



İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK HUKUKU A.B.D.

YÜKSEK YARGI KARARLARI EŞLİĞİNDE
NÖROŞİRÜRJİ'DE MALPRAKTİS

DOKTORA TEZİ

Hasan Serdar IŞIK

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Serkan ÇINARLI

ŞUBAT 2025



**YÜKSEK YARGI KARARLARI EŞLİĞİNDE
NÖROŞİRÜRJİ'DE MALPRAKTİS**

Doktora Tezi

Hasan Serdar IŞIK

İzmir 2025

**YÜKSEK YARGI KARARLARI EŞLİĞİNDE
NÖROŞİRÜRJİ'DE MALPRAKTİS**

Hasan Serdar IŞIK

DOKTORA TEZİ

**Sağlık Hukuku Anabilim Dalı
Danışman: Prof. Dr. Serkan ÇINARLI**

**İzmir
İzmir Bakırçay Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
ŞUBAT 2025**

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

İzmir Bakırçay Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Hukuku Anabilim dalında öğrenim görmekte olan Hasan Serdar IŞIK.'ın “Yüksek Yargı Kararları Eşliğinde Nöroşirürji’de Malpraktis” başlıklı tezi .../.../2024 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek “İzmir Bakırçay Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği”nin ilgili maddeleri uyarınca, Sağlık Hukuku Anabilim dalında Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri	Unvanı Adı Soyadı	İmza
Üye (Tez Danışmanı)	Prof. Dr. Serkan ÇINARLI	
Üye	Prof. Dr. Ekin Özgür AKTAŞ	
Üye	Prof. Dr. Anıl ÇAMYAMAÇ	
Üye	Doç. Dr. Orhan MERAL	
Üye	Doç. Dr. Ender ŞENOL	

Prof. Dr. Özge TÜZÜN ÖZMEN
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

FINAL APPROVAL FOR THESIS

This thesis titled “According To High Judicial Decisions Malpractice In Neurosurgery” has been prepared and submitted by Hasan Serdar IŞIK in partial fulfilment of the requirements in “İzmir Bakırçay University Directive on Graduate Education and Examination” for the Degree of Master of Science / Doctor of Philosophy (PhD) in Medical Law Department has been examined and approved on/...../.....

Committee Members	Title, Name and Surname	Signature
Member (Supervisor)	Prof. Dr. Serkan ÇINARLI	
Member	Prof. Dr. Ekin Özgür AKTAŞ	
Member	Prof. Dr. Anıl ÇAMYAMAÇ	
Member	Doç. Dr. Orhan MERAL	
Member	Doç. Dr. Ender ŞENOL	

Prof. Dr. Özge TÜZÜN ÖZMEN
Director of Graduate Education Institute

ÖZET

YÜKSEK YARGI KARARLARI EŞLİĞİNDE NÖROŞİRÜRJİ'DE MALPRAKTİS

Hasan Serdar IŞIK

Sağlık Hukuku Anabilim Dalı

Sağlık Hukuku Doktora Programı

İzmir Bakırçay Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Şubat 2025

Danışman: Prof. Dr. Serkan ÇINARLI

Son yıllarda gerek ülkemizde gerekse tüm dünyada medikal dava sayılarında ciddi bir artış olduğu bilinen bir gerçektir. Sağlık çalışanları ve hukukçular, her geçen gün daha fazla dava dosyası ile karşı karşıya kalmakta, tıp ve hukuk olmak üzere iki farklı disiplinin yine birbirinden farklı birçok branşını ilgilendiren konularda değerlendirmeler yapmak durumunda kalmaktadırlar.

Karşı karşıya kalınan bu medikolegal davalar büyük oranda cerrahi branşları ilgilendirmektedir. Bu cerrahi branşlardan biri olan nöroşirürji, uzmanlık eğitim süresi uzun olan, teknolojinin en çok kullanılması gereken, tanı ve tedavi aşamasında farklı branşlarla birlikte çalışma gerekliliği olan ve hem uzmanının hem de yardımcı sağlık personelinin bilgi ve birikim anlamında yetkin olması gereken bir branştır. Bu gereklerin bir arada olmaması durumunda ise komplikasyon ve tıbbi kötü uygulama riski artabilir. Bu nedenle de gerek ülkemizde gerekse dünyada en sık dava edilen dolayısıyla medikolegal davalar ile sıkça karşı karşıya kalan branşların başında gelmektedir.

Bu tezin amacı, ekip, ekipman ve teknolojinin çok önemli olduğu nöroşirürji branşı içerisinde görev yapan uzmanlar, uzmanlık öğrencileri, akademisyenler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarını ilgilendiren olası tıbbi uygulama hataları ile ilgili tespitler ortaya koymak, hekimlerin hukuki sorumlulukları ile ilgili temel kavramları tanımlamak, Nöroşirürji pratiği içerisinde karşı karşıya kalınan tıbbi

uygulama hataları ile ilgili davaları Yüksek Yargı Kararları eşliğinde değerlendirmek, bu kararları eleştirel bir gözle yorumlamak olacaktır. Ortaya konulan hukuki temel kavramlar, branşın kendine özgü özellikleri, dava konusu olmuş nöroşirürji ile ilgili tıbbi uygulama hataları ve kesinleşmiş yargı kararları eşliğinde, branş çalışanları için günlük pratikleri içerisinde neler yapmaları ve nasıl davranmaları konusunda öneriler oluşturulacaktır. Bunun yanında organizasyon kusurları ile ilgili eksikler tanımlanacak, düzeltilmesi noktasında öneriler oluşturulacaktır. Hukukçular için ise, nöroşirürji ile ilgili bir dava değerlendirirken, bu branş ile ilgili özel bilgi sahibi olmaları yanında, ulaşmak istedikleri emsal Yüksek Yargı Kararlarına daha kolay ulaşılacaklar ve bu kararların bir nöroşirürji uzmanı gözüyle nasıl değerlendirildiğini inceleyebileceklerdir.

Bu şekilde gerek nöroşirürji uzmanları gerekse bu branşla ilgili medikolegal davalar ile ilgilenen hukukçular için bir kaynak eser ortaya konulması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Nöroşirürji; Sağlık Hukuku; Komplikasyon; Malpraktis

ABSTRACT

ACCORDING TO HIGH JUDICIAL DECISIONS MALPRACTICE IN NEUROSURGY

Hasan Serdar IŞIK

Department of Health Law

Programme in Health Law Doctorate

İzmir Bakırçay University, Graduate Education Institute, February 2024

Supervisor: Prof. Dr. Serkan ÇINARLI

It is a known fact that there has been a significant increase in the number of medical cases both in our country and around the world in recent years. Healthcare professionals and lawyers are faced with more and more case files every day, and they have to make evaluations on issues that concern many different branches of two different disciplines, medicine and law.

These medicolegal lawsuits we face are largely related to surgical branches. Neurosurgery, one of these surgical branches, is a branch that has a long period of specialization training, requires the most use of technology, requires working with different branches in the diagnosis and treatment phase, and both the specialist and the allied health personnel must be competent in terms of knowledge and experience. If these requirements are not combined, the risk of complications and medical malpractice may increase. For this reason, it is one of the branches that is most frequently sued both in our country and in the world, and therefore frequently faced with medicolegal lawsuits.

The aim of this thesis is to make determinations about possible medical malpractice concerning experts, specialist students, academicians, nurses and other healthcare professionals working in the branch of neurosurgery, where team, equipment and technology are very important, to define the basic concepts regarding

the legal responsibilities of physicians, It will be to evaluate the cases related to medical malpractice encountered in practice in the light of Supreme Judicial Decisions and to interpret these decisions with a critical eye. Accompanied by the basic legal concepts put forward, the unique characteristics of the branch, medical malpractices related to Neurosurgery that have been the subject of litigation, and final judicial decisions, suggestions will be made for the employees of the branch on what to do and how to behave in their daily practices. In addition, deficiencies related to organizational flaws will be identified and suggestions will be made to correct them. For law professionals, when evaluating a case related to neurosurgery, in addition to having special knowledge about a branch such as neurosurgery, they will be able to more easily access the precedent Supreme Court Decisions they want to reach and examine how these decisions are evaluated from the perspective of a neurosurgery expert.

In this way, it is aimed to provide a reference work for both neurosurgery specialists and law professionals dealing with medicolegal cases related to this branch.

Key Words: Neurosurgery; Medical Law; Complication; Malpractice

TEŞEKKÜR

Hekimlik mesleğine başlayışımın 33. yılında, bir anlamda çocukluk hayalim de olan, hukuk bilimi çerçevesinde kariyerin önemli bir dönüm noktası olan Sağlık Hukuku Doktora programı başlangıcı ve sürecinde büyük katlısı olan, zeka ve organizasyonel yeteneğinden gerçekte anlamda etkilendiğim ve feyz aldığım, tez danışmanım Prof. Dr. Serkan Çınarlı'ya sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Doktora programı sürecinde ders aldığım ve eğitimime katkısı bulunan tüm öğretim üyelerine gerek yeterlilik sınav aşamasında gerekse tez aşamasında uyarı ve fikirlerinden çok fazla yararlandığım, Prof. Dr. Ekin Özgür Aktaş, Prof. Dr. Anıl Çamyamaç, Doç. Dr. Orhan Meral ve Doç. Dr. Ender Şenol'a çok teşekkür ediyorum.

Bir ömrü beraber yaşadığımız, bu çalışmalarını yapabilmek adına belki de birlikte geçireceğimiz zamanlardan feragat etmek zorunda kaldığımız, değerli eşim Prof. Dr. Sevil Işık'a, evlatlarım Sarper ve Sanberk'e, anneme, babama, kayınvalide ve kayınpederime teşekkürü bir borç bilirim.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın İzmir Bakırçay Üniversitesi tarafından kullanılan Turnitin bilimsel intihal tespit programıyla tarandığını ve hiçbir şekilde “intihal içermediğini” beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçları kabul ettiğimi bildiririm.

Hasan Serdar IŞIK

STATEMENT OF COMPLIANCE WITH ETHICAL PRINCIPLES AND RULES

I hereby truthfully declare that this thesis is an original work prepared by me; that I have behaved in accordance with the scientific ethical principles and rules throughout the stages of preparation, data collection, analysis and presentation of my work; that I have cited the sources of all the data and information that could be obtained within the scope of this study, and included these sources in the references section; and that this study has been scanned for plagiarism with Turnitin scientific plagiarism detection program used by İzmir Bakırçay University, and that “it does not have any plagiarism” whatsoever. I also declare that, if a case contrary to my declaration is detected in my work at any time, I hereby express my consent to all the ethical and legal consequences that are involved.

Hasan Serdar IŞIK

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
BAŞLIK SAYFASI.....	i
JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI.....	ii
FINAL APPROVAL FOR THESIS.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR.....	viii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ	ix
STATEMENT OF COMPLIANCE WITH ETHICAL PRINCIPLES AND RULES	x
İÇİNDEKİLER.....	xi
TABLolar DİZİNİ	xv
GÖRSELLER DİZİNİ.....	xvi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xvii
1. GİRİŞ.....	1
2. TEMEL HUKUKİ KAVRAMLAR.....	6
2.1. Hekimin Hukuki Sorumluluğu	6
2.1.1. Tazminat sorumluluğu	9
2.1.1.1. Özel hukuktan kaynaklanan tazminat sorumluluğu	10
Sözleşme dışı sorumluluk.....	11
Kusur Sorumluluğu	11
Kusursuz Sorumluluk	14
Sözleşmeye dayalı sorumluluk	15
Vekalet Sözleşmesi	16
Eser Sözleşmesi... ..	18
Hastaneye Kabul Sözleşmeleri... ..	19

Vekaletsiz iş görme	21
2.1.1.2. İdari hukuktan kaynaklanan tazminat sorumluluğu	25
2.1.2. Ceza hukuku sorumluluğu	32
2.1.3. Disiplin sorumluluğu	36
2.1.4. Mesleki sorumluluk	37
2.2. Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluk Şartları	38
2.2.1. Tıbbi müdahalenin yetkili kişilerce yapılması	40
2.2.2. Endikasyon şartı	43
2.2.3. Aydınlatılmış (Bilgilendirilmiş) rıza... ..	44
2.2.3.1. Terminoloji ve tanım	44
2.2.3.2. Aydınlatma yükümlüsü	46
2.2.3.3. Aydınlatma yükümlülüğü şekli	48
2.2.3.4. Aydınlatılacak kişi	50
2.2.3.5. Aydınlatma zamanı	51
2.2.3.6. Aydınlatma yükümlülüğü konusu ve türleri	53
2.2.3.7. Aydınlatma kapsamının daraldığı durumlar	56
2.2.3.8. Rıza verme yetkisi	59
2.2.3.9. Rıza'nın alınma şekli ve zamanı	60
2.2.3.10. Rıza'nın kapsamı	62
2.2.3.11. Rıza aranmayacak durumlar	63
2.2.3.12. Rıza'nın geçersizliği ve geri alınması	65
2.2.4. Tıp biliminin verilerine uygun tıbbi müdahale	66
2.3. Komplikasyon ve Malpraktis	68
3. SAĞLIK HUKUKU ÖZEL KONULARI VE NÖROŞİRÜRJİ	75
3.1. Defansif Tıp	75
3.2. Bilirkişilik	82
3.3. Enjeksiyon Travması	90
3.4. İletişim Sorunları	99
3.5. Rücu Davaları ve 7406 Sayılı Yasa Sonrası Durum	108
3.6. Uzmanlık Öğrencileri ve Hukuki Durumları	117
4. NÖROŞİRÜRJİ ÖZELİNDE MALPRAKTİS	126
4.1. Genel Olarak Nöroşirürji ve Malpraktis... ..	126
4.2. Medikal Hata Kaynaklı Malpraktis	139

4.2.1. Pre-operatif sorunlar.....	139
4.2.1.1. Poliklinik aşaması	140
4.2.1.2. Acil serviste hasta değerlendirme sorunları	147
4.2.1.3. Hasta tetkikleri ve değerlendirmeleri ilgili sorunlar.....	161
4.2.1.4. Konsültasyon sorunları.....	170
4.2.1.5. Tedavi önerileri ve ameliyat kararı.....	181
4.2.1.6. Aydınlatılmış rıza sorunları.....	187
4.2.2. Per-operatif sorunlar.....	193
4.2.2.1. Anestezi ile ilgili sorunlar	194
4.2.2.2. Kullanılan tıbbi malzemeler ile ilgili sorunlar.....	202
4.2.2.3. Ameliyat içerisi teknik sorunlar.....	209
Yanlış taraf veya yanlış seviye cerrahisi	210
Yabancı cisim unutulması.....	213
Kanamalar, komşu organ ya da damar yaralanmaları.....	215
Pozisyon sorunları	225
4.2.2.4. Ameliyat ekipleri ile ilgili sorunlar.....	230
4.2.3. Post-operatif sorunlar... ..	234
4.2.3.1. Servis ya da yoğun bakım takipleri ile ilgili sorunlar	235
4.2.3.2. Gelişebilecek komplikasyonların yönetimi	239
4.2.3.3. Taburculuk kararı ve sırasında oluşabilecek sorunlar	248
4.3. Organizasyon ve Sistem Kaynaklı Malpraktis.....	251
4.3.1. Türkiye sağlık sistemi.....	251
4.3.1.1. Sağlık'ta dönüşüm programı	253
4.3.1.2. Güncel durum.....	258
4.3.2. Fiziki şartlar, teknolojik imkanlar ve tıbbi cihazlar ile ilgili sorunlar	259
4.3.3. Ekipler ile ilgili sorunlar... ..	280
4.3.4. Sevk işlemleri ile ilgili sorunlar.....	289
4.3.5. Belge ve kayıtların saklanması ile ilgili sorunlar	293
5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER... ..	301
5.1. Hekimler Açısından.....	301
5.2. Hastalar Açısından.....	308
5.3. Hukuki Açısından	310
5.4. Organizasyon Açısından	319

5.5. Kısa Öneriler	321
KAYNAKÇA.....	324
ÖZGEÇMİŞ	342



TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 2.1. Tıbbi malpraktis komplikasyon ayrımında sorumluluklar	74
Tablo 2.2. Komplikasyon-Malpraktis ayrımı.....	74
Tablo 4.1. 10.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısının uluslararası karşılaştırılması.	259
Tablo 4.2. 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı uluslararası karşılaştırması	260
Tablo 4.3. Yıllara göre hastanelerdeki cihaz sayısı	260
Tablo 4.4. 1.000.000 kişiye düşen MR cihazı sayısının uluslararası karşılaştırması	261
Tablo 4.5. MR cihazı başına düşen görüntüleme sayısı uluslararası karşılaştırması	262
Tablo 4.6. Kurum türlerine göre toplam ve kişi başı hekime müracaat sayısı	263
Tablo 4.7. Yıllara ve sektörlere göre toplam ameliyat sayıları.....	263

GÖRSELLER DİZİNİ

Sayfa

Görsel 4. 1. Lomber disk hernisi cerrahisi için supin pozisyon	226
Görsel 4. 2. Yarı-oturur (semi-sitting) pozisyon	226
Görsel 4. 3. Cerrah-hemşire iş birliği	230
Görsel 4. 4. Kranial cerrahi için çivili başlık ile pozisyon	233
Görsel 4. 5. Sinop İl Sağlık Müdürlüğü Resmi X hesabı paylaşımı.....	269
Görsel 4. 6. Acil servis yeşil alan poliklinik tabelası	270
Görsel 4. 7. İyi Hal Belgesi sayılarının 10 yıldaki dağılımı.....	274
Görsel 4. 8. ABD’de bir Nöroşirürji Ameliyathanesi.....	276

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AKP	: Adalet ve Kalkınma Partisi
ATK	: Adli Tıp Kurumu
AYM	: Anayasa Mahkemesi
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
BİM	: Bölge İdare Mahkemesi
C. D.	: Ceza Dairesi
CHP	: Cumhuriyet Halk Partisi
CMK	: Ceza Muhakemeleri Kanunu
DMK	: Devlet Memurları Kanunu
İKB	: İntra Kranial Basınç
İYUK	: İdari Yargı Usul Kanunu
H. D.	: Hukuk Dairesi
HHY	: Hasta Hakları Yönetmeliği
HMK	: Hukuk Muhakemeleri Kanunu
KVKK	: Kişisel Verilerin Korunması Kanunu
MHRS	: Merkezi Hastane Randevu Sistemi
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
PET	: Pozitron Emisyon Tomografi
TBK	: Türk Borçlar Kanunu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TDN	: Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi
TDK	: Türk Dil Kurumu
TMK	: Türk Medeni Kanunu
TND	: Türk Nöroşirürji Derneği
TŞSTİDK	: Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun
TTB	: Türk Tabipler Birliği
TUK	: Tıpta Uzmanlık Kurulu

TUS : Tıpta Uzmanlık Sınavı
USG : Ultrasonografi
YDUS : Yan Dal Uzmanlık Sınavı
YÖK : Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı



1. GİRİŞ

Tıp, hastalıkları iyileştirmek, hafifletmek ya da önlemek amacıyla başvurulacak teknik ve bilimsel çalışmaların tümü, hekimlik veya tababet demektir. Bir başka ifade ile tıp, sağlığın korunması ve bozulmuşsa tedavisi için uğraşan, bunun için gerekli teşhis, tedavi ve korumaya yönelik çalışmalarda bulunan birçok alt bilim dalından oluşan disiplinlerin genel adıdır.¹

Tıp kelimesi, eski Mısır'daki en önemli sağlık merkezi olarak bilinen ve simgesi yılan olan Thebai (Teb) kentinden adını almıştır.² Ülkemizde, tıp fakültesinden mezun olarak, tababet ya da hekimlik mesleğini icra eden kişiler tabip, hekim ya da doktor olarak tanımlanır. Tabip, Arapça tbb kökünden gelen bir kelimedir, hekim ise yine Arapça kökenden gelmekte ve 'hikmet sahibi, bilge, filozof tabip' gibi anlamlar taşımaktadır. Doktor kelimesi ise Latince 'docere' kökünden türetilmiş, öğretene, öğretmene anlamına gelen bir kelimedir.³

Hekimlik bir tarafı bilim bir tarafı ise sanat olan, insanların sağlıklı ve müreffeh yaşamasını iş edinmiş bir meslektir. Tarihte tıbbın babası olarak kabul edilen Hipokrat, 'Sanat uzun, hayat kısa, fırsat kaçıcı, deneyim aldatici, karar zor' ifadesiyle, tıbbı açıkça bir sanat olarak ifade etmiştir⁴. Tarihte hekimlere bakıldığında, birçoğunun hekimlik mesleğinin yanında gerçek anlamda birer sanatçı oldukları bilinmektedir. Galen, İbn-i Sina, Leonardo Da Vinci, Anton Çehov, Cenap Şahabettin gibi tarihi isimler dışında günümüzden Cüneyt Arkın, Ferhat Göçer gibi birçok hekim aynı zamanda gerçek birer sanatçıdır. Yine Hipokrat'tan başlayarak, Galen, Laennec, Hufeland gibi hekimlerin, hekimlik mesleğini uygularken, insana "ruh-beden bütünlüğü" ile bakmak; dolayısıyla da yaşama saygı duymak ve zarar vermemek, erdemli olmak gerekliliği ifadeleri, felsefi ve etik anlamda hekimliğin bir kutsal sanat olarak tanımlanması gerektiğini ortaya koymaktadır⁵.

¹ Şimşek,U.(2015) Sağlık Hukukunda Aydınlatılmış Rıza. Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 16, 3535-3556, s. 3535.

² Ökten, A.İ., (2021) Mitoloji ve Tıp, Akademisyen, Ankara, s.27-32

³ Ökten, 2021, a.g.k., 28.

⁴ "Ars longa, vita brevis, occasio praeceps, experimentum periculosum, iudicium difficile"

Alpergin, B.C., (2022) Sanat, Hekimlik ve Nöroşirürji. Türk Nöroşirürji Derneği Genç Nöroşirürjiyenler Bülteni, 55-57.

⁵ Kale, N. (2014). Hekimlik Bilgi ve Erdemi Gerektiren Bir Sanat. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2 (8), 1-7.

Sanat ve tıp birlikteliği, tıp eğitiminde de önemli bir yer teşkil etmektedir. İlk çağlardan günümüze görsel sanat dalları olan gravür, resim, minyatür, fotoğraf, video ve sonrasında bilgisayar illüstrasyonları sayesinde, keşfedilen bilgiler, anatomik illüstrasyonlar hatta cerrahi girişim ve piyesler kayıt altına alınabilmiş ve eğitim amaçlı da kullanılabilmektedir⁶.

Diğer yandan tıp biliminin cerrahi bölümü için yapılan işin, direkt olarak sanat, cerrahların da birer sanatçı olarak tanımlanmaları kabul edilmiş bir gerçektir. Zira cerrah, ameliyat sırasında bilgisi ve tecrübesi ile fiziksel bir eylem icra etmekte ve hastasını iyileştirmeye çalışırken, kendi ruhu ve benliğinden bir şeyleri de yaptığı işin içine katarak ortaya bir sanat eseri koymaktadır⁷.

Tıp biliminin içeriğindeki iki önemli kavramdan birisi hekim ise diğeri de hastadır. Tanım olarak bakıldığında, Türk Dil Kurumu sözlüğünde hasta kelimesinin Farsça ‘haste’ kelimesinden geldiği ve anlamının ‘Hastalık, kaza veya yaralanma dolayısıyla fizik veya ruh sağlığı bozulmuş ve tedavi edilmesi gereken kimse, rahatsız’ olduğu ifade edilmektedir. Hasta hakları Yönetmeliği⁸ (HHY) madde 4/b de ise, ‘sağlık hizmetlerinden yararlanma ihtiyacı bulunan kimse’ olarak tanımlanmaktadır. Tanımlardan da anlaşılacağı üzere, hasta çeşitli nedenlerden dolayı tedavi ihtiyacı olan kimse, hekim ise hastalığı tanımlayacak ve tedavi edecek olan eğitilmiş kişidir. Öyle ise, hekim ile hastanın ortak amacı, hastanın sağlığına kavuşturulması, yaşam kalitesinin artırılması, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik halinin sağlanmasıdır⁹. Bu anlamda hekim ve hasta, ortak düşman olan hastalık ile savaşan iki dost durumunda olmalı ve o şekilde davranmalıdır.

Hekim ve hasta ilişkisinin tarihsel gelişimine baktığımızda, geçmişte hekimin paternalist ya da ‘babacıl’ şeklinde tanımlanan model dahilinde, bilgi sahibi olan ve hastası için doğrusunu ya da alternatifler içerisinde en iyisini düşünen ve uygulayan etkin bir tavır sergilediği yapı ön planda olmuştur. Hasta bu model içerisinde edilgen bir konumda kalmıştır. Genellikle gerek hastalığı gerekse tedavi seçenekleri hakkında fazla

⁶ Akar, M. (2015). Tıp eğitiminde görsel sanatın etkisi, Sosyoloji Dergisi, 30(1), 355-380.

⁷ Ökten, A.İ. (2017). Bir Cerrahın Kaleminden, Akademisyen. Tıp Hekimlik ve Sanat Bölümü, 109-121, s.112.

⁸ RG: 01.08.1998/23420.

⁹ Atıcı, E. (2007). Hasta- Hekim İlişkisini Etkileyen Unsurlar Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 33 (2), 91-96.

bir bilgisi olmadan, başına geleceklere razı bir konumdadır. Hekim ve hasta arasında iletişimin çok kısıtlı olduğu bu model, çok özel bazı şartlar dışında (hastanın şuurunun kapalı olduğu ve iletişim imkânı olmayan acil ya da ameliyat sırası durumlar gibi) geçerliliğini kaybetmiş bir modeldir. Günümüzde, hekimin ve hastanın birlikte etkin olduğu, hekimin hastası ile doğru iletişim teknikleri içerisinde iletişimde olduğu, iki yapı arasında güvenin oluştuğu ve hasta için en doğru kararın hekim ile birlikte alınarak uygulandığı bir ilişki modeli hem bilimsel aynı zamanda da hukuksal olarak geçerli bir model haline gelmiştir.

Son yıllarda gerek ülkemizde gerekse dünyada medikolegal dava sayısında ciddi bir artış olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Hakeri, malpraktis davalarındaki artış nedenlerini, tıp eğitimdeki eksiklikler, tıp ve teknolojiye hızlı gelişmeler, sağlık sistemindeki sorunlar, medya, medikolegal dava sonucunda ödenmesi muhtemel yüksek tazminatlar, sivil toplum örgütlerinin çoğalması ve etkinliklerinin artması ve hasta beklentilerinin artması şeklinde sıralamaktadır¹⁰. Biraz daha somutlaştırmak gerekirse, internetin özellikle 1990'lı yılların başından itibaren hızla yaygınlaşması, insanların bilgiye kolayca ulaşabilmesi imkânı tanımıştır. Bilgiye ulaşmak şüphesiz iyidir ancak buradaki problem, özellikle sağlık alanında kimin, hangi alt yapı ile yazdığı belli olmayan, kimi zaman ticari ya da başka kaygılar içeren son derece kontrolsüz bilginin, konu hakkında bilgisi son derece kısıtlı olan hasta üzerinde etkisidir. Hasta çoğu zaman, internetten öğrendiği bilgi ile hekiminin söyledikleri ve yaptıkları arasında fark gördüğünde hekimini sorgulamakta hatta yargılamaktadır. Bu durum medikolegal dava sayısında ciddi artış nedenlerinden biridir.

Medyanın kamuoyunu etkilemesi son yıllarda en büyük sorunlardan biri haline gelmiştir. Televizyon ve gazeteler, genellikle sansasyonel olması sebebiyle hasta şikayetleri ile ilgili haberleri, usule uygun bir araştırma yapmadan hatta hekim tarafının hiç görüşünü almadan tek taraflı yayımlamakta, bu durum da ciddi sorunlara yol açmaktadır. Sosyal medyada durum daha da kötüdür. Doğru olup olmadığı kesin dahi olmayan birçok durumda, hekimler ya da sağlık çalışanları bir linç kültürünün malzemesi olabilmekte ve sonuçta şiddet ya da medikolegal davalar gibi istenmeyen durumların sebebi haline gelebilmektedir.

¹⁰ Hakeri, H. (2021). Tıp Hukuku, Cilt 1 Genel Hükümler. 23. Baskı Seçkin. Ankara, s. 37.

Bir başka açıdan bakıldığında, sağlık sistemi içerisinde, yükün çok önemli bir kısmını genelde sağlık çalışanları özelde hekimler çekmektedir. Özellikle son 20 yılda, Sağlık Bakanlığı'nın uyguladığı Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde gelinen nokta, Covid pandemisi ve ekonomik sıkıntıları da düşündüğümüzde, ülkenin sağlık sistemini içinden çıkılmaz bir hale getirmiştir. Özellikle aile hekimliği sisteminin getirilmesi buna karşın sevk zincirinin kaldırılması, ikinci ve üçüncü basamak hastane poliklinik ve acil servis başvuru sayısını aşırı derece artırarak, günümüzde 5-10 dakikalık sürelerde hasta muayene zorunluluğu doğurmuştur. Bu süre, ne hekimin hastası ile doğru iletişim kurarak güven elde edebileceği ve doğru teşhis ve tedavi uygulayabileceği, ne de hasta için tatmin duygusu oluşturabilecek bir süredir. Bu durumda, iletişim kazaları, tanı ve tedavi hataları gibi her tür olumsuzluk, kimi zaman şiddet kimi zaman da medikolegal dava olarak hekimlerin ve sağlık çalışanlarının karşısına çıkar hale gelmiştir. Bu konulara ileride daha ayrıntılı değinilecektir ancak özetle ifade etmek gerekir ki nedeni ne olursa olsun tıbbi kötü uygulama dava sayılarında artış ve sağlıkta şiddet, günümüzde hekimleri mesleklerini icra etmekten çekinir hale getirmiştir.

Hekimlik mesleği bilim ve sanatın iç içe olduğu hatta 'kutsal' olarak atfedilen bir görev olsa da aynı zamanda karşılığında kazanç sağlanan profesyonel bir iş hatta meslektir. Bu durumda, hekimlerin de uymak zorunda oldukları kurallar ve hukuki yükümlülükleri vardır. Bu sorumluluk ve yükümlülükler tüm mesleklerden daha fazladır çünkü hekimlerin ana konusu insan bedenidir. İnsan bedeni üzerinde yapılan uygulamalar ise hakların en üstünü olan ve en çok korunması gereken 'yaşam hakkı' ile ilgilidir¹¹.

Özetle, bu denli önemli bir işi yapan hekimlerin, tıbbi sorumlulukları dışında, çalıştıkları kurumların kuralları ile ilgili olmak üzere idari, ayrıca etik ve hukuki sorumlulukları vardır. İyi hekim olmak çerçevesinde tüm bu sorumlulukların yerine getirilmesi şarttır. Hekimler günümüzde, hekimlik yaparken ihtiyaçları olan tıbbi bilgiler dışında, hukuki sorumlulukları noktasında da gerekli bilgilere sahip olmalı ve bu anlamda da yapması gerekenleri ihmal etmeden uygulamalıdır.

¹¹ Aykın, A. C., Çınarlı, S., ve Meral O. (2023). Sağlık Personelinin Hukuki Sorumluluğu, 2. Baskı. Adalet Yayınevi. Ankara. s. 212.

2. TEMEL HUKUKİ KAVRAMLAR

2.1. Hekimin Hukuki Sorumluluğu

Hukuk doktrinde en sık kullanılan kelimelerden biri olan sorumluluk kelimesinin anlamı, Türk Dil Kurumu (TDK) Sözlüğünde ‘*Kişinin kendi davranışlarını veya kendi yetki alanına giren herhangi bir olayın sonuçlarını üstlenmesi, sorum, mesuliyet*’ olarak ifade edilmektedir. Tıp bilimi dahilindeki uygulamaların tümünde, hekimlerin tıbbi sorumlulukları yanında uymaları gereken etik ve hukuki sorumlulukları da mevcuttur. Bu sorumlulukların neler olduğu doktrinde ve mevzuatta mevcuttur. Bu bölümde hekimlerin uymak durumunda olduğu hukuki sorumluluklardan söz edilecektir.

Hekim ile hasta arasındaki ilişkinin hukuki anlamdaki kuralları anayasa, uluslararası sözleşmeler, kanunlar, tüzükler, yönetmelikler, genelgeler gibi hukuki metinler ile tanımlanmıştır. Hekimler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının bu hukuki mevzuat çerçevesinde hak ve yükümlülüklerini bilmesi ve mesleklerini icra ederken bilimsel kurallara ne kadar özen gösteriyorlar ise en az o kadar da hukuki ve etik kurallara özen göstermeleri gerekmektedir. Bir başka ifade ile, hekimler, mesleklerini icra ederken her anlamda gereken dikkat ve özen yükümlülüğüne uymak zorundadırlar. Bu tıbbi bir zorunluluk olduğu kadar aynı zamanda hukuki bir yükümlülüktür¹².

Ülkemizde hukuki anlamda, hekim ve hasta ilişkisi hekimlerin görev yaptıkları yerlerin neresi olduğu ile ilgili olarak farklı şekillerde ortaya çıkmaktadır. Hekimin çalıştığı yerin kamuya bağlı bir hastane olması, özel hastane olması ya da bir hastane bağlantısı olmaksızın serbest muayenehane hekimliği yapması durumunda, hasta ile olan hukuki ilişkisi farklı olmaktadır¹³. Örneğin, kamuda çalışan bir hekimin yapmış olduğu tıbbi uygulamalar kamu tüzel kişisine ait bir idari eylem niteliğinde olduğundan hukuki ilişki idare hukuku kapsamında değerlendirilirken, özel hastane veya serbest hekim niteliğinde olan tıbbi uygulamalar ise özel hukuk kapsamında değerlendirilecektir. Bir başka ifadeyle, bir tıbbi uygulama hatası durumunda kamu hastaneleri haricinde çalışan hekimlerin sorumluluk kaynağının hangi ilişki (sözleşmesel görüşme ilişkisi, sözleşme, haksız fiil, vekâletsiz iş görme) olduğunun tespiti gerekmektedir. Çünkü hasta ile hekim

¹² Altun, Z. (2018). Hekimin vekaletsiz iş görmeden doğan sorumluluğun incelenmesi, Tıp Hukuku Dergisi, 14, 297-308, s. 298.

¹³ Aktaş, N. K., (2020). Hekimlik sözleşmesinin hukuki niteliği üzerine görüş ve değerlendirmeler, Tıp Hukuku Dergisi, 18, 343-90, s. 343.

arasındaki bu ilişkinin vasfı, tazminat yükümlülüğü için gerekli koşullar ile doğacak hüküm ve sonuçlar arasında farklar oluşturmakta ve bu nedenle sorumluluğun hangi esasa dayandığının belirlenmesi, tazminatın dayanağı ve kapsamı ile ispat yükünün dağılımı bakımından önem taşımaktadır¹⁴.

Hekim ile hasta arasındaki temel hukuki ilişkinin sözleşme ilişkisi olduğu ifade edilir¹⁵. Hekimlik Sözleşmesi olarak tanımlanan bu sözleşme yasada düzenlenmemiş atipik bir sözleşmedir¹⁶. Bu sözleşme özel hukuka tabi olup, karşılıklı rızaya dayalı bir sözleşmedir ve herhangi bir şekil sınırlaması yoktur. Hasta hekime başvurduğunda ve hekim tarafından kabul edildiğinde bu sözleşme kurulmuş olur¹⁷. Hekimlik Sözleşmesi, serbest çalışan bir hekimin hasta ya da temsilcisi arasında kurulan ve hekimin bir bedel karşılığında hastanın teşhis ve tedavisini üstlendiği bir sözleşmedir¹⁸. Bu sözleşmeyi, vekalet sözleşmesi, hizmet ya da iş sözleşmesi veya eser sözleşmesi şeklinde değerlendirenler olduğu gibi kendine özgü olarak değerlendirenler de vardır. Ancak kimi zaman, sözleşme dışı da hekim hasta ilişkisi oluşabilir. Bu durumlar hukuki doktrinde haksız fiil ya da vekaletsiz iş görme olarak tanımlanmaktadır¹⁹.

Hasta ile hekim arasında sözleşme kurulması sürecinde, sözleşmenin kurulması amacıyla görüşen tarafların, yaşam, sağlık, mülkiyet ve malvarlığına ilişkin değerlerinin diğer tarafça korunacağına ilişkin güvenin boşa çıkmasını ifade eden sorumluluk türü ‘Culpa in Contrahendo’ sorumluluğu olarak tanımlanmaktadır²⁰. Bu sorumluluk, sözleşme oluşturmak amacıyla yapılan görüşmeler sırasında hasta ve hekim arasında paylaşılanlar nedeniyle dürüstlük gereği oluşan bir sorumluluktur²¹.

¹⁴ Özdemir, H. (2016). Hekimin Hukuki Sorumluluğu, Erciyes Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 11 (1), 33-81, s. 34.

¹⁵ Altun, 2018, a.g.k., 298.

¹⁶ Demir, M. (2008). Hekimin Sözleşmeden Doğan Sorumluluğu, AÜHFD. (57), 225-253, s.226.

¹⁷ Nehir, T.Y., ve Özcengiz,D.D. (2018). Hekimin Hukuki Sorumluluğu, 141-150. İçinde Kalkan, E. Hekimler için Hukuk Rehberi. TND Yayınları.

¹⁸ Demir, 2008, a.g.k., 226.

¹⁹ Altun, 2018, a.g.k., 298.

²⁰ Özdemir, 2016, a.g.k., 36.

²¹ Doğramacı, Y. G., (2021). Türk Hukukunda Tıbbi Uygulamadan Kaynaklanan Manevi Tazminat. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İzmir: Bakırçay Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü s.47.

Doktrinde sözleşme kurma niyeti olmadan görüşmelerde bulunmak; uygun olmayan ve özensiz bir şekilde bilgi vermek ve tavsiyelerde bulunmak, sözleşme görüşmelerini uygun olmayan bir zamanda yarıda bırakmak; karşı tarafı gereken şekilde dinleyerek dikkate almamak, uzmanlık alanı dahilinde olmayan bir konuda uygun olmayan bilgi vermek, ameliyata ikna etmek için yanıltıcı bilgi vermek ya da defansif bir tavırla cerrahiye gerek olmadığı ifade etmek Culpa in Contrahendo sorumluluğu dahilinde değerlendirilebilecek durumlardır²². Her ne kadar hekim ve hasta ilişkisinin temeli sözleşme ilişkisi olarak tanımlansa da sözleşme kurulmadan önceki görüşmeler sırasında hekimin kusurlu bir davranışı nedeniyle bir zarar ortaya çıkmışsa, bunun da tazmin yükümlülüğü oluşabilecektir²³.

Hekimlerin hukuki ve cezai sorumlulukları dışında, çalıştıkları kurumun kuralları ile alakalı disiplin sorumlulukları ve bağlı bulundukları meslek odalarına karşı mesleki sorumlulukları da mevcuttur. Özetle hekimin hukuki anlamdaki sorumluluğunu başlıklar altında tanımlamak gerekirse dört ana başlık altında toplanabilir. Bunlar, tazminat sorumluluğu, ceza sorumluluğu, idari sorumluluk ve mesleki sorumluluktur. Pratik anlamda bakıldığında bu sorumluluklardan, sağlık çalışanlarının ve hekimin en çok sorun yaşadığı sorumluluk türü tazminat sorumluluğudur. Çünkü son yıllarda hekimlerin, aleyhlerine açılan davalar nedeniyle yüksek miktarlarda tazminat ödeme riski altında oldukları bilinen bir gerçektir. Çalışmamızın bu aşamasında bu sorumluluk türleri incelenecektir.

2.1.1. Tazminat sorumluluğu

Temel olarak bakıldığında tazminat sorumluluğu, hukuka veya sözleşmeye aykırı bir davranış, sebepsiz zenginleşme ya da kusursuz sorumluluk nedenlerinden biriyle bir kişinin mal varlığında meydana gelen eksikliğin, zarara neden olan veya mal varlığı nedensiz olarak artan kişi tarafından tazmin etme veya giderme borcu altında olmasını ifade eder²⁴.

²² Özdemir, H. (2016). s.36-37. Uygur, A., (2009) Hekimin Sözleşmeden Doğan Sorumluluğu, Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. s. 20.

²³ Demir, M. (2008). Hekimlik Sözleşmesinden Doğan Sorumluluğun Koşulları. Ankara Barosu AÜHF Sağlık Hukuku Kurultayı 1-3 Kasım 2007, s. 153.

²⁴ Gökcan, H. T. (2014). Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk, Seçkin s.72.

Hekimler, açılan bir hukuk davası sonucu kusurlu bulunmuşlar ise, özel hukukta direkt olarak, kamu çalışanı ise rücu (rücu ile ilgili ayrıntıya ve son duruma çalışmamızın sonraki bölümlerinde değinilecektir) tazminat ödemek durumunda kalabilirler. Ödenecek tazminat, maddi ve manevi olmak üzere iki farklı türde olabilir.

Maddi tazminat, yapılan tıbbi müdahale nedeniyle hastanın uğradığı parayla ölçülebilir zararlardır. Bu zararlar, kişinin malvarlığında azalma, harcamalarında artma ya da kazanabileceği parayı kazanma imkanından mahrum kalma şeklinde olabilir. Maddi tazminatın içerdiği unsurlar iki başlıkta incelenebilir. İlki, ölüm sebebiyle maddi tazminattır ki, bunu mirasçılar talep ederler. Bu başlığın içerdikleri ölümden önceki tedavi giderleri, cenaze ve defin giderleri ve ölenin yardımından mahrum kalmayı ifade eden destekten yoksun kalma durumudur. Destekten yoksun kalma tazminatı, Danıştay'ın 25.02.2014 tarihli kararında, *'ölen kimsenin yakınlarına, ölüm olayından önceki sosyal ve ekonomik düzeyinin devamını sağlayacak bir miktar para ödenmesini ifade etmektedir'* ifadesiyle tanımlanır²⁵. Destekten yoksun kalma tazminatını ölenin eşi, çocukları, anne ve babası talep ederler. Yetişkin çocuklarının destekten yoksun kalma tazminatı talep hakkı yoktur²⁶. Maddi tazminatın ikinci unsuru ise bedensel zararlar nedeniyle olan tazminattır ki; hastanın tedavi giderlerini, çalışma gücünün azalması ya da yok olması ve ekonomik geleceğin sarsılması ile ilgili maddi kayıpları ve efor tazminatını kapsamaktadır²⁷. Hasta uğradığı zararın miktarını 6098 sayılı Türk Borçlar Kanunu'nun (TBK) 50/1 maddesine göre ispat etmekle yükümlüdür²⁸. Ancak miktarın tespiti net ya da kesin olarak belirlenemiyorsa, hâkim somut olayı göz önüne alarak, hakkaniyete uygun bir miktar belirler²⁹. Mahkemeler, tazminat miktarının belirlenmesinde bilirkişinin yardımından faydalanabilir. Özellikle destekten yoksun kalma tazminatının tespiti çok zor ve teknik bir iş olduğundan bu tespit bilirkişiye yaptırılabilir.

²⁵ Danıştay 10. Dairesinin 25.02.2014 tarih ve 2009/9938 Esas, 2014/1117 Karar sayılı kararı. Erişim. Lexpera. 17.10.2023.

²⁶ Hakeri, 2021b, a.g.k., 1143.

²⁷ Aykın, A.C., ve Çınarlı, S., 2016. Sağlık Personelinin Hukuki Sorumluluğu. Seçkin. s. 680.

²⁸ RG: 04.02.2011 / 27836. TBK madde 50/1: *'Zarar gören, zararını ve zarar verenin kusurunu ispat yükü altındadır'*.

²⁹ TBK madde 50/2: *'Uğranılan zararın miktarı tam olarak ispat edilemiyorsa hâkim, olayların olağan akışını ve zarar görenin aldığı önlemleri göz önünde tutarak, zararın miktarını hakkaniyete uygun olarak belirler.'*

Türk Borçlar Kanunu'nun 506/3 maddesinin '*Vekil, özenle davranmak zorunda olup, en hafif kusurundan bile sorumludur*' ifadesi çerçevesinde, hekimin hafif veya ağır kusurlu olması maddi tazminatı etkilemez. Bir başka ifadeyle, maddi tazminat ile ilgili saptanacak tazminat miktarından hekimin kusur oranı nedeniyle indirim yapılamaz³⁰. Oluşan zararda hastanın da bir kusuru tespit edilmesi durumunda, TBK madde 52 uyarınca, tazminat azaltılabilir veya tazminata yer olmadığına karar verilebilir³¹.

Manevi tazminat, kişinin kişilik değerlerinde ve manevi değerlerinde meydana gelen eksilmeler nedeniyle duyulan bedeni ve ruhi, acı ve üzüntüler nedeniyle ödenecek bir miktar parayı ifade etmektedir. Manevi tazminat TBK madde 56'da³² tanımlanmıştır. Kişinin kendisine yapılan tıbbi müdahale nedeniyle, yaşadığı elem ve ızdırabın ölçülebilme imkânı olmaması sebebiyle hâkim tarafından hakkaniyet ölçüsünde tespit edilir. Manevi tazminat, zarara uğrayanda bir huzur duygusu vermeli, ruhi ızdırabın dindirilmesini araç edinmelidir. Bu anlamda üç unsur önemlidir; olayın özelliği, uygun miktar ve hâkimin takdiri³³. Takdir edilmelidir ki, bu üç unsurun hiçbirisi nesnel değildir. Bu nedenle uygulamada talep edilen ile takdir edilen miktarlar arasında ciddi farklar olabilmekte hatta benzer durumlarda farklı takdir edilen manevi tazminat miktarları eşitlik ilkesine de zarar verebilmektedir. Bu anlamda hakkaniyetin sağlanması amacıyla uygulamada ve doktrinde çalışmalar mevcuttur. Doğramacı'nın 2021 yılında yazmış olduğu '*Türk Hukukunda Tıbbi Uygulamadan Kaynaklanan Manevi Tazminat*' başlıklı doktora tezinde ortaya koyduğu çalışma bunlardan biridir³⁴.

³⁰ Hakeri. 2021b, a.g.k., 1145.

³¹ TBK Madde 52: *Zarar gören, zararı doğuran fiile razı olmuş veya zararın doğmasında ya da artmasında etkili olmuş yahut tazminat yükümlüsünün durumunu ağırlaştırmış ise hâkim, tazminatı indirebilir veya tamamen kaldırabilir.*

Zarara hafif kusuruyla sebep olan tazminat yükümlüsü, tazminatı ödediğinde yoksulluğa düşecek olur ve hakkaniyet de gerektirirse hâkim, tazminatı indirebilir.

³² TBK Madde 56: *Hâkim, bir kimsenin bedensel bütünlüğünün zedelenmesi durumunda, olayın özelliklerini göz önünde tutarak, zarar görene uygun bir miktar paranın manevi tazminat olarak ödenmesine karar verebilir.*

Ağır bedensel zarar veya ölüm hâlinde, zarar görenin veya ölenin yakınlarına da manevi tazminat olarak uygun bir miktar paranın ödenmesine karar verilebilir.

³³ Hakeri, 2021b, a.g.k., 1149.

³⁴ Doğramacı, 2021.

Her şeye rağmen, insanların gerek kişilik haklarındaki gerekse duygusal dünyalarındaki zararlanmaları konu alan ve bu zararların ‘para’ ile giderilebileceğini düşünen bu uygulama, mevcut haliyle bize göre de çok doğru ve yerinde uygulanmamaktadır. Ülkedeki ekonomik durum ve enflasyonist ortam göz önüne alındığında ve subjektif verilerle alınan tazminat miktar kararları kimi zaman davacı, kimi zaman da davalı tarafın adalet duygusunu olumsuz etkilemektedir. Bu noktada öğretide daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

2.1.1.1. Özel hukuktan kaynaklanan tazminat sorumluluğu

Hekim ile hasta arasında ilişkinin temelde bir sözleşme ilişkisi olduğu ifade edilmektedir. Bu sözleşme ilişkisindeki temel unsur, hekimlik mesleğini icra eden ve bunu açıkça ortaya koymuş olan hekim ile, tanı tedavi ya da herhangi bir tıbbi gereksinim ile hekime başvuran kişi arasındaki karşılıklı irade beyanıdır. Özel hastanede ya da kendi muayenehanesinde serbest çalışan hekimler açısından, hasta ile aralarında kurulacak sözleşme ilişkisinin genel anlamda vekalet ilişkisi olduğu kabul edilmekle birlikte, öğretide bu konu ile ilgili de bir görüş birliği söz konusu değildir. Kimi araştırmacılar, tıbbi uygulamaları kendine özgü, yani “sui generis” bir sözleşme olarak kabul ederken, kimi araştırmacılar ise tedavi sözleşmesi, hekimlik sözleşmesi gibi öneriler ortaya koymakla birlikte, mevzuatta özel olarak düzenlenmiş sözleşmelerden birinin hükümlerine tabi tutan yazarlar da mevcuttur³⁵.

Hekim ile hasta arasındaki ilişkinin hukuki anlamda niteliği, olası bir dava durumunda, davanın zamanaşımı, kusurun ispat yükü, yardımcı kişilerden dolayı sorumluluk gibi birçok açıdan önem arz etmektedir³⁶. Genel anlamda bakıldığında, hekimin mesleki kurallara aykırı her davranışı hukuka aykırı olup, hasta ile arasında sözleşme varsa sözleşmeye aykırılık, sözleşme yoksa haksız fiil sorumluluğu olarak tanımlanır³⁷. Bir başka ifadeyle, hastanın vücut bütünlüğüne yönelik müdahalelerde, sözleşmeye aykırı zarar veren her türlü davranış aynı zamanda bir haksız fiili oluşturur³⁸.

³⁵ Doğramacı, 2021, a.g.k., 48.

³⁶ Hakeri, 2021b, a.g.k., 968.

³⁷ Hakeri, 2021b, a.g.k., 968.

³⁸ Hakeri, 2021b, a.g.k., 1133.

Hekimin hukuki açıdan yukarıda ifade ettiğimiz sözleşmeye dayalı sorumluluğu yanında, sözleşme dışı sorumluluğu da söz konusu olabilir. Sözleşme dışı sorumluluk da kusur sorumluluğu ve kusursuz sorumluluk olarak iki başlıkta tanımlanmaktadır. Bu bölümde sözleşme dışı sorumluluk, sözleşme sorumluluğu ve vekaletsiz iş görme gibi, hekim hasta arasında ilişkinin hukuki boyutları tartışılacaktır.

Sözleşme dışı sorumluluk

Kusur Sorumluluğu

Kusur sorumluluğu hukuki anlamda en sık karşılaşılan sorumluluk türü olup, oluşan zarar, zarara neden olan kişinin kusurlu davranışı ile ilgilidir³⁹. Kusur kavramının hukuki doktrinde net bir tanımı bulunmamakla birlikte, hukukun hoş görmediği, kınadığı davranış olarak tanımlanabilir ve objektif ve subjektif olmak üzere iki yönü vardır. Objektif yönü, benzer şartlar altında beklenen ortalama davranış şekline sapılmış olması, yani tedbirli bir doktorun aynı şartlar altında göstereceği davranışta bulunmayıp, gereken özenin gösterilmemiş olmasıdır⁴⁰. Subjektif yönü ise zarara sebep olan kişinin kusurlu davranışının kendisine yüklenebilmesi yani isnat yeteneğine sahip olması gerekir⁴¹.

Kusur sorumluluğunda ana tema kusurdur. Bu sorumluluk, haksız fiil sorumluluğu, ya da subjektif sorumluluk şeklinde de tanımlanabilir⁴². Hasta ile hekim arasında bir sözleşme ilişkisi yoksa haksız fiil hükümleri geçerli olur. Haksız eylem hukuk kurallarına aykırı bir şekilde yapılan bir davranış sonucu başkasına verilen zararı ifade eder. Bu eylem sonucu hukuk düzenini bozan kişi, bu eyleminden doğan zararı tazmin etmekle yükümlüdür⁴³. Bir başka ifadeyle haksız fiil sorumluluğunda, aralarında hukuksal bir ilişki yani bir sözleşme olmaksızın, hukukun herkese yüklediği görevlere aykırı davranışta bulunan kimse, karşı tarafa verdiği zararı gidermekle yükümlüdür⁴⁴.

³⁹ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 214.

⁴⁰ Hakeri, 2021, a.g.k., 1134.

⁴¹ Hakeri 2021, a.g.k., 1135.

⁴² Yavuz C. (2008). Türk Borçlar Kanunu Tasarısına göre Kusursuz Sorumluluk Halleri ve İlkeleri, Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, (14) 4, 29-61, s. 30.

⁴³ Aykın. ve Çınarlı, 2016, a.g.k., 185.

⁴⁴ Gözübüyük Ş. (2015). Hukuka giriş ve hukukun temel kavramları, 37. Baskı. Turhan Kitabevi, Ankara, s. 212.

Tıbbi müdahaleler genellikle kişinin vücut bütünlüğüne karşı yapılmış eylemlerdir. Bu eylem, hasta ile hekim arasında yapılmış bir sözleşme ilişkisi çerçevesinde uygulanmıyorsa ya da uygulanan müdahalenin gerekçesi vekaletsiz iş görme şartları dahilinde değilse hekim haksız fiil nedeniyle sorumlu tutulabilir⁴⁵. Bu noktada ifade etmek gerekir ki, hasta ile hekim arasında geçerli bir sözleşme olması durumunda da haksız fiil sorumluluğu ortaya çıkabilir. Hekimin kendisinden beklenen dikkat ve özen yükümlülüğüne uymaması sonucu oluşan maddi ve manevi zarar nedeniyle hem sözleşmeye aykırılık hem de haksız fiil sorumluluğu ortaya çıkabilir. Örneğin hekim, bir sözleşme dahilinde yapılan bir ameliyatın gereken dikkat ve özen gösterilmeyerek yanlış taraftan ya da yanlış seviyeden yapılması durumunda veya ameliyat sırasında hasta vücudunda yabancı bir madde unutulması durumunda hem sözleşmeye aykırılık hem de haksız fiil sorumluluğu geçerli olacaktır⁴⁶.

Haksız fiil ve buna dair hükümler TBK'nun, 49 ile 76. maddeleri arasında yer bulmaktadır. TBK 49. maddede haksız fiil, *'Kusurlu ve hukuka aykırı bir fiille başkasına zarar veren, bu zararı gidermekle yükümlüdür. Zarar verici fiili yasaklayan bir hukuk kuralı bulunmasa bile, ahlaka aykırı bir fiille başkasına kasten zarar veren de, bu zararı gidermekle yükümlüdür.'* şeklinde tanımlanmaktadır. Tanımdan da anlaşılacağı üzere haksız fiil ya da kusur sorumluluğunun ortaya çıkması için, hukuka aykırı bir davranış olması, zararı meydana getiren kişinin kusurunun olması, bir zararın oluşması ve oluşan zarar ile davranış arasında bir illiyet bağı ya da nedensellik olmalıdır.

Kusur ağırlık derecesine göre kast ve ihmal olarak ikiye ayrılır. Kast, 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) 21. maddesinde tanımlanmaktadır⁴⁷. Kanunun 21. maddesinde ifade edildiği üzere, kişi suçu bilerek ve isteyerek işlemiş ise olayda doğrudan kast söz konusudur. Olası kastta ise, sonucun gerçekleşmesi olayın seyrine bırakılmakta olup, gerçekleşmemesi için özel bir çaba sarf edilmemekte 'Olursa olsun' düşüncesi ile hareket edilmektedir.

⁴⁵ Özdemir, 2016, a.g.k., 39.

⁴⁶ Özdemir, 2016, a.g.k., 40; Ayan, M. (1991). Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk. Kazancı.

⁴⁷ RG: 12.10.2004 / 25611. TCK Madde 21. (1) Suçun oluşması kastın varlığına bağlıdır. Kast, suçun kanuni tanımındaki unsurların bilerek ve istenerek gerçekleştirilmesidir.

(2) Kişinin, suçun kanuni tanımındaki unsurların gerçekleştirebileceğini öngörmesine rağmen, fiili işlemesi halinde olası kast vardır. Bu halde, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasını gerektiren suçlarda müebbet hapis cezasına, müebbet hapis cezasını gerektiren suçlarda yirmi yıldan yirmibeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur; diğer suçlarda ise temel ceza üçte birden yarısına kadar indirilir.

Taksir TCK'nın 22. maddesinde tanımlanmaktadır⁴⁸. Buna göre taksir ya da ihmal, kişinin hukuka aykırı neticeyi istememekle beraber, bu sonucu önlemek için hal ve şartların gerektirdiği dikkat ve özeni göstermemesidir⁴⁹. Taksir de basit (bilinçsiz) taksir ve bilinçli taksir olarak ikiye ayrılmaktadır. Basit taksirde, kişinin öngörmesi gereken sonucu öngörmemekte olası sonucu aklına dahi getirmemektedir. Bilinçli taksirde ise, netice fail tarafından öngörülmektedir. Taksir ya da bir başka ifadeyle ihmal durumlarında somut olay dikkate alınmalı ve ortalama bir hekimin göstermesi gereken özenin gösterilip gösterilmediği değerlendirilmelidir. Burada değerlendirme yapılırken, yapılan tıbbi müdahalenin zorluk derecesi ve tehlikesi de göz önüne alınmalıdır⁵⁰.

Zarar kavramı, bir kişinin malvarlığına veya kişiliğine ilişkin korunan bir değerinde, hukuka aykırı bir eylem neticesinde, irade ve istem dışı meydana gelen, eksilmeler ve değişiklikler olarak tanımlanır⁵¹. Hekimin sorumlu olması için, yapmış olduğu sözleşme ihlali veya haksız fiil sonucunda bir zarar meydana gelmiş olmalıdır, aksi halde bir sorumluluk söz konusu olmaz. Tanımdan da anlaşılacağı üzere, zarar maddi ve manevi olmak üzere iki türlü gerçekleşebilir. Maddi zarar kişinin malvarlığıyla ilişkin olup, manevi zarar ise kişinin şahıs varlığı değeriyle alakalıdır. Maddi zarar kişinin gelirlerinde eksilme ya da giderlerinde artma şeklinde olabilir. Danıştay kararlarında maddi zararların tazmin edilebilmesi için somut olarak ortaya konulması ve idarenin eylemi ile meydana gelen zarar arasında nedensellik bağı kurulması gerektiğini ifade etmektedir⁵².

⁴⁸ TCK Madde 22: (1) Taksirle işlenen fiiller, kanunun açıkça belirttiği hallerde cezalandırılır.

(2) Taksir, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanunî tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyerek gerçekleştirilmesidir.

(3) Kişinin öngördüğü neticeyi istememesine karşın, neticenin meydana gelmesi halinde bilinçli taksir vardır; bu halde taksirli suçla ilişkin ceza üçte birden yarısına kadar artırılır.

(4) Taksirle işlenen suçtan dolayı verilecek olan ceza failin kusuruna göre belirlenir.

(5) Birden fazla kişinin taksirle işlediği suçlarda, herkes kendi kusurundan dolayı sorumlu olur. Her failin cezası kusuruna göre ayrı ayrı belirlenir.

(6) Taksirli hareket sonucu neden olunan netice, münhasıran failin kişisel ve ailevi durumu bakımından, artık bir cezanın hükmedilmesini gereksiz kılacak derecede mağdur olmasına yol açmışsa ceza verilmez; bilinçli taksir halinde verilecek ceza yarısından altıda birine kadar indirilebilir.

⁴⁹ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 228.

⁵⁰ Hakeri, 2021b, a.g.k., 1135.

⁵¹ Çınarlı, S., Ermumcu, F., Meral, O. ve Azak, K. (2021). Tıbbi Uygulamadan Doğan İdari Yargı (Tam Yargı) Davaları (2. Baskı). Adalet., s. 21.

⁵² Danıştay 10. Dairesi'nin 08.05.2019 tarih ve 2019/1192 Esas, 2019/3703 Karar sayılı kararı. Erişim. <https://karararama.danistay.gov.tr/>. 11.02.2023.

Nedensellik bağı kavramı, olayların normal akışına ve hayat tecrübelerine göre bir davranış, bir zararı meydana getirmeye genel olarak elverişli ya da bu sonucu meydana getirme ihtimalini objektif olarak artırıyor ise, eylem ya da işlem arasındaki bağ, uygun illiyet bağıdır⁵³. Bir diğer ifadeyle, hekimin yapmış olduğu tıbbi müdahalenin sonucunda özen yükümlülüğünde bir ihlal olsa dahi, oluşan zarar ile hekimin icrai ya da ihmali hareketi arasında bir nedensellik bağı olmalıdır. Yargıtay'ın yerleşik içtihadı, “*bir olay, hayattaki genel davranışlara ve olayın tabii akışına göre diğer bir olayı meydana getirmeye elverişli bulunuyorsa, ilk olay, uygun sebep ve sonuç ölçüsüne göre ikincisinin nedeni sayılır*” şeklinde olup, genellikle kesin değil uygun illiyet bağı aranmaktadır⁵⁴. Bir eylem ile sonuç arasında illiyet bağının olup olmadığının tespiti genellikle teknik bir durumdur ve bilirkişi raporları ile ortaya konmalıdır. Uygulamada mahkemeler, bilirkişi raporlarında uygun illiyet bağı ile ilgili açık ifadeler bulunmayan raporları eksik bulmaktadırlar⁵⁵.

Kusursuz Sorumluluk

Kusursuz sorumluluk bir başka deyişle objektif sorumluluk, kişinin kusuru olmadığı halde oluşan zararlardan dolayı sorumlu tutulmasıdır. Kusursuzluk sorumluluğun genel anlamda özellikleri, objektif ve istisna olmasıdır. Yani olayda öncelikle kusur sorumluluğu aranır sonrasında kusursuz sorumluluk değerlendirilir. Bir başka özellik ise, kusursuz sorumlulukta kusur varlığının ispatı şart değildir, zarar görenin ispat yükümlülüğü yoktur⁵⁶. Özel hukuku ilgilendiren kusursuz sorumluluk hallerinde, haksız fiil sorumluluğunda olması gereken hukuka aykırı fiil, zarar ve illiyet bağı gibi unsurların bulunması şartı mevcutken, kusur şartı aranmaz⁵⁷. Hemen ifade etmek gerekir ki, idarenin eylemi sonucu oluşan zararlarda, bu eylem hukuka uygun olsa bile idarenin kusursuz sorumluluğu söz konusu olabilir⁵⁸.

⁵³ Eren F. (2008) Borçlar Hukuku Genel Hükümler, 10. Baskı. Beta Yayınları, s.509.

⁵⁴ Hakeri, 2021b, a.g.k., 1137.

⁵⁵ Çınarlı, 2021, a.g.k., 177-78.

⁵⁶ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 253.

⁵⁷ Ertuğrul M. (2017). İdarenin Adam Çalıştıran Olarak Borçlar Kanunu'na Göre Sorumluluğu. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. s.38

⁵⁸ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 253.

Yaşanan bir olay sonucu herhangi bir zarar oluşması durumunda, kusuru olmayan kişilerin bu olaydan sorumlu tutulması dikkat ve özen, tehlike ve hakkaniyet ilkeleri esas alınarak kabul edilir⁵⁹. İdare hukuku açısından bakıldığında ise idarenin kusursuz sorumluluğu, risk yani tehlike ilkesi ve fedakarlığın denkleştirilmesi yani kamu külfeti karşısında eşitlik ilkesi çerçevesinde kabul edilmektedir⁶⁰.

Sözleşmeye dayalı sorumluluk

Hasta ile hekim arasındaki hukuki ilişkinin bir şekli de sözleşmeye dayalı sorumluluk olup, bu sözleşme ‘hekimlik sözleşmesi’ olarak tanımlanır. Hasta, tedavi ya da bir başka gerekçe ile hekime başvurduğunda ve hekim de hastayı kabul ettiğinde aralarında bir sözleşme ilişkisi kurulmuş olur⁶¹. Hukuki açıdan bakıldığında bu sözleşme ilişkisi, bir tür borç-alacak ilişkisi olup, hekim üstlendiği iş görme borcu çerçevesinde, hastanın tanı ve tedavi ile ilgili sorumluluğunu üstlenirken, hasta da bu iş karşılığı bir ücret ödeme borcunu üstlenir. Bu sözleşme ilişkisi ya da hekimlik sözleşmesi olarak ifade edilen durum doktrindeki bazı yazarlara göre, ‘sui generis’ (kendine göre) bir sözleşme olarak tanımlanır. Bunun nedeni hekim hasta ilişkisinin son derece karmaşık ve mesleki özellikler içeren bir ilişki olmasıdır. Bize göre de son derece haklı olan bu görüşe göre, hekim hasta ilişkisi Borçlar Kanunu altında bir sözleşme olarak tanımlanmamalıdır. Bununla birlikte mevzuatımızda bu ilişkiyi tanımlayacak özel bir kanun bulunmamaktadır. Bu nedenle, Türk hukuk öğretisinde, tıbbi müdahalelerin söz konusu olduğu hekimlik sözleşmelerinin hukuki niteliğinin vekalet sözleşmesi olduğu genel olarak kabul edilmektedir⁶². Bunun haricinde, bazı özel durumlar için söz konusu olan bir diğer sözleşme türü de eser sözleşmesidir. Bu bölümde, hekimlik sözleşmesi dahilinde kabul edilen vekalet ve eser sözleşmelerinin özellikleri üzerinde durulacaktır.

⁵⁹ Erdoğan, 2017, a.g.k., 38.

⁶⁰ Erdoğan, 2017, a.g.k., 24.

⁶¹ Altun, 2018, a.g.k., 298.

⁶² Aktaş N.K. (2020) Hekimlik Sözleşmesinin Hukuki Niteliği Üzerine Görüş ve Değerlendirmeler, TıpHD, 18, 343-390, s. 358.

Vekalet sözleşmesi

Tıbbi uygulamalar gerek öğretilerde gerekse yüksek yargı kararları içtihatları çerçevesinde, bir iş veya bir hizmet görmek için ağırlıklı olması sebebiyle vekalet sözleşmesi kapsamında değerlendirilir⁶³. Vekalet, özünde bir iş görme borcu doğurmakta ve vekilin, müvekkilin menfaatine ve iradesine uygun olarak bir işi görmeyi, görece bağımsız ve zaman kaydı olmadan üstlendiği bir akit doğurmaktadır⁶⁴. Hekimlerin vekâlet sözleşmesi gereği söz konusu olan iş görme borçları genel anlamda, hastayı muayene etme, varsa hastalığı teşhis etme ve sonrasında hastalığı tedavi etme yükümlülüklerini içermektedir⁶⁵. Tıbbi uygulamada sonuç garantisi verilmemesi, hekimin tıbbi standartlar çerçevesinde uygulayacağı tedavi açısından mesleki serbestisi olması ve hasta ile hekim arasındaki ilişkinin temel esasının güven ilişkisi çerçevesinde olması tıbbi uygulamaları vekalet sözleşmesi olarak değerlendirilmesi gereğini ortaya koymaktadır⁶⁶.

Türk Borçlar Kanunu'nun 502 ile 513. maddeleri arasındaki hükümler vekalet sözleşmesini tanımlamaktadır. Kanunun 502. maddesine göre vekalet sözleşmesi, vekilin vekalet verenin bir işini görmeyi veya işlemini yapmayı üstlendiği bir sözleşme olup, kanunda düzenlenmemiş olan iş görme sözleşmelerine de niteliklerine uygun düştüğü ölçüde kullanılacağını ifade eder⁶⁷. Hekim ile hasta arasındaki ilişkinin vekalet sözleşmesi olarak kabul edilmesinin nedenleri incelendiğinde; bu sözleşme tipinde diğer iş ve hizmet sözleşmelerinde olduğu gibi bir işçi-işveren ya da alt-üst ilişkisi yoktur ve işin görülmesi açısından bir süre sınırlaması bulunmaz. Ayrıca vekil işini görece bağımsız yapabilir ve belirli oranda karar verici pozisyonda hareket edebilir⁶⁸.

⁶³ Erkuş A.S., (2014). Yargıtay Kararları Işığında Sağlık Çalışanlarının Hukuki Sorumluluğu, TıpHD. 6. 107-122 s.118; Doğramacı Y.G., 2021. s. 48.

⁶⁴ Gezder Ü. (2014). Hekimin Yükümlülükleri, TıpHD. (3) 6. 123-145. s. 137.

⁶⁵ Gezder, 2014, a.g.k., 138.

⁶⁶ Hakeri, 2021b, a.g.k., 963.

⁶⁷ TBK. Madde 502: *Vekâlet sözleşmesi, vekilin vekâlet verenin bir işini görmeyi veya işlemini yapmayı üstlendiği sözleşmedir. Vekâlete ilişkin hükümler, niteliklerine uygun düştükleri ölçüde, bu Kanunda düzenlenmemiş olan işgörmeye sözleşmelerine de uygulanır. Sözleşme veya teamül varsa vekil, ücrete hak kazanır.*

⁶⁸ Hakeri, 2021b, a.g.k., 963.

Vekalet sözleşmesinin hasta hekim ilişkisi açısından en önemli özelliği, bileşenler arasındaki güven ilişkisidir. Hekim bu sözleşme kapsamında, hastasına gereken dikkat ve özen yükümlülüğü çerçevesinde tetkik ve tedavi edeceğini taahhüt etmekte ya da bir başka deyişle, bir edim fiili borçlanmaktadır. Bununla birlikte hastaya edimin sonucu noktasında bir garanti verilmemektedir yani hastanın sağlığına kavuşması ya da iyileşmesi sözü verilemez⁶⁹. Sağlık mevzuatına bakıldığında ise, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin (TDN) 13. maddesindeki, “*Tabip ve dış tabibi, ilmî icaplara uygun olarak teşhis koyar ve gereken tedaviyi tatbik eder. Bu faaliyetlerinin mutlak surette şifa ile neticelenmemesinden dolayı, deontoloji bakımından muaheze edilemez*” ifadesi de etik anlamda da benzer ifadeyi ortaya koymaktadır⁷⁰.

Kanunun ilgili maddelerinin hükümlerine göre, vekalet sözleşmesine göre vekilin yükümlülükleri arasında, vekilin vekalet verenin yararına hareket etme, sır saklama, sadakat ve özenli davranma, işi şahsen ifa etme, hastayı aydınlatma, hesap verme, kayda geçirme (arşivleme) ve sır saklama gibi yükümlülükler bulunmaktadır. Buna karşın vekalet verenin de ücret ödeme, vekilin masraflarını ve uğradığı zararı karşılama borcu gibi yükümlülükleri de mevcuttur⁷¹.

Özetle vekalet sözleşmesinin temel özellikleri, vekilin vekalet verene karşı iş görme borcu altına girmesi, işin başkasının yararına göre yapılması, vekilin sonucun başarısına dair bir garanti verme zorunluluğu olmaması, süre bağımlılığı olmaması ve işin bağımsız olarak görülmesi şeklinde sıralanabilir⁷².

İfade etmek gerekir ki, vekalet sözleşmesi serbest çalışan hekimler ile hasta arasındaki ilişkiyi tanımlamaktadır. Kamuda çalışan ya da özel bir hastanede çalışan hekimler için sözleşme ilişkisi daha farklıdır ve bunlara ileride değinilecektir. İfade ettiğimiz gibi, kendine göre (sui generis) bir sözleşme olan hekimlik sözleşmesinin de TBK 502/2 ye göre vekalet sözleşmesi olarak değerlendirilmesi gerektiği ifade edilmektedir. Bu hükümden de anlaşılaacağı üzere, vekalet sözleşmesi kanun da yer alan ya da almayan bütün iş görme sözleşmelerinin de esasını oluşturmaktadır⁷³.

⁶⁹ Zeytin Z. (2014) Vekalet ve eser sözleşmeleri, Tıp HD. 3(6). 2014. 103-113.

⁷⁰ RG: 19.2.1960/10436.

⁷¹ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 258.

⁷² Hakeri, 2021b, a.g.k., 964.

⁷³ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 260.

Eser Sözleşmesi

Eser sözleşmesinde temel unsur, iş sahibinin ödeyeceği bir bedel karşılığında, yüklenicinin taahhüt ettiği sonucu meydana getirme garantisi vermesidir. İstisna sözleşme olarak da tanımlanabilir. Vekalet sözleşmesinden farkı, hekimin hastasına vaat ettiği sonucu yerine getireceği garantisi veriyor olmasıdır⁷⁴. Türk Borçlar Kanunu'nun 470. maddesi '*Eser sözleşmesi, yüklenicinin bir eser meydana getirmeyi, iş sahibinin de bunun karşılığında bir bedel ödemeyi üstlendiği sözleşmedir*' ifadesiyle sözleşmeyi tanımlamaktadır. Bu sözleşme ile ilgili hükümler kanunun 470 ile 486. Maddeleri arasında yer almaktadır. Bu sözleşmenin geçerli olduğu tıbbi uygulamalarda hekimin dikkat ve özen yükümlülüğü değil, sonucun ne olduğu noktasında değerlendirme yapılır. Özellikle estetik amaçlı Plastik Cerrahi uygulamaları ve Diş hekimlerince yapılan diş protez uygulamaları bu kapsamda değerlendirilmektedir. Yüksek Mahkeme içtihatlarında da bu tip uygulamalarda hukuki ilişkinin eser sözleşmesi kapsamında değerlendirilmesi gerektiği ifade edilmektedir⁷⁵. Bununla birlikte bir Diş Hekiminin ya da Plastik Cerrahi uzmanının yaptığı tüm tıbbi uygulamalar için eser sözleşmesinin geçerli olacağını ifade etmek doğru değildir. Bu kapsamın sadece estetik ya da güzellik amacıyla yapılan uygulamaları içerdiği öğretide ve içtihatlarda tanımlanmaktadır.

Zeytin'e göre, estetik cerrahi ile ilgili ameliyatlarda risk ve menfaat dengesi açısından bakıldığında hekimin sorumluluğunun arttırılması haklı ve savunulabilir olsa da hasta ile hekim arasındaki ilişkinin eser sözleşmesi olarak nitelendirilmesi doğru değildir⁷⁶. Zeytin, insan vücudunun, bir başka insan tarafından imal ve inşa edilen fikri veya maddi bir ürün olmadığını ifade etmektedir⁷⁷. Çınarlı ve arkadaşları da insan üzerinde yapılan tıbbi müdahalelerin eser sözleşmesi dahilinde değerlendirilemeyeceği çünkü insana özel birçok faktörün sonucu etkileyebileceği, insanın bir ahşap yontu veya bir inşaat olmaması nedeniyle, yapılan operasyonlarda bir sonuç taahhüdü verilemeyeceği görüşünü benimsemektedir⁷⁸.

⁷⁴ Zevkliler, A. ve Gökyayla, K. E. (2018). Borçlar Hukuku, Özel Borç İlişkileri (18. Baskı). Turhan; Yavuz, C. (2012). Borçlar Hukuku Dersleri Özel Hükümler (10. Baskı). Beta.

⁷⁵ Yargıtay.3.Hukuk Dairesi'nin 26.04.2016 tarih ve 2015/10634 Esas, 2016/6585 Karar sayılı kararı. <https://karararama.yargitay.gov.tr/>. 24.03.2023.

⁷⁶ Zeytin, 2014, a.g.k., 112.

⁷⁷ Zeytin, 2014, a.g.k., 112.

⁷⁸ Çınarlı, S., Avcıoğlu, E., ve Kızılkaya, S.A. (2013) Plastik ve Rekonstruktif Cerrahinin İçerisinde Yer Alan Estetik Operasyonların Hukuki Olarak Nitelendirilmesi ve İdari Yargı Sürecine Etkileri. Mevlâna Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 1 (1), 231-266.

Bununla birlikte doktrinde, mevcut uygulamanın yerinde olduğu, estetik nitelikli operasyonların yaşamın sürdürölmesinde zaruri olmayan müdahaleler olarak nitelendirilerek eser sözleşmesi kapsamında değeriendirilmesi gerektiğini ifade eden yazarlar da mevcuttur⁷⁹. Özetle doktrinde bu konu ile ilgili tartışmalar devam etmektedir. Bize göre, estetik operasyonlarda, sözleşmenin eser sözleşmesi olarak tanımlanması doğru değildir. Mevcut uygulama dahilinde eser sözleşmesi kapsamında değeriendirilmesi gerektiği düşünölün durumlar için, uygulanan işlemin hak ettiği ölçüde, aydınlatma ve rıza yükümlölüğünün sınırlarının genişletilmesi noktasında değeriendirmenin daha doğru olacağını düşünmekteyiz. Bu konu ile ilgili ayrıntılı değeriendirme, görüş ve önerilerimiz çalışmamızın ‘Sonuçlar ve Öneriler’ bölümünde yer almaktadır.

Hastaneye Kabul Sözleşmeleri

Günümüzde, 2002 yılından bu yana iktidarda olan Adalet ve Kalkınma Partisi’nin (AKP) ortaya koyduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın sonuçlarından biri olarak özel sektörün sağlık hizmet sunumundaki payı her geçen gün artmakta ve insanlar tetkik ve tedavi amacıyla özel hastanelere sıklıkla başvurumaktadırlar. Özel hastaneye başvuran hasta ile orada çalışan hekimin hukuki ilişkisi de yine farklı şekillerde olabilmektedir. Şayet hasta tetkik ve tedavi amacıyla özel bir hastaneye başvuruyor ise burada ilişki hasta ile hastane arasında kurulmaktadır. Bu durumda hastane, belirleyeceği bir hekim ile hastanın tetkik ve tedavisi dışında, hastane içerisindeki, yeme-içme, ısınma, barınma, bakım gibi otelcilik hizmetlerini de veriyorsa bu sözleşme karma bir sözleşme olarak tanımlanır ve Hastaneye Tam Kabul Sözleşmesi olarak adlandırılır⁸⁰. Hasta, gittiği özel hastanede hekimini kendi seçse dahi bu durum hasta hakları yönetmeliği gereği bir hak olduğundan, bu sözleşmenin niteliğini değeriştirmez⁸¹.

⁷⁹ Kurt, M.G. (2020a). Estetik Müdahaleler İçin Kurulan Sözleşmelerde Cerrahın Yükümlölükleri. Ankara Barosu Dergisi. 101-133; Çınarlı S., Avcıoğlu, E., ve Kızılkaya, S.A. 2013. S.237.

⁸⁰ Demir, M. (2018). Hekim ve Hastane Yönünden Tıbbi Sorumluluk Hukuku. Yetkin; Zeytin Z 2014. s. 110.

⁸¹ Zeytin, 2014, a.g.k., 110.

Görüldüğü gibi burada hasta ile hekim arasında direkt olarak bir sözleşme ilişkisi kurulmamakta olup, bu durumda hekim ile hasta arasındaki ihtilaflar haksız fiil hükümlerine göre çözümlenmektedir. Bu durumda hekim, hastanenin ifa yardımcısı durumundadır ve hekimin sebep olduğu zarardan dolayı çalıştığı özel hastane ‘Yardımcı Kişilerin Fiillerinden Sorumluluk’ başlığını taşıyan TBK’nun 116. maddesi çerçevesinde sorumlu olur⁸². Aynı zamanda TBK’nun 66. maddesinde tanımlanan hastanenin adam çalıştırmanın sorumluluğu çerçevesinde kusursuz sorumluluğu mevcuttur⁸³. Bu durumda da hekimin sorumluluğu haksız fiil sorumluluğudur ve oluşan zararlardan ilgili hekim sorumludur⁸⁴.

Hastaneye Kısmi Kabul Sözleşmesinde ise, hasta hekimi ile ayrı, tedavi olduğu hastane ile ayrı bir sözleşme ilişkisi içerisinde. Bu durumda, hekim hastasına karşı, hastanın ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini verme yükümlülüğü içerisinde girerken, hastane ile hasta arasındaki ilişki ise yeme, içme, barınma, ısınma vs. gibi otelcilik hizmetleri ile ilgilidir. Bu tip bir sözleşme yapısında hastanenin sağlık hizmeti ile ilgili bir yükümlülüğü yoktur⁸⁵. Bu durum özellikle, özel muayenehanelerinde hasta muayenesi yapan ve hastasını tedavi amacıyla anlaşmalı olduğu özel hastaneye yatıran hekimleri ve ilgili özel hastaneyi ilgilendiren sözleşme tipidir.

⁸² TBK Madde 116: *Borçlu, borcun ifasını veya bir borç ilişkisinden doğan hakkın kullanılmasını, birlikte yaşadığı kişiler ya da yanında çalışanlar gibi yardımcılara kanuna uygun surette bırakmış olsa bile, onların işi yürüttükleri sırada diğer tarafa verdikleri zararı gidermekle yükümlüdür.*

Yardımcı kişilerin fiilinden doğan sorumluluk, önceden yapılan bir anlaşmayla tamamen veya kısmen kaldırılabilir.

Uzmanlığı gerektiren bir hizmet, meslek veya sanat, ancak kanun veya yetkili makamlar tarafından verilen izinle yürütülebiliyorsa, borçlunun yardımcı kişilerin fiillerinden sorumlu olmayacağına ilişkin anlaşma kesin olarak hükümsüzdür.

⁸³ TBK Madde 66: Adam çalıştırın, çalışanın, kendisine verilen işin yapılması sırasında başkalarına verdiği zararı gidermekle yükümlüdür.

Adam çalıştırın, çalışanın seçerken, işiyle ilgili talimat verirken, gözetim ve denetimde bulunurken, zararın doğmasını engellemek için gerekli özeni gösterdiğini ispat ederse, sorumlu olmaz.

Bir işletmede adam çalıştırın, işletmenin çalışma düzeninin zararın doğmasını önlemeye elverişli olduğunu ispat etmedikçe, o işletmenin faaliyetleri dolayısıyla sebep olunan zararı gidermekle yükümlüdür.

Adam çalıştırın, ödediği tazminat için, zarar veren çalışana, ancak onun bizzat sorumlu olduğu ölçüde rücu hakkına sahiptir.

⁸⁴ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 263.

⁸⁵ Zeytin, 2014, a.g.k., 110.

Hastaneye kabul sözleşmelerinde temel gaye hastanın tıbbi müdahalesinin uygulanması olduğundan, otelcilik hizmetlerini içeren diğer unsurlar yardımcı hizmetlerdir. Bu nedenle hastaneye kabul sözleşmesinde, asıl edimi oluşturan tıbbi uygulamaların vekalet sözleşmesi hükümlerine göre değerlendirilmesi, diğer edimler için de tipik sözleşme hükümlerinin mahiyetine uygun düştüğü ölçüde kıyasen uygulanması gerektiği ifade edilmektedir⁸⁶.

Her ne kadar doktrinde tanımlanması bu şekilde ise de bizim görüşümüz bu sözleşme tiplerinin doğru ya da amaca uygun olacak şekilde tanımlanmadığı şeklindedir. Sağlık hizmeti sunumu komplike ve bütüncül bir yapıdır. Bu bütüncül yapının ve verilen karmaşık hizmetin, sağlık hizmeti veya otelcilik hizmeti gibi birbirinden ayrılması çok da mümkün değildir. Örneğin, özel muayenehanesinde hastayı muayene etmiş ve ameliyata karar vermiş olan hekim, bir özel hastanede ameliyatını gerçekleştirmek üzere hastasını yatırdığında, ilgili hastanede hastaya yapılacak anestezi işlemi, kullanılan cerrahi aletlerin sterilizasyonu, yardımcı personelin asepsi, antisepsi kurallarına uyup uymadığı, post operatif bakımın doğru ve düzgün yapılıp yapılamadığı, ısınma ya da soğutmanın hasta için ne derece uygun olduğu hatta kişisel mahremiyetin ne kadar korunabildiği gibi bir çok hastane hizmetinin verilecek tedavinin ayrılmaz bir parçası olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Özetle, tedavi içerikli sözleşme tiplerinin keskin sınırlar ile ayrılması doğru değildir, bu konuda da yeni bir mevzuat çerçevesinde bütüncül bakış açıları geliştirilmelidir.

Vekaletsiz iş görme

Türk Borçlar Kanunu'nun 526-531 maddeleri arasında tanımlanan vekaletsiz iş görme, '*iş görenin vekaleti olmaksızın, iş sahibi için veya kendisi için iş sahibinin hukuki alanına müdahale etmesi*' şeklinde ifade edilmektedir. Vekaletsiz iş görme iki şekilde tanımlanmıştır. İlki, gerçek (caiz) vekaletsiz iş görme olup kanunun 526. maddesinde "*Vekâleti olmaksızın başkasının hesabına iş gören, o işi sahibinin menfaatine ve varsayılan iradesine uygun olarak görmekle yükümlüdür.*" ifadesiyle açıklanmaktadır.

⁸⁶ Şengül, R. (2020). Hasta ile Hekim Arasındaki İlişkinin Hukuki Niteliği ve Hekimin Tazminat Sorumluluğu. Aristo Özdemir, H. (2017). Sağlık Hukuku Alanında Teşhis ve Tedavi Sözleşmesi. Yetkin.

Tanımdan anlaşılacağı üzere, gerçek vekâletsiz iş görme, başka bir kişi olan iş sahibinin menfaatine veya varsayılan iradesine uygun olarak, iş görenin yetkili veya yükümlü olmadığı bir hukuki işlemi veya eylemi gerçekleştirmesidir⁸⁷.

Gerçek (caiz) olmayan vekaletsiz iş görme ise, iş gören tarafından iş sahibinin menfaatine olmayan veya yasakladığı bir işin görülmesidir. Caiz olmayan vekâletsiz iş görme hâlinde, iş sahibi buna icazet verirse artık vekâlet sözleşmesi hükümleri uygulanır⁸⁸. Hekimler temel olarak hastanın sağlığı için ve menfaatine uygun tıbbi müdahalelerde bulunurlar. Ancak, hastanın menfaatine uygun olsa da hastanın daha önceden yasakladığı ya da o an tedavi için gerekli olmayan bir tıbbi müdahale uygulanması durumunda gerçek olmayan vekaletsiz iş görme durumu söz konusu olmaktadır.

Hekimin vekaletsiz iş gördüğü durumların başında, acil müdahale gerekliliği olan durumlar gelir. Normal şartlarda, bir tıbbi müdahalenin hukuka uygun olmasının en önemli şartlarından biri hastanın yapılacak müdahale hakkında bilgi sahibi olması ve rızasıdır. Ne var ki, bazı acil durumlarda bazen hastanın durumunun aydınlatılmaya ve rıza alınmasına uygun olmaması bazen de yapılması gereken tıbbi müdahalenin çok acil bir şekilde uygulanması gerekliliği gibi özel durumlarda, hastanın üstün yararı öncelenerek, varsayılan rızaya göre hareket edilir⁸⁹. Başka bir ifadeyle, acil bir durumda rıza alınamayacak durumda olan bir hastanın varsayılan iradesinin hekimin tıbbi müdahaleyi gerçekleştirmesi yönünde olacağı kabul edilmesi durumunda, hastanın rızası aranmaksızın hekimin müdahalede bulunması gerekmektedir⁹⁰. Bu durumda temel amaç, hastanın mevcut tıbbi problem nedeniyle daha fazla zarar görmesini engellemek, tedaviye bir an önce başlamak, hastanın yaşam hakkı ve sağlık hakkı gibi temel haklarını korumaktır.

Mevzuatımıza bakıldığında, İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi 8. maddesinde ‘Acil bir durum nedeniyle uygun muvafakatın alınamaması halinde, ilgili bireyin sağlığı için tıbbî bakımdan gerekli olan herhangi bir müdahale derhal yapılabilir’ ifadesi ve yine Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi 3. maddesinde ‘Tabip vazifesi ve ihtisası ne olursa olsun,

⁸⁷ Şahin, M.F. (2019). Hekimin Gerçek Vekaletsiz İş Görmeden Kaynaklanan Sorumluluğu, ASBÜ Hukuk Fakültesi Dergisi, 1, 135-167, s.138.

⁸⁸ Şahin, 2019, a.g.k., 142.

⁸⁹ Özdemir, 2016, a.g.k., 38.

⁹⁰ Şahin, 2019, a.g.k., 135.

gerekli bakımın sağlanamadığı acil vakalarda mücbir sebep olmadıkça ilk yardımda bulunur' ifadesiyle, acil durumlarda hasta için gerekli tıbbi müdahalede bulunulmasını bir zorunluluk olarak ortaya koymuştur. Benzer şekilde, Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 24. maddesinde de *'Hastanın rızasının alınamadığı hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açacak durumun varlığı halinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmak rızaya bağlı değildir'* ifadesi ile hekimin anılan tıbbi zorunluluk durumlarında hastanın rızasını almaksızın müdahalede bulunması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Mevzuat hükümlerimizden de anlaşılacağı üzere hekimler ivedi müdahale gerektiren acil durumlar ile, çalıştıkları sağlık kurumlarında, kendilerine ait yaşam alanlarında (örneğin evlerinde) ya da tesadüfen uçak vs gibi sosyal alanlarda karşı karşıya kalabilirler. Hekimler kendi görev alanlarında karşılaştıkları acil durumlar da kayıtsız şartsız tıbbi müdahalede bulunmak zorundadırlar. Örneğin böyle bir durumda görevden çekilme gibi bir hakkı da kullanamazlar. Rastlantısal durumlarda ise, örneğin uçak, plaj vs. gibi sosyal alanlarda, acil bir durum ile karşılaşıldığında hekimin görevi şartların elverdiği ölçüde gereken tıbbi müdahaleyi uygulamak olmalıdır. Bu durumlarda kimi zaman şartların elverişli olmaması nedeniyle tıbbi kötü uygulama ile karşılaşma ihtimali artabilmektedir. Hekimlerin de bu gibi durumlarda tıbbi müdahalede bulunmaktan çekince yaşayabilme ihtimalini düşünen birçok ülke 'Good Samaritan' adlı ilkeyi göz önüne almaktadır. Bu ilke, temeli kutsal kitaplardan alınmış, insanların acil durumdaki hastalara ilk yardımda bulunmaları için bu yardım esnasında verdikleri zararlardan sorumlu tutulmamalarına veya sorumluluklarının azaltılmasına ilişkin bir ilkedir⁹¹.

Vekaletsiz iş görme kavramıyla en sık karşı karşıya kalınan diğer durum ameliyatlardır. Ameliyatlar, cerrahi branşların en sık uyguladığı bir tıbbi müdahale şeklidir. Gerek tıbbi gerekse hukuki gerekçeler ile hekimler hastalarına ameliyat öncesi, gereken her türlü bilgiyi vermek zorundadırlar. Buna rağmen ameliyat sırasında karşı karşıya kalınan bazı durumlarda, ameliyatı genişletmek ya da başta planlanan ve bunun için hastanın rızası alınan işlemde daha başka bir işlem yapılmak durumunda kalınabilir.

⁹¹ Şahin, 2019, a.g.k., 150.

Bu gibi durumlarda, hasta genel anestezi altında ya da iradesini sağlıklı bir şekilde ifade edebilecek durumda değilse ve yapılacak müdahale bir zorunluluk halinde ise durum gerçek vekaletsiz iş görme kapsamında değerlendirilir. Bununla birlikte ifade etmek gerekir ki, Biyotıp Sözleşmesinin⁹² 8. maddesinde⁹³ ve Hasta Hakları Yönetmeliğinin 24. maddesinde⁹⁴, müdahalenin genişletilmesi durumunda dahi, hastanın önceki söz ve isteklerinin dikkate alınması gerekliliği ifade edilir.

Tıbbi müdahalenin genişletilmesinin gerçek vekaletsiz iş görme kapsamında değerlendirilebilmesi için bazı şartların gerçekleşmesi gerekmektedir. Bunlardan ilki, müdahalenin hasta ile hekim arasındaki sözleşmenin (yapılan aydınlatma ve alınan rıza) dışında bir müdahale olması ve bunun da öngörülmeleyen bir durum olmasıdır⁹⁵. Diğer şart ise, hastanın genel anestezi altında bilinci kapalı ya da iradesini tam olarak yansıtamayacak halde olması durumudur. Ayrıca, müdahale sırasında karşılaşılan durum, hastaya yaşamsal tehlike oluşturacak ya da bir organının fiziksel ya da fonksiyonel kaybı ile sonuçlanabilecek bir durumda olmalı ve müdahale geciktirilemeyecek aciliyette olmalıdır⁹⁶. Son olarak, hekimin müdahale öncesi bu durum ile karşılaşma ihtimalini öngörmemesi gerekir. Tıbbi standartlar dahilinde hekimin bu durumu öngörmemesi kabul edilir olmalıdır. Türk Borçlar Kanunu madde 527 de, vekaletsiz iş görme ile ilgili sorumluluk durumu ifade edilmektedir. Buna göre vekaletsiz iş gören her türlü ihmalden sorumludur. Yani hekim hafif ihmalden de sorumlu olacaktır. Ancak maddenin devamında iş gören iş sahibinin karşılaştığı zarar veya zarar tehlikesini gidermek amacıyla yapmış olması durumunda sorumluluğunun daha hafif olarak değerlendirileceği ifade edilmektedir.

⁹² Biyotıp Sözleşmesi: - Avrupa Konseyi çerçevesinde 4 Nisan 1997 tarihinde imzaya açılmış olan “Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi, 5013 sayılı Kanun ile 03.12.2003 tarihinde onaylanarak yürürlüğe girmiştir. Sözleşme, doktrinde ve içtihatla kısaca ‘Biyotıp Sözleşmesi’ olarak ifade edilmektedir.

⁹³ Biyotıp Sözleşmesi Madde 8: *Acil bir durum nedeniyle uygun muvafakatın alınamaması halinde, ilgili bireyin sağlığı için tıbbî bakımdan gerekli olan herhangi bir müdahale derhal yapılabilir.*

⁹⁴ HHY Madde 24(5): *Tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbî müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri göz önüne alınır.*

⁹⁵ Şahin, 2019, a.g.k., 152.

⁹⁶ Şahin, 2019, a.g.k., 152.

Bu konu ile ilgili doktrinde farklı görüşler ortaya konmaktadır. Bir görüş hekimin hastasının hayatını kurtarmak ya da daha fazla zarara uğramasını engellemek için yaptığı tıbbi müdahale nedeniyle hekimin sorumluluğunun yumuşatılmasının doğru olduğunu savunmakta iken bir başka görüş ise hekimin sorumluluğunun hafifletilmesi, hekimin vekaletsiz iş gördüğü durumlarda, vekalet sözleşmesine göre daha az özen yükümlülüğüne sahip olduğu kabulü gerektiği ifadesiyle doğru bulmamaktadır⁹⁷. Bizim de doğru olduğuna inandığımız bir başka görüş ise ameliyatın genişletilmesi ile acil durumların ayrı ele alınması gerektiği hatta her somut olayın kendi şartları çerçevesinde değerlendirilmesi gerekliliğidir⁹⁸. Genel anlamda bakıldığında, hekimlerin her şart altında özen yükümlülüğüne uygun olarak hareket etmesi gerekliliği temel unsur olmalıdır⁹⁹. Hekimler açısından hem tıbbi hem de etik olan, her şart altında ellerinden gelenin en iyisini yapmak ve tıbbi standartlardan sapmamaktır.

Gerçek olmayan vekaletsiz iş görme ile ilgili sorumluluk ise TBK madde 527/3 de ifade edilmiştir. İş görenin açıkça yasakladığı ya da hekimin hastasının yapılmasını istemediğini bildiği bir müdahaleyi yapması durumunda ise beklenmeyen halden de sorumlu olacaktır. Bu durumdaki iki unsurun ilki, hastanın yasaklama durumu diğeri ise bu yasaklamanın ahlaka ve hukuka aykırı olmaması gerekliliğidir. Böyle bir durumda hekimin sorumluluktan kurtulmasının şartı ise, müdahale olmasaydı dahi bu zararın gerçekleşeceğini ispatlaması gerekir. Bu ispatlanırsa, hekimin beklenmeyen hâlden sorumluluğu ortadan kalkmaktadır¹⁰⁰.

2.1.1.2. İdari hukuktan kaynaklanan tazminat sorumluluğu

Devletler, vatandaşlarının sağlığı, güvenliği, refahı ve diğer hak ve özgürlüklerini korumak ve gerçekleştirmek amacıyla kurum ve örgütler oluşturarak faaliyetler uygular. Bu anlamda idare, belirli bir amacın gerçekleştirilmesi amacıyla kurulan örgüt veya bu amaca ulaşmak için yürütülen planlı bir insan faaliyeti olarak tanımlanır¹⁰¹.

⁹⁷ Özdemir, 2016, a.g.k., 40.

⁹⁸ Şahin, 2019, a.g.k., 158.

⁹⁹ Altun, 2018, a.g.k., 303.

¹⁰⁰ Altun, 2018, a.g.k., 305.

¹⁰¹ Ertuğrul, 2017, a.g.k., 3.

Vatandaşlarının hak ve ihtiyaçlarını korumak ve sağlamak zorunda olan idare, bu amaçlarını gerçekleştirirken birçok işlem ve eylem uygular. Bu işlem ve eylemler nedeniyle kimi zaman vatandaşlar zarar görebilirler. İdareler modern hukukun bir gereği olarak yapmış oldukları faaliyetleri nedeniyle zarar gören vatandaşlara karşı sorumludur ve sebep oldukları zararı tazmin etmek zorundadırlar. Bu durum 1982 Anayasası'nın 125. maddesinde, '*İdarenin her türlü eylem ve işlemlerine karşı yargı yolu açıktır. İdare kendi eylem ve işlemlerinden doğan zararı ödemekle yükümlüdür*' şeklinde ifade edilmiştir¹⁰².

İdari yargı, idarenin eylem ve işlemleri nedeniyle ortaya çıkan uyuşmazlıkları çözüme kavuşturan bir yargı kolu olup, usul ve kuralları bakımından adli yargıdan farklıdır¹⁰³. Özel hukuk uyuşmazlıklarını ilgilendiren adli yargı dışında ayrı idari yargı kolu olmasının sebebi, idarenin kamu gücü ve aygıtlarını kullanıyor olması ve bu ayrıcalıklı durumun farklı ve özellikli bir yargı kolunda değerlendirilmesi gerekliliğidir¹⁰⁴. Bir başka ifade ile idarenin kamu gücüyle donatılmış yetkileri karşısında zayıf durumda olan bireylerin idari işlem ve eylemler nedeniyle uğradıkları zararlarla ilgili uyuşmazlıklarda idari yargı görevlidir¹⁰⁵.

Devletin ya da diğer kamu tüzel kişilerinin, bireylerle doğrudan iletişim içinde bulunan ve kanunları uygulayan makam ve organlarının, kişilere verdiği zararlardan sorumluluğu, idarenin sorumluluğu olarak ifade edilmektedir¹⁰⁶. Bu sorumluluk idareyi ve onun adına hareket eden kişilerin, memurlar ve diğer kamu görevlilerinin, yetkilerini kullanırken, işledikleri kusurlardan kaynaklanan zararları kapsamaktadır¹⁰⁷. Bu durum sağlık hizmeti sunumu için de geçerlidir. Sağlık Ocağı, Devlet Hastanesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi ya da Üniversite Hastanesi gibi kamu tüzel kişiliğine ait olan kurumlarda çalışan hekimler ve diğer sağlık çalışanları, yapmış oldukları görevi kendi adlarına ve kişisel olarak değil, idarenin bir ajanı olarak kamu adına icra ederler. Bu görev sırasında ortaya çıkan bir ihtilaf durumunda ise doğal olarak idare hukuku geçerli olacaktır ve hekimin bir kamu görevlisi olarak işlediği kusurdan dolayı ortaya çıkan

¹⁰² RG: 09.11.1982/17863 (Mükerrer)

¹⁰³ Güzel, Oğuzhan. (2013). Anayasa Mahkemesi Kararları Işığında İdari Yargının Görev Alanına Yönelik Müdahalelerin Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 17(1-2). s. 1483-1524. S.1484.

¹⁰⁴ Yaşar, H.N. (2008). İdarenin Sorumluluğu Üzerine Düşünceler. İÜHFM. 66(1). s. 201-219.

¹⁰⁵ Tavlı, N. (2020). Sağlık Hizmetlerinde İdari Kusur Sorumluluğu, BÜHFD, 1(2). s. 405-434.

¹⁰⁶ Çınarlı ve ark. 2021, a.g.k., 19.

¹⁰⁷ Yayla, Y. (2009). İdare Hukuku. Beta. s. 351.

zararın tazmini ile ilgili dava kişiye karşı değil idare hukuku kuralları çerçevesinde idareye karşı açılacaktır¹⁰⁸.

Sağlık hizmetleri gerek kamuya ait gerekse özel sektörde işletilen kurumlarda sürekli ve kesintisiz işlemesi gereken bir hizmettir. Anayasa'nın 56. maddesinde vatandaşların sağlık hakkı tanımlanmış ve bu hakkın kullanılabilmesi için devlet kendisini sorumlu kılmıştır. Buna göre devlet, sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde kamu hastaneleri noktasında direk hizmeti sağlayıcı iken, özel hastaneler açısından ise düzenleyici ve denetleyici konumundadır. Bu hizmetlerin işleyişini hastane idareleri aracılığıyla uygulanmakta olması bakımından, olası bir hizmet kusuru durumunda hastane yönetimleri sorumlu olmaktadır¹⁰⁹.

Sağlık hizmetlerinde idarenin hizmet kusurundan bahsedebilmek için, ağır bir kusurdan söz etmek gerektiği, bunun nedeninin ise yapılan işin taşıdığı riskler ve hizmeti alandan kaynaklı riskler olduğu ifade edilmektedir¹¹⁰. Danıştay vermiş olduğu kararlarda, tıbbi bir uygulama nedeniyle oluşmuş zararlarda ağır kusur aranması gerektiğini, onun dışında sistem ya da organizasyon kaynaklı durumlarda ise basit kusurun yeterli olacağını ifade etmektedir¹¹¹. Danıştay 10. Dairesinin 2007 yılında vermiş olduğu bir kararda da, tıbbi operasyon dışında kalan bakım, gözetim ve diğer yan müdahalelerde ağır hizmet kusuru aramaya gerek olmadığı vurgulanmıştır¹¹².

Günümüzde teknolojinin ilerlemesi, bilgiye ulaşım ve sosyal devlet anlayışının da gelişmesiyle 'ağır kusur' teorisi geri planda kalmakta, kusurun ağır olmasının sorumluluğu değil, tazminat miktarının belirlenmesi noktasında değerlendirilmesi gerektiğini ifade eden görüşler ağır basmaktadır. Bu anlamda sağlık hizmetleri ile ilgili ağır kusur varlığının aranması sadece riskli tıbbi müdahaleler ve operasyonlar açısından söz konusu olması gerektiği ifade edilmektedir¹¹³.

¹⁰⁸ Ertuğrul, 2017, a.g.k., 6; Doğramacı, 2021, a.g.k., 46.

¹⁰⁹ Tavlı, 2020, a.g.k., 425.

¹¹⁰ Çınarlı ve ark. 2021, a.g.k., 60.

¹¹¹ Çınarlı ve ark. 2021, a.g.k., 63.

¹¹² Danıştay 10. Dairesinin 24.09.2007 tarih ve 2005/3719 Esas, 2007/4316 Karar sayılı kararı. Erişim. Lexpera. 11.03.2023.

¹¹³ Çınarlı ve ark. 2021, a.g.k., 75.

İdare hukukunda kusur kavramı ve kişisel kusur ile hizmet kusuru ayrımı önemli ve üzerinde tartışılması gereken bir konudur. Kusur kavramının hukuk doktrininde net bir tanımı olmamakla birlikte basitçe '*hukuk tarafından hoş karşılanmayan ya da kınanan davranış*' olarak tanımlanmakta olup hukukun bu davranışı kınamasının nedeni ise, başka türlü davranma olanağı varken ve zorunlu iken, bu şekilde davranılmamış olmasıdır. Yani kişiden beklenen ortalama hareket tarzından sapılmış olmasıdır¹¹⁴.

Kusur, özel hukuk açısından bakıldığında haksız fiil sorumluluğunun şatlarından biri olarak karşımıza çıkarken, idare hukuku açısından bakıldığında, idarenin kusurlu sorumluluğu boyutunda kendine özgü ve tamamen idare hukukuna has bir kavram olarak görülmektedir¹¹⁵. İdarenin kusurlu sorumluluğundaki kusur unsuru, 'hizmet kusuru' kavramı ile tanımlanmakta ve idare hukukundaki bir eksikliği ifade etmektedir¹¹⁶. Hizmet kusurunu, özel hukuktaki bireyin kusuru olarak değerlendirmek mümkün değildir çünkü zararın temeli bir idari işlem ise idari işlem bir sürecin sonucudur. Burada idari eylem ya da işlemi uygulayan kamu görevlisi sonuç olarak idarenin kendisine verilen görevi yapan uygulayıcı rolündedir. Bu bakımdan hizmet kusuru hizmeti görmekle yükümlü olan idarenin kusurudur¹¹⁷. Konu ile ilgili İstanbul Bölge İdare Mahkemesi (BİM) 8. Dairesi'nin vermiş olduğu bir kararda hizmet kusuru şöyle tanımlanmaktadır¹¹⁸; '*İdarenin yürütmekle görevli olduğu bir hizmetin kuruluşunda, düzenlenişinde veya işleyişinde nesnel nitelikli bir bozukluk, aksaklık veya boşluk olarak tanımlanabilen hizmet kusuru, hizmetin kötü işlemesi, geç işlemesi veya hiç işlememesi hallerinde gerçekleşmekte ve idarenin tazmin yükümlülüğü doğmasına yol açmaktadır. Bu bağlamda hizmet kusuru, özel hukuktaki anlamından uzaklaşarak nesnelleşen, anonim bir niteliğe sahip, bağımsız karakteri olan bir kusurdur. Hizmet kusurundan dolayı sorumluluk, idarenin sorumluluğunun doğrudan ve asil nedenini oluşturmaktadır.*' Görüldüğü ve doktrinde de kabul edildiği üzere, hizmet kusuru hizmetin kötü işlemesi, geç işlemesi ya da hiç işlememesi şeklinde karşımıza çıkabilmektedir.

¹¹⁴ Çınarlı ve ark. 2021, a.g.k., 90-91.

¹¹⁵ Çınarlı ve ark. 2021, a.g.k., 56.

¹¹⁶ Yayla, 2009, a.g.k., 361.

¹¹⁷ Çınarlı ve ark. 2021, a.g.k., 56.

¹¹⁸ İstanbul BİM. 8. Daire, 06.03.2019 tarih ve 2018/1268 Esas, 2019/354 Karar sayılı Kararı. Alınan Kaynak. Çınarlı ve ark. 2021, a.g.k., 57.

Kişisel kusur, kamu görevlilerinin, idare fonksiyonunu yerine getirirken gerçekleştirdiği herhangi bir kusurlu fiilin veya kötü davranışın doğrudan doğruya kamu görevlisine bağlanmasıdır¹¹⁹. Hizmet kusuru ise, kamu görevlilerinin, görevlerini ifasından ayrılamaz nitelikteki kusurlarıdır. Mevzuatımıza bakıldığında, Anayasa'nın 129/5 maddesi, *'Memurlar ve diğer kamu görevlilerinin yetkilerini kullanırken işledikleri kusurlardan doğan tazminat davaları kendilerine rücu edilmek kaydıyla ve kanunun gösterdiği şekil ve şartlara uygun olarak, ancak idare aleyhine açılabilir'* demektedir. Yine 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun¹²⁰ (DMK) 13. maddesi, *'Kişiler kamu hukukuna tabi görevlerle ilgili olarak uğradıkları zararlardan dolayı bu görevleri yerine getiren personel aleyhine değil, ilgili kurum aleyhine dava açarlar. Kurumun, genel hükümlere göre sorumlu personele rücu hakkı saklıdır'* ifadesi göstermektedir ki, kamu görevlisinin hizmet içi kişisel kusurundan doğan zararlar nedeniyle de sorumluluk idareye aittir ve uyuşmazlık durumunda dava idareye karşı açılması gerekmektedir¹²¹.

İdare hukukunda, kişisel kusur ile hizmet kusuru arasındaki ayrımın tarihsel gelişimine bakıldığında, 1996 yılına kadar Uyuşmazlık Mahkemesi kararlarında *"Dikkatsizlik, tedbirsizlik ve meslekte acemilik nedenleriyle verilen zararlarda ancak şahsi kusurun söz konusu olacağı", "idarenin ajanı durumundaki kişilerin şahsi kusurları yönünden kendilerine açılan tazminat davalarının adli yargı yerinde görülmesi gerektiği"* ifadeleri mevcuttur. 1997 tarihinde verilen bir kararda ise *"Kişilerin uğradığı zararla, zarara sebebiyet veren kamu personelinin yürüttüğü görev arasında herhangi bir ilişki kurulabiliyorsa, ortada görevle ilgili bir durum var demektir ki, öğretide "görevli kusuru" olarak tanımlanan bu tür davranışlar, kamu personelinin hizmetten ayrılamayan kişisel kusurları olarak ortaya çıkmakta"* şeklinde bir değerlendirme yapılmıştır¹²². Oysa yukarıda da ifade ettiğimiz üzere, Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 40/3 maddesi ile 129/5. maddesi, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 13/1. maddesi ve yine Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 43. maddesi, aslında benzer ifadeler ile, kamuda çalışan personelin görevleri ile ilgili yapmış oldukları kusurlardan ötürü açılacak davaların, ilgili kurum aleyhine açılması gerektiği, oluşacak tazminatın sonradan kendilerine rücu edilmek suretiyle devlet tarafından ödenmesi gerektiği ifade edilmektedir.

¹¹⁹ Armağan, T. (1997). İdarenin sorumluluğu ve Tam yargı Davaları. Seçkin. s.83

¹²⁰ RG: 23.07.1965/12056

¹²¹ Çınarlı ve ark. 2021, a.g.k., 83.

¹²² Zeytin, 2014, a.g.k., 107.

Yargıtay uzun süre, kişisel kusur-hizmet kusur ayırımına giderek, kamu görevlisinin yaptığı bir kusuru, kişisel kusur şeklinde tanımlayarak, adli yargıda yargılanmasına ve kişisel tazminat ödenmesine karar vermiştir. Genel bir ifade ile belirtecek olursak, Yargıtay bu tip kararlarına gerekçe olarak, hekimin bir memur ya da kamu görevlisi olarak, idari yetkilerini kullanırken değil, tıp bilimi kurallarına göre yapılan tıp sanatının ifası sırasında kusur işlediği mantığı içerisinde, kusurun kişisel olduğu ve adli yargıda yargılabileceği noktasında ifadelerde bulunmuştur.

Bu noktada, Yargıtay Hukuk Genel Kurulunun 31.10.2007 tarih ve E.4-800/797 sayılı kararı sonrası yazılan karşı oy yazısı, bizce de doğruya ulaşmada önemli bir basamak olmuştur. Bu karşı oy yazısı özetle, önce yukarıda andığımız mevzuat hükümlerine atıfta bulunarak şu noktaya vurgu yapmaktadır; *‘Bu düzenlemelerin amacı, kamu görevlisinin görevini yaparken, baskı altında kalmaması yanında, zarar gören kişinin, ekonomik bakımdan gücü sınırlı olan kamu görevlisinde değil, ödeme gücü yüksek olan kamu kurum ve kuruluşuna yönelme hakkı verilmesidir. Anayasa ve yasa hükümlerine göre kamu görevlileri hakkında olağan olan, asıl olan doğrudan idare aleyhine, idari yargıda dava açılmasıdır.’* Bu hükümdeki ifadeler gerçekte, son derece mantıklı ve doğrudur. Hasta açısından bakıldığında, başına olumsuz bir durum geldiğinde karşısındaki muhatabın devlet olması, dava sonucu hak ettiği tazminatı garanti altına alan güçlü bir yapılanma olması açısından önemlidir. Diğer yandan, sağlık personeli açısından ise, hasta karşısında kendini tamamen yalnız ve tek başına sorumlu hissetmeyeceği bir durum oluşturur ki, bu hekimin defansif kalmasını engelleyen ve kendisini güvende hissedeceği bir oluşumdur.

Yargıtay Hukuk Genel Kurulu’nun 2012 yılında vermiş olduğu tam da bu mantık çerçevesi doğrultusundaki kararında *‘Öncelikle, açıklanan anayasal ve yasal düzenlemelerin amacı tartışılmış; gerek Anayasa, gerekse Devlet Memurları Kanunu’nda yer alan düzenlemelerin, memur ve kamu görevlisinin sorumluluğunu ortadan kaldırmadığı; daha sonra ilgisine rücu edilmek üzere ilk etapta devletin sorumluluğuna giderek, mağdura zararını daha iyi bir şekilde giderecek bir muhatap ve tereddütsüz bir yargı yolu sağladığı; bugüne kadar ki uygulamada, kamu personelinin mali sorumluluğunu çözmek için “hizmet kusuru” ve “kişisel kusur” ayırımına gidilmiş olmasının yerinde olmadığı, zira yasada böyle bir unsur bulunmayıp; bunun tamamen idare ile memur arasında görülecek rücu davasının sorunu olduğu; öte yandan, Anayasa’nın 129/5 maddesinde sayılan görevlinin görevini yerine getirirken veya*

yetkilerini kullanırken kasten islediği eylemin bu koruma altına girip girmeyeceğine ilişkin olarak da, yasanın “kusur” ifadesi kullanması karşısında eylemin kasten veya ihmalen işlenmesine bakılmaksızın idarenin sorumluluğuyla güvence altına alındığı, ceza mahkemesinde yargılanmasının hatta ceza almasının dahi öneminin bulunmadığı, bunun da ancak rücu davasında dikkate alınacağı; sonuçta, memur ve kamu görevlisinin görevi sırasında hizmet araçlarını kullanarak yaptığı eylem ve işlemlerine ilişkin kişisel kusurunun kasti suç niteliği taşısa bile hizmet kusuru oluşturacağı bu nedenle açılacak davanın idare aleyhine açılması gerektiği; görev yapılan yerde dahi olsa memur ve kamu görevlisinin yaptığı iş ile ilgisi olmayan eylemlerin varlığı halinde ise bu eylemden memurun kişisel olarak sorumlu tutulacağı, bu nedenle açılacak davaların da ancak adli yargıda ve kamu görevlisi veya memur aleyhine açılabileceği, ilke olarak oyçokluğu ile kabul edilmiştir’ ifadesi ile içtihat değişikliğine gidilmiş olup, günümüze değin, kararlar ve uygulama, kamu görevlisinin kusuru durumunda idare hukuku hükümlerinin geçerliliği yoluna gidilmiştir¹²³. Özetle 2012 yılı sonrası kamu hastanelerinde görev yapan hekimler açısından davalar, rücu edilmek kaydıyla idari yargı yerlerinde idareye karşı açılmaya başlanmıştır ve uygulama halen bu şekilde devam etmektedir.

Sonuç olarak hekim, Sağlık Bakanlığı Hastaneleri veya Devlet ya da Vakıf üniversiteleri gibi bir kamu kurumunda çalışıyor ise, tıbbi kötü uygulama iddiası durumunda, görev idare adına yapılıyor olduğundan, idari hukuk yargılama usulleri geçerli olacaktır ve idareye karşı tam yargı davası açılmalıdır. 2577 sayılı İdari Yargı Usul Kanunun¹²⁴ (İYUK) 13/1 maddesine göre, ‘İdari eylemlerden hakları ihlal edilmiş olanların idari dava açmadan önce, bu eylemleri yazılı bildirim üzerine veya başka suretle öğrendikleri tarihten itibaren bir yıl ve her halde eylem tarihinden itibaren beş yıl içinde ilgili idareye başvurarak haklarının yerine getirilmesini istemeleri gereklidir. Bu isteklerin kısmen veya tamamen reddi halinde, bu konudaki işlemin tebliğini izleyen günden itibaren veya istek hakkında otuz gün içinde cevap verilmediği takdirde bu sürenin bittiği tarihten itibaren, dava süresi içinde dava açılabilir.’

¹²³ Yargıtay Hukuk Genel Kurulu. 01.02.2012 tarih ve E.2011/4-592 ve K.2012/25 sayılı kararı. Erişim. <https://karararama.yargitay.gov.tr/>. 25.11.2022.

¹²⁴ RG: 20.01.1982/17580

Görüldüğü gibi madde içerisinde, tam yargı davasının ne kadar süre içerisinde ve hangi usul ile açılacağı hükmüne bağlanmıştır. Daha önce de ifade edildiği gibi bu durumda dava direkt hekime karşı değil idareye karşı açılmaktadır. Bununla birlikte eylemi dava konusu olan hekim davaya ‘fer-i müdahil’ olarak katılabilecektir. Dava sonucu idare tazminat ödemek durumunda kalırsa, mevcut mevzuatımız gereği uygulama yapılacaktır. En son 7406 sayılı Türk Ceza Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun’un 27.05.2022 tarih ve 31848 sayılı Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmesiyle rücu konusunda ciddi değişiklikler olmuştur. Bu konu ileride ayrıntılı şekilde tartışılacaktır.

2.1.2. Ceza hukuku sorumluluğu

Hekimlik mesleğinin amacı insanları öncelikle hastalıklardan korumak, hastalandıklarında ya da yaralandıklarında iyileştirmek, bu mümkün olamıyorsa ağrı ve acılarını azaltmaya çalışmak ve sonuçta insan onuruna yakışır bir şekilde ölmelerine yardımcı olmaktır. Hekimler mesleklerini icra ederken insan vücudu ve psikolojisi ile uğraşırlar. Hukuki anlamda dokunulmaz olan insanın vücut bütünlüğü üzerinde hekimlerin yapmış olduğu müdahaleler, tıp bilimi açısından olduğu kadar hukuki açıdan da kurallara uygun olmalıdır. Aksi takdirde, hekimin yapmış olduğu müdahale, kişinin vücut bütünlüğüne bir saldırı olarak nitelendirilebilecektir¹²⁵.

Tıp bilimi çerçevesinde hekimlerin yaptığı müdahaleler her zaman risk içermektedir. Bu riskli mesleğin ifası sırasında ortaya çıkan olumsuzluklar nedeniyle hekimler bilimsel ve hukuki sorumluluk taşımaktadır. Hukuki sorumluluğun bir türü de cezai sorumluluktur. Ceza sorumluluğu, failin fiilini ‘cezalandırmak’ suretiyle, toplumsal düzenin korunmasını amaçlamaktadır¹²⁶. Hekimlerin yaptıkları tıbbi müdahaleler, güncel tıp bilimi verileri dahilinde, gereken objektif dikkat ve özen yükümlülüğüne uygun şekilde yapılmalı, aykırı bir durumda ise diğer hukuki sorumluluklar dışında ceza sorumluluğu da söz konusu olmaktadır¹²⁷.

¹²⁵ Şeker, Z. (2020). Malpraktis Davalarında Aydınlatılmış Onam ile İlgili Yargıtay Kararlarının Değerlendirilmesi, Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı. s. 7

¹²⁶ Keçeligil, H.T. (2018) Hekimin Ceza Sorumluluğu, İçinde Erdal Kalkan (ed), Hekimler İçin Hukuk Rehberi, TND yayınları, 151-164, s. 151.

¹²⁷ Apaydın, C. (2021). Doktorların Tıbbi Müdahaleden Doğan Cezai Sorumluluğu, Legal Hukuk Dergisi, 19(227), 4857-4928, s. 4883.

Mevzuatımızda sağlık alanında ceza sorumluluğu ile ilgili özel ilkeler bulunmayıp, genel ceza hukuku kuralları bu alan için de geçerlidir¹²⁸. Bununla birlikte hekimin iyileştirme amacıyla insanların vücut bütünlüğü üzerinde yaptığı uygulamalar ile normal bir insanın bir başkası üzerinde uyguladığı darp, cebir gibi uygulamaların aynı mecrada değerlendirilemeyeceği de açıktır. Hekimlerin yaptıkları uygulamaları diğerlerinden farklılaştıran unsur ise tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk koşullarıdır. Bu koşullar yapılan tıbbi müdahalenin yetkilendirilmiş kişilerce yapılması, endikasyon yani tıbbi bir gereklilik durumunda yapılması, güncel tıbbi standartlara uygun bir müdahale olması ve usulüne uygun olarak aydınlatılmış hastanın bu müdahaleye olan rızasıdır. Hekimler, sonuç olarak amaç iyileştirme de olsa, insanların vücut bütünlüğü üzerine yaptıkları müdahaleleri ‘kasten’ gerçekleştirirler. Bu açıdan bakıldığında, yapılan tıbbi müdahalede başta hastanın rızası olmak üzere hukuka uygunluk koşulları yok ise, yapılan müdahale kasten müessir fiil suçunu oluşturur¹²⁹.

Hekimlerin herhangi bir eylemi için ceza sorumluluğunun bulunabilmesi için bir kusurunun olması ve kusur ile hastanın gördüğü zarar arasında nedensellik bağı kurulabilmesi gerekir. Kusur, ağırlık derecesine göre taksir ve kast olarak ikiye ayrılır. Taksir istisnai bir kusurluluk şeklidir ve toplum için zararlı sonuçlar doğurabilecek hareketleri yapan veya meslek icrasında bulunan kişilerin daha dikkatli, özenli ve basiretli davranmalarını sağlamak amacıyla kanunda cezalandırılması gereken fiil olarak kendine yer bulmuştur¹³⁰. Taksir, gereğini eksik yapma ya da yapmama, gereken özeni göstermeme nedeniyle failin, suç tanımına uyan bir fiile neden olması, buna karşılık ortaya çıkan sonucu öngörmemiş olmasıdır. Bir başka ifadeyle taksirin unsurları; taksirin cezalandırılacağı konusunda yasada bir hüküm bulunması, dikkat ve özen yükümlülüğünün yerine getirilmemesi, hareketin bilerek ve isteyerek yapılması, neticenin öngörülebilir olması, failin neticeyi istememiş olması ve hareket ile sonuç arasında nedensellik bağının bulunması şeklinde sıralanabilir¹³¹.

¹²⁸ Ünver, Y. (2014). Sağlık Alanında Ceza Hukuku Sorumluluğunun Temel Prensipleri, Tıp HD, (6), 46-68, s 47

¹²⁹ Ünver, 2014, a.g.k., 50.

¹³⁰ Hakeri, H. (2017). Tıp Hukuku (12. Baskı). Seçkin. s. 461.

¹³¹ Yalvaç, G. (2014). Hekimlerin Cezai Sorumluluğu, Tıp HD, (6), 69-92. s. 73.

Hekimler açısından değerlendirildiğinde, icrai bir hareket ya da eylemsizlik şeklinde ortaya çıkabilen ve birbiriyle geçirgenlik arz eden taksirli davranışlar, dikkatsizlik, tedbirsizlik, objektif özen eksikliği, meslekte yetersizlik ve tıp biliminin standartları dışında davranmaktır¹³².

Bilinçli taksir ise, 5237 sayılı TCK'nun 22/3 maddesinde, '*failin öngördüğü neticeyi istememesine rağmen, neticenin meydana gelmesi*' şeklinde tanımlanmıştır. Taksirde neticenin öngörülebilir olması gerek ve yeter şart iken, bilinçli taksirde failin neticeyi de öngörmüş olması gereklidir¹³³. Yani taksiri, bilinçli taksirden ayıran özellik olayın önceden öngörülmüş olmasıdır. Bilinçli taksirde kişi, olası bir kötü sonucu öngörmesine rağmen ya bu sonucu ciddiye almayarak ya da şansına ve yeteneğine güvenerek tehlikeyi öngörmesine rağmen gerçekleşmeyeceğine inanmaktadır. Bu açıdan bakıldığında hekimlerin her taksirli davranışı bilinçli taksir olarak değerlendirme ihtimali olmakla birlikte içtihatla bazı koşulların varlığının aranması gerektiği ifade edilmektedir. Yargıtay 12. Ceza Dairesi'nin 2013/18184 E., 2014/2055 K. ve 29.01.2014 tarihli kararında¹³⁴, '*Mesleki kusurluluk ve bu kapsamda tıbbi müdahalelerde bilinçli taksirin kabulü için, yasadaki öngörme ölçütünün tek başına kabulünün yeterli olmadığı, hekim kusurunda bilinçli taksir yönünden aşırı güven, mesleki cesaret ve tıp kurallarına çok açık ve kabul edilemez aykırılıklar gibi ek koşullarının gerçekleşmesinin aranması, aksi halde tüm tıbbi müdahalelerde bilinçli taksirin varlığının kabul edilebileceği, bu nedenle hekim kusurunun bilinçli taksir düzeyine ulaşp ulaşmadığının değerlendirilmesinde belirtilen bu ek koşulların da nazara alınması gerektiği*' ifadesiyle hekimlik mesleği açısından bilinçli taksirin kabulü için olması gereken koşullar tanımlanmıştır.

Hekimler resmi bir görevin icrası durumunda, hasta ile bir sözleşme dahilinde hekim-hasta ilişkisi kurulmuşsa ya da acil hallerde, hastalarına bakmakla yükümlüdürler ve bu görevini yapmayan veya ihmal gösteren hekim 5237 sayılı TCK'nun 83. maddesi uyarınca sorumlu olacaktır¹³⁵. Bunun yanında, uyguladığı yanlış bir tedavi sonucu hastasını tehlikeli bir duruma düşüren hekim, bu yanlış tedavinin sonuçlarını önleyecek tedbirleri almaması halinde yine 83. madde dahilinde sorumlu olacaktır. İfade etmek

¹³² Apaydın, 2021, a.g.k., 4858.

¹³³ Yalvaç, 2014, a.g.k., 75.

¹³⁴ Yargıtay 12. Ceza Dairesi'nin 29.01.2014 tarih ve 2013/18184 Esas, 2014/2055 Karar sayılı kararı. Erişim. <https://karararama.yargitay.gov.tr/>. 14.12.2023

¹³⁵ Yalvaç, 2014, a.g.k., 81.

gerekir ki, bu yanlış tedavinin veya ihmalin kasten gerçekleşmesi gerekmektedir. Yalvaç çalışmasında, hiçbir hekimin hastasına kasten yanlış tedavi uygulayacağı ya da ihmalde bulunacağı düşünülmendiğinden, hekimler açısından bu maddenin uygulama alanının oldukça sınırlı olacağını ifade etmektedir¹³⁶.

Hekimlerin yaptıkları tıbbi müdahaleler sırasında, kasten zarar verme ya da kasten yanlış tedavi uygulama ihtimali çok çok özel durumlar dışında kabul edilemez olduğunun ön kabulü ile hekimlerin dikkat ve özen yükümlülüğüne uymamaları nedeniyle hastanın yaralanmasına ve ölümüne neden olmaları halinde, hekim hakkında taksirle yaralama ve taksirle öldürme hükümleri uygulanır¹³⁷. Taksirle öldürme 5237 sayılı TCK'nun 85. maddesinde¹³⁸, taksirle yaralama ise 89. maddesinde¹³⁹ hüküm bulmuştur. Özetle, hekim tarafından yapılan bir tıbbi müdahale sonucu kusur tespit edilmiş, sonuçta hastanın ölümü ya da yaralanması gibi bir zarar ortaya çıkmış ve yapılan tıbbi müdahale ile oluşan sonuç arasında bir nedensellik bağı kurulmuş ise, hekim taksirle yaralama veya öldürme suçlarından sorumlu tutulabilecektir. Bu suçların yaptırımını ise, TCK 85/1'e göre bir kişinin taksirle öldürülmesi halinde 2 yıldan 6 yıla kadar hapis cezası olup, TCK 89/1'e göre ise taksirle yaralama halinde 3 aydan 1 yıla kadar hapis ve adli para cezasıdır.

¹³⁶ Yalvaç, 2014, a.g.k., 81.

¹³⁷ Yalvaç, 2014, a.g.k., 82.

¹³⁸ TCK. Madde 85: (1) Taksirle bir insanın ölümüne neden olan kişi, iki yıldan altı yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Fiil, birden fazla insanın ölümüne ya da bir veya birden fazla kişinin ölümü ile birlikte bir veya birden fazla kişinin yaralanmasına neden olmuş ise, kişi iki yıldan onbeş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

¹³⁹ TCK. Madde 89: (1) Taksirle başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, üç aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır.

(2) Taksirle yaralama fiili, mağdurun;

a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına, b) Vücudunda kemik kırılmasına, c) Konuşmasında sürekli zorluğa, d) Yüzünde sabit ize, e) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma, f) Gebe bir kadının çocuğunun vaktinden önce doğmasına, Neden olmuşsa, birinci fıkraya göre belirlenen ceza, yarısı oranında artırılır.

(3) Taksirle yaralama fiili, mağdurun;

a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine, b) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine, c) Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına, d) Yüzünün sürekli değişikliğine, e) Gebe bir kadının çocuğunun düşmesine neden olmuşsa, birinci fıkraya göre belirlenen ceza, bir kat artırılır.

(4) Fiilin birden fazla kişinin yaralanmasına neden olması halinde, altı aydan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(5) (Değişik: 6/12/2006 – 5560/5 md.) Taksirle yaralama suçunun soruşturulması ve kovuşturulması şikâyete bağlıdır. Ancak, birinci fıkra kapsamına giren yaralama hariç, suçun bilinçli taksirle işlenmesi halinde şikâyet aranmaz.

Hekimin yaptığı tıbbi müdahalenin komplikasyon mu, malpraktis mi olduğu, hekimin kusurlu olup olmadığı ve müdahale ile netice arasında nedensellik bağının bulunup bulunmadığı Cumhuriyet Savcısı ya da mahkeme tarafından araştırılarak karar verilmesi gerekir. Bu kararı verebilmek için savcılık ya da mahkeme bilirkişi incelemesi yaptırabilir. Bilirkişi, yaşanan somut olayda müdahalenin tıp bilimi standartlarına uygun yapıp yapılmadığı noktasında işin teknik tarafı açısından bir değerlendirme yapmalıdır. Hekimin kusurlu olup olmadığı noktasında görüş bildirilmemelidir çünkü bu konu mahkemenin yetkisinde olan bir konudur. Hekimin kusuru hakkında görüş bildirilmesi, bilirkişinin görev sınırını aşarak savcı ya da hâkim yerine karar vermesi anlamına gelecektir ki bu doğru bir tutum olarak kabul edilmemektedir¹⁴⁰. Çalışmanın sonraki bölümlerinde bu konu ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

2.1.3. Disiplin sorumluluğu

Hekimlerin meslek icraları sırasında görev yaptıkları kurumların ve meslek odalarının kurallarına uyma zorunlulukları vardır. Mesleğini kamu dışında ifa eden hekimler için, kanundan ve yönetmeliklerden kaynaklanan genel mesleki hükümler dışında, ilgili özel hastanelerin kuralları ve meslek odalarının kuralları da uyulması gereken kurallardır. Kamuda çalışan hekimler için, Sağlık Bakanlığına bağlı kamu kurum ve kuruluşlarında uyulması gereken kurallar mevzuatta mevcuttur. Disiplin sorumluluğu noktasından bakıldığında 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun (DMK) 'Disiplin' başlıklı 7. bölümünde, 124 ile 136. maddesi arasında konu ile ilgili genel hükümler ve 125. maddesinde disiplin cezası gerektiren durumlar tanımlanmıştır. Bunun dışında 29.04.2021 tarihinde Resmî Gazete yayımlanan Devlet Memurları Disiplin Yönetmeliği'nde disiplin soruşturmaları ile ilgili usulleri ortaya koymaktadır. Üniversitelerde görev yapan hekimlerin disiplin açısından bağlı oldukları kurallar ise 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu'nun¹⁴¹ 53. maddesinde geniş olarak tanımlanmıştır. Gerek DMC 125.madde, gerekse Yükseköğretim Kanunu 53. maddede, işlenen disiplin suçunun türüne göre, uyulması gereken ön inceleme, inceleme, soruşturma gibi usul aşamaları sonrası verilecek cezalar uyarı, kınama, aylıktan kesme, kademe ilerlemesinin durdurulması, devlet memurluğundan çıkarma gibi cezalardır.

¹⁴⁰ Apaydın, 2021, a.g.k., 4911.

¹⁴¹ RG: 06.11.1981/17506.

İfade etmek gerekir ki, hekimler sorumlu oldukları yükümlülükler kadar, bu yükümlülüklerle aykırı hareket ettiklerinde, bir soruşturma ile karşı karşıya kaldıklarında haklarını da bilmeleri gerekir. Çünkü savunma süreleri ve itiraz süreleri sınırlıdır ve süre geçtikten sonra cezalar kesinleşir. DMK 130. maddeye göre ‘Devlet memuru hakkında savunması alınmadan disiplin cezası verilemez. Soruşturmayı yapanın veya yetkili disiplin kurulunun 7 günden az olmamak üzere verdiği süre içinde veya belirtilen bir tarihte savunmasını yapmayan memur, savunma hakkından vazgeçmiş sayılır.’ ifadesi savunma süresini tanımlanmaktadır. Yine DMK madde 135 de ifade edilmektedir ki, ‘Disiplin amirleri tarafından verilen uyarma, kınama ve aylıktan kesme cezalarına karşı disiplin kuruluna, kademe ilerlemesinin durdurulması cezasına karşı yüksek disiplin kuruluna itiraz edilebilir. İtirazda süre, kararın ilgiliye tebliği tarihinden itibaren yedi gündür. Süresi içinde itiraz edilmeyen disiplin cezaları kesinleşir.’ Bu hükümlerden de anlaşılacağı üzere, hekimler kendilerine gelen bir sarı zarfın içerisinde yer alan her inceleme ya da soruşturma evrakını ciddiye almalı, ortaya çıkan sonuçlar ile ilgili olarak hukuki haklarını aramalıdır. Bunun için gerekirse profesyonel yardım almaktan çekinmemelidirler. Verilen tüm disiplin cezalarına karşı idari yargı yoluna başvurulabileceği hakkı da yine DMK 135. madde kaynaklı bir haktır.

2.1.4. Mesleki sorumluluk

Hekimlerin hukuki ve idari sorumlulukları haricinde, meslektaşlarına ve hastalarına karşı olan davranışları ile ilgili, bağlı oldukları meslek odalarına karşı da sorumlulukları mevcuttur. Mesleki sorumluluk ile ilgili, Türk Tabipler Birliği Kanunu’nun¹⁴² (TTB) 59. maddesine dayanılarak, 28.04.2004 tarih ve 25446 sayılı Resmî Gazete ’de TTB Disiplin Yönetmeliği yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelik içeriğinde, disiplin cezası verilmesi gereken durumlar tanımlanmış olup, disiplin cezası verilmesi aşamasında uyulması gereken usul ve esaslar ortaya konmuştur. Meslek kusurunun varlığı ile ilgili temel ölçüt, hekimin uyması gereken etik ve hukuki yükümlülükleri yerine getirirken, objektif olarak ortalama bir hekimin göstermesi gereken standart davranışı gösterip göstermediği noktasıdır¹⁴³.

¹⁴² RG: 31.01.1953/8323

¹⁴³ Tosun, S. (2018). Kamu Hastanesinde Çalışan Hekimin Hukuki Sorumluluğu, Erdal Kalkan (Ed.), Hekimler İçin Hukuk Rehberi, TND, 227-254, s. 240.

İlgili yönetmelik uyarınca hekimler kusurlu bulunduğunda uyarı cezası, para cezası, geçici olarak meslekten men etme ve oda bölgesinde çalışmanın yasaklanması şeklinde dört farklı ceza ile karşı karşıya kalabilirler. Meslekten alıkonma cezası alanlar, ceza süresi dolmadan ülkenin hiçbir yerinde mesleklerini ifa edemezler. Şayet hekim üç defa meslekten men cezası almış ise, oda bölgesi dahilinde sürekli olarak mesleğini yapamaz duruma düşmektedir.

2.2. Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluk Şartları

Türkiye Cumhuriyeti Anayasa'sının Temel Haklar ve Ödevler başlıklı ikinci kısmının, kişinin dokunulmazlığı, maddi ve manevi varlığını tanımladığı 17. maddesi, *'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'* ifadesiyle, vatandaşların vücut dokunulmazlığını güvence altına alınmıştır. Metindeki tıbbi zorunluluk kavramı, tıbbi müdahaleyi ifade etmektedir. Tıbbi müdahale, öğretilerde birçok şekilde tanımlansa da, kişilerin ruh ve beden sağlığına yönelik herhangi bir noksanlığı veya hastalığı teşhis, tedavi etmek; tedavinin mümkün olmadığı hallerde hastalığı hafifletmek, ilerlemesini ve kötüye gitmesini önlemek, acıları dindirmek, ortaya çıkmamış ama çıkması muhtemel hastalıkları önlemek ya da yasadışı kaynaklı olarak nüfus planlaması amacıyla yapılan, kanunun yetkilendirdiği kimselerce tıp biliminin öngördüğü genel kural ve esaslar uyarınca gerçekleştirilen her türlü faaliyettir¹⁴⁴. Bir başka ifadeyle, tıbbın gereklerini uygulamak üzere eğitim almış ve yetkin kabul edilmiş kişiler tarafından tıbbi kurallar ve teknik bilgiler ışığında, kişilerin bedensel, zihinsel, ruhsal ve sosyal yönden iyi olmasını sağlamak amacıyla verilen her türlü sağlık hizmeti olarak tanımlanabilir¹⁴⁵. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 4. maddesinin 3. fıkrasına göre tıbbi müdahale, *'Tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafından uygulanan, sağlığı koruma ve hastalıkların teşhis ve tedavisi için ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak tıbbın sınırları içinde gerçekleştirilen fiziki ve ruhi girişimi ifade eder'* şeklinde tanımlanmıştır.

¹⁴⁴ Çakmut, Ö. (Yenerer). (2003). Tıbbi Müdahaleye Rızanın Ceza Hukuku Açısından İncelenmesi. Legal. s. 24.

¹⁴⁵ Hızal, S.A. (2012). Tıbbi Müdahalelerde Olası Kast ve Bilinçli Taksirin Ayırımı, Ceza Hukuku Dergisi, 7 (8), s. 225-256. s. 218.

Tıbbi müdahaleler, insan bedeninin fiziki ve ruhsal bütünlüğüne üzerine yapılan işlemler ve eylemlerdir. Hekimler bu müdahaleleri belirli bir amaç doğrultusunda uygularlar. Bu amaç genellikle bir hastalığın teşhisi, tedavisi ya da kişinin hastalıktan korunmasıdır. Ne var ki, sonuçlar her zaman istendiği gibi olmayabilir. Çünkü her tıbbi müdahalenin riskleri ve olası olumsuz etkileri mevcuttur¹⁴⁶. Bu noktada tıbbi müdahalenin hukuka uygun olması için gereken şartları ifade etmek gerekir. Bunlar, müdahalenin kanunun yetkilendirdiği bir sağlık çalışanı tarafından yapılması, yapılan müdahalenin endikasyon sınırları içerisinde olması, tıp bilimi verilerine uygun tıbbi müdahale yapılmış olması ve Aydınlatılmış Rıza'nın alınmış olmasıdır¹⁴⁷.

Bir başka açıdan bakıldığında, tıbbi müdahale özel hukuk açısından bir haksız fiil, ceza hukuku açısından ise kasten yaralama niteliği taşımaktadır. O halde tıbbi müdahaleyi yapan hekimin mesleki, idari, tazminat ya da ceza açılarından hukuki bir sorumluluğu olmaması için tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartlarına uyması gerekmektedir¹⁴⁸. Türk Medeni Kanunu'nun 24/2 maddesinde hukuka uygunluk sebepleri; kişilik hakkı ihlal edilenin saldırıya rıza göstermesi, daha üstün nitelikteki özel veya kamusal yarar ile kanunun verdiği yetki olarak tanımlanmaktadır. Öğretide, yapılan tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk sebebini bazı yazarlar hekimin şifa hakkının icrası noktasında değerlendirirken bazı yazarlar ise hastanın rızasının olması olarak kabul etmektedir. Her iki unsurun gerekli olduğunu ifade eden araştırmacılar da mevcuttur¹⁴⁹. Biz de her iki unsurun olması gerektiği düşüncesindeyiz. Bununla birlikte Biyotıp Sözleşmesinin 5. maddesine göre, sağlık alanında herhangi bir müdahale, ancak ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde rıza göstermesi ile yapılabilir ifadesi, ilgilinin tıbbi müdahaleye rıza göstermesi gerekliliğinin en temel ve en önemli şart olarak ortaya koymaktadır.

Çalışmamızın bu aşamasında tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartları tartışılacaktır.

