

Çocuk Acil Servislerinde Sağlık Hizmetinden Doğan Zararlar

Orkun AYDIN¹

Özlem TEKŞAM²

Aysun BALSEVEN ODABAŞI³

Giriş

Her meslekte olduğu gibi hekimlerin de mesleki uygulamalarında yaptıklarından veya yapmadıklarından ötürü yasalar karşısında bazı sorumlulukları vardır. Bu durum özellikle acil servislerde çalışan hekimlerin daha fazla karşı karşıya kalabildiği bir durumdur. Hem ülkemizde acil servislere olan yoğun hasta başvurusu hem de başvurular içinde adli nitelik kazanan olguların (zehirlenmeler, travmalar vb.) varlığı bu sonuca neden olmaktadır. Konumları gereği acil servisler, hastanelerin yasalar ve kolluk güçleri ile en çok temas ettiği alanlardır. Ayrıca çocuk acil servislerinde çocukların ihmal ve istismarı, reşit olmayan bir çocuktan onam alınması gereken durumlar ya da yanında refakatçisi olmayan bir çocuğa verilecek sağlık hizmeti gibi çocuk acil servislerine özgü tıbbi ve yasal zorlukları olan konular karşımıza çıkabilmektedir (1).

Tıbbi Uygulama Hataları

Hekimler için karşılaşılan adli sorunların başında mesleki uygulamalar sırasında kusurlu davranışlarının yol açtığı zararlardan sorumlu tutulmaları gelmektedir. Acil servisler aşırı yoğunluk, hastaların akut durumlar ile başvurması ve iletişim aksaklıkları gibi nedenlerle tıbbi malpraktis riskinin yüksek olduğu yerlerdir (2). Hekimlerin kişilerin sağlığını korumaya veya düzeltmeye yönelik yaptıkları koruyucu ve/veya tedavi edici eylemlere “tıbbi uygulamalar” adı verilmektedir. Hastalar ve/veya yakınları yeterli sağlık hizmetine ulaşamadıkları veya kusurlu bir uygulama sonucunda zarar gördüklerini düştüklerinde yasal yollara başvurabilmektedir. Yoğunlukla aile, hastanın yeterli tıbbi destek görmediğini düşünen bir hasta yakını tarafından dava açması için cesaretlendirilmekte, kimi zaman da farkında olmadan acil servis çalışanları ‘keşke daha önce buraya

¹ Uzm. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Acil BD., orkunaydin.89@gmail.com

² Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Acil BD., oteksam@yahoo.com

³ Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp AD., balseven@hacettepe.edu.tr

çok üzgün olduğunu belirtmelidir. Hastanın ismini kullanmalı ve yumuşak, anlayışlı bir ses tonu ile konuşmalıdır. Net ifadeler kullanılmalı (öldü), “kaybettik” gibi ifadelerden kaçınılmalıdır. Hastanın ailesine yeterli zaman ayrılmalı, haber verildikten sonra başka bir ayrıntıya girmeden ailenin vereceği tepki beklenmelidir. Bu evrede acil servis ekibi pek çok farklı tepkiye hazır olmalıdır. Ailenin çocuklarını görme, dokunma talepleri uygun şekilde yerine getirilmelidir (36).

Acil servis ekibi de bir çocuğun ölümünden sonra duygusal ve fiziksel olarak yıpranmış olur. Başarısız bir resüsitasyon girişimi suçluluk veya yetersizlik duygularına neden olabilmektedir. Olay sonrası kısa bir toplantı yapılarak bilgi ve duygu paylaşımı yapılması oldukça yararlıdır (35).

Sonuç

Sonuç olarak erişkin yaş grubu hastalardan farklı olarak çocuk acilde çalışan hekimler sadece hastaları ile değil aynı zamanda onların ebeveynleri ve hatta diğer yakınları ile de iletişim halindedir. Hekim iyi iletişim becerileri ile ilgili profesyonel bir görünüm çizmelidir. Giderek yoğunluğun arttığı acil servislerde doğru iletişimin sağlanması oldukça önemlidir ve birçok yasal sorunun olmasını engelleyebilmektedir. Hastanın acil servis başvurusu sırasındaki tüm sürecinin detaylı olarak kaydedilmesi yıllar sonra dahi doğabilecek yasal sorunların önüne geçecektir. Acil servislerde triyaj alanından hastanın taburculuğuna kadar geçen süreç titizlikle ele alınmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

Kaynaklar

1. Sirbaugh PE, Diekema DS, Medicine CoPE, Bioethics Co. Consent for emergency medical services for children and adolescents. *Pediatrics*. 2011;128(2):427-33.
2. Zane RD. The legal process. *Emergency Medicine Clinics*. 2009;27(4):583-92.

3. Selbst SM, Korin JB. Malpractice and emergency care: Doing right by the patient---and yourself. *Contemporary Pediatrics*. 2000;17(7):88-.
4. Hickson GB, Clayton EW, Githens PB, Sloan FA. Factors that prompted families to file medical malpractice claims following perinatal injuries. *Jama*. 1992;267(10):1359-63.
5. Selbst SM, Friedman MJ, Singh SB. Epidemiology and etiology of malpractice lawsuits involving children in US emergency departments and urgent care centers. *Pediatric emergency care*. 2005;21(3):165-9.
6. Glerum KM, Selbst SM, Parikh PD, Zonfrillo MR. Pediatric malpractice claims in the emergency department and urgent care settings from 2001 to 2015. *Pediatric emergency care*. 2021;37(7):e376-e9.
7. Kachalia A, Gandhi TK, Puopolo AL, Yoon C, Thomas EJ, Griffey R, et al. Missed and delayed diagnoses in the emergency department: a study of closed malpractice claims from 4 liability insurers. *Annals of emergency medicine*. 2007;49(2):196-205.
8. Singh H, Thomas EJ, Petersen LA, Studdert DM. Medical errors involving trainees: a study of closed malpractice claims from 5 insurers. *Archives of internal medicine*. 2007;167(19):2030-6.
9. Cronan K. Patient complaints in a pediatric emergency department: averting lawsuits. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*. 2003;4(4):235-42.
10. Trzeciak S, Rivers EP. Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emergency medicine journal*. 2003;20(5):402-5.
11. Leape LL. Institute of Medicine medical error figures are not exaggerated. *Jama*. 2000;284(1):95-7.
12. Cornthwaite K, Edwards S, Siassakos D. Reducing risk in maternity by optimising teamwork and leadership: an evidence-based approach to save mothers and babies. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2013;27(4):571-81.
13. Selbst SM. The febrile child-missed meningitis and bacteremia. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*. 2000;1(2):164-71.
14. Kenneth TY, Green RA. Critical aspects of emergency department documentation and communication. *Emergency Medicine Clinics*. 2009;27(4):641-54.
15. Hickson GB, Federspiel CF, Pichert JW, Miller CS, Gauld-Jaeger J, Bost P. Patient complaints and malpractice risk. *Jama*. 2002;287(22):2951-7.
16. Olshaker JS, Magauran BG, Kahn JH. Afterword: High Success Approach. *Emergency Medicine Clinics*. 2009;27(4):767-70.
17. Selbst SM. Pediatric emergency medicine: legal briefs. *Pediatric emergency care*. 2011;27(4):351-3.
18. Flores G, Laws MB, Mayo SJ, Zuckerman B, Abreu M, Medina L, et al. Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics*. 2003;111(1):6-14.
19. Reynolds SL. Missed appendicitis and medical liability. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*. 2003;4(4):231-4.

20. Selbst S, Daniel KY. Preventing Malpractice Lawsuits in Pediatric Emergency Medicine, 196 pages, Dallas: American College of Emergency Physician, 1999. LWW; 1999.
21. Holliman CJ. The art of dealing with consultants. *The Journal of emergency medicine*. 1993;11(5):633-40.
22. Magauran BG. Risk management for the emergency physician: competency and decision-making capacity, informed consent, and refusal of care against medical advice. *Emergency Medicine Clinics*. 2009;27(4):605-14.
23. Balo DYS. Çocuk Koruma Kanunu ve Uygulaması: Seçkin yayınevi; 2009.
24. Marchese RE, Taylor A, Voorhis CB, Wall J, Szydlowski EG, Shaw KN. A Framework for Quality Assurance of Pediatric Revisits to the Emergency Department. *Pediatric Emergency Care*. 2021;37(12):e1419-e24.
25. Miyauchi H, Okata Y, Hatakeyama T, Nakatani T, Nakai Y, Bitoh Y. Analysis of predictive factors for perforated appendicitis in children. *Pediatrics International*. 2020;62(6):711-5.
26. Ülgen C. Türk Medeni Kanunu: BETA BASIM YAYIM; 2008.
27. Linzer Sr JF. EMTALA: a clearer road in the future? *Clinical Pediatric Emergency Medicine*. 2003;4(4):249-55.
28. Warren J, Fromm Jr RE, Orr RA, Rotello LC, Horst HM, Medicine ACoCC. Guidelines for the inter-and intrahospital transport of critically ill patients. *Critical care medicine*. 2004;32(1):256-62.
29. Ülgen C. Türk Ceza Kanunu: Beta yayınevi; 2022.
30. Serinken M, Türkçüer İ, Acar K, Özen M. Acil servis hekimleri tarafından düzenlenen adli raporların eksiklik ve yanlışlıklar yönünden değerlendirilmesi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2011;17(1):23-8.
31. Turla A, Aydın B, Sataloğlu N. Acil serviste düzenlenen adli raporlardaki hata ve eksiklikler. 2009.
32. Klein E, Gittelman MA, Nozicka CA. When to start and when to stop. *Pediatric Emergency Care*. 2001;17(2):126-9.
33. Young KD, Seidel JS. Pediatric cardiopulmonary resuscitation: a collective review. *Annals of emergency medicine*. 1999;33(2):195-205.
34. Rodriguez-Nunez A, Lopez-Herce J, Garcia C, Carrillo A, Dominguez P, Calvo C, et al. Spanish Study Group for Cardiopulmonary Arrest in Children: Effectiveness and long-term outcome of cardiopulmonary resuscitation in paediatric intensive care units in Spain. *Resuscitation*. 2006;71:301-9.
35. O'Malley P, Barata I, Snow S, Shook JE, Ackerman AD, Chun TH, et al. Death of a child in the emergency department. *Pediatrics*. 2014;134(1):e313-e30.
36. Jurkovich GJ, Pierce B, Pananen L, Rivara FP. Giving bad news: the family perspective. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2000;48(5):865-73.