

Sağlık Hakkından Hasta Haklarına...



Tıbbi etiğin temel konularından biri olan hasta-hekim ilişkisinin etikten hukuka doğru yeniden düzenlenen bir unsuru olan hasta hakları, ilgili çevrelerin üzerinde büyük ölçüde uzlaşarak daha da ayrıntılandırmaya çalıştığı çeşitli hakları kapsar. Uluslararası düzeyde yürütülen hasta hakları çalışmaları, aslında, her geçen gün daha da karmaşıklaşan tıp teknolojisi ve buna bağlı olarak geliştirilen sağlık sistemlerinin uzantıları arasında sıkışarak, daha zor bir konuma sürüklenen bireyin (hem hasta hem de hekim), temel insan haklarını güvence altına alma çabasıdır. Konuyla ilgili tartışmalar bu bağlamda değerlendirildiğinde, hasta hakları tüm toplumun katılımına açılması gereken bir alan olarak belirginleşmektedir. Bu açılmanın, hasta hakları tartışmasını "hekimlerin entelektüel ayrıcalığı" olmaktan da kurtaracağı düşünülmektedir.

TEMEL insan haklarının en yenilerinden biri olan sağlık hakkı, kişinin, sağlığının korunması ve geliştirilmesini sağlayan hakları şeklinde tanımlanmakta olup, üç ana unsurla açıklanabilir. Birbirleriyle bağlantılı olarak gelişen bu unsurlardan birincisi çevre sağlığı, koruyucu hekimlik, ana-çocuk sağlığı, aile planlaması ve sağlık eğitimi gibi temel sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve bunların uygulamada da güvence altına alınmasıdır. İkincisi, gerekli tıbbi bakım ve tedavi olanaklarının sağlanması ve bunların ulaşılabilirliği, kalitesi ve adil bir biçimde sunumudur. Üçüncüsü ise, toplum sağlığı güvencesinin verilmesi ve bu güvencenin toplumun tamamını kapsayacak biçimde yaygınlaştırılmasıdır.

İşte, Dünya Sağlık Örgütü'nün son 15 yıldır yaygınlaştırmaya çalıştığı "2000 Yılında Herkes İçin Sağlık" çağrısı, sağlık hakkının bu ana unsurlarının evrensel olarak kabulü ve yaşama geçirilmesi hedefini ifade etmektedir.

Sağlık hakkının gerektirdiklerinin, aralarında gelişmiş ülkelerin de bulunduğu geniş bir kesim için henüz tam anlamıyla gerçekleştirilememiş olduğunu görüyoruz. Sağlık hakkı konu edildiğinde söz dönüp dolaşıp, giderek karmaşıklaşan sağlık sistemlerine ve bu sistemlerin dayandığı ekonomilere geliyor. Ancak, ülke ekonomilerindeki öncelikler, sağlık için yaşamsal olan unsurlarla her zaman çakışmıyor. Oysa, sağlık hakkı temel insan haklarından biridir ve insan hakları gökten zembille inmemiş, uyarlık tarihi boyunca çeşitli mücadeleler sonunda elde edilmiştir.

İster sağlık hakkının içinde değerlendirilsin, ister üçüncü kuşak insan hakları kapsamında tek başına ele alınsın, hasta hakları konusunun 1970'li yıllardan bu yana edindiği bağlam birçok açıdan son derece ilginçtir. Bu konuda en dikkate değer katkıyı, gerek küresel gerekse toplumsal olarak her geçen gün sağlığını yitiren dünyamıza yeni bir sağlık şansı sunan "herkes için sağlık" hedefi sağlamıştır. Hasta hakları kapsamı bize, "herkes için sağlık" hedefine ulaş-

mada, hastaları etkin birer unsur olarak sunmaktadır. Bu görüşten yola çıkan hekim ve diğer sağlık çalışanları ile hastalar, artık aynı örgütlenmeler içinde yer alarak, bu hakların hukuksal boyutuyla da güvence altına alınması çalışmalarında birbirlerine destek olmaktadır. Hem hekim hem de hasta bilmektedirler ki, birlikte çaba göstermeleri, yarının dünyasını bugünkünden daha sağlıklı kılacaktır.

Hasta hakları tartışması içinde kilit bir kavram olarak karşımıza çıkan tıbbi girişim, 'yasaların yetkili kıldığı sağlık personeli tarafından bireyin sağlığına yönelik olarak yapılan işlemler' şeklinde tanımlanabilir. Hukuksal bir boyut da taşıyan tıbbi girişim işlemleri, basit bir tıbbi gözlemden en karmaşık tanı işlemlerine ve cerrahi girişimlere dek çeşitlenir. Hekim, hastalığı önlemek ve ortadan kalkmasını sağlamak, tanı koymak, iyileştirmek, sakatlıkları en aza indirmek ya da gidermek gibi gerekçelerle çeşitli tıbbi girişimler yapabilir.

Kişinin beden bütünlüğüne müdahale niteliğinde bir eylem olarak da de-

ğerlendirilebilecek olan tıbbi girişimin, hukuksal ve etik olarak haklılık taşıyabilmesi için, bazı koşulların yerine getirilmiş olması gerekir. Hasta hakları, bu koşullar arasında önemli bir yer tutmaktadır.

Hastanın kendi bedeni üzerinde yapılan ya da yapılacak olan tıbbi girişimler konusunda bilgilendirilmesi, tüm sağlık çalışanlarının çok iyi bildiği bir koşuldur. Bu, örneğin, "Şimdi size bir iğne yapacağım" şeklinde kuru bir bilgi vermektense çok, "Şimdi size ağrınızı geçirecek X adlı bir ilacı sırtına edeceğim. İlaç tansiyonunuzu hafifçe düşürebilir, ama endişelenmeyin" şeklinde aydınlatıcı bir bilgi olmalıdır. Hekim ya da tıbbi girişimi yapan sağlık çalışanı, hastayı, bedeni üzerinde yapılan her türlü tıbbi girişim konusunda aydınlatmalıdır. Aydınlatma, aktarılan bilginin açık olmasını, yeterince anlaşılmasını, akla getireceği soruların yanıt bulmasını ve bu sürecin süreklilik taşımasını gerektirir. Hasta, genel sağlık durumu; hastalığı, hastalığının nedenleri ve seyri; tedavi seçenekleri, tedavinin etki ve yan etkileri gibi konularda da aydınlatılmalıdır. Verilen bilgi açık ve anlaşılır olmalı, hastanın bunları yeterli bir düzeyde anlaması sağlanmalıdır. Bu, kişinin *bilme hakkının* tanınması anlamına gelir. Eğer hasta, bu bilgiyi anlama yeterliğinde değilse, örneğin çocuksa ya da bilinci kapalıysa, yasal temsilcileri bilgilendirilebilir.

Bilme hakkı, uluslararası hasta hakları bildirelerinde ilk madde olarak ele alınmış ve tanımlanmıştır. Bilme hakkı ve karşılığında hekimin hastayı bilgilendirme yükümlülüğü ülkemizde, "Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi", "Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun", "İlaç Araştırmaları Yönetmeliği" gibi yasal metinlerde ifadesini bulmuştur.

Ancak, verilen bilginin hastanın bedensel ve ruhsal direncini kıracağı, hastalık süreçlerini kötüleştirerek biçimde etkileyeceği düşünülürken, bu bilgiler hastadan saklanabilmektedir. Geçmişte hekimlerin, sık sık bu gerekçenin ardına sığınarak, yasal sorumluluklardan kaçındıklarına tanık olunmuştur. Mahkemeler ise, hastanın bilgilendirilmemiş olmasından doğan hukuksal sorunları değerlendirirken, bu tür gerek-

çeleri, ender de olsa geçerli kabul etmiştir. Oysa bugün hukuk uygulayıcıları, bu konuda daha titiz davranmaktadır. Ancak, titiz davranmanın ötesinde varılması gereken nokta, kesin olarak yasalarla belirlenmiş bir uygulamadır. Bununla birlikte, hastalığıyla ilgili olarak hiçbir şekilde bilgi sahibi olmak istemeyen kişiler de vardır. Bu durum, hastanın *bilmeme hakkı* kapsamına girer. Kişi, kendisi hakkındaki bilgilerin kime verilmesini istediğini önceden belirtebilir; hekim de bu isteği yerine getirmekle yükümlüdür. Bilgilendirilme ya da aydınlatılmanın hasta için gerek insanlık onuru, gerekse sağlığı açısından son derece önemli olduğu açıktır. Hekim ise, hastasını eğiterek çağdaş tıp uygulamalarının en önemli yükümlülüklerinden birini yerine getirmiş olacaktır.

T.C. Anayasası'nın 17. maddesinde, "Tıbbi zorunluluklar ve kanunda



yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz" denmektedir. Hasta hakları kapsamında *onam* (rıza) şeklinde ifade edilen bu hak, tıbbi girişimden önce girişimle ilgili olarak kişinin rızasının alınması anlamına taşır. Ancak, alınan her onam geçerli değildir. Hasta ameliyata girerken aceleyle imzalatılan bir izin belgesi, eksik bir belge olarak kabul edilmekte ve yasal bir süreçte geçersiz sayılabilmektedir. Çünkü, alınan onamın geçerli olabilmesi için bazı koşulların sağlanması gerekir.

Hasta, onam verdiği konuda, yukarıda belirtildiği gibi önceden aydınlatılmış olmalıdır. Öte yandan, bilgilendirmenin aşırı bir yönlendirme çabası içermemesi, onam konusundaki gönüllülüğün korunması gerekir. Kişi onam verirken herhangi bir zorlamayla karşılaşmamalıdır. Önerilen tıbbi girişimin risklerinin saklanması ya da az gösteril-

mesi, yararların abartılması, hastanın onam vermeme yönündeki direncini kırmak amacıyla, ortaya çıkabilecek olumsuzlukların büyütülmesi de zorlama olarak kabul edilmektedir. Onamın geçerliliği açısından diğer bir koşul da, ilgili kişinin gerekli bilgileri anlayabilecek, değerlendirebilecek, karar verebilecek ve bunları uygulamaya koyabilecek yeterlikte olmasıdır. Bu nedenle onam yerine, çoğunlukla *aydınlatılmış onam* deyişi kullanılmaktadır. Yaygın kullanım bu olmakla birlikte, aydınlatılmanın koşullardan yalnızca biri olduğu, ayrıca gönüllülük ve yeterliğin de bulunması gerektiği dikkate alınarak, bu tür onama *geçerli onam* denmesini öneren araştırmacılar da vardır. Ayrıca, bir insanın beden bütünlüğünü ilgilendiren bu süreçler, açık bir biçimde belgelendirilmelidir.

"Hasta bilinci kapalı olarak acil servise geldi ve hemen ameliyat edilmesi gerekiyor; yakınları da yanında değil. Ne bilgi verebiliyoruz ne de onam alabiliyoruz. Bu durumda ne yapılması gerekiyor?"; ya da "Tansiyon ölçmek de bir tıbbi girişim olduğuna göre, bunun için de onam alınması gerekiyor mu?" şeklinde sorular akla gelebilir. Bu noktada, tek onam türünün aydınlatılmış ya da geçerli onam olmadığını, bunun yanı sıra *dolaylı onam* türlerinin de bulunduğunu belirtmek gerekiyor. Örneğin, muayene odasına giren bir hasta, hekimin çeşitli sorular soracağını ve muayene edeceğini bilmektedir. Buna karşı çıkmadığı sürece, rıza göstermiş, yani onam vermiş sayılacaktır. Bir diğer durum ise, safra kesesi hastalığı nedeniyle ameliyata alınan ve ameliyat sırasında bir başka organında, örneğin midesinde de bir tümör saptanan hasta örneğiyle açıklanabilir. Bu durumda cerrahlar, hastanın tedavi seçeneği olarak ameliyatı genişleterek mideyi açmayı ve tümörü almayı benimseyebilirler. Böyle beklenmedik bir biçimde karşılaşılan bu durumda, hastanın yasal temsilcilerinden onam alınması gerekir. Ancak, yasal temsilciler bulunamıyorsa ve olay da ertelenemeyecek ölçüde ciddiye, hastanın safra kesesi ameliyatıyla ilgili olarak verdiği onama dayanılıp, mide ameliyatı için de onam vereceği tahmin edilerek davranılmaktadır. Üçüncü bir örnek de, acil servise bilinci kapalı olarak getiri-

len bir hasta olabilir. Burada da hastanın en çok yararına olan tıbbi girişim, varsayılan onama dayanarak uygulanabilmektedir. Hekim, her zaman hastanın en çok yararına olan tıbbi girişimi uygulamakla yükümlüdür. Bu nedenle hekim, onam alınamayan acil durumlarda ne yapılacağına hastasının adına karar verme yetkisine de sahiptir.

Kişi kendisiyle ilgili kararları verebilecek durumda olmadığına, onam bir vekil aracılığıyla da verilebilir. Burada vekil, ya hastanın en çok yararına olan yönde ya da hastanın ne yapacağıni düşünerek karar verebilir.

ABD ve Kanada gibi bazı ülkelerdeki uygulamalara göre, onamın hastanın kendisinden alınmadığı bir durumla yüz yüze kalan hekim, hastanın haklarını kullanma yönelimi konusunda önceden hazırladığı belgelerden yararlanır. Örneğin, bu tür sorunları konu alan, "Hastanın Kendi Yazgısını Belir-

lemesine İlişkin Yasa", 1990'ların hemen başlarında, ABD'de yürürlüğe girmiştir.

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 13. Maddesinde, "Hiç kimsenin özel yaşamı, ailesi, konutu ya da haberleşmesine keyfi olarak karışılmaz; şeref ve adına saldırlamaz. Herkesin bu gibi karışma ve saldırılara karşı yasa tarafından korunma hakkı vardır" denmektedir.

Bugün tıp uygulamaları sırasında da uyulan *özel yaşamın gizliliği* ilkesi, kaynağını anayasalardan almaktadır. Örneğin, hastanın tıbbi kayıtları, rızası olmadan üçüncü kişilere aktarılamaz. Bu bilgilerin istatistiksel izlem, bilimsel araştırma gibi amaçlarla isimsiz olarak kullanılması ise düzenlemelere tabidir.

Günümüzün bilgisayar teknolojisi çeşitli sağlık kuruluşlarında, özel muayenehanelerde ve polikliniklerde kul-

lanılmaktadır. Dosya arşivi sistemine göre son derece hızlı ve daha güvenli kayıt olanağı sağlayan bilgisayar sistemine, hasta hakları bağlamında bakıldığında, özellikle gizlilik açısından çeşitli sorunlarla karşılaşılacağından endişelenilmektedir. Özel sağlık sigortasının yaygınlaşması ve giderek ağırlık kazanması, sağlık kuruluşlarının bilimsel, yönetsel, ekonomik yönden yoğun bir denetim altında bulundurulmasını gerektirir. Dolayısıyla, hasta kayıtlarının gizliliğinin yeterince korunamayabileceği kaygısı yaygınlaşmaktadır. Dünya Hekimleri Birliği, tıpta bilgisayarların kullanımı konusunu ele aldığı bir bildirisinde, yerel tıbbi veri bankalarının, merkezi veri bankalarına bağlanmaması gerektiğini önemle vurgulamaktadır. Aynı bildirmede, ulusal hekim birliklerinin de buna karşı çıkması gerektiği dile getirilmektedir. Hasta haklarının bu maddesiyle ilgili

2000 Yılında Herkes İçin Sağlık

1948'de Birleşmiş Milletler'e bağlı bir uzmanlık kuruluşu olarak yapılan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre sağlık, "yalnızca hasta ya da sakat olmamak değil, fiziksel, ruhsal ve toplumsal bakımdan eksiksiz esenlik durumu"dur. Kuruluş yasasıyla, toplumların "olabildiğince en yüksek sağlık düzeyine erişmesini sağlamaya yönelik geniş yetkilerle donatılan DSÖ, "2000 Yılında Herkes İçin Sağlık" hedeflerini, Avrupa Bölgesi'ne yönelik olarak aşağıdaki gibi saptamıştır:

* 2000 yılına kadar mahrumiyet içindeki grupların ve ulusların sağlık düzeyleri yükseltilerek ülkeler ve aynı ülke içindeki gruplar arasındaki sağlık düzeyi farklılıkları en az % 25 oranında azaltılmalıdır.

* 2000 yılına kadar herkese, sağlığını geliştirme ve bu durumunu sosyal ve ekonomik olarak iyi bir yaşama erişmede kullanma fırsatı verilmelidir.

* 2000 yılına kadar sakatlar, en azından sosyal ve ekonomik yönden doyurucu ve ruhsal yönden yaratıcı bir yaşam sürebilmeleri için gerekli fiziksel, toplumsal ve ekonomik koşullara kavuşturulmalıdır.

* 2000 yılına kadar kişilerin, belli başlı hastalıklara yakalanmadan sürdürdükleri ortalama ömür en az % 10 oranında uzatılmalıdır.

* 2000 yılında bölgede yerli kızamık, çocuk felci, yenidoğan tetanozu, doğumal kızamıkçık, kuşpalazı, doğumal frengi ve yerli sıtma vakası bulunmamalıdır.

* 2000 yılında bölgede, doğumda beklenen yaşam süresi en az 75 yıl olmalıdır.

* 2000 yılında bölgede, bebek ölüm hızı binde 20'nin altında olmalıdır.

* 2000 yılında bölgede, ana ölüm hızı en az 100.000 canlı doğumda 15'in altında olmalıdır.

* 2000 yılına kadar bölgede, 65 yaş altındaki grupta dolaşım sistemine bağlı nedenlerle olan ölümler en az % 15 oranında azaltılmalıdır.

* 2000 yılına kadar bölgede, 65 yaş altındaki grupta kansere bağlı ölümler en az % 15 oranında azaltılmalıdır.

* 2000 yılına kadar bölgede, trafik, ev ve iş kazalarına yönelik yoğun çabalar sonucu kazalara bağlı ölümler en az % 25 oranında azaltılmalıdır.

* 2000 yılına kadar, intihar ve intihar girişimlerinde mevcut artış tersine döndürülmelidir.

* 1990 yılına kadar bütün üye ülkelerde, sektörlerarası işbirliğini destekleyici ve kişilerin sağlıklı bir yaşam sürebilmeleri için gereken kaynakların ayırımını sağlayacak bütün sosyal, yönetsel ve ekonomik işlemler tamamlanmış ve halkın böyle politik kararların alınmasına her kademe etkin biçimde katılması sağlanmış olmalıdır.

* 1990 yılına kadar bütün üye ülkeler, sağlıklı bir yaşam biçimi geliştirmek ve sürdürülebilir için ailelerin ve diğer toplum gruplarının etkin rol almalarını sağlayıcı özel programlar hazırlamış olmalıdır.

* 1990 yılına kadar bütün üye ülkelerde, sağlıklı olma ve sağlıklı kalma konularında kişileri güdüleyecek, onlara bilgi ve beceri kazandıracak eğitim programları hazırlanmış olmalıdır.

* 1995 yılına kadar bütün dengeli beslenme, sigara içmeme, uygun spor yapma (fiziksel hareketlilik) ve ruhsal baskı unsurlarını kontrol edebilme gibi sağlığa ilişkin olumlu davranışlarda belirgin bir gelişme olmalıdır.

* 1995 yılına kadar bütün üye ülkelerde, sağlığı bozan aşırı alkol alımı, yasaklanmış ilaç ve zararlı kimyasal madde kullanımı ile tehlikeli araç kullanma ve şiddete başvurma gibi davranışlarda belirgin bir azalma sağlanmalıdır.

* 1990 yılına kadar bütün üye ülkeler, sağlığı bozabilecek olumsuzluklardan çevreyi etkili bir biçimde korumak için ilgili bütün sektörleri kapsayan, bu konuda toplumu eğitici ve onların katılımını sağlayıcı ve çevre kirliliği konusunda birden fazla ülkeyi ilgilendiren durumlarda uluslararası çabaları destekleyici politikalarını belirlemiş olmalıdır.

* 1990 yılına kadar bütün üye ülkeler zehirli olabilecek kimyasal maddeler, radyasyon, zararlı tüketim maddeleri ve biyolojik etkenler dahil olmak üzere insan sağlığını tehdit eden çevresel tehlikeleri izleyici, değerlendirici ve kontrol edici yeterli mekanizmayı kurmuş olmalıdırlar.

* 1990 yılına kadar bölge halkının tamamı yeterli ve temiz içme suyuna kavuşmuş ve 1995 yılına kadar nehir, göl ve denizlerin kirliliği insan sağlığını tehdit eder duruma çıkmış olmalıdır.

* 1995 yılında bölge halkı, hava kirliliğinin bilinen tehlikelerinden etkin bir biçimde korunur duruma gelmiş olmalıdır.

* 1990 yılına kadar bütün üye ülkeler, bulaşmış gıdalardan doğan tehlikeleri belirgin bir biçimde azaltmış ve tüketiciyi zararlı katkı maddelerinden (aditif) koruyucu bütün önlemleri uygulamaya koymuş olmalıdır.

* 2000 yılına kadar bölge halkı, sağlıklı ve emniyetli bir çevresi olan konut ve yerle-

diğer bir noktası da, hastanın saklanan bilgilere dilediği zaman ulaşabilmesi, hatalı olan bilgilerin düzeltilmesini isteyebilmesidir. Tıp uygulamaları sırasında özel yaşamın korunması konusunda Norveç'te daha da ileri adımlar atılmış, hastalara hastanede yattıkları süre içinde, aralarında bazı mobilyalar ve hobi gereçlerinin de bulunduğu özel eşyalarını getirme hakkı tanınmıştır.

Gizlilik ve hasta sırrı ilkesine gelince, tıp etiğinin en eski ilgi alanlarından biri de budur. Bu ilke, ilk örneklerinden beri hekimlik andlarının değişmez bir parçası olmuştur. Hekim, hastasının sırrını o öldükten sonra bile saklamakla yükümlüdür. Gizlilik, hasta ile hekim arasındaki tarihsel ilişkinin temel unsuru olan *güvenin* sağlanması ve korunmasında vazgeçilmez önemdedir.

Hukuksal olarak hasta sırrı, gizli tutulmasında hastanın maddi ve manevi yararının bulunduğu tüm bil-



gilerdir. Hasta istemiyorsa, hekime başvurduğu bile gizlenmelidir. Konunun, üçüncü kişiler tarafından bilinmesi ya da kestirilebilmesi de sır niteliğini ortadan kaldırmaz.

Yasa koyucu, hekimlere mahkemelerde tanıklıktan kaçınma hakkını da tanımıştır. Bu nedenle, salt tanıklık yapmak için hasta sırrı açıklayan hekim aleyhinde, hasta tarafından tazminat davaları açılabilir. Hekim, polise karşı da hasta sırrını saklamakla

yükümlüdür; ancak hastasının onam vermesi durumunda açıklama yapabilir. Bu, yalnızca hekimler için değil, tüm sağlık personeli için de geçerlidir.

Gizlilik hakkının ne zaman sınırlanabileceği konusu, halen yoğun bir biçimde tartışılmaktadır. Hasta sırrının açıklanabileceği, ancak bazıları tartışmalı olan çeşitli durumlar vardır. Bunlar, hastanın sırrının açıklanmasına onam vermiş olması; bulaşıcı hastalıklar gibi toplum sağlığını tehdit eden durumlar (özellikle AIDS nedeniyle bu konudaki tartışmalar son dönemde iyice alevlenmiştir); doğum ve ölüm belgelerinin düzenlenmesi; gebeliğe son verilmesi gibi bazı uygulamaların veli ya da vasi-lerin yazılı iznine bağlı olması şeklinde sıralanabilir.

Dilerseniz yazıyı, 1975'te Kaliforniya'da yaşanan ve gizlilik ilkesiyle çelişkili gibi görünse de, hekime farklı bir yükümlülük getiren ilginç bir olayla noktalayalım. Bu olayın getirdiği hekim yükümlülüğü, hasta hakları konusunun ne kadar ince ayrıntılarla tartışıldığını vurgulaması bakımından dikkate değer bulunmuştur.

Bundan tam yirmi yıl önce, Kaliforniya'da çalışan bir psikiyatriste hastası, Bayan Tarasoff'u öldüreceğini açıklamıştı. Psikiyatrist, bunu polise bildirmiş ve hasta göz altına alınmış, ama ruhsal bir hastalığı olduğu gerekçesiyle serbest bırakılmıştı. Aradan bir ay ya geçti ya geçmedi, Bayan Tarasoff bu kişi tarafından öldürüldü. Mahkeme, doğrudan kurbanı uyarmadığı gerekçesiyle psikiyatristi de suçlu buldu. Olay, ilgili çevrelerde bir hayli tartışıldı ve sonunda "Tarasoff görevi" adıyla yeni bir hekim yükümlülüğü tanımlandı. Buna göre, böyle bir durumda kalan hekim, bir yandan söz konusu tehlikeyi önlemek için gerekli tıbbi girişimleri yaparken, bir yandan da ölüm veya herhangi bir zarar tehlikesi altında bulunan ilgili kişiyi uyarmakla da yükümlü kılındı.

Çağrı Kalaça

Yrd.Doç.Dr. Marmara Üniversitesi
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

şim yerlerinde yaşama imkanına daha fazla sahip olmalıdır.

* 1995 yılında bölge halkı, iş hayatının doğurduğu sağlık tehlikelerinden etkin bir biçimde korunuyor olmalıdır.

* 1990 yılına kadar bütün üye ülkeler, Alma-Ata Konferansı'nda özetlediği gibi toplumun etkin bir biçimde temsil edildiği, ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerle desteklenen temel sağlık hizmetlerini (birinci basamak) esas alan bir sağlık hizmetleri sistemi geliştirmiş olmalıdır.

* 1990 yılına kadar bütün üye ülkelerde hizmetlerin alt yapısı, kaynakların gereksinimlere uygun biçimde dağıtımını sağlayacak biçimde örgütlenmiş olmalı ve hizmetlerin fizik ve ekonomik yönden kullanılabilir olması yanında kültürel yönden de kabul edilebilir olması sağlanmalıdır.

* 1990 yılına kadar bütün üye ülkelerin temel sağlık hizmetleri sistemi, yetersiz hizmet götürülen ve tehlike altındaki kişi ve grupları özellikle gözönünde bulunduran ve toplumun bütün temel gereksinimlerini karşılayacak ve destekleyici hizmetlerden oluşan geniş bir alanı kapsar duruma getirilmelidir.

* 1990 yılına kadar bütün üye ülkelerde temel sağlık hizmetleri uygulamaları, sağlık personeli, bireyler, aileler ve toplum grupları arasında işbirliği ve ekip çalışması esaslarına göre düzenlenmiş olmalıdır.

* 1990 yılına kadar bütün üye ülkeler, sağlıkla ilgili hizmet sunan bütün sektörlerin, toplum düzeyinde ve temel sağlık sistemi için işbirliği halinde çalışmalarını sağlayıcı düzeni kurmalıdır.

* 1990 yılına kadar bütün üye ülkeler, sağlık sistemleri içinde hastalara sunulan hizmetlerin kalitesini sağlayıcı etkin mekanizmaları kurmalıdır.

* 1990 yılına kadar bütün üye ülkeler

"herkese sağlık" çalışmalarını için gereken bilgileri uygulama ve yaygınlaştırmaya katkıda bulunacak araştırmaları teşvik edici stratejilerini belirlemiş olmalıdır.

* 1990 yılından önce bütün üye ülkeler sağlık politikalarının ve stratejilerinin "herkese sağlık" ilkelerine uygunluğunu sağlamaları ve ülkelerindeki mevzuatı bu ilke ve stratejileri bütün sektörlerde etkin bir biçimde gerçekleştirmeye elverişli duruma getirmelidir.

* 1990 yılından önce üyeler, "herkese sağlık" amacını gerçekleştirmeye yönelmiş, toplumun ve sağlıkla ilgili bütün sektörlerin katıldığı ve kaynakların dağıtımının önceliklere göre yapıldığı ve sağlık hizmetlerini geliştirebilmek için gerekli yönetim mekanizmasını kurmuş olmalıdır.

* 1990 yılından önce ülkeler, ulusal "sağlık" stratejilerini destekleyebilecek bilgi akımı sistemini kurmalıdır.

* 1990 yılından önce bütün üye ülkelerde, sağlık personelinin planlanması, eğitimi ve kullanımı, temel sağlık hizmetleri yaklaşımına ağırlık verilerek "herkese sağlık" politikasına uygun duruma getirilmelidir.

* 1990 yılından önce bütün üye ülkelerde, ilgili bütün sektörlerdeki personel eğitimi, ülkedeki "herkese sağlık" politikaları, programları ve bunların kendiliğindenki uygulamaları hakkında yeterli bilgileri sağlayıcı duruma getirilmelidir.

* 1990 yılından önce bütün üye ülkeler, sağlık hizmetlerinde teknoloji kullanımı, bunların yararlılık, verimlilik, emniyet ve kabul edilebilirlikleri yanısıra ulusal sağlık politikalarına ve ekonomik koşullara uygunluklarını sağlayacak düzeni kurmalıdır.

Kaynak

Çağlayaner H., Aile Hekimliği-II, İletişim Yayınları, Cep Üniversitesi, Ankara, 1995.

Kaynaklar
American Medical Association, Code of Medical Ethics: Current Opinions, 1992.
Ayan M., Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, 1991.
Legemaate J., Patients' Rights in the Countries of the Toronto Group, 1992.
Lennen H., Gevers S., The Rights of Patients in Europe, WHO, 1993.
Monagle J.F., Thomas D.C., Medical Ethics: A Guide for Health Professionals, 1988.
Royal Dutch Medical Association: Model Doctor-Patient Relationship, 1984.
The World Medical Association, Handbook of Declarations, 1992.
WHO, Health Aspects of Human Rights with Special Reference to Developments in Biology and Medicine, 1976.