¹⁴⁶ Çağlayan, A, Kaplan, G., ve Meral, O. (2022). Üroloji Alanıyla İlgili Tıbbi Uygulama Hatası (Malpraktis) İddiasıyla Danıştay'a Yansıyan Davaların İncelenmesi, Tıp HD, (21), 35-70, s. 38.

¹⁴⁷ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 305.

¹⁴⁸ Hakeri, H. (2014a). Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluğun Şartları, Tıp HD., (6), 17-44, s. 18.

¹⁴⁹ Gökcan, H. T. (2017). Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk (3. Baskı). Seçkin Yayınları, s. 188; Doğramacı, 2021, a.g.k., 58.

2.2.1. Tıbbi müdahalenin yetkili kişilerce yapılması

Tıbbi müdahaleler kişinin vücut bütünlüğüne yönelik girişimlerdir ve ancak yasaların yetkilendirdiği kişiler tarafından yapılabilir. Mevzuatımıza göre, 1219 sayılı Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un¹⁵⁰ (TŞSTİDK) 1. maddesi *'Türkiye Cumhuriyeti dahilinde tababet icra ve herhangi surette olursa olsun hasta tedavi edebilmek için tıp fakültesinden diploma sahibi olmak şarttır'* ifadesiyle, ülkemizde tıbbi müdahalede bulunma hakkı hekime verilmiştir. Bu kanuna, 06.04.2011 tarihinde 6225 sayılı Kanun¹⁵¹ ile Ek 13. madde eklenmiş ve bu maddede yeni birçok sağlık meslek mensubu tanımlanmış ve görev tanımları yapılmıştır. Aynı ek madde içerisinde *'Tabipler ve dış tabipleri dışındaki sağlık meslek mensupları hastalıklarla ilgili doğrudan teşhiste bulunarak tedavi planlayamaz ve reçete yazamaz'* ifadesiyle tanımlanan sağlık meslek mensuplarının *'ilgili uzman tabibin teşhisine ve tedavi için yönlendirmesine bağlı olarak'* mesleklerini icra edebilecekleri ortaya konmuştur¹⁵².

Mevzuatımızda bazı acil ve ilk yardım gerektiren durumlar için özel istisnalar mevcuttur. Örneğin, 21.06.2005 tarih ve 5371 sayılı Kanun'un¹⁵³ 7. maddesi ile 1219 sayılı Kanun'un 3. maddesine yeni bir fıkra eklenmiş ve *'Acil tıbbi yardım ve bakım ile sınırlı kalmak ve Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmeliğinde belirtilmek kaydıyla acil tıp teknikerleri ile acil tıp teknisyenleri hastaya müdahale edebilir, bu hususta lazım gelen iş ve işlemleri yapabilirler.'* ifadesiyle acil tıp teknikerlerine, acil şartlarda olmak kaydıyla tıbbi müdahale hakkı verilmiştir. Yine, Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin¹⁵⁴ 31/ğ maddesinde *'Tabip harici sağlık çalışanı, ilk yardım ve acil tıbbi müdahaleler hariç olmak üzere, tabip kararı ve talimatı olmaksızın hangi surette olursa olsun hastalara doğrudan tıbbi hizmet sunamaz.'* ifadesiyle acil ve ilk yardım durumları için bir istisna söz konusu edilmiştir.

¹⁵⁰ RG: 14.04.1928/863.

¹⁵¹ RG: 26.04.2011/27916.

¹⁵² Yalçın, M. (2018). Tıbbi Müdahale Kavramı ve Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluğu, İçinde. Erdal Kalkan (Ed.), Hekimler için Hukuk Rehberi, 53-76, s. 56.

¹⁵³ RG: 05.07.2005/25866.

¹⁵⁴ RG: 15.02.2008/26788.

Konu ile ilgili bir başka yönetmelik ise, 22.05.2014 tarihinde yayımlanmış olan ‘Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik’dir¹⁵⁵ ve madde 5/h fıkrasında ‘Yetkili kişilerce acil sağlık hizmeti ulaşana kadar almış olduğu eğitim doğrultusunda ilk yardım gereklerini yerine getirir.’ hükmü ile diğer mevzuat maddelerinde belirtilen acil ve ilk yardım durumları için bir istisna tanımlanmıştır.

Özetle mevzuatımıza göre, belirtilen acil ve ilk yardım durumları haricinde, tıbbi müdahalede bulunma hak ve yetkisi sadece hekimlere verilmiştir. Türkiye’de hekimlik mesleğini icra edebilmek için Sağlık Bakanlığı’nca tescil edilmiş Tıp Doktorluğu diploması sahibi olmak ilk koşuldur¹⁵⁶. Genel anlamda tıp fakültesi diploması ile pratisyen hekim olarak mezun olan kişiler tıbbın bütün alanlarında tıbbi müdahale yapma yetkisine sahiptir¹⁵⁷.

Doğaldır ki, sadece tıp fakültesi diploması ile hekim unvanı alan kişilerin uzmanlık ve özel bilgi gerektiren işleri yapmaları mümkün değildir. Hatta günümüzde yani bilgi ve teknolojinin çok hızlı ilerlediği son 50 yılda uzmanlık eğitimini alarak uzman olan hekimler bile bazı özel müdahaleler için yetersiz kalmaktadırlar. Son yıllarda birçok yeni uzmanlık alanı ortaya konmuş, hatta aynı uzmanlık alanı içerisinde yan dal uzmanlıkları ve yeni sertifikasyon eğitimleri ile bazı çok özel girişim ve müdahaleler için üst düzey eğitimler almak ihtiyacı söz konusu olmuştur. Uzman hekimler için yetki ve sorumluluk alanları ile ilgili, Tıpta Uzmanlık Tüzüğü’nün¹⁵⁸ 4. maddesinde ‘Bu Tüzük hükümlerine göre uzmanlık belgesi almayanlar, hiçbir yerde ve şekilde uzmanlık unvan ve yetkisini kullanamazlar ve uzmanlıkla ilgili tıbbi faaliyette bulunamazlar.’ ifadesiyle, ilgili uzmanlığı gerektiren müdahaleleri yapabilmek için eğitim alınması gerektiği tanımlanmaktadır. Hekimin uzmanı olmadığı ya da eğitimini almadığı bir müdahaleyi yapması üstlenme kusurunu oluşturur, bir başka ifadeyle hekimin üstlenmemesi gereken bir işi üstlenmesi başlı başına bir kusurdur¹⁵⁹.

¹⁵⁵ RG: 22.05.2014/ 29007

¹⁵⁶ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 306.

¹⁵⁷ Hakeri, 2021a, a.g.k., 264.

¹⁵⁸ RG: 19.06.2002/ 24790

¹⁵⁹ Hakeri, 2021a, a.g.k., 267.

Günümüzde Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun¹⁶⁰ (TUK) hazırlamış olduğu Çekirdek Eğitim Müfredatları içerisinde, ilgili uzmanlık alanı dahilinde hangi müdahale için hangi eğitimin verileceği ve öğrenme hedefleri tanımlanmıştır. Bu kurul, ortaya koyduğu müfredat programları ve bu programların ilgili eğitim kurumlarında uygulanması ve bunun denetlenmesi çok önemlidir. Uzmanlık alanları arasında bazı işlem ve müdahalelerin pratik uygulamada icrası, gelişen komplikasyonlar ve malpraktis değerlendirilmesi noktalarında, bu müfredatlar doğrultusunda alınan eğitimler göz önüne alınmalıdır. Bu nedenle Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun ilgili komisyonları her uzmanlık alanı için bu müfredatları güncel tutmalıdır. Müfredat içerisinde yer almayan bazı özel işlem ve müdahaleler sonradan eğitim olarak o işlemi yapmaya muktedir olduklarını belgeleyemeyen hekimler tarafından yapılmamalıdır.

Hekim olmayan kişilerin yaptıkları tıbbi müdahaleler ile ilgili hüküm 1219 sayılı Kanun'un 23.01.2008 tarihinde değiştirilen 25. maddesinde, *'Diploması olmadığı hâlde, menfaat temin etmek amacına yönelik olmasa bile, hasta tedavi eden veya tabip unvanını takınan şahıs iki yıldan beş yıla kadar hapis ve bin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır.'* hükmü yer almaktadır. Bu maddeye göre, yetkisiz kişilerin hasta tedavi etmesi veya hekim unvanını takınması, herhangi bir zarar oluşturmaya bile yaptırım altına alınmıştır¹⁶¹.

Uzmanlık gerektiren ancak uzmanı olmayan bir hekim tarafından gerçekleştirilen tıbbi müdahalelerin de cezai ve disiplin sorumluluğu söz konusudur. Müdahale sonucu hasta iyileşmiş ise, uzmanı olmayan hekim tarafından gerçekleştirilen müdahale, unsurları oluşmadığından taksirle yaralama suçunu oluşturmamakla birlikte, iş bölümüne ve çalışma düzenine aykırılık nedeniyle disiplin sorumluluğu açısından değerlendirilmelidir. Ancak yapılan tıbbi müdahale sonucu hasta zarar görmüş ise (yaralanma ya da ölüm halinde), koşulların oluşması şartıyla taksir düzeyinde kusurlu sorumluluğu söz konusu olacaktır¹⁶².

¹⁶⁰ Tıpta Uzmanlık Kurulu, 03.09.2022 tarih ve 31942 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 'Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'nin 'Tıpta Uzmanlık Kurulu' başlıklı ikinci bölümünde madde 4-6'da tanımlanmıştır.

¹⁶¹ Apaydın, 2021, a.g.k., 4865.

¹⁶² Apaydın, 2021, a.g.k., 4867.

Apaydın'a göre, uzmanı olmayan bir kişinin yaptığı tıbbi müdahale sonucu hastanın yaralanması ya da ölmesi durumunda eylemin bilinçli taksir olarak değerlendirilmesi gerekir çünkü hekim bu durumda genel tıp bilgisine, yeteneğine ve becerisine güvenerek müdahaleyi gerçekleştirmiş olup, ortaya çıkan kötü sonucu istememektedir¹⁶³. İfade etmek gerekir ki, zorunluluk halinde yapılan müdahaleler bu kapsamın dışında değerlendirilmelidir.

2.2.2. Endikasyon şartı

Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk sebeplerinden biri olan endikasyon, yapılacak bir tıbbi müdahalenin güncel tıbbi standartlar dahilinde ve bilimsel olarak gerekliliğini ifade etmektedir. Bu açıdan bakıldığında, endikasyonu olmayan bir tıbbi müdahalenin uygulanması, bilimsel gerçeklere ve tıbbi standartlara uygun olmayacağı için, hukuka da uygun olmayacaktır¹⁶⁴. Bir başka deyişle, tıbbi gerekliliği olmayan bir tıbbi müdahale haksız olacak ve özel hukuk açısından tazminat sorumluluğuna, ceza hukuku açısından ise kasten yaralama, kasten öldürme ya da görevi kötüye kullanma gibi suçların oluşmasına neden olabilecektir¹⁶⁵. Mevzuatımıza baktığımızda Anayasa'nın 17. maddesindeki *'Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz.'* hükmündeki 'tıbbi zorunluluklar' ifadesi, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nde 13/3. maddede yer alan *'Tabip ve diş tabibi; teşhis, tedavi veya korunmak gayesi olmaksızın, hastanın arzusuna uyarak veya diğer sebeplerle, akli veya bedeni mukavemetini azaltacak her hangi bir şey yapamaz.'* ifadesi ve Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 12. maddesindeki *'Teşhis, tedavi veya korunma maksadı olmaksızın, ölüme veya hayati tehlikeye yol açabilecek veya vücut bütünlüğünü ihlal edebilecek veya akli veya bedeni mukavemeti azaltabilecek hiçbir şey yapılamaz ve talep de edilemez.'* ifadesi hep endikasyon gerekliliğini ortaya koyan hükümleridir. Bu anlamda endikasyon ya da tıbbi gereklilik şartı, yapılan tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartlarından biridir¹⁶⁶.

¹⁶³ Apaydın, 2021, a.g.k., 4867.

¹⁶⁴ Gökcan, 2017, a.g.k., 191.

¹⁶⁵ Şimşek, 2015, a.g.k., 3541.

¹⁶⁶ Hakeri, 2021a, a.g.k., 535.

Sünnet, rahim tahliyesi, genetik araştırmalar hatta estetik amaçlı bazı tıbbi uygulamalar için ilk bakışta tıbbi endikasyon yokmuş gibi görünse de gerçekte bu uygulamaların her biri için sosyal ya da psikolojik endikasyon olduğunu ifade eden yazarlar mevcuttur¹⁶⁷. Yine de ifade edildiği üzere, tek başına hastanın talebi ya da rızası üzerine, endikasyon olmadan yapılacak bir tıbbi müdahale hukuka uygun olmayacaktır¹⁶⁸. Burada doktrinde tartışılan ve bize göre de tartışılması gereken konu, tıbbi endikasyonun ne kadar dar ya da geniş çerçevede değerlendirilmesi gerekliliğidir. Örneğin sünnet için sosyal endikasyonun var olduğu kabul edilmektedir¹⁶⁹. Bunun yanında birçok estetik operasyon için psikolojik endikasyonun varlığı tartışılır haldedir. Bize göre bu tip, direkt fiziksel ‘iyileştirme’ amacı gütmeyen tedaviler ya da operasyonlar için her somut olayda, ilgili uzmanların oluşturduğu bir heyet tarafından endikasyon ile ilgili bir rapor düzenlenmelidir. Bu durum hukuk karşısında hekimleri, endikasyon varlığı ya da yokluğu konusunda tartışılır olmaktan uzaklaştıracaktır.

Doğramacı yaptığı çalışmada, endikasyon şartının olmaması gerektiğini, bu şartın hızla gelişen teknolojiye ayak uyduramayacağı, yapılacak tıbbi müdahalelerin kısıtlanacağını ifade etmektedir¹⁷⁰. Biz bu ifadeye katılmamaktayız. Endikasyon şartının olmaması, yapılacak tıbbi müdahalenin gerekçesinin bilimsel anlamda ortaya konulamayacağı, tıbbi standart kavramından uzaklaşılacağı ve sonuçta bilimsel ve hukuki anlamda kaos oluşturacağı düşüncesi ile endikasyon şartının tıbbi müdahalelerde olması gerektiği inancını taşımaktayız.

2.2.3. Aydınlatılmış (Bilgilendirilmiş) rıza

2.2.3.1. Terminoloji ve tanım

Aydınlatılmış ya da Bilgilendirilmiş Rıza ifadesi, İngilizce’de ‘informed consent’ teriminden Türkçeleştirilmiş olup hem bir hasta hakkı hem de tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartlarından biri olan ve hastanın kendisine uygulanacak tıbbi müdahale konusunda bilgilenmesini ve bu bilgilendirilme neticesinde müdahaleyi özgürce kabul etmesini sağlayan ve ispatlayan bir süreci tanımlayan bir terimdir¹⁷¹.

¹⁶⁷ Doğramacı, 2021, a.g.k., 74.

¹⁶⁸ Hakeri, 2021a, a.g.k., 537.

¹⁶⁹ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 310.

¹⁷⁰ Doğramacı, 2021, a.g.k., 74.

¹⁷¹ Mega E. (2019). "Informed Consent" Teriminin Türkçe Karşılığı Ne Olmalıdır. Sağlıkçıyız İnternet Gazetesi. Ertunç MEGA / ‘Informed Consent’ Teriminin Türkçe Karşılığı Ne Olmalıdır? (sağlikciyiz.com.tr). (Erişim Tarihi. 16.03.2023)

Mega'nın yaptığı çalışmada 'informed constant' teriminin Türkçe karşılığını tespit noktasında şu öneride bulunulmuştur; *'Aydınlatma' kelimesinin, topluma yönelik bir işleve haiz olduğu ve hasta ve hekim arasında kurulan sözleşmenin taraflarından çok daha fazlasını kapsayan bir kavram olduğu gerekçesiyle; 'onam' kelimesinin ise, kanuni düzenlemelerde sıklıkla makam onayını işaret etmesi sebebiyle, kullanılmalarının doğru olmadığına dikkat çekilmiş ve 'informed constant' teriminin doğru karşılığın 'Bilgilendirilmiş Rıza Belgesi' ya da 'Bilgilendirilmiş Muvafakatname' olması gerektiği ifade edilmiştir*¹⁷². Günümüzde gerek doktrinde gerekse yargı kararlarında 'Aydınlatılmış Onam' ifadesi sıklıkla kullanılan ve benimsenmiş bir ifade olarak karşımıza çıkmaktadır. Bununla birlikte biz de Mega'nın ifade ettiği gibi, 'onam' yerine 'rıza' kelimesinin kullanılmasının daha yerinde olacağını düşünmekteyiz. Buna karşın 'bilgilendirilmiş' kelimesinin, hastanın bilgiyi anlayıp anlamadığı ve kendisi açısından anlamlandırdığı noktasında eksiklikler oluşturacağı düşüncesiyle, 'Aydınlatılmış' ifadesinin daha uygun olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmamızda da 'Aydınlatılmış Rıza' ifadesi kullanılacaktır.

Aydınlatılmış rıza kavramı, riskleri, yararları ve alternatifleri ile onların da risk ve yararlarını kapsayan tedavi uygulamasının, hekim tarafından yeterli düzeyde ve uygun şekilde açıklanmasından ve hasta tarafından hiçbir tereddütte yer kalmayacak şekilde anlaşılmasından sonra, önerilen tıbbi müdahalenin hasta tarafından "gönüllülükle kabulü" olarak tanımlanmaktadır¹⁷³. Bu ifadeden anlaşıldığı gibi burada iki farklı komponent vardır. Bunlardan ilki aydınlatmadır. Aydınlatma, hasta ile hekim arasında kurulan vekalet sözleşmesinin gereklerinden olan özen gösterme yükümlülüğü bağlamında değerlendirilecek bir edim olarak karşımıza çıkar. Hasta ancak bu aydınlatma sayesinde, durumu hakkında bilgi sahibi olarak, kendi geleceği hakkında karar verebilecek ve vücut bütünlüğünü koruyabilecektir¹⁷⁴. Bir başka ifade ile, hastanın kendi kaderini tayin etme hakkını kullanabilmesi için aydınlatılması şarttır ve aydınlatma temelde bilginin sunulması ve sunulan bilginin anlaşılmasını amaçlamaktadır¹⁷⁵. Özetle aydınlatma hekim için bir yükümlülük, hasta için ise bir hak olarak karşımıza çıkmaktadır¹⁷⁶.

¹⁷² Mega, 2019, a.g.k., 23.

¹⁷³ Çavdar P. (2016). Hekimin Aydınlatma Yükümlülüğü, Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi 22(3), 735-764.

¹⁷⁴ Ozanoğlu, H. S., (2003) Hekimlerin Hastalarını Aydınlatma Yükümlülüğü, Ankara Üniversitesi. Hukuk Fakültesi Dergisi, 52(3), 55-77. s.59.

¹⁷⁵ Kurt, M.G.(2020b).Tıbbi Müdahalelerde Aydınlatılmış Onam, TBB D.. (146), 187-218, s.193.

¹⁷⁶ Kaya, M. (2012a). Türk ve Amerikan Hukukunda Hekimin Aydınlatma Yükümlülüğünün Kapsamı, TıpHD, (1), 133-60, s. 135.

Diğer yandan ‘rıza’ kavramı ise, hastanın özgür iradesiyle, tamamen bilgilendirilmiş bir şekilde yani neye rıza gösterdiğini bilerek, önerilen tedavi, işlem ya da cerrahi müdahaleye rıza göstermesi durumudur¹⁷⁷. Hasta tarafından verilen rızanın geçerli olmasının ön koşulu usule uygun aydınlatmanın yapılmış olmasıdır, aksi takdirde verilen rıza geçersiz olacaktır¹⁷⁸. Rıza kavramının temel öğeleri gönüllülük ve yeterlilik¹⁷⁹. Hastanın kendisine yapılacak tıbbi müdahaleye rıza göstermesi bir hak olup, bu hakkın kişide koruduğu hukuki değerler vardır. Bunlar vücut bütünlüğünü koruma, özerklik hakkı ve tedaviyi durdurma ve reddetme haklarıdır ve birbirini tamamlayan bu haklar hastanın kendi geleceğini belirleme hakkının tıp hukukuna yansımalarıdır¹⁸⁰. Bir başka ifade ile, geçmişte yoğunlukla uygulanan paternalist yaklaşımların terkedilip, modern tıbbın gereği olan hastanın değerlerini dikkate alan, kişinin kendi geleceğini belirleme imkânı bulabildiği ve özerkliğine saygı duyulan yaklaşım biçiminin uygulanmasıdır¹⁸¹.

Özetle genel açıdan bakıldığında aydınlatılmış rıza; bilginin sunulması ve anlaşılmasının sağlanması unsurlarını içeren aydınlatma ile, yeterlilik ve gönüllülük unsurlarını içeren rıza’nın bir bütün oluşturduğu iki boyutlu bir kavramdır¹⁸². Tıbbi müdahale öncesi usule uygun yapılan aydınlatma ve verilen rıza sayesinde, hastaların yaşam hakkı, sağlık hakkı, vücut bütünlüğünü koruma hakkı ve kendi geleceğini belirleme hakkı gibi kişilik hakları korunmaktadır¹⁸³.

2.2.3.2. *Aydınlatma yükümlüsü*

Aydınlatma yükümlüsü yani aydınlatmayı yapacak kişi, hastanın sorumlu hekimi yani tedaviyi, girişimsel işlemi ya da cerrahi tedaviyi uygulayacak kişi olmalıdır. Yani kural olarak aydınlatma yükümlülüğü müdavi hekime aittir¹⁸⁴. Şayet yapılacak tedavi

¹⁷⁷ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 312.

¹⁷⁸ Savaş, H. (2012). Tıbbi malpraktis ve komplikasyondan doğan sorumluluklar, İstanbul Barosu Sağlık Hukuku Merkezi "Sağlık Hukuku Makaleleri", 201(03), 259-294, s.267.

¹⁷⁹ Kurt, 2020b, a.g.k., 194.

¹⁸⁰ Turla, A. ve ark. (2006). Aydınlatılmış Onam, 19 Mayıs Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Dergisi, 7(2), 157-163. s.158.

¹⁸¹ Öz, A. K. (2021). Tıbbi Müdahalelerde Bilgilendirilmiş Rızanın Yargıtay ve Danıştay Kararları Işığında İncelenmesi, BÜHFD. 2(4), 203-234, s. 204.

¹⁸² Kaya, 2012a, a.g.k., 140.

¹⁸³ Erkin, B. G. (2019). Sağlık Hukukunda Aydınlatma ve Hekimin Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğü, TıpHD, 15, 59-94, s. 65.

¹⁸⁴ Yılmaz, Ş.B.I. (2012). Tıbbi Müdahalelerde Hekimin Aydınlatma Yükümlülüğü. TBB dergisi 98, 389-410. s. 391.

sırasında, anestezi verilmesi gereken bir durum var ise, sorumlu Anesteziyoloji uzmanı da kendi branşı açısından hastaya gerekli bilgilendirmeyi yapmalı ve hastanın rızasını almalıdır¹⁸⁵. Bazı durumlarda, farklı branş uzmanlarının dahil olduğu kapsamlı cerrahi müdahaleler olabilir. Bu durumlarda da her branş uzmanı, kendi yapacakları işlemin, gerekliliği ve olası risk ve komplikasyonları açısından ayrı ayrı aydınlatma yapmalı ve hastanın rızasını almalıdırlar.

Genel anlamda bakıldığında hekim ile hasta arasında kurulan sözleşme bir vekalet sözleşmesi olup, Türk Borçlar Kanunu'nun 505¹⁸⁶ ve 506.¹⁸⁷ maddelerinde ifade edilen, talimata uygun ifa, şahsen ifa, sadakat ve özen gösterme yükümlülükleri dahilinde ortaya çıkan en önemli unsur, hasta ile hekimi arasındaki güven unsurudur. Bu güven unsurunun tesis edilmesinin en iyi yolu da tedaviyi uygulayacak hekimin, gereken zamanı ayırarak ve uygun ortamda, hastasını usule uygun olarak aydınlatması ve sonrasında birlikte karar verilen tedavi için alınması gereken rızayı almasıdır. Bununla birlikte aydınlatma sürecine hekimin tek başına katılımı yeterli değildir, hasta da hekim ile birlikte aydınlatma sürecine dahil olmalı, anlamadığı ya da daha fazla bilgi sahip olmak istediği konular ile ilgili hekimi yönlendirmelidir. Bu durum karşılıklı güven ilişkisinin kurulması açısından değerlidir¹⁸⁸.

Mevzuatımıza baktığımızda, 1219 sayılı TŞSTİDK'nun 70. maddesi ve Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 18/2. maddesi başta olmak üzere birçok yönetmelikte de Aydınlatma yükümünün bizzat müdavi hekimde olduğunu ifade eden hükümler mevcuttur.

¹⁸⁵ Hakeri, 2014a, a.g.k., 29.

¹⁸⁶ TBK. Madde 505: *Vekil, vekâlet verenin açık talimatına uymakla yükümlüdür. Ancak, vekâlet verenden izin alma imkânı bulunmadığında, durumu bilseydi onun da izin vereceği açık olan hâllerde, vekil talimattan ayrılabilir.*

Bunun dışındaki durumlarda vekil, talimattan ayrılırsa, bundan doğan zararı karşılamadıkça işi görmüş olsa bile, vekâlet borcunu ifa etmiş olmaz.

¹⁸⁷ TBK Madde 506: *Vekil, vekâlet borcunu bizzat ifa etmekle yükümlüdür. Ancak vekile yetki verildiği veya durumun zorunlu ya da teamülün mümkün kıldığı hâllerde vekil, işi başkasına yaptırabilir.*

Vekil üstlendiği iş ve hizmetleri, vekâlet verenin haklı menfaatlerini gözeterek, sadakat ve özenle yürütmekle yükümlüdür. Vekilin özen borcundan doğan sorumluluğunun belirlenmesinde, benzer alanda iş ve hizmetleri üstlenen basiretli bir vekilin göstermesi gereken davranış esas alınır

¹⁸⁸ Çelik, D. ve Pakiş, I. (2020). Avukatların Aydınlatılmış Onama İlişkin Görüş ve Farkındalıkları, TBB Dergisi (149), 187-208, s. 203.

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 18/2. maddesi, '*Hasta, tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından tıbbi müdahale konusunda sözlü olarak bilgilendirilir. Bilgilendirme ve tıbbi müdahaleyi yapacak sağlık meslek mensubunun farklı olmasını zorunlu kılan durumlarda, bu duruma ilişkin hastaya açıklama yapılmak suretiyle bilgilendirme yeterliliğine sahip başka bir sağlık meslek mensubu tarafından bilgilendirme yapılabilir.*' ifadesiyle bu yükümlülüğün müdahaleyi gerçekleştirecek hekime ait olduğu açıkça ortaya konmuştur. Karşılaştırmalı hukukta da hastayı aydınlatması gereken kişinin hekimin bizzat kendisi olduğu ifade edilmektedir¹⁸⁹.

2.2.3.3. Aydınlatma yükümlülüğü şekli

Aydınlatma yükümlülüğünün şekli konusunda, hukukumuzda belirgin bir şekil şartı mevcut olmadığı doktrinde bildirilmektedir. Hekimin aydınlatma yükümlülüğünü, görevine ve üstlendiği sorumluluğun gereklerine uygun olarak yerine getireceği kabul edilerek, uyulması gereken şeklin ne olacağı hekimin takdirine bırakıldığı ifade edilmektedir¹⁹⁰. Buna karşın hastanın yeterince aydınlatılıp aydınlatılmadığının, bir başka deyişle hekimin aydınlatma yükümlülüğünü doğru bir şekilde yerine getirdiğinin ispat yükü hekimde olduğundan, hekimin bu aydınlatmayı bir belgeye bağlaması gerekliliği de ortadadır¹⁹¹. Yine hukukumuzda, bu belgenin biçiminin ne olacağı noktasında bir hüküm yoktur. Bu belge imzalı bir form olabileceği gibi, hasta ile kararlaştırmak suretiyle ses ve video kaydı da olabilir¹⁹².

Günlük hekim pratiğine baktığımızda, hastanelerimizdeki aşırı yoğunluk ve hekimlerin iş yükü fazlalığı nedeniyle, aydınlatma yükümlülüğüne genel olarak gereken zamanın ayrılamadığı bir sır değildir. Hekimler günümüzde genellikle, tıbbi müdahale öncesi hastaya bir Aydınlatılmış Rıza formu imzalatmak gerektiği noktasında bilince kavuşmuş olmak ile birlikte, az önce ifade ettiğimiz gerekçelerle bu yükümlülüğü hastaya önceden hazırlanmış matbu bir form imzalamaktan ibaret sanıyor olabilirler. Oysa matbu

¹⁸⁹ Kaya, M. (2012b). Hekimin Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğünden Kaynaklanan Tazminat Sorumluluğu, TBB Dergisi. (100), 45-82, s. 53.

¹⁹⁰ Hakeri, 2021a, a.g.k., 354.

¹⁹¹ Aykın ve Çınarlı, 2016, a.g.k., 309.

¹⁹² Hakeri, 2021a, a.g.k., 354.

formlarla yapılan bu aydınlatma işlemi somut olayın durumuna göre sorumluluktan kurtulmaya yeterli olmayabilir¹⁹³. Bu nedenle matbu formlarla alınan rızaların, form altında hastanın imzası olsa dahi, hastanın yeterli derecede aydınlatılıp aydınlatılmadığının irdelenmesi gerekmektedir. Günümüzde genel kabul gören görüş, matbu formlarla alınan ‘Aydınlatılmış Rıza’ların, hastalarda güvensizliğe yol açabileceği, hasta tarafından okunup okunmadığı, okunduysa bile anlaşılıp anlaşılmadığı, dolayısıyla aydınlatma yükümlülüğünün tam olarak yerine getirilip getirilmediği hususunda tereddüt doğabileceği şeklinde ifade edilmektedir¹⁹⁴. Aydınlatma formunun her hastanın özel durumuna göre hazırlanmak yerine matbu olarak hazırlanması ve sadece bu matbu formun imzalanması suretiyle aydınlatma yapıldığı zannı doğru bir davranış olmayacaktır.

Öğretide de aydınlatmanın matbu formlarla yapılmasının bir anlam ifade etmediği bildirilmektedir¹⁹⁵. Bu konuda Yargıtay vermiş olduğu bir kararın gerekçesinde¹⁹⁶, ‘Ameliyatta rizikoları, muhtemel hasıl olacak sonuç ve komplikasyonlar hakkında yeterli derecede davacının aydınlatıldığı ve ona rağmen ameliyata bilerek riza gösterdiği davalı tarafından kanıtlanması gerekir. Ayrıca ameliyat için rıza alınmış olması, bu rızanın aydınlatılmış olduğunu göstermez. Dolayısı ile aydınlatılmış onamdan bahsedilemez. Hastanın aydınlatıldığına ayrıca doktor tarafından kanıtlanması gerekmekte olup, davalı doktor, davacı hastasını muhtemel rizikolara karşı aydınlattığını kanıtlayamamıştır.’ ifadelerini kullanmıştır. Bu kararda da görüldüğü üzere yüksek mahkemeler, sadece imzalanmış matbu bir formu yeterli görmemekte, yeterli bir aydınlatma yapıldığının ispat yükünü de hekim üzerinde bırakmaktadırlar. İfade edilen karar ve öğretideki yorumlar göstermektedir ki, hekimin hastanın beklenti ve korkularını öğrenebilmesi, hastaya soru sorma olanağının verilmesi, hastanın tedavisini yürüten hekim hakkında kanaat edinmesi ve ona güvenmesi, ancak sözlü aydınlatma ile mümkündür.

¹⁹³ Şimşek, 2014, a.g.k., 3549.

¹⁹⁴ Hakeri, 2021a, a.g.k., 359.

¹⁹⁵ Çavdar, 2016, a.g.k., 755.

¹⁹⁶ Yargıtay 13. Hukuk Dairesinin., 16.09.2008 tarih ve 2008/4219 Esas ve 2008/10660 Karar sayılı kararı. Erişim. <https://karararama.yargitay.gov.tr/>. 21.02.2023.

Özetle, şekil açısından Aydınlatılmış Rıza, hekimin hastaya gerekli açıklamaları yapması, hastalığı ve tedavi seçenekleri dahil olmak üzere gerekli bilgileri vermesi, hastanın sorularını uygun bir şekilde yanıtlaması sonrasında hastanın durumuna göre özel olarak hazırlanan aydınlatma formunun hasta ile birlikte doldurularak imzalanması yani kademeli bir aydınlatma şeklinde oluşturulmalıdır¹⁹⁷. Bununla birlikte belirtmek gerekir ki, form ne kadar tıbbi müdahale uygulanacak hastaya özel olursa, hastanın yeterince aydınlatıldığına dair ispat gücü de o denli artacaktır¹⁹⁸.

2.2.3.4. Aydınlatılacak Kişi

Bir tıbbi müdahale ihtiyacı olan, yani hasta olarak hekime başvurmuş, hastalığının tanısı konmuş ve tedavi aşamasında bir karar verecek olan hastanın bizzat kendisi, aydınlatılması ve önerilen tedaviye rıza vermesi gereken kişidir¹⁹⁹. Bu durum hastanın kendi geleceğini belirleme hakkını kullanabilmesi için zaruridir²⁰⁰. Burada dikkat edilmesi gereken durum, hastanın gerçekleştirilmesi planlanan tıbbi müdahalenin ne olduğunu ne tür yarar ve zararlar getirebileceğini değerlendirebilecek ve tıbbi müdahaleye rıza vermesi ya da vermemesinin anlam ve önemini kavrayabilecek zihinsel ve ruhsal olgunluğa ulaşmış olmasıdır. Yani hastanın ehil olup olmadığı, ayırt etme gücüne sahip olup olmadığına bakılmalıdır²⁰¹. Bu açıdan sorun yoksa, hastanın bizzat kendisi, aydınlatılıp rızası alınması gereken kişidir.

Hastanın onayı dahilinde, eşi ya da ailesinden herhangi bir kişi de aydınlatılma sırasında hastanın yanında bulunabilir. Kişisel verilerin korunması kanunu kapsamında, sağlık verileri özel nitelikli veriler olarak tanımlandığından, hastanın rızası bulunmayan hiç kimseye ek bilgi vermek doğru olmayacaktır.

Ülkemizde merkezden perifere gidildikçe daha yoğun olmak üzere yaşanan uygulama, genellikle hastanın yakının aydınlatılması ve rızasının alınması şeklinde gerçekleşmektedir²⁰². Hatta hastalığın ciddiyeti arttıkça, bu durum daha da yoğun bir şekilde karşımıza çıkmaktadır. Özellikle ciddi hastalık durumlarında, hastanın yaşı biraz

¹⁹⁷ Çavdar, 2016, a.g.k., 762; Kaya, 2021b, a.g.k., 65.

¹⁹⁸ Hakeri, 2021a, a.g.k., 359.

¹⁹⁹ Hakeri, 2014a, a.g.k., 28.

²⁰⁰ Yılmaz, 2012, a.g.k., 402.

²⁰¹ Yılmaz, 2012, a.g.k., 403.

²⁰² Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 337.

fazla ise ya da yetişkin çocukları var ise, onlar hastadan önce aydınlatma talep etmekte, kimi zaman hastaya bilgi verilmemesini istemekte ve yapılacak tedaviye karar vererek rıza formuna kendileri imza atmaktadırlar. İstisnai durumlarda, ileride bahsedeceğimiz bazı özel durumlar ve belli şartlar dahilinde bu mümkün olabilir hatta hekim bu kararı kendi de verebilir. Ne var ki, ayırt etme gücüne sahip, ehil olarak tanımlanan bir kişinin, aydınlatılması ve rızasının alınması, kural olarak kendisine aittir. Ters bir durumda, aydınlatılma yapılmamış ve rıza alınmamış sayılacaktır ki, bu hukuka uygun olmayan bir davranış olacaktır.

Hastanın küçük, kısıtlı ya da ayırt etme gücü olmaması durumunda, Biyotıp sözleşmesi 6/2-3 maddelerinde ifade edilen, temsilcisinin ya da kanunun belirlediği makam, kişi veya kuruluşun izni ile müdahale ve ilgili kişinin mümkün olduğu ölçüde karar sürecine katılması noktasındaki mevzuat geçerli olacaktır²⁰³.

Yani, hasta küçük veya kısıtlı ise veli veya vasisinin aydınlatılması yanında, tıbbî müdahaleye rıza gösterilmesi şahsa bağlı bir hak olduğundan tıbbî müdahalenin ne olduğunu, önemini, yarar veya zararlarını özgürce düşünerek karar verme yetisine sahip hasta, küçük veya kısıtlı da olsa bizzat aydınlatılmalıdır²⁰⁴.

2.2.3.5. Aydınlatma Zamanı

Aydınlatma mutlak suretle yapılacak tıbbi müdahaleden önce yapılmalıdır. Aksi bir durumda, hastadan rıza alınmış olsa bile, aydınlatma yapılmamış olduğu için, alınan rıza hukuka uygun olmayacaktır. Önerilen tıbbi müdahaleden önce yapılması gereken aydınlatmanın ne kadar süre önce yapılması gerektiği mevzuatımızda net olarak ifade edilmemektedir. Bu nedenle, yapılacak aydınlatmanın zamanı, yapılacak müdahalenin ciddiyeti ölçüsünde her somut olay için ayrı değerlendirilmelidir.

²⁰³ Biyotıp Sözleşmesi. Madde 6/2. *Kanuna göre bir müdahaleye muvafakatini verme yeteneği bulunmayan bir küçüğe, sadece temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen makam, kişi veya kuruluşun izni ile müdahalede bulunabilir. Küçüğün görüşü, yaşı ve olgunluk derecesiyle orantılı bir şekilde, gittikçe daha belirleyici bir etken olarak gözönüne alınacaktır.*

Madde 6/3. Kanuna göre, akıl hastalığı, bir hastalık veya benzer nedenlerden dolayı, müdahaleye muvafakat etme yeteneği bulunmayan bir yetişkine, ancak temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen kişi veya makamın izni ile müdahalede bulunulabilir.

²⁰⁴ Kaya, 2012b, a.g.k., 63.

Bir genelleme yapmak gerekirse, basit tıbbi müdahaleler, basit girişimsel işlemler ya da lokal anestezi ile yapılacak müdahaleler için aynı gün içinde aydınlatma yapıp, hastanın rızası alınabilir. Buradaki önemli nokta, hastanın kendisine önerilen tıbbi müdahale ile ilgili düşünecek zamanı olmalı, bu noktada bir baskı hissetmemelidir²⁰⁵.

Anayasa Mahkemesi'nin (AYM) Emrah Egeç bireysel başvurusu kararında²⁰⁶, *'...İstisnai hâller dışında tıbbi müdahale, ilgili kişinin bilgilendirilerek rızasının alınmasından sonra yapılabilir. Hastaların durumun farkında olarak karar verebilmelerini sağlamak için, uygulanması düşünülen tedavi ve bununla bağlantılı riskler hakkında kendilerine bilgi verilmiş olmalıdır. Bu aydınlatma, tıbbi müdahalenin hatasız yapılması ya da gerekli tüm önlemlerin alınması halinde bile meydana gelebilecek kalıcı veya geçici olumsuz sonuçları da içermelidir. Bunun yanı sıra yapılan bilgilendirme ile tıbbi müdahale arasında hastanın sağlıklı bir kanaate varmasını sağlayacak kadar **uygun bir zaman aralığı** bırakılmış olmalıdır'*, denilerek, buradaki 'uygun' ifadesiyle, somut her olay için ayrı bir değerlendirme gerekliliği ifade edilmiştir.

Doktrinde ayaktan basit tedavilerde aynı gün yapılacak aydınlatmanın yeterli olduğu bildirilmekte iken, özellikle genel anestezi altında yapılacak, cerrahi müdahalelerde ise, en az bir gün (24 saat) önceden aydınlatma yapılmalı ve rıza alınması gerektiği ifade edilmektedir²⁰⁷. Bununla birlikte ameliyattan önceki akşam yapılan aydınlatmanın yeterli olmayacağını ifade eden yazarlar da vardır²⁰⁸. Bazı kanser, organ transplantasyonu vs gibi, büyük ameliyat şeklinde nitelendirilebilecek durumlarda, birkaç gün öncesinden aydınlatılma yapılmalı, hastanın olası tüm sorularına cevap verilmeli, hastaya bolca düşünecek ve karar verecek süre sağlanmış olmalıdır. Karşılaştırmalı hukukta Nicholas V. Todd yaptığı çalışmada, kompleks cerrahi girişimler için aydınlatmanın tek bir konuşmadan ziyade, belirli bir sürece yayılarak yapılması gerektiğini ifade etmektedir²⁰⁹.

²⁰⁵ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 358.

²⁰⁶ Anayasa Mahkemesi'nin 11.12.2018 tarih ve 2015/9714 Başvuru Numaralı Emrah Egeç Bireysel Başvuru K. <https://kararlarbilgibankasi.anayasa.gov.tr/BB/2015/9714> Erişim Tarihi: 19 03 2023

²⁰⁷ Tümer, A. R., Karacaoğlu, E., ve Akçan, R. (2011) Cerrahide aydınlatılmış onam ile ilgili sorunlar ve çözüm önerileri, Ulusal Cerrahi Dergisi. 27(4). 191-197, s. 194; Kara, M., Hızal, A., ve Hızal, S.A., (2009) Aydınlatılmış Onam, izmir Tabip Odası Yayınları. 1-90. s 13. Hakeri, 2021a, a.g.k., 348. Aykın ve Çınarlı, 2016, a.g.k., 316.

²⁰⁸ Ergin, 2019, a.g.k., 83.

²⁰⁹ Todd, N. V. (2014) Medical negligence. Legal theory and neurosurgical practice: informed consent, British Journal of Neurosurgery, 28(4): 447-451. s 448.

Ülkemiz hastaneleri ve hekimlerin çalışma şartları düşünüldüğünde, zor olmakla birlikte, bizim düşüncemiz de yapılacak bir ameliyat için bir süreç içerisinde aydınlatma yapılması, hastanın aklına gelebilecek soruları soracak yeterli zamanı olması ve sürecin ameliyat öncesi uygun zamanda tamamlanması şeklinde olmalıdır. Doğru olanın ne olduğu her somut olay ve işlem için değişebileceği ortada olmakla birlikte aydınlatma sürecinin, basit işlemler için aynı gün, standart ameliyatlara için 1 gün önce tamamlanması uygun görünmektedir.

2.2.3.6. Aydınlatma yükümlülüğü konusu ve türleri

Hasta Hakları Yönetmeliğinin 15. maddesi, yapılacak aydınlatmanın kapsamı noktasında hasta ile hangi konuların konuşulması gerektiğini tanımlamaktadır. Bu maddeye göre, *'hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği, tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi, diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri, muhtemel komplikasyonları, reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri, kullanılacak ilaçların önemli özellikleri, sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri, gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği'*, konuları hasta ile paylaşılır. Birçok ülke hukukunda bu kapsamın boyutu ve hangi yapı içinde anlatılması ile ilgili çeşitli ölçütler vardır. Bizim hukukumuzda ise, Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının²¹⁰ 26. maddesindeki *'...Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmelidir'* ifadesine bakıldığında, hastanın içinde bulunduğu somut koşullarının değerlendirilmesi yaklaşımının benimsendiğini görülmektedir²¹¹. Bu anlamda öğretide, uygulanması gereken tavrın, hastaya verilecek bilginin, hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal durumu, kültürü ve kişisel inanç ve değerleri doğrultusunda, hekim tarafından kararlaştırılması ve uygulanması olduğu yönündedir²¹².

²¹⁰ Hekimlik Meslek Etiği Kuralları: Türk Tabipleri Birliği tarafından 6023 sayılı yasanın 59/g maddesine dayanılarak hazırlanmış ve 01.02.1999 tarihinde yayımlanmıştır.

²¹¹ Çavdar, 2016, a.g.k., 743.

²¹² Güzeldeir, M. E. (2005). Hasta Bilgilendirmenin Önemi. 17(5). 36-53.

Aydınlatma yükümlülüğünün türleri ise iki ana başlık altında değerlendirilebilir;

Tedavi (Güvenlik) Aydınlatması; Bu aydınlatma türü, hastanın kendi geleceğini belirleme ve hastanın kendisine uygulanacak tedavi hakkında bilgi sahibi olmasını amaçlayan bir aydınlatmadır²¹³. Burada hastanın rızasını alma amacına yönelik bir aydınlatma durumu söz konusu değildir. Bu nedenle öğretilde, ‘uyarı yükümlülüğü’ şeklinde tanımlanır. Bu tür aydınlatma hastanın önerilen tedaviyi reddetmesi durumunda, daha dikkat ve yoğunlukla yapılmalıdır²¹⁴.

Otonomi (Karar) Aydınlatması; Karar aydınlatması ise üç ana başlıkta incelenebilir; İlk aşama Tanı Aydınlatması’dır. Bir hastalığın tedavisi yolunda, bilinmesi gereken ön koşul hastalığın tanısının ne olduğudur. Hekim, hastasını teşhis ile ilgili aşamalarda ve hastalığın tanısına karar verdiğinde bilgilendirmeli sonrasında yapılacak tedavi ya da ameliyat konusunda alternatifler ve riskler ile ilgili aydınlatılma aşamasına geçilmelidir.

Özellikle ölümcül olarak nitelendirilen, tedavisi olmayan bazı hastalıklar ya da kanser gibi hastalıkların teşhisleri sonrası, insancıl nedenlerle teşhisi net olarak söyleme noktasında tanı aydınlatması kapsamı daraltılabilir. Çünkü böyle bir durumda, tanı aydınlatılmasının açık ve net bir şekilde yapılması, hastanın psikolojisini ve tedaviye olan direncini etkileyebilir²¹⁵. Daha önce ifade ettiğimiz şekilde, hastanın mevcut psikolojik, fiziksel, sosyokültürel durumuna göre, hekim bir değerlendirme yaparak, uygun şekilde aydınlatma sağlanmalıdır.

Karar aydınlatmasının ikinci aşaması, Tedavi (Süreç) Aydınlatması olarak tanımlanır. Tanı konulup durum hasta ile paylaşıldıktan sonraki aşama, sürecin nasıl gelişeceği noktasındaki açıklamalardır. Genellikle her hastalığın tedavi edilmediği takdirde, literatürde bilinen ya da hekimler tarafından tecrübe edilmiş bir doğal gidişi vardır. Bu süreç, her hasta için mutlak olmamakla birlikte, tıp bilimi içinde bilinen ya da tanımlanmış bilgiler dahilinde beklenen bir durumdur. Ancak tabii ki, tıp bilimi ve hekim, yine bilimsel gerçekler doğrultusunda, hastasını tedavi etmek, onu hastalığından iyileştirmek amacıyla hastasına tedavi ile ilgili yapılması gerekenleri önermekle yükümlüdür.

²¹³ Özel, Ç., ve Büyüktanır, B. Ö. (2011). Akılcı İlaç Kullanımında Hekimin ve Eczacının Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğü. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası. 66(2), 327-344. s.333.

²¹⁴ Aykın ve Çınarlı, 2016, a.g.k., 318.

²¹⁵ Hakeri, 2021b, a.g.k. 304.

Doğaldır ki, bir hastalığın basit istirahatten başlayarak, ilaç tedavisi, parenteral ilaç tedavisi, minimal invaziv bazı özel girişimler ya da çeşitli düzeylerde cerrahi müdahaleler gibi farklı tedavi yolları bulunabilir. Hekim hastasına mevcut tıp bilimi verilerine göre güncel, kendi bilgi ve tecrübesi dahilinde yapılması gereken tedavi şekil ve alternatiflerini anlatmak durumundadır. Her bir tedavi için olumlu ya da olumsuz olabilecek olasılıklarla birlikte, yapılacak tedaviye birlikte karar vermek en doğru davranış şekli olarak karşımıza çıkmaktadır. Tüm açıklığı ile yapılan bu aydınlatma sonrasında, hasta hekimin önereceği olası tedaviye ya da bir başka alternatife rıza gösterip tedaviye başlayabileceği gibi, hiçbir tedaviye rıza göstermemekte de özgürdür. Ancak, bu durumun mutlak yazılı olarak tutanak altına alınması gerekliliği vardır.

Karar aydınlatılmasının üçüncü ve son basamağı ise Risk Aydınlatması olarak ifade edilir. Tıp bilimi gerçekleri göstermektedir ki, yapılacak her nevi tıbbi işlemin bir riski söz konusu olabilir. Türk Tabipler Birliği Meslek Etiği Kuralları 13. maddesi komplikasyonu, *'hekimin hiçbir kusurlu davranışı olmamasına karşın tıbbi müdahale sonucu ortaya çıkan istenmeyen sonuç'* olarak tanımlar. Hekim hastasına, önerdiği tedavinin olası risk ve sonuçları noktasında ayrıntılı bilgi vermek zorundadır. Bu bilgiler yapılacak müdahaleye özgü riskler, hastadan kaynaklanabilecek riskler ve müdahaleyi yapan ile ilgili riskler olarak da tanımlanabilir²¹⁶. Aslında bakıldığında, risk aydınlatması, aydınlatma konusunda tıbbi ve hukuki sorunların temelini oluşturmaktadır. Sadece komplikasyonlar açısından da değil, hastanın konu ile ilgili vereceği kararı etkileyebilecek her türlü risk açısından hasta bilgilendirilmelidir²¹⁷. Bu bilgilendirmeler, olabildiğince hastanın anlayabileceği dil ve şekilde yapılmalı ve gerçekçi olunmalıdır. Hastaya nadiren görülebilecek risk ve komplikasyonlar da anlatılmalı ancak gereksiz korkutmaktan kaçınılmalıdır. Bununla birlikte, çok nadir gerçekleşen ve ortalama bir kişinin benzer durumda vereceği rızayı etkilemeyecek riskleri anlatma zorunluluğu bulunmamaktadır²¹⁸.

²¹⁶ Arıkan, Ö., Oruç, Y., ve Yaman, M., (2018). Hekimin Aydınlatma Yükümlülüğü, TıpHD, 14 209-256, s. 232.

²¹⁷ Hakeri, 2021a, a.g.k., 312.

²¹⁸ Hakeri, 2021a, a.g.k., 302.

2.2.3.7. Aydınlatma kapsamının daraldığı durumlar

Hem bizim mevzuatımızda hem de karşılaştırmalı hukukta (Alman Medeni Kanunu'nda) başlıca iki durumda aydınlatma yapılmayabileceği hükme bağlanmıştır ki bunlar acil durumlar ve hastanın aydınlatılmaktan vazgeçmesidir²¹⁹. Aciliyet söz konusu olan doğal afet, savaş ve toplu kazalar gibi durumlarda hekimin hastayı aydınlatma görevinden söz edilemeyecektir²²⁰. Özellikle acil durumlarda, hastaya yaşamsal bir tehlike oluşturabilecek ya da bir organ kaybı nedeni olabilecek, dakikalar içerisinde müdahale edilmesi gereken durumlarda ya da hastanın şuurunun kapalı olduğu veya aydınlatmayı anlayarak rıza verecek durumda olmadığı hallerde aydınlatma zorunluluğu bulunmamaktadır. Mevzuatımıza baktığımızda, 1219 sayılı TŞSTİDK'un 70. maddesinde²²¹, Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 24. maddesinde²²² ve Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın 26. maddesinde²²³ acil durumlarda hekimin davranış şeklinin nasıl olması gerektiği ortaya konmaktadır. Özetle acil durumlarda, hastanın bilinci yerinde olsaydı, böyle bir durumda uygulanması gereken tıbbi müdahaleye onay verirdi varsayımı ile hastaya rızası olmadan müdahale etmek doktrinde kabul edilen yaklaşımdır²²⁴.

²¹⁹ Hakeri, 2021a, a.g.k., 368.

²²⁰ Yılmaz, 2012, a.g.k., 398.

²²¹ TŞSTİDK Madde 70: *Tabipler, diş tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evveleminde muvafakatını alırlar. Büyük ameliyei cerrahiyeler için bu muvafakatin tahriri olması lazımdır. (Veli veya vasisi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde ameliye yapılacak şahıs ifadeye muktedir olmadığı takdirde muvafakat şart değildir.)*

²²² HHY. Madde 24: (1) *Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunmadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.*

(5) *Tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbi müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri göz önüne alınır.*

(7) *Hastanın rızasının alınamadığı hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açacak durumun varlığı halinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmak rızaya bağlı değildir. Bu durumda hastaya gerekli tıbbi müdahale yapılarak durum kayıt altına alınır. Ancak bu durumda, mümkünse hastanın orada bulunan yakını veya kanuni temsilcisi; mümkün olmadığı takdirde de tıbbi müdahale sonrasında hastanın yakını veya kanuni temsilcisi bilgilendirilir. Ancak hastanın bilinci açıldıktan sonraki tıbbi müdahaleler için hastanın yeterliği ve ifade edebilme gücüne bağlı olarak rıza işlemlerine başvurulur.*

²²³ Hekimlik Meslek Etiği Kuralları Madde 26: *Acil durumlar ile, hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcisinin izni alınır. Hekim temsilcinin izin vermemesinin kötü niyete dayandığını düşünüyor ve bu durum hastanın yaşamını tehdit ediyorsa, durum adli mercilere bildirilerek izin alınmalıdır. Bunun mümkün olmaması durumunda, hekim başka bir meslektaşına danışmaya çalışır ya da yalnızca yaşamı kurtarmaya yönelik girişimlerde bulunur. Acil durumlarda müdahale etmek hekimin takdirindedir. Tedavisi yasalarla zorunlu kılınan hastalıklar toplum sağlığını tehdit ettiği için hasta veya yasal temsilcisinin aydınlatılmış onamı alınmasa da gerekli tedavi yapılır.*

²²⁴ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 366.

Hastanın aydınlatmadan vazgeçmesi, aydınlatma yükümlülüğünü ortadan kaldıran bir başka nedendir. Hastalar, bilgiye ihtiyacı olmadığı, anlatılanları anlamadığı, moralinin bozulduğu ya da stresini kaldıramadığı gibi birçok nedenden dolayı aydınlatılmak istemeyebilir²²⁵. Mevzuatımız doğrultusunda bu durum hasta haklarından biridir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 20. maddesinde²²⁶, durumun yazılı olarak belgelenmesi halinde hastanın bilgilendirilmeme hakkını kullanabileceği ifade edilmektedir. Yine Biyotıp sözleşmesinin 10/2 maddesinde²²⁷ ve Meslek Etiği Kuralları'nın 27. maddesinde²²⁸ konu ile ilgili hükümler yer almaktadır.

Hastanın hekim olduğu ya da aynı tıbbi müdahalenin daha önceden uygulandığı durumlarda bir başka deyişle hastanın yapılacak tıbbi müdahalenin kapsamını, risk ve komplikasyonlarını ve alternatif tedavi yöntemlerini biliyor olması durumunda hekimin aydınlatma yükümlülüğü olmayacaktır²²⁹. Buradaki önemli nokta, hastanın yapılacak tıbbi müdahalenin özellikleri konusunda bilgi sahibi olduğundan emin olunması gerekliliğidir. Örneğin hasta hekim olabilir ancak yapılacak işlem kendisinin uzmanlık alanı içerisinde olmayabilir. Hatta aynı uzmanlık alanı içerisinde dahi olsa, yapılacak işlem yeni bir teknik ya da yeni bir ekipman ile yapılıyor olabilir. Bir başka durumda, hasta aynı ameliyatı daha önce olduğunu ifade ederek aydınlatma istemeyebilir ancak her ameliyatın o andaki risk ve komplikasyonları ya da yapılacak işlemin muhteviyatı farklı olabilir. Tüm bu nedenlerle, hasta hekim dahi olsa, aydınlatma yükümlüsü olan hekim, hastanın tıbbi müdahale ile ilgili tüm bilgilere sahip olduğundan emin olması gerekir²³⁰.

Aydınlatmanın hastanın sağlığını olumsuz etkileyeceği durumlarda aydınlatma yükümlülüğü yerine getirilmeyebilir. Özellikle hastanın teşhisini öğrendiğinde, yapılması gereken tedavinin sektöre uğrayacağı durumu net ise hastayı aydınlatmaktan kaçınmak gerekir, bir başka ifadeyle hasta aydınlatılmak suretiyle öldürülmemelidir²³¹.

²²⁵ Hakeri, 2021a, a.g.k., 368.

²²⁶ HHY. Madde 20: *İlgili mevzuat hükümleri ve/veya yetkili mercilerce alınacak tedbirlerin gerektirdiği haller dışında; kişi, sağlık durumu hakkında kendisinin, yakınlarının ya da hiç kimsenin bilgilendirilmemesini talep edebilir. Bu durumda kişinin kararı yazılı olarak alınır. Hasta, bilgi verilmemesi talebini istediği zaman değiştirebilir ve bilgi verilmesini talep edebilir.*

²²⁷ Biyotıp Sözleşmesi Madde 10/2: *Herkes, kendi sağlığı hakkında toplanmış herhangi bir bilgiyi öğrenme hakkına sahiptir. Bununla beraber, bireylerin, bilgilendirilmeme istekleri de gözetilecektir.*

²²⁸ Hekimlik Meslek Etiği Kuralları Madde 27: *Hasta hastalığı konusunda bilgilendirilmek istemediğini belirtmişse, hekimin bilgi vermesi gerekmez. Ailenin haberdar edilmesi hastayla görüş birliğine varılarak yapılmalıdır. Bilinçsiz durumdaki hastalar için, yakınlarının bilgilendirilip bilgilendirilmemesine hekim karar verir.*

²²⁹ Yılmaz, 2012, a.g.k., 339.

²³⁰ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 368.

²³¹ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 369.

Normal şartlarda her hasta kendisi ile alakalı tüm gerçekleri bilmeli ve o hastalıkla ilgili tedavi planlamasında ve sonraki hayatı ile ilgili yapacakları noktasında kendi kararlarını uygulamalıdır. Hatta batılı toplumlarda hastanın hastalığı ile ilgili ciddiyeti bilmesinin, hastanın hayatının son döneminde yapacaklarını (miras dahil geride bırakacaklarının kararı ve planlaması, bazı insanlarla vedalaşmalar ve belki hesaplaşmalar, o güne kadar yapma fırsatı bulamadığı bazı şeyleri yapması hatta cenaze işlemleri ve defnedileceği yer ile ilgili kararlar gibi) planlaması ve uygulaması bakımından gereklidir²³². Ancak bizim gibi toplumlarda günlük hayatta yaşananlar çok da bu şekilde olmamaktadır. Uygulamada, hasta özellikle yaşlı ise çocukları hastaya tanınan söylenmemesi noktasında ciddi baskı yapabilirler. Aksi takdirde hastanın moralinin bozulacağını, tedavinin sekteye uğrayabileceğini ve özetle durumu kaldıramayacağını ifade edebilirler. Burada genellikle karar hekime kalmaktadır. Bir taraftan hastanın aydınlatılması hukuki bir görevdir diğer taraftan ise hastanın aydınlatılma nedeniyle bir zarar görmesi yine hekimi kusurlu duruma düşürecektir.

Konunun tartışmalı olduğu açıktır. Karşılaştırmalı Hukukta da benzer tartışma mevcuttur. Örneğin Alman hukukunda konu ile ilgili temel anlayış ‘Meşru yalan hakkı’ (Recht zur Notlüge) şeklinde tanımlanabilir²³³. Buna göre, hastanın moralini bozabilecek bilgiler hastaya verilmeyeceği gibi, moral düzeltecek masum yalanlar da söylenebilir²³⁴. Alman hukukunda bu ifadeyi destekleyen kararlar mevcuttur ve bu kararlarda hekime, gerçeği tüm çıplaklığıyla anlatmak zorunda olunmadığı ifade edilmektedir²³⁵. Yine İsviçre Yüksek Mahkemesi’nin bir kararında, bir zararı olacağı düşünülüyorsa bir yakınına ciddiyetin iletilmesi halinde hastaya teşhisin söylenmeyebileceği şeklinde hüküm ortaya konulmuştur. ABD hukukunda da zorunluluk halinde aydınlatma yükümlülüğünün ortadan kalktığını ifade eden kararlar mevcuttur²³⁶.

²³² Hakeri, 2021a, a.g.k., 372.

²³³ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 369.

²³⁴ Özdemir, H. (2008). Teşhis ve Tedavi Sözleşmesinde Hekimin Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğü, AÜEHFD, 12(3-4), 347-379, s. 369.

²³⁵ Hakeri, 2021a, a.g.k., 373.

²³⁶ Kaya, 2012a, a.g.k., 158.

Görüldüğü gibi durum tüm dünya için tartışmalı olup, karar verme ve verdiği kararın hukuki ve vicdani sorumluluğunu alma yükü yine hekimlere ait olmaktadır. Özellikle bu durum bizim ülkemizde çok daha ağır bir sorumluluktur ve genel anlamda ‘şu yapılmalıdır’ diyerek de geçirtilirilecek gibi değildir. Zira, kişilerin yaşadığı bölgeler, eğitim durumları, o an ki psikolojik durumları, aile içi ilişkileri ve hatta dini inançlarına kadar birçok faktör böyle bir kararın verilmesi noktasında hekimi zorlamaktadır. Bu bakımdan her somut olayda yaşananlar, genel bir yapıda değerlendirilmemeli, o an ki olayın dinamikleri göz önüne alınarak bir karar verilmeli ve uygulanmalıdır.

2.2.3.8. Rıza verme yetkisi

İnsanların yaşama hakkı ve kendi yaşamları ve gelecekleri hakkında karar verme hakkı kişiye sıkı sıkıya bağlı haklardan olduğu için kural olarak devredilemez ve başkası tarafından kullanılamaz. Bu anlamda hekim tarafından aydınlatılan hastanın bizzat kendisi rızayı veren kişi olmalıdır. Burada önemli nokta hastanın fiil ehliyetine sahip olmasıdır. Fiil ehliyeti kişinin hukuksal bir sonuç meydana getirecek şekilde kendi başına hareket edebilmesi durumudur. Medeni Kanun’a göre, ayırt etme gücüne sahip ve kısıtlı olmayan her ergin kişi fiil ehliyetine sahiptir²³⁷. Karşılaştırmalı hukukta da bir hastanın zihinsel yeterliliği varsa, hastanın kararı başkaları tarafından tuhaf veya mantıksız olarak algılsa bile hatta karar hastanın ölümüyle sonuçlanma ihtimali dahilinde olsa bile tıbbi tedaviyi kabul veya reddetme konusunda mutlak bir hakkı olduğu ifade edilmektedir²³⁸.

Burada tartışmalı konu ergin olmayan hastalar ile ilgili rıza alınması sürecidir. Rıza ehliyeti noktasında ilgili mevzuata baktığımızda, Biyotıp Sözleşmesi’nin 6. maddesinde, rıza ehliyetine sahip olmayanlar ile ilgili hükümler ortaya konmuştur²³⁹.

²³⁷ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 371.

²³⁸ Todd, 2014, a.g.k., 448

²³⁹ Biyotıp Sözleşmesi: Madde 6– Muvafakat Verme Yeteneği Olmayan Kişilerin Korunması: *Muvafakat verme yeteneğine sahip olmayan bir kimse üzerinde tıbbi müdahale, aşağıdaki 17 ve 20’nci maddelere uygun olarak, sadece onun doğrudan kararı için yapılabilir. 2 Yasal olarak bir müdahaleye muvafakat verme yeteneği bulunmayan bir küçüğe, sadece temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen yetkili makam, kişi veya kurumun izni ile müdahalede bulunulabilir. Küçüğün fikri, yaşı ve olgunluk derecesiyle orantılı bir şekilde artan belirleyici bir etken olarak dikkate alınmalıdır. 3 Bir yetişkin, yasal olarak akıl hastalığı, bir hastalık veya benzer nedenlerden dolayı müdahaleye muvafakat etme yeteneğine sahip değilse, ancak temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen yetkili makam, kişi veya kurumun izni ile müdahalede bulunulabilir. İlgili kişi, mümkün olduğu kadar izin verme sürecine katılmalıdır. 4 Madde 5’de belirtilen bilgiler, benzer koşullarda yukarıda 2’nci ve 3’üncü paragraflarda belirtilen temsilci, yetkili makam, kişi veya kuruma da verilmelidir. 5 Yukarıda 2’nci ve 3’üncü paragraflarda belirtilen izin, ilgili kişinin menfaatine daha uygun olacaksa her zaman geri çekilebilir.*

Aynı şekilde, 1219 sayılı TŞSTİDK'un 70. maddesinde ve Hasta Hakları Yönetmeliğinin 24. maddesinde bu konuda hükümler mevcuttur. Görüldüğü üzere bizim mevzuatımızda, ergin olmayan kişilerden hangisinin rıza ehliyeti olduğu konusunda bir yaş sınırı belirlenmemiş olup, anlama ve değerlendirme olgunluğuna erişmiş küçüklerin de yapılacak müdahale hakkında görüş bildirme hakkının olduğunun gözetilmesi gerekir. Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 12. maddesinde ve Hasta Çocuklar Bildirgesinin 5. maddesinde, benzer şekilde çocuğun yaşı ve olgunluk derecesine göre, imkân olduğu ölçüde çocukların da ebeveynleri ile birlikte karara katılma hakkına sahip olduğu ifade edilmektedir²⁴⁰.

Hastanın rıza ehliyetinin olup olmadığı noktasında denetleme görevinin hekimde olduğu öğretide ifade edilmektedir. Hekimler, somut durumda hastanın yaş, fiziksel, nörolojik veya ruhsal durum, ilaç etkisi, kültürel yapısı, o an için anlama yeteneğinin durumu gibi, yaşamı ve geleceği ile ilgili önemli bir kararı alabilecek durumda olup olmadığını değerlendirmekle yükümlüdür²⁴¹.

2.2.3.9. Rıza'nın alınma şekli ve zamanı

Aydınlatma ve rıza farklı iki yapı gibi duruyorsa da aslında aydınlatma rızanın ön koşulu olup, birbirinden ayrılmaz iki parçadır. Yani hasta öncelikle usule uygun şekilde aydınlatılacak sonrasında ise rızası alınacaktır. Rıza alınmasının farklı şekilleri olabilir. Örneğin, hastanın aşı olmak için kolunu uzatması davranış yoluyla alınan bir rıza anlamına gelirken, yapılacak muayene gerekliliği için onay vermek sözlü rıza ifadesi olup, üçüncü şekil de rızanın yazılı alınması durumudur²⁴²

Mevzuatımıza bakıldığında Biyotıp Sözleşmesindeki '*öngörölmüş muvafakatın, açıkça ve belirli bir şekilde verilmiş olması ve bunun belgelendirilmiş bulunması*' ifadesi, 1219 sayılı TŞSTİDK'un 70. Maddesindeki '*Büyük ameliyei cerrahiyeler için bu muvafakatın tahriri olması lazımdır*', ifadesi ve Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinin 22. maddesindeki, '*hastanın ve varsa veli veya vasisinin yazılı olarak muvafakatının alınması şarttır*', ifadeleri, Aydınlatılmış Rıza belgesinin yazılı olması gerektiğini ortaya koymaktadır.

²⁴⁰ Öz, 2021, a.g.k., 213.

²⁴¹ Hakeri, 2021a, a.g.k., 396.

²⁴² Todd, 2014, a.g.k., 448.

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 28. maddesinde, 'Mevzuatın öngördüğü istisnalar dışında rıza herhangi bir şarta bağlı değildir' ifadesi bir şekil şartı ortaya koymamakla beraber, aynı yönetmeliğin 26. maddesinde 'Mevzuatta öngörülen durumlar ile uyumsuzluğa mahal vermesi tıbben muhtemel görülen tıbbi müdahaleler için sağlık kurum ve kuruluşunca 15 inci maddedeki bilgileri içeren rıza formu hazırlanır. Rıza formunda yer alan bilgiler; sözlü olarak hastaya aktarılarak rıza formu hastaya veya kanuni temsilcisine imzalatılır. Rıza formu iki nüsha olarak imza altına alınır ve bir nüshası hastanın dosyasına konulur, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilir. Acil durumlarda tıbbi müdahalenin hasta tarafından kabul edilmemesi durumunda, bu beyan imzalı olarak alınır, imzadan imtina etmesi halinde durum tutanak altına alınır. Rıza formu bilgilendirmeyi yapan ve tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından imzalanır. Verilen bilgilerin doğruluğundan ilgili sağlık meslek mensubu sorumludur. Rıza formları arşiv mevzuatına uygun olarak muhafaza edilir.' hükmü açıkça rıza formunun yazılı olarak hazırlanması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Yargıtay'ın ispat külfetinin hasta ya da hekimde olduğuna dair içtihat oluşturmuş kararlarına bakıldığında da Aydınlatılmış Rıza'nın mutlaka yazılı alınması gereği ortaya çıkmaktadır. Bu kararlardan birisi de, Anayasa Mahkemesinin, Ahmet Acartürk bireysel başvurusu üzerine vermiş olduğu, 15.10.2015 tarihli kararıdır ki; '*Hastalara uygulanacak her bir işlem ve tedavi yönünden hastanın aydınlatıldığını ve rızasının bulunduğunu ispatlama yükümlülüğünün hekim ya da hastanede olduğuna kuşku bulunmayıp başvurucunun, Mikro TESE operasyonunun tıbbi sonuçları, sağlığı için taşıdığı riskler ve doğuracağı olası istenmeyen durumlar hakkında aydınlatıldığına dair rızasını içeren bir belgenin adı geçen Mahkeme dosyasına sunulmadığı anlaşılmıştır.*' ifadesiyle, ispat külfetinin hekime ait olduğu noktasında net bir duruş ortaya koymuştur²⁴³. Doğaldır ki, böyle bir hüküm karşısında, hekimin kendini savunabilmesi ve görevini tıbben ve hukuken eksiksiz yaptığını ispat etmesi açısından, rıza belgesinin yazılı olması gerekmektedir.

²⁴³ AYM'nin 15.10.2015 tarih ve 2013/2084 Başvuru No.lu Ahmet Acartürk Bireysel Başvurusu. R.G. Tarih ve Sayı: 18/12/2015-29566 (<https://kararlarbilgibankasi.anayasa.gov.tr/BB/2013/2084>). Erişim Tarihi. 24.03.2023.

Rıza'nın hukuka uygun olabilmesi için, hastanın kapsamlı ve yeterince aydınlatılması sonrası, makul bir düşünme değerlendirme süreci sonrası, özgür iradesi ve serbestçe alınması gerekmektedir. Bahsedilen makul düşünme ve değerlendirme süresi için mevzuatımızda net bir hüküm mevcut değildir. Ancak bu sürenin yapılacak müdahalenin ciddiyeti göz önüne alınarak değerlendirilmesi gerekir. Küçük müdahaleler için düşünme süresinin daha kısa olması ve aynı gün alınacak rızanın yeterli görüldüğü bildirilmektedir²⁴⁴. Buna karşın, genel anestezi gerektirecek ameliyatlara için bu sürenin tıpkı aydınlatmanın 24 saat önce yapılması gerektiğinin ifade edildiği gibi, rızanın alınması içinde hastaya benzer bir süre düşünme hakkı verilmelidir. Hatta bu süre, kanser cerrahisi, organ ve doku nakli gibi önemli ve hayatı tehdit edici müdahalelerden önce çok daha fazla olmalıdır. Sağlık Hukuku içerisinde birçok durumda, nasıl ilgili somut olayın şartları çerçevesinde değerlendirmek gerektiği ifade ediliyorsa, rıza alınması zamanı noktasında da somut olayın şart ve gerçekleri göz önüne alınmalıdır.

2.2.3.10. Rıza'nın kapsamı

Konu ile ilgili öğretilerdeki en temel ifade alınacak rızanın genel ve soyut olamayacağıdır²⁴⁵. Başka bir ifadeyle, rıza alırken 'hekimimin bana önerdiği tüm müdahaleleri kabul ediyorum' şeklinde bir rıza geçerli değildir. Rızada yapılacak işlemin ne olduğu, özellikleri, risk ve komplikasyonları tanımlanmalıdır. Örneğin önerilen müdahale bir ameliyat ise, hastalığın ne olduğu ameliyatın ne amaçla yapılacağı, olası sonuçları, risk ve komplikasyonları hastaya açıklıkla anlatılmalıdır. Yani usule uygun bir aydınlatma yapılmalı ve sonrasında rıza alınmalıdır. Alınan bu rızanın içerisinde, ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında, o ameliyatın gerçekleştirilmesi için standart olan her tıbbi işlemi belirtmek mümkün olamayacağından, bunların yazılmasına gerek yoktur. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 31. maddesinde bu durum '*Hastanın verdiği rıza, tıbbi müdahalenin gerektirdiği sürecin devamı olan ve zorunlu sayılabilecek rutin işlemleri de kapsar.*' ifadesiyle hüküm altına alınmıştır. Bununla beraber, bu rutin işlemler içerisinde herhangi bir işlem, hasta açısından bir risk içeriyorsa, bu risk konusunda da hastanın aydınlatılarak rızasının alınması gerektiği öğretilerde ifade edilmektedir²⁴⁶.

²⁴⁴ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 376.

²⁴⁵ Hakeri, 2021a, a.g.k., 430; Aykın ve Çınarlı, 2016, a.g.k., 330.

²⁴⁶ Hakeri, 2021a, a.g.k., 431.

Tıbbi bir müdahaleye rıza gösterilmesinin hukuki sonuçlar doğuracağı ve özgür bir şekilde ortaya konulan bu irade beyanının, hata, hile ya da korkutma gibi nedenlerle sakatlanmaması ve kanuna, kamu düzenine ve ahlaka aykırı olmaması gerekmektedir²⁴⁷. Mevzuatımızda, Hasta Hakları Yönetmeliği 28. maddesinde hukuka ve ahlaka aykırı olarak alınan rızanın hükümsüz olacağı ifade edilmiştir.

2.2.3.11. Rıza aranmayacak durumlar

Daha önce de ifade edildiği gibi hastanın yaşam, sağlık ve geleceği ile ilgili karar verme hakları çerçevesinde, önerilen bir tıbbi müdahaleye rıza vermesi bu hakları kullanması noktasında temel prensiptir. Ancak hastadan kaynaklanan bazı durumlarda ve mevzuatın izin verdiği hatta zorunlu tuttuğu bazı durumlarda rıza aranmadan hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilir. Hasta kaynaklı durumların başlıcası acil hallerdir. Biyotıp sözleşmesinin 8. maddesinde '*Acil bir durum nedeniyle uygun muvafakatın alınamaması halinde, ilgili bireyin sağlığı için tıbbî bakımdan gerekli olan herhangi bir müdahale derhal yapılabilir*' ifadesi yapılması gerekeni ortaya koymaktadır. Ayrıca 1219 sayılı TŞSTİDK'un 70. maddesinde ve HHY'nin 24. maddesinde acil durumlarda hastanın rızası olmadan müdahale yapılabileceği noktasında hükümler mevcuttur. Burada acil haller ifadesinden kastın, hastanın rıza verecek durumda olmaması ve acil tıbbi müdahale yapılmaz ise hastanın hayatını, bir uzuv ya da organını kaybetmesi tehlikesi altında olduğu durumlar olduğunu ifade etmek gerekir. Bu durumlarda 'varsayılan rıza' esas alınır ki bu ifade, tıbbi müdahaleyi uygulayan kişinin, hastanın hukuksal yararına izinsiz bir biçimde saldırıda bulunduğu, ancak objektif ölçütlere göre hastanın rızasının varsayılabilirdiği durumları kapsamaktadır²⁴⁸.

Ameliyatın genişletilmesinin gerektiği durumlarda da rıza aranmaksızın müdahale yapılabilir. Ancak bu müdahalenin hukuka uygun olması için, ameliyatın genişletilmesinin neden olduğu risklerin, ameliyatın yarıda bırakılmasından kaynaklanabilecek risklerden yüksek olmaması durumunda, hastanın varsayılan rızasına göre hareket edilmelidir²⁴⁹. Bununla birlikte, ilgili ameliyatta yapılan, rızası önceden alınmamış tıbbi müdahale, o ameliyat için önceden öngörülememiş bir durum olmalıdır.

²⁴⁷ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 373.

²⁴⁸ Hakeri, 2021a, a.g.k., 434; Aykın ve Çınarlı, 2016, a.g.k., 337.

²⁴⁹ Hakeri, 2021a, a.g.k., 494.

Ameliyatın genişletilmesi ile ilgili bir örnek vermek gerekirse, lomber bölgede yapılacak ve parsiyel laminektomi planlanan bir hasta için, laminektomini genişletilmesi gerekmiş ve vida ile stabilizasyon uygulanmış ise ve bu işlem hastanın önceden rızası olmadan yapılmış ise, bu yapılan ‘ameliyatın genişletilmesi’ olarak değerlendirilemez ve hukuka uygun olmaz. Çünkü, bu tip ameliyatlarda gereken durumlarda vida ile stabilizasyon sık uygulanan bir işlemdir. Normal plan dahilinde olmasa bile, gelişebilecek bu anlamdaki bir gerekliliğin öngörülmesi ve hastadan olası vida kullanımı ile ilgili aydınlatma yapıp rıza alınması gerekmektedir. Özetle, hekimin ameliyat sırasında öngörülemeyecek bir durum ile karşılaşması ve bu durumun hastanın hayatını ya da bir organının kaybı ile ilgili bir olasılığı tespit etmesi durumunda, o ameliyatı genişleterek gereken tıbbi müdahaleyi uygulaması aynı zamanda hekim açısından da bir yükümlülüktür²⁵⁰.

Hastanın bilincinin kapalı olması durumunda nasıl davranmak gerektiği, özellikle Nöroşirürji uzmanlarının uygulamada sık karşılaştığı ve yapılması gerekenler noktasında tereddüte düştüğü konulardan biridir. Öncelikle belirtmek gerekir ki, yapılması gereken müdahale acil ise yine varsayılan rıza esas alınır. Bu anlamda bilinci kapalı ve acil müdahale yapılması gereken kişinin eşi, çocukları, anne, babası gibi aile fertlerinden rıza alınması gerekliliği bizim mevzuatımızda bulunmamaktadır. Hastanın varsayılan rızasının tespiti hekimin görevi olup karar hekime bırakılmıştır. Bununla birlikte, hastanın varsayılan rızasının ne olacağı noktasında değerlendirme yaparken, yapılacak tıbbi müdahalenin aciliyeti buna izin veriyorsa, hastanın yakınlarına danışılmalıdır. Bu danışma, rıza kararını hastanın ailesine bırakmak amaçlı değil, hastanın varsayılan rızasının ne olabileceği yönünde fikir almak amaçlı olmalıdır²⁵¹.

Acil durumların dışında kamu sağlığına ilişkin mevzuat hükümleri ile Medeni ve Ceza hukukuna ilişkin bazı düzenlemeler çerçevesinde rıza aranmaksızın tıbbi müdahalelerde bulunulabilir²⁵². Kamu sağlığına ilişkin hükümler kapsamında aşı zorunluluğu hem ülkemizde hem de karşılaştırmalı hukuk çerçevesinde tartışmalı bir durumdur. Konu ile ilgili birbirinin tam tersi yargı kararları da mevcuttur.

²⁵⁰ Hakeri, 2021a, a.g.k., 496.

²⁵¹ Hakeri, 2021a, a.g.k., 504-505.

²⁵² Hakeri, 2021a, a.g.k., 433.

Özellikle son Covid 19 salgını sırasında en çok tartışılan konuların başında aşı tartışması gelmektedir. Burada bireysel özerlik ile kamusal yarar arasında uygun bir denge kurulmalıdır²⁵³. Bu anlamda yapılması gereken, özellikle çocuklar için yapılan zorunlu aşılardan kanun ile düzenlenmesi olmalıdır²⁵⁴.

Bunların dışında yeni doğan bebeklerin metabolizma hastalıkları için gerekli testlerden olan topuk kan alma işlemi, yurt dışında bazı bölgelere gidecek kişiler için aşılama işlemi, yurt dışından gelen kişiler için bazı özel işlemler, akıl hastaları için uygulanan bazı işlemler rıza zorunluluğu olmadan yapılabilecek işlemlerdir. Yine ceza hukuku kapsamında özellikle delil elde edilmesine yönelik bazı tıbbi müdahaleler de mevzuat çerçevesinde kişilerin rızası olmadan yapılabilmektedir²⁵⁵.

2.2.3.12. Rıza'nın geçersizliği ve geri alınması

Yapılacak bir tıbbi müdahale için hastanın rızası ile ilgili temel öge rızanın hastanın gerçek iradesini yansıtması gereğidir²⁵⁶. Bunun için usule uygun bir aydınlatma yapılmalı, hile, hata, aldatma veya korkutma şeklinde hastanın gerçek iradesini etkileyecek bir durum oluşturulmamalıdır. Rızanın geçerli olması için gereken bir başka özellik hastanın temyiz kudretine sahip olması bir başka ifadeyle rıza beyan eden hastanın buna ehil olması gereği vardır²⁵⁷. Ayrıca hukuka ve ahlaka uygun olmayan bir rızanın da geçerliliği yoktur. Genel anlamda ifade edilecek olursa ehil olmayan, doğru ve uygun aydınlatma yapılmadan, genel ve soyut anlamda verilmiş, hukuka ve ahlaka uygun olmayan ve verildikten sonra makul bir süreyi aşmış rızaların hukuki geçerliliği söz konusu değildir²⁵⁸.

Daha önceden verilmiş dahi olsa, tedavinin herhangi bir aşamasında geri alınan rızanın da geçerliliği yoktur. Kişinin kendi geleceğini belirleme hakkının kullanımı çerçevesinde değerlendirildiğinde, rızanın her zaman geri alınabilmesi söz konusu olabilir. Bu durum Biyotıp Sözleşmesinin 5/3 maddesinde ve Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 24. maddesinde açıkça ortaya konmuştur

²⁵³ Hakeri, 2021a, a.g.k., 440.

²⁵⁴ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 385.

²⁵⁵ Hakeri, 2021a, a.g.k., 473.

²⁵⁶ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 385; Hakeri, 2021a, a.g.k., 522.

²⁵⁷ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 385.

²⁵⁸ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 386.

Uygulamada hastalar acil servis ya da yataklı servislerde tedavi gördükleri sırada çeşitli sebeplerden tedavi olmak istemediklerini ya da hastaneden ayrılmak istediklerini ifade edebilirler. Bu talep özellikle olumsuz bir durum sonrası gelmiş ise, rızanın geri alındığını ifade eden tedavi ret beyanını ya da bu anlamda hazırlanmış tutanağı imzalamadan hastaneyi terk edebilirler. Bu durum mutlak suretle müdavi hekim ve tanıklar ile tutanak altına alınmalı ve hastanın dosyasında muhafaza edilmelidir. Bu tutum, gelişebilecek olumsuz bir durum karşısında hekimin elinde belge bulunması açısından önemlidir²⁵⁹.

2.2.4. Tıp biliminin verilerine uygun tıbbi müdahale

Tıp bilimi yeni çalışma ve araştırmalar ile çok hızlı ilerleyen bir bilim dalıdır. Özellikle son yıllarda, teknolojinin geldiği nokta gerek tetkik gerekse tedavi anlamında tıp bilimine birçok yenilik kazandırmıştır. Bu ilerlemeler tabii ki hem hekimler hem de hastalar açısından, daha hızlı ve doğru tanı koymak ve yine hızlı ve etkin tedavi uygulamak açısından avantajdır. Bununla birlikte, hekimler açısından bu yenilikleri takip etmek, güncel tıbbi standardın ne olduğunu anlamak, öğrenmek ve uygulayabilmek açısından zorluklar da getirmektedir. Özellikle bizim gibi büyük coğrafyalara yayılmış, ekonomik imkanların homojen dağılmadığı, hastanelerin arasında standardın olmadığı, ekip ve ekipman noktasında ciddi dengesizliklerin bulunduğu ülkelerde, hukuki anlamda da, hangi şehir, hastane ve hangi ekip ve ekipman ile tıbbi müdahale uygulandığı ve o uygulama için hangi tıbbi standardın olması gerektiği noktalarında karar vermek çok zordur. Her ne kadar mesleki dernekler ya da Sağlık Bakanlığı gibi kurumlar belli hastalıklar ve tıbbi durumlar için kılavuzlar ya da guide-lineler hazırlasa da bunların uygulanması bile ifade ettiğimiz gerçekler nedeniyle kolay değildir. Kaldı ki, ifade ettiğimiz gibi tıbbin hızlı gelişimi karşısında bu belgeler güncelliklerini kısa sürelerde kaybetmektedir. Bu anlamda gerek tıbbi gerekse hukuki anlamda, bir ihtilaf durumunda yaşanan somut olay için tıbbi standardın ne olduğunu ve nasıl uygulanması gerektiğini ortaya koymak oldukça zordur.

²⁵⁹ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 387.

Doktrine göre tıbbi standart kavramı tanımlanacak olursa, hekimin tedavi amacına ulaşması için gerekli olan ve denenerek ispatlanmış bulunan hekim tecrübesi ve doğa bilimlerinin o anki ulaştığı düzeyi ifade etmektedir²⁶⁰. Bir başka ifade ile, yaşanan somut olayda hangi tıbbi standardın göz önüne alınması gerektiği, olayın yaşandığı zamandaki tıbbi standart olmakla birlikte, hekimin o somut olayın yaşandığı yer, zaman ve şartlar da göz önüne alınmalıdır²⁶¹.

Mevzuatımıza baktığımızda, Biyotıp Sözleşmesi'nin 4. maddesi²⁶², Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinin 13(1) maddesi²⁶³, Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 11. maddesi²⁶⁴ ve Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının 12. maddesi²⁶⁵ genel anlamda sağlık alanında herhangi bir müdahalenin mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun icra edilmesi gerektiği düzenlenmektedir.

Yüksek Mahkeme Kararlarına baktığımızda ise Yargıtay 15. Hukuk Dairesi tıbbi standardı *“hekimin tedavinin amacına ulaşması için gerekli olan ve denenerek ispatlanmış bulunan, hekim tecrübesi ve doğa bilimlerinin o anki ulaştığı düzeyi ifade etmekte olup, denenmiş ve bilinen temel meslek kurallarıdır.”* şeklinde tanımlamaktadır²⁶⁶. Danıştay 15. Daire'nin vermiş olduğu bir kararda ise; *“tıbbi standart kavramı ile, tıp ilminin genel olarak tanınıp kabul edilmiş meslek kuralları kastedilmektedir. Tıbbi standart ihlali değişik şekillerde gerçekleşebilir; teşhis, tedavi (endikasyon eksikliği, yanlış tedavi yönteminin seçimi) ve müdahale sonrası bakım yönetimi bunlardan bazılarıdır”* şeklinde tanımlanmaktadır²⁶⁷.

²⁶⁰ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 388.

²⁶¹ Kaya, 2012b, a.g.k., 53.

²⁶² Biyotıp Sözleşmesi. Madde 4. Araştırma dahil, sağlık alanında herhangi bir müdahalenin, ilgili meslekî yükümlülükler ve standartlara uygun olarak yapılması gerekir.

²⁶³ TDN. Madde 13 – Tabip ve dış tabibi, ilmi icaplara uygun olarak teşhis koyar ve gereken tedaviyi tatbik eder. Bu faaliyetlerinin mutlak surette şifa ile neticelenmemesinden dolayı, deontoloji bakımından muaheze edilemez.

²⁶⁴ HHY. Madde 11- Hasta, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını istemek hakkına sahiptir. Tababetin ilkelerine ve tababet ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yapılamaz.

²⁶⁵ Hekimlik Meslek Etiği Kuralları Madde 12-Hekim mesleğini yerine getirirken, bilimsel ve çağdaş tanı ve tedavi yöntemleriyle koruyucu hekimlik ilkelerini göz önünde bulundurur; hastalarının tanı ve tedavisinde bilimsel olmayan yöntemleri uygulayamaz. Hekim, gerekli bilimsel aşamalardan geçip ruhsatlandırılmamış kimyasal, farmakolojik, biyolojik maddeleri ilaç olarak kullanamaz.

²⁶⁶ Yargıtay 15. Hukuk Dairesi'nin 30.09.2019 tarih ve 2019/2716 Esas, 2019/3692 Karar sayılı kararı. Erişim: <https://karararama.yargitay.gov.tr/>. 19.12.2023

²⁶⁷ Danıştay 15. Dairenin 08.10.2015 tarih ve 2015/6119 Esas, 2015/5733 Karar sayılı kararı. Erişim: <https://karararama.danistay.gov.tr/>. 22.12.2023.

Özetle, yapılan tıbbi müdahalenin standartlara uygunluğu, kusurun belirlenmesinde kritik bir öneme sahiptir ve tıbbi standartlara uygun hareket edilmemesi özen yükümlülüğünün ihlali anlamına gelmektedir ve hekimin kusurundan bahsedebilmek için hekimin tıbbi standartlara uygun müdahalede bulunmaması gerekir²⁶⁸.

Nöroşirürji branşı tıp bilimi içerisinde teknolojinin en çok kullanıldığı gerek tanısal değerlendirmeler gerekse tedavi uygulaması bakımından ekip ve ekipman araçlarının çok önemli olduğu bir branştır. O nedenle güncel tıbbi tedaviyi bir başka deyişle tıbbi standartı değerlendiren bilirkişiler tarafından, değerlendirilen somut olayın nerede, ne zaman ve hangi ekip ve ekipman şartlarında gerçekleştiği mutlaka göz önüne alınmalıdır. Özellikle alt yapının yeterli olmadığı perifer devlet hastanelerinde, komplike vakalarla karşı karşıya kalan nöroşirürji uzmanları, kimi zaman kısıtlı imkanlar çerçevesinde tıbbi müdahaleler yapmak durumunda kalmaktadırlar. Böyle durumlarda ortaya çıkan tıbbi kötü uygulama iddiaları değerlendirilirken bilirkişilerin ve hukuk insanlarının ‘ideal ortamlarda olması gereken’ noktasında değil, olayın gerçekleştiği şartlar göz önüne alınarak değerlendirme yapılması gerektiğini vurgulamak yerinde olacaktır.

2.3. Komplikasyon ve Malpraktis

Komplikasyon kelimesinin tanımı, Türk Dil Kurumu'nun Güncel Türkçe Sözlüğüne göre, Fransızca kökenli bir kelime ve anlamı da 'karmaşıklık' olarak ifade edilmektedir²⁶⁹. Türk Tabipler Birliği (TTB), Meslek Etiği Kuralları 13. maddesine göre *komplikasyon, hekimin hiçbir kusuru olmamasına karşın tıbbi müdahale sonucu ortaya çıkan istenmeyen sonuçtur. Bir başka ifadeyle izin verilen risktir.*

Doktrinde komplikasyon tanımı için birçok ifade mevcuttur. Örneğin Hakeri'ye göre *'yapılan tıbbi uygulama sonucunda oluşan olumsuzluk, tıbbi literatürde komplikasyon olarak nitelendiriliyorsa, bu müdahale, tıbbın kabul ettiği normal risk ve sapmalar çerçevesinde yapılmışsa, kötü sonuçlar meydana gelse bile, hekime sorumluluk yükletilemeyen olumsuzluklardır'*²⁷⁰.

²⁶⁸ Hakeri, 2021b, a.g.k., 1003.

²⁶⁹ Türk Dil Kurumu Güncel Türkçe Sözlük. Erişim Linki: (<https://sozluk.gov.tr/-komplikasyon>).

²⁷⁰ Hakeri H. 2014. Tıp hukukunda malpraktis komplikasyon ayrımı. DOI:10.5152/tcb.2014.003. Erişim tarihi: 20 Mart 2018. Erişim adresi: <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/173201492523-238.pdf>.

Bir başka çalışmada, ‘*tıbbi standarda uygun bir müdahale yapılmasına rağmen, ortaya çıkabileceği tıp çevreleri tarafından kabul edilen ve her türlü tedbir alınmasına rağmen kaçınılmaz olarak meydana gelen zararlar olarak da tanımlanmaktadır*’²⁷¹. Arıkan ve arkadaşlarına göre ise, hastanın ya da doktorun elinde olmadan meydana gelen, istenmeyen olumsuz gelişmeler olarak kabul edilir²⁷². Aktaş’a göre ise komplikasyon, bir tıbbi işlem sırasında ve sonrasında görülebilen olumsuz sonuçlar listesine verilen isimdir. Tıbbi müdahaleler doğası gereği insan vücuduna yapılan müdahaleler olup, belli oranlarda riskler içerirler. Her yıl yapılan milyonlarca tıbbi müdahale, her şey doğru yapılsa bile istenmeyen sonuçlara sebep olabilir ve bu durum komplikasyon olarak tanımlanır²⁷³.

Her ne kadar komplikasyonun bir tanımı da izin verilen risk olarak ifade edilse de, her komplikasyon izin verilen risk olarak kabul edilmez. Gelişen herhangi bir komplikasyon doğru yönetilmediği takdirde malpraktise dönüşebilir²⁷⁴. Komplikasyon zamanında fark edilmez ise, fark edilmesine karşın gerekli önlemler alınmaz ise, fark edilip önlem alınmasına rağmen, bu önlemler standart ve bilimsel gerçeklere uygun yöntemler değil ise ortaya çıkan durum malpraktis olarak tanımlanabilir ve bu durum izin verilen risk alanında görülemez ve hekimin bu davranışı taksirli, yani özensiz tıbbi müdahale olarak kabul edilerek sorumluluk meydana gelir²⁷⁵. Özetle komplikasyon, hastaya fayda sağlayacak bir uygulamanın, öngörülebilir ama alınan bütün önlemlere rağmen önlenemeyen bazı risklere katlanılarak, usule uygun olarak aydınlatılmış hastanın rızası ile gerçekleştirilmesi sırasında oluşabilen, istenmeyen riskli durumlardır²⁷⁶.

²⁷¹ Akyıldız, S., Hakeri, H., Çelik, F., ve Somer P. (2013). Komplikasyon Yönetimi. Tıp Hukuku Atölyesi 1. Baskı. Seçkin.

²⁷² Arıkan, M., Kalkan, E., Erdi, F., Deniz, M., ve İzci, E. (2016). Tıp hukuku olgularında Malpraktis-Komplikasyon ayrımı: Tıp Fakültesi ve Hukuk Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Konuya Bakış Açısı, Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Türk Nöroşir Derg 26 (1): s. 40-48.

²⁷³ Aktaş, E. Ö. (2022). İzmir Barosu. Tıbbi Malpraktis olgularında Farklı Yaklaşımlar ve Deneyimler Sempozyumu Konuşmasından. İzmir BİM Konferans Salonu, 15.05.2022. Erişim Linki; <https://www.izmirbarosu.org.tr/HaberDetay/2654/tibbi-malpraktis-olgularinda-farkli-yaklasimlar-ve-deneyimler-sempozyumu-tamamlandi>

²⁷⁴ Işık, H. S., ve Yılmaz A. (2018). Lomber disk hernisi cerrahisinde karşılaşılabilecek medikolegal sorunlar. Türk Nöroşir Derg. 28(2): s. 257-260.

²⁷⁵ Ünver, 2014, a.g.k., 54.

²⁷⁶ Savaş, 2012, a.g.k., 290.

Malpraktis ya da tıbbi uygulama hatası, TTB Meslek Etiği Kuralları 13. maddesine göre, '*Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi*' ifadesiyle tanımlanmıştır. Bir başka tanımlama Dünya Tabipler Birliği'ne ait olup, 1992 yılında yapılan 44. Genel Kurulunda '*Tıbbi Yanlış Uygulama, Hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, bilgi ve beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarardır*' şeklinde ifade edilmiştir. Grober'e göre tıbbi hataların temel alanları, bir eylemin planlandığı gibi gerçekleştirilmemesi, klinik bir sorunu çözmek için yanlış bir plan kullanılması, belirtilen bir prosedürün atlanması ve bakım standardını karşılayamamak yani ihmal olarak tanımlanmaktadır²⁷⁷. İstenmeyen bir sonuç, tek başına, yalnızca tıbbi hatalarla bağlantılı olarak bulunan bir özellik değildir. İstenmeyen sonuçların, önlenemeyen ya da engellenemeyen olumsuz olaylardan sonra da gelişebileceği ifade edilmelidir²⁷⁸.

Bir tıbbi müdahale durumunda ortaya çıkan istenmeyen durumda tıbbi uygulama hatası varlığından söz edebilmek için fiilin hukuka aykırı olması, ortada zararlı bir sonuç olması, yapılan işlemin kusurlu olması ve girişim ile zarar arasında illiyet bağının olması gerekmektedir. Bu noktada ifade etmek gerekir ki, zarar oluşturan durumun komplikasyon ya da malpraktis olarak tespiti ortaya konması gereken bir durum iken, bu zarar nedeniyle sorumluluk oluşup oluşmadığı bir başka durumdur²⁷⁹.

Bir hastanın bir tıbbi müdahale sonucu ya da ihmal nedeniyle zarar görmesi, hekimin özen, bilgi, beceri eksikliği sonucu olabileceği gibi sağlık kurumunun ya da sistemin bir kusuru nedeniyle de olabilir. Bu durum organizasyon kusuru olarak da tanımlanabilir²⁸⁰.

Son yıllarda giderek artan malpraktis davalarının ulaştığı sayı ve yoğunluk konu ile ilgili bilim insanlarını da etkilemekte ve konu ile ilgili yazılan tezler ve bilimsel makalelerin sayısında da artış gözlenmektedir. Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi verilerine göre; 2015-2020 tarihleri arasında malpraktis üzerine yapılmış 77 yüksek lisans tez çalışması bulunmaktadır. Bu çalışmaların yayımlandıkları bölümlere göre tasnif edildiğinde, 16'sı sağlık kurumları yönetimi bölümüne, 28'i hukuk fakültesine, 5'i hemşirelik bölümüne, 2'si diş hekimliği bölümüne aittir. Geriye kalan 26

²⁷⁷ Grober, E. D. ve Bohnen, J. M. A. (2005) Defining medical error. Can J Surg 48: s.39-44.

²⁷⁸ Grober.ve Bohnen, 2005, a.g.k., 40.

²⁷⁹ Savaş, 2012, a.g.k., 260.

²⁸⁰ Çağlayan, Kaplan ve Meral, 2022, a.g.k., 40.

çalışma ise, adli tıp bölümü tıpta uzmanlık tez çalışmasıdır. Tez çalışmaları dışında, 2015-2020 yılları arasında ulusal ve uluslararası dergilerde malpraktis konusu ile alakalı 1130 makale yayımlanmıştır²⁸¹.

Genellikle son derece karmaşık bir yapıda olan nöroşirürji hastaları ile ilgili olan tanı, tedavi ve takip süreçlerinin herhangi birinde her zaman komplikasyonlar ile karşılaşılabilir. Karşımıza çıkabilecek tüm bu komplikasyonlara zamanında, tıbbi standartlara uygun ve güncel metotlarla müdahale edilmeli ve komplikasyonun malpraktise dönüşmesine izin verilmemelidir. Danıştay 15. Hukuk Dairesi 2016 yılında vermiş olduğu bir kararda komplikasyonu; *‘hastada oluşan zararlı sonuç öngörülemiyor veya öngörülse bile (hastanın yeterince aydınlatılmış, onayı alınmış olması ve uygulamada kusur olmaması şartı ile) önlenemiyorsa bu durumun komplikasyon olarak kabulü gerekmektedir’* şeklinde tanımlamaktadır. Burada, öngörülebilme ve önlenebilme kavramları öne çıkmaktadır. Bu açıdan bakıldığında, hastanın tedavisi sırasında ortaya çıkan olumsuz bir durum öngörülebilir ve önlenebilir bir durum ise, olayın malpraktis olarak değerlendirileceği sonucu ortaya çıkmaktadır. O halde yapılması gereken, oluşan komplikasyonu zamanında tespit etmek ve gereken müdahaleyi güncel tıba uygun olarak yapmak olmalıdır. Tabii ki hasta oluşabilecek o komplikasyon hakkında önceden bilgilendirilmiş olmalı ve usule uygun olarak aydınlatılmış rızası alınmış olmalıdır²⁸².

Burada ifade edilmesi gereken bir başka durum şudur ki, gelişen komplikasyon ve o komplikasyonun tedavisi artık bir başka durumdur ve mutlaka gelişen bu yeni tıbbi durum ile ilgili hasta tekrar bilgilendirilmeli ve tedavi önerileri başta olmak üzere gereken aydınlatılma yapılmalıdır. Hastanın kararı doğrultusunda yeni gelişen durum ile ilgili tekrar rıza almak hem tıbbi açıdan hem de hukuki açıdan gereklidir. Bu belge bir başka açıdan, hastanın daha sonra bir dava açması ve başına gelenler hakkında bilgilendirilmediği iddiasına karşı kuvvetli bir kanıt olarak dosyasında bulunacaktır. Bu şekilde hekim olası bir dava durumunda kendisini belgeler eşliğinde savunabilecek ve adaletin doğru bir şekilde tecellisine katkıda bulunabilecektir.

²⁸¹ Kahyaoğlu Khalil, E. (2022). 2015-2020 Yılları Arasında Yargıtay’a İntikal Etmiş Malpraktis Dosyalarının Sağlık Yönetimi Açısından Analizi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı., s. 3.

²⁸² Işık, H. S. ve Karakoyun, D. O. (2020). Spinal Travma Olgularında Hukuksal Değerlendirme ve Karşılaşılabilecek Sorunlar, Türk Nöroşir Derg 30(3): s.542-544, s. 544.

Çınarlı ve arkadaşlarına göre sağlık hizmeti sunumundan kaynaklanan hatalar üç başlık altında incelenebilir. Bunlardan ilki, sağlık çalışanlarınca gerekli tıbbi standartların sağlanamaması nedeni ile ortaya çıkan zararlardır ki tıbbi malpraktisler şeklinde tanımlanır. İkincisi idari malpraktislerdir ve idari eylem ve işlemlerin hatalı yürütülmesine sonucu ortaya çıkan zararlardır. Son olarak da sağlık hizmetlerinin etik ilkelere uygun yürütülmemesi nedeniyle oluşan etik malpraktislerdir²⁸³.

Tıbbi malpraktisler, genel anlamda bakıldığında sağlık hizmeti sunumu sırasında hekim ve sağlık çalışanı kaynaklı her türlü tıbbi uygulama hatası olarak ifade edilebilir. Deneyimsizlik, bilgi ve beceri eksikliği nedeniyle oluşan hatalar, dikkatsiz ve özensiz davranma, hatalı girişim ve uygulamalar başta olmak üzere hekimin hastanın tanı ve tedavi sürecindeki organizasyonel olmayan tüm hataları tıbbi malpraktisler olarak tanımlanabilir.

İdari ya da organizasyon kaynaklı malpraktisler ise sağlık hizmet sunumu sırasında, hekim kaynaklı olmayan, alet edavat, tıbbi malzeme, yardımcı personel, iş ve işleyiş aksaklıkları gibi her türlü olumsuz durum idari malpraktis olarak değerlendirilir. Sağlık hizmeti süreklilik arz eden, erişilebilir olması gereken ve tüm vatandaşlara eşit sunulması gereken bir kamu hizmetidir²⁸⁴. Bu anlamda devlet sağlık hizmeti sunumunun gereken şekilde verilmesi için uygun önlemler almak zorundadır. Bu durum Danıştay Dava Daireleri Genel Kurulu'nun 2007/2113 E, 2011/1468 K ve 24.11.2011 tarihli kararında şöyle ifade edilmiştir, *'idarenin yürütmekte yükümlü olduğu bir hizmetin kuruluşunda, düzenlenişinde veya işleyişinde nesnel nitelikli bozukluk, aksaklık veya boşluk olarak tanımlanabilen hizmet kusuru; hizmetin kötü işlemesi, geç işlemesi veya hiç işlememesi hallerinde gerçekleşmekte ve idarenin tazmin yükümlülüğünün doğmasına yol açmaktadır'*²⁸⁵. Ülkemizde sağlık hizmeti kamu hastaneleri ya da özel hastanelerde verilebilmektedir. Hizmeti hangi kurum verirse versin, ilgili kurum hizmetin usule uygun sürdürülebilmesi adına her türlü önlemi almakla yükümlüdür. Ayrıca kurum neresi olursa olsun, mevzuatımız gereği devletin gerekli donanım ve personel gibi özelliklerini denetleme sorumluluğu bulunmaktadır²⁸⁶.

²⁸³ Çınarlı ve ark. 2021, a.g.k., 90-91.

²⁸⁴ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 570.

²⁸⁵ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 575.

²⁸⁶ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 574.

Çınarlı ve Kocakoç, sağlık hizmetinin yürütülmesinde organizasyon kusuru açısından özel hastane ve kamu hastanesi arasında bir fark bulunmadığını bu nedenle organizasyon kusurunu ister kamu hastanesinde ister özel sektör hastanesinde olsun idare hukukunun hizmet kusuru ilkeleri olan; (sağlık) hizmetin kötü işlemesi, (sağlık) hizmetin geç işlemesi ve (sağlık) hizmetin hiç işlememesi olarak sınıflandırmayı uygun bulduklarını ifade etmektedirler²⁸⁷ İfade etmek gerekir ki, kamu hastanelerinde kusuru olan hekime rücu edilmesi açısından, özel hastanede ise oluşan tıbbi kötü uygulamanın sorumlusunun tespiti açısından, olayın medikal malpraktis ya da organizasyon kaynaklı malpraktis yönünden ayrımının yapılması çok önemlidir²⁸⁸

Etik malpraktisler, sağlık hizmetinin ve sağlık alanında yapılan araştırmaların etik ilkelere uygun yürütülmemesi nedeniyle yaşanan tıbbi uygulama hataları ve bunlardan doğan zararları ifade etmektedir²⁸⁹. Tıbbi Etik, hekimin gerek hastası gerekse kendi haklarını gözeterek, hastası ve diğer hekimlerle doğru ilişkiler kurmasını sağlayan temel ilkeleri kapsamakta olup klinik etik ve araştırma etiği olarak iki başlıkta incelenebilir²⁹⁰. Bu çalışmada konumuz olan klinik etik, doğrudan hasta hekim ilişkisi ve hekim kararları ile ilgilidir. Bu anlamda klinik etiğin temel kavramları, karar verme, etik konsültasyon ve aydınlatılmış onamdır²⁹¹. Tıp etiğinin ulusal ve uluslararası alanda benimsenmiş dört temel ilkesi mevcuttur. Bunlar; önce zarar vermeme, yarar sağlama, özerkliğe saygı ve adalet ilkeleridir²⁹².

Kocakoç ve Çınarlı'nın yaptıkları çalışmanın sonucunda, yürütülmesi gereken tıbbi işlemlerin, tıp etiğinin temel ilkeleri olan insan onuruna saygı, yararlılık ve adalet ilkesine uygun olması gerektiğine vurgu yaparak, bireylerin özerkliklerine saygı ve engelli veya karar verme yetisi azalmış kişilerin zarar ve suiistimallere karşı korunmasının temel etik amaçlar olduğunu ifade etmişlerdir²⁹³.

²⁸⁷ Çınarlı, S., ve Kocakoç, N. (2017). Tıbbi Uygulama Hatalarında Organizasyon Kusurunun Yeri. TıpHD . 11: s .151-172, sayfa 159.

²⁸⁸ Çınarlı ve Kocakoç, 2017, a.g.k., 169.

²⁸⁹ Kocakoç, N., ve Çınarlı, S. (2017). Tıbbi Uygulamalarda Etik ve Etikten Kaynaklı Malpraktis, TıpHD . 12: s. 339-388, s. 340.

²⁹⁰ Kocakoç ve Çınarlı, 2017, a.g.k., 343.

²⁹¹ Demirhan A. E. ve ark., (2001). Klinik Etik, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s.14.

²⁹² Çınarlı ve ark. 2021, a.g.k., 147.

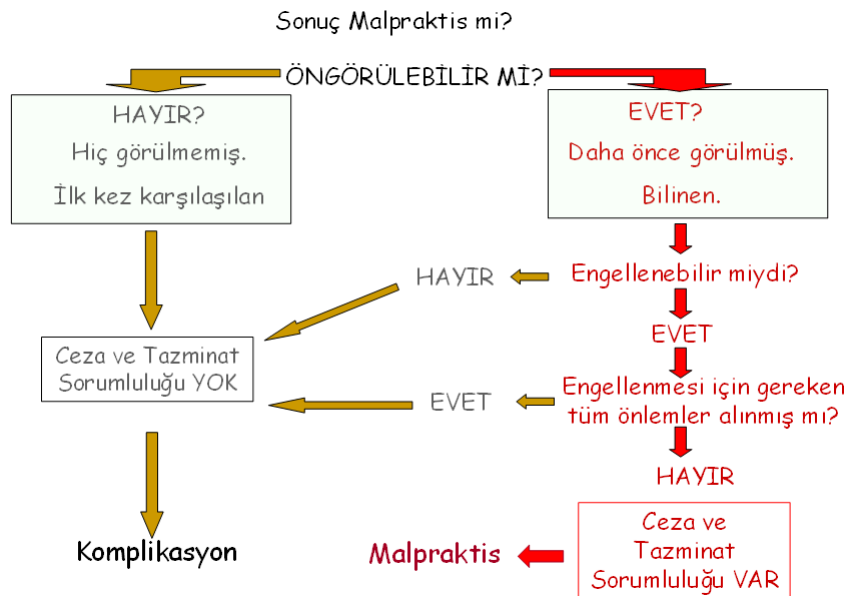
²⁹³ Kocakoç ve Çınarlı, 2017, a.g.k., 385.

Özetle sağlık hukuku içerisindeki temel kavramların en önemlilerinden olan komplikasyon ve malpraktisin tanımı, ayrımı ve oluşan somut durumun özel hukuk veya ceza hukuku açısından sorumluluk oluşturup oluşturmadığının tespiti oldukça zor ve karmaşıktır. Bazı araştırmacılar bu ayrımı daha kolay yapmak adına tablolar ve algoritmalar oluşturmaya çalışmaktadır (Tablo 2.1. ve Tablo 2.2).

Tablo 2.1. Tıbbi Malpraktis Komplikasyon Ayrımında Sorumluluklar (Savaş, H. 2012)

ZARARLI SONUCUN ÖZELLİKLERİ		SONUCUN ADI	SONUÇTAN SORUMLULUK
Öngörülemeyen	Önlenemeyen	Kaza, Tesadüf	Sorumluluk Doğmaz
Öngörülebilir	Önlenemeyen	Komplikasyon	Sorumluluk Doğmaz (Öngörülebilir (beklenen) zararlı sonuç hakkında hastanın bilgilendirilmiş rızasının alınmış olması ve kusurlu fiillerle zarara sebebiyet verilmemiş olması koşulu ile)
Öngörülebilir	Önlenemeyen	Tıbbi Malpraktis	Sorumluluk Doğar

Tablo 2.2. Komplikasyon-Malpraktis ayrımı (Aktaş, E. Ö. 2013)



Komplikasyon, malpraktis ayrımı noktasında bir yargı kararından örnek vermek gerekirse, Ankara 10. Bölge İdare Mahkemesinin 2019 yılında vermiş olduğu bir karar gerekçesinde²⁹⁴;

'küçükte saptanan brakial pleksus lezyonunu normal doğum eylemi sırasında tüm özenin gösterildiği durumlarda dahi bebeğin vajinal yoldan çıkartılması sırasındaki manevralara bağlı olarak görülebildiği, ön görülmeyen ve önlenemeyen bir komplikasyon olarak nitelendirildiği, bebeğin fiziksel gelişimi doğum öncesi tetkik sonuçları bir bütün olarak değerlendirildiğinde, doğum eylemi sırasında bebekte pleksus brakial lezyonu oluşması yönünden, ...'ye atfı kabil bir kusur tespit edilemediği, doğum olayında davalı idarenin bir kusurunun veya ihmalinin bulunmadığı, öte yandan annenin doğum öncesinde 19.10.2015 tarihinde saat 09.30 da doğum olayı ile ilgili olarak yapılacak tedavi ile söz konusu tedavinin tüm riskleri muhtemel komplikasyonları konusunda bilgilendirildiği ve onayının alındığı ve onay belgesinin imzalandığı, anneye uygulanan tetkik ve tedavilerle ilgili olarak davalı idareye atfedilecek herhangi bir hizmet kusurunun olmadığı, olayın kusursuz sorumluluk ilkeleri çerçevesinde değerlendirilecek bir yönünün de bulunmadığı davacıların maddi ve manevi tazminat istemlerinin reddine...' ifadeleri yer almıştır.

Bu kararın gerekçesinde de görüldüğü gibi, idare tarafından gereken önlemler alınmış, organizasyonda eksiklik bulunmamış, tıbbi müdahale tıbbi standartlar çerçevesinde uygulanmış, hasta operasyon öncesi uygun şekilde aydınlatılarak rızası alınmış olduğundan, olay malpraktis yani tıbbi kötü uygulama olarak değerlendirilmemiş, komplikasyondur denilerek, idare ya da hekimde bir kusur olmadığına karar verilmiştir.

Konumuz gereği, nöroşirürji branşı içerisinde oluşabilecek tıbbi kötü uygulamaları hakkında çalışmanın sonraki bölümlerinde ayrıntılı bilgi ve yüksek yargı kararları eşliğinde tartışma yapılacaktır.

²⁹⁴ Ankara BİM 10. Dairesinin 26.06.2019 tarih ve 2019/1104 Esas, 2019/1086 Karar sayılı kararı Erişim. Lexpera. 11.01.2023.

3. SAĞLIK HUKUKU ÖZEL KONULARI VE NÖROŞİRÜRJİ

3.1. Defansif Tıp

Hekimlerin, son yıllarda artan medikolegal davalar ya da psikolojik, sözel ve fiziksel şiddetten korunmak amacıyla, riskli tanı ve tedavi modalitelerinden kaçınma davranışları defansif tıp olarak tanımlanmaktadır²⁹⁵. Bir başka ifade ile defansif tıp, dava tehdidinden etkilenen sağlık çalışanlarının, standart tıbbi bakımdan sapması olarak tanımlanabilir²⁹⁶. Defansif ya da çekinik tıp kavramının bir başka tanımı ise, tanı ve tedavi uygulamalarının öncelikli olarak hasta için değil de, hekimin kendisini olası bir malpraktis davası ve sonucunda karşı karşıya kalabileceği idari, hukuki, cezai ve etik yaptırımlardan korumak amacıyla uygulaması durumudur²⁹⁷. Hakeri'ye göre ise, hukuki sorumluluk endişesiyle riskli müdahalelerden kaçınma davranışı savunmacı tıp olarak tanımlanmaktadır²⁹⁸.

Öğretide defansif tıp, hekimin uygulama şekline göre pozitif ve negatif olarak iki başlıkta incelenmektedir. Pozitif defans tıp uygulamaları, hekimin hasta yararından önce kendini hukuki bir sorumluluktan korumak düşüncesi ve amacıyla, gereğinden fazla tıbbi uygulama yapmasıdır. Bunların pratikte en sık görülenleri, gereğinden fazla radyolojik ve laboratuvar tetkikleri istenmesi, gereksiz konsültasyon talepleri, ilaç reçetelendirme ve yatış endikasyonlarında artışa gidilmesi, gereğinden fazla takip ve kayıt tutma gibi uygulamalardır²⁹⁹. Negatif defansif tıp ise, hekimin yine olası medikolegal dava riskinden korunmak amacıyla, riskli hastaların tanı ve tedavi işlemlerini uygulamaktan kaçınması olarak tanımlanabilir³⁰⁰. Bu uygulamalardan en sık rastlanılanları ise, riskli ameliyatlardan ve invaziv işlemlerden kaçınmak ve bu amaçla daha fazla sevk prosedürü uygulamak olarak karşımıza çıkmaktadır.

²⁹⁵Kalkan, E., Özer, K., İzci, E. ve Erdi, F (2020). Beyin ve Sinir Cerrahisi Uzmanlarının Tıbbi Uygulama Hatası Davaları Karşısında Defansif Tıp Uygulamalarının Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Journal of Healthcare Management and Leadership*, (1), 54- 69, s. 56.

²⁹⁶ Dobson R. (2002). Brain surgeons avoid brain surgery because of insurance costs. *BMJ*. 325:736.

²⁹⁷ Çınarlı, S., ve ark. (2018). Kamu Kurumlarında Çalışan Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Uygulama Hatası Sonucunda Rûcu Edilecek Tazminat Davaları Çekincesiyle Yaptıkları Defansif Tıp Uygulamalarının Tespiti ve Çözüm Önerileri, *TıpHD*. 14. s. 163-180, s. 165.

²⁹⁸ Hakeri, 2021b, a.g.k., 1258.

²⁹⁹ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 625.

³⁰⁰ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 626.

Baungaard ve arkadaşlarının, defansif tıbbın Avrupa'daki tanımını araştırdığı çalışmasında defansif tıp, dar ve geniş olarak iki başlıkta incelenmiştir³⁰¹. Dar anlamda defansif tıp, sağlık çalışanlarının malpraktis davalarına maruz kalma oranını azaltma arzusuyla standart tıbbi uygulamalardan sapması olarak tanımlanırken, geniş anlamda defansif tıp için, dar tanıma ilaveten 'kendini koruma uygulamaları' eklenmiştir. Çalışma malpraktis korkusundan farklı olarak bu kendini koruma sebeplerini dört başlıkta incelemektedir ki bunlar, hasta memnuniyetsizliği korkusu, ciddi bir teşhisi gözden kaçırma korkusu, olumsuz tanıtım korkusu ve bilinçsiz savunma tıbbi şeklinde ifade edilmiştir³⁰².

Günümüzde malpraktis dava sayılarındaki artış, hekimler ve diğer sağlık çalışanları için bir endişe konusu haline gelmiştir. Malpraktis iddiaları ve sonrasında oluşan süreçler (soruşturma açılması, ifade verme, vs.) kaygı, öfke, utanç, çalışma süresi kaybı ve olumsuz mesleki sicil kaybı gibi psikolojik ve sosyal sorunlara neden olmaktadır. Ülkemizde bu yönde açılan davaların çok uzun sürmesi bir başka sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu konuda Anayasa Mahkemesi'nin 08.09.2014 tarihli ve 2013/8905 sayılı Melik Uzun Bireysel Başvuru kararında, enjeksiyon travması sonucu bacağı felç kalan hastanın yaptığı 'yargılamanın uzun sürmesi' ile ilgili başvuruyu kabul etmiştir;

'... Başvuruya konu yargılamanın yaklaşık yedi yıllık bir süredir devam ettiği ve bu hususun makul sürede yargılanma hakkını ihlal ettiği gözetilerek, anayasal bir hakkın ihlal edildiği açık olan bir yargılama dosyasında, hukuka, adalete ve mahkemeye güven ilkesinin gördüğü zararın devam etmesinin önlenmesi amacıyla, yargılamanın mümkün olan en kısa sürede sonuçlandırılmasını teminen, kararın bir örneğinin ilgili mahkemesine gönderilmesine karar verilmesi gerekir. ... Açıklanan gerekçelerle; Başvurucunun, 1. Makul sürede yargılanma hakkının ihlal edildiği yönündeki iddiasının kabul edilebilir olduğuna, 2. Anayasa'nın 36. maddesinde güvence altına alınan makul sürede yargılanma hakkının İhlal Edildiğine...' ifadesiyle hüküm kurulmuştur.

Kararda ifade dildiği üzere yargılamanın uzun sürmesi davacı açısından hukuka, adalete ve mahkemeye güven noktasında zarar oluşturmaktadır. Bununla birlikte yaşanan bu süreç, davalı olan hekim ya da sağlık çalışanı açısından da oldukça travmatize edici bir süreçtir.

³⁰¹ Baungaard, N., ve ark. (2022). How defensive medicine is defined in European medical literature: a systematic review, BMJ Open, 12, 1-13.

³⁰² Baungaard ve ark. 2022, a.g.k., 1.

Sağlık çalışanları genellikle, malpraktis iddiaları ve açılan soruşturma ve davalar sonrasında güvensizlik duygusu nedeniyle kaygı, gerginlik, depresyon ve sosyal izolasyon yaşamakta ve bu durum onların olağan mesleki faaliyetlerine geri dönmelerini ve diğer hastalara hizmet vermelerini zorlaştırmaktadır³⁰³.

Son yıllarda giderek artan malpraktis endişeleri, doğaldır ki hekimlerinde bazı savunma mekanizmaları geliştirmelerine neden olmaktadır. Bunlar genellikle yüksek riskli hastaların tedavisini üstlenmekten kaçınma, tedaviye başlamak ya da üstlenmek için gerekenden fazla kriter koyma, gereğinden fazla laboratuvar ve radyolojik tetkik isteme ve diğer branş doktorlarından gereğinden fazla konsültasyon isteme gibi davranışlar olmaktadır. Tüm bu davranış paternleri, iş yükünde artış sonucunu doğurmakta, sunulan hizmetin kalitesini düşürmekte, sağlık çalışanları ile birlikte hizmet alan hasta ve yakınlarını da olumsuz şekilde etkilemektedir³⁰⁴.

Kalkan ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada, araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunda defansif yaklaşımın yaygın olduğu tespit edilmiş ve bu davranış yapısının hasta bakım hizmetlerinin kalitesini düşürmekte olduğu ve maliyetleri arttırdığı ifade edilmiştir. Aynı çalışmada yüksek riskli uygulamalardan kaçınmaya sebep olan nedenler sorusuna, “malpraktis/komplikasyon ayrımının yapılmadığı” ve “hasta ve yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunma” olarak cevap verilmiştir. Bu ifadeler sağlıkta şiddetin ifadesi noktasında da önem arz etmektedir³⁰⁵. Çınarlı ve arkadaşlarının çalışmasında, hekimlerin kendilerini tıbbi malpraktisten korumak amacıyla görüntüleme yöntemlerini çok sık kullandıkları ortaya konulmuş ve bu durumun ekonomik boyutu düşünüldüğünde, kamu açısından çok fazla olduğu tespit edilmiştir³⁰⁶. Aynı çalışmada dava edilme kaygısının hekimleri tipik defansif tıp davranışlarına sıkça başvurmaya zorladığı ve hekimlerin büyük çoğunluğunda bu durumun hekimlik performanslarını azaltacağı inancı içinde oldukları ortaya konmuştur³⁰⁷.

³⁰³ Tunç, T., ve Özen, R. (2015). Doktor ve hemşirelerde kaygı nedenleri Bir üniversite hastanesi örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 6(13), 62-71.

³⁰⁴ Kahyaoğlu, 2022, a.g.k., 4.

³⁰⁵ Kalkan ve ark. 2020, a.g.k., 67.

³⁰⁶ Çınarlı ve ark. 2018, a.g.k., 177.

³⁰⁷ Çınarlı ve ark. 2018, a.g.k., 178.

Ülkemizde nöroşirürji uzmanlarının defansif tıp uygulama yoğunluğunun araştırıldığı geniş kapsamlı bir çalışmada, katılımcıların çoğunluğunun yüksek riskli ameliyatlardan kaçınarak (%62,6), ek görüntüleme çalışmaları (%60,9), laboratuvar testleri (%33,7) ve konsültasyonlar isteyerek (%31,2) defansif tıp uygulamalarına başvurdukları bildirilmektedir³⁰⁸. Aynı çalışma nöroşirürji uzmanlarının medikolegal dava açısından her hastayı potansiyel bir tehdit olarak gördüğünü (%68,3) ortaya koymaktadır. Tıbbi sorumluluk konusundaki endişeler ve algılar beyin cerrahlarını defansif tıp uygulamalarına yönelttiğini ve kendilerini yasal risklerden korumaya çalıştığını, bunun da daha yüksek sağlık harcamaları ve daha uzun tedavi süreleri ile sonuçlandığı ifade edilmektedir³⁰⁹.

Defansif tıp uygulamalarının bir başka nedeni hekimler başta olmak üzere sağlık çalışanlarının medikolegal bir dava ile karşı karşıya kaldıklarında adil yargılanma ve sonucun öngörülebilirliği noktasında yargıya olan güven sorunudur. Hekimlerin kuvvetli bir şüphe ile bir malpraktis davası sürecinde adli makamların kendilerine objektif davranılmayacağını düşünmeleri ve yıllarca süren davalar nedeniyle adliye koridorlarında zaman geçirmek zorunda olabilecekleri gibi kaygılar nedeniyle ya riskli branşları seçmekten kaçınmakta ya da defansif tıp uygulamalarına yönelmeyi tercih etmek durumunda kalmaktadırlar. Solaroğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Türkiye’de nöroşirürji uzmanlarının % 89.6 sının, mahkemelerin tıbbi kötü uygulamayı, komplikasyonlardan ayırt edebileceğine inanmadığını ortaya koymuştur³¹⁰.

Yapılan başka bir çalışmada ise, tıp ve hukuk fakültesi öğrencilerinin malpraktis ve komplikasyon ayırımı noktasında konuya bakış açıları araştırılmış ve sonuç olarak, sağlık uygulayıcıları ile hukukçular arasında komplikasyon-malpraktise bakış açısından ciddi istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuş ve bu durumun iki meslek grubu arasında güven eksikliğine yol açtığı ortaya konmuştur³¹¹. Sağlık uygulayıcılarının defansif tıba yönelmemeleri için bu güven sorununun aşılması gereklidir. Bunun için hukuk fakültelerinde tıp kökenli hukukçuların tıp hukuku, tıp fakültelerinde ise hukuk kökenli öğretim üyelerinin, misafir öğretim üyeleri olarak belirli bir müfredatla ders vermeleri sorunun çözümüne katkı sağlayacaktır. Ayrıca tıp ve sağlık hukuku ile ilgili

³⁰⁸ Solaroglu, İ., ve ark. (2014) Health Transformation Project and Defensive Medicine Practice among Neurosurgeons in Turkey. PLoS ONE 9(10): 1-8.

³⁰⁹ Solaroğlu, 2014, a.g.k., 7.

³¹⁰ Solaroğlu, 2014, a.g.k., 1.

³¹¹ Arıkan ve ark. 2016, a.g.k., 48.

ortak sempozyum ve kongrelerin düzenlenmesi de her iki meslek grubunun birbirini anlaması yönünde önemli katkılar sağlayacaktır' ifadesi ortaya konmuştur³¹². Bu çalışma sonucu da göstermektedir ki, tıp ve hukuk disiplini dahilinde çalışan tüm profesyonellerin, karşı karşıya kaldıkları konuya hâkimiyetleri ve karşılıklı önyargı içinde olmamaları çok önemlidir. Bunun için de karşılıklı diyalog ve eğitimler ile birlikte empati ve somut olay üzerinden ayrıntılı ve dikkatli değerlendirme süreçlerine ihtiyaç olduğu açıktır. Aksi takdirde defansif tıp uygulamaları giderek artacak ve toplum sağlığını da olumsuz etkileyebilecektir.

Literatüre bakıldığında, nöroşirürji branşı açısından defansif tıp uygulamalarının Amerika Birleşik Devletleri (ABD) başta olmak üzere Avrupa ülkelerinde de giderek yaygınlaşmakta olduğu görülmektedir³¹³. Katılımcı sayısının 490 nöroşirürji uzmanı olduğu (katılımcıların %83,5'i ABD'de çalışmaktaydı) bir anket çalışmasında, katılımcıların %39,5'inin sıklıkla veya her zaman dava edilmekten endişe duydukları, %77,4'ünün ise korkularının hekimlik yapma şekillerinde değişikliğe yol açtığını ortaya koymuştur³¹⁴. Katılımcıların %58,4'ü için bu değişiklik defansif tıp uygulamasına yol açarken, diğerleri için daha kapsamlı dokümantasyon oluşturmaya (%14,3) ve/veya karmaşık vakaların sevk edilmesine (%12,4) yol açtığı ifade edilmektedir³¹⁵.

Artan defansif tıp uygulamaları, ABD'deki sağlık hizmetlerinin artan maliyetine katkıda bulunan faktörlerden biridir ve şu anda ABD'nin yıllık gayri safi yurtiçi hasılasının neredeyse %20'sini oluşturmaktadır³¹⁶. ABD'de defansif tıp uygulamalarının eyaletler arasındaki durumunun araştırıldığı bir çalışmada, medikolegal hukuksal ortamın zayıf ve dava açılma riskinin yüksek olduğu ve buna bağlı olarak da hekim sigorta primlerinin yüksek olduğu eyaletlerde defansif tıp uygulamalarına çok daha fazla oranda başvurulduğu bildirilmektedir³¹⁷.

³¹² Arıkan ve ark. 2016, a.g.k., 48.

³¹³ Debono, B., ve ark. (2020). Impact of malpractice liability among spine surgeons: A national survey of French private neurosurgeons, *Neurochirurgie* 66; 219–224, s. 224; Larkin, C. J., ve ark. (2020). Overview of medical malpractice in neurosurgery, *Neurosurg Focus* 49 (5): s 1-5, s. 3

³¹⁴ Gadjradj, P. S., Ghobrial, J. B., ve Harhangi, B. S. (2020). Experiences of neurological surgeons with malpractice lawsuits, *Neurosurg Focus* 49 (5): 1-7.

³¹⁵ Gadjradj, P. S., Ghobrial, J. B., ve Harhangi, B. S. 2020. s. 4.

³¹⁶ McCarthy M. US healthcare spending will reach 20% of GDP by 2024, says report. *BMJ*. 2015;351:h4204.

³¹⁷ Cote, D. J., ve ark. (2016). Neurosurgical Defensive Medicine in Texas and Illinois: A Tale of 2 States, *World Neurosurg*. 89:112-120, s. 117.

Nahed ve arkadaşlarının yaptığı ve 1000'den fazla beyin cerrahının katıldığı bir çalışmada, yanıt verenlerin %75'i yanlış tedavi iddiası riskini en aza indirmek için gereksiz beyin görüntüleme ve laboratuvar testleri istemiştir ve tespit edilmiştir ki bu tür uygulamalar, bakımın genel kalitesini artırmamakta buna karşın ciddi bir mali yük getirmektedir³¹⁸.

Defansif tıp uygulamalarının bir başka nedeni de ülkelerdeki adli tıp ve bağlantılı olarak hekim sigortası sisteminin işleyişi ve bütçe büyüklüğü ile ilgilidir. ABD gibi ülkelerde hekimler giderek artan miktarlarda sigorta primleri ödemekte ve bu durum hekimleri çalışma şekillerini değiştirmeye ve defansif tıba yönelmeye zorlamaktadır. Bununla birlikte adli tıp işleyişlerine güvenen, sigorta primlerinin çok yüksek olmadığı bu anlamda kendilerini daha rahat hisseden ülkeler de yok değildir. Örneğin Smith ve arkadaşlarının Kanada'daki mevcut durumu araştırdıkları çalışmalarında, Kanadalı beyin cerrahlarının çoğunluğunun (%87) sigorta kapsamlarından emin olduklarını ve %60'ının nadiren defansif tıp uygulama ihtiyacı hissettiklerini ve ankete katılanların yalnızca %21,8'i, hastaları potansiyel bir dava olarak gördüklerini bildirmektedir³¹⁹. Çalışmanın sonucunda Kanadalı nöroşirürji uzmanlarının ABD'deki meslektaşlarına göre daha az defansif tıp uygulamaları sergilediği ortaya konulmuştur³²⁰. Hollanda'da yapılan bir başka çalışmada nöroşirürji uzmanları, defansif tıp uygulamalarına yönelimi açısından Avrupalı olmayan meslektaşlarıyla karşılaştırılmışlar ve Hollanda'lı nöroşirürji uzmanlarının Amerikalı meslektaşlarına kıyasla sigorta primlerini daha düşük bulduklarını ve hastalarını daha küçük bir yasal tehdit olarak algıladıklarını ifade etmişlerdir³²¹. Çalışma Hollanda'lı nöroşirürji uzmanlarının, Avrupalı olmayan emsallerine göre daha az dava edildiği ve daha az defansif davranış sergilediği ortaya konmuştur³²².

³¹⁸ Nahed BV, Babu MA, Smith TR, ve Heary RF. (2012). Malpractice liability and defensive medicine: a national survey of neurosurgeons. PLoS One. 7:e39237).

³¹⁹ Smith, T. R., ve ark. (2016). Defensive medicine in neurosurgery: the Canadian experience., J Neurosurg 124:1524–1530.

³²⁰ Smith ve ark. 2016, a.g.k., 1524.

³²¹ Yan, S. C., ve ark. (2017). Defensive medicine among neurosurgeons in the Netherlands: a national survey, Acta Neurochir. 159:2341–2350.

³²² Yan ve ark. 2017, a.g.k., 2341.

Her ne kadar defansif tıp uygulamaları giderek yaygınlaşmakta ise de bu uygulamalar malpraktis konusunda endişe duyan hekimleri sorumluluktan korumamakta ve bu hekimlerin de dava edilme olasılığı diğer hekimler kadar yüksek olduğu bildirilmektedir³²³. Takdir edilmelidir ki, hekimler mesleklerine başlarken defansif tıp uygulamalarının içerisinde bulunmak istememekte, tıp eğitimi müfredatlarında da defansif tıp uygulamaları yer almamaktadır. Bununla birlikte hekimlerin mezun olduktan sonra mesleklerini uyguladıkları coğrafyanın sosyokültürel ortamı ve ayrıca eğitim, sağlık ve hukuk sistemi bazı ülkelerdeki hekimleri daha fazla, bazılarında ise daha az olmak üzere defansif tıp uygulamaları hale getirmektedir³²⁴.

Özetle, nöroşirürji gibi morbidite ve mortalite ihtimali yüksek olan branş hekimleri gerek dünyada gerekse ülkemizde defansif tıp uygulamalarına sıkça başvurmaktadırlar. Hem tıbbi hem de hukuki açıdan, hekime ve hastaya yarar sağlamadığı literatürde de ortaya konmuş olan bu uygulamaların azaltılabilmesi için alınacak birçok önlem tanımlanabilir. Çalışmamızın devamında, ülkemiz açısından nöroşirürji branşı özelinde her açıdan olası tıbbi kötü uygulama nedenleri irdelenecek ve sonuçta defansif tıp uygulamalarının azaltılması noktasında da öneriler ortaya konacaktır.

3.2. Bilirkişilik

Bilirkişilik, yargılama sürecinde hâkimin hukuk bilgisi dışında özel veya teknik bir bilgiye ihtiyaç duyması durumunda kullanılabilen yollardan biri olup, bilirkişi uyuşmazlığın çözümünde özel ve teknik bilgisi ile hâkime yardım eden kişidir³²⁵. Bilirkişinin ortaya koyduğu bilgi, görüş ya da rapor takdir-i delil niteliğinde olup, değerlendirme ve nihai karar hâkimin yetkisindedir. 6100 sayılı Hukuk Muhakemeleri Kanunu'nun³²⁶ (HMK) 266. maddesinde, “*Mahkeme, çözümü hukuk dışında, özel veya teknik bilgiyi gerektiren hâllerde, taraflardan birinin talebi üzerine yahut kendiliğinden, bilirkişinin oy ve görüşünün alınmasına karar verir. Hâkimlik mesleğinin gerektirdiği genel ve hukuki bilgiyle çözümlenmesi mümkün olan konularda bilirkişiye başvurulamaz*” ifadesiyle, bilirkişinin görüşüne başvurulması gerektiren haller ortaya konulmuştur.

³²³ Juo, Y. Y., ve ark. (2019). An innovative approach for familiarizing surgeons with malpractice litigation. J Surg Educ. 76(1):127–133.

³²⁴ Prabhu, V. C. (2016). Defensive Medicine in Neurosurgery, World Neurosurgery 95: 587-589.

³²⁵ Meral, O., Çınarlı, S., ve Aktaş, E. Ö. (2016). İdari Yargıda Tıbbi Uygulama Hatalarından Kaynaklanan Davalarda Bilirkişi Raporlarının İncelenmesi, TıpHD. 9: 121-179.

³²⁶ R. G. 04.02.2011/ 27836.

Kanunun 266 ile 285. Maddeleri arasında bilirkişilik kurumu hakkında hükümler mevcuttur. Yine Ceza Muhakemesi Kanunu'nun³²⁷ (CMK) ikinci bölümü 62 ile 73. maddeleri arasında bilirkişi görevlendirecek hal ve usuller hükme bağlanmıştır.

Takdir edilmelidir ki, bir tıbbi müdahale sonrası gelişen durumun, tıbbi kötü uygulama olup olmadığı noktasında karar vermek çoğunlukla çok zordur. Bu nedenle mahkemeler bu konuda karar verebilmek adına bilirkişi görüşüne başvurmaktadırlar. Bilirkişilik faaliyetinin, 6754 sayılı Bilirkişilik Kanunu³²⁸ ve Yönetmeliği³²⁹ başta olmak üzere mevzuatın belirlediği şekilde nitelikli kişiler tarafından yürütülmesi gerekmektedir. İlgili mevzuat uyarınca uzman olarak atanan kişinin, inceleme alanında güvenilir, tarafsız, dürüst, yetkin ve bağımsız olması şarttır³³⁰. Ülkemizde tıbbi uygulama hataları ile ilgili bilirkişilik görevini, ilgili davayı gören hukuk mercileri tarafından görevlendirilen, Adli Tıp Kurumu (ATK) ve üniversiteler yürütmektedir. Adli Tıp Kurumu, Adalet Bakanlığı'na bağlı olarak, 1982 yılında 2659 sayılı Kanunla kurulmuş olup, temel görevi adli birimler tarafından verilen görevlerde bilirkişilik yapmak, Adli Tıp Uzmanı yetiştirmek ve adli bilimler alanında eğitimler vermektir³³¹. Adli Tıp Kurumu ve üniversiteler dışında, mahkemelerin resmi bilirkişilik görev verebileceği birçok resmi tüzel kurum bulunmaktadır. Ayrıca isimlerini resmi bilirkişi listesine yazdırmış mesleğini açıkça icra eden kişiler de mahkemeler tarafından resmi bilirkişi olarak görevlendirilebilirler³³². Uygulamada tıbbi kötü uygulama davaları açısından mahkemeler çoğunlukla Adli Tıp Kurumu'ndan ya da bir üniversite heyetinden bilirkişi raporu istemekte ve kararlarını da ağırlıklı olarak bu görüş doğrultusunda oluşturmaktadırlar. Bu anlamda son yıllarda yapılan çalışmalar göstermektedir ki, hakimler daha çok üniversitelerden bilirkişi talep etmeyi tercih etmektedirler³³³.

³²⁷ R. G. 17.12.2004/ 25673.

³²⁸ R. G. 29.11.2016/ 29898.

³²⁹ R. G. 03.08.2017/ 30143.

³³⁰ Aktaş, E. Ö., Kaya, A., (2023). Bilirkişi Malpraktisi TıpHD. 24; 205-228.

³³¹ Çağlayan, Kaplan ve Meral, 2022, a.g.k., 42.

³³² Meral, Çınarlı ve Aktaş, 2016, a.g.k., 133.

³³³ Meral, Çınarlı ve Aktaş, 2016, a.g.k., 134.

Bilirkişide olması gereken nitelikler uzmanlık, tarafsızlık ve dürüstlüktür³³⁴. Bilirkişiler uzmanlıkları doğrultusunda, bilimsel veriler ile kanıtlanabilecek, gereğinde bilimsel referanslar ile desteklenebilir, objektif bir bakış ile değerlendirme yapmalı ve görüş ortaya koymalıdır³³⁵. Bilirkişi mahkemenin talep ettiği ve sorduğu sorular hakkında uzmanlık alanı ve bilgisi dahilinde net ve açık bir şekilde görüş bildirmeli ve hâkimin görevi olan hukuki değerlendirme alanına girmemelidir³³⁶.

Hakimlerin karar verme noktasında kendileri bilirkişi görüşü isteyebileceği gibi taraflar da (davalı ya da davacı) mahkemeye bilirkişi raporu sunabilirler. HMK'nın 293. maddesi, '*Taraflar dava konusu olayla ilgili olarak, uzmanından bilimsel mütalaa alabilirler. Sadece bu nedenle ayrıca süre istenemez*' ifadesiyle taraflara almış oldukları uzman görüşünü mahkemeye sunma hakkı tanımıştır. Taraflar tarafından alınan bu uzman mütalaaları ücret karşılığı alınmış olsa da bilirkişi raporu niteliği taşıdığı ve mahkemelerin bu raporları da değerlendirmeleri ve tartışmaları gerektiği ifade edilmektedir. Bu durum yüksek yargı kararlarında da yer almaktadır³³⁷.

Ülkemizde son yıllarda büyük bir hızla artan malpraktis iddiaları ve medikolegal dava sayısı nedeniyle özellikle Adli Tıp Kurumu'nun iş yoğunluğu oldukça artmıştır. Bu artış talep edilen raporların hazırlanmasında özen ve zaman noktasında sıkıntılar oluşturabilmektedir. Mahkeme kararlarının bozulma nedenleri arasında bilirkişi raporlarındaki sıkıntılar yer alabilmektedir. Bunlar kimi zaman mahkemenin sorduğu sorulara uygun cevapların verilmiyor oluşu, illiyet bağı ile ilgili görüşün bildirilmemiş oluşu, heyette ilgili uzmanlık alanından uzmanın bulunmaması gibi gerekçeler olabilmektedir. Bunlarla birlikte, hukukçuların Adli Tıp Kurumu'ndan gelen raporların daha çok hekim gözünden değerlendirildiği noktasındaki eleştirileri de göz ardı edilmemesi gereken gerçeklerden biridir. İfade etmek gerekir ki, ülkemiz coğrafyası çok geniş olup hastaneler arasında gerek ekip gerekse ekipmanlar açısından standart mevcut değildir. Bunun yanında teknolojinin ve güncel standartların çok hızlı değiştiği, genelde tıp bilimi özelde nöroşirürji branşı açısından, ortaya çıkan olumsuz durumun komplikasyon/malpraktis açısından ayrımı, olayla eylem arasında uygun illiyet bağının tespiti gibi durumlar hakkında görüş bildirmek hiç kolay değildir. Bu nedenlerle

³³⁴ Meral, Çınarlı ve Aktaş, 2016, a.g.k., 122.

³³⁵ Hakeri, 2021b, a.g.k., 1117.

³³⁶ Hakeri, 2021b, a.g.k., 1117.

³³⁷ Hakeri, 2021b, a.g.k., 1125.

gözlemimiz odur ki, Adli Tıp Kurumu heyetleri olayları kısmen de olsa genelleştirerek görüş bildirmektedir. Heyetler, genellikle ilgili somut olay ve özellikle de organizasyonel sorunlar bakımından değerlendirme yapmamaktadır. Ayrıca heyette her uzmanlık alanından 1 üye olması, kimi zaman da bahse konu dosya ile ilgili hiç uzman olmaması kabul edilebilir değildir.

Bir başka değinilmesi gereken husus, bilirkişi raporlarında olması gereken, somut olay ile ilgili hekimin davranışı ve uygulaması gereken ile, yapılması gereken standart uygulamanın ne olduğu noktasında ayırımın ortaya konmasıdır. Oysa, hızla gelişen tıbbi standartlar dahilinde, heyetteki ilgili branştaki tek uzmanının somut olay ile ilgili bilgisinin yeterli ve güncel olmayabileceği ihtimali göz önünde bulundurulmalıdır. Bu da mahkemenin istediği netlik ve açıklıkta bir rapor tanzim edilebilme ihtimalini azaltmaktadır. Son yıllarda müşahade edilmektedir ki, hakimler üniversitelerden konu ile ilgili ve akademik titri olan üç uzman tarafından görüş istemektedirler. Bu, son derece yerinde ve sonuç alınabilir bir davranış şeklidir. Meral ve arkadaşları da tıbbi uygulama hatalarının söz konusu uzmanlık alanı ve sağlık hizmeti konusunda bilgi sahibi kişilerce değerlendirilmesi, bu şekilde söz konusu olay hakkında yeterli değerlendirme yapabilecek kişilerin seçilmesi gerektiğini ifade etmektedirler³³⁸. Yargıtay 4. H. D. 05.12.2013 T. ve E. 2013/710, K. 2013/19259 sayılı kararında da bu doğrultuda hüküm verilmiştir;

Davacı, ... Devlet Hastanesi Acil Polikliniğinde tedavisi yapılarak taburcu edilen hastanın, aynı gün vefat etmesi nedeniyle, mirasçıları tarafından ... aleyhine tazminat davası açıldığını, dava neticesinde dava dışı mirasçılara ödeme yapıldığını, davalı doktorların kusurları ile idarenin zarara uğramasına sebebiyet verdiklerini belirterek, ödenen miktarın rücuen tahsilini talep etmiştir İdare Mahkemesi, hastanın beyin kanaması ve iç kanaması mevcut iken taburcu edildiğini, bu sebeple davalı idare ajanı olan hastane personelinin hastanın muayene, tetkik ve tedavisinde kusurlu davrandığını benimseyerek, istemin bir bölümünü kabul etmiş, karar derecattan geçerek kesinleşmiştir. Adli Tıp Kurumu İhtisas Kurulu'nun 29/04/2009 tarihli raporunda; hekimlerin uygulamalarının tıp kurallarına uygun olduğu, kendilerine atfı kabul kusur bulunmadığı bildirilmiştir. Eldeki rücuen tazminat dosyasında ise; bilirkişi incelemesi yaptırılmamış, Adli Tıp Kurumu raporu uyarınca hüküm kurulmuştur. Ancak, anılan rapor, idare mahkemesinin olayı kabul biçimi ile çelişmektedir. Bu çelişkinin giderilmesi ve davalı doktorların, zararlandırıcı sonucun meydana gelmesinde kusurları bulunup bulunmadığının tereddüde yer vermeyecek şekilde belirlenmesi için, üniversite hastanesi bünyesinde görev yapan, beyin cerrahi, genel cerrahi ve ortopedi branşlarında uzman, üç kişilik bilirkişi heyetinden rapor alınması gerekirken, eksik inceleme ile hüküm kurulmuş olması doğru görülmemiştir. Kararın bu nedenle bozulması gerekmiştir.

³³⁸ Meral, Çınarlı ve Aktaş, 2016, a.g.k., 177.

Bilirkişi görüş ve raporlarının değerlendirilmesi hâkimin takdirine bırakılmış ise de dava konusu olan ve görüş istenen olay teknik ve özel bir konu olduğu için, hâkim kararı genellikle rapor doğrultusunda olmaktadır. Bu nedenle bilirkişi raporları son derece önemli olup, hatalı ya da yanlış bir rapor hazırlanması durumunda itirazlara neden olmakta, tekrar rapor istenmesi gibi durumlar nedeniyle dava süresinin uzaması söz konusu olmakta, ya da yaptırım uygulanmaması gereken kişilere yaptırım uygulanması ya da tam tersi durumlar ile karşı karşıya kalınabilmektedir³³⁹. Aktaş ve Kaya, bilirkişi malpraktisi oluşturabilecek durumları aşağıdaki şekilde sıralamışlardır; Bilirkişinin yasaklı veya red koşullarının olduğu olgular için rapor düzenlemesi, uygun nitelik, deneyim ve kıdemde olmayan bilirkişinin rapor düzenlemesi, inceleme ve raporun bizzat bilirkişi tarafından düzenlenmemesi, bilirkişinin hukuki yorum ve çıkarımlarda bulunması, yanıtlanması istenen hususların dışında yorum ve değerlendirme yapılması, taraflar ile usulsüz ilişki içinde bulunulması, yetersiz ve eksik incelemelere dayanan raporlar, gerçek duruma uygun olmayan değerlendirme ve yorumlarda bulunulması, gerekçeli ve denetlenebilir rapor düzenlenmemesi, raporların geç gönderilmesi, bilirkişilik görevini kabulle zorunlu olanların gerekçesiz görevi kabul etmemeleri³⁴⁰. İfade edilen bu durumlar ile ilgili mevzuat açık olup, bu şekilde hazırlanan raporlar geçerli olmayacağı gibi, raporları hazırlayanların disiplin, hukuki ve ceza sorumlulukları mevcuttur.

Bilirkişiler görevlerini 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 6. maddesi uyarınca kamu görevlisi niteliğinde yürütürler. 6100 sayılı Hukuk Muhakemeleri Kanununun 284. maddesinde de bilirkişinin kamu görevlisi olduğu hükmü yer almıştır. Bu durumda bilirkişiler, görevlendirildikleri dava konusu olay ile ilgili hazırlamış oldukları raporun gerçeğe aykırı olması, görevini kötüye kullanması ve görevini yapmakta gecikme veya ihmali olması, görevi nedeniyle öğrendiği bilgi ve sırları açıklaması, görev sırasında öğrenilen suçun ihbar edilmemesi, delilleri bozma veya değiştirme, görevini yaparken taraflardan haksız çıkar sağlaması gibi durumlarda Türk Ceza Kanunu'nun ilgili maddeleri uyarınca sorumludurlar³⁴¹.

³³⁹ Aktaş ve Kaya, 2023, a.g.k., 208.

³⁴⁰ Aktaş ve Kaya, 2023, a.g.k., 205-228.

³⁴¹ Aktaş ve Kaya, 2023, a.g.k., 205-225.

Lomber bölgede gelişen bir omurga tümör ameliyatı sonrasında yaşananların dava konusu olduğu, Danıştay 10. Dairesinin bir kararında³⁴² bilirkişilik konusunda ayrıntılı açıklamalar sonrası, eksiklikler nedeniyle karar bozulmuştur. Kararın gerekçesinde;

‘Bilirkişiye başvurulmasındaki amacın, hukuka uygun karar verebilmek için gerekli verilere ulaşmak olduğu göz önünde tutulduğunda, bilirkişilerin uyuşmazlık konusunda özel ve teknik bilgiye sahip olan kişiler arasından seçilmesi gerektiği kuşkusuz olup; bilirkişi veya bilirkişilerce düzenlenen raporda, sorulara verilen cevapların şüpheye yer vermeyecek şekilde açık, rapor içeriğinin ise hükme esas alınabilecek nitelikte olması gerekmektedir. Nitekim Aydoğdu-Türkiye başvurusunda AİHM, Adli Tıp Kurullarında ilgili branştan yalnız bir kişinin bulunmasını eleştiri konusu yaparak, uyuşmazlıkların çözümünde tarafların tüm iddia ve itirazlarını karşılayacak yetkinlikte bir bilirkişi heyeti kurulmasına ve bu heyetin tıbbi hataya ilişkin yapacakları değerlendirmelere esas kriterler şu şekilde sıralanmıştır.

- Davaya ilişkin alanda tek bir uzmanın katılımı, tıbbi bilirkişi raporunu düzenlemek için yetersizdir; üniversiteler arasından, güçlü bir akademik kariyere sahip, belirli bir alanda uzmanlaşmış olan kişileri görevlendirmek gerekmektedir. - Bir tıbbi bilirkişi incelemesi, suçlanan doktorun iddia edilen zarardan sorumlu tutulup tutulmayacağı hususuna cevap vermediği takdirde yetersizdir.

- Güvenilir ve ikna edici olması için, bir bilirkişi raporu, davanın konusuyla örtüşmeli, olayları aydınlatmaya çalışmalı ve tarafların argümanlarına cevap vermelidir.

- Tıbbi bilirkişi incelemesi, hastanın teşhisi ve takibine ilişkin bilimsel unsurları ve özellikle, bu durumda kabul edilen tedavi stratejisinin uygunluğunu değerlendirmelidir.

- Tedavinin komplikasyonlarının neler olduğunu, diğer tedavi yöntemlerinin bulunup bulunmadığını ya da daha iyi donanımlı bir hastanede nelerin yaşandığını açıklamaksızın, soyut bir şekilde, bir komplikasyonun mevcut olduğu sonucuna varan yetersiz bir rapordan hareketle bir hüküm kurulmamalıdır.

- Yalnızca suçlanan idarenin veya doktorun ifadelerine dayanan ve soyut, gerekçelendirilmeyen ve desteklenmeyen iddialar içeren bir rapor güvenilir değildir. - İhtilaf konusu ameliyatın tıp kurallarına uygun olduğu ve doktora veya idareye herhangi bir hatanın atfedilemeyeceği sonucuna varmak için tıbbi bir hata yapılmış olabileceğini belirten unsurları dikkate almayan bir bilirkişi raporu güvenilir değildir.

Uyuşmazlıkta, davacılar yakınının omurilik tümörü ve gelişen komplikasyonları sonucu hayatını kaybettiği Adli Tıp Kurumunca hazırlanmış bilirkişi raporu uyarınca sabit olmakla birlikte; davacılar tarafından, davalı idareye bağlı sağlık kuruluşunda, yakınlarının, yatak yarası oluşmasına rağmen kemoterapiye devam edilmesi ve beyin omurilik sıvısı örneklemesinin yanlış yapılması nedeniyle yaşam kalitesinin kötüleştiği ve erken ölümüne sebebiyet verildiği iddia edilmesine rağmen, Adli Tıp Kurumunca, bilirkişi raporunun hazırlanması için oluşturulan heyette, kemoterapi ve yatak yarası tedavisine yönelik tıbbi işlemleri incelemesi gereken tıbbi onkoloji, radyasyon onkolojisi, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, deri ve zührevi hastalıkları, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi alanlarının uzmanlarının bulunmadığı görülmektedir.

³⁴² Danıştay 10. Dairesinin 20.09.2021 tarih ve 2019/6752 Esas., 2021/4143 Karar sayılı kararı. (Lexpera Erişim Tarihi 23.06.2023).

Bu durumda, dava konusu uyuşmazlığın çözümünde hükme esas alınan Adli Tıp Kurulu raporunun yukarıda sayılan kriterleri karşılamadığı açık olup, **konu ile ilgili (tıbbi onkoloji, radyasyon onkolojisi, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, deri ve zührevi hastalıkları, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzmanı gibi) uzman akademisyenler dahil edilerek Adli Tıp Üst Kurulundan veya üniversite öğretim üyelerinden teşkil edilecek bir bilirkişi heyetinden**, tarafların tüm iddia ve itirazlarını karşılayacak yeni bir rapor istenerek uyuşmazlığın çözülmesi gerekmektedir.

Öte yandan, Mahkemece yeniden yapılacak yargılama sonucunda idarenin tazmin yükümlülüğünün olduğuna hükmedilmesi halinde, dava konusu olaya ilişkin olarak sorumluluğu olan kişi veya kişilere davalı idare tarafından rücu edebileceği dikkate alındığında, Mahkemece menfaati etkilenebilecek bu kişilere davanın re'sen ihbar edilmesinden sonra esas hakkında karar vermesi gerektiği tabiidir. Bu itibarla, davacıların tüm iddia ve itirazlarını aydınlayabilecek nitelikteki uzmanlık alanları bulunmadan oluşturulan kurulca hazırlanan bilirkişi raporunun hükme esas alınabilecek nitelikte olmadığı anlaşıldığından, İdare Mahkemesince bu rapora dayanılarak hüküm kurulmasında hukuki isabet bulunmamaktadır.'

Kararın gerekçesi adeta ders niteliğinde yazılmış olup son derece önemlidir. Bilirkişi heyetinin ilgili uzmanlarca kurulması gerektiği ve ortaya konulan diğer gerekçeler ile oluşturulan karar son derece doğru ve yerindedir.

Yargıtay 12. Ceza Dairesinin 24.01.2019 tarihli bir kararının³⁴³ gerekçesinde ise;

'... Dosya kapsamına göre, somut olayda müşteki vekilinin müvekkilinin bel fıtığı ameliyatı için ... Hospital Hastanesine yattığını, şüpheli ...'in temin ettiği ve diğer şüpheli ...'ın müştekiye tatbik etmiş olduğu tıbbi malzemenin müştekinin sağlığının bozulmasına sebebiyet verdiği iddiası üzerine, ... Cumhuriyet Başsavcılığınca 10/05/2017 tarihli bilirkişi raporunda ... doktorun bu biyomalzemeyi hastasına tatbik etmesinde herhangi bir kusurunun olmadığı, bu tür malzemelerin daha sonra kırılması, yerinden atması, gevşemesi gibi olayların tıbbi komplikasyonlar dahilinde olabileceğinin belirtildiğinden bahisle kovuşturmaya yer olmadığına dair karar verilmiş ise de, Yargıtay 12. Ceza Dairesinin 05/09/2013 tarihli ve 2012/19402, esas, 2013/19286 karar sayılı ilâmında da belirtildiği üzere taksirle işlenen suçlardan dolayı kusurluluk değerlendirmesi ancak mahkeme hâkimi tarafından yapılabileceği, kusurun belirlenmesi normatif bir değerlendirmeyle mümkün olmakla birlikte, **konunun teknik bilgiyi gerektirmesi, hâkimin hukuk bilgisiyle sorunu çözemeyeceği durumlarda, bilirkişi incelemesi yaptırılması gerektiğinde dahi, bilirkişinin inceleme yetkisi kusurlulukla ilgili olmayıp, işin tekniği ve norma aykırı davranışın belirlenmesi ile sınırlı olacağı, bilirkişi raporlarının mahkemeyi bağlayıcı değil, delilleri değerlendirme vasıtalarından biri olduğu**, mahkemelerin gerekçelerini açıklamak suretiyle bilirkişi raporlarına itibar edip etmeme hususunda takdir ve değerlendirme hakkına haiz bulunduğu, bilirkişi tarafından münhasıran hâkimin yetkisinde bulunan kusurluluk konusunda herhangi bir değerlendirme yapılmaması gerekmele birlikte, bu yöndeki bir değerlendirmenin de hâkimi bağlayıcı bir yönünün bulunmadığı, meydana gelen

³⁴³ Yargıtay 12. Ceza Dairesinin 24.01.2019 tarih ve E.2018/7531, K. 2019/1199 sayılı kararın (Lexpera Erişim Tarihi 23.06.2023).

olay nedeniyle şüphelilerin kusur durumlarının mahkemesince takdir ve değerlendirilmesi gerektiği gözetilmeden kovuşturmayaya yer olmadığına dair karara karşı yapılan itirazın kabulü yerine yazılı şekilde reddine karar verilmesinde isabet görülmediği gerekçeleriyle 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 309. maddesi uyarınca anılan kararın bozulması... ' şeklinde hüküm kurmuştur.

Yargıtay 12. C. D., dava konusu olan durumun değerlendirilmesi teknik ve özel bilgi gerektirdiğine işaret etmiş ve bilirkişi raporu alınmamış olması nedeniyle kararın bozulmasına hükmetmiştir. Gerekçede bilirkişi raporunun teknik bilgi içermesi ve hukuki değerlendirmeye girilmemesi gerektiği ve hâkimin vereceği karar açısından delil niteliğinde olduğuna vurgu yapılmıştır. Bize göre bu karar doğru ve yerindedir. Tartışılan herhangi bir tıbbi kötü uygulama iddiası, nitelik olarak daha önceden içtihat oluşturmuş bir malpraktis davranışı dahi olsa, ilgili somut olay hakkında bilirkişi değerlendirmesi yapılmadan karar verilmemeli, olay malpraktis dahi olsa, gerekçeleri ve sorumluları ve olay ile sonuç arasındaki illiyet bağı açısından bilirkişi görüşüne başvurulmalıdır.

Yargıtay 4. H. D.'nin 26.09.2016 tarihli kararında³⁴⁴ ise;

'Davacı, olay günü kaldırımında yürüyerek davalıya ait olan binanın önünden geçerken üzerine bir halının düşmesi sonucu boynunda mevcut 3 adet diskin kırıldığının tespit edildiğini ve bir dizi ameliyatlara maruz kaldığını, boynundan hala sıvı alındığını, sağ kolunu tam olarak kullanamadığını ve geçirmiş olduğu ameliyatlar sonucunda eski sağlığına kavuşamadığını belirterek uğradığı maddi ve manevi zararlarının ödetilmesini istemiştir. Mahkemece, yargılama aşamasında ... Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Nöroşirürji uzmanlarından oluşan 3 kişilik bilirkişi kurulundan alınan raporda; davaya konu olan halı düşmesi olayı ile davacının gördüğü tedaviler ve geçirdiği ameliyatlar arasında illiyet bağı olmadığının bildirildiği gerekçesiyle davanın reddine karar verilmiştir.

... Dosya kapsamından, ... tarih ve ... sayılı adli tıp raporunu düzenleyen ATK... İhtisas Kurulu üyelerinden oluşan bilirkişi heyetinde, nöroşirürji uzmanı bulunmadığına dair davacı tarafından yapılan itiraz kabul edilerek, ... Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalından üç kişilik bilirkişi kurulundan yeniden rapor alınmışsa da; ... tarihli bu rapor olayın gelişimi ile ilgili hiçbir değerlendirme yapılmaksızın düzenlenen 3-4 satırlık bir rapor olup, davacının itirazlarının karşılandığı kabul edilemez. Bu nedenle Mahkemece dosyanın ekleri ve tüm tedavi evrakları ile birlikte son rapor aldırılan üniversite hastanesinden başka bir üniversite hastanesinde, içlerinde nöroşirürji uzmanı bulunan bir heyete tevdi edilerek, olayın oluşu ve davacının tedavi süreci de tartışılmak sureti ile davacının baş-boyun bölgesine halı düşmesi olayı ile geçirdiği operasyonlar arasında illiyet bağının bulunup bulunmadığı, illiyet bağı kurulur ise bu olayın davacının maluliyetine sebebiyet verip vermediği konusunda yöntemine uygun rapor alınarak varılacak sonuca göre karar verilmesi gerekirken eksik incelemeye dayalı yazılı biçimde hüküm kurulmuş olması doğru değildir. Kararın bu nedenle bozulması gerekmiştir.'

³⁴⁴ Yargıtay 4. HD.'nin, 2016/8248 E., 2016/8945 K. sayılı ve 26.09.2016 tarihli kararında (Lexpera, Erişim Tarihi, 23.06.2023).

Görüldüğü üzere Yargıtay 4. H. D.'nin bu kararı da bilirkişi raporlarındaki usul ve esaslardaki eksiklikler nedeniyle, ilk derece mahkemesi kararının bozulması yönünde olmuştur. İlk alınan raporda nöroşirürji uzmanı olmaması, ikinci raporda ise raporun içeriğinin yetersizliği (illiyet bağı ve beden gücü yetersizliği noktalarında) kararın gerekçesi olduğu anlaşılmaktadır. Karar bize göre de doğru ve yerindedir. Bilirkişi heyetleri, konunun uzmanı hatta mümkünse ilgili uzmanlık alanı içerisinde olsa da somut olayın ilgili olduğu konu üzerinde özellikle çalışan kişilerden oluşmalıdır. Birkaç uzmanlık branşından kurulan heyetlerin günümüzde yetersiz kaldığı, efektif olmadığı ve amaca hizmet etmediğini düşünmekteyiz. Bilginin ve teknolojinin, tıp bilimini getirdiği nokta, bir branş ile ilgili bir olay için bir başka branş uzmanının değerlendirme yapmasının uygun olmadığı bir seviyededir. Bu nedenle, tıbbi kötü uygulama iddiası ile ilgili olay hangi branş ya da branşları ilgilendiriyorsa, bu uzmanlardan oluşturulan bir heyet, somut olay ile ilgili hem tıbbi hem idari tüm boyutları değerlendirerek, mahkemenin sorduğu sorulara mümkün olduğunca açık ve net cevaplar vermek suretiyle rapor hazırlamalıdır. Tartıştığımız kararda da görüldüğü gibi, ilk derece mahkemesi iki farklı heyetten rapor talep etmiş, gelen raporlar doğrultusunda bir hüküm kurmuş, yapılan itiraz sonucu Yüksek Mahkeme kararın bozulmasına hükmetmiş ve süreç neredeyse başa dönmüştür. Kesin karara ulaşmak için geçen ve genellikle yıllar süren bu süreç, hem hasta ve yakınları açısından adalete ulaşmak adına inancı sarsmakta, hekimler açısından ise yıpratıcı ve motivasyon bozucu olmaktadır.

3.3. Enjeksiyon Travması

Hekimler, hastaların tanı, tedavi ve takip aşamalarında, çeşitli sebepler nedeniyle birçok ilaç kullanırlar. Bu ilaçların verilme yolu oral başta olmak üzere vücut boşluklarından, ayrıca topikal ya da parenteral yollardan olabilir. Parenteral yolun en sık kullanıldığı ilaç verilme şekli ise intramuskuler yani kas içi enjeksiyonlardır. İntramuskuler enjeksiyonlar toplumda çok sık, kimi zaman da ehil olmayan kişilerce uygulanır. Yapılan araştırmalarda gelişmekte olan ülkelerde yılda kişi başı 1,5 kez enjeksiyon yapıldığı ve bu enjeksiyonların % 95'inin tedavi amaçlı yapıldığı ancak büyük çoğunluğunun gereksiz ve % 50'sinin de güvensiz yapıldığı ortaya konmuştur³⁴⁵.

³⁴⁵ Simonsen, L., ve ark. (1977). Unsafe injectiosin the developing world and transmission of bloodborne pathogens, A Rewiev. Bulletin of the World Health Organization, 10; 789-800.

Intramuskuler enjeksiyonlar dorsogluteal, ventrogluteal, laterofemoral ve deltoid olmak üzere 4 farklı bölgeye uygulanabilir. Erişkinlerde en sık uygulanan bölge dorsogluteal bölgedir³⁴⁶. Bebeklerde ve erken çocukluk dönemlerinde ise daha sıklıkla anterolateral (vastus lateralis), deltoid ve ventrogluteal bölgeler kullanılır³⁴⁷.

Dorsogluteal bölgeye enjeksiyon sırasında yer tespiti basitçe, gluteal bölgenin yatay ve dikey çizgiler ile 4 parçaya bölünerek, enjeksiyon yeri olarak üst dış kadranın kullanılmasıdır. Dorsogluteal bölge, siyatik sinir, süperior gluteal sinir ve arteri içermesi nedeniyle intramuskuler enjeksiyonların bu yapılara zarar vermesi açısından risklidir³⁴⁸. Buna karşın sınırlarını kemik yapıların belirlemesi, subkutan tabakanın inceliği, büyük damar ve sinirlerin azlığı, hastaya verilecek pozisyonun kolaylığı bu alanın tercih nedeni olarak bildirilmektedir³⁴⁹.

Siyatik sinir sakral pleksusdan köken alan bir sinirdir ve L4 (ön dalın bir kısmı), L5, S1, S2, S3 ve S4 (ön dalın bir kısmı) sinirlerinin, ön dallarının birleşmesi ile oluşur. Sinirin gluteal bölgedeki yerleşimi, m.obturator internus, mm.gemelli ve m.quadratus femorisin arkasındadır. Aşağıya doğru ilerleyerek lateral trunkus (fibuler divizyon) ve medial trunkus (tibial divizyon) adıyla ikiye ayrılır. Siyatik sinir vücudun en kalın ve en uzun seyreden siniri olarak çok çeşitli varyasyonlar gösterebilir³⁵⁰. Bu varyasyonların yanı sıra, siyatik sinirin posterolateral konumu ve destek bağ dokusu miktarının az olması nedeniyle de travmaya açıktır³⁵¹. Sinirin innervasyon bölgesi, hamstring kaslar ile bacak ve ayağın tüm kaslarının motor, bacağın dış yan ve arka, ayağın tüm bölümlerindeki derinin duyuşal alanlarını içerir. Daha yüzeysel seyri, daha lateralde olması, daha az bağ dokusu ve sinir fasikülüne sahip olması nedeniyle en sık yaralanan fibuler divizyon olup, buna bağlı olarak hastanın uyluk arkası kaslarındaki zayıflık nedeniyle bacak fleksiyonu zayıflar, diz altı kaslardaki paralizi nedeniyle düşük ayak gelişir. Kabloğlu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, hastaların sadece % 11,76'sının tibial divizyonunun

³⁴⁶ Kabloğlu, V., ve ark. (2022). Enjeksiyon Nöropatisi Olgularında Siyatik Sinir Tutulumunun ve Derecesinin Değerlendirilmesi, Dicle Tıp Dergisi. 49 (1): 125-130.

³⁴⁷ Kökcü, Ö. D., ve Çınar, N. (2018). 3 Yaş Altı Çocuklarda Enjeksiyon Uygulamasında Ventrogluteal Bölgenin Kullanılması Güvenli midir, Journal of Human Rhythm. 4(4):169-174.

³⁴⁸ Kline, D. G., ve ark. (1998) Management and results of sciatic nerve injuries: a 24- year experience. J Neurosurg. 89: 13–23.

³⁴⁹ Kabloğlu ve ark. 2022, a.g.k., 126.

³⁵⁰ Senes, F. M., Campus, M. D, Becchetti F, ve Catena, N. (2009) Sciatic nerve injection palsy in the child: early microsurgical treatment and long-term results. Microsurgery. 29: 443-448.

³⁵¹ Mishra, P., ve Stringer, M. D. (2010). Sciatic nerve injury from intramuscular injection: A persistent and global problem. Int J Clin Pract 64:1573-1579.

etkilendiğini, geri kalan tüm hastalarda ya izole ya da tibial divizyon ile birlikte olmak üzere fibüler divizyonun etkilendiği bildirilmiştir³⁵². Geyik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise hastaların %27,6'sında izole tibial divizyonun etkilendiği, geri kalan hastalarda ise izole ya da birlikte peroneal divizyonun etkilendiği ortaya konulmuştur³⁵³.

Gluteal bölgeye yapılan enjeksiyonların siyatik sinir hasarı dışında neden olduğu başka komplikasyonlar da olabilir. Bunlardan bazıları apse, nekroz, enfeksiyon, kontraktür, hematoma, kronik ağrı, periostit gibi komplikasyonlardır³⁵⁴. Siyatik sinir hasarının kalça artroplastisinden sonra en sık görülen nedeni enjeksiyon travmasıdır³⁵⁵. Enjeksiyon travması sonucu gelişen çeşitli düzeylerde motor ve/veya duyu defisitinin ana nedenleri, enjeksiyon yapılan iğnenin neden olduğu direk mekanik travma, skara bağlı sıkışma ve enjekte edilen maddenin nörotoksitesitesi olduğu bildirilmektedir³⁵⁶. Bir başka ifadeyle, enjeksiyona bağlı gelişen siyatik sinir hasarı patogenezinin mekanik, iskemik ya da toksik nedenlere bağlı gelişebilir. Mekanik travmaya bağlı hasar, tamamen yanlış bir yerden yapılan enjeksiyon nedeniyle olabileceği gibi doğru yerden yapılan enjeksiyonun yanlış açı ile yapılması sonucu ya da enjektörün uzunluğuna bağlı gelişebilir. Girişim tamamen doğru teknik ve yerden yapılsa bile, hastanın siyatik sinirinin varyasyonuna bağlı olarak sinir hasarı olabileceği gibi hastanın zayıf ya da kaşektik olması gibi durumlarda da sinir hasarı gelişebileceği literatürde bildirilmektedir³⁵⁷. İskemik mekanizma ise enjekte edilen maddenin çevre dokularda oluşturduğu skar dokusu ve fibrozisi ile oluşan konstriksiyona bağlı sinir dokusundaki kan akımındaki azalmayla ilişkilidir³⁵⁸. Toksik mekanizma enjekte edilen maddenin siyatik sinire yayılımından ve sinir kılıfında meydana gelen destrüksiyona bağlı gelişir. Literatürde enjeksiyona bağlı siyatik sinir hasarının ana nedeninin toksik mekanizma olduğu bildirilmektedir³⁵⁹.

³⁵² Kabloğlu ve ark. 2022, a.g.k., 128.

³⁵³ Geyik, S., ve ark. (2017) Preventing Sciatic Nerve Injury due to Intramuscular Injection: Ten-Year Single-Center Experience and Literature Review, Turk Neurosurg 27(4):636-640.

³⁵⁴ Kaya, K., ve Çekin, N. (2018). Enjeksiyon sonrası gelişen nöropati: Komplikasyon/Malpraktis Ayırımında İnce Bir Çizgi, KSÜ Tıp Fak Derg. 13(2); 63-66, s. 64.

³⁵⁵ Kabloğlu ve ark. 2022, a.g.k., 128.

³⁵⁶ Maqbool, W., Sheikh, S., ve Ahmed, A. (2009) Clinical, electrophysiological, and prognostic study of postinjection sciatic nerve injury: An avoidable cause of loss of limb in the peripheral medical service. Ann Indian Acad Neurol. 2: 116-119.

³⁵⁷ Kaya ve Çekin, 2018, a.g.k., 64; Kabloğlu ve ark. 2022, a.g.k., 128.

³⁵⁸ Kabloğlu ve ark. 2022, a.g.k., 129.

³⁵⁹ Kadioğlu, H. H. (2004). İlaç Enjeksiyonuna Bağlı Siyatik Sinir Yaralanması: Bir Komplikasyon Mudur? AÜTD 36:65-70.

Verilen ilacın etken maddesi ve miktarı, siyatik sinir hasarının derecesini etkileyen faktörlerdir. Diklofenak, metamizol, tramadol gibi analjezikler, antibiyotikler, kinin, Vitamin K, lokal analjezikler siyatik nöropatiye neden olduğu bilinen ilaçlardandır³⁶⁰. Özellikle ağrı kesici olarak sıkça kullanılan Diklofenak etken maddesinin nörotoksik etkisinin diğer ilaçlara göre çok fazla olduğu literatürde bildirilmektedir³⁶¹.

Özetle, günlük pratikte en sık uygulanan tıbbi müdahalelerden biri olan intramuskuler enjeksiyonlar gerek uygulayan kişiler gerekse enjeksiyon uygulanan hastalar açısından hafife alınacak, basite indirgenecek işlemler değildir. Her tıbbi müdahalenin olduğu gibi, intramuskuler enjeksiyonların da komplikasyonları olabilir, gereken dikkat ve özen gösterilmediği ve hastada zarar olduğu durumlarda da tıbbi kötü uygulamadan bahsedilebilir. Nöroşirürji branşı ile ilgili medikolegal dava konularına baktığımızda, enjeksiyon travmalarının oldukça fazla miktarda olduğu müşahade edilmektedir. Her ne kadar bir intramuskuler enjeksiyon herkes tarafından uygulanabilir bir işlem olsa da sonuçta oluşturduğu sinir hasarı açısından, olayın tedavi, takip ve değerlendirme aşamalarında nöroşirürji branşını direk olarak ilgilendirmektedir. Konu ile ilgili medikolegal davalara baktığımızda, enjeksiyon travmaları bilirkişiler tarafından genellikle 'komplikasyon' olarak değerlendirilmekte ve uygulayan kişiye bir kusur atfedilmemektedir. Zira, uygulamanın fiziksel olarak doğru yere yapılmadığının, enjeksiyon yapılma tekniğinin doğru olarak uygulanmadığının ve bir girişimsel işlemin uygulanma aşamasındaki asepti kurallarına uyulmadığının tespiti mümkün olamamaktadır. Hatta kimi zaman özellikle yoğun çalışılan merkezlerde veya acil servis gibi işlerin hızlı yapılmak zorunda olduğu yerlerde, enjeksiyonun kimin tarafından yapıldığının tespiti dahi yapılamamaktadır. Bunun yanında işlem baştan sona doğru uygulansa bile yukarıda ifade edilen hastanın zayıf veya kaşektik olması, siyatik sinirin anatomik varyasyonları, yapılan ilacın doku içerisinde dağılmak suretiyle siniri etkileyerek oluşturduğu toksik etki, sinirin hasarına yol açabileceği literatürde ortaya konmuş gerçeklerdir. Bu nedenlerle elde net kanıtlar yok ise, bir enjeksiyon travması olgusuna 'tıbbi kötü uygulama' vardır demek, çok mümkün değildir.

³⁶⁰ Mishra ve Stringer, 2010, a.g.k., 1575.

³⁶¹ Bostan, H., ve ark. (2018). Cabalar M, Altınay S, et al. Sciatic nerve injury following analgesic drug injection in rats: A histo pathological examination. North Clin Istanbul. 5: 176-185.

İncelendiğinde, Yüksek Yargı Kararlarına konu olmuş çok sayıda enjeksiyon travması davasına rastlanmaktadır. Bu davalarda çok büyük çoğunlukla işlemin kendisi için ‘komplikasyon’ şeklinde kararlar verildiği gözlenmektedir. Danıştay 15. Dairesinin, 30.05.2016 tarihli bir kararında³⁶², ilk derece mahkemesinin;

‘... durumun her türlü özene rağmen oluşabilecek herhangi bir kusur ve ihmalden kaynaklanmayan komplikasyon olarak nitelendirildiği, enjeksiyonun yapılış tekniği ve uygulanan bölgenin uyumsuzluğu yönünden tıbbi bir delil de tanımlanmadığından, tüm bulgular bir bütün olarak değerlendirildiğinde, enjeksiyonu uygulayan sağlık personeline ve enjeksiyon yapılma talimatı veren ilgili hekime herhangi bir kusur izafe edilemediği mütalaa edilerek idareye atfı kabil kusur bulunmadığının belirtildiği görülmekle birlikte, görevin yürütümü sırasında meydana gelen zararın ilgilinin üzerinde bırakılmayıp, kusursuz sorumluluk ile hak ve nesafet ilkeleri uyarınca davalı idarece tazmini gerektiği gerekçesiyle maddi ve manevi tazminat isteminin kabulüne karar verilmiştir.’ ifadesiyle, kusursuz sorumluluk ile hak ve nefaset ilkeleri uyarınca idarenin maddi ve manevi tazminat ödemesine karar vermiştir.

Karar özetinde yer alan ilk derece mahkemesinin bu kararına karşın, yukarda künyesi tanımlanan Danıştay 15. Dairesinin anılan kararı ile;

‘... Bu durumda, ... Yüksek İhtisas Hastanesi ... Ek Hizmet Binası Acil Servisi'nde sol kalçadan yapılan enjeksiyon sonrasında davacının sol bacağına meydana gelen hasar nedeniyle enjeksiyon yapılma talimatı veren hekim ve enjeksiyonu uygulayan sağlık personelinin kusuru bulunmadığı, meydana gelen durumun enjeksiyon uygulamalarının beklenebilir komplikasyonu olarak değerlendirilmesi nedeniyle olayda davalı idarenin hizmet kusuru bulunmadığı, **bünyesinde risk taşıyan hizmetlerden olan sağlık hizmetinden yararlananın zarara uğraması halinde, bu zararın tazmininin ancak idarenin hizmet kusurunun varlığı halinde mümkün olabileceği**, bu nedenle kusursuz sorumluluk ilkesinden hareketle davacının maddi ve manevi tazminat isteminin kabulü yolunda verilen idare mahkemesi kararında hukuki isabet görülmemiştir.’ ifadesiyle kararı bozmuş ve idarenin de tazminat ödememesi gerektiğine karar vermiştir. Danıştay 15. Dairesi vermiş olduğu bu karar ile, sağlık hizmetlerinin taşıdığı risk nedeniyle, bir zarar durumunda ancak hizmet kusuru varlığı dahilinde mümkün olabileceğine vurgu yapmıştır.

Son yıllarda, enjeksiyon travması nedeniyle açılan davalarda, hastanın işlemin olası sonuçları ile ilgili aydınlatılıp aydınlatılmadığı sorgulanmakta, şayet aydınlatılma yoksa davalıya manevi tazminat ödenmesi noktasında kararlar verilmektedir. Yargıtay 13. Hukuk Dairesinin. 10.3.2016 tarihli kararında³⁶³;

³⁶² Danıştay 15. Dairesinin, 30.05.2016 tarih ve 2015/9957 Esas, 2016/3880 Karar sayılı kararı. (Lexpera, Erişim Tarihi 17.11.2023).

³⁶³ Yargıtay 13. Hukuk Dairesinin. 10.03.2016 tarih ve 2015/30631 Esas, 2016/7474 Karar sayılı kararı. (Lexpera, Erişim Tarihi, 19.11.2023).

‘... somut olaya bakılacak olursa; davacının baş ve diş ağrısı nedeniyle davalı hastanede enjeksiyon yapıldığı ve hükme esas alınan Adli Tıp Kurumu 2.İhtisas Kurulu’nun 25.11.2013 tarihli raporuna göre de; davacının sol gluteal bölgeden intramuskuler enjeksiyon yapıldığının anlaşıldığı, enjekte edilen ilaçların doku içi yayılımı ile sinir hasarına neden olabileceklerinin tıbben bilindiği, bu durumun enjeksiyonların tekniğine uygun yapılması durumunda da daha önceden öngörülemeyecek ve önlenemeyecek arazlara sebep olabildiği, bu durumun her türlü özene rağmen oluşabilecek herhangi bir kusur ve ihmalden kaynaklanmayan komplikasyon olarak nitelendirildiği, enjeksiyonun yapılış tekniği ve uygulanan bölgenin uyumsuzluğu yönünden tıbbi bir delil de tanımlanmadığından, tüm bulgular bir bütün olarak değerlendirildiğinde, enjeksiyonu uygulayan sağlık personeline ve enjeksiyon yapılma talimatı veren ilgili hekime herhangi bir kusur izafe edilemediği açıklanmıştır. Davacıya imzalatılan rıza formunun ise, davalı tarafından dosyaya sunulmadığı görülmüştür. Öncelikle davalı taraftan davacıya imzalatılan rıza formunun celbedilmesi gerekmektedir. Mahkemenin bu yönleri göz ardı ederek, eksik incelemeyle yazılı şekilde hüküm kurmuş olması usul ve yasaya aykırı olup, bozmayı gerektirir.’ ifadesiyle, enjeksiyon travmasının bilirkişi görüşü doğrultusunda ‘komplikasyon’ olarak kabul etmek ile birlikte, dosyada ‘aydınlatılmış rıza’ formunun olmayışını, ilk derece mahkemesinin beraat kararını bozma gerekçesi olarak ortaya koymuştur.

Danıştay 15. Dairesi’nin, 07.06.2018 tarihli bir başka kararında³⁶⁴ da benzer gerekçe ortaya konmuştur;

‘...Dava konusu olayda, Mahkeme tarafından Ara Kararı ile Adli Tıp 2. İhtisas Kurulu’ndan alınan raporda; davacıya gluteal bölgeden intramuskuler enjeksiyon yapıldığı, enjekte edilen ilaçların doku içi yayılımı ile sinir hasarına neden olabileceklerinin tıbben bilindiği, bu durumun enjeksiyonların tekniğine uygun yapılması durumunda da daha önceden öngörülemeyecek ve önlenemeyecek arazlara sebep olabildiği, bu durumun her türlü özene rağmen oluşabilecek herhangi bir kusur ve ihmalden kaynaklanmayan komplikasyon olarak nitelendirildiği, enjeksiyonun yapılış tekniği ve uygulanan bölgenin uyumsuzluğu yönünden tıbbi bir delil de tanımlanmadığından, tüm bulgular bir bütün olarak değerlendirildiğinde, enjeksiyonu uygulayan sağlık personeline ve enjeksiyon yapılma talimatı veren ilgili hekime herhangi bir kusur izafe edilemediği oybirliğiyle mütalaa olunmuştur.

... Adli Tıp Raporunda K2’da gelişen arazın enjeksiyon uygulamalarının komplikasyonu olarak kabul edilmesi ve enjeksiyonun hatalı bölgeye uygulandığına dair dosya içeriğinde delil bulunmaması durumu karşısında, idari eylemle zarar arasında nedensellik bağı kurulamadığından maddi tazminata hükmedilmesinin koşulları oluşmamakla birlikte, enjeksiyon uygulamasından önce risklerin anlatılıp davacıdan yazılı onamın alınmamış olması durumunda, yukarıda aktarılan mevzuat hükümleri uyarınca davacının aydınlatılma ve onay verme hakkının elinden alınmış olacağı ve yürütülen sağlık hizmetinin gereği gibi işletilmediği konusunda davacıda endişe ve üzüntüye yol açacağından davacının manevi tazminat talebinin ... değerlendirilmesi gerekmektedir.

³⁶⁴ Danıştay 15. Dairesi’nin 07.06.2018 tarih ve 2016/1182 Esas, 2018/5727 Karar sayılı kararı. (Lexpera, Erişim Tarihi 17.11.2023).

Bu durumda Mahkemece, davalı idare tarafından K2'a enjeksiyonun sonuçlarının ve olası komplikasyonlarının anlatıldığına ve bu işleme rıza gösterdiğine dair yazılı ve imzalı aydınlatılmış onamının alınıp alınmadığı araştırılarak sonucuna göre karar verilmesi gerekirken, bu durum araştırılmadan eksik inceleme ile manevi tazminat talebinin tümüyle reddinde hukuka uyarlık görülmemiştir.

Anayasa Mahkemesinin 11.12.2018 tarihli kararında³⁶⁵ ise;

‘Sonuç olarak başvurunun vücut bütünlüğünde meydana gelen sakatlığın ilgili doktor ve hemşirenin kusurundan kaynaklanıp kaynaklanmadığı bakımından olaya özgü koşulların incelenmediği, somut bulgulara dayalı yeterli bir gerekçe ortaya konulmadığı anlaşılmaktadır. Aynı şekilde başvurunun enjeksiyon hakkındaki komplikasyon ve riskler hakkında aydınlatılmadığı iddiası yönünden de derece mahkemelerince herhangi bir değerlendirme yapılmadığı, konuyla ilgili ve yeterli bir gerekçe ortaya konulmadığı görülmektedir. Üstelik başvurunun belirtilen iddia ve şikâyetleri, yargılamanın sonucuna doğrudan etki edebilecek mahiyettedir. Dolayısıyla yargısal makamlarca bu değerlendirmelerin yapılmaması nedeniyle kişinin maddi ve manevi varlığının korunması hakkı bakımından kamu makamlarının pozitif yükümlülüklerini yerine getirmedikleri kanaatine varılmıştır.’

Karar gerekçesinde görüldüğü üzere, yapılacak işlem intramüsküler enjeksiyon dahi olsa hastanın aydınlatılması gerekliliği noktasında görüş ortaya konulmuştur. Bu karar sonrası tıp ve hukuk çevrelerinde yoğun tartışmalar yaşanmıştır. Hekimler ve diğer sağlık çalışanları, ülkemiz için yılda belki de milyonlarca kez uygulanan bir işlem için her defasında aydınlatma yapıp, belgeli rıza alınmasının zorluğu ve pratik olmayacağını ifade ederken; hukukçular ise, enjeksiyonun da sonuçta bir tıbbi müdahale olduğu, her tıbbi müdahale gibi komplikasyonlarının olabileceği, bu nedenle Anayasa Mahkemesi’nin ilgili kararının yerinde olduğunu ifade etmektedirler.

Bu karar ve tartışmalar sonrası Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 10/06/2019 tarih ve 14500235-401.99 sayılı ve 2019/11 nolu “Enjeksiyon Uygulamaları Hakkında Genelge” ile, 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanununun aydınlatılmış rıza ile ilgili maddesine atıfta bulunarak, *‘Kanun Maddesinden de anlaşılacağı üzere, tıbbi müdahalelerde hastanın muvafakatının alınması gereklidir. Ancak, büyük cerrahi işlemler için bu muvafakatın yazılı olması zorunlu olup mevzuatımızda bunun dışında yazılı rıza alınması gereken bir işlem öngörülmemiştir. Enjeksiyon uygulamaları büyük ameliyat cerrahiye olmadığı için hastaların sözel olarak bilgilendirilmesinin gerekli ve yeterli olduğu, müdavi hekim tarafından reçete edilmiş güncel tedavisinin yetkili sağlık meslek mensupları tarafından*

³⁶⁵ AYM Emrah Egeç Bireysel Başvurusu. 11.12.2018.

hastanın reçetesi görülerek yapılması halinde yazılı onam alınması zorunluluğu bulunmadığı hususunda,” ifadesiyle, yazılı onamın gerekli olmadığı, sözlü aydınlatmanın yeterli olacağı ortaya konmuştur.

Sağlık Bakanlığı’nın bu genelgesi sonrası konu ile ilgili tartışma daha da büyümüştür. Zira ortada bir Anayasa Mahkemesi kararı var ve Anayasa’nın 153. maddesi gereğince bu kararın herkes için bağlayıcı olduğu gerçeği ortada iken, Sağlık Bakanlığı’nın bir genelge ile, ‘*enjeksiyon uygulamalarının büyük ameliyat cerrahiye olmadığı için, ... yazılı onam alınması zorunluluğu bulunmadığı*’ şeklinde bir ifade ve görüş ortaya koyması ne derece doğrudur? Biz bu aşamada, bu genelgenin yerinde olmadığını savunmuştuk. Ancak o dönem için, böyle bir uygulama nedeniyle tazminat ödemek durumunda kalan idarenin, hekime ve sağlık çalışanına rücu etmesi durumunda, ilgili personel Salık Bakanlığı’nın bu genelgesini öne sürerek savunmasını güçlendirebilir diye eklemiştik. Sonraki günlerde, Sağlık Bakanlığı Hukuk İşleri Genel Müdürlüğü bir yazı yayımlayarak, ‘*enjeksiyon ve damar yolu açma gibi küçük tıbbi ameliyeler de dahil, bütün tıbbî işlemler için ilgililerin bilgilendirilmiş yazılı onamlarının alınmasının ispat bakımından uygun olacağı*’ ifade edilmiştir. Hukuk İşleri Genel Müdürlüğü’nün bu yazısı, üstte anılan genelgeyi bir anlamda açığa düşürmüştür.

Konuya ilişkin, Konya BİM. 4. Dairesi’nin 23.02.2021 tarihli kararında³⁶⁶;

Dairemizin 09/02/2021 tarihli ara kararı ile uyuşmazlığın çözümlenebilmesi için, davalı idareden; dava konusu olaya ilişkin olarak davacı’a uygulanan tetkik ve tedaviye ilişkin Aydınlatılmış Onam Belgesinin düzenlenip düzenlenmediği, onam belgesi düzenlenmiş ise onaylı suretinin gönderilmesinin istenildiği, cevabi yazıdan; Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 2019/11 (enjeksiyon uygulamalı hakkında genelge) sayılı genelgesinden de "Enjeksiyon uygulamaları büyük ameliyei cerrahiye olmadığı için hastaların sözel olarak bilgilendirilmesinin gerekli ve yeterli olduğu, müdavi hekim tarafından reçete edilmiş güncel tedavisinin yetkili sağlık meslek mensupları tarafından hastanın reçetesi görülerek yapılması halinde yazılı onam alınması zorunluluğu bulunmadığı" belirtilerek idare tarafından enjeksiyon uygulamaları ile ilgili başkaca herhangi bir belge düzenlenmediğinin bildirildiği anlaşılmıştır.

Olayda, davalı idare tarafından, davacı ...’a uygulanacak olan tedavi kapsamında yapılan enjeksiyonun sonuçları ve olası komplikasyonları hakkında davacıya bilgilendirme yapılmadığı, bu işleme rıza gösterip göstermediğine dair yazılı ve imzalı muvafakatının alınmadığı görülmektedir.

Bu durumda, enjeksiyon uygulamasından önce davacıya risklerin ve olası komplikasyonların anlatılmadığı, aydınlatılmış onamın alınmadığı bu nedenle yukarıda yer verilen mevzuat hükümleri uyarınca davacıların aydınlatılma ve onay verme hakkının davalı idarece gerektiği gibi yerine getirilmediği

³⁶⁶ Konya BİM. 4. İdari Dava Dairesi’nin, 23.02.2021 tarih ve 2020/1974 Esas, 2021/499 Karar sayılı kararı (Lexpera. 22.02.2024).

dolayısıyla yürütülen sağlık hizmetinin öngörülen şekilde ifa edilmediği sonucuna ulaşılmış olup talep edilen manevi tazminatın zenginleşmeye yol açmayacak ve bir nebze de olsa duyulan elem ve ızdırabı kısmen de olsa hafifletecek 15.000,00-TL manevi tazminat talebinin kabulünün ve fazlaya ilişkin manevi tazminat isteminin reddinin gerektiği kanaatine varılmıştır.

Bu kararda da görüldüğü üzere, Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı genelgenin pratik hayatta hukuki bir anlamı olmadığı ortadadır. Mevzuat gereğince onam alınması gerektiği, onam alınmadığı için hizmet kusuru olduğu ve bu nedenle idarenin manevi tazminat ödemesi gerektiğine karar verilmiştir. Bize göre karar doğru ve yerindedir. Daha önce de ifade ettiğimiz gibi, genelgenin anlamsızlığı açısından bizim de görüşümüz bu yöndedir.

Sonuç olarak, enjeksiyon uygulamaları, gerek komplikasyon-malpraktis tartışmaları açısından gerekse Aydınlatılmış Rıza alınıp alınmaması açısından, Türkiye'deki sağlık sisteminin ve bu sistem içerisinde sağlık hukuku kural ve mevzuatına uygun davranma güçlüğüne ortaya koyması noktasında çok önemli bir örnektir. Bir başka deyişle, her gün yüzbinlerce kez uygulanan bir tıbbi müdahalenin, her uygulama öncesi herkesten ve her defasında aydınlatma yapılarak rıza alınması pratik ve sürdürülebilir olamayacağı açık bir gerçektir. Bu gerçek ile birlikte 'uygulanması gerekliliği' noktasında Anayasa Mahkemesi kararı da ortada iken yapılması gerekenler iki seçenek olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunlardan birincisi, Sağlık Bakanlığının hekimler ve sağlık çalışanları açısından, bu uygulama ile ilgili hukuk mevzuatını ve Anayasa Mahkemesi kararlarını uygulayacak zaman ve şartları oluşturmak, ikincisi ise, bu şartlar oluşturulamıyorsa, mevzuat oluşturacak yasa yapıcı mercilerin bu ve benzer konular ile ilgili mevzuatı değiştirmek, öneri olarak sunulabilir.

Özetle, hekimler ve sağlık çalışanları için, özelde enjeksiyon uygulamaları, genelde ise tüm tıbbi müdahaleler için söylenmesi gereken şudur ki, idareler ya kurallara uyacak şartları oluşturmalı ya da kuralları değiştirmelidir. Sahada yaşanan mevcut mevzuatla çelişkili birçok durum karşısında hem hastalar hem de sağlık çalışanları farklı nedenlerle mağdur olmaktadır. Organizasyon sorumluları, pratik gerçekler ile yüzleşerek, mevzuatı ya da uygulamayı olması gereken hale getirmekle yükümlüdür. Aksi takdirde, bu tartışmalar sürüp gidecektir.

3.4. İletişim Sorunları

Hasta sayısındaki artış, hekim ve sağlık çalışanlarının üzerinde olan aşırı iş yoğunluğu ve diğer sorumlulukları, hekim ile hasta arasındaki iletişimi oldukça kısıtlamaktadır. Hekime sıkıntısını anlatmak isteyen hasta ve zaman sıkıntısı sebebiyle hastasına gereken zamanı ayıramayan hekim arasında yaşanan bu kopuk iletişim beraberinde, hastanın hastalığı hakkında yeterli bilgi alınamamasına, tanı hatalarına ve tedavide, hasta ile olması gereken iş birliğinin sağlanamamasına neden olmaktadır. Bu durum hekim ile hasta arasındaki vekalet sözleşmesi gereği olan güven ilişkisine zarar vermektedir. Ayrıca, hasta ile hekim arasındaki bu iletişim eksikliği yaşanan şiddet olaylarının da artışına neden olmaktadır³⁶⁷.

Sağlık kurumlarında sağlık hizmet sunumunda hastaların takiplerini ve hekimce yazılan ilaç uygulamalarını ve bakım hizmetlerini hemşireler vermekte bu nedenle de hasta ile en çok iletişimi yine hemşireler kurmaktadır. Günümüzde hemşireler de diğer sağlık çalışanları gibi büyük bir iş yoğunluğu ve stres altında hizmet vermektedirler. Hasta, hasta yakını ve hemşireler arasında genellikle de iletişim sıkıntısı nedeniyle çoğu zaman sorunlar çıkabilmektedir. Yapılan bir araştırma göstermiştir ki, hasta ve yakınları kaynaklı problemleri bir kenara bırakacak olursak, hemşirelerin beden dilini iyi kullanamamaları, gece vardiya sistemi ile çalışmakta olan hemşirelerde işlerinin ortaya çıkardığı yorgunluk, küçük yaşta meslek sahibi olmalarından dolayı mesleki tükenmişlik yaşamaları, ast üst ilişkisi ile meslekte mobbing yaşamaları sebebiyle hastalarla iletişim konusunda sorunlar yaşamaktadırlar³⁶⁸. Aynı araştırmada, hemşirelerin hastalarla daha fazla zaman geçirdikleri için olumsuz iletişim yaşama oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Hastalar, hasta yakınları ve sağlık çalışanları arasında yaşanan bu iletişim sorunlarını gidermek için hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının, hasta hakları konusunda yeterli bilgiye sahip olması, hasta ile empati kurabilmesi, hoşgörülü olması, ilgili ve saygılı olması, beden dilin doğru kullanabilmesi ve doğru iletişimin temel kurallarını bilmesi ve bunları uygulaması çok önemlidir³⁶⁹.

³⁶⁷ Yiğit, A., ve Uğurluoğlu, D. (2020). Türkiye’de hekime yönelik fiziksel ve sözel şiddet düzeyinin meta analiz yöntemiyle belirlenmesi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, (1), 99-108.

³⁶⁸ Yalçın, N., ve Aştı T. (2011). Hemşire – hasta etkileşimi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 19(1), 129-139.

³⁶⁹ Başol E. (2018). Hasta ile sağlık çalışanları (doktor ve hemşire) arasındaki iletişim sorunları ve çözüm önerileri. International Anatolia Academic Online Journal, 4(1), 77-94.

Nöroşirürji branşı, hasta ve yakınlarına bazı kötü haberlerin sıkça verilmesi gereken branşların başında gelmektedir. Bu kötü haber kimi zaman ölüm haberi olabileceği gibi, kimi zaman da bir fonksiyon kaybı (felç, görme kaybı, duyu kaybı, vs.) ya da tedavisi çok zor hatta ölümcül bir teşhisin haberi veya önerilen ameliyatın riskinin fazlalığı gibi çok geniş bir yelpazede incelenebilir. Kimi zaman yapılacak ameliyatın ertelenmesi bile hasta için kötü haber olabilir. Hatta cerrah için başarılı sayılabilecek bir ameliyatın sonucu, hasta için ‘kötü haber’ olabilir. Nöroşirürji uzmanları için bu ‘kötü haber’ verilmesi sürecinin doğru yönetilmesi çok önemlidir. Bu süreç ile ilgili literatürde çalışmalar mevcuttur. Hartley’nin bu konudaki önerisi; kötü haberi iletmek için uygun bir yer bulma (sessiz bir ortam) ve ardından hastanın veya ailenin durum hakkında ne bildiğinin sorulması sonrasında, "Vermem gereken bazı talihsiz haberler var" gibi bir ifadenin yer aldığı bir "uyarı atışı" ve ardından bilginin açık ve net bir açıklanması şeklindedir. Devamında ise, haberi duyan taraflara bilgiyi işlemeleri için yeterli zaman tanımak amacıyla devam etmeden önce biraz beklemek ve empati ifadelerinin yanı sıra ihtiyaç duyulduğunda daha somut bilgileri içeren yanıtlar ile sürecin tamamlanması şeklinde uygulama önerilmektedir³⁷⁰.

Bize göre her ülke ve kültürün içindeki insanların ölüm dahil bu tarz kötü haberlere bakışı, algılayışı ve reaksiyonu farklı olabilir. Hatta kötü haber verilen kişinin kim olduğu, eğitim durumu ve o an ki duygu durumu bile, bu haberlere verilecek reaksiyon açısından çok önemlidir ve tekrar ifade etmek gerekir ki çok fazla faktör nedeniyle değişebilecek bir durumdur. Bu nedenle ‘kötü haber’ şöyle verilmelidir gibi bir matematik oluşturmak çok kolay değildir. Yine de hem iletişim bilimi bilgileri hem de uzun yıllar sahada uygulayıcı olarak çalışmış olmanın bize verdiği tecrübe dahilinde bazı öneriler de bulunulabilir. Her şeyden önce ifade etmek gerekir ki, hastanın tedavisine başlamadan önce henüz tanı aşamasından başlayarak, hasta ve hastanın yanında olmasını istediği ve belki de karar almasında etkisi olabilecek birinci derece bir iki yakını ile müdavi hekim arasında açık, net ve samimi bir iletişim ağı kurulmalıdır. Aydınlatılmış rıza alınması aşamasında sabırsız olunmamalı ve daha önce tanımlanan şekilde uygun ve her iki tarafı bilgi ve güven açısından tatmin edecek bir rıza alınmalıdır. Tedavi sürecinde, hastanın ameliyat öncesi ve sonrasında erken dönemden başlamak üzere süreçlerin hasta ve yakınları ile açık bir şekilde paylaşılmalı ve olası sorulara uygun yanıtlar verilmelidir.

³⁷⁰ Hartley, B. R., ve Elowitz, E. (2020). Future Directions in Communication in Neurosurgery, World Neurosurg. 133:474-482, s. 475.

Bu süreç hasta ve yakınları ile hekim arasında olması gereken güven ilişkisini pekiştirecek, hekimin elinden geleni yapıyor olduğu ve hastaya, gereken dikkat ve özenin gösteriliyor olduğu inancını sağlamlaştıracaktır. Tüm bu süreçlerden sonra bir ‘kötü haber’ verilmesi gereken bir durum olursa, bu haberin sessiz ve sakin bir ortamda, mümkün olduğunca ortamdaki herhangi birine değil de süreci birlikte yaşadığınız yakınlarına iletmek, aceleci davranmamak (haberi iletip ortamdaki hızlıca ayrılmamak), üzüntünüzü ifade eden uygun kelimeler kullanarak, sonraki süreçte yardıma ihtiyaçları olduğunda yanlarında olduğunuzu ifade eden birkaç cümle ile süreci tamamlamak en uygun davranış şekli olarak önerebiliriz. Özetle ‘kötü haber vermek’ sürecini bir kriz olarak ifade edersek, bu krizi oluşmadan önce yönetebilmek gerekmektedir. Tabii ki tüm bu önerilenlerin uygulanabilmesi için, çalışılan hastane organizasyonlarının hekime bu süreçleri uygulayabilecek ve yönetebilecek uygun ortam ve zamanları sağlayacak önlemleri almalıdır.

Benzer sorunlar gelişmiş ülkelerde de yaşanmaktadır. Hollanda’da yapılan bir çalışmada, nöroşirürji uzmanlarının özellikle omurga cerrahisinde hasta danışmanlığı ve beklenti yönetimi ile ilgili uygulamalarını aktif olarak gözden geçirmesi gerektiği ifade edilmektedir³⁷¹. Nöroşirürji pratiğinde ve genel olarak tıpta iletişim, hastanın anlaşılmasında, ilişki kurulmasında ve güvenliğinde çok önemli bir rol oynar. İlişki merkezli iletişim tekniklerinin doktor ve hasta arasındaki ilişkiyi iyileştirdiği ve yanlış tedavi davası riskini azalttığı gösterilmiştir³⁷². Yine literatürde ifade edilmektedir ki, malpraktis iddialarındaki en önemli gerekçelerden biri hasta ile hekim arasındaki kötü ya da zayıf iletişimdir. Hastalar, hekimle aralarındaki güven ilişkisinin çok önemli olduğunu hatta hekimin mesleki yeterliliğinden bile önce geldiği ifade edilmektedir³⁷³. Hasta güçlü bir iletişim içerisinde olmadığı hekimine yeterli güven duymayacak, olası bir olumsuz durumda başlıca hekimi sorgulayacaktır. İletişim eksikliği nedeniyle ortaya çıkabilecek güven problemi için literatürde belirtilen nedenler, empati eksikliği, hastayı yeterince dinlememek, kısa muayenehaneye süreleri (10 dakikadan az), tıbbi durumların veya tedavi

³⁷¹ Dronkers, W. J., Amelink, Q. J. M. A., Buis, D. R., Broekman, M. L. D., ve Spoor, J. K. H. (2020). Disciplinary law and neurosurgery: a 10-year analysis of cases in the Netherlands, *Neurosurg Focus*. 49: 1-6, s. 6.

³⁷² Beckman, H.B., Markakis K. M., Suchman, A. L., ve Frankel R. M. (1994). The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions., *Arch Intern Med*. 154:1365-1370.

³⁷³ Schleiter, K.E. (2009). Difficult patient-physician relationships and the risk of medical malpractice litigation. *Virtual Mentor*. 11(3):242-246.

seçeneklerinin yetersiz açıklamaları ve belirli bir bakım sürecinin yararları ve sonuçları hakkında bilgilendirme eksiklikleri olarak tanımlanmaktadır³⁷⁴.

İletişimin, hasta hekim ilişkisindeki değeri daha başka çalışmalarda da vurgulanmıştır³⁷⁵. Öyle ki, cerrahın aceleci tavrı, hasta ve yakınları ile konuşmasındaki hiyerarşı anlayışı (üstten bakan tavır) dahil olmak üzere konuşma tarzı bile malpraktis davası riskini etkilemektedir³⁷⁶. Güçlü iletişim sağlanarak, hasta ve hekim, doğru ve yeterli aydınlatma ve rıza alınma sürecini birlikte yaşayabilir, sonuçta hasta için en doğru karar birlikte alınabilir. Böyle bir iletişim ve güven ortamında, olası bir kötü durumda hasta hekimini düşman olarak görmeyecek ve malpraktis iddiası riskini azalacaktır³⁷⁷.

Lefever ve arkadaşlarının yayımladıkları çalışmada, tıbbi bir hatadan sonra hasta memnuniyetsizliğinin ve yaşananların dava konusu olmasının en yaygın nedenlerinden birinin, hasta ve yakınlarına hızlı ve tam/dürüst açıklama yapılmaması olduğunu ifade etmektedirler³⁷⁸. Olası bir komplikasyon ya da tıbbi kötü uygulama durumunda, durumun tespitinden hemen sonra hasta ve yakınları ile konuşmak, durum hakkında bilgi vermek ve sorularına cevap vermek gerekir ve bu görüşmeler sırasında samimi, şefkatli ve empati sahibi olmak, iletişimin kilit noktasıdır³⁷⁹. Medress ve arkadaşlarına göre de, tıbbi hataların ve komplikasyonların hastalara hızlı bir şekilde açıklanması, dava oranlarının azalmasıyla ilişkilendirilmiştir ve omurga cerrahisinde komplikasyonlar karşısında yüksek etik standartların sürdürülmesinin kritik öneme sahip olduğu ifade edilmektedir³⁸⁰.

³⁷⁴ Roter, D. (2006). The patient-physician relationship and its implications for malpractice litigation. *J Health Care Law Policy* 9:304–314.

³⁷⁵ Asher, A. L., ve ark. (2020). Quality Outcomes Database Spine Care Project 2012–2020: milestones achieved in a collaborative North American outcomes registry to advance value-based spine care and evolution to the American Spine Registry. *Neurosurg Focus*. 48(5): 1-12.

³⁷⁶ Ambady, N., Laplante, D., Nguyen, T., Rosenthal, R., Chaumeton, N., ve Levinson, W. (2002). Surgeons' tone of voice: a clue to malpractice history. *Surgery*. 132: 5-9.

³⁷⁷ Hickson, G. B., ve Jenkins, A. D. (2007). Identifying and addressing communication failures as a means of reducing unnecessary malpractice claims. *N C Med J*. 68(5): 362–364.

³⁷⁸ Lefever, D., ve ark. (2021). The Medical Legal Environment in Neurosurgery: An Informative Overview of the Stages of Litigation and Distinct Challenges, *World Neurosurg*. (2021) 151:370-374. s. 371.

³⁷⁹ Lefever ve ark. 2021, a.g.k., 371.

³⁸⁰ Medress, Z. A., Jin, M. C., Feng, A., Varshneya, K., ve Veeravagu, A. (2020). Medical malpractice in spine surgery: a review, *Neurosurg Focus* 49 (5):E16, 1-7, s. 6.

Genelde tüm sağlık çalışanlarının konumuz özelinde nöroşirürji uzmanlarının hasta, hasta yakınları ve birlikte çalıştığı tüm ekip arkadaşları ile kuracağı iyi iletişimin hem daha iyi ve güvenli bir tanı ve tedavi süreci oluşturacağı hem de olası olumsuz durumlarda medikolegal bir dava riskini azaltacağı noktasında tespitler literatürde mevcuttur. Ancak son yıllara kadar gerek ülkemizde gerekse diğer ülkelerdeki sağlık çalışanlarının resmi müfredatlarında bu konuda yeterli ve kapsamlı bir eğitim verilmediği bilinmektedir. Bunun yanında, iletişim etkinliğini geliştirmenin önünde hastanın hekimini tanıma eksikliği (özellikle çok sayıda uzmanlık öğrencisi olan büyük tıp merkezlerinde), bilişsel önyargı, kültürel hiyerarşi, eğitim eksikliği, olumsuz sonuçları açıklama korkusu, etkili iletişimin 'çok fazla zaman aldığı' inancı ve elektronik iletişimin kullanımı gibi çok sayıda engel bulunduğu bildirilmektedir³⁸¹. Gerçekten iyi bir hekim-hasta iletişimi için başlangıçta fazla zaman gerektiği çalışmalarda bildirilmekle beraber, bu iletişim tekniklerinin sürekli kullanılması ve gelişen pratik sayesinde, uzun vadede bu sürelerin oldukça kısaldığını bildiren çalışmalar mevcuttur³⁸².

Özellikle son yıllarda iletişimin değeri anlaşılmaya başlamış, bilimsel çalışmalarla da bu değer ortaya konmuştur. Günümüzde birçok merkezde etkin ve güçlü iletişim kurulabilmesi noktasında eğitimler vermeye başlanmıştır. Literatürde etkili bir nöroşirürji uzmanı-hasta ilişkisi için gerekenler, hasta deneyimini iyileştirmek (hasta muayenesi ve görüşmesi sırasındaki iletişim merkezli tavırları geliştirmek), malpraktis dava riskini azaltmak için gereken önlemleri almak, iletişim becerileri noktasında gerekli eğitimi almak, hasta ve yakınlarına iletilecek kötü haberlerin uygun şekilde iletilebilmesini sağlamak ve öğrenilen iletişim tekniklerini mutlaka uygulamak şeklinde sıralanmaktadır³⁸³. Larkin ve arkadaşlarının çalışmasında sonuç olarak 'hem maddi hem de mesleki olarak kendimizi korumak ve hastalarımıza mümkün olan en güvenli ve en iyi bakımı sağladığımızdan emin olmak için medikolegal konularda kendimizi sürekli eğitmeyi amaçlamalıyız' ifadesiyle bu anlamdaki eğitime dikkat çekmektedir³⁸⁴.

³⁸¹ Hartley ve Elowitz, 2020, a.g.k., 474.

³⁸² Swayden, K. J., ve ark. (2012) Effect of sitting vs. standing on perception of provider time at bedside: a pilot study. Patient Educ Couns. 2012; 86:166-171.; Shanafelt, T. D., ve ark. (2016). Relationship between clerical burden and characteristics of the electronic environment with physician burnout and professional satisfaction. Mayo Clin Proc. 91:836-848).

³⁸³ Hartley ve Elowitz, 2020, a.g.k., 475.

³⁸⁴ Larkin ve ark. 2020, a.g.k., 5.

21. yüzyılın başı ile birlikte hayatımızda önemli bir yer eden görsel ve yazılı medyanın yanında, internetin gelişimi, akıllı telefonların hayata girmesi ve ortaya çıkan sosyal medya olgusu, hekimlerin doğru iletişim kurmak durumunda oldukları bir başka kaynak olarak karşımızda durmaktadır. Kabul edilmektedir ki, beyin cerrahları uzmanlıklarının doğası gereği toplumda saygı gören ve kendileri hakkında çıkan haberlere insanların daha dikkatli ve duyarlı olduğu bir meslek grubudur³⁸⁵. Sosyal medya tanınırlık, ilgi ve saygının büyümesi açısından bir avantaj gibi görünse de kimi durumlarda olumsuz algı oluşturma gibi bir mesleki tehlike durumu da yaratabilir³⁸⁶. Medyanın günümüzde geldiği noktanın en önemli özelliklerinden biri haberin hızlı hazırlanması, sunulması ve çok büyük bir hızla yayılmasıdır. Böyle bir durumda haberin hangi amaçla, nasıl hazırlandığı ve hangi ayrıntılara yer verildiği, özetle ne kadar doğru ve objektif verildiği önem kazanmakta ve bu durum okuyucuyu direkt etkilemektedir³⁸⁷. ABD’de 25 ulusal gazetenin, nöroşirürji uzmanları hakkında yapılan haberleri araştıran sistematik bir çalışmada, olumsuz haberlerin daha fazla bir oran kapsadığı ortaya konulmuştur³⁸⁸. Çalışma sonucunda nöroşirürji uzmanlarının haklarında yapılma olasılığı yüksek olan olumsuz haberlere karşı farkındalıklarını arttırmalarını ve dikkatli olmaları önerilmektedir³⁸⁹.

Ülkemizde de hekimler tanınırlıklarını ve hasta potansiyellerini arttırmak amacıyla gerek yazılı ve görsel basında gerekse de sosyal medyada sıkça görünmektedirler. Son yıllarda hekimlerin ‘reklam’ amaçlı oluşturduğu haberlerin sayısı ve içerikleri, mesleki etik açısından da tartışılır bir noktaya gelmiştir. Bilimsel, halkı bilgilendirici, etik anlayış dahilinde hazırlanan haberleri ayrı tutmak kaydıyla, özellikle görsel ve sosyal medyanın kimi hekimlerin reklam merkezi haline gelmesi bizim tarafımızdan da doğru bulunmamaktadır. Sağlık Bakanlığı bu konu hakkında bir düzenlemeye gitmiş, 29.07.2023 tarih ve 32263 sayılı Resmi Gazete’de ‘Sağlık Hizmetlerinde Tanıtım ve Bilgilendirme Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik’ yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelik maddeleri, uygun şekilde uygulanıp ve gerekli denetlemeler yapıldığı takdirde konu ile ilgili bir düzen oluşturulabilecektir.

³⁸⁵ Jena, A. B., Seabury, S., Lakdawalla, D., ve Chandra A. (2011). Malpractice risk according to physician specialty. N Engl J Med. 365:629-636

³⁸⁶ Smith, T.R., ve ark. (2015). Defensive medicine in neurosurgery: does state-level liability risk matter? Neurosurgery. 2015; 76:105-114.

³⁸⁷ Motiwala, M., ve ark. (2019). How Does the Media Portray Neurosurgeons? World Neurosurg. 122:e598-e605., sayfa 602).

³⁸⁸ Motiwala, 2019, a.g.k., 603.

³⁸⁹ Motiwala, 2019, a.g.k., 605.

Özellikle sosyal medya açısından ifade edilmesi gereken bir başka durum ise, poliklinik ve acil servis gibi yoğunluğun çok fazla olduğu ortamlarda gelişen olumsuz bir durumun herhangi bir kişi tarafından sosyal medyaya servis edilmesidir. Mağdur olduğunu düşünen kişinin tamamen kendi bakış açısı ile, kimi zaman bir fotoğraf kimi zaman da kendi çektiği bir video ile verilen haber, özellikle de hekim açısından olumsuz bir haber ise, sosyal medyada ‘linç edilme’ tabir edilen durumları oluşturmaktadır. Bu son derece kontrolsüz ve haksız olan ‘hekim linç’ anlayışı için de bazı düzenlemeler getirilmelidir diye düşünmekteyiz.

Üzerinde durulması gereken bir başka konu, malpraktis iddiası altındaki ya da dava sürecindeki hekim ile avukatı arasındaki ilişkidir. Hekimler genellikle haklarında açılan bir dava sürecinde avukatları ile iletişime geçerler ya da yeni bir avukat ile anlaşarak hukuki yardım almaya karar veririler. İşin başında, ‘avukata ihtiyacı olmak’ duygusu bile çoğu zaman hekimler için duygusal açıdan zordur. Hekim genellikle kendisine göre doğruları yaptığını inanır ve ‘yaptığı o doğrular’ için neden bir avukata ihtiyacı olduğunu anlamakta zorlanır. Burada unutulmaması gereken şudur ki, yapılan her şey doğru olsa bile, olumsuz bir durum ile karşı karşıya kalan ve mağdur olduğunu düşünen hasta ve hasta yakınları, haklarını hukuk önünde arayabilir. Bu durum bir hukuk devletinde son derece normaldir. Gözlemimiz odur ki, günümüzde son yıllarda artan medikolegal davalar nedeniyle hekimler de bu durumu kabullenmeye başlamışlardır. Geçmişte hukuki bir yardıma ne gerek var diye düşünen hekimler artık hukuki yardım gerektiren bir durumla karşılaştıklarında bir avukat ile görüşmektedirler. Her ne kadar ‘hukuki bir yardım alma’ noktasındaki kabulleniş genellikle başarılıymış ise de hekimlerin avukatları ile iletişimleri de doğru bir şekilde gerçekleşmelidir. Burada anlatılmak istenen, malpraktis iddiası altındaki hekimin avukatı ile olan görüşmesinde, haklılığını anlatmaya ve avukatını ikna etmeye çalışmasından ziyade, aklındaki ve elindeki tüm bilgileri ortaya koyarak, dava sürecinde ne gibi sorunlar ile karşı karşıya kalılabileceği ve bu sorunların nasıl aşılabileceğinin incelenmesi ve tartışılması gerektiğidir. Lefever ve arkadaşlarının çalışmasında da bu noktaya dikkat çekilmiş, hekimin ortaya koyacağı dökümantasyonun önemine vurgu yapılmış ve hekimin avukatına karşı açık olması ve iletişim veya dokümantasyon hataları da dahil olmak üzere yaşanan tüm olumsuzlukları ortaya koyması gerektiği ifade edilmiştir³⁹⁰.

³⁹⁰ Lefever ve ark. 2021, a.g.k., 371.

Bu noktada ifade edilmelidir ki, avukatla yapılan görüşmelerde savunmaya geçmek, gerekçeler ve haklılık konusunda keskin sınırlı davranmak gerekli ve yararlı değildir. Davanın avukat ile birlikte eleştirel bir gözle incelenmesi ve olası beklenmedik durumlara karşı hazırlıklı olunması daha doğru bir risk yönetimi davranışı olarak ifade edilmektedir.

İletişim ve hekim ile hasta arasındaki güven ilişkisinin zedelenmesi nedeniyle dava konusu olan bir olay sonrası, Yargıtay 13. H. D.'nin 05.07.2017 tarihli kararında³⁹¹ özetle;

‘...Davacı, bel ağrıları nedeni ile Tıp Merkezine başvurduğunu, muayene ve teşhisin davalı Dr.... tarafından yapılarak bel fıtığı teşhisi konulduğunu ve ameliyat olması gerektiğinin bildirildiğini, Dr....'nın el becerisi iyi olan Prof. Dr.'ı tavsiye ederek, ameliyatı davalı Hastanesinde bu hocanın yapacağı bilgisini verdiğini, bu duruma güvenerek ameliyat olmayı kabul ettiğini ancak ne ameliyat öncesinde ne de sonrasında Prof. Dr. ile görüşme imkanının olduğunu, bu nedenle ameliyatı bu doktorun yapmadığından şüphelendiğini, ameliyattan sonra da iyileşmenin olmadığını, önerilen ve uygulanan fizik tedavilerin de işe yaramaması nedeniyle başvurduğu başka bir ortopedi akademisyenin, kanalın tıkalı olduğunu, ameliyat bölgesinde ameliyat edilmiş bir görünüm izlenmediğini, bu koşullarda fizik tedaviye başlanamayacağını belirttiğini ve ikinci kez ameliyat olmak zorunda kaldığını, yapılan ikinci ameliyattan sonra ağrılarının dindiğini, bu süreçte büyük acı ve ızdırap yaşamış olduğunu ileri sürerek, maddi manevi tazminat isteminde bulunmuştur.

Mahkemece, davanın reddine, karar verilmiş; hüküm, davacı tarafından temyiz edilmiştir.

Mahkemece, dosyaya kazandırılan, ATK 2. İhtisas Kurulu Başkanlığı'nın 18.07.2014 tarihli raporunda "Semptomatik bel fıtığının tedavisinde cerrahinin de bir seçenek olduğu, bel fıtığı ameliyatı esnasında fıtık tamamen çıkarılamayabileceği gibi yapılan ameliyat sonrasında da bel fıtığının tekrarlayabileceği, nüks bel fıtığı nedeniyle tekrar ameliyata alınmak zorunda kalılabileceği, kişiye Özel ... Hastanesi'nde çekilen lomber ... ve yapılan muayenesi ile bel fıtığı tanısı konulduğu, 13.01.2012 tarihinde bel fıtığı nedeniyle ameliyata alındığı, sağ L4-5 parsiyel hemilaminektomi yapıldığı, protrude stenotik mesafe açıldığı ve sinir kökünün serbestleştirildiği, ameliyat sonrası takiplerinde kişinin ağrılarının devam etmesi üzerine 07.02.2012 tarihinde lomber MR çekildiği, çekilen lomber sonrasında fizik tedavi uygulanmasına karar verildiği ve fizik tedavi uygulandığı, kişinin ağrılarının uygulanan fizik tedaviye rağmen devam etmesi üzerine Özel ... Hastanesi'ne başvurduğu, burada 05.10.2012 tarihinde nüks bel fıtığı tanısı ile ameliyata alındığı, yapılan bu ameliyat sonrasında ağrılarının azaldığı ve nörolojik sekelinin bulunmadığının anlaşıldığı, kişiye konulan tanı ve yapılan ameliyatların tıp biliminin genel kabul görmüş ilke ve kurallarına uygun olduğu, kişide Özel Hastanesi'nde yapılan bel fıtığı ameliyatı sonrası ortaya çıkan tabloların bu tür ameliyatlardan sonra her türlü özene rağmen oluşabilen her hangi bir tıbbi kusur ya da ihmal izafe edilemeyen “komplikasyon” olarak nitelendirildiği, kişinin ameliyatını gerçekleştiren sağlık çalışanlarına atfi kabil kusur tespit edilmediği..” belirtilmiş; 19.12.2014 tarihli ek

³⁹¹ Yargıtay 13. H. D.'nin 05.07.2017 tarih ve 2016/5064 Esas., 2017/8070 Karar sayılı kararı, (Erişim; <https://karararama.yargitay.gov.tr/>. 21.12.2023).

raporda da, aynı görüş yinelenmiştir. Hükme esas alınan ... raporu ve ek rapor incelendiğinde, olaya ve tüm iddialara ilişkin yeterli açıklamayı içermediği görülmekle birlikte, mahkemece, davacının, Prof. Dr. ...'ın, ameliyatına girmediği iddiasının incelenmediği, bu iddianın karşılanmadığı anlaşılmaktadır. Hal böyle olunca, mahkemece, dava konusuna ilişkin tüm hastane evrakı getirilmek suretiyle, davacının iddialarının eksiksiz karşılanması, ayrıca, davaya konu olayda rapor düzenlemeye ehil ve donanımlı bir Üniversiteden, aralarında dava konusu hususta uzman, Fizik Tedavi Uzmanı, Beyin ve Sinir Cerrahisi Uzmanı, Nöroşirürji Uzmanı bulunan, akademik kariyere sahip 3 kişilik bilirkişi kurulundan, yapılan işlemlerin tıp bilimi açısından yeterliliği hususunda, ayrı ayrı davalılara atfı kabil bir kusur olup olmadığı konusunda, nedenlerini açıklayıcı, taraf, Mahkeme ve Yargıtay denetimine elverişli rapor alınarak, davalıların ayrı ayrı kusurlu olup olmadığının belirlenmesi, sonucuna göre karar verilmesi gerekirken, bu yönler göz ardı edilerek, eksik incelemeye dayanılarak, yazılı şekilde hüküm kurulmuş olması usul ve yasaya aykırı olup, bozmayı gerektirir.

Karar incelendiğinde, davacının temel probleminin kendisini ameliyat eden hekimi ne ameliyat öncesi ne de sonrasında görmediği hatta ameliyatını ilgili profesörün yaptığından bile emin olamadığı iddiasıdır. Kabul etmek gerekir ki, bu iddia tam doğru olmasa bile, hasta ile hekim arasında yeterli bir iletişim ortamı ve güven oluşmadığı gerçeği ortadadır. Bu durum nedeniyle, ağırları geçmeyen hasta bir başka merkez ve hekime başvurmuş, ilgili hekim ise, operasyonu yapan hekimi suçlayıcı bir ifade ile 'ameliyat bölgesinde ameliyat edilmiş bir görünüm izlenmediğini' belirtmesi üzerine ve hasta tekrar ameliyat olmak durumunda kaldığı için olay dava konusu olmuştur. Her ne kadar ATK raporlarında, olayın komplikasyon olduğu, hekimin kusuru olmadığı yönünde sonuçlar mevcutsa da Yargıtay 13. H. D. bu raporları, davacı iddiası (operasyona ilgili profesörün girmediği) cevaplanmadığı gerekçesi ile yetersiz bularak, ilk derece mahkemesinin davayı red kararını bozmuştur. Görüldüğü üzere bu olayda birden fazla iletişim hatası mevcuttur. Öncelikle ilk ameliyat öncesi ve sonrası, ameliyatı yapan hekim, hastası ile ya hiç görüşmemiş ya da güven ilişkisini sağlayacak düzeyde görüşmemiştir. Bu durum nöroşirürji gibi risk ve komplikasyonları yüksek olan bir branş için olmaması gereken bir durumdur. Hekim ameliyat edeceği hastayı mutlak suretle görmeli, muayene etmeli, aydınlatmalı ve rızasını alarak ameliyata almalıdır. Ekip olarak çalışılan büyük hastanelerde, özellikle akademik titri olan doçent ve profesörlerin üzerlerindeki yoğun iş yükü gerekçesi ile bu işleri ekipten bir başka hekimin yapabileceği ihtimal dahilindedir ancak yine de ameliyatı yapacak olan hekimin hastasını görmesi, kendisini tanıtmaması ve daha önceden tamamlanmış bile olsa az önce ifade ettiğimiz prosedürü bir kez de kendisinin gözden geçirmesi şarttır. Zira bu olayda da görüldüğü

üzere, dava ameliyatı yapan müdavi hekime yani sorumlu hekime karşı açılmaktadır. Bu iddiaları cevaplamak zorunda olan da bizzat kendisidir.

Bu olaydaki bir başka iletişim hatası ise, ikinci hekimin söylemidir. Son yıllarda, bir hekimin hastayı tedavi eden önceki hekim hakkındaki söylemleri nedeniyle, sıkça davaların açıldığını gözlemlemekteyiz. Oysa tüm hekimler bilir ki, komplikasyonlar kimi zaman ne yaparsanız yapın kaçınılmayacak durumlardır ve herkesin başına gelebilir. Bir başka açıdan bakıldığında, ortada net bir olumsuz durum (komplikasyon ya da malpraktis) var ise bunun hastaya söylenip söylenmemesi gerekliliğidir. Bize göre böyle bir durumda yapılması gereken, hastanın mevcut sağlık durumunun hastaya objektif bir tavır ile söylenmesi mümkün olduğunca yoruma girilmemesi, hastanın ‘olumsuz durumun nedeni nedir?’ gibi sorularına, varsayımlar içeren ifadelerde bulunulmaması, olumsuz durumun nedenlerini ve ayrıntıyı ilk hekimden öğrenmelerinin uygun olacağının belirtilmesidir. Bu noktada ifade etmek gerekir ki günlük pratikte, kısa vadede mesleki ve maddi kazanç elde etmek amacıyla, meslektaşların birbirini suçlayıcı tavır ve davranışları, deontolojik kurallara ve hekimlik meslek etiğine aykırı bir durumdur.

Özetle ATK’nın iki raporunda da belirtildiği gibi aslında bir komplikasyon olan olay, her iki hekimin bariz iletişim hataları nedeniyle bir dava konusu olmuştur. Bize göre de ülkemizdeki gerek sağlıkta şiddetin gerekse medikolegal davaların önemli bir kısmının nedeni hasta, hasta yakınları ve hekim arasındaki iletişim kazalarıdır. Son yıllarda ülkemizdeki hayatın hemen her noktasında görülen şiddet dikkate alındığında, doğru iletişimin değeri daha önem kazanmaktadır.

3.5. Rücu Davaları ve 7406 Sayılı Yasa Sonrası Durum

Bu bölümde öncelikle 7406 sayılı yasaya kadar pratikte yaşanan rücu davaları ile ilgili hüküm ve uygulamalar tanımlanacaktır. Daha sonra 27.05.2022 tarihinde yürürlüğe giren 7406 sayılı Türk Ceza Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun³⁹² ve sonrasında 15.06.2023 tarihinde yayımlanan ‘Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbi işlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik’³⁹³ tanımlanarak, uygulamada yaşananlar ve konu ile ilgili görüşümüz ortaya konulacaktır.

³⁹² R. G: 27.05.2022/ 31848.

³⁹³ R. G: 15.06.2022/ 31867.

Daha önce de ifade edildiği gibi, hekimlerin çalıştıkları kurum ve statülerinin durumu hukuken sorumluluklarını etkileyen faktörlerden başında gelmektedir. Kamu kurum ve kuruluşlarında görev yapan kişiler kamu personeli, kamu hizmeti görevlileri ya da kamu görevlisi gibi terimlerle tanımlansa da hepsi idare adına hizmet veren görevlilerdir³⁹⁴. Kamu görevlilerinin kamu hizmeti verirken yapmış oldukları kusurlar ve verdikleri zararlar ile ilgili davalar, kamu personelinin şahsına açılmaz. Sorun idarenin vermiş olduğu hizmet ile ilgili olduğu için bu gibi durumlarda idareye karşı, idare mahkemelerinde tam yargı davası açılabilir. Bir idari hizmet kusuru sonrası açılan tam yargı davasında, idare bir tazminat ödemek durumunda kalırsa, ödediği bu tazminattan dolayı sorumlu olan kamu görevlisine rücu hakkı vardır. Bu durum mevzuatımızda şu şekilde hüküm bulmuştur. Anayasanın 129/5. Maddesine göre, *‘Memurlar ve diğer kamu görevlilerinin yetkilerini kullanırken işledikleri kusurlardan doğan tazminat davaları, kendilerine rücu edilmek kaydıyla ve kanunun gösterdiği şekil ve şartlara uygun olarak, ancak idare aleyhine açılabilir.’* ifadesiyle, kamu görevlilerinin kusurlarından dolayı açılacak davanın ancak idare aleyhine ve rücu edilmek kaydıyla açılacağı ortaya konmuştur. Yine Anayasa’nın 40/3. maddesinde, *‘Kişinin, resmî görevliler tarafından vâki haksız işlemler sonucu uğradığı zarar da, kanuna göre, Devletçe tazmin edilir. Devletin sorumlu olan ilgili görevliye rücu hakkı saklıdır’* ifadesi benzer şekilde idarenin sorumluluğunu ve rücu gerekliliğini tanımlamaktadır. 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 13.maddesinin 1. fıkrasında ise konu *‘Kişiler kamu hukukuna tabi görevlerle ilgili olarak uğradıkları zararlardan dolayı bu görevleri yerine getiren personel aleyhine değil, ilgili kurum aleyhine dava açarlar. Ancak, Devlet dairelerine tevdi veya bu dairelerce tahsil veya muhafaza edilen para ve para hükmündeki değerli kağıtların ilgili personel tarafından zimmete geçirilmesi halinde, zimmete geçirilen miktar, cezai takibat sonucu beklenmeden Hazine tarafından hak sahibine ödenir. Kurumun, genel hükümlere göre sorumlu personele rücu hakkı saklıdır’* ifadesiyle hükmolunmuştur. Maddenin son cümlesinde her ne kadar ‘rücu hakkı saklıdır’ ifadesiyle bir serbestlik tanımış gibi görünse de Anayasa 129/5. Maddesi hükmündeki kesin ifade, rücu edilmesinin bir zorunluluk olduğunu ortaya koymaktadır³⁹⁵.

³⁹⁴ Yıldırım, R., ve Çınarlı, S. (2020). Türk İdare Hukuku Dersleri, 6. Baskı, Adalet Yayınevi, s. 236.

³⁹⁵ Çınarlı, S., Döner S. G., ve Azak, K. (2021). Kamu Görevlilerine Rücu Davaları, Adalet Yayınevi, s. 40.

Yapmış olduğu tıbbi müdahaleden dolayı, idari yargıda, çalıştığı kamu kuruluşu aleyhine dava açılan hekimin açılan bu idari davaya müdahil olma hakkı vardır³⁹⁶. Zira idari yargıda görülen bu davanın sonuçları kendisini direk olarak etkileyecektir. Hekimin müdahil olma hakkı Danıştay kararlarında da hükme bağlanmıştır³⁹⁷.

İdare ödemiş olduğu tazminatı kamu görevlisinden alabilmek adına, özel hukuk hükümlerine göre adliye mahkemelerinde rücu davası açmak durumunda olup, kamu görevlisinin maaşından kesinti yapmak vs. gibi cebri icra yetkisi kullanamaz³⁹⁸. Dava açılması gereken mahkeme Asliye Hukuk Mahkemeleridir. Burada tartışılması gereken konu, tazminat nedeni olan kusurun hekimin kişisel bir kusuru olup olmadığıdır. Dava konusu olan olayda, kişisel kusur değil de hizmet (sistem, organizasyon, vs.) kusuru mevcut ise tazminat hekime rücu edilemeyecektir. Ancak hekimin kişisel kusuru mevcutsa, ödenen tazminat hekimin kusuru oranında rücu edilebilecektir³⁹⁹. Rücu davası sürecinde dava konusu olay hâkimin uygun gördüğü şekilde, özellikle hekimin kişisel kusuru hakkında inceleme yapılacak yeni bilirkişi raporları ile baştan değerlendirerek, sonuçta hekimin kişisel kusuru olup olmadığı, varsa da oranının ne olduğu tespit edilerek bu oran ölçüsünde ve hâkimin gerek görmesi halinde bir hakkaniyet indirimi yapılması suretiyle tespit edilen miktar rücu edilecektir.

27.05.2022 tarihinde yürürlüğe giren 7406 sayılı Kanun'da yapılan değişiklikler öncesi Yargıtay 4. Hukuk Dairesinin rücu ile ilgili 25.12.2018 tarihli kararında⁴⁰⁰;

'...Dava, rücu tazminat istemine ilişkindir. Mahkemece, davanın kabulüne karar verilmiş; karar, davalı vekili tarafından temyiz edilmiştir.

Davacı vekili; dava dışı ...'in 19/05/1997 tarihinde meydana gelen trafik kazasında ağır yaralandığını, ... Hastanesine kaldırıldığını, davalının nöroşirürji doktoru olarak hastayı muayene ettiğini ancak teşhisteki özensizliği, boyunluk takılmadan hasta sevkine izin verilmesi gibi kusurlu eylemleri nedeniyle hastanın felçli kaldığını, sonuçta davacı ... Bakanlığının İdare Mahkemesince haksız fiil mağduruna tazminat ödemesine karar verildiğini, tazminatın icra dosyasına ödendiğini belirterek oluşan zararın davalı doktordan rücu tazmini isteminde bulunmuştur.

³⁹⁶ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 841.

³⁹⁷ Danıştay 10. Dairesi'nin 11.06.2010 tarih ve 2007/4932 Esas, 2010/5301 Karar sayılı kararı. (Erişim. Lexpera. 19.01.2023).

³⁹⁸ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 836.

³⁹⁹ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 838.

⁴⁰⁰ Yargıtay 4. Hukuk Dairesinin 25.12.2018 tarih ve 2016/16040 Esas., 2018/8371 Karar sayılı kararı. (Erişim: ; <https://karararama.yargitay.gov.tr/>, 06.01.2024).

Davalı vekili; hastanın 19/05/1997 tarihinde acil servise müracaat ettiğini, ilk muayenesinin acil serviste yapıldığını ardından davalıdan konsültasyon istendiğini, davalının hastayı muayene ettiğini, hiçbir felç durumu söz konusu olmadığını, şuurunun açık olduğunu ve hastanın kafasındaki yaranın kendisi gelmeden önce dikildiğini, kafa travması olduğu için bilgisayarlı beyin tomografi istediğini, aynı zamanda yan boyun filmi istediğini ve sonuçlarını incelediğini, acil serviste boyunluk olmadığı için hasta yakınlarına boyunluk reçetesi yazdığını, 19 Mayıs tatil günü olduğu için temin edileceği yerlerin bile tarif edildiğini, acil serviste boyunluk olmamasının hastanenin hizmet kusuru olduğunu, hastanın servis dosyasında boyunluk reçetesinin yazıldığı ve hasta yakınlarına verildiği notunun mevcut olduğunu, hasta yakınlarının kendilerinin tercih ettiği özel bir ambulans ile hastayı ...'ya götürdüklerini, ceza dosyasında yakınlarının hasta götürülürken boyunluk takılmadığını söylediklerini, özel bir ambulansla boyunluğun bulunması gerektiğini, travmalı bir hastanın yanlış nakil edilmesi suçunun kendisine yüklenemeyeceğini, hastanın 19/05/1997 tarihinde beyin cerrahi kliniğine yatışının saat 20.00'de yapıldığını, hastayı her hangi bir yere sevk etmediğini, hasta serviste yatarken hasta yakınlarının hastaneden gitmeye karar verdiklerini, hastanın annesi ...'in hasta tabelasına "tedavi kabul etmeyip isteğim üzerine oğlum ...'i götürüyorum" diye yazarak servisi terk ettiklerini, bu şekilde hasta yakınlarının kendi istekleri ile taburcu işlemi bile yaptırmadan kendisinden habersiz olarak hastaneden ayrıldıklarını ve hastanın ... Hastanesine götürüldüğünü, idare mahkemesinde hizmet kusurunun varlığından bahsedildiğini ancak doktora bir kusur verilmediğini belirterek, davanın gerektiğini savunmuştur.

Mahkemece, davalının eylemi ile oluşan zarar arasında uygun illiyet bağı olduğu gerekçesiyle davanın kabulüne karar verilmiştir.

6100 sayılı Hukuk Muhakemeleri Kanunun 266. maddesinde mahkemenin, çözümü hukuk dışında, özel veya teknik bilgiyi gerektiren hâllerde, taraflardan birinin talebi üzerine yahut kendiliğinden, bilirkişinin oy ve görüşünün alınmasına karar vereceği düzenlenmiştir. Dosyadaki bilgi ve belgelerden; yargılama süresince idare mahkemesi kararının kesinleşmesinin beklendiği ve sonuçta mahkemece illiyet bağının varlığı benimsenerek davanın kabulüne karar verildiği anlaşılmıştır. Ancak, idari davada alınan Adli Tıp Kurumu raporunda da kurum içi soruşturma aşamasında alınan uzman görüşünde de davalıya doğrudan bir kusur atfedilmediği halde uzmanlık gerektiren bir konuda mahkemece dosyadaki birtakım beyanlar esas alınarak re'sen illiyet bağının varlığı ve davalı kusuruna dair görüş oluşturulması usul ve yasaya uygun düşmemiştir.

Şu halde mahkemece, dava dışı hastaya tüm tedavi süresince uygulanan tıbbi işlem ve müdahalelerin duruma uygunluğunun denetlenmesi ve çözümü hukuk dışında, özel veya teknik bilgiyi gerektiren bir olgu olduğuna göre, olayın gelişim şekli, hastanın ilk muayenesi, ambulans ile taşınması ve şehir dışındaki diğer hastaneye sevki işlemleri ve oradaki ameliyat sürecinin yayıldığı zaman dilimi dikkate alındığında dava dışı ...'in felçli kalması ile davalının eylemi arasında uygun illiyet bağı olup olmadığı, var ise davalının kusur oranı belirlenmek üzere Adli Tıp Kurumu Başkanlığı İhtisas Dairesinden rapor alınarak sonucuna göre karar verilmesi gerekirken, eksik inceleme ile yazılı şekilde hüküm oluşturulması doğru olmamış ve kararın bozulması gerekmiştir.'

Yargıtay 4. Hukuk Dairesi'nin bu kararında görüldüğü üzere, hizmet kusuru nedeniyle idare tazminat ödemiş, sonrasında ödemiş olduğu tazminatı hekimden rücu

etmek amacıyla dava yoluna gitmiştir. Davadaki temel hukuki sorun, Hukuk Muhakemeleri Kanunu 266. madde gereğince, çözümü hukuk dışında, özel ve teknik bilgi gerektiren somut olayda, idare mahkemesi süresince alınmış olan hekimin kusursuzluğu ile ilgili raporlara da uyulmayarak, dava dışı hastanın felç kalması ile sonuçlanan yaşananların, hekimin yapmış olduğu tıbbi uygulama ile illiyet bağının olup olmadığının araştırılmadığı, var ise kusur oranının tespit edilmediği ile ilişkindir.

İdare, kamu görevlisine ancak kusuru varsa ve kusuru oranında olmak şartıyla rücu talebinde bulunabilir. Bu talebin geçerli olabilmesi için bir başka şart ise, rücuyla konu işlem ile kamu görevlisinin eylem veya işlemi arasında uygun illiyet bağı bulunmasıdır. Bu konu, sorumluluğun asli koşulu, tazminat hukukunun da temel ilkesi konumundadır. Rücu davasında birden fazla kamu görevlisi bulunması durumunda her bir davalının eylemi ile meydana gelen sonuç arasında uygun illiyet bağının bulunması gerekir. Bu bağ herhangi bir kamu görevlisi için kurulamıyor ise, o davalılar yönünden davanın reddine karar vermek gerekir. Özetle uygun illiyet bağının olmaması durumunda sorumluluk da olmayacaktır.

Davadaki somut olayda, Nöroşirürji uzmanı hekim hastayı muayene etmiş, tetkiklerini yaptırmış, tedavi amacıyla hastaneye servise yatırmıştır. Hastanede olmadığı için takılamadığı söylenen ve reçete edilerek hasta yakınlarına alınması gerektiği ifade edilen boyunluğun, hastanede olmaması da hasta yakınları tarafından temin edilmemesi de hekimin sorumluluğunda olmamalıdır. Hekim tarafından sevk işlemi yapılmamasına rağmen, hasta yakınlarınca ve kendi özgür iradeleri ile hastaneden ayrılan hastanın, o andan sonraki başına gelenler (felç kalması) hekim sorumluluğunda olmamalıdır. Zira, şuuru yerinde olan ve tedavi kabul etmeyip, hastaneden bir başka merkeze gitmek isteyen hastayı zorla tutmak mümkün değildir. İdare mahkemesince alınan bilirkişi raporlarında da hizmet kusuru kabul edilmekle birlikte, hekime bir kusur atfedilmemiştir. Özetle bize göre de bu olayda yaşananlar sonucu hastanın felç olması ile hekimin tıbbi uygulamaları arasında uygun illiyet bağı kurabilmek mümkün değildir. Tüm bu nedenler ile, Yargıtay 4. Hukuk Dairesi, illiyet bağının kurulmasının mümkün olup olmadığı ve dolayısıyla idarenin ödemiş olduğu tazminatın hekime rücu edilmesi gerekliliği noktasında bilirkişi raporu eksikliği nedeniyle kararı bozmuştur. Kanaatimizce, bu karar doğrudur ve yerindedir. Ne var ki yeni dönemde rücu ile ilgili süreç bu davada görüldüğü şekilde yürütülmeyecektir. Bu aşamada 7406 sayılı Kanun ile değişen durum incelenecektir.

Son birkaç yıldır medikolegal dava sayısında ve tazminat miktarlarındaki artış, sağlık sistemindeki aksaklıklar, hekimler üzerindeki psikolojik, sözlü ve fiziksel şiddetin geldiği düzey, idari ve mesleki mobbing durumları nedeniyle, hekimler haklarını aramak ve seslerini daha fazla duyurmak adına sendikalar kurmaya (Hekim Birliği, Hekim-Sen, Tabip-Sen, vs.) ve çeşitli şekillerde protestolar yapmaya başlamışlardır. Özellikle tıbbi kötü uygulama iddiaları, bunların mahkemeye yansması, mahkeme sürecinin uzaması ve tazminat ödeme riski ile karşı karşıya bir meslek icrası hekimler açısından oldukça zor bir hale gelmiştir. Ortaya konulan bu protestolar, özellikle sosyal medyanın da kullanılmasıyla bir farkındalık oluşturmuş bir şeyler yapma gerekliliği ortaya konmuştur. AKP iktidarının Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne (TBMM) getirdiği 7406 sayılı Türk Ceza Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 27.05.2022 tarih ve 31848 sayılı Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiş ve hekimleri şiddetten ve tazminat ödeme riskinden korumak adına bazı iyileştirmeler yapılmıştır. Sonrasında 15.06.2022 tarih ve 31867 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan 'Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbi işlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik' ile özellikle kamuda çalışan hekimler için soruşturma, medikolegal dava ve tazminat ödenmesi ile ilgili konularda kolaylıklar sağlanmaya çalışılmıştır.

Bu kanun ve yönetmelik ile kamu sağlık kurumları, vakıf üniversiteleri ve özel sağlık kuruluşlarında görev yapan hekim, diş hekimi ve diğer sağlık personeli için ceza soruşturma usulü değiştirilmiştir. Ancak ifade etmek gerekir ki bu kanun, kurumların yaptıkları disiplin soruşturmaları ve cezalarına ait süreci, etik kurullar ve Tabip Odalarının soruşturmalarına ait süreçleri ve devlet üniversitelerinde görev yapanlar ile ilgili ceza soruşturma süreçlerini değiştirmemiştir.

Anılan Kanun ve Yönetmelik çerçevesinde, yapılacak ceza soruşturmasını, Mesleki Sorumluluk Kurulunun veya il sağlık müdürlüklerinde görevli başkan ve yardımcılarının yapabilmesi, soruşturma iznini Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan Mesleki Sorumluluk Kurulunun vermesi, soruşturma ile ilgili yasal sürelerin iki katına çıkarılması ve Mesleki Sorumluluk Kurul kararlarına itirazların sadece Ankara Bölge İdare Mahkemesine yapılabilmesini hükme bağlamıştır. Mesleki Sorumluluk Kurulu, Sağlık Bakanı tarafından belirlenen bir Bakan Yardımcısının başkanlığında, içerisinde 1 Dahili Bilimlerden, 1 Cerrahi Bilimlerden Profesör ya da doçent ünvanlı sadece 2 hekimin bulunduğu, geri kalan üyelerin Sağlık Hizmetleri, Kamu Hastaneleri, Hukuk

Hizmetleri ve Yönetim Hizmetleri genel müdürleri veya yardımcılarında oluşan bir kuruldur. Bu kurulun görevleri, yönetmeliğin 6. maddesinde tanımlanmaktadır. Buna göre kurulun soruşturma izni verilip verilmemesi⁴⁰¹ ve rücu⁴⁰² ile ilgili görevleri mevcuttur. İdarenin tam yargı davası sonrası ödediği tazminatın, hekimin görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle görevini kötüye kullanmasının sebebiyet verdiği kesinleşmiş ceza mahkemesi kararı ile tespit edildiği hallerde, kurul gerekli araştırmaları yaparak ödenen tazminatın rücu edilip edilmeyeceğine ya da ne kadarının rücu edileceğine dair 1 yıl içerisinde karar vermekle görevlidir.

⁴⁰¹ MADDE 6- (1) Kurulun görevleri şunlardır:

a) Soruşturma izni verilmesine dair görevler;

1) Yükseköğretim Kanununun 53 üncü maddesinde yer alan soruşturma usulüne tabi olanlar dışındaki sağlık meslek mensupları hakkında tıbbî işlem ve uygulamaları nedeniyle ön inceleme yapmak veya yaptırmak,

2) Ön inceleme raporundaki bulgulara göre gerek gördüğünde yeniden inceleme yapmak veya yaptırmak,

3) Soruşturma izni verilip verilmemesine karar vermek,

4) Soruşturma iznine ilişkin kararın yetkili mercie intikal ettirilmesini temin etmek.

⁴⁰² b) Rücu dair görevler;

1) İdare aleyhine tazminata hükmeden mahkeme kararının, sağlık meslek mensubunun görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle görevini kötüye kullandığını tespit eden kesinleşmiş ceza mahkemesi kararının, inceleme raporu ile ilgili diğer evrakın raporla birlikte eksiksiz olarak sekreteryaya tarafından Kurula sunulmasını sağlamak,

2) İdarece yapılan ödemeye, sağlık meslek mensubunun görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle görevini kötüye kullanmasının sebebiyet verdiği kesinleşmiş ceza mahkemesi kararı ile tespit edildiği hallerde;

i) Gerektiğinde ilgili sağlık meslek mensubunu, zarar gören veya hak sahibini veya kanunî temsilcilerini ve varsa sigorta şirketinin temsilcisini dinlemek,

ii) İdarî yargı kararı uyarınca ödenen meblağın hangi miktarının sağlık meslek mensubunun kesinleşmiş ceza mahkemesi kararına konu fiilinden kaynaklandığını gerekirse uzman bilirkişiye tespit ettirmek,

iii) Sağlık meslek mensubunun tazminata konu olaydaki kusur oranına göre rücu edilip edilmeyeceğine, edilecek ise miktarına görevin kötüye kullanıldığını tespit eden ceza mahkemesi kararının kesinleştiği tarihten itibaren bir yıl içinde gerekçeli olarak karar vermek ve verilen kararın usulüne uygun olarak ilgili idarelere, sağlık meslek mensubuna ve varsa sigorta şirketine bildirilmesini sağlamak,

3) Rücu edilmesine karar verilen dosyaları ilgili idareye göndermek.

c) İhtiyaç halinde teknik ve uzmanlık gerektiren konularda görüşüne başvurmak üzere ihtisas komisyonları oluşturmak veya kanunlarda bilirkişilik hizmeti verebileceği öngörülen kurumlar ile kanunen bilimsel ve teknik görüş bildirmeye yetkili olan kurum ve kuruluşlardan görüş almak.

ç) Sağlık meslek mensubunun, hizmetten faydalananın ve şikâyetçi ile diğer ilgililerin mahremiyetinin korunması ve kişisel verilerin güvenliğinin sağlanması konusunda 24/3/2016 tarihli ve 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuatının öngördüğü tedbirleri almak.

d) Kurul kararlarının ilgililere hangi kanun yolları ve mercilere hangi süre içinde başvurulabileceği belirtilerek bildirilmesini temin etmek.

Burada dikkat edilmesi gereken konu, Yönetmeliğin 12. maddesindeki⁴⁰³ '**kasten** görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle görevini kötüye kullandığı kesinleşmiş ceza mahkemesi kararı ile tespit edilmesi halinde' ifadesidir. Görevi kötüye kullanma Türk Ceza Kanunu'nun 257. maddesinde tanımlanmaktadır. Bu maddenin 1. fıkrası 'görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle' ifadesiyle kasıt ve icrai hareket unsurunu ortaya koyarken, maddenin 2. fıkrası, 'görevinin gereklerini yapmakta ihmal veya gecikme göstererek' ifadesiyle ihmal ve gecikme unsurunu tanımlamaktadır. Bu durumda hekime, idarenin ödemiş olduğu tazminatın rücu edilebilmesi için, hekimin hakkında ceza mahkemesinde verilen kesinleşmiş mahkûmiyet kararının ancak TCK 257/1 maddesinden verilmiş olması gerekmektedir. Özetle bu kanun ve yönetmelik maddelerine göre, kamuda çalışan hekimler açısından, idarenin ödemiş olduğu tazminatın kendilerine rücu edilebilmesi için, hekimin 'kasten' bir davranışı ve ceza mahkemesinde 257/1 maddesi gereğince kesinleşmiş bir mahkûmiyet kararı şarttır. Aksi takdirde ödenen tazminat hekime rücu edilemeyecektir.

Görüldüğü gibi kamuda çalışan hekimler için tazminat ödenmesi noktasında kapsam ileri derecede daraltılmış hatta bize göre 'hekim' ve 'kasten zarar' kelimelerinin normal şartlarda yan yana gelmesinin düşünülemeyeceği için pratikte rücu ihtimali çok zorlaşmıştır. Doktrinde, bu düzenlemenin hekime yönelik bir koruma getirerek defansif tıp uygulamalarının önüne geçme noktasında olumlu bir yanı olmasına karşın, Anayasa'nın 129/5. maddesi uyarınca kamu görevlilerinin kişisel kusurlarından dolayı kendilerine rücu edilmesi zorunluluğu ile çeliştiği konusunda görüşler mevcuttur⁴⁰⁴.

İfade etmek gerekir ki, özel muayenehanede veya özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimler için tazminat riski eskisi gibi devam etmekte yani kanun tazminat ödenmesi noktasında kamu dışı sağlık çalışanlarına bir koruma getirmemektedir. Bununla birlikte bu kanun, vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurumlarında çalışan sağlık personeline karşı, sağlık hizmetleri ile ilgili suç isnadı durumlarında doğrudan ceza davası açılabilmesinin önüne geçmiş olması olumlu bir gelişme olarak değerlendirilmelidir.

⁴⁰³ Madde 12. 'Rücu istemi, kamu kurum ve kuruluşları ve Devlet üniversitelerinde görev yapan sağlık meslek mensuplarının sağlık mesleğinin icrası kapsamında yaptıkları muayene, teşhis ve tedaviye ilişkin tıbbi işlem ve uygulamalar sebebiyle idare aleyhine açılan davada mahkeme kararına göre idarece ödenen meblağın; ancak **kasten** görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle görevini kötüye kullandığı kesinleşmiş ceza mahkemesi kararı ile tespit edilmesi halinde ilgili sağlık meslek mensubundan tazminata konu olaydaki kusur oranı gözetilerek Kurul tarafından belirlenen miktarının ödenmesinin istenilmesidir.'

⁴⁰⁴ Badur, E., ve Doğan, E. U., (2022). Hekimin Rücu Tazminat Sorumluluğu Hakkında Güncel Gelişme ve Değerlendirmeler, Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 24(2). 581-618.

Sonuç olarak iyi niyetle ve son yıllarda karşı karşıya kalınan medikolegal dava sıkıntısını azaltabilmek adına hazırlandığını düşünülen bu kanun ve yönetmeliğin önümüzdeki süreçte sorun oluşturabilecek çok önemli açıkları mevcuttur. Her şeyden önce, Türkiye’deki tüm soruşturmaların tek elden incelenerek, sonuca bağlanması pratikte mümkün olamayacağını düşünmekteyiz. Sonuçlansa bile, hakkaniyet ve adaletin ne kadar sağlanacağı noktasında da çekincelerimiz mevcuttur. Bunun yanında, kurulun oluşum özellikleri de bu görev için uygun değildir. 7 kişilik kurul içerisinde sadece 2 hekimin bulunuyor olması, diğerlerinin ise bürokrat oluşu, çok geniş bir perspektifte olan tıbbi kötü uygulama iddiaları hakkında alınacak kararlar noktasında sıkıntılar doğuracak olması muhtemeldir. Hemen ifade etmek gerekir ki, bu kurul içerisinde konu ile direk ilgili Hasta Hakları Derneği, Türk Tabipler Birliği gibi sivil toplum kuruluşları da temsil edilmemektedir.

Ana muhalafet partisi olan Cumhuriyet Halk Partisi (CHP), Mesleki Sorumluluk Kurulu’nun oluşum ve yapısına ilişkin 3. fıkranın iptali istemiyle AYM’ye başvuruda bulunmuştur. Bu başvurunun gerekçesi, Kurul’un bağımsız ve tarafsız olması gerektiği ancak Kurul’un atama ve usulü nedeniyle tarafsız olamayacağı, farklı kararlar verilebileceği ve eşitlik ilkesi ile bağdaşmadığı şeklindedir. Ancak AYM 02.02.2024 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan kararında, bu talebi yerinde bulmamış, buna karşın iptal talebi olmasa da konuyla ilişkili gördüğünden 2. fıkrayı da re’sen inceleyerek, bu maddedeki ‘Devlet Üniversitelerindeki’ ifadesini Anayasa’nın 130. maddesine aykırı olduğu gerekçesi ile iptal etmiştir. Yani üniversite tarafından ödenen tazminatın, Devlet Üniversitelerinde çalışan personele rücu edilip edilmeme kararını ‘Mesleki Sorumluluk Kurulu’nun veremeyeceğini ortaya koymuştur. Bu karar ile Devlet Üniversite çalışanlarının rücu ile ilgili durumu, 7406 sayılı yasa öncesine dönmüştür. Bu durum karşısında, 21.02.2024 tarihinde Meclis’te kabul edilen Torba Yasa içerisinde bir madde ile, bu sorunun giderildiği ifade edilmiştir. Sağlık Bakanı Fahrettin Koca resmi X hesabından yaptığı açıklamada ‘*Anayasa Mahkemesinin iptal kararı doğrultusunda Devlet üniversitelerinde çalışan sağlık meslek mensuplarına rücuya yönelik madde yeniden düzenlenmektedir. Böylece Devlet üniversitelerinde çalışan sağlık meslek mensupları, tıbbi malpraktis sonucu rucu yönünden diğer kamu kurum ve kuruluşlarında çalışanlarla aynı haklara sahip olmaya devam edecektir*’ ifadesiyle, AYM kararı sonrası ortaya çıkan durumun düzeltilildiğini açıklamıştır. Uygulamanın nasıl olacağı noktasında bu satırların yazıldığı tarihte bir mevzuat ortaya konulmamıştır.

Bir başka durum ise, tüm bu soruşturmalar noktasında itiraz mercinin, yine tüm Türkiye için tek bir mahkeme olmasıdır. Tek bir Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun tüm Türkiye'deki taleplere yetişme, hakkaniyete ve adalete uygun kararlar verme noktasında zorlanacağı noktasında yapılan eleştiriler, Kurul kararlarının tek bir mahkeme tarafından değerlendirilmesinin mümkün olamayacağı noktasında da mevcuttur.

Özetle iyi niyet ile yola çıkılmış olsa dahi, pratik uygulamada birçok soruna gebe bir kanun ve yönetmelik oluşturulmuştur. Süreçte neler yaşanacağı ve olası sorunların nasıl çözüleceği bizim için de merak konusudur.

3.6. Uzmanlık Öğrencileri ve Hukuki Durumları

Ülkemizde, eğitim araştırma ve üniversite hastanelerinin temel görevlerinden biri de uzmanlık eğitimi vermektir. Doğaldır ki bu eğitimin içeriğinde, teorik bilginin yanı sıra ciddi oranda pratik uygulamalar da yer almaktadır. Hatta, uzmanlık eğitimi verilen hastanelerde sağlık hizmet sunumunun önemli paydaşlarından birisinin de uzmanlık öğrencileri, bir başka ifade ile 'asistanlar' olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Tıbbın her uzmanlık alanında olduğu gibi nöroşirürji branşında da uzmanlık öğrencisi eğitimi meşakkatli bir iştir. Branşın özelliği gereği, öğrenci teorik anlamda öncelikle ciddi bir anatomi, fizyopatoloji, farmakoloji gibi temel bilgiye sahip olmalıdır. Sonrasında bu bilgilerin branşın ilgi alanında olan hastalıklar ile ilgili harmanlanması, kademe kademe pratik uygulamalara geçilmesi gerekir. Uzmanlık eğitim süresi günümüzde 5 yıl olarak belirlenmiş olan nöroşirürji ihtisası sırasında her biri 1 ay süren 4 branş rotasyonu mevcuttur. Bu rotasyonlar Genel Cerrahi, Nöroloji, Radyoloji ve Anesteziyoloji anabilim dallarında tamamlanır. Çalışmamızın bu bölümünde, ana hatlarıyla nöroşirürji uzmanlık eğitimi sırasında uzmanlık öğrencilerinin hak, yetki ve sorumlulukları tartışılacaktır.

Ülkemizde uzmanlık eğitimi alabilmek için tıp fakültesi mezunu olmak ve Tıpta Uzmanlık Sınavı'na (TUS) girerek, başarılı olmak gerekmektedir. Bunun dışında 657 sayılı DMK'nda yer alan genel şartları taşıma gerekliliği de mevcuttur. Herhangi bir dalda uzmanlık öğrencisi olan hekimlerin hak, yetki ve sorumlulukları ile ilgili mevzuat yine birçok kanun, tüzük ve yönetmeliklerle belirlenmiş olup son derece karmaşıktır⁴⁰⁵.

⁴⁰⁵ Kara, M. (2021). Tıpta uzmanlık eğitimi ve öğrencileri ile ilgili mevzuat ve mahkeme kararları. (Ed. Aktaş E. Ö., ve Kaya A), Tıpta Uzmanlık Eğitimi ve Uzmanlık Öğrencilerinin Hak ve Sorumlulukları. Türkiye Klinikleri; 34-44, s. 43.

Bununla beraber ifade etmek gerekir ki, uzmanlık öğrencileri tıp fakültesi mezunu ve dolayısı ile hekim olduklarından, bir hekimin sahip olduğu hak, yetki ve sorumluluklara sahiptir⁴⁰⁶. Sağlık Bakanlığı tarafından 03.09.2023 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanan ‘Tıpta Ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği’nin⁴⁰⁷ 11 maddesinin 1. fıkrasına göre uzmanlık öğrencisi ‘*kurumlarındaki kadro unvanı ne olursa olsun, bu Yönetmelik ve ilgili mevzuat hükümleri çerçevesinde programlarda uzmanlık eğitimi gören, araştırma ve uygulama yapan kişilerdir*’ şeklinde tanımlanmaktadır. Aynı yönetmeliğin 11. maddesinin diğer fıkralarında da uzmanlık öğrencisinin statü, hak ve sorumlulukları ile ilgili hükümler mevcuttur. Bunun yanında Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nin⁴⁰⁸, Uzmanlık Eğitimi Görenlerin Görev ve Yetkileri başlıklı 118 ve 119. maddelerinde, uzmanlık öğrencilerinin görevleri, 183. madde de nöbetçi uzmanlık öğrencilerinin görev ve yetkileri tanımlanmıştır.

Ülkemizde eğitim kurumlarının (eğitim araştırma hastaneleri, üniversite hastaneleri, afiliye hastaneler, vs.) gerek fiziki şartlar gerek altyapı gerekse eğitim kadroları açısından standardize olduğunu söylemek doğru değildir. Doğaldır ki ilgili hastanenin şartları verilen uzmanlık eğitiminin düzey ve kalitesini etkileyecektir. Hatta kimi zaman ilgili bölgedeki hasta portföyü bile eğitim şeklini etkileyebilir. Bu anlamda uzmanlık öğrencisi eğitiminin asgari standartlarını belirlemek ve müfredatlar oluşturmak adına ‘Tıpta Uzmanlık Kurulu’ adı altında bir kurul oluşturulmuştur. Uzmanlık öğrencilerinin, bu kurul tarafından belirlenmiş müfredat ve standartlarda eğitim verilmesini ve çalışma ortamı standartlarının iyileştirilmesini isteme hakkı bulunmaktadır⁴⁰⁹. Nöroşirürji branşı için ‘Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi’ tarafından hazırlanan ‘Beyin ve Sinir Cerrahisi Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı’ 12.10.2017 tarihinde yayımlanmış olup, kurulun web sitesinde ulaşılabilir durumdadır⁴¹⁰.

⁴⁰⁶ Çınarlı, S., ve Meral, O. (2021). Şikâyet Soruşturma ve Davaların Yönetimi, (Ed. Aktaş E. Ö., ve Kaya A). Tıpta Uzmanlık Eğitimi ve Uzmanlık Öğrencilerinin Hak ve Sorumlulukları. Türkiye Klinikleri. 65-69, s. 66.

⁴⁰⁷ R. G. 03.09.2022 / 31942.

⁴⁰⁸ R. G. 13.01.1983 / 17927.

⁴⁰⁹ Kaya, A. (2021). Uzmanlık öğrencisinin hak ve sorumlulukları. (Ed. Aktaş, E. Ö., ve Kaya A.) Tıpta Uzmanlık Eğitimi ve Uzmanlık Öğrencilerinin Hak ve Sorumlulukları. Türkiye Klinikleri. 45-51, s.47.

⁴¹⁰ Erişim Linki:
(<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/29473/0/beyinvesinircerrahisimufredatv23pdf.pdf>).

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği'nin 11. maddesi 6. fıkrasına göre, *'Uzmanlık öğrencisinin programlarda, Kurul tarafından belirlenmiş müfredat ve standartlar çerçevesinde eğitim verilmesinin sağlanmasını akademik kuruldan isteme hakkı vardır. Akademik kurulca talebin karşılanamaması ya da akademik kurulun verdiği karara uzmanlık öğrencisinin itiraz etmesi halinde bu durum eğitim kurumunca on beş iş günü içinde Bakanlığa bildirilir. Nöbet, çalışma ve eğitim odaları gibi eğitsel ve sosyal gereksinimleri karşılayan altyapı ve diğer standartlar kurumca sağlanır.'* ifadesi ile konu ile ilgili hüküm ortaya konmuştur.

Ülkemizde uzmanlık eğitimi farklı statülerdeki hastanelerde yapılabildiğinden, uzmanlık öğrencileri de eğitim aldıkları kurumun özel mevzuat hükümlerine tabiidir. Gereken hallerde yapılacak disiplin soruşturmaları da uzmanlık öğrencisinin istihdam şekli dikkate alınarak yapılacaktır. Bu konu ile ilgili hükümler Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitim Yönetmeliğinin 11. maddesinin 2 ve 8. fıkralarında yer almaktadır. İdari disiplin soruşturmaları, uzmanlık öğrencisi üniversite personeli ise 2547 sayılı YÖK kanunun 53. maddesi, Sağlık Bakanlığı personeli ise 657 sayılı kanunun 125. maddesi çerçevesindeki usul ve esaslara göre yapılmaktadır. Uzmanlık öğrencilerinin, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nu ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu ile Yükseköğretim Kurumları Öğrenci Disiplin Yönetmeliklerini okuması ve olası bir olumsuz durumda hak ve sorumluluklarını bilmesi uygun olacaktır⁴¹¹.

Nöroşirürji branşı, acil müdahale gerektiren hasta portföyü fazla olan, hasta takiplerinin çok yakın ve dikkatli yapılması gereken, tabiri caizse 24 saat kesintisiz çalışan branşların başında gelmektedir. Bu anlamda nöbet sayı ve yoğunluğu çok fazladır. Yaklaşık 10 yıl önceye kadar, ilk yıl için gün aşırı, sonrasında da kliniğin ihtiyacı kadar tutulan nöbet sistemi, hemen hemen tüm eğitim kurumlarında standart bir uygulama olarak yaşanmıştır. Bu çalışmanın yazarı da aynı nöbet sistemi içerisinde çalışmıştır. Hemen ifade etmek gerekir ki bu sayı ve yoğunluk içerisinde çalışmak, çalışan için insani olmadığı gibi, hasta sağlığı için de güvenli değildir. Genellikle 20'li yaşlarının sonunda olan genç hekimlerin, gece gündüz demeden, çoğunlukla doğru dürüst beslenmeden, uykusuz geçen bir yığın nöbet ve koşturmacanın sonrası, nasıl bir yorgunluk ve dikkat dağınıklığı içinde olduğunu tariflemek mümkün değildir⁴¹².

⁴¹¹ Kaya, 2021, a.g.k., 47.

Ekim 2021 de genç bir uzmanlık öğrencisinin nöbet sonrası geçirdiği trafik kazası ve vefatı sonrası oluşan tepkiler⁴¹², Sağlık Bakanlığı'nı bu konuda daha etkin önlemler almaya zorlamıştır. Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'nin 5.maddesinde '*Uzmanlık öğrencilerinin nöbet uygulaması üç günde birden daha sık olmamak kaydıyla ayda en fazla sekiz nöbet olacak şekilde düzenlenir. Gece nöbeti tutan uzmanlık öğrencileri nöbetin ertesi günü sağlık hizmeti sunumunda görev almaz. Bu hükmün uygulanmadığının tespit edilmesi halinde eğitim programları Kurulca değerlendirmeye alınır. İhlâlin mahiyetine ve durumun gereklerine göre kurumun uyarılmasından, programın eğitim yetkisinin kaldırılmasına kadar hangi yaptırımın uygulanacağına Kurulca karar verilir.*' ifadesiyle bir düzenleme getirilmiştir. Yönetmeliğin bu maddesi bize göre de doğru ve yerindedir ancak eğitim kurumlarındaki hasta yoğunluğu, alt yapı ve kadrolar bu şekilde bir sistem içerisinde çalışmaya müsait midir? Bakanlık bir düzenleme yapmış ancak düzenlemenin pratik hayatta uygulanabilirliği yeterince değerlendirilmemiştir. Eğitim kurumlarının bu düzenlemenin emrettiği tarz bir çalışma sistemin uygulamak noktasında ihtiyacı olan personel, uzmanlık öğrencisi ve eğitim görevlisi ihtiyaçları karşılanmadan, sistemin sağlıklı yürüyeceğini söylemek kolay olmayacaktır. Bu nedenle de sadece yönetmelik değişikliği ile nöbet sistemi belirlemek yerine, gereken önlemleri alarak uygulanabilir düzenlemeler yapmak daha doğru bir davranış olacaktır.

Uzmanlık öğrencilerinin pratikte yaşadıkları sorunlardan biri de kimi zaman farklı yer ve işlerde görevlendirilmeleridir. Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'nin 11. maddesi 4. fıkrasında, '*Uzmanlık öğrencileri, uzmanlık eğitimi uygulamasından sayılmayan işlerde görevlendirilemez. Ancak deprem, sel baskını, salgın hastalık gibi olağandışı ve hizmetin normal olarak sürdürülemediği hallerde yabancı uyruklu uzmanlık öğrencileri hariç olmak üzere uzmanlık öğrencileri, hekimlik görevlerini yürütmek üzere eğitim gördüğü kurumda veya aynı il içerisindeki sağlık tesislerine tek seferde en fazla üç aylık süreler halinde eğitim süresi boyunca toplamda altı ayı geçmemek üzere görevlendirilebilir. Ancak yukarıda sayılan haller nedeni ile*

⁴¹² Işık, H. S. (2021). Rumeysa'yı Kaybetmemizin Sebebi Gerçekten Trafik Kazası mı? Akademik Akıl Köşe Yazıları Erişim Linki; <https://www.akademikakil.com/rumeysayi-kaybetmemizin-nedeni-gerçekten-trafik-kazasi-mi/serdarisik/>).

tezini yetiştiremeyen ve çekirdek müfredattaki yetkinliklerini kazanamayan uzmanlık öğrencilerine eğitim sorumlusunun önerisi üzerine eğitim kurumunun akademik kurulu kararı ile altı aya kadar süre uzatımı verilebilir.’ ifadesiyle açık bir şekilde ortaya konmuştur. Maddeye göre, uzmanlık öğrencilerinin ‘olağan dışı ve hizmetin normal olarak sürdürülemediği haller’ dışında başka bir iş ve yerde görevlendirilmeleri mümkün değildir.

Uzmanlık öğrencilerinin sahip oldukları tıp fakültesi diploması nedeniyle, bir hekimin yetki ve sorumluluklarını taşıdıkları daha önce belirtilmişti. Bu anlamda uzmanlık öğrencisinin hasta muayene ve tedavi etme noktasında yetkili olduğu açıktır. Genellikle tartışmalı nokta, uzmanlık öğrencilerinin ilgili uzmanlık branş eğitimi sırasında yapılan pratik uygulamaların hangisini ne zaman ve ne şartlarda yapacağı çerçevesinde odaklanmaktadır. Tıpta Uzmanlık Eğitim Yönetmeliği 11. maddesi 7. fıkrasında ‘*Uzmanlık öğrencisi, programda bulunan bütün eğiticilerin gözetim ve denetiminde araştırma ve eğitim çalışmaları ile sağlık hizmeti sunumunda görev alır, deontolojik ve etik kurallara uyar.*’ şeklinde hüküm kurmuş ve uygulamaların eğiticilerin gözetim ve denetiminde yapılması gerektiği ifade edilmiştir. Takdir edilmelidir ki, Nöroşirürji branşı dahilinde, çok basit olarak değerlendirilebilecek ‘sütür atma’ işleminden, kompleks ‘anevrizma cerrahi’lerine kadar değişik risk ve zorluk derecesinde birçok girişimsel uygulama mevcuttur ve uzmanlık öğrencileri bunları, süreleri içerisinde kıdemi, başka bir ifade ile tecrübesi arttıkça, basitten komplekse doğru öğrenirler. Bu öğrenme süreci Tıpta Uzmanlık Kurulu’nun ortaya koyduğu müfredat çerçevesinde uygulanmaktadır. Eğitim sürecinde uzmanlık öğrencileri gerek teorik gerekse pratik açıdan birçok kez değerlendirmelere tabii tutulurlar. Bunun yanında asistanlar da eksik kaldıklarını düşündükleri bir nokta var ise bunun tamamlanmasını talep edebilirler. Yine doğaldır ki, her uzmanlık öğrencisinin yeteneği ve öğrenme kabiliyeti benzer olmayabileceği gibi eğiticilerin sayı ve kapasiteleri doğrultusunda da eğitim sürecinde eksiklikler ya da fazlalıklar olabilir. Bu nedenle bir uzmanlık öğrencisi, yapacağı bir uygulama noktasında öğrenme sürecinin tamamlanıp tamamlanmadığı, eğiticinin de öğrenciye vereceği görev ile ilgili, öğrencinin bu işlem hakkındaki yetkinliği noktasında, yeterli yargıya sahip olması gerekmektedir. Örneğin, uzmanlık öğrencisi eğitiminin 2. yılından itibaren öğrendiği ve uygulamaya başladığı bir girişimi 4. yılına geldiğinde tek başına da uygulayabilir. Ancak bu uygulama da mutlak suretle eğiticinin gözetim ve denetiminde uygulanmalıdır. Buradaki tartışma ise, bahsedilen ‘gözetim ve denetim’

şeklinin nasıl olacağı noktasında toplanmaktadır. Danıştay 15. Dairesi'nin 2018/3251 E., 2018/8233 K., sayı ve 13.12.2018 tarihli kararında; *'... olay tarihinde yapılacak tedavisinin belirlenmesinde uzman doktora danışılmasının, solunum sıkıntısının gelişmesi üzerine uzman doktora haber verilmesinin gerekip gerekmediği, çocuğun kendisinde mevcut önemli bir hastalığı olduğu gözetildiğinde hastanede bulunduğu süreçte uzman doktor katılımı olmadan takip ve tedavisinin yürütülmesinin doğru bir uygulama olup olmadığı, acil serviste takip ve tedavi sürecinde uzman doktor olmamasının kliniğine olumsuz bir etkisi olup olmadığının da açıklığa kavuşturulması gerekmektedir'*, ifadesi ile, somut olaydaki durumun değerlendirilmesi gerektiğine vurgu yapmaktadır. Çınarlı ve Meral'de yaptıkları çalışmada, bu kararı yerinde bularak, uzmanlık öğrencisinin hangi müdahaleyi hangi şartlarda yapabileceğinin somut olaya göre tespiti en hakkaniyetli çözüm olacağını ifade etmişlerdir⁴¹³. Bize göre de uzmanlık öğrencisinin nöbetleri sırasında ya da mesai saatleri içerisinde yapacağı her uygulama sırasında, bir uzman ya da eğiticinin fiziksel olarak yanında bulunabilmesi hayatın olağan akışına uygun bir durum değildir. Buradaki kriter, yapılacak işlem ile ilgili uzmanın bilgi ve onayı olması ve olası bir komplikasyon gelişmesi durumunda, eğiticinin müdahale edebilir bir mesafe ve süre uzaklıkta olması gerekliliğidir. Buna karşın uzmanlık öğrencisi yetkin olmadığı bir işlemi, kendisinden sorumlu olan uzman ya da eğitim görevlisinin, bilgi, onay ve gözetimi dışında yapar ise bu durum doktrinde 'üstlenme kusuru' olarak tanımlanan durumu oluşturacaktır⁴¹⁴. Bu arada eğiticinin yapması gereken denetim ve gözetim görevi konusunda ihmalkâr davranması ise, 'idari hizmet kusuru' olarak tanımlanmaktadır

Danıştay 15. Dairesinin, 26.11.2015 tarihli uzmanlık öğrencisinin acil şartlarda, icapçı uzman olmadan yaptığı bir ameliyatın sonunda gelişen nedeni belirlenemeyen hipertansiyon ve kardiyopulmoner arrest sonucu gelişen komplikasyonlara bağlı vefatı sonrasında verdiği kararda⁴¹⁵;

'Her ne kadar Adli Tıp Genel Kurulu raporunda, kişinin ölümünün uyandırma döneminde ortaya çıkan nedeni belirlenemeyen taşıkardi, hipertansiyon ve ventriküler ekstrasistoller sonrası gelişen kalp solunum durmasına bağlı hipoksikensefalopati ve komplikasyonlarından ileri geldiği, davacıya uygulanan tıbbi tedavilerde herhangi bir eksiklik olmadığı ve hastaneye izafe edilecek bir kusur bulunmadığı

⁴¹³ Çınarlı ve Meral, 2021, a.g.k., 66.

⁴¹⁴ Biçer, H. G. (2021). Mevzuatta ve uygulamada tıpta uzmanlık öğrencilerinin hukuki sorumlulukları, TıpHD, 20, 333-360, s. 358.

⁴¹⁵ Danıştay 15. Dairesi'nin, 26.11.2015 tarih ve 2015.2622, Esas, 2015/7990 Karar sayılı kararı. (Lexpera. Erişim. Tarihi. 17.109.2023).

belirtilmiş ise de, davacılar murisinin ameliyatında görevli olan icapçı uzman hekimin genel anestezi altında yapılan ameliyata katılmadığı, asistan doktorun da tek başına genel anestezi altında ameliyatı gerçekleştirdiği anlaşıldığından, anılan doktorların bu eylemlerinin davacılar murisinin ölümüne etkisi olmasa da, davacılar murisinin ameliyatında, davalı idarece gerekli organizasyonun sağlanmadığı, hizmetin iyi işlemediği görülmektedir.

Bu durumda, davacılar murisinin genel anestezi ile yapılan ameliyatının icapçı uzman hekim gözetiminde yapılması gerekirken, asistan doktor tarafından yapılmış olmasının davacılar murisinin ölümüne neden olmamış ise de, bu durumun davacılar, çocuklarının tedavisinin gerektiği gibi yürütülmediği yönünde şüphe, endişe ve üzüntüye yol açtığı görüldüğünden, davacıların maruz kaldığı acı, elem ve üzüntünün hafifletilebilmesi amacıyla davacılar lehine manevi tazminata hükmedilmesi gerekirken, manevi tazminat isteminin reddi yolunda verilen Mahkeme kararında hukuki isabet görülmemiştir.

Kararda görüldüğü üzere, Danıştay 15. Dairesi uzmanlık öğrencisinin ameliyatı gerçekleştirmesinde bir mahsur görmemekle birlikte, işlemin uzman gözetiminde yapılmamış olmasını idari hizmet kusuru olarak nitelemiştir. Karar içeriğinden anlaşıldığı kadarı ile, olay ile ilgili hastane idaresince yapılan idari soruşturma sonucunda gerek uzmanlık öğrencisi gerekse de icapçı uzman hekim cezalandırılmışlardır. Bu açıdan bakıldığında, uzmanlık öğrencisinin kıdemi ve ilgili işlem için tecrübe durumu gibi ayrıntılar bilinmemesine karşın, bize göre de mahkemenin kararı doğru ve yerindedir.

Skolyoz cerrahisi uygulanan ve ameliyattan sonra defisit gelişmesi üzerine re-opere edilen hastanın sonuçta %100 özürlü duruma gelmesi nedeniyle açılan dava nedeniyle, Danıştay 10. Dairesi'nin, 28.3.2012 tarihli kararında⁴¹⁶;

'Mahkememize sunulan Adli Tıp Kurumu 3.Adli Tıp İhtisas Kurulu'nun 18.02.2010 gün ve 634 sayılı rapomnda özetle; davacıların yakını R.K. 'ın 16.11.2005 tarihinde ameliyata alındığı, T5-L4 arasına poaterior enstumantasyon T10-11'e laminektomi, T9-10-11 'den kama osteotomi yapıldığı, post op paraplejik olduğunun saptandığı, serviste izlendiği post op 3 gün-ameliyata alınarak ameliyat sahasında gözlem yapıldığı, problem görülmediği düşünülererek ameliyatın sonlandırıldığı beyanları bulunmakla birlikte, bu ifadeleri doğrulayan tıbbi belgelerin mevcut olmadığı, post op erken dönemde pareleji görülmesine rağmen gerekli tetkiklerin yapılmayıp zaman kaybedilmesi, ikinci ameliyatın hasta açısından çok önemli olmasına rağmen sadece asistanlar tarafından yapılmış olması, ikinci ameliyat ile ilgili tıbbi belgelerin olmaması, ameliyattan yaklaşık 1 ay sonra yaptırılan torokolomber BT'de birçok seviyede vidaların kanalın içinden geçtiği ve T11 seviyesinde kord basısı olduğu raporu ile belirtilmesine rağmen herhangi bir işlem yapılmamasının bu olayda ihmal ve özen eksikliğinin olduğunu gösterdiği, bu arada sorumluluğun 1. derecede ameliyatı yapan Prof Dr.'a ait olmakla birlikte anılan kişinin talimatıyla yalnızca kendi başlarına ameliyat yetkisi olmayan asistanların girmiş olduğu ameliyatta söz konusu

⁴¹⁶ Danıştay 10. Dairesinin, 28.3.2012 tarihli ve E. 2011/11311, K. 2012/1213 sayılı kararı. (Lexpera. Erişim Tarihi. 04.01.2024).

grafilerin incelenmesinde bu 2. ameliyatta asistanların stabilizasyon yapısını değiştirdiklerinin anlaşıldığı ve bu durumun da bir uzmanın gözetiminde olmaması nedeniyle yetkilerini aştığı için izin veren kurum yetkililerinin de sorumlu olduğu, ...

Uyuşmazlık konusu olayda, dosyadaki bilgi ve belgelerle yukarıda yer verilen Adli Tıp Kurumu raporundaki açıklamaların birlikte değerlendirilmesinden; davacıların çocuğunun ameliyatlarının gerçekleştirilmesi esnasında yapılması gereken işlemlerin tam ve eksiksiz olarak yapılmayarak gerekli dikkat ve özenin gösterilmemesi nedeniyle davalı idarenin tam olarak (%100) kusurlu olduğu ve hizmet kusuru doğrultusunda davalı idarenin tazmin borcunun doğduğu ve olay neticesinde, davacının yürüyemez hale gelmesi, bir başka ifade ile felç kalması nedeniyle meydana gelen zararın hukuki sorumluluk kapsamında davalı idare tarafından karşılanması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Danıştay 10. Daire bu kararı onamıştır. Karar içerisinde anlaşıldığı kadarı ile tıbbi ve hukuki standartlara uygun olmayan birçok durum söz konusudur. İlk ameliyat sonrası ortaya çıkan komplikasyona gereken çabuklukta müdahale edilmemesi, revizyon ameliyatı sırasında eğitici gözetim ve denetim eksikliği olması ve tıbbi kayıtlarda eksiklik tespiti kararın bu yönde çıkmasına neden olmuştur. Danıştay 10. Dairesi'nin, uzmanlık öğrencilerinin ve eğiticilerin sorumluluğu noktasındaki kararına katılıyoruz.

Özetle ülkemizde son yıllarda uzmanlık eğitimi çok ciddi sorunlar altında boğuşmaktadır. Her geçen yıl özellikle medikolegal dava ve şiddete uğrama riski olan ve eğitim süre ve muhteviyatı zorlu olan branşlarda ve yan dal uzmanlık alanlarında TUS ve Yan Dal Uzmanlık (YDUS) sınavları sonrası açılan kontenjanlarda daha fazla boşluklar kalmaktadır. Tercih yaparak uzmanlık alanlarına yerleşen uzmanlık öğrencilerinin bir kısmı yaşadıkları zorluklar ve sorunlar nedeniyle tıbbi yardım almak durumunda kalmakta⁴¹⁷, bir kısmı istifa etmekte ve hatta bir kısmı ne yazık ki intihar etmektedir. 27.09.2023 tarihinde bir gün içerisinde farklı şehir ve branşlarda 3 uzmanlık öğrencisinin intihar sonucu vefatı, üzerinde çok ciddi durulması gereken bir sorundur. Son derece zeki ve çalışkan oldukları, ömürleri boyunca girdikleri derecelendirme sınavlarında aldıkları sonuçlar nedeniyle açık olan, gece gündüz zihinsel ve fiziksel olarak çalışıp emek veren bu genç hekimler ne yaşamaktadır da, bu durumlara düşmektedir? Bu sorunun cevabı için öncelikle son derece açık olan sorunları tespit etmek ve sonrasında paydaşların da dahil oldukları ortamlarda akılcı ve uygulanabilir çözümler ortaya koymak gerekmektedir.

⁴¹⁷ Yılmaz, Y., Uçar, E., ve Ertin, E. (2019). Tıpta Uzmanlık Eğitimi ve Asistan Hekimlerin Sorunlarının İrdelenmesi: Bir Anket Çalışması. Tıp Eğitimi Dünyası, s.21-29.

Bize göre sağlık sistemimizin temel sorunu olan aşırı hasta yoğunluğu, acil servislerin özellikle yeşil alan bölümlerindeki yoğunluk ve bunun getirdiği aşırı iş yükünün tüm sağlık çalışanlarında olduğu gibi uzmanlık öğrencileri üzerinde olan etkileri sorunların başında gelmektedir. Hastanelerde her türlü personel eksikliğinin adeta bir joker edasıyla uzmanlık öğrencileri aracılığıyla giderilmeye çalışılması ciddi bir sorundur. Uzmanlık öğrencilerinin temel görevinin, ilgili uzmanlık alanında eğitim almak değil de sağlık hizmeti sunmak noktasına evrilen anlayışın bir an önce gerçek mecrasına dönmesi gerekmektedir. Unutulmamalıdır ki, uzmanlık eğitimi veren kurumların temel görevi eğitim olup, bu eğitim sırasında ortaya çıkan sonuç sağlık hizmeti olmalıdır. Oysa son yıllarda durum tam tersine işlemektedir ve bu doğru bir yaklaşım değildir. Bir başka çok önemli konu uzmanlık öğrencilerinin gerek idari gerek eğitim kadrosu gerekse kendi asistan arkadaşları tarafından maruz bırakılan mobbing davranışlarıdır. İdari ve eğitici kadrosu tarafından yapılan zorlamalar doğru olmamakla birlikte bir yere kadar izah edilebilir, ancak uzmanlık öğrencisinin kendisinden birkaç ay ya da yıl öncesi eğitime başlamış diğer bir uzmanlık öğrencisinden karşılaştığı mobbing hiçbir şekilde anlaşılır değildir. Özellikle cerrahi branşlarda çok daha sert yaşanan kıdemli zorbalığı günümüzde üzerinde durulması gereken, tıbbi ve hukuki sıkıntılara yol açabilecek bir sorundur. Yine son yıllarda çok fazla miktarda açılan ve hastanesi olmayan üniversiteler ile uygulamaya konulan ortak çalışma (afiliasyon) sistemi, kamu hastanelerdeki özlük haklarındaki sıkıntılar nedeniyle istifa ederek özel sektöre geçen eğitici kadroları ve bunun gibi daha birçok nedenden dolayı nitelikli ve kaliteli eğitici kadro oluşturma zorlukları da uzmanlık eğitimi açısından bir başka sorun olarak karşımızda durmaktadır.

Sonuç olarak aşırı zorlanan sağlık sistemimiz içerisinde uzmanlık eğitimi de çok ciddi sorunlar içerisinde. Ülke sağlık sistemimizin geleceği ve halkımızın gelecekteki sağlığı açısından, bu sorunlar dikkate alınmalı ve acilen çözölmelidir.

4. NÖROŞİRÜRJİ ÖZELİNDE MALPRAKTİS

4.1. Genel Olarak Nöroşirürji ve Malpraktis

Nöroşirürji kelimesi, Türk Dil Kurumu'nun Güncel Türkçe Sözlüğünde 'Beyin Cerrahisi', Bilim ve Sanat Terimleri Sözlüğünde ise 'Beyin ve sinir sistemi hastalıkları ve tedavisi ile ilgili özel cerrahi dalı, sinir sistemi cerrahisi' şeklinde tanımlanmaktadır⁴¹⁸. Türkiye'de Nöroşirürji uzmanlarının mesleki derneği olan Türk Nöroşirürji Derneği'nin internet sayfasında ise, Nöroşirürji kelimesinin, Latince sinir hücresi anlamına gelen 'Nöron' kelimesi ile, cerrahi anlamındaki 'şirürji' kelimelerinin birleşmesinden oluşmuş bir kelime olduğu ve kısaca 'sinir sistemi cerrahisi' anlamına geldiği ifade edilmektedir⁴¹⁹. Günümüzde Nöroşirürji biliminin ifadesi noktasında daha çok 'Beyin ve Sinir Cerrahisi' kullanılmakta olup, uzman muayenehane tabelalarında ve tanıtımlarında 'Beyin, Sinir ve Omurilik Cerrahisi' ifadesi ile sıkça karşılaşılmaktadır.

Dünyada ve ülkemizde modern ve gerçek anlamda nörolojik cerrahi tarihi çok eskilere dayanmamakla birlikte, tarihsel açıdan bakıldığında eski dönemlerde yapıldığı tespit edilen bir takım nörolojik cerrahi girişimler mevcuttur. İlk ve orta çağda, Anadolu'da ve özellikle Hattuşaş uygarlığında sıkça yapılan trepanasyon işlemi, kimi görüşe göre animistik bir anlayışla kötü ruhları vücuttan uzaklaştırmak için, kimi görüşe göre de epidural veya subdural hematoma gibi beyin kanamalarının tedavisi amacıyla yapılmaktaydı⁴²⁰. Eski Mısır'da Edwin Smith papirusunda ilk kez ifade edilen 'beyin' kelimesi, sonraki yüzyıllarda giderek artan oranda insanların ilgisini çekmiştir. Bununla birlikte, dünyada modern cerrahinin gelişmesi doğaldır ki, asepsi antisepsi uygulamalarının bulunduğu ve kullanılmaya başlandığı 19. Yüzyıl ortalarında başlamıştır. Özellikle Avrupa'da Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865, Macar Kadın Doğum Uzmanı), Louis Pasteur (1822-1895, mikrop teorisi), Joseph Lister (1827-1912, Glasgow Üniversitesinde yara enfeksiyonu ile ilgileniyordu) ve Robert Koch (1843-1910) başta olmak üzere bilim insanlarının bu konu üzerinde yoğun çalışmaları olmuştur.

⁴¹⁸ Erişim Linki: <https://sozluk.gov.tr/Nöroşirürji>.

⁴¹⁹ Erişim Linki: <https://turknorosirurji.org.tr/menu/3/norosirurji-nedir>.

⁴²⁰ Bıçeroğlu, H., Evran, Ş. Akkaya, E., ve Kırar, F. (2018). Nöroşirürji'de Gelecek Perspektifleri, Türk Nöroşir Derg 28(3):261-263.; Naderi, S. Türkiye'de Nöroşirürji'nin kısa Tarihi, Erişim Linki: <https://turknorosirurji.org.tr/menu/3/norosirurji-nedir>. Erişim Tarihi 16.10.2023.

Aseptik ameliyatın öncüsü sayılabilecek bilim insanı ise Ernst von Bergmann'dır (1836- 1907 Alman cerrah). Bergmann ameliyatlar sırası ve sonrasında temizliğe büyük önem vermiş ve cerrahi aletlerin ısıyla sterilize edilmesini sağlayarak, cerrahi alan enfeksiyonlarını büyük ölçüde azaltan ilk doktor olarak tarihteki yerini almıştır⁴²¹.

Tüm bu gelişmeler Avrupa'da ve paralel olarak ülkemizde cerrahinin hızla gelişmesine yardımcı olmuştur. Genel anlamda cerrahinin gelişmeye başlaması, anatominin de daha iyi öğrenilmeye başlamasına neden olmuş ve öğrenilen bu bilgiler sayesinde cerrahi uygulamalar yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu yaygınlaşma beraberinde branşlaşmayı da getirmiştir. Yirminci yüzyılın ilk çeyreğinde beyin ve omurilik ile ilgilenen ve ağırlıklı olarak bu ameliyatlari yapan cerrahların mevcut olduğu bildirilmektedir. Bu anlamda Estonya'lı Ludvig Puusepp ile Ernest Sachs 1910 yılında ABD Washington University'de dünyanın ilk nöroşirürji profesörleri olmuşlardır⁴²².

Ülkemizde modern anlamda tıp ve cerrahi eğitimin başlangıcı, 14 Mart 1827'de Tıphane'nin kurulması ve sonrasında Cerrahhane'nin kurulması ile olmuş ve bu şekilde modern anlamda ilk cerrahi işlemler uygulanmaya başlamıştır. Bu okullar 1939 yılında birleşerek Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane kurulmuştur. Ondokuzuncu yüzyılın ikinci yarısında birçok hekim Avrupa'ya giderek eğitimler almışlar ve ülkemizde de tıp eğitimi ve tıbbi uygulamalar noktasındaki gelişmeler, Avrupa'daki gelişmeler ile paralel olarak ilerlemiştir⁴²³. Ülkemizde Nöropsikiatri ve Nöroşirürji'nin kurulması ve gelişimi anlamında öncü bilim adamı Mazhar Osman Uzman'dır. Kendisi 1908 yılında gittiği Berlin'de nörolojik bilimler çalışmış ve yurda döndükten sonra bu branşların gelişimine büyük katkı sağlamıştır. Sonrasında Mazhar Osman Uzman, nöroşirürji alanında eğitim almak üzere 1923 yılında Abdülkadir Cahit Tuner'i (1892-1983) Almanya'ya göndermiştir⁴²⁴. Aslında bir Nöroloji uzmanı olan Abdulkadir Cahit Tuner, yurda döndüğünde Mazhar Osman'ın verdiği sertifika ile Zeynep Kâmil Hastanesinde Cerrahi-i Asab kliniğini kurmuş ve birçok nöroşirürjikal operasyon gerçekleştirmiştir⁴²⁵.

⁴²¹ Tarhan, Ö. R. Asepsi ve Antisepsinin tarihçesi, Erişim Tarihi. 22.12.2023. Erişim Linki: <https://www.turkcerrahi.com/makaleler/cerrahinin-gelisimi/asepsi-ve-antisepsinin-tarihcesi/>

⁴²² Er, U., ve Naderi, S. (2011). Ülkemizde Beyin ve Sinir Cerrahisinin İhtisaslaşması ve Kurumlaşması, Türk Nöroşirürji Dergisi. 21(3), 209-219, s. 209.

⁴²³ Naderi, S. (2023). 1827-1923 Osmanlı Döneminde Beyin ve Sinir Cerrahisi Uygulamaları. (Ed. Naderi, S.) Türkiye'de Beyin ve Sinir Cerrahisi Tarihi. Türk Nöroşirürji Deneği Yayınları. s. 29.

⁴²⁴ Naderi, S. (2004). Mazhar Osman'in "Zaruri Cevaba Cevap" baslikli mektubunda Türk Nöroşirürji tarihine isik tutan noktalar, Türk Nöroşirürji Dergisi 14(1):64-66).

⁴²⁵ Er ve Naderi, 2011, a.g.k., 210.

Sonraki yıllarda Hami Dilek, Bakırköy ve Haydarpaşa Numune Hastanelerinde nöroşirürji kliniklerini kurmuş ve ilk nöroşirürji uzmanlık tüzüğü'nün çıkmasında büyük katkı sağlamıştır.

Ülkemizde üniversiteler bünyesinde nöroşirürji klinikleri 1950'lerden sonra kurulmaya başlamış, özellikle yurt dışında nöroşirürji eğitimi gören bilim insanları, yurda döndüklerinde büyük mücadeleler sonrası bu kürsüleri kurmuşlardır. Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde 1957 yılında Dr. Zinnur Rollas tarafından bağımsız bir Nöroşirürji kliniği kurulmuş ve ABD'de eğitim alarak GATA'ya dönen Dr. Hamit Ziya Gökalp ile birlikte 1965 yılında eğitim verebilir hale getirilmiştir. Diğer üniversitelere baktığımızda, Hacettepe Üniversitesi'nde Dr. Nurhan Avman tarafından 1959 yılında, Ankara Üniversitesi'nde yine Dr. Nurhan Avman tarafından 1965 yılında, Ege Üniversitesi'nde Dr. Erdem Tunçbay tarafından 1966 yılında ve İstanbul'da Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde Dr. Feyyaz Berkay tarafından 1951 yılında nöroşirürji kürsüleri kurulmuştur⁴²⁶.

Yaklaşık 70 yıllık resmi klinik ve eğitim geçmişi olan Türk Nöroşirürji'si bu 70 yılda çok büyük başarılarla imza atmış, çok önemli bilim insanları yetiştirmiştir. Nöroşirürji bilimi açısından en önemli bilimsel dergilerden biri olan 'Neurosurgery' dergisinin 'Man of the Century' başlıklı kapağı ile yayımlanan, 1999 Nov;45(5) sayısında, Prof. Dr. Gazi Yaşargil tüm sayının konusu yapılmış ve nöroşirürjiye yapmış olduğu katkılar nedeniyle onurlandırılmıştır⁴²⁷. Gerçekten de Gazi Yaşargil, bugün tüm dünyada nöroşirürjikal birçok operasyonu tanımlayan, operasyonlar içerisinde kullanılan birçok medikal malzemeyi icat eden ya da geliştiren ama en önemlisi, nöroşirürji operasyonlarında mikroskop kullanımını tanımlayan bilim insanıdır. Kendisinin ve benzer dönemde ülkemizde ve yurt dışında çalışan diğer Nöroşirürji bilim insanları sayesinde ülkemizde nöroşirürji branşı çok önemli noktalara gelmiştir. Günümüzde Türk nöroşirürji eğitim klinikleri ve buralardan ihtisas alan uzmanlar, yapmış oldukları literatüre giren cerrahi girişimler, bilimsel çalışmalar ve yayınlar sayesinde tüm dünyada kabul görür hatta bilim dünyasını yönlendirir hale gelmiştir. Türk Nöroşirürji Derneği, 2017 yılında Dünya Nöroşirürji Kongresini İstanbul'da büyük bir başarı ile düzenlemiştir.

⁴²⁶ Er ve Naderi, 2011, a.g.k., 210.

⁴²⁷ Tew JR, J. M. (1999). M. Gazi Yaşargil: Neurosurgery's man of the century. Neurosurgery. 45(5). 1010.

Nöroşirürji'nin ilgilendiği konular arasında, beyin dokusundan, omurga ve omurilikten veya periferik sinir hücrelerinden köken alan ve bu dokulara bası yapan benign ya da malign tümörler, kafa travmaları ve buna bağlı her türlü beyin kanamaları veya kırık yapıların onarımı, omurga travmaları ve buna bağlı omurga ve omurilik yaralanmaları, omurganın bel ve boyun fitikleri başta olmak üzere her türlü dejeneratif hastalıkları, beyin ve omurilik ile ilgili anevrizma, arteriovenöz malformasyon, kavernom, anjioma başta olmak üzere damar hastalıkları, beyinde hidrosefali diye tanımlanan aşırı BOS (Beyin Omurilik Sıvısı) birikimi ile ilgili hastalıklar, sinir sisteminin gelişim bozukluğu nedeniyle genellikle doğumsal olarak karşı karşıya kalınan meningosel benzeri hastalıklar, farklı nedenler ile oluşabilecek beyin ve omurilik bölgeleri kanamaları ve tüm bu hastalıkların cerrahi tedavisi yer almaktadır. Bu kadar geniş bir yelpazede ilgi alanı olan Nöroşirürji branşı, Türk Nöroşirürji Derneği çatısı altında eğitim öğretim grupları oluşturarak, üyelerine ve uzmanlık öğrencilerine eğitimler vermekte, her uzmanın ya da akademisyenin kendi ilgi alanı doğrultusunda gelişmesine katkı sağlamaktadır. Türk Nöroşirürji Derneği çatısı altında halen aktif olan eğitim ve öğretim grupları şu şekildedir; Spinal ve Periferik Cerrahisi, Nöroonkolojik Cerrahi, Pediatrik Nöroşirürji, Nörovasküler Cerrahi, Cerrahi Nöroanatomi ve Stereotaktik Fonksiyonel Ağrı ve Epilepsi Cerrahisi. Tüm bu gruplar yönergelerine göre seçilen yönetim kurulları aracılığı ile, yıllık eğitim ve öğretim programlarını, toplantı, seminer, kurs ve sempozyumlarını organize etmek suretiyle, nöroşirürji uzmanlık öğrencileri, uzmanlar ve akademisyenlere eğitim vermeye devam etmektedirler.

Dünyada ve ülkemizde Nöroşirürji uzmanı olabilmek için geçmişten bugüne farklı eğitim süreçleri söz konusu olmuştur. Tarihsel anlamda bakıldığında, Nöroşirürji uzmanlığı eğitim süreci iki farklı ekol yapılanması içerisinde gerçekleşmiştir. Bunlardan ilki Genel Cerrahi uzmanlığı diğeri ise Nöroloji uzmanlığı üzerine alınan eğitimler sonrası nöroşirürji uzmanlığıdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde nöroşirürji uzmanlığı Genel Cerrahi üzerine elde edilirken, Fransa'da ise her iki ekol üzerinden nöroşirürji uzmanı olunmuştur. Ülkemizde nöroşirürji uzmanlığı ile ilgili eğitim süreci ile ilgili çalışmalar 1940'lı yıllarda başlamıştır. Dr. Hami Dilek'in yoğun gayretleri neticesinde, 24 Temmuz 1947 tarih ve 6177 sayılı Bakanlar Kurulu kararı Tababet Uzmanlık Belgeleri hakkındaki tüzüğü yürürlüğe koymuş ve bu karar 6680 sayı ve 9 Ağustos 1947 tarihli Resmî Gazetede yayımlanmıştır. Bu tüzük Nöroşirürji uzmanlık eğitimi açısından bir ilki ortaya koyması bakımından çok önemlidir. Bu tüzüğe göre nöroşirürji ihtisası 3 yıldır ve

ihstiasa başlayabilmek için tıp fakóltesi mezuniyeti sonrası 2 yıl hekimlik yapmış olma şartı aranmaktadır⁴²⁸. 1961 yılında yeni bir tüzük yayımlanmış ve bu tüzüğe göre uzmanlık alanının adı “Nöroşirürji” olarak tanımlanmış olup, “ileri ihtisas dalları” grubunda yer almaktadır yani günümüz adıyla bir yan dal uzmanlık alanı durumundadır. Bu tüzüğe göre genel şirürji veya ocuk şirürjisi uzmanlığı üzerine 3 yıl, ya da ruh ve sinir hastalıkları uzmanlığı üzerine 4 yılda nöroşirürji uzmanı olunabilmektedir. Nöroşirürji uzmanlığının ana dal haline gelmesi ise 1969 tarihinde olmuştur⁴²⁹. 1983 yılında tababet uzmanlık tüzüğünde değişikliğe gidilmiş ve ihtisasın adı bu kez “Beyin ve Sinir Cerrahisi” olmuştur. 83/6834 karar sayılı ve 23/11/1983-18230 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan bu tüzüğe göre genel cerrahi ve nöroloji uzmanları 3 yıl ve 4 yıl ek süre eğitimle beyin ve sinir cerrahisi uzmanı olabilmektedirler. 2002 yılında uzmanlık eğitim süresi 6 yıla çıkarılmış ancak bu süre 2009 yılında 5 yıla düşürülmüştür⁴³⁰. 2009 yılından sonra ise nöroşirürji uzmanlık eğitim süresi 5 yıl olarak kararlaştırılmıştır. Uzmanlık eğitimi sırasındaki yapılması gereken rotasyonlara baktığımızda, 2002 yılından alınan karar dahilinde, Nöroloji, Genel Cerrahi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Patoloji branşları için toplamda 19 ay süren rotasyon eğitim süreleri tanımlanmıştır. Bu süreler ve rotasyon klinikleri yıllar içinde birçok değişikliklere uğramıştır. Günümüzde 12.10.2017 tarihinde kabul edilen, Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi içerisindeki Beyin ve Sinir Cerrahisi Uzmanlık Eğitimi ekirdek Müfredatı çerçevesinde, nöroşirürji uzmanlık eğitimi sürecindeki rotasyon yapılacak anabilim dalları ve süreleri, Genel Cerrahi 1 ay, Nöroloji 1 ay, Radyoloji 1 ay, Anesteziyoloji ve Reanimasyon 1 ay şeklinde tanımlanmıştır.

Görüldüğü gibi yaklaşık yüz yıllık bir süreç içerisinde gelineen noktada, nöroşirürji uzmanlık eğitimi, Tıp Fakóltesi mezuniyeti sonrası Tıpta Uzmanlık Sınavında başarı göstererek uzmanlık öğrencisi olmaya hak kazananların, 5 yıllık bir uzmanlık eğitimi ve bunun içerisinde 4 aylık bir rotasyon süreci, yine süreç içerisinde yazılacak bir tez ile, süre sonunda tez savunması ile, teorik ve pratik sınavları sonrası başarı gösterilmesi halinde nöroşirürji uzmanı olmaya hak kazanılması şeklinde bir yapı haline gelmiştir.

⁴²⁸ Er ve Naderi, 2011, a.g.k., 211.

⁴²⁹ Er ve Naderi, 2011, a.g.k., 212.

⁴³⁰ Er, U., ve Naderi, S. Türkiye’de Beyin ve Sinir Cerrahisi Uzmanlık Eğitimi Tarihi. 2023. (Ed. Naderi, S.). Türkiye’de Beyin ve Sinir Cerrahisi Tarihi 99-108, s.103

⁴³¹ Erişim Linki: https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/29473/0/beyinvesinircerrahisi_mufredatv23_pdf.pdf. Erişim Tarihi: 28.10.2023.

Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun Nöroşirürji için hazırladığı eğitim ve öğretim müfredatı dahilinde her uzmanlık öğrencisinin uzman olurken sahip olacağı özellik ve yetkinlikler tanımlanmıştır. Türkiye'deki mevcut her eğitim kliniği bu müfredata uygun olarak uzmanlık eğitimini vermekte ve Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği çerçevesinde Nöroşirürji uzmanı yetiştirmektedir. Bu anlamda bir Nöroşirürji uzmanının uygun şartlarda yapması gereken mesleki işlem ve eylemler ve sahip olması gereken yetkinlikler tanımlanmıştır. Bununla beraber, Nöroşirürji pratiği içerisinde bazı tetkik ve tedavi işlemleri gerek organizasyonel alt yapı gerekse mesleki yeterlilikler noktasında ileri düzey eğitim ve tecrübe gerektirebilir. Bu tip girişimleri her uzmanın yapmasını beklemek doğru ve adil olmaz. Bunlar basitçe akademik ameliyatlar olarak da tanımlanabilir. Bu tip ameliyatların özellikle perifer devlet hastanelerinde yapılmaması, defansif tıp uygulamaları içerisinde değerlendirilmemelidir.

Sonuç olarak, ülkemizde nöroşirürji uzmanı olabilmek için, lise eğitimi sonrası girilen üniversite sınavında başarı göstererek tıp fakültesi kazanmak, 6 yıl süren uzun ve dünyanın en zor eğitimi olarak tanımlanan bu fakülteyi bitirmek, sonrasında bölgelere göre değişmek ile birlikte 1-2 yıl arasında mecburi hizmet yapmak, takiben Tıpta Uzmanlık Sınavında başarı göstererek nöroşirürji uzmanlık öğrencisi olmaya hak kazanmak, en az 5 yıl daha sürecek belki de uzmanlık eğitimi en zorlu branşlardan birinin eğitimini tez, teorik ve pratik sınavlar ile başarıyla tamamlamak ve sonrasında yine mecburi hizmet yapmak gerekmektedir. Özetle, ülkemizde nöroşirürji uzmanı olabilmek için lise eğitimi sonrası geçen süre 14-15 yıl kadardır. Çok başarılı, hiçbir aşamada takılmamış, tüm eğitim aşamalarını ve sınavlarını başarıyla tamamlamış ve bu süreçte herhangi bir sağlık sorunu ile de karşılaşmamış bir kişi 32-33 yaşlarında bir nöroşirürji uzmanı olarak çalışmaya başlayabilmektedir.

Nöroşirürji branşı, tüm branşlar içerisinde ilgi alanı en geniş branşlardan biridir. Beyin basitçe vücudu ve yaşamı yöneten, omurilik ve periferik sinirler sayesinde tüm vücut duyu ve hareketlerini organize eden, hipofiz hormonları sayesinde vücudun fonksiyonel yapısını yöneten, bu anlamda hem anatomik komşuluklar hem de fonksiyonel görevler nedeniyle, vücudun tüm organları ile birlikte çalışmaktadır. Bu nedenle bir nöroşirürji uzmanı, tüm bu görev ve fonksiyonlar ve hatta vücudun tüm organları ile bilgi sahibi olmalıdır. Nöroşirürji uzmanı pratik çalışma esnasında Nöroloji, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Radyoloji, Patoloji, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Endokrinoloji, Genel Cerrahi, Kulak Burun Boğaz, Plastik Cerrahi, Ortopedi, Onkoloji başta olmak

üzere hemen tüm branşlar ile yakın ve uyumlu bir çalışma içerisinde olmak zorundadır. Bu nedenle, ‘iyi’ bir nöroşirürji uzmanı sadece mesleki anlamda bilgi sahibi olmakla yetinmemeli gerek hastalar ve yakınları gerekse birlikte çalıştığı kalabalık ekip üyeleri ile birlikte iyi ilişkiler kurmak adına, iyi bir iletişim becerisine de sahip olmalıdır.

Nöroşirürji branşının bir başka özelliği, tarihsel süreçte hızla gelişen teknolojiyen en fazla etkilenen ve teknolojiyi en fazla kullanan branşlardan birisi olmasıdır. Öyle ki, son 70-80 yıldır cerrahide ve nöroşirürjide yapılanlar, keşfedilenler ve uygulananların, tüm bilinen insanlık tarihinde yapılanlardan ve bilinenlerden fazla olduğunu ifade eden yazarlar mevcuttur⁴³². 2000’li yılların başlarına kadar birçok nöroşirürji ameliyathanesinde, kafatası kemiklerini açmak için kullanılan perforatör ve tel testerelerden, yirmi yıl içerisinde gelinen teknolojik gelişim gerçekten ürkütücü boyuttadır. Önümüzdeki yıllarda, beyin konnektom projelerinin tamamlanmasıyla, beyin bağlantı yolları ve çekirdek anatomisinin detaylı haritalarının ameliyat öncesi ve sonrası çıkarılarak ameliyat planlamalarının bu esaslar üzerine yapılacağı beklenmektedir. Ayrıca moleküler biyoloji ve genetik alanında gelişmeler ışığında doğumdan itibaren beyin damarlarının yapısı, anevrizma ve inme yatkınlıkları önceden öngörülebilir hale geleceği düşünülmektedir. Ayrıca üç boyutlu yazıcılar sayesinde insanların kendi kök hücrelerinden oluşturulan uzuvlar ve organlar yapılabilecektir⁴³³. Tüm bu baş döndürücü teknolojik gelişmeler, hekimler ve insanlar açısından yararlı gibi görünse de bunların öğrenme ve uygulanma süreçlerinde yaşanabilecek olası etik ve hukuki sorunlara kapıyı ardına kadar açmaktadır. Tüm bu ifadelerden ortaya çıkan yadsınamaz tek gerçek, bir nöroşirürji uzmanının eğitiminin ve öğrenme çabasının, mesleği sürdürdüğü sürece devam etme zorunluluğudur. Yani, ortaya konulan bir teknolojik gelişme literatürde standart bir uygulama halini almış ise, bu gelişmenin ilgili nöroşirürji uzmanı tarafından kullanılma zorunluluğu vardır. Aksi takdirde hekim, tıbbi standart uygulamayı yapmamış olacak ve durum tıbbi kötü uygulama olarak nitelendirilebilecektir.

Tarihsel gelişimi ve günümüzde gelinen noktanın incelenmesi sonrası, nöroşirürji branşına malpraktis penceresinden bakılacak olursa gerek dünyada gerekse ülkemizde özellikle son iki dekatta medikolegal dava sayısında ortaya çıkan büyük artış yadsınamaz

⁴³² Biçeroğlu ve ark. 2018, a.g.k., 262.

⁴³³ Biçeroğlu ve ark. 2018, a.g.k., 262.

bir gerçektir. ABD’de National Practitioner Data Bank (Ulusal Klinisyen Veri Bankası) verilerine göre, 1991 yılı başı ile 2019 yılı sonu arasında maliyeti 132 milyar doları aşan 350.000’den fazla dava açılmıştır⁴³⁴. 2020 yılında yayımlanan bir çalışmada ise ABD’de hekimlere karşı her yıl 85.000 dava açıldığı bildirilmektedir⁴³⁵.

Literatür göstermektedir ki, bu davalardan en çok etkilenen branşlar Acil Tıp, Genel Cerrahi, Ortopedik Cerrahi, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ile Radyoloji branşlarıdır⁴³⁶. Bu konuda yapılan bir başka çalışmada, malpraktis riski açısından medikolegal davalarla karşı karşıya kalan kliniklerin başında Nöroşirürji kliniklerinin ve uzmanlarının olduğu görülmektedir⁴³⁷. Nöroşirürji branşının geçmişten bugüne en riskli branşlardan biri olduğu ve yüksek riskli uzmanlık (high-risk specialty) olarak sınıflandırıldığı birçok çalışmada vurgulanmış bir durumdur⁴³⁸.

Gerçekten de nöroşirürji pratiği, tıbbi ve hukuki riskler de dahil olmak üzere birçok mesleki risklerle doludur. Nöroşirürji branşına özgü olaylar ve hastalıklar genellikle karmaşık, duygusal açıdan yüklü ve sıklıkla acildir. Kötü bir sonuç olduğunda (hatta olmasa bile), beyin cerrahları ve klinik uygulamaları yüksek düzeyde incelemeye tabi tutulur, tedavi sırası veya sonrasında ortaya çıkan morbidite veya mortalite durumlarında medikolegal dava süreci ile karşı karşıya kalınabilir⁴³⁹. ABD’de yapılan bir çalışmada, 2003-2012 yılları arasında nöroşirürji uzmanlarına karşı 2131 dava açıldığı ve bu davaların % 28’i davacıya ödeme ile sonuçlandığı ortaya konmuştur⁴⁴⁰. Aynı çalışmada, davacı ile uzlaşma ya da davacı tarafından kazanılmış davalar sonucunda

⁴³⁴ Medress ve ark. 2020, a.g.k., 2.

⁴³⁵ Lefever, ve ark. 2020, a.g.k., 1.

⁴³⁶ Sandra, C. Y., ve ark. (2016). International Defensive Medicine in Neurosurgery: Comparison of Canada, South Africa and the United States World Neurosurg. 95:53- 61.

⁴³⁷ Jena ve ark. 2011, a.g.k., 632.

⁴³⁸ Dronkers, W. J. ve ark. 2020, s. 1.; Taylor, C. L. (2014) Neurosurgical practice liability: relative risk by procedure type. Neurosurgery. 75(6):609–613.; Lefever ve ark. 2021, a.g.k., 371.; Otsuki, K., ve Watari, T. (2021). Characteristics and Burden of Diagnostic Error-Related Malpractice Claims in Neurosurgery, World Neurosurg. 148:35-42, s. 35.; Studdert, D. M., ve ark. (2005). Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. JAMA. 293(21): 2609–2617.; Steele, L., ve ark. (2015). Extent of medicolegal burden in neurosurgery – An analysis of the National Health Service Litigation Authority Database, British Journal of Neurosurgery, 29(5): 622–629, s. 622.

⁴³⁹ Pannullo, S. C., ve Ramakrishna, R. (2016). Neurosurgical Guidelines in a Medicolegal Minefield, World Neurosurg. 96:602-603.

⁴⁴⁰ Elsamadicy, A. A., Sergesketter, A. R., Frakes, M. D., ve Lad, S. P. (2018). Review of neurosurgery medical professional liability claims in the United States. Neurosurgery. 83(5):997–1006.

ödenen tazminat miktarının ortalama 439.146 Amerikan Doları olduğu ve bu rakamın diğer tüm tıbbi uzmanlık dalları arasında ödenen ortalama tazminattan %35 daha fazla olduğu bildirilmektedir⁴⁴¹.

Medikolegal dava riski ve hasta şikayetleri noktasında Nöroşirürji uzmanlarının ilgi alanları üzerinden bir değerlendirme yapıldığında, spinal cerrahi ile uğraşan nöroşirürji uzmanlarının diğer ilgi alanları ile uğraşan meslektaşlarına göre daha fazla risk altında olduğu bildirilmektedir⁴⁴². Benzer durumu ifade eden bir başka çalışmada, spinal cerrahi içerisinde de %20,6 ile en sık intervertebral disk patolojileri nedeniyle yapılan ameliyatlar sonucu malpraktis iddiaları ortaya atılmaktadır⁴⁴³. Amerikan Nörolojik Cerrahi Kurulu'nun 1026 üyesiyle yapılan bir çalışmada, omurga cerrahlarının, omurga dışı beyin cerrahlarından üç kat daha yüksek oranda defansif tıp uyguladığını ifade etmektedir⁴⁴⁴. Başka bir çalışmada ise, nöroşirürji branşı içerisinde malpraktis iddialarının % 60 kadarı omurga cerrahisi ile ilgili olduğunu bildirmektedir⁴⁴⁵. 2003 ile 2012 yılları arasında ABD’de Nöroşirürji uzmanlarına yönlendirilen yanlış tedavi iddialarından en yaygın üç durumun (intervertebral disk hastalığı, sırt rahatsızlıkları/ağrısı ve omurga stenozu) tüm vakaların % 40'ından fazlasını oluşturduğu ve ödemelerin toplamı yaklaşık 105 milyon dolar olduğu bildirilmektedir⁴⁴⁶.

İngiltere’de yapılan ve 1997 ile 2011 yılları arasında hukuki sonuca ulaşmış toplam 617 nöroşirürji branşı ile ilgili davayı inceleyen çalışma sonuçları göstermektedir ki, toplam dava maliyeti 67,4 milyon £ olup, 282 talep (%46) tazminatla sonuçlanmıştır⁴⁴⁷. Bu davaların yaklaşık üçte ikisi omurga cerrahisi ile ilgili olup, zararların başlıca iki nedeninin gecikmiş teşhis (%32) ve cerrahi ihmal (%22) olduğu bildirilmektedir⁴⁴⁸. Yine İngiltere’de yapılan bir başka çalışmada, üçüncü basamak bir

⁴⁴¹ Elsamadicy ve ark. 2018, a.g.k., 1001.

⁴⁴² Din, R. S. ve ark. (2017) Defensive medicine in U.S. spine neurosurgery. Spine (Phila Pa 1976). 42(3): 177–185.; Ahmadi, S. A., ve ark. (2019). Malpractice claims in spine surgery in Germany: a 5-year analysis. Spine J. 19(7):1221–1231.; Dronkers, W. J. ve ark. 2020, s. 5.; Thomas, R., ve ark. (2018). Medical malpractice in neurosurgery: a comprehensive analysis. World Neurosurg. 110:552–559.; Medress, Z. A ve ark. 2020, s. 1.; De Macêdo Filho, L. J. M.,ve ark. (2020). Malpractice and socioeconomic aspects in neurosurgery: a developing-country reality, Neurosurg Focus 49 (5):1-8.

⁴⁴³ Elsamadicy ve ark. 2018, a.g.k., 1006.

⁴⁴⁴ Din ve ark. 2017, a.g.k., 183.

⁴⁴⁵ Medress ve ark. 2020, a.g.k., 3.

⁴⁴⁶ Elsamadicy ve ark. 2018, a.g.k., 1001.

⁴⁴⁷ Steele ve ark. 2015, a.g.k., 622.

⁴⁴⁸ Steele ve ark. 2015, a.g.k., 622.

merkezde 2013-2018 yılları arasında nöroşirürji ile ilgili medikolegal 18 olayın tamamının omurga cerrahisi ile ilgili olduğu bildirilmiştir. Çalışmada iyi cerrahi teknik uygulanmasının ve dikkatli bir aydınlatılmış rıza sürecinin bu davaların azaltılmasında önemli olduğu vurgulanmaktadır⁴⁴⁹.

Bilinmektedir ki omurga cerrahisi, omurilik ve sinir köklerinin hassas yapısı, cerrahi sırasında sıkça uygulanan enstrümantasyon işlemleri sırasında omurgaya komşu doku ve organların yaralanma riskleri nedeniyle komplikasyonlara ve olası medikolegal davalara son derece açıktır⁴⁵⁰. Bunun yanında omurga cerrahisinin başlıca iki hasta kaynağı dejeneratif hastalıklar ve travmadır. Dejeneratif hastalıklar nedeniyle cerrahi gerektiren hastaların büyük çoğunluğu ileri yaş grubu hastalar olduğundan, bu hastaların hipertansiyon ve diyabet başta olmak üzere mevcut yandaş hastalıkları olası morbidite hatta mortaliteyi artırma riski oluşturmaktadır. Omurga cerrahisi gerektirecek düzeyde yaralanmaya maruz kalmış travma hastalarında ise genellikle başka doku ve organlarda da yaralanmalar olabileceği için, bu hastaların takip ve tedavileri sırasında ve sonrasında da birçok sorunla karşı karşıya kalınabilir. Tüm bunlar komplikasyon, malpraktis ve dava riskini arttıran etkenlerdir.

Kranial cerrahi uygulamaları açısından ABD’de yapılan çok kapsamlı ulusal bir araştırma, ülkedeki mevcut medikolegal dava edilme risk ortamının, mortalite ile ilişkili olmadığını, ancak artan tedavi ücretleri ile ilgili olduğunu ortaya koymuştur⁴⁵¹. Bu durumun olası defansif tıp uygulamaları ile alakalı olabileceği noktasında çalışmalar mevcuttur⁴⁵². Steele’in çalışmasında, kranial cerrahi ile ilgili malpraktis iddialarının büyük oranda tanı gecikmesi ile ilgili olduğu ifade edilmektedir⁴⁵³. Amerika Birleşik Devletleri’nde beyin tümörleri ile ilgili malpraktis davalarını araştıran ve 31 yıllık bir analiz ortaya koyan çok kapsamlı bir çalışmada, en sık iyi huylu beyin tümörü olan hastaların dava yoluna gittiği tespit edilmiştir⁴⁵⁴. Çalışmada, zamanında ve doğru teşhis konulamaması, tedavi edilememesi ve prosedür hataları, malpraktis iddiaları için başta gelen nedenler olduğu ortaya konulmuştur.

⁴⁴⁹ Esemien, Y., Mostofi, A., Crocker, M. J. N., ve Pereira, E. A. C. (2022) Why are neurosurgeons sued? A single-center, half-decade review, *British Journal of Neurosurgery*, 36:1, 75-78.

⁴⁵⁰ Medress ve ark. 2020, a.g.k., 1.

⁴⁵¹ Bekelis, K., Missios, S., Wong, K., ve MacKenzie, T. A. (2015). The Practice of Cranial Neurosurgery and the Malpractice Liability Environment in the United States, *PLOS ONE* 1-13, s. 10.

⁴⁵² Nahed ve ark. 2012, a.g.k., 5.

⁴⁵³ Steele ve ark. 2015, a.g.k., 628.

⁴⁵⁴ Kessler, R. A., ve ark. Malpractice Litigation in Brain Tumor Surgery: A 31-Year Analysis of Causative Factors in the United States from the Westlaw Database, *World Neurosurg.*(2019) 122:1570-77.

Kranial cerrahi işlemler genellikle intrakranial basıncı arttırıcı herhangi bir lezyon (tümör, kanama, travma, vs) nedeniyle yapılır ve çoğunlukla başka bir tedavi seçeneği olmayan işlemlerdir. Kranial cerrahi işlemlerin morbidite ve mortalite ihtimalleri diğer organ cerrahilerine oranla yüksek olsa da bunlar müdahale edilmediği takdirde hayatı tehdit eden işlemler olduğundan, eğer hasta ve yakınlarına durum gereğince izah edilmişse, çoğunlukla şikâyet ve dava nedeni olmazlar. Bize göre, spinal cerrahide dava sayısı yüksekliğinin bir nedeni de tedavi seçeneklerinin fazla olması ve olumsuz bir durumda hasta ve yakınlarının diğer seçenekler açısından yeterli aydınlatılmadıkları iddiaları olabilir.

Almanya’da pediatrik nöroşirürji ile ilgili yapılan bir araştırmada, 2012 ve 2016 yılları arasında, toplam 8381 malpraktis iddiasının, 391’inin pediatrik vakalar olduğu, bunların 7 (% 1.8) tanesinin ise pediatrik nöroşirürji ile ilgili olduğu ortaya konmuştur. Bu 7 vakanın sadece 1 tanesinde malpraktis tespit edilmiştir⁴⁵⁵. Yetişkin nöroşirürji vakalarında morbidite gelişme oranları % 7 ile 13 arasında değişirken, bu oranların pediatrik nöroşirürji vakalarında daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur⁴⁵⁶. Campbell ve arkadaşları bu oranın yüksek olmasının nedenini, pediatrik nöroşirürjinin prematür bebekler gibi çok yüksek riskli hastalara yapılan müdahaleler ve BOS ile ilgili yapılan işlemler olarak bildirmektedir⁴⁵⁷.

Nöroşirürji ve malpraktis riski noktasında gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalar göstermektedir ki, nöroşirürji uzmanları son yıllarda olası malpraktis riski nedeniyle rutin uygulamalarını değiştirmektedirler. Fransa’da yapılan bir çalışma, artan medikolegal davalar nedeniyle hekim davranışlarının değiştiği, riskli vakalardan kaçınan defansif bir tavır geliştirildiği ortaya konmuş ve bu durumun bir yandan hastaları olumsuz etkilemekle beraber diğer yandan da hekimler açısından mesleki hayal kırıklığı oluşturduğu ifade edilmiştir⁴⁵⁸. Bir başka çalışmada, medikolegal dava riski nedeniyle

⁴⁵⁵ Beez, T., Steiger, H. J., Weber, B. ve Ahmadi, S. A. (2019). Pediatric neurosurgery malpractice claims in Germany, *Child's Nervous System*. 35:337–342, s. 338.

⁴⁵⁶ Steiger, H. J., Stummer, W., ve Hänggi, D. (2010) Can systematic analysis of morbidity and mortality reduce complication rates in neurosurgery. *Acta Neurochir* 152:2013–2019.; Ibañez, F. A. I., Hem, S., Ajler, P., Vecchi, E., Ciraolo, C., Baccanelli, M., Tramontano, R., Knezevich, F., ve Carrizo, A. (2011). A new classification of complications in neurosurgery. *World Neurosurg* 75(709); 15–11.

⁴⁵⁷ Campbell, E., Beez, T., ve Todd, L. (2017) Prospective review of 30-day morbidity and mortality in a paediatric neurosurgical unit. *Childs Nerv Syst* 33:483–489.

⁴⁵⁸ Debono ve ark. 2020, a.g.k., 224.

nöroşirürji uzmanlarının oturur (sitting position) pozisyonda cerrahi yapmaktan kaçınmaya başladıklarını ortaya koymaktadır⁴⁵⁹. Lefever ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, karşı karşıya oldukları medikolegal dava riski nedeniyle nöroşirürji uzmanlarının, klinik bazı uygulamalarda değişikliklere gittikleri, açılan davalar nedeniyle çok fazla zaman ve para harcamak zorunda kaldıklarını ve bu durumun en sık da omurga cerrahlarını etkilediğini ifade etmektedirler⁴⁶⁰. Nahed ve arkadaşlarının ABD’de 1034 nöroşirürji uzmanının katıldığı çalışmalarında, katılımcıların ek görüntüleme çalışmaları (%72), laboratuvar testleri (%67) ve konsültasyon isteyerek (%66) veya ilaç reçete ederek (%40) defansif tıp uygulamalarına yöneldikleri ve bazı nöroşirürji uzmanlarının yüksek riskli operasyonlardan kaçındıkları bildirilmektedir⁴⁶¹.

Medikolegal dava sayısında artışların ve hekimlerin içerisinde oldukları mesleki ve hukuki stresin bir başka yönü de hekimlerin sağlıkları üzerinde oluşan etkilerdir. Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan çok merkezli bir çalışmada, malpraktis davalarının nöroşirürji uzmanlarının kariyerlerinin ayrılmaz bir parçası olduğu ifade edilerek, bu durumun nöroşirürji uzmanlarında aşırı stres, kaygı ve depresyona neden olabileceği hatta daha ileri safhalarda tükenmişlik sendromuna sürükleyebileceği ve bu durumun genç hekimlerde daha sık izlendiği bildirilmiştir⁴⁶². Son yıllarda post travmatik stres sendromu adıyla bilinen hastalığın bir varyantının da, hekimlerin yaşadığı bu strese bağlı olarak gelişen medikal malpraktis stres sendromu (Medical Malpractice Stress Syndrome) olduğu bildirilmektedir⁴⁶³. Paterick ve arkadaşları konuyla ilgili yaptıkları çalışmada, her ne kadar malpraktis iddiaları nedeniyle açılan davaların çoğunluğu hekimlerin lehine sonuçlansa da dava sürecinde yaşananların hekimler açısından yıkıcı ve moral bozucu etkilere sahip olduğu, uzun süren davalar sürecinde hekimlerin utanç, suçluluk, sinirlilik, güvensizlik, yalnızlık ve azalmış benlik saygısı duyguları geliştirebildiği ifade edilmektedir. Çalışmada yeterli hukuk bilgisi olmayan ve dava süreçlerini kontrol edemediğini düşünen hekimlerin genellikle duygusal tepkiler verdiği ve duygusal olarak zarar görmüş bir hekimin ise kendine güvensiz hale geldiği, bilgi ve

⁴⁵⁹ Porter, J. M., Pidgeon, C., ve Cunningham A. J. (1999). The sitting position in neurosurgery: a critical appraisal. *Br J Anaesth.* 82(1), 117–128.

⁴⁶⁰ Lefever ve ark. 2021, a.g.k., 371.

⁴⁶¹ Nahed ve ark. 2012, a.g.k., 6.

⁴⁶² Lefever ve ark. 2021, a.g.k., 371.

⁴⁶³ Paterick, Z. R., Patel, N., Chandrasekaran, K., Tajik, J., ve Paterick, T. E. (2017). Medical Malpractice Stress Syndrome: A “Forme Fruste” of Posttraumatic Stress Disorder, *Medical Practice Management.* 283-87, s. 284.

becerileri hakkında endişelendiği ve tıbbi kararlar vermekte zorlandığı bildirilmektedir⁴⁶⁴. Tüm bu psikolojik sıkıntılar hekimde, önceden var olan ya da yeni tanı konan kardiovasküler sistem ve gastrointestinal sistem hastalıkları ve diyabet gibi sorunların oluşmasına yol açabilecektir. Sorunlarını aşamayan kimi hekimler alkol, sigara ya da diğer madde kullanımı gibi çıkmazların içerisine girmekte oldukları tanımlanmaktadır⁴⁶⁵.

Yine bir başka çalışmada vurgulanmaktadır ki, her ne kadar hekimler, malpraktis sigortası aracılığıyla tazminat ödemelerine karşı korunabilseler de davaların zaman, stres, ilave iş ve itibar kaybı gibi dolaylı maliyetlerine karşı bir sigortaları bulunmamaktadır⁴⁶⁶. Bu durum, özellikle cerrahi uzmanlıklar arasında en fazla medikolegal dava riskiyle karşı karşıya olan beyin cerrahları için çok önemlidir⁴⁶⁷.

Sonuç olarak literatür göstermektedir ki, nöroşirürji branşı komplikasyon gelişme olasılığı yüksek, morbidite ve mortalite oranları diğer cerrahi branşlara göre daha fazla ve uzmanlarının medikolegal dava riskiyle her an karşı karşıya oldukları bir branştır. 1900'lü yılların başında yapılan kranial ve omurga girişimlerinin sonuçlarına bakıldığında, bu disiplinin o dönemlerde kimi yazarlar tarafından "intihar etmenin bir tür kibar yolu" olarak görüldüğü de unutulmamalıdır⁴⁶⁸. Son 50 yılda gelişen teknoloji ile nöroradyoloji, nörofizyoloji ve nöroanesteziye gelişmeler ve ameliyat sırasında kullanılan ameliyat mikroskobu, nöronavigasyon ve nörostimülasyon cihazları gibi artık vazgeçilmez hale gelen teknolojik araçlar sayesinde morbidite ve mortalite oranlarında ciddi düşüşler izlenmektedir. Tüm bunlara rağmen nöroşirürjikal girişimler sırasında gelişebilecek komplikasyonların ciddi nörolojik defisitlere neden olabilme ihtimali bu disiplinin hala en riskli branşlardan biri olduğu kabul edilmektedir. Günümüzde hem gelişen teknolojinin sağladığı imkân ve kolaylıklar hem de ülkelerin sağlık sistemleri içerisinde geliştirilen kalite standartlarının kullanımı sayesinde bahsedilen bu riskler azaltılmaya çalışılmaktadır.

⁴⁶⁴ Paterick ve ark., 2017, a.g.k., 284.

⁴⁶⁵ Paterick ve ark., 2017, a.g.k., 284.

⁴⁶⁶ Baicker, K., Fisher, E. S., ve Chandra, A. (2007). Malpractice liability costs and the practice of medicine in the Medicare program. 26(3): 841–852.

⁴⁶⁷ Jena ve ark. 2011, a.g.k., 635.

⁴⁶⁸ Bliss, M. (2005). Harvey Cushing: A Life in Surgery. Oxford, UK: Oxford University Press; s. 184.

Literatürde bu riskleri tanımlayan ve nasıl azaltılacağı noktasında öneriler ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur. Fransa’da yapılan bir çalışmada sigorta kurumlarının son birkaç yıldır yapılan işlemlerin prosedürlere uygunluğu değerlendirmek üzere görevlendirdiği uzmanların başlıca dört kriteri incelemekle zorunda olduğunu bildirmektedir ki bunlar; cerrahiye mevcut uygulamalarla (en son teknoloji) uyumlu bir ortamda gerçekleştirmek, Ulusal Sağlık Kalite kontrol listesine uymak, antibiyotik profilaksi uygulamalarını değerlendirmek ve izlemek ve son olarak da, ameliyat sonrası komplikasyonların taranmasını ve tedavisini sağlamaktır⁴⁶⁹.

Genel anlamda bakıldığında, nöroşirürji branşı ile ilgili gelişebilecek komplikasyonları bilmek ve önlemlerini almak, olası malpraktis nedeni olabilecek konulara karşı hazırlıklı olmak gerekliliği açıktır. Bu nedenle uzmanlık öğrencileri başta olmak üzere genç nöroşirürjiyenlerin bu açılardan eğitimi çok önemlidir. Bunun yanında hukuki sorunlara neden olabilecek tüm ayrıntılara da hâkim olunmalıdır. Çalışmanın bundan sonraki bölümlerinde dava konusu olmuş ya da olabilecek olası malpraktis nedenleri tartışılacak, nöroşirürji ile ilgili Yüksek Yargı Kararları ortaya konularak irdelenecektir.

4.2. Medikal Hata Kaynaklı Malpraktis

Genelde tüm tıbbi işlemler özelde ise nöroşirürji ile ilgili yaşanabilecek tıbbi kötü uygulama nedenlerinin başlıca medikal veya organizasyon ile ilgili hatalardan kaynaklandığı daha önce ifade edilmişti. Çalışmamızda nöroşirürji ile ilgili medikal hata kaynaklı tıbbi kötü uygulama nedenleri, ameliyat öncesi (pre-operatif), ameliyat sırası (per-operatif) ve ameliyat sonrası (post-operatif) olmak üzere üç başlık altında incelenecek, konu ile ilgili vaka örnekleri ve yargı kararları ile değerlendirmeler ortaya konulacaktır.

⁴⁶⁹ Emery, E., Balossier, A., ve Mertens, P. (2014). Is the Medicolegal Issue Avoidable in Neurosurgery? A Retrospective Survey of a Series of 115 Medicolegal Cases from Public Hospitals, World Neurosurg. 81(2):218-222, s. 219.

4.2.1. Pre-operatif sorunlar

Nöroşirürji branşı başta olmak üzere tüm cerrahi branşlarda başarının sırrı ameliyat öncesi dikkatli ve iyi bir değerlendirme ile başlar. Bu bölümde, Yüksek Yargı Karar'ları eşliğinde, pre-operatif aşamada en sık sorun yaşanan konular ile ilgili değerlendirmeler yapılacaktır.

4.2.1.1. Poliklinik aşaması

Nöroşirürji poliklinikleri, ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde en yoğun hasta muayene hizmeti verilen poliklinikler arasında yer almaktadır. Genel anlamda bakıldığında, polikliniğe başvuran hasta, mustarip olduğu hastalığı ile ilgili bir hekime başvurmakta, o nedenle hekime sıkıntısını ayrıntısı ile anlatmak, muayene olmak, gereken laboratuvar ve radyoloji tetkikleri yaptırmak ve takiben kendisine bir teşhis konulması ve sonrasında gereken tedavinin verilmesini istemektedir. Unutulmamalıdır ki, özellikle devlet kurumları için hastalar çok zor randevu alabilmekte ve poliklinik kapısındaki kalabalık içerisinde beklemek durumunda kalmaktadırlar. Bu durum zaten ağrısı ya da başka sıkıntıları olan hastanın psikolojisini oldukça yıpratmaktadır. Buna karşılık, bahsedilen yoğunluk ve karmaşadan hekim de nasibini almakta, günümüz şartlarında 5-10 dakikada bir hasta kabul etmek zorunda kalmakta, gün içinde kabul edilemeyecek sayıda hasta için hizmet vermek durumunda kalmaktadır.

Tüm bu olumsuz şartlar altında başlamak durumunda olan hekim-hasta arasındaki poliklinik ilişkisini yönetebilmek hiç kolay değildir. Ancak, hekimin ve hastanın karşılıklı empatisi doğru iletişimin başlangıç noktasıdır denilebilir. Hekim için, hastanın kendisine ne kadar zor ulaştığının ve kapı önünde ne kadar beklediğinin kabulü bile doğru iletişim başlangıcı açısından değerlidir⁴⁷⁰. Chou ve arkadaşları bu süreç için farklı spesifik empatik ifade türleri ortaya koymaktadır; ortaklık, saygı, duygu, destek, karşılıklı kabullenmek ve meşrulaştırmak⁴⁷¹. Aslında buradaki her bir ifade, hasta ile hekimin, asıl düşman olan 'hastalığa' karşı samimi bir ortaklık oluşturma, birbirini anlama ve birlikte hareket etme amaçlarını kapsamaktadır. Hastanın hekimin odasına girdiği ana kadar ki

⁴⁷⁰ Hartley ve Elowitz, 2020, a.g.k., 475.

⁴⁷¹ Chou, C. L., Cooley, L., Pearlman, E., ve White, M. K. (2014). Enhancing patient experience by training local trainers in fundamental communication skills. Patient Exp J. (1):36-45.

hiçbir olumsuzluk hekimin kabahati değildir bu nedenle hasta da dışarıda yaşadığı sıkıntıyı hekime yansıtmamalıdır. Bununla beraber, hekimin aşırı yoğun olmasının ya da o an sinirli olmasının sebebi de ‘o hasta’ değildir. Bu nedenle, karşılıklı olarak sıkıntılar yansıtılmamalı, empati yapılarak, saygı ile ortaklaşarak, gerçek hedef olan hastalıkları tedavi etmeye odaklanılmalıdır.

Hasta ile hekim arasında kurulması gereken doğru ve güven içeren iletişim başlangıcı hastanın poliklinik kapısından girişi ile başlar. Bu aşamada (sistemden daha önce adını gördüğünüz) hastaya adı ile hitap ederek, sıcak bir gülümseme ile ‘Hoşgeldiniz, ... bey, ... hanım’ gibi bir karşılama ifadesi ve oturması gereken koltuğun gösterilmesi iyi bir başlangıç olabilecektir. Şikayetini sormadan, bir iki cümlelik hastaya özel, soru-cevap süreci (nereden geliyorsunuz, nerelisiniz, değişik bir ismi var ise adınızın anlamı nedir vs.) hastalık sürecine girmeden hastayı rahatlatarak ve aradaki ilişkiyi ısıtarak, uygun bir hasta hekim ilişkisi için doğru adımlar oluşturabilecektir. Konuşma sürecinde hasta ile göz teması içerisinde olunmalı, mümkün olduğunca kendisine doğru yönelmiş şekilde oturulmalıdır. Hekimlerin kullandıkları poliklinik odalarının kötü ergonomik özellikleri ve oda tasarımı, özellikle hasta bilgilerini bilgisayara geçirme aşamasında cerrahı hastaya tam yönelmeden oturmaya zorlayabilir, doğrudan göz teması olasılığını ortadan kaldırabilir ve böylece yapıcı bir yaklaşımı tehlikeye atabilir. Bu durum hastada, hekimin kendisini dinlemediği duygusu oluşturabilir. Böyle bir durumda hekimin, bilgisayarı hastalara "tanıtması" ve kendisini dinlediğini ancak not aldığını ifade etmesi, arada not almayı bırakarak hastaya tam yönelerek bunu vücut dili ile de ortaya koyması önemlidir⁴⁷².

Ülkemizde halkın sosyo kültürel seviyesi ve medikal okur yazarlık durumu, bir nöroşirürji polikliniğinde hangi hasta grubunun görülmesi gerektiği noktasında ayırım yapacak düzeyde, genellikle değildir. Bu durum doğal karşılanabilir zira nöroşirürji branşının ilgilendiği konular genellikle spesifik konulardır. Bununla beraber bu çalışmanın yazarının 32 yıllık mesleki tecrübesi göstermektedir ki, nöroşirürji polikliniğine başvuran hastaların çok büyük bir bölümü Nöroloji, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Ortopedi ve yakın diğer branşları ilgilendiren hastalardır. Tecrübelerimiz göstermektedir ki, halkımızın cerrahi branşlara olan ilgi ve saygısı daha fazladır ancak bu durum doğal olarak beklentiyi de arttırmaktadır. Gelişmiş ülkelerde, hastalar nöroşirürji

⁴⁷² Hartley ve Elowitz, 2020, a.g.k., 475.

polikliniklerine sıklıkla dahili branşlar tarafından yönlendirilirken, bizim ülkemizde bu durum tam tersi yaşanmaktadır. Nöroşirürji uzmanları genellikle hastayı muayene ve tetkik ederek cerrahi bir müdahale gerekmediğini ortaya koyar ve ilgili dahili branşa yönlendirirler. Bu durumun bir başka nedeni de sistemin getirdiği daha çok hasta görmenin gerek özel sektörde gerekse kamu hastanelerinde getirdiği ekonomik avantajdır. Bu nedenle meslektaşlarımız kimi zaman Nöroloji, Fizik Tedavi gibi branşların ilgilenmesi gereken hastaların da tedavisini üstlenebilmektedirler.

Nöroşirürji poliklinikleri özelinde sıkça yaşanan bir hastalık grubu örneğinde tartışmaya devam edecek olursak, bu polikliniklerde en sık görülen hasta grubu bel ağrısı ile gelen hastalardır. Nöroşirürji pratiği açısından, polikliniklere başvuran bel ağrılı hastaların çoğunluğu Lomber disk hernisi ya da Lomber Dejeneratif Disk Hastalığı diye tanımladığımız hastalıktır⁴⁷³. Bu bir açıdan doğaldır çünkü insanların % 95'i hayatının bir döneminde bel ağrısı yaşarlar ve bu semptomla başvuran hastalar çok büyük oranda cerrahi bir müdahale gerektirmeyecek hastalardır. Yapılan muayene ve tetkikler sonucu ameliyat endikasyonu konulan ve cerrahi uygulanan hastaların tamamı ne yazık ki her zaman istedikleri sonuca ulaşamazlar. Bu hastaların, ilk kez cerrahi yapılmışsa % 10-15 kadarı, nüks ve/veya rezidü gelişmesine bağlı tekrarlayan operasyonlarda ise % 40'a kadar olanı, çeşitli nedenlerle mutlu değildir⁴⁷⁴. Lomber disk hernisi cerrahisi sonrası hastanın şikayetlerinin geçmemesi ya da gelişebilen diğer tıbbi sorunlar ile ilgili durum literatürde 'Failed Back Surgery Syndrome' şeklinde tanımlanmakta, bu da Türkçe'ye, 'Başarısız Bel Cerrahisi Sendromu' şeklinde çevrilmiştir. Yapılan bir çalışmada, bu ifadenin hukuki ve bilimsel açıdan yerinde olmadığını, doğru tanımlamanın 'Tedavi Edilememiş Bel Sendromu' olabileceği bildirilmiştir⁴⁷⁵. Bu çalışmanın yazarı da bu tanımlamanın yerinde olduğunu ve özellikle hukuki anlamda daha doğru olacağını yayımladığı bir makalede ifade etmiştir⁴⁷⁶. İfade etmek gerekir ki, Tedavi Edilememiş Bel Sendromu nedenleri, preoperatif, peroperatif ve postoperatif olmak üzere 3 ana başlık altında toplanabilir. Bu bölümde poliklinik aşaması tartışıldığı için preoperatif nedenleri tanımlamak gerekirse bu açıdan hasta seçimi en önemli faktördür. Lomber disk hernisi

⁴⁷³ Işık ve Yılmaz, 2018, a.g.k., 257.

⁴⁷⁴ Cinotti, G., Roysam, G. S., Eisenstein, S. M., ve Postacchini, F. (1998). Ipsilateral recurrent lumbar disc herniation. A prospective, controlled study. *J Bone Joint Surg Br* 80(5), 825-832.

⁴⁷⁵ Atalay, B., ve Caner, H. (2014). Başarısız bel cerrahisi sendromu nedenleri. (Ed. Zileli, M. ve Özer, F.). *Omurilik ve Omurga Cerrahisi*, 3. baskı, İzmir: İntertıp Yayınevi, 803-812.

⁴⁷⁶ Işık, H. S., Yıldırım, T., ve Yılmaz, A. (2018). Bel cerrahisi sonrası sorunlar. *Türkiye Klinikleri J Neurosurg-Special Topics* 5(3):129-134, 201.

ile başvuran hasta, poliklinikte doğru değerlendirilmeli, dikkatli ve ayrıntılı muayene yapılmalı ve gerekli tüm tetkikler tamamlanmalıdır. Güvenli cerrahi açısından, başta anesteziyoloji olmak üzere, ihtiyaç duyulan branşlarca konsülte edilmeli ve önerilere uyulmalı, hastanın psiko-sosyal durumu gibi postoperatif dönemde iyilik halini etkileyecek tüm durumlar değerlendirilmelidir⁴⁷⁷.

Lomber disk hernisi özelinde tanımladığımız tüm bu poliklinikte değerlendirme davranışları tüm nöroşirürji hastalıkları için de gereklidir. Başvuru sebebi ne olursa olsun, nöroşirürji uzmanı başvuran her hastayı dikkatlice dinlemeli, ayrıntılı muayene etmeli, gereken laboratuvar ve radyolojik tetkikleri isteyerek değerlendirmeli, ortaya koyduğu tanıyı hastaya anlatmalı, tedavi seçenekleri ve bunların risk ve komplikasyonları noktasında hasta aydınlatılmalı, hastanın olası sorularını anlayabileceği şekilde cevaplamalı, bir ilaç tedavisi verilecekse ilaçların özellikle sık görülen olası riskleri hakkında bilgi vermeli ve gerekiyorsa kontrole gelmesi gereken zamanı tanımlamalı ve tüm bunlar yapılırken hekim ve hasta arasındaki vekalet sözleşmesinin de bir gereği olan ‘güven’ ilişkisini oluşturmak için çaba sarfetmelidir. Bu süreçte gerek anamnez gerekse tanı, tedavi ve ilaç kullanımı vs gibi hasta ile ilgili her konu mümkün olan ayrıntılı bir şekilde poliklinikte kayıt altına alınmalı ve muhafaza edilmelidir.

Tanımladığımız bu süreç her uzman tarafından uygulanması gereken ideal süreç olmasına karşın günlük pratikte uygulanabilirliği çok ciddi bir tartışma konusudur. Son yıllarda poliklinik sayılarındaki artış, idarelerin daha fazla sayıda hasta muayene edilmesi için yaptıkları baskılar, 5-10 dakikada bir verilen hatta aynı saatte birden fazla hastaya verilen Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS) randevuları, hekimler açısından bahsettiğimiz ideal poliklinik muayene sürecini imkânsız kılmakta, hastalar açısından ise, hakları olan sağlık hizmetini uygun ve doğru bir şekilde alamamalarına yol açmaktadır.

Poliklinik hizmeti sırasında doğru iletişimin, hasta bilgilendirmenin ve kayıt tutmanın önemini gösteren Yargıtay 13. H. D.’nin bir kararında⁴⁷⁸;

... Davacı yapılan muayene sonucu yazılan ilaçların kullanılması sonucu mide kanaması geçirip ameliyat olmak zorunda kaldığı, yani ilk uygulanan tedavinin kusurlu olduğu iddiası ile bu davayı açmıştır. Bu durumda davacının mide kanaması geçirmesi ve buna bağlı ameliyat olmasında, 13.9.2003 tarihinde davalı hastahane muayene olduğunda yazılan reçetede ilaçların ve kendisine uygulanan tedavinin

⁴⁷⁷ Işık ve Yılmaz, 2018, a.g.k., 258.

⁴⁷⁸ Yargıtay 13. Hukuk Dairesi’nin, 19.10.2006 tarih ve 2006/10057 Esas, 2006/13842 Karar sayılı kararı. Erişim. <https://karararama.yargitay.gov.tr/>. 22.08.2023.

tıbbın gereklerine uygun yapıp yapılmadığının ve olayda doktor hatası olup olmadığının tespiti gerekmektedir.

... somut olaya bakıldığında, davalı davacıya verilen ilaçlar arasında bulunan "E... Forte tablet" adlı ilacın mide hassasiyeti olan hastalarda yan etkisinin olabileceğini ancak davacıya sorulmasına rağmen böyle bir hassasiyeti olduğunu bildirilmediğini savunmuştur. Davacı, davalı tarafından bu ilaçla ilgili olarak kendisinin uyarılmadığını ve mide şikayeti ile ilgili soru sorulmadığını bildirmiştir.

...bilirkişi raporunda; ağrı kesici etkisi yönüyle kullanıldığı anlaşılan E... Forte tablet türü ilaçların mide bağırsak sisteminde rahatsızlığı bulunan hastalarda dikkatli kullanılması, mümkünse kullanımından kaçınılması, mide kanamasının bu tür ilaçların beklenebilecek yan etkisi olduğundan kullanılması zorunluluk arz ediyorsa mide koruyucu bir ilaçla birlikte kullanılmasının uygun olacağı şeklinde görüş bildirilmesine rağmen; hekimin beyanı gözetilerek hastanın önceden uyarılmış olduğunun kabulü ile ortaya çıkan komplikasyonların tamamen ilacın yan etkisi olup, davalıların kusurlarının olmadığı kanaatine varılmıştır. Davalı tarafından davacının bu konuda bilgilendirildiğine ve gerekli önlemlerin alındığına ilişkin davalı doktorun mücerret beyanı dışında dosyada herhangi bir bulgu ve belge yoktur. Ayrıca tedavi öncesi, mide şikayeti olan davacının bu konuda uyarılmasına ve soru sorulmasına rağmen, kendi sağlığını riske atacak şekilde bu durumu bildirmeyerek ve ısrarla bu ilacı 9 gün kullanarak mide kanaması geçirmesine sebebiyet vermesi de hayatın olağan akışına uygun düşmemektedir.' ifadesiyle, ilk derece mahkemesinin davanın reddi kararını bozmuştur.

Yargıtay 13. H.D.'nin vermiş olduğu bu kararda da görülebileceği gibi, hekim ile hasta arasında, tedavinin olası risklerinin anlatılıp anlatılmadığı konusunda ihtilaf olduğu ve kararda, hastanın bile kendisine zarar verecek ilacı kullanmasının hayatın olağan akışına uygun olmayacağını ifade ettiği görülmektedir. Takdir edilmelidir ki, bu ihtilafı bertaraf edebilmenin en basit ve kesin yolu, hekimin vermiş olduğu bilgiyi kayıt altına almasıdır. Ancak bu şekilde hekimin beyanı 'mücerret' olmaktan çıkacaktır. Hekimin hasta muayene ve tedavisinin her aşamasında gereken önemli noktaları kayıt altına alması, kendisini ispat açısından son derece önemlidir.

Poliklinik şartlarında yapılan muayene, tetkik ve değerlendirme yetersizliği iddiasının konu olduğu Danıştay 10. Daire Başkanlığı'nın 23.06.2021 tarihli kararında⁴⁷⁹,

'...Davacılar ...'ın, 28/11/2012 tarihinde baş ağrısı şikayetiyle ... İli, ... Devlet Hastanesi nöroloji polikliniğine başvurduğu, migren tanısıyla ilaç tedavisi uygulandığı, ancak şikayetin devam ettiği 28/11/2012 ile 31/01/2014 tarihleri arasında pek çok kez aynı hastanenin aynı polikliniğine tedavi için başvurduğu, 31/01/2014 tarihli başvurusunda baş ağrısı şikayetine ilaveten görmede bulanıklık şikayetinin de bulunduğu, migren tanılı tedaviye rağmen görmede bulanıklık şikayetinin artması sebebiyle 20/02/2014 tarihinde aynı hastanenin göz polikliniğine başvurduğu, konjonktivit tanısıyla yapılan medikal

⁴⁷⁹ Danıştay 10. Daire Başkanlığı'nın 23.06.2021 tarih ve 2020/4254 Esas., 2021/3615 Karar sayılı kararı. (Lexpera. Erişim Tarihi. 08.09.2023).

tedaviye rağmen görme kaybı oluşması sonrasında tekrar muhtelif hastanelerin göz polikliniğine başvurduğu, ancak şikayetlerinin devam ettiği, bayılma şikayetinin de olması akabinde başvurduğu özel bir sağlık kuruluşunda yapılan kranial mr tetkiki ile serebellar kitle teşhisinin konulduğu, ... Eğitim ve Araştırma Hastanesinde serebellar kitle tanısıyla ameliyata alındığı, devamında her iki gözünde de %90 görme kaybının oluştuğu, davacılar tarafından, ...'ın ... Devlet Hastanesindeki tedavi süresince gerekli özenin gösterilmemesi sebebiyle %90 oranında görme kaybına uğradığı ileri sürülerek maddi ve manevi zararın tazmini istemiyle 1501/2016 kayıt tarihli dilekçeyle davalı idareye yapılan başvurunun cevap verilmemek suretiyle reddi üzerine bakılan davanın açıldığı anlaşılmaktadır.

İlk Derece Mahkemesi kararının özeti: ... İdare Mahkemesince verilen ... kararla; olaya yönelik olarak ceza soruşturması aşamasında Adli Tıp 2. İhtisas Kurulunca hazırlanan 15/05/2015 tarihli rapor ile ceza davası kapsamında Adli Tıp Genel Kurulunca hazırlanan 20/10/2016 tarihli raporda yapılan belirlemelere göre davacı ...'ın **tedavisi süresince tıbben yapılması gerekli tetkiklerin yapılmadığı anlaşıldığından davacılar tarafından ...'ın görme kaybının oluşmasında, idarenin hizmet kusurunun bulunduğu açık olduğu, dosyada mevcut bulunan ... Üniversitesinin 30/09/2014 tarihli özürlü sağlık kurulu raporu ve ... Üniversitesinin 09/11/2017 tarihli engelli sağlık kurulu raporundan davacı ...'ın engel durumuna göre tüm vücut fonksiyonu kaybı oranının %90 olduğu, Mahkemece yaptırılan aktüerya bilirkişisi incelemesi sonucu hazırlanan bilirkişi raporunda, adı geçen süreli iş göremezlik nedeniyle uğramış olduğu maddi zarar toplamının 617.037,80 TL, toplam bakıcı giderinin 958.998,47 TL olarak hesaplandığı, iş göremezlik zararı bakımından 617.037,80 TL'nin, bakıcı gideri zararı bakımından ise olay tarihinden dava açıldığı tarihe kadarki kısım için 29.329,10 TL'nin davacı ...'a ödenmesi, dava süresince ve daha sonraki yıllar için yapılacak bakıcı giderinin ise tazminat hesaplamasının ilgili yıldaki brüt asgari ücret üzerinden ve davacı ...'ın yaşadığı belgelendirilmek kaydıyla her takvim yılının başında peşin olarak davacılarca ödenmesi gerektiği, olayda, davacıların çektiği elem ve üzüntüye karşılık olarak, davacı ... için 50.000,00 TL, davacı eş ... için 20.000,00 TL, davacı küçük ... için 5.000,00 TL olmak üzere toplam 75.000,00 TL manevi tazminatın davacılarca ödenmesi gerektiği, fazlaya ilişkin manevi tazminat talebinin reddi gerektiği gerekçesiyle davanın kısmen kabulüne kısmen reddine karar verilmiştir.**

Bölge İdare Mahkemesi kararının özeti: ... Bölge İdare Mahkemesi ... İdari Dava Dairesince; istinaf başvurusuna konu ... İdare Mahkemesi kararının hukuka ve usule uygun olduğu belirtilerek davalı idare ve davalı yanında müdahiller tarafından yapılan istinaf başvurularının reddine karar verilmiştir.

Bu karar, daha sonra Danıştay 10. Daire Başkanlığınca değerlendirilmesi sonucu usule ilişkin bazı gerekçelerle karar bozulmuştur. Bu olayda görülen şudur ki, hasta 14 aylık bir sürede defalarca poliklinik başvurusunda bulunduğu ancak dosyadan anlaşıldığı kadarı ile yeterince tetkik edilmediği için hastalığının teşhis edilemediği ve görme kaybı ile %90 oranında özürlü duruma geldiğinden bahisle, şikayetçidir. Bilirkişi raporları da hasta iddiası paralelinde '*tedavisi süresince tıbben yapılması gerekli tetkiklerin yapılmadığı anlaşıldığından*' ifadesiyle hizmet kusuru olduğunu ifade etmiştir.

Bilirkişi raporundan ve karardan anlaşılan, baş ağrısı şikâyeti ile defalarca Nöroloji polikliniğine başvuran hastaya Bilgisayarlı Tomografi (BT) ya da Manyetik

Rezonans Görüntüleme (MRG) gibi bir görüntüleme tetkiki ya da başkaca bir değerlendirme yapılmamış olduğudur. Bize göre bu durum, günümüzde yaşanan poliklinik davranış kalıbına çok uymamaktadır. Defalarca bu şikâyet ile başvuran ancak tedaviye rağmen ağrıları geçmeyen bir hastaya göz dibi muayenesi ya da tanımladığımız radyolojik tetkiklerden biri ya da birkaçı yapılmalıdır. Bu anlamda da bize göre de hizmet kusuru açıktır. Ancak organizasyon açısından da polikliniklerde hastaları bilimsel olarak yeterli zaman ayıracak şartların oluşmasını sağlamak gerekliliğini de vurgu yapmak gerekmektedir. Bu anlamda hizmet kusurunun nedeninin hekimler mi yoksa gereken şartları sağlayamayan organizasyon mu olduğu ayrı bir tartışma konusudur. Bununla beraber ifade edilmesi gereken bir başka nokta da tazminat miktarlarının yüksekliğidir. Bu konu ileride ayrıntılı bir şekilde değerlendirilecektir.

Özetle, ülkemiz hastanelerinin büyük çoğunluğunun ideal poliklinik hizmeti verebilmek için öncelikle fiziki anlamda yetersiz olduğu, özellikle hasta bekleme alanlarının konforlu olması bir yana, hastanın sıkıntısını daha da arttıran ve sinirini bozan alanlar olduğu, kalabalık, gürültülü ve genellikle yeterince oturacak alanı bile olmayan bu alanlardan polikliniğe giren hastalar ile sağlıklı bir iletişim kurmanın kolay olmayacağı ortadadır. Yine hastanelerin bir kısmında tıbbi sekreterlerin hasta muayene odasında olmayışları, hekime bir yandan sekreterin yapması gerektiği işleri de yüklemekte, bu da zaman kaybına yol açmaktadır. Bu konuda işin bir başka tarafı, hekimin bir hastayı tek başına muayene etmesi, hekime isnat edilebilecek birtakım kabahatler açısından ‘tanık’ gösterebilecek kimsenin bulunmaması sonucunu da doğurabilecektir. Hasta açısından da özellikle karşı cins muayeneleri noktasında, poliklinik odasında bir başka sağlık görevlisinin bulunması hastayı da hekimi de rahatlatabilecek bir unsurdur.

Poliklinikte kullanılan teknik malzemelerin arızası nedeniyle uygun muayene yapılamaması, poliklinik bilgisayarının yetersiz çalışması, ilgili hastanede kullanılan bilgisayar sisteminin çeşitli nedenlerle çalışmaması ya da yavaş çalışması gibi durumlar hem hizmetin kalitesini düşürmekte hem de zaten büyük zorluklarla hekime ulaşabilmiş hastanın, hekim ile uygun ve doğru iletişim kurabilmesini zorlaştırmaktadır.

Sonuç olarak, hastaların hekimleri ile ilk karşılaştıkları yerler olan poliklinik ortamlarının gerek fiziksel gerekse teknik açıdan donanımlarının gerektiği şekilde idame edilmesi idareler tarafından gerçekleştirilmelidir. Muayene edilen hasta sayılarının her poliklinik için bilimsel kurallar çerçevesinde düzenlenmesi, daha fazla hastaya bakılması

adına hekimlerin zorlanmaması gerekmektedir. Günlük pratikte, kısa sürelerde fazla sayıda hasta muayenesi için hekimleri zorlayan sistem ve idarelere karşı, yine hekimler mücadele etmektedir. Oysa, bu şekilde sağlıklı ve efektif bir hizmet verilememesi durumunda, hastaların da farkında olması ve bu duruma kendilerinin itiraz etmesi gerekir. Çünkü günün sonunda, hekimin yoğunluk ve zamansızlık nedeniyle yapacağı bir hata, öncelikle hastanın sağlığını olumsuz yönde etkileyecek bir durum olacaktır. Kısaca bilimsel ve sağlıklı bir poliklinik ortamı, organizasyon tarafından gerekli koşullar sağlandıktan sonra, hasta ve hekimin birlikte empati ve doğru iletişimi ile kurulabilecektir.

4.2.1.2. Acil serviste hasta değerlendirme sorunları

Acil servisler hastaların hızlı ve etkin bir şekilde değerlendirilerek, tanı ve tedavi noktasında hızlı karar verilmesi gereken yüksek riskli alanlardır. Nöroşirürji branşı acil serviste en çok hasta gören ve acil müdahale yapması gereken branşların başında gelmektedir. Emery ve arkadaşlarına göre de beyin cerrahisinde acil cerrahi faaliyet genellikle yoğunudur ve beyin cerrahisi faaliyetinin yaklaşık % 30'unu oluşturur⁴⁸⁰.

Ülkemiz sağlık sistemleri dahilinde, acil servis hizmetlerinin yürütülmesi ile alakalı yönetmelik ve tebliğler mevcuttur. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 14. maddesine göre acil servis hizmetleri 24 saat süre ile kesintisiz yürütülür. Gerek mevzuatımız gerekse sosyal devlet olmak anlayışı gereğince, sosyal güvence ya da gelir durumuna bakılmaksızın acil servise başvuran her hastanın acil olduğu kabul edilir ve değerlendirmeye alınır. Bu durum, 13.09.2022 tarihinde yayımlanan Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ'in⁴⁸¹ 8. maddesinde hükme bağlanmıştır. Aynı madde ayrıca acil servis yoğunluğuna bağlı olarak hastaların zarar görmesini engellemek, ihtiyaç duydukları tıbbi bakıma gecikmeksizin ulaşmalarını sağlamak amacıyla triaj uygulaması ve renk kodlamasını tanımlamaktadır. Buna göre, hastaların hangi öncelikle müdahale edilmesi gerektiğini değerlendirmek için ülkemiz hastanelerin çoğunluğunda üçlü triaj

⁴⁸⁰ Emery, E., Balossier, A., ve Mertens, P. 2014. s. 221.

⁴⁸¹ R. G. 13.09.2022 / 31952

sistemi uygulanmaktadır. Acil servislere başvuran hastalar, çok acil, acil ve acil değil şeklinde sınıflandırılır. 112 Acil ambulanslarıyla getirilen hastalar ise triaj sistemine alınmadan acil servise kabul edilir. Tebliğ'in EK-4'ün de yer alan renk kodlama sistemine göre, *'Hayatı tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar ya da hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlar'* şeklinde tanımlanan hastalar direk kırmızı alana alınarak tetkik ve tedavi altına alınırlar. *'Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar ve orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddi potansiyeli taşıyan durumları'* olan hastalar ise sarı bölgede değerlendirilirler. Son olarak *'Ayaktan başvuran, genel durumu itibarıyla stabil olan, akut semptomları sebebiyle beklemesi hayati tehdit, morbidite veya komplikasyon oluşturmayacak basit sağlık sorunları bulunan hastalar'* ise yeşil renk ile kodlanır ve bu alanda muayene edilir. Bu alana kabul edilen hastalar genellikle, soğuk algınlığı, boğaz ağrısı, bel ağrısı, basit burkulmalar, kontrol muayeneleri, tetkik yaptırmak, enjeksiyon, infüzyon, aşı, pansuman, sütür alınması ya da herhangi bir kliniğe doğrudan yatış için gelen hastalar olmaktadır.

Görüldüğü üzere yeşil alan kabulü gerektiren hastalıkların hiçbirinin acil bir durumu yoktur ve rahatlıkla ilgili polikliniklerde ihtiyaç duydukları hizmeti alabilecek durumdadırlar. Ancak genellikle kolay ulaşılabilir buldukları için acil servisi tercih etmektedirler. Bununla birlikte polikliniklerde randevu alamayan ya da bir şekilde muayene olamayan hastalar da direk acil servise başvurmaktadırlar. Bu durum, acil servislerde aşırı yoğunluğa yol açan, zaten çoğunlukla kısıtlı ekip ve ekipman ile çalışmak durumunda olan acil servislerin kaliteli sağlık hizmeti vermesini zorlaştıran, hekimleri ve yardımcı sağlık personeli gereksiz yere yoran ve konsantre olması gereken noktalara odaklanmasına engel olan bir ortama yol açmaktadır. Böyle bir ortamda, hatasız ve kaliteli hizmet vermek zorlaşmakta, komplikasyon ya da tıbbi kötü uygulama ihtimali artmakta, daha da kötüsü, hastalar, yakınları ve sağlık personeli arasında ihtilaf durumları oluşturarak, sözlü ve fiziksel şiddet ihtimali doğurmaktadır.

Günümüz şartlarında ülkemizin merkez hastanelerin çoğunluğunun acil servislerinde hizmet yapmak son derece zorlaşmıştır. Bize göre de tüm sağlık çalışanları içerisinde acil servis çalışanları, en fazla zorlanan, tükenmişlik sendromunu en fazla yaşayan sağlık çalışanı grubudur. Tabii ki, bunun içerisinde acil serviste konsültan olarak olsa da yoğunlukla görev yapan nöroşirürji, ortopedi, genel cerrahi, kardiyooloji gibi diğer

branş çalışanlarını da eklemek gerekir. Burada sorulması gereken soru, bu yoğunluğu azaltmak ve acil servislerin gerçek acil hastalara hizmet verebilmesini sağlamak adına neler yapılması gerekliliğidir. Bu konuda çalışmamızın sonuç ve öneriler kısmında değerlendirmeler yapılacaktır ancak ilk anda ifade edilmesi gereken şudur ki, acil servislerde triaj işleminden sonra ‘yeşil alan’ hastası olarak tanımlanan hastaların, acil servislerde muayene edilmemesi, mutlaka ilgili bölümlere yönlendirilmesi gerekliliğidir. Bu davranış, bir süre sonra bu hastaların acil servis başvurusunu da ciddi miktarda azaltacaktır.

Acil servisler, hizmetin hızlı verilmesi gerektiği, hastaların aciliyetleri anlamında kimi zaman saniyelerin, dakikaların önem arz ettiği alanlardır. Bu nedenle herhangi bir ekip ya da ekipman zafiyetine tahammül mümkün değildir. Bu nedenle acil servis hekimleri ve çalışanları, hizmetin verilmesi aşamasında ihtiyaç duyulan her türlü ilaç, tıbbi cihaz, tetkik ve değerlendirme amacıyla ihtiyaç duyulan malzemeleri tespit etmek ve idareden talep etmek durumundadırlar. Bu taleplerin yazılı olması ve kayda alınması, çalışanları ilgili malzeme eksikliği nedeniyle oluşan olumsuzluklardan koruması adına önem arz etmektedir. Aynı durum, hizmetin sürdürülebilmesi için gerekli olan ekiplerin nitelik ve sayısı için de geçerlidir. Bununla birlikte, acil servislerin fiziki imkanları da hem hasta hem de çalışan güvenliği ve mahremiyeti açısından da usule uygun olarak düzenlenmelidir. Bu konuda pratikte yaşanan aksaklıklar, ilgililere iletilmeli, mümkün olan ideal çalışma şartları sağlanmaya çalışılmalıdır.

Nöroşirürji branşı açısından bakıldığında, kranial ve/veya spinal travmalı hastaların ilk başvuru ve değerlendirme yeri acil servisler olup, bu olguları ilk karşılayan acil servis pratisyen ya da uzmanlarıdır. Burada yapılan ilk değerlendirmede, hastanın geçirmiş olduğu travmanın özelliklerinin ne olduğu, hangi organların öncelikle etkilendiği, aciliyetinin durumu ve tanı ve tedaviyi etkileyebilecek önceki tıbbi sorunları sorgulanıp muayenesi yapılmalıdır. Yapılan bu anamnez sorgulaması ve hızlı ilk muayene işlemi sonrası, genellikle ilgili branş hekimlerinden konsültasyonlar istenerek hasta multidisipliner bir biçimde değerlendirilerek tanı ve tedaviye giden süreç başlatılır⁴⁸². Acil servisler çok yoğun ve hızlı hareket edilmesi gereken ayrıca çok da dikkatli davranılması gereken alanlardır. Aksi takdirde tanı ve değerlendirme hataları yapmak kaçınılmaz olabilir.

⁴⁸² Işık ve Karakoyun, 2020, a.g.k., 543.

İzmir Bölge İdare Mahkemesi 6. İdari Dava Dairesi'nin vermiş olduğu bir kararda, trafik kazası nedeniyle başvuran hastanın yapılan değerlendirmeleri sonucu, hastada mevcut olan T11 düzeyindeki kompresyon kırığının tespit edilememesi sonucu açılan davada, ilk derece mahkemesinin ATK raporu doğrultusunda vermiş olduğu davanın reddi kararını kısmen bozmuş ve manevi tazminat ödenmesine hükmetmiştir. İzmir BİM'in 16.10.2018 tarihli kararında⁴⁸³ özetle;

'Adli tıp raporunda " ...'ın 22/07/2015 tarihinde trafik kazası nedeni ile yaralandığı, ... Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne ambulans ile kaldırıldığı, burada yapılan muayenesinde lomber bölgede ağrısı olduğu, paravertebral kaslarda spazm olduğu, kişiye 2 yönlü lomber grafi çekildiği, acil hekiminin 2 yönlü lomber grafide herhangi bir patoloji tespit etmediği, kişinin öneriler ile taburcu edildiği, yaklaşık 8 gün sonra kişinin bel ağrısının devam etmesi üzerine Özel ... Hastanesi'ne gittiği, burada kişide lateral malleolde lineer non-deplese fraktür, T11 vertebra korpusunda kompresyon kırığı ve hafif retro listezis izlendiği, olay tarihli çekilen lateral grafide T11'in tamamının görüntüye dahil olmayıp üst end plate'in kısmen komprese olarak izlendiği, her ne kadar olay tarihli çekilen grafide herhangi bir patoloji olmadığı bildirilerek yanlış değerlendirme yapılmışsa da kişide herhangi bir patolojik nörolojik bulgunun olmaması, olay tarihli grafilerde kırık bulunan kemiğin inceleme alanının sınırında bulunması ile değerlendirmesinin güç olması birlikte dikkate alındığında acil hekiminin acil poliklinik şartlarında kendinden beklenen özeni gösterdiği" yolundaki açıklama göz önüne alındığında, hastanın çekilen grafisinin eksik olması ve yanlış değerlendirmeye dayalı kırıklarının saptanamaması bir kusurdur.

... Olayda, hastanın içinde bulunduğu klinik tablo karşısında idare bünyesinde sunulan sağlık hizmeti hatalı olarak değerlendirildiğinden, oluşan kusurun niteliği gereği davacı tarafın manevi tazmin taleplerinin değerlendirilmesini gerektirecek türden bir zarara sebebiyet verildiği ortadadır. Ayrıca, Adli Tıp raporunda belirtilen" kırığın hemen tespit edilmesi ile 10 gün kadar sonra tespit edilmesi arasında tedavi açısından bir farklılık bulunmadığı" yolundaki görüş, davacının bu süreçte tedavisinin yapılamamasından dolayı elem ve üzüntü duymadığı bu nedenle manevi zarara uğramadığını göstermez.'

Karardan anlaşıldığı üzere, acil serviste yapılan değerlendirmelerde hastanın T11 düzeyindeki omurga kırığı teşhis edilememiştir. Hızlı ve yoğun çalışılan alanlarda kimi zaman bu tarz tanı ve değerlendirme hataları ile karşı karşıya kalılabilmektedir. Bu olayda da bir değerlendirme hatası yapılmış ve hastanın omurga kırığı tespit edilememiştir. Hastanın bu kırık nedeniyle fiziksel bir zarara uğramaması sevindirici olsa da mahkeme yaşanan dikkat eksikliğini kusur olarak nitelemiş ve manevi tazminata hükmetmiştir. Aslında hekim hastanın bölgesel şikâyeti nedeniyle gerekli grafiyi istemiştir ve bu anlamda bir ihmalden söz etmek mümkün değildir. Bununla birlikte, torakolomber bileşke bölgesindeki patoloji, grafi muhteviyatında yer almadığından ötürü

⁴⁸³ İzmir BİM'in 16.10.2018 tarih ve 2018/1500 Esas, 2018/1681 Karar sayılı Kararı. (Lexpera Erişim Tarihi. 13.12.2023).

kırık görülememiştir. Somut olaydaki bu durum, dikkat eksikliği olarak nitelendirilebilecek bir durumdur. Bu anlamda, İzmir BİM'nin vermiş olduğu maddi tazminata gerek olmadığı ancak manevi tazminat ödenmesi şeklindeki hüküm bize göre doğru ve yerindedir.

Acil servis hekimlerinin tıbben yapması gereken görevler dışında, hukuken yapması gereken görevleri de mevcuttur. Bunlardan en önemlisi, travma olgusunun adli olgu olarak değerlendirip değerlendirilmeyeceğidir. Acil serviste adli olgu, 'bir kişinin fiziksel ya da ruhsal olarak hasta diyebileceğimiz bir duruma gelmesinde başka kişi veya kişilerin kasıt, ihmal, tedbirsizlik veya dikkatsizliğinin etken olması' şeklinde tanımlanabilir. Bu tanımın içine, darp, düşmeler (bir kişinin ihmal, dikkatsizlik ya da kastı sonucu oluşan), trafik kazaları, iş kazaları, kesici-delici ya da ateşli silah yaralanmaları gibi birçok travma sebebi olay dâhil olmaktadır. Bu durumlardan herhangi biri ile karşılaşan sağlık mensubu Türk Ceza Kanunu'nun 280. maddesine göre, durumu en yakın yetkili makama bildirmek zorundadır⁴⁸⁴. Acil servis hekiminin hukuki anlamda bu bildirim yükümlülüğü dışında bir başka görevi de adli olgu olarak değerlendirilen her vaka için adli rapor tanzim etmektir.

Acil servise başvuran ya da getirilen travma olguları, çoğu zaman multitravma şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Hastanın, Genel Cerrahi, Üroloji, Ortopedi ya da diğer başka branşlar ile ilgili sorunları da olabilir. Bu tip durumlarda, ilgili branş uzmanları ile ortak hareket ederek, hangi patolojinin daha acil tedavi edilmesi gerektiği kararı alınmalı ve tüm bu durumlar yazılı olarak hasta dosyasına konulmalıdır⁴⁸⁵. Acil servislerde bu aşamanın yönetilmesi ve öncelik açısından karar verilmesi gerçekten zor ve kimi zaman hekimler arsında ihtilafların yaşandığı bir durumdur. Kimi zaman ilgili her branş, olgunun kendisi açısından travmasının hafif olduğu, tek başına o travmanın hayati tehlike oluşturmayacağından bahisle hastayı kendi kliniği içerisinde takip ve tedavi etmek istemeyebilir. Ancak unutulmamalıdır ki her branşın hafif olarak tanımladığı travma grubu birbirini etkileyerek hastayı hayati tehlike durumu içerisine sokabilir. Bu anlamda yıllar içerisinde oluşan tecrübemiz göstermektedir ki, acil servis uygulamalarının yazılı olmayan kurallarından biri şudur; bu durumdaki multitravmalı hasta öncelikle cerrahi

⁴⁸⁴ Kavalcı, C. (2016). Acil Serviste Adli Vaka Yönetimi. Pratik Acil Tıp Cep Kitabı. Ankara: Derman Tıbbi Yayıncılık, ss.160-166.

⁴⁸⁵ Işık ve Karakoyun, 2020, a.g.k., 543.

uygulayacak bir branş var ise, o branş adına yatırılır ve diğer branşlar konsültan olarak hastayı takip ederler. Ancak asıl ihtilaf hastada hiçbir klinik açısından cerrahi endikasyon yoksa çıkmaktadır. Bu durumda da durumun yönetimi genellikle nöroşirürjikal travması olan olguların nöroşirürji kliniklerine yatırılması şeklinde gerçekleşir. Zira diğer branşlar nöroşirürjikal travması olan hastanın yakın ve özellikler gerektiren (şuur ve pupil takibi, spinal travma var ise hastanın duyu ve motor defisitinin düzey tespiti ve takibi vs.) takibinin usule uygun yapamayacağı çekincesidir. İşin güncel pratik tarafı genellikle bu şekilde yürüyorsa da bize göre doğru olan davranış, her hekimin objektif bakış açısı ile hastayı değerlendirmesi, çoklu takip gerekiyorsa, konsültan olan her hekimin de hastayı kendi kliniği hastasıymış gibi yakından takibini sağlaması gerekmektedir. Bu durum ile ilgili gelişen ve mahkeme konusu olan bir olayın sonuçta Yargıtay Ceza Genel Kurulu'nun 09.12.2014 tarihli kararı⁴⁸⁶ şu şekilde oluşmuştur;

... Oluşa ve dosya kapsamına göre; 04.08.2006 günü saat 12.00 sularında geçirmiş olduğu trafik kazası sonucu yaralanan ve tedavisi amacıyla götürüldüğü ... Eğitim ve Araştırma Hastanesinden, 'hayati tehlikesi olmadığını gösterir' geçici adli raporu düzenlenerek, 6-7 saat sonra taburcu edilen K6 'ın, ertesi gün 'göğüs ve batin travmasına bağlı kot fraktürleri, pelvis fraktürü ve gelişen komplikasyonlar (akciğer embolisi)' sonucu öldüğü olayda; İstanbul Adli Tıp Kurumu Birinci İhtisas Kurulunun 'kişinin 04.08.2006 tarihinde trafik kazası sonucu yaralanması nedeniyle götürüldüğü hastanede pelvis kırığı, kot kırıkları, hematüri tespit edilmiş olup, göğüs cerrahisi, ortopedi ve üroloji konsültasyonları istendiği ve yapılan muayenesi sonucunda acil cerrahi girişim gerektirecek patoloji saptanmadığı belirtilmiş olup, tüm bu uygulamaların tıp kurallarına uygun olduğu, ölüm nedeni olan akciğer embolisinin de önceden öngörülecek ve engellenebilecek bir sebep olmadığı' şeklinde görüş belirten 20.04.2011 tarihli raporuna itibarla sanıkların beraatine karar verilmiş ise de, anılan raporda, 'ancak bu tür genel beden travmasına maruz kalmış vakaların en az 24 saat müşahade altında tutulması gerektiği, dolayısı ile kişinin konsültasyonlar yapıldıktan 6-7 saat sonra taburcu edilmesinin tıp kurallarına uygun olmadığı, bunun bir eksiklik olduğu'na dair açıklamalara da yer verilmiş olmasına; ayrıca, Yüksek Sağlık Şurasının 25-26 Haziran 2009 toplantı tarihli 12229 karar sayılı; 'Türkiye'de multi travmalı hastaya yaklaşımda koordinatör bir birim olmadığı, bu hastada yaşanan sorunun hastanın bir bütün olarak ele alınmaması olduğu, ortopedi uzmanları Dr. K8 ve Dr. K4 'ın özellikle instabil pelvis kırığını belirttiği halde, bu hastanın hastanede takibini önermediği, kot kırıklarını gördüğü halde, konsültasyon notunda hastanede takibinin gerektiğini belirtmediği ve takibini yapmadıkları, göğüs cerrahisi uzmanı Dr. K3 'nun konsültasyon notunda preşok ve çoklu kot kırığı gibi notları mevcut olmasına rağmen hastanın hastanede takibini notunda önermediği ve hastayı takip etmediği için asli kusurlu oldukları, üroloji uzmanı Dr. K5 'un dosyadaki durumu, pelvis instabil kırığı, hematürisi bulunan, sonda takılamayan ve retrograd üretrografi yapılamayan hastayı hastanede takip etmediği ve taburcu ettiği, genel cerrahi uzmanları Dr. K1 ve Dr. K2

⁴⁸⁶ Yargıtay Ceza Genel Kurulu, nun 09.12.2014 tarih ve 2014/103 Esas, 2014/552 Karar sayılı kararı. Erişim. <https://karararama.yargitay.gov.tr/>. 10.09.2023.

'ın genel vücut travmalı hastayı gerekli özenle izlemedikleri ve hastanede takip etmedikleri için tali kusurlu oldukları' na dair raporuna göre; olayın oluş şekli, ölüm sebebi ve zamanı dikkate alındığında, gerekli takip ve tıbbi müdahale yapılsa dahi ölüm neticesi gerçekleşeceğinden, sanıklara atılı taksirle öldürme suçu yasal unsurları itibarıyla oluşmamış ise de; ölen hastasının zarar görmemesi için mesleki tüm şartları yerine getirmek, tıbbi açıdan zamanında teşhis koyup, somut durumun gerektirdiği önlemleri eksiksiz biçimde almak ve uygun tedavi yöntemlerini uygulamak zorunda olan sanık doktorların, görevlerinin gereklerini yerine getirmede ihmal gösterdiklerinin sabit olması karşısında, TCK'nun 257/2. maddesinde tanımlanan görevi ihmal suçundan mahkumiyetlerine karar verilmesi gerekirken, yasal ve yeterli olmayan gerekçelerle beraatlerine karar verilmesi" isabetsizliğinden bozulmasına karar verilmiştir.

Yerel mahkeme ise 11.11.2013 gün ve 357-519 sayılı ile; "TCK'nun 257. maddesinin gerekçesinde, görevi kötüye kullanma suçunun genel, tali ve tamamlayıcı bir suç tipi olduğu, bu nedenle görevin gereklerine aykırı davranışın başka bir suçu oluşturmadığı hallerde, kamu görevlisini bu suçtan cezalandırmak gerektiği, buna karşılık görevle bağlantılı yükümlülüğün ihmali sonucunda şayet bir kişi ölmüş veya yaralanmış ise kişilerin artık görevi kötüye kullanma suçundan dolayı cezalandırılmayacakları, bu durumda, ihmali davranışla işlenmiş öldürme veya yaralama suçunun oluştuğunu kabul etmek gerektiği belirtilmiştir.

.... Savunmalardan da anlaşılacağı üzere sanıkların uzmanlık alanları farklıdır. Kaldı ki içlerinde halen hastanede asistan olarak çalışan kişiler de vardır. Adli Tıp Kurumu raporuna göre sanıkların kusuru sonucu müteveffa olmemiş emboli sonucu ölmüştür. Hastanede müşahade altına alınmış olsa dahi aynı ölümün kaçınılmaz olduğunun kabul edilmesi gerekir. Bu nedenle her ölüm olayından ölüye şu veya bu şekilde müdahale eden bir hekimi sorumlu kılmak meslek ve sanatın yapılmasını sekteye uğratar. Bu alanda çalışanların şevki kırılır, sonuç doğurucu ve hayata döndürücü girişimlere yönelmelerini engeller.

.... Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu da sanıklara atfedilen eksikliğin ölüme katkısının bulunmadığını belirtmiş ve sanıkların suç işleme kasıtlarının bulunmadığını, kusurlarının olmadığını belirtmiştir. Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulunun bu görüşü yukarıda açıklanan görüşü doğruladığından Yüksek Dairenin bozma kararına direnme zaruretinin hasıl olduğu" gerekçesiyle direnerek önceki hükümdeki gibi sanıkların beraatlerine karar vermiştir.

Ceza Genel Kurul Kararı...

.... Doktor olarak görev yapan sanıkların, taksirle yaralanma nedeniyle acil servise müracaat eden ölene yönelik yaptıkları muayene ve istedikleri tetkiklerle ölenin çoklu pelvis kırığı, çoklu kot kırıkları ve kanlı idrar yaptığını tespit ettikten sonra acil cerrahi müdahaleyi gerektirir patoloji bulunmadığına karar vermiş olmalarının dosyadaki raporlara göre tıp kurallarına uygun olduğu, bununla birlikte genel beden travmasına ve çoklu kemik kırıklarına maruz kalmış ölenin Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinin 24/2. maddesi uyarınca stabilizasyonu sağlanıncaya kadar ve tıp çevrelerinde genel olarak kabul gördüğü şekilde 24 saat müşahade altında tutmaları gerekirken 6-7 saat içinde taburcu etmeleri nedeniyle olayda görevlerinin gereklerini yapmakta ihmal gösterdikleri, ancak bu davranışları ile meydana gelen ölüm neticesi arasında nedensellik bağının bulunmadığı, başka bir anlatımla sanıklarının ihmali davranışlarının ölüme neden olacak nitelikte bulunmadığı, zira ölümün genel beden travması nedeniyle öngörülemez ve engellenemeyecek biçimde ortaya çıkan akciğer embolisi komplikasyonu nedeniyle gerçekleştiğinin

birlikte raporlarıyla kesin olarak belirlendiği, bu nedenle sanıkların ölüm sonucundan sorumlu tutulamayacakları, bununla birlikte genel beden travmasına maruz kalmış öleni erken taburcu etmek suretiyle görevlerinin gereklerini yerine getirmekte ihmal gösterdikleri, bu ihmal nedeniyle ölenin ölüm anına kadar yaşadığı çeşitli sıkıntılara maruz kalmasına diğer bir deyişle mağduriyetine sebep oldukları anlaşıldığından, sanıkların eylemlerinin TCK'nun 257/2. maddesi kapsamında görevi ihmal suçunu oluşturduğu ve bu suçtan mahkûmiyetlerine karar verilmesi gerektiği gözetilmeden beraatlerine karar verilmesinde isabet bulunmamaktadır. Nitekim 765 sayılı TCK'nun yürürlükte bulunduğu dönemde Ceza Genel Kurulunun 11.02.1991 gün ve 311-17 sayılı kararında; "Sanıkların mağdurun göz röntgenini çekmeden onu ameliyata hazırlayıp ameliyat CGK., E. 2014/103 K. 2014/552 T. 09.12.2014 Sayfa 19/20 ettiklerine ve bu nedenle gözdeki çiviye tespit edemeyerek ikinci kez ameliyat olmasına neden olduklarına göre gerekli mesleki özen ve titizliği göstermedikleri açıktır. Her ne kadar aynı raporlar ve tutanakta, mağdurun gözündeki çivinin olay günü tespit edilip çıkartılması halinde dahi göz kaybının önlenemeyeceği belirtilmişse de bu husus görevi ihmal suçunun oluşması yönünden önemli değildir. Esasen gözdeki çivinin geç çıkartılmasından dolayı göz kaybı meydana gelmiş olsaydı, başka bir söyleyişle sanıkların eylemleri ile sonuç arasında illiyet bağı bulunsaydı, o zaman görevi ihmal suçu değil TCK'nun 459/2. maddesinde öngörülen tedbirsizlik ve dikkatsizlikle yaralamaya neden olma suçu oluşurdu. Bu nedenle gerekli mesleki özen ve titizliği göstermedikleri Adli Tıp Kurumu ve Yüksek Sağlık Kurulu raporlarıyla saptanan sanıkların görevi ihmal suçundan mahkûmiyetlerine karar verilmesi gerekir" sonucuna ulaşılmıştır. Bu itibarla, yerel mahkeme direnme hükmünün, sanıkların 5237 sayılı TCK'nun 257/2. maddesi uyarınca mahkûmiyetlerine karar verilmesi gerektiği gözetilmeden beraatlerine karar verilmesi isabetsizliğinden bozulmasına karar verilmelidir. Çoğunluk görüşüne katılmayan Genel Kurul Başkanı ve altı Genel Kurul Üyesi; "Ölümün öngörülemeyen ve engellenemeyen akciğer embolisi nedeniyle gerçekleşmiş olmasına göre, sanıkların öleni 24 saat müşahade altına tutmaları halinde bile sonucun değişmeyeceği, bu itibarla sanıkların kasıtlı bir suç olan TCK'nun 257/2. maddesi kapsamında görevi kötüye kullanmak suçundan sorumlu tutulamayacakları anlaşıldığından sanıkların beraatlerine yönelik direnme hükmünün yerinde olduğu" görüşüyle karşı oy kullanmışlardır.

Yukarıda özeti verilen kararın neden olduğu olaya bakıldığında, multitravma ile acil servise başvuran hastanın, Beyin Cerrahi, Genel Cerrahi, Göğüs Cerrahi, Ortopedi, Üroloji ve Genel Cerrahi kliniklerince konsülte edildiği ve aslında ciddi bir toraks ve batın travması ve buna bağlı fraktür ve patolojileri olmasına rağmen hastanın, tüm kliniklerin 'acil cerrahi endikasyon yoktur' ifadeleri üzerine, acil sorumlu hekimi tarafından çok kısa bir müşahade sonrası taburcu edilmesi ve sonrasında vefatından ibarettir. Aslında hastanın hemen hemen tüm tetkikleri ve değerlendirmeleri yapılmış, gerekli tanımlar konmuş ancak hiçbir klinik hastanın müşahadesini üstlenmemiş ve acil servisteki yer yetersizliği nedeniyle acil servis hekimi de hastayı taburcu etmek durumunda kalmıştır. Hasta taburcu edildikten kısa bir süre sonra gelişen akciğer embolisi nedeniyle vefat etmiştir. Üstteki karar özetinde de görüleceği üzere, ilk derece

mahkemesi hekimlerin kusuru olmadığına hükmetmiş, Yargıtay kararı bozmuş, ilk derece mahkemesi kararında direnmiş, Yargıtay Ceza Genel Kurulu ise oy çokluğu ile ‘gereken mesleki özen ve titizliği göstermedikleri’ gerekçesiyle mahkûmiyet kararı verilmesi gerektiği noktasında hüküm kurmuştur. Burada Başkan ve 6 Genel Kurul üyesinin çoğunluk kararına katılmadığına dikkat edilmesi gerekir.

Bu karar ile ilgili bizim yorumumuz ise şu şekilde olacaktır. Acil servislerde somut olayda görüldüğü şekilde, özellikle multitravma ile başvuran hastalar, birden fazla uzmanlık alanı tarafından değerlendirilirler. Bu değerlendirmeler yapılırken, her branş kendi uzmanlık alanı çerçevesinde muayene ve tetkik sonrası kendi görüşlerini doğrultusunda bir karar verir ve bunu konsültasyon formunda yazılı hale getirir. Bu tarz hastalara mutlaka bütüncül bir anlayış içerisinde davranmak gerekir. Her branşın kendileri açısından mortalite nedeni olmayacak minör travmalar birleştiğinde, hasta için hayati tehlike oluşturabilecek durumlar oluşturabilir. Tüm branş hekimleri mümkünse karşılıklı diyalog halinde ve imkanlar dahilinde, bilimsel çerçevede tartışarak ve yardımlaşarak hastanın sağlığı için yapılması gereken en doğru davranış biçimini oluşturmalı ve uygulamalıdır. Somut olay değerlendirildiğinde, aslında çok da minör sayılamayacak ancak her birisi tek başına mortalite nedeni de olamayacak birçok travması olan hasta, hiçbir kliniğin hastayı yatırmaması üzerine taburcu edilmiş ve sonuçta akciğer embolisi nedeniyle vefat etmiştir. Olayda hekimler hastaya bütüncül yaklaşmamışlar, belli ki aralarında sağlıklı bir iletişim kuramamışlar ve her branş kendi açısından hastayı değerlendirerek, son kararı ve nihai olarak yapılması gerekeni acil servis hekimine bırakmışlar, acil servis hekimi de yer darlığı nedeniyle de olsa, hastayı gerekenden önce bir zaman da taburcu etmek durumunda kalmıştır. Bu anlamda hekimlerin gereken mesleki özen içerisinde davranmadıkları düşünülebilir. Bununla beraber bize göre de, böyle bir hastada akciğer embolisi, hasta serviste de, yoğun bakımda da takip edilse, karşı karşıya kalılabilecek ve önlenemeyecek bir komplikasyondur. Bu noktadan bakıldığında hekimlerin davranışı ile sonuç arasında uygun illiyet bağı kurabilmek mümkün değildir. Sonuçta biz, hekimlerin davranışları ile sonuç arasında uygun illiyet bağı olmadığı gerekçesi ile, Ceza Genel Kurulu’nun çoğunlukla almış olduğu kararın doğru ve yerinde olmadığını düşünmekteyiz. Bize göre, Yargıtay Ceza Genel Kurulu Başkanı ve altı üyesinin karşı oy olarak ortaya koydukları karar doğru ve yerindedir ve hekimlerin beraatine karar verilmesi gerekir.

Benzer şekilde multitravmalı bir hastanın, iki farklı hastane acil servisinde eksik değerlendirildiği iddiası ile mahkeme konusu olan bir olayın, Yargıtay 12. Ceza Dairesi'nin 21.03.2016 tarihi kararı⁴⁸⁷ şu şekildedir;

'Dosya incelenerek gereği düşünüldü: 31.10.2007 günü saat 13:30 sıralarında ... ilçesinde kullanmış olduğu motosiklet ile kaza yaparak yaralandığı ve akabinde ... Devlet Hastanesi acil servisine kaldırılıp burada acil servis doktoru tanık ..., bilirkişi tarafından yetersiz olduğu bildirilen akciğer grafisinde herhangi bir kırık veya patolojiye rastlamadım dedi) ve ortopedi uzmanı (göğüs bölgesinde ağrı olduğunu saptadım dedi) tarafından yapılan ilk müdahalenin ardından, vücut ve kafa travması nedeniyle tetkik ve tedavi imkanları daha geniş üst bir hastane olan ve ancak olay tarihi itibarıyla göğüs, kalp ve damar cerrahisi uzmanı bulunmadığı bildirilen Devlet Hastanesine ambulansla sevk edildiği, saat 16:56'da hastaneye ulaştırılan ölenin Devlet Hastanesi acil polikliniğinde nöbetçi doktor olan sanık Dr. ... ve aynı hastanede beyin cerrahi uzmanı olarak görev yapan (beraat eden) sanık Dr. ... tarafından "sevk içeriği ile sınırlı olarak" muayene edildiği, muayene edildikten sonra 2 saat kadar müşahade altında tutulduğu ve bilahare taburcu edildiği, 01.11.2007 günü sabaha karşı fenalaşıp, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı 1. İhtisas Kurulu'nun 05.11.2011 tarihli raporu ile de teyit edilen İzmir Adli Tıp Kurumu Başkanlığının 06.12.2007 tarihli otopsi raporuna göre, künt göğüs travmasına bağlı göğüs içi kanama ve kalp tamponadı sonucu öldüğü olayda, mahkemesince de kabul edildiği şekilde, "künt göğüs travmasına bağlı göğüs içi kanama ve kalp tamponadı sonucu" öldüğü vaki ise; sanık doktorun, ölenin muayenesini tam yapmamak (toraks travmasına yönelik konsültasyon istememek) şeklindeki ihmali eyleminin TCK'nın 257/2. maddesindeki suçu oluşturduğunda, sanığın eylemi ile ölüm sonucu arasında illiyet bağı bulunmadığında tereddüt olmadığı, buna karşın, sanığa atfı kabil kusur bulunmadığını bildiren Adli Tıp Kurumu Başkanlığı Genel Kurulu'nun 03.10.2013 tarihli ve "otopside tespit edilen sternum, kot kırıkları, akciğerlerde tanımlanan leserasyonlar ve kalpte tanımlanan laserasyon ile göğüs boşluklarında ve perikard boşluğunda tanımlanan kanın, yeniden canlandırma işlemleri esnasında oluşturulmuş nitelikte olduklarını" bildiren raporunda, ölümünün kardiyak kökenli olduğunun kabulünün gerektiğinin mütalaa edildiği, bu rapor ekindeki muhalefet şerhinde ise ölümün künt toraks travması sonucu oluşan sol atrium laserasyonu ve bundan kaynaklanan kalp tamponadı sebebiyle gerçekleştiğinin, sanığın toraks travmasına yönelik konsültasyon istememesinin eksiklik olduğu görüşünün bildirildiği ve dosya içinde "yeniden canlandırma işlemlerine" ilişkin yeterli bilgi ve belge bulunmadığı görülmekle; yeniden canlandırma işlemine ait tüm tıbbi belgelerin ilgili sağlık kuruluşundan getirilmesi, işleme katılan kişi veya kişilerin tanık sıfatı ile dinlenmesi ve yeniden canlandırma işleminin süresi, şiddeti, biçimi ve sonuçları konusunda gerekli araştırmanın yapılması sonrası, sanığın hukuki durumunun tespit ve tayini yerine, eksik inceleme sonucu mahkumiyet kararı verilmesi, Kanuna aykırı olup, sanık müdafii ve mahalli Cumhuriyet Savcısının temyiz itirazları bu nedenle yerinde görüldüğünden, hükmün 5320 sayılı Kanunun 8. maddesi gereğince halen uygulanmakta olan 1412 sayılı CMUK'un 321. maddesi gereğince tebliğnamedeki isteme uygun olarak BOZULMASINA, 21/03/2016 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.'

⁴⁸⁷ Yargıtay 12. C. D.'nin 21.03.2016 tarih ve 2015/4092 Esas, 2015/4579 Karar sayılı kararı. Erişim. <https://karararama.yargitay.gov.tr/>. 10.09.2023.

Bu olayda da gerek ilk hastanede gerekse ikinci hastanede ne acil servis hekimleri ne de konsültan uzmanlar hastada muhtemel ölüm sebebi olabilecek patolojiyi tespit edememişlerdir. Bu arada hastanın değerlendirildiği her iki hastanede de Göğüs Cerrahisi ya da Kalp Damar Cerrahisi uzmanlarının bulunmayışı bu duruma katkı sağlamıştır. Genel anlamda bakıldığında, öncelikle acil servis hekimleri hastayı bütüncül bir anlayışla değerlendirmeli, kaza ve gelişen travmanın natürüne göre oluşabilecek patolojiler için uyanık davranmaları gerekmektedir. Hastayı muayene eden, diğer branş uzmanları da tabii ki önce kendi uzmanlık alanları açısından değerlendirmede bulunmakla birlikte, kendi uzmanlık alanları dışında tespit ettikleri ya da şüphelendikleri herhangi bir patoloji için acil servis hekimini uyarmalı ve bu durumu konsültasyon evraklarında ifade etmelidirler. Somut olayda, olası bir künt göğüs travmasından bahsedilmekle birlikte, otopside tespit edilen kanamaların resüsitasyon işlemleri ile ilgili olabileceği ihtimali nedeniyle incelemenin eksikliği ve ilk derece mahkemesinin vermiş olduğu mahkûmiyet kararının bozulması kararının doğru ve yerinde olduğunu düşünmekteyiz. Bununla birlikte her iki hastanede birden, künt göğüs travmasını değerlendirecek uzmanların olmayışı, organizasyon kusuru açısından ayrıca değerlendirilmelidir.

Gerek poliklinik gerekse acil serviste yetersiz muayene ve bütüncül yaklaşımın uygulanmadığı ve hastanın vefatı ile sonuçlanan bir başka olayda, Yargıtay 12. C. D.'nin 29.05.2014 tarihli kararında⁴⁸⁸;

'... Dosya incelenerek gereği düşünüldü: 1967 doğumlu ölen F. Y.'ın 04.04.2007 tarihinde başlayan bel ve kalça ağrısı şikayeti bulunduğu, ağrının giderek artması üzerine, dosya arasındaki Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı'nın raporundaki bilgilere göre; 08.04.2007 Pazar günü saat:16.15'te eşi olan katılan M. Y. tarafından ... Devlet Hastanesi Acil Servisine götürüldüğü, burada Acil Servis doktoru S1. tarafından muayene edilen hastaya "Lumbalji" teşhisi konularak Dicloron ve Dekort ampul im uygulandığı, reçete verildiği ve poliklinik defterine de "Lumbalji, reçete verildi + öneri + kontrol + FTR sevk, Beyin Cerrahi poliklinik kontrol, önerilerle kontrole çağrıldı" notunun düşüldüğü, eşi olan katılanın ifadesine göre, ölenin o gün için rahatladığını belirttiği, 09.04.2007 Pazartesi günü ... Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Polikliniğinde randevuları olduğundan saat: 10.30'da burada KBB uzmanı Dr. S2. tarafından hastanın muayene edildiği, -dosya arasındaki Danıştay Birinci Dairesinin bozma kararında- baş ağrısı, burun ve geniz akıntısı şikayeti ile başvurulduğu ve reçete verildiğinin belirtildiği, katılanın eşi için Tıp Fakültesi Beyin Cerrahi polikliniğinden 11.04.2007 tarihine randevu aldığı, ancak hastane dönüşünde ölenin ağrıların artması nedeniyle tekrar hastaneye dönüp aynı gün saat 11.40'da ... Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine müracaat ettikleri, burada da Acil Tıp Araştırma Görevlisi Dr.

⁴⁸⁸ Yargıtay 12. C.D.'nin 29.05.2014 tarih ve 2013/8722 Esas, 2014/13221 Karar sayılı kararı.

Erişim. <https://karararama.yargitay.gov.tr/>. 14.09.2023.

S3.. tarafından muayene edilen ve katılanın beyanlarına göre ağzından katı balgam geldiği ve nefes almada sorun yaşadığını da beyan eden hastaya, Myadren ampul im yapıldığı, "Myalji (kas ağrısı)" teşhisi konularak reçete verildiği ve saat: 13.25 sıralarında önerilerle taburcu edildiği,

10.04.2007 salı günü, ölenin ağrılarının geçmemesi üzerine ... Devlet Hastanesi Beyin Cerrahi Uzmanı Dr. S4.'ın muayenehanesine gittikleri, katılan beyanına göre hastanın doktor tarafından ilkel yöntemlerle muayene edildiği, nefes almakta zorlandığı ve koyu balgam geldiğini söyledikleri halde doktorun buna önem vermeyip bel fıtığı olduğunu söylediği, 08.04.2007 tarihinde ... Devlet Hastanesi Acil Servis doktoru S1 tarafından- yazılan reçeteyi gösterdikleri, doktorun ilaçların doğru olduğunu söyleyip hemen başlamalarını önermesi üzerine ilaçları alarak kullanmaya başladıkları, ancak ertesi (11.04.2007 Çarşamba) gün eşinin ağrılarının daha da artması üzerine katılanın Dr. S4'ü telefonla aradığı, doktorun "hastaneye getirin, MR çekilsin" demesine rağmen MR çekirmek istemedikleri ve hastanın saat 11.50'de ... Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine bel ağrısı şikayeti ile başvurduğu, burada Acil Tıp Araştırma Görevlisi Dr. S5. tarafından muayene edildiği, 3-4 gündür şikayeti olduğu, ağrı kesiciler yapıldığı halde 2 gündür geçmediği, epigastrik ağrıyla beraber bulantı-kusması da olduğu, muayenede TA:90/50 mmHg, N: 116/dk, SS: 18/dk. A:36 °C, oksijen saturasyonu:%97 olduğu, her iki akciğerin solunuma eşit katıldığı, epigastrik duyarlılık, çift taraflı bel kaslarında spazm, lasek testleri negatif, lipaz: 11 olduğu, mingazi testinin ağrı nedeniyle yapılamadığı belirtilerek "siyalji" tanısı konulup 250 cc SF içine Metpamid amp, 2 ölçek Rennie, 20 mg Lidokain po, Pantpas flakon, M 4.5 mg yapıldığı, FTR polikliniğine gitmesi önerilerek reçete düzenlendiği ve katılanın ifadesine göre; hastanın nefes almada zorlandığı, göğsünün ağrıdığı, ağzından kan geldiği, sol kolunun uyuştugu ve bu ağrılarının bel ağrısını bastırıldığını söylemelerine rağmen yatak istirahati önerilerek eve gönderildiği, o gün ağrılarının daha çok arttığı ve hastanın iyice ağırlaşması ve ayağa kalkamaz hale gelmesi üzerine, ölenin eşi, kız kardeşi ve komşusu olan tanık F. G.' ün 12.04.2007 Perşembe günü saat 16.30' da 2 gün önce hastayı muayene eden- Dr. S4.'ın özel muayenehanesine yeniden giderek hastanın durumunun daha da ağırlaştığını anlatıp hastaneye yatırmasını istedikleri, Dr. S4.'ün telefonla hastaneyi arayarak talimat vermesiyle, hastanın aynı gün saat 18.15 sıralarında, mesainin bitmiş olması nedeniyle poliklinikler hasta kabulü yapamadığından Acil Servisten giriş yapılarak, o sırada görevli olan Acil Servis Doktoru S6.. tarafından Acil Poliklinik defterine "Disk Hernisi, Dr. S4. gördü. Beyin Cerrahi Servisine yatırıldı" notu düşülerek ve hasta hiç muayene edilmeden, Dr. S4.'ün görev yaptığı ... Devlet Hastanesi Beyin Cerrahi servisine, Dr. S4. adına "sol HNP" tanısıyla yatırıldığı, TA:80/40 mmHg, N:%/dk, olduğu, 1000 cc izotonik, Diazem amp, Novalgin başlandığı, hastanın bel ağrısı yanında çok şiddetli mide ağrısı şikayeti de olduğundan servis hemşirelerince telefonla bilgi verilen Dr. S4.'ün telefondaki talimatıyla Dahiliye konsültasyonu istendiği, Dahiliye Uzmanı Dr. S7. tarafından yapılan muayenede hastada karında hassasiyet ve rijidite tespit edilip Genel Cerrahi değerlendirilmesi, amilaz ve lipaz dahil karaciğer enzimlerinin bakılması, Ulcuran ampul 2x1, antiasit başlanması önerildiği, Genel Cerrahi Uzmanı Dr. S8. tarafından muayene edilen hastanın, epigastrik ağrı yakınması olduğu, distansiyon, rebound olmadığı, gaytası normal olduğu, Ulcuran 3x2 amp önerildiği, o an itibari ile acil cerrahi patoloji düşünülmeyeceğinin belirtildiği, Ulcuran 3x2 amp, Talcid 4x2 başlandığı, kan tahlillerinde; Hb:11.7, Hct:35.9, BK:4640, Plt:55000 olduğu, saat 21.00 ile 01.30 arasındaki takiplerinde TA: 100/60 mmHg, N:88-92/dk seyrettiği, ancak hastaya refakat eden komşusu tanık H. Y.'ın kolluktaki ve katılan M. Y.'ın aşamalarındaki beyanlarına göre, yatışından yarım saat sonra hastanın ağzından kanlı balgam gelmesi,

21.30 sıralarında hastanın bacaklarını hissetmediğini söylemesi, bacaklarının soğuması ve istem dışı hareketler yapmaya başlaması, 22.30 sıralarında ise teninin sararıp nefes almakta zorlanmaya başlaması karşısında refakatçi tanığın durumu tanık servis hemşiresi A. Ç. aracılığıyla, o gece branş nöbetçisi olup beyin cerrahi servisinde hemşire odasında bulunan sanık beyin cerrahi doktoru S9'a birkaç kez iletmesine ve hemşirenin de ısrarına rağmen, sanık doktorun, hastanın Dr.S4.ın hastası olduğu ve kendisinin bu nedenle hastaya bakmasının etik olmayacağını söyleyerek 13.04.2007 gecesi TA:80/50 mmHg olup hastanın genel durumunun kötüleştiği ana kadar hastanın yanına hiç uğramadığı ve durumun ileri düzeyde kötüleşmesi üzerine saat 04.50 sırası odaya gelip muayene ederek, durumun ciddiyetini görüp hastayı genel yoğun bakıma aldırıldığı, ancak saat: 05.25'te hastanın öldüğü, sanık doktor tarafından "kardiopulmoner arrest sonrası exitus" notu düşüldüğü, Dr. S4.'ın ise gözlem notunda; "hasta yakınlarının hastanın çok ağrıların olduğunu belirtmesi ve ısrarı üzerine yatırıldığı, 1 gün önceki muayene bulgularının; bel hareketleri ağrılı, DTR normal, motor güç normal, duyu normal olduğu, nöbet izninde olduğu için ex olmadan önce tarafından görülmediğini" belirterek şüpheli ölüm notu düşüp hastane polisine olayın haber verildiği, 05.02.2008 tarihli ... Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesinin Otopsi Raporu sonucunda; "kişinin ölümünün bronkopnömoni (akciğer enfeksiyonu)'den ileri geldiğinin belirtildiği olayda; Yüksek Sağlık Şurası'nın dosya arasındaki 24-25 Mart 2011 tarihli 12766 karar sayılı raporunda; kişinin ölümünün yaygın bronkopnömoni ve plöreziden ileri geldiğinin anlaşıldığı, sırt, bel ve karın ağrısı yapabildiği bilindiğinden bel, karın ve böğür (kostalomber, abdominal) ağrısı yakınması ile başvuran bir hastada lomber disk hernisi yanında ve hatta öncelikle bu patolojilerinin de düşünülmesi ve ayırıcı tanıyı yapmak amacıyla en azından hemogram ve akciğer grafisi gibi tetkiklerin yapılması gerektiği belirtilerek ... Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisinde hastayı muayene eden Acil Tıp Araştırma Görevlisi Dr.S5.'ın muayene ve değerlendirmesinde eksiklik olduğu, gerekli tetkik ve konsültasyonları yapmayarak tanıda gecikmeye neden olduğu, ... Devlet Hastanesi Beyin Cerrahi Uzmanı Dr. S4.'ın hastayı sistemik değerlendirmemek, tanıya götürecekt ve ayırıcı tanıyı yaptıracak gerekli incelemeleri yapmamak, hasta ile ilgili konsültasyonları bizzat yapmamak ve sonuçlarına göre takip ve tedaviyi yönlendirmemek, hastanede bulunmayacağını bildiği halde aynı klinik nöbetçi uzmanı Dr. S9. ile bu işlemler için temas kurmamak suretiyle, tanıda gecikmeye sebebiyet vermek, uygun tedaviyi başlatmamak ve başlatılmasını sağlamamaktan dolayı kusurlu olduğu, Konsültasyonla hastayı gören ... Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Uzmanı Dr. S8.'ün akut karın açısından değerlendirdiği, Genel Cerrahi değerlendirmesinin tıp kurallarına uygun olduğu, yine konsültasyonla hastayı gören ... Devlet Hastanesi Dahiliye Uzmanı Dr. S7..'un hastayı uygun şekilde değerlendirmedikten ve istediği Genel Cerrahi konsültasyonundan sonra tekrar görmemek suretiyle tanı ve tedavi başlatmadığından kusurlu olduğu, Nöbetçi Beyin Cerrahi Uzmanı Dr. S9.'ın kliniğinde yatan ve sorunları olduğu kendisine iletilen hastanın değerlendirilmesi sonucu icap eden tıbbi işlem ve girişimleri yapmayarak, hastayı ilk gören ve yatıran hekim ile doğrudan veya dolaylı temas kurmayarak, tanının konulmasını ve tedavinin yapılmasını sağlamadığı cihetle kusurlu olduğuna, dosyada 11.04.2007'den itibaren hasta tedavi evraklarının mevcut olması ve öncesinde muayene eden doktorlar olan Dr. S1., Dr. S3. ve Dr. S2.'in muayene ettiğine dair hastane evrakları dosyada mevcut olmadığından durumlarının değerlendirilemediğine karar verildiğinin anlaşılması karşısında, ... Belirlenen eksiklikler yerine getirildikten sonra maddi gerçeğin kuşkuyla yer vermeyecek şekilde belirlenmesi için, önceki raporlar da irdelenecek şekilde, sanık ve diğer doktorların eylemleri ile ölüm neticesi arasında illiyet bağı

bulunup bulunmadığının ve sanığın ve ölenin tıbbi tedavisinde görev alan adı geçen diğer doktorların olay nedeniyle tıbbi açıdan kusurlu bulunup bulunmadıklarının, ve kusurlu iseler nedenleri ve derecelerinin her türlü şüpheden uzak biçimde saptanması için Adli Tıp Kurumu Genel Kurulu'ndan rapor alınmasından sonra TCK'nın 257. maddesinde düzenlenen görevi kötüye kullanma suçunun oluşup oluşmayacağı hususu da değerlendirilerek sanığın hukuki durumunun tayin ve takdiri gerektiği gözetilmeden, eksik incelemeyle yazılı şekilde sanığın mahkumiyetine karar verilmesi, Bozmayı gerektirmiş olup, sanık müdafinin temyiz itirazları bu itibarla yerinde görüldüğünden hükmün bu sebeplerden dolayı BOZULMASINA, 29/05/2014 tarihinde oy birliğiyle karar verildi.

Karar özetinde görüldüğü üzere gerek polikliniklerde gerek muayenehanede ve gerekse acil servislerde birçok hekim tarafından (karar özetine göre 9 farklı hekim), birçok kez muayene edilen hasta, yetersiz muayene ve yetersiz tetkik ve değerlendirmelere maruz kalmış, sonuçta doğru ve zamanında tanı konulamadığı için uygun şekilde tedavi edilememiş ve sonuçta vefat etmiştir. Karar özetinden ve bilirkişi raporundan anlaşıldığı üzere olayda birden fazla hekimin ihmali davranışı söz konusu olmuştur. Ne var ki, karar verilirken dosya muhteviyatının tam ve eksiksiz olması, hastayı gören tüm hekimlerin görüşlerinin ve hasta ile ilgili tüm tetkik ve değerlendirmelerin dosya da bulunması maddi gerçeğe ulaşmak açısından bir zaruret olması gerekçesiyle karar Yargıtay tarafından bozulmuş olup, bu karar bize göre de doğru ve yerindedir. Bu olay da göstermektedir ki, belki de bir akciğer grafisi ve dikkatli bir fizik muayene ile tanı konulabilecek bir patoloji, hastanın semptomatolojisinden kaynaklı bir yanlış yönleniş ve diğer tüm hekimlerin bu yönleniş doğrultusunda davranışları nedeniyle, tanımlanamamıştır. Bir kez daha ifade etmek gerekir ki, hekimler hastalarını kendi branşlarını ilgilendiren birer organ olarak görmemeli, elden geldiğince, her hastaya gereken süreyi ayırarak, dikkat ve özenle muayenesini yapmalı, gereken durumlarda konsültasyon istemeli ve bütüncül bir şekilde değerlendirerek muayene işlemini tamamlamalıdır.

Değerlendirmeye aldığımız bu kararlar dışında, acil servislerde yaşanan sorunlar nedeniyle, Yüksek Yargı kararlarında yer bulan daha birçok olay mevcuttur ve bunların bir kısmı da çalışmamız içerisinde yer almıştır. Bir sonraki bölümde ayrıntılı değerlendirilen Yargıtay 12. C.D.'nin 14.12.2015 tarih ve E. 2015/2121, K. 2015/19198 sayılı kararındaki gibi, acil servislerde BT, MRG gibi radyolojik tetkiklerin çoğunlukla radyoloji uzmanlarınca raporlanmadan, acil servis hekimleri ya da klinisyenler tarafından değerlendirilmek durumunda kalındığı, bu durumun kimi zaman olumsuz sonuçlara neden olabileceği örnekler de mevcuttur.

Özetle, günümüzde acil servisler adeta sağlık sisteminin bir aynası gibidir. Bu açıdan acil servisler aşırı derecede yoğunluğun olduğu, hekim ve sağlık personelleri ile hasta ve hasta yakınlarının adeta birer taraf gibi davrandığı, hasta triajının son derece zor olması nedeniyle hangi hastaya daha önce müdahale edilmesi gerektiği noktasında sürekli ihtilafların olduğu, zaman zaman ekip ve ekipman eksiklikleri ile görev yapıldığı, merkez hastanelere yapılması gereken hasta sevklerinde büyük zorluklar yaşandığı, tüm bu nedenler yüzünden hekimlerin ve sağlık personelinin şiddete maruz kalma riskinin son derece yüksek olduğu alanlardır. Bu alanda görev yapan hekimler yüksek oranda tıbbi kötü uygulama iddiası riski ile karşı karşıyadır. Hekimler yaptıkları tanısal hatalar nedeniyle, yetersiz müdahale yaptıklarında, konsültasyon işlemleri ile ilgili hatalarında, bilgi ve belgeleri kayıt altına almadıklarında, sevk işlemleri ile ilgili hatalarında, hasta mahremiyeti noktasında uygun şekilde davranmadıklarında ve uygun şekilde aydınlatma yapmadıklarında malpraktis iddialarına maruz kalabilirler. Bu nedenlerle, acil serviste çalışırken normalde gösterilen dikkat ve özenin üzerinde bir özenle çalışılmalı, olması gerektiği şekilde hızlı bir anamnez ve muayene süreci sonrası, aciliyet durumuna göre en uygun tıbbi müdahale gerçekleştirilmelidir. Tüm tanı ve tedavi süreci, mümkün ise hasta ile paylaşılmalı, gerekli aydınlatmalar yapılmalı ve rızalar alınmalıdır. Şayet hastanın durumu buna izin vermiyor ise, yetkili yakınları ile benzer süreçler yürütülmelidir. Hekimler ve sağlık çalışanları acil serviste çalışırken iletişim kuralları ve empatiyi ön planda tutmalıdır. Her türlü dikkate rağmen, karşılaştıkları olumsuz bir durum karşısında (psikolojik, sözel veya fiziksel şiddet vs.) hukuki haklar bilinmeli, hastane idaresi başta olmak üzere organizasyonel önlemler alınması amacıyla gereken taleplerde bulunulmalıdır. Tüm bu süreçler de mutlak suretle tutanak altına alınmalı, yaşanan her şey kayıt altına alınmalıdır.

4.2.1.3. Hasta tetkikleri ve değerlendirmeleri ilgili sorunlar

Nöroşirürji branşını ilgilendiren patolojilere doğru tanı koyma ve tedavi uygulama noktasında, gerekli ve yeterli değerlendirme yapmanın önemi çok büyüktür. Doğaldır ki, doğru ve yeterli bir anamnez, muayene, tetkik ve değerlendirme süreci hastanın tanısı ve doğru tedavi planını olarak ortaya koymak için ilk adımdır. Bu nedenle hasta, poliklinikler ya da acil servislerde görüldüğünde, dikkatli bir anamnez alma ve muayene

noktasında hata yapma oranı son derece düşecektir. Günümüzde ülkemizde yaşanan hasta yoğunluğu ve poliklinik ve acil servislerde hastalara ayrılan standartlara uygun olmayan muayene süreleri nedeniyle hekimlerin nöroradyolojik tetkik isteme sayıları belirgin şekilde artmıştır. Ne var ki, aşırı derecede artan radyolojik tetkik sayıları bu kez de radyoloji uzmanlarının iş yükünü aşırı derecede arttırmaktadır. Gerek klinisyenlerin gerekse radyoloji hekimlerinin bu aşırı yoğunlukları, sağlıklı hasta değerlendirme süreçlerine zarar vermektedir.

Son yıllarda hastanelerimizin birçoğunda sistemsal olarak, Bilgisayarlı Tomografi ve Manyetik Rezonans Görüntüleme çekim işlemleri için hizmet alma yoluna gidilmektedir. Bu durumda, ihaleyi almış olan şirketin anlaşılmış olduğu bir radyoloji hekimi genellikle uzak bir yerden, çoğunlukla hasta ile ilgili pek bir bilgisi olmadan ve genellikle belli bir süre sonra görüntülemeyi yorumlamakta ve bu raporlar klinisyenlere bazen çok geç gelmekte, bazen de klinisyen tarafından hiç görülmemektedir. Zaten sıkıntı içinde olan ve derdine bir an önce derman arayan hasta, bu rapor süresini beklemek istememekte, radyoloji merkezinden aldığı görüntüleme cd'si ile birlikte, hekiminden bir an önce tanı ve tedavi talep etmektedir. Hele acil servislerde ve mesai dışı zamanlarda, bu sistem nedeniyle gerekli ve yeterli radyolojik değerlendirme imkânı son derece kısıtlı düzeyde kalmaktadır.

Hasta değerlendirmek ya da tedavi aşamasında doğru yönlenebilmek adına, laboratuvar tetkikleri de son derece önemlidir. Hastanın kan tablosunun değerlendirilmesi ve değerlerin sonuçlarına göre, bazen ameliyat kararı verilmesi (örneğin bir hipofiz adenomu olgusunda hormonal değerlerin artışı, vs.), bazen ameliyat kararının ertelenmesi (beyaz kan hücrelerinin normalden fazla olması yani enfeksiyon durumu, vs.), bazen hızlıca bir tedavi ihtiyacı (örneğin kırmızı kan hücre miktarında ani azalma) gerektirebilir. Çok basit şekilde örneklendirmeye çalıştığımız biyokimyasal ve mikrobiyolojik değerlendirmeler, hastaların tanı, tedavi ve takip noktasında hekimler için çok önemlidir. Bu nedenle idareler ve ilgili uzmanlık alanı hekimleri, bu değerlendirmelerin yapılabileceği teknik ve fiziki ortamı (cihazlar, kitler ve diğer laboratuvar malzemeleri), ayrıca yardımcı sağlık personelinin çalışır ve aktif durumda tutulmaları, cihazların kalibrasyonu ve sonuçların doğru bir şekilde ve mümkün olan kısa sürede klinisyenlere iletilmesi, nöroşirürji uzmanları açısından da çok önemlidir.

Lomber disk hernisi nedeniyle operasyon planlanan ancak operasyon öncesi izinli çıkarıldığı süreçte, enfeksiyon bulguları nedeniyle çeşitli poliklinik ya da acil servise

başvuran hastanın yeterli tetkik ve değerlendirme yapılmaması sonucu, sepsis ve vefatı ile ilgili, Danıştay 10. Dairesinin 30.03.2021 tarihli kararında⁴⁹⁵;

‘... olaya ilişkin olarak ... Üniversitesi Tıp Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim dalından alınan rapor ve bu rapor yeterli görülmezince Göğüs Hastalıkları, Enfeksiyon Hastalıkları ve Acil Tıp Anabilim Dalında görevli hekimlerden alınan ek raporların sonuç kısmında; bel fıtığının ölümcül bir hastalık olmadığı, hastanın hayatını kaybetmesinin bel fıtığı yüzünden olmadığı, hastanın kendi rızasıyla ameliyat gününe kadar izinli çıkarılmasında herhangi bir ihmal ya da kusur saptanmadığının belirtildiği, hastanın ... Üniversitesi Tıp Fak. beyin ve sinir cerrahisi bölümünde değerlendirilirken tespit edilen yüksek kan sonuçları nedeniyle önerilen enfeksiyon konsültasyonunun yapılmadığı, ancak ölümle illiyet bağı kurulamayacağı, ... Numune Hastanesi acil servisinde semptomatik tedavi verilmiş olduğu, idrar yolu enfeksiyonunun ayırıcı tanısı için idrar tahlili dışında tetkik istenmediği, ancak ölümle illiyet bağı kurulamayacağı, ... Üni. Tıp Fakültesi acil ve anestezi-reanimasyon yoğun bakım anabilim dallarında gereken tüm tıbbi müdahalelerin yapılmış olduğu ve ölümle illiyet bağı kurulamayacağından ve doğal olarak kusur oranları da belirlenemeyeceğinin bildirildiği, anılan raporlarda, 16/11/2011 tarihinde ... Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde, hastaya yapılan kan tetkiklerinde, hemogram değerlerinin normalin üzerinde olduğu ve vücutta bir enfeksiyon olabileceğine işaret ettiği, operasyon düşünülen bir hastada bu yüksek değerlerin enfeksiyon kaynaklı olup olmadığının araştırılması gerekirken bunun yapılmadığı, 17/11/2011 tarihinde de enfeksiyon hastalıkları bilim dalından da konsültasyon istendiğine ilişkin bir belgeye rastlanmadığı, 26/11/2011 tarihinde (Numune Hastanesinde) acil servise başvuran hastaya sadece semptomatik tedavi önerildiği, reçete düzenlenmediği, yapılan tam idrar tetkiki sonucundaki normal olmayan değerlerin idrar yolu enfeksiyonunu düşündürdüğü ancak yüksek ateşi, bulantısı olan ve idrar yolu enfeksiyonu olduğu düşünülen bir hastada bu enfeksiyonun basit sistit mi? yoksa komplike idrar yolu enfeksiyonu mu? olduğunun anlaşılabilmesi için ve hastanın ileri tedavisinin planlanabilmesi için tam kan sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı, crp ve idrar kültürü istenmediği, 27/11/2020 tarihinde 12.35 de Üniversite Hastanesi acil servisine başvurulması sonrasında gerekli tetkik ve incelemelerin yapılarak solunum yetmezliği, böbrek yetmezliği ve sepsis tanılarıyla aynı gün 17.30 da anestezi ve reanimasyon yoğun bakım ünitesine transfer edildiği ve acil servise başlanan tedaviye devam edildiği, ancak, enfeksiyon hastalıkları bilim dalının önerdiği Tazocin isimli antibiyotikğin doktor orderında görülmesine rağmen epikrizde eczaneden çekilen ilaçlar arasında yer almadığı, order kağıdında saat 21.00 dozu için YOK (-) ibaresinin bulunduğu, sepsis düşünülen bir hastada mümkün olduğunca erken (hatta ilk bir saat içinde) başlanması gerektiği fakat bunun anlaşılmadığı yolunda davalı idarelerin sunduğu sağlık hizmetini kusurlandırıcı tespitlerin yer aldığı, gerek bilirkişi raporundaki anılan tespitler, gerekse rızasının alınmaması ve hatta ameliyatı reddettiği yolundaki belge de dikkate alındığında, müteveffaya yapılan tıbbi uygulamaların, Hasta Hakları Yönetmeliğine aykırı yürütülmesi yönüyle de hizmet kusurunun varlığının kabulü gerektiği sonucuna varılarak...’

⁴⁹⁵ Danıştay 10. Dairesinin 30.03.2021 tarihli ve 2019/3589 Esas, 2021/1478 Karar sayılı kararı. Erişim. Lexpera. 17.09.2023.

Karar özetinde görüldüğü üzere Danıştay 10. Daire hizmet kusuru olduğu yönünde karar verilmiştir. İfade etmek gerekir ki, özellikle mükerrer başvurularda hastaya olan dikkat ve özenin yoğunlaşması, bununla birlikte tetkik ve değerlendirmenin bu doğrultuda yapılması gerekmektedir. Karardan anlaşıldığı üzere, defalarca hastaneye başvurmasına karşın hastaya net bir tanı konulamadığı ve uygun tedavi başlanamadığı görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında karar bize göre de doğru ve yerindedir.

Tetkikler başlığı altında patolojik değerlendirmeler noktasında ifade etmek gerekir ki, ameliyatlarda sırasında insan vücudundan cerrahi olarak çıkarılan her patolojik doku, mutlaka patoloji birimine gönderilerek, patoloji uzmanını tarafından değerlendirilmesinin sağlanması gerekmektedir. Bu nedenle ameliyat sırasında, çıkarılan dokular, uygun koşullar altında ve uygun solüsyonlar içerisinde muhafaza edilerek ve hekim tarafından hastanın nörolojik ve radyolojik bulguları ve klinik ön tanısının olduğu bir form ile (patoloji istem formu) ya da bir konsültasyon talebi ile patoloji laboratuvarına gönderilmektedir. Cerrahlar ve hastalar için, vücuttan çıkarılan patolojik dokunun tanısının ne olduğunun değeri çok büyüktür. Kimi zaman, ameliyat sırasında preparatın bir kısmı patoloji uzmanına gönderilerek, hızlı tanı alınır ve ameliyatın gidişatı o sonuca göre belirlenebilir. Ancak daha önemlisi, ameliyat sonrası konulan patolojik tanı sonucu, hastanın sonraki tedavi ve takip sürecini direk etkileyecektir. Bu patolojik tanı sonucu kimi zaman hiçbir tedavi gerektirmeyecek bir durum oluşturabileceği gibi kimi zaman da yakın takip, radyoterapi, kemoterapi hatta yeni bir ameliyat gereksinimi gibi komplike durumlarda ortaya koyabilecektir.

Hastane idareleri hem hasta takip ve tedavileri hem bilimsel veri oluşturma hem de olası bir tıbbi kötü uygulama iddiası durumunda somut gerçeği açığa kavuşturabilme adına, tüm tetkik ve değerlendirmelerin mevzuatın gerektirdiği şekilde ve sürede muhafaza edilmesinin organizasyonunu sağlamalıdır.

Hasta tetkik ve değerlendirmelerinin gereken dikkat ve özen içinde yapılmaması ciddi sorunlara yol açabilir. Hastanın vefatı ile sonuçlanan bir olayda, Yargıtay 12. C. D.'nin 14.12.2015 tarihli kararında⁴⁹⁶;

'Taksirle öldürme suçundan sanığın beraatine ilişkin hüküm, katılan vekili tarafından temyiz edilmekle, dosya incelenerek gereği düşünüldü: 11.12.2011 tarihinde, ölenin, babasına ait motorsiklet ile başında kask olmadan trafikte seyrettiği esnada motorsikletin direksiyon hakimiyetini kaybedip devrilmesi

⁴⁹⁶ Yargıtay 12. C.D.'nin 14.12.2015 tarih ve 2015/2121 Esas, 2015/19198 Karar sayılı kararı. Erişim. <https://karararama.yargitay.gov.tr/>. 26.09.2023.

sonucu yaralandığı, getirildiği ... Hastanesi'nde pratisyen doktor ... tarafından muayene edilerek ölene, sağ el bileğinde kırık, bilinç bulanıklığı, yakın hafıza kaybı, kafada sağ frontal ve parietalde künt travmatik lezyon teşhisi konulduğu, ... Hastanesi'nde ilgili branşların uzman doktorlarının olmaması nedeniyle aynı gün daha ileri tetkik için beyin cerrahi uzmanı ve ortopedi uzmanının bulunduğu ... Hastanesi'ne sevkini yapıldığı, burada acil tıp uzmanlığı araştırma görevlisi olarak çalışan doktor ... tarafından muayene edilerek düzenlenen konsültasyon raporunda, x rayda sağ radius styloid kırığının olduğunun, BT'de sfenoid sinüs sol kesiminde yoğun dansite tespit edildiği belirtilerek nöroloji konsültasyonu önerildiği, ölen hakkında nöroloji asistanı doktor ... tarafından düzenlenen konsültasyon raporunda, BT'sinde sfenoid sinüs sol kesiminde hiperdens alan, normal serebral bulgular olduğunun, kafa travmalı hastanın bilgilendirme formu ile taburcu olabileceği belirtilerek, 13.12.2011 tarihinde kırık kolun alçıya alınması için tekrar gelmek üzere 12.12.2011 tarihinde saat 03.00 sıralarında taburcu edildiği, baş ağrısının geçmemesi üzere babası tarafından 12.12.2011 tarihinde saat 20.50 sıralarında ... Hastanesi'ne getirildiği ve pratisyen doktor olarak görev yapan sanık ... tarafından muayene edildiği, muayene sırasında burun kanaması ve kusma hali olmayan sadece baş ağrısı şikayeti ile gelen ve hasta geçmişi dinlenen ölene ağrı kesici iğne yapıldığı, ölenin, 13.12.2011 tarihinde kolundaki atelin kontrolü için ... Hastanesi'ne gitmek için yolculuk yaptığı esnada fenalaşması üzerine ... Hastanesi'ne getirildiği, burada posttravmatik menenjit tanısı konularak üniversitenin çocuk sağlığı ve hastalıkları yoğun bakım bölümüne yatışının yapıldığı, tedavisi devam etmekte iken kardiyak arrest geçirmesi sonucu 16.12.2011 tarihinde öldüğü, ölüm nedeni ile ilgili olarak ...Grup Başkanlığı ...İhtisas Dairesince düzenlenen 05.03.2012 tarihli ve P-376 sayılı raporda "Kişinin trafik kazasına bağlı oluşması olası kafa kaidesi kırık ve (septik dural sinüs trombozu, akciğerde septik emboli, abse gibi) komplikasyonlarının belirtildiği,...Kurumu Başkanlığı ... Kurulu tarafından düzenlenen 25.09.2013 tarihli raporda " .. otopsisinde frontal kemik sağında orbita tavanında dış yan taraftan, kafa tabanı medyaline ilerleyen kırık hattı olduğu, kırık hattı kafa kaidesinde sağ ön fossa arka kenarında, krista kenarına kadar sola arkaya ilerleyerek, sağ ön fossa arka kenarında kristanın birkaç milimetre önünden ona paralel halde sola devamla kafa kaidesinde sellanın ucundan krista kenarından kenara paralel olarak uzanan 0.3/1 cm ebattaki kopan kemik parçasının sağ orta fossaya düştüğü, sağ orta fossa ön kısmında kristadan kemik fragman koptuğu alandan arkaya, aşağı orta hatta uzanan ve orta fossanın medyalinde ön yarısına yakın hizada sonlanan kırık hattı olduğu, olay tarihi ve akabinde çekilmiş olan radyolojik tetkiklerin yapılan yazışmalar sonucu hastanede bulunamadığının bildirilmiş olduğu, söz konusu otopside tanımlanan kırıkların çekildiği bildirilen radyolojik tetkiklerde görülüp görülmediğinin bilinemeyeceği ancak tarif edilen kırıkların lokalizasyonları dikkate alındığında söz konusu çekildiği bildirilen grafilerde görünmesinin zor olduğu tespit edilen kırığın lokalizasyonu ve özellikleri itibariyle otopsi esnasında duranın kaldırılması sonrasında oluşabileceği, 13.12.2011 tarihinde atel kontrolü için hastaneye gelirken, fenalaşma öyküsü ile gelen hastanın muayenesinin yapılarak takibe alındığı dikkate alındığında, kişinin muayenesi takip ve tedavisine katılan sağlık personeline atfı kabil kusur bulunmadığının oy birliği ile mütalaa olduğu" nun belirtildiği, Dr. tarafından düzenlenen 19.02.2013 tarihli ön inceleme raporunda, ... Üniversitesi'nde görevli doktor hastanın gönderildiği hastanede ciddi kafa travması ön tanısı konması, BBT ön raporunda " sfenoid sol kesimi dolduran yoğun dansite" görülmesine rağmen acil muayene raporunda, BBT normal olarak değerlendirilmesi, kulak burun dikkate alınmaması, doktor ... kendisinin radyoloji eğitimi almadığını söylemesi ve buna rağmen ölenin

tomografisini nöbetçi uzmana göstermeyerek kendisinin değerlendirilmesi ve değerlendirme neticesinde BBT sonucunda patolojik bir durum görmediğini söylemesi, BBT ön raporunda el yazısı ile yazılmış olan " sfenoid sinüs sol kesimi dolduran yoğun dansite" ifadesini kendisinin gördüğü raporda yazılı olmadığını belirtmesi ancak konsültasyon notunda bu patolojinin olduğunun belirtmesi, hafif-orta derecede kafa travması tanısı koyarak, hastanın Kaş'tan gelmesi nedeni ile acil bir durumda tam teşekküllü bir hastaneye zaman kaybı yaşanarak gelebileceği dikkate alınmadan taburcu edilmesinin uygun görmesinde tıbbi uygulama hatası emareleri hasıl olduğundan, doktor ... ve Doktor ... da ölene yaklaşımlarında tıbbi uygulama hatası olduğu" nun belirtildiği, ... eksik inceleme ile yazılı şekilde hüküm tesisi, Kanuna aykırı olup, ... Kararın BOZULMASINA, 14/12/2015 tarihinde oybirliğiyle karar verildi'.

Karar özetinde görüldüğü üzere olay, acil servise multitravma ile başvuran hastanın yapılan tetkiklerinin değerlendirilmesi alakalı ile bir durumdur. Olayda, başka bir merkez tarafından sevk edilen hasta, getirildiği hastane acil servisinde ortopedi ve nöroşirürji (kararda nöroloji asistanı diye yazıyor ancak olay travma olduğundan biz nöroşirürji yerine sehven nöroloji yazılmış olabileceğini düşünüyoruz) kliniklerince değerlendirilmiş, çekilen BBT de sfenoid sinüs sol kesiminde hiperdens görüntü olması nedeniyle istenen bir konsültasyon olduğu halde, 'BT'sinde sfenoid sinüs sol kesiminde hiperdens alan, normal serebral bulgular olduğu, kafa travmalı hastanın bilgilendirme formu ile taburcu olabileceği' şeklinde bir konsültasyon notu yazılmış ve hastanın öneriler ile taburcu edildiği anlaşılmaktadır. Kararın muhteviyatından anlaşıldığı üzere, nöroşirürji asistanı çekilen BBT ile ilgili bir radyolojik rapor görmemiş, hasta ve filmi nöbetçi uzman hekime de danışmamıştır. İfade etmek gerekir ki, acil servislerde direk grafipler ve Bilgisayarlı Tomografi tetkikleri son derece sık kullanılan tetkiklerdir. Bu alanlarda yapılan tetkik ve değerlendirmeler hızlı olması gerektiğinden ve genellikle hastanelerin büyük çoğunluğunda (özellikle perifer hastanelerde) nöbetçi radyoloji uzmanı bulunmadığından, bu tetkikler radyoloji hekimleri tarafından çekildiği an raporlanamamaktadır. Acil servis hekimleri ya da ilgili klinisyenler istemiş oldukları tetkikleri genellikle kendileri değerlendirmek durumunda kalmaktadırlar. Raporlar dosyalara bazen birkaç saat bazen de birkaç gün sonra girebilmektedir. Burada asıl sorun, klinisyenin değerlendirmesi ile radyoloji uzmanının değerlendirmesi arasında fark olması durumunda başlamaktadır. Somut olayda da böyle bir durum söz konusudur. Nöroşirürji asistanı tarafından ortada bir rapor olmadığı belirtilmektedir. Bununla beraber, kendisinden konsültasyon istenme gerekçesi de kafa travması ve BBT de sol sfenoid sinüste dansite artışıdır. Bu durumda, kendisi BBT'nin normal sınırlarda olduğunu düşünse bile nöbetçi uzmanına danışmak ya da radyoloji raporu talep etmek suretiyle,

daha güvenli bir yol seçmesi doğru bir davranış olacaktır. Yargıtay 12. C. D.'nin vermiş olduğu bu kararın, dosyanın içerisinde bilirkişi raporlarında da ihtilaf olması bakımından doğru ve yerinde olduğunu düşünüyoruz.

Bu karar vesilesi ile ifade etmek isteriz ki, özellikle acil servislerde idarelerin tüm görev ve sorumluluğu klinisyen hekimlerin üzerinde bırakmasını doğru bulmamaktayız. Radyoloji başta olmak üzere, tetkikler ile ilgili hekimlerin de gerektiğinde acil servislerde görev alması ve ihtiyaç halinde görüşlerine başvurulması hem bilimsel hem de hukuki bir gerekliliktir. Özellikle acil servis yoğunluğunun azaltılması, bu alanda gerçek acil hastaların değerlendirilmesi ve bu değerlendirme sırasında radyoloji hekimlerinin de aktif görev alması, bu kararda olduğu gibi olumsuz durumların yaşanma ihtimalini azaltacaktır.

Bir başka acil serviste değerlendirme eksikliği iddiasının tartışıldığı Yargıtay 12. C. D.'nin 25.03.2014 tarihli kararında⁴⁹⁷,

'... dosya incelenerek gereği düşünüldü: ... Pratisyen Dr. olan sanığın nöbetçi bulunduğu ... özel .. hastanesine saat 02:30 sıralarında baş ağrısı ve bulantı şikayeti ile müracaat eden K..E.'in, sanık tarafından yapılan müşahede ve muayenesi sonucunda migren anksiyete bozukluğu tanısı konulup, reçete düzenlenerek ve sabah nöroloji polikliniğine gelmesi önerilerek saat 06:00 sıralarında taburcu edildiği, aynı gün saat 10:00 sıralarında şikayetleri artan K. E. 'in aynı hastaneye müracaat etmesi üzerine nörolog Dr. M. Ö. tarafından muayene edilip, saat 10:29 itibarıyla çekilen bilgisayarlı beyin tomografisinde serebellar hemotom saptanması üzerine hastane yönetiminin ambulans talebini hemen karşılamaması sebebiyle 2 saat kadar geç sevk edildiği B.. Ü. A. Uygulama ve Araştırma Hastanesinde 03.10.2008 saat 07:27'de öldüğü olayda, Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulunun "sanığın muayene sonucu kişide baş ağrısı, bulantı, frontal bölgede palpasyonla hassasiyet tespit etmesine rağmen ayırıcı tanıya varmak için şuur açık olan hastadan ayrıntılı tıbbi hikaye bilgileri alarak, kullandığı ilaçları sorarak geçirmiş olduğu kalp ameliyatı sonrasında hastanın kullandığı antiagregan ilaç 'C...' kullanımı nedeniyle pıhtılaşma zamanı tetkiklerini ve teşhise verecek radyolojik tetkikleri yaptırması ve hastayı acilen ilgili branş hekimine yönlendirmesi gerekirken, mevcut bulguları migren ve anksiyete tanısı ile yorumlayarak, reçete düzenleyip, baş ağrısı geçmezse nöroloji polikliniğine gitmesi önerisi ile taburcu etmesinde, teşhis de gecikmeye neden olduğundan eyleminin eksik tıbbi girişim niteliğinde olduğu," şeklindeki raporu hükme esas alınıp, sanığın kusurlu olduğu kabul edilerek mahkumiyet kararı verilmiş ise de; Söz konusu raporun inceleme kısmında da özetlenen ... Uygulama ve Araştırma Hastanesi hasta epikriz raporunda "... beyin cerrahi konsültasyonunda; cerrahi endike görüldü, ancak C.. bağlı APTT, PTZ yüksekliği olan hastanın INR'sinin düşmesini beklemek gerektiği belirtildi, 29.09.2008'de ve 30. 09.2008'de tekrar görüldü, ağırlı uyarana cevabı olmayan, pupiller fiks dilate, INR yüksek olan hastanın cerrahisi endikasyonu olmadığı belirtildiği, takip edildiği" şeklindeki ve tedavi için cerrahi müdahalenin zorunlu olduğu, ancak kan sululuk

⁴⁹⁷ Yargıtay 12. C. D.'nin 25.03.2014 tarih ve E. 2013/14868, K. 2014/7397 sayılı kararında, Erişim. . <https://karararama.yargitay.gov.tr/>, 28.09.2023.

derecesi (INR:5.54)'nin çok yüksek olması sebebiyle cerrahi müdahale yapılmasının mümkün olmadığı manasına geldiği anlaşılan kayıt nazara alındığında, teşhiste gecikmeye neden olduğunda, ölene eksik tıbbi girişimde bulunduğu şüphe bulunmayan sanığın zamanında doğru teşhis ve tıbbi girişimde bulunduğu halde dahi ölüm sonucunun gerçekleşip gerçekleşmeyeceğini, sanığın neden olduğu gecikmenin; ölenin nörolog doktor muayenesine getirilmesinde ya da Uygulama ve Araştırma Hastanesine sevinde yaşanan gecikmenin sonuca etkili olup olmadığını, adı geçen hastanede cerrahi girişimde bulunulmamasının tıp kurallarına uygun olup olmadığını, dolayısıyla sanığın yada diğer bir kişinin kusuru bulunup bulunmadığını irdeleyen raporun Adli Tıp Genel Kurulundan alınması sonrası sanığın hukuki durumunun tespit ve tayini yerine teşhiste gecikmeye neden olan sanığın eyleminin eksik tıbbi girişim niteliğinde olduğundan bahsedip, söz konusu gecikmenin ölüm sonucunun gerçekleşmesinde etkili olup olmadığını, dolayısıyla sanığın kusuru bulunup bulunmadığını bildirmeyen yetersiz rapora binaen mahkûmiyet hükmü kurulması ve ... isteme uygun olarak BOZULMASINA, 25/03/2014 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

Bu kararda da benzer şekilde acil serviste yapılan bir değerlendirme eksikliği tartışılmaktadır. Bilirkişi raporunda da belirtildiği üzere, hastadan yeterli ve derin anamnez alınmaması, özgeçmiş ve sorgulama eksikliği ve yetersiz tetkik istemi, hastanın tanısının doğru konulamamasına neden olmuştur. Ancak bilirkişi raporunda illiyet bağı ile ilgili ifade eksikliği ayrıca sevk aşamasındaki organizasyon sıkıntıları nedeniyle, Yargıtay 12 C. D., ilk derece mahkemesinin vermiş olduğu mahkûmiyet kararını bozmuştur. Bize göre de bu karar doğru ve yerindedir. İfade ettiğimiz gibi, hekimin yetersiz değerlendirme ile hastaya doğru tanı koyamadığı düşünülebilir olsa da hastanın mevcut kan tablosu, olası bir ameliyatı zaten mümkün kılamayacağı anlaşılmaktadır. Bu anlamda, hekimin davranışı ile sonuç arasında uygun illiyet bağı kurabilmek mümkün görülmemektedir.

Sonuç olarak ifade etmek gerekir ki, hastaya uygulanacak doğru tedavi ancak doğru tanı konulduğunda mümkündür. Doğru tanıya ulaşmanın da çaresi, doğru tetkik ve değerlendirme süreci ile başlar. Bu nedenle, hasta tedavisi noktasında başarıya ulaşmak adına tetkik ve değerlendirme süreçlerine son derece önem vermek gerekmektedir. Bu şekilde hem tıbbi anlamda komplikasyon riski hem de hukuki anlamda tıbbi kötü uygulama riski azalacaktır. Bu noktada vurgulamak gerekir ki, özellikle tetkikler sürecinde kimi zaman hekimler ne yaparlarsa yapsınlar, çözemedikleri sorunlar ile karşı karşıya kalabilmektedir. Özellikle organizasyon kaynaklı olan bu sorunların çözümü için de idareler gereken hassasiyeti göstermeli, hasta ve hekimi bu süreçte sıkıntı içerisinde bırakmamalıdır.

4.2.1.4. Konsültasyon sorunları

Beyin (serebrum), beyincik (serebellum), hipofiz, omurga, omurilik ve periferik sinirler insan vücudunun motor, duyuşal, psişik ve hormonal her türlü faaliyetini sağlayan organlardır. Bu organların travmaya bağılı kırılma, kayma ve kanamaları, her türlü tümöral ve damarsal hastalıkları, dejeneratif hastalıkları ve fonksiyonel bozulma durumunda bunun nedenleri ile ilgili patolojiler gibi çok geniş bir yelpazenin cerrahi tedavisi nöroşirürji branşının görevidir. Bu görev yerine getirilirken, gerek hastanın primer hastalığı ile ilgili gerekse nöroşirürjikal patolojisi dışındaki yandaş hastalıkları nedeniyle birçok uzmanlık alanı ile yakın çalışmak zorunluluğı vardır. Bu, hastaya bütüncül yaklaşılması gereğinin de bir sonucudur.

Günümüzde bilginin çok hızlı artışı ve yayılışı yanı sıra teknolojinin geldiğı nokta, hekimlik mesleğinin tek başına yapılabilmesini imkânsız hale getirmiştir. Bu anlamda hekimler, hastaları için gerek tanı koyma gerekse tedavi planlama ve uygulama aşamalarında iş birliğı içerisinde olmalıdır. İş birliğı kavramı, amaç ve çıkarları bir olan kişilerin oluşturdukları çalışma ortamını tanımlamakta olup kurucu unsurun ortak amaç olduğu unutulmamalıdır.

İş birliğı, dikey ve yatay olmak üzere iki şekilde tanımlanabilir. Dikey iş birliğı, mesleki hiyerarşik (alt-üst) ilişkinin olduğu, bir klinik veya birimin şefi, yöneticisi, onun görevlendirdiğı uzman, ona yardım eden asistan ve görevli hemşireler ya da diğerk sağlık personeli arasında iş birliğı ilişkisidir⁴⁹⁸. Bu tip iş birliğine örnek, klinikler, servisler ya da ameliyat sırasında sorumlu uzman hekimin yetki ve sorumluluğunda, hastanın takip ve tedavisinde yardımcı olan hemşire, ebe, cerrahi teknisyen ve diğerk yardımcı personelin birlikte çalışarak yaptığı iş birliğidir. Yatay iş birliğı ise, birden fazla sağlık meslek mensubunun aralarında altlık – üstlük ilişkisi bulunmaksızın iş bölümü yaparak, emir alma ve verme olmaksızın gerçekleştirilen iş birliğidir⁴⁹⁹. Bu iş birliğine en iyi örnek ise, müdavi hekimin hastasının tanı ve tedavisi ile ilgili gereken yardım için diğerk branş uzmanlarından konsültasyon istemesidir.

⁴⁹⁸ Korkmaz, Y. (2019). Tıbbi Konsültasyon ve Kusurun Paylaşılması Sorunu, TBB Dergisi. (140), 239-302, s. 241.

⁴⁹⁹ Korkmaz, 2019, a.g.k., 246.

Konsültasyon kelimesi TDK Güncel Sözlük'te, *'Bir hastalığa tanı koymak veya hastalığı tedavi etmek amacıyla birden fazla hekimin görüş alışverişinde bulunması'* şeklinde tanımlanır. Yüksek Mahkeme Kararlarında da konsültasyon tanımlarına yer verilmiştir. Danıştay 15. Daire'nin E. 2013/4509 K. 2015/1398 ve 11.03.2015 tarihli kararında, *'Konsültasyon; Hastanın tanı, tedavi ve takibi için sorumlu hekimin gerekli gördüğünde diğer uzmanlık dalları ile görüş alışverişinde bulunmasıdır. Yine Türk Tabipler Birliği'nin 02.01.2009 tarihli Bildirgesi'nde, Konsültasyon ile ilgili yapılan açıklama şöyledir: Bilimsel bilginin gelişmesine paralel olarak günümüzde uzmanlık alanlarının sayısı giderek artmaktadır. Bu nedenle bir vakaya bütüncül yaklaşabilmek için, birden fazla tıp alanının birlikte çalışması kaçınılmaz olmuştur. İsabetli bir tanı ve tedavi amacıyla günümüzde her uzmanlık alanındaki hekim, mesleğini uygularken diğer alanların bilgi ve teknik desteğine de gereksinim duymaktadır. Hekimin hasta merkezde olmak üzere, farklı bir alanda çalışan hekimlerden bilimsel ve teknik açıdan aldığı yardım ya da danışmanlık, konsültasyon ya da danışım olarak adlandırılmaktadır.'*

Konsültasyon, hastanın müdavi hekimi tarafından, genellikle başka bir branş ya da yan dal uzmanından istenen, hastada mevcut olan ve müdavi hekimin uzmanlık alanı dışında bir patoloji ile ilgili bilgi ve görüş istemidir. Konsültasyon, hastanın müdavi hekimi dışında, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 24/1 maddesi ve Hasta Hakları Yönetmeliğinin 9/II maddesi gereğince, hasta ve yakını tarafından da talep edilebilir. Böyle bir durumda, reddini gerektiren haklı bir gerekçe yok ise, müdavi hekim konsültasyon talebini kabul etmeli ve istemde bulunmalıdır. TDN'nin 24/2. maddesi, *'Müdavi tabip veya dış tabibi, konsültasyon yapılmasına lüzum gördüğü takdirde, keyfiyeti hastaya bildirir. Bu teklifin kabul edilmemesi halinde, müdavi tabip veya dış tabibi, hastasını bırakabilir.'* ifadesiyle, konsültasyon istem talebi ile ilgili hastanın bilgilendirilmesi ve onayını şart koşmakta ancak hasta tarafından bu talebin kabul edilmemesi durumunda hekimin hastanın tedavisinden çekilme hakkını ortaya koymaktadır. İfade etmek gerekir ki, bu hak ancak TDN'nin 19. maddesi çerçevesinde kullanılabilir.

Müdavi hekim hastanın sağlığını önceleyerek, gereken durumlarda başka branş ya da yan dal uzmanlarından konsültasyon isteyebileceği gibi, özellikle üniversite veya eğitim araştırma hastanesi gibi büyük ve aynı branştan birçok uzmanın bulunduğu hastanelerde, belli konularda oluşturulmuş konseylerden de bilgi ve görüş isteyebilir. Konumuz özelinde nöroşirürji için, Nöroradyoloji ya da Nöroonkoloji konseyleri bu

anlamda verilebilecek örneklerdir. Bu konseylerde hem aynı branştan hem de farklı branşlardan birçok uzman hekim, hastayı tartışarak takip ve tedavisi için en uygun kararı vermeye çalışmaktadır.

Konsültasyon istem şekil ve içeriği ile ilgili mevzuatımızda net bir tanımlama olmasa da ispat sorunu açısından yazılı olması gerektiği noktasında tereddüt bulunmamalıdır. Acil durumlarda sözlü olarak da talep edilebilecek konsültasyon talepleri, sonuçta imkân olan en kısa sürede yazılı hale getirilmelidir. TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları 19. maddesi ve TDN’de de yazılı olması gerekliliğine vurgu yapılmaktadır. Günümüzde hastanelerin konsültasyon işlemleri ile oluşturmuş oldukları yönergeler dahilinde bu işlemler yürütülmektedir. Ancak ifade etmek gerekir ki, konsültasyon istemi, sorunun ne olduğu ve konsültasyon talebinin gerekçesinin net ifadelerle tanımlandığı bir metin olarak kaleme alınmalıdır. Kimi zaman kliniklerde görülen ‘Hastanın tarafınızdan değerlendirilmesi rica olunur’ şeklinde bir ifade ile istenen konsültasyon gerek bilimsel gerekse etik açıdan doğru değildir.

TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları 19. Madde g fıkrasında da belirtildiği üzere, konsültasyon istenen hekim davete uymak zorundadır. Hastanelerde genellikle haftalık ya da aylık listeler halinde yayımlanan branş konsültan hekimleri, diğer branşlar tarafından istenen konsültasyon istemlerine icabet ederek, hastayı değerlendirmeli, uygun gördüğü tetkik ve tedavi noktasında görüşünü, konsültasyon formuna açıkça yazmalı, ayrıca hastayı ve müdavi hekimi bilgilendirmelidir. Konsültasyonun ne zaman yapılacağı noktasında da karar, hastanın ve durumun aciliyetine, konsültan hekimin iş yoğunluğuna göre değişmekle birlikte, doktrine göre acilse hemen, acil değil ise gün içinde tamamlanması gerektiği ifade edilmektedir⁵⁰⁰. Günümüzde hasta yoğunluğu ve hekimlerin aşırı derecede artmış iş yükü nedeniyle konsültasyon işlemlerinin de usule uygun yapılması noktasında sorunlar olduğu gözlemlenmektedir. Bizim önerimiz, hekimler arasında güven ilişkisi içerisinde gerçekleştirilmesi gereken bu görev, karşılıklı anlayış, ideal bir iş birliği ve ekip ruhu içerisinde, mümkünse konuşarak, en uygun zaman ve şartlarda ifa edilmelidir.

Konsültan hekim, konsültasyon notundaki bilgileri ve talepleri okuduktan sonra, hastayı görür, muayene eder ve kararını konsültasyon notuna yazarak, tarih, saat ve

⁵⁰⁰ Korkmaz, 2019, a.g.k., 246.

imzasıyla belgelendirir. Bu durum mevzuatta, TDN 26/I maddesinde “*Konsültasyonda varılan neticeler, bir konsültasyon zaptı ile tespit ve bu zabıt müştereken imza olunur.*” ve Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının 19/d maddesinde “*Konsültasyon sonucunda, konsültasyonun gerekçesi ve sonuçları, açık ve anlaşılır biçimde bir tutanak ile belgelenir.*” ifadeleri ile düzenlenmiştir. Bu noktada ifade etmek gerekir ki, konsültan hekimin görüş ve önerilerinin değerlendirilmesi ve tedavi amacıyla uygulanması ya da uygulanmaması hastanın müdavi hekiminin sorumluluğundadır. Bir başka deyişle müdavi hekim, konsültan tarafından önerilenleri uygulayabileceği gibi, gerekçe göstererek ve olası olumsuz durumların sorumluluğunu alarak ve tabii ki hastayı bilgilendirmek suretiyle, uygulamayabilir. Konsültan hekim, konsültasyon sürecinde ve önerdiği tedavinin uygulanması ile ilgili, hastadan müdavi hekim gibi sorumludur⁵⁰¹.

Özetle hastasının tetkik, tedavi ya da takip aşamasında olan müdavi hekim, ihtiyaç halinde konsültasyon talebinde bulunmalı, konsültan hekim tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk kuralları çerçevesinde, hastayı bizzat muayene ederek, hasta ile güven ilişkisi kurarak, gereken dikkat ve özen gösterme ve vekalet sözleşmesi gereği diğer yükümlülüklerle uymak suretiyle görevini yerine getirmelidir.

Konsültasyonlar da dahil olmak üzere, birden fazla kişinin dahil olduğu tıbbi müdahalelerde güven ilkesi tabir edilen ve kökenini dürüstlük kuralı ve özen ilkesinden alan kural geçerlidir. Buna göre güven ilkesi, birden fazla uzman hekim tarafından iş birliği halinde gerçekleştirilen riskli tıbbi faaliyetlerin, kendi dikkat ve özen yükümlülüğüne uygun davranan kimsenin, aksine bir kabulü gerektirecek karineler bulunmadığı sürece, diğer kimselerin de bu yükümlülüklerine uygun davranacaklarına olan güvenle hareket etmesi halinde meydana gelen sonuçlardan sorumlu olmaması şeklinde tanımlanmaktadır⁵⁰². Benzer şekilde, Yargıtay Ceza Genel Kurulu, T. 16.05.2000, E. 2009/9, K. 2000/110 sayılı kararında “... *birden çok kişinin faaliyetinin iştiraki söz konusu olduğu durumlarda, taksir sorunu, başkalarının doğru biçimde davranacağına güven ilkesi ile çözümlenmelidir. Böylece disiplinler arası bir ekip çalışmasında, herkes diğerlerinin doğru hareket ettiğine güvenmek zorunda olduğundan,*

⁵⁰¹ Doğramacı, Y. G. (2016). Tıbbi Uygulamalarda Ekip İş Birliği ve Güven İlkesi, İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, s. 95.

⁵⁰² Katoğlu, T. (2007). Ekip Halinde Yürütülen Faaliyetlerde Güven İlkesi ve Ceza Sorumluluğu, Türkiye Barolar Birliği Dergisi, (68), 29-42. s. 29.

grupta çalışanlardan her biri sadece kendi faaliyet tipine ait meslek kurallarına uyulmasından sorumludur.”, şeklinde hüküm kurulmuştur. Bu ilke, karşılıklı güven ilişkisini sekteye uğratacak açık bir durum olması halinde geçerli olmaz, bu şartta müdavi hekim hastasının sağlığı ve esenliği için gerekli önlemleri almalıdır. Örneğin, konsültan hekimin herhangi bir nedenle görev yapacak durumda olmadan hastayı muayene etmesi (alkol, madde kullanımı ya da kendi sağlık durumu nedeniyle sağlıklı karar verecek durumda olamaması, vs.) ya da açık bir tıbbi, bilimsel ya da etik hata tespit edilmesi gibi durumlarda, müdavi hekim güven ilkesi koruyuculuğundan yararlanamaz.

Konsültan hekimlerin, kendi branşlarını ilgilendiren patolojiler ile ilgili hastanın müdavi hekimi gibi sorumlu olduğunun ve takip eksikliğinin tartışıldığı Danıştay 15. Daire'nin, 29.09.2016 tarihli bir karar⁵⁰³ özetinden anlaşıldığı kadarıyla; omurga kırığı nedeniyle Beyin ve Sinir Cerrahisi servisinde yatarken, batında distansiyon gelişmesi nedeniyle Genel Cerrahi konsültasyonu istenmiş, birçok kez görülen hastaya 5 gün süre ile cerrahi dışı tedaviler önerilmiş, sonunda hasta ameliyata alınmış ve sonuçta süreç vefat ile sonuçlanmıştır. Mahkeme kararından özetle;

‘... Adli Tıp Kurumu 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu raporunda özetle; "davacıların murisi’ü 05-06/07/2010 tarihlerinde batın distansiyonu nedeniyle konsülte eden Genel Cerrah konsültan hekimlerinin tanı, takip ve tedavilerinin uygun olduğu, fakat 08-09/07/2010 tarihlerinde batın distansiyonu şikayetinin devam etmesi üzerine konsülte eden Genel Cerrah konsültan hekimlerinin 08/07/2010 tarihinde çekilen batın BT deki mevcut serbest havaya rağmen takip önerdikleri, acil cerrahi girişim düşünmedikleri, bu BT bulgusunun klinik bulgularla birlikte acil ameliyat endikasyonu olduğu, bunun yapılmamış olmasının eksiklik olduğu, ancak kişiye zamanında uygun cerrahi ve tedavi uygulanması durumunda dahi kurtulmasının kesin olmadığı, kişinin ölümü ile 18/06/2010 tarihinde meydana gelen trafik kazasına bağlı oluşan yaralama arasında illiyet bağı bulunduğu oy birliği ile mütalaa olunduğu" şeklinde kanaat belirtilmiştir. İlk derece mahkemesi rapora uyarak davanın reddine karar vermiştir. Temyizen davayı gören Danıştay 15. Daire kararında;

‘... İdarelerin kamu hizmetinin gereği gibi işleyebilmesini sağlayacak organizasyonları yaparak, yeterli araç ve gereçle donatılmış bina ve tesislerde, hizmetin özelliğine uygun olarak seçilen ve yetişmiş personelle hizmeti yürütmek yükümlülüğünün bulunduğu hususunun tartışmasız olduğu göz önünde bulundurulduğunda, sağlık hizmetini yürüten personelden olan Genel Cerrah konsültan hekimlerinin 08/07/2010 tarihinde çekilen batın BT deki mevcut serbest havaya rağmen takip önerip acil cerrahi girişim düşünmemelerinin tıp kurallarına uygun olmadığı anlaşılmaktadır.

⁵⁰³ Danıştay 15. Dairesi'nin 29.09.2016 tarih ve 2016/2388 Esas, 2016/4714 Karar sayılı kararı. Erişim. Lexpera 17.11.2023.

Bu durumda, dosya içeriğinde yer alan bilimsel raporlar ışığında, meydana gelen ölüm olayı ile sunulan sağlık hizmeti kapsamındaki tıbbi uygulamalar arasında uygun illiyet bağı kurulamamış ise de; bu durumun davacılarda, murisinin tedavisinin gerektiği gibi yürütülmediği yönünde şüphe, endişe ve üzüntüye yol açtığı görüldüğünden, davacıların maruz kaldığı acı, elem ve üzüntünün hafifletilebilmesi amacıyla davacılar lehine manevi tazminata hükmedilmesi gerekirken, manevi tazminat isteminin reddi yolunda verilen Mahkeme kararının bu kısımda hukuki isabet görülmemiştir.’ ifadesiyle kararı bozarak, manevi tazminat ödenmesine hükmetmiştir.

Bu karar oy çokluğu ile alınmış olup karar ile ilgili yazılan ‘Karşı Oy’ yazısına da dikkat çekmek isteriz. Buna göre;

‘Olayda, ilk olarak 05.07.2010 tarihinde 5 gündür sürdüğü belirtilmek suretiyle batın distansiyonu tespit edilen hastaya bundan sonra 5 gün boyunca tüp takılıp lavman yapıldığı, ancak araya bir profesörün girmesi üzerine acil ameliyata alındığı, adli tıp kurumu raporunda da belirtildiği üzere acil ameliyata alınması gerekirken tüp ve lavman ile tedaviye devam edildiği, uygulanması gereken tedavide gecikildiği, bunun bir eksiklikten öte hizmetin kusurlu işlediği, gelişen komplikasyonlara zamanında müdahale edilmeyerek hastanın sağlık durumunun daha da kötüleştiği ve vefat ettiği anlaşılmıştır. Bu itibarla hizmeti kusurlu işlettiği açık olan davalı idarenin, davacıların murisinin ölümü nedeniyle maruz kalınan maddi ve manevi tazminatı ödenekle yükümlü oldukları açık olduğundan, davanın reddi yolundaki mahkeme kararının tamamının bozulması gerektiği görüşüyle çoğunluk kararına katılmıyoruz.’ ifadesiyle hizmet ve hekim kusurunun açık olduğu gerekçesi ile maddi tazminata da hükmedilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Bu kararda tartışılan sorun, omurga kırığı nedeniyle Beyin ve Sinir Cerrahisi kliniğinde opere edilen ve takip aşamasında, 5 gündür devam eden distansiyon nedeniyle istenen konsültasyonun değerlendirilmesinin ve takibinin gereği gibi yapılmadığı noktasıdır. Gerçekten de bilirkişi raporunda da belirtildiği üzere somut olayda Genel Cerrahi kliniğinin 08 ve 09/07/2010 tarihinde hastayı konsülte eden hekimleri, görevlerini gereken dikkat ve özen yükümlülüğüne uygun yerine getirmedikleri, bu anlamda bir hizmet kusuru olduğu müşahade edilmektedir. Bize göre de Danıştay 15. Daire’nin kararı doğru ve yerindedir. Karşı oyda ifade edilen maddi tazminatın da ödenmesi gerektiği noktasındaki görüşe katılmıyoruz zira hastanın perforasyon tespit edildiği anda opere edilmesi durumunda da sonucun değişmeyebileceği ihtimali, uygun illiyet bağı kurulma durumunu ortadan kaldırmaktadır. Bununla birlikte bu olaydan çıkarılacak sonucun, konsültan hekimin müdavi hekim gibi hastadan sorumlu olduğu ve uyguladığı ya da uygulamadığı tedavi nedeniyle kusur durumunun tartışılabilme ihtimali olduğudur. Tartışılan kararda da bu durum açık bir şekilde ortaya konmuştur.

Konsültasyon istem tarz ve şeklinin önemini anlatan bir başka olay ve Danıştay

10. Daire Başkanlığı'nın 11.01.2022 tarihli kararı⁵⁰⁴ da şöyledir;

‘... Davacıların yakını 1980 doğumlu müteveffa ... 23/08/2017 tarihinde trafik kazası geçirmiş, kaldırıldığı ... Devlet Hastanesi'nde çekilen beyin BT'de (bilgisayarlı tomografi) sol temporal kemikte, sol maksiller sinüste, sol orbita lateral duvarda kemik kırıkları tespit edilmesi, toraks BT'de sol scapulada minimal deplase fraktür hatlar görülmesi, batin BT'de dalakta subkapsüler kanama izlenmesi üzerine ... Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezine sevk edilmiş, ... Üniversitesi Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde 24/08/2017 ile 27/08/2017 tarihleri arasında batına yayılmayan dalak yaralanması nedeniyle takip edilmiş, komplikasyon gelişmemesi üzerine kafatası kırıkları ve kulak akıntısı (bilateral otore) nedeniyle aynı hastanenin Beyin Cerrahi Servisine devredilmiş, 27/08/2017 ile 09/09/2017 tarihleri arasında takipleri yapılmış, takipleri sırasında geçmeyen şiddetli baş ağrıları ve otoresi nedeniyle 28/08/2017 tarihinde antibiyotik (seftriakson) tedavisine başlanmış, baş ağrıları geçmeyen hastaya hemogram tetkikleri yapılmış, ..., profilaktik olarak başlanan seftriakson tedavisinin onayı için tedavinin 4. gününde 27/08/2017 tarihinde "**bilateral otoresi olan hastanın kullanmakta olduğu 'Seftriakson' için 28/08/2017 tarihinden itibaren onayınız rica olunur.**" şeklinde düzenlenen konsültasyona Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğince "cevap: **onaylandı**" olarak geri dönüş yapıldığı, 01/09/2017 tarihinde istenen Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği konsültasyonunun da aynı şekilde düzenlendiği, hastanın genel durumu bozulmaya başlayınca da yaklaşık 10 gün sonra 06/09/2017 tarihli Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği konsültasyonu ile "1 haftadır ajitasyonu mevcut olan hastanın yapılan muayenesinde ense sertliği pozitif olduğundan tarafınızca değerlendirilmesi rica olunur." şeklinde bilgi talep edildiği, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğince "tarafınızca kontrendikasyon yoksa BOS örnekleme yapılması, bos kültürü beyaz küre sayımı ve bos biyokimyası çalışılması tetkik sonucuyla rekons, travmatik hastada nasokomiyal menenjit? Meropenem 3x200 mg, vanko 2x100 mg başlanması, kan kültürü alınması, bos kültür sonucu takibi, devri düşünülmedi, günlük vizitler tarafımızca yapılacaktır." yönünde ayrıntılı verilen cevap sonucu aynı gün beyin omurilik sıvısından alınan örneğin incelenmesi neticesinde bakteri ürediğinin görülmesi akabinde başlanan tedaviden cevap alınmadığı ve hastanın 10/09/2017 tarihinde vefat ettiği görülmüştür. Olayla ilgili olarak savcılığın talebi üzerine Adli Tıp Kurumu 8. İhtisas Kurulu tarafından hazırlanan ... tarihli ve ... sayılı raporda, **eksik konsültasyon isteminin, hastada gelişen komplikasyonun yönetimi açısından gecikmeye neden olduğu**, bu eksikliğin tıp kurallarına uygun olmadığı belirtilmiş iken; aynı Kurulun ... tarihli ve ... sayılı raporunda; aynı nedene dayalı kusur tespiti yinelandıktan sonra komplikasyon yönetiminin eksik olduğu cihetle Beyin ve Sinir Cerrahisi Uzmanı Prof. ...nın tıbbi uygulama hatası bulunduğu, hususlarının eklendiği; davalı idarece ilgili hekimler hakkında yapılan ön inceleme neticesinde düzenlenen ön inceleme raporunda ise, trafik kazasına bağlı kafa travması olan kişide enfeksiyonun travmaya bağlı olduğu ve ölüme neden olduğu, enfeksiyon hastalıklarından 06/09/2017 tarihinde istenen ayrıntılı konsültasyon neticesinde yapılan BOS kültür incelemesinin gecikme olarak yorumlanamayacağı ve sonuca etkisi olmadığına yönelik tespitlere yer verildiği görüldüğünden, söz

⁵⁰⁴ Danıştay 10. Daire'sinin 11.01.2022 tarih ve 2021/5350 Esas, 2022/37 Karar. sayılı kararı. Erişim. Lexpera. 04.03.2023.

konusu tıbbi eksikliğin ölüme sebebiyet verip vermediği, vermişse ne oranda verdiği, söz konusu eksiklik olmasaydı kişinin kurtulmasının mümkün olup olmadığı, sonucun değişip değişmeyeceği hususunun net olarak ortaya konulmadığı sonucuna varılmış olup, bu hususun Adli Tıp Üst Kurulu'ndan alınacak yeni rapor ile netleştirilmesi gerekmektedir.

Buna göre, dava konusu uyuşmazlığın çözümünde hükme esas alınan raporun yukarıda sayılan hususları karşılamadığı açık olup, konu ile ilgili uzmanlardan oluşacak Adli Tıp Üçüncü Üst Kurulundan (olayda ilgisi bulunduğu enfeksiyon hastalıkları uzmanı, beyin ve sinir cerrahisi uzmanı, genel cerrahi uzmanının da bulunduğu) tarafların tüm iddia ve itirazlarını karşılayacak yeni bir rapor istenerek uyuşmazlığın çözülmesi gerektiğinden, uyuşmazlığın çözümü için yeterli olmayan bilirkişi raporuna dayalı olarak eksik inceleme sonucu verilen İdare Mahkemesi kararında hukuki isabet görülmemiştir.

Bu olay ve mahkeme süreci de birçok açıdan üzerinde dikkatle durulması gereken bir konudur. Hem sistematik olarak bazı ilaçların bazı bölümler tarafından yazılma zorunluluğu açısından hem de konsültasyon isteme ve cevaplama açısından dikkatle incelenmelidir. Öncelikle ifade etmek gerekir ki, ATK raporlarında da belirtildiği üzere hastanın hastaneye getirildiği andan itibaren, bölümlerce ortak değerlendirmeler yapılmış ve hastanın öncelikle Genel Cerrahi kliniğine yatırışı yapılarak takip ve tedavisine başlanmıştır. Takiplerinde Genel Cerrahi kliniğini ilgilendiren dalak yaralanması ile ilgili riskin ortadan kalkması üzerine, hastada mevcut olan kafatası kırıkları ve bilateral otore nedeniyle Beyin ve Sinir Cerrahi kliniğince devir alınmış ve ilgili klinikçe takip ve tedavisi devam etmiştir. Hastaya başlanan antibiyotik tedavisi (Seftriakson) için, Enfeksiyon Hastalıkları kliniğinden istenen konsültasyonun istem tarzı ve cevabı, bu davanın tartışılan ana teması haline gelmiştir. Bilirkişi raporlarında bu istemin eksik ve yerinde olmadığı ifade edilmektedir. Bize göre de bu konsültasyon istemi, hastanın ilgili klinik tarafından değerlendirilip, tıbbi görüşünü talep ile alakalı bir istem olmamıştır. Hasta ile ilgili bir bilgi verilmemiş ve bilimsel ve tıbbi bir görüş sorulmamıştır. Buradaki konsültasyon istem sebebi sadece idari bir prosedürün yerine getirilmesi ile ilgilidir. Çünkü Sağlık Bakanlığı bazı ilaç ve tedavilerin kullanılabilmesi ve tedavi ücretlerin ödenebilmesini, belli kliniklerin yetki ve sorumluluğuna bırakmıştır. Bu durum, birçok ilaç için de (Gabapentin, pregabalin vs.) geçerli ve halen yürürlükte ve zaman zaman ciddi sorunlara yol açmaktadır. Konumuza dönecek olursak, idari gerekçe için istenen konsültasyona verilen cevap, 'Onaylandı' ifadesiyle, tek kelime ve idari olmuştur. Yukarıda tanımlamaya çalıştığımız, konsültasyon isteme gerekçeleri ve şekline uygun olmayan bu konsültasyon talebinin cevabı da yine tanımlanan şekil ve tarza uygun olmamıştır. Ne var ki, bu süreçte hastanın aldığı tedavinin uygun olup olmadığı hiç tartışılmamıştır. Bu anlamda, o aşamada yani 28/08/2017 tarihinde istenen

konsültasyonun istem ve şekli, 06/09/2017 tarihinde istenen konsültasyona benzer bir şekilde olsa ve Enfeksiyon Hastalıkları kliniği de hastayı tıbbi açıdan değerlendirip bir cevap verseydi, cevap ne olurdu? Ampirik Seftriakson tedavisi uygun bulunur muydu yoksa o aşamada da BOS örnekleme talep edilir miydi? Ya da BOS kültür sonucu çıkana kadar yine Seftriakson tedavisi mi verilirdi? Bize göre hastaya baştan sona uygulanan tedavi tıbbi gerçeklere uygun ve doğrudur. Hasta maalesef ağır bir travma geçirmiş, buna bağlı kafatası kemiklerinde ciddi kırıklar ve buna bağlı bilateral otore oluşmuş ve sonuçta beklenen bir komplikasyon olarak menenjit gelişmiştir. Hekimler komplikasyonu engellemek adına ampirik kuvvetli bir antibiyotik tedavisi başlamışlardır. Buna rağmen hastanın klinik tablosu kötüleşmiş, 06/09/2017 tarihinde istenen konsültasyon ve Enfeksiyon Hastalıkları kliniğinin tıbbi görüşü dahilinde BOS kültürü alınmış, bu arada antibiyotikleri değiştirilmiş ancak sonuç olarak hasta bir başka hastanede vefat etmiştir. Bizim bu karar içeriğinde gördüklerimizden anladığımız, 28/08/2017 tarihinde ilk istenen konsültasyonun, idari bir zorunluluk olmasa zaten istenmeyeceği, hastaya uygun tedavi başlandığı ve o aşamada bir konsültasyon ihtiyacı olmadığı yönündedir. Sonuç olarak, ATK raporlarında belirtilen trafik kazası ile hastanın ölümü arasındaki illiyet bağı, konsültasyon işlemi ile ilgili sıkıntının etkilemediği yönündeki kararı ve mahkemenin de bu doğrultudaki kararı bize göre de doğru ve yerindedir.

Danıştay 15. Daire'sinin, tarihli kararında⁵⁰⁵ ise kararın bozma gerekçesi olarak ortaya konulan nedenlerden biri de yine konsültasyon eksiklikleri olmuştur;

'... Dosya kapsamında uyumsuzluğun çözümünde eksikliği tespit edilen hususlar şöyledir; 1 - 24.04.2002 tarihinde " Spinal Kord'un Serbestleştirilmesi " yapılmak üzere opere edildiği ve ameliyat sonrası gözlemlerin ardından 01.05.2002 tarihinde taburcu edildiği anlaşılan ancak şikayetleri geçmediği anlaşılan hastanın ameliyat notları, epikriz raporları ve klinik tablosu bir arada değerlendirildiğinde, vaktinden önce taburcu edilip edilmediği, taburcu edilmesinde ihmal bulunup bulunmadığı, hastada olduğu belirtilen idrar kaçırma problemine ameliyatta sebebiyet verilip verilmediği, ameliyattaki uygulamaların tıbbi standartlarla bağdaşp bağdaşmadığı hastanın yaşı, öyküsü ve laboratuvar, röntgen, gözlem ve muayene bulguları bir arada değerlendirilerek doyurucu şekilde irdelenmemiş ve açıklanmamıştır.

Mahkemeye sunulan Adli Tıp Raporunda; " ...hastanın alt ekstremitte fonksiyonlarının ameliyat sonrası olumsuz şekilde gerilediğinin anlaşıldığı, bu tip ameliyatlardan sonra az da olsa bu tür komplikasyonların görülebileceği dolayısıyla Nöroşirürji Uzmanı Dr 'un eyleminin tıp kurallarına uygun olduğu " ifade edilmiştir. Bu noktada oluşan durum bir komplikasyon olarak ifade edilmiş olsa da aslolan

⁵⁰⁵ Danıştay 15. Daire'sinin, 11.03.2015 tarih ve 2013/4509 Esas, 2015/1398 Karar sayılı Kararı. Erişim. Lexpera. 17.04.2023.

olası komplikasyonların önüne geçme adına ameliyatın tıbbi standartlara uygun yapılıp yapılmadığının incelenmesidir. Durum böyle olunca yukarıda açıklaması yapılan komplikasyon- kusur ayrımı noktasında hastada meydana gelen fonksiyon bozukluğuna hastanın opere edilmesi esnasında sebebiyet verilip verilmediği, bu noktada eksik ya da yanlış bir uygulama olup olmadığı yahut hekimin bilgisizlik veya tecrübesizlik ile bu duruma neden olup olmayacağı tüm bilgi ve belgeler değerlendirilerek yeniden irdelenmelidir. 3- Olayla ilgili, ameliyatı gerçekleştiren doktorun Adli Tıp Raporu içeriğinde mevcut bulunan yazılı ifadesi incelendiğinde; " ... Kliniğe yatışı esnasında topuk yarası ve ayak deformitesi yönünden ortopediye danışılması, hafta sonu ve 23 Nisan tatili nedeniyle değerlendirme ancak postop (ameliyat sonrası) 1. Günde yapılabilmektedir. Konsülte edilen hususlar hakkında ortopedi uzmanınca hasta yakınlarına anlatılmıştır. Beyin cerrahi girişiminden sonra ortopediye götürülmesi gereken hastanın götürülmediği sonradan anlaşılmıştır. " denilmektedir. Bu durumda ameliyat tarihinin 24.04.2002 olduğu dikkate alındığında konsültasyon eksikliğinin yahut bu hususta bir gecikmenin var olup olmadığı, bu durumun teşhis ve tedavide gecikmeye sebebiyet verip vermediği, yine bu durumun tıp kurallarına uygun olup olmadığı, böyle bir uygulamanın yukarıda açıklaması yapılan " konsültasyon " kavramıyla ve tıbbi standartlarla bağdaşıp bağdaşmayacağı irdelenmemiştir. 4 - Yine ameliyatı gerçekleştiren doktor tarafından talep edilen ve ortopedi uzmanı hekim tarafından yerine getirilen konsültasyon istemine ilişkin 25.04.2002 belge incelendiğinde; " ... tedavisi bitince ortopediye sevkı uygundur." notunun düşüldüğü anlaşılmaktadır. Davacı tarafça hastalarının ortopediye sevk edilmediği ileri sürülmektedir. Ameliyatı gerçekleştiren doktor ise verdiği ifadede bu hususu şöyle açıklamıştır; ... "Beyin cerrahi girişiminden sonra ortopediye götürülmesi gereken hastanın götürülmediği sonradan anlaşılmıştır." denilmektedir. Bu durumda hastanın ortopedi servisine sevkinde ihmal var ise bu sorumluluğun kimde olduğu, söz konusu durumun bir organizasyon eksikliği olup olmadığı ve bu hususun tedavide aksamaya yol açıp açmadığı açıklanmamıştır. 5 - Olayla ilgili başlatılan inceleme neticesinde düzenlenen 20.06.2006 tarihli raporda özetle; " ... Ameliyat sonrası olduğu ileri sürülen problemlerin ameliyat öncesi de var olduğu, ameliyat sonrası belirgin değişiklik göstermediği kanaati hasıl olmuştur. " denilmektedir. Bu durumun doğru olduğu kabul edildiğinde " konsültasyon " kavramının yukarıda yer verilen açıklamaları dikkate alındığında idrar tutamama ve alt ekstremité problemi var olduğu düşünölen bir hasta için üroloji ve çocuk cerrahi konsültasyonunun gerekip gerekmediği, gerekli ise yapılmamasının teşhis ve tedavide eksiklik oluşturup oluşturmadığı irdelenmemiştir.

... Bu itibarla; İdare Mahkemesince, esas itibarıyla adalet işlerinde bilirkişilik görevi yapmak üzere kurulan Adli Tıp Genel Kurulu nezdinde, davacılar yakının tedavisinin tıbbi kurallara uygun olarak yapılıp yapılmadığını irdelenecek şekilde bir inceleme yaptırılması, bunun sonucunda olayda davalı idarenin hizmet kusuru bulunup bulunmadığının yeniden belirlenmesi gerekirken, uyuşmazlığın çözümü için yeterli olmayan bilirkişi raporuna dayalı olarak eksik inceleme sonucu verilen kararda hukuka uygunluk bulunmamaktadır.

Danıştay 15. Daire'nin bu kararda ortaya koyduğu eksiklikler, bilirkişi raporundaki komplikasyon-kusur ayrımı tartışılmaması, bilirkişi heyetinin eksik oluşması ayrıca somut olay kapsamında heyette gereken uzmanların bulunmaması, yapılması

gereken ancak yapılmayan konsültasyonların sonuca etkisi, sevk ve diğer işlemler açısından organizasyon kusuru olup olmadığının irdelenmediği şeklindedir. Bize göre de karar doğru ve yerindedir. Bu kararda da görüleceği üzere, hekimlerin kendi branşları dışında hastayı ilgilendiren durumlar ile ilgili mutlaka usule uygun bir şekilde konsültasyon istemeli, konsültasyon evrakları hastanın dosyasında bulunmalı ve öneriler dikkate alınmalıdır.

Konsültan hekimin önerdiği tedaviler nedeniyle tıpkı müdavi hekim gibi sorumlu olduğunu ortaya koyan, Yargıtay 12. Ceza Dairesi'nin 02.06.2016 tarihli kararında⁵⁰⁶ da; *'... Sanık ...'ın beyin cerrahi uzmanı olarak, sanık ...'ın hematoloji uzmanı olarak çalıştığı, 28.09.2008 tarihinde kafasına aldığı darbe nedeni ile ölen 50 yaşındaki.....'ın hastanenin acil servisine getirildiği ve sanık doktor tarafından, kafada çökme kırığı ve beyin kanaması teşhisi ile ameliyat edildiği, hastanın beyin cerrahi servisine yatırıldığı ve 03.11.2008 tarihinde, kısmi felç ile fizik tedavi önerisi ile taburcu edildiği; taburcu edilirken hastaya kırılan kafatası kemikleri yerine yapay kemik konulması kararlaştırılarak, ikinci beyin ameliyatı için 24.04.2009 tarihine randevu verildiği, hastanın ikinci defa belirtilen tarihte beyin cerrahi servisine geldiği, ameliyat öncesi tetkiklerini yaptırdığı sırada, trombosit değerlerinin normalden düşük çıkması üzerine, hematoloji bölümünden konsültasyon istendiği, tarihsiz konsültasyon formunda, "trombosit sayısının 55.000 olduğu ve hastanın çökme kırığı ile beyin cerrahi servisinde yatırıldığının belirtildiği, söz konusu bilgiler ışığında Hematoloji uzmanı sanık doktor ... tarafından konsültasyon kağıdına "batın USG, SPMG ?, muhtemel Kronik İTP tanısı konulduğu, cerrahi yapılacaksa Steroid kullanmasının uygun olduğu belirtildiği, Prednol tablet sabah 1, akşam 2 tane alınması ve trombosit sayısının 80 bin üzerine çıkınca opere olur" bilgilerinin yer aldığı, 3 haftalık Steroid (kortizon) tedavisinin 2. haftasında hastada karın şişliği ve burun kanaması şikayeti üzerine, genel cerrahi bölümünden 26.05.2009 tarihinde konsültasyon istendiği, genel cerrahi bölümü tarafından hastanın batın bölgesinde yapılan ultrason sonucunda, yoğun asit tespit edilmesi ve karacigerin granüler görünümde olması karşısında, kronik karaciğer hastalığı açısından değerlendirilmesi gerektiği ve gastroenteroloji servisinde konsültasyonu uygundur görüşü verildiği ve en son yine tarihsiz gastroenteroloji bölümünden alınan konsültasyon ile hastaya Hepatit B'ye bağlı karaciğer sirozu tanısı konulduğu, 29.05.2009 tarihinde endoskopi yapıldığı, hastada karaciger sirozuna bağlı varis kanaması tespit edildiği, durumunun kötüleşmesi üzerine yoğun bakım servisine yatırıldığı ve yaklaşık bir saat içerisinde hastanın yoğun bakım servisinde, 29.05.2009 tarihinde öldüğü olayda;*

Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu'nun 4 Kasım 2009 tarihli raporunda, "... darp eylemi ile ölümü arasında illiyet bağı kurulamadığının belirtildiği, ölüm nedeni, karaciğer sirozuna bağlı özofagus varis kanaması ve gelişen komplikasyonlar sonucu ölümün gerçekleştiği... " şeklindeki görüşü ve 27.11.2013 tarihli Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu'nun doktor ... hakkında yaptığı incelemede "... Doç.Dr.... tarafından gerekli taramalar yapmadan steroid başlamasının ölüm meydana gelmesinde etkisinin olduğu

⁵⁰⁶ Yargıtay 12. Ceza Dairesi'nin 02.06.2016 tarihli ve 2015/12713 Esas, 2016/9417 Karar sayılı kararı. Erişim. <https://karararama.yargitay.gov.tr/>. 17.04.2023.

oy birliğıyle mütalaa olunur” şeklindeki raporu ile sanığın kusurlu bulunduğı, ölüm olayı ile sanık ...'ın gerekli tetkikleri yaptırmadan steroid tedavisine başlamasında, kusurlu davranışı ile meydana gelen ölüm sonucu arasında illiyet bağı bulunduğı, Adli Tıp Genel Kurulundan illiyet bağını tespiti açısından rapor alınması dosyaya yenilik katmayacağından, tebliğnamedeki, bozma öneren görüşe iştirak edilmemiştir. sanık ... hakkındaki beraat, sanık ... hakkındaki mahkumiyet hükümlerinin ONANMASINA...’ şeklinde hüküm kurulmuştur.

Kararda ifade edildiğı üzere hastanın müdavi hekimi nöroşirürji uzmanı olmasına rağmen, konsültasyon istenen Hematoloji uzmanının önerdiği tedavi nedeniyle gelişen komplikasyon ve sonuçta ölüm olayında, konsültan hekim sorumlu tutulmuş ve bilirkişi raporları doğrultusunda da kusurlu bulunmuştur. Konsültan hekimin almış olduğı yetersiz anamnez ve özgeçmiş neticesinde başladığı tedavi hastada gelişen komplikasyonun nedeni olmuştur. Yargıtay 12 C. D.’nin kararı bize göre de doğru ve yerindedir.

Tüm bu kararlarda ve mevzuatta görüldüğü üzere, konsültasyon isteme ve istenen konsültasyona icabet etme görevleri, görevin yerine getiriliş usul ve esasları açısından son derece dikkatli olunması gereken görevlerdir. Bu görevlerin, mevzuata uygun gerçekleştirilmesi halinde, komplikasyon ve malpraktis riski azalacaktır.

4.2.1.5. Tedavi önerileri ve ameliyat kararı

Nöroşirürji branşını ilgilendiren hastalıkların geniş bir yelpazede yar aldığı daha önce ifade edilmişti. Bu hastalıkların tedavi seçenekleri de oldukça fazladır. Örneğin lomber diskopati nedeniyle başvuran bir hastaya, istirahat, medikal tedavi, fizik tedavi, minimal invaziv cerrahi prosedürler ya da direk cerrahi olmak üzere birçok farklı tedavi seçeneğı uygulanabilir. Tedavi kararını oluşturma da birçok değişken değerlendirilerek karar verilmelidir. Taylor ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, giderek artan malpraktis davaları nedeniyle hekimlerin, hastaları açısından konservatif yani cerrahi olmayan tedavi yöntemlerini gözden kaçırmamaları gerektiğini ifade etmektedir⁵⁰⁷. Gerçekten de cerrahlar genellikle almış oldukları cerrahi eğitimi günlük pratikleri içerisinde uygulamak arzusu içerisinde olurlar ve hastanın tedavi seçenekleri noktasında

⁵⁰⁷ Taylor, C. L., ve Ranum, D. (2016). Patient safety in neurosurgical practice: physician and patient factors that contribute to patient injury. World Neurosurg. (93), 159–163.

cerrahiye daha eğilimli yaklaşabilirler. Ne var ki, Taylor'ın da çalışmasında ifade ettiği gibi artan malpraktis davaları, cerrahların bilimsel gerçekler doğrultusunda hastaların konservatif tedavi seçeneklerini de göz önüne almaları gerekliliğini ifade etmek gerekir⁵⁰⁸. Tabii burada dikkat edilmesi gereken nokta, tedavi seçeneklerini değerlendirirken defansif bakış açısı ile değil, hasta yararına bilimsel bakış açısı ile karar verilmesi gerekliliğidir.

Bir nöroşirürji uzmanının cerrahi karar verirken dikkat etmesi gereken en önemli husus hasta seçimidir. Birçok nöroşirürjikal girişim sonucunda ortaya çıkan olumsuz durumların başlıca gerekçelerinden biri de hastanın mevcut yandaş hastalıkları olmaktadır. Her yaşta ve çok geniş bir perspektifte olan hasta grubunu, tetkik ve tedavi etmek durumunda olan nöroşirürji uzmanları, cerrahi karar verirken hastanın diabetes mellitus, hipertansiyon, geçirilmiş myokard infarktı, tromboembolik olaylar, allerjiler, karaciğer ve böbrek fonksiyonları başta olmak üzere birçok komorbid durumu değerlendirmelidir. Bu komorbiditeleri göz önüne almaksızın yapılacak bir cerrahi girişim sonrası ortaya çıkabilecek olumsuzluklar hekimi komplikasyon ve malpraktis riski ile karşı karşıya bırakabilecektir.

Nöroşirürji hastaları içerisinde komplikasyon ve malpraktis riski ve dolayısıyla da dava açılma riski en fazla olan alt branşın spinal cerrahi olduğu ifade edilmişti. Bunun en önemli nedenleri, dejeneratif nedenlerle başvuran hastaların genellikle ileri yaşlarda olması ve birçok yandaş hastalıklara sahip olması, travma nedeni ile tedavi gerektirenlerin ise başka organ ve doku yaralanmalarından mustarip olmalarıdır. Tüm bu hastalarda cerrahi yapıp yapılmayacağına ya da eğer cerrahi yapılacaksa hangi teknik veya yöntemle uygulanacağına karar vermek hiç kolay değildir. Medress ve arkadaşlarına göre, spinal cerrahinin başarılı uygulaması yalnızca teknik mükemmellik, bilgi ve klinik zekaya değil, aynı zamanda yüksek etik standartlara olan sarsılmaz bağlılığa da dayanmaktadır⁵⁰⁹. Omurga cerrahisi bağlamında etik davranış, hastalara herhangi bir nedenle yanlış yapmaktan veya zarar vermekten kaçınmayı, hastaların isteklerine ve onuruna saygı göstermeyi, cerrahların uygulama kapsamlarına uygun sınırlamalar koymayı ve hata veya komplikasyonları hastalara ve ailelerine derhal açıklamayı içerir⁵¹⁰.

⁵⁰⁸ Taylor ve Ranum, 2016, a.g.k., 161.

⁵⁰⁹ Medress ve ark. 2020, a.g.k., 6.

⁵¹⁰ Medress ve ark. 2020, a.g.k., 6.

İfade etmek gerekir ki, günümüz teknolojisi ve tıp biliminin geldiği nokta nedeniyle, hastalıkların çoğunun birden fazla tedavi seçenekleri söz konusu olmaktadır. Hekimler, hastaları için en doğru kararı vermeye çalışırken, göz önüne aldıkları birçok faktör söz konusu olmaktadır. Kimi zaman, bir patolojinin ideal şartlarda tedavisi net bir şekilde cerrahi iken, hastadan, hekimden ya da hastane şartlarından kaynaklı nedenlerle, hastaya cerrahi uygulama kararı verilmeyebilir. Bu gibi durumlarda, somut olay ve şartların ne olduğunu bilmeden, durumu sonradan öğrenen kişilerin, ‘Yanlış iş yapılmış’ şeklinde yorumları her zaman doğruyu yansıtmayabilir. Bu nedenle, her hasta, her hastalık, her olay kendi bağlamında ve şartlarında değerlendirilmeli, matematik gibi iki artı iki, eşittir dört mantığında düşünülmemelidir.

Anayasa Mahkemesi’nin Fatma Gündoğdu Bireysel Başvurusu 18.5.2021 tarihli kararında⁵¹¹, Subaraknoid Kanama nedeniyle Hastanesine yatırılmış, ilgili hastanede yaşananlar nedeniyle hasta, yakınları tarafından bir başka hastaneye nakledilmiş, orada ameliyat edilmiş ve sonrasında vefat etmiştir. Hasta yakınları bu vefattan, ilk hastanede hastayı ameliyat etmeyen hekimi sorumlu tutarak davacı olmuşlardır. Karar içerisinde yer alan, Yüksek Sağlık Şurasından alınan 13-14/10/2016 tarihli raporun ilgili kısmı ve mahkemenin kararı şöyledir;

" ... özel bir sağlık kuruluşunda anevrizmal subaraknoidal hemoraji tanısı alan ve ... Tıp Fakültesi Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Kliniğine o esnada yıllık izinde olan öğretim üyelerinden Prof Dr. X1 tarafından tıbbi etik ve deontolojiye uygun olmayan biçimde, subaraknoid kanamadan üçüncü gününde devralınarak yatırılan hastanın sanık Prof. Dr. X2 tarafından anabilimdalı başkanı sıfatıyla değerlendirildiği, buna göre bilinci açık, koopere, nörodefitsiz olan hastanın tetkiklerini planladığı ve bu süre için tıbbi tedavisini düzenlediği, gerekli konsültasyonlar için talimat verdiği ve hasta tarafını bilgilendirdiği, **anevrizmal subaraknoidal hemorajili hastalarda tedavinin medikal olarak başlatıldığı, cerrahi ve endovasküler girişimin ise tanı ve lezyonun tanımından sonra yapılabileceği bu girişimlerin hastanın durumu ve hastanenin imkanlarına göre ilk 72 saat içinde (erken) ya da ortalama 7-10 gün sonra(geç) planlanabildiği**, şura konusu olan hastada da, hastanın Prof. Dr. X2 tarafından üniversite hastanesinde 72 saat sonra değerlendirildiği lezyon tanımı ve endovasküler girişim için radyoloji kliniği ile konsülte ettiği yeniden serebral anjiyo planladığı, bu sürede başlatmış olduğu medikal tedavisini sürdürdüğü, hastanın radyologlarca endovasküler tedaviye uygun olmadığının düşünüldüğü, cerrahi tedavisi hakkında hasta tarafını bilgilendirdiği, hasta yakınlarının hastayı aynı şehirdeki özel bir hastaneye naklettiği bilgileriyle hastaya yaklaşım, uygulama ve tedavi şemasının çağdaş tıp kuralları içerisinde olduğundan Prof Dr. X2’ye atfi kabil kusur bulunmadığı " .

⁵¹¹ Anayasa Mahkemesi Fatma Gündoğdu Bireysel Başvurusu, 2018/7681 sayı ve 18.5.2021 tarihli kararı. Erişim. Lexpera. 22.01.2024.

... Mahkeme 7/4/2017 tarihli kararı ile doktor X2.nin beraatine hükmetmiştir. Beraat hükmüne yönelik istinaf başvurusu Antalya Bölge Adliye Mahkemesi 3. Ceza Dairesi tarafından 8/11/2017 tarihli kararla reddedilmiştir.

.... Yaşam hakkının ihlal edildiğine ilişkin iddianın başvuru yollarının tüketilmemesi nedeniyle KABUL EDİLEMEZ OLDUĞUNA karar verilmiştir.

Bu olay değerlendirildiğinde anlaşılmaktadır ki, intrakranial bir anevrizma nedeniyle, subaraknoid kanama geçirmiş bir hastanın tedavi planlaması ile ilgili bir ihtilaf söz konusudur. İfade edilmelidir ki hekimler, hastalarını bir bütün olarak değerlendirerek, mevcut patolojinin tedavisi ile ilgili en uygun tedavi planlamasını yapmalı ve uygulamalıdır. Genel olarak baktığımızda, subaraknoid kanamanın nedenlerinden biri de intrakranial anevrizmalardır. Bir hastada, spontan bir subaraknoid kanama tespit edildiğinde, intrakranial anevrizmanın yeri ve durumunu hatta tedavi planlamasını yapmak amacıyla angiografi işlemi yapılır. Bu işlem çeşitli teknikler ile yapılabilir. Bu işlem sonrası, tespit edilen anevrizmanın yeri, morfolojik durumu, büyüklüğü, komşulukları vs gibi birçok faktör değerlendirilerek, tedavinin endovasküler mi yoksa açık bir cerrahi uygulanarak mı yapılacağı noktasında karar verilir. Bu arada, yapılan angiografide anevrizmatik bir dilatasyon bulunamaması ya da birden çok anevrizmanın olması ihtimalleri de göz ardı edilmemelidir. Angiografi sonrası tespit edilen bir anevrizma için cerrahi karar verilmesi durumunda ise tartışılması gereken bir diğer konu ameliyatın ne zaman yapılması gerektiğidir. Literatüre bakıldığında, bazı yazarlar bu tip cerrahilerin erken zamanda yapılması gerektiğini savunurken, bazı yazarlar ise geç bir cerrahinin çeşitli nedenlerle daha uygun olduğunu savunmaktadırlar. Bu iki bakış da literatürde kabul görmüş ve bilimsel gerekçeleri olan davranışlardır. Somut olaya baktığımızda, bilinci açık ve nörodefisiti olmayan, subaraknoid kanama geçirmiş ve angiografide anevrizma tespit edilmiş hastaya, medikal tedavi uygulanmakta ve muhtemel cerrahi için uygun zaman beklenmektedir. Karardan anlaşıldığı üzere hasta yakınları hastanın bir an önce ameliyat edilmesi gerektiğini düşünmektedirler. Zaten sonuçta, hastayı bir başka merkeze götürerek ameliyat edilmesini sağlamışlardır. Ancak süreç hastanın vefatı ile sonlanmıştır. Bize göre, süreçte hastanın tıbbi yönetimi ile ilgili bir sorun bulunmamaktadır. Burada anevrizma tedavisi üzerinden örneklendirdiğimiz birçok hastalığın, birden fazla tedavi seçeneği vardır. Burada önemli olan, bu tedavi seçeneklerini, hasta ve yakınları ile paylaşarak, yani doğru ve yeterli bir aydınlatma süreci sağlayarak, tedavi seçeneği kararı noktasında hasta ve yakınlarını dahil etmek gerekliliğidir. Somut olay için ifade etmek gerekir ki, buraya özetini aldığımız kararın

bütününe bakıldığında, hasta yakınları ile ilgili Anabilim Dalı hekimleri arasında bir iletişim sorunu olduğu açıktır. Bize göre, doğru iletişim teknikleri kullanılarak, ekip arasındaki uyumu da net ortaya koyan bir izlenim ile rahatça üstesinden gelinebilecek bir durum, dava konusu olmuştur.

Toplumda sık görülen ve nöroşirürji uzmanlarının en sık yaptığı ameliyatlardan olan bel fıtığı ameliyatı sonrası, yapılan cerrahinin ve tekniğinin doğru olup olmadığının tartışıldığı Danıştay 10. Daire Başkanlığı'nın tarihli kararında⁵¹², ilk derece mahkemesi kararı onanmak suretiyle, hekim beraat etmiştir. Bu karar için yazılan Karşı Oy yazısında;

'Dosyanın incelenmesinden, davacının 1996 yılında disk hernisi ameliyatı olduğu, 07/09/2012 tarihinde şiddetli sağ bacak ağrısı şikayeti ile ... Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvurduğu, yapılan tetkik ve muayeneler sonucunda konsey tarafından nüks bel fıtığı tanısı konularak ameliyat kararı verildiği, 10/09/2012 tarihinde ameliyata alındığı, ameliyat sonrasında sağ ayaktaki kuvvet kaybının ilerlemesi ve sağ bacakta ağrının geçmemesi üzerine çekilen tomografi ve MR'lar kurulca incelenerek ikinci ameliyat kararı alındığı ve 14/09/2012 tarihinde tekrar ameliyat edildiği, ameliyat sonrası takipleri yapılarak 16/09/2012 tarihinde taburcu edildiği, ... Eğitim ve Araştırma Hastanesinden alınan 14/04/2014 tarihli engelli sağlık kurulu raporuyla, engel oranının %22 olarak belirlendiği görülmektedir.

*Davacı tarafından beyin ve sinir cerrahisi uzmanından alınan uzman mütalaasında, "nüks bel fıtığı teşhisi ile yapılan ameliyatın, daha önce yapılan ameliyata bağlı olarak oluşması muhtemel yapışıklıklar nedeniyle, komplikasyon ihtimalinin standart bir ameliyattan çok daha yüksek olduğu, sadece bacak ağrısı şikayetiyle başvurulması ve nörolojik bozukluk olmaması durumunda, **risk ihtimalinin yüksek olması göz önünde bulundurularak ameliyat endikasyonundan önce ameliyatsız tedavi yöntemlerinin denenmesi gerektiğinden, ameliyatsız tedavi yöntemini düşünmeyen konseyin kararının kusurlu olduğu;** ayrıca, ameliyatı gerçekleştiren doktorun da, onam formunun matbu olması ve tarih içermemesi nedeniyle, hastasını tam olarak aydınlatmadığı düşünüldüğünden kusurlu olduğu" yönünde görüş belirtilmiştir. Meydana gelen olayın davalı idarenin hizmet kusurundan kaynaklanıp kaynaklanmadığının tespiti için İdare Mahkemesince alınan ...tarih ve ... karar numaralı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı 2. İhtisas Kurulu raporunda, "semptomatik bel fıtığının tedavisinde cerrahinin ve cerrahide de posterior segmental enstrümantasyonun kullanılabildiği, posterior segmental stabilizasyon için kullanılan materyalin yerleştirildiği yerde pozisyonununa bağlı olarak sinirlere baskı oluşturabildiği, bel fıtığı ameliyatı esnasında fıtık tamamen çıkarılamayabileceği gibi yapılan ameliyat sonrasında da bel fıtığının tekrarlayabildiği, nüks bel fıtığı nedeniyle hastanın tekrar ameliyata alınmak zorunda kalınabildiği, bel fıtığı için uygulanan ameliyata rağmen nörolojik defisit istenmeyen bir durum olarak ortaya çıkabildiğinin tıbben bilindiği, kişiye konulan tanı ve uygulanan ameliyatların tıp biliminin genel kabul görmüş ilke ve kurallarına uygun olduğu, kişide 10/09/2012 tarihinde yapılan ameliyat sonrası ortaya çıkan tablonun her türlü özene rağmen oluşabilen herhangi bir tıbbi kusur ya da ihmal izafe edilemeyen*

⁵¹² Danıştay 10. Daire'sinin 10.11.2021 tarih ve 2019/6814 Esas, 2021/5430 Karar sayılı kararı.

"komplikasyon" olarak nitelendirildiği, kişinin tedavisinde görev alan sağlık çalışanlarına atfı kabil kusur tespit edilmediği" yönünde görüş belirtilmiştir.

Uyuşmazlıkta, Adli Tıp Kurumu Başkanlığınca hazırlanan ve hükme esas alınan bilirkişi raporunda, davacı tarafından sunulan uzman mütalaasındaki tespitlerin değerlendirilmediği ve nüks bel fıtığı tanısı nedeniyle ameliyat endikasyonu olup olmadığının açıklanmadığı görüldüğünden; anılan raporda davacının iddialarının karşılanmamış olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Açıklanan nedenlerle, davacının temyiz isteminin kabulü ile temyize konu İdare Mahkemesi kararının bozulması gerektiği oyuyla, aksi yöndeki Daire kararına katılmıyorum.

Bize göre, kararın karşı oy yazısındaki uzman mütalaasında ifade edilen, 'cerrahi yapılmamalıydı' ifadesi, doğru bir yaklaşım değildir. Bu tarz hastalarda cerrahi dışı tedavi yöntemleri ve hatta çeşitli cerrahi tekniklerden herhangi biri, hastanın muayenesi, tetkikleri, yandaş hastalıkları, hastanenin şartları ve teknolojik imkanları, hekimin kişisel eğitim ve tecrübesi gibi birçok faktör göz önüne alınarak, seçilebilir. Tüm bu değerlendirme sonucu seçilen tedavi hastayı ayrıntılı bir şekilde aydınlatıp, rızasını aldıktan sonra da uygulanabilir. Bu nedenle bize göre de hekimin kusuru olmadığına dair mahkeme kararı ve Danıştay onamı doğru ve yerindedir.

Yargıtay 12. C.D.'nin hekimi kusurlu bularak, hakkındaki mahkûmiyet kararını onadığı 30/03/2015 tarihli kararında⁵¹³;

'...dosya incelenerek gereği düşünüldü: Beyin ve sinir cerrahi uzmanı olan sanığın, 1991 yılında sırtına ağırlık düşmesi sonucu omurları kırılmış, bacakları felç olmuş 1972 doğumlu ölen hastayı, olaydan 6 ay önce muayene ettikten sonra, ameliyatla iyileşebileceği, yeni gelişen sırt ağrılarından kurtulabileceği, bacaklarında gelişen sıçramaların ve omurilik gerginliğine bağlı bulguların düzelebileceği, rehabilitasyona yardımcı olacağını söyleyerek, olay günü, özel hastanede ameliyata aldığı, ameliyat sırasında hastanın kalp yırtılmasına bağlı iç kanama nedeniyle müdahaleye rağmen kurtarılamayarak hayatını kaybettiği olayda; sanığın, DIC gelişmesi sonrası kalpte enfarkt meydana geldiği ve yırtığın bu nedenle oluştuğunu ifade etmesine rağmen, ihtisas Kurulu ve Yüksek Sağlık Şurası raporlarına dayanılarak, yapılan ameliyatın gerekliliğinin bulunmadığı, damar yaralanmalarını engellemek amacıyla sol taraftan giriş yapılmadığı, bu tip operasyonlarda büyük damar yaralanmaları görülebilmekle birlikte literatürde bu tip operasyonlar sırasında geliştiği bildirilen kalp yaralanması bulunmadığı, histopatolojik bulguların DIC ve enfarktüsle uyumlu olmadığı, dolayısıyla ölüm olayının meydana gelmesinde kusurlu olduğu kabul edilerek mahkûmiyetine karar verilmesinde isabetsizlik görülmemiştir. ... hükmün isteme uygun olarak ONANMASINA, 30.03.2015 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

⁵¹³ Yargıtay 12. C.D.'nin 30.03.2015 tarih ve 2014/9975 Esas, 2015/5409 Karar sayılı kararı. Erişim. <https://karararama.yargitay.gov.tr/>, 09.02.2023.

Hekimin tedavi seçenekleri arasında uygun gördüğü bir tedaviyi, hastasını aydınlatmak ve rızasını almak suretiyle seçebileceği ifade edilmişti. Ancak vurgulamak gerekir ki, bu tedavi seçenekleri literatürde kabul görmüş, güncel tıbbi standarda uygun tedaviler olmalıdır. Bilindiği gibi endikasyon, tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğunun dört temel şartından biri olup, endikasyon dışı bir tedavi uygulaması, sonucu ne olursa olsun hukuk dışı bir uygulama olacaktır. Kararda tanımlanan tedavi bize göre de endikasyon dahilinde bir seçenek olmamıştır ve dolayısıyla mahkûmiyet kararı da doğru ve yerinde olmuştur.

Özetle ifade etmek gerekir ki, bir hastalığın birden çok tedavisi olabilir ve bu tedavi seçenekleri çok geniş bir yelpazeye yayılabilir. Hekimin görevi, bu tedavi seçenekleri içerisinde tıbbi ve bilimsel gerekçeler ile en uygun olanını seçmek, hastaya diğer tedavi seçeneklerini ve kendi önerdiği tedavinin risk ve komplikasyonlarını açıkça anlatmak ve sonrasında birlikte verilen kararı gereken dikkat ve özen yükümlüğü çerçevesinde uygulamak olmalıdır. Sürecin bu anlamda doğru yürütülmesi durumunda komplikasyon ve malpraktis riski azalacaktır.

4.2.1.6. Aydınlatılmış rıza sorunları

Aydınlatılmış rıza alınması ile ilgili genel bilgiler çalışmamızın ilk bölümünde ele alınmıştır. Bu bölümde Nöroşirürji branşı özelinde aydınlatılmış rıza alınmasının önemi ve gerekliliği tartışılacaktır. Adından da anlaşıldığı üzere, konusu beyin ve sinir olan bir uzmanlık alanını ilgilendiren patolojik durumlar ile ilgili bilgi çoğu zaman hekimlerde dahi çok kısıtlıdır. Nörolojik bir patolojinin ameliyat gerekliliği ve süreçleri genellikle diğer branş uzmanları tarafından da bilinmemektedir. O nedenle, özellikle acil servislerde en çok konsültasyon talep edilen branşların başında nöroşirürji gelmektedir. Örneğin, ortopedi ya da genel cerrahi ile ilgili bir travmayı tetkikleri ile birlikte değerlendirip ‘sorun yok’ diyebilen acil servis hekimleri, konu kafa travması olduğunda, tetkiklerin normal olduğunu düşünseler bile genellikle nöroşirürji konsültasyonu isteyip, ‘sorun yok’ ifadesini bir nöroşirürji uzmanından yazılı olarak almak istemektedirler. Bir başka ifade ile, nasıl çalıştığı ile ilgili kısıtlı bilgilere sahip olunan ve birçok alanının halen ne işe yaradığı bilinmeyen beyin ile ilgili fizyopatolojik süreçlerin sonunda olabilecekleri tahmin edebilmek her zaman mümkün olamamaktadır. Özetle nöroşirürji branşı gerek

diğer branş hekimleri gerekse hastalar tarafından gizemini koruyan ve olası sonuçları açısından korkutucu bir branştır.

Bununla birlikte özellikle beyin ameliyatlarının birçoğunda, ameliyat sonrası çalışılan bölgenin yaptığı görev ile alakalı doku ve organlarda, duyu ile ilgili ya da fonksiyonel kayıplar görülmesi mümkündür. Örnek olarak, beyinde motor kortekse yakın bölgede bir ameliyat sonrası hastanın kol ya da bacağına güç kayıpları gelişebilir. Oksipital bölgede bir cerrahi sonrasında görme kayıpları gelişebilir. Bazen hastanın mevcut patolojisi iyileştirmek için (örneğin bir tümör ameliyatında tümörün alınması vs.) yapılan bir ameliyat sonrası, hasta başvurduğundan daha kötü bir nörolojik tablo ile karşılaşabilir, yani hastanın tümörünü çıkarabilmek için yapılan işlemler sırasında ilgili beyin dokusu etkilenmiş olabilir. Kimi zaman hastanın yaşam süresini uzatabilmek için yapılan birtakım işlemler hastanın yaşam kalitesini düşürebilmektedir. Bu gibi durumlar diğer branşlar için de geçerlidir. Örneğin genel cerrahlar rektum alt uçta olan bir malign tümörün eksizyonu için, rektumu devre dışı bırakarak hastanın bağırsağını karın duvarına ağızlaştırırlar. Yani hasta bazen bir süre bazen de ömür boyu büyük abdestini karnındaki bir torbaya yapmak durumunda kalabilir. İşte bu durumlar, hasta ile hekimin çok ayrıntılı bir şekilde konuşmasını, alternatifler üzerinde tartışmasını ve hasta için en doğrusunun hangisi olacağına kararın birlikte verilmesi gerektiği durumlardır. Sonuç olarak son kararı hastanın kendisi verecektir ancak bu kararı verebilmek için hastanın ayrıntılı bir şekilde aydınlatılması gerekmektedir.

Gerek dünyada gerekse ülkemizde medikolegal davalar sırasında hastaların en çok dile getirdiği argümanlardan biri yeterince aydınlatılmadığı çerçevesindedir. Bu durum samimi bir bakışla gerçeği yansıtabilmektedir. Çünkü belli derecede sıkıntı içerisinde hekime başvuran hasta, bir an önce tedavi olmak amacıyla kimi zaman hekimi yeterince dinlemeden ve dolayısı ile olası riskleri anlamadan önerilen tedaviye rıza gösterebilmektedir.

Bir başka açıdan bakıldığında, zaten son derece yoğun bir şekilde çalışan hekimler, yaptıkları aydınlatma sonrası, hasta tarafından rıza formunun imzalanmış olmasını yeterli görmekte, hastanın durumu yeterince anlayıp anlamadığını sorgulamamaktadırlar. Günlük pratik içerisinde yoğun çalışan ve genellikle yorgun olan hekimler için bu durum olağan bir süreç olarak gelişir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılan hekimlerin % 84.3'ünün aydınlatma için 10 dakikadan az bir zaman ayırdıkları tespit edilmiş ve ülkemizdeki eğitim durumu, etnik ve kültürel çeşitlilik göz

önüne alındığında oldukça kısa olduğu ifade edilmiştir⁵¹⁴. Yine ülkemizde sadece avukatlar ile yapılan bir anket çalışmasında ise, katılımcıların %93,1'i Türkiye'de sağlık çalışanları tarafından aydınlatılmış onam prosedürünün doğru uygulanmadığını düşünmekte olup bunun başlıca nedenlerinin, sağlık çalışanlarının gerekli özeni göstermemesi ve bu alana yeterince önem vermemeleri olarak bildirilmiştir⁵¹⁵. Sağlık çalışanlarının dahil edildiği bir çalışmada ise, katılımcılar aydınlatılmış rıza prosedürünün doğru uygulanmadığı noktasında görüş bildirmişler ancak uygulanamama nedenlerinin çoğunlukla iş yoğunluğu olduğunu ifade etmişlerdir⁵¹⁶. Ertem ve arkadaşlarının çalışmasında da hastaların rızalarının %76,1 oranında hemşireler tarafından alındığı, hastaların yalnızca %60,9'unun kendisine anlatılanları anladığı, bununla birlikte %92,4'ünün formda yazılı olan her şeye rıza gösterdiği bildirilmiştir⁵¹⁷. Fransa'da yapılan bir çalışmada, nöroşirürji ile ilgili mahkemeye yansımış davaların % 14'ünün hastanın yeterince bilgi sahibi olmadığı ile alakalı olduğu ortaya konmuştur⁵¹⁸. Bir başka çalışmada, Kadın Doğum ve Nöroşirürji uzmanlarının diğer branşlara oranla daha ayrıntılı aydınlatma yaptıklarını ortaya koymuş ve bunun nedeninin, tıbbi komplikasyon ve risklerin fazla olmasından ve daha sık dava ile karşılaşmalarından kaynaklanabileceği ifade edilmiştir⁵¹⁹. Şeker'in çalışmasında ise, incelenen 76 Yargıtay kararının sadece 35'inde (% 46) dosya içeriğinde aydınlatılmış onam formu bulunduğu saptanmış olup, aydınlatılmış rıza formlarının dosyada mevcut olma oranının düşük olması, hekimler arasında aydınlatılmış onam hususunda yeterli farkındalığın oluşmadığı bununla birlikte tıbbi kayıt tutma konusunda eksiklikler olduğu kanaatini oluşturmakta olduğu ifade edilmiştir⁵²⁰.

⁵¹⁴ Turla, A., Karaarslan, B., ve Dabak, Ş. (2004). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Görev Yapan Hekimlerin "Aydınlatılmış Onam" Konusundaki Bilgi ve Tutumları. O.M.Ü. Tıp Dergisi 21(2): 57-63. s. 62.

⁵¹⁵ Çelik ve Pakiş, 2020, a.g.k., 204.

⁵¹⁶ Yıldırım, G., Bilgin, İ., ve Tokgöz, H. (2014). Cerrahi Kliniklerdeki Sağlık Çalışanlarının Aydınlatılmış Onam Hakkındaki Görüşleriyle Uygulamaları Örtüşüyor Mu?, Cumhuriyet Tıp Dergisi. (36), 451-458. s. 454.

⁵¹⁷ Ertem, A., Yava, A., ve Demirkılıç, U. (2013). Kardiyak Cerrahi Yapılan Hastaların Ameliyat Öncesi Verilen Aydınlatılmış Onam Hakkındaki Görüş ve Önerilerinin Belirlenmesi, Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, 21(2), 378-391. s. 382.

⁵¹⁸ Emery, Balossier ve Mertens, 2014, a.g.k., 221.

⁵¹⁹ Küçük, H. (2012). Cerrahi Müdahale Gören Hastalarda Aydınlatma ve Onam Formları Yeterlimi, Nobel Med. 8(3): 40-43, s. 42.

⁵²⁰ Şeker, 2020, a.g.k., 55.

Tüm bu çalışmalardan anlaşılacağı gibi, aydınlatılmış rıza alınması ile ilgili prosedür doktrinde anlatıldığı şekil, önem ve özen dahilinde işlememektedir. Yapılan tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk nedenlerinden birisi olan bu prosedürün usule uygun ve doğru yürütülmesi ile ilgili, hekimlerin, hastaların ve hukukçuların daha fazla eğitime ihtiyaç duydukları açıktır.

İfade edilmesi gereken bir başka nokta ise, nöroşirürji ameliyatları ile ilgili olası seçeneklerin hastaya güncel literatür bilgileri de kullanılarak (tabii ki hastanın anlayacağı düzeyde olması kaydıyla) ayrıntılı anlatılmalı ve hastanın sağlıklı karar verebilmesine olanak sağlanmalıdır. Todd yayımladığı çalışmasında, literatürde lomber dejenaratif olgularda uzun vadede spinal füzyon uygulamaları ile hastanın doğal süreci arasında belirgin fark gösterilemediğine atıf yaparak, hastaya önerilecek bir cerrahi öncesi diğer alternatiflerin ve olası risklerin mutlaka iyi anlatılması gerektiğini ortaya koymaktadır⁵²¹.

Tüm bu nedenler ile hastalar nöroşirürji polikliniklerine geldiklerinde genellikle gergin ve kaygı içerisinde olurlar. Olası bir nöroşirürji ameliyatı fikri insanlara ürkütücü gelmektedir. Bu sebeple nöroşirürji uzmanları, poliklinikte karşılaşıldığı andan itibaren hasta ile empati yaparak, iletişim kurallarına uygun bir şekilde davranmalı, hastaya güven verecek bir davranış paternini göstermelidir. Özetle, hastanın hastalığı ve tedavi süreçleri ile ilgili aydınlatma mümkün olan en optimal düzeyde yapılmalı ve hastaya rıza için gereken düşünme süresi tanınmalıdır. Nicholas V. Todd yayımladığı makalede, yapılacak tüm tıbbi müdahaleler için hastanın aydınlatılarak rızasının alınması gerekliliğine vurgu yaparak, hekimin hastasına önerilen prosedürün niteliği, büyüklüğü, riskleri ve/veya faydaları ve/veya ameliyatın alternatifleri hakkında ayrıntılı bilgi vermesi gerektiğini ve sonrasında rızasını alması gerektiğini ifade etmekte ve rıza'nın hasta için bir 'akıl toplantısı', hekim için ise kendisini savunmak amacıyla kullanılacak bir kalkan olduğunu tanımlamaktadır⁵²². Benzer ifade başka çalışmalarda da kullanılmaktadır, yapılacak cerrahiye ilişkin onam pek çok açıdan yasal bir sözleşmeye benzetilmekte ve artık en küçük prosedürler için bile gerekli olduğu ifade edilmektedir⁵²³.

⁵²¹ Todd, 2014, a.g.k., 451.

⁵²² Todd, 2014, a.g.k., 447.

⁵²³ Brenner, L. H., Brenner, A. T., ve Horowitz, D. (2009). Beyond informed consent: educating the patient. Clin Orthop Relat Res. 467, 348-351.

Literatürde birçok çalışma ortaya koymaktadır ki, hasta ile etkili iletişimin kurulması ve uygun bir şekilde aydınlatılarak rızasının alınması, sonradan gelişecek olumsuz bir durumda tıbbi malpraktis iddialarını önlemeye yardımcı olmaktadır⁵²⁴.

Lomber stabilizasyon cerrahisi sonrası, ağrılarının geçmemesi ve yapılacak ameliyat ile ilgili bilgilendirilmediği iddiasıyla açılan davada, Yargıtay 12. Ceza Dairesi'nin 20.01.2015 tarihli kararında⁵²⁵;

‘... Katılanın bel ağrısı şikayeti ile ... Hastanesinde Beyin Cerrahisi olan sanığa başvurduğu, intervertebral disk dejenerasyonu, nöral kanalın osseöz stenozu, lomber ve diğer intervertebral disk bozuklukları, radikülopati tanıları ile 27.12.2008 tarihinde posterior segmental enstrumantasyonu, lomber diskektomi tek seviye bilateral operasyonu yapıldığı, operasyondan sonra hastanın şikayetlerinin geçmediği, tedavisi amacıyla uzun süre adı geçen hastaneye devam ettiği, bundan sonra katılanın müracaat ettiği çeşitli hastanelerdeki konusunda uzman hekimlerin sanığın gerçekleştirdiği ameliyatın yapılmasına gerek olmadığını söylemeleri üzerine katılanın şikayetçi olduğu olay nedeniyle alınıp, hükme esas kılınan Adli Tıp Kurumu 2. İhtisas Kurulu'nun 18.02.2013 tarihli raporunda “hastanın ameliyat öncesi lomber MR değerlendirilmesinde L3-4 ve L4-5 mesafelerinde görülen disk patolojilerinin ameliyat öncesi hastada bahsedilen klinik tabloyu açıklamadığı, çok belirgin spinal kanal darlığı olmadığı ve listezis bulgusu görülmediği dikkate alındığında cerrahi yaklaşımın seçiminde daha az invaziv(girişimsel) olan bir yolun tercih edilebileceği, ancak cerrahi yaklaşım konusunda hastayı tedavi eden hekimin hastayı bilgilendirmek kaydıyla tercih hakkının olduğu dikkate alındığında söz konusu olayda adı geçen sağlık personeline yöneltilecek herhangi bir kusur ve ihmal tespit edilmediği” bildirildiğinden, sanık hakkında beraat kararı verilmiş ise de; soruşturma aşamasında alınan 04.11.2011 tarihli ve basit medial faset dekompresyonu yeterli iken gerçekleştirilen total laminektomi+ileri derecede fasetlerin çıkarılması+transpediküler vidalama ameliyatının gereksiz ve sanığın kusurlu olduğunu bildiren bilirkişi heyet raporunda, “hastanın komplikasyon riski daha düşük daha az invazif alternatif cerrahi tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirildiğine/aydınlatıldığına dair herhangi bir tıbbi kayda rastlanmadığını, katılan tarafından imzalanan 27.12.2008 tarihli onam belgesi içeriğinde de bu yönde herhangi bir bilgi bulunmadığını mütalaa etmesi, katılan ve tanık ...'un, sanığın ameliyat olunmadığı halde felç olma durumundan bahsettiğine dair ifadeleri ve tüm dosya kapsamı nazara alındığında sanığın, katılanı **gerçekleştireceği ameliyatın risk ve sonuçları konusunda yeterli şekilde bilgilendirmediği, dolayısıyla sanığın aldığını savunduğu rızanın geçerli olmadığı, zira; rızanın ancak tıbbi uygun teşhis ve tedavi uygulanması şartıyla eylemi hukuka uygun hale getireceği**, somut olayda ise sanığın teşhis ve uyguladığı tedavinin

⁵²⁴ Grauberger, J., Kerezoudis, P., Choudhry, A. J., Alvi, M. A., Nassr, A., Currier, B., ve Bydon, M. (2017). Allegations of failure to obtain informed consent in spinal surgery medical malpractice claims. JAMA Surg. 152(6), 1-7.; Posner, K. L., Severson, J., ve Domino, K. B. (2015). The role of informed consent in patient complaints: Reducing hidden health system costs and improving patient engagement through shared decision making. Journal of Healthcare Risk Management. 35(2), 38-45.

⁵²⁵ Yargıtay 12. Ceza Dairesi'nin 20.01.2015 tarih ve 2014/7841 Esas, 2015/710 Karar sayılı kararı. Erişim. <https://karararama.yargitay.gov.tr/>. 11.01.2023.

tıbbi uygun olmadığının 04.11.2011 tarihli bilirkişi heyet raporu ile Adli Tıp Kurumu 2. İhtisas Kurulu'nun 18.02.2013 tarihli raporunda açıkça ortaya konulduğu anlaşıldığından sanığın mahkumiyeti yerine yazılı şekilde beraatine karar verilmesi, Kanuna aykırı olup, katılan vekilinin temyiz itirazları bu nedenle yerinde görüldüğünden hükmün 5320 sayılı Kanunun 8. maddesi gereğince halen uygulanmakta olan 1412 sayılı CMUK'un 321. maddesi gereğince tebliğnamedeki isteme aykırı olarak BOZULMASINA, 20/01/2015 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

Bu kararda tartışılması gereken iki temel öge mevcuttur. Bunlardan ilki, iki bilirkişi raporu arasındaki yapılan işlemin gerekli olup olmadığı noktasındaki tartışmadır ki bize göre çok özel durumlar dışında bunun yapılmaması gerekir. Hastada yapılan işlemde, net bir 'endikasyon dışı' durum yok ise ve yapılan işlem tedavi sürecindeki tercih nedenlerinden biri ise, hekimin hastasının tedavi yöntemini tercih hakkı olduğunu savunmaktayız. Bunun şartı, kararda da belirtildiği üzere, hastanın tedavi seçenekleri ya da uygulanan işlemin alternatifleri noktasında ayrıntılı aydınlatılması ve rızasının alınmasıdır. Burada ortaya çıkan sorun ise, yeterince aydınlatma yapıp sonrasında alınan rızanın ispatıdır. İlk bölümde ayrıntılı tanımlanmaya çalışıldıysa da bir kez daha ifade etmek gerekir ki, ispat yükümlülüğü hekimedir. Hekimin hastasını yeterince aydınlattığını ispat edebilmek için, kullanılan Aydınlatılmış Rıza formu hasta için özelleştirilmeli, özellikle de somut olayda olduğu gibi tedavi seçeneği çok ya da riskli ameliyatlara için, alternatiflerin ayrıntılı anlatıldığına dair, mümkünse hastanın el yazısı ile durum belgelenmelidir. Bu durum özellikle enstrüman kullanılan vakalar için önemlidir. Aksi takdirde bu gibi durumlarda, hastanın aydınlatılmadığı noktasındaki iddialarını çürütmek mümkün olamayacaktır. Özetle bize göre, somut olay ile ilgili kararda tedavi seçeneklerinin tartışılmasını gereksiz bulmakla birlikte, yeterli aydınlatma olup olmadığı noktasında fikir yürütemeyeceğimiz için, mahkemenin kararına saygı duyuyoruz.

İzmir Bölge İdare Mahkemesi 6. İdare Dava Dairesi'nin 08.10.2019 tarihli kararında⁵²⁶;

'17.12.2007 tarihinde bel fıtığı ameliyatı uygulandığı, Mahkemece Adli Tiptan aldırılan rapora göre davacının ameliyat sonucu yaşadığı durumların (düşük ayak gelişmiş) komplikasyon olarak nitelendirildiği, Adli Tıp Raporunda davacıda ameliyat sonrasında gelişen durumun, yapılan tıbbi işlemin komplikasyonu olarak kabul edilmesi karşısında, idari eylemle zarar arasında nedensellik bağı kurulamadığından maddi tazminata hükmedilmesinin koşulları oluşmamakla birlikte, ameliyat gibi riskli

⁵²⁶ İzmir Bölge İdare Mahkemesi 6. İdare Dava Dairesi'nin 08.10.2019 tarih ve 2019/1570 Esas, 2019/1692 Karar sayılı kararı. Erişim. Lexpera. 19.12.2023.

ve önemli bir tıbbi uygulamadan önce, işlemin sık görülen komplikasyonlarından olduğu Adli Tıp Kurulu raporundan da anlaşılan hususların anlatılıp davacıdan yazılı onamın alınmamış olması durumunda, davacının aydınlatılma ve onay verme hakkının elinden alınmış olacağı ve yürütülen sağlık hizmetinin gereği gibi işletilmediği konusunda davacıda endişe ve üzüntüye yol açacağı gibi gerçekleşebilecek komplikasyonlar konusunda yeterince bilgilendirilmeyen hastanın alternatif çözümler araması veya başka sağlık kuruluşlarında cerrahi müdahalede bulunulmasını talep etmesi yahut tedavi görmeme seçeneklerini tercih etmesi imkanını ortadan kaldıran uygulama nedeniyle davacıya manevi tazminat verilmesi gerektiği sonucuna varılmış olup, zararın olayın oluş şekli ve davacı üzerinde bıraktığı kalıcı tesirleri de dikkate alınarak değerlendirilmesi gerektiğinden, karşılanması gereken manevi zararının takdiren 50.000,00-TL olduğu, bu miktarın kabulü ile ... maddi tazminat isteminin reddi yolunda Manisa 1. İdare Mahkemesince verilen 17/01/2019 tarih, E:2013/497, K: 2019/55 sayılı karara karşı yapılan istinaf başvurusunun reddine karar verilmiştir.'

Kararda görüldüğü üzere bel fitiği ameliyatı sonrası oluşan düşük ayak durumu komplikasyon olarak nitelenmiş ve maddi tazminata hükmedilmemiş olmak birlikte, hastanın dosyasında aydınlatılmış onamın olmayışı manevi tazminat gerekçesi olarak ortaya konmuştur. Çalışmamızda daha önce de ifade ettiğimiz gibi, tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk kurallarından birisi olan aydınlatılmış rıza belgesinin olmayışı yapılan tıbbi müdahaleyi hukuka aykırı kılmakta ve bu kararda da görüldüğü gibi manevi tazminat nedeni olmaktadır. Bu anlamda, bize göre de karar doğru ve yerindedir.

Özetle, Yargı kararları incelendiğinde müşahede edilmektedir ki, Aydınlatılmış Rıza formunun dosyada olmadığı ya da var olduğu ancak 'matbu' olduğu için yeterli bulunmadığından ötürü hekimin kusurlu olduğuna hükmedilen birçok karar mevcuttur. Hukukçuların son yıllarda, tıbbi kötü uygulama dosyalarında hekim kusuru açısından en çok bu noktaya dikkat etmekte oldukları bilinen bir gerçektir. O halde hekimlere düşen görev, çalışmamızın ilk bölümünde tanımladığımız mevzuat ve doktrine uygun şekilde aydınlatma yaparak, rıza alınması ve bunun uygun şekilde belgelendirilerek hasta dosyasında bulunmasını sağlamak olmalıdır. Zaman, uygun alan ve özen gerektiren bu sürecin uygulanmasını sağlayacak organizasyonel önlemlerin de idareler tarafından alınması gerekmektedir.

4.2.2. Per-operatif sorunlar

Nöroşirürji, cerrahi bir branştır ve temel pratiği cerrahi müdahaleler uygulamaktır. Bu uygulamalar çoğunlukla son derece zor ve riskli işlemlerdir. Doğaldır ki bu işlemler sırasında zaman zaman komplikasyonlar ile karşı karşıya kalılabilmekte ya da ortaya

çıkan kimi olumsuz durumlar dava konusu olabilmektedir. Çalışmamızın bu bölümünde, ameliyat sırasında karşı karşıya kalınabilecek olumsuz durumlar ve bunlarla ilgili yapılması gerekenler, yine Yüksek Yargı Kararları örnekleri ile tartışılacaktır.

4.2.2.1. Anestezi ile ilgili sorunlar

Anestezi hastanın acı, ağrı ve stres duymadan yapılacak cerrahi işlemin yapılabilmesi için kimi zaman lokal, kimi zaman bölgesel kimi zaman da tamamen uyutularak ya da çok farklı tekniklerle uygulanan son derece ciddi ve kompleks bir iştir. Yapılan çalışmalar anestezi işlemi sırasında ölüm riskini 1960'da 5500 vakada 1 iken, 1984'te 26.000 vakada 1 olarak bildirmektedir⁵²⁷. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği Başkanı'nın 2017 yılında yaptığı bir açıklamada bu oran 100.000 de 1 olarak ifade edilmiştir⁵²⁸. Birleşik Krallık'taki Ulusal Sağlık Hizmeti hastanelerinde yapılan bir araştırmada ise, intraoperatif ve perioperatif dönemde bildirilen ölümlerin %14,1'inde anestezinin rol oynadığını bildirmektedir⁵²⁹. Bu ölümlerin sebebi hasta kaynaklı olabileceği gibi, kullanılan ilaçlara bağlı olarak gelişen alerjik reaksiyon, anafilaksi, kardiyak aritmiler, karaciğer nekrozu veya malign hipertermiye bağlı olabilmektedir⁵³⁰.

Mevzuata bakıldığında, anestezi uzmanının görev ve yetkileri Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 116. Maddesinde⁵³¹ tanımlanmıştır.

⁵²⁷ Holland, R. (1987). Anaesthetic mortality in New South Wales. Br J Anaesth. 59(7), 834–841.
⁵²⁸ Bilgin, H. (2017). <https://www.birgun.net/haber/anestezide-olum-riski-100-binde-bir-151519>,
⁵²⁹ Lunn, J. N., ve Devlin, H. B. (1987). Lessons from the confidential enquiry into perioperative deaths in three NHS regions. Lancet. 2(8572), 1384–1386.

⁵³⁰ Medress, 2020, a.g.k., 5.

⁵³¹ Madde 116 – Kendisine bir gün önceden verilecek ameliyat listelerine göre vak'aların niteliklerini ve ameliyat sürelerini gözönüne alarak günlük ameliyathane çalışma listelerini düzenler. Ameliyat olacak hastaların ameliyata hazırlanması için gerekli incelemeler ile konsültasyonların yapılmasını ve bu hastaların premedikasyonunu sağlar.

a) Narkoz ve ameliyat sonrası bakım yerlerinde çalışan personelin hizmetle ilgili amiri olup, onların düzenli ve verimli çalışmalarını ve hizmet içi eğitimlerini sağlar.

b) Hastanın sağlık durumuna göre, anestezi altında ameliyat yapılıp yapılmayacağı hususunda karar verir.
c) Operatörle görüşerek ameliyatın özelliğinin ve hastanın genel durumunu gözönünde bulundurmak suretiyle hastaya ameliyat masasında en uygun pozisyonu verir ve anestezi tekniğini tesbit ederek gerekli anestetiği hastaya uygular veya kendi kontrolü altında teknisyenlere uygulatır.

d) Anestezi ve ameliyat altında iken hastanın durumunu, normal şartlarda seyrini temin için bütün kontrolleri (tenefüs sistemi, Üriner sistem, serebral sistem, kan ve elektrolitler, anoksiya, hastanın ateşi, terlemesi vs.) yapar veya kendi sorumluluğu altında teknisyenlere yaptırır. Anestezi şekli ve seyrini ameliyat kağıdına kaydeder. (Ek:12 Form 63)

e) Ameliyat sonu hastanın normal hayati fonksiyonlarını kazanuncaya kadar gerekli gördüğü bütün tedbir ve tedavileri uygular. Bu hususta operatörle ve lüzum gördüğü diğer uzmanlarla konsültasyon yapar. Ameliyathane ve sterilizasyon işlerinde ameliyathane sorumlusuna yardımcı olur.

f) Narkoz ve ameliyat sonrası bakım birimindeki her türlü cihaz, alet, ilaç ve sıhhi malzemenin sağlanması, bakım, muhafaza ve sarfından sorumludur.

Konumuz özelinden değerlendirmek gerekirse, Nöroşirürji ameliyatları gerek teknik açıdan gerekse hastanın ameliyat sırasındaki pozisyonu açısından anestezi uzmanları açısından ayrı bir dikkat ve özen gerektiren ameliyatlardır. Özellikle beyin ameliyatları sırasında hasta ve cerrah için en uygun anestezi şartlarının sağlanması anestezi uzmanının görevidir. Bu amaçla, nöroanestezi sürecinde anestezi uzmanı, serebral perfüzyonun sürdürülmesi, beyin ödemi ve intrakranial basınç (İKB) artışının önlenmesi, hemodinamik istikrarın sağlanması, uyanma süresinin mümkün olduğunca kısa olması ve bu sırada hastanın tansiyonunun yükselmemesi gibi amaçlar doğrultusunda gerekenleri yapmalıdırlar. Bu karmaşık ve dolayısıyla riskler barındıran süreci yönetebilmek için gerekli hazırlıkları yapmak son derece önemlidir. Bu bakımdan anestezi uzmanları operasyon öncesi hastanın, yaşı, cinsi, mevcut primer hastalığı, bilinç durumu, fizik ve nörolojik muayenesi, laboratuvar değerleri (hemogram, biyokimyasal değerler, kanama pıhtılaşma zamanları, ve gereken diğer tetkikler), hastanın geçirmiş olduğu hastalıklar ve ameliyatlar, alerjik durumu, sürekli kullandığı ilaçlar, akciğer ve kardiyolojik açıdan gerekli testler başta olmak üzere, değerlendirerek ayrıca gerekirse diğer branşlardan da konsültasyonlar isteyerek, ilgili ameliyat için hastaya uygulanacak en etkin ve güvenli anestezi planlamasını yapmalıdır. Bu aşamada mutlaka, kendi uzmanlık alanları dahilinde yapılacak işlemler, işlemlerin olası risk ve komplikasyonları ve varsa alternatifler açısından da hasta aydınlatılmalı ve rızası alınmalıdır. Anestezi işlemi de teknik bir işlem olması açısından bu aydınlatma işlemi mümkün olduğunca hastanın anlayacağı şekilde yapılmalıdır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, anestezi uygulaması öncesi kullanılan aydınlatılmış onam formlarının okunabilirlikleri değerlendirilmiş, sonuçta formlarının okunabilirlik oranının oldukça düşük olduğu, anestezi onam formları hazırlanırken ülkemizin eğitim düzeyi de göz önünde tutulması gerektiği ortaya konmuştur⁵³².

Hasta ameliyat masasına geldikten sonra Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı ve ekibi (anestezi teknikeri, uzmanlık öğrencisi vs.) tarafından yapılacak anestezi işlemi için ön hazırlıklara başlanır. Hastanın monitörizasyonu, uygun damar yollarının açılması ve yapılacak anestezi türüne göre hastanın, ekibin ve ekipmanın hazırlanması bu süreçte tamamlanır. Şayet genel anestezi altında uygulanacak bir ameliyat ise hastanın

⁵³² Boztaş, N., ve ark. (2014). Anestezi Uygulaması Öncesi Kullanılan Aydınlatılmış Onam Formlarının Okunabilirliklerinin Değerlendirilmesi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma, Turk J Anaesth Reanim. (42), 140-4, s. 144.

intrakranial basıncını arttırmadan dikkatli bir indüksiyon ve entübasyon işlemi uygulanmalıdır. Özellikle hastanın anatomik nedenlerle zor entübasyon uygulanabileceği durumlara hazırlıklı olunmalıdır. Entübasyon sonrası, anestezinin cerrahi öncesi tüm hazırlıkları bittikten sonra, uygun cerrahi pozisyon için cerrahi ve anestezi ekibi birlikte hareket ederek hastaya gereken pozisyon verilir. Ameliyat sırasında anestezi uygulaması cerrahi ekibin işini kolaylaştırmak adına son derece önemlidir. Ameliyat sırasında uygulanacak anestetik ajanlar ameliyat sırasında istikrarlı bir hemodinami sağlarken, İKB ve postoperatif derlenme üzerinde minimal etkili olmalıdır⁵³³. Bu arada hastada gelişen olumsuz bir durum olduğunda, anestezi ekibi cerrahı ivedilikle uyarmalı, ilgili olumsuz durumun nedeni ve çözümü için yine birlikte çalışmaya devam edilmelidir. Cerrahi işlem tamamlandığında hastanın durumuna göre erken ve hızlı bir uyandırma prosedürü uygulanması tercih edilmektedir çünkü ameliyat sonrası hastanın nörolojik durumunun erken değerlendirilmesi nöroşirürji uzmanları için çok değerlidir. Bununla birlikte intrakranial basıncın yüksek olduğu durumlarda, hastayı kontrollü bir şekilde uyutmak ve yoğun bakım sürecinde daha yavaş bir uyandırma prosedürü uygulamak hasta için daha doğru bir tercih olabilir. İfade etmek gerekir ki, nöroanestezi süreci, preoperatif dönemden başlayıp postoperatif yoğun bakım sürecini de kapsayan kompleks bir süreçtir⁵³⁴. Tüm bu sürecin anesteziist ve cerrahın birlikte ve uyumlu bir şekilde yönetmesi hem ekip çalışması hem de hastanın nitelikli sağlık hizmeti alması açısından son derece değerlidir.

Anestezi uzmanı liderliğinde tüm anestezi ekibi, ameliyat sürecinin başlangıcından bitişine kadar yapılan her uygulama ve durumu yani hastaya uygulanan ilaçları ve yaşamsal bulguları kayıt altına almak durumundadır. Bulguların tümü anestezi kayıt formuna işlenir. Bu form, ameliyat sırasında daha iyi hasta bakımı sağlanması yanında, bilimsel araştırmalar yapılabilmesi için tıbbi açıdan ve gerektiğinde danışılacak bir belge olduğunda adli bakımdan da çok önemlidir⁵³⁵.

⁵³³ Yeğin, S., ve ark. (2012). 2000-2010 Yılları Arasında İntrakranial Kitle Cerrahisi Nedeni ile Anestezi Uygulanan Hastaların Retrospektif Analizi, Turk J Anaesth Reanim. 40(6), 315-20, s. 315.

⁵³⁴ Özmete, Ö., ve Arıboğan, A. (2017). İntrakranial kitle cerrahisinde anestezi uygulamaları: retrospektif çalışma, Cukurova Med J. 42(1), 86-91, s. 89.

⁵³⁵ Yeğin ve ark. 2012, a.g.k., 315.

Anestezi hataları ve önlenebilirliğinin araştırıldığı bir doktora tezinde, preoperatif dönemde istenmeyen sonuçların ortaya çıkmasına neden olan uygulamaların nedenlerini, yetersiz preoperatif anestezi muayenesi, uygun olmayan premedikasyon, oksijen silindirlerinin boş olması ve zamanında fark edilmemesi, gazların hatalı dolumu ve zamanında fark edilmemesi, ameliyathane odasında gaz boru sistemlerinin çıkış yerlerinde hatalı renk kodlarının kullanılması, uygun olmayan bağlantı yapılması, ameliyathanelerde acil olarak bulunması gereken oksijen kaynağının bulunmaması veya boş olması ya da oksijen dışı bir gaz içermesi, laringoskopun düzgün çalışmaması, yaşa uygun bleydin bulunmaması, merkezi sistem alarmı ile ilgili hataların bulunması, anestezi uygulaması öncesi rutin kontrolünün yapılmayarak cihazın düzgün çalıştığının teyit edilmemesi şeklinde tanımlanmaktadır⁵³⁶. Aynı çalışmada, ameliyat sırasında istenmeyen sonuçların ortaya çıkabileceği anesteziye ait faktörler ise, yanlış entübasyonu fark etmeme, endotrakeal tüpte yabancı cisim, kıvrılmanın fark edilmemesi, entübasyon tüpünün yerinden kayması veya hatalı sabitlenmesi, damar yolunda hatalı arter girişi, hatalı ilaç, kan, serum, anestezik ajan kullanımı, sıvı ve kan ihtiyacının karşılanmaması, devre parçalarının ayrılması veya uygun olmayan bağlantılar sonucu gaz kaçakları, cihaz alarmlarının hatalı olması, alarmların yanlışlıkla kapatılması, solunum devrelerinde yabancı cisim, kıvrılma, üzerine bası nedeni ile tıkanma, monitorizasyon sistem hataları, aspiratör çekim gücü azlığı veya aspiratörün çalışmaması, damar yolunun çıkması, hastayla ilgili pozisyon, manüplasyon hataları (sinir basısı, gözleri korumama, aşırı boyun hareketi, masadan düşürme), cerrah ve işlem ile uyum içinde olmama olarak bildirilmektedir⁵³⁷. ABD’de yapılan bir çalışmada anesteziye bağlı malpraktis gerekçelerinin başında % 68,8 oranda peroperatif yetersiz izleme olduğu rapor edilmiştir⁵³⁸.

⁵³⁶ Ertan, A. (2007). Adli Tıp Kurumu’nda Değerlendirilen Olgularda Saptanan Anestezi Hataları ve Önlenebilirliği. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü s. 18.

⁵³⁷ Ertan, A. 2007. s. 19.

⁵³⁸ Howie, W. O., Zangaro, G., Howie, B. A., McMullen, P. C., Dutton, R. P., ve Zimmerman, L. (2022). Anesthesia-Related Malpractice Claims in Maryland 1994-2017, AANA, 90(6), 455-461.

Nöroşirürji ameliyatlarında, entübasyon sonrası pozisyon verme aşamasında entübasyon tüpünün ya da diğer kateterlerin yerinden oynamamasına azami dikkat edilmelidir. Pozisyon verildikten sonra bası altında kalabilecek organlar için de hem anestezi ekibi hem de cerrahi ekip son derece dikkatli olmalıdır. Gözlerin, periferik sinirlerin ya da bası altında kalabilecek tüm doku ve organların uygun şekilde korunduğundan emin olunmalıdır. Yapılan bir çalışmada nöroşirürji, kardiovasküler cerrahi ve ortopedi ameliyatlarında diğer branşlara göre daha çok periferik sinir basısına bağlı komplikasyon izlendiği ve periferik sinir yaralanmalarının tüm genel anestezi komplikasyonlarının % 12'sini oluşturduğunu bildirmektedir⁵³⁹.

Özetle ifade etmek gerekir ki, son derece teknik ve kompleks uygulamaların söz konusu olduğu nöroşirürji ve anestezi branşlarının ortak, uyumlu ve birlikte çalışması olası komplikasyonları azaltacaktır. Preoperatif dönemden başlayarak, hastanın taburcu olacağı döneme kadar her iki branşın gereken dikkat ve özen yükümlülüğüne uyarak görev yapması ve yapılanların usulüne uygun şekilde kayıt altında tutulması olası malpraktis iddiaları açısından önem arz etmektedir.

Anestezi komplikasyon ya da malpraktis uygulamaları nedeniyle dava konusu olmuş Yüksek Mahkeme Kararlarından örnekler vermek gerekirse; Yargıtay 12. Ceza Dairesi'nin 12/04/2016 tarihli kararında⁵⁴⁰;

'... dosya incelenerek gereği düşünüldü: Katılan ...'in sol kasığında ağrı ve şişlik şikayeti ile 31/05/2007 tarihinde ... Devlet Hastanesi'ne başvurduğu, hastanede görevli operatör doktor ... tarafından muayene edilerek inguinal herni tanısı ile ameliyat edilmek üzere hastaneye yatırıldığı, katılanın aynı gün hastanede anestezi uzmanı olarak görev yapan sanık doktor ... tarafından da muayene edilerek gerekli tetkiklerinin yapıldığı ve hastanın anestezi almasında engel bir durumun olmadığı tespit edildiği, 01/06/2007 tarihinde kasık fıtığının tedavisi için ameliyata alınan katılanın, uygulanan spinal anestezi ve sedasyon ile ameliyatının gerçekleştirildiği ve akabinde servise gönderildiği, 05/06/2014 tarihinde de hastaneden taburcu edildiği; ameliyat sonrası idrar ve gaita tutamama, bacaklarda çekilme hissi yakınmaları nedeniyle hastaneye başvuran katılanın, yapılan tetkikleri sonucunda, ameliyat sonrası ortaya çıkan sorunun spinal anestezi uygulanması sonrası meydana gelen "Cauda Equina Sendromu'na" bağlı olduğunun tespit edildiği, katılanın da rahatsızlığından dolayı anestezi uzmanı doktor ...'dan şikayetçi olduğu olayda; 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu'nun 25/08/2010 tarihli raporu, Adli Tıp Genel Kurulu'nun 01/11/2012 tarihli raporu, Yüksek Sağlık Şurasının 19-20 Eylül 2013 tarihli raporu ile İstanbul Üniversitesi

⁵³⁹ Chui, J., Murkin, J. M., Posner, K. L., ve Domino, K. B. (2018). Perioperative Peripheral Nerve Injury After General Anesthesia: A Qualitative Systematic Review, *Anesth Analg.* 127(1), 134-143.

⁵⁴⁰ Yargıtay 12. Ceza Dairesi'nin 12.04.2016 tarih ve 2015/9673 Esas, 2016/6177 Karar sayılı kararı. Erişim. <https://karararama.yargitay.gov.tr/>. 19.12.2023.

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden alınan 12/05/2014 tarihli bilirkişi raporunda belirtildiği üzere, katılında ameliyat sonrası ortaya çıkan “ Cauda Equina Sendromu'nun” her türlü özene rağmen önlenemeyecek bir anestezi komplikasyonu olarak değerlendirildiği, herhangi bir tıbbi ihmal yada kusurdan kaynaklanmadığı, sanığın olayda kusurunun bulunmadığı anlaşıldığından, kusuru olmayan sanık hakkında mahkemece verilen beraat kararında herhangi bir isabetsizlik görülmediğinden; ... beraate ilişkin hükmün isteme uygun olarak ONANMASINA, karar verildi. '

Karar özetinden anlaşıldığı üzere anestezi işlemi sırasında zarar gören hastanın, olayın hekim kusurundan kaynaklandığı iddiası tartışılmaktadır. ATK raporu, olayın komplikasyon olduğu, herhangi bir ihmal veya hekim kusurundan kaynaklanmadığını ortaya koymaktadır. İlk derece mahkemesi anılan rapor doğrultusunda hekimin kusuru olmadığına karar vermiş, Yargıtay 12. C. D. 'de kararı onamıştır. Tartışılan olay, hekimin işlem sırasında öngörebileceği ancak ne kadar dikkat ve özen gösterilirse gösterilsin engel olunamayacak bir durum olması nedeniyle 'komplikasyon' olarak nitelenmiştir ve bu durumda bize göre de karar doğru ve yerindedir.

Her ne kadar nöroşirürji ile direk alakası olmasa da komplikasyon-malpraktis ayrımı, ekip çalışması sorunları, iletişim eksiklikleri, konsültasyon sorunları ve organizasyonel sıkıntıların tartışıldığı Yargıtay 12. Ceza Dairesi'nin 15/03/2018 tarihli kararında⁵⁴¹;

'... Taksirle öldürme suçundan sanıkların mahkumiyetine ilişkin hüküm, sanıklar müdafileri tarafından temyiz edilmekle dosya incelenerek gereği düşünüldü: ...'in 07.07.2007 tarihinde özel ... Hastanesinde doğum yaptığı, sezeryan ile yapılan doğumda anestezi uzmanları olan Dr. ... ve Dr. ... tarafından verilen anestezi sırasında yanlışlıkların yapıldığı, nefes borusu yerine yemek borusuna hortum takıldığı, bu esnada yemek borusunun delindiği, hemen anlaşılmayan durum sonrası gelişen enfeksiyon sonrası ... Göğüs Hastalıkları Hastanesine gidildiği, oradan ... Üniversitesi Tıp Fakültesinde takiplerinin yapıldığı, ancak birkaç ameliyata rağmen 25.08.2007 tarihinde vefat ettiği belirtilerek ölenin mirasçılarınca şikayetçi olunması üzerine yapılan soruşturmada, Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Dairesince düzenlenen raporda zamanında otopsi yapılmamış olması sebebiyle iç organ değişimleri araştırılmamış olmakla birlikte kişinin ölümünün özefagus perforasyonu ve gelişen komplikasyonlar (mediastinit, sepsis) ileri geldiğinin belirtildiği, olayla ilgili olarak ... Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Klinik Şef Yardımcısı Dr. ... tarafından düzenlenen inceleme raporunda; "Güç entübasyona bağlı özefagus perforasyonu son derece nadir görülen, sessiz seyreden, tanı konulmasının güç olduğu, ancak tanıda gecikmenin mortal sonuçlar doğurabildiği bu komplikasyondur. Hasta 'in sezaryen sekiyo operasyonunda entübasyon sırasında özefagusu yaralanmış, ancak, erken postoperatif dönemde boğaz, göğüs ve sırt ağrısı gibi nonspesifik şikayetleri güç entübasyona bağlanmış, takip eden hekimlerce özefagus

⁵⁴¹ Yargıtay 12. Ceza Dairesi'nin 15.03.2018 tarih ve 2016/5746 Esas, 2018/2988 Karar sayılı kararı. Erişim: <https://karararama.yargitay.gov.tr/>, 19.12.2023.

rüptünü ile ilişkilendirilememiştir. Hastanın mevcut şikayetten, ayrıntılı klinik ve laboratuvar değerlendirmeleri ve multidisipliner yaklaşımlarla incelenmeye çalışılmış, ayırıcı tanılara yönelik yapılması gereken araştırmalar yapılmış, ancak gerek hastayı takip eden hekimler arasında irtibat kopukluğu, gerekse verilerin incelenip yorumlanmasında yaşanan aksaklıklar ne yazık ki özefagus perforasyonu tanısının kesinleştirilmesinde zaman kaybına yol açmıştır Bilirkişi raporları ve literatür ışığı altında; tanı konulması güç olan bu komplikasyonun hastada geç fark edilmiş olmasının, dolayısıyla mortaliteyi azaltmaya yönelik önlemlerin alınamamasının hastanın ölümünde önemli bir etken olduğu kanaati oluşmuştur" şeklinde rapor düzenlendiği, ... ‘

Karar muhteviyatında birçok bilirkişi raporu mevcuttur. Bunlardan biri de, İstanbul Tabip Odası'na hitaben yazılmış rapordur ve içeriği şöyledir;

‘... Ancak her iki anesteziistin de (Anest. Dr. ..., Doç Dr.) çenesinde anatomik bozukluk olan hastaya Endotrakeal tüp takma ısrarları ve zorlamaları hatadır. Hasta başından sonuna kadar -Anatomik yapı bozukluğuna bağlı olan entübasyondaki zorluk anlaşıncaya maske ile uyutulabilirdi. Bunu ameliyat esnasında Jin. Op. Dr. 'da hatırlatabilirdi. 07/07/2007' den 13/07/2007' e kadar geçen süre içerisinde sezaryen ameliyatı ile ilgili takip ve tedaviler düzgündür. Ancak ameliyat sonrası dönemin tümü incelendiğinde, hastanın takibinde bir karışıklık ve yönetim zafiyeti açıkça görülmektedir. Hastada boğaz, göğüs ve sırtta ağrı şikayeti var ve bu şikayetler artarak devam etmektedir. Ayrıca zor entübasyon olayı da bilinmektedir. 08/07/2009'da çekilen BT' de de Mediasten de her seviyede hava, cilt altı enfizemi, plevral enfüzyon, inferior mediastende diyafragma düzeyine kadar hava diseksiyonu " bulgularının tüm hekimlerde -Radyologda dahil- Trakea veya Özefagustan Mediastene bir kaçak olduğunu düşündürmeli idi. Hasta ameliyattan bir gün sonra Göğüs Cerrahine muayene ettirilmiş ama istediği tetkikler ancak 4 gün sonra yaptırılmış ve ancak teşhis konulabilmiştir. Bu arada da hasta oral yolla beslenmeye devam edilmiş gereksiz konsültasyonlar -fizik tedavi- istenerek vakit kaybedilmiştir. Ayrıca teşhisten sonra Göğüs Cerrahisi merkezine sevk için 3 gün beklenilmiştir. Bu da doğru değildir. Ameliyatta olan entübasvona bağlı komplikasyonun teşhisinde geç kalınmış hem teşhis hem de tedavisinde süreç iyi değerlendirilememiştir. Op. Dr. ..'ın ameliyatta bir ihmal ve hatası görülmemektedir. Ancak ameliyat sonrası teşhiste hata vardır. Teşhis; Ameliyat sonrası 1. günde radyolojide ki bulgular, zor entübasyon olayı ve hastanın şikayetleri birleştirilerek mediastine kaçak" olduğu düşünülüp buna göre spesifik tetkikler yapılabilir ve komplikasyonlar değerlendirilebilirdi. Hastanın oral beslenmesinin 08/07/2007' de kesilmesi gerekirdi. Burada başta müdahim hekim Dr. ... dahil hastayı, muayene eden her hekimin tıbbi hatası vardır."

... Mahkemece hükme esas alınan 30.03.2011 tarihli ... Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı Yardımcı Doçent Doktor ... tarafından düzenlenen raporun sonuç bölümünde ise; her iki sanığın ortak eylemi ile hasta yararına yaptıkları sağlık sunumunun kişide ölüme neden olan tıbbi hata niteliğinde olduğunun belirtilmesi karşısında, öncelikle Adli Tıp Kurumunun 03.05.2010 tarihli yazısında belirtildiği üzere "... Hastanesinde tıbbi belgelere göre hastanın tetkikinde göğüs hastalıkları uzmanı, göğüs, kalp ve damar cerrahisi uzmanı, kardiyoloji uzmanı, anestezi uzmanı yer aldığı ve konsültasyonlarda bulunduğu anlatıldığından, her uzmanlık dalının doktoruna (göğüs hastalıkları uzmanı

göğüs, kalp ve damar cerrahisi uzmanına, kardiyoloji uzmanına, anestezi uzmanına, kadın doğum uzmanına) ayrı ayrı sorularak, hastanın takibinde ayırıcı tanıda ne düşündükleri, hastanın kliniği nasıl olup hangi takip ve tedaviyi uyguladıkları konusunda ayrıntılı ifadelerinin temini, radyoloji uzmanına da 09.07.2007 tarihli torax BT raporunda üst mediastende geniş hava kolleksiyonları gördüğünü belirtmiş olup, bu durumun kendisine bir perforasyonu düşündürüp düşündürmediği, bu nedenle hasta takibinde yer alan hekimlerle görüşüp görüşmediği ve bu perforasyon şüphesini raporun sonuç bölümüne neden yazmadığı yönünde ayrıntılı ifadesinin temini, ... Hastanesinde kişiye ait 07.07.2007 tarihinde çekildiği bildirilen PA-Akciğer grafisinin teminen gönderilmesinden sonra, Adli Tıp Kurumu ilgili ihtisas Dairesinden" hasta Dr. 'in sezaryen öncesi anestezi değerlendirilmesinde tıbbi hata veya özensizlik olup olmadığı, genel anestezi endikasyonunun doğru olup olmadığı; perforasyonun fark edilmemesi ve gerekli önlemlerin alınmamasının tıbbi hata olup olmadığı; ameliyat sonrası anestezi takiplerinde özensizlik olup olmadığı, hastanın özofagus perforasyonu tanısında gecikme olup olmadığı; hastanın ölümü ile özofagus perforasyonu arasında nedensellik olup olmadığı, tanıda gecikmenin ölüme yol açıp açmadığı hususları ile sanık doktorlar ile tanı ve tedavide görevli diğer doktorların ölüm olayının meydana gelmesinde kusurunun olup olmadığının tespiti için Adli Tıp Kurumu ilgili İhtisas Dairesinden ayrıntılı ve gerekçeli rapor alınması, alınan rapora göre de sorumlu kişi yada kişiler hakkında dava açılması sağlandıktan sonra, sanıkların hukuki durumlarının takdir ve tayin edilmesi gerektiği gözetilmeksizin, eksik inceleme ile hüküm kurulması, ... isteme uygun olarak BOZULMASINA, 15/03/2018 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

Bu karar, gerçekten nadir görülen bir komplikasyon sonucu, hastanın birçok hekim tarafından değerlendirilmesine rağmen, özofagus perforasyonuna tanı konulamaması ve hastanın vefatı ile sonuçlanan sürecin tartışılmasından ibarettir. Bilirkişi raporlarında da belirtildiği üzere, gelişen komplikasyon nadir görülen ve tanısı zor bir durum da olsa, entübasyon sırasındaki zorluk ve ameliyat sonrasındaki hastanın semptomları ve radyolojik tetkikler göz önüne alındığında, hatta tanı konduktan sonraki yapılan uygulamalar da eksiklikler olduğu açıktır. Aslında, erken tanı konya ve gereken önlemler ve uygun tedavi ivedi bir şekilde uygulansa olay sadece bir komplikasyon olarak nitelenecek ve kusur durumu ortadan kalkacak iken, gelişen komplikasyonun iyi yönetilememesi hem hastanın vefatına hem de olayın tıbbi kötü uygulama olarak nitelenmesine yol açmıştır. Bu komplikasyonun iyi yönetilememesinin nedenleri arasında, ekip çalışması ve konsültasyon hekimliği kültürünün ülkemizde halen yeterince gelişmemesi, işlerin gereken hız, dikkat ve özen içerisinde yürütülmediği ve organizasyondaki eksikler olarak nitelendirilebilir.

Sonuç olarak ifade etmek gerekir ki, Anesteziyoloji branşı da tıbbi kötü uygulama iddiaları ve medikolegal dava riskinin yüksek olduğu branşlardan biridir. Nöroşirürji ile birlikte çalışma durumlarında bu riskin daha da artabileceği ihtimali açıktır. Bu nedenle gerek anestezi gerekse nöroşirürji hekimleri, ameliyat öncesi değerlendirmeden

başlayarak, ameliyat sırası ve sonrasındaki takip aşamalarında son derece dikkatli ve özenli davranmalı, birlikte bir ekip halinde ve uyum içinde çalışabilmenin yollarını aramalı ve bulmalıdır.

4.2.2.2. Kullanılan tıbbi malzemeler ile ilgili sorunlar

Nöroşirürji ameliyatları genellikle birçok özel malzeme ve implantın kullanıldığı özellikli cerrahi operasyonlardır. Bu nedenle gerek cerrahiye gerçekleştirmek amacıyla kullanılan cerrahi setlerdeki ameliyat aletleri gerekse tedavinin bir parçası olarak kullanılan başta implantlar olmak üzere her türlü malzemenin, ameliyat öncesi usule uygun şekilde kullanıma hazır halde olması gerekmektedir.

Her cerrahi branşın her ameliyat türü için belli ölçü ve ebatlarda özel cerrahi aletleri mevcuttur. Nöroşirürji branşı için bu durum biraz daha fazla özellik arz etmektedir. Genellikle mikroskop altında gerçekleştirilen nöroşirürji ameliyatları sırasında kullanılan cerrahi aletler, mikrocerrahi uygulayacak şekilde küçük ve hassas aletler olup, yıpranmamaları için çok dikkatli kullanılmalı ve korunmalıdır. Her ameliyat öncesi ilgili ameliyatta kullanılacak set, ameliyat hemşiresi tarafından steril bir şekilde açılmalı, sterilizasyon indikatörleri kontrol edilmeli, set içerisinde o ameliyatta kullanılacak ya da kullanma ihtimali olan malzemeler hazır hale getirilmelidir. Ameliyatı gerçekleştirecek hekim de operasyona başlamadan kullanılacak malzemeleri kontrol etmeli, set dışından ilgili ameliyat için kullanılacak ek bir malzeme var ise ameliyat öncesi tedariki için gereken uyarılarda bulunmalıdır. Ameliyat başladıktan sonra tüm cerrahi ekip, operasyon alanının ve malzemelerin sterilizasyonuna dikkat ederek çalışmalıdır. Ortaya çıkacak beklenmedik bir durum ve sette o an hazır halde olmayan bir malzeme ihtiyacı durumunda, ameliyat hemşiresi, yardımcı hemşireler ya da cerrahi tekniker ivedilikle gereken malzemeyi temin etmelidir. Ameliyat tamamlanma aşamasında yine ameliyat hemşiresi tarafından, kullanılan pedi, spanç, tampon gibi kanama kontrolünde kullanılan malzemeler başta olmak üzere kullanılan tüm malzemelerin sayımı yapılmalı, cerrahi sahada herhangi bir yabancı cisim unutulmaması adına azami dikkat edilmelidir. Ameliyat sonrası kullanılan cerrahi malzemeler ameliyat hemşireleri tarafından kontrol edilmeli ve temizlenmeli, sonrasında set bir sonraki ameliyat için hazırlanmalı ve sterilizasyon birimine gönderilmelidir. Bu süreçlerde yıpranan, çatlayan, kırılan ya da herhangi bir sebeple fonksiyonunu yitirerek kullanma

imkânı kalmayan malzemeler hemşire ve hekimin tespiti ile tutanak altına alınarak ayrılmalı, eksikler ivedilikle ameliyathane sorumlusuna ve idareye bildirilmeli, bu şekilde hasta sağlığı ve güvenli, kaliteli cerrahi için gereken önlemler alınmalıdır.

Nöroşirürji branşı ameliyatları sırasında tedavi amaçlı birçok malzeme kullanılmaktadır. Anevrizma klipleri, ventrikülo-peritoneal ya da lumbo-peritoneal şant cihazları, damarsal patolojiler için coilizasyon uygulamasında kullanılan malzemeler, omurga cerrahileri için kullanılan vida sistemleri, rodlar, omurga aralarına konulan kafesler (cage), omurga üstüne yerleştirilen plaklar, kranioplasti için kullanılan vida-plak sistemleri bunlardan bazılarıdır. Teknolojinin gelişmesi ile birlikte tüm bu malzemelerin yapısı, çeşitliliği ve kullanım alanları giderek artmaktadır. Ne var ki, tüm bu malzemelerin temini, endikasyonlarının belirlenmesi, hastayı bilgilendirerek rızasının alınması, kullanım aşaması, yakın ve uzak dönem takipleri açısından hekimlerin bilimsel, etik ve hukuki sorumlulukları vardır.

Son yıllarda özellikle spinal cerrahide kullanılan enstrümanların çeşitliliği, fiziksel yapıları, metalik ve biyomekanik özellikleri, hekimlerin gerek endikasyon noktasında gerekse hangi vakada hangi özellikteki malzemelerin kullanılması gerektiği konusunda daha dikkatli ve özenli olmaları gerektiği ifade edilmektedir⁵⁴². Belirtmek gerekir ki, enstrüman kullanılan omurga cerrahi ameliyatları sırası ve sonrasında komplikasyon gelişme oranı daha yüksektir. Bunlar, dekompresyon ve implantların uygulanması sırasında gelişebilecek erken komplikasyonlar ve enstrüman yetmezliği, pseudoartroz, enfeksiyon, korreksiyon kaybı, deformite, yabancı cisim reaksiyonu, enstrümana bağlı ağrı, kas atrofisi şeklinde karşılaşılabilecek geç komplikasyonlar olarak sınıflandırılabilir. Özellikle, standart omurga ameliyatları sonrası, % 0,5-5 arası görülen enfeksiyon oranının, enstrümantasyon uygulanan cerrahiler sonrasında, daha geniş açılım gerektirmesi, yabancı bir cismin yerleştirilmesi ve cerrahinin daha uzun sürmesi nedeniyle daha yüksek olduğu bildirilmektedir⁵⁴³. Tüm bu nedenlerle hem cerrahi başarı hem de olası bir medikolegal dava riski açısından, endikasyon konulması ve aydınlatılmış rıza alınması aşamalarının çok dikkatle ve özenle gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

⁵⁴² Işık, H. S. (2023). Spinal Cerrahide Enstrümantasyon ile İlgili Hekim Sorumluluğu, (Ed. Temiz, C.) Temel Spinal Enstrüman Bilgisi, Akademisyen. s. 311.

⁵⁴³ Dalbayrak S. (2009). Spinal enstrümantasyonun komplikasyonları. (Ed. Naderi S.) Spinal Enstrümantasyon Türk Nöroşirürji Derneği Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Grubu Yayınları No.5. Meta Basım Matbaacılık.

Nöroşirürji ameliyatlarında kullanılan bu malzemelerin temini noktasında, uzmanlara kimi zaman bazı idari görevler de düşmektedir. Talep edilen malzemenin teknik şartnamesinin hazırlanması, ihale komisyonunda görev alınması ya da ihale sonucu muayene komisyonu görevleri bunlardan bazılarıdır. Tüm bu malzemelerin temininde, her bir görev ve işlem için mevzuatlar çerçevesinde davranılmalı, herhangi bir etki altında olmadan, kullanılması gereken malzeme ilgili yönetmelikler çerçevesince tespit edilip, Kamu İhale Kanunu gereklerine uygun olarak, fiyat-fayda dengesi korunarak temin edilmelidir.

İfade edilmesi gereken ve son günlerde güncel bir sorun olarak medyada tartışılan bir başka konu, kullanılan bu malzemelerin görevli firma elemanlarının ameliyathane içerisindeki yetki ve sorumluluklarıdır. Öncelikle tanımlamak gerekir ki, insan vücudunda kullanılacak bu tıbbi malzemelerin (vida, rod, plak, protez vs) satış, reklam ve tanıtımları, 15.05.2014 tarih ve 29001 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan ‘Tıbbi Cihaz Satış, Reklam ve Tanıtım Yönetmeliği’ hükümlerine göre yapılmaktadır. Bu yönetmeliğe göre, bu alanda çalışmak isteyen firmalar, gereken şartları sağladıklarını gösteren belgeler ile başvurarak ilgili İl Sağlık Müdürlüğü’nden Tıbbi Cihaz Satış Merkezi Yetki Belgesi alarak kurum, kuruluş ve hekimlere, reklam ve tanıtım faaliyetlerinde bulunabilirler. Bu reklam ve tanıtımları yine sertifika sahibi ‘satış ve Tanıtım Elemanı Çalışma Belgesi’ olan elemanları aracılığıyla yaparlar. İlgili firma, hastaneye satışını yaptığı tıbbi malzemenin ilgili vaka için temini ve kullanımını sağlamak amacıyla, yine İl Sağlık Müdürlüğü tarafından belge sahibi olan ‘Klinik Destek Elemanı’nı görevlendirmektedir. Klinik Destek Elemanı, sağlık meslek mensuplarına veya sağlık kurum ve kuruluşlarının bünyesinde tıbbi cihaz alanında çalışan teknik elemanlara, cihazların kullanılması sırasında teknik bilgilendirme yapan, teknik eğitimlerini veren ve gerektiğinde yerinde uygulama yoluyla cihazın kullanım özellikleri hakkında bilgi veren çalışma belgesi düzenlenmiş kişidir⁵⁴⁴. Klinik destek elemanı, mevzuat eğitimi, tıbbi etik eğitimi, steril hizmet alanlarında çalışma eğitimi ve radyasyon güvenliği eğitimi olmak üzere 4 başlıkta eğitim aldıktan sonra bu belgeyi almaya hak kazanmaktadır.

⁵⁴⁴ Erişim. <https://tcesis.org/egitim-hakkinda/klinik-destek-eleman/> . 10.02.2024.

Bilinmektedir ki, ameliyatlarda kullanılan vida, rod, plak sistemleri ile ilgili malzemelerin teknik olarak kullanımı ve kullanılmak üzere cerraha iletilirken özel taşıyıcı sistemlerine yerleştirilmesi kimi zaman setler arasında farklılıklar gösterebilir, ayrıca cerrah set içerisinde özel bir malzemeye ihtiyaç duyabilir. Bu noktalarda ilgili firmanın eğitimini almış ve belge sahibi klinik destek elemanı cerraha yardımcı olmak adına vakada yer alabilir. Bu noktada ifade etmek gerekir ki, klinik destek elemanlarının hasta vücudu üzerinde bir işlem yapmak yetkisi yoktur. Bu yetki zaten mevzuatımız gereği sadece ilgili hekime aittir.

Nöroşirürji ameliyatları sırasında kullanılan malzemenin davanın ana teması olduğu Yüksek Yargı Kararlarından örnekler vermek gerekirse; ameliyat sırasında bistüri ucunun kırılması ve beraberinde ameliyat endikasyonunun tartışıldığı Yargıtay 12. C. D.'nin 08.05.2014 tarihli kararında⁵⁴⁵;

‘... dosya incelenerek gereği düşünüldü: Bel ağrıları nedeniyle devlet hastanesine başvuran 1970 doğumlu katılanı hastanede görevli beyin cerrahi uzmanı sanığın muayene ettiği ve katılana bel fıtığı teşhisi koyarak ameliyat ettiği, ameliyat sonrasında katılanın ağrılarının geçmediği aksine daha da arttığı ayrıca çekilen filmlerden ameliyat sırasında parça unutulduğu, unutilan parçanın ameliyat esnasında disk mesafesi, bistüri ile kesilirken bistürinin ucunun kırıldığı, disk forsepsi yardımıyla parça çıkarılmaya çalışıldığı ancak bulunamadığından daha fazla spinal korda zarar vermemek için yerinde bırakıldığı, hastaya post-op çekilen direkt grafilerde parçanın L-5 / S-1 seviyesinde anteriorda L-5 vertebra korpusuna saplanmış olduğunun anlaşıldığı olayda,

Kusur durumunun tespiti için alınan Yüksek Sağlık Şurası'nın 05-08.05.2011 tarihli raporunda “hastaya ait muayene bulgularının olmaması ve radyolojik olarak incelendiğinde hastaya endikasyonu olmayan bir ameliyat uygulandığı (ameliyat doğru endikasyonla yapılmış olsaydı bisturi ucunun kırılması ve ameliyat yerinde kalmasının komplikasyon olacağı) dolayısıyla sanığın kusurlu olduğu”, Yüksek Sağlık Şurasının 03-04.05.2012 tarihli ikinci raporunda ise “kişinin bel ve bacak ağrıları nedeni ile mükerreren farklı hekimlere başvurduğu ve medikal tedavi aldığı, son başvurusunda yapılan muayene ve radyolojik incelemeleriyle konulan L5-S1 sol foraminal disk hernisi tanısının doğru ve ameliyat endikasyonunun yerinde olduğu, ameliyat sırasında bisturi ucunun kırılması ve ameliyat yerinde kalmasının komplikasyon olarak kabulü gerektiği ve Dr. ... 'a herhangi bir kusur atılamayacağına" şeklinde belirleme yapılması karşısında Yüksek Sağlık Şurasının raporunun bağlayıcı olmadığı da nazara alınarak, sanığa atfedilecek kusurun tartışmayı gerektirmeyecek şekilde kesin bir biçimde saptanması, katılana yapılan bel fıtığı ameliyatının tıbbi açıdan gerekli olup olmadığı, ameliyat esnasında hata yapıp yapılmadığı hususlarında gerçeğin kuşkuyla yer vermeyecek şekilde belirlenmesi, sanığın olay nedeniyle tıbbi açıdan kusurlu bulunup bulunmadığının tespitine ilişkin olarak önceki raporlarda irdelenecek şekilde ve sanığın taksirli eylemi ile

⁵⁴⁵ Yargıtay 12. Ceza Dairesi'nin 08.05.2014 tarih ve 2013/11391 Esas, 2014/11232 Karar sayılı kararı. Erişim: <https://karararama.yargitay.gov.tr/>. 16.08.2023.

yaralama neticesi arasında illiyet bağı bulunup bulunmadığının her türlü şüpheden uzak biçimde saptanması için Adli Tıp Kurumundan rapor alınmasından sonra sanığın hukuki durumunun tayin ve takdiri gerektiği gözetilmeden sanığın olayda kusuru bulunmadığı gerekçesiyle beraatine karar verilmesi, Kanuna aykırı olup, ... isteme uygun olarak BOZULMASINA, 08.05.2014 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

Karar içerisinde yer alan ve Yüksek Sağlık Şûrası tarafından 1 yıl ara ile verilen iki rapor, birbirinden çok farklı iki görüş ortaya koymuştur. İlk rapor ameliyat endikasyonunun doğru olmadığı gerekçesi ile hekimi kusurlu bulurken, sonraki rapor yapılan ameliyatın endikasyon dahilinde olduğunu belirtmektedir. Burada bir kez daha ifade etmek isteriz ki, çok açık bir aykırılık olmadığı takdirde bilirkişilerin hekimlerin ameliyat endikasyonu tartışmasını doğru bulmamaktayız. Hekimin tedavi alternatifleri açısından hastasını yeterince aydınlatılıp, rızasını alması şartıyla ve uygulanan tedavinin güncel ve bilimsel olması kaydı ile tedavi kararı noktasında serbestisi olduğunu bir kez daha vurgulamak isteriz. Bu anlamda ilk Şura raporunun yerinde olmadığını düşünmekteyiz. Asıl dava konusu olan bistüri ucunun ameliyat sırasında kırılarak çıkarılamaması ve dolayısıyla içeride kalması ile ilgili durum ise, her iki raporda da komplikasyon olarak nitelendirilmiş ve bu nedenle hekim kusuru olmadığı ifade edilmiştir. Bu yorum bize göre de doğrudur. Sonuç olarak, ilk derece mahkemesinin vermiş olduğu beraat hükmünün, Yargıtay 12. Ceza Dairesince bozulma kararını doğru ve yerinde olmadığını düşünmekteyiz.

Benzer bir olay ile ilgili Yargıtay 12. Ceza Dairesi'nin 05.11.2015 tarihli kararında⁵⁴⁶,

‘... dosya incelenerek gereği düşünüldü: Katılanın ... Hastanesi ... Cerrahisi Polikliniğine bel ağrısı şikayeti ile başvurduğu, 22.03.2007 tarihinde lomber BT ve 12.04.2007 tarihinde lomber MR çekildiği, bu tetkikler sonucunda L4-5 mesafesinde bel fıtığı tanısı konulduğu, 26.04.2007 tarihinde yatırıldığı ve 02.03.2007 tarihinde aynı hastanede beyin cerrahisi uzmanı olarak görev yapan sanık tarafından ameliyata alındığı, ameliyatta genel anestezi altında mikrodisektomi yapıldığı, mikrodisektomi esnasında disk rongeurının ucunun kırılarak L4-5 disk aralığında kaldığı, kırılan metalik parçanın çıkarılması için uğraşıldığı, ancak çıkarılamadığı ve disk mesafesi içerisinde bırakıldığı, 28.03.2013 tarihli, ... İhtisas Dairesinin raporuna göre, bel fıtığı ameliyatında fıtığın çıkarılmasında ronguer denilen cerrahi aletin de kullanıldığı, bu aletin bel fıtığı ameliyatında fıtığın çıkarılması esnasında kullanılan uç kısmının metal yorgunluğuna bağlı olarak kırılabileceği, kırılıp disk aralığında kalan bu metalik parça çıkarılabileceği gibi sinir dokusunda hasar oluşturmayacak bir yerde ise çıkarılmadan da

⁵⁴⁶ Yargıtay 12. Ceza Dairesi'nin 05.11.2015 tarih ve 2014/2272 Esas, 2015/17091 Kararsayılı kararı. Erişim: <https://karararama.yargitay.gov.tr/>, 16.08.2023.

bırakılabileceği, katılanın bel fıtığı tanısı ile ameliyata alındığı, bu ameliyat esnasında fıtığın çıkarılmasında kullanılan ronguer denilen cerrahi aletin ucunun koptuğu ve kırılan metalik ucunun L4-5 disk aralığında kaldığı, uğraşılmasına rağmen kırılan parçanın çıkarılamadığı, hastaya zararı olmayan bir bölgede olduğu düşünülerek kırılan metalik parçanın bırakılmasına karar verildiği, kişiye konulan tanı ve yapılan ameliyatın tıp biliminin genel kabul görmüş ilke ve kurallarına uygun olduğu, katılında ortaya çıkan tablonun ameliyat esnasında her türlü özene rağmen oluşabilen herhangi bir tıbbi kusur ya da ihmal izafe edilemeyen komplikasyon olarak nitelendirildiği, sanığın olayda kusurunun bulunmadığının belirtildiği anlaşılmakla;, beraate ilişkin hükmün isteme uygun olarak ONANMASINA, 05.11.2015 tarihinde oybirliğiyle karar verildi’.

Karar ameliyat sırasında kullanılan metalik bir cerrahi aletin ucunun kırılarak disk aralığında kalması ve çıkarılamaması ile alakalı olup, olay bilirkişi raporlarına komplikasyon olarak yansımış ve ilk derece mahkemesi hekimin kusuru olmadığına hükmederek beraat kararı vermiştir. Yargıtay 12. C. D. de kararı onamıştır. İfade etmek gerekir ki, ameliyat sırasında kullanılan malzemeler belli süreler sonrası yıpranabilir ve kırılabilir. Cerrahlar ve ameliyat hemşireleri yıpranan, eskiyen kısaca fonksiyonunu yitiren aletleri setlerden ayırarak durumu idarelere bildirir ve yenilenmelerini talep ederler. Buna rağmen ameliyat sırasında bu tarz alet kırılmaları yaşanabilmektedir. Kırılan parça çıkarıldığı ve bir zarara yol açmadığı sürece genellikle bu durum sıkıntı oluşturmamaktadır. Bunula birlikte kırılan parça bulunamadığı ve içerde kaldığı durumlarda ise ihtilaf konusu olabilmektedir. Özetle bize göre de Yargıtay’ın vermiş olduğu bu karar doğru ve yerindedir.

Daha önce de üzerinde durulan, ameliyat sırasında kullanılan malzemelerin seçimi de hastanın ameliyat sonrası sağlık durumunu direk etkileyecek nedenlerden biridir. Bu konunun tartışıldığı Yargıtay 13. Hukuk Dairesi’nin 13.02.2019 tarihli kararında⁵⁴⁷;

*Davacılar, davacı ...’ye 2012 yılında davalı hastanede diğer davalı doktor tarafından fıtık ameliyatı yapıldığını, ameliyat sonrası davacının taburcu olduğunu ancak aradan geçen aylarda bir iyileşme gözlemlenmediği gibi, ağrıların şiddetlendiğini ve yürüyemez hale geldiğini, başka bir hastaneye başvurdıklarında ilk ameliyat sırasında sağ omuriliğine **takılan vidaların yanlış seçilmesi** sonucu gevşediğini öğrendiklerini, davacının aylar sonra yeniden ameliyat olmak zorunda kaldığını halen de tedavi sürecinin devam ettiğini beyanla davalının kusuru sonucu gelişen olay nedeniyle ... maddi, ... manevi tazminatın faiziyle birlikte davalılardan tahsiline karar verilmesini istemişlerdir Mahkemece, davanın reddine karar verilmiş; hüküm, davacılar ve davalı tarafından temyiz edilmiştir.*

⁵⁴⁷ Yargıtay 13. Hukuk Dairesi’nin 13.02.2019 tarih ve 2018/3790 Esas, 2019/1744 Karar sayılı kararı. Erişim. <https://karararama.yargitay.gov.tr/>. 10.09.2023.

Dosya içerisinde olayla ilgili mahkeme kanalıyla Adli Tıp Kurumundan alınan raporda "davacıya dava dışı hastanede yapılan ikinci ameliyat sırasında davalı tarafından yapılan ilk ameliyatta takılan vidaların gevşemiş olduğunun ve pedikül giriş yerlerinin deforme olduğunun görüldüğü, operasyon endikasyonunun bulunduğu, ilgili hekim tarafından kişiye fasetektomi ve tek taraflı enstrümantasyonun yapıldığı, faset eklem artışı ve faset eklem düzensizliği varlığında faset eklem füzyonu ve sinir rahatlatmak amacıyla fasetektomi yapılabileceğinin ve operasyon sırasında cerrahın kararına bağlı olduğunun tıbben bilindiği, ilgili hekim tarafından radyolojik grafiler çekilerek işlem sonrası kontrollerinin yapılmasının tıp kurallarına uygun olduğu, operasyondan sonra gelişen enstrüman vida gevşemesi her türlü özene rağmen oluşabilen komplikasyon olarak nitelendirildiğinden ilgili hekime atfı kabil bir kusur izafe edilemeyeceği" yönünde kanaat bildirilmiştir. Davacılar, alınan rapora itiraz etmiş, mahkemeden konu ile ilgili yeniden bir rapor alınmasını istemişler, davacı tarafın bu talebi karşılanmadan yetersiz bilirkişi raporu ile hüküm tesis edilmiştir. Zira davacının dava dışı hastanede geçirdiği ikinci ameliyat sırasında düzenlenen epikriz raporunda hastada gelişen ağrıların enstrüman yetersizliğinden kaynaklandığının belirtildiği anlaşılmaktadır. O halde, mahkemece, davacıların iddiaları ve itirazlarını karşılar şekilde, özellikle ameliyat sırasında seçilen ve kullanılan vida ve benzeri malzemelerin yeterli olup olmadığı, davalı doktorun kusurunun değerlendirilmesi noktalarında Üniversite Öğretim Üyelerinden oluşturulacak, konusunda uzman, akademik kariyere sahip olan yeni bir bilirkişi kurulundan, Yargıtay, mahkeme ve taraf denetimine elverişli bir rapor alınmak suretiyle hasil olacak sonuca uygun bir karar verilmesi gerekirken, eksik inceleme ile yazılı şekilde hüküm tesisi usul ve yasaya aykırı olup, bozma nedenidir.

Yargıtay'ın bu karar gerekçesinden anlaşıldığı üzere, bilirkişi raporlarında da belirtildiği üzere, hastaya yapılan ameliyatın endikasyonu, tekniği ve uygulanışı ile ilgili bir sorun izlenmemekle birlikte, tartışılan konu kullanılan enstrümanın yanlış seçimi ve sonuçta oluşan enstrüman yetersizliği ile ilgilidir. Bilinmelidir ki, enstrüman yetersizliğinin birçok nedeni olabilir. Yanlış vida seçimi (çap ya da uzunluk açısından) bu nedenlerden sadece birisidir ve gelişen yetersizliğin kesin olarak buna bağlı olduğunu söylemek bilimsel olarak mümkün değildir. Bu nedenle, Yargıtay 13. H. D.'nin vermiş olduğu bozma kararını doğru ve yerinde bulmuyoruz.

İzmir Bölge İdare Mahkemesinin 10.10.2019 tarihli kararında⁵⁴⁸ ise;

'... Davacı ... 'nın rahatsızlığına ilişkin yapılan muayeneler sonrasında beyin ameliyatı yapılması gerektiğinin söylendiği, 2 saat sürmesi gereken ameliyatın 5 saat sürdüğü, ameliyat sonunda temin edilen tıbbi cihazda sorun çıktığı, cihazın tıkalı olduğunun ameliyat esnasında tespit edildiği, cihazın tıkalı olmasından dolayı ameliyatın sağlıklı bir şekilde gerçekleştirilemediği ve ...'ın felçli kaldığının bildirildiği, tıbbi cihazın sağlıklı çalışıp çalışmamasından Kurumun sorumlu olduğu, cihazların kontrollerinin yapılması gerektiği, yaşanan olay nedeniyle ...'ın %82 engelli hale geldiği ileri sürülerek fazlaya ilişkin hakları saklı kalmak kaydıyla ameliyat tarihinden (25/01/2013) itibaren işletilecek yasal faiziyle birlikte

⁵⁴⁸ İzmir Bölge İdare Mahkemesinin 10.10.2019 tarih ve 2019/1987 Esas, 2019/1736 Karar sayılı kararı. Erişim. Lexpera. 18.11.2023.

tazminine karar verilmesi istemiyle açılan davada; dosyada yer alan bilgi belgelerin bilirkişi raporu ile birlikte değerlendirilmesinden; davacıardan ...'ın 25/01/2013 tarihinde gerçekleştirilen beyin ameliyatında kullanılan PED (Pipeline Embolization Device) isimli cihazın ameliyat esnasında proksimal ucunun açılmamasından dolayı beynin bir süre oksijensiz kalması ve buna bağlı olarak ...'ın vücudunda kalıcı hasar meydana gelmesi olayında, ameliyatta kullanılan PED isimli cihazın sağlayıcı firmadan steril bir paket içerisinde gerekli kontrollerinin yapılmış olarak alındığı, cihazın tek kullanımlık olması nedeniyle kullanılmadan önce açılarak düzgün bir şekilde çalışıp çalışmadığının kontrol edilmesinin mümkün olmadığı, ameliyat esnasında yapılan uygulamalarının tıp kurallarına uygun olduğu ve idare uygulamaların tıbbi uygulama hatası bulunmadığı anlaşıldığından davalı idareye atfedilebilir bir hizmet kusurunun bulunmadığı sonucuna varıldığı gerekçesiyle, davanın reddi yolunda İzmir 5. İdare Mahkemesince verilen 26/06/2019 tarih, E:2014/385, K:2019/774 sayılı karara karşı yapılan istinaf başvurusunun reddine...karar verilmiştir'.

Bu kararda da görüldüğü üzere nöroşirürji ameliyatlarında kullanılan cihazlar ile ilgili, hekimin ya da idarenin elinde olmayan sorunlar ortaya çıkması durumunda hekim ya da idarenin sorumlu tutulması doğru olmayacaktır. Bize göre karar doğru ve yerinde olmakla birlikte, kullanılan tıbbi cihazdaki sorunun üretici firma ile ilgili olup olmadığı konusunun da tartışılması gerektiğine olan düşüncemizi ifade etmek isteriz.

4.2.2.3. Ameliyat içerisi teknik sorunlar

Her cerrahi işlemde, başta hasta kaynaklı olmak üzere, uygulanan cerrahi teknik, kullanılan cerrahi aletler ya da ameliyat sırasında karşılaşılabilecek birçok ek sorun ile ilgili riskler mevcuttur. Genel olarak tüm cerrahi branşlar için ameliyat sırasında yaşanabilecek en önemli komplikasyonlar kanama ve çalışılan bölgenin komşuluğunda yer alan doku ve organların çeşitli nedenlerle zararlanması gibi komplikasyonlardır. Nöroşirürji branşı dahilinde yapılan ameliyatlar genel anlamda beyin, omurilik ya da periferik sinirleri bası altında bırakan, travma, kitle, kanama gibi yer kaplayan oluşumları vücuttan çıkarmak ve nöral yapıyı rahatlatmak amacıyla yapılır. Çalışılan yapıların ve komşu dokuların hassasiyeti nedeniyle de bu ameliyatlar, diğer branşlara göre morbidite ve mortalitesi yüksek ameliyatlardır.

Hastaya yapılacak cerrahi öncesi ve sırasında karşı karşıya kalınabilecek sorunların başlıcaları, verilen pozisyon nedeniyle yaşanabilecek sorunlar, yapılacak operasyonun yanlış tarafta ya da yanlış seviyeye (omurga cerrahisi için) uygulanması, çeşitli boyutlarda kanamalar, komşu doku ya da organ yaralanmaları, kullanılan medikal

malzemelerin (vida, cage, vs) uygun olmayan şekilde ya da yanlış yere yerleştirilmesi gibi sorunlardır. Emery ve arkadaşlarının çalışmasında, nöroşirürji ile ilgili açılan davaların % 22'sinde ameliyat içi teknik sorunlar şikayet nedeni olarak tanımlanmıştır⁵⁴⁹.

Çalışmamızın bu bölümde nöroşirürji ameliyatları sırasında sıkça karşılaşılan bazı sorunlar ile ilgili literatür bilgisi ve yüksek yargı kararları eşliğinde değerlendirmeler ortaya konulmuştur.

Yanlış taraf veya yanlış seviye cerrahisi

Nöroşirürji ameliyatları içerisinde omurga cerrahisi, yanlış taraf ya da yanlış seviye cerrahisinin en çok görüldüğü ve en çok dava konusu olan cerrahi alandır. Ülkemizde konu ile ilgili yeterli istatistiki veri bulunmamakla birlikte ABD'den yapılan yayınlarda Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Ortak Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) tarafından nöbetçi olaylar olarak belirlenen bu olaylar, 1995'ten 2005'e kadar en sık rapor edilen ikinci olay olmuştur ve 3548 olayın 455'ini (%12,8) kapsamaktadır⁵⁵⁰. Başka bir çalışmada Amerika Ortopedi Cerrahisi'nin 1999 ve 2010 yılları arasındaki omurga prosedürleri veri tabanından yapılan bir değerlendirme sonucunda yanlış seviyedeki cerrahi için %0,041'lik bir oran hesaplandığı ve bu yanlış seviye cerrahi işlemlerin çoğunluğunun lomber bölgede gerçekleştiği bildirilmektedir⁵⁵¹.

Yanlış taraf veya seviyeden yapılan ameliyatlar, günümüz teknolojik imkanları nedeniyle nadiren görülmesi gerektiği düşünülse de, başta nöroşirürji uzmanları olmak üzere omurga cerrahisi ile uğraşan her hekimin başına gelebilecek bir olay olduğu aşıkardır. ABD'de nörolojik cerrahlar ile ilgili bir araştırmada, her iki nörolojik cerrahın birinin kariyerleri boyunca en az 1 kez yanlış taraf ya da seviye cerrahisi uyguladıklarını ortaya koymuştur⁵⁵².

⁵⁴⁹ Emery, Balossier ve Mertens, 2014, a.g.k., 220.

⁵⁵⁰ Devine, J., Chutkan, N., Norvell, D. C., ve Dettori, J. R., (2010). Avoiding wrong site surgery: a systematic review. Spine, (35), 28–36.

⁵⁵¹ James, M. A., ve ark. (2012). The occurrence of wrong-site surgery self-reported by candidates for certification by the American Board of Orthopaedic Surgery. J Bone Joint Surg Am. 94(1), 1-12.; Longo, U. G., ve ark. (2012). Errors of level in spinal surgery: an evidence-based systematic review. J Bone Joint Surg Br. 94(11), 1546–1550.

⁵⁵² Mody, M. G., ve ark. The prevalence of wrong level surgery among spine surgeons. Spine, 33(2), 194–198.

Bizim ülkemiz gibi iş yoğunluğunun çok fazla olduğu ve hekimin çalışma sürelerinin uzaması nedeniyle dikkat dağınıklığı olabildiği yerlerde bu riskin artabileceği yine kabul edilebilir bir gerçektir. Yanlış taraf cerrahilerinin önlenmesi için birçok ülke, sağlık sistemleri içerisinde kalite artırıcı işlemlerden biri olarak bu sorunu engelleyici tedbirler almaktadırlar. Bu anlamda hastaların servisten nakledilirken, ameliyathaneye alınırken ve ameliyata başlamadan önce ameliyat ekibi tarafından taraf kontrollerinin yapılması gibi çoklu kontrol önlemleri mevcuttur⁵⁵³.

Yanlış seviye cerrahisi ile ilgili önlem ise yalnızca cerrahi uygulayan hekimin sorumluluğudur. Literatürde, hastanın ameliyat öncesi ayrıntılı bilgilendirilmesi, ameliyat öncesi işaretleme ve ameliyat sırasında flouroscope eşliğinde son görüntüleme şiddetle önerilmektedir⁵⁵⁴. Bununla birlikte işaretleme yapılmış ve ameliyat sırasında görüntü alınmış olsa bile yine de yanlış seviye cerrahi uygulanabilme riski mevcuttur. ABD’de dava konusu olmuş 16 yanlış seviye cerrahisi hastasının tümünde ameliyat sırasında görüntü alındığı ortaya konmuştur⁵⁵⁵. Hastanın obez olması, anatomik birtakım varyasyonlar içermesi ya da çekimin yapıldığı skopi cihazının görüntü kalitesinin yetersizliği durumunda yanlış seviyeye girilebilir ve ameliyat yanlış yerde gerçekleştirilebilir⁵⁵⁶. Özetle teknik olarak işaretleme yapılmış olması ve per operatif görüntüleme alınmış olması cerrahinin doğru seviyede yapılmış olmasının bir garantisi değildir. Cerrah bu olasılık hakkında hastasını aydınlatmalı, ameliyat öncesi hastanın görüntülemeleri dikkatle incelenmeli, olası anatomik varyasyonlar değerlendirilmeli, her aşamada mutlak dikkat ve özenli olmalı, tüm bunlara rağmen cerrahi yine de yanlış seviyede uygulanmışsa bunun açıklanabilecek makul ve mantıklı bir nedeni olmalıdır. Yaşanan olay ancak bu şartlar altında bir malpraktis değil de komplikasyon olarak nitelendirilebilecektir.

Yargıtay 13. Hukuk Dairesi’nin 16.03.2009 tarihli kararında⁵⁵⁷;

⁵⁵³ Van Hille, P. T. (2009). Patient safety with particular reference to wrong site surgery – a presidential commentary, British Journal of Neurosurgery, 23(2): 109–110.

⁵⁵⁴ Mody ve ark. 2008, a.g.k., 196.

⁵⁵⁵ Fager, C. A. (2006). Malpractice issues in neurological surgery. Surg Neurol. 65(4), 416–421.

⁵⁵⁶ Medress ve ark. 2020, a.g.k., 4.

⁵⁵⁷ Yargıtay 13. Hukuk Dairesi’nin 16.03.2009 tarih ve 2008/10544 Esas, 2009/3344 Karar sayılı kararı. Erişim. <https://karararama.yargitay.gov.tr/>. 10.12.2023.

'... Davacı, 27.11.1996 tarihinde belindeki ağrılar nedeniyle davalı.....'e ait muayenehaneye gittiğini, davalı doktorun bel fıtığı teşhisi ile ameliyat olması gerektiğini bildirdiğini, 28.11.1996 tarihinde diğer davalı şirkete ait hastanede ameliyat olduğunu, ancak L4-L5 omurlarında bel fıtığı olduğu halde davalı doktorun hatayla L3 L4 omurlarının arasını açtığını, bel fıtığı tedavisi yapılmadığı gibi açılan omurlar arasındaki sinirlerin de tahrip olup, dayanılmaz ağrılara neden olduğunu, 3.1.1997, 17.7.1997 ve 28.7.1997 tarihli raporlarla davalıların yanlış ameliyat yapıldığını kabul ettiklerini, açılan ceza davasında alınan adli tıp raporlarıyla da davalı doktorun kusurlu olduğunun sabit olduğunu, nitekim Türk Tabipler Birliği Kurulu tarafından da aynı olaydan dolayı davalı doktora bir ay meslekten men cezası verildiğini, verilen tahribatın düzeltilmesinin ve ağrıların dindirilmesinin mümkün olmadığını ileri sürerek, uğramış olduğu maddi ve manevi zararlar nedeniyle fazlaya ilişkin hakları saklı kalmak üzere, ...TL maddi, ...TL manevi tazminatın faizi ile birlikte tahsiline karar verilmesini istemiştir. Davalılarından, talebin zamanaşımına uğradığını, yanlış ameliyatın söz konusu olmadığını savunarak, davanın gerek zamanaşımı, gerekse esastan reddini dilemiş, diğer davalı şirket ise, davalı doktorun hastanede çalışan bir doktor olmaması nedeniyle istihdam eden sıfatıyla sorumlu olmadıklarını bildirerek, davanın reddini savunmuştur.

Mahkemece, Adli Tıp Raporu ve tüm dosya kapsamına göre davalı doktorun olayda kusurlu olduğu kabul edilerek, ıslah da dikkate alınmak suretiyle ... YTL maddi, ... YTL manevi tazminatın dava tarihinden itibaren yasal faizi ile birlikte davalılardan müteselsilen tahsiline, fazlaya ilişkin talebin reddine karar verilmiş...'

Yargıtay 13. Hukuk Dairesi'nin bu kararında, uygulanan yanlış mesafe cerrahisinin bir kusur olduğu ve tazminat gerektirdiği noktasında karar verilmiş ancak kararın devamında zamanaşımı ile ilgili bir nedenden dolayı, yukarıda görülen kararın bozulmasına karar verilmiştir.

Karar gerekçesinde herhangi bir bilirkişi raporu mevcut değildir. Bu nedenle tarafımızdan sağlıklı bir yorumda bulunmak mümkün olmasa da bir kez daha ifade etmek gerekir ki, günümüz ameliyathane şartlarında, çok geçerli bir tıbbi gerekçe olmadıkça yanlış taraf ya da mesafe cerrahisinin, hekimin gereken dikkat ve özene uyumu noktasında eksiklik nedeniyle bir kusur olarak kabulü gerekmektedir. Bununla birlikte, her somut olay ayrı değerlendirilmeli, bu hataya neden olabilecek mantıklı bir gerekçenin olup olmadığı araştırılmalıdır.

Özetle nöroşirürji başta olmak üzere, ortopedi, göz, kulak burun boğaz, üroloji, kadın hastalıkları ve doğum gibi tüm çift organ ile ilgilenen branşların, operasyonu gerçekleştirecekleri tarafın ve gerektiği durumlarda seviyenin doğruluğunu tekrar tekrar kontrol etmeleri gerekmektedir. Bu durum, hasta tedavisinde uyulması gereken dikkat ve özen yükümlülüğü açısından son derece ciddi bir gerekliliktir.

Yabancı cisim unutulması

Yapılan bir ameliyat sırasında, ameliyatta kullanılan herhangi bir malzemenin (spanç, tampon, pet, kompres ya da herhangi bir cerrahi alet, vs.) ameliyat sahasında unutulması, insizyonun kapatılması ve ameliyatın tamamlanmasını tanımlayan istenmeyen bir durumdur. Yargı kararlarına yansıyan vücutta yabancı cisim unutulması ile ilgili olgular genellikle geniş alanlarda çalışmalarından dolayı Genel Cerrahi ya da Kadın Hastalıkları ve Doğum gibi klinikleri ilgilendiren ameliyat ve olgulardır. Nöroşirürji ameliyatları da genellikle batin ameliyatları gibi geniş alanlarda uygulanan ameliyatlar olmamasına rağmen, benzer riski barındırırlar. Beyin ameliyatlarında kullanılan pedi tabir edilen küçük pamuklar ya da omurga ameliyatlarında görece geniş alanda çalışıldığı için tampon gibi yabancı cisimler de nöroşirürji uzmanları tarafından ameliyat sahasında unutulma ihtimali olan yabancı cisimlerdir.

Cerrahi bir ekip işidir ve ekibin başındaki cerrahın kontrolünde ekibin her üyesi kendi görev tanımı dahilindeki işleri gereken dikkat ve özen yükümlülüğü çerçevesinde yapmak durumundadır. Ameliyatlarda aletlerden ve kullanılan malzemelerden sorumlu kişi ameliyat hemşireleridir. Ameliyat hemşiresi, ameliyat masasında bulunan tüm alet ve diğer yardımcı malzemeleri (pedi, tampon vs.) sayarak ve bu sayıyı kayıt altına aldirarak ameliyata başlamalı, cerrah ameliyatı bitirip saha kapanma aşamasına geldiğinde de sayımı tekrarlayarak, girişte ve çıkışta kullanılan malzemelerin eşit sayıda olduğunu cerraha bildirmeli ve durum kayıt altına alınmalıdır. Tabii ki cerrah da çalıştığı alan içerisinde gerekli gözlemleri yapmalı, ameliyat sahasında herhangi bir yabancı cisim kalmadığından emin olduktan sonra, hastayı kapatma prosedürüne başlamalıdır. Cerrah, ameliyat hemşiresinden sayımın tam olduğunu duymadan ameliyatı tamamlamamalıdır.

İfade etmek gerekir ki, ameliyat sahasında yabancı cisim unutmak kabul edilebilir bir durum değildir. Yargı kararları da bu durumu genellikle tıbbi kötü uygulama olduğu noktasında şekillenmektedir. Buradaki temel sorun, sorumluluğun kimde olduğu noktasında tartışılmaktadır. Konu ile ilgili Yüksek Mahkeme Kararlarında hekimi, hemşireyi ya da her ikisini birden sorumlu tutan kararlar mevcuttur. Örneğin Danıştay 15. Dairenin 21.01.2016 tarihli kararında⁵⁵⁸;

⁵⁵⁸ Danıştay 15. Daire'sinin 21.01.2016 tarih ve 2015/1411 Esas, 2016/72 Karar, sayılı kararı. Erişim. Lexpera. 21.02.2023.

*'... cerrahi operasyonlardan sonra genel olarak yapılan ameliyat kesisini kapatmadan önce kullanılan malzemelerin sayımının öncelikle ameliyat hemşiresi tarafından yapılıp kayda alınması, ameliyat bitiminde ameliyatı yapan hekim ve ameliyat hemşiresi tarafından tutanağın imzalanması gerektiği, kişinin operasyon bölgesinde gazlı bez (spanç) unutulması olayında **gazlı bez sayımını doğru yapmayan ameliyat hemşiresinin** uygulamasının tıp kurallarına uygun olmadığı, **ameliyattan sorumlu cerrahın ise ameliyat sahasının kapatmadan önce yeterli kontrolü yapmamasının bir eksiklik olduğu** hususlarının Adli Tıp raporuyla tespit edilmesi karşısında, sağlık hizmetleri gibi bir an olsun aksamaması gereken bu hizmetin kusurlu olarak yürütüldüğü'* ifadesiyle hem hekim hem de hemşire birlikte kusurlu bulunmuştur.

Lomber disk cerrahisi sırasında spanç unutulmuş bir başka olayda ise Danıştay 10. Daire Başkanlığı'nın, 21.10.2020 tarihli kararında⁵⁵⁹ özetle;

*'... olaya ilişkin olarak Adli Tıp Kurumu 2. İhtisas Kurulunca hazırlanan ... tarih ve ... sayılı raporda özetle, 04/08/2010 tarihinde sağ L4+L5 hemiparsiyel laminektomi, L5 ve S1 foraminotomi ve L5-S1 mikrodisektomi ameliyatı yapılan davacının 23/06/2011 tarihinde Özel ... Hastanesinde yapılan ameliyatında yara yerinden yabancı cisim (spanç) çıkarıldığı, çıkarılan yabancı cismin 04/08/2010 tarihinde ... Devlet Hastanesinde yapılan ameliyatta unutulduğunun anlaşıldığı, cerrahi operasyonlarda genel olarak ameliyat bölgesi kapatılmadan önce kullanılan malzemelerin ameliyat hemşiresi tarafından sayımının yapılıp kayda alınması, ameliyat bitiminde ameliyatı yapan hekim ve ameliyat hemşiresi tarafından tutanağın imzalanması gerektiği, olayda hastanın ameliyat bölgesinde gazlı bez unutulduğu, **gazlı bez sayımını düzgün yapmayan ameliyat hemşirelerinin uygulamasının tıp kurallarına uygun olmadığı, ameliyattan sorumlu cerrahın ise ameliyat sahasını kapatmadan önce yeterli kontrolü yapmamasının bir eksiklik olduğu** yönünde görüş bildirildiği, davacının 04/08/2010 tarihinde ... Devlet Hastanesinde yapılan bel fıtığı ameliyatında ameliyat bölgesinde gazlı bez (spanç) unutulduğu, ameliyat malzemelerinin sayımının düzgün yapılmadığı, ameliyat sahasının yeterli kontrol yapılmadan kapatıldığı, olayda davalı idarenin hizmet kusuru bulunduğu anlaşıldığı, davacının uğradığı zararın davalı idare tarafından ödenmesi gerektiği, ... dikkate alındığında talep edilen manevi tazminatın kabulü gerektiği sonucuna varıldığı gerekçesiyle, dava kabul edilmiştir. ... dava konusu olayda idare ile arasında rücu ilişkisi doğabilecek kişi veya kişilerin tespit edilerek davanın res'en ilgililere ihbar edilmesi gerektiğinden husus gözetilmeksizin yapılan yargılama sonucunda verilen kararda hukuka uygunluk bulunmamaktadır.*

Karar özetinde görüldüğü üzere, lomber disk cerrahisi sırasında, ameliyat bölgesinde unutulmuş spançın net bir hizmet kusuru olduğu, durumdan hekim ve hemşirenin birlikte sorumlu olduğu gerek bilirkişi raporunda gerekse ilk derece mahkemesi kararında tespit olunmuştur. Danıştay 10. Daire bu kararı bozmuş ise de bozma gerekçesi davanın rücu edilebilecek kişilere ihbar edilmemesi nedeniyledir.

⁵⁵⁹ Danıştay 10. Daire Başkanlığı'nın, 21.10.2020 tarih ve 2019/6357 Esas, 2020/4038 Karar sayılı kararı. Erişim. Lexpera. 13.11.2023.

Bu noktada tekrar hatırlatmak gerekir ki, çalışmamızın ‘ameliyat sırasında kullanılan malzemeler ile ilgili sorunlar’ bölümünde tanımladığımız ve Yüksek Yargı Kararlarından örnekler verdiğimiz, ameliyat malzemelerinin kırılması ve çıkarılamaması sonucu vücutta bırakılması gibi durumların, bu bölümde tartışılan ameliyat bölgesinde yabancı cisim unutulmaması olayı ile ilgisi yoktur. Çünkü ilk olayda hekim durumdan haberdardır, istenmeyen ancak gelişen bir durum bertaraf edilmeye (kırılan yabancı cisim çıkarılmaya) çalışılmış ancak başarılamamış ve ameliyat sonrası hasta durumdan haberdar edilmiştir. Oysa ikinci durum, dikkat ve özen eksikliği sonucu ortaya çıkmaktadır ki, bu durumlarda sorumlu hemşire ve/veya hekim kusurundan bahsedilmektedir. Bizim vurgulamak istediğimiz nokta şudur ki; cerrah ameliyat sırasında başta ameliyatın uygulanması olmak üzere, birçok farklı duruma konsantre olmak zorundadır. Bu bakımdan gerek ameliyatın stresi gerek uzun süren büyük ameliyatlarda sonundaki yorgunluk ve gerekse kontrol etmek durumunda olduğu birçok faktör nedeniyle cerrah doku içerisindeki kana bulaşmış ve aynı doku gibi görünen yabancı bir cismi fark etmeyebilir. Tam da bu nedenlerle, ameliyat hemşirelerinin ameliyat sırasında cerraha yardım etmek dışındaki en önemli görevi, malzeme ve spanç sayımını yaparak cerraha ‘sayım tam’ mesajını vermek ve hastanın kapatma prosedürüne başlanmasına onay vermektir. Özetle herhangi bir ameliyat prosedürü sonunda hemşire, sayımın tam olduğu mesajını vermiş ve sahada kalmaması gereken bir cisim bırakılmış ise öncelikli sorumluluk ameliyat hemşiresinde olmalıdır. Buna karşın, ameliyat hemşiresinden sayım tam mesajı almadan hasta kapatılmış ise bu kez öncelikli sorumluluk hekimde olması gerektiği, düşüncesindeyiz.

Kanamalar, komşu organ ya da damar yaralanmaları

Nöroşirürji ameliyatlarında komşu doku, organ ya da damar yaralanmaları görülebilir ve bu yaralanmalar ciddi morbidite ve hatta mortalite nedeni olabilirler. Damar yaralanmaları her boyutta görülebilir ve kimi zaman basit bir serum fizyolojik irrigasyonu ya da bipolar dokunuşu ile durdurabilen bir kanama olabilirken, kimi zaman ise hastanın ölümüne yol açabilecek ciddiyette de olabilir. Örneğin, anevrizma cerrahisi sırasında gelişebilecek bir prematür kanama, üst seviye servikal cerrahi sırasında vertebral arter kanaması ya da lomber bölge cerrahisi sırasında yaşanabilecek bir büyük damar yaralanması hastada ciddi bir morbidite ya da mortalite sebebi olabilir.

Komşu doku ve organ yaralanmaları da karşılaşılabilecek ciddi komplikasyonlar olarak sınıflandırılmalıdır. Beyin ameliyatlarında çalışılan alan komşuluğunda yer alan anatomik alandaki oluşabilecek zararlar, vücudun fonksiyonel işlevlerinde hasar oluşturabilir. Örneğin motor korteksin zararlanması durumunda vücudun belli alanlarında motor fonksiyon kaybı, ya da konuşma merkezi zararlandığında hastada çeşitli seviyelerde konuşma bozuklukları ortaya çıkabilecektir. Omurga ve periferik sinirler ile ilgili ameliyatlarda ise, bölgesel damar ve komşu doku ve organların zararlanması oluşabilir. Örneğin lomber bölgede yapılan cerrahi sonrası dura yaralanması, sinir köklerinde hasar, büyük damar yaralanmaları, üreter yaralanması hatta sonrasında böbrek kaybı görülebilecek komplikasyonlardır.

Bahsedilen ve örnekler verilen tüm bu komplikasyonlar çoğunlukla mevcut olan bir anatomik varyasyon, hastanın çok zayıf ya da morbid obez olması nedeniyle anatomik yapıların cerrahın öngördüğü yerlerin dışında bulunması gibi herhangi bir nedenden kaynaklanabilir. Bununla birlikte nöroşirürji uzmanı, öngörülebilir bu komplikasyonlardan kaçınmak adına gereken dikkat ve özeni azami bir şekilde göstermelidir.

Kanamalar yapılan her cerrahi işlem sırasında karşılaşılabilecek durumlardır. Sonuçta ameliyat, cildin, cilt altının, sonrasında ulaşılmak istenen bölgenin yerine bağlı olarak diğer dokuların kesilerek (insizyon) yapıldığı bir işlemdir. Bu kesiler sırasında ve hangi ameliyat yapılıyorsa, o ameliyatın uygulanması aşamasında bir miktar kanama beklenir ve cerrahlar bu öngörülebilir miktar kadar kan hazırlığını, gereğinde transfüze etmek amacıyla ameliyat öncesinde yapmaktadırlar. Bu kanama miktarları kimi zaman hastadan kaynaklı yandaş hastalıklar, sürekli kullanılan ilaçlar gibi nedenlerle ya da uygulanan ameliyat sırasında gelişen ek bir sorun nedeniyle beklenenden fazla olabilir. Cerrahlar genellikle bu durumlara da hazırlıklıdır ve gerek bipolar, koter gibi kanama kontrolü sağlayan cihazlar gerekse de bazı kanama durdurucu özel ilaç ve solusyonlar ile bu kanamaları da kontrol altında tutmaya çalışırlar. Ne var ki, işler her zaman beklendiği gibi gitmeyebilir ve çeşitli sebepler ile kanama kontrol altına alınamayabilir ya da ameliyat bitiminde erken dönemde, ameliyat bölgesinde kanama olabilir. Her cerrahi branş için istenmeyen bu gibi durumlar nöroşirürji branşı için daha da çok tehlike arz etmektedir. Çünkü zaten genellikle küçük bir alanda yapılan cerrahi sonrası ya da sonrasında gelişen bu kanamalar, nöral dokulara baskı oluşturarak vücudun belli organlarında fonksiyon kayıplarına neden olabilmektedir. Bu nedenle nöroşirürji

uzmanlarının ameliyat sırasında kanama kontrolü açısından son derece dikkatli davranmalar gerekmektedir.

Bu konu ile ilgili, bel fıtığı ameliyatı sonrası ameliyat bölgesinde epidural hematoma gelişen bir hastanın açmış olduğu dava sonucunda Samsun Bölge İdare Mahkemesi 3. İdari Dava Dairesi'nin 29.11.2019 tarihli kararında⁵⁶⁰;

'... Davacılar... 'ın bel fıtığı rahatsızlığı nedeniyle ... Devlet Hastanesinde yapılan ameliyat sonucu %49 engelli kaldığı, bu nedenle uğranıldığı ileri sürülen zararın karşılığı olarak fazlaya ilişkin hakları saklı olmak üzere ... manevi tazminatın ve ... maddi tazminatın olay tarihinden itibaren işletilecek reeskont faiziyle birlikte ödenmesi istemiyle açılan davada; ... Adli Tıp Kurumu Başkanlığı 7. İhtisas Kurulunun 27/04/2018 gün ve 961 karar sayılı raporunun "Sonuç" kısmında; "08/12/2015 tarihinde lomber herni tanısı ile sol L4 parsiyel hemilaminektomisi ile mikroskopik dekompresyon + mikroforaminotomi ameliyatı yapıldığı, ameliyat sonrası glob vesicale, sol ayak bileği ve parmakları DF 2/5 kas kuvvetinde saptanan hastanın acil olarak 2. ameliyata alındığı ve sekel kaldığı ifade edilen ... kızı, 10/04/1976 doğumlu ... hakkında düzenlenmiş adli ve tıbbi belgelerde bulunan veriler birlikte değerlendirildiğinde; kişiye 08/12/2015 tarihinde lomber herni tanısı ile yapılan L4 mikroskopik dekompresyon + mikroforaminotomi ameliyatının endikasyonunun bulunduğu, ameliyat tekniğinin tıbben uygun olduğu, ameliyat sonrası kontrollerinde çeşitli nörolojik semptomlar gelişmesi üzerine acilen ikinci bir ameliyata alındığının anlaşıldığı, bu ameliyatta epidural hematoma boşaltıldığı, L4-5 dekompresyon yapılarak stabilizasyon uygulandığı, kişide ilk ameliyat sonrası gelişen epidural hematoma bu tür ameliyatlardan sonra gelişebilen komplikasyon olarak nitelendirildiği, kişinin hemen ikinci bir ameliyata alınarak hematoma boşaltılmasının ve fizik tedavi uygulamasının komplikasyon yönetimi açısından uygun olduğu, dolayısı ile ameliyatı yapan hekimin uygulamalarının tıp kurallarına uygun olduğu, sağlık hizmetini sağlık personeli aracılığı ile yürüten idareye atfı kabil kusur bulunmadığı" yönünde tıbbi kanaat bildirildiği, anılan Adli Tıp Kurumu raporunun hükme esas alınabilecek yeterlilikte görüldüğü, idarenin mali sorumluluğuna ilişkin kararda temas edilen ilkeler ışığında değerlendirildiğinde; davacıya yapılan ilk ameliyat sonucunda komplikasyon meydana geldiği, komplikasyonlara ilişkin hasta onam formunun davacıya imzalatıldığı, ameliyatı yapan doktorun uygulamalarının tıp kurallarına uygun olduğu ve kişisel kusurunun bulunmadığı, ayrıca ameliyatı yapan doktor hakkında ... Cumhuriyet Başsavcılığınca yapılan soruşturmada kusurunun bulunmadığı gerekçesiyle kovuşturmayla yer olmadığına karar verildiği ve kararın kesinleştiği, soruşturmada alınan Adli Tıp Kurumu Başkanlığı 2. İhtisas Kurulunun 04/12/2017 gün ve 9081 sayılı raporunda da yapılan ilk ameliyatta komplikasyon meydana geldiği yönünde tıbbi kanaat bildirildiğinin görüldüğü, bu durumda istihdam ettiği personelin görevlerini ifa ederken işledikleri ileri sürülen kusurdan dolayı idareye karşı açılan işbu tam yargı davasında, istihdam ettiği personelin kişisel kusurunun bulunmadığı, dava konusu olayda kusursuz sorumluluk hâllerinin olmaması ve davalı idarenin hizmet kusurunun da bulunmaması nedeniyle, doğduğu ileri sürülen zararların ödenmesinden

⁵⁶⁰ Samsun Bölge İdare Mahkemesi 3. İdari Dava Dairesi'nin 29.11.2019 tarih ve 2018/1898 Esas, 2019/1833 Karar sayılı kararı. Erişim. Lexpera. 11.10.2023.

idarenin sorumlu tutulmasına hukuken olanak bulunmadığı sonucuna ulaşıldığından davacıların maddi ve manevi tazminat taleplerinin reddi gerektiği gerekçesiyle davanın reddine karar veren Ordu İdare Mahkemesi'nin 05/10/2018 gün ve E:2017/524, K:2018/1168 sayılı kararına karşı yapılan istinaf başvurusunun reddine...

Karardan anlaşıldığı üzere, sorunsuz tamamlanan bir ameliyat sonrası, ameliyat lojunda gelişen bir kanama ve oluşan hematoma nedeniyle hastada gelişen semptomlar üzerine hasta acilen tekrar operasyona alınarak gerekli müdahalede bulunulmuş ancak hastanın nörolojik defisiti düzelmemiştir. Öngörülebilir ancak alınan önlemlere rağmen önlenemeyen bir olay yaşanmış, gelişen komplikasyon erken fark edilmiş ve gereken müdahale acilen uygulanmış olması nedeniyle ATK raporu doğrultusunda mahkeme hekimi kusurlu bulmamış ve istinaf kararı onamıştır. Bilindiği gibi hekim yaptığı tıbbi müdahalenin sonuçlarından değil, işi yaparken gösterdiği dikkat ve özen yönünden sorumludur. Bu anlamda ATK raporunda da belirtildiği gibi, hekimin dikkat ve özen yönünden bir eksikliği bulunmamakta, bu nedenle yaşanan olay komplikasyon olarak nitelendirilmektedir. Bize göre de mahkemenin vermiş olduğu karar doğru ve yerindedir.

Lomber disk cerrahisi sırasında oluşan büyük damar yaralanmasının konu olduğu, Danıştay 10. Daire Başkanlığı'nın 23/03/2021 tarihi kararında⁵⁶¹;

'... İdare Mahkemesinin ... tarih ve E: ..., K: ... sayılı kararıyla; davacıların birinci derecede yakını (eşi ve annesi) olan müteveffa 1956 doğumlu olan ve olay anında 59 yaşında olan ...'nın 20/11/2015 tarihinde bel fıtığı ameliyatı sırasında müdahaleyi yapan beyin ve sinir cerrahisi tarafından hastanın iki ana damarının kesilmesiyle oluşan damar yaralanmasına zamanında müdahale edilmemesi neticesinde ani ölümüyle sonuçlanan olayda hekim hakkında savcılıkta yürütülen soruşturma esnasında alınan Adli Tıp Üçüncü Üst Kurulu'nun ... tarih ve ... sayılı kararında; "...kişinin ölümün vasküler yaralanmaya bağlı kanama sonucu meydana gelmiş olduğu, kişinin muayenesinin yapıldığı, ameliyat öncesi gerekli tetkiklerinin ve konsültasyonlarının yapıldığı, tanısının doğru konulduğu, tanıya uygun ameliyatın yapıldığı, ameliyat sırasında, ameliyat bölgesine anatomik olarak yakın komşuluk nedeniyle görülebilecek damar yaralanmasının bir komplikasyon olduğu; ancak, ameliyat sırasında meydana gelen ve anestezi seyrine uygun olmayan ani tansiyon düşüklüğünün nedeni olan damar yaralanmasını ameliyat esnasında kontrol etmeyen, dolayısıyla komplikasyona zamanında müdahalede bulunmayan Dr. 'ün kusurlu olduğu, kişinin klinik durumu ve ölümüne neden olan damar yaralanmasının ağırlığı itibarıyla, zamanında tanı konularak cerrahi müdahale yapılması durumunda da tablonun mortalitesinin yüksek olduğu, hekimin kusurlu eylemi ile kişinin ölümü arasında illiyet bağı bulunduğunu" yönünde görüş verildiği, bu raporun taraflara tebliğ edilerek itirazlarının alınması akabinde davalı idarenin hizmet kusuru bulunduğundan, '

⁵⁶¹ Danıştay 10. Daire Başkanlığı'nın 23.03.2021 tarih ve 2019/10603 Esas, 2021/1331 Karar, sayılı kararı. Erişim. Lexpera. 27.11.2023

ifadesiyle hizmet kusuru tespit etmiş, maddi ve manevi tazminat ödenmesine hükmetmiştir. İlk derece mahkemesinin bu kararı sonrasında Bölge İdare Mahkemesi ve işbu Danıştay 10. Daire'nin kararı ile onanmıştır.

Kararda ATK'nın raporunda, damar yaralanmasının bir komplikasyon olduğu ancak komplikasyona zamanında müdahale edilmemesinin tıbbi kötü uygulama dolayısıyla hekim kusuru olduğu ifade edilmektedir ki mahkemenin kararı da bu yönde kurulmuştur. Gerçekten de daha önce ifade ettiğimiz, nöroşirürji ameliyatları sırasında komşu doku, damar hatta organ yaralanmaları görülebilen komplikasyonlardır. Ne kadar dikkat ve özenli olunursa olunsun, zaman zaman bu komplikasyonlar yaşanabilir. Bu noktada önemli olan, cerrahi sırasında olası bu komplikasyonları akıldan çıkarmamak, oluşmaması için gereken dikkati göstermek, oluştuğuna dair şüphe durumunda derhal gereken araştırmaları yapmak ve uygun tıbbi müdahalede bulunmak gerekir. Aksi takdirde, somut olayda da görüldüğü üzere komplikasyon, tıbbi kötü uygulamaya dönüşecektir.

Yine bir lomber disk cerrahisi sırasında gelişen büyük damar yaralanması ile ilgili Yargıtay 12. C. D.'nin 24.09.2014 tarihli kararında⁵⁶²;

'... Taksirle öldürme suçundan sanığın beraatine ilişkin hüküm, şikayetçi vekili tarafından temyiz edilmekle, dosya incelenerek gereği düşünüldü; ... somut olay değerlendirildiğinde; kendisine bel fitiği teşhisi konulan ölen'ın, beyin ve sinir hastalıkları uzmanı olan sanık ... tarafından, 11.11.2008 tarihinde yatırıldığı hastanede saat 14:00 sıralarında sol 4-5 disk hernisi nedeniyle yapılan ameliyatın ardından, 12.08.2008 günü saat 10:30 sıralarında ani olarak hipotansiyon ve terleme gelişmesi üzerine yoğun bakım ünitesine alındığı, damar yolu açılarak tansiyonu düzenleme amacı ile volüm artırıcı serumlar verildiği, anestezi ve reanimasyon, kalp damar cerrahisi ve genel cerrahi konsültasyonları istendikten sonra yapılan muayenesinde; genel durumunun kötü, bilinci korfüze olan, moniterize edilerek jugular ven kateterizasyon uygulandığı, entübe edilip, mekanik ventilatöre bağlandığı ve retroperitoneal hematoma saptanıp, batın içi vasküler yaralanma olduğu tespit edilerek, explorasyon amacı ile kardiyovasküler cerrahi tarafından acil olarak saat 11:15'te operasyon kararı verilerek, operasyona alındığı; genel anestezi altında supine pozisyonunda median laparotomi yapıldığı, barsaklar batın dışına devrilerek çok miktarda hematoma ve taze kanın aspire edildiği, sol kommon iliac Arter posteriorunda hemen bifurkasyonun distalinde yaklaşık 6-7 mm.lik yırtık mevcut olduğu, arter izole edilerek damar klempi ile kanamanın kontrol altına alındığı, arter tamirinin yapıldığı, venöz yapılardan gelen minör sızıntıların koterle kontrol altına alındığı, periton boşluğuna bir adet dren konduktan sonra katların anatomik sırayla kapatıldığı; ameliyat sonrası entübe olarak yoğun bakım ünitesinde takibe alınan hastanın, daha sonra

⁵⁶² Yargıtay 12.C.D.'nin 24.09.2014 tarih ve 2013/24873 Esas, 2014/18592 Karar sayılı kararı. Erişim. <https://karararama.yargitay.gov.tr/>. 07.01.2024.

batın içi konulan drenden kanaması gözlemlenmesi üzerine, batın distansiyonunun artması ve idrar çıkışının olmaması nedeniyle abdominal kompartman sendromu düşünülerek tekrar operasyona alındığı, 13.11.2008 tarihinde batının re-explore edildiği, diatez tarzında yaygın sızıntı gözlemlendiği, hemostaz kontrolü ardından karın içi ve retroperitonela bölge serum fizyolojikle irriye edilip aspire edildiği, abdominal kompartman sendromunu önlemek maksadı ile open teknik ile batının kapatıldığı; daha sonra idrar çıkışı olmayan hastanın 14.11.2008 tarihinde saat 17:00'da kardiyak arrest gelişerek saat 17:40 sıralarında öldüğü olayla ilgili; ameliyat esnasındaki batın içi damar yaralanması ve sonraki takip ve müdahalelerde sanık doktor tarafından özensizlik olup olmadığı, sanığın gerek ameliyat esnasındaki, gerekse de ameliyat sonrasındaki davranışlarında kusur bulunup bulunmadığı, işlemlerinin tıbbi standartlara uygun olup olmadığı, ölümün komplikasyon olarak değerlendirilip değerlendirilemeyeceği hususlarının tespiti için bir kez de Yüksek Sağlık Şurası'ndan rapor alınarak, sonucuna göre sanığın hukuki durumunun tayin ve takdir edilmesi gerektiği gözetilmeksizin, eksik inceleme ile yazılı şekilde beraat kararı verilmesi, ... isabetsiz olup, ... beraate ilişkin hükmün isteme aykırı olarak BOZULMASINA, 24.09.2014 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

Bu kararda da bir önceki karara benzer şekilde, lomber disk cerrahisi sırasında gelişen büyük damar yaralanması komplikasyonun yönetilmesi ile ilgili süreç tartışılmaktadır. Ancak önceki olayda ameliyat sırasında ani tansiyon düşüklüğüne karşın zamanında müdahale yapılmadığından, hekim kusuru olduğuna hükmedilirken, buradaki olayda durum farklıdır. Şöyle ki, karar metninden anlaşıldığı kadarı ile hasta ameliyattan sorunsuz çıkmış, 1 gün sonra sabah saat 10.30'da ani tansiyon düşüklüğü ve terleme gelişmesi üzerine semptomlar ortaya çıkmıştır. Karar metnine göre, hastanın yoğun bakıma alınıp, gereken acil konsültasyonlar istenmesi ve yine büyük damar yaralanması ön tanısıyla acil ameliyata alınması, ülkemiz standartları çerçevesinde (tabii ki hastane imkân ve koşulları dahilinde) oldukça kısa bir zamanda gerçekleşmiştir. Bundan sonraki süreç tıbbi standartlar dahilinde ve olması gerektiği gibi yürütülmüş, ne var ki sonuçta hasta vefat etmiştir. Özetle gelişen komplikasyon sonrası süreç, olması gerektiği gibi yönetilmiştir. Bize göre ilk derece mahkemesinin vermiş olduğu beraat kararının, Yargıtay 12. C. D. tarafından bozulması kararı doğru ve yerinde olmamıştır.

Özellikle spinal bölge ameliyatları sırasında daha sık rastladığımız büyük damar komplikasyonları, morbidite ve mortalite yükseklikleri nedeniyle sıkça dava konusu olabilmektedir. Olayın özü her ne kadar öngörülebilir komplikasyonsa da bu komplikasyonun yönetimi gerçekten çok zordur. Yaralanmayı olduğu an fark etmek ve acil müdahale etmek ve bu müdahaleyi de bir başka branş (Kalp Damar Cerrahisi) uzmanının uygulaması gerekir. Bu nedenlerle de olay olumsuz sonuçlandığında genellikle medikolegal dava konusu olmakta ve bu konudaki dava sonuçlarında da

genellikle hekimin kusuru olduğuna dair kararlar verilmektedir. Yargıtay 12. Ceza Dairesi'nin 2014/9975 E., 2015/5409 K. sayılı kararı ve yine Yargıtay 12. Ceza Dairesi'nin 2017/2272 E., 2017/9135 K. ve 21/11/2107 tarihli kararları bu yönde olmuştur⁵⁶³.

Daha önce de ifade ettiğimiz gibi nöroşirürji ameliyatları sırasında komşu doku ve organ yaralanmaları da öngörülebilir komplikasyonlardandır. Bu konudaki Danıştay 10. Dairesi'nin E. 2022/607, K. 2023/2852 sayı ve 29.05.2023 tarihli kararında, İzmir BİM 6. Daire'nin E. 2021/2121, K. 2021/2472 sayı ve 28/12/2021 tarihli kararı⁵⁶⁴ onanmış olup, bu kararda;

⁵⁶³ Yargıtay 12. Ceza Dairesi'nin 21.11.2017 tarih ve 2017/2272 Esas, 2017/9135 Karar sayılı kararı; Erişim. <https://karararama.yargitay.gov.tr/>, 07.01.2024.

Taksirle öldürme suçundan sanığın beraatine ilişkin hüküm, katılan vekili tarafından temyiz edilmekle, dosya incelenerek gereği düşünüldü: ... Devlet Hastanesinde beyin sinir cerrahi doktoru olan sanığın, bel fıtığı teşhisiyle ameliyatına karar verdiği ölenin, ameliyatını müteveffada bulunan fıtığı alıp yarayı kapamaya başladığı, kas ve cilt altı dikim işini bitirip cilt kısmına geldiğinde dolayısıyla ameliyatının bitmesine yakın bir sırada ölenin tansiyonunda düşme meydana geldiği, bunun üzerine sanığın ameliyatı bırakarak anestezi uzmanı ile birlikte ölene ilaç verdikleri, yapılan müdahaleye yeterli cevap gelmeyince ölenin kalp hızının yavaşladığı, sonrasında daha etkili ilaçlar verildiği, kalp mesajı, damar yolu açılması gibi işlemler yapıldığı, anestezi uzmanı ile sanığın müteveffada meydana gelen ani tansiyon düşüklüğüne ilişkin ihtimaller üzerinde durdukları, sanığın ciddi kanama olmadığını düşündüğünü beyan etmesi üzerine, anestezi uzmanının teyit için kan sayımı yaptırdığı, kan bankasından kan takviyesi yapılarak kardiyoloji uzmanına haber verildiği, kardiyoloji uzmanının eko yaptığı ve müteveffanın durumunun akciğer embolisinden kaynaklanmadığının kesinleşmesi üzerine, ölenin karnında da bir şişlik gözlenmesi üzerine genel cerrahi uzmanına haber verildiği, genel cerrahi uzmanın göbek altından bir kesiyle cilt altına girdiğinde aktif ve yoğun bir kanama olduğunu görmesi üzerine kesiyi genişleterek, sağ iliak arterde büyük damar yaralanması olduğunu, buradan karın arka duvarına ve içerisine halen aktif kanama devam ettiğini ve 2-3 litre kanama olduğunu saptaması üzerine, bası uygulayarak kanamayı durdurup, kalp damar cerrahına haber verildiği, kalp ve damar cerrahınca hasarlı damar tamir edilip, bu süreçte yaklaşık 30-40 dakika boyunca kalp masajına devam edilip, tansiyon ilacı verildiği ve kan takviyesi yapıldığı, kanamanın durması üzerine hastanın kalbinin atmaya başlaması ve tansiyonun yükselmesiyle ameliyat sonlandırılarak hastanın yoğun bakıma alındığı, yoğun bakımda tedavisi devam etmekte iken ameliyattan 2 gün sonra vefat ettiği ve yapılan otopsi ile ölüm sebebinin büyük damar yaralanmasına bağlı batın için kanama ve gelişen hemorajik şoktan ileri geldiğinin tespit edildiği olayda, Yüksek Sağlık Şurası'nın 19-20.09.2013 tarihlerinde alınan raporunda, hastaya uygulanan ameliyat sırasında gelişen büyük arter yaralanmasının ameliyat sırasında gelişen bir komplikasyon olduğuna; ancak komplikasyon yönetiminde beyin cerrahisi uzmanının büyük arter yaralanmasına hemen müdahale etmesi gerekirken kardiyoloji, kalp damar cerrahisi ve genel cerrahi uzmanlarını çağırmanın ve ayrıca ameliyat sırasında hastaya, EKO yapılmasının da zaman kaybettirdiği dikkate alındığında komplikasyon yönetiminde eksiklik olduğuna ilişkin olayın oluşuna uygun düşen rapora itibar edilerek, sanığın eyleminin TCK'nın 257/2. maddesindeki ihmal suretiyle görevi kötüye kullanma suçu kapsamında değerlendirilerek, sanığın atılı suçtan cezalandırılmasına karar verilmesi gerektiği gözetilmeden, yazılı şekilde beraatine karar verilmesi, Kanuna aykırı olup, ... hükmün isteme aykırı olarak BOZULMASINA...,

⁵⁶⁴ İzmir Bölge İdare Mahkemesi 6. Daire Başkanlığı'nın 28.12.2021 tarih ve 2021/2121 Esas, 2021/2472 Karar sayılı kararı. Erişim. Lexpera. 14.02.2024.

'... Davacıya 19/07/2018 tarihinde Devlet Hastanesinde yapılan bel fıtığı ameliyatı esnasında doktor hatası ile böbreğine giden idrar kanallarının kesilmesi nedeniyle böbreğini kaybettiği ve vücudunda kalıcı hasar olduğu, bu duruma sağlık kurumunun açık hatasının neden olduğu ileri sürülerek, ... maddi ve manevi tazminatın davalı idareye başvuru tarihinden itibaren işleyecek yasal faizi ile birlikte ödenmesi istemiyle açılan davada; bilirkişi raporunda davacıya 19/07/2017 tarihinde uygulanan Lomber mikrocerrahi ile diskektomi (L5 hemilaminektomi, L5 - S1 inferior migre diskektomi ve S1 foraminotomi) ameliyatının endikasyonu bulunduğu ve yönteminin uygun olduğu, bu tip ameliyatlarda gösterilecek her türlü dikkat ve özene rağmen üreter rüptürünün bir komplikasyon olarak gelişebileceğinin tıbben bilindiği, ancak dava konusu olayda üreterin yaklaşık 7 cm'lik kısmının ameliyat tamamlandıktan sonra spesmen (ameliyatta çıkarılan parçalar) içinde tespit edildiği, bu nedenle üreterin kopartılarak çıkarıldığı anlaşıldığı, tüm bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde Beyin Cerrahisi Uzmanı Op. Dr. ...'nın eyleminin beceri eksikliği, dolayısıyla tıbbi hata olarak değerlendirildiğinin ifade edilmesi nedeniyle, davacının böbreğini kaybetmesi/sağ nefrektomi olayında hizmet kusuru bulunan davalı idare tarafından davacı için geçici iş göremezlik nedeniyle 4.809,27 TL ve %28,2 oranında maluliyet için 368.617,81 TL olmak üzere toplam 373.427,08 TL maddi tazminatın ödenmesi isteminin kabulüne karar verilmesi gerektiği, dava konusu olayda, idarenin hizmet kusuru sonucu böbreğini kaybeden davacının elem ve derin üzüntü duyacağı açık olduğundan, davacının yaşı ve olayın meydana geliş biçimi de gözetilerek, takdiren hükmedilen 50.000,00 TL manevi tazminatın davalı idare tarafından davacıya ödenmesi gerektiği gerekçesiyle davacının maddi tazminat isteminin kabulü,' şeklinde hüküm kurulmuştur.

Bu dava dosyası, tarafımızdan uzman mutaalası yazılmış bir dosyadır. İlgili mutaala aşağıdaki şekilde kaleme alınmıştır;

25/03/1980 Şırnak doğumlu ..., bel ve sağ bacak ağrısı şikayeti ile ... Devlet Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Uzmanı Op. Dr... 'ya başvurmuştur. Hastanın yapılan nörolojik muayenesinde, Düz Bacak Kaldırma testinin sağ tarafta 15 derecede pozitif olduğu, sağda APF'de % 20, ABPF de % 40 motor defisit (güç kaybı) tespit edilmiştir. Hastanın yapılan fizik muayenesinde ise, boyunun 160 cm ve kilosunun 88 kg. olduğunun tespitle yapılan değerlendirmede, Vücut Kitle İndeksinin 34,88 kg/m2 olduğu ve bu durumun Dünya Sağlık Örgütü ölçütlerine göre Class 1 Obez olarak tanımlandığı ortaya konmuştur. Hastanın yapılan Lomber MR tetkikinde, L5-S1 düzeyinde sağ lateral reses lokalizasyonunda inferiora migrasyon gösteren extrude (sekestre?) disk hernisi tespit edilmiştir. Op. Dr. ... tarafından mevcut durum hasta ile görüşülmüş, nörolojik durumun ve tetkiklerin cerrahi bir müdahale gerektirdiği, olası tedavi seçenekleri, risk ve komplikasyonları ayrıntısı ile anlatılmış, fiziksel durumunun hastaya ek bir risk oluşturduğu dahil olmak üzere, tüm riskler anlatılarak, usule uygun şekilde Aydınlatılmış Onamı alınmıştır. Gerekli ön hazırlıkları ve konsültasyonları takiben hasta 19/07/2018 tarihinde operasyona alınmıştır. Ameliyat notundan anlaşıldığına göre, L5 laminektomi, S1 foraminotomi ve L5-S1 diskektomi uygulanmış. Bu sırada (diskektomi uygulanırken) disk tutucu ile gelen dokunun, lümenli bir yapı olduğu görülmüş, bunun disk materyali olmadığı düşüncesi ile Üroloji Uzmanı Op. Dr. ... operasyona davet edilmiştir. Durumu değerlendiren, Üroloji Uzmanı Op. Dr. ... tarafından, diskektomi sırasında çıkarılan dokunun üreter olabileceği düşüncesiyle hastaya skopi eşliğinde retrograd pyelografi yapılmış ve sağ üreterin komplet

kopmuş olduğu ortaya konmuş. Hasta, ileri tetkik ve tedavi amacıyla Ege Üniversitesine sevk edilmiş. Ege Üniversitesi Nöroşirürji ve Üroloji kliniklerince yapılan tetkiklerde tanı doğrulanmış, hastaya gereken Aydınlatma yapılmasını takiben, tamir ama başarılamazsa nefrektomi (böbreğin cerrahi olarak çıkarılması) uygulanması amacıyla opere edilmiş. Sonuçta hastaya nefrektomi uygulanmıştır. Hasta taburcu olmasını takiben, kontrollerine yine Op. Dr. ... 'ya giderek yaptırmıştır. Hastanın bel ve sağ bacak ağrısının geçtiği ve nörolojik muayenesinde düzelme olduğu tespit edilmiştir.

DEĞERLENDİRME

Tarafına verilen tıbbi ve adli belgelerdeki kayıtlı bilgiler ışığında;

- 1. Hasta ..., bel ve sağ bacak ağrısı şikayeti ile başvurduğu, ... Devlet Hastanesinde Beyin ve Sinir Cerrahi Uzmanı, ... tarafından değerlendirilmiş, fizik ve nörolojik muayenesi yapılmış, Lomber MR tetkiki yapılmıştır. Tüm bu değerlendirmeler sonucu, hasta için en uygun tedavi şeklinin cerrahi müdahale olduğuna karar vermiştir. Dosyadaki mevcut bilgi ve belgeler doğrultusunda, hekimin muayenesi, değerlendirmesi ve cerrahi kararı doğru ve mutlak endikasyon dahilindedir.*
- 2. Op. Dr. ..., hastanın Vücut Kitle endeksine göre obez olması nedeniyle, cerrahi sırasında, bilinen ve öngörülen tüm komplikasyonların oluşabilme riskini artıracak hastasına ayrıntısı ile anlattığı ve usule uygun Aydınlatılmış Onamı'nı aldığı yine dosya bilgilerinden anlaşılmaktadır.*
- 3. Hasta ayrıntılı bir biçimde değerlendirilerek ve gerekli ön hazırlıkları takiben, 19/07/2018 günü operasyona alınmıştır. Lomber mikrocerrahi tekniği ile yapılan operasyonda, cilt ciltaltı ve paravertebral adeleler geçildikten sonra laminektomi ve foraminotomi uygulanmış, sağ L5-S1 diskektomi sırasında çekilerek alınan (disk hernisi materyali olduğu düşünülerek) dokunun, farklı bir doku olma ihtimali üzerine acil Üroloji konsültasyonu istenmiştir. Yapılan değerlendirme ve tetkikler sonucu dokunun üreter olduğu tespit edilmiştir. Oluşan üreter yaralanmasının ileri tetkik ve tedavisi amacıyla hasta ileri bir merkeze sevk edilmiştir.*
- 4. Bu noktadaki değerlendirmem şudur ki; Her ne kadar, lomber mikrocerrahi ameliyatları mikroskop eşliğinde yapılan operasyonlar olsa da, cerrahinin disk hernisi materyalinin çıkarılması aşaması genellikle kör bir şekilde uygulanır. Şöyle ki; iki omurganın arasında, güçleri emen nucleus pulposus (fitiklaşan doku), çevresinde bulunan annulus pulposus (fitiklaşan yapıyı saran zar) bazı herniasyon yani fitiklaşmalarda yırtılmadan, taşma tarzında bası oluşturur. Bu tip disk hernilerinde, nucleus pulposusu çıkarmak için kullandığımız disk punch (tutucu, koparıcı) ile, iki omurga arasına girilir ve herniasyon materyali bu alet yardımı ile ve kör olarak (çünkü mikroskop ile de olsa o alanı görmek mümkün değildir) çıkarılır).*

Diğer tür herniasyon türü ise, nucleus pulposusun (fitik materyalinin), annulus fibrosusu yırtarak iki omurga arasından çıktığı (ekstrüde) ve başka alanlara yer değiştirdiği (migre olduğu) durumlardır. Bu tip durumlarda ise, herniasyon materyali yine disk punch ile tutup, migre olduğu alandan çekilerek ve yine kör olarak çıkartılır. Bu disk materyali kimi zaman, tek parça halinde ve büyük volümlerde de olabilir. Bu aşamada disk tutucu ile çekilen materyalin disk hernisi olduğu her zaman bilinmeyebilir.

Literatürde, disk hernisi cerrahisinin birçok komplikasyonu mevcuttur. Üreter yaralanması da bunlardan biridir. Turgut ve arkadaşlarının, World Neurosurgery dergisinde Mart 2020'de yayımlanmış Sistematik Derleme makalelerinde, dünyadaki sıklığı ve görülebilirliği anlatılmıştır. Makalede de

görülebileceği gibi, bildirilen hastaların bir kısmı da nefrektomi ile sonuçlanmıştır. Bu makalede de ifade edildiği gibi, Lomber spinal cerrahi sırasında üretra yaralanması görülen olgularda predispozan faktör olarak, hastanın çok zayıf ya da şişman olması (her ikisi de, yüz üstü yapılan bu cerrahide, batin içi organların anatomik pozisyonlarında yer değişikliğine neden olabilir), disk hernisinin ekstrude (anulus fibrosisi yırtmış ve yer değiştirmiş) yapıda olması, disk materyalinin dejenere olması gibi faktörler bildirilmiştir.

Dosyadan anlaşıldığı üzere, somut olayda, yukarda ifade edildiği gibi, hasta Dünya Sağlık Örgütü ölçütlerine göre obez bir hasta olup, Lomber MR raporunda da bildirildiği üzere L5-S1 mesafesinde ekstrüde ve inferiora migre bir disk hernisine sahiptir. Cerrah tüm bu riskleri bildiğinden, durumu hastaya ayrıntısı ile anlatmış ve komplikasyon gelişme riskinin, hastanın mevcut durumu nedeniyle artmış olduğunu ifade etmiştir. Op. Dr. ..., operasyon sırasında, az önce ifade edilen gerekçelerle, çekerek çıkarılan ve disk materyali olduğunu düşündüğü dokunun, farklı yapısı nedeniyle, acilen Üroloji ile konsülte etmiş ve sonrasında hastayı daha etkin ve efektif tedavi edileceğini düşündüğü ileri bir merkeze sevk etmiştir.

5. Hastanın ... Üniversitesi sevki sonrası yapılan işlemler de, Tıp bilimine uygun çerçevede yürütüldüğü dosya bilgilerinden anlaşılmaktadır.

SONUÇ

Op. Dr. ... tarafından, ...'e yapılan Lomber Disk Hernisi cerrahisi operasyonu ve sonrasında gelişen olaylar ile ilgili olarak; Hastanın hastaneye gelişinden itibaren yapılan muayenesi, tetkik ve değerlendirmesinin, bilimsel kurallara uygun ve doğru bir şekilde yapıldığı, hastanın cerrahi endikasyonunun doğru bir şekilde konduğu, hastanın obezitesi nedeniyle olağandan daha ayrıntılı bir şekilde bilgilendirildiği ve usule uygun Aydınlatılmış Onamı'nın alındığı, cerrahi sırasında disk materyali çıkarılırken oluşan üreter yaralanmasının istenmeyen bir komplikasyon olduğu, gelişen bu komplikasyonun anında farkedildiği ve optimal ve doğru bir şekilde yönetildiği; Sonuç olarak, öngörülen ancak gösterilen tüm dikkat ve özene rağmen önlenemeyen bu komplikasyon nedeniyle, Op. Dr. ... 'ya yüklenebilecek bir kusur bulunmadığı kanaatine varılmıştır.

Özetle, olayın bütününe baktığımızda, komplikasyon olduğu açık bir durumun olabilecek en optimal şekilde yönetildiği anlaşılmaktadır. Ameliyat sırasında komplikasyon fark edilmiş, ilgili uzman vaka sırasında ameliyata çağırılmış ve gereken her türlü müdahalede bulunulmuştur. ATK'nın ifade ettiği, 'koparılarak çıkarıldığı', bu nedenle sonuçta 'meslekte acemilik' ifadesine ve mahkemenin ATK raporu doğrultusundaki kararının doğru ve yerinde olmadığını düşünmekteyiz.

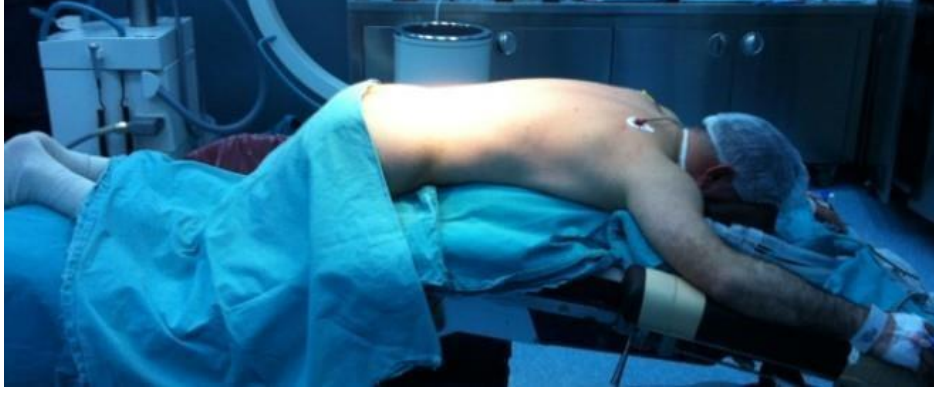
Sonuç olarak, organ ve büyük damar yaralanmaları ne yazık ki ağır morbidite ve mortaliteye sebep olan ciddi yaralanmalardır. Hekimler bu tarz bir komplikasyonun gelişmemesi adına azami derecede dikkat ve özen göstermek durumundadır. Buna rağmen komplikasyon oluşmuş ise, mümkün olduğunca erken tanı ve hızlı müdahale ile sonuçları hafifletmeye çalışmalıdır.

Pozisyon sorunları

Nöroşirürji ameliyatları genellikle hastanın patolojisi ve çalışılacak bölge özellikleri nedeniyle çok farklı pozisyonlarda yapılır. Gerek serebral ve serebellar gerekse spinal ve periferik sinir cerrahisi ile ilgili operasyonlar, normal dokuya en az zarar verecek şekilde patolojik dokuya en uygun yaklaşımı sağlayacak çok farklı özel pozisyonlar gerektirebilir. Sırt üstü (supine), yan yatar şekilde (lateral dekübit), yüz üstü (prone, Görsel. 4.1), yarı oturur (semi-sitting, Görsel. 4.2.), oturur, yüzücü ya da yüz üstü yatar ve kollar iki yana açık (Concorde) şekilde planlanan pozisyonlar bunlardan bazılarıdır. Özellikle intrakranial cerrahi gerektiren ameliyatların büyük çoğunluğu çivili başlık tabir edilen bir aparat ile ameliyat masasına entegre edilerek sabitlendiği bir şekilde yapılmaktadır (Görsel. 4.3.).

Hasta anestezi ekibince uyutulup stabilize edildikten sonra, cerrahi ekip ilgili ameliyat için önceden kararlaştırıldığı şekilde hastanın pozisyonu için gerekli işlemlere başlar. Tüm bu süreçte gerek cerrahi ekip gerek anestezi ekibi ve gerekse yardımcı personel son derece dikkatle ve cerrahın koordinasyonunda, uyum içinde birlikte çalışmalıdır. Çivili başlık uygulanması ve pozisyon verme aşamasında anestezi ekibi, hastanın solunum yolu, damar yolları ve kafa içi basıncının artmaması ile ilgili kontrol önlemlerini almalı, tüm ekip pozisyon sonrası hastanın bası altında kalmaması gereken bölgeler için önlemler almalı ve ameliyat sırasında pozisyon kökenli komplikasyon olmaması için dikkatle takip edilmelidir. Örneğin oturur, yarı oturur ve hatta supin pozisyonlarda oluşabilen ve sonucunda morbidite ve mortalitesi yüksek olan bir komplikasyon olan venöz hava embolisinin önlenmesi amacıyla standart monitorizasyonun yanında mutlaka santral venöz kateterizasyon ve arterial monitorizasyonun yapılarak hastanın yakın takip edilmesi olası komplikasyonların erken tanı ve tedavisi açısından son derece önemlidir⁵⁶⁵.

⁵⁶⁵ Akkurt, B. Ç. Ö., İnanoğlu, K., Karazincir, O., Kararmaz, A., ve Turhanoğlu, S. (2008). Yarı Oturur Pozisyonda İntraoperatif Venöz Hava Embolisi, Dicle Tıp Dergisi, 35(2), 134-137.



Görsel 4.1. Lomber bölge cerrahisi için supin pozisyon (H. Serdar Işık arşivi)



Görsel. 4. 2. Yarı-oturur (semi-sitting) pozisyon (H. Serdar Işık arşivi)

Ameliyat sırasında verilen pozisyon sonrası ortaya çıkan zararlanmalar ile ilgili de Yüksek Yargı Kararları mevcuttur. Yargıtay 13 Hukuk Dairesi'nin 06/05/2014 tarihli kararında⁵⁶⁶;

Davacı, 16.08.2010 tarihinde davalı hastanede bel fıtığı ameliyatı olduğunu, ameliyat sırasında yüzüstü yatırıldığını ve yüzüne koruma amaçlı jel sürüldüğünü, sürülen jelin kayması nedeniyle gözünün baskı altında kaldığını ve oksijen yetersizliği sonucunda gözünde görme kaybı oluştuğunu, gözünde oluşan hasarın giderilmesi için tedavi görmesine rağmen sonuç alınmadığını, hatalı ve kusurlu tedavi yüzünden büyük acı ve üzüntü yaşadığını ileri sürerek ... TL manevi tazminatın davalıdan tahsilini istemiştir.

Davalı, uygulanan operasyonun başarı ile sonuçlandığını, davacının hastaneden şifa ile taburcu olduğunu, davacının gözünde gelişen hususların ameliyat pozisyonuna bağlı olarak görülebilen bir komplikasyon olduğunu, yüze sürülen koruyucu jelin kaymasının söz konusu olmadığını, ameliyat sırasında olumsuz bir gelişmenin olmadığını, davacının ameliyattan sonra gözünde oluşan komplikasyonun tedavi edilerek giderildiğini ve meydana gelmiş bir zararın olmadığını savunarak haksız davanın reddini dilemiştir. Mahkemece, davanın reddine karar verilmiş; hüküm, davacı tarafından temyiz edilmiştir. Mahkemece, Adli Tıp Kurumu 2. İhtisas dairesinin raporu esas alınarak davanın reddine karar verilmiştir. ... Somut uyumsuzlukta, davacı bel fıtığı ameliyatı sonrasında gözünde görme kaybı oluştuğunu iddia etmektedir. Adli Tıp Kurumu 2. İhtisas Dairesi raporunda "...Omurgaya yönelik cerrahilerin hastaların yüzüstü pozisyonunda yatırılarak yapıldığı, bu pozisyonda uzun süre kalan hastalarda, organlarda baskıya, ameliyat sırasında oluşan hipotansiyona, kişide mevcut bünyesel etmenlere bağlı olarak göz damarlarında tıkanıklık sonrası kalıcı görme kayıpları yaşanabildiği, söz konusu durumun, ameliyat tekniği ve kişinin bünyesel özelliklerinden kaynaklanan, daha önceden öngörülüp önlenemeyen, herhangi bir tıbbi ihmal yada kusura izafe edilemeyen "komplikasyon" olarak nitelendirilmesi gerektiği, somut olayda, komplikasyonun zamanında fark edilerek gereken tıbbi tedavinin yapılmış olduğu, olayda davalı hastane hekimlerinin kusuru yada ihmali bulunmadığı.." belirtilmiştir. Mahkemece, hükme esas alınan rapor yetersiz olup karar esas alınması mümkün değildir. Öyle olunca mahkemece, davacıya uygulanan ameliyat ve tedavi ile sonrasına ilişkin yapılan müdahalelerle ilgili tüm bilgi ve belgeler, hastane kayıtları, tedavi evrakları, çekilen tüm filmler, epikriz ve Adli Tıp Raporu da birlikte gönderilerek, Üniversite Öğretim Üyelerinden oluşturulacak, konusunda uzman, akademik kariyere sahip üç kişilik bilirkişi kurulundan, ameliyatın usulüne uygun olarak yapılıp yapılmadığı, hastanın gözünde nasıl bir hasar oluştuğu, bu hasarın neye bağlı olarak geliştiği, komplikasyon olup olmadığı, hastaya ameliyat ve sonrasında gerekli tüm tıbbi müdahalelerin yapılıp yapılmadığı ve tedavisi için yapılan işlemlerin yeterli olup olmadığı üzerinde durulup irdelenmek suretiyle olayda davalıya atfı kabil bir kusur bulunup bulunmadığı konusunda, nedenleri açıklayıcı, taraf, mahkeme ve Yargıtay denetimine elverişli rapor alınarak sonucuna göre karar verilmelidir. O halde; mahkemece, az yukarıda açıklanan içerikte bir rapor alınarak karar verilmesi gerekirken eksik inceleme ile yazılı şekilde hüküm kurulmuş olması usul yasaya aykırı olup bozmayı gerektirir. '

⁵⁶⁶ Yargıtay 13 Hukuk Dairesi'nin. 06.05.2014 tarih ve 2014/328 Esas, 2014/14669 Karar sayılı Kararı. Erişim. <https://karararama.yargitay.gov.tr/>. 19.01.2024.

Kararda tartışılan konu, prone (yüz üstü) pozisyonda yapılan ameliyat sonrası hastada gelişen (davalı iddiasına göre dahi, erken fark edilip tedavi sonrası düzelen) görme bozukluğunun, hekim ihmali sonucu olup olmadığıdır. Kararda görüldüğü üzere ATK bu durumu, pozisyona bağlı olarak, pozisyon ile ilgili her şey doğru yapılırsa bile, göz bası altında kalmasa dahi oluşabilecek bir komplikasyon (yani öngörülebilir ancak önlenemeyen) olması nedeniyle hekime kusur atfetmemiş ve ilk derece mahkemesi kararı bu yönde vermiştir. Ne var ki, Yargıtay ATK'nın bu raporunu yeterli görmemiş ve kararı bozmuştur. Bozma gerekçesinde, yeni bir bilirkişi raporu talep edilmesi gerekliliğine ve bu bilirkişi raporunda hasarın neye bağlı oluştuğuna cevap verilmesi gerektiğine karar vermiştir.

Tıp bilimi çerçevesinde ne yazık ki, her sorunun net cevapları bulunmamaktadır. Gerek hastalıkların nedenleri gerekse tedavilerin sonuçları noktasında, her hasta için durum farklıdır. Bu nedenle sık kullanılan bir söz vardır, 'hastalık yoktur, hasta vardır'. Bu noktadan bakıldığında, prone pozisyonda yapılan bir ameliyat sonrası hastada görme kaybı gelişmesinin birçok nedeni olabilir. Pozisyona bağlı olarak gözün bası altında kalması da bunlardan bir olmakla beraber, net bir karar verebilme imkânı yoktur. Sonuç olarak bize göre, Yargıtay'ın bu kararı doğru ve yerinde olmamıştır.

Tartışılan bu kararın gerekçesindeki bazı genel ifadelerin de çalışmamızın bu aşamasında yer alması uygun olacaktır diye düşünmekteyiz. Zira benzer gerekçeler, medikolegal davalardaki birçok kararda yer almaktadır. *'Vekil, vekalet görevine konu işi görürken yöneldiği sonucun elde edilmemesinden sorumlu değil ise de bu sonuca ulaşmak için gösterdiği çabanın, yaptığı işlemlerin, eylemlerin ve davranışların özenli olmayışından doğan zararlardan dolayı sorumludur. Vekilin sorumluluğu, genel olarak işçinin sorumluluğuna ilişkin kurallara bağlıdır. Vekil işçi gibi özenle davranmak zorunda olup, en hafif kusurundan bile sorumludur. O nedenle davacının tedavisini üstlenen hastanenin meslek alanı içinde olan bütün kusurları, hafif de olsa, sorumluluğun unsuru olarak kabul edilmelidir. Hastane, hastasının zarar görmemesi için, mesleki tüm şartları yerine getirmek, hastanın durumunu tıbbi açıdan zamanında ve gecikmeksizin saptayıp, somut durumun gerektirdiği önlemleri eksiksiz biçimde almak, uygun tedaviyi de yine gecikmeden belirleyip uygulamak zorundadır. Asgari düzeyde dahi olsa, bir tereddüt doğuran durumlar da, bu tereddüdünü ortadan kaldıracak araştırmalar yapmak ve bu arada da, koruyucu tedbirleri almakla yükümlüdür. Çeşitli tedavi yöntemleri arasında bir seçim yapılırken, hastanın ve hastalığın özellikleri göz önünde*

tutulmak, onu risk altına sokacak tutum ve davranışlardan kaçınılmak ve en emin yol seçilmelidir. Gerçekten de müvekkil (hasta), mesleki bir iş gören vekilden, tedavinin bütün aşamalarında titiz bir ihtimam ve dikkat göstermesini beklemek hakkına sahiptir. Gereken özeni göstermeyen vekil, ... vekaleti gereği gibi ifa etmemiş sayılmalıdır. Tıbbın gerek ve kurallarına uygun davranılmakla birlikte sonuç değişmemiş ise doktor/hastane sorumlu tutulmamalıdır. Diğer yandan 9.12.2003 tarihli Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren BİYOTIP sözleşmesinin 4. maddesinde ise, "araştırma dahil, sağlık alanında herhangi bir müdahalenin, ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak yapılması gerekir" düzenlemesi mevcut olup tedavi ve müdahalelerin bu kapsamda da değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle, öncelikle müdahalenin ilgili mesleki yükümlülük ve standarda uygun olup olmadığı da tartışılmalıdır. Bu husus değerlendirilirken de her somut olayın özelliği de gözardı edilmemelidir. Sözleşmenin amaç ve konu başlıklı 1. maddesinde de, Bu sözleşmenin tarafları, tüm insanların haysiyetini ve kimliğini koruyacak ve biyoloji ve tıbbın uygulanmasında, ayırım yapmadan herkesin bütünlüğüne ve diğer hak ve özgürlüklerine saygı gösterilmesini güvence altına alacaktır düzenlemesiyle tıbbın kötü uygulanmasının önüne geçilmesi amaçlanmaktadır.

Yargıtay 13. H. D.'nin tartıştığımız bu kararının gerekçesinde özellikle bold olarak vurguladığımız ifadeler, tıbbi kötü uygulama iddiasının tartışıldığı birçok Yüksek Yargı kararında yer almaktadır. Bu metinde geçen 'en ufak terddüt', 'en emin yol' gibi ifadeler, ne yazık ki somut olmayan, her olayda kişiye göre değişebilecek durumlardır. Somut olayın şartlarını dikkate almadan, hangi durumun tereddüt içeren bir durum olduğunu ya da hangi yolun 'en emin yol' olduğunu tanımlayabilmek bilimsel olarak da mümkün değildir. İfade etmek gerekir ki, hekimlerin de ilk isteği hastasının sorunsuz sağlığına kavuşmasıdır. Bunu sağlamak için de bilgi ve tecrübeleri doğrultusunda ve sahip oldukları imkanlar çerçevesinde çalışırlar. Bu süreçte istenmeyen bir durum ile karşılaşıldığında ve olay dava konusu olduğunda, hukuk dünyasının kendileri ile empati yapmasını ve ideal şartlarda mükemmeli değil de somut şartlar de olması gerekeni tanımlayarak, talep etmelidir.

Özetle hekimlik mesleği, uygulaması zor, şartları ağır ve tıbbi, etik ve hukuki sorumlulukları son derece yüksek olan bir meslektir. Hekimler mesleki uygulamalarının her aşamasında azami dikkat ve özen içerisinde görev yapmak durumundadır.

5.1.1.1. Ameliyat ekipleri ile ilgili sorunlar

Nöroşirürji ameliyathanesi, daha önce de ifade dildiği gibi yapılan işin özelliği ve hassasiyeti nedeniyle son derece dikkatli ve özenli olunması gereken bir alandır. Bu alan içerisinde, operasyonu gerçekleştirecek cerrahlar dışında, anestezi ekibi, ameliyat sırasında cerrahi malzemelerin temininde yardımcı olan cerrahi teknisyen, ameliyat hemşire ekibi ve kullanılan implant ya da ek bir malzeme ile ilgili teminden ve bazen de kullanılmasından sorumlu teknik ekipler bulunmaktadır. Bu ekip, güvenli ve etkili ameliyat bakımı sağlama hedefiyle tek bir birim olarak işlev görmelidir (Görsel 4.3.). Tüm bu ekibin yapılacak nöroşirürjikal cerrahi girişiminin uygulanması noktasında kendilerine ait sorumluluğu taşımaları, son derece titiz ve dikkatli davranmaları gerekmektedir. Bu bölümde nöroşirürji ameliyathanesi özelinde başta hemşireler olmak üzere ameliyat ekibinin görev, yetki ve sorumlulukları ve çıkabilecek sorunlardan bahsedilecektir. Hastanenin ameliyathane dışında çalışan sağlık meslek mensupları ile ilgili değerlendirme ileriki bölümlerde yapılacaktır.



Görsel. 4.3. Cerrah-hemşire iş birliği (H. Serdar Işık arşivinden)

Ameliyathaneler genel olarak, stresin üst düzeyde yaşandığı, doğru ve yerinde kararların süratle uygulanmasının hastanın yaşam şansını ve kalitesini arttırdığı, asepsi antisepsi ilkelerinin çok özenle uygulanması gereken, koordinasyon ve iş birliğinin üst düzeyde gerçekleştirildiği alanlardır⁵⁶⁷. Nöroşirürji alanında hasta bakımının karmaşıklığının yanı sıra, ameliyatların ve tedavi edilen koşulların yüksek hassasiyetli doğası, etkin ekip işleyişini zorunlu kılmaktadır. Özellikle ameliyathane ortamındaki ekip üyeleri arasındaki iletişim, ameliyatın güvenli bir şekilde gerçekleştirilmesi için çok önemlidir⁵⁶⁸. Nöroşirürji ameliyathanesi içerisinde görev yapan tüm ekibin, hastanın sorumlu hekim tarafından ameliyat listesine yazıldığı andan başlayarak, ameliyatın bitirilip hastanın takip ve tedavisinin sürdürüleceği birime nakline kadar geçen zamanda tanımlanmış görev yetki ve sorumlulukları mevcuttur.

Önceki bölümlerde ayrıntılı olarak tartışıldığı gibi, birlikte çalışılan Anesteziyoloji ve Reanimasyon ekibinin, hastayı ameliyat öncesinde görerek, muayenesini bizzat yapması, uygun anestezi planlamasının yapılması, anestezi işlemi ve ameliyat sırasında hastanın güvenliği açısından gerekli öneri, takip, tedavi hatta konsültasyon taleplerinde bulunmaları ve hastanın sorumlu hekimi ile yakın iletişim içerisinde olmaları, gerektiği zaman sorumlu hekimi uyararak önerilerde bulunmaları gerekir. Önemli konulardan biri de Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanının, hastanın yapılacak operasyonu sırasında uygulanacak anestezi prosedürü hakkında gereken tüm bilgileri vermesi, prosedürün risk ve olası komplikasyonları ayrıca işlemin alternatifleri hakkında hastayı ayrıntılı bir şekilde aydınlatması ve hastanın özgür iradesi ile rızasını alması gerekliliğidir. Anlaşılacağı üzere, genelde tüm ameliyatlarda ve özelde nöroşirürji ameliyatlarında anestezi işlemi bir başka uzman tarafından uygulanan ayrı bir uzmanlık alanı işlemidir ve tüm cerrahi işlemin başarısı için başarılı bir anestezi işlemi gerekliliği şarttır. O halde hem ameliyatı yapan nöroşirürji uzmanı hem de Anesteziyoloji uzmanı çok yakın iletişim içerisinde olmalı, hastanın güvenli ve başarılı bir operasyon geçirebilmesi için gereken tüm önlemleri birlikte almalıdırlar. Tabii ki, operasyona bir başka branş uzman hekiminin dahil olacağı durumlarda, benzer aydınlatma ve rıza prosedürü ilgili uzman tarafından da uygulanmalıdır.

⁵⁶⁷ Kanan, N. (2011). Nöroşirürji Ameliyathane Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları, İ.Ü.F.N. Hem. Derg 19(3), 179-186, s. 180.

⁵⁶⁸ Hartley ve Elowitz, 2020, a.g.k., 474.

Nöroşirürji ameliyathanesinde birlikte çalışılan sağlık meslek mensuplarından biri de ameliyathane teknisyeni ya da teknikerleridir. Ekibin bu parçasının görev yetki ve sorumlulukları, 22.05.2014 tarihli Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik dahilinde tanımlanmıştır⁵⁶⁹. Buna göre, ‘a) Ameliyat odasını malzeme ve teçhizat yönünden cerrahi işlemlerin yapılmasına hazır hale getirir. b) Ameliyat masasını her ameliyattan önce kontrol eder, ameliyata hazır hale getirir ve gerekli destek parçalarını hazırlayarak güvenli bir çalışma ortamı oluşturur. c) Ameliyat esnasında çıkarılan herhangi bir cerrahi materyalin uygun bir şekilde ilgili birime gönderilmesine yardımcı olur. ç) Her bir işlemten veya ameliyattan sonra ortamın temizlenmesini ve dezenfeksiyonunu sağlayarak yeniden kullanıma hazır hale gelmesini sağlar. d) Ameliyattan sonra cerrahi aletleri ve malzemeleri temizler, dezenfekte eder ve kullanıma hazır hale gelmesini sağlar. e) Cerrahi malzemelerin sterilizasyonunu ve uygun şartlarda korunmasını sağlar. f) Hastanın ameliyat odasına alınmasına, pozisyon verilmesine ve ameliyat sonrası nakline yardımcı olur. g) Cerrahi alet ve ekipmanların periyodik muayenelerini yaptırır ve olası arızalarını zamanında haber verir. ğ) Cerrahi işlem sırasında hekimin uygun gördüğü durum ve şekilde cerrahi ekibe yardım eder’.

Nöroşirürji ameliyathanesinde, ameliyathane teknikerleri, yönetmelikte ayrıntılı olarak ifade edilen bu görevleri sistematik ve organizasyon içinde gerçekleştirmesi gerekmektedir. Çünkü nöroşirürji ameliyathanesinde kullanılan malzeme sayı ve çeşitliliği çok fazladır. Başta, bir nöroşirürji ameliyatının olmazsa olmazları olan mikroskopun, skopi cihazının, bipolar ve koter cihazlarının, aspiratörün ve daha birçok cihazın kullanıma hazır halde olması ve ihtiyaç halinde diğer malzemelerin anında ve uygun şekilde temini şarttır. Tüm bu malzemelerin sterilizasyona uygun halde temini ve işlerin ifası sırasında asepsi, antisepsi kurallarına azami dikkat edilmesi hastanın güvenli bir cerrahi geçirebilmesi için çok önemlidir.

Sağlık hizmeti sunumunda hemşirelerin yeri çok önemlidir. Çalışmamızın organizasyon ve sistemi tanımladığımız bölümünde genel anlamda hemşirelik mesleği ve mevzuatı hakkında ayrıntılı tanımlama yer alacaktır. Bu bölümde nöroşirürji ameliyat hemşireliği ele alınacaktır.

⁵⁶⁹ R. G. 22.05.2014 / 29007.

Genel anlamda bakıldığında hastanın ameliyat odasına girişinden, operasyonun tamamlanıp çıkışına kadar olan süreçte hastanın iyiliği ve güvenliği hemşirenin sorumluluğundadır. Gereken tüm hazırlıklar tamamlandıktan ve hasta ameliyathaneye kabul edildikten sonra hastanın operasyon masasına güvenli bir şekilde alınması, operasyona başlamadan önce kullanılacak cerrahi malzemelerin sterilizasyon kurallarına uygun şekilde açılması ve operasyon sırasında cerrahiye uygulayacak ekibe en uygun şekilde iletilmesi, ameliyat sırasında hastanın pozisyonunun doğru ve güvenli bir şekilde olduğunun takibi, tüm steril alanın steril olarak korunmasının takibi ve tüm çevresel faktörlerin izlenmesi ameliyat hemşirelerinin görev ve sorumluluğundadır⁵⁷⁰.

Nöroşirürji ameliyatları hastaya, mevcut patolojinin lokalizasyonuna ve ameliyat tekniklerine uygun olarak çok çeşitli pozisyonlar verilerek uygulanan girişimlerdir ki bu konuda geniş bilgi bir önceki bölümde verilmişti. Beyin (kranial) ameliyatların birçoğunda çivili başlık tabir edilen alet ile baş sabit bir pozisyona alınır. (Görsel 4.4.). Bu şekilde beyin içerisinde mikroskop ile yapılan milimetrik ameliyatların güvenle yapılabilmesi sağlanır. Tüm bu pozisyon verme aşamaları en az ameliyat kadar önemlidir ve son derece dikkatli ve özenli davranmak gerekir. Bu aşamalar sırasında sorumlu hekimin yani hastanın cerrahının sevk ve idaresinde anestezi ekibi, ameliyat hemşireleri ve ameliyathane teknikerleri uyum ve koordinasyon içerisinde çalışmalıdır. Hastaya gerekli pozisyon verdikten sonra operasyon sahasının steril olarak kapatılması işlemi de yine hekim ile birlikte hemşirenin görev ve sorumluluğunda gerçekleşir.



Görsel 4.4. Kranial cerrahi için çivili başlık ile pozisyon (H. Serdar Işık arşivi)

⁵⁷⁰ Kanan, 2011, a.g.k., 180.

Ameliyat sırasında nöroşirürji hemşiresi, ameliyatı yapan hekime gerek cerrahi aletlerin iletiminde gerekse ekartasyon, kanama kontrolü, sterilizasyonun takibi gibi birçok konuda çok önemli role sahiptir. Hemostaz için kullanılacak malzemeler cerrahın tercihlerine uygun şekilde hazırlanmış ve kullanıma hazır halde tutulmalıdır. Ameliyat bölgesinden kanama kontrolü için kullanılan spanç ve pediler (beyin içerisinde hemostaz amaçlı kullanılan malzemeler) hemşire masasında uygun alanda saklanır ve böylece aspiratöre gelen kan ile birlikte kanama kontrolü sağlanır. Ameliyat hemşiresi gereğinde cerrahı ve anestezi ekibini uyarır ve hastanın operasyon sürecinin güvenli devamına katkı sağlar. Ameliyatın bitiminde kullanılan malzemelerin sayımını yaparak, ameliyat sahasında yabancı bir madde kalmaması için gereken önlemi alır ve son durumdan cerrahı bilgilendirdikten sonra kapanış prosedürüne geçilir.

Çalışmamızın önceki bölümlerinde yer verdiğimiz ve tartıştığımız, vücutta unutulmuş yabancı cisimler ile Yüksek Mahkeme Karar'larını bu bölümde tekrar tartışmayacağız. Ancak tekrar ifade edilmelidir ki, nöroşirürji ameliyat hemşireleri de en az hekimler kadar dikkatli ve özenli çalışmak zorundadır. Aksi takdirde görev ve sorumluluk alanlarına giren konular ile ilgili gelişen olumsuzluklar nedeniyle medikolegal bir davanın tarafı olmak durumunda kalabilmektedirler.

4.2.3. Post-operatif sorunlar

Hastaların kaliteli ve güvenli bir sağlık hizmeti alabilmesi için, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemdeki dikkat ve özen aynı şekilde ameliyat sonrası bakım sırasında hatta taburculuk sonrası takip aşamasında da gösterilmelidir. Hastalardaki genel inanın aksine, ameliyat bittiğinde sorunun tamamen bittiğini düşünmek doğru değildir. Hastanın ameliyat sonrası takip ve tedavisi en az ameliyat sırasında yapılan işlemler kadar önemlidir. Çalışmamızın bu bölümünde hastaların ameliyat sonrası servis ya da yoğun bakımdaki takipleri ile ilgili sorunlar, çıkabilecek komplikasyonların yönetimi ve taburculuk sonrası karşılaşılabilecek sorunlar yine Yüksek Yargı Kararları eşliğinde tartışılacaktır.

4.2.3.1. Servis ya da yoğun bakım takipleri ile ilgili sorunlar

Hastanelerde hekimlerin, yatış endikasyonu koyarak hastaları tetkik ve tedavi amacıyla takip ettikleri yerler servisler ve yoğun bakımlardır. Ameliyatlardan sonra hastalar, tanı ve yapılan cerrahinin ciddiyeti ve takip gereksinimlerinin durumuna göre ve cerrahi ile anestezi ekiplerinin kararları doğrultusunda servislere ya da yoğun bakımlara alınarak takip ve tedavilerine devam edilir. Hastanın genel durumu, nabız, şuur-pupil, tansiyon, ateş ve gerekirse oksijen satürasyonu gibi vital bulgularının takipleri yapılır. Ayrıca mevcut ise, idrar sondası, drenler ve vücuda takılı diğer kateterlerin takibi ve bakımı, vücuda giren (serum, beslenme, vs.) ve çıkan (idrar, drenlerden gelen, vs) her türlü sıvının takibi ve ölçümü ayrıca hekimin order ettiği tüm tedavi işlemleri uygulanır.

Hastanelerin büyüklüğü ve içerisindeki ekiplerin sayısı ve yoğunluğu doğrultusunda servis ve yoğun bakımlarda çalışan ekipler oluşturulur ve bu suretle takip ve tedaviler gerçekleştirilmektedir. Hastanın müdavi hekimi öncelikle sorumlu olsa da başta hemşireler olmak üzere, var ise uzmanlık öğrencileri ve diğer personeller kendi görev dağılımları dahilinde çalışmaktadır. Doğaldır ki müdavi hekimler, hastane içerisindeki başka görevleri nedeniyle, poliklinik, acil servis, ameliyathane gibi yerlerde de olabilmektedir. Bu nedenle, hastada gelişebilecek ve hekimin haberi olması gereken ya da bir hekim müdahalesi gereken bir durum olduğunda ilgili hemşireler durumu ivedilikle hekime haber vermelidir. Sonrasında hekimin değerlendirmesi, kararı ve talimatları doğrultusunda takip ve tedaviye devam edilir.

Hastaların yattıkları servislerin tertip ve düzeni, temizliği, Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun⁵⁷¹ (KVKK) hükmettiği şekilde mahremiyet kurallarına uygun şartların hazırlanması, ısıtılması ve soğutulması suretiyle uygun sıcaklığın sağlanması, hasta ve refakatçi yemeklerinin dağıtımı ve tüketilmesi, servis içerisinde hasta ve refakatçiler için mümkünse uygun sosyal alanlar sağlanması gibi görevler öncelikle idarenin organize etmesi gereken hizmetlerdir. Bunların sağlanması sonrası, hizmetlerin düzen, takip ve kontrolünün sağlanması ise yine servis sorumlu hemşiresi başta olmak üzere hemşireler tarafından yürütülür. Yoğun bakımlarda hastaların beslenmesi, kişisel hijyenlerinin sağlanması başta olmak üzere birçok görev hemşireler tarafından yürütülür.

⁵⁷¹ 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu. R. G. 07.04.2016 / 29677.

Görüldüğü üzere hemşireler servis ve yoğun bakım takip ve tedavi işlemlerinin öncelikli görevlisi durumundadırlar. Bir hastanın herhangi bir nedenle ameliyatı ve iyileşerek taburcu olması süreçleri, müdavi hekim ve hemşireler başta olmak üzere, içinde idari işlerin de dahil olduğu çok büyük bir ekibin uyumlu ve organize çalışmasını gerektirir. Servis ve yoğun bakım takibi ile alakalı medikolegal dava konusu olmuş Yüksek Yargı Karar örnekleri mevcuttur. Yargıtay 12. C. D.'nin 25.06.2015 tarihli kararında⁵⁷²;

‘... 30.09.2010 tarihinde boyun ağrısı, kol ağrısı şikayetleri ile 1970 doğumlu hastanın ..Hastanesine başvurduğu, servikal disk hernisi tanısı ile yatırılarak beyin ve sinir cerrahisi uzmanı sanık tarafından 12.30'da ameliyathaneye alındığı, komplikasyon olmadan 14.30'da hastanın operasyonu tamamlandığı, postop genel durumu iyi, şuur açık, koopere olduğu, saat 17.30'da akşam vizitinin yapıldığı, hastanın ağrısının olmadığını taburcu olmak istediğini belirttiği, saat 19.30 sıralarında oral almasını postop 1. gün komplikasyon gelişebileceği söylenerek taburcu edilmediği, saat 19.30'da hemşire gözleminde nefes darlığı olduğu, operasyon bölgesinde şişlik olduğu, hastanın operasyon yeri açılarak hematoma boşaltıldığı ve operasyon bölgesine penröz dren yerleştirildiği, hastanın rahatladığı, takiben oral gıda aldığı, saat 21.40 sıralarında tekrar nefes darlığı gelişen hastanın yatağında hematoma boşaltıldığı, hastanın kasıldığı, solunum arrestine girdiği, hemen entübe edildiği, ameliyata alındığı. SKM-orta hatta cilt süturları alındığı platizma süturları açılarak derinleştirildiği, otomatik ekartöf yerleştirildiği, pıhtılı hematoma drene edildiği, hemostaz yapıldığı, servikal protez çıkarıldığı, mesafede kanama kontrolü yapıldığı, penröz dren konularak usule uygun kapatılarak ... Eğitim Araştırma Hastanesine sevk edildiği, ventilötöre bağlandığı, epileptik ataklarının olduğu, durumun kontrol altına alınmaya çalışıldığı, ancak cevap alınamayınca yüksek doz pentothal infuzyonu ile kontrol altına alınabildiği, en az 3 gün bu şekilde uygulama öngörüldüğü, tedavisi devam ederken 14.10.2010'da öldüğü, Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulunca düzenlenen raporda, kişinin klinik bulgularına göre konulan tanının doğru olduğu, tanıya uygun cerrahi yapıldığı, ameliyat sırasında kanama kontrolü yapıldığı, dren konulmasına ihtiyaç duyulmadığı, postop takiplerinde mobilize olduğu, oral beslendiği ancak yara yerinde şişlik ve solunum sıkıntısı olduğu, Beyin Cerrahi uzmanının acil olarak müdahale ettiği, yatak başında dren koyarak takibe aldığı, kişinin rahatladığı, ilerleyen saatlerde tekrar yara yerinde şişlik ve solunum sıkıntısı olduğu, müdahale için ameliyathanenin hazırlandığı, solunum arresti olması üzerine yatak başında yara yeri açılarak hematoma drene edildiği, ameliyatta akut kanama odağı olmadığı, bu tür ameliyatlarda yakın damar komşulukları nedeniyle kanama olabileceği, bunun bir komplikasyon olduğu, komplikasyona yönelik zamanında müdahale yapıldığı, ilk ameliyatta dren konulma zorunluluğu olmadığı da dikkate alındığında kişinin tedavisine katılan Dr... atfı kabil kusur bulunmadığının oybirliğiyle mütalaa olunduğu, hastanede eksiklik olduğuna ilişkin tespitin olmadığı anlaşılmakla; ...kanun yararına bozma talebinin CMK'nın 309. maddesi uyarınca REDDİNE, şeklinde hüküm kurulmuştur.

⁵⁷² Yargıtay 12. C. D.'nin 25.06.2015 tarih ve 2015/4264 Esas, 2015/11937 Karar sayılı kararı. Erişim. <https://karararama.yargitay.gov.tr/>. 10.09.2023.

Karar özetine göre, her şeyin yolunda ve usule uygun olduğu bir servikal disk ameliyatı sonrasında hastanın serviste takibinde ortaya çıkan komplikasyonun yönetiminin tartışılması söz konusudur. ATK raporunda da belirtildiği üzere gelişebilecek bir komplikasyon sonrası, servisteki takibin dikkati ve özeni sayesinde durum erken fark edilmiş, gereken müdahaleler yapılmış buna karşın sonuçta hasta vefat etmiştir. Mevzuatımız gereği, hekim ortaya çıkan sonuçtan değil, hastanın tedavi sürecinde gösterdiği dikkat ve özenden sorumludur. Bu açıdan bakıldığında, servis hemşiresinin hastayı yakın takibi ve hekimin hızlı ve yerinde müdahaleleri, somut olayda sonuç vefat olsa da mahkeme neticesinde bir kusur durumu ortaya çıkmamıştır. Karar bize göre de doğru ve yerindedir.

Post-operatif hasta takibi ile ilgili oluşan sorunun tartışıldığı, Yargıtay 12. C. D.'nin 24.12.2014 tarihli kararında⁵⁷³;

Görevi kötüye kullanma suçundan sanığın mahkûmiyetine ilişkin hüküm, sanık müdafii tarafından temyiz edilmekle, dosya incelenerek gereği düşünüldü: ... Bel ve sol bacak ağrısı şikayetiyle 15.04.2009 tarihinde ... Eğitim ve Araştırma Hastanesine müracaat eden 1964 doğumlu ölenin muayenesinin, asistan tarafından yapıldığı, ölenin, yardımcı doçent olan sanıkla görüşmek istediğini söylemesi üzerine sanığın da aynı gün öğleden sonra öleni muayene ettiği ve ameliyat olması gerektiğine karar verilerek anestezi uzmanına gönderildiği, ameliyata onay verildiği ancak ölenin, ailesiyle görüşmek istediğini bildirmesi üzerine cerrahi müdahale için 20.04.2009 tarihi verilerek gönderildiği, belirtilen tarihte hastaneye yatışı yapılan ölenin 21.04.2009 tarihinde saat 09:40 sularında bel fıtığı nedeniyle ameliyata alındığı, ameliyatın sanık ve asistan ... tarafından yapıldığı, saat 12:00 itibariyle ameliyatın sona erdiği ve uyandırılan ölenin, 12:45 itibariyle hastanenin yoğun bakım servisine yatırıldığı, öleni son olarak 16:30-17:00 civarında muayene eden sanığın, hastaneye ait diğer ek binada nöbet tutmak üzere hastaneden ayrıldığı, saat 19:00-19:30 sularında sanığın, acil doktoru tarafından arandığı ve ölenin taşikardisi olduğunun söylendiği, bunun üzerine acil hemogram isteyen sanığın, 10 dakika sonra hb değerinin 6.4 olduğunun bildirilmesi üzerine hastanın acil olarak nöbetçi olduğu Bilkent ana binaya sevkini istediği, saat 20:30-21:00 sularında, sanığın bulunduğu hastaneye sevk edilen ölenin, resüsitasyon odasına alındığı, genel durumu kötü, şuuru kapalı ölene 45 dakika kardiopulmoner resüsitasyon uygulandığı, Adrenalin, bikarbonat ve atropin yapılan ölenin resusitasyona cevap vermeyerek saat 21:50 itibariyle yaşamını kaybettiği olayda; Adli Tıp Kurumu 1. ihtisas Kurulu'nun 17/10/2012 tarih ve 4098 karar sayılı raporunda; zamanında otopsi yapılarak iç organ değişimleri araştırılmamakla birlikte mevcut bulgularla kişinin ölümünün lomber disk ameliyatı sırasında oluşan, kaynağı saptanamayan kanama ve gelişen komplikasyonlar sonucu meydana gelmiş olduğunun belirtilmesi, cerrahi müdahale sırasında oluşan bir kesinin tespit edilememiş olması ve sanık tarafından gerçekleştirilen tıbbi müdahale ile ölüm olayı arasında nedensellik bağının şüpheye yer

⁵⁷³Yargıtay 12.C.D.'nin 24.12.2014 tarihli ve 2014/1166 Esas, 2014/26523 Karar sayılı kararı. Erişim. <https://karararama.yargitay.gov.tr/>. 10.09.2023.

vermeyecek şekilde kesin olarak tespit edilememiş olması karşısında; ileri tetkikleri yaptırmayarak ve batın BT çekmeyerek ihmal suretiyle görev gereklerine aykırı hareket eden sanığın eyleminin 5237 sayılı TCK'nın 257/2 maddesine uyan ihmalî davranışla görevi kötüye suçunu oluşturduğu gözetilmeden, yanlış değerlendirme sonucu eylemin 5237 sayılı TCK'nın 257/1 maddesi kapsamında değerlendirilip mahkumiyet hükmü kurulması suretiyle fazla ceza tayin edilmesi, Kanuna aykırı olup, ...isteme uygun olarak BOZULMASINA, 24.12.2014 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

Lomber disk hernisi cerrahisi uygulanan hastanın yoğun bakımda takibi sırasında gelişen muhtemel bir kanama nedeniyle vefatının konu olduğu kararda, ileri tetkik yaptırmaması ve batın BT çekmeme gerekeceği ile hekimin ilk derece mahkemesince görevi kötüye kullanma suçundan mahkumiyetine hükmedilmiş, temyizen Yargıtay 12. C. D.'nin görevi ihmal suçundan mahkûm olması gerektiği gerekçesi ile kararı bozmuştur. Olay incelendiğinde, hekimin hastayı muayene ettiği, ameliyatını gerçekleştirdiği, post operatif dönemde takibini yaptığı ancak ilgili sağlık kuruluşunun bir başka binasında (opere olduğu merkeze yakın olmayan) nöbetçi ve görevli olması nedeniyle binadan ayrıldığı anlaşılmaktadır. Hastanın takibini yapan yoğun bakım görevlileri hastanın durumunda ani bir değişiklik fark ettiklerinde, binada görevli acil hekimine bilgi vermişler, hekim de diğer binada nöbetçi olan hastanın müdavi hekimine durumu haber verdiği görülmektedir.

Anlaşılan odur ki, ameliyatı gerçekleştiren hekim hem nöbet yerini terk etmemek hem de ekip ve ekipmanlar açısından çok daha donanımlı olan hastane ana binasına hastanın acil naklini talep etmiştir. Hasta hızlıca nakledilmesine rağmen, hastaneye gelişte arrest olmuş ve müdahalelere rağmen kurtarılamamıştır. Öncelikle ifade etmek gerekir ki, yine karar özetinden anlaşıldığı kadarı ile hekimin hastaya ileri tetkik yaptıracak (BT vs. isteyecek) bir zamanı olamamıştır, geldiğinde arrest olan hastaya resüsitasyon işlemi uygulanabilmiştir, bu nedenle bu konuda kusuru olduğunu düşünmemektediriz. Olay ve sonuca bakıldığında bir hizmet kusuru tartışılması gerekirse bize göre tartışılması gereken nokta, hekimin gündüz ameliyat yapılan yerde değil de ilgili merkezin epeyce uzağında olduğu bilinen bir başka merkezde nöbetçi olarak görevlendirilmesinin organizasyon kusuru olup olmadığı noktasıdır. Hekim gündüz mesai saatleri dahilinde ameliyat vs diğer işlerini yapmış, hastasının kontrol muayenesi de yaparak herhangi bir sorun olmadığını müşahade etmiş, nöbetçi olduğu başka bir binada halen çalışıyor iken, gelişen komplikasyona müdahale etmek için de verilmesi gereken en doğru kararı vermiş ve uygulamıştır. Bu durumda bir hekimi ilk derece

mahkemesinin TCK 257/1'den yani görevi kötüye kullanma suçundan yargılaması ve mahkûm etmesi doğru ve yerinde olmamıştır. Bize göre, beraat kararı vermesi gereken Yargıtay 12. C. D'nin TCK 257/2 'den yani görevi ihmal suçundan mahkûm olması gerektiğinin tespiti ve bu yöndeki kararı da doğru ve yerinde olmamıştır. Ancak bir kez daha ifade etmek gerekir ki, hekimi aktif çalıştığı yerden bir başka yere akşam nöbeti için görevlendiren idarenin organizasyon kusuru tartışılabilir bir noktadır.

Bölüm özeti olarak ifade etmek gerekir ki, hekim cerrahi işlemi başarıyla uygulamış olsa da gerektiği gibi yapılmayan bir servis ya da yoğun bakım takibi, sürecin olumsuz sonuçlanmasına neden olabilecektir. Bu nedenle gerek hekimler gerekse başta hemşireler olmak üzere diğer sağlık çalışanları, post operatif dönem hasta takibini azami dikkat ve özen içerisinde yapmalıdır.

4.2.3.2. Gelişebilecek komplikasyonların yönetimi

Post operatif dönem, hastaların ameliyat sonrası yakın takip edilmeleri gereken ve birçok komplikasyonun gelişebileceği bir tedavi aşamasıdır. Bu aşamada, özellikle post op erken dönemde kanamalar başta olmak üzere, akciğer problemleri, enfeksiyonlar, epileptik nöbetler, venöz tromboemboli ya da pulmoner emboliler gibi birçok istenmeyen durum gelişebilir. Cerrahlar ve birlikte çalışan ekipler, olası bu problemlerin gelişme ihtimali ve önlenmesi noktasında yapacakları bilmeli ve gereken önlemleri almalıdırlar. Unutulmamalıdır ki, post operatif komplikasyonların gelişme risk ve olasılığı, her ameliyat ve her hasta için çok farklı seyreder. Örneğin çok yaşlı bir hastada, uzun süren prone pozisyonda bir cerrahi yapılmış ise bu hastada akciğer komplikasyonları gelişme ihtimali ya da travma sonucu getirilmiş bir hastada açık depresyon kırığı varsa enfeksiyon gelişme riski daha fazla olacaktır. Bunun yanında, hastaların yandaş hastalıkları nedeniyle oluşabilecek komplikasyonlar açısından da post operatif dönemde dikkatli olunmalıdır.

Post operatif dönemde kanamalar genellikle ameliyat bölgesinde, yetersiz hemostaza bağlı olabileceği gibi, hastanın kanama diatezine ya da özellikle anesteziyen uyandırılma aşamasında yükselen tansiyona bağlı da gelişebilir. Gerekçe ne olursa olsun, post operatif erken dönemden başlayarak, bu ihtimal akıldan çıkmamalı, özellikle kranial ameliyatlardan açısından hastanın bilinç durumu, pupil takibi ve vital bulgularının takibi yakın bir şekilde yapılmalıdır. Ameliyat bölgesinde dren var ise, çalışıp çalışmadığı ve

ne kadar getirdiği yakın takip edilmeli, belli aralıklarla dren boşaltılarak, miktarları kayıt altına alınmalı, kan tablosu durumuna göre gerekirse kan transfüzyonu uygulanmalıdır. Kimi zaman intrakranial cerrahiler sonrası ameliyat lojunda gelişebilecek kanamalar, kafa içi basıncını arttırarak bilinç değişiklikleri başta olmak üzere birçok semptomu neden olabilir. Bu durumda çok hızlı bir şekilde hastanın tekrar ameliyata alınması ve kanamanın boşaltılması gerekebilir. Tüm bu durumlar için hazırlıklı olunmalı, gelişmesi durumunda yapılması gerekenler için önlemler alınmalıdır.

Enfeksiyon riski ve özellikle cerrahi alan enfeksiyon riski tüm cerrahi branşların post operatif dönemde en başta gelen komplikasyonlardan biridir. Özellikle ventriküloperitoneal şant ameliyatları ya da spinal bölgede enstrümantasyon yapılan ameliyatlarda sonrası gelişebilecek enfeksiyonlar yüksek morbidite hatta mortalite oranları nedeniyle cerrahların korkulu rüyasıdır. Son yıllarda görüntüleme yöntemlerindeki kalite artışı ve gelişen tedavi modaliteleri bu olgularda prognoz daha iyi olduğu ifade edilmektedir⁵⁷⁴. Yine de gelişmesi durumunda, uzun süren ve gerek hastayı gerekse hekimleri oldukça yoran bir tedavi süreci olan bir komplikasyon olması nedeniyle önlenmesi için gerekli tüm önlemler alınmalıdır. Örneğin cerrahi alanın ameliyat öncesi temizliği, cerrahi setlerin sterilizasyonun kontrolü, ameliyat sırasında steril koşulların bozulmamasına azami dikkat, post operatif dönemde yara yeri temizliği ve pansumanların usulünce yapılması ve uygun görülen profilaktik antibiyotik kullanılması bunlardan bazılarıdır. Fransa’da yapılan bir çalışmada, mahkemeye yansıyan 115 nöroşirürji davası incelenmiş ve bunların % 37’sinde cerrahi alan enfeksiyonu olduğu tespit edilmiş olup yazarlar bu durumda yapılan suçlamanın hekimden ziyade tüm kuruma yönelik olduğunu ifade edilmektedir⁵⁷⁵.

Serebral dokuyu ilgilendiren cerrahilerde hastanın epileptik nöbet geçirmesini engellemek için gereken antiepileptik ilaçlar başlanarak, nöbet riski azaltılmalıdır. Ne var ki, uzun dönem kullanılması gereken bu ilaçlar da kimi zaman nöbet geçirilmesini engelleme noktasında yetersiz kalabilmektedir. Bu durum, ilacın kan düzeyi ölçülerek doz ayarlaması ya da ek bir başka grup ilaç başlanması gibi önlemler gerekebilir. Nöbet geçirme riski olan hasta ve aileleri, bu açıdan özellikle bilgilendirilmeli, böyle bir durumda yapacakları konusunda önerilerde bulunulmalıdır.

⁵⁷⁴ Mete, M., ve Ünsal, Ü. Ü. (2019). Santral Sinir Sistemi Enfeksiyonlarında Nöroşirürji, (Ed. Arslantaş, A.) Temel İlkeleri Nöroşirürji, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Yayınları. 139-147.

⁵⁷⁵ Emery, Balossier ve Mertens, 2014, a.g.k., 220.

Özellikle yaşlı ve uzun süre hareketsiz kalan hastalar için bir başka komplikasyon riski venöz tromboembolik hastalıklar olup, derin ven trombozu ya da pulmoner emboli şeklinde gelişebilirler. Pulmoner emboliler için hastane önlenebilir ölümlerinin en sık nedeni olduğu bildirilmektedir. Özellikle majör cerrahilerde, daha önce venöz tromboemboli geçirmiş olanlarda, hemoptizisi olanlarda ve kanser hastalarında riskin arttığı bildirilmektedir⁵⁷⁶. Bu komplikasyonun önlenebilmesi için, mekanik yöntemler (Kademeli basınç çorapları, aralıklı pnömotik kompresyon cihazları ya da venöz ayak pompası vs.), farmakolojik yöntemler (standart Heparin, Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin, vs) ya da inferior vena cava filtresi uygulanması gibi yöntemler uygulanabilir. Ne var ki, hangi vakada hangi profilaktik yöntemin uygulanması gerektiği noktasında literatürde tartışmalar vardır ve kliniklerin hangi yöntemi ne şekilde kullanmaları gerektiğini, kliniklerin ve hekimlerin tecrübeleri doğrultusunda kendileri belirlemeleri gerektiği bildirilmektedir⁵⁷⁷.

Özetle, yapılan cerrahinin ağırlığı ve ciddiyetine göre kısaca ifade ettiğimiz sık görülen bu komplikasyonlar dışında birçok başka olumsuz durumlar ile de karşılaşılabilir. Hekimlere düşen görev, bilinen olası komplikasyonların önlenmesi adına gerekenleri yapmak, buna rağmen komplikasyon gelişmesi durumunda erken fark etmek ve güncel tıbbi standartlar dahilinde gereken tedaviyi uygulamaktır. Burada bir kez daha ifade etmek gerekir ki, gelişen komplikasyon primer hastalığın devamı gibi algılanmamalı, durum hakkında hasta tekrar bilgilendirilmeli ve uygulanacak tedavisi için rızasına başvurulmalıdır.

Lomber stabilizasyon uygulanan bir ameliyat sonrası yara yerinde gelişen akıntı ve enfeksiyon olgusunun konu olduğu Danıştay 10. Daire Başkanlığı'nın 29.03.2021 tarihli kararında⁵⁷⁸;

⁵⁷⁶ Ulusal Venöz Tromboembolizm Profilaksi ve Tedavi Kılavuzu, (2010). (Ed. Demir, M., Erdemli, B., Kurtoglu, M., ve Öngen, G.

⁵⁷⁷ Papadimitriou, K., ve ark. (2012). Tromboembolic Events and Spinal Surgery, Journal of Clinical Neuroscience, 19(12), 1617-1621.

⁵⁷⁸ Danıştay 10. Daire Başkanlığı'nın 29.03.2021 tarih ve 2020/4596 Esas, 2021/1427 Karar sayılı kararı. Erişim. Lexpera. 08.02.2024.

Davacının, 30/10/2006 tarihinde bel ve bacak ağrısı şikayetleri ile... Devlet Hastanesi beyin ve sinir cerrahisi polikliniğine müracaat ettiği, burada görevli hekim tarafından yapılan muayenesi neticesinde LDH vertebra teşhisi konulduğu ve ameliyat önerisi ile davacının hastaneye yatırıldığı, ameliyat için gerekli hazırlıklar tamamlandıktan sonra 06/11/2006 tarihinde L3-4-5 seviyelerine vida ile stabilizasyon ve füzyon operasyonu yapıldığı, ameliyat sonrası takip ve tedavileri tamamlanan davacının 13/11/2006 tarihinde taburcu edildiği, bir süre sonra ameliyat bölgesinde akıntı meydana gelmesi nedeniyle hastaneye başvurduğu, verilen tedaviden sonuç alınamaması üzerine 08/01/2007 tarihinde tekrar hastaneye müracaat ettiği ve doktor tarafından yapılan muayenesi neticesinde, enfeksiyon düşünülerek hastaneye yatışının yapıldığı ve antibiyotik tedavisine başlanılarak, davacıya 15/01/2007 tarihinde hemşire tarafından enjeksiyon yapıldığı, serviste 9 gün yattıktan sonra ağrıları azalan davacının, çocukları İstanbul'da olduğu ve tedavisini orada yaptırmak istediği için taburcu edildiği, 25/01/2007 tarihinde postoperatif enfeksiyon teşhisi ile ... Eğitim ve Araştırma Hastanesine yatışının yapıldığı, gerekli tetkikler yapıldıktan sonra 31/01/2007 tarihinde ameliyata alındığı, mevcut enstrümanlar çıkarılıp, kültür materyali alındıktan sonra enfeksiyon bölgesinin temizlendiği ve ameliyata son verildiği, enfeksiyon hastalıkları uzmanı ile konsülte edildikten sonra antibiyotik tedavisi düzenlendiği ve 05/02/2007 tarihinde taburcu edildiği, ancak, şikayetlerinin tekrarlaması üzerine tekrar hastaneye yatışı yapıldığı ve enfeksiyon hastalıkları kliniğine nakledildiği, bir süre daha tedavi uygulandıktan sonra kalan tedavisi evde tamamlanmak üzere 21/06/2007 tarihinde taburcu edildiği, davacının şikayetlerinin devam etmesi üzerine 21/03/2008 tarihli dilekçe ile, ... Devlet Hastanesinde yapılan tıbbi ameliyelerde hizmet kusuru işlendiğinden bahisle tazminat ödenmesi istemli başvuruda bulunulduğu, bu başvurunun reddi üzerine bakılan davanın açıldığı anlaşılmaktadır.

... olaya yönelik olarak Adli Tıp İhtisas Kurulunca hazırlanan ... tarih ve ... sayılı raporda, davacının 06/11/2006 tarihinde ... Devlet Hastanesi'nde L3-4-5 seviyelerine vida ile stabilizasyon ve füzyon operasyonunda tedavinin cerrahi endikasyonun doğru olduğu, uygulanan cerrahi tedavinin teknik açıdan yeterli olduğu, gelişen spondilit, spondilodiskit ve paraspinal apsenin bu tür cerrahi girişimlerden sonra olabilecek komplikasyonlardan olduğu, 06/11/2006 tarihinde yapılan ameliyatta yabancı cisim yerleştirildiği göz önüne alındığında 21/11/2006 tarihinde akıntı nedeniyle başvurduğunda mevcut durumun bir komplikasyon olduğu, ancak yabancı cisim ile ilişkili ve hastane kaynaklı olması muhtemel etkeni saptamak amacıyla kültür için klinik örnek alınması ve tedavinin saptanacak etkene yönelik planlanması gerektiği ayrıca hastaya başlanan **augmentin tedavisinin oral olarak verilmiş olduğu, kemik ve yabancı cismin söz konusu olduğu bir enfeksiyon hastalığında tedavisinin paranteral ve yüksek doz verilmesi gerektiği**, lokal antibiyotiklerinde etkili olmayacağı, bu konuda eksik tıbbi eylemin bulunduğu, 15/01/2007 tarihinde yapıldığı bildirilen enjeksiyon sonrası geliştiği bildirilen sağ siyatik sinirin enjeksiyon nöropatisi iddiası ile ilgili olarak ise bulguların enjeksiyon nöropatisi ile uyumlu olduğu ancak enjeksiyonun yanlış yere yapıldığına dair tıbbi bulgu bulunmadığı, enjeksiyon doğru yere yapılmış olsa dahi enjeksiyon yapılan yerde oluşabilecek ödem ve/veya hematoma sinire mekanik baskı yapabileceği, ayrıca ilacın difüzyon yolu ile sinir içine nüfuz edip toksik etki ile de sinire hasar verebileceği, bu durumlarında enjeksiyon uygulamalarının beklenir komplikasyonlarından olduğu cihetle hemşirenin eyleminin tıp kurallarına uygun olduğu yönünde görüş belirtildiği, davacının %14 oranında meslekte kazanma gücünü kaybetmiş sayılacağı ve oranın

enjeksiyon nöropatisine bağlı olarak gelişen düşük ayak sendromunun bir sonucu olduğunun belirtildiği, davacının LDH Vertebra ameliyatına bağlı olarak gelişen maluliyet oranının belirtilmediği, ameliyat sonrasında davacıda gelişen enfeksiyonla ilgili gerekli ve etkin tedavinin yapılmamış olmasının hizmet kusuru oluşturmaması nedeniyle olayda idareye yüklenebilecek hizmet kusuru bulunmakla birlikte, davacı için hükmedilecek maddi tazminat noktasında LDH vertebra ameliyatına bağlı olarak gelişen maluliyet oranının da belirlenmesi amacıyla Adli Tıp İhtisas Kurulunca hazırlanan ... tarih ve ... sayılı raporda, davacının LDH vertebra ameliyatı yönünden sürekli bir maluliyetinin bulunmadığı, davacının enfeksiyon tedavisindeki eksik eylem nedeniyle 6 ay süreyle iş göremez olduğu hususuna yer verildiği,

... Mahkemece, esastan yeniden karar verilirken dava konusu olayda idare ile arasında rücu ilişkisi doğabilecek kişi veya kişilerin tespit edilerek davanın res'en ilgililere ihbar edilmesi gerektiğinden bu husus gözetilmeksizin yapılan yargılama sonucunda verilen kararda hukuka uygunluk bulunmamaktadır.

Karar özetinde görüldüğü gibi, hastaya lomber stabilizasyon ameliyatı uygulanmış, yatarak tedavisi ve kontrolleri sorunsuz tamamlanmıştır. Ameliyattan 15 gün sonra yara yerinde gelişen akıntının (enfeksiyona bağlı) bilirkişi raporuna göre yeterince etkin ve tıbbi standartlara uygun tedavisinin gerçekleştirilmediği gerekçesi ile eksik tıbbi eylem uygulandığına karar verilmiş olup, tedavi sırasında gelişen ve asıl maluliyet sebebi olan enjeksiyon nöropatisi komplikasyon olarak nitelendirilmiştir. Maluliyet açısından alınan ek ATK raporunda ise, 'enfeksiyon tedavisindeki eksik eylem nedeniyle 6 ay süreyle iş göremez olduğuna' karar verilmiştir. Bize göre bilirkişi raporları son derece yerindedir ve somut olayı doğru analiz etmiştir. Muhtemeldir ki hekim, hasta ilk kontrole geldiğinde, yara yerinde olan akıntıyı yüzeysel yara enfeksiyonu olduğu yönünde düşünmüş ve yeterli olacağı savıyla, oral antibiyotik tedavisi başlamıştır. Ancak bilinmektedir ki, özellikle enstrüman kullanılan ameliyatlarda, enfeksiyon oldukça risk yaratan bir durumdur ve dikkatli tetkik edilerek, etkin tedavi başlamak gerekmektedir. Bu anlamda bilirkişi raporu ve ilk derece mahkemesinin daha önceki bozma kararı sonrası verdiği karar doğru ve yerindedir, ne var ki karar bir kez daha rücu ilişkisi olacak kişilere ihbar edilmediği gerekçesi ile Danıştay 10. Daire Başkanlığı tarafından bozulmuştur.

Yapılan bir işlem sonrası gelişen komplikasyon yönetiminin tartışıldığı bir başka Yüksek Yargı Kararı da Yargıtay 12. Ceza Dairesi'nin 04.04.2019 tarihli kararıdır⁵⁷⁹. Karar özetinde;

⁵⁷⁹ Yargıtay 12. C. D.'nin 04.04.2019 tarih ve 2017/6002 Esas, 2019/4550 Karar sayılı kararı. Erişim. <https://karararama.yargitay.gov.tr/>. 29.09.2023.

'... Taksirle yaralama suçundan sanıkların beraatlerine ilişkin hüküm, katılanlar vekili tarafından temyiz edilmekle, dosya incelendi gereği düşünüldü; 1958 doğumlu olup, yakınlarının beyanlarına göre eskiden beri kalbinde ritim bozukluğu olan mağdur ...'nin 19.06.2012 günü göğüs ağrısı nedeniyle Hastanesine başvurduğu, burada Kardiyoloji Uzmanı Doktor ... tarafından yapılan tetkikler sonucu koroner anjiyografi önerilerek anjiyo yapılması için Hastanesine sevk edildiği, mağdura 20.06.2012 günü saat 12.00-13.00 sularında Hastanesinde Kardiyoloji ve Dahiliye uzmanı sanık Dr. ... tarafından anjiyo işlemi yapılması akabinde durumu normal olan mağdurun aynı gün saat 21.30 sularında baş ağrısı, bulantı, kusma ve bilinç bulanıklığı gelişmesi üzerine yapılan tetkiklerde beyin kanaması geçirdiği anlaşılarak 21.06.2012 günü saat 00.30 sularında beyin cerrahisi uzmanınca ameliyata alındığı, mağdurun takip eden süreçte uzun süre hastanelerde tedavisinin devam ettiği, %99 ağır özürlü ve bakıma muhtaç hale gelen mağdurun kendisine yanlış teşhis ve tedavi konulduğu iddia edilen olayda;

28.05.2013 tarihli Bilimsel Mütalaada; mağdurun hastalığının tanısı ile tetkik ve tedavi sürecinde tıbbi prosedürlere uygun davranıldığı, anjio endikasyonu ve ortaya çıkan komplikasyon açısından bu süreçte rolü olan sağlık personeline atfedilecek herhangi bir kusur veya ihmalin bulunmadığı görüşünün belirtildiği; Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulunun 01.12.2014 tarihli raporunda; hastanın başvuru yakınmaları, EKG bulguları ve altta yatan hastalıkları (diabet, hipertansiyon) ile akut koroner sendrom olarak değerlendirilmesinin uygun olduğu, ileri tanı amacıyla koroner anjiyografiye yönlendirilmesinin uygun bir yaklaşım olduğu, akut koroner arter sendromlarında antiagregan/antikoagulan uygulamalarının (kanı inceltmenin /sulandırmanın) tedavinin önemli bir parçası olduğu, koroner arter hastalığı ile beyin kanaması hastalıklarının risk faktörlerinin (hipertansiyon, diyabet) önemli ölçüde örtüştüğü, beyin kanamasının, risk faktörleri taşıyan bir hastada antiagregan/antikoagulan uygulamaları ile kolaylaşmış olabileceği ve bu durumun riskli hastada gelişmiş bir komplikasyon olarak değerlendirildiği, beyin kanamasına müdahalenin zamanında ve uygun olarak yapıldığı, hastanın kardiyolojik ve nöroşirürjik müdahalesini yapan sağlık personeline atfedilecek herhangi bir kusur veya ihmalin bulunmadığı görüşüne yer verildiği anlaşılmakla;

Tüm dosya kapsamı ve bilirkişi raporlarındaki tespitlere göre, sanıkların, tanı, tedavi ve takip aşamalarındaki uygulamalarında bir eksiklik bulunmadığının, bu suretle sanıkların kusurunun bulunmadığının anlaşılması karşısında; sanıkların beraatine ilişkin Mahkemenin kabul ve takdirinde bir isabetsizlik bulunmadığı anlaşılarak ve bu nedenle tebliğnamedeki bozma öneren görüşe iştirak edilmeyerek yapılan incelemede; hükmün isteme aykırı olarak ONANMASINA; 04.04.2019 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

Tartışılan olay sonuç itibarıyla hastanın ağır maluliyeti ile sonuçlansa da hastanın endikasyonu, yapılan işlemi, işlem sonrası gelişen beyin kanaması ve sonrasında nöroşirürjikal girişim, bilirkişi raporlarında da belirtildiği üzere tıbbi standartlara uygun yapılmış olduğu tespit olunmuştur. Bize göre de istenmeyen bu komplikasyon sonrası, hastada gelişen semptomların erken tespiti, istenen konsültasyon, konsültasyonun Nöroşirürji uzmanınca değerlendirilmesi ve hastanın acil ameliyata alınması, etkin bir

komplikasyon yönetimi gösterildiği yönündedir. Bu nedenlerle Yargıtay 12 C. D.'nin vermiş olduğu bu karar doğru ve yerindedir.

Lomber stabilizasyon cerrahisi sonrası gelişen komplikasyona zamanında müdahale edilmediğinin tartışıldığı Danıştay 15. D'nin., E. 2015/9988 K. 2017/4146 sayı ve 22.06.2017 tarihli kararında⁵⁸⁰;

'... bel fıtığı ve aynı bölgede oluşan bel kayması şikayetleri ile ... Üniversitesi Hastanesine başvuran davacıya L4-L5 ve S1 omurlarında oluşan bozukluk nedeni ile ameliyat olması gerektiği teşhisinin konulduğu, 20.01.2011 tarihinde Prof. Dr. K2 tarafından bel fıtığı ameliyatı yapıldığı, ağrıların artması üzerine ağrı kesici verilerek gönderildiği, şiddetli ağrıların devam etmesi üzerine 29.01.2011 tarihinde ikinci kez ameliyat yapıldığı ve 31.01.2011 tarihinde taburcu edildiği, sol ayağını hareket ettirememesi ve ağrıların devam etmesi üzerine ameliyatı yapan doktora ve Fizik Tedavi Polikliniğine müracaat ettiği, çekilen EMG neticesinde beline takılan vidanın ayak sinirlerine zarar vermesi nedeni ile sinirlerin zarar gördüğü, ... talep edilen ve Adli Tıp Kurumu Başkanlığı 2. İhtisas Kurulu tarafından düzenlenen 19.06.2015 havale tarihli raporda özetle; "... Hastanesi'nde yapılan bel fıtığı ameliyatı sonrası ortaya çıkan tabloların bu tür ameliyatlardan sonra her türlü özene rağmen oluşabilen herhangi bir tıbbi kusur ya da ihmal izafe edilemeyen "komplikasyon" olarak nitelendirildiği, kişinin ... Üniversitesi Hastanesi'nde ameliyatını gerçekleştiren sağlık çalışanlarına atfı kabil kusur tespit edilemediği" görüş ve kanaatine varıldığı, davacının yapılan bel fıtığı ameliyatı sonrası sol bacağında meydana gelen güç kaybı olayında davalı idarenin hizmet kusurunun bulunmaması karşısında maddi ve manevi zararın yasal faiziyle birlikte tazmini talebi yerinde görülmeyle davanın reddi yönünde karar verilmiştir. Davacı tarafından, adı geçen İdare Mahkemesi kararının hukuka aykırı olduğu ileri sürülerek, temyizden incelenerek bozulması istenilmektedir.

Dosyanın incelenmesinden; somut olayda hekim uygulamalarında tıbbi eksiklik bulunup bulunmadığı Adli Tıp Kuruluna sorulmuş olup, Kurul tarafından düzenlenen rapora, davacı hakkında düzenlenmiş adli ve tıbbi belgelerin incelenmesi sonucunda; yerleştirilen vidadaki kaymanın yapılan bel fıtığı ameliyatı sonrası ortaya çıkan tabloların bu tür ameliyatlardan sonra her türlü özene rağmen oluşabilen herhangi bir tıbbi kusur ya da ihmal izafe edilemeyen "komplikasyon" olarak nitelendirildiği, kişinin ... Üniversitesi Hastanesi'nde ameliyatını gerçekleştiren sağlık çalışanlarına atfı kabil kusur tespit edilemediğinin belirtildiği görülmüş ise de dosyanın tetkikinden kişinin ameliyatı yapan hekim hakkında ... Tabip Odasına yapılan şikayeti neticesinde tabip odasınca hazırlanan raporda, hastanın ilk ameliyat sonrası yapılan kontrol muayenesi ve tomografisinde yerleştirilen vidadaki kaymanın ameliyatı yapan hekim K2 tarafından görüldüğü, bu durumun fark edilmesine rağmen taburcu edilmesinin doğru olmadığı, **1. ameliyat ile 2. ameliyat arasındaki sürenin uzun olduğu**, ilk ameliyat neticesinde vidadaki kaymanın ameliyatın hemen akabinde çekilen tomografi ile tespit edildiği, bu tespitin yapıldığı an revizyon ameliyatının yapılması gerektiği, 9 gün sonra 2. ameliyat kararının alınmasının geç kalınmış bir karar olduğu, komplikasyon yönetiminde hekimin ihmali bulunduğu, kişideki mevcut güç kaybının ilk ameliyatın

⁵⁸⁰ Danıştay 15. D'nin., 22.06.2017 tarih ve 2015/9988 Esas, 2017/4146 Karar sayılı kararı. Erişim. <https://karararama.danistay.gov.tr/>. 18.08.2023.

sonucu olduğunun belirtildiği, ... Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görevli beyin cerrahı Doç. Dr. K3 tarafından düzenlenen uzman görüşünde, hastanın yatış, operasyon ve taburcu olma işlemlerinin hızlı geliştiği hasta akışının fazla olduğu hastahanelerde böyle durumların olabileceği, fakat vidadaki kayma fark edilmesine rağmen taburcu edilmesinin doğru olmadığı gibi fark edilen bu duruma yönelik yapılacak olan revizyon ameliyatının 9 gün sonra yapılmasının geç kalınmış bir karar olduğu ve doğru olmadığı belirtilmiş, Mahkeme tarafından Adli Tıp tarafından sunulan raporda belirtilen oluşan zararın işlemin komplikasyonu olduğu görüşü hükme esas alınmış olup, söz konusu raporlarda belirtilen eksikliklerin sonuca etkisine yönelik inceleme yapılmadan hizmetin kusurlu işletilmediği sonucuna varılarak davanın reddi yönünde karar verildiği anlaşılmaktadır. Uyuşmazlıkta, mahkeme tarafından hükme esas alınan Adli Tıp Kurulu raporunda dosyada bulunan ... Tabip Odası ve Doç. Dr. K3 'nun görüşlerinde değindiği eksikliklere ve davacıların dilekçelerinde belirttikleri eksikliklere değinilmediği anlaşıldığından, Mahkeme tarafından bu eksikliklerin karşılandığı yeni rapor alınmadan karar verilmesinin yerinde olmadığı sonucuna varılmıştır, ... bu tür vakalarda ortaya çıkması muhtemel bu durumları önlemek ve kısa sürede fark edilmesine rağmen, 2. ameliyata 9 gün sonra karar verilmesinin sonuca etkisi, geç kalınmış bir karar olup olmadığı, vidadaki kaymanın fark edilmesine rağmen düzeltme ameliyatının bu vakalarda hemen yapılmamasının nedenleri, hemen yapılsaydı sonuca etkisi, olaydaki dokuz günlük gecikmenin davacının durumuna etki edecek ciddi bir gecikme olup olmadığının değerlendirileceği, beyin ve sinir cerrahı uzmanının görüşünün de bulunduğu Adli Tıp Genel Kurulu'ndan ek rapor alınarak bir karar verilmesi gerekirken, eksik inceleme sonucu verilen kararda hukuki isabet bulunmamaktadır.

Kararda özetlendiği üzere, lomber stabilizasyon sırasında karşılaşılabilecek muhtemel vida malpozisyonu komplikasyonunun zamanında müdahale edilmemiş olması olayı tartışılmaktadır. Kararda, yer alan bilirkişi raporlarında çelişkili ifadeler mevcuttur. ATK raporunda da belirtildiği üzere vida malpozisyonu, bu ameliyatlarda sık yaşanan komplikasyonlardır. Bununla birlikte, ameliyat sonrası çekilen BT'de bu durum tespit edilmiş ve oluşan komplikasyon hastanın bacağına yeni gelişen ağrı, duyu kusuru ya da motor defisit gibi bir duruma yol açmış ise erken müdahale gereksinimi tıbben mevcuttur. Hastanın o an çekilen BT görüntüleri ve muayene durumunu bilmediğimizden, olay ile ilgili net bir yorum yapamamakla birlikte, Danıştay 15. Daire'nin vermiş olduğu, raporlar arasındaki çelişkiyi giderecek bir üst kurul rapor ihtiyacı nedeniyle ilk derece mahkemesinin kararının bozulma yönündeki karar doğru ve yerindedir.

Ülkemizde, medikolegal davaların açılmasının nedenlerinden biri de hastaların tedavi gördükleri hekimden bir sebeple memnun olmamaları durumunda, gittikleri bir başka hekimden duyduklarıdır. Hasta ikinci hekime zaten ilk hekimden duyduğu memnuniyetsizlik nedeniyle gitmiştir ve genellikle ilk gittiği hekim hakkında da şikâyet mahiyetinde konuşmalar yapmaktadır. Bunun üzerine ikinci hekim, durumu destekler

nitelikte ve ilk hekimin yaptığı tedavinin endikasyonunu, tekniğini, zamanlamasını vs. eleştirir şekilde konuşması durumunda, hasta haklılığından emin olmakta, olay ilk hekime karşı dava ya da şiddet boyutuna taşınmaktadır. Yıllar içinde sıkça tecrübe ettiğimiz bu durumlar ne yazık ki ülke gerçeklerinden birisidir. Unutulmamalıdır ki, komplikasyon her hekimin başına gelebilecek bir durumdur. Hasta oluşan bir komplikasyon sonrası ya da kontrol amacıyla müdavi hekimi dışında bir hekime başvurduğunda, mevcut durum hastaya anlatılmalı ancak mümkün olduğu kadar ilk hekimi suçlayıcı ifadelerden kaçınılmalıdır. Böyle bir durumun dava konusu olduğu Yargıtay 12. C. D.'nin 09.04.2019 tarihli kararında⁵⁸¹;

‘ Hastanesinde beyin ve sinir cerrahisi olarak görev yapan sanığa uzun süredir geçmeyen bel ve bacak ağrısı şikayetiyle başvuran 1955 doğumlu katılanın yapılan muayenesinin ardından bel fıtığı teşhisi ile kendisine daha önce de fizik tedavi uygulandığı ve şifa bulamadığından ameliyat önerildiği aynı gün yani 31.12.2008 tarihinde katılanın da onamı alınarak posterior segmental enstrumantasyon ve lomber diskektomi uygulandığı, vidalarının gevşediği ve omurilik basısına sebep olduğu için çıkarıldığı, ameliyat sonrası takibinin yapıldığı önerilerle taburcu edildiği, ancak katılanın ameliyattan sonra ağrılarında azalma olmadığı, daha sonra defalarca aynı hastanede sanığa, fizik tedavi bölümüne ve ortopedi bölümüne doğrulamayacak kadar bel ağrısı, ayakta duramama şikayetleriyle başvurduğu, kendisine ilaç verilerek tedavi edildiği, daha sonra katılanın ... Hastanesinde görevli beyin ve sinir cerrahisi olan bir başka doktora 10.05.2013 tarihinde benzer şikayetlerle başvurduğu, bahsi geçen doktor tarafından 11.05.2013 tarihinde katılanın enstrumantasyon çıkartılması ameliyatına alındığı, ameliyatın ardından tam olarak şifa bulamayan katılanın 18.07.2013 tarihinde yeniden aynı doktor tarafından, 5 mesafe total laminektomiye bağlı arka elamanlarda ciddi bir insitabilite olduğu, yapılan son tetkiklerinde bu durumun L4-5 mesafesinde gerçekleştiğinin görüldüğü, bu nedenle buraya yönelik stabilizasyon ve kanal genişletme ameliyatı planlandığı ve gerçekleştirdiği, (L4-5 stabilizasyon + posterior füzyon + sağ L4-5 hemilaminektomi + bilateral flavektomi + bilateral foraminotomi ile dar kanal dekompresyonu uygulandığı) bundan sonra katılanın ağrılarının azaldığı eskiye nazaran iyileştiği, **ikinci defa ameliyatını yapan doktorun kendisine takılan platinlerin fazlalığı dolayısıyla ağrılarının arttığının söylendiğinden ve sağlığının bozulduğundan bahisle sanıktan şikayetçi olduğu olayda, İstanbul Adli Tıp Kurumu 2. İhtisas Dairesinin 08.04.2015 tarihinde raporunda “kişide ameliyat sonrası ortaya çıkan tablosunun bu tür ameliyatlardan sonra her türlü özene rağmen oluşabilen her hangi bir tıbbi kusur ya da ihmal izafe edilemeyen “komplikasyon” olarak nitelendirildiği, kişiye konulan tanı ve yapılan ameliyatların tıp biliminin genel kabul görmüş ilke ve kurallarına uygun olduğu, kişinin Özel Avrupa Hayat Hastanesinde yapılan ameliyatlarında görev alan sağlık çalışanlarına atfı kabil kusur tespit edilmediği oy birliği ile**

⁵⁸¹ Yargıtay 12. C. D.'nin 09.04.2019 tarihli ve 2017/12531, Esas, 2019/4792 Karar sayılı kararı. Erişim. <https://karararama.yargitay.gov.tr/>. 29.09.2023.

mütalaa olunur.” şeklinde görüş içeren oluşı uygun rapor karşısında mahkemenin kabul ve takdirinde isabetsizlik bulunmadığından tebliğnamedeki eksik inceleme sebebiyle bozma talep eden görüşe iştirak edilmemiştir. ... hükmün isteme aykırı olarak ONANMASINA, 09/04/2019 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

Kararda görüldüğü üzere, ATK tarafından komplikasyon olarak nitelenen olay nedeniyle mahkeme hekime kusur atfetmemiş ve bu karar Yargıtay 12. C. D. tarafından da onanmıştır. Karar özetinde belirtilen hasta ifadesi, ikinci hekimin söyledikleri nedeniyle şikayetçi ve davacı olmuştur. Bize göre karar doğru ve yerinde olmakla birlikte, bu karar özelinde vurgulamak istenen hususun, hasta ile ilgilenen ikinci hekimin etik ilkeler dahilinde olmayan davranışdır.

Özet olarak ifade etmek gerekir ki, tüm cerrahi branşlar da olduğu gibi nöroşirürjide de komplikasyonlarla sıkça karşılaşılabilir. Hekimler hastanın tedavisini planlar ve uygularken, komplikasyon ihtimalini ve olası bir komplikasyon durumunda nasıl yöneteceklerini de planlamak durumundadır. Per ve post operatif dönemde hastanın dikkatli takibi, gelişen komplikasyonlara erken müdahale imkânı sağlayacaktır. Tekraren vurgulamak istediğimiz nokta, komplikasyonun mevcut hastalığın devamı olmadığı, yeni gelişen bu durumu hasta ve gereğinde yakınlarına anlatılıp, süreç ve tedavi seçenekleri aydınlatma sağlanarak tekrar rıza alınması gerekliliğidir.

4.2.3.3. Taburculuk kararı ve sırasında oluşabilecek sorunlar

Hastalıkları ya da geçirmiş oldukları travma nedeniyle hastanede yatarak tedavi gören hastalar, tedavileri bitiminde taburcu edilirler. Doğaldır ki, hastaların tümü tamamen iyileşerek ve hiçbir sorun kalmadan taburcu olamazlar. Taburculuk aşamasında hastaların bir kısmı şifa ya da salah ile, bir kısmı haliyle, bir kısmı ise hastaneye geldiği durumdan daha kötü bir şekilde taburcu edilebilirler.

Genellikle hekimler, hastanın hastanede kalmasını gerektirecek bir tedaviye ihtiyaç duyulmadığı aşamada hastanın taburcu olmasına karar vermektedir. Hastanın hastane şartlarında tedavisine gerek duyulmadığı ve bu aşamada taburcu edilmesi gerektiği noktasındaki karar, hasta ve gerekirse yakınları ile paylaşılmalı, sonraki süreçte yapılması gerekenler (hastanın kullanması gereken ilaçlar, istirahat süresi ve şekli, işine ne zaman dönebileceği, vs.) ve olası gelişebilecek olumsuzluklar ayrıca kontrole gelmesi gereken zamanlar dahil olmak üzere anlatılması gerekenler anlatılmalıdır. Hasta ve

yakınlarının olası tüm soruları cevaplanmalı ve hasta, kafasında soru işaret olmadan taburcu edilmelidir.

Günümüzde yaşanan hekim iş yükünün ortaya koyduğu olumsuzluklardan biri de taburculuk aşamalarında genellikle hastalara epikriz (hastaneden çıkış notu ya da raporu) verilememesidir. Günlük pratikte hastanelerimizin çoğunluğunda hekimler epikrizlerini, hastanın taburcu olduğu zamanda yazarak hastaya verememekte, hastalar da bir an önce hastaneden ayrılma arzusu nedeniyle, epikrizlerini alma talebinde bulunmamaktadırlar. Bu durum birçok tıbbi ve hukuki soruna yol açmaktadır. Elinde, taburculuk sonrası yapması gerekenlerin ne olduğunu anlatan bir evrak olmayan hastalar kimi zaman hekim uyarı ve önerilerini unutabilmekte hatta olası bir sorunda hekimi, ‘siz, bize bunu söylemediniz’ diyerek, suçlamaktadırlar. Bunula birlikte, epikrizin hastaya verilmemesi hekimi de kendi tezini ispat noktasında zora sokmaktadır. Bu nedenle hastalar taburcu edilirken, epikrizinin hazır olması ve hastaya verilmesi (bir nüshası hastanın dosyasında olmak kaydıyla) hem tıbbi hem de hukuki bir gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır.

İfade etmek gerekir ki, taburculuk her zaman hekim kararı ile olmaz. Bazen hastalar da herhangi bir gerekçe ile, tedavileri tamamlanmadan hastaneden ayrılmak isteyebilirler. Bu durum bazen hastalığın ciddi bir aşamasında da olabilir. Mevzuatımız hatırlanacak olursa, hastalar hekim tarafından gerekli aydınlatılma yapıldıktan sonra, yapılacak tedavi için rıza verirler. Bununla birlikte verilen bu rızayı geri almak tedavinin her aşamasında mümkündür. Bu nedenle, ayırt etme gücüne sahip olan her hasta, istediği zaman tedaviyi reddedebilir ve hastaneden taburculuğunu talep edebilir. Burada önemli olan şudur ki, durum mutlak suretle tutanak altına alınmalı ve hastaya tedavi red formu imzalatılmalıdır. Kimi zaman yine herhangi bir sebepten ötürü hasta, tedavi red formunu ya da tutulan tutanağı da imzalamayı kabul etmeyerek, hastaneyi terk edebilir. Bu noktada da hekim duruma şahit olan hemşire ile birlikte yaşananları ve mevcut durumu tutanak altına almalı ve hastanın dosyasına koymalıdır.

Taburculuk sonrası yapılması gerekenler noktasında hastaya bilgi verilip verilmediğinin sorgulandığı, Yargıtay 13. Hukuk Dairesi’nin, 16.01.2014 tarihli kararında⁵⁸²;

⁵⁸² Yargıtay 13. Hukuk Dairesi’nin, 16.01.2014 tarihli ve 2012/17487 Esas, 2013/794 Karar sayılı kararı. Erişim. <https://karararama.yargitay.gov.tr/>. 21.09.2023.

'... Davacı, davalı hastanede yapılan ameliyat sonucunda platin takıldığını ve 10 gün sonra taburcu edildiğini ancak ağrı ve şikayetleri artınca müracaat ettiği hastanede enfeksiyon nedeni ile platinlerin çıkartıldığını, davalının kusuru nedeni ile zarara uğradığını ileri sürerek, maddi ve manevi zararının tahsili istemi ile eldeki davayı açmıştır. ... somut olaya bakılacak olursa; davacının davalı hastanedeki ameliyat sonrası bir dizi tedavi ve müdahalelere maruz kaldığı anlaşılmaktadır.

Adli Tıp Kurumu 3.İhtisas Kurulu'nun ... tarihli raporuna göre; yapılan ameliyat ve tedavinin hastanın sağlığına kavuşması açısından yeterli olduğu, omurga cerrahisi sonrasında, ameliyat yerinde enfeksiyon gelişebileceği, bu durumu bir enfeksiyon olarak değerlendirmek gerektiği, açıklanmıştır. Ancak, davalı tarafça davacıyı uygulanan müdahale sonrası oluşabilecek komplikasyonların anlatıldığına ilişkin dosyada bir bilgi ve belge bulunmamaktadır. Yine **davacının taburcu sonrası kontrole çağrılmasının gerekip gerekmediği, zamanında kontrole çağrılrsa idi tedavi süresinin uzayıp uzamayacağı hususları da hükme dayanak raporda açıklanmamıştır.** O halde mahkemece, bir Üniversiteden, Öğretim Üyelerinden oluşturulacak konusunda uzman, akademik kariyere sahip üç kişilik bilirkişi kurulundan yukarıda açıklanan hususlarda nedenlerini açıklayıcı, taraf, mahkeme ve Yargıtay denetimine elverişli rapor alınarak, sonucuna göre bir karar vermelidir. Mahkemenin bu yönleri göz ardı ederek, eksik incelemeyle yazılı şekilde hüküm kurmuş olması usul ve yasaya aykırı olup, bozmayı gerektirir.

Kararın bozma gerekçesinde görüldüğü gibi, lomber stabilizasyon cerrahisi uygulanan ve sorunsuz taburcu olan hastada sonradan gelişen enfeksiyon nedeniyle enstrüman çıkarılmak durumunda kalmıştır. ATK durumu bir komplikasyon olarak nitelese de Yargıtay 13. H. D., gerek hastanın konu ile ilgili ameliyat öncesi aydınlatıldığına dair dosyada belge bulunmaması gerekse de taburculuk sonrası yapılması gerekenlerin anlatılıp anlatılmadığı noktalarındaki eksiklikler nedeniyle kararı bozmuştur. Her ne kadar, tanımlanan konularda eksiklik gerekçesi olması durumunda verilen bozma kararının doğru ve yerinde olduğunu düşünüyor olsak da bir kez daha belirtmek gerekir ki, hekimlerin aşırı iş yoğunluğu ve yeterince yardımcı personel ve ekipman olmaması, bu görevlerin usule uygun yapılmasını engellemektedir. Bizim de meslek hayatımız boyunca en çok zorlandığımız işler, tanımlanan bu matbuat ile ilgili işlerdir.

İdarelerin, çok önemli olan bu konuda hekimlere gerek zaman gerekse yardımcı personel ve ekipman açısından destek olması gerekmektedir. Bu açıdan bakıldığında hekimlerin matbu anlamda eksik bıraktıkları işlerin tek sorumlusunun hekimin kendisi olmadığını vurgulamak yerinde olacaktır.

4.3. Organizasyon ve Sistem Kaynaklı Malpraktis

Tüm dünyada hekimler kendi ülkeleri içerisindeki mesleki, idari ve hukuki kurallar çerçevesinde görevlerini yapmaktadırlar. Doğaldır ki bu kurallar çerçevesindeki organizasyonel ve sistematik yapılanmalar, ülkelerin sosyokültürel, coğrafi ve ekonomik durumları ile doğrudan ilgilidir. Bunun yanında ülkeleri yöneten siyasi yapıların hayata bakış açıları ve ürettikleri politikalar da bu sistemin oluşum ve uygulanmasında büyük önem arz etmektedir. Bu bölümde Türkiye Cumhuriyeti sağlık sisteminin kısa tarihçesi ve günümüze kadar olan gelişimi değerlendirilecektir.

4.3.1. Türkiye sağlık sistemi

Cumhuriyetimizin yapı taşı olan Türkiye Büyük Millet Meclisi 23 Nisan 1920 yılında kurulmuş olup, Sağlık Bakanlığı'mız yine aynı yıl hizmete açılmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın yayımlamış olduğu, ülkemiz sağlık politikalarını ve gelişimini anlatan kitaplar dizgesinde, 2003 yılındaki Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulamaya geçtiği tarihe kadar ki süreci belli zaman dilimlerine ayırmaktadır⁵⁸³. Bu dönemler aşağıdaki şekilde tanımlanmıştır.

TBMM hükümetince ilk kurulan Bakanlıklardan olan Sağlık Bakanlığı, Kurtuluş Savaşı döneminde, Cumhuriyet kurulana kadar doğaldır ki, savaş şartlarında yapılması gereken işlevleri yerine getirmeye çalışan bir anlayışta olmuştur. Sonraki dönem ise 1923-1946 yılları arasındaki dönemdir. Bu dönem genç Türkiye Cumhuriyeti'nin her anlamda küllerinden doğduğu, yeniden yapılanma ve kurumsallaşma noktasında çabalar içinde olduğu bir dönemdir⁵⁸⁴. 1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun başta olmak üzere, birçok kanun ve yönetmelik bu dönemde çıkarılmıştır. O dönemde yürürlüğe giren bu kanun ve yönetmeliklerin bir kısmı günümüzde halen kullanılmaktadır. Cumhuriyet'in ilanından sonra göreve gelip, 1937 yılına kadar Sağlık Bakanlığı görevini yürüten Refik Saydam'ın adı ile anılan bu dönemde, Sağlık hizmetleri, “*geniş bölgede tek amaçlı hizmet/ dikey örgütlenme*” modeli ile yürütülmüştür.

⁵⁸³ Akdağ, R. (Ed.) (2012). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, s 43. Erişim: <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/453>.

⁵⁸⁴ Akdağ, 2012, a.g.k., 45.

Bu dönemin ana hedefleri, savaşlar nedeniyle oldukça eksilen nitelikli insan gücünü artırmak, yurdu ciddi anlamda etkileyen bulaşıcı hastalıklar ile etkin mücadele etmek gibi fonksiyonel hedefler yanında, koruyucu sağlık hizmetlerinin merkezden, tedavi edici hizmetlerin ise yerelden çözülmesini sağlayan bir sistem oluşturmak ve tüm bunları tek elden planlayıp uygulayan bir Sağlık Bakanlığı modellemesi ile sağlık hizmetlerini yürütmek amacı olduğu ifade edilmektedir⁵⁸⁵.

1946-1960 arası dönem, ilk dönemin hedeflerinin devamı yanı sıra, başka yapısal politikaların uygulamaya konulduğu bir dönem olmuştur. Ülke çeşitli bölgelere ayrılarak, her bölgede kurulacak tıp fakülteleri ve yardımcı sağlık personeli yetiştirecek okullar açılması planlanmış ve bu alanda ciddi atılımlar yapılmış ve 1950 de 3020 olan hekim sayısı 1960 yılında 8214'e çıkarılmıştır. Yine bu gelişime paralel olarak sağlık ocakları, sağlık evleri gibi ayaktan tedavi kurumları ve yatarak tedavi verilen kurumların sayısı ve kapasiteleri arttırılmaya çalışılmış ve 1950 yılında yatak sayısı 14581 iken, 1960 da 32398 sayısına ulaşılmıştır. Bu dönemin ilk döneme göre anlayış olarak temel farkı, yerel yönetimlerin denetiminde olan yataklı tedavi kurumları merkezden yönetilmeye başlanması olarak tanımlanabilir⁵⁸⁶.

Bir sonraki dönem ise 1960 ile 1980 yılına kadar olan zamanı kapsamaktadır. 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile sosyalizasyon programı başlamıştır. Artık, geniş bölgede tek amaçlı hizmet yerini dar bölgede çok yönlü hizmet anlayışına bırakmıştır. Sağlık hizmeti işleyişinde çok büyük bir yer işgal eden özel muayenehaneler 1978 de kapatılmış ancak 1980 darbesi ile tekrar açılmıştır⁵⁸⁷.

2003 yılında uygulanmaya konan Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi son dönem, 1980-2002 yılları arası dönemdir. 1982 Anayasası 56 ve 60. maddelerindeki hükümler, sosyal güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası ihtiyacını ortaya koymaktadır. Ne var ki, o sırada yürürlükteki durum, Emekli Sandığı, Sosyal Sigorta Kurumu, Bağ-Kur gibi farklı yapı ve şartlarda sigorta anlayışıyla oldukça karmaşık bir yapıdadır. Anayasa'nın 60. maddesi *"Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet bu güvenliğini sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar."* demektedir. Ayrıca Anayasa madde 56 da *"Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insanı ve*

⁵⁸⁵ Akdağ, 2012, a.g.k., 45.

⁵⁸⁶ Akdağ, 2012, a.g.k., 46.

⁵⁸⁷ Akdağ, 2012, a.g.k., 49.

madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.” hükmü getirilmiştir.

Bu dönemde üzerinde çalışılan ancak çeşitli sebepler ile hayata geçemeyen reform çalışmalarının ana hedefleri arasında, sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması, Aile Hekimliği sistemine geçilmesi, hastanelerin özerk çalışabilmesi ve Sağlık Bakanlığının koruyucu sağlık hizmetleri başta olmak üzere, sağlık sistemini tek elden idare etmesi gibi başlıklar mevcuttur.

4.3.1.1. Sağlıkta dönüşüm programı

2002 yılında Adalet ve Kalkınma Partisi tek başına iktidara geldiğinde sağlık sistemi ciddi sorunlar ile boğuşur halde idi. Parçalı, karmaşık, her birinin mensuplarının hakları ve sorumlulukları açısından farklılıkları olan bir sosyal güvenlik sistemi, özünde hak ve adalet içinde sunulamayan bir sağlık hizmetini ortaya koymaktaydı. Tüm dünyayı etkileyen ekonomik ve sosyokültürel sorunlar, ülkemizi ve sağlık sistemimizi daha çok etkilemekte, ilaç ve tıbbi cihaz başta olmak üzere tedarikler noktasında sıkıntılar yaşanmaktaydı. Hekime ve sağlık hizmetine ulaşım noktasında sıkıntılar mevcuttu. Kişi başı hekime müracat sayısı yılda 3,1 idi⁵⁸⁸. Sistemi değerlendirecek veri toplama ve analiz etme kabiliyeti, sağlık hizmeti sunumunun çok farklı bileşenler tarafından sunulması nedeniyle çok yetersiz durumdaydı. Özel muayenehane işletmeciliği çok yaygındı, bu da vatandaşın cebinden ek kaynak çıkışına yol açmaktaydı. Hastanelerde hizmetlerin faturalandırılması, denetimi, takibi ve kurumlardan geri ödemesi noktasında ciddi aksaklıklar vardı. Acil sağlık hizmetleri yetersizdi ve koordinasyonu yoktu. Hastaneler yetersiz ve otelcilik hizmetleri noktasında büyük problemler yaşanmaktaydı. Bu kaba tarif içinde bile ne kadar sıkıntılı olduğu anlaşılabilen sağlık sisteminin reform ihtiyacı ortadaydı. Tüm bunlara ilaveten, yaygınlaşan internet ve bilişim araçları sayesinde, insanlar bilgiye daha kolay ulaşıyor, daha ulaşılır ve kaliteli hizmet istiyor ve hükümetleri sorguluyordu.

⁵⁸⁸ Sağlık İstatistikleri Yıllığı. (2021) T. C. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Ankara. s. 149.
Erişim. <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/599>. 14.02.2023.

Tüm bu şartlar altında dönemin Sağlık Bakanlığı, Dönüşüm Programı ihtiyacını zorunlu kılan sebepleri 4 ana başlıkta tanımlamaktadır⁵⁸⁹.

1. Sağlık Hizmetleri Sunumundaki Maliyet Artışları
2. Vatandaşın Beklentilerinin Artması
3. Kamunun Ödeme Kapasitesinin Sınırlı Olması
4. Kamudaki Yönetim Anlayışının Vatandaş Tarafından Sorgulanmaya Başlanması.

Gelinen durumu tanımlayan ve bir reform gerekliliğini ortaya koyan Sağlık Bakanlığı bir model ortaya koyarak işe başlamıştır. Bu model, dönüşüm sürecini bir döngü olarak ortaya koymaktadır. Sağlıkta Politika Çemberi diye tanımlanan bu model, Teşhis, Politika Oluşturma, Politik Karar, Uygulama, Değerlendirme başlıklarından oluşan, Sağlık Reformunun Doğru Yapılanması, Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz isimli çeviri bir kitaptan alıntılanmış bir modeldir⁵⁹⁰. Bu kitap, başında dönemin Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ'ın bulunduğu bir çeviri grubu tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir ve halen Sağlık Bakanlığı resmi internet sitesinde yer almaktadır.

Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programının ana hedeflerini, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması şeklinde tanımlamaktadır. Bu programın birbiri ile bağlantılı 8 bileşeni vardır⁵⁹¹. Bu maddeler ve bu programın uygulanış sürecinde aktif olarak sahada her aşamada ve her basamak sağlık kurumunda görev yapmış olan bu çalışmanın yazarının bu bileşenler hakkındaki kısa görüşleri şu şekildedir;

1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı; bu bileşen sayesinde amaçlanan, sağlık sektörü her şeyiyle Sağlık Bakanlığı tarafından tek elden yönetilecek, dikey yapılanma ortadan kaldırılacak, entegre sağlık hizmeti ön plana çıkarılacak, Bakanlık planlayan, denetleyen, kaliteyi düzenleyen bir konumda olacaktır.

⁵⁸⁹ Akdağ, 2012, a.g.k., 55.

⁵⁹⁰ Roberts, Marc J., Hsiao, W., Berman, P., ve Reich, M. R. (2010). Sağlık Reformunun Doğru Yapılanması. Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz. Sağlık Bakanlığı Yayınları, (Ed. Akdağ, R). Ankara. Erişim. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sarefdoyap.pdf>. 10.01.2023

⁵⁹¹ Sağlık Gelişiminde Toplum Katılımı, (2001). T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara. Erişim. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sagliktdonusum.pdf>. 01.12.2022.

Bu maddede hedefleneler, bize göre bir açıdan başarılımış bir başka açıdan ise başarılammıştır. Sağlık Bakanlığı günümüzde, sağlık hizmeti sunum, planlama ve denetlemesinde karar verici tek kurum olarak karşımıza çıkmaktadır. Ne var ki hedeflenen, Sağlık Bakanlığının sağlık hizmeti sunucusu olmaktan çıkarılması konusu ise başarılabilmiş değildir.

2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası; Bu madde programın en önemli hedeflerinden biri olup, toplumun tamamını sağlık açısından güvence altına alacak bir Genel Sağlık Sigortası'nın kurulmasını amaçlamıştır. Böylece, eski parçalı, karmaşık yapı tek çatı altında toplanacak aynı zamanda da finansmanın kontrolü sağlanabilecektir. Emeklilik sigortası ile sağlık sigortası kavramları birbirinden ayrılacak, sağlık sigortası işlemleri tek çatı altında toplanacaktır⁵⁹².

Bu hedefin başarıya ulaştığını görülmektedir. Günümüzde, özellikle genel sağlık sigortası tek çatı altında birleştirilmiştir, buna karşın toplumun tamamının sağlık açısından güvence altında olduğu noktası tartışmaya açıktır.

3. Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi; Programın hayata geçirildiği yıldan günümüze, alınan önlemler, başta performans sistemi olmak üzere birçok yapısal ve sistemsel değişiklik, tüm ülke sathında yapılan yeni hastane binaları, yaygın şekilde (belki de biraz fazla plansız ve kontrolsüz) açılan üniversiteler ve tıp fakülteleri, çok sayıda açılan özel hastaneler gibi faktörler sayesinde sağlık hizmeti yaygın ve erişimi kolay hale getirilmeye çalışılmıştır⁵⁹³.

Bu maddedeki hedefin bu kısmı başarılı olmuş gibi görünse de güler yüzlü sağlık hizmeti kısmı, yıllar içinde görülmüştür ki, başarılammıştır. Bu konu ile ilgili ayrıntılı tartışma çalışmanın ilerleyen bölümlerinde yapılacaktır.

- a. Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri;** Mevcut sistem içinde, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini yetersiz ve etkisiz olduğunu düşünen Bakanlık, “tek pencere” adını verdiği bir sistem ile, bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin, bireylerin kendi seçeceği doktorlar tarafından yürütülmesini amaçlamıştır. Bu sayede doktor ve aile üyeleri daha yakın ve kişisel ilişkiler kuracak ve sağlık eğitiminde, hastalıkların önlenmesinde ve sağlığın düzeltilmesinde hekim önemli rol oynayacaktır⁵⁹⁴.

⁵⁹² Sağlık Gelişiminde Toplum Katılımı, 2001, a.g.k., 32.

⁵⁹³ Sağlık Gelişiminde Toplum Katılımı, 2001, a.g.k., 33.

⁵⁹⁴ Sağlık Gelişiminde Toplum Katılımı, 2001, a.g.k., 34.

Basitçe Aile Hekimliği sistemi de denebilecek bu sistem mevcut Aile Hekimi Uzmanı sayısının az olması sebebiyle, Pratisyen hekimlerin kısa bir eğitim sonrası Aile Hekimliği sertifikası sahibi yapılmasıyla yürürlüğe sokulmuştur. Ancak günümüzde sağlık sisteminin her noktasın da olduğu gibi, bu basamakta da ciddi sorunlar olduğu açıkça görülmektedir. Aslında bu noktada hedeflenen amaçların oldukça uzağında kalınmıştır.

b.Etkili, Kademeli Sevk Zinciri; Burada amaç, kişilerinin kendi seçtikleri ve doğal olarak güvendikleri, onların her türlü sağlık sorununu bilen ve takip eden aile hekimlerinin sevki olmadan üst kurumlara başvuramamaları üzerine kuruludur. Bu şekilde, hastanelerdeki yığılmalar önlenecek, sorunların çoğu birinci basamakta çözülecek, üst kuruma sevk edilen hastaların takipleri de yapılarak, etkin ve kaliteli bir sistem oluşturulacaktır.

Ne var ki, görüldüğü kadarı ile bu hedef tutturulamamıştır, hatta aile hekimliği sistemine geçişin hemen sonrası, sevk zinciri sisteminin kaldırılmasıyla, sistem bize göre ölü doğmuştur.

c.İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri; Amaç, statüsü ne olursa olsun tüm hastanelerin, sigorta kurumu ile sözleşme yapması ve sevk zinciri dahilinde kişilere ayırmsız hizmet vermesi ve ürettiği hizmet üzerinden, belirlenen fiyatlandırma dahilinde ödeme alabilmesidir. Sistemden daha çok pay alabilmenin yolu, iyi hizmet sunmak ve belli bir otonomi içinde idarecilerin kurumlarında kendi kararlarını alabilmeleri şeklinde tanımlanmaktadır. İdarecilerin de belli performans kriterleri ile denetlenmesi öngörülmektedir⁵⁹⁵. Bunun yanında nihai hedeflerden biri de sağlık kurumlarının önce yerel yönetimlere sonra da performansına göre belki de özel sektöre devri planlanmakta idi. Bize göre, ülkenin genel siyasi ve sosyoekonomik yapısı nedeniyle bu maddedeki amaç da tam olarak yerine getirilememiştir. Hastanelerin devri noktasındaki düşünce tarzı ise, özünde zaten sosyal devlet ilkesi ile çeliştiği için uygulanabilir değildir ve sonuçta da uygulanamamıştır.

⁵⁹⁵ Sağlıkın Gelişiminde Toplum Katılımı, 2001, a.g.k., 38.

4. Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü; Doğaldır ki, hizmeti verenin de alanın da insan olduğu ve insan hayatını ilgilendiren bir hizmet kolunda, bilgi, beceri ve motivasyon olmazsa olmaz bir gerekliliktir. Programın başlangıcında ve hedeflemesinde, son derece yerinde bir bileşen olarak bu ifade konmuştur. Ancak süreçte, işler düşünüldüğü ve hedeflendiği gibi gitmemiş, sağlık insan gücünün motivasyonu ve yaptığı işten memnuniyet oranı, özellikle günümüz Türkiye’inde oldukça gerilemiştir.

5. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları; Cumhuriyetin ilk yıllarından bu yana hedeflenen, nitelikli sağlık insan gücü yetiştirmenin önemini vurgulayan bu maddenin hedefi, tıp fakültesi yapısının, donanımlı birinci basamak hekimleri yetiştirmeye yönelik olmasıdır. Bunun yanında, Bakanlık bünyesindeki Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin sayısını artırarak ve bunları tek elden yönetimini sağlayarak, eğitim ve hizmetin standardizasyonunu sağlamaktır.

Bize göre, bu madde de belki usul olarak yerine getirilmiş bir hedef olarak görülse de esastan baktığımızda, sistemin bir sorunlar yumağı haline geldiğini söylemek yanlış olmayacaktır. Özellikle hastanesi olmayan Tıp Fakülteleri ile afiliye edilerek oluşturulan, yapısı ve amacı eğitim olmayan hastaneler, kaliteli hizmet ve eğitim oluşturma hedefinin çok uzağında kalmışlardır.

6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon; İnsan hayatı üzerine hizmet verilen bir işte, ortaya çıkan sonuçların kalitesini denetleyecek bir mekanizma ihtiyacı bu programın ana bakış açılarından biridir. Bu amaçla kurulacak bir kurum, sistemi her aşamada ve her bakımdan değerlendirecek, buna göre performans sonuçları ortaya koyabilecektir.

Bu bileşen için de gerekli çalışmalar yapılmış, mevzuatlar oluşturulmuştur. Ne var ki, büyük ve her anlamda standardize olmayan geniş bir hastane ve çalışan altyapısının, kalite değerlendirme ve performans sonuçlarının, yaptırımları ve bunların uygulanmaları noktalarında sıkıntılar doğurmuştur. Siyaset, politik hasletler ve bunun gibi birçok faktör, yönetici atamalarında, performans ölçütlerinin değerlendirmesinin önüne geçmiştir.

7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma; Bu madde ülkedeki, ilaç sektörü ve tıbbi cihaz konusundaki boşluğu gerek fiyatlandırma, üretim, standardizasyon gibi noktalarda, gerekse doğru kullanım metotları oluşturma yolunda oluşturulmuş bir bileşen olarak karşımıza çıkmaktadır. Bazı sorun ve aksaklıklara rağmen, bu madde programın başarıya ulaştığını düşündüğümüz bileşenlerinden biridir.

8. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi; 2000’li yılların başında gelişen teknoloji sayesinde bilgisayarlar ve internet hayatın her noktasına girmiş durumdadır. Sağlık sistemi bu gelişimden en çok etkilenen sektörlerin başında gelmektedir. Programın bu bileşeninin amaçları doğrultusunda doğru veri toplamanın, kaynakların miktarının, nerede nasıl kullanıldığının takibi gibi noktalar başta olmak üzere, yıllar içinde sisteme web tabanlı birçok hizmet dahil edilmiştir. Bu verilerin toplanması ve işlenmesi belirli kurallar dahilinde davranıldığı takdirde sağlayacağı faydalar ortadadır. Ne var ki, bu verilerin oluşturduğu bilgi dağarcığının gereğince kullanılıp kullanılmadığı ve güvenliği yine ayrı bir tartışma konusu olarak karşımızdadır.

4.3.1.2. Güncel durum

Sağlık Bakanlığı’nın, istatistiksel veri anlamında son yayımladığı doküman 2023 yılında yayımlanmış olup, 2021 yılına kadar olan verileri içermektedir⁵⁹⁶. Bu doküman içindeki demografik verilere baktığımızda, 2000 yılında 68 milyon sınırında olan nüfusumuzun, 2021 yılına geldiğimizde 84,7 milyon civarına arttığını, yıllık nüfus artış hızının ise binde 18’den, 12.7’ye gerilediği görülmektedir. 2000 yılında nüfusun %40’dan fazlası kırsal bölgelerde yaşarken, bu oran 2021’e geldiğimizde %10,9 gibi bir orana gerilemiş durumdadır yani günümüzde nüfusun %90’ı kentlerde yaşar hale gelmiştir⁵⁹⁷. Doğumda beklenen ortalama yaşam süresine bakıldığında, 2002 yılında 72.5 iken, 2019 yılında bu beklenti 78.6 yaşa ulaşmıştır⁵⁹⁸. Nöroşirürji branşının yoğun ilgilendiği kronik ve dejeneratif hastalıkların çokça izlendiği yaşlı nüfusunun durumuna bakıldığında 2000 yılında 65 yaş üstü nüfusun genel nüfusa oranı %5,7 iken, 2021 yılında %9,7’ye yükselmiştir⁵⁹⁹. Bu oran dünyanın özellikle gelişmiş ülkelerinde de benzer trendde izlenmektedir⁶⁰⁰.

⁵⁹⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021 (2023). Sağlık Bakanlığı Yayınları. Erişim. (<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/45316,siy2021-turkcepdf.pdf?0>). 12.09.2023.

⁵⁹⁷ Sağlık İstatistikleri Yıllığı. 2023, a.g.k., 3-4.

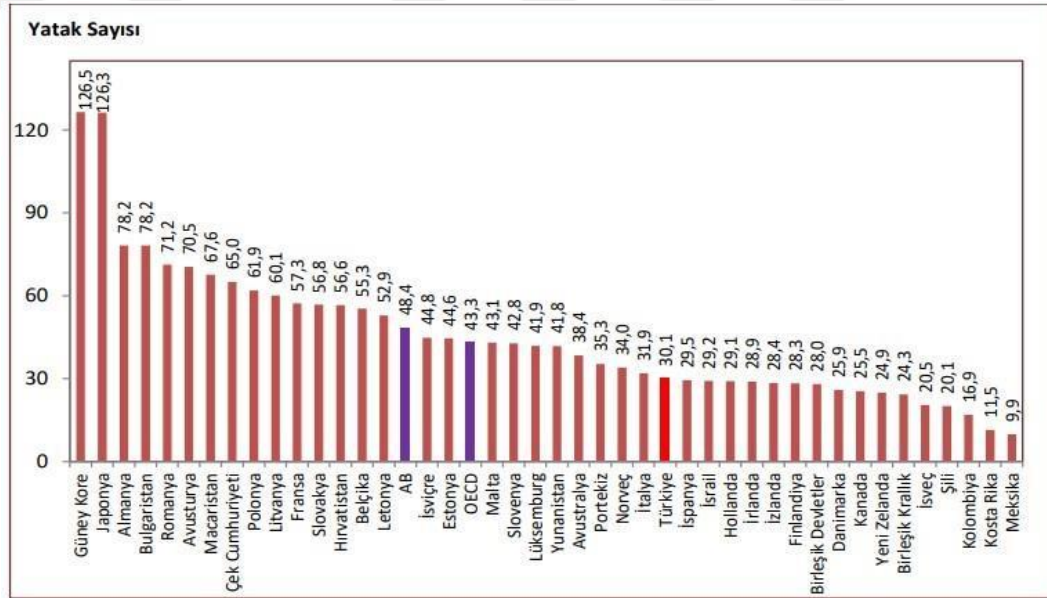
⁵⁹⁸ Sağlık İstatistikleri Yıllığı. 2023, a.g.k., 18.

⁵⁹⁹ Sağlık İstatistikleri Yıllığı. 2023, a.g.k., 6.

⁶⁰⁰ Sağlık İstatistikleri Yıllığı. 2023, a.g.k., 10.

2002 yılında iktidar olan AKP hükümetleri döneminde yeni hastane yapılması, nitelikli (her odada bir ya da iki yatak olmak üzere, banyosu ve tuvaleti bulunan odalar) yatak ve yoğun bakım yatakları sayısının arttırılması için yoğun çalışmalar yapılmıştır. 2002 yılında 1156 olan hastane sayısı, 2021 yılında 1547'ye, hasta yatağı sayısı ise 164.471'den 254.497'ye yükselmiştir. Nitelikli yatak sayısındaki artış 18.934'den 163.993'e yükselmiş olup, oldukça dramatik düzeydedir⁶⁰¹. Ne var ki, tüm bu çalışmalara rağmen, 10.000 kişiye düşen hastane yatak sayısı oranı, 30,1 ile gelişmiş ülkeler karşısında oldukça gerilerdedir. (Tablo 4.1.)

Tablo 4.1. 10.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısının uluslararası karşılaştırılması (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2023, s. 120)



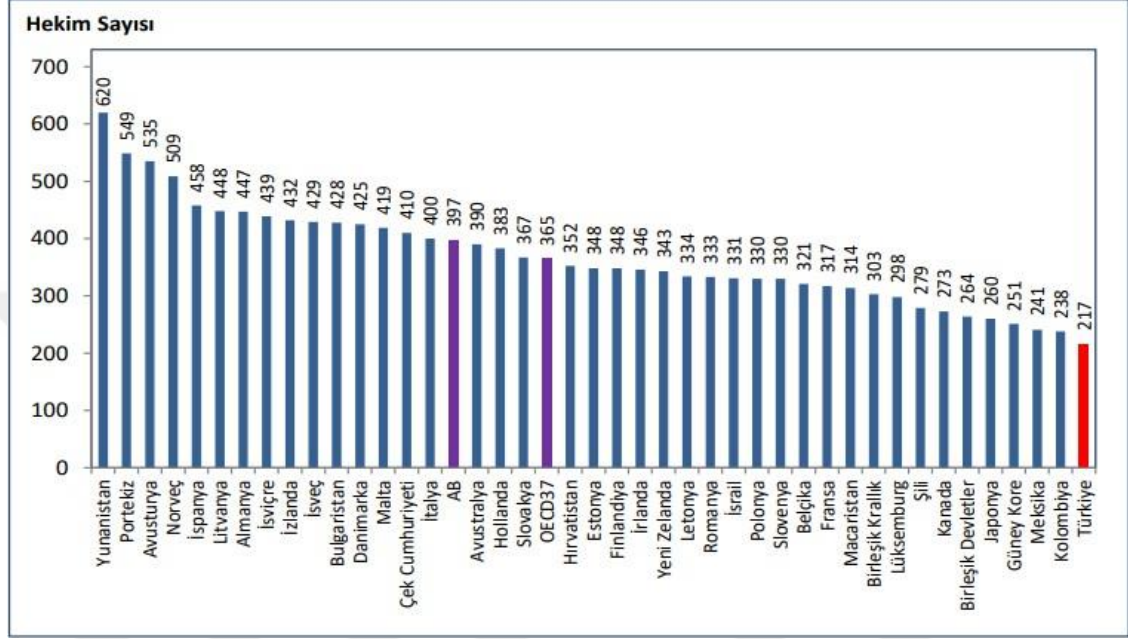
Bu arada sayısal anlamda sahada çalışan hekim ve sağlık personeli rakamları değerlendirildiğinde, yine son 20 yılda yoğun şekilde yeni açılan Üniversiteler ve Tıp Fakültelerinin etkisiyle önemli artışlar olmuştur. 2002 yılında 91.949 olan hekim sayısı 2021 yılında iki katına çıkmış ve 183.569 sayısına ulaşmıştır⁶⁰². Ne var ki, 100.000 kişiye düşen hekim sayısının uluslararası karşılaştırmasına bakıldığında ülkemizin bulunduğu durum hala son derece yetersiz düzeydedir (Tablo 4. 2.). Başta diş hekimi, eczacı, hemşire olmak üzere diğer sağlık personellerinin durumuna bakıldığında yine ciddi artış

⁶⁰¹ Sağlık İstatistikleri Yıllığı. 2023, a.g.k., 118-122.

⁶⁰² Sağlık İstatistikleri Yıllığı. 2023, a.g.k., 213.

tespit edilmekle birlikte, 100.000 kişiye düşen personel sayısı açısından hekimlere benzer durum ile karşılaşılmaktadır⁶⁰³. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2023, ss.217-229

Tablo 4. 2. 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısının uluslararası karşılaştırması (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2023, s. 217)

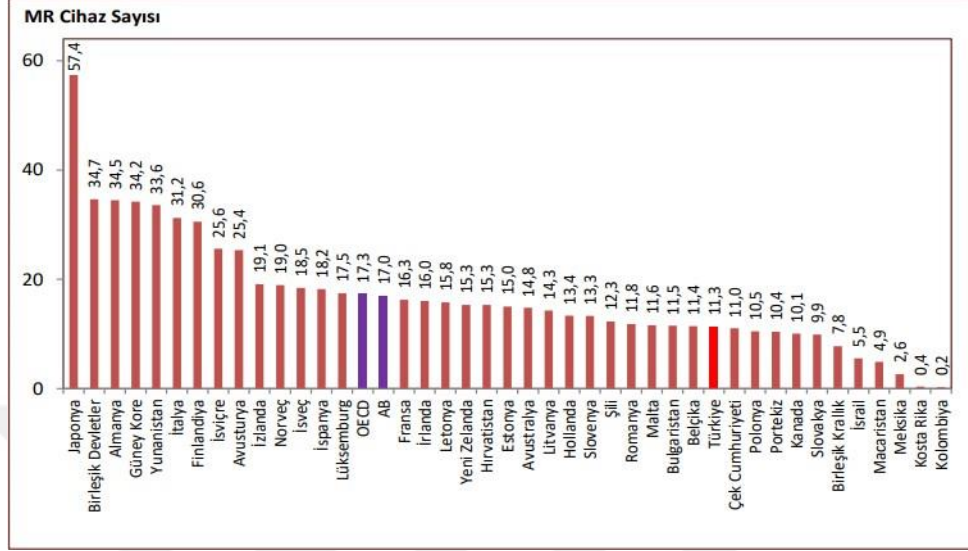


Hastanelerde kullanılan tıbbi cihaz sayılarında da ciddi artışlar yaşanmıştır (Tablo 4. 3). Bu şekilde, hastaların tanı ve tedavi yolunda, daha kaliteli ve nitelikli hizmet alma yolları açılmıştır. Ancak Tablo 4. 4. de görüleceği üzere cihaz sayısındaki bu artışa karşın, gelişmiş ülkeler ile karşılaştırıldığında 1.000.000 kişiye düşen MR cihazı sayısı oldukça gerilerdedir. Benzer durum BT için de geçerlidir.

Tablo 4. 3. Yıllara göre hastanelerdeki cihaz sayısı (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2023, s. 134)

	2002	2017	2018	2019	2020	2021
MR	58	884	915	902	939	960
BT	323	1.186	1.211	1.213	1.248	1.271
Ultrason	1.005	5.635	5.846	6.098	6.080	6.276
Doppler Ultrason	681	4.892	5.557	6.383	6.538	6.828
EKO	259	2.269	2.520	2.714	2.823	2.850
Mamografi	647*	947	966	961	982	964

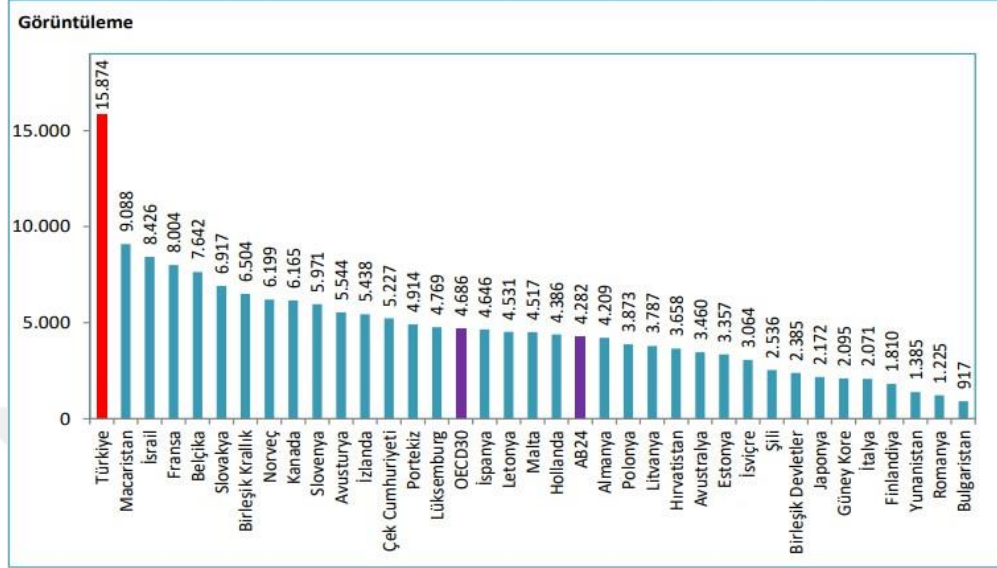
Tablo 4. 4. 1.000.000 kişiye düşen MR cihazı sayısının uluslararası karşılaştırması
(Sağlık İstatistikleri Yıllığı. 2023, s. 135)



Nöroşirürji branşı açısından en önemli radyolojik görüntüleme yöntemlerinin başında gelen bu iki cihazın kullanımı noktasında, sayısı dışında görüntüleme kalitesi ve radyoloji uzmanlarınca raporlanması da son derece önemlidir. Daha önce de ifade ettiğimiz gibi, son yıllarda özellikle kamu hastanelerinde bu cihazların kullanımı hizmet alımı yöntemi şeklinde yapılmaktadır. Bu şekilde çalışılan hastanelerde, ihaleyi alan firmalar cihazı getirmekte, tetkikin çekimini yapmakta ve anlaşmalı oldukları bir radyoloji uzmanına raporlatmaktadır. İlk bakışta bu durum kamu açısından ekonomik olarak değerlendirilebilir ancak çekimin kalitesi ve radyoloji uzmanı tarafından rapor hazırlanma süre, kalite ve güvenliği açısından sıkıntılar yaşanmaktadır. Çünkü bu hizmeti veren firma bu işten kar etmek için, birim zamanda daha fazla tetkik çekimi yaparak, daha fazla tetkik raporlatmak durumundadır. Ülkemiz ve uluslararası istatistiklere baktığımızda cihaz başına yapılan MR çekim sayısı açısından Türkiye'nin ilk sırada olduğu görülmektedir (Tablo 4. 5.).

Rutin işleyişte raporu yazan radyoloji uzmanının, tetkiki isteyen hekim ile herhangi bir diyalogu olmadığı gibi hastayı görme durumu da söz konusu değildir. Yani klinisyen, düşündüğü ön tanı ile çıkan sonuç arasında bir uyumsuzluk durumunda ilgili

Tablo 4. 5. MR cihazı başına düşen görüntüleme sayısının uluslararası karşılaştırması (Sağlık İstatistikleri Yıllığı. 2023, s. 177).



radyoloji uzmanı ile bilimsel bir konuşma ve tartışma durumu yaşayamamaktadır. Aslında bu durum radyoloji uzmanları açısından da hiç doğru ve güvenli olmamaktadır. Yazarın yıllar boyu sahada yaşadığı tecrübe göstermektedir ki, bu şekilde çalışan radyologlar da, kendilerini korumak adına tetkiklerde, sadece gördüklerini tanımlamakta ancak tanımladıkları lezyonun patolojik tanısı noktasındaki görüşlerini belirtmekten kaçınılmaktadırlar. Oysa iyi bir radyoloji görüşü, nöroşirürji uzmanının vereceği, cerrahi yapıp yapmama ya da ne şekilde ve ne tarz bir cerrahi yapılacağı noktasında kararları açısından son derece önemlidir.

2002 yılından 2022 yılına kadar ki dönemde nüfus ve imkanlar belli oranlarda artmışsa da Tablo 4. 6.'da görüleceği üzere, yıllık kişi başı hekime müracaat sayısındaki artış çok fazla düzeydedir. 2002 yılında 3,1 düzeyinde olan yıllık kişi başı hastaneye müracaat oranı, 2022 yılına gelindiğinde 10.0 gibi bir düzeye çıkmıştır⁶⁰³. Bu oran gelişmiş ülkeler ile karşılaştırıldığında oldukça yüksektir. Bir başka açıdan bakıldığında bu oranın %60'lık bölümü ikinci ve üçüncü basamak hastaneler başvuran hastalardır ki bu durum ülkemiz sağlık sisteminin yaşadığı sıkıntının başta gelen sebeplerinden biridir.

⁶⁰³ T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 (2024). Haber Bülteni, s. 7, Erişim. (https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/46511/0/haber-bulteni-2022-v7pdf.pdf?_tag1=3F123016BE50268AF4A10917870BF5962AC79ECF). 21.02.2024

Tablo 4. 6. Kurum türlerine göre toplam ve kişi başı hekime müracaat sayısı (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022, Haber Bülteni, s. 7).

	Hekime Müracaat	Kişi Başı Hekime Müracaat
Aile Hekimliği	332.907.540	3,9
Verem Savaş Dispanseri	792.725	0,09
ÇEKÜS*	206.640	
TSM'ler Tarafından Yapılan Diğer Muayeneler*	2.267.019	
Özel Poliklinikler	774.934	
E2-E3 Entegre İlçe Devlet Hastaneleri	3.764.360	
Birinci Basamak Toplamı	340.713.218	4,0
Özel Tıp Merkezleri	17.248.270	0,2
Hastaneler	496.366.836	5,8
Sağlık Bakanlığı	375.842.435	4,4
Üniversite	45.746.680	0,5
Özel	74.777.721	0,9
İkinci ve Üçüncü Basamak Toplamı	513.615.106	6,0
Genel Toplam	854.328.324	10,0

Yine 2002 yılı ile karşılaştırıldığında hastanelerde yapılan ameliyat sayılarında nüfus artışı ile açıklanamayacak ciddi bir artış mevcuttur. Tablo 4. 7. de görüleceği üzere 2002 yılında 1,6 milyon civarında olan ameliyat sayısı, 2021'de 4,7 milyon düzeyine çıkmıştır.

Tablo 4. 7. Yıllara ve sektörlere göre toplam ameliyat sayıları (Sağlık İstatistikleri Yıllığı. 2023, s. 163).

	2002	2017	2018	2019	2020	2021
Sağlık Bakanlığı	1.072.417	2.590.538	2.766.914	2.796.484	1.613.841	2.191.281
Üniversite	307.108	815.076	903.002	948.936	708.994	939.861
Özel	218.837	1.525.685	1.531.822	1.478.395	1.399.383	1.572.952
Toplam	1.598.362	4.931.299	5.201.738	5.223.815	3.722.218	4.704.094

Gerek hastaneye başvuru oranındaki ve gerekse ve ameliyat sayılarındaki bu artış, teknolojik imkanlar, hastane, yatak sayısı ve sağlık personel sayılarındaki oransal artışın oldukça üzerindedir. Bu, üzerinde dikkatle durulması gereken bir durumdur. Bakıldığında, nüfus artışı ve hastaneye ulaşımındaki kolaylaştırmalar nedeniyle bir artış beklenebilir ancak muayene ve ameliyat sayısındaki umulandan fazla artışın bize göre başka sebepleri de vardır. Bunlardan ilki, aile hekimliğine geçilmesine rağmen sevk

zinciri sisteminin uygulanamamış olmasıdır. Bu sayede, her vatandaş, çok basit sorunlarda dahi ikinci hatta üçüncü basamak hastanelere başvurmak suretiyle gereksiz bir yoğunluk oluşturmakla kalmamış aynı zamanda gerçekten üst düzey tedaviye ihtiyacı olan hastaların yolunu tıkamışlardır. Merkezi Hastane Randevu Sisteminden randevu alamayan hastaların bir kısmı, acil servislere başvurmak durumunda kalmış, bu kez acil servislerde de aşırı bir yoğunluk oluşmuştur.

Hizmet sunumundaki bu yoğunluğun bir başka sebebinin ise, performansa dayalı sistemler olduğunu düşünülmektedir. Hekimler bilmektedir ki, bazı hastalıklar içinde bulundukları aşama itibarıyla, konservatif yani ameliyatsız tedaviyle ya da cerrahi tedaviyle iyileşebilirler. Her ikisi de tıbbi ve hukuka uygun olan bu iki seçenekten hekimler, kamuda performans baskısı, özel sektörde ise ciro baskısı yüzünden, daha fazla puan ya da gelir getirici olan cerrahi işlemleri seçmek durumunda kalmaktadırlar.

Bunların yanı sıra Çin'in Wuhan kentinde başlayıp, tüm dünya ile birlikte ülkemizi de yoğun şekilde etkileyen Covid 19 pandemisi, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık sisteminin işleyiş mekanizmalarını daha olumsuz hale getirmiştir. Çeşitli kaynaklardan bildirilen rakamlara göre dünya çapında 275 milyondan fazla insan bu hastalığa yakalanmış, 5 milyondan fazlası hayatını kaybetmiştir. Ülkemizde de total hasta sayısı 9 milyonu geçmiş, 75 binden fazla insanımız da hayatını kaybetmiştir⁶⁰⁴.

Pandemi sırasında oldukça uzun bir zaman izole edilmek durumunda kalan milyonlarca yaşlı hastanın mevcut kronik hastalıklarının tedavisi, bu süreçte ihmal edilmek durumunda kalmıştır. Bu sürecin bitmesiyle, kronik hastalıklarının tedavisini ertelemiş birçok hasta polikliniklere başvurmaya başlamış, mevcut hasta yoğunluğu har geçen gün daha da artar hale gelmiştir. Son yıllarda artan hasta yoğunluğunun bir nedeninin de bu süreç olduğunu düşünmekteyiz.

Hasta yoğunluğunu arttıran bir başka neden ise ülkede son yıllarda giderek artan miktarda bulunan sığınmacı tabir edilen insanların durumudur. Suriye'de 2011 yılında başlayan iç savaşın sonrasında 'geçici koruma statüsü' ile Türkiye'ye gelen insan sayısı T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresinin resmi rakamlarına göre 3,6 milyon civarındadır⁶⁰⁵.

⁶⁰⁴ Covid 19 Pandemisi İstatistikleri. Erişim. (<https://www.worldometers.info/coronavirus/>) Erişim Tarihi. 10.12.2021.

⁶⁰⁵ T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi İstatistikleri. Erişim. <https://www.goc.gov.tr/gecici-korumamiz-altindaki-suriyeliler>. Erişim tarihi 21.10.2023

Buna karşın bu rakamın çok daha fazla olduğu noktasında iddialar da yok değildir. Hatta kimi iddia ve ifadeler Türkiye’deki sığınmacı sayısının 15 milyon kişi olduğu noktasındadır. Özellikle son 5 yılda, Afganistan ve Pakistan başta olma üzere Orta Doğu ve Afrika’nın birçok ülkesinden düzensiz göçmenler ülkemize gelmekte ve bir şekilde yaşamaya çalışmaktadırlar. En son Rusya ve Ukrayna arasındaki savaştan sonra da bu ülkelerden de çok sayıda yabancı Türkiye’de ikamet eder hale gelmiştir. Bu durum ülkeyi demografik, ekonomik, sosyokültürel, kriminal ve tabii ki sağlık hizmet sunumu noktasında olumsuz etkilemektedir. Üzerinde uzun tartışma gerektiren bu konunun bu çalışmayı ilgilendiren kısmı, özellikle güney illerimiz ve büyük şehirlerdeki hastanelerindeki yoğunluğun artış nedenlerinden birinin de bu konu olmasıdır.

Güncel durumu özetleyecek olursak, daha önce de ifade edildiği gibi ülkelerin sağlık sistemleri, ülkeyi yöneten siyasi iktidarın verdiği kararlar, ülkenin siyasi, coğrafi, ekonomik ve sosyokültürel durumları, halkın eğitim durumu ve refah düzeyi, ülkenin hukuki mekanizmalarının işleyişi gibi birçok faktörle direkt olarak ilişkilidir. AKP’nin 2002 yılında tek başına ve çok güçlü bir şekilde iktidara gelmesinden sonra ekonomik politikalar, sağlık sistemi, eğitim sistemi, adalet sistemi ve sonrasında Anayasa olmak üzere birçok konuda köklü değişikliklere gidilmiştir. En son 2017 yılındaki referandum ile birlikte ülkenin yönetim sistemi de değiştirilmiş, Cumhurbaşkanlığı yönetim sistemi diye ifade edilen bir sisteme geçilmiştir. Bu sistem Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin etkinliğini son derece azaltmış, Bakanları Cumhurbaşkanı’nın atadığı birer bürokrat haline getirmiş, partili olan Cumhurbaşkanı’nın tüm üst düzey bürokratları tek başına atama yetkisine sahip kılmıştır. Kararların hızlı alınacağı, bürokrasinin azalacağı gibi hedeflerle geçilen sistem, geline noktada Cumhurbaşkanı makamının tek başına ve kontrolsüz bir şekilde karar aldığı bir şekle bürünmüş ve Cumhurbaşkanı’nın bir parti mensubu olması ve seçildikten sonra da bu vasfının devamı nedeniyle bürokratik tüm atamalar siyasi hasletler ile yapılır hale gelmiştir. Bu durum silsile halinde bürokrasinin alt kademelerine de sirayet etmiştir. Sonuçta ülkenin tüm sistemlerinin yönetim kadrolarında liyakat ve adalet yerine, siyaset ve nepotizm öncelenir hale gelmiştir.

Ülkenin eğitim politikaları da 2002 yılından günümüze defalarca değiştirilmiş, adrese dayalı kayıt sistemi nedeniyle insanların alternatif okul arayışları sınırlandırılmış, İmam Hatip okullarının sayısı arttırılmış, Anadolu Liseleri ve Fen liseleri gibi özellikli eğitim veren okulların eğitim kalitelerinde sıkıntılar oluşmaya başlamış, ekonomik imkânı olan insanlar çocuklarını özel okullara gönderir hale gelmiştir. Ülkemizde

üniversite sayısı Ocak 2024 itibariyle 208'e yükselmiştir⁶⁰⁶. Ne var ki gerek devlet gerekse vakıflar aracılığıyla kurulan birçok üniversitenin vasıfları, öğretim üyesi kadroları, teknik donanımları ve altyapıları noktasında ciddi soru işaretleri mevcuttur. Bu soru işaretleri ile dolu kurumlardan mezun olan öğrencilerin yeterlilikleri de bir başka soru işareti olarak karşımızda durmaktadır. Doğaldır ki üniversite, sadece öğrenciye ders öğreten ve sınavlarda başarılı olursa öğrenciyi mezun ederek 'meslek' sahibi yapan bir kurum değildir. Üniversite, öğrenciye vizyon, kültür, karakter katan kısaca öğrenciyi sadece mesleki açıdan değil, seminerler, konferanslar, paneller, serbest kürsü tartışmaları, dinletiler, sergiler, konserler gibi birçok sosyokültürel etkinlikler düzenleyerek her açıdan hayata hazırlayan bir kurum olmalıdır. Bu tarz bir kurum olabilmek için, kurumun özerkliği sağlanmalı ve yönetimi liyakat ve adaletli olmalıdır. Son yıllarda yapılan mevzuat değişiklikleri ile üniversite rektörleri artık üniversite öğretim üyeleri oyları ile seçilmemekte, Cumhurbaşkanı tarafından atama ile göreve getirilmektedirler. Bu durum rektörleri birer bürokrat haline getirmiş dolayısıyla üniversite özerk yapılanmasını da olumsuz etkilemiştir. Gerek orta öğretimde gerekse yüksek öğretimde yaşanan bu olumsuz durumların ortaya koyduğu sonuçların bazıları şöyle sıralanabilir; 2015 yılında yapılan ve 76 ülkenin katıldığı PISA testi yarışmasında Türkiye 41. Sırada yer alabilmiştir⁶⁰⁷. Bunun yanında 2022 yılında yapılan üniversite sınav sonuçlarına bakıldığında, 2022-TYT'de doğru cevap sayısı ortalamaları; Türkçe (40 soru) testinde 17,7, sosyal bilimler (20 soru) testinde 7,9, temel matematik (40 soru) testinde 6,9 ve fen bilimleri (20 soru) testinde 3,2'dir. AYT matematik (40 soru) testinin ortalaması 7,2, AYT fen bilimleri testinin ortalamaları; fizik (14 soru) alt testinde 2, kimya (13 soru) alt testinde 1,5 ve biyoloji (13 soru) alt testinde 2 olmuştur⁶⁰⁸. Bize göre bu rakamlar tatmin edici olmaktan çok uzaktır.

⁶⁰⁶ Erişim Linki: <https://www.yok.gov.tr/Sayfalar/Haberler/2023/yuksekogretimde-yeni-istatistikler.aspx>. 11. 12. 2023.

⁶⁰⁷ Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü'nün (OECD) bir eğitim projesi olan PISA Testi (Uluslararası Öğrenci Değerlendirme Programı), 2000 yılından buyana üçer yıllık dönemler halinde, dünya çapında 15 yaş grubundaki öğrencilerin kazanmış oldukları bilgi ve becerileri değerlendiren bir araştırmadır. Erişim. <https://pisaedu.com/pisa-testi-nedir/> 12.02.2024.

⁶⁰⁸ Erişim Linki; <https://www.osym.gov.tr/yazdir?A653128043936C76D961728B2F81CFE7#:~:text=Ayg%C3%BCn%2C%20bu%20y%C4%B1ki%20YKS%20testlerindeki,testinde%203%2C2'dir.> 11.12.2023.

Ülkemizde Adalet sistemimizde de gözle görülen aksaklıklar yaşanmaktadır. Yukarıda bahsedilen siyasi ve bazı grup yapılanmaları adalet sistemi yönetimimizde mevcuttur. Günümde, HSK Başkanı'nın Adalet Bakanı olması, bakanın partili bir Cumhurbaşkanı tarafından direk atanıyor olması, bu kurul işleyişini siyasetten bağımsız kılması bize göre mümkün değildir. Son yıllarda önemli hukukçu akademisyenler tarafından ciddi şekilde eleştirilen hatta siyasetin kararı etkilediği düşünülen birçok yargı kararı kamuoyuna yansımaktadır (Rahip Brunson davası, Gezi davası, Can Atalay davası vs.). Son olarak, İstanbul Anadolu Cumhuriyet Başsavcısı'nın basına yansıyan şikâyet mektubu, olumsuz durumların artık sistem içerisinde bertaraf edilemediğinin bir kanıtı olarak karşımızda durmaktadır. Bunu yanında ülkemizde davaların çok yavaş ve kamu vicdanını tatmin etmekten uzak işleyişi, ülkedeki şiddet ikliminin en önemli nedenlerinden biri olarak değerlendirilmektedir.

Sağlık hizmet sunumu ve toplumun sağlık hizmetlerine ulaşımının kolaylığı açısından en önemli parametrelerden biri de ülkedeki ekonomik gerçeklerdir. Ekonomik durumu en iyi ortaya koyan verilerden biri de, ülkedeki enflasyon rakamlarıdır. AKP'nin iktidara geldiği 2002 yılından sonra uygulanan akılcı politikalar ve tek başına ve güçlü bir şekilde iktidar olmanın getirdiği istikrar ve güven ortamı, ülkede o yıllara kadar çok yüksek seyreden enflasyon oranlarını hızla düşürmüştü ve toplumsal bir ekonomik rahatlık ortaya konmuştur. Ülkedeki tüketici enflasyonu 2017 yılına kadar tek hanelerde seyretmiş iken 2018 yılından sonra pandemi koşullarının da etkisiyle tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de enflasyon oranlarında bir miktar artış gözlenmiştir. 2020 yılı itibarıyla gelişmiş ülkeler enflasyonla mücadele noktasında faizlerini arttırma noktasında müdahalelerde bulunmuşlar ve almış oldukları diğer önlemler ile de enflasyon oranlarını kontrol altına alabilmişlerdir. Ülkemizde ise, enflasyon ile mücadele noktasında faizler arttırmak yerine düşürülmüş, yükselme eğiliminde olan döviz kuru rezerv satarak belli rakamlarda tutulmaya çalışılmış, devletin ortaya koyduğu müdahaleler serbest piyasa koşullarını tedirgin eder haline gelmiştir. Bunlar ve belki daha başka birçok sebep nedeniyle ülkemiz enflasyonu son 3 yılda çok yüksek noktalara yükselmiş, toplumun satın alma gücü ciddi oranda gerilemiştir. Ülkede aşırı yükselen gayrimenkul fiyatları, ev kiralari ve diğer ürünler toplumun gıda, barınma, sağlık gibi yaşamsal ürünlere ulaşımında kısıtlar yaşamasına yol açmakta ve toplumun gerilimini her anlamda arttırmaktadır.

Buraya kadar tanımlamaya çalıştığımız, toplumun yaşam standartlarını belirleyen başlıca sistemlerin geldiği durumun, insanları ve sağlık hizmetlerini nasıl etkilediği

noktasıdır. Günümüz sağlık sistemi ise, bahsettiğimiz sistemlere paralel belki de daha sıkıntılı bir noktadadır. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde sistemin birçok noktasında köklü değişikliklere gitmiş, bazı konularda başarılı olurken bazı konularda ise başarısız olmuştur. Nüfusu giderek artan, büyük çoğunluğu kentlerde yaşayan ve giderek yaşlanan, buna bağlı birçok kronik hastalıkları olan bir topluma sağlık hizmeti verilmektedir. Teknolojinin gelişmesi, internet ve iletişim imkanlarının çok artması, insanları hep daha iyi, hızlı, nitelikli ve güler yüzlü bir sağlık hizmeti ister hale getirmiştir. Hukuki açıdan da bir temel hak olan bu istek, son derece yerindedir. Ne var ki, sağlık sisteminin aktif çalışan insan gücü ve altyapı imkanları bu haklı isteği bir yere kadar karşılayabilmektedir.

İfade ettiğimiz gibi Covid 19 pandemisi sonrası ülkemizde polikliniklerde ve acil servislerde aşırı bir hasta yoğunluğu söz konusu olmuştur. İnsanlarımızın bir kısmı, kimi zaman kural ve sınır tanımadan, aklındaki hizmeti aklındaki yer ve zamanda almak talebiyle hastanelere başvurmaktadırlar. Özellikle sevk zinciri sisteminin olmayışı, hastalara ikinci ve üçüncü basamak hastanelere direkt başvuru imkânı sağlarken ortaya çıkan yoğunluk sistemin zorlanmasına neden olmaktadır. Özellikle son iki yılda artan talebi karşılamak amacıyla, sağlık sistemi yöneticileri tarafından ortaya konulan çare, hekimler başta olmak üzere tüm sağlık personeli daha fazla çalışmaya zorlamak olmuştur. Günümüzde hekimlerin polikliniklerde 5 dakikaya inen hasta randevuları hatta aynı saatte iki farklı hastaya randevu oluşturulması gibi birçok uygulama müşahade edilmektedir. MHRS sisteminde randevu bulamayan hastalar ya acil servislere başvurarak oradaki yoğunluğun artmasına neden olmakta ya da randevusuz bir şekilde gelerek poliklinik koridor ve kapılarında muayene talebinde bulunmaktadır. Ne yazık ki bu duruma çanak tutan sağlık idarecileri de mevcuttur. Sinop Sağlık Müdürlüğü resmi internet sitesinden yayınlanan videoda, adeta ‘randevusuz da gelebilirsiniz, sorununuzu çözeriz’ mahiyetinde çağrılar yapıldığı sosyal medyada izlenmiştir (Görsel 4.5). Bunlar ne yazık ki, mevcut soruna çare olabilecek etkin çözüm arayışları değil, popülist yaklaşımlardır. MHRS sistemi tarafından oluşturulan hasta sayısına, uygun şekilde poliklinik hizmeti vermesi bilimsel olarak mümkün olmayan hekimler, bu durumda bir de kapıda randevu dışı başvurular ile uğraşmak durumunda kalmaktadırlar. Süreç içerisinde bir süre sonra hizmet bekleyen hastalar ile sisteminin en ucundaki hekim ya da ilgili sağlık personeli arasında gerginlikler, tartışmalar, sözlü ya da fiziki tacizler

yaşanmakta, bu durumdan hem muayene olmak için gelen hastalar hem de hekim ve sağlık personeli olumsuz etkilenmektedir.



Görsel 4.5. Sinop İl Sağlık Müdürlüğü Resmi X hesabı paylaşımı (Sosyal Medyadan)

Bunun yanında özellikle merkez hastanelerin acil servislerinde günlük müdahale edilen hasta sayıları 1000'lerle ifade edilir noktaya gelmiştir (Görsel. 4. 6). Daha önce de ifade ettiğimiz gibi acil servisler günümüzde insanların polikliniklerde randevu alamadığında başvurduğu, geçerken şurama bir baktırayım dediği, enjeksiyon ya da pansuman yaptırmak için rutin olarak geldiği bir yer haline gelmiştir. Bu durumda gerçekten acil sağlık hizmeti almak durumunda olan hastalar ve bu hizmeti vermekle görevli sağlık personeli olumsuz etkilenmektedir. Ülkede hemen her gün bir acil serviste kavga ya da sağlık personeline sözlü ya da fiziksel taciz olayı yaşanmaktadır. Bu olayların sıklıkla, yeşil alan tabir edilen, gerçekte aciliyeti olmayan ancak acil serviste muayene olmak isteyen hastalar ya da yakınları tarafından çıkarıldığı müşahade edilmektedir.



Görsel. 4. 6. Acil servis yeşil alan poliklinik tabelası (sosyal medyadan)

Poliklinik ve acil servislere hasta muayenesi sonrası endikasyon konulan hastaların servis ya da yoğun bakımlara tetkik, takip ve tedavi amaçlı yatırılmaları gerekmektedir. Bir başka sorun da burada başlamaktadır. 2002 yılından bu yana her ne kadar servis ve yoğun bakım yatak sayılarında ciddi artışlar olmuşsa da, bu rakamlar gelişmiş ülke ortalamalarının hala çok altındadır. Bu nedenle de muayene sonrası yatış endikasyonu konulan hastalar kimi zaman tedavi ya da ameliyat olabilmek için günlerce sıra beklemek durumunda kalmaktadırlar. Özellikle acil servis yatışlarında hastanelerde yatak (özellikle yoğun bakım yatağı) bulmak son derece zor olmaktadır. Gözlemlerimiz odur ki, nöbetlerde 112 komuta servisleri acilen yatması gereken hastalar için gece boyu uygun bir hastanede yatak aramaktadırlar. Özellikle şehirlerin merkez hastanelerinde bu durum sıklıkla yaşanır hale gelmiştir. Bu durumlar hem hastanın yapılması gereken tedavisini etkilemekte, hem hasta yakınının gerginliğine yol açmakta hem de hekimlerin ve diğer sağlık personelinin efor ve enerjilerinin gereksiz tükenmesine yol açmaktadır.

Özellikle merkez hastanelerde bu yoğunluk, gelişmiş ülkelere göre oransal olarak son derece az sayı ile hizmet vermekte olan hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinin zorlamakta ve yormaktadır. Gerek çalışma saatlerindeki artışlar gerek çalışılan zamanda bilimsel olarak yapılması gerekenden çok fazla hizmet üretme zorunluluğu, hastanelerde

iş barışını da bozar hale gelmiştir. Tıbbi, bilimsel hatta hukuki olarak hangi işi kimin yapması gerektiği noktasında (intern, hemşire, hekim vs.) tartışmalar yaşanmakta, hatta bu tartışmalar sosyal medyaya taşınmaktadır. Yadsınamaz bir gerçekte şudur ki, ülkemizde son yıllarda hekimlerin ve diğer sağlık personelinin özlük hakları noktasında ciddi sıkıntılar mevcuttur. Ücret dengesizlikleri başta olmak üzere, çalışma saatleri, nöbet durumları, vs gibi birçok konu hakkında hekimler ve diğer sağlık personelleri arasında son yıllarda şimdiye kadar görülmemiş bir tartışma ortamı gözlemlenmektedir. Özellikle sosyal medyada, belirli fenomen hesaplar üzerinden dönen bu tartışmalara, diğer insanlar da dahil olmakta, durum kaotik bir hal almaktadır. Bize göre bu durum hekimler başta olmak üzere tüm sağlık meslek mensuplarının itibarını zedelemekte ve saygınlığını azaltmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde, ortaya koyulan çalışmalardan en önemlisi ve sistemin adeta bel kemiği olarak nitelendirilecek uygulama performansa dayalı ek ödeme sistemidir. Sağlık Bakanlığı bu sistemi şöyle ifade etmektedir; *‘Başarılı sağlık personelimize, performansına bağlı olarak döner sermayeden ek ödeme alabilmesinin yolu açılmıştır. Hastaların hekim seçme özgürlüğü ile birlikte bu işleyiş hasta merkezli bir memnuniyeti ön plana alarak hazırlanmıştır. Hastasını memnun eden çalışan bir personel daha fazla kazanacaktır*⁶⁰⁹. Sistem, her hastayı, yapılan her muayene, işlem ve müdahaleyi hatta ameliyatı puanlamış, ne kadar çok işlem yaparsan o kadar çok kazanırsın şeklinde bir anlayış içine girmiştir. Çalışanların motivasyonunu arttıracak, nitelikli ve verimli hizmet sağlanacak, sevklerin azaltılacak gibi avantajları olduğu düşünülen bu sistemin, aşırı maliyet artışı, ekip çalışması üzerindeki olumsuzlukları, gereksiz tanı ve tedavi uygulamalarındaki artış gibi dezavantajları göz ardı edilmektedir⁶¹⁰.

Bize göre bu sistemde, niteliksel değil tamamen niceliksel bir değerlendirme söz konusudur. Bu anlayış, pastadan daha çok pay isteyen kişileri daha çok çalışmaya, hatta kendisine ve sisteme zarar verecek derecede çok çalışmaya itmiştir. Çünkü ödenecek para miktarı belirlidir, o miktardan daha çok pay isteniyorsa, daha çok hizmet üretmek gerekmektedir. Tamamen niceliksel bir bakış açısı ile oluşturulmuş bu sistem, içinde

⁶⁰⁹ Sağlık Gelişiminde Toplum Katılımı, 2001, a.g.k., 49.

⁶¹⁰ Çınarlı, S., Meral, O., Ateş, M., Özsel, H., Aktaş, E. Ö., ve Kurt, E. (2019). Performansa Dayalı Çalışma, Meslek Etiği ve Deontolojiyi Olumsuz Etkiliyor mu, TıpHD, (15). 29-44, s. 30.

özlük haklarını da olumsuz yönde etkileyen (örneğin, yıllık izin aldığınızda, bu sürenin aktif çalışma gün katsayısını düşürmesi gibi...) bazı uygulamaları ile, konusu insan olan bir sektörde asla uygulanmaması gereken bir sistemdir. Sistem, hekimlerin ve yardımcı sağlık personelinin bu pay alma kavgasından yorulacağını, tükenmişlik sendromuna doğru sürüklenme ihtimalini düşünememiştir. Bu anlamda, sağlıkta dönüşüm programının güler yüzlü, motivasyonu yüksek sağlık çalışanı hedefi boşa düşmüştür. Bu durum ayrıca, kurumlar içinde gerek hekimler arası gerek branşlar arası gerekse hekimler ile diğer sağlık çalışanları arasındaki iş barışını ve çalışma huzurunu da bozmuştur.

2019 yılında yapılan bir çalışmada, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin hastane hizmet kalitesine etkisi ölçülmüş ve katılımcıların çoğunluğunun, gereksiz yatış ve tetkiklerin arttığı ve hasta başına düşen muayene süresinin ise azaldığı görüşüne katılmıştır. Yine aynı çalışmada katılımcıların yarıya yakını endikasyonsuz müdahalelerin ve etik dışı uygulamaların arttığı görüşünü paylaşmıştır⁶¹¹. Bilgin ve arkadaşlarının Türkiye’de kamu sağlık kuruluşlarında yaşanan etik dışı davranışları araştırdıkları bir makalede, performansa dayalı ek ödeme sistemini, azalan muayene sürelerinin, tanı, teşhis, tedavi ve iletişim ile ilgili sorunların en önemli nedeni olduğunu ifade etmişlerdir⁶¹². Çınarlı ve arkadaşlarının yaptığı kapsamlı bir çalışma, performansa dayalı ek ödeme sistemi nedeniyle sağlık alanında ticarileşme ve piyasalaşmasının kaçınılmaz olduğu, sağlık profesyonelleri arasındaki rekabet ve parçalanmanın arttığı, verilen sağlık hizmetinin niteliği ve kalitesinin tartışılır hale geldiği tespit edilerek performans sisteminin kamu hizmetleri ve özellikle sağlık hizmetleri için uygun olmadığı sonucuna varılmıştır⁶¹³. Özsel ve Çınarlı’nın çalışmasında ise sonuç olarak, performansa dayalı ücretlendirme uygulaması, zorlama endikasyonlarla, gereksiz tıbbi girişim sayısını arttırmakta ve ofansif tıp uygulamalarının en önemli nedenlerinden biri olduğunu ortaya koymaktadır⁶¹⁴. Aynı çalışmada, hasta haklarının ihlalleri, iş barışının bozulması, sağlık

⁶¹¹ Korku, C., ve Kaya, S. (2019). Performansa dayalı ek ödeme sisteminin hastane hizmet kalitesine etkisi: hastane yöneticileri ve sağlık personelinin değerlendirmeleri. Verimlilik Dergisi, (3), 83-113.

⁶¹² Bilgin, R., ve Küçükhasar, M. (2018). Türkiye’de kamu sağlık kuruluşlarında yaşanan etik dışı davranışlar ve uygulamaların genel görünümü. Munzur Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 7(13), 119-140.

⁶¹³ Çınarlı ve ark. 2019, a.g.k., 43.

⁶¹⁴ Özsel, H., ve Çınarlı, S. (2018). Ofansif Tıp Uygulamalarına Performansa Dayalı Ücret Sisteminin Etkisi. TıpHD, (13), 21-50, s. 48.

alışanlarının haklarına olumsuz etkileri, sağlık hizmetlerini ticarileştirmesi ve oluşturduğu maliyet artışı gibi nedenler ile sistemin yenilenmesi gerekliliği ifade edilmektedir⁶¹⁵.

Ülkemizde hekimlerin ve diğer sağlık personelinin ücretlerinin iyileştirilmesi yönünde bir düzenleme yapılacak ise başvurulan sistem nedense ‘taban ödeme’, ‘ek ödeme’, ‘teşvik’ vs. şeklinde adlandırılıp, tamamen niceliksel ölçümler ile tespit edilip dağıtılmaktadır. Kaldı ki, bu ödemelerin hiçbirisi emekliliğe yansımamaktadır. Hekimler ve sağlık çalışanları ‘emekliliğe yansıyan tek kalem ücret’ taleplerini yıllardır dile getirmekte ancak siyasi iktidar bunu dikkate almamaktadır. Bu durum çalışma şartlarının zaten son derece ağır ve yıpratıcı olduğu sağlık çalışanlarını iyice yıpratmakta, sosyal yaşamlarını da etkilemektedir. Özellikle 2020 yılından bu yana, daha önce de ifade ettiğimiz ülke ekonomisindeki sıkıntılar, özellikle büyük şehirlerdeki sağlık çalışanlarının açıkça geçim sıkıntısı çekmelerine neden olmaktadır.

Özetle ifade etmek gerekir ki, sağlık sisteminde Sağlıkta Dönüşüm programı çerçevesinde yapılan değişikler nedeniyle, hastaneler ve hekimlere erişimin kolaylaşması, 112 acil servis uygulamaları, randevu sistemleri ve hasta haklarındaki diğer olumlu gelişmeler hasta memnuniyetini artırırken; sağlık çalışanları üzerindeki iş yükü artışı, ekonomik anlamda gelirlerin azalması ve aşırı yoğun ortamda üretilmek zorunda kalınan sağlık hizmetleri nedeniyle karşı karşıya kalınan ceza ve tazminat davaları sağlık çalışanlarını özellikle de hekimleri olumsuz etkilemektedir⁶¹⁶.

Hastalar açısından bakıldığında, istekleri yerine getirilmeyen, tedavileri başarılı olamayan, istediği hızda hizmet alamayan ya da bir şekilde aldığı hizmeti beğenmeyen hastalar ve yakınları, sağlık çalışanlarını, hekimlerini hatta sistemi sorgular hale gelmiştir. Bu sorgulama sonucu haklı olduğunu düşündüğünde, kimi zaman hakkını yasal yollarla (Hasta Hakları Birimi’ne BİMER’e, CİMER’e vs. şikâyet ya da dava açmak şeklinde) kimi zaman da şiddete başvurmak suretiyle aramak yoluna gitmektedirler. Tüm bu durumlar, durmaksızın hizmet üretme sorumluluğu hatta zorunluluğu içinde olan sahadaki hekimlerde bıkkınlık ve yorgunluk oluşturmuş artık hekimler Tükenmişlik Sendromu yaşadıklarını ifade eder olmuşlardır.

⁶¹⁵ Özsel, 2018, a.g.k., 45.

⁶¹⁶ Arıkan ve ark. 2016, a.g.k., 41.

Tüm bu zor şartlar altında çalışan hekimler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanları, kurmuş oldukları sendikalar ya da diğer meslek birlikleri aracılığıyla çeşitli eylemler yaparak seslerini duyurmaya çalışmakta ve haklarını talep etmektedirler. Bir kısım sağlık çalışanı da özlük haklarının ve çalışma şartlarının daha iyi olacağını düşündüğü başka ülkelere göç etme durumunda kalmıştır. Durum ülkenin Cumhurbaşkanı tarafından ‘giderlerse gitsinler’ gibi bir ifade ile karşılanmış, iktidarın ücret anlamında yapmaya çalıştığı bir takım pansuman tedbirler ise, ne yazık ki derde derman olamamıştır. Türk Tabipler Birliği yetkililerinin basında yer alan açıklamalarına göre, 8000’den fazla hekimin yurt dışında çalışmak için kendilerine başvuruda bulunulduğunu bildirmişlerdir⁶¹⁷. Yine Türk Tabipler Birliği’nin yayımlamış olduğu son 10 yılda yurt dışında çalışmak için alınan ‘iyi hal belgesi’ sayısı ortaya koyularak (Görsel. 4. 7), sayının her yıl dramatik olarak arttığı ifade edilmektedir.

Görsel. 4. 7. İyi Hal Belgesi sayılarının 10 yıldaki dağılımı (Türk Tabipler Birliği Resmi X hesabından 29.12.2023 tarihli paylaşımı)



⁶¹⁷ Erişim Linki. (<https://www.medimagazin.com.tr/guncel/genel/tr-ttb-genel-sekreteri-mezun-olan-hekimlerin-yuzde-10u-yurt-disina-gidiyor-11-681-97692.html>). 10.02.2024.

Türk Tabipler Birliği Genel Sekreteri Prof. Dr. Vedat Bulut'un yaptığı açıklamada hekimlerin hızla artan bir sayıda yurt dışında çalışmaya yönelmesinin nedenlerini, sağlıkta şiddet, ekonomik nedenler ve daha iyi ve insani çalışma şartları şeklinde sıralamaktadır⁶¹⁸.

Sonuç olarak özetlemeye çalıştığımız, ülkemiz sağlık sistemi organizasyonundaki bu sorunlar hekimleri ve sağlık çalışanlarını her açıdan zorlamaktadır. Sorunlar içerisinde boğulan hekimler, yoğunluk, yorgunluk, yaşananlar nedeniyle motivasyon kaybı ve isteksizlik duyguları ile çalışmakta, yaşanan idari baskılar vs. gibi birçok nedenden ötürü hatalar yapabilmektedirler. Bu hataların bir kısmı ise tıbbi kötü uygulama tanımı içerisinde sorgulanabilecek işlem ve eylemler de olabilmektedir. Çalışmamızın bu bölümünde, sorunun daha çok organizasyon kaynaklı olduğu sorunlar tartışılacaktır.

4.3.2. Fiziki şartlar, teknolojik imkanlar ve tıbbi cihazlar ile ilgili sorunlar

Teknolojinin günümüzde geldiği nokta başta internet, akıllı telefonlar hatta yavaş yavaş robotlar olmak üzere hayatın her alanında kendini hissettirmektedir. Sağlık sektörü de bu ilerlemeden nasibini almış, hastaların tetkik ve tedavilerinde birçok yeni cihazlar kullanılmaya başlamıştır. Ülkemizde kullanılan biyomedikal cihaz sayısının son 20 yılda 7 kat arttığı ve günümüzde hastanelerde yaklaşık 20 bin farklı tıbbi cihaz kullanıldığı bildirilmektedir⁶¹⁹.

Nöroşirürji, tıp bilimi içerisinde teknolojinin ve tıbbi cihazların en çok kullanıldığı branşlardan biridir. Tanı aşamasından başlayarak kullanılan yüksek teknoloji içeren tetkik cihazları, ameliyat sırasında kullanılan birçok özel tıbbi aletler ve cihazlar ve hastanın servis ve yoğun bakım takiplerinde kullanılan özel cihazlar hatta taburculuk sonrası kontrol aşamalarında kullanılan cihazlar hem hastanın güvenli ve başarılı bir tanı tedavi süreci geçirmesine hem de cerrahın bilimsel ve hukuki anlamda daha konforlu çalışmasına vesile olmaktadır.

⁶¹⁸ Erişim Linki. <https://www.sozcu.com.tr/2023/saglik/yurt-disina-giden-doktor-sayisinda-patlama-7543435/>. 21.10.2023.

⁶¹⁹ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 206.

Tetkik cihazlarından direkt grafler ve Ultrasonografi (USG) cihazından başlayarak, Bilgisayarlı Tomografi, Manyetik Rezonans Görüntüleme, Anjiyografi cihazları, Pozitron Emisyon Tomografi (PET), cihazları, biyokimya, mikrobiyoloji, patoloji laboratuvar cihazları, ayrıca tedavide kullanılan radyoterapi, Gamma Knife, Cyber Knife gibi cihazlar nöroşirürji uzmanları tarafından ihtiyaç duyulan ve sık kullanılan cihazlardır.

Günümüzde standart bir Nöroşirürji ameliyathanesinde bipolar, koter, aspiratör gibi genel standart cihazlar dışında, ameliyat mikroskobu, skopi cihazı (radyolojik görüntüleme cihazı), kraniotom motoru (beyin dokusunu ulaşmak için kafa tası kemiğini delerek ve keserek, kemiğin bir bölümünü kaldırmak için kullanılan cihaz) gibi cihazlar neredeyse olmazsa olmaz durumdadır (Görsel 4. 1.). Bu cihazların dışında intraoperatif nörofizyolojik monitörizasyon, nöronavigasyon, endoskopik girişimler için endoskop sistemleri hatta robotik cerrahi için kullanılan cihazlar hastanenin şartları ve cerrahın ilgi ve tecrübesi doğrultusunda kullanılan tıbbi cihazlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle son yıllarda Üroloji, Genel Cerrahi gibi branşların sıklıkla kullandığı robotik cerrahi uygulamaları, Nöroşirürji uzmanlarının da ilgisini çekmeye başlamış ve bu teknoloji de nöroşirürjikal girişimlerde kullanılır hale gelmiştir. Dikkat edilmesi gereken nokta şudur ki, bu denli kompleks ve karmaşık teknolojilerin kullanımı çeşitli medikolegal sorunların doğmasına da yol açabilmektedir.



Görsel 4. 8. ABD’de bir Nöroşirürji Ameliyathanesi (H. Serdar Işık arşivinden)

İfade etmek gerekir ki, çok değil daha 20 yıl öncesinde bile bu cihazların birçoğu ameliyathanelerde olmadığı için yaşanan ve klasik kitaplara komplikasyon olarak geçen bazı uygulamalar günümüzde dikkat ve özen eksikliği olarak yorumlanabilmektedir. Örneğin geçmişte skopi cihazı olmadığı için, bir bel fitiği ameliyatında seviye tespiti için L3-S1 arası kesi yapılır, sakrum görülür ve L5-S1 aralığından yukarıya doğru sayılarak istenen seviye bulunur ve cerrahi uygulanırdı. Böyle bir durumda gerek lumbalizasyon, sakralizasyon gibi anatomik varyasyonlar gerekse listezis ya da başka deformite oluşturabilecek sebepler nedeniyle yanlış mesafeye cerrahi uygulanabiliyordu. O şartlarda bu durum komplikasyon olarak kabul edilmekteydi. Günümüzde ise skopi cihazları ve ameliyat mikroskopları sayesinde hem çok küçük bir kesi ile ameliyat yapılabilen hem de en az iki kez seviye kontrolü yapıldığı için yanlış seviyeye cerrahi uygulama riski son derece azalmaktadır. Her şeye rağmen bir hata olması durumunda ise somut vaka üzerinden, hatanın gerekçelerinin irdelenmesi ve hatanın bilimsel bir açıklaması olup olmadığı değerlendirilmelidir. Aksi takdirde olay tıbbi kötü uygulama olarak değerlendirilebilecektir.

Mevzuatımıza baktığımızda, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 106/A. maddesinde, *'Sağlık kurumları; envanterinde görünen tüm tıbbi cihaz, araç-gereç ve ekipmanların periyodik bakımlarını, amaca uygun olarak kullanılıp kullanılmadıklarını, garanti sürelerinin takibini, envanterin güncelleştirilmesini, tıbbi cihazların ulusal ve uluslararası düzeyde belirlenmiş referans değerlere uygun olarak çalışıp çalışmadığının takibini, gerekiyorsa kalibrasyonlarının yapılmasını ve sonucun takibi hizmetlerini yürütmek üzere, bünyesinde biyomedikal hizmetler ve kalibrasyon birimi kurar. Sağlık kurumları, bu hizmetleri kendi kurduğu birim aracılığıyla yürütebileceği gibi dışarıdan hizmet alımı yoluyla da gördürebilir.'* ifadesiyle tıbbi cihazların kullanımı ve bakımı ile ilgili süreçlerde yapılması gerekenler düzenlenmiştir. Bakım ve takipte genellikle biyomedikal cihaz teknikerleri görev alırlar. Bunların görevleri ise, *'Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik'te tanımlanmıştır. Buna göre biyomedikal cihaz teknikerleri, 'kullanılmakta olan tıbbi cihazların periyodik olarak kalibrasyonunu ile bu cihazların bakım ve onarımını yapar, kuruma alınması düşünülen tıbbi cihazların teknik şartnamesinin hazırlanmasında ve alınan tıbbi cihazların muayene kabulünde görüş verir, tıbbi cihazların kullanımını hakkında ilgili personele bilgi verir*

ve hasta ve çalışanları tıbbi cihazların zararlı etkilerinden korumak için gerekli tedbirleri alır. ' ifadeleriyle görevlendirilmiştir.

Burada vurgu yapılması gereken konu şudur ki, ülkemiz çok geniş bir coğrafyada konumlanmış olup, her bir noktası benzer şartlara sahip değildir. Hastanelerimizde ne yazık ki net standartlar bulunmamaktadır. Geçmişte nöroşirürji uzman sayısı az olması nedeniyle sadece merkez hastanelerde ve belli standartlarda çalışan nöroşirürji uzmanları, günümüzde küçük ilçe hastanelerine dahi atanabilmekte, oradaki imkanlar dahilinde görev yapmak durumunda kalmaktadırlar. Örneğin bu çalışmanın yazarının, 2002 yılında uzman olarak mecburi hizmet için atandığı Havza Devlet Hastanesinde direk grafi dışında tetkik imkânı (Bilgisayarlı Tomografi bile yoktu) ve Anestezi uzmanı bulunmamakta idi.

Bir medikal cihazın ameliyat esnasında kullanılmamış olmasının mahkeme kararına gerekçe olduğu Danıştay'ın 28.03.2012 tarihli kararında, ilk derece mahkemesinin 30.09.2011 tarih ve 2007/54 E., 2011/1457 K. sayılı kararı onanmış olup, bu kararın içerisinde yer alan bilirkişi raporunda;

*'... S kızı N.F 'ın 15.12.2005 tarihli ameliyat öncesi ve sonrası çekilmiş grafilerinin kurulumuzca yapılan yazışmalara rağmen adli dosya kapsamına dahil edilememiş olduğu, 07.01.2006 tarihli 2. operasyon sonrası çekilen 27.03.2006 tarihli torakolomber grafide posterior füzyon meteryali görüldüğü, 2. Ameliyat bülteninde adı geçen T5 seviyesinde konulmuş vidanın yanlış yerleştirildiği, buna bağlı BOS kaçağı ve muhtemelen omurilik hasarının oluştuğu, **ilk ameliyat sırasında traksiyon esnasında monitorizasyon ve wake-up testinin yapılmasının gerektiği**, bunun paraplejinin önlenmesinde önemli ve gerekli olduğu ilk ameliyat notunda bu işlemin yapıldığına dair bir kayıt bulunmadığı , konjenital skolyoz ameliyatlarında paraplejinin sık rastlanan komplikasyon olmakla beraber tedbirlerinin alınmasının bu riski azaltabileceği göz önüne alındığında, Prof.Dr. ... 'ın gerekli tedbirleri almaması nedeniyle, eyleminin tıp kurallarına uygun olmadığı, dolayısıyla ..Ü. Tıp Fakültesi'nde yapılan tedavide davalı idarenin sorumluluğu bulunduğu, mevcut parapleji arızasının , Sağlık işlemleri tüzüğü E cetveline göre %100 oranında meslekte kazanma gücünden kaybetmiş sayılacağı oy birliği ile mütalaa olunur.'* ifadesiyle hüküm kurulmuştur.

Kararda, muhtemel bir vida malpozisyonu nedeniyle gelişen parapleji olgusu tartışılmaktadır. Vida malpozisyonu, bu tarz ameliyatlarda öngörülebilir komplikasyonlardan biri olup, son yıllarda geliştirilen cihazlar sayesinde bu komplikasyonun sıklığı ve ciddiyeti azaltılmaya çalışılmaktadır. Literatürde de vurgulandığı üzere intra operatif nörofizyolojik monitorizasyon uygulaması, yüksek duyarlılık oranları ile güvenli bir cerrahi girişim olanağı sağlamakta olup gerek tıbbi gerekse hukuksal nedenlerden ötürü ileride kullanımı giderek yaygınlaşacak uygulamalardan biridir. Periferik sinir, omurilik ve omurga cerrahileri ile kranial

cerrahilerde kullanılması, hastanın ve hekimin postoperatif dönemde iyi sonuçlar ile karşılaşmasına yardımcı olacağı bildirilmektedir⁶²⁰. Tabii ki bu cihazlar yardımıyla ameliyat yapabilmek, hastanenin şart ve imkanları dahilinde mümkün olmaktadır. Günümüzde dahi enstrümantasyon ameliyatlarının çoğunluğu ‘hand free’ diye tabir edilen teknik ve skopi cihazının yardımıyla yapılmaktadır. İfade etmek gerekir ki, nöromonitor hatta robotik cerrahi kullanımlarında da çeşitli komplikasyonlar ile karşı karşıya kalınabilmektedir. Özetle tüm bu cihazlar, daha iyi sonuçlar adına yardımcı olmak ile birlikte, cihazın kullanımının komplikasyon gelişme riskini sıfırlama ihtimali söz konusu değildir. Bu anlamda gerekçesi açısından, kararın doğru ve yerinde olmadığını düşünmekteyiz.

Bir başka örnek ise, Yargıtay 13. H.D.’nin, 31.03.2016 tarihli kararında⁶²¹;

‘...Davacılar, murisleri ... davalı hastanede bel fıtığı ameliyatı olduğunu ancak şikayetlerin geçmemesi üzerine iki gün sonra yeniden revizyon ameliyatı olduğunu, bu ameliyat sırasında yapılan çeşitli hatalar nedeniyle murislerinin ameliyattan bakıma muhtaç çıktığını ve yaklaşık bir sene sonra çektiği acılara dayanamayarak vefat ettiğini ileri sürerek, maddi manevi tazminat isteminde bulunmuşlardır. Mahkemece, davanın reddine, karar verilmiş; hüküm, davacılar tarafından temyiz edilmiştir. Mahkemece, dosyaya kazandırılan ve hükme esas alınan Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulunun 21.08.2013 tarihli raporunda, hastada gelişen durumun komplikasyon olduğu belirtilerek, davalıya kusur atfedilmediğinden, davanın reddine karar verilmiştir. Dosya içerisinde bulunan Yargıtay 12. Ceza Dairesi'nin 2015/788 Esas 2015/3379 Karar sayılı ilamı ile işbu davaya dayanak yapılan adli tıp raporu ile ilgili olarak "İstanbul Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulunun 21/08/2013 tarihli ve 2013/3430 sayılı raporunda gerçekleşen ölüm olayı ile revizyon ameliyatı arasında illiyet bağı kurulmasına karşın ölüm olayının şüphelilerin kusuru bulunmadan gelişen komplikasyon sonucu gerçekleştiğinin kabul edilmesi, keza aynı raporda **oksijen saturasyon probunun ameliyat sırasında arızalanmasının veya arızalı olması ile ölüm olayı arasında illiyet bağı bulunup bulunmadığına ilişkin değerlendirme yapılmaması**, yine müteveffanın ikinci ameliyata hazır olup olmadığına ilişkin değerlendirme yapıp yapılmadığı ile onay formunun alınıp alınmadığı hususlarında değerlendirme yapılmaksızın yetersiz rapora dayanılarak şüpheliler haklarında kovuşturmayaya yer olmadığına ilişkin karar verildiği dikkate alındığında, ... itirazın kabul edilmesi gerektiği gözetilmeden, yazılı şekilde reddine karar verilmesinde isabet görülmediğinden..." denildiği göz önüne alındığında ise bahsi geçen adli tıp raporunun yetersiz olduğu açıktır. O halde, ... eksik incelemeye dayanılarak, yazılı şekilde hüküm kurulmuş olması usul ve yasaya aykırı olup, bozmayı gerektirir.

⁶²⁰ Müslüman, A. M., ve ark. Nöroşirürji Ameliyatlarında İntraoperatif Nörofizyolojik Monitörizasyonun Yeri ve Önemi, Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, (51)1, 1-7.

⁶²¹ Yargıtay 13.H.D.’nin, 31.03.2016 tarih ve 2015/12091 Esas, 2016/9241 Karar sayılı kararı, Erişim. <https://karararama.yargitay.gov.tr/>. 07.07.2023.

Kararda incelenen, ameliyat sırasında arızalanan oksijen satürasyon probunun hastanın ölümü arasında illiyet bağı olup olmadığı noktasıdır. Kararda, hastanın sağlığının neden bozulduğu noktasında açıklayıcı bilgi olmadığından, temel sorun hakkında yorum yapılamıyorsa da bu kararda dikkat çekilmek istenen konunun, ne kadar basit bir cihaz olursa olsun, ameliyat sırasında kullanılan her cihazın çalışır durumda olma zorunluluğu, aksi takdirde dava konusu olabileceğidir.

Özet olarak, teknoloji ve özellikle ameliyat sırasında kullanılan cihazlar her açıdan son derece önemlidir ancak unutulmaması gereken nokta şudur ki; sonuçta ameliyat bir cerrah tarafından yapılacaktır ve yeterli bilgi, birikim, deneyim olmadan cihaza güvenilerek yapılacak olan cerrahi işlem daha üzücü sonuçlar doğurabilir⁶²². Börü'nün yaptığı çalışmada, robotik cerrahi müdahalelerden doğan zararlara ilişkin hukuki sorumluluğun belirlenmesinde önemli olan hususun zararın kaynağı olduğu ve bağlı olarak oluşabilecek zararda hekim, hastane ya da üreticinin sorumlulukları olabileceği gibi, bu kişilerin birlikte sorumluluğu da söz konusu olabileceği ifade edilmektedir⁶²³. Robotik cerrahi özelinde ortaya koyulan bu ifade, gerçekte tüm cihazları kapsamaktadır.

4.3.3. Ekipler ile ilgili sorunlar

Sağlık hizmet sunumu, içerisinde birçok sağlık meslek mensubunun çalıştığı ve bu çalışanların bir ahenk içinde olması gerektiği büyük bir organizasyondur. Nöroşirürji branşında da başarı ancak bu büyük ekibin birlikte ve uyumlu çalışması halinde ortaya çıkabilir. Tıp bilimi çerçevesinde hızla gelişen teknoloji, spesifik alanlarında daha özel uzmanlaşma ihtiyacı ve tıbbi müdahalelerin ekip halinde gerçekleşmesi, olumsuz bir olay neticesinde sorumluların tespitini zorlaştıran faktörlerdendir⁶²⁴. Ekip çalışması ve birbirine uyumu başarıya ulaşmak için çok önemlidir. Bilimsel ve hukuki anlamda ekip halinde yürütülen çalışmaların temeli güven ilkesine dayanır. Güven ilkesi, ekip halinde yürütülen faaliyetlerde, ekip içindeki her kişinin, diğerlerinin faaliyete ilişkin davranış kurallarına uyacağı beklentisini ve buna göre hareket etmesini ortaya koymaktadır⁶²⁵.

⁶²² Müslüman, 2017, a.g.k., 7.

⁶²³ Börü, Ş. P. (2019). Robotik Cerrahi Müdahalelerden Doğan Sorumluluk, İnönü Üniversitesi HFD, 10 (2); 758-775.

⁶²⁴ Apaydın, 2021, a.g.k., 4859.

⁶²⁵ Delago, T. (1987). Modern Hukukta Taksirli Suçun Önemi, (Çev. Ersoy, Y.), Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 39(4), 115-124.

Bu nedenle kimi zaman farklı branşlardaki uzman hekimler, kimi zaman da hekimler ve yardımcı sağlık personelleri gibi farklı mesleklerden oluşan ekipler, iş birliğinin önemini anlamalı ve her meslek grubu diğerinin uzmanlık alanını ve değerini bilerek davranmalıdır. Ekip içerisindeki her birey, kişisel ve mesleki egolarını bir kenara bırakarak, ana hedef olan hastanın hayatını kurtarmak ya da acısını dindirmek gibi çok önemli olan hedeflere odaklanmalıdır⁶²⁶.

Ekip ve teknoloji bağımlı bir cerrahi branş olan nöroşirürjide tedavi ekibindeki herhangi bir aksama çok ciddi klinik problemlere sebep olabilmekte ve sonuçta komplikasyon ve malpraktis kavramları gündeme gelmektedir. Ekipten sorumlu olan kişinin hekim olması nedeni ile çoğu davalarda muhatap olarak hekim alınmaktadır⁶²⁷. Hekimin asli görevi ve birincil sorumluluk alanı, hastasını muayene ve tedavi etmek olmakla birlikte, ikincil sorumluluk alanının da birlikte çalıştığı hemşireler başta olmak üzere yardımcı sağlık personelinin görevini olması gerektiği gibi yapıp yapmadığı, çalışma alanlarının (ameliyathane vs.) uygun koşulları taşıyıp taşımadığı gözetmektir⁶²⁸. Bu bölümde nöroşirürji branşı özelinde sağlık hizmeti sunumu noktasında en yakın çalışılan sağlık meslek mensupları ve ilgili sorunlar tartışılacaktır.

İfade edilen bu büyük ekibin en önemli parçası hemşirelerdir. Hemşirelik tarihin en eski mesleklerinden olarak bilinir. Hippocrates'in erkek yardımcılarının, hemşire öncüsü meslek elemanları olarak tanımlanabilir⁶²⁹. Ancak hemşirelik mesleğini profesyonel bir iş olarak ortaya koyan, hemşirelik mesleğini tanımlayan ve okul olarak açılmasını sağlayan kişi Florence Nightingale olmuştur. Hemşirelik mesleği açısından çok önemli bir aşama olan Nightingale'in bu çalışmaları 1850'li yıllarda başlamış, 1910 yılındaki vefatına kadar ömrünü bu işe adanmıştır. Ülkemizde ise mesleğin başlangıcı olarak, 1911 yılındaki gönüllü hasta bakıcı kursu olduğu ifade edilir. Sonrasında ilk resmi hemşire okulu 1925 yılında Kızılay tarafından açılmış ve ilk üniversite düzeyinde yüksekokul ise 1955 yılında açılan Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'dur⁶³⁰.

⁶²⁶ Apaydın, 2021, a.g.k., 4884.

⁶²⁷ Dündar, T. T. (2018). Nöroşirürjide Malpraktis Ve Komplikasyon Kavramları, Uluslararası Sağlık Hukuku Kongresi (Ed. Çakır M). Legal Yayıncılık. s. 151.

⁶²⁸ Apaydın, 2021, a.g.k., 4888.

⁶²⁹ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2016, a.g.k., 74.

⁶³⁰ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 78.

Hastalar acil servislerde, yataklı servislerde ve yoğun bakımlarda hemşirelerin gözetiminde ve takibindedirler. Mevzuatta hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları, TŞSTİDK’la başlayan ve yıllar içerisinde kapsamı genişletilen kanun ve yönetmelikler ile tanımlanmıştır. 6283 sayılı ‘Hemşirelik Kanunu’⁶³¹ mesleği tanımlayan ilk kanun olması bakımından önemlidir. Sonrasında 5634 sayılı ‘Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun’⁶³² ile güncel değişiklikler yapılmış ve kanunun 4. maddesinde hemşirelerin görev ve yetkileri tanımlanmıştır. Buna göre, *‘Hemşireler; tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personelidir. Ayrıca aile hekimliği uygulamasına ilişkin kanun hükümleri ile bu Kanuna dayanılarak yürürlüğe konulan mevzuattaki görevleri de yaparlar.*

Bu tanım dışında 08.03.2010 tarihli Hemşirelik Yönetmeliği’nin⁶³³ 6. Maddesinde⁶³⁴ hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmıştır.

⁶³¹ R. G. 02.03.1954 / 8647.

⁶³² R. G. 02.05.2007 / 26510.

⁶³³ R. G. 08.03.2010 / 27515.

⁶³⁴ MADDE 6 – (1) Hemşireler; a) Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler.

b) Verilen hemşirelik bakımının kalitesini ve sonuçlarını değerlendirir, hizmet sunumunda bu sonuçlardan yararlanarak gerekli iyileştirmeleri yapar ve sonuçları ilgili birime iletir.

c) Tıbbî tanı ve tedavi planının uygulanmasında; hekim tarafından, acil durumlar dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygular, hastada beklenmeyen veya ani gelişen durumlar ile acil uygulanması gereken tanı ve tedavi planlarında müdavi hekimin şifahi tıbbi istemini kabul eder. Bu süreçte hasta ve çalışan güvenliği açısından gerekli tedbirleri alır.

ç) Hastaya lüzumu halinde uygulanmak üzere hekim tarafından reçete edilen tıbbî talepleri bilimsel esaslara göre belirlenen sağlık bakım, tanı ve tedavi protokolleri doğrultusunda yerine getirir.

d) Tıbbî tanı ve tedavi işlemlerinin hizmetten faydalananlara zarar vereceğini öngördüğü durumlarda, müdavi hekim ile durumu görüşür, hekim işlemin uygulanmasında ısrar ederse durumu kayıt altına alarak hekimin yazılı talebi üzerine söz konusu işlemi uygular.

e) Tıbbî tanı ve tedavi girişimlerinin hasta üzerindeki etkilerini izler, istenmeyen durumların oluşması halinde gerekli kayıtları tutarak hekime bildirir ve gerekli önlemleri alır.

f) Görevi teslim alacak hemşire gelmeden ve gerekli bilgiyi hasta başında sözlü ve yazılı olarak teslim etmeden ve doğal afet, toplu kazalar gibi olağanüstü durumlarda ise hemşireye olan ihtiyaç ortadan kalkmadan kurumdan ayrılamaz.

g) Hemşirelikle ilgili eğitim, danışmanlık, araştırma faaliyetlerini yürütür. Mesleği ile ilgili bilimsel etkinliklere katılır. Toplumun, öğrenci hemşirelerin, sağlık çalışanlarının ve adaylarının eğitimine destek verir ve katkıda bulunur.

h) Sağlık hizmetlerinin verildiği tüm alanlarda etkin bir şekilde görev alır, oluşturulan sağlık politikalarının yürütülmesinde, mevzuat çerçevesinde karar mekanizmalarına katılır.

ı) Hizmet sunumunda, hizmetten faydalananların bireysel farklılıklarını kabul ederek, insan onurunu, mahremiyetini ve kültürel değerlerini azami ölçüde göz önünde bulundurur.

i) Tüm uygulamalarını kayıt altına alır.

Ayrıca, 13.01.1983 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan ‘Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nde hemşirelerin görev ve yetkileri 132. Maddede tanımlanmıştır. Buna göre hemşirelerin, hastalar açısından tıbbi ve psikolojik açılardan birçok konuda, ayrıca düzen, tertip ve idari anlamda görevleri bulunmaktadır.

Görüldüğü ve mevzuatta tanımlandığı üzere hemşireler sağlık hizmet sunumunda çok önemli görevler ifa eden, hekimler ve diğer sağlık meslek mensupları ile birlikte görev yapan bir konumdadır. Nöroşirürji branşı açısından değerlendirecek olursak, nöroşirürji hemşireleri, hasta yaş skalası yeni doğandan geriatrik çağa değişen bir hasta grubu ve travma, dejeneratif hastalıklar, onkolojik hastalıklar, beyin kanamaları başta olmak üzere çok geniş bir yelpazede olan hastalar grubunu takip etmek ve tedaviye katkıda bulunmakla görevlidirler. Bu çok geniş skaladaki hastaları gerek şuur durumu gerekse tüm vital ve klinik durumları ile son derece yakından takip etmek zorunluluğu, nöroşirürji hemşireliğini çok daha özellikli ve zor hale getirmektedir.

Daha önce de belirttiğimiz gibi, nöroşirürji servislerinde hekim ile hemşirelerin uyumu ve ortak çalışması hasta sağlığı ve güvenliği açısından çok önemlidir. Bu uyumun sağlandığı ortamlarda, hastalar açısından başarılı bir takip ve tedavi süreci ihtimali artacağı gibi, çalışanlar açısından da iş motivasyonunun artacağı açıktır. Ne var ki, son yıllarda hekimler ile diğer sağlık çalışanları arasında gerek özlük hakları gerekse çalışma şartları açısından yaşanan nahoş tartışmalar, çalışma barışı ve ekip uyumu noktasında sıkıntılar oluşturmaktadır. Nöroşirürji servisinde yatan hastalarda doktor hemşire uyumunu araştıran bir yüksek lisans tezinde sonuç olarak, doktor istem formunda belirtilen mayi takiplerin % 6.94, aldığı-çıkarıldığı takiplerinin %24.61 oranında isteme uygun yapılmadığı, doktor istem formunda belirtilen ekstremiteler, şuur, pupilla takibinin %40 oranında uygulanmadığı, doktor istem formu ile hemşire ilaç uygulama formu karşılaştırıldığında, hastaların oral ilaç uygulamalarının % 4.18, parenteral ilaç uygulamalarının %2.88 oranında isteme uygun yapılmadığı saptanmıştır⁶³⁵. Ayrıca doktor istemleri ile hemşire takip formlarının bire bir uymadığı görülmüştür. Aynı çalışmada öneri olarak, hizmet içi eğitim programlarının artırılması, kurum içinde hemşirelerin rol ve işlevlerinin daha net belirlenmesi, hemşire takip ve uygulama

⁶³⁵ Saymal, M. (2006). Nöroşirürji Servisinde Yatan Hastalarda Doktor İstem Formları İle Hemşire Takip Formları Arasındaki Uyum, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

formlarının daha düzenli ve dikkatli işlenmesi, tutulan her kayıttın yasal açıdan öneminin tüm çalışanlarca bilinmesi, kayıtların toplanması ve saklanması bilinçlendirilmeleri ve özellikle hastayla iletişim yönünden, yasal olarak daha fazla risk altında olmaları nedeniyle, hemşirelerin yasal sorumlulukları hakkında bilinçlendirilmeleri gibi öneriler getirilmiştir⁶³⁶.

Özetle hemşirelik, hekimin talimatları doğrultusunda bağımlı görevlerin yanı sıra, hekim talimatı olmadan uygulanacak bağımsız görevlerin de uygulandığı, yetki ve sorumluluğu geniş bir meslektir. Hemşirelerin tek görevi hekime yardım etmek değildir. Hemşireler, mevzuatın ve eğitimlerinin kendilerine verdiği yetki ve sorumluluk çerçevesinde birinci görevleri olan hasta bakımı konusunda planlama, denetleme ve değerlendirme görevlerini uygulamaktadırlar. Bu görevler açısından inisiyatif almak ve karar vermek durumunda olduklarından doktrinde hemşireler için, yardımcı sağlık personeli olarak tanımlanmalarının doğru olmadığı, ayrı bir sınıf olmaları gerektiği de ifade edilmektedir⁶³⁷.

1219 sayılı Kanun'da sağlık meslekleri tabipler, diş tabipleri ve dişçiler, ebeler, sünnetçiler, hasta bakıcı hemşireler iken, günümüzde gelişen teknoloji ve ilerlemeler birçok yeni alanın açılmasına ve sağlık meslek mensuplarının çeşit ve sayısında artışlara neden olmuştur⁶³⁸. Mevzuatımızda bu doğrultuda yenilenmiş ve sağlık meslek mensupları ile ilgili değişiklikler 06.04.2011 tarihli ve 6225 sayılı 'Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un⁶³⁹ 9. maddesinde düzenlenmiştir. Sonrasında 22.05.2014 tarihinde yayımlanan 'Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik'⁶⁴⁰ ile tüm sağlık meslek mensuplarının iş ve görev tanımları ile etik ilkeler tanımlanmıştır. Mevzuat ile meslek olarak tanımlanan sağlık mesleklerinden bazıları, ebe, klinik psikolog, fizyoterapist ve teknikeri, odyolog, diyetisyen, dil ve konuşma terapisti, podolog, sağlık fizikçisi, radyoterapi teknikeri, anestezi teknikeri, tıbbi labaratuvar teknikeri, patoloji teknikeri, tıbbi görüntüleme teknikeri ve teknisyeni, ameliyathane teknikeri, adli tıp teknikeri, diyaliz teknikeri, acil tıp teknikeri, tıbbi sekreter ve biyomedikal cihaz teknikeri gibi mesleklerdir.

⁶³⁶ Saymal, 2006, a.g.k., 45.

⁶³⁷ Doğramacı, 2016, a.g.k., 35.

⁶³⁸ Aykın, Çınarlı ve Meral, 2023, a.g.k., 41.

⁶³⁹ R. G. 26.04.2011 / 27916.

⁶⁴⁰ R. G. 22.05.2014 / 29007.

Nöroşirürji uzmanları, bu sağlık meslek mensuplarının bir kısmı ile çok yoğun, bazıları ile de daha az olmak üzere birlikte bir ekip anlayışı içerisinde çalışmaktadır. Ekip lideri pozisyonunda olan hekimin, talep ve talimatları doğrultusunda hasta sağlığı için her meslek mensubu kendi yetki ve sorumluluğu dahilinde görevlerini ifa etmektedir. Hekimler başta olmak üzere her sağlık meslek mensubu kendi mesleği açısından yapmış olduğu iş ile alakalı sorumluluğu mevcuttur.

İfade edilmesi gereken bir başka konu, sağlık hizmet sunumundan sorumlu kurumların hekimler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının, o kurumun gereklilikleri çerçevesinde yeterli sayı ve liyakatta personel bulundurma zorunluluğudur. Çoğu ilçe devlet hastanesinde nöroşirürji uzmanları tek hekim olarak çalışmakta ve tabiri caizse 7/24 görev başında olmaları istenmektedir. Bunun yanında özellikle gece nöbetlerinde hemşireler ve diğer sağlık çalışanları genellikle olması gerekenden çok az sayıda çalışmaktadır. Tüm ekiplerin ülkenin her köşesinde büyük bir özveri ile çalıştıkları bir gerçektir. Bununla beraber bu yoğunluk ve her türlü özveriye rağmen yaşanan süreçler bir süre sonra sağlık çalışanlarında bir tükenmişlik sendromu durumu oluşturmaktadır. Geline durum ekipler arasında iş barışını bozmakta, hasta ve sağlık çalışanları arasındaki iletişimi olumsuz etkilemekte, tıbbi kötü uygulama yapılması ihtimalini arttırmakta ve sonuçta medikolegal davalar ya da illegal şiddet olayları ile karşı karşıya kalınmaktadır. Tüm bunların engellenmesi için gereken tedbirlerin alınması sağlık hizmet sunumu sistemi içerisinde ilgili kurumların sorumluluğundadır. Hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinin gereken sayı ve liyakatte olması, mutlu, huzurlu ve güvenli bir ortamda çalışmaları, gelecek kaygısı ve performans baskısı olmadan verimli ve kaliteli bir hizmet sunmalarını sağlayacak bir sağlık sisteminin kurulması esastır⁶⁴¹.

Sağlık hizmeti sunumu sırasında, sorumlu olan hekim ile tanımlamaya çalıştığımız tüm bu ekip üyeleri arasında bir dikey iş birliği yani bir alt-üst ilişkisi söz konusudur. Ortak amaç olan hasta sağlığı, esenliği ve güvenliği noktasında her meslek grubu genellikle hekim talimatları doğrultusunda kendi mesleği ile ilgili görevi en iyi şekilde yapmak durumundadır. Hekimin verdiği bilimsel talimatlar doğrultusunda görev yapılırken hatalı bir uygulama yapılmış olması durumunda öncelikle uygulayıcı meslek sahibi sorumludur. Bununla birlikte denetim ve gözetim görevi yerine getirilmemiş ise hekim de sorumlu olabilir⁶⁴².

⁶⁴¹ Kahyaoğlu, 2022, a.g.k., 51.

⁶⁴² Doğramacı, 2016, a.g.k., 110.

Bu noktada ifade edilen, hekimin her talimatının kayıtsız şartsız uygulanması değildir. Hemşirelik yönetmeliğinin 6/d maddesinde ifade edildiği gibi, hekimin verdiği talimatın hastaya zararı olduğunu düşündüğü durumlarda, müdavi hekim ile görüşür, hekimin ısrarı durumunda, hekimden yazılı talep alarak, durumu kayıt altına alır. Bunun yanında, tüm meslek grupları için, hekimin verdiği talimat suç oluşturuyor ise, uygulanmamalıdır.

Ekip çalışması ve yatay ya da dikey iş birliğinin söz konusu olduğu, birden fazla kişinin hatta meslek grubunun birlikte çalıştığı sağlık hizmeti sunumu sürecinde, hastaların sağlığı ve güvenliği için son derece dikkatli ve özenli çalışılmalıdır. Hukukumuzda göre bu tip çalışma durumlarında güven ilkesi geçerli olup, her bir kişi diğerinin işini doğru şekilde yaptığını kabul etmek durumundadır⁶⁴³. Bununla birlikte genellikle ekip lideri durumunda olan hastanın müdavi hekimi, kendi sorumluluğu dışında yardımcı sağlık personelinin görevleri noktasında olabildiğince denetleyici olmak durumundadır.

Danıştay 15. Daire Başkanlığı'nın, 21.01.2016 tarihli bir kararında⁶⁴⁴;

'... Dava; 08.08.2007 Devlet Hastanesi'nde davacıların babasının başından alınan ve patoloji birimine gönderilen parçanın hizmet kusuru işlenerek kaybolduğu böylelikle hastalıkla ilgili gerekli tedbirlerin alınamaması nedeniyle babalarını 01.01.2008 tarihinde İtalya'da beyin metastası melanomasına bağlı beyin koması nedeniyle kaybeden davacılarından ... maddi ve manevi tazmini istemiyle açılmıştır. Mahkemece... Adli Tıp Kurumu'nda yaptırılan bilirkişi incelemesi sonucu hazırlanan raporda özetle; "...ın ... Devlet Hastanesi'nde 25.07.2007 tarihli muayenesinde enfektif dermatit tanısı ile muayene olduğu, 08.08.2007 tarihinde piyojenik granüloma ön tanısı ile eksize edilen deri lezyonunun bilgisayar işlem kağıdında her ne kadar hastalık tanı kodu malign deri tümörlerinin eksizyonu olarak gruplandırılmış olsa da **patolojik incelemeye gönderilen doku örneğinin Patoloji Laboratuvarına ulaşmadığı ve patolojik incelemesinin yapılmadığı**, alınan sağ parietal bölgedeki lezyonun histo patolojik tanısının olmaması nedeniyle ölüme sebep olan beyindeki melenom metastazının bu lezyonla ilişkisi olup olmadığının bilinemeyeceği" şeklinde tespit ve görüşlere yer verildiği ve hükme esas alınabilecek nitelikte bulunan bilirkişi raporu dikkate alınarak, davacılarının babasının 01.01.2008 tarihinde beyin metastası melanomasına bağlı beyin koması nedeniyle ölmesi ile davacıların babasının başından alınan ve patoloji birimine gönderilen parçanın kaybolması arasında nedensellik bağı kurulamadığı, dolayısıyla idarenin tazmin yükümlülüğü olmadığı gerekçesiyle davanın reddine karar verilmiştir.

⁶⁴³ Doğramacı, 201, a.g.k., 134.

⁶⁴⁴ Danıştay 15. Daire Başkanlığı'nın, 21.01.2016 tarih ve 2015/613 Esas, 2016/150 Karar sayılı Kararı. Erişim. Lexpera. 23.01.2024.

Davalı taraf Dairemiz kararının kaldırılarak İdare Mahkemesi kararının onanmasını talep etmektedir. Görüldüğü üzere; davacılar yakınından alınan ve patolojik incelemeye gönderilen doku örneğinin Patoloji Laboratuvarına ulaşmadığı ve patolojik incelemesinin yapılmadığı açıktır.

*... Dava konusu olayda, davacılar yakınından alınan ve patolojik incelemeye gönderilen doku örneğinin Patoloji Laboratuvarına ulaşmaması ve patolojik incelemesinin yapılmaması, yakınları 01.01.2008 tarihinde beyin metastası melanomasına bağlı beyin koması nedeniyle vefat eden davacılar, nezdinde, sağlık uygulamalarının kusurlu işletildiği hususunda (özellikle **patolojik inceleme yapılmayarak, teşhis noktasında gecikme yaşandığı noktasında**) yaratılan şüphe ve ruhsal çöküntü manevi tazmin talebinin karşılanması gereğini ortaya koymaktadır.*

Görüldüğü gibi karar, ameliyat ile hastadan çıkarılan patolojik doku örneğinin, patoloji laboratuvarına ulaştırılmaması ile ilgilidir. Hekim görevini yapmış, ameliyatı başarıyla gerçekleştirmiş ancak muhtemel personel kaynaklı bir sorun nedeniyle patolojik preparat kaybolmuştur. Danıştay 15. Daire'nin, bilirkişi raporuna dayanarak maddi tazminata hükmetmemekle birlikte manevi tazminat ödenmesi gerektiği noktasındaki kararı doğru ve yerindedir. Bize göre de hastanın vefat nedeninin olay ile hiçbir ilgisi olmasa bile, hastanın patolojik preparatının kaybolması net bir hizmet kusurudur.

Ekipler ile ilgili hizmet kusurunun tartışıldığı Danıştay 10. Dairesinin 24.09.2007 tarihli kararında⁶⁴⁵;

'... Dosyanın incelenmesinden; davacıların yakını ...'nin 25.2.2001 tarihinde solunum yetmezliği şikayetiyle ... Üniversitesi Hastanesine götürüldüğü, burada solunum cihazı bulunmaması sebebiyle ... Üniversitesi ... Hastanesine sevk edildiği, yapılan tetkikler sonucu hastaya Guilliane-Barre Sendromu teşhisi konulması üzerine nöroloji bölümü yoğun bakım ünitesine alınarak tedavisine başlandığı, hastanın kendi başına solunumunu gerçekleştirememesi sebebiyle solunum cihazına bağlandığı, ancak hastanın sık sık kendisini bu cihaza bağlayan maskeyi çekip çıkarmaya çalıştığının gözlemlendiği; 9.3.2001 tarihinde de solunum maskesini çıkarması sonucu, yapılan müdahalelere rağmen hayatını kaybettiği; olay nedeniyle müteveffa şahsa müdahalelerde bulunan doktor (nöroloji asistanı) ve hemşire aleyhine görevi ihmal suçundan açılan ceza davasında; mahkemece, sanık doktor ve hemşirenin meydana gelen ölüm olayında kusurlu olup olmadıklarının tespiti amacıyla Yüksek Sağlık Şûrasının bilirkişiliğine başvurulduğu; Şûraca, 7-8 Eylül 2006 tarih, ... sayılı karar ile, sanık doktor ve hemşirenin kusursuz olduğu, ancak ... Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji yoğun bakım ünitesinin şartlarının uygun olmamasının ve hizmetin işleyişiyle ilgili aksaklıkların ölüm olayına etken olduğu yolunda karar verildiği anlaşılmaktadır. Ayrıca Adli Tıp 3. İhtisas Kurulu tarafından düzenlenen raporda; davacılar murisine uygulanan tedavinin yerinde olduğu, sağlık personeline yüklenecek bir kusur olmadığı belirtilmekle birlikte, yoğun bakım ünitesinin şartları konusunda değerlendirme yapılmamakta; ancak, ölüm olayının yoğun bakımdaki davacılar murisinin maskesini çıkarması sonucunda oluştuğu ifade edilmektedir. Bu nedenle, olayla ilgili Yüksek

⁶⁴⁵ Danıştay 10. Dairesinin 24.09.2007 tarihli ve 2005/3719 Esas, 2007/4316 Karar sayılı kararı. Erişim. Lexpera. 13.03.2024.

Sağlık Şurası kararına itibar edilmesi gerekmektedir. İdare Hukuku ilkeleri ve Danıştay'ın yerleşik içtihatlarına göre, sunulan hizmetin riskli bir nitelik taşıdığı durumlarda, idarenin tazmin yükümlülüğünün doğması için, zararın, idarenin "ağır hizmet kusuru" sonucu meydana gelmiş olması gerekmektedir. Bünyesinde risk taşıyan hizmetlerden olan sağlık hizmeti nedeniyle uğranılan zararın tazmini de, kural olarak, ancak idarenin ağır hizmet kusurunun varlığı halinde mümkündür. Bununla birlikte, idarenin tazmin sorumluluğunun doğması için aranılan "ağır hizmet kusuru"; riskli tıbbi müdahaleler ve operasyonlar bakımından geçerli olup; sağlık hizmeti içinde değerlendirilmekle beraber, tıbbi operasyon kapsamına dahil edilemeyecek birtakım bakım, gözetim ve yan müdahalelerin hiç veya gereği gibi yapılmaması dolayısıyla oluşan zararlarda, idarenin sorumluluğundan söz edebilmek için ağır hizmet kusurunun aranmasına gerek bulunmamaktadır.

Bu bağlamda; dava konusu olayda, yoğun bakım ünitesinde tedavi görmekte olan davacıların yakınının sık sık kendisini solunum cihazına bağlayan maskeyi çıkarmaya çalıştığı ve olay tarihinde de solunum maskesini çıkarması sonucu hayatını kaybettiği anlaşıldığından, daha önce çeşitli kereler maskeyi çıkarmaya çalıştığı hastane personeline bilinen hastaya, solunum maskesini çıkarmasını engelleyecek ek müdahalelerde bulunmamak suretiyle yeterli dikkat ve özeni göstermeyen davalı idarenin bu tutumunun hizmet kusuru olarak kabulü zorunlu olup ...'

Kararda, hastanın vefatından dolayı çalışan hekim ve hemşire kusurlu bulunmamasına rağmen, idarenin yoğun bakımda uygun sayı ve nitelikte hemşire bulundurmamasını hizmet kusuru olarak yorumlamıştır. Bu kararın gerekçesinde, sağlık hizmetleri organizasyonu ile ilgili oluşan zarar durumlarında, idarenin sorumluluğundan söz edebilmek için ağır hizmet kusuru aranmasına gerek olmadığına vurgu yapılmıştır. Karar ve organizasyonun sorumluluğu açısından bakış, bize göre de doğru ve yerindedir.

Ülkemizde genellikle organizasyonun gereken dikkat ve özen ile yerine getiremediği görevleri, sağlık personelleri büyük bir fedakârlık ve özveri ile tamamlamaya çalışmaktadır. Bu süreçte gelişen bir olumsuzluk ise ilgili personelin sorumluluğu dahilinde değerlendirilmektedir. Örneğin incelediğimiz bu kararda görüldüğü gibi, hemşire azlığı nedeniyle hastanın gereğince takip edilememesinin sorumlusu hemşire olamayacağı gibi, poliklinikte 5 dakikada bir hasta bakmak zorunda bırakılan hekimin, zaman yetersizliği nedeniyle yaptığı bir hatanın sorumlusu da hekim olmamalıdır. Organizasyonlar, sağlık personellerine işlerini bilimsel ve hukuki gereklere uygun yapabilecekleri şartları ve ortamı sağlamak zorundadır. Aksi takdirde, gelişen bir olumsuzluk durumunda sorumluluk personel üzerine bırakılmamalıdır. Bu noktada bilirkişiler ve hukukçular da somut olayda tartışılan tıbbi kötü uygulama hatası iddiasının organizasyon kaynaklı olup olmadığına dikkat ederek değerlendirme yapmalıdır.

4.3.4. Sevk işlemleri ile ilgili sorunlar

Çalışmamız içeriğinde, ülkemizin çok büyük bir coğrafya olduğu ve bu coğrafya içerisinde hastanelerimizin net standartları olmadığı ifade edilmiştir. Bununla birlikte nöroşirürji branşını ilgilendiren patolojilerin tedavisinin birçoğu için, yetmiş ve liyakat sahibi bir ekip ve ilgili patolojinin tetkik ve tedavisi için ihtiyaç duyulacak cihazlara gereksinim de tanımlanmıştır. Bunun yanında bazı özel ve tecrübe gerektiren cerrahi girişimler, her nöroşirürji uzmanı için uygulanabilir cerrahi girişimler değildir. Tüm bu nedenlerden ötürü gereken durumlarda hastaların mevcut hastaneye göre tetkik ve tedavi imkanları daha iyi ve ekipler açısından da daha yeterli olan merkez hastanelere sevk edilmeleri söz konusu olabilmektedir. Bu durum aciliyeti olmayan bir poliklinik hastası ise genellikle hasta, hekim tarafından bilgilendirilmekte, sevk gerekçesi ve başvurabileceği merkez hastaneler tanımlanmakta, hasta da uygun gördüğü hastaneye başvurabilmektedir. Bu durum için günümüzde resmi bir sevk mekanizmasının geçerli olmadığını ifade etmek isteriz. Yani hastalar hekimin sevk önerisi olmasa da istedikleri hastaneye başvurma hakkına sahiptirler.

Acil servise başvuran ya da 112 Acil Ambulans Servisi ile getirilen hastalar için ise durum farklıdır. Özellikle travma hastaları ya da genel durumu iyi olmayan hastalar, nasıl getirilirse getirilsinler ve primer patolojileri ne olursa olsun, ilgili acil servise mutlak suretle kabul edilmeli, durumu stabilize edilmeli ve sonrasında gerekirse sevk işlemlerine başlanmalıdır. Durumun stabilize edilmesinden kasıt, hastanın hava yolunun açık olup olmadığı, şuur durumu tespiti, ağır bir koma durumu var ise entübasyonu, damar yolu açılması, aktif bir kanaması var ise durdurulması için gereken önlemlerin alınması, gerekirse acil kan transfüzyonunun sağlanması, imkanlar ölçüsünde tanı için gerekenlerin yapılması başta olmak üzere acil müdahale prosedürlerinin uygulanmasıdır. Başlangıçta sevk edilme olasılığı yüksek olan hastalar için bile çok özel bir durum yok ise anılan prosedür uygulanmalıdır.

Hasta stabilize edildikten sonra, acil servis hekimi ve ilgili uzman, hasta için daha kapsamlı bir ekip ve ekipman ihtiyacı içinde iseler hastanın sevk edilmesine karar verebilirler. Geçmişte bu durumdaki hastalar ambulansa bindirilmekte, gidilecek hastanenin şartları, yer durumu vs. bilinmeden hastanın sevki sağlanmakta idi. Gidilen hastanenin yer durumu ya da başka nedenlerden ötürü hastayı kabul etmemesi durumunda ise, ambulans başka bir hastaneye yönlendirilmekte hatta kimi zaman hasta ortada

kalmaktaydı. Günümüzde yapılan düzenlemeler ile bu durum ortadan kalkmıştır. Acil servislerde sevk kararı verilen hastalar için ilgili uzmanlar gerekçeleri ve hastanın ihtiyacını tanımlayan ekip ve ekipmanın özelliklerini de içeren bir form doldurarak, durumu 112 Acil Kontrol Komuta Merkezine iletilmektedir. Merkez, hasta için gereken şartları sağlayan en yakın hastane ve ilgili uzmanın onayı dahilinde hastanın sevkini sağlamaktadır.

Günlük pratiğe bakıldığında ise bu işlemin her zaman bu kadar kolay yürümediği bilinen bir gerçektir. Özellikle acil şartlarda ve yoğun bakım gereken hastalar için, merkez hastanelerin mevcut olan hasta yoğunluğu ve doluluk durumları nedeniyle, uygun yer bulmak oldukça zordur. Bu konuda, özellikle perifer hastanelerden merkez hastanelere yapılan acil sevkler için, uygun şartlar oluşturmak idarelerin en önemli görevlerinden biri olmalıdır. Bu arada, defansif tıp anlayışı içerisinde yapılan sevklerin, ilgili idareciler tarafından değerlendirilerek, bu tip davranışların da önüne geçmek adına gerekli önlemler alınmalıdır.

Danıştay 15. Daire Başkanlığı'nın, 08.10.2015 tarihli kararında⁶⁴⁶;

'... Dosyanın incelenmesinden; 12/02/2010 tarihinde araç dışı trafik kazası sonucu, ... Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisine getirilen davacılar murisinin yapılan tetkikler ve hastanedeki nöroşirurji uzmanının izni ile kendisiyle yapılan telefon görüşmesi neticesinde, hastada acil nöroşirurjikal girişim gerektiren patoloji saptanmadığı ancak takip ve ileri tetkik için nöroşirurji-nöroloji olan bir merkeze sevkinin gerektiğinin belirtildiği, çevredeki beş ayrı sağlık kuruluşunda yer olmadığı gerekçesiyle hastanın sevkinin yapılamadığı, durumunun kötüleşmesi üzerine yoğun bakım ünitesine alındığı ve burada vefat ettiği görülmektedir.

... Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu'na yaptırılan bilirkişi incelemesi sonucu düzenlenen 07/11/2012 tarih ve 4295 sayılı raporda özetle: 12/02/2010 tarihinde trafik kazası sonucu yaralanarak kaldırıldığı ... Eğitim ve Araştırma Hastanesinde tedavisi devam ederken öldüğü bildirilen davacıların eşinin/babasının hakkında düzenlenmiş adli ve tıbbi belgelerde bulunan veriler birlikte değerlendirildiğinde; zamanında otopsi yapılarak iç organ değişimleri araştırılmamış olmakla birlikte tıbbi belgelerde kayıtlı klinik ve laboratuvar verilerine göre kişinin ölümünün genel beden travmasına bağlı kafatası ve pelvis kemik kırıkları ile birlikte retroperitoneal kanama sonucu meydana gelmiş olduğu, 12/02/2010 tarihinde araç dışı trafik kazası sonrası ... Eğitim ve Araştırma Hastanesine şuur açık, nonoryante olarak götürüldüğü, acil birimde genel cerrahi, KVC, ortopedi, üroloji konsültasyonu istendiği, film ve grafilerin çekildiği, laboratuvar tetkiklerinin istendiği, çekilen pelvik grafi ve BT'lerde sol asetabulum iliak kanat ve iskion pubiste kırık, ayak bileğinde malleolar kırık, çekilen BBT'de sağ frontalde lineer kırık ve minimal epidural hematoma tespit edildiği, nöroşirurji uzman hekimi ile telefon görüşmesi

⁶⁴⁶ Danıştay 15. Daire Başkanlığı'nın, 08.10.2015 tarih ve 2015/3646 Esas, 2015/5732 Karar sayılı kararı. Lexpera. 10.12.2023.

sonucu (hekim izinli olduğundan) acil nöroşirurjikal girişim gerektiren patoloji saptanmadığı ancak takip ve ileri tetkik için nöroşirurji-nöroloji olan bir merkeze sevkinin gerektiğinin belirtildiği ancak çevre hastanelerde yer bulunamadığı, ortopedi uzman hekimi tarafından pelvik bandajı yapıldığı, KVC uzman hekimler tarafından hastanın değerlendirildiği, hematüri nedeniyle sistografi çekildiği, mesane irrigasyonu yapıldığı, hematürinin düzeldiği, mesane rüptürü olmadığı, geliş TA:120/70 mmHg, N:78/dak. olduğu, Hb:14.5, Hct: 54.2 olduğu, genel durumun kötüleşmesi üzerine yoğun bakım ünitesine alındığı, takiplerinde TA:90/50 mmHg, 60/40 mmHg, Hb:11.7, Hct:33.7 olarak ölçüldüğü, ES, TDP ve volüm doldurucu sıvı verildiği, buna rağmen TA yükselmediği, retroperitoneal hematoma düşünüldüğü, iki kez arrest olduğu, tüm müdahalelere rağmen arrest olduğu kayıtlı olduğu dikkate alındığında; hekimlere, sağlık personeline ve davalı idareye atfı kabil kusur bulunmadığı belirtilmiştir.

... Her ne kadar Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu raporunda, davacılar murisinin ölümünde davalı idareye kusur atfedilmemiş ise de, acil sağlık hizmetlerinin yurt dışında eşit, ulaşılabilir, kaliteli, süratli ve verimli olarak yürütülmesi hususunda davalı idarenin gerekli koordinasyonu sağlamadığı görülmektedir.

Bu bakımdan, sağlık hizmetinin iyi yürütülmemesi nedeniyle davacıların maruz kaldığı acı, elem ve üzüntünün hafifletilebilmesi amacıyla manevi tazminata hükmedilmesi gerekirken, manevi tazminat isteminin reddi yolunda verilen Mahkeme kararında hukuki isabet görülmemiştir.

Karar özetinden anlaşıldığı kadarı ile, hastanın sevkı için çevredeki 5 farklı hastanede yer bulunamamış, yer olduğu ifade edilen tek hastane ise, özel hastane olduğundan ve Nöroşirurji anlaşması olmadığı için ücret talep ettiğinden hasta yakınlarının talebi üzerine hastanın sevkı gerçekleşmemiştir. Olay, özellikle gece nöbetlerinde son yıllarda sıkça yaşanan bir olaydır ve bize göre net bir hizmet, dolayısıyla organizasyon kusurudur. Özellikle merkez hastanelerde, gelişebilecek bu durumlar için rezerv yataklar bulundurulmalı ya da uygun başka çözümler ile bu tarz hastaların ivedilikle ihtiyaç duydukları hizmete kavuşmalar sağlanmalıdır. Bu açıdan, Danıştay 15. Daire'nin bu kararı doğru ve yerindedir.

Sevk işleminin yapılamaması nedeniyle dava konusu olan olay ile ilgili Yargıtay 12. C. D.'nin 10.03.2015 tarihli kararında⁶⁴⁷,

‘... Dosya incelenerek gereği düşünüldü: 1976 doğumlu olan ölenin 29.04.2010 tarihinde alkol ile birlikte tansiyon ilacı içip bilinç kaybı nedeniyle düşmesi sonucu beyin kanaması geçirdiği öyküsü ile başvurduğu ...Hastanesinden,... Hastanesi'ne sevk edildiği, burada acil müdahale sonrası Nöroloji Uzmanı sanık Dr. tarafından takip edildiği, bir haftalık takip sonrası BT ve MR görüntülerinden baziler arter anevrizması teşhis edildiği, aynı hastanede ... Cerrahi Uzmanı olan sanık Dr. 'la konsülte edilerek

⁶⁴⁷ Yargıtay 12.C.D.'nin 10.03.2015 tarih ve 2014/10709 Esas, 2015/4412 Karar sayılı kararı. Erişim. <https://karararama.yargitay.gov.tr/> 14.11.2023.

ameliyat edilmesi kanaatine varıldığı, Dr. ...'ın hastayı ilk defa 11.05.2010 tarihinde Dr. ...'ın isteği ile gördüğü, genel durumu iyi, bilinç açık, koopere, oriyente ve herhangi bir muayene bulgusu vermeyen bir hasta olduğu, MR incelemesinde görülen baziler tipteki anevrizma için uygun tedavi merkezi arayışına girdikleri, serviste yatan hastanın stabil olduğu sanıklarca 112 aracılığı ile uygun ameliyat ekip ve donanımı olan yer aranmaya başlanıldığı;...Üniversitesi Fakültesi yetkilileri ile görüşüldüğü, burada yer boşalması beklenirken hastanın ...Hastanesi'nde yatmaya devam ettiği, 02.05.2010 tarihinde bilincinin açıldığı ve... Servisine alındığı, hastanın yattığı sürede Beyin Cerrahi, Dahiliye, Psikiyatri ve Göğüs Hastalıkları uzmanları tarafından konsülte edildiği, sanıkların bu aşamada Tıp Fakülteleri yetkilileriyle görüştükleri bu sürede hasta yakınları tarafından hastanın tedavi edilmediği gerekçesi ile Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi'ne şikayette bulunulması üzerine, iletişim merkezince sanıklara hastaya yer bulmanın 112 acil servisinin işi olduğunun bildirildiği, merkez tarafından da ... Üniversitesi ve Fakültesi yetkilileri ile görüşüldüğü, hastanın bekleme döneminde günlük ihtiyaçlarını görebilir hale geldiği, 20 gün kadar yatan hastanın 26.05.2010 tarihinde hasta yakınlarının isteği ile gerekli uyarı ve reçete ile taburcu edildiği, hastanın taburcu olurken bilincinin açık ve net yürüyebilir ve iyi durumda olduğu, ertesi gün iline varıldıktan sonra hastanın rahatsızlandığı, ...Hastanesine kaldırılan hastaya beyin kanaması tanısı konulduğu ve 02.06.2010 tarihinde öldüğü olayda; İhtisas Kurulu Başkanlığınca düzenlenen 18 Mart 2011 tarihli raporda “kişide saptanan baziler arter anevrizma tedavisinin zor olup daha ziyade endovasküler cerrahi ile yapıldığı ve bu endovasküler cerrahi tedavilerinin her hastanede uygulanamayacağı tıbben bilinmekte olup, kişinin ilk gelişinde hastaneye yatırıldığı, BBT çekildiği, uygun tedavi ve takip ile genel durumunun düzeltildiği, sonrasında kranial MR ve anjiyo yapıldığı, anevrizma tanısının konulduğu ve ileri bir merkeze sevk edilmesi için araştırma yapıldığına göre, yapılan tüm bu işlemlerin tıp kurallarına uygun olduğu”, Yüksek Sağlık Şurasının 8-9.11.2012 tarihli raporunda da “... isimli hastada mevcut baziler arter anevrizmasına yaklaşım tedavi ve cerrahi girişim için uygun merkez aranması işlemlerinin yerinde ve doğru olduğu, tıbbi ve etik olarak şüphelilere atfedilebilecek bir kusur bulunmadığı”nın belirtilmesi karşısında sanıklarca yapılan işlemlerin tıp kurallarına uygun olduğu ve sanıklara yüklenerek kusur bulunmadığı gibi, sanıkların görevlerinin gereklerini de yerine getirdikleri anlaşılmakla;

Yapılan yargılama sonunda, taksirle öldürme suçu açısından sanıkların taksirinin bulunmadığı ve görevinin gereklerini usulünce yerine getirdikleri nedeniyle görevi kötüye kullanma suçunun unsurlarının oluşmadığının gerekçeleri gösterilerek mahkemece kabul ve takdir kılınmış olduğundan, katılan vekilinin sanıkların kusurlu olduğuna ilişkin temyiz itirazlarının reddiyle, beraate ilişkin hükmün isteme uygun olarak ONANMASINA, 10.03.2015 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

Kararda anılan dava bir ceza davası olduğundan ve hekimler hakkında hüküm verilmesi gerektiğinden, verilen beraat kararı bize göre de doğru ve yerindedir çünkü hekimler bulundukları hastane imkân ve şartları dahilinde tıbben gereken müdahaleleri gereken dikkat ve özen yükümlülüğü çerçevesinde uygulamışlardır. İleri tetkik ve tedavi gerektiği durum tespit olunca da sevk taleplerinin usule uygun şekilde yapmışlardır. Ancak ifade etmek gerekir ki, somut olayda karardan anlaşıldığı kadarı ile, hastanede 20

gün yatan hastanın bu süre içerisinde uygun bir hastaneye sevki yapılamamıştır. Bu durum, kabul edilebilir değildir. Özetle, olayda hekimlerin kusuru olmamasına rağmen net bir organizasyon kusuru olduğu açıktır.

4.3.5. Belge ve kayıtların saklanması ile ilgili sorunlar

Bir tedavi ve ameliyatın, tıbbi ve cerrahi evreleri aynı şekilde hukuki evrelerini oluşturur. Cerrahi bir müdahalede yukarıdaki sıranın usulüne göre ve eksiksiz yapılmış olduğunun da belgelerle tespit edilmesi gerekir. Çünkü yazılı olmayan teşhis ve endikasyona ait kararın kanıtlanması zordur⁶⁴⁸. Tıbbi kayıtların en önemli fonksiyonlarından birinin ispat olduğu doktrinde ifade dilmektedir⁶⁴⁹. Bu nedenle, hastanın hastanede kaldığı süreçte yapılan tüm uygulamaların dökümanite edilmesine azami özen gösterilmelidir. Zira olumsuz bir durumda ispat yükümlülüğünün hekim üzerinde olduğu unutulmamalıdır⁶⁵⁰.

Hekimler, hastaları hakkında doğru tanı ve tedavi prosedürlerini oluşturabilmek adına, hastaları hakkında birçok bilgiye sahip olmak durumundadırlar. Daha sonra kullanıma duyulan tıbbi ve hukuki ihtiyaç nedeniyle de tüm bu bilgilerin kayıt altında olması gerekir. Bu gereklilik, hekim ile hasta arasında mevcut olan vekalet sözleşmesinin bir gereği olan, Türk Borçlar Kanunu'nun 508. maddesinde yer bulan hesap verme yükümlülüğünün de bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Hekimlerin kayıt tutma yükümlülüğü, hekimin mesleğini icra ederken dikkat ve özen içerisinde olması gerekliliğinin de bir parçasıdır.

Sağlık kurumlarında hastalar, çalışanlar ve idari anlamda yapılan işlemler ile ilgili birçok belge ve kayıt hazırlanır ve saklanır. Son yıllarda bu kayıtların büyük çoğunluğu dijital ortamda kayıt altına alınmakta ve arşivlenmektedir. Sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda web uyumlu işlemler, gelişmiş ağ iletişimi ve yönetim bilgi sistemleri gibi bilişim teknolojilerinin kullanımı e-Sağlık olarak tanımlanmakta, bu sayede çalışma hızı ve kalitenin artırılması, maliyetin düşürülmesi, etkinlik ve verimliliğin artırılması

⁶⁴⁸ Özkara, E., ve Hancı, H. (2003). Türkiye' de Nörosirürjiyenin Yasal Sorumlulukları ve Medikolegal Sorunlar, Türk Nörosirürji Dergisi. (13), 213-220, s. 219.

⁶⁴⁹ Yıldız, E. (2021). Tıbbi Kayıtların Tutulması ve Saklanmasından Doğan Sorumluluğa Zayıfların Korunması Açısından Bakmak, Eyüp Kurt Başvurusu, TıpHD, (19), 143-164, s. 160.

⁶⁵⁰ Özcengiz, D. (2018). Hekimin Yükümlülükleri. (Ed. Kalkan E), Hekimler İçin Hukuk Rehberi. Türk Nörosirürji Akademisi Yayınları. 41-52.

kişiler, bölümler ve kurumlar arasında koordinasyon ve uyumun artırılması hedeflenmektedir⁶⁵¹. Bilinmektedir ki, hastanın hastanede sağlık hizmeti aldığı her aşamada hasta ile ilgili bilgiler, başta hekimler olmak üzere, hemşireler, tıbbi sekreterler, fizyoterapistler, sosyal hizmet uzmanları gibi birçok sağlık meslek mensubu tarafından oluşturulur ve görülebilir haldedir⁶⁵². Bunun yanında ilgili sağlık tesisinin bilişim teknolojilerine teknik hizmet sağlayan bazı idari görevliler de bu verilere ulaşım sağlamaktadır. Özetle sağlık hizmeti sunumunda bilişim teknolojilerinin kullanımı ifade edilen birçok yararı sağlayabileceği gibi, hasta mahremiyetinin ihlali ve bu şekilde kişisel bilgilerin ifşa edilmesi ve bu verilerin toplanarak ticarileştirilebilmesi riski başta olmak üzere birçok olumsuz durumla da karşılaşılabilir⁶⁵³. Oysa bilinmektedir ki özel hayatın gizliliği ve mahremiyet kavramları insanlar için bir hak ve devletler için de hukuki anlamda koruması gereken bir yükümlülüktür. Ülkemiz mevzuatında 07.04.2016 tarihli 29677 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanan 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve buna istinaden çıkarılan 21.06.2019 tarihinde Resmi Gazete’ de yayımlanan, Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik⁶⁵⁴ ile insanların sağlıkları ile her tür bilgi, ‘özel nitelikli kişisel veri’ olarak nitelendirilmiş ve bu verilerin korunması noktasında mevzuat ortaya konmuştur. Bu konu ile ilgili Biyotıp Sözleşmesi’nin 10. Maddesi ve Hasta Hakları Yönetmeliği’nin birçok maddesi (1,16,17,18,19,20,21. maddeleri), ayrıca Türk Tabipler Birliği Meslek Etiği Kurallarının sır saklama yükümlülüğü başlıklı 9. maddesi hasta mahremiyeti ile ilgili hükümleri içermektedir.

Tıbbi kayıtların saklanması gerektiği süre açısından mevzuatımızda çok farklı hükümler bulunmaktadır. Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi’nin 15. maddesi, ‘adli vakalara ilişkin tüm tahlil, tetkik sonuçları ile her türlü kayıt, dökümanlar ve hasta dosyalarının en az yirmi yıl süreyle yataklı tedavi kurumunun arşivinde muhafazası zorunludur.’ ifadesi ile 20 yıllık bir süre ile kayıtların saklanması

⁶⁵¹ Ay, F. (2008). Elektronik Hasta Kayıtları: Güvenlik, Etik ve Yasal Sorunlar, Anadolu Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi. (9)2, 165-175. s. 166.

⁶⁵² Lovis, C., Spahni, S., Cassoni, N. ve Geissbuhler, A. (2007). Comprehensive management of the access to the electronic patient record: Towards transinstitutional networks. International Journal of Medical Informatics 76, 466- 470.

⁶⁵³ Işık, H. S. (2023). Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Hasta Hakları ve İyileştirilmesi Yönünde Öneriler, Tıp Hukuku Dergisi, 23, 3-26, s. 17.

⁶⁵⁴ R. G. 21.06.2019 / 30808.

zorunluluğunu ortaya koymuştur. Aynı şekilde, Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin 49/2. maddesinde de 20 yıllık muhafaza gerekliliği yer almaktadır. Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmeliğin 11/2. maddesinde ise, ölmüş bir kimsenin sağlık verileri en az yirmi yıl süre ile saklanır ifadesi mevcuttur. Bazı özel durumlar için otuz yıllık saklama süresi olması gerektiğini ifade eden mevzuat hükümleri de mevcuttur. İnsan Doku ve Hücreleri ile Bunlarla ilgili Merkezlerin Kalite ve Güvenliği Hakkında Yönetmeliğin 11. maddesinde, otuz yıllık saklama süresi ifade edilmiştir. Bu konu hakkında nihai olarak şunu ifade etmek gerekir ki, hasta dosyalarının, ilgililerinin tazminat veya ceza dava yoluna gitme hakları zamanaşımı süresince saklanmaları mutlak bir gerekliliktir ki, bu süre de on yıllık bir süreçtir. Ancak yukarda ifade ettiğimiz süreler zaten en az yirmi yıllık süreler olması nedeniyle, dosya hangi kurumda ise ilgili kurum mevzuatı çerçevesinde saklanması gerekmektedir. Kayıtların uygun şekilde saklanması, ihtiyaç ve talep halinde ilgili kişi ve kurumlara (örneğin mahkemelere) sunulması gerekmektedir. Bu görev hastane yönetimlerine aittir. Aksi durumda dosya içeriği açısından hekim sorumlu tutulabilecek iken, dosyanın arşivde uygun şekilde saklanması açısından hastane yönetimi sorumlu olacaktır.

Özetle, hekimler ve diğer sağlık çalışanları, sağlık hizmet sunumu sırasında kayıt tutmalı, yapılan hatta kimi zaman yapılmayan (neden yapılmadığı ile ilgili bilgiyi de kayda geçirerek) hasta ile her türlü bilgiyi uygun bir şekil ve zamanda kayda geçirmeli, sonrasında bu bilgileri olması gerektiği özen içerisinde korunması ve saklanması amacıyla gerekenler yapılmalıdır. Tıbbi kayıtların olması gerektiği gibi tutulması ve güvenilir olması, uyuşmazlıkların çözümünün tıbbi kayıtlar çerçevesinde yapılması nedeniyle oldukça önem arz etmektedir⁶⁵⁵. Olası bir uyuşmazlıkta kurumların, hastanın kayıtlarını tutma, saklama ya da sırlarını açıklama noktasındaki ihmalleri nedeniyle hasta mağduriyeti olduğu durumlarda bunun bir hizmet kusuru olarak nitelendirilmesi gerekmektedir⁶⁵⁶. İfade etmek gerekir ki, bilgiyi üretmek ve kayda geçirmek öncelikle hizmeti üreten hekim ve sağlık çalışanlarının görevi iken, toplanan verileri korumak ve saklamak öncelikle idarenin ya da bir başka deyişle organizasyonun görevi olmalıdır.

⁶⁵⁵ Yıldız, 2021, a.g.k., 160.

⁶⁵⁶ Öget, M. (2020). Sağlık Hizmeti Sunan Kamu Kurumlarının Kişisel Sağlık Verilerine İlişkin Hukuki Sorumluluğu, TıpHD, 18, 455-512, s. 506.

İlk derece mahkemesi tarafından hekim kusuru bulunmadığı gerekçesi ile beraat kararı verilen ancak dosyadaki bilgi ve belgelerdeki eksiklik nedeniyle temyiz edilmek suretiyle kararın bozulduğu Yargıtay 13. H. D.'nin 06.01.2014 tarihli kararında⁶⁵⁷;

'... dosya incelendi gereği konuşulup düşünüldü. Davacı, 14.7.2009 tarihinde düşme sonucu bilinci kapalı vaziyette davalı hastaneye müracaat edildiğini, yoğun bakım sonrası iki kez ameliyat edildikten sonra taburcu olduğunu, ancak ağrıları artınca başka bir hastaneye müracaat ettiğini ve ... Tıp Fakültesine sevk edilerek takılan tüm platinlerin söküldüğünü ileri sürerek, davalının kusuru nedeni ile maddi ve manevi tazminata karar verilmesini istemiştir. Davalı, davacının tedavisinde ve ameliyatında yapılması gereken her türlü tıbbi işlem ve müdahalenin yapıldığını, hiçbir kusurun bulunmadığını savunarak davanın reddini dilemiştir. Mahkemece, davanın reddine karar verilmiş, hüküm, davacı tarafından temyiz edilmiştir.

Davacı, davalı hastahane de yapılan ameliyat sonucunda platin takıldığını ve 10 gün sonra taburcu edildiğini ancak ağrı ve şikayetleri artınca müracaat ettiği hastanede enfeksiyon nedeni ile platinlerin çıkartıldığını, davalının kusuru nedeni ile zarara uğradığını ileri sürerek, maddi ve manevi zararının tahsili istemi ile eldeki davayı açmıştır. Adli Tıp Kurumu 3.İhtisas Kurulu'nun 4.5.2012 tarihli raporuna göre; yapılan ameliyat ve tedavinin hastanın sağlığına kavuşması açısından yeterli olduğu, omurga cerrahisi sonrasında, ameliyat yerinde enfeksiyon gelişebileceği, bu durumu bir enfeksiyon olarak değerlendirmek gerektiği, açıklanmıştır. Ancak, davalı tarafça davacıyı uygulanan müdahale sonrası oluşabilecek komplikasyonların anlatıldığına ilişkin dosyada bir bilgi ve belge bulunmamaktadır. Yine davacının taburcu sonrası kontrole çağrılmasının gerekip gerekmediği, zamanında kontrole çağrılma idi tedavi süresinin uzayıp uzamayacağı hususları da hükme dayanak raporda açıklanmamıştır. O halde mahkemece, bir Üniversiteden, Öğretim Üyelerinden oluşturulacak konusunda uzman, akademik kariyere sahip üç kişilik bilirkişi kurulundan yukarıda açıklanan hususlarda nedenlerini açıklayıcı, taraf, mahkeme ve Yargıtay denetimine elverişli rapor alınarak, sonucuna göre bir karar vermelidir. Mahkemenin bu yönleri göz ardı ederek, eksik incelemeyle yazılı şekilde hüküm kurmuş olması usul ve yasaya aykırı olup, bozmayı gerektirir.

Karardan anlaşıldığı üzere, yaşanan olayın bir komplikasyon olduğu, ATK'nın bu yönde görüş bildirdiği ve ilk derece mahkemesinin de beraat kararı verdiği görülmektedir. Ne var ki, yine anlaşıldığı kadar ile hastanın mahkemeye gönderilen dosyası içerisinde, komplikasyonların anlatıldığına dair bir Aydınlatılmış Rıza formu ve taburculuk sonrası ne zaman kontrole geleceğini bildirir bir epikrizi bulunmamaktadır. Eğer dosyada bu anlamda bir eksiklik söz konusu ise, Yargıtay 13. H. D.'nin vermiş olduğu bu kararın doğru ve yerinde olduğunu düşünüyoruz.

⁶⁵⁷ Yargıtay 13. H. D.'nin 06.01.2014 tarihli ve 2013/17487 Esas, 2014/794 Karar sayılı kararı. Erişim. <https://karararama.yargitay.gov.tr/>. 21.08.2023.

İzmir BİM 6. İdare Dava Dairesi'nin 03.07.2019 tarihli kararında⁶⁵⁸,

'... Dava dosyasının incelenmesinden; ... Eğitim Hastanesinde 07.11.2016 tarihinde bel fıtığı ameliyatına alınan muris Z.A'nın ameliyat sırasında aort damarının yaralandığı, sonrasında gördüğü tetkik ve tedavilere karşın 15.11.2016 tarihinde vefat ettiği, davacılar tarafından, ameliyat sırasında aort damarının yaralanmasında ve sonrasında gerekli tetkik ve tedavilerin zamanında yapılmamasında davalı idarenin ağır hizmet kusuru bulunduğundan bahisle uğradıkları zararlarına karşılık ... tazminine karar verilmesi istemiyle bakılmakta olan davanın açıldığı anlaşılmaktadır.

Mahkeme tarafından Adli Tıp 2. İhtisas Kurulundan alınan raporda; tıbbi belgelerde kişinin 07.11.2016 tarihinde ... Eğitim Hastanesi'ne sol L3-4 HNP tanısı ile yatırıldığı, 07.11.2016 tarihinde operasyona alındığı, sol L4 foraminotomi ve sol L3-L4 diskektomi yapıldığı, L4 kökü omzundan dural injury olduğu, primer suture edilerek tamiri yapıldığı, post op genel durumu iyi bilinci açık ve motor defisit olmayan hasta serviste takip edilirken postop 12 saat sonra alınan kontrol hemogramda hemoglobin 10 dan 6.9 a düşmesi ve karın ağrısı tariflemesi üzerine batin BT angiografi çekildiği, retroperitoneal bölgede hemoraji izlenen hasta Genel Cerrahi ve Kalp Damar Cerrahisine konsülte edildiği, 08.11.2016 tarihinde hasta Genel Yoğun Bakım 2'ye alındığı, nöbetçi radyoloji uzmanı tarafından abdominal aortun sağlam olduğu belirtildiği, Adli Tıp Kurumunca yapılan yazışmalara rağmen kişiye ait" abdominal aortayı görüntüleyen konvansiyonel angio görüntüleri ilgili hastanece temin edilememiş olduğundan; söz konusu konvansiyonel angio görüntülerini içeren CD nin temin edilemediği"nden Kurullarınca değerlendirme yapılamadığı, kişinin ölümüne neden olan aort yaralanmasının ;" sol L4 foraminotomi, L3-4 diskektomi operasyonu sırasında meydana gelen komplikasyonlar arasında olduğundan ve bu komplikasyona tanı koymak ve gidermek için uygun işlemlerin takip ve tedavilerin branş konsültasyonları eşliğinde yapıldığı da dikkate alındığında; Beyin Cerrahisi Uzmanı tarafından yapılan uygulamalarının tıp kurallarına uygun olduğu ve idare uygulamalarında tıbbi uygulama hatası bulunmadığı yönünde görüş ve kanaat belirtildiği görülmektedir.

Söz konusu Adli Tıp Kurumu raporunda ,Kurumlarınca yapılan yazışmalara rağmen kişiye ait" abdominal aortayı görüntüleyen konvansiyonel angio görüntüleri ilgili hastanece temin edilememiş olduğundan; söz konusu konvansiyonel angio görüntülerini içeren CD nin temin edilemediği"nden Kurullarınca değerlendirme yapılamadığının belirtildiği gözetildiğinde; davacıların murisleri hakkında uygulanan tedaviyi ve zararlı sonucun sebebinin öğrenmesine yarayacak tıbbi kayıtların eksik olmasından dolayı tedavi sürecinde gelişen olaylarla ilgili maddi gerçeğe ulaşamamasından kaynaklı ömür boyu şüphe duyacağı açıktır.

Bu durumda **tıbbi kayıtlardaki eksiklik sonucu** davalı idarenin dava konusu ölüm olayında hizmet kusurunun olup olmadığının somutlaştırılamaması karşısında ömür boyu şüphe duyacak olmaları nedeniyle uğradıkları manevi zararın, manevi tazminatın zenginleşme aracı olamayacağı ilkesi de gözetilerek takdiren her bir davacı için 50.000,00-TL olmak üzere toplam 100.000,00-TL manevi tazminatın davalı idarece davacılara ödenmesi gerektiği sonucuna varılmıştır. '

⁶⁵⁸ İzmir Bölge İdare Mahkemesi 6. İdare Dava Dairesi'nin 03.07.2019 tarih ve 2019/968 Esas, 2019/1224 Karar sayılı kararı. Lexpera. 19.11.2023.

Kararda ifade edildiği üzere, hastaneden istenen ve bilirkişi raporuna ışık tutacak ve maddi gerçeğe ulaştıracak tıbbi kayıtlar gönderilmemiştir. Yukarıda ifade ettiğimiz üzere, tıbbi kayıtların düzgün tutulması hasta açısından nitelikli sağlık hizmetinin ve bilimsel çalışma üretmenin bir parçası iken, ihtiyaç durumunda hukuki açıdan da son derece önemlidir. Gerekçe ne olursa olsun (mücbir bir neden olmadığı sürece), hastanın tıbbi kayıtlarının talep edilen kuruma gönderilmemesi bize göre de net bir idari hizmet kusurudur ve istinaf mahkemesinin verdiği manevi tazminat kararı doğru ve yerindedir.

Enjeksiyon travması nedeniyle düşük ayak gelişmesi sonucu açılan davanın reddi üzerine temyiz edilen davada, Danıştay 15. Dairesi, 08.03.2018 tarihli kararında⁶⁵⁹ tıbbi kayıt eksikliğinin manevi tazminat nedeni olması gerektiği gerekçesi ile kararı bozmuştur. Kararda özetle;

‘... Mahkeme tarafından Adli Tıp Genel Kurulu'ndan alınan raporda da; çocukta meydana gelen rahatsızlığın enjeksiyon nöropatisi ile uyumlu olduğu, tıbbi belgelerde enjeksiyonun yanlış uygulandığına dair kayıt bulunmadığı, doğru bölgeye uygulanması durumunda da ödem, hematoma, ilacın difüzyon yoluyla sinire nüfuzu, anatomik lokalizasyon farkı gibi nedenlerle nöropatinin gelişebileceği ,... nöropatinin enjeksiyon uygulamalarının beklenebilir komplikasyonu olduğu yönünde görüş verilmiştir.

Söz konusu Adli Tıp Genel Kurulu raporu ve İnceleme Raporu'nda çocukta meydana gelen arazın enjeksiyondan kaynaklı olduğu belirlendiği halde idarenin olayda hizmet kusurunun tespit edilememesinin, tıbbi kayıt eksikliğinden kaynaklandığı gözetildiğinde; davacıların, çocuğa uygulanan tedavileri ve zararlı sonucun sebebini öğrenmelerine yarayacak tıbbi kayıtların eksik olmasından dolayı tedavi sürecinde gelişen olaylarla ilgili maddi gerçeğe (rahatsızlığının nedenine) hiçbir zaman ulaşamayacakları ve ömür boyu şüphe duyacakları açıktır.

Bu durumda tıbbi kayıtlardaki eksiklik sonucu davacıların çocukta gelişen rahatsızlığın sebebini hiçbir zaman öğrenemeyecek olmaları nedeniyle uğradıkları manevi zararın, manevi tazminatın zenginleşme aracı olamayacağı ilkesi de gözetilerek tazmini gerekirken manevi tazminat talebinin reddinde hukuka uyarlık görülmemiştir.

Çalışmamızda incelenecek olan son Yüksek Yargı Kararı, yeni tarihli bir Yargıtay kararıdır. Bu karar çerçevesinde acil serviste değerlendirme, konsültasyon, taburculuk işlemi sırasında yapılacaklar ve kayıt altına almanın önemi tartışılmaktadır. Yargıtay 12. Ceza Dairesi'nin 12.01.2022 tarihli kararının⁶⁶⁰ gerekçesinin özetinde;

⁶⁵⁹ Danıştay 15. Dairesi, nin 08.03.2018 tarih ve 2017/2791 Esas, 2018/2345 Karar sayılı kararı. Erişim. Lexpera. 18.10.2023.

⁶⁶⁰ Yargıtay 12. Ceza Dairesi'nin 12.01.2022 tarih ve 2020/4652 Esas, 2022/154 Karar sayılı kararı. Erişim. <https://karararama.yargitay.gov.tr/>. 17.01.2024.

‘... dosya incelenerek gereği düşünöldü: ... 08/09/2012 tarihinde gerçekleşen trafik kazası sonucu yaralanmaları nedeniyle katılan ..., katılanın eşi, üç aylık ve iki yaşındaki kızlarının, ... Üniversitesi Tıp Faköltesi Hastanesine kaldırıldıkları, katılanın eşi ve üç aylık kızının hastanede öldükleri, katılan ve iki yaşındaki kızı ...'na burada tıbbi müdahalede bulunulduğu ve tetkikler yapıldığı, daha sonra katılan ve iki yaşındaki kızının, ölenlerin cenazesine katılmak için 09/09/2012 tarihinde taburcu edildikleri, katılan ve...in kaza sonrasında şikayetlerinin devam etmesi nedeniyle çeşitli hastanelere başvurdıkları ve tedavilerine başlanıldığı ancak iki yaşındaki...in ... Dr. Hastanesinde tedavisi devam ederken 24/09/2012 tarihinde öldüğü olayda, Otopsi raporunda, her iki oksipital lop alt ve üst yüzeylerde yaygın subaraknoidal kanama, C5-C6 arasında ayrılma, medulla spinalisin kıvamının yumuşamış olduğu, dural mesafede kanama olmadığı, medulla spinalisin kesitlerinde yaygın doku içi kanama alanları, beyincikte konjesyon, beyin sapında parankim içinde küçük çaplı kanama, diffüz akson hasarı medulla spinaliste subakut erime alanları tespit edilmesi ile Adli Tıp 1. İhtisas Kurulu tarafından düzenlenen 26/06/2013 tarihli raporda, ...'nın ölümünün künt boyun travmasına bağı boyun omuru ayrılması ile birlikte kafa içi kanama, medulla sipinalis harabiyeti ve gelişen komplikasyonlar sonucu meydana gelmiş olduğunun, 08/09/2012 tarihinde meydana gelen kaza ile 24/09/2012 tarihinde meydana gelen ölüm olayı ile arasında illiyet bağıının bulunduğunun bildirilmesi ile Yüksek Şurası'nın 01-02 Ekim 2015 tarihli raporunda "Hasta ...'na ait grafi ve CD'lerin Şura Üyemiz Radyodiagnostik Uzmanı Dr. ... tarafından yapılan incelemesinde; 08/09/2012 tarihli kranyum, tüm spinal ve pelvis grafiğinde özellik olmadığı, kranyal ve servikal BT'lerinde fraktür saptanmadığı, 10/09/2012 tarihli grafiğinde yeni gelişen C5-C6 anterolistezis ve farktür, kord basısı ve kesisi saptandığı, 10/09/2012 tarihli beyin BT'sinde travmatik subaraknoid kanama tespit edildiği, 14/09/2012 tarihli ekstremite grafiğinin normal olduğu, PA akciğer grafiğinde pnömomedistinum parakinde dansite arttımları tespit edildiği, Dosyadaki bilgi, belge ve bulgular ışığında araç içi trafik kazası nedeniyle acil servise getirilen ...'nın ilk olarak Dr. (Acil Tıp Araştırma Görevlisi) ve Dr. (Acil Tıp Araştırma Görevlisi) tarafından kabul edildiği, gerekli muayene, tetkik ve konsültasyonları yapılmış olup eylemlerinin tıp kurallarına uygun olduğu cihetle her iki doktora da kusur atfedilemeyeceği,

Yapılan radyolojik değerlendirmelerde; Dr. ... (Radyoloji Araştırma Görevlisi) ve Dr. 'ün (Radyoloji Uzmanı) hastanın radyolojik incelemelerinde doğru değerlendirmeler yaptıkları cihetle ilgili doktorlara kusur atfedilemeyeceği, Acil Serviste konsültasyonla Dr. ... (Beyin ve Sinir Cerrahisi Başasıtanı) ve Dr. ... (Beyin ve Sinir Cerrahisi Uzmanı) tarafından yapılan değerlendirmede; hastanın ilk muayene bulgularında yapılması gerekli spinal değerlendirme bulgularının **açık bir şekilde dosyada yazılmadığının görüldüğü**, yapılan radyolojik incelemelerin radyologlarca yapılan değerlendirilmesinde C2 vertebra korpusunda kuşkulu fraktür olduğunun bildirilmesinin uyarıcı kabul edilip aksi ispat edilinceye kadar üst servikal spinal travmatik patolojik süreç varmış gibi davranılarak spinal immobilizasyon yapılmasını gerektirdiği, ilk yapılan grafi ve BT'lerin normal olmasına rağmen özellikle ligaman patolojileri açısından kesin tanı için bu tetkiklerle yetinilmemesi gerektiği; gözlem amacıyla hastayı çocuk cerrahisi kliniğine yatıran ve takibini üstlenen Dr. 'in spinal yaralanmaya işaret edildiği halde **gerekli tekrar değerlendirme konsültasyonlarını yapmadan ve spinal immobilizasyon yapılmamış halde hastanın taburculuğuna izin verdiği**, bu şekli ile travmatik hastayı yeterli sürede takip etmeden, klinik durumunu açık sonuca ulaştırmadan hastaneden çıkarılmasının doğru

olmadığı hasta yakınlarının bunu istediklerine ve hasta hakkında yeterince bilgilendirme yaptıklarına dair bir belgenin dosyada mevcut olmadığı, bu şekliyle hastanın ölümüyle uygulanması ve izlenmesi gereken tıbbi yaklaşımın gösterilmemesinin doğrudan bağı bulunduğu, bu süreçte yer alan Dr. ... (Beyin ve Sinir Cerrahisi Başasistanı), Dr. ... (Beyin ve Sinir Cerrahisi Uzmanı) ve Dr. ...'in kusurlu olduklarına, ancak üst servikal spinal yaralanmalarda zamanında ve uygun yaklaşımla tedavi yapılması halinde de morbidite ve mortalite oranlarının yüksek olduğu, Hasta ...'nin acil servise ilk başvurusundan itibaren gerekli muayene, tetkik ve konsültasyonların yapılmış olduğu, ortopedi konsültasyon değerlendirmesinde sağ patella kırığı tanısı konarak yatırılmasının ve hastaya uygulanan tedavilerin yerinde olduğu, Patella kırığı tanısı ile yatırılan hastaların kliniğine göre 1-2 günde taburcu edilebileceği şura üyemiz Radyodiagnostik Uzmanı Prof. Dr. ... tarafından hastaya ait yapılmış olan grafilerin incelenmesinde; kot kırığı tespit edilmediği, patella kırığı gibi nedenlerle immobil kalmış hastalarda meydana gelen pulmoner embolinin komplikasyon olarak kabul edildiği sonuçta hastanın tetkik takip tedavi sürecinde görev almış olan Dr...., Dr. ..., Dr. ..., Dr.'in eylemlerinin tıp kurallarına uygun olduğu ve kusur atfedilemeyeceğinin oybirliği ile mütalaa olunduğunun bildirilmesi karşısında;

.... Yukarıda izah edilen olayda, ölümün tedavi kusurundan kaynaklandığının kesin olarak saptanamadığı, tanı ve tedavi sürecinde eksiklik olmuş ise de, bahsedilen eksiklik olmamış olsaydı dahi yapılacak tedavinin hastayı kurtaracağını kesin olduğunu söylemenin mümkün olmadığı bu nedenle eylemler ile ölüm arasında nedensellik bağının bulunduğundan bahsedilemeyeceği, sanıkların tanı ve tedavi sürecindeki eksikliklerinin ise TCK'nın 257/2. maddesinde belirtilen görevi ihmal suçunu oluşturduğunun kabulü ile sanıklar ..., ... ve ... hakkında görevi ihmal suçundan hüküm kurulması gerektiği gözetilmeksizin, sanık doktorlar hakkında taksirle öldürme suçundan hüküm kurulması, Kanuna aykırı olup, katılan vekilinin, sanık ... müdafii ve sanık ...'in temyiz itirazları bu nedenle yerinde görüldüğünden hükmün 5320 sayılı Kanunun 8. maddesi gereğince halen uygulanmakta olan 1412 sayılı CMUK'un 321. maddesi uyarınca isteme uygun olarak BOZULMASINA, 12.01.2022 tarihinde oybirliği ile karar verildi.

Karar özetinde, ATK raporunda da belirtildiği üzere özellikle Nöroşirürji ekibi açısından dikkat ve özen eksikliği noktasında sıkıntılar olduğu ifade edilmektedir. Her ne kadar Yüksek Mahkeme illiyet bağı olmadığı gerekçesi ile kararı bozmuş ise de, bu olaydan alınacak ders, acil serviste dikkatli ve kapsamlı bir muayene, tetkik ve değerlendirme sırasında azami özen, şüpheli olguların yeterli süre ile takibi, konsültasyonlar için azami özen ve tüm yapılanların kayıt altına alınması suretiyle, taburcu olan hastalara, taburculuk sonrası yapılması gerekenler ve kontrole gelecekleri zamanı da içeren ayrıntılı epikriz verilmesi gibi görevlerin yapılması gerekliliğidir. Bize göre Yargıtay'ın kararı doğru ve yerindedir.

Yüksek Yargı Kararları incelendiğinde bu doğrultuda birçok karar olduğu görülmektedir. Özetle, mahkemelerimiz tıbbi kayıtlardaki eksiklikler nedeniyle maddi gerçeğe ulaşamamasının açık bir idari hizmet kusuru olduğunu ortaya koymaktadır.

5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamızın son bölümünde, ortaya konulan bilgiler, Yüksek Yargı Kararları ve bunların yorumlanması ile oluşan sonuçlar ortaya konulacaktır. Bu sonuçlar, hekim, hasta, hukuk dünyası ve organizasyonel açıdan değerlendirilecek ve daha iyisi için öneriler oluşturulmaya çalışılacaktır.

Sağlık hukuku, tıp ve hukuk gibi iki farklı ve çok kompleks disiplinin birlikte çalışmasını zorunlu kılan bir bilim dalıdır. Son 3-4 dekattır giderek artan medikolegal davalar bu bilim dalı çerçevesinde oluşturulan ve gelişen bilgi birikimi sayesinde çözümlenmelidir. İnsanlar, yaşam hakkı, sağlık hakkı, nitelikli sağlık hizmetine erişme hakkı, hizmete adil bir şekilde ulaşma hakkı gibi temel hakların kullanımı amacıyla sağlık hizmeti talep etmektedir. Bu talepler neticesinde, sağlık hizmeti alırken yaşanan olumsuzluklar dava konusu olabilmekte, hekim-hasta ilişkisi, beklenmeyen bir şekilde davacı-davalı ilişkisine dönüşebilmektedir. Çalışmamızın son bölümünde, başta nöroşirürji uzmanları olmak üzere hekimler, hastalar, hukuk sistemi ve hukukçular ile sağlık sistemi organizasyonu ile ilgili tespitler ve bize göre yapılması gerekenler noktasında öneriler ortaya konulacaktır.

5.1 Hekimler Açısından

Hekimlik mesleği, çok uzun bir eğitim gerektiren, maddi manevi birçok fedakarlıkta bulunularak uygulama hakkı elde edilen bir meslektir. Ülkemizdeki eğitim sistemi gereğince, 2 yıllık bir ön lisans ya da 4 yıllık bir lisans eğitim sonrasında herhangi bir alanda meslek sahibi olunabilmektedir. Hekimlik mesleği için ise bu süre en az 6 yıldır. Nöroşirürji uzmanı olabilmek için ise daha önce de tanımladığımız gibi yaklaşık 11-12 yıllık bir eğitim süreci ve yapılması gereken mecburi hizmet süreçleri mevcuttur. Tüm bu süreçlerin sonrasında hayata atılan nöroşirürji uzmanı artık 32-33 yaş civarındadır ve kendini bildiği zamandan günümüze kadar hep gece gündüz çalışmaktadır. İfade etmek gerekir ki bu çalışmalar, hem gerekli bilgiyi öğrenmek ve geliştirmek adına zihinsel ayrıca nöroşirürji gibi bir branş hizmetini uygulamak adına fiziksel çalışmalardır. Tüm bu çalışmalarla birlikte, iyi bir nöroşirürji uzmanı, mikroskop altında mikro şirürji uygulayabilecek el becerisi ve yeteneğe de sahip olmalıdır.

Hekimlik mesleği bize göre, bir meslekten çok bir yaşam biçimidir. Yemin edilerek mezun olunan bu mesleği hekimler, hastalarını tedavi etmek, onları yaşadıkları sıkıntılardan kurtarmak, hiç olmazsa ağrılarını gidermek amacıyla, bilgi, görgü ve yetenekleri çerçevesinde canla başla çalışarak uygulamaktadır. Doğaldır ki, hatasızlık mümkün değildir ve her insan hata yapar. Hekimler bilmektedir ki, yaptıkları hatalar kimi zaman çok vahim sonuçlara yol açabilmektedir. Hattı zatında, hekimlik mesleğinin ana konusu insandır. Bu mesleği icra eden hekimler, yaptıkları hataların sorgulanmasına, eğer kanıtlanan bir yanlış varsa bunun bedelini ödemeye de hazır olmalıdır.

Nöroşirürji uzmanlık eğitimi uzun ve meşakkatli bir eğitimidir. Ülkemizde bu eğitim, üniversitelerde ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde verilmektedir. Çok büyük bir coğrafyaya yayılmış ülkemizin çeşitli kurumlarında verilen bu eğitimin eşit standartlar altında verildiğini ifade etmek çok zordur. Çünkü gerek eğitim müfredatı ve eğitimci kadrosu gerekse hastane ekip ve ekipmanları açısından, eğitim kurumları açısından da ciddi farklar mevcuttur. Son yıllarda Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun oluşturduğu müfredat programları, eğitim müfredat standardizasyonu açısından değerlidir. Ne var ki, hızla gelişen literatür bilgisi ve teknoloji nedeniyle, kurulun belli aralıklar ile toplanması, müfredat güncellemesi yapması gerekmektedir. Özellikle yeni uygulanan tanı ve tedavi yöntemleri ile belli uzmanlık alanları ile ilgili geçişlerin olabileceği uygulamaları kimin yapması gerektiği noktasında, bu müfredatların dikkate alınması gerektiğini düşünmekteyiz.

Eğitim müfredat standardizasyonu noktasında, mesleki derneklere de çok ciddi görevler düşmektedir. Türk Nöroşirürji Derneği gerek uzmanlık öğrenciliği sırasında gerekse uzmanlık sonrasında, kongreler, sempozyumlar, bölgesel toplantılar, seminerler, on-line toplantılar, yurt içi ve yurt dışı verilen eğitim bursları gibi birçok enstrümanı kullanarak üyelerinin eğitim, bilgi ve beceri noktasında standardizasyonunu oluşturmaya çalışmaktadır. Ayrıca ilgi duyan üyeler için oluşturulan eğitim ve öğretim grupları sayesinde ileri düzey eğitim programları da sunulmaktadır. Bu sayede ülkemiz nöroşirürji uzmanları, eğitim aldıkları kurumlarda bilgi ve pratik anlamda bir eksiklik olması durumunda dahi, TND aracılığı ile bu eksiklerini tamamlayabilmektedir. Bu noktada nöroşirürji uzmanları ilgi duydukları ve günlük pratikleri içerisinde yoğunlaştıkları konular ve ameliyatlara ile ilgili daha ayrıntılı ve kendilerini geliştirebilecek eğitim imkanlarına sahiptir.

İfade etmek gerekir ki, iyi bir nöroşirürji uzmanı olabilmek için sadece nöroşirürji ile ilgili eğitim ve beceri yeterli değildir. Çalışmamız içerisinde ayrıntılı değindiğimiz iletişim kurallarını doğru uygulamak, kendisi ve çevresi ile barışık ve açık iletişimde olmak ve birlikte çalıştığı hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanları ayrıca idari personel ile iyi iletişimler kurmak son derece önemlidir. Yoğunlukla çalışılan poliklinik, acil servis, yataklı servis, yoğun bakım ve özellikle de ameliyathane ortamlarında, tüm ekip arkadaşları ile diyalog içerisinde olmak, onların düşünce ve fikirlerini önemsemek ve dinlemek, sevgi ve saygı içerisinde bir ortamda çalışmak adına önemsendiklerini hissettirmek, ekip motivasyonunu artırıcı yöntemlerdir. Sonuçta nöroşirürji uzmanı, özellikle ameliyathane ortamında ekip lideri olarak, ekibin bilgi, moral ve motivasyonunu arttıracak davranış kalıpları içerisinde olmalıdır. Bizim gibi iş hayatında ‘kurumsallaşma’ sorunu yaşanan ülkelerde, samimi insan ilişkileri sayesinde işlerin kolaylaşabileceğini söylemek yanlış olmayacaktır.

Hekimler meslek hayatları boyunca gerek idari gerekse uzmanlık alanlarını ilgilendiren birçok hukuki durum ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Nöroşirürji gibi çok yoğun çalışılan ve komplikasyon-malpraktis oluşma riski yüksek olan branşlarda bu durum daha sıklıkla görülmektedir. Nöroşirürji uzmanları, kimi zaman idari soruşturmalar (mesai uyumu, nöbetler, diğer sağlık personelleri arası ilişkiler, geçici görevler, ihaleler vs.) kimi zaman da tıbbi kötü uygulama iddiaları nedeniyle hukuki süreçleri yönetmek durumunda kalmaktadır. Bu nedenle sağlık hukuku konusunda kapsamlı bir eğitime ihtiyaç duyulduğu açıktır. Ülkemizde son yıllarda, Ege, Ankara, 19 Mayıs, Çukurova, Ordu Üniversitesi gibi bazı üniversitelerin tıp fakültelerinde Sağlık Hukuku dersleri verilmeye başlanmış olup, bu üniversitelerin sayıları her geçen gün artmaktadır. Eğitim aşamasında olan ve günlük pratik içinde olmayan öğrenciler için mevcut eğitimler kısmen yeterli gibi görünse de aktif hekimler özellikle de cerrahi branş uzmanları için daha ileri seviye eğitime ihtiyaç duyulduğu açıktır. Bu anlamda yine, uzmanlık derneklerine büyük görevler düşmektedir.

Mesleki uygulamalarda standardizasyon açısından bakıldığında, uzmanlık dernekleri tarafından oluşturulan komisyonların hazırlayacağı, tanı ve tedavi aşamasında yönlendirici algoritmalar ve guide-lineler hem uzmanların uygulamada başvuracağı kaynaklar olması bakımından hem de hukukçuların ilgili sorunda merak ettikleri standardı öğrenmeleri bakımından değerli olabilir. Hazırlanacak bu kaynakların güncel tutulması, genel hatları çizmesi ve tedavi eden hekimin mesleki serbestisine zarar

vermemesi önemlidir. Her şeye rağmen bir tıbbi uygulama hatası iddiası durumunda, tartışılan somut olayın içeriğine göre karar verilmelidir.

Bunun yanında alt yapısı uygun olan merkezler için, üniversite ve eğitim araştırma hastaneleri bünyelerinde de gerek uzmanlık öğrencileri ve uzmanlar gerekse de tüm sağlık personelleri için sağlık hukuku eğitimleri verilmelidir. Ayrıca sayısı giderek artmakta olan, tıp fakültesi mezunu olup hukuk fakültesini de bitiren ya da sağlık hukuku yüksek lisans ve doktora sahibi kişilerden de yararlanarak, tüm üniversitelerin tıp ve hukuk fakültelerinde sağlık hukuku kürsüleri açılmalı ve bu şekilde verilecek eğitim niteliği arttırılmalıdır. Özellikle tıp fakültelerinde bu kürsülerin açılması ve buralarda yapılacak bilimsel çalışmalar ve oluşturulan öneriler sayesinde, ülkemizde nitelikli sağlık hizmeti ve sağlık ile ilgili nitelikli hukuki hizmet sunumu sağlanabilecektir.

Takdir edilmelidir ki, sağlık sistemi içerisinde, sistemin, teknolojik cihazların, alet ve edevatın ve yardımcı sağlık personelinin yeri ve önemi çok büyük olsa da sistemin odak noktası hekimdir. Bu anlamda hekimlerin sağlığı, motivasyonu, kurumsal çalışma arzusu gibi etkenler ortaya çıkan hizmetin kalitesini direk etkileyecektir. Son yıllarda ülkemiz sağlık sisteminin geldiği durum çalışmamızın içerisinde ayrıntılı bir şekilde ifade edilmiştir. Bu sistem içerisinde hekimlerin insan üstü bir gayret içerisinde çalışmakta olduğu, buna karşın geçmişe göre son derece az ücret aldıkları, aldıkları ücretlerin miktarının her ay değiştiği ve önemli bir kısmının emekliliğe yansımadağı bilinen gerçeklerdir. Bununla birlikte kamuda performans sistemi, özelde ise ciro baskısı nedeniyle sürekli daha çok çalışmaya zorlanan hekimler, bu ve başka nedenlerle idarecilerin mobbing uygulamalarına da maruz kalmaktadır. Müşahede olunan gerçeklerden biri de şudur ki, uygulanan performans sistemi ve diğer ücret politikaları nedeniyle, son yıllarda hemşireler başta olmak üzere yardımcı sağlık personelleri ile hekimler arasındaki iş barışı bozulmuş durumdadır. Bu konuda sosyal medya platformlarında yaşanan tartışmalar son derece üzücüdür. Bu politikaları oluşturan siyasetçiler ve idareci konumundaki bürokratlar, durumu acilen düzelterek adımları atmalıdır. Gerçi unutulmaması gereken bir gerçek te şudur ki, yine son yıllarda ülke ekonomisinin geldiği noktada, tüm kesimlerde ücretlendirme noktasında ciddi sorunlar mevcuttur. Bu sorunların da günlük palyatif çözümler ile giderilemeyeceği ve radikal önlemler alınması gerektiği ortadadır.

Günümüzde uzman hekim düzeyinde bile kazanılan ücret ile hekimler çocuklarını özel okullara göndermekte zorlanmaktadırlar. TUS'a giren hekimler, büyük şehirlerde ev

kiralarını ödemekte zorlanacakları gerekçesi ile tercihlerini değiştirmek durumunda kalmaktadır. Özetle hekimler, döviz bazında geçmişe göre oldukça düşük düzeyde maaş almakta olup, ülkedeki son birkaç yıldır yaşanan enflasyon ortamında ciddi sıkıntılar yaşamaktadır. Hekim ücretlendirilmesi noktasında önerimiz şudur ki; ücretler en azından yurt dışı emsaller de gözetilerek arttırılmalı, hekimler de diğer kamu çalışanları gibi, emekliliklerine yansıyan tek kalem ücret almalı, kök maaş, taban maaş, teşvik, nöbet vd. gibi her ay değişkenlik gösteren ve hatta ne zaman ödeneceği bile belli olmayan ücretlendirme anlayışından vaz geçilmeli, niceliksel performansın ücretlendirmeye yansımaları anlayışı terk edilmeli, eğitim ve belki başka parametreler göz önüne alınarak, hem diğer kamu görevlileri ücretleri, hem hekimler arasında (akademisyen, yan dal uzmanı, uzman, pratisyen vs.) hiyerarşi hem de diğer sağlık çalışanları arasındaki denge gözetilerek yeniden bir ücretlendirme politikası oluşturulmalıdır.

Ülkemiz son yıllarda, özellikle Suriye'deki iç savaş ile başlayan ve sonrasında başta Afganistan olmak üzere Orta Doğu coğrafyasında gelişen olaylar nedeniyle, ciddi boyutta bir mülteci ya da sığınmacı göçü ile karşı karşıya kalmıştır. Üzerine Covid 19 küresel salgını ve Şubat 2023'de yaşanan büyük depremler ile zaten zorlanmakta olan sağlık sistemimiz çok ciddi sıkıntılar içerisine girmiştir. Tüm bu nedenler ile oluşan hasta yoğunluğu, ekip ve ekipmanlardaki yetersizlikler, sağlık kurumlarında sınırlı sayıda çalışan hekimler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarını ciddi anlamda yıpratmıştır ve bu süreç devam etmektedir. Hastanelerde, polikliniklerde ve acil servislerde yaşanan yoğunluğun neden olduğu olumsuzluklar sonuçta ya medikolegal davalar ya da şiddet olarak geri dönmektedir. Zaten gerek kazanılan ücretler gerekse özlük haklarındaki sıkıntılar nedeniyle sorunlar yaşayan hekimlerin, bir de şiddet ve medikolegal dava riski ile karşı karşıya kalması onları çeşitli şekillerde tanımlanabilen psikolojik sıkıntılar içerisine sokmuştur. Literatürdeki ifadesiyle Medikal Malpraktis Stres Sendromu ya da sıkça kullanılan bir tanım olan Tükenmişlik Sendromu gibi psikolojik ve bunların tetiklediği fiziksel sorunlar nedeniyle, birçok hekim ya günlük pratiklerini uygulamak için gereken motivasyonlarını kaybetmekte ya da defansif tıp uygulamalarına başvurmak suretiyle standart hekimlik davranışlarını değiştirmek durumunda kalmaktadır. Birçok genç hekim TUS ve YDUS sınavlarında, riskli, zor ve yorucu branşları tercih etmemektedir. Bunlar yeterli olmadığında istifa etmek, mesleği bırakmak ya da başka ülkelerde çalışmak için ülkeyi terk etmek gibi çözümler aramaktadırlar. En nihayetinde ne yazık ki intihara başvuran meslektaşlarımızın sayısı da azımsanmayacak düzeydedir.

Bu noktada akli selim olmak ve geline durumu çok iyi analiz etmek gerekmektedir. Motivasyonu kaybolan, defansif tıp uygulayan, psikolojik tedavi görmek durumunda olan, istifa eden, ülkesini terk eden ve hatta intihar eden insanlar, bu ülkenin derecelendirme sınavlarında hep en üst düzeyde başarı elde etmiş, her anlamda son derece çalışkan ve içinde bulunduğu durumu hem sosyolojik hem de psikolojik olarak değerlendirebilecek düzeyde insanlardır. Bu açıdan bakıldığında hekimlerin yaşadıkları tablonun ağırlığı daha iyi göz önüne çıkmaktadır. Bu noktada, idarecilere büyük görevler düşmektedir. Alınacak önlemler ile tabir-i caizse, akan kan acilen durdurulmalıdır.

Genelde hekimleri özelde nöroşirürji uzmanlarını, günümüzde yaşadıkları kaostan kurtarmak adına bize göre yapılması gerekenler noktasında önerilerimiz şu şekildedir. Öncelikle hasta yoğunluğunun azaltılması gerekmektedir. Günümüzde gerek polikliniklerde gerekse acil servislerde mevcut kalabalıklar içerisinde nitelikli sağlık hizmeti vermek mümkün değildir. Hekimlerin maruz bırakıldıkları, ne kadar çok çalışırsan, o kadar kazanırsın minvalindeki anlayıştan acilen vaz geçmek gerekmektedir. Yani performans sistemi en kısa sürede ya tamamen kaldırılmalı ya da alınana ücret içindeki oranı kısıtlı bir düzeye çekilmelidir. Bu sistem içerisinde nitelik ve kalite değil, nicelik öncelenmekte olup, geline noktada görülmektedir ki bu sistemin ne hekime ne de hastaya bir yararı yoktur.

Nöroşirürji branşının, yapılan işin özelliği bakımından nitelikli ekip gerektirdiği çalışmamız içerisinde ifade edilmişti. Özellikle uzmanlık öğrencileri olmayan ve yerleşik ekip oluşturacak büyüklükte olmayan perifer hastanelerde tek başlarına nöroşirürji uzmanı olarak çalışan hekimlerin işi son derece zordur. İdareler, genellikle hemşire sayılarındaki yetersizlikler nedeniyle gerek servislerde gerekse ameliyathanelerde nöroşirürji branşına özel hemşire ayıramamaktadır. Bir başka ifade ile nöroşirürji uzmanları ameliyatlara kimi zaman ilgili branş ve ameliyat özelliklerini bilmeyen hatta kimi zaman kullanılan cerrahi aletleri dahi tanımayan hemşirelerle girmek durumunda kalmaktadır. Bu durum hasta açısından nitelikli sağlık hizmeti alma noktasında sıkıntılar oluşturmakta, hekim açısından ise komplikasyon-malpraktis riskini arttırmaktadır. Bu nedenle, nöroşirürji uzmanlığı gibi özellikli branşlar için, birlikte çalışacakları ekipleri oluşturmak gerekmektedir. Altyapı eksiklerinin tamamlanması, gerekli olan teknolojik imkanların sağlanması ve kullanılacak malzeme ve alet ihtiyacının giderilmesi nöroşirürji uzmanının güvenli, kaliteli ve konforlu çalışması adına son derece değerlidir.

Hekimlerin birçoğu personel eksikleri ve performans ya da ciro kaygısı nedeniyle, yıllık izinlerini dahi kullanamamaktadır. Uzmanlık öğrencilerinin ne kadar fazla sayıda ve ne şartlarda nöbet tuttuğu ve iş yoğunluğu, ilgili herkesin bildiği gerçeklerdir. Hele ki, branşında tek hekim olarak çalışan nöroşirürji uzmanlarının durumunu kelimelere dökmek kolay değildir. Tüm bu çalışma şartları içerisinde, sağlıklı bir fiziksel ya da psikolojik durumdan bahsetmek de mümkün değildir. O halde idareler, hekimlerin çalışma sürelerini ve nöbet düzenlerini bilimsel gerçekler dahilinde düzenlemeli ve izin ihtiyaçlarını bir opsiyon olarak değil, hekimlerin fiziksel ve psikolojik sağlığı ve hastaların alacakları nitelikli ve güvenli sağlık hizmetinin sunulması açısından, zorunluluk olarak ortaya koymalıdır. Yani çalışma süresini doldurmuş olan hekim, istese de çalıştırılmamalı, yıllık izin sürelerinin kullanımı da mecburi tutulmalıdır.

Özetlemek gerekirse, hekimlerin yıllardır mustarip oldukları, emekliliklerine de yansıyan tek kalem ücretlendirme, emekli olduklarında onurlu yaşanabilecek bir maaş alınması, kurumlar arasındaki kabul edilemeyecek düzeyde ücretlendirme farklılıkları, nöbet ve icap nöbet ücretlerinin düşük olması, aşırı hasta yoğunluğu nedeniyle poliklinik muayene sürelerinin kısalığı, acil servislerde yeşil alan muayeneleri nedeniyle oluşan aşırı hasta ve iş yoğunluğu, izin vs. gibi özlük hakları kullanımlarındaki zorluk ve adaletsizlikler, yönetim kaynaklı mobbing uygulamaları, mecburi hizmet sürelerinin uzunluğu, usulsüz ve keyfi geçici görevlendirmeler, ayrıca ekip ve ekipman yetersizlikleri nedeniyle yaşanan sıkıntıların hekimlere fatura edilmesi gibi sorunlar çözülememekte, aksine her geçen gün giderek artmaktadır. Dikkatle ve bilimsel olarak değerlendirildiğinde, bu sorunların çözümü aslında çok zor değildir. Yöneticiler öncelikle sorunları tespit etmeli, bir başka deyişle sorunları kabul ederek yüzleşmeli sonrasında popülist yaklaşımlar yerine bilimsel gerçekler öncelenerek, çözüm üretilmelidir. Bunları uygulamak için her düzeyde liyakatli idarecilerin bulunması ise bir başka gerçek olarak karşımızda durmaktadır. Siyaset, nepotizm gibi yapılar öncelenerek yapılan yönetici atamaları, sahada sorunları çözmekten ziyade karmaşıklarılaştırmakta, hastanelerde yaşananlar kaotik bir hal almaktadır.

Kısaca, ülkemiz sağlık sistemi hekimler açısından kaotik bir boyutta olup, sorunların pansuman çözümler ile giderilme ihtimali kalmamıştır. Kısaca tanımlamaya çalıştığımız konular başta olmak üzere, sağlık sistemimize radikal bir operasyonun zorunlu olduğunu düşünmekteyiz.

5.2. Hastalar Açısından

Ülkemiz sağlık sistemine hastalar açısından bakıldığında da birçok sorun mevcuttur. Aslında 2000 li yılların başında olan ve çalışmamız içerisinde değindiğimiz birçok sorun yapılan icraatlar ile çözülmüş (ya da öyle sanılmış), 2010’lu yıllardaki anket çalışmalarına baktığımızda ‘sağlık hizmetlerindeki memnuniyet’ oranının çok yükseklerle çıktığı görülmüştür. Ne var ki, günümüzde gelinen noktada yukarıda ifade ettiğimiz nedenler dahilinde hekimlerin tükenmişliği hastalara da yansımakta, sağlık sorunlarını çözemeyen hastalar da ciddi sıkıntılar içinde kalmaktadır.

Görünen odur ki, hastalar aile hekimliği uygulamasını kullanmamaktadır. Birçok insan aile hekimini dahi bilmemekte, bilenler ise daha çok kronik kullandıkları ilaçları yazdırmak için aile hekimlerine başvurmaktadır. Hastaların büyük çoğunluğu direk ikinci ya da üçüncü basamak hastanelerde uzman ya da akademisyen hekimleri tercih etmektedir. Bu yoğunluk bir yığılmaya yol açmakta, MHRS sisteminden özellikle bazı branşlara randevu bulabilmek imkansıza yakın hale gelmektedir. Sistemin bu yoğunluğu taşıyamayacağı açık iken Sağlık Bakanı Prof. Dr. Fahrettin Koca, 31.12.2023 tarihindeki resmi ‘X’ hesabından yayımlanan verilere göre; yapılan 804.131.471 muayene ve 150.523.406 acil servis başvurusunu, bir başarı olarak ortaya koymaktadır. Ülkemizdeki mevcut hekim sayısı ve diğer imkanların, gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında oldukça gerilerde olduğu bilindiği halde, hala yıllık kişi başı 10 üzerinde hasta başvurusu ile övünülmesi, gerçeklerden uzak bir bakış açısıdır.

Sağlık sisteminin geldiği bu noktada, hasta davranışları açısından da bazı değişikliklere ihtiyaç duyulduğu açıktır. Her şeyden önce vatandaşlar aile hekimlerini öğrenmeli, ulaşılması en rahat ve kendilerini en yakın takip ve tedavi edebilecek hekimlerin kendi aile hekimleri olduğunu unutmamalıdır. Sevk zinciri sistemi acilen hayata geçirilmelidir. Ancak bu şekilde üst basamak kurumlarda hasta yoğunluğunun önüne geçilebilecektir. Bu satırların yazıldığı 2024 yılı Ocak ayındaki grip salgını nedeniyle hastanelerimizin acil servisleri yoğunluktan çalışamaz hale gelmiştir. Oysa sadece destek tedavi gerektiren bir hastalık için acil servislere başvurmak gereği yoktur. Hastalarımız serum taktırmak vs. gibi kendilerince tedavi şekli olduğunu düşündükleri uygulamalar için acil servisleri meşgul etmemelidir. Hemen ifade etmek gerekir ki serum, içerisinde değişik oranda glikoz ya da elektrolit olan ‘su’dan başka bir şey değildir ve ağızdan sıvı alabilen bir hasta için çoğunlukla gereksizdir. Serum tedavisi şuurun yerinde

olmadığı, sıvı alımının kısıtlı olduğu ya da vücudun sıvıyı hızlı bir şekilde çıkardığı çok özel bazı durumlarda, hekimin koyacağı endikasyon dahilinde yapılmalıdır. Kaldı ki, bazı durumlarda kontrolsüz uygulanan bu serum tedavilerinin ciddi sorunlara yol açabileceği de unutulmamalıdır. Özetle hastalarımız en başta kendi sağlıkları için, gerekmedikçe acil servisleri meşgul etmemeli, bir hastalık durumunda aile hekimlerinden başlayarak ve hekimlerin önerileriyle gerekirse uzman ya da akademisyenlere başvuru yapılarak, tedaviye ulaşmalıdır.

Günümüzde iletişim ve bilgiye ulaşmanın kolaylaşması nedeniyle, bazı hastalar polikliniklere kafalarında belli tanı ve tedavi modaliteleri oluşturarak başvurmaktadır. Geçmişte genellikle komşusundan ya da bir akrabasından duyduğu bir tanı ya da tedavi yöntemini hekiminden talep eden hastalar günümüzde, sosyal medya ya da internetten gördükleri ya da öğrendikleri ile hekimi sorgulamakta hatta hekim uygulamalarını beğenmemektedir. Bir de sistem gereği, hasta muayene süresinin kısalığı nedeniyle işler daha da kaotik bir hal almaktadır. Hekim bu noktada ayrı bir kriz yönetmek durumunda kalmaktadır.

Hastalar bilmelidir ki, karşısında duran nöroşirürji uzmanı hekim 6 yıl tıp eğitimi, mecburi hizmet tecrübesi ve en az 5 yıllık uzmanlık eğitimi almış bir kişidir. Emin olunmalıdır ki o hekim, karşısındaki hastanın komşusundan, akrabasından, sosyal medya ya da internetteki doğruluğu tartışılır bilgiden çok daha fazlasına sahiptir. Bu anlamda hastanın, hekimi değerlendirmeye, sorgulamaya, yargılamaya kalkışması en hafif ifadeyle hadsizliktir. Bununla birlikte hastanın kafasındaki soru işaretlerini gidermek, olası sorularını cevaplamak, uygulayacağı tetkikler ve tedavi noktasında hastayı bilgilendirmek, hekimin en önemli sorumluluklarından biridir. Zaten vekalet sözleşmesi gereği hekim ile hasta arasındaki en önemli ilişkinin ‘güven’ ilişkisi olduğu ve bunun da ancak gereğince ayrılacak süre ve gösterilecek ilgi ile oluşturulacağı açıktır. Bu anlamda hasta önyargısız bir şekilde hekimine başvurmalı, olması gereken bir hekim-hasta ilişkisi kurulmalı ve karşılıklı güven oluşturulmak suretiyle hasta için gerekenler yapılmalıdır. Tüm bunlara rağmen gerekli güven ortamı oluşmadı ise, hasta hakları yönetmeliği gereği, hasta hekimini değiştirme hakkına sahiptir ve bu hakkı kullanabilir.

Özetle, başta bu konular olmak üzere, toplum ve hasta sağlığını ilgilendiren konularda vatandaşların ‘sağlık okur-yazarlığını’ arttırmak için gereken önlemler alınmalıdır. Bu noktada gereken eğitim, mümkün ise orta okul ve lise müfredatlarına alınmalıdır. Kısa vade için ise, gerek ulusal görsel ve yazılı basın gerekse resmi sosyal

medya hesapları kullanılarak halka sağlık ile ilgili eğitimler verilmelidir. Oluşturulacak kamu spotları ve diğer eğitim çalışmaları ile amaca ulaşmak için gereken çalışmalar yapılmalıdır.

Değinilmesi ve mutlak müdahale edilmesi gereken bir başka konu sağlıkta şiddet konusudur. Hastalar ve yakınları bilmelidir ki, kendilerinin ilgili hekim için randevu bulamayışlarının, poliklinik kapısında çok beklemlerinin, acil servis ya da polikliniklerde yeterli vakit ayrılmayışının, tetkikler için günler sonrasına randevu verilmesinin, yatak ya da ameliyat için günlerce bekleniyor olmasının ya da diğer tüm olumsuzlukların nedeni hekimler ya da diğer sağlık çalışanları değildir. Tüm sağlık sisteminin belki de en günahsız insanlarına, muayene ya da işlem sırasında sadece karşısında ‘o’ olduğu için, psikolojik, sözlü ya da fiziki şiddet uygulamak, tehdit ve hakaret etmek hatta öldürmek, hiç kimsenin sorununu zmeyecektir. Günümüzde hemen hemen her gün gerek sosyal medyada gerekse diğer iletişim organlarında şiddete uğrayan bir hekim ya da sağlık çalışanı haberi yayımlanmaktadır. Artık vaka-ı adiyे’den olan bu durumlar nedeniyle hekimler istifa etmekte, yurdu terk etmekte hatta geriden gelen gençler ya hekim olmayı istememekte ya da riskli branşları tercih etmemektedir. Bu durumun gelecekte çok daha büyük krizlere yol açabileceğini öngörmek hiç de zor değildir.

5.3. Hukuki Açıdan

Ülkemizde hekimlerin hukuki sorumluluğu noktasında özelleşmiş bir yasa yoktur. Olası bir tıbbi kötü uygulama iddiası durumunda olayın durumu, hekimin pratisyen veya uzman olması ya da uzmanlık alanı, hekimin çalıştığı kurum, iddiaya konu olayın nerede yaşandığı başta olmak üzere birçok değişken değerlendirilmekte, sonuçta ortaya çıkan tabloya göre, olayın hangi usul şartları dahilinde, hangi hukuki norma aykırılıktan, hangi mahkemede ve nasıl araştırılıp, soruşturulacağı ve ne şartlarda dava konusu olacağına karar verilmektedir. Kimi zaman hukukçular arasında bile ihtilaf konusu olabilecek bu değişkenler nedeniyle gerek hastalar gerekse hekimler haklarını aramak konusunda sıkıntılar yaşamaktadır.

Sağlık hukuku mevzuatı, başta idari hukuk, ceza hukuku, medeni hukuk, uluslararası hukuk olmak üzere birçok hukuk dalını ilgilendiren geniş bir perspektife dağılmış durumdadır. Bu mevzuat dağınıklığı nedeniyle, hekim ile hasta arasındaki hukuki

ilişkinin kapsamının net olarak tariflendiği, adına hekimlik ya da tedavi sözleşmesi denebilecek net bir sözleşme hükmü bulunmamaktadır. Bu bakımdan hekimin hukuki sorumluluğunun dayandırılacağı sözleşme Borçlar Kanunu 502-513 maddeye dayandırılan vekalet ve bazı özel durumlar için eser sözleşmesi olarak nitelendirilmektedir. Oysa, hekimin hukuki sorumluluğunun, sözleşmeye dayalı ilişki kapsamında değerlendirdiğimiz vekalet ve eser sözleşmelerinin, sağlık hukuku kapsamında yerindeliği noktası bize göre oldukça tartışmalıdır. Her şeyden önce, insan sağlığı üzerine konumlanan son derece ciddi bir iş olan, sağlık hizmeti sunumu ile ilgili, tanımlamalar, sorumluluklar ve müeyyidelerin, mevcut hukuk yapılanması ve kanunları çerçevesinde, bir şeylere benzetilerek ifade edilmesi doğru değildir. Yani hasta ile hekim arasında olan ve çok karmaşık bir sistematığı içeren ilişkinin, Borçlar Kanunu'ndaki herhangi bir iş sözleşmesi kapsamında değerlendirilmesi bize göre yerinde ve yeterli değildir. Sağlık Hukuku ile ilgili mevzuatın, yeni bir kanun ile yeniden yapılandırılması, dünya ve ülkemizin gerçeklerine uygun, uygulanabilir bir kanun oluşturulması elzemdir.

Mevcut durum üzerinden bakılacak olursa, vekalet sözleşmesinin görece kabul edilebilir ve şu an için uygulanabilir bir sözleşme olduğu düşünülebilir. Bununla birlikte güncel pratikte, özellikle başta Plastik Cerrahi olmak üzere bazı uzmanlık alanlarının uyguladığı estetik amaçlı bazı girişimler ile yine özellikle diş hekimlerince uygulanan başta protez olmak üzere kimi uygulamalar da eser sözleşmesi olarak nitelendirilmesi gerektiği değerlendirilmektedir. Bize göre eser sözleşmesi, sağlık hukukunda hiçbir şekilde yer almamalıdır. Bununla ilgili gerekçeler üç başlık altında sıralanabilir;

Eser kelimesinin tanımına bakıldığında, insan emeğinin, bir bütün görüntüsü veren ve ekonomik değer ifade eden her ürünü olarak ifade edilmektedir. Genellikle, eseri oluşturan ya da üreten kişi (normal şartlarda usta, sanatçı ya da uzman olarak tanımlanan kişi) kendi bilgi, beceri ve yeteneği ölçüsünde bir eser oluşturmaya çalışırken, buradaki asıl değişken sadece kendisi ve o iş ile ilgili becerisi olmaktadır. Yani eser olarak tanımlanan olgu, cansız ve kendine özgü değişkenlerden bağımsız bir haldedir. Eserin güzelliği ya da mükemmelliği tamamen eseri oluşturan kişi ve onun kullandığı ekipmana bağlıdır. Oysa, tıbbi işlemlerde üzerinde çalışılan yapı, bir canlı organizmadır. Bu canlı organizma üzerinde oluşturulmaya çalışılan eser, hekim ve onun kullandığı ekipman dışında, o organizmanın gerek anatomik gerekse fizyopatolojik yapısı ile de doğrudan ilgilidir. Burada eseri oluşturan kişi, mükemmel ekipmanla, kusursuz bir iş ortaya çıkarmış olsa bile, işlem yapılan organizmanın doku uyumu, alerjik durumu, enfeksiyon

ihtimali vs. gibi, organizmaya ve diğer dış etkenlere bağlı birçok değişkenden ve oluşabilecek komplikasyonlardan ötürü, istenen sonuç alınamayabilecektir. Bu açıdan bakıldığında, estetik amaçlı da olsa hekimin, yapılacak operasyonun sonucu başarı garantili bir sözleşmeyle karşı karşıya bırakılması, hakkaniyet sınırları içinde değerlendirilemez.

Beğeni göreceli bir kavramdır. Üzerinde estetik amaçlı bir işlem yapılmasını talep eden kişi, ortaya çıkan sonuçtan (kimi zaman objektif değerlendirildiğinde güzel olarak tanımlansa bile), hoşnut olmayabilir. Az önce ifade edilen değişken farklılıkları, kişinin işlem öncesi aklındakilerin birebir uygulanması iznini vermeyebilir. Kaldı ki, hekim mevcut şartlar doğrultusunda, oluşturduğu eserden memnun olsa dahi, hasta memnun olmayabilir. Özetle, nesnel olarak ölçülemeyecek beğeni kavramı üzerinden, bir hekimin sorgulanması kabul edilemez. Bu nedenle de yani sonuç değerlendirilmesinin nesnel olmaktan uzak olması sebebiyle de eser sözleşmesi, sağlık hukukuyla örtüşebilecek bir kavram değildir.

Bir başka açıdan bakarsak, yapılan iş tedavi amaçlı değil de estetik amaçlı olduğunda eser sözleşmesi gündeme gelmektedir. Yani öğreti, kişinin vücudunda beğenmediği, görsel anlamda rahatsız olduğu herhangi bir yerinin (burun, meme, kalça, karın bölgesi, cilt sarkması, göz kapağı düşmesi, kulak yapısı, vs.) cerrahi ya da bir başka yöntemle ‘düzeltilmesi’, belki ‘normal’ bir hale getirilmesi işlemini estetik operasyon olarak tanımlamakta ve buradaki kurulması gereken sözleşmenin eser sözleşmesi olması gerektiğini ifade etmektedir. Oysa, vücudundaki bir görüntünün estetik amaçlı düzeltilmesi her zaman görsel bir hedef nedeniyle olmayabilir. Mevcut durum kişide psikolojik sorun yaratabilir. Dünya Sağlık Örgütü sağlığı, fiziksel ve ruhsal tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. O halde, vücudundaki görsel sorun kişide psikolojik sorun yaratıyorsa, bu operasyonu talep eden kişiyi de hasta olarak tanımlamak gerekir. Hasta olarak tanımlanan kişinin tedavisi de güncel mevzuatımız içinde mutlaka vekalet sözleşmesi ile kurulacak bir sözleşme üzerinden yapılmalıdır. Burada akla şu soru gelebilir. Gerçekten, kişinin mevcut durumu, kişi de psikolojik bir sorun oluşturmuş mudur? Yani kişi, somut olayda ‘hasta’ olarak tanımlanabilir mi? Burada değerlendirmeyi yapması gereken, psikiyatri uzmanları olmalıdır. Alman Hukukunda, böyle bir durumda hastanın psikiyatrik tedavi olması gerektiği savunulmaktadır. Peki, tedavi sonrası hasta iyileştirilemiyorsa, yani kişi vücudu ile barışamıyorsa ne yapılmalıdır? Bize göre bu durumda, tıbbi tedavi ile iyileştirilemeyen hasta, cerrahi ya da

daha başka estetik girişimler ile iyileştirilmeye çalışılmalıdır. Burada hasta ile hekim arasında kurulacak sözleşme ise, eser değil vekalet sözleşmesi olmalıdır. Hattı zatında, benzer durum Genel Cerrahi uzmanlarının yaptığı obezite operasyonlarında kullanılmaktadır. Burada da kişi zayıflamak ve sonuçta görsel olarak daha güzel bir görünüme sahip olmak için ameliyat olmak istemektedir. Bu açıdan bakılırsa eser sözleşmesi kurulmalı diye düşünülebilir. Ancak, obezite durumu, vücutta fiziksel ve psikolojik anlamda birçok sorun oluşturabilecek bir durumdur. Burada cerrahi öncesi, hastaya diyet programları uygulanır ve psikiyatrik destek tedavi verilir. Ancak tıbbi tedavi ile beklenen sonuç sağlanamıyorsa, ilgili branş uzmanlarının (Psikiyatri ve Endokrinoloji dahil) uygun raporları ile, hastaya obezite cerrahisi uygulanır. Burada nasıl vekalet sözleşmesi kurulması gerekiyorsa, diğer estetik amaçlı operasyonlarda da başta Psikiyatri uzmanınca verilen ve cerrahi önerilen uygun raporlar ile hasta opere edilmeli ve sonuç olarak eser değil vekalet sözleşmesi kurulmalıdır.

Sonuç olarak, doktrindeki birçok yazar görüşüne katılarak biz de eser sözleşmesinin Sağlık Hukuku ile hiçbir şekilde örtüşmediğini düşünmekteyiz. İdeal olanın ülke gerçekleri, altyapısı göz önüne alınarak, tüm paydaşların dahil edildiği kapsamlı bir çalışma ile ortaya konulacak yeni bir kanun ve ihtisas mahkemesi yapılması ile birlikte yeni bir Sağlık Hukuku sistemi ortaya konmalıdır. Bu yapılan kadar vekalet sözleşmesi ile devam edilmesi uygun görünmektedir.

Yine ülkemizdeki mevcut mevzuat gereği sıkıntılı ve karmaşık olan bir başka konu ise, olası bir tıbbi kötü uygulama iddiası durumunda, hastaların izleyecekleri yol ve usuller ile hekimlerin soruşturulup yargılanacakları yerlerin farklılığıdır. Hastalar uğradıklarını düşündükleri bir mağduriyet ya da haksızlık durumunda, hekimin cezalandırılmasını ya da mağduriyetlerinin maddi ve/veya manevi tazmin edilmesini talep edebilirler. Ceza davası için savcılık başvurusu sonrasında savcılık soruşturması yapılır. Gerek görülür ise, savcılık hekim kamu kurumu çalışanı ise 27.05.2023 tarihli ve 7406 sayılı kanun gereği suç isnat edilen kişinin yargılanması ile ilgili, Mesleki Sorumluluk Kurulu'ndan, üniversite çalışanı ise YÖK kanununun 53. Maddesi çerçevesinde gerekli izinler alınmak suretiyle yargılama sürecine başlanır.

Hekimin tazminat sorumluluğu çerçevesinde ise, hekim Sağlık Bakanlığı Hastaneleri veya Devlet ya da Vakıf üniversiteleri gibi bir kamu kurumunda çalışıyor ise, tıbbi kötü uygulama iddiası durumunda, görev idare adına yapılıyor olduğundan, idari hukuk yargılama usulleri geçerli olacaktır ve idareye karşı tam yargı davası açılmalıdır. 7406

sayılı Kanun gereğince dava sonucu idare tazminat ödemek durumunda kalırsa, ilgili kanun çerçevesinde hekimden rücu edilecektir. Hekimin bir özel muayenede ya da özel hastanede çalışması durumunda ise görevli mahkeme Tüketici Mahkemeleri olacaktır. Ancak tüketici mahkemesine başvurmadan önce Arabulucu başvurusu dava şartı olarak mevzuatımızda yer almaktadır.

Görüldüğü gibi ülkemizde mevcut mevzuat çerçevesinde hasta ile hekim arasındaki hukuki ilişki, hekimin çalıştığı yer ile ilgili olarak değişiklikler göstermekte, ortaya çıkan ihtilaflar durumunda, yargı yerlerinin değişikliği, zamanaşımı sürelerinin farklılığı, usul açısından farklar başta olmak üzere birçok değişik durum ile karşı karşıya kalınmaktadır. Bu durum hem hakkını arama durumunda olan hastalar hem de hekimler için ciddi sıkıntılar doğurmaktadır.

Öte yandan hastalar, bazen sistemden kaynaklanan sıkıntılar nedeniyle, bazen de gerçekten sağlık hizmeti sunucularının neden olduğu, birtakım zararlar ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu insanların da haklarını nasıl arayacaklarını bilmeleri ve uğramış oldukları zararları tazmin etme haklarını kullanabilmeleri gerekmektedir. Bu hakkın kullanımı da makul bir sürede gerçekleşmelidir. Ülkemizdeki, yasalar ve hukuki yapılanma, bu hakkın kullanımı zora sokmaktadır. Her şey doğru yapılırsa bile, davaların çok uzun zamanlar sürmesi, geç gelen adaletin adalet olmadığı sözünü doğrular niteliktedir. Davaların bu denli uzun sürmesi, hasta tarafından dava açılması durumunda, hasta ve yakınları için adalete ulaşmak noktasında tereddüt oluşturmaktadır. Bunun yanında davalı durumunda olan sağlık çalışanı uzun süre mahkeme süreci ile uğraşmakta, sonuçta gelinen durum hekimin moral motivasyonunu olumsuz etkilemektedir.

Özetle, aynı eğitimi almış, gereğinde uzman hatta akademisyen olmuş hekimlerin, çalıştıkları kurumların, yerlerin, pozisyonlarının farklılıkları nedeniyle çok farklı usul ve yapıda soruşturulup, yargılanmaları kabul edilebilir değildir. Daha önce de ifade ettiğimiz gibi, ülkemizin gerçekleri ile uyumlu, gerçekten bu işten anlayan hekim ve hukukçular tarafından oluşturulacak büyük bir komisyonun çalışması sonucu ortaya konulacak yeni bir yasa ve hukuki yapılanmanın acilen vücuda getirilmesi şarttır. Ülkemizdeki, bu anlamdaki durum, ne yazık ki, kabul edilebilir ve sürdürülebilir olmaktan çok uzaktır.

Hukuk sistemi içerisinde kararlar son tahlilde mevcut yazılı mevzuat üzerinden verilmektedir. Doğaldır ki, özellikle sağlık ile ilgili yasalar, yönetmelikler ve diğer mevzuat ideal şartlarda olması gereken işlem ve eylemleri tanımlamaktadır. Tüm hekimler ve sağlık çalışanları bu ideal şartlar dahilinde görev yapmayı istemektedir. Oysa

Ülkemizdeki sağlık sisteminin geldiği noktaya bakıldığında, karşı karşıya kalınan şartlar hiç de mevzuatta olduğu gibi değildir. Bu nedenle, sağlık mevzuatında yazılan bazı hükümler çeşitli nedenler ile göz ardı edilmekte ya da uygulanmasında zorluklar yaşanmaktadır. Basit bir örnek vermek gerekirse, 2010’lu yılların başında, skolyoz cerrahisi sonrası omurilik yaralanması olan ve bilirkışı tarafından ‘nöromonitorizasyon kullanılmamasının bir eksiklik olduğunun’ ifade edildiği bir mahkeme kararı sonrası, omurga cerrahları bu tarz vakalar için nromonitr kullanmak istemişlerdi. Ancak o dönem, bu cihazın kullanımı ile ilgili kurum ödemesi ‘maliyetin çok altında olduğu’ gerekçesi ile cihaz, cihazı tedarik edecek firmalar tarafından hastanelere verilmiyordu. Tamamen hekim dışı ve organizasyonel olan bu durum da hekimler ya hukuki risk alıp işlemi yapmak durumunda kalıyor ya da ameliyatı yapmayı ret ediyordu. Tamamen hekim dışı gelişen bu basit örnek bile göstermektedir ki, sorun ne olursa olsun son kararı vermek durumunda olan hekimler, konu ile ilgili sorumluluğu da üzerlerine almak durumunda kalmaktadırlar.

Bir başka örnek ise, nöbetler üzerinden verilebilir. Nöbetlerin tutulması esasları, sayılar, cretlendirmeleri vs. mevzuatta ideal şartlarda ifade edilmekle birlikte uygulamada ne sayıya ne şartlara ne de ücretlendirmeye bakılmamaktadır. İdarenin amacı genellikle, sorun çıkmadan günü kurtarmayı amaçlamaktadır. Mevzuat ve uygulama arasındaki farklar ile ilgili daha birçok örnek verilebilir ancak anlatmaya çalıştığımız şudur ki, mahkemeler ya da savcılar ve hakimlerin, iddia konusu olayın gerçekleştiği şartların her zaman mevzuatta yazıldığı gibi olmama ihtimalini unutmaması gerekliliğidir. Ülkemizde hastaneler ve ekipler arası standardın olmadığı gerçeği de ortada dururken, mahkemelerde tartışılan somut olayların yaşandığı şartların özellikle değerlendirilmesi gerekliliği ifade edilmelidir.

Bize göre, hekim hasta ilişkisinde karşılıklı empati ne kadar gerekli ise, hukukçu-hekim ilişkisinde de en az o kadar gereklidir. Hekimler, karşı taraf avukatlarını, savcı ve hakimleri kendisini mesleki ya da kişisel olarak sorgulayıp yargılayan kişiler olarak görmemeli, bu kişilerin, hekimin yapmış ya da yapmamış olduğu bir eylemin hukuka uygunluğunu araştıran kamu görevlileri olduğunu unutmamalıdır. Günün sonunda hukukçular, bir hak ihlali iddiasının gerçekliğini ortaya koymak durumundadırlar. Buradaki hassas nokta, hasta, hekim ve hukukçu genindeki yer alan tüm insanların birbirlerini dşmanlaştırmadan, gerçeğe ve hakkın yerine ulaşmasına, objektif ve hızlı bir şekilde yardımcı olmaya çalışmasıdır. Olası bir tıbbi kötü uygulama iddiası ya da dava

durumunda, tüm taraflar ön yargısız bir şekilde çalışarak varsa kusuru ortaya koymak, hak ihlali durumunda organizasyon kusuru dahil olmak üzere gerçek nedeni ortaya koymayı amaçlamalıdır.

Ülkemiz hukuk sistemi dahilinde gerek mevzuattaki karmaşa, gerek hukuka başvuru yollarındaki çeşitlilikler ve buna bağlı usul farklılıkları ve gerekse de hukukçuların iş yoğunluğu ve bilirkşi raporlarındaki aksaklıklar gibi diğer nedenler ile çok uzun süren yargılama süreçleri, hasta ve yakınlarının adalete ulaşamayacakları noktasında tereddütler oluşturmakta, hekimler açısından da zihinsel yorgunluk ve motivasyon kaybına yol açmaktadır. Daha önce de ifade ettiğimiz gibi bu durum hekimleri defansif tıp uygulamalarına doğru itmektedir. Bize göre tıbbi kötü uygulama iddiaları ile ilgili şikâyet, soruşturma ve sonrasındaki dava açılması ile ilgili süreçler ve tazminat anlayışı tamamen değiştirilmelidir. Ülkemizde bu değişimi sağlayacak, gelişmiş ülkelerdeki sistemleri bilen, sağlık hukuku doktrinine hâkim, hekimler ve hukukçular bulunmaktadır. Son yıllarda sağlık hukuku alanında yazılan birçok yüksek lisans ve doktora tezi ve bilimsel makaleler mevcuttur. Bu anlamda da sağlık hukuku bilimsel literatür arşivi genişlemektedir.

Bize göre çözüm noktasında yapılması gereken şudur ki, öncelikle devlet eliyle Sağlık Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve YÖK gibi kurumların bu konuda bilgi sahibi bürokratları ön hazırlık yapmalı, sağlık hukuku konusunda liyakat sahibi, bu konudaki literatüre katkı sağlamış, bu anlamda pratikte çalışmaları olan 20 kişi civarında bağımsız ve bilimsel bir komisyon oluşturmalıdır. Komisyon ülkemizdeki bu konuya emek ve gönül vermiş tüm profesyonelleri (bu sayının 1000 civarında olacağını düşünmekteyiz) birkaç gün sürecek bir çalışmaya davet etmeli ancak öncesinde yapılacak çalışmaların konu başlıklarını belirlemelidir. Davete icabet edecek tüm sağlık hukuku uzmanları, özellikle ilgi duydukları ve fikirleri olan konularda ön hazırlık yaparak çalışmaya katılmalı ve sonuçta ortaya teorik altyapısı olan ancak yapılacak düzenlemelerle günlük pratikte uygulanabilecek, ülkemiz gerçeklerine uygun bir metin konulmalıdır. Bu metin ilk baştaki hükümet bürokratlarına sunularak anayasada birtakım değişiklikler (özellikle rücu ile ilgili maddelerde) için ve kanunlaşacak metin için siyasi iktidar ve meclise sunulacak hale gelebilecektir. Önerimizin bu aşaması, yapılması gereken değişimin şekli tarafıdır.

Değişimin teknik yönü ile ilgili önerilerimiz ise şu şekildedir. Öncelikle ifade etmek gerekir ki, baştan sona yeni hazırlanacak bir ‘Tıbbi Kötü Uygulama Kanunu’

çerçevesinde, hekimlerin çalıştıkları kurum, statü, tıtr vs farkı olmadan her hekimin eşit şartlarda ve aynı ‘hekimlik sözleşmesi’ dahilinde sorumlu olacağı yeni bir sistem oluşturulmalıdır. Bu yasa ile ilgili davalara özelleşmiş ‘Malpraktis mahkemeleri’ bakmalıdır. Bu mahkemelerin yerleri ve sayısı, bu davalar ile ilgili son 10 yıllık istatistiklere bakılarak kolayca belirlenebilir. Mahkeme savcı ve hakimleri mümkün olduğunca sağlık hukuku ilgi ve tecrübesi olan hukukçulardan oluşturulmalıdır.

Oluşturulacak yasada, tıbbi kötü uygulama ile ilgili suçlarda, tazminat ve ceza noktasında belirleyici hükümler olmalıdır. Özellikle bazı konularda (enjeksiyon travması gibi) İskandinav ülkelerinde olduğu gibi kusursuz tazmin modeli uygulanmalıdır. İfade etmek gerekir ki bizim önerimizin ana hedefi tıbbi kötü uygulama iddialarının mahkemeye gitmeden çözülmesi noktasındadır. Bu amaçla, siyasetten bağımsız, bu konuda gönüllü olabilecek, çoğunlukla hekimler ve destekleyici sayıda hukukçuların oluşturduğu bir kurum oluşturulmalıdır. Kurum bünyesinde hasta haklarını da korumak amacıyla sivil toplum örgütlerinden temsilciler de bulunabilir. Bu merkezi kurum, yine benzer şekilde oluşturulacak (yine yer ve sayılar değişiklik göstermekle birlikte, her ilde olması daha uygun olabilir) malpraktis değerlendirme şubeleri açacaktır. Tıbbi kötü uygulama iddiasındaki kişiler öncelikle bu kurullara müracaat edecek, bu kurullarda yapılan değerlendirme sonucu, kusur tespit edilmez ise olay kapanacak, kusur tespiti durumunda tazmin ile alakalı kararı ise merkezdeki kurum verecektir. Olası bir tıbbi kötü uygulama iddiasını değerlendirme aşamasında yereldeki heyetler, mümkünse kurum dahilinde değilse mutlaka üniversitelerden oluşturulacaktır. Şikâyet bahsi konu ile ilgili direk çalışmaları olan akademisyenlerin ve Adli Tıp uzmanlarının yer aldığı en az üç, en çok beş kişilik heyetler şikâyeteye konu olay ile ilgili ayrıntılı rapor hazırlayacaktır. Bu heyet olayın yaşandığı kurumda inceleme yapmaya (organizasyon kusurları ve şartlar açısından), gerekirse şikâyetçiden, hekimden ve olaya tanık olan kişilerden bilgi ve ifade almaya yetkili olacaklardır. Oluşturulan rapor neticesinde, kusur tespiti yok ise, hasta ayrıntılı bir şekilde bilgilendirilecek, var ise dosya gereken tazminat miktarının tespiti için merkeze iletilecektir. Burada yapılan son değerlendirme ile, dosyanın usule uygun tamamlandığına ve kusur varlığına karar verilirse hakkaniyete uygun bir tazminat ödemesi yapılacaktır.

Tazminat ödemesi kaynağı ne olacağı noktasında önerilerimiz ise şu şekildedir. Ülkemizde uygulanan ‘Mesleki Sorumluluk Sigorta Sistemi’, olması gereken etkinlik ve yeterlilikte değildir. Öncelikle primler son derece yetersizdir. Bu primler ve olası

tazminat miktar yükseklikleri nedeniyle sigorta şirketleri poliçe oluşturmak istememektedir. Bize göre bu sistemin de tamamen değişmesi gerekir. Yine risk gruplarına göre belirlenecek, günümüzdeki kadar düşük olmayan ancak ülke gerçekleri ile uyumlu miktarlardaki sigorta primleri, az önceki kurum bünyesinde oluşturulacak bir sigorta sistemine aktarılmalı, burada biriken para ve uygulamada ödenen tazminat miktarları dahilinde hem kişisel hem de branşlar özelinde primler belirlenmeli ve isteğe bağlı olarak primler aylık veya yıllık olarak ödenmelidir. Bu noktada devletten de belli oranda katkı alınabilir. Bu şekilde hekimlerin bireysel tazminat ödeme riskleri ortadan kalkacak ve doğal olarak defansif tıp uygulamaları azalacaktır.

Çok ana hatları ile tanımlamaya çalıştığımız ve her aşaması gerek başlangıçta gerekse uygulamada görünen ihtiyaçlar ile değiştirilip geliştirilecek bu sistem sayesinde, dava sayılarında ciddi azalmalar olacağı, en azından bu konuda hukukçuların da rahatlayacağını düşünmekteyiz. Hayal ettiğimiz konu, en fazla 1 yıllık bir sürede, hastaların, onların yakınlarının, hekimlerin, idarecilerin ve hukukçuların, tıbbi kötü uygulama iddiası durumunda maddi gerçeğe ve hakkaniyete ulaşabilme noktasında tereddüt yaşamamaları ve sonuçtan tatmin olmalıdır. Bu şekil bir yapılanma hem hukuka hem de sağlık sistemine güveni tazeleyecektir.

Son olarak hukukçular açısından empati yapılması gereken bir konunun da sağlıkta şiddet olduğu ifade edilmelidir. Günümüzde sağlık çalışanı şiddete maruz kaldığında beyaz kod uygulaması ve yapılan şikayetler sonucu, ifadeler ve darp raporları alınmakta, şiddeti uygulayan kişi genellikle tutuksuz yargılanmak üzere (istisnalar hariç) serbest bırakılmaktadır. Durum sosyal medyada özellikle 'X' platformuna yansır ve ciddi bir etkileşim olursa, hekim avukatlarının itirazları yerinde görülerek tutuklama yapılmaktadır. Bu anlayış hem sağlık çalışanlarını üzmemekte ve umutsuzluğa sevk etmemekte hem de şiddet uygulama eğiliminde olan insanlar için caydırıcı bir durum oluşturmamaktadır. Oysa mevzuatımızda yapılan son düzenlemeler gereği, görevi başında sağlık çalışanına şiddet uygulanması sonrası 'kasti adam yaralama' suçu, katalog suçlar çerçevesine alınmış olup, tutuklama gerekmektedir. Bu noktada akla şu soru gelmektedir; hiç istememekle birlikte örneğin bir dava görülmesi sırasında mahkûm yakınlarından biri, salondaki savcı ya da hâkimi darp ederse ne olur? Böyle bir durumun olmasını düşünmek dahi istememekle birlikte, hukuk dünyasından sağlıkta şiddet sonrası yaşananlar ile ilgili empati gereğini bir kez daha ifade etmenin yerinde olacağını düşünmekteyiz.

5.4. Organizasyon Açısından

Genel anlamda bakıldığında tıbbi uygulama hataları, hizmetin sunumuyla ilgili sağlık sistemi, sosyal güvenlik sistemi, tıp eğitimi (pratisyen, uzmanlık, yan dal ve sonrasında akademik) ve hekimin bireysel hataları gibi birçok nedenle ortaya çıkabilir. Günümüzde oluşan tıbbi uygulama hataları nedeniyle, çoğunlukla sağlık çalışanlarının sorumlulukları tartışılmaktadır. Oysa bizim tecrübelerimize ve paralel olarak literatüre bakıldığında insan hatalarından ziyade organizasyon hatalarının daha ön planda olduğu müşahade edilmektedir. Basitçe, personel eksikliği, ekipmandaki yetersizlikler, hasta yoğunluğu, yoğun çalışma temposu, zaman darlığı gibi etkenlerin sonrasında ortaya çıkan hekim hatasına bağlı bir malpraktis durumunda, olayın gerçekten hekim hatası olup olmadığı ya da hekim hatası ihtimalini arttıran potansiyel dış etkenlerin varlığı noktasında tartışılması gerekmektedir. Bir başka deyişle, oluşan olumsuz bir olay sonucu, hekim ideal şartlarda çalışıyor olsaydı benzer hata ile karşı karşıya kalınır mıydı sorusunun tartışılması gerektiği düşünülmelidir.

Öncelikle çalışma içerisinde ayrıntılı değindiğimiz gibi, uzun vade çözümler açısından, ülkenin günümüzde içerisinde bulunduğu ekonomik, eğitim, adalet ve sağlık ile ilgili politikalarında ciddi değişikliklere ihtiyaç duyulduğu açıktır. Bu konularda yapılacak yapısal reformlar sayesinde insanlar, yaşadıkları hayatın olumlu yönde değişeceğine inanç ve gelecekleri için güven duyabileceklerdir. Kısa ve orta vade değişiklikler ile ilgili ise, en azından sistemin kabul edilebilir bir şekilde sürdürülebilmesini sağlamak adına yapılması gerekenler ortaya konulmalı ve ivedilikle uygulamaya geçilmelidir. Bu bölümde, bu konudaki tespit ve önerilerimiz aktarılmaya çalışılacaktır.

Bilindiği gibi, uçak kazaları sonrası sivil havacılık ile ilgili kurumlar ve uçak şirketleri, kaza ile ilgili simülasyonlar, kaza enkazındaki parçalar ve kara kutu gibi, kaza hakkında bilgi sahibi olabilecekleri tüm verileri toplayarak kaza nedenini ortaya koymak ve bir daha tekrarlanmamasını sağlamak adına çok ciddi bir çalışma içerisinde olmaktadır. Bu sayede insanlar, kazanın gerçek nedenini öğrenmiş, kusuru bulunanların cezalandırıldığını görmüş ve kaza nedeniyle zarar gören sisteme olan güvenlerini tazelemiş olurlar. Bize göre tıbbi uygulama hataları ile ilgili de benzer süreçler uygulanmalıdır. Bakıldığında her iki süreç de insanların güvenliği ve sağlığı ile doğrudan ilgilidir. Sivil havacılık sistemindeki ciddiyet ve alınan önlemler nedeniyle insanların

güveni sarsılmaz kalırken, sağlık sistemlerindeki karşı karşıya kalınan süreçler insanların sistemi sorgulamasına neden olmaktadır. Ne yazık ki, özellikle hasta yoğunluğu başta olmak üzere birçok faktör nedeniyle, sistemin aşırı çalışmaya zorladığı hekimin, yaptığı tıbbi uygulama hatası sonrası, sorumluluğu hekim üzerinde bırakmak, en basit tabir ile kolaycı ve popülist bir yaklaşım olarak değerlendirilmelidir. Oysa, hizmet sunumu tarz ve niteliğine karar verici siyaset kurumları ve hizmet sunumundaki bürokrasi kadroları gerçeklerle yüzleşebilmeli, sorunun odak noktalarını ortaya koyabilmeli ve gerçekçi çözüm üretimi arzusunda olmalıdırlar. Bunun dışındaki davranış paternleri sadece sorunu ötelemekte ve sistemin uç noktasındaki sağlık çalışanlarını tabire caizse ateşe atmaktadır. Doğaldır ki bu sürecin devamı, sağlık çalışanlarını yormakta, motivasyonunu kırmakta özetle sistemi sürdürülebilir durumdan çıkarmaktadır.

Organizasyon ya da başka bir ifade ile sağlık sisteminin yapması gereken öncelikli işler, koruyucu sağlık hizmetleri uygulamaları sayesinde mümkün ise toplumun hekim ve hastaneye olan ihtiyacını azaltmak, bunun mümkün olmadığı zamanlarda ise doğru hastayı, doğru hekimle, doğru yer, zaman ve şartlarda buluşmasını sağlamak olmalıdır. Bu nedenle, aile hekimliği sisteminin işlerlik kazanması, sevk zinciri sisteminin uygulanması, vs. gibi, hasta yoğunluğunun azaltılması ile ilgili önlemler acilen devreye sokulmalıdır. Bu durum hekimlerin çalışma şartlarını ve kalitesini düzeltecek ilk adım olabilecektir.

Ülkedeki sağlık alanında başta hekimler olmak üzere yetişmiş insan potansiyelinin değeri anlaşılmalı ve sağlık politikaları bu yönde kurgulanmalıdır. Halen aktif olarak sahada çalışmakta olan sağlık çalışanları, yeterliliği ve liyakati sorgulanmaya açık yöneticiler tarafından mobbing uygulamalarına maruz bırakılmamalıdır. Görünen gerçek odur ki, bu anlayış günü kurtarmakta, ancak orta ve uzun vade için çok kötü sinyaller ortaya koymaktadır. Özellikle nöroşirürji branşı için gerekli ve yeterli uzman ihtiyacı yurt çapında artmakta, toplum en üst teknoloji ile en yeni tedavi seçeneklerini talep etmektedir. O halde organizasyon, hem yeterli sayı ve kalitede nöroşirürji uzmanı hem de bu uzmanların birlikte çalışacakları başta hemşireler ve diğer sağlık çalışanları olmak üzere ekip üyelerini yetiştirmek ve sahada yüksek motivasyon ile çalışabilecekleri ortamı sağlamak zorundadır.

Daha önce de ifade ettiğimiz gibi, tek başına nöroşirürji uzmanı ve yardımcı sağlık personelinin mevcudiyeti nitelikli sağlık hizmeti vermek için yeterli değildir. Bu ekiplerin verimli çalışmalarını sağlayacak malzeme, alet ve gereken diğer ekipmanların temini de

yine organizasyonların görevidir. İlgili uzmanlık alanında yapılacak herhangi bir tedavi için gerekli olan malzeme veya alet eksikliği nedeniyle gelişen bir olumsuzluk hekimin değil direk organizasyonun kusuru olacaktır. Hekime düşen görev, ihtiyaç duyulan malzeme eksikliklerini ya da gerektiğinde arızaları, yönetime gereken zamanlarda yazılı olarak iletmeştir. Bu taleplerin yazılı olması, olası bir olumsuzlukta kanıt değeri taşıması açısından önemlidir.

İfade edilen tüm bu durumlara ilaveten, hastane binaları, acil servis, yataklı tedavi servisleri, yoğun bakımlar, ameliyathaneler gibi fiziki mekanların ısıtma, soğutma, otelcilik hizmetleri ve diğer idari hizmetlerin sunumu da yine organizasyonun sorumluluğunda olan işlerdir. Bu noktada ifade edilen organizasyon sorumluları, kamu kurum idarecileri, üniversite yöneticileri ya da özel hastanelerin yöneticileridir. Son yıllarda, ülkemizin hemen her merkezinde yeni hastaneler açıldığı ve fiziki mekân anlamında geçmiş yıllara oranla ciddi bir rahatlama olduğu açıktır. Ne var ki, bu mekanların içerisini yetkin idareciler, nitelikli ekipler ve günün teknolojisine uygun ekipmanlar ile donatılmaması halinde istenen sonuçlara ulaşamayacağı da açıktır. Sonuçta hastalara tanı koyacak ve tedavi edecek olanlar beton duvarlar değildir.

Özetle, nitelikli sağlık hizmeti sunumu açısından, organizasyon sorumlulukları çok fazla ve çok önemlidir. Organizasyon gerekli şartları oluşturamaz ise, hekim ve diğer sağlık çalışanları ne kadar vasıflı ve istekli olursa olsun, gereken hizmet sunulamayacaktır. Bu nedenle, ortaya koymaya çalıştığımız önlemler ivedilikle alınmalı ve sistem içinde bulunduğu kaostan bir an önce çıkarılmalıdır. Bu durum, hekimlerin komplikasyon ve malpraktis yapma riskini azaltabilecektir.

5.5. Kısa Öneriler

- Hasta yoğunluğu azaltılmalıdır.
- Aile Hekimliği sistemi olması gerektiği şekilde aktive edilmeli ve sevk zinciri sistemi hayata geçirilmelidir.
- Acil servis ‘yeşil alan’ muayeneleri kaldırılmalı, acil servislerde sadece ‘acil’ olan hastaların tetkik ve tedavisi yapılmalıdır.
- Tıp eğitimi ve tıp fakültelerinin sayı ve kaliteleri gözden geçirilmelidir.
- Tıpta uzmanlık eğitimi bilimsel ve ülke gerçekleri doğrultusunda revize edilmelidir.
- Tıp eğitimin temel amacı, nitelikli hekim, uzman hekim ve akademisyenler yetiştirmek olmalıdır.
- Üniversitelerin ve Eğitim hastanelerinin temel amacı eğitim olmalı, sağlık hizmet sunumu eğitimin önüne geçmemelidir.
- Sağlık Hukuku konusunda, lisans düzeyinde, uzmanlık eğitimi sırasında ve uzmanlık sonrasında eğitimler verilecek tedbirler alınmalıdır.
- Gerek merkezi boyutta gerekse perifer sağlık kurum ve kuruluşlarında yöneticilerin liyakat ve adalet sorunu çözülmelidir.
- Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının özlük hakları noktasında gereken düzenlemeler yapılmalıdır.
- Hekimlerin tek kalem ve emekliliğe yansıyan, gerçekçi ücretlendirme talebi dikkate alınmalıdır.
- Sadece nicelik üzerinden kurgulanmış olan performans sistemi uygulamasından vazgeçilmelidir.
- Hastalar, hakları kadar yükümlülükleri konusunda da bilinçlendirilmelidir.
- Vatandaşların sağlık okur-yazarlık düzeyini arttıracak önlemler alınmalıdır.
- Sağlık uygulamaları açısından amacın, günü kurtarmak değil, ortaya çıkan olumsuzlukları kalıcı olarak giderecek önlemler alınması olmalıdır.
- Hasta ve hekim arasında gereken karşılıklı empatinin kurulacağı ortam ortaya konulmalıdır.
- Hekimler ve diğer sağlık çalışanları, mesleklerini icra ederken, çevrelerindeki tüm paydaşlar ile doğru iletişim kuralları dahilinde ilişki kurmalıdır.
- Bilirkişi raporu düzenlenmesi ile ilgili usul ve esaslar revize edilmelidir.

- Tıbbi kötü uygulamalar ile ilgili yeni bir yasa oluşturulmalı ve bu anlamda ihtisas mahkemeleri oluşturulmalıdır.
- Tıbbi kötü uygulama iddiaları değerlendirilmesinde temel amaç, olayın mahkeme konusu olmadan çözüleceği sistemler geliştirmek olmalıdır.
- Hukukçular, önlerindeki somut olayı değerlendirirken, ideal şartları değil olayın yaşandığı şartları değerlendirerek karar vermelidir.
- Tıp ve hukuk profesyonelleri arasında empati gerekliliği dikkate alınmalıdır.
- Sağlıkta şiddet, hukukçular tarafından benzer duygular içerisinde değerlendirilmelidir.
- Organizasyonun temel görevinin doğru hastayı, doğru hekimle, doğru yer, zaman ve şartlarda buluşmasını sağlamak olduğu unutulmamalıdır.
- Nöroşirürji uzmanlık eğitimi, müfredat ve standartizasyon anlamında yeniden ele alınmalı, güncel şartlar dahilinde yenilenmeli ve sık aralıklarla güncellenmelidir.
- Nöroşirürji uzmanlık öğrencilerinin, nöbet, izin, maddi haklar başta olmak üzere sorunları çözülmeli ve insani çalışma şartları oluşturulmalıdır.
- Nöroşirürji uzmanları, defansif tıp uygulamalarının pratikte bir yararı olmadığını unutmamalı, mesleğinin tıbbi ve hukuki gerçekler çerçevesinde hakkıyla yapma gayretinde olmalıdır.
- Nöroşirürji uzmanlarının özellikle ihtiyacı olan nitelikli ekip ve ekipman konusunda hem kişisel hassasiyet hem de organizasyonel dikkat azami düzeyde olmalıdır.
- Nöroşirürji uzmanları, malpraktis risk yüksekliği nedeniyle, sağlık hukuku eğitimlerine özellikle önem vermelidir.

KAYNAKLAR

- Ahmadi, S. A., Sadat, H., Scheufler, K. M., Steiger, H. J., Weber, B., ve Beez, T. (2019). Malpractice claims in spine surgery in Germany: a 5-year analysis. *Spine J.* 19(7):1221–1231.;
- Akar, M. (2015). Tıp eğitiminde görsel sanatın etkisi, *Sosyoloji Dergisi*, 30(1), 355-380.
- Akkurt, B. Ç. Ö., İnanoğlu, K., Karazincir, O., Kararmaz, A., ve Turhanoglu, S. (2008). Yarı Oturur Pozisyonda İntraoperatif Venöz Hava Embolisi, *Dicle Tıp Dergisi*, 35(2), 134-137.
- Aktaş, E. Ö. (2013). Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Ders Notları.
- Aktaş, E. Ö. (2022). İzmir Barosu. Tıbbi Malpraktis olgularında Farklı Yaklaşımlar ve Deneyimler Sempozyumu Konuşmasından. İzmir BİM Konferans Salonu, 15.05.2022.
- Erişim Linki; <https://www.izmirbarosu.org.tr/HaberDetay/2654/tibbi-malpraktis-olgularinda-farkli-yaklasimlar-ve-deneyimler-sempozyumu-tamamlandi>
- Aktaş, E. Ö., Kaya, A. (2023). Bilirkişi Malpraktisi TıpHD. 24; 205-228.
- Aktaş N.K. (2020) Hekimlik Sözleşmesinin Hukuki Niteliği Üzerine Görüş ve Değerlendirmeler, *TıpHD*, 18, 343-390, s. 358.
- Akyıldız, S., Hakeri, H., Çelik, F., ve Somer P. (2013). Komplikasyon Yönetimi. *Tıp Hukuku Atölyesi 1*. Baskı. Seçkin.
- Altun, Z. (2018). Hekimin vekaletsiz iş görmeden doğan sorumluluğun incelenmesi, *Tıp Hukuku Dergisi*, 14, 297-308.
- Alpergin, B.C., (2022), Sanat, Hekimlik ve Nöroşirürji. *Türk Nöroşirürji Derneği, Genç Nöroşirürjiyenler Bülteni*, 55-57.
- Ambady, N., Laplante, D., Nguyen, T., Rosenthal, R., Chaumeton, N., ve Levinson, W. (2002). Surgeons' tone of voice: a clue to malpractice history. *Surgery.* 132: 5-9.
- Apaydın, C. (2021). Doktorların Tıbbi Müdahaleden Doğan Cezai Sorumluluğu, *Legal Hukuk Dergisi*, 19(227), 4857-4928.
- Arıkan, Ö., Oruç, Y., ve Yaman, M., (2018). Hekimin Aydınlatma Yükümlülüğü, *TıpHD*, 14 209-256, s. 232.

Arıkan, M., Kalkan, E., Erdi, F., Deniz, M., ve İzci, E. (2016). Tıp hukuku olgularında Malpraktis-Komplikasyon ayrımı: Tıp Fakültesi ve Hukuk Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Konuya Bakış Açısı, Sorunlar ve Çözüm Önerileri. *Türk Nöroşir Derg* 26 (1): s. 40-48.

Asher, A. L., Knightly, J., Mummaneni, P. V., Alvi, M. A., McGirt, M. J., Yolcu, Y. U., Chan, A. K., Glassman, S. D., Foley, K. T., Slotkin, J. R., Potts, E. A., Shaffrey, M. E., Shaffrey, C. I., Haid, R. W., Fu KM., Wang, M. Y., Park, P., Bisson, E. F., Harbaugh, R. E., ve Bydon M. (2020). Quality Outcomes Database Spine Care Project 2012–2020: milestones achieved in a collaborative North American outcomes registry to advance value-based spine care and evolution to the American Spine Registry. *Neurosurg Focus*. 48(5): 1-12.

Atalay, B., ve Caner, H. (2014). Başarısız bel cerrahisi sendromu nedenleri. (Ed. Zileli, M. ve Özer, F.). *Omurilik ve Omurga Cerrahisi*, 3. baskı, İzmir: İntertıp Yayınevi,

Atıcı, E. (2007). Hasta- Hekim İlişkisini Etkileyen Unsurlar Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 33 (2) 91-96.

Ay, F. (2008). Elektronik Hasta Kayıtları: Güvenlik, Etik Ve Yasal Sorunlar, *Anadolu Üniversitesi Bilim Ve Teknoloji Dergisi*. (9)2, 165-175.

Ayan, M. (1991). Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk. *Kazancı*

Aykın, A.C., ve Çınarlı, S. (2016). Sağlık Personelinin Hukuki Sorumluluğu, *Seçkin*. Ankara.

Aykın, A. C., Çınarlı, S., ve Meral O. (2023). Sağlık Personelinin Hukuki Sorumluluğu, 2. Baskı. *Adalet Yayınevi*. Ankara.

Badur, E., ve Doğan, E. U., (2022). Hekimin Rücuen Tazminat Sorumluluğu Hakkında Güncel Gelişme ve Değerlendirmeler, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 24(2). 581-618.

Baicker, K., Fisher, E. S., ve Chandra, A. (2007). Malpractice liability costs and the practice of medicine in the Medicare program. 26(3): 841–852.

Başol E. (2018). Hasta ile sağlık çalışanları (doktor ve hemşire) arasındaki iletişim sorunları ve çözüm önerileri. *International Anatolia Academic Online Journal*, 4(1), 77-94.

Baungaard, N., Skovvang, P. L., Hvidt, E. A., Gerbild, H., Andersen, M. K., Lykkegaard, J. (2022). How defensive medicine is defined in European medical literature: a systematic review, *BMJ Open*, 12: 1-13.

Beckman, H.B., Markakis K. M., Suchman, A. L., ve Frankel R. M. (1994). The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions., *Arch Intern Med*. 154:1365-1370.

Bekelis, K., Missios, S., Wong, K., ve MacKenzie, T. A. (2015). The Practice of Cranial Neurosurgery and the Malpractice Liability Environment in the United States, *PLOS ONE* 1-13.

Beez, T., Steiger, H. J., Weber, B., ve Ahmadi, S. A. (2019). Pediatric neurosurgery malpractice claims in Germany, *Child's Nervous System*. 35:337–342.

Biçer, H. G. (2021). Mevzuatta ve uygulamada tıpta uzmanlık öğrencilerinin hukuki sorumlulukları, *TıpHD*, 20, 333-360.

Bıçeroğlu, H., Evran, Ş. Akkaya, E., ve Kırar, F. (2018). Nöroşirürji’de Gelecek Perspektifleri, *Türk Nöroşir Derg* 28(3), 261-263.

Bilgin, H. (2017). <https://www.birgun.net/haber/anestezide-olum-riski-100-binde-bir-151519>.

Bilgin, R., ve Küçükazar, M. (2018). Türkiye’de kamu sağlık kuruluşlarında yaşanan etik dışı davranışlar ve uygulamaların genel görünümü. *Munzur Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(13), 119-140.

Bliss, M. (2005). *Harvey Cushing: A Life in Surgery*. Oxford, UK: Oxford University Press; s. 184.

Bostan, H., Cabalar, M., Altınay, S., Kalkan, Y., Tümkeya, L., Kanat, A., Balık, S., Erkut, A., Altuner, D., Salihoğlu, Z., ve Koçer, A. (2018). Sciatic nevre injury following analgesic drug injection in rats: A histo pathological examination. *North Clin Istanbul*. 5: 176-185.

Boztaş, N., Özbilgin, Ş., Göçmen, E., Altuntaş, G., Özkardeşler, S., Hancı, V., ve Günerli, A. (2014). Anestezi Uygulaması Öncesi Kullanılan Aydınlatılmış Onam Formlarının Okunabilirliklerinin Değerlendirilmesi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma, *Türk J Anaesth Reanim*. (42), 140-4.

Börü, Ş. P. (2019). Robotik Cerrahi Müdahalelerden Doğan Sorumluluk, İnönü Üniversitesi HFD, 10 (2); 758-775.

Brenner, L. H., Brenner, A. T., ve Horowitz, D. (2009). Beyond informed consent: educating the patient. Clin Orthop Relat Res. 467, 348-351.

Chou, C. L., Cooley, L., Pearlman, E., ve White, M. K. (2014). Enhancing patient experience by training local trainers in fundamental communication skills. Patient Exp J. (1):36-45.

Campbell, E., Beez, T., ve Todd, L. (2017) Prospective review of 30-day morbidity and mortality in a paediatric neurosurgical unit. Childs Nerv Syst 33:483–489.

Cinotti, G., Roysam, G. S., Eisenstein, S. M., ve Postacchini, F. (1998). Ipsilateral recurrent lumbar disc herniation. A prospective, controlled study. J Bone Joint Surg Br 80(5), 825-832.

Cote, D. J., Karhade, A. V., Larsen, A. M. G., Castlen, J. P., ve Smith, T. R. (2016). Neurosurgical Defensive Medicine in Texas and Illinois: A Tale of 2 States, World Neurosurg. 89:112-120.

Çağlayan, A., Kaplan, G., ve Meral, O. (2022). Üroloji Alanıyla İlgili Tıbbi Uygulama Hatası (Malpraktis) İddiasıyla Danıştay’a Yansıyan Davaların İncelenmesi, