvvetlerin birleşmesi çok önemli sorunları, kısaca toplumda haklılığın aranması koşulunu, kısaca adaleti ortadan kaldıracaktır.

Bir yasa veya buna uygun yönetmelik, kurallar temelde yaptırım şeklinde değil, uygulamadaki etkin toplumsal kuvvetlere öneri (guide line) niteliğindedir. Bu yapıyı birimin elemanları irdeleyerek, hastanın haklarını dikkate alarak, onun bilgilendirerek görüşünü de alarak, her olguya özgü bir eylem planlarlar. Her hastanın ameliyatı birbirinden farklıdır. Apandisit ameliyatı olsa bile farklılıklar belirgindir. Sadece işlemin adı geneldir, ama eylemin işleyişi,

gelişimi farklıdır. Prima Fascia felsefesinin temeli de budur. Burada birim ile tanısai yapı olgu bazında GEREKÇELENĐİRME yaparak, hasta ve/veya diğer kurullardan da danışmanlık/bilgilendirme/onam olarak işleme başlamaları gerekir.

Yapılan her eylemde istenmeyen etkinin olması kaçınılmazdır. Bu açıdan yaptığınız işlemin gerekçesi önemli yer tutar. Gerekçelendiren uygulamalarda Amerika'da hiçbir olguda suçlu bulunmamıştır. Arzulanan durum, malpraktis değildir.

Acil kanaması olan bir kişiye yolda mendili ile kompresyon yapan ve kanamayı durdurmaya çalışan bir doktor alkışlanır, steril olmayan şeyi yaraya tutması nedeniyle soruşturma geçiremez.

Burada memur ile olayı irdelenenlerin farklı olacağı da unutulmamalıdır. Polis bir olayda müdahale eder. Ancak, zamanımızda bunun mutlaka savcı denetiminde olması koşul olarak istenmektedir. Savcı olayı inceleyip, ortada suç veya ceza olup olmadığını inceler ve sonra dava açar. Her bir olay irdelenmelidir, ancak ispat edilemediği sürece suç olarak tanımlanamaz. Bu açıdan temelde her yapılan işlemin bir usul yapısı olmalıdır. Medikal işlemlerde de yapılması planlanan eylem veya işlemin gerekçelendirilmesi önemlidir. Bu açıdan kuvvet ayrılığı oluşturularak, karada denge kurulmaya çalışılmaktadır.

Hakimlik, kısaca karar verme işlemi farklıdır. Önce iddia makamı ile savunma makamı irdelenmeli, burada bilimsel görüş alınmalıdır. Tüm bunlar bireyin hakları temelinde hukuksal karar verilmesi gerekir. Bir medikal işlemde de hasta ve karar arasında bilimsel veri dengesini tamamlamaktadır. Bu açıdan verinin irdelenmesi anahtar roldür. Bu verinin tanımlanması, yorumunda uzmanlık dalları geçerli olmaktadır.

Ancak karar merciinde veri temel alınmaz. Bir olayda profesöre göre uygun yapılması gerekenler ve ilaçlar farklı olabilir. Ancak, hekimin uygulamasında eldeki imkanlar ve temel düzeydeki kitapların öngördüğü yaklaşımlar dikkate alınır. Roma Hukukunda aile babasının yaklaşımı esastır. Batı ülkelerindeki jüri yaklaşımı toplumsal görüşü oluşturması ve normal bireyin görüşünün alınması açısından önemlidir. Bu nedenle hakim yaklaşımına yardımcı olması açısından kurulluların oluşması önemlidir.

Bu açıdan acil bazı özgün durumlarda, gerekçe sunularak, retrospektif olarak tanısai uzmanlığın sonradan görüş bildirmesi dışında, eylemlere başlamadan ve işlemlerde birlikte müteselsil sorumluluk alması olmaz ise olmaz koşulundadır. Burada eylemi yapan birinci isim, tanısai olan ikinci isim alabilir, ama sorumlulukta birinci veya ikinci değil, müteselsil olmalıdır. Bu yapının bozulması toplumsal dengenin bozulması veya eski basit toplumsal yapı sistematiğine dönülmesi demektir.

Doktor, hastanın doktoru olması koşulu ile temel eylemden sorumludur. Tanısai olanlarda bir bakıma konsültan rolündedir. Bir eyleme ortak girme dışındaki, verisel analizde, laboratuvar uzmanı eylemi yapacak olanı uyarmak zorundadır. Gerekirse muhalefet eder, karşı çıkar. Ancak buna uyup uymama kararı hastanın hekimine aittir. Bir hekim menenjit tanısını ispat etmeden, veya sepsis tanısı verisel ispat etmeden, acil olarak tedaviye başlayabilir. Ancak bu yaklaşımını 12-72 saat içinde netleştirmesi gerekir. Danıştay, 18.11.1968 tarih 1967/2727 e, 1968/2118 kararında hekim 5 saat içinde müdahale edemez ise hizmet kusurunda idari sorumluluğunda olduğunu vurgulamaktadır. Bunun acil durumlarda 5 saat bile olamayacağı unutulmamalıdır. Her bir uygulamada eczacı/farmakolog penisilin ile klora kombinasyonuna itiraz etmeli, fakat hekim menenjitte bunu bu görüşe karşın, klinik ve uygulamalı bilimsel verilere dayanarak uygulamalıdır. Bu durum diğer uzmanlık alanının şerhinin olmasını/konulmasını ortadan kaldırmaz, kaldırmamalıdır.

Bir hekim hastasının ameliyatına, cerrah olmasa bile girebilir. Hastanın her türlü işleminde etkin rol oynar. Ancak, her bir olgunun doktoru dışındaki hekim veya bireylerin olay hakkında bilgi alması bile yasaktır. Bir hemşire veya doktor hasta dosyasına, kendi hastası

olmadığı sürece bakamaz. Epikiniz yazımları da bir anlamda verilerin açıkça anlatılması olduğundan, bireysel gizlilik anlayışına terstir. Dosyalar ve veriler, röntgen grafileri de aynı koşuldadır. Hasta hekimi olmayan doktor tarafından görülemez, elden ele dolaşamaz. Bu açıdan sorumluluk hekimlikte genel değil, bireyseldir. Zaten hukukta genel müsadere cezası şeklinde ceza verilemez, bireysel anlamdadır. Her bir verinin altında en az bir hekim sorumluluğu olması şarttır. Bu imzanın da uzmanlık veya eylemi hukuksal yapabilecek kişinin olması gerekir. Bir röntgen grafisine tüm hekimler bakıp, kanaat sunabilirler, ama sadece radyodiagnostik uzmanı raporu imzalayabilir. Bir cildiye uzmanı sadece bir yaraya bakıp karar verebilmek için en az 10 yıl tıp eğitimi almaktadır.

Zarar oluşması ancak bir bakıma eylemin sonucu olan durumdur. Bu açıdan temelde birey Eskişehir'den, doğuya, harita ile Ankara'ya gitmek için yola çıkar, fakat belirli sorunlar nedeniyle Afyon'a ulaşmış olabilir. Suç kavramı olabilmesi için, bilerek kasten gitme ve/veya kasıt unsuru varsa, Türk Ceza Kanunu kapsamında ele alınır. Tedbirsiz olmuş ise, Asli Hukuk kapsamındadır. Hastanın bilgilendirilmesi ve/veya onam ise ancak belirli koşullarda (acil olmayan/alınması uygun olan) geçerlidir. Bu açıdan hakkında takipsizlik kararı verilen bir olaydır. Ortada bir olay var, fakat arada suç kapsamında illiyet bağı, sebep sonuç bağlantısı yoktur.

Amerika'da Florida eyaletinde, plasenta previa olgularında aile sezeryanı kabul etmediği durumda (panik atak geçirme gibi neden olsa bile) hekimler mahkemeye başvurarak karar çıkartıp ameliyatı yapmışlardır. Bu olaydan sonra, 8 olguda sezaryan yapmadan normal doğum gerçekleşmiş olsa bile, hakimler hekimleri haklı bulmuşlardır. Tanısal hata bile olabileceğini vurgulamışlar, ancak tetkiklerin daha detaylı olmasını önermişlerdir.

İstisna olarak gösterilenler, temelde yaklaşımların aynı olduğu görülecektir. Kardiyologlar, tanısal yaklaşım boyutunu öğrenmekte ve bunu bağımsız yaptıkları gözlenmekte ise de, temelde konsey ile cerrahlarla (kardio-vasküler cerrahi bilim dalı ile) eşgüdüm yaparak eyleme (ameliyata) o durumda geçilmektedir. Tanısal boyut ile eylem boyutu farklı olmaktadır. Stent koyulması için yaklaşımın yapılması kardiyovasküler girişimleri ortadan kaldırmaz, boyutunu değiştirecektir.

Beyin cerrahisi uzmanlığı olan bir hekim, bir anjio yaptığında gelişecek sorunlar, beyin ödemi gibi durumlar dikkate alındığında, hemen cerrahi işleme girmesi gerektiğinden dolayı radyodiagnostik uzmanı tek olarak girmesinde sakınca oluşabilir. Bu açıdan yapılan işleme ve hasta bazındaki durumlara göre olaya hakimiyet değişebilir. Bu olguya göre değişecektir. Ancak, sorumluluk müteselseldir.

Kliniklerin diagnostik cihazları kullanması ile bunları rapor ederek tanısal sorumluluk almaları farklıdır. Uzmanlık tüzüğü gibi bir yetkilenmeyi diploma şeklinde almadığı sürece raporsal bir yazılı belge veremez.

NOTLAR

- Hastanın hekimini seçmesinin anlamı, aynı yetkiye sahip olanlar arasındaki bir seçimdir. Bir çocuk uzmanına apandisit ameliyatını yapması için seçemez. (**Lizbon Bildirgesi 1981, 1. Hasta hekimini özgürce seçmelidir**).
- Hastanın onayının alınması veya alınmaması hekimin hukuksal sorumluluğunu tam kaldırmaz. Bir hastanın intihar edercesine tedaviyi ret etmesi kabul edilmemektedir. Sadece hekimin yaklaşımı ile uyum varsa geçerli olabilir. Adli tıp ve/veya savcılığı, hastane polisine ihbar edilme zorunluluğu vardır. Nöbetçi savcılar derhal yanıt vermektedirler. Kabul edilme ve ret etme pratikte uygulamada belirtildiği şekilde değildir. Uzmanlık alanı dışındaki hekimlerin önerilerinin de geçerliliği yoktur. (**Lizbon Bildirgesi 1981, 3. Hasta yeterli bilgilendirmeden sonra önerilen tedaviyi kabul veya reddedebilme hakkına sahip olabilmelidir**).

- TIBBİ DEONTOLOJİ TÜZÜĞÜ, (Karar Sayısı:4/12578 Kabul Tarihi:13.1.1960 Resmi Gazete:19.2.1960) Madde:3-Tabip, vazifesi ve ihtisası ne olursa olsun gerekli bakımın sağlanmadığı acil vakalarda mücbir sebep olmadıkça, ilk yardımda bulunur. Acil durumlarda prima fascia söz konusu olduğundan temel yaklaşımlar farklılık arz eder. Burada esas olan hekim olmaktır. Hekim olmayanlar bile ilk yardımda görev alabilirler. Ancak epidural kanama durumunda kafa tasına çivi çakılma onayını verdiği şeklinde bir kaniya da kapılmamak gerekir. İlk yardımdaki boyut kendi içinde sınırlıdır.
- TIBBİ DEONTOLOJİ TÜZÜĞÜ, (Karar Sayısı:4/12578 Kabul Tarihi:13.1.1960 Resmi Gazete:19.2.1960) Madde:6-Tabip ve dış tabibi, sanat ve mesleğini icra ederken, hiçbir tesir ve nüfuza kapılmaksızın, vicdani ve mesleki kanaatine göre hareket eder. Hekimin bilimsel tarafı tutabilmesi, yanlış hareket etmemesi gerektiğini vurgulayan bir vurgudur. Bu vurgu, hakim olanlara da yapılmaktadır. Eşgüdüm uygulamalarında da ortak davranışa geçmesi de bu vurgu içinde kabul edilmelidir.
- TIBBİ DEONTOLOJİ TÜZÜĞÜ, (Karar Sayısı:4/12578 Kabul Tarihi:13.1.1960 Resmi Gazete:19.2.1960) Tabip ve dış tabibi, tatbik edeceği tedaviyi tayinde serbesttir. Buradaki tayin etme koşulu, bilimsel açıda olmaktadır. Hasta menfaati temelinde olma koşulunda şarttır. Keyfi açıdan vurgu oluşturamaz. Yasada yorum hukuksal boyut dışında, zarara yol açması şeklinde, tersten yorumlanamaz. Haklara ve anayasal çerçeve dahil tüm yasalar arasında uyum içinde algılanması gerekir. Hukuk dışı tedaviyi tayin edemez. Nitekim 13. maddede, ilmi icaplara uygun olarak şerhi konulmuştur. Sonuca göre işlem yapılamayacağı için, kısaca gelecek ve gelececek olaylar ve durumlar bilinemediği için, bilimsel öngörülenlere göre yaklaşım yapılması gereklidir. Bireye verilecek açıklamaların bir bakıma hekim tarafından yönlendirme şeklinde olacağı için, bireyin oluru veya olmazından öte, verilen açıklamanın niteliği ve alınan onamın yöntemi önemlidir. Bu açıdan tanısız yaklaşımlarda kuvvet ayrılığının bütünlendirilmesi, hastanın kendi başına, kendisi için en iyisini seçebileceği varsayımı doğru olamaz. Bu şekilde yapılan ticari anlaşmalar, birçok mahkemece, tek taraflı olması ve karşılıklı dengenin kurulmadığı için iptal veya geçersiz addedilmesi söz konusudur.
- TIBBİ DEONTOLOJİ TÜZÜĞÜ, (Karar Sayısı:4/12578 Kabul Tarihi:13.1.1960 Resmi Gazete:19.2.1960) Madde:18-Tabip ve dış tabibi, acil yardım, resmi veya insani vazifenin ifası halleri hariç olmak üzere, mesleki veya şahsi sebeplerle hastaya bakmayı reddedebilir. Burada belirtilen ret edebilmenin hukukta karşılığı Ceza Mahkemeleri Usulü Kanununda (CMUK) hakim kendisini ret etmesi durumunda da net açıklanmaktadır. Hekim belirli bir gerekçe ile bunu yapabilmektedir. Hastanın seçmesi gibi, doktorunda ret etmesi bu dengeyi korumaktadır. Gerekçe tıbbi olabildiği gibi şahsi nedenlere de dayanabilir. Burada hastanın zararına olmamasının temel alınması gerektiği de ayrıca vurgulanmaktadır (madde 19). Tıbbi gerekçelerin temelinde uzmanlık alanı dışında oluşan veya gelişen durumlardır. Bir hekim kendi uzmanlık alanına girmeyen bir durumu ret etmesi gerekir. Madde 21'de hekimin beraber çalışacağı personeli seçebileceği belirtilmiş ise de, kurumlarda bunun imkansız olduğu ortadadır. Bu açıdan kişi çalıştığı birey hakkında olumsuz veya istenmeyen bir durumu varsa, kişinin değişmesini ister veya bir başka deyişle istemek zorundadır. Keyfi olarak ben çalışırım veya çalışmam diyemez. Ben kuvvet ayrılığı prensibini kabul etmiyorum, her işi kendim yaparım, yapabilirim denilemez.
- TIBBİ DEONTOLOJİ TÜZÜĞÜ, (Karar Sayısı:4/12578 Kabul Tarihi:13.1.1960 Resmi Gazete:19.2.1960) Madde:27-Konsültan tabip veya dış tabibi, yapılan tedaviyi uygun görmediği takdirde, kanaatini konsültasyon zaptına yazmakla iktifa eder. Yapılan tedaviye müdahalede bulunamaz. Burada hasta üzerinde tedavide yetkinin tek elde toplandığı belirtilmesi açısından önemlidir. Bu açıdan diğer toplumsal güçlerin bu tedavi yapana destek/engel/karşı çıkmasını mümkün kılabilmek açısından yapılmıştır. Anayasa ve 657

Sayıli Yasanın belirttiği gibi ortada bir zarar veya suç unsuru varsa, buna sessiz kalabilmek bile mümkün değildir. Ancak, bireyler bilgilenmediği durumda nasıl karşı çıkabileceklerdir. Bu açıdan bilgi sahibi olmaları mutlak işlevsel halkaya konulduğundan bu oto kontrol otomatik doğal usulle sağlanmış olmaktadır.

- **TIBBİ DEONTOLOJİ TÜZÜĞÜ, (Karar Sayısı:4/12578 Kabul Tarihi:13.1.1960 Resmî Gazete:19.2.1960) Madde 37** - Tabip ve diş tabipleri, kendi aralarında iyi meslektaşlık münasebetlerini idame ettirmeli ve mânevi bakımdan birbirine yardım etmelidirler. Meslekle ilgili anlaşmazlıklarını, evvelâ kendi aralarında halletmeğe çalışmalı ve bunda muvaffak olamadıkları takdirde mensup oldukları tabip odalarına haber vermelidirler. Burada çözümün karşı taraflara değil, meslek kuruluşlarına ve dolayısıyla hukuksal zemine çekilmesi için bu yaklaşım sunulmaktadır. Nitekim bu Komisyonun temel işlevi budur. Meslek kuruluşu olarak olayı etiksel açıdan analiz etmekteyiz. Kendi içimizde çözülmemesi durumunda, bu veriler meslek kuruluşlarına iletilmesi zorunluluktur.
- **TIBBİ DEONTOLOJİ TÜZÜĞÜ, (Karar Sayısı:4/12578 Kabul Tarihi:13.1.1960 Resmî Gazete:19.2.1960) Madde:43**-Tabip ve diş tabibi, muayenehane veya laboratuvarında kendi namına diğer bir meslektaşı çalıştıramaz. Ancak, muvakkat bir müddet için bizzat bulunmadığı takdirde diğer bir meslektaşı yerine bırakabilir. Bu müddet bir aydan fazla devam ederse, mensup olduğu tabip odasını haberdar eder. Burada yetkinin devredilebileceği, ancak sorumluluktan bireysel olarak kaçmanın önlenmesi açısından, usul olarak uzmanlık alanında sorumlu olmanın değiştirilemeyeceğini belirtmektedir. Bir kimse suç ve ceza unsurunu kuruluşun veya kuruluşun olduğu iddiasında bulunamaz. Birey, kurumun yöneticisi suçlanmaktadır. Maliyede de zimmet saymana çıkar ve bu ita amiri ile mutemeteye yansıtılır ve harcamayı yapan bireyden para tahsil edilir. Sayman, ita amiri ve mutemet eğer alıntıyı bireye yansıtmaz ve/veya mahkemeye vermez ise ödemek zorunda kalır. Burada da hastanın hekimi mahkeme tarafından tek sorumlu olarak alınır. Servislerde asistanların uzmanlık diploması olmadığı için, mahkeme onları ancak hekimlik sıfatı olarak irdeleyebilir. İşlemi yapan ile laboratuvarında sonucu veren sorumlu hekim aynı hukuksal sorumluluk kapsamındadır.
- **HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ (Sağlık Hizmetlerinden yararlanma Hakkı) Madde:6-**Hasta, adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlıklı yaşamanın teşvik edilmesine yönelik faaliyetler ve koruyucu sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere, sağlık hizmetlerinden ihtiyaçlarına uygun olarak faydalanma hakkına sahiptir. Bu hak, sağlık hizmeti veren bütün kurum ve kuruluşlar ile sağlık hizmetinde görev alan personelin adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun hizmet verme yükümlülüklerini de içerir. Burada adaletin sadece tek taraflı karşılanması olarak yorumlanmamaktadır. Hukuk kelime anlamında haklar olarak ifade edilebilir, anlam olarak ta doğruluk ve dürüstlük anlaşılır. Ancak hukuksal olarak hukuk; adalet (hakkı tanıma, hakka uyma ve doğrusal boyutta olma), düzen/usul ve sistem ile toplumsal (zamanımızda bireysel) gereksinimleri karşılama için oluşturulan sistematiği kapsamaktadır. Adalet bir bakıma hakkaniyeti de içine almaktadır. Burada hakkın verilebilirliği gündemdedir. Uzmanlık alanı olmayan bir işlevin, veya yetkinlik durumuna göre haklar sunulabilir. Sorunların olmadığı durumlarda, sıklıkla poliklinikler düzeyinde hasta ve hekim ilişkisi ve toplumsal yapısı yeterlidir. Ancak, yoğun bakım gibi işlevsel durumlarda, çoklu sistemin görev alması kaçınılmazdır. Anestezi vermeyen bir anestezi uzmanına zorla anestezi verdirip, cerrah ameliyat yapamaz.
- **HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ (Sağlık Hizmetlerinden yararlanma Hakkı) Madde:7-8-**Hasta, bilgi isteyebilir, sağlık kurum ve kuruluşunu seçme ve seçtiği sağlık kuruluşunda verilen sağlık hizmetinden faydalanma hakkına sahiptir. Burada temel unsurun uzmanlık alanı, kısaca yetkilendirmenin belgesel olarak kazanıldığı alan ile ilgilidir. Vermenin mümkün

olmadığı bir şeyi vermezsiniz. Pediatri uzmanı yenidoğanda kraniyal ultrasonografi konusunda eğitim alabilir. Hastaya da grafileri çekebilir. Ama bu çektiğini hastaya veri olarak bile sunamaz. Bir radyodiagnostiğin altında çalıtığı kapsamında alınır. Rapor sonucunu hastaya bilgi olarak sunabilir. Birçok ekokardiyografinin yurt dışında hemşirelerin çektiğini görmekteyiz. Bu sadece çekimdir, hekimler bu verileri analiz eder, gerekirse çekimi yenilerler, ama hemşire rapor veremez, sonucu sözel olarak ta söyleyemez. Nitekim seçme hakkında mevzuat ile belirlenmiş usullere uyulma şartını getirmektedir. Burada vurgulanan, kuvvet ayrılığının korunduğunu belirtmede yatmaktadır.

- **HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ (Sağlık Hizmetlerinden yararlanma Hakkı) Madde:15-** Hasta; sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usulleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi isteme hakkına sahiptir **Madde:25-** Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir. Burada bilgi verme ile dosyanın fotokopisi anlaşılmalıdır. Hekim mahkemeye bile dosyayı vermeme (psikiyatride olduğu gibi), gerekçeli olarak, hakkına sahiptir. Bilgilendirme, açıklayıcı model, eşit sağlık hakkı olarak tanımlanan ile dosyanın verilmesi ve/veya epikriz aynı yaklaşım değildir. 16. Maddede hastanın dosya ve kayıtları incelemesi, suretini alabilmesi aksi koşul geçerli değil ise yapılmalıdır. Bu bilgiyi almada, bilgi vermeye yetkili ve yetkin olan kişi olması yanında, sorumlu hekimin izin vermesinin gerekli olduğunu unutmamak gerekir. Dosyayı incelemesi müsaade edilmekte olarak yorumlansa bile, sadece hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olanlar tarafından görülebilir.

Anayasa'da da açık belirtildiği gibi kişiye müdahale etme hakkı hekime verilmiştir. Ancak, rıza olmadığı durumlarda kanuni zorunluluk ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle tedaviyi ret etme, uygulanmasını istememe durumunda hekim gerekli gördüğünde savcılığa başvurması gerekir. İntihar yaklaşımına da gizli veya açık onay verilemez. Bir anlaşmanın hukuksal olarak geçerli olması için rencide edici, ahlaka dayanmayan, kişinin haklarını göz ardı edici olmaması gerekir. Bu şekilde olanlar da anlaşma olmamış gibi nitelendirilir. Madde 27'de açıkça belirttiği gibi (**Madde:27-Klinik veya laboratuvar muayeneleri** sonucunda bilinen klasik tedavi metotlarının hastaya fayda vermeyeceğinin sabit olması ve daha evvel deney hayvanları üzerinde kafi derecede tecrübe edilmek suretiyle faydalı tesirlerinin anlaşılması ve hastanın rızasının bulunması şartları birlikte mevcut olduğunda, bilinen klasik tedavi metotları yerine başka bir tedavi usulü uygulanabilir. Ayrıca, bilinen klasik tedavi metodu dışındaki bir metodun uygulanabilmesi için, hastaya faydalı olacağı ve bu tedavinin bilinen klasik tedavi usullerinden daha elverişsiz sonuç vermeyeceğinin muhtemel olması da şarttır. Evvelce tecrübe edilmemiş bir tıbbi tedavi ve müdahale usulü, ancak zarar vermeyeceğinin ve hastayı kurtaracağı mutlak olarak öngörülmesi halinde yapılabilir. Tıbbi araştırmalar, sadece, mevzuata göre araştırmada bulunmaya yetkili ve yeterli tıbbi bilgi ve tecrübeyi haiz olan personel tarafından, mevzuat ile belirlenmiş bulunan yerlerde yürütülür.), belirli kurumsal yapı olmadan araştırma yapamayacağı belirtilmektedir. Klasik yaklaşımlar dışına çıkması bile gerekçeli olması gerekir. Araştırma yapmanın belirli üçüncü düzey yapısındaki kurumlara bırakılmasının temel niteliği, karmaşık sorumluluk ağıdır. Kısaca kuvvet ayrılığının olması ile oto kontrol yapısının işleyeceği öngörülerek bu onay verilmektedir. Bu yapı üniversite hastanelerinde kaldırılması, onların bu yapılarını yok saymak veya gelişmemiş toplumsal yapıda olduğunu tanımlamak demektir.

- HEKİMLİK MESLEĞİ ETİK KURALLARI: **Madde:10**-Hekim, görevi ve uzmanlığı ne olursa olsun, gerekli tıbbi girişimlerin yapılmadığı acil durumlarda, ilk yardımda bulunur. Burada temel FELSEFİK unsurun olgu bazında irdelenmesidir. Acil durum ile acil durum yaratabilecek parametrelerde prima fascia kuralları geçerlidir. Bu yapı da genel yaklaşımlar grubunda uzmanlık alanı içinde de ortak eğitsel alanı kapsamaktadır.
- HEKİMLİK MESLEĞİ ETİK KURALLARI: **Hekimliğin Kötü Uygulanması (Malpractice): Madde:13**-Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi "hekimliğin kötü uygulaması" anlamına gelir. Burada malpractice ile ilgili kurullar; a) bilgisizlik, b) deneyimsizlik ve c) ilgisizlik parametreleridir. Bir uzmanlık diploması bilgi açısından yeterlilik anlamındadır. Ancak, cihazı kullanması için kurslar ve kurslardaki başarısı ve/veya yayınları, çalışmaları, olgu sayısı tecrübeyi/deneyimi tanımlamaktadır. Tüm bunların yanında empati yapma (kendini hasta yerine koyma), bir başka deyişle, ilgilenmesi gerekli kılınmıştır. Bu üç parametrenin birinin olması veya olmaması bütünü oluşturamaz. Üç ayaklı sehpanın bir ayağı olmaz ise sehpa dik duramaz. **Yetkinlik Dışı Faaliyet Yasağı; Madde:18**-Hekim tıbbi görevlerini yerine getirirken, gecikmenin hasta yaşamını tehdit edebileceği zorunlu durumlar dışında özel bilgi, beceri gerektiren bir girişimde bulunamaz. Burada malpractice yaklaşımına da daha netlik getirmektedir. Genel acil yaklaşımlarda yapılması öngörülen ile normal eylemlerin zorunluluk koşulu ile ayırmaktadır. Hekimin uzmanlık ile özel bilgi ve beceri alabileceğini vurgulamaktadır.
- HEKİMLİK MESLEĞİ ETİK KURALLARI: **Madde:16**-Hekim, kendi meslektaşları ve insan sağlığı ile uğraşan öteki meslek mensupları ile iyi ilişkiler kurar, meslektaşlarına veya tedavi ekibinin bir başka üyesine karşı küçük düşürücü davranışlarda bulunamaz. Bu yaklaşımda karşılıklı mesleki saygı şart görülmüştür. Bu saygının temelinde onur kırıcı olmama, haksız saldırılara karşı korumadır. Yoksa yasanın mutlak öngördüğü gibi, zararlı olma ihtimalinde bile sesini çıkarmama, görmezden gelme gibi yaklaşıma bile geçiş vermemelidir. Haksızlık olarak tanımlanan ile, hasta ile ilgili uyarma, şerh koyma, dikkati çekme unsurları karıştırılmamalıdır. Olay şahsileştirme değil, sistematik olarak analiz edilmesi gerekir. Taraf olmayanlar kurullarda olayı incelerler. Hukuksal boyuta çekilerek yaklaşım yapılmalıdır. Tarafların karşı karşıya getirilmesi doğru değildir.
- HEKİMLİK MESLEĞİ ETİK KURALLARI: **Danışım (Konsültasyon) ve Ekip Çalışması: Madde:19**-Danışım ve ekip çalışması sürecinin düzenli işleyebilmesi ve bir hekim hakkı olarak yaşama geçirilebilmesi için; a)Hasta izlemi sırasında, değişik uzmanlık alanlarının görüş ve uygulamalarına gereksinim doğduğunda, tedaviyi yürüten hekim durumu hasta ve/veya yakınlarına bildirmelidir. Konsültasyonu hastanın tedaviyi yürüten hekimi yazılı olarak ister. Yazılı istemde hastanın özellikleri, konsültasyon isteğinin nedenleri açık ve anlaşılır biçimde belirtilir. b)Konsültasyon sürecinde konsültan hekim de, hastanın sürekli hekimi gibi hastadan sorumludur. (Açıklama: Konsültan hekim, müdavi hekimin hastasına doğrudan ve hastayı devralmadan invazif bir tedavi yapamayacağına göre ancak uzmanlığının gereklerini etik ve hukuksal yönden yerine getirmede sorumludur) c)Konsültan hekim, alanında bilimsel ve teknik bilgiye sahip olmalıdır. d)Konsültasyon sonucunda, konsültasyonun gerekçesi ve sonuçları, açık ve anlaşılır biçimde bir tutanak ile belgelenir. e)Konsültasyonun sonuçlarından hastalar da yeterli ölçüde bilgilendirilir. f) Konsültasyonun sonucunda hastanın tedaviyi yürüten hekimi ile konsültan hekimin görüş ve kanaatleri arasında fark olur ve hasta konsültan hekimin önerilerini kabul ederse, hastanın tedaviyi yürüten hekimi tedaviyi bırakabilir. g)Konsültasyon istenen hekim davete uymak zorundadır. Birlikte sorumluluk yüklenme işleminin konsültasyon tanımında ele alınması doğru olarak yorumlanmayabilir.

- HEKİMLİK MESLEĞİ ETİK KURALLARI: **Odaya Bildirme Yükümlülüğü: Madde:20**-Hekim meslektaşları ile meslek uygulaması konusunda uzlaşmaz bir anlaşmazlığa düştüğünde ya da tıp etiği açısından yanlış davranan bir meslektaşının bu davranışını kasıtlı bir biçimde sürdürmesi durumunda yerel tabip odasına konuyla ilgili bildirimde bulunur. Anayasal ve yasal olarak zaten bildirme zorunluluğu vardır. Ayrıca susma, sessiz kalma bile kabul edilemez yaklaşımdır.
- **TIBBİ HİZMETLERİN KÖTÜ UYGULANMASINDAN DOĞAN SORUMLULUK KANUNU TASARISI (MALPRAKTİS)** **Tıbbi uygulama yetki belgesi:** Münhasıran bir tıbbi girişim ile ilgili görülen örgün teorik ve pratik eğitim sonunda yeterliliği kanıtlanmış sağlık personeline söz konusu girişimi ferdi olarak yapabileceğini belirten ve Bakanlık veya yetki verdiği makamlardan alınmış izin belgesini, **Madde:8**-Tıbbi hizmetler, özel mevzuatı ile yetkilendirilmiş sağlık personeline verilir. Özellikle tıbbi uygulamalar, bu konuda yetki belgesi almış sağlık personeline yapılır. **Madde:24**-Sağlık personelinin, tıbbi hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi ve tıbbi kötü uygulamalarının en aza indirilebilmesini sağlamak üzere, mezuniyet sonrası eğitimleri esas olup, bu eğitimlerin değerlendirilmesi, kredilendirilmesi ve akreditasyonu Bakanlıkça yapılır. Bakanlıkça gerek görüldüğünde, değerlendirme ve kredilendirme ilgili meslek kuruluşlarına yaptırılabilir. **Madde-25** Sağlık kurum ve kuruluşlarında ortaya çıkan tıbbi kötü uygulamalardan birinci derecede sağlık kurum ve kuruluşu sorumludur. Sağlık kurum ve kuruluşu, tıbbi kötü uygulamaya sebep olan personeline, ödediği tazminatı kusuru oranında rücu eder. Her sağlık kurum ve kuruluşu, çalıştıracağı sağlık personelinin diploma, tıbbi uygulama yetki belgeleri ve sigorta poliçesinin doğruluğunu ve geçerliliğini çalışmaya başlamadan önce tespitte mecburdur. Burada da vurgulandığı gibi, işlemler sadece yetki belgesi almış kişilerce yapılır. Birçok karmaşık işte, yetki, görev ve sorumluluk karmaşası varsa, tüm taraflar müteselsil sorumlu olduğu kadar, eylemleri ortak yaparlar. Bir ameliyat anestezi uzmanı ve cerrahın ortak yaklaşımı ile olur. Radyasyon işlerinde Radyodiagnostik, izotop verilmesi durumunda nükleer tıp uzmanının sorumluluğu şarttır. Bir patoloji sonucunda da patologun imzası olmadan tanı geçerli olamaz. Nitekim yayınlarda da, ilk sıra eylemi yapan alırsa bile, ikinci sıra sorumluluk alan kişiye verilmektedir.
- **YAYINLAR:** Dr. Erkin GÖÇMEN; **KAÇINILMASI GEREKEN DURUMLAR, Uzmanlık Dışı Alanlarda Müdahale, Kendi uzmanlık alanında müdahalede bulunan hekim, komplikasyon oluşması durumunda, hastası tarafından meslekte acemilik ve bilgisizlik nedeniyle suçlanamayacaktır. Uzmanlık dışı alanda müdahalede bulunan hekim mahkeme karşısına çıktığında kendisinden müdahalede bulunduğu alanda olması gereken bilgi ve deneyim standardı aranacaktır. Sorumluluk şahsidir. Herkes kendi yaptığı eylemden sorumludur.** Bu kural hekimler için de geçerlidir. Bu yayında hekimin kendi uzmanlık alanında yaklaşım yapabileceği kanısı uyanmamalıdır. Komplikasyon olmasa bile, işleme onay verilemez. Uzmanlık bilgi ve deneyim standardını, uzmanlık belgesi dışındaki hiçbir belge onay veremez. Bir apandisit, cerrah olmayan kişinin yapmasına onay verilemez. Yukarıda da belirtildiği gibi, özel bilgi, beceri gerektiren bir girişimde bulunamaz denilmektedir. Kurslar veya buna benzer beceri kazanmak için yapılan eğitsel yaklaşımlar, bilgisi olan kişiye deneyim kazandırmak, eğitsel süreci yukarı çıkarmaktır. Laparoskopik yaklaşımın yapılması ile öğrenilmesi aynı katagoride tutulamaz. Uçak kullanmayı öğrenme ile uçak kullanma ayrı işlemlerdir. Bilgisayar programları ile uçak kullanımının öğrenebileceği unutulmamalıdır. **SONUÇ:** Bir işlemde eylemin yapılması için gerekli olan tarafların tümünün ortak sorumluluk alması gereklidir. Yoğun bakım gereken ve/veya farklı etkin güçlerin/erklerin gerektiği durumlarda, gelişmiş toplumlarda olduğu gibi, kuvvet ayrılıkları temel hukuksal yaklaşım olarak ele alınmakta ve birleşmesi sakıncalı veya imkansız olarak görülmektedir. Bu durumda

bireyin hakları temel alınarak, hukukun üstünlüğü (hakların önceliği) penceresinden ortak sorumluluk altında yapılması mutlak gereklidir. İşlemi kim yapar değil, işlemde sorumlu olanlar (ameliyatta anestezi uzmanı ve cerrahın belirlenmesi gibi) tanımlanır. Bunun aksi ise bilgisizlik, deneyimsizlik ve onam alınsa bile, geçersiz anlaşma (battal veya butlan sözleşme) niteliğindedir. Öngörülen riske komplikasyon denilmekte, istenmeyen etki de malpraktis değildir. Ancak yukarıdaki yaklaşımın yapılmadığı durumun hukuksal açıklamasının, gerekçesinin sunulması bile zor hatta imkansızdır.

Prof. Dr. G.Ö. : (Yazılı ek metin iletmemiştir.)

Prof. Dr. T. K. : (Yazılı ek metin iletmemiştir.)

Doç. Dr. S. D. : (Yazılı ek metin iletmemiştir.)

Doç. Dr. T. E. C. : (Yazılı ek metin iletmemiştir.)

EŞGÜDÜM ÇALIŞMALARI/UYGULAMALARDAKİ YAKLAŞIMLAR/ÖNERİLER:

Eşgüdüm için öne sürülen yaklaşımlar aşağıda sunulmaktadır;

Prof. Dr. M. A. A.: Yukarıda belirttiğim değerlendirmedeki sonuç kısmını yinelemek istiyorum. **SONUÇ**: Bir işlemde eylemin yapılması için gerekli olan tarafların tümünün ortak sorumluluk alması gereklidir. Yoğun bakım gereken ve/veya farklı etkin güçlerin/erklerin gerektiği durumlarda, gelişmiş toplumlarda olduğu gibi, kuvvet ayrılıkları temel hukuksal yaklaşım olarak ele alınmakta ve birleşmesi sakıncalı veya imkansız olarak görülmektedir. Bu durumda bireyin hakları temel alınarak, hukukun üstünlüğü (hakların önceliği) penceresinden ortak sorumluluk altında yapılması mutlak gereklidir. İşlemi kim yapar değil, işlemde sorumlu olanlar (ameliyatta anestezi uzmanı ve cerrahın belirlenmesi gibi) tanımlanır. Bunun aksi ise bilgisizlik, deneyimsizlik ve onam alınsa bile, geçersiz anlaşma (battal veya butlan sözleşme) niteliğindedir. Öngörülen riske komplikasyon denilmekte, istenmeyen etki de malpraktis değildir. Ancak yukarıdaki yaklaşımın yapılmadığı durumun hukuksal açıklamasının, gerekçesinin sunulması bile zor hatta imkansızdır.

Sorumluluk paylaşımı: Müteselsil sorumlulukta ilk sırada yapan alırken, diğerleri de ortak paylaşırlar. İstenmeyen etki malpraktis olmadığı gibi, komplikasyonlarda öngörülen risklerdir. İleri derecede miyocard infarktüsünde kalp tamponadı veya kardiyak rüptür olması beklenebilen risktir. Bu beklendiğine göre oluşan durum komplikasyondur. Bunun hastaya ve/veya yakınlarına iletilmesi, etiksel açıdan bilgilendirme ve onamdır. Bu bilgilendirme bir bakıma hukuksal anlamda sözleşmedir. Bunun temel unsurları; a) Güven, b) Sadakat, c) Sır saklamadır. Burada bilgi, güvenin sağlanması açısından en önemli noktadır. Sadakat durumu da doğruyu söyleme ile oluştuğundan, oluşabilecek sorunlar ve komplikasyonların iletilmesi bunu sağlamaktadır. Bilgi vermenin eşit sağlık hakkı gibi belirli sistemde olması, diğer kişilerden ayrıcalıklı sunulması da sır saklama yapısındadır. Sözleşme hürriyetinin anayasal, insan hakları olarak birer haktır. Bu hak yanlış olarak oluşturulamaz, birisinin aleyhine geliştirilemez, karşılıklı dengesel boyutta olmalıdır. Bu denge etiksel ve zarar oluşmama kapsamındadır. Tanısal, tedavisel, işlemsel ve hizmetsel olarak ergler farklı olabilir ve sorumluluklar bu çevresel açıdan müteselsil olması, gelişmiş toplumlarda olmaktadır. Kuvvetlerin birleştirilmesi yerine, kuvvetlerin ayrılıkları temel alınmalıdır. Basit uygulamalarda birleşme öngörülse bile, üniversiter yapıda ayrılıklar ana özgün yapı olarak görülmelidir.

Klinik Etik kitabında; (Nobel Tıp Kitapevi, 2001, İstanbul) '**Radyoloji, etik ve hukuksal sorunlar**' bölümünde s.230, aynen '*tıbbın alt disiplinleri arasındaki işbirliğinin ve ortak sorun çözme becerisinin etik açısından önemi vurgulanmaktadır. Bu çok yönlü bir ilişki ve sorumluluktur*' denilmektedir.

Prof. Dr. G.Ö. : (Yeni yazılı bir ek metin iletmemiştir.)

Prof. Dr. T. K. : (Yeni yazılı bir ek metin iletmemiştir.)

Doç. Dr. S. D.: (Yeni yazılı bir ek metin iletmemiştir.)

Doç. Dr. T. E. C.: Toplantı ve toplantı tutanaklarını irdelediğimizde;

NOT: Radyoloji Anabilim Dalındaki ve yine bu bilim dalının sorumluluğundaki “anjiyografi yapabilme özelliğine sahip radyo-diagnostik cihaz” in Nöroloji Anabilim Dalı tarafından kullanılıp kullanılamayacağı sorunu mevcuttur. Toplantıların seyri boyunca da girişimsel nöro-vasküler uygulamaların kim veya kimler tarafından yapılabileceği konusunda tartışılmıştır.

Komisyon üyelerinin bu konularla ilgili fikirlerini ve belgelerini incelediğimde; kesin bir karar ve sonuç vermekten ziyade bu konuyla ilgili sadece bir kanaat oluşturabileceğime inanmaktayım. Ayrıca hukuksal boyutlarda, şu anki kanunlar çerçevesinde uygulamaların yapılması gerekmektedir.

Hastaların baş vurduğu ve tercih ettiği hekim tarafından tetkik ve tedavi edilmesi son derece doğal bir uygulamadır. Ancak her hangi bir aletin kullanım yetkisine sahip olan ve yine bu aletin olumlu veya olumsuz tüm sorumluluğunu elinde bulunduran bölüm tarafından kontrol altında tutulması da doğal bir gerekliliktir. Tabidir ki; bir hastanın seçme ve tedavisi ile ilgilenen hekimi değiştirme ve başka hekimlerin konsültasyonunu isteme yetkisi vardır. Ancak, örnek verecek olursak bir kraniotomi aletinin de nöroşirürji uzmanı dışında başka bir dahili tıp uzmanlığı olan hekim tarafından kullanılmasının istenmesi ne kadar doğrudur?

Acil müdahale gerektiren durumlarda; kullanma yetkisini elinde bulunduran bölümün acil konsültasyon ve girişimde bulunma yönünde eksiksiz ve ivedi davranması gerekmekte ve ilgili bölümün istemleri doğrultusunda girişimde bulunması gerekir. Kaldı ki ilgili bölümlerin ifadelerinden de anladığım kadarıyla bu konuyla ilgili zaten bir sorun bulunmamaktadır. Radyoloji bölümünce acil isteklerin eksiksiz karşılanmaya çalışıldığını, ben de klinik çalışmalarımda izlemekteyim.

Tıbbi uygulama ve yetki belgesini elinde bulunduran her hekimin imkanları doğrultusunda teşhis aletlerini kullanmak istemesi, o aleti kullanacak ve sorumluluğunu üstüne alacak yetkili bir bölüm veya hekim yoksa söz konusu olabilir. Ama bu da, o hekim için, kesin bir kullanma olanağını getirir anlamına gelmemelidir. Zira uygulama ve yetki belgesinin ne olduğu ve bunun kanunlarımızla uyumlu olup olmadığı önemlidir.

Komisyon toplantıları sırasında, komplikasyonlar ve uygulama hatalarıyla ilgili uzun, uzun konuşma ve bilgilendirmelerin nedenini ve amacını tam olarak anlamamakla beraber, bu konuya kendi uzmanlığımla bağlantılı bir örnekle açıklık getirmek istiyorum. Bel fitiği ile ilgili bir operasyon komplikasyonu olan nörolojik defisit ilerlemesini; sadece nöroşirürji uzmanı açıklamakta ve bunun sonuçlarını gidermekte hukuksal veya tıbbi yönden tam yetkili ve sorumludur. Ancak başka bölüm uzmanının bel fitiği operasyonu yapması ve sonrasındaki komplikasyonları karşılaması hukuksal ve tıbbi yönden söz konusu bile olmaz. Kaldı ki yetkili olan hekimin oluşturduğu komplikasyonun başka bir uzman tarafından değil de yine aynı bölümün uzmanları tarafından tartışılması gerekir. Bel fitiği operasyon komplikasyonunu adli yönden ancak bilir kişi olarak yine başka bir nöroşirürji uzmanına sorulması gerektiği bilinmektedir. Burada radyo-diagnostik aletin hangi uzman tarafından kullanma yetkisi olduğunu irdelemek gerekir.

X-ray aletlerinin kullanıcı ve ruhsat sahibinin Radyoloji uzmanı olduğu tutanaklar ve komisyonumuz toplantılarından anlaşılmaktadır. Bu tür aletlerden müdavi hekimlerin yararlanabileceği ancak kullanamayacağından söz edilmiştir. Yararlanmak ve kullanmak arasında fark vardır. Radyoloji Anabilim Dalı kullanma yetkisine sahiptir, Nöroloji Anabilim

Dalı ise yararlanma hakkına sahiptir. Bu aletten Nöroloji Bölümünün yararlanamayacağı her hangi bir şekilde belirtilmemiştir. Her hangi bir talep olduğunda, Radyoloji Bölümünün bunu yerine getireceği ve getirdiği anlaşılmıştır. Radyoloji dışında başka bir bölümün bu aletten yararlanabilir ama kullanamaz olması konusunun yeteri kadar açık olduğu kanaatindeyim. Nöro-vasküler girişimin Nöroloji Bölümünce yapılabilmesi konusundan ziyade, burada x-ray aletinin kullanılıp, kullanılamayacağı söz konusudur.

Sonuç olarak; Tıp Fakültesi eğitim amaçlıdır ve eğitime katkı amaçlı kanaat belirtilmesi gerekir. Eğitim ve bilimsel faaliyetlerin dışında başka bir amacın kesinlikle olmadığına inanıyorum. Bu tür bilimsel faaliyetler engellenmediği sürece, konuyla ilgili sorunun olmadığı düşüncesindeyim.

İlgide belirtilen Tıp Fakültesi Dekanlığı yazısı gereği oluşturulan Komisyon çalışması olarak yukarıda;

- Olayın incelenmesi
- Genel ve medikal hukuk unsurların vurgulanması
- Oluşum hakkında irdeleme
- Görüşlerin sunulması yapılmıştır.

Konu ile ilgili olarak:

- Komisyon Üyelerinin son söz/görüş olarak yazılı sunumlarını 27 Nisan Salı gününe kadar tarafıma bilgisayar formatında iletilmesini,
- 28 Nisan Çarşamba günü tüm üyelere görüşler iletdikten sonra, 30 Nisan Cuma günü sabah yapılacak toplantı ile son sözlerin alınarak Komisyonun çalışmasının tamamlanması planlanmıştır.

SON SÖZLER

Toplantıyı sonlandırmadan önce son sözlerin alınması amaçlanmıştır. 30 Nisan 2004 tarihinde Saat 10'da Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Akademik Toplantı Salonunda Doç. Dr. T. E. ÇOŞAN ile Prof. Dr. M. A. A. katılarak, yukarıda sunulan yazılı metnin taraflara gönderilerek, gereken düzeltmeler 7 Mayıs 2004 tarihine kadar yapıldıktan sonra, imzaya açılması kararlaştırılmıştır, ancak, karşılıklı cevap hakkı nedeniyle son söz söyleninceye/alıninceye kadar metin imzaya açılmayacaktır.

Prof. Dr. M. A. A.: Değerlendirmeleri başlıca 3 grupta ele alınabilir. Bunlar;

İŞLEM: Bu açıdan, bu sistematığın belirli bir yapıda, ortak sorumluluk olması ile, örneğin ameliyathanede anestezi uzmanı ve cerrah şeklinde, birlikte listede yazılmasının, gereğini vurgulamaktayım. Bu Üniversitede ortak eş güdüm yapacak yapı, ortam ve eğitsel boyut vardır.

EĞİTİM: Stajyer ve/veya asistan gibi sorumluluk uzmanda olmak üzere eğitim alacak olanlara yaptırılabilir, beceri kazanılması amacıyla uygulama yapılır.

GÖZLEM: Hastaya elini sürmeden, gözleme amacıyla özellikle hastanın doktoru (işlem yapması yasal açıdan engel olan, çocuk uzmanının apandisit ameliyatına girmesi gibi) işlemi izlemesidir. Bazı eğitsel durumlarda bu işlevde, gözleme amacıyla olabilir.

ORTAK EŞGÜDÜMLÜ, MÜTESELSİL SORUMLULUK TAŞIYAN GRUPLAR: Yargıtay Başkanı Eraslan ÖZKAYA'nın 3 Mayıs 2004 tarihli Milliyet'teki beyanında belirttiği gibi, '... insan hakları ve özgürlüklerinde taban vardır, tavan yoktur. Olaylar daima insan hak ve özgürlükleri lehine yorumlayabilmelidir. Bir karar verirken, ulusal yasayla birlikte Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi hükümlerini de göz önünde tutulmalıdır. AİHM hükümleri kararlara hem içerik, hem derinlik kazandırır...'

Burada her bir işlevde olgu bazında (prima fascia) dikkate alınmalıdır. Her bir işlev kendine özgü ele alınmalıdır. Genel prensip olarak komplikasyon gelişme olasılığı nedeniyle, olası komplikasyonu tedavi edemeyecek olan grubun tek başına işlevden sorumlu olması beklenmemelidir. Kuvvetlerin birleştirilmesi değil, kuvvet ayrılığı gelişmiş toplumlarda temel unsurdur. Örneğin; A) Kardiyoloji işlevlerinde de Kalp Cerrahisi derhal devreye giremeyecek alt yapısı yoksa, kardiyojide invazif girişim yapılmasına olur vermek çok zordur. B) Bir başka yaklaşım örnek olarak sunulduğunda; çocuk uzmanlığı temeli olmadan bilim dallarının çocuklarda işlevsel olmasının da sorun yaşanabilecektir. Bu örnek göz önüne alındığında, Çocuk Cerrahisi, Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Daları oluşmuştur. C) Bu şekilde birleşmenin olmadığı durumlarda, bilim dallarının ortak sorumluluk alması, anestezi ve cerrahinin ameliyatlardaki sorumlulukları gibi, ortak listeler kaçınılmaz olmaktadır.

Prof. Dr. G.Ö. : (Kongrede olduğu için toplantıya katılamamıştır. İlettiği yazılı metin aşağıdadır.)

Prof. Dr. T. K. : (Kongre nedeniyle toplantıya yazılı metin iletmıştır)

Doç. Dr. S. D.: (Yeni yazılı bir ek metin iletmemiştir.)

Doç. Dr. T. E. C.: Daha önce belirttiğim görüşlere aynen katılmaktayım.

KARŞILIKLI CEVAPLAR 1: (7 Mayıs 2004 tarihli)

Komisyon görüşleri imzaya açmadan önce, karşılıklı son sözlerde cevap hakkını taraflara vererek aşağıdaki notlara yer vermiştir.

Prof. Dr. M. A. A.: Zamanımızda toplumlar giderek karşılıklı etkileşim, iletişim ve hakların karmaşıklığı içine girmektedirler. Örneğin; Aileler bile, artık tek başına erkeğin değil, kadının ve hatta çocuklarında hakları vardır. Ortak etkileşimlerle karar almaları gerekir. Bu sistematığı yapamıyorsa, dayakla, güçlü olanın baskısı ile çözüm değil, boşanma gündeme gelmektedir. Boşanma olmasa bile sosyal kurumlar devreye girmekte, gerekirse hakimler ayrı yaşama, kadını koruyucu evler, çocuk bakım yerlerine olur vermektedirler.

Şüpheli/risk tedbiri gerektirir. Bir Kardiyolog Kalp ve Damar Cerrahisi ve acil müdahale ameliyat ortamı (anestezist, açık kalp ameliyat ortamı v.s. dahil) olmadan girişimsel işlem yapması sorun çıkma olasılığı nedeniyle, yapmamalı veya daha net olarak yapamaz. Bir Kadın, Doğum uzmanı, sezeryan yapma ortamını ayarlamadan doğum eylemine girmesi sakıncalı olabilir. Pediatrist, anestezist olmadan veya yenidoğan canlandırma sertifikası olmadan yaklaşımda bulunması sorunlu olabilir. Olabilir demek, tedbiri gerektirir, tedbir demek tüm unsurların bulunması veya desteğinin alınmasını gerekli kılar. **Süje (özne) ben değil, biz olmalıdır.** Kuvvet ayrılığı çatışma için değil, daha etkin ve daha doğrusal bir yaklaşımın sağlanması için oluşmaktadır. Nöroradyolojik girişimlerde, beyin ameliyatı veya damar cerrahi girişimine gereksinim olabileceği göz önüne alınarak, bu bilim dallarının da ortak sorumluluğu alınması gereklidir. Birimlerin sorumluluğu ayrı gibi görünse de, hasta bir olduğu ve olgu, işlem birde bütünleştiği göz önüne alındığında, tek bir ortamda etkileşim içinde olan kuvvetler vardır ve bunlar bütünleştirilmesi basit toplumlarda olabilir. Gelişmiş toplumlarda tek bir fenomende karşılıklı etkileşim boyutu vardır. Burada olasılık olarak düşünülme boyutu bile olsa, o bilim dalı sorumluluğa katılmalıdır. Laboratuvar girişimler ve teknikler arttığına göre, karşılıklı etkileşimlerde artacaktır. Laboratuvar sorumluluklarının klinisyen üstüne bırakılması, kuvvetlerin bütünleştirilmesi olacağı için kabul görmesi olanaklı değildir. Ancak, veriler olgu bazında değerlendirileceği için, hasta akciğer röntgenine göre değil, klinik verilere göre tedavi görecektir. Tüm veriler bir yol gösterici (guide-line) olduğu dikkate alındığında (yaptırım değil), klinisyenin görüş oluşturması, bakışını yönlendirmesi ve bazı konularda uyarması açısından farklı bilimsel organizasyonların gerekliliği bu açıdan şarttır. Klinisyen bu yaklaşımı keyfi değil, bilimsel

gerekçelendirme ile yapmasının koşuluda buradan gelmektedir. Tüm yasal dayanaklar, ortaklaşa etkileşimlerde hukuksal olarak güçlenir, tereddütler varsa bile, ortadan kalkar.

Prof. Dr. G. Ö.: MÜDAHALELİ UYGULAMALAR KOMİSYON BAŞKANLIĞINA (07 Mayıs 2004)

Komisyonun 25 Şubat 2004 tarihli ilk toplantısına Komisyon Başkanı tarafından bir gün önce haber verilerek katıldım ve ilk giriş konusundaki görüşlerimi iletmıştim. Aynı oturumda söz alan Prof. Dr. T. K. , başkan tarafından başka ilaveler talep edildiği için toplantıda söylenmeyen açıklamalarını göndermiş ve bu açıklamalara yönelik söz söyleme fırsatı doğmamıştır. Çünkü 14 Nisan Çarşamba günü sabahleyin komisyon toplantısı olacağı bildirilmiş, ancak toplantı saatinde mahalli televizyon olan ES TV’de canlı yayın programım olması nedeniyle katılmam mümkün olmamıştır. Bunun üzerine komisyon başkanı sayın Prof. Dr. A. A.’e yapacağı toplantıları birkaç gün önceden ve tüm komisyon üyelerinin katılımının olacağı gün ve saate denk getirmesini rica ettim.

Türk Beyin Damar Hastalıkları Genel Sekreteri olarak bizzat organize etmiş olduğum “2 nci Ulusal Serebrovasküler Hastalıklar Kongresi” tarihleri olan 27 Nisan-1 Mayıs günlerinde Görevli olacağımı ve kongrenin yapılacağı İzmir-Çeşme’de olacağımı komisyon başkanına gitmeden 10 gün önce haber vermiş ve mümkünse bu tarihlerde toplanılmamasını, çünkü komisyon toplantısına mutlaka katılmak istediğimi telefon ile bildirmiştim. Kongre görevim dönüşü olan 3 Mayıs sabahı masamda komisyonun 30 Nisan 2004 Cuma günü toplantı tutanağı ile karşılaşınca doğrusu şaşırđım. Komisyon başkanı ile konuştuğumda toplantıya sadece Doç. Dr. E. C.’ın katıldığını, diğer üyelerin katılmadığını ve önemli bir durum olmadığını bildirdi ve bizlerden 7 Mayıs 2004 tarihine kadar görüşlerimize ilişkin yazı istediğini açıkladı. Bunun üzerine komisyon başkanınca hazırlanıp gönderilmiş olan Toplantı Tutanağını ve önceki iki toplantının tutanaklarını tekrar inceledim. Görüşlerim şunlardır:

1. Komisyon sadece Nörovasküler müdahalelere yönelik değil, Radyodiagnostik Anabilim Dalından yararlanmakta olan ve yararlanmak isteyen tüm birimlerin bu isteklerinin nasıl karşılanması gerektiğine ilişkin bir kurallar algoritması oluşturmak olmalıdır. Bu birimler Kardiyoloji, Nöroloji, Nöroşirurji, Pediatrik Kardiyoloji, Gastroenteroloji, Ortopedi, Genel Cerrahi, Üroloji, Göğüs Hastalıkları, Nefroloji gibi birimlerdir.

2. Konu 3 ana başlık altında irdelenmelidir:

- a. Birimler yönü: 1) Klinik birimler-servisler ve 2) Laboratuar konumundaki Radyodiagnostik birim özelliği yönü (Tababet Uzmanlık Yönetmeliği Madde-9)
- b. Şimdiki durumu ve yapılanmakta olduğu geleceğe yönelik yönü.
- c. Yasal dayanaklar yönü

3. Konuyu bu 3 ana başlığa göre açıklamak gerekirse:

a. Klinik uzmanı müdavi hekimdir ve hasta ile ilgili muayene, teşhis, tedavi ve müdahale işlevlerini tatbik etmekten sorumludur ve tedaviyi tayinde serbesttir (Tıbbi Deontoloji Tüzüğü Madde-6 ve13) (Malpraktis Kanun Tasarısı). Burada klinisyenin kendi içinde ilgilenmesi gereken alanlar 1) Teşhis, 2) Tedavi ve 3) Müdahaleyi kapsamakta olup, bu yasal maddeyi en iyi şekilde Kardiyoloji ve Fakültemizin Nöroloji Kliniği Uzmanları röntgen cihazlarından yararlanarak ve bu cihazları teknisyen kullanarak yıllardır uygulamaktadırlar. Laboratuar Uzmanı (Tababet Uzmanlık Yönetmeliği’ne göre Bakteriyoloji, Biyokimya, Radyoloji, Patolojik Anatomi) ise Konsültan hekimdir. Kendisinin veya görevlendirmiş olduğu teknisyenin laboratuar aletlerini kullanarak elde edilen sonuca ilişkin kanaatini, müdavi hekime sunar. Sunduğu sonuç raporu konsültasyon zaptıdır. Konsültasyon zaptını yazmakla iktifa eder, yapılan tedaviye müdahalede bulunamaz (Tıbbi Deontoloji Tüzüğü

Madde-27). Bu yasa maddelerine göre müdavi hekim yetkin olduğu ve uzmanlık dalı çerçevesindeki müdahaleleri vicdani ve mesleki bilimsel kanaatine göre yapmakla sorumludur (Hekimlik Mesleği Etiği Kuralları Madde-8). Müdavi hekim, yetkili diğer bir hekimin belgelendirilerek hastayı devraldığından emin olmadan sorumluluktan kurtulamaz (Malpraktis Kanunu Tasarısı Madde-14). Buna göre konsültan hekim, ya hastayı devralacak ve girişime dayalı müdahale yapacak (Dahili branştan bir operatörün hastayı devralması gibi) veya müdavi hekim hastası ile birlikte olmak koşulu ile başka yetkin bir konsültan hekime girişimsel müdahaleyi yaptıracak. Tıbbi uygulamalar, bu konuda yetki belgesi almış sağlık personeline yapılar (Malpraktis Kanunu Tasarısı Madde-8). Bu maddeye göre de yetkin kişi müdavi hekim ise, müdahaleyi bizzat kendisi yapar (Kardiyoloji gibi), yetkin değilse başka bir yetkin hekime ya hastayı devrederek yaptırır veya klinik veya laboratuvar uzmanından konsültasyon isteyerek ve hastasının başında olarak müdahaleyi yaptırır. Anestezinin Operatörlerle, Ortopedi veya Nöroşirürji'nin Radyoloji ile, Röntgen cihazı rehberliğinde biyopsi veya diğer işlemleri yapan kliniklerin Radyologlarla olan konumları gibi. Bu konumda müdavi hekimin işlevini konsültan hekim olan Radyolog, kendisi yapmaya kalkışmamakta, teknik destek sağlamak sınırında kalmaktadır. Anestezi uzmanı müdahale yapan konumda olduğu halde ameliyat yapmaya kalkışmamakta, biyokimya uzmanı teşhisini koyduğu diyabeti, patoloji uzmanı teşhisini koyduğu kanser hastasını medikal sınırdaki olduğu halde tedavi etmemektedirler.

En ideali "Tıbbi girişimsel bir müdahaleyi, oluşacak komplikasyonu kim tedavi edecekse o hekim yapmalıdır". Ancak tüm dünya'da olduğu gibi ülkemizde de Kardiyoloji dışında ve kardiyoloji gibi olmak için müdahalelerin kim tarafından yapılmasında bir geçiş yaşanmaktadır. Bu geçiş süreci özellikle Nörovasküler müdahalelerde çok daha belirgin bir çalkalanma içindedir. Bu sürecin Nörovasküler müdahalelerde yaşanmasındaki bir yönü yeni ACİL TEDAVİ yöntemlerinin müdavi hekimi yeni bir yapılanmaya zorlamasıdır. Çünkü yeni tedavi yöntemleri kateter işlemine dayanmakta ve ilk 6 saat hastanın yaşamını kurtaracak önemdedir (Nörolojideki acil kateter müdahale yöntemleri listesi ekte). Dolayısıyla Acil Nörovasküler müdahalelerin Kardiyoloji'de olduğu gibi tek bir ekip tarafından ve çok hızlı bir şekilde yerine getirilmesi gerekmektedir. Bu yeniden yapılanma zorunluluğu Nörovasküler veya Nöroradyoloji Servisleri şeklinde organize olmayı gündeme getirmiş bulunmaktadır. Bu servislerde Nöroloji, Nöroşirürji veya Radyoloji kökenli Nöroradyoloji Uzmanları müdavi hekim olarak çalışmaya başlamışlardır (Management of Cerebral Aneurysms Kitabında bölüm yazarlarının çalıştıkları servisler bunu açıkça göstermektedir).

Yasalara uygun olarak hastasının teşhis, tedavi ve müdahalesini bizzat kendisi yapan ve kateter işleminde radyoloji teknisyeninden yararlanan Kardiyoloji gibi bir yapılaşma ve klinikleşme süreci gerçekleşinceye kadar olan bu geçiş döneminde müdavi hekim (Nörolog, Nöroşirürjiyen, Gastroenterolog, Genel Cerrah gibi) röntgen cihazından yararlanarak yapılacak müdahaleye yetkin ise bunu bizzat kendisi yapmalı, yetkin değilse ve radyolog yetkin ise ona yaptırmalı, ancak yasal sakınca olmaması için müdavi hekim işlem sırasında hazır bulunmalı ve hasta mutlaka bir servise yatırılmış olmalıdır. Ülkemizde gerçekten kendini yetiştirmiş, yurt içi ve yurt dışı bilimsel platformlarda kendilerini kanıtlamış Radyolog, Nörolog (International Stroke Congress'inde Uluslar arası Çok Merkezli Çalışmamız ektedir)ve Gastroenterolog gibi müdavi hekimler bulunmakta ve özelleşmiş Radyologların da dahil olacağı servisleşme sağlanıncaya kadar bunların emeklerini, deneyim ve bilgilerini göz önünde bulundurarak müdahaleli işlemlerini yapmaları devam etmelidir. Mevcut yasa, tüzük veya yönetmelikler de buna uygun durumdadır.

4. Tedavi Yardımı Bütçe Uygulama Tebliğinin 2003 tarihli her uzmanlık dalının yaptığı işlem ilgili uzmanlık dalında yer almakta idi. Buna rağmen Fakültemizde Nörolojinin bizzat

yaptığı her işlem Nörolojiye ücretlendirilmekteydi. Tebliğin 2004 tarihli olanında tıbbi işlemler sadece isim şeklinde sıralanmakta ve uzmanlık dallarına göre ayırım yapılmamaktadır. Dolayısıyla işlemi yapana ücretlendirme yapılmaktadır (Tedavi Yardımı ilgili kısımlar ektedir).

5. Komisyon üyesi Doç. Dr. E. C. Nöroşirürji Uzmanıdır. Şu anda Nöroşirürjide Acil Kateter müdahalesi söz konusu değildir. Nöroşirürjinin Nöroradiyolojik müdahale istemleri, Nöroloji Acilinden farklı olarak sadece acil olmayan işlemler için söz konusu olmaktadır. Dolayısıyla Radyolojiye yaptırmakta oldukları bu işlemlerde Radyoloji ile bir sorun yaşanmaması doğaldır.

6. Komisyon olarak ilk yaptığımız toplantıda Doç. Dr. E. C.'dan sonra söz alışım ve "Klinikçi olarak bizler Röntgen ışını yayan cihazları kullanamayız ve talebimiz bu cihazları bizzat başına geçip kullanmak değildir. Biz klinikçiler hastalarımızın tanısı ve tedavisi için röntgen cihazlarından yararlanırız ve radyoloji uzmanı veya onun görevlendireceği teknisyenden gerekli göreceğimiz şekilde grafi çekmesini ve bize hazırlamasını talep ederiz." şeklindeki ilave konuşmam hazırlanmış olan tutanakta yer almamıştır. Eklenmesi gerekmektedir. Çünkü bu sözler, yasal bir saptamadır.

7. Kardiyoloji'nin müdavi hekim olarak teşhis, tedavi ve müdahale işlemlerini tek bir ekip olarak sadece kendisinin yapması, sürekli bir atılım ve gelişme içinde olmasında büyük bir rol oynamaktadır. Örneğin Tıp Fakültemizde en fazla yayın Kardiyoloji ekibi tarafından yapılmaktadır.

8. Komisyon olarak müdahale işlemlerini yapmakta olan Kardiyoloji, Pediatrik Kardiyoloji, Gastroenteroloji, Cerrahi Gastroentereoloji ve Göğüs Hastalıklarından birer Öğretim Üyesinin görüşünün de alınması önerim yerine getirilmelidir.

9. Uzmanlık Tüzüğü Yasa Taslağı hem Nöroloji'ye, hem de Radyoloji'ye Nöroradiyoloji Yan Dal Uzmanlığı hakkı tanımaktadır (Uzmanlık Tüzüğü Taslağı ektedir).

10. Her kurum kendi şartlarına göre bir olayı farklı farklı değerlendirmek durumundadır. Fakültemizde de konuyu Anabilim Dallarımızın durumuna göre etik, yetkinlik ve yasal yönleri ile değerlendirilmeli. Başka örnekler farklı şartlara göre oluşmuş olduğundan emsal olarak alınmamalı. Örnek alınacak yön, Dünya platformudur.

11. Nöroloji olarak 4 kişilik yetkin bir ekip olarak (Yetkinlik belgeleri ektedir) Anjiyo Merkezinde Kardiyoloji ve Pediatrik Kardiyoloji ile birlikte ve gün-saat bölüşüm programı yaparak yıllardır müdahalelerimizi bizzat kendimiz ve 24 saat her an acil uygulamalar dahil gerçekleştirmekteyiz. Ancak kullanılmakta olan Röntgen cihazı Serebral Uygulamalarda eksik parça içermektedir. Serebral uygulamalar için uygun olan cihaz Radyoloji Biriminde yeni devreye giren cihazdır. Bu nedenle çalışmalarımıza zaman zaman ve verilecek gün-saatte bu cihazdan yararlanarak devam etmek zorundayız. Bu zorunluluk bilimsel aktivitelerimizin devamlılığı ve hastalardan alınacak görüntülerin teşhis koymada ve müdahaleli tedavilerimizin sağlamlığı içindir.

12. Ayrıca "Radyoterapi, Radyom Ve Elektrikle Tedavi Ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun" un 7 nci maddesine baktığımızda;

Madde: 7 – Tabibler ve dış tabibleri muayenehanelerinde yalnız tedavileri altında bulunan hastalarda teşhis için kullanılmak üzere röntgen teşhis aletleri bulundurabilirler. Bulunduracakları ve kendilerinin kullanacakları bu cihaz ve aletleri iyi kullanmağa muktedir olduklarını bir vesika ile isbata veya bir mütehassis yanında en az üç aylık bir kurs veya staj yapmağa mecburdurlar.

Demektedir. Buna göre bir tabip sadece kendi hastalarında kullanmak şartı ile çalıştıkları yerde kendileri kullanmak üzere röntgen cihazı bulundurabilmektedirler. Buna dayanarak 1978 yılında Diyarbakır Tıp Fakültesinde görev yaparken Nöroloji Kliniğimizde 1000 mili amperlik çift planlı seriograf röntgen

cihazını kurmuş ve teknisyen yardımı ile 24 saat kateter işlemlerimizi yapmak üzere kurmuştuk.

Prof. Dr. T. K. : Ben konuyu son olarak şu şekilde sonlandırmak istiyorum;

Anabilim dalımızda diğer girişimsel işlemlerde olduğu gibi nöroradyolojik girişimler de yaygın şekilde geniş spektrumlu bir şekilde sunulmaktadır. SSK hastanesi devlet hastanesi ve civar illeri içine alan geniş bir alandan hasta kabulü söz konusudur. Hastanemiz de nöroşirurji anabilim dalının anjiyografi talepleri de bekletilmeksizin karşılanmaktadır. Nöroloji anabilim dalının bu konuda hizmeti yaygınlaştırmaya yönelik talebi ve uygulaması da bulunmamaktadır. Uygulamayı sadece kendi hastalarında gerçekleştirmek durumundadırlar.

Nöroloji anabilim dalının talebinin kabul edilmesi durumunda benzer durumda olan diğer anabilim dallarının da talepleri olacağı akıldaki tutulmalıdır. Nefroloji, renal anjiyografi, göğüs hastalıkları, pulmoner anjiyografi, gastroenteroloji mezenterik anjiyografi için talepte bulunabilir. Bu örnekleri neredeyse tüm anabilim dallarını içerecek şekilde yaygınlaştırmak mümkündür. Bu durumlarda anabilim dalımızın görev sınırı nasıl korunabilir ve hizmet bütünlüğü nasıl sağlanabilir?

Kardiyolojinin şu anki durumu için verilen örnek ise durumu izah etmemektedir. Kardiyoloji anabilim dalı, bu hizmeti yaygın olarak vermekte ve kardiyovasküler cerrahi gibi diğer branşların hastalarını da kabul etmektedirler. Ayrıca kardiyolojinin verdiği bu hizmet neredeyse tüm üniversite hastanelerinde yaygın olup hiçbir radyoloji departmanı bu hizmeti vermemektedir. Oysa nörolojide durum farklıdır. Türkiye’de hiçbir üniversite hastanesinde nörolojinin talep ettiği bu durumun uygulaması söz konusu değildir. Yani idari açıdan da böyle bir uygulamanın ilk kez kurumumuzda yapılmasına karar verilmesi, kurumumuzda bu konuda karar mercilerini hukuksal sorunlarla karşı karşıya bırakabilir.

Ayrıca anabilim dalımızda kullandığımız skopi aygıtı tek başına skopi uygulamaları için bile randevusuz hizmet vermeye yetersizken, kurumumuzun kısıtlı mali olanakları nedeniyle anabilim dalımızın özverisi olarak kabul edilebilecek bir şekilde aynı aygıtlı anjiyografi, girişimsel radyolojik çalışmalar ve tüm skopik uygulamalar için kullanılabilmesi alt yapısı oluşturulmuştur.

Anabilim dalımız hastaları için nörolojinin çalışmalara eşlik etmesine karşı değildir. Hatta nöroloji anabilim dalının bir üyesinin tamamıyla bu alanda görevlendirilmesi söz konusu olursa, bu şekildeki bir uygulama da anabilim dalımız bünyesinde kabul edilebilir. Zira verilmesi gereken bir hizmetin kimin tarafından verildiği değil, uygun şekilde verilmesi önemlidir. Ancak bu şekilde iki ayrı departmanın aynı mekanda güç birliği değil de güç ayrıcalığı yapması tıbbi deontolojiye ve etiğe aykırıdır. Radyasyon güvenliği ve cihazın sorumluluğu ile birlikte, tüm nöroradyolojik uygulamaların ülkemiz çapında ve dünyada radyologlar tarafından yapılması yaygın olarak kabul görmüş bir uygulama olduğu da göz önünde bulundurularak anabilim dalımızın moderatörlüğünde işbirliğine açık olduğumuzu tekrar belirtmek isterim.

Yapılan işin ehli olmak ehliyet sahibi olmak söz konusu ise yukarıdaki örnekte olduğu gibi diğer kurum ve departmanlarca kabul edilen, uygulamaları kabul görmüş, ehliyet sahibi kişilerin bu işi yapması gerekmektedir. Bu uygulama için hem kurum içinde hem ülke bazında kabul gören, yasal sorunlarda kurumumuzun zor durumlarla karşılaşmaması için ehil olan, ehliyet sahibi kişilerce bu hizmetin verilmesi uygun olacaktır.

Doç. Dr. S. D.: (Yeni yazılı bir ek metin iletmemiştir.)

Doç. Dr. T. E. C.: Daha önce belirttiğim görüşlere aynen katılmaktayım.

DİĞER ANABİLİM ve BİLİM DALLARI: Görüşlerinin alınması için dosyanın aşağıdaki Bilim Dallarına iletilmesi planlanmıştır.

YAZILAN YAZININ ÖZETİ AŞAĞIDADIR.

Sayın Anabilim ve Bilim Dalları Başkanlıkları,
İlgideki yazı gereği oluşturulan Komisyonumuz aşağıda belirtilen Anabilim ve Bilim Dallarının görüşlerinin alınmasını uygun görmüştür. Bu konuda iletmek istediğiniz görüşlerinizi yazılı olarak (tercihen Windows yazımı altında disket ile) 21 Mayıs 2004 tarihine kadar iletilmesini saygılarımla arz ederim.

Sayın Komisyon Üyeleri
Aşağıda iletilen Komisyon Raporuna katkılarınız, görüşleriniz veya katılıp, katılmadığınız yanları dahil, iletmek istediğiniz her türlü hususlar için sunulmaktadır. 21 Mayıs 2004 tarihine kadar Komisyon Başkanlığına iletilmesini saygılarımla arz ederim.

Prof. Dr. M. A. A.

GİRİŞİMSEL NÖROVASKÜLER UYGULAMALAR KOMİSYON ÜYELERİ:

- Sayın Prof. Dr. M. Arif AKŞİT (Başkan)
- Sayın Prof. Dr. G.Ö.
- Sayın Prof. Dr. T. K.
- Sayın Doç. Dr. S. D.
- Sayın Doç. Dr. T. E. C.
- ANABİLİM ve BİLİM DALLARI
- **Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı**
- **Pediyatrik Kardiyoloji Bilim Dalı Başkanlığı**
- **Gastroenteroloji Bilim Dalı Başkanlığı**
- **Cerrahi gastroenteroloji Bilim Dalı Başkanlığı**
- **Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı**

NOT: 7 Mayıs 2004 tarihli süreç sonunda gelen görüşler RAPORA eklenerek üyelere gönderilmiştir. Ayrıca Prof. Dr. G.Ö. 'in talebi üzerine bazı bilim dallarına da bu yazılar iletilmiş ve görüşlerini iletmeleri istenmiştir. Tüm görüşler ortaya konduktan sonra cevap niteliğinde olmak üzere, iletilecek bir konu kalmayınca kadar, yazıların karşılıklı iletilmesi şeklinde yazışmalar sürdürülecektir.

Kardiyoloji Anabilim Dalı: (Yazılı metin, 7.06.2004 tarihli cevap): **OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURUL BAŞKANLIĞINA**, Anabilim Dalımıza, etik kurulumuz tarafından 2004/130 sayılı yazı ile girişimsel nörovasküler uygulamaların nasıl ve hangi anabilim dallarınca yapılması konusunda görüş belirtilmesi istenmektedir.

Bilindiği üzere invazif girişimler, yapılan işlemin özelliğine bağlı olmak üzere, az ya da çok, hastaya morbidite ve mortalite riski yükleyen işlemlerdir. Burada temel amaç, hastanın mevcut imkanlar dahilinde en iyi şartlarda girişime alınarak en düşük risk ihtimali içinde işlemi gerçekleştirmektir. Bu amaçla, gerek endikasyon koyarken, gerek işlemi uygularken ve gerekse işlemden sonra hastanın yakın takibini yaparken, ilgili konuda yetkili ve en deneyimli elemanlardan (hekim, hemşire, teknisyen) meydana gelen bir ekibin oluşturulması esastır.

Hastaya, herkesin bildiği gibi, invazif girişimin endikasyonunu ilgili hekimi koyar. Bu konuda hekimin gerekli bilgi ve deneyimi bulunmalı ve alınan risk ile elde edilecek yarar arasında, yarar lehine ağırlık bulunmalıdır.

Yapılacak invazif girişimi ise, ilgili konuda yeterli eğitimi ve tecrübesi olan, hastayı yakından tanıyan, olası komplikasyonlardan haberi olup bunları süratle tanıyabilen ve tedavisini yapabilen bir hekim gerçekleştirmelidir. Bu tarife en iyi uyan ise bir klinisyen

hekimdir. Bu klinisyen aynı zamanda ilgili invazif girişim için de yeterli eğitime sahip olmalıdır. Bu eğitimin ne olduğu ile ilgili yeterli kaynaklar, yurtdışında oluşturulmuş klavuzlarda mevcuttur. Yapılan invazif girişim sırasında, soruna neden olan lezyonun tanınması da yine, hastayı bilen, takip eden hekim tarafından hem daha doğru hem de daha hızlı bir şekilde mümkün olabilir. Zaman zaman, invazif girişim sırasında saptanan lezyona yine invazif olarak müdahale etmek gereği ortaya çıkabilir ve buna da karar verecek olan, yine hastanın takip ve tedavisinden sorumlu hekim olup, bir başka hekimin bu duruma müdahale etmesi söz konusu olamaz. Çünkü, bu durumda medikal-cerrahi- girişimsel tedaviler arasında seçim yapabilme durumunda olan hekim hastayı takip ve tedavi etmekte olan hekimdir. Bu konudaki en doğru kararı ancak hastayı ve hastalığı bilen hekimin verebileceği aşikardır. Yapılan işlem sırasında görüntüleme teknikleri ile ilgili olarak, diğer anabilim dalının (görüntüleme ile ilgili) yardımları alınabilir. Görüntüleme sisteminin kullanılması, daha kaliteli görüntülerin daha kısa zamanda elde edilmesi bu sayede mümkün olabilir. Ayrıca bu, sistemin idamesinin sağlanması açısından da gerekli olabilir.

Yapılan invazif girişimden sonra ise, hastanın belirli bir süre yakından tıbbi takibinin yapılması şarttır. Bu dönemde hasta, özel eğitilmiş hekim ve hemşire grubunun kontrolü altına alınmalıdır. Bu dönemde hasta hem vital fonksiyonları açısından, hem de yapılan işlemle ilgili girişim yeri ve sistemik komplikasyonlar açısından izlenmelidir. Örneğin, girişim yerinde kanama, hematoma, fistül gelişimi, sistemik olarak piretik veya allerjik reaksiyonlar, renal fonksiyonlar, kan basıncı ve nabız takibi, ayrıca müdahale edilen organla ilgili komplikasyonlar açısından özenle izlenmelidir. Bu izlemlerin de, bir klinik ortamında yapılması gerektiği tartışma götürmez bir gerçektir. Ülkemiz şartlarında halen, çoğu merkezde invazif girişimler, hasta hastaneye yatırıldıktan sonra yapılmaktadır ve işlemten sonra da hastalar hastane şartlarında yeterli bir süre izlenmektedirler. Ancak, muhtemelen hasta yoğunluğu nedeniyle, bazı yataklı klinik özelliği olmayan merkezlerde, hastalara hastaneye yatmadan (ayaktan) bu girişimler uygulanmaktadır. Bu durumda, hastanın girişim sonrası takibinin olmaması nedeniyle, önemli sorunlar oluşabilme riskinin artmasının beklenmesi doğaldır.

İnvazif girişimlerden beklenen komplikasyonların çok farklı olabilmesi nedeniyle, girişimi yapan ekibin diğer disiplinlerle de işbirliği içinde olması en idealidir. Örneğin, girişime bağlı olarak gelişebilecek büyük bir kanama, büyük arter diseksiyonları, trombüs gelişimine bağlı akut arter tıkanmaları gibi sorunlar için kalp damar cerrahisi, olası ani ölümler nedeniyle reanimasyon ekibi ihtiyacı gibi. Bu nedenle, işlemlerle ilgili olarak bu bölümlerle önceden bir protokol hazırlanması ve en uygun işbirliğinin sağlanması gereklidir.

Pediyatrik Kardiyoloji Bilim Dalı: (Yazılı metin) 27 Ağustos 2004

Herhangi bir girişimin ya da bahis konusu tedavi ve teşhis yönteminin birden fazla birimde uygulanması ile ilgili olarak meydana gelen problemin çözümü çok yönlü olması nedeniyle karmaşık ve o derece zordur.

Olayı hukuksal bilimsel ve etiksel olarak değerlendirmek gerekir.

Yasal olarak değerlendirildiğinde; yönetmelikler ve mevzuat neyi emrediyorsa öyle karar vermek gereklidir. Bunun dışına çıkmak mümkün değildir. Burada en önemli sorumluluk ve yetki yönetime aittir. Başka diğer bütün görüşler tavsiye veya öneri mahiyetinden başka değeri yoktur. 1997 de Fakülte Yönetim Kurulunun aldığı karar ile 2003 yılında aldığı kararda klinisyenin istemesi halinde invazif girişimi yapmasında herhangi bir sakınca bildirilmemiş, fakülte yönetim kurulunun bilimsel, etik ve yasal yönden yapacağı değerlendirme sonucuna göre karar verileceği belirtilmiştir. Buna

rağmen olayı bir komisyona havale edip görüş aldıktan sonra karar verme politikası olayın karmaşık ve çok çetrefilli olduğunu teyit etmektedir.

Yetkilendirilmiş, yetki almış ve ehliyeti olan herkesin yetkileri dahilinde görev ve sorumluluklarını yerine getirmesi en doğal hakkıdır. Hiç kimsenin yetki alanı başka bir yetki alanı ile çatışmamalı, çatıştırılmamalıdır. Ancak bunu her zaman keskin hatlarla ayırmak mümkün değildir. Komisyonun kabul ettiği algoritma uygulanması halinde sorun çözümlenmiş demektir.

Açıkçası Türkiye ve Dünyadaki uygulamalar hakkında herhangi bir araştırmam yok. Bize yol gösterici olabilecek bir yaklaşım da Türkiye ve Dünyadaki uygulamalar dikkate alınarak bir yöntem saptanabilir.

Sonuç olarak; Konu karmaşık ve zor olmakla beraber yasal, etik ve bilimsel olarak değerlendirildikten sonra karar verilmelidir.

Dr. Zubeyir KILIÇ

Cerrahi-gastroenteroloji Bilim Dalı:

(Sözel olarak yazılı metin iletmeyeceği öğrenilmiştir.)

Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı: (Yazılı metin.)

Girişimsel Tanı ve Tedavi Yöntemleri Uygulama Konsensusu Oluşturma Komisyonu Başkanlığı'na, 21.05.04.

Komisyon başkanlığı tarafından 18.05.04 günü gönderilen ve 21.05.04 tarihine kadar görüşlerin iletilmesi istenilen 2004/130 sayılı toplantı tutanakları ve ilgili dökümanlar incelenmiştir.

Anabilim Dalı'mıza ait konuyla ilgili görüşler aşağıdadır.

1) Sorun sadece üniversitemize özgü olmadığı için, komisyonun bu konuda karar değil de görüş ve öneri bildirebilmesi için diğer üniversitelerdeki uygulamaların da incelenmesi gerekir.

2) İnvazif işlemler esnasında olabilecek komplikasyonlarla baş edebilmek için multidisipliner yaklaşım gereklidir. Bizce, invazif işlemlerin yapıldığı hastane içinde, oluşabilecek tüm komplikasyonlarla mücadele edebilecek bir ekibin bulunması ve haber verildiğinde kısa zamanda müdahale edebilecek şekilde bilgilendirilmiş olması uygundur.

3) İşlemler konusunda yetkinlik belgesi konusu ise çok tartışmalıdır. Elbette bu konuda yan dal uzmanlığı veya ehliyetli olduğunu gösteren belgenin varlığı önemlidir. Ancak yetişmiş eleman sıkıntısının çekildiği ülkemizde, bu konudaki tek yetkili kişi, elinde belgesi olanı demek çok zordur. Ayrıca sözkonusu konuda yeni belirlenmiş bir yan dal uzmanlığı da yoksa, kişinin çalıştığı uzmanlık ile ilgili Uzmanlık Belgesi'nin olması o konudaki yeterliliğinin de bir göstergesi sayılmalıdır.

4) Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'nın Radyoloji bölümü ile ilgili tanı yöntemleri konusundaki ortak çalışmaları aşağıdaki başlıklarda gerçekleşmektedir:

a. Transtorasik plevra ve akciğer biyopsileri: Parankim biyopsileri genelde Prof. Dr. T. K. tarafından, plevra biyopsileri ise bizim tarafımızdan yapılmaktadır. Biyopsilerde herhangi bir sorunla karşılaşılmamaktadır. Hastalar genelde göğüs hastalıkları kliniğinde yatarken bu işlemleri yapılmakta ve komplikasyon gelişirse tarafımızdan takibi yapılmaktadır.

b. Pulmoner arter anjiyografileri ise Prof. Dr. T. K. tarafından yapılmakta ve gerektiğinde bölümümüzden bir öğretim üyesi gözetmen olarak işlem esnasında anjiyografi odasında hazır yapılmaktadır.

c. Venöz tromboemboli profilaksisi için inferiyor vena kavaya nadiren filtre takılması veya damar embolizasyonu gibi işlemler gerektiğinde Prof. Dr. T. K. tarafından bu işlemler bekletilmeden yapılmaktadır. Bu konuda da herhangi bir sorunla karşılaşılmamıştır.

Bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. M. S. E.

Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı

KARŞILIKLI CEVAPLAR 2:

Komasyon görüşleri imzaya açmadan önce, karşılıklı son sözlerde cevap hakkını taraflara vererek aşağıdaki notlara yer vermiştir.

Prof. Dr. M. A. A.: Yukarıda sunulan üst uzmanlık dallarının farklı bilim dalları tarafından da yapılacağı olanaklı kılınması modern Dünyada sıklıkla gözlenen bir durum olmaktadır. Bu konu Tıp Fakültelerinde sıklıkla rastlanan bir durum olmasına karşın, karmaşanın rastlandığı ortamda burada olmaktadır. Bir biyolog, östrojen ve progesteron hormonları konusunda doktora ve hatta profesör bile olabilir, Nobel ödülü bile alabilir, ama hastaya reçete yazamaz. Bir pratisyen yazabilir. Burada temel bilgi değil, yaklaşımsal boyuttur. Bu açıdan Tıp Fakültelerinde hekim diploması olmadan çalışan birçok öğretim elemanı vardır. Bir hekim eğitim fakültelerinden de diploma almasında sakınca olamaz. Bir nörolog, psikiyatri eğitimi ile nöro-psikiyatr olabilir. Eskiden bu şekilde olması, bunun olasılığını ispat etmektedir. Dâhiliyeden kardiyolog olabilme yolu kapatılmamalıdır. Burada temel unsur, bilimsel eğitimin alınması şart koşulmasıdır. Birçok hocamızın hem çocuk, hem radyolog olduğu bilinmektedir. Diploma eğitimi ile, üst uzmanlık, sertifika eğitimi, tecrübe kazanma yaklaşımları eğitsel açıdan mukayese bile edilemeyecek bir boyuttur. İki yıllık yükseköğretim eğitimi ile 4 yıllık eğitim birbiriyle karşılaştırılmamalı, karşılaştırılmamalıdır. Sağlık eğitiminde 4 yıllık olan, hemşirelik, eczacılık dahil, birçok bilim dalları, hatta fakülteler olmasına karşın, hasta-olgu-fenomen birdir. Buradaki durum, eğitsel süreçtir. Bilimde belirli eğitsel süreci başarı ile yapanlar, birbirleri ile etkileşim içinde olabilmesi, zamanımızda olağan görülen bir durumdur. Daha önce belirtildiği gibi tıp fakültelerinde, dâhiliye ve cerrahi eğitimleri temel alındıktan sonra uzmanlaşma yapılmakta idi. Zamanımızda doğrudan uzmanlaşmış hekim, beyin cerrahisi, çocuk cerrahisi dallarında uzmanlık verilmektedir. Buna karşın, ilgili dallarda rotasyonlar konulmaktadır. Bu açıdan bireylerin eğitimi daha az olduğu değil, daha özgün, daha dar ve hedefe yönelik eğitimin amaçlandığı görülmektedir. Buna karşın, tüm bireyler fark derslerini vererek yatay geçiş yapmaları veya belirli konularda başarılı olmaları ile yükselmeleri mümkün kılınmaktadır. Burada temel alt yapı, yapılacak işleme uygun eğitim almaktır. Peşin yapamaz yaklaşımı değil, yapabilmesi eğitimle olanaklı kılınmaktadır. Yapılan yaklaşımda alınacak/verilecek eğitimin yeterli olup olmadığı tartışılmalı, yoksa imkânlı veya imkânsız olduğu şeklinde değerlendirme yapılmamalıdır.

Prof. Dr. G.Ö.: TIBBİ MÜDAHALELER KOMİSYON BAŞKANLIĞINA,
21 Mayıs 2004,

Prof. Dr. T. K. 'nın komisyon başkanlığına göndermiş olduğu ve komisyon üyesi olarak tarafıma göndermiş olduğunuz yazıyı okuyunca hem çok şaşırdım, hem de Radyologlar nihayet doğruyu bulmuş diye sevindim. Çünkü son 2 yıl içinde toplam 3 defa bir araya gelip görüştüğümüzde Radyoloji ekibi olarak Sayın Kaya ve Doç. Dr. Baki Adapınar'a ilettiğimiz görüşümüzün aynısının yazılmış olduğunu gördüm. Bizim de Nöroloji'nin Nöroradyoloji ekibi olarak önerimiz "Ortak amaç olan Endovasküler girişimleri Nöroloji ve Radyoloji ekipleri olarak bir arada ve sen yapma, ben yapacağım demeden, homojenleşmiş ve kısır bir yarışmadan uzak, tek amacı hastaya faydalı olmak ve Fakültemizi en iyi şekilde temsil

etmek olan güç birliktir çalışmaktı. Nedense bu açık ve yapıcı önerimiz her defasında Radyoloji ekibi tarafından ret edilmiştir. Hatta önerimizi yazılı bir protokol ile pekiştirmeyi ve kuralları yazılı olarak belirleyip taahhüt etmeyi bile teklif etmiştik. Bizim bu güç birliği önerimizi ret etmekle kendileri “Birlikte değil, sadece biz” demekle güç ayrılığı yapmışlardır.

Sayın Kaya'nın ifade ettiği gibi Nöroloji ekibi olarak biz sadece kendi hastalarımıza invazif müdahalelerimizi yapıyor, başka kliniklerin bizden olan isteklerini çoğunlukla red etmiş ve Radyoloji ekibine bırakmışızdır.

Sayın Kaya, “Kardiyoloji ile Nöroloji'nin durumları aynı değildir, tüm Ülkemizde endovasküler müdahaleleri yaygın olarak kendileri yapmakta, Radyoloji'den onların işlemlerini yapan bulunmamaktadır. Nörolojide ise böyle bir yaygınlık yoktur, Radyoloji bu işlemleri yaygın olarak yapmaktadır.” diyerek bir gerçeğe değinmiştir. Gerçek şu: Güç kimde ise uygulama yapma onun tekeline kalmaktadır. Kardiyoloji güçlü olup, Radyoloji onunla baş edemediği için müdahale konusuna Kardiyoloji sahip olmuştur. Şimdi ise Radyoloji, Nöroloji'den daha güçlü olduğu için onların müdahalelerine el koymaktadır. Yasalar ise bu hakkı doğrudan ve tam olarak bunu Radyologlara vermemektedir.

Son yıllarda acil tıbbi müdahalelere ilişkin gelişmeler daha da artmakta ve tüm Dünya'da olduğu gibi ülkemizde de Nöroloji ekibi ve müdavi hekim sorumluluğunda olan hekimler olarak ilk 6 saatte Acil endovasküler müdahale yapabilecek bir yapılanmaya gitmek zorundayız. Bu nedenle halen kateterli serebral anjiyografilerimizi yapmakta olduğumuz ve bazı yönleri ile yetersiz kalan kardiyoloji anjiyografi cihazının yerine Radyoloji'de bulunan cihazdan yararlanmayı talep ettik. Acil ekip olarak bu işlemlerin gerçekleştirilebilmek için ekibin en az 4 kişiden oluşmuş olması kaçınılmaz olup, Nörovasküler Acil işlemleri değerlendirirken olayın bu yönünü de değerlendirmek kaçınılmazdır.

Diğer taraftan çıkacak Malpraktis yasa Müdavi Hekim sorumluluğunu yasal zemine oturtacağı için invazif müdahalelerin klinikçiler tarafından öncelikle ve bizzat yapılmasını gündeme getirecek veya hastanın başında olma mecburiyetini zorlayacaktır. Çünkü Malpraktis yasa ve şimdiki yasalar, klinikçi olmayanın hastaya tek başına invazif müdahalesine müsaade etmemektedir.

Sayın Kaya'nın dediği gibi endovasküler Nöroradiyolojik girişimler sadece Radyologlar tarafından değil ayrıca Nörolog, Nöroşirürjiyen, Kardiyolog ve Vasküler cerrahlar tarafından ve kim daha güçlü ise o ekip tarafından yapılmaktadır. Bu kargaşalığın önlenmesi amacıyla tüm Dünya'da Endovasküler müdahalelere özelleşmiş Nöroradiyoloji veya Vasküler Servisler şeklinde bir yapılaşma ve bu işlemleri yapacakların klinikçi olmaları temeline yönelmeye başlanılmıştır. Bu bağlamda örneğin Nöroradiyoloji eğitimi iki yönlü olmakta, nörolog veya radyolog kökenli nöroradiyolog klinikçi olarak çalışma durumuna kavuşmaktadır. Böylece de yasal eksiklik giderilmiş olmaktadır. Yani şimdiki gibi Endovasküler müdahale için yetkin hale gelmiş Radyologların, klinikte çalışıp hastanın bizzat müdavi hekimi konumunda olmadan, müdahale yapma konuları önümüzdeki yıllarda tarihe karışacaktır.

Bizim de önerimiz bu yapılaşma yaygınlaşmaya ve gerçekleşinceye kadar, bu geçiş döneminde sağlık kurumlarının kendi ekiplerinin durumuna göre mevcut potansiyellerini değerlendirmek üzere kendini yetiştirmiş, yetkin, deneyimli ve bilgili öğretim üyelerinden yararlanmak, sen-ben kısır çekişmesine girmelerine müsaade etmeden ortak ve güç birliği yapmak üzere organize edecek kurullar koymalarıdır. Bu ekiplerden yetkin olan klinikçi ise (Kardiyolog, Nörolog, Gastroenterolog, Cerrah, Göğüs Hastalıkları Uzmanı, Nöroşirürjiye gibi) Radyolojiden yararlanabilmeli, yetkin ekip sadece Radyolog ise klinikçi ile kaynaşmış tek bir ekip halinde ortak bir güç birliği oluşturmalı, belli bir konuda yetkin ekip hem

klirikçi, hem de Radyolog ise bu iki ekip de tek bir ekip halinde birleşmeli ve sen-ben kısır çekişme ilkelliğine girmemelidir. Çünkü önemli olanın hasta yararlılığı ve kurumun verimli işleyişi olduğuna inanıyorum.

SON SÖZLER: (10 Eylül 2004 tarihli)

Komisyon görüşleri imzaya açmadan önce, karşılıklı son sözlerde cevap hakkını taraflara vererek aşağıdaki notlara yer vermiştir.

Prof. Dr. G.Ö.: Son sözler olarak şu eklemeleri yapmıştır:

Konu, Radyoloji Uzmanlığının sorumluluğundaki **X ışını yayan Röntgen cihazlarından** olan ve invazif işlemlerde kullanılan cihazların bizzat kullanılması değil, klinik hekimi olan müdavi hekimin radyoloji teknisyeni veya uzmanının cihazı kullanıp teknik destek vermesi sırasındaki uygulamaların kurallarının belirlenmesidir.

Yasalar, invazif işlemlerde müdavi hekimi sorumlu tutmaktadır. Buna dayanarak kardiyoloji ve bazı hastanelerde Nöroloji, Nöroşirürji, Pediyatrik Kardiyoloji, Gastroenteroloji, Kadın-Doğum ekipleri bu haklarına dayanarak invazif işlemlerini Radyoloji ekibinden teknik destekle bizzat yapmaktadırlar.

Tüm Dünya'da ya klinikçiler radyoloji üst ihtisası yaparak veya radyologlar belirli klinik üst ihtisaslar yaparak yasalar karşısındaki eksikliklerini tamamlamakta ve "**Vasküler klinik merkez**" ler halinde bir yapılanmaya yönelmekte ve bu çift uzmanlı hekimler bu yataklı birimlerde çalışmaktadırlar. Yani burada hem radyolog, hem de müdavi hekim olarak klinikçi radyolog veya radyoloji eğitilmiş klinikçiler invazif işlemleri yapmaktadırlar.

Tüm Dünya'da olduğu gibi Ülkemizde de yıllardır invazif işlemleri yapan ve oldukça deneyimli hale gelmiş hem klinikçi, hem de radyolog ekipler bulunmaktadır. Yeni yapılanma yaygınlaşınca ve eski deneyimli ekipler eriyinceye kadar bu eski ekipleri en iyi şekilde değerlendirmek en akılcı ve vefalı yoldur. Bu çalkalanma sorunu en çok Nörolojik Bilimlerde (Nöroloji-Nöroşirürji) ve Kalp-Damar Cerrahisinde yaşanmaktadır. Birçok Ülkede Kalp-Damar Cerrahileri Kardiyologlar gibi invazif işlemleri bizzat kendileri yapmakta, bazı ülkelerde de bu çift ihtisaslı merkezler şeklinde yapılanmayı gerçekleştirmektedirler. Nöroloji ekibi de ilk 6 saatte ACİL UYGULAMALI YENİ TEDAVİLER nedeniyle bu yeni yapılanmaya ayak uydurmak zorundadır. Bu acil invazif işlemlerin ortaya çıkışı nedeniyle, Nöroloji'nin konumunun, acil olmayan işlemleri Radyologlara yaptırmakta olan Göğüs Hastalıkları veya Nöroşirürji gibi birimlerden çok çok farklı bir yaklaşımla değerlendirilmesi zorunludur.

Yeni yapılanma gerçekleşinceye kadar olan bu geçiş döneminde bir hastanede invazif işlemler için öncelik müdavi hekimin olmalı ve Radyoloji teknik destek vermeli, bu invazif işlemler için yetkin bir müdavi hekim ekibi yoksa ve Radyoloji ekibi buna yetkin ise ancak bu işlemleri yine müdavi hekim nezaretinde olmak koşulu ile Radyoloji ekibi yapabilmelidir. Aynı hastanede her iki ekip de yetkin durumda ise ortak bir çalışma ekibi oluşturma olgunluğunu göstermeli ve ORTAK ACİL ANJİYO EKİPLERİ oluşturmalıdır. Böylesi ortak bir çalışma ekibi oluşamayacaksa, müdavi hekim ekibi sadece kendi hastalarının invazif işlemlerini yapmalı, kendisinin sorumlu olmadığı başka klinik hastalara karışmamalıdır (1 Eylül 2004).

Prof. Dr. M. A. A.: Yukarıda görüşlerin kanımca aşağıdaki ilkeler şeklinde toparlanabilir.

- *İşlem ortak sorumluluk gerektiren yaklaşımdır.* (Konsültasyon şeklinde danışmanlık değil, ameliyatta cerrah-anestezi sorumluluğu gibi ekibin müteselsil sorumluluk kapsamındadır. Sorumluluk ve yetki tek elde toplanamaz.)
- *Hekimlik ve uzmanlık bir yasal yetkilendirilmedir.* (Bu kapsam genişletilemez, laboratuvar ve klinik yönetme yetkileri farklıdır)

- Uzmanlık belgesi yanında cihazı kullanma/işlemi yapma yetkinliği farklıdır. (Yetkinlik/kullanım belgesi olmalıdır. Makine mühendisi araba kullanmak için ehliyet almalıdır. Radyasyon konusunda tıpta tek yetkili Radyodiagnostik, radyasyon konusunda Nükleer Tıp Anabilim Dalları olmaktadır. Bu açıdan ekibin içinde Radyodiagnostik Bilim Dalının olması zorunludur.)
- İşlem için cihaz ve ortamın standartlara ve yasal açıdan uygunluğu gereklidir. (Teknisyenler yaptıkları işlemin sorumluluğunu alabilecekler tarafından denetlenebilir. Fazla şua alınma/verilme durumunda teknisyenler sorumlu tutulmasından önce, onlara bu görevi verenler ki Radyodiagnostik Bilim Dalı olmalıdır, ilk planda sorgulanırlar. Yönetmelik idari mekanizma ile denetleme mekanizması farklı olabilir)
- Sorunlar ve komplikasyonlara karşı tedbirler alınmadan işlem yapılamaz. (Acil cerrahi işlem yapılmayan veya acil cerrahi yaklaşım sorumluluğunu alacak birim olmadığı yerde girişim yapılamaz)
- Sorunların olma olasılığı olan eylemlerde işlemleri ekipler yapmaktadırlar.
- Hekimin hastasına yapılan işlemde en azından eğitim/bilgi edinme amaçları nedeniyle bulunması uygundur.
- Tüm işlemlerde hastanın bilgilendirilmesi ve onamın alınması şarttır. (Hekim seçimi aynı uzmanlık dallarında olabilir)
- Temel Uygulama Çekirdeği sabit kalmak üzere idari yaklaşımlar yapılabilir. (Eğer bir ortamda şüphe varsa, tüm yetkili ve yetkin olanlar ekibe alınarak sorun giderilir. İdari yetkilendirme ise farklı olabilir. İşlem ile idari yetkilendirmenin uygunluğu normalde beklenir ama zorunlu değildir. Eski ve yeni yapılandırmadaki ayrıcalık temelde bu noktada olduğu düşünülmektedir.)
- Üniversiteler; eğitim, araştırma, uygulama ve danışmanlık veren bilimsel merkezlerdir. (Ekiplerdeki eksiklikler karşılıklı eğitim ve etkileşimle giderilebilir)

Yukarıda belirtilen Komisyon toplantı tutanaklarının, Tıp Fakültesi Dekanı, Sayın Prof. Dr. E. G. arz edilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. M. A. A. Etik Kurul Başkan Yardımcısı	Prof. Dr. G. Ö. Nöroloji Anabilim Dalı	Prof. Dr. T. K. Radyodiagnostik Anabilim Dalı
Doç. Dr. S. D. G. K. Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Doç. Dr. T. E. Ç. Beyin Cerrahisi Anabilim Dalı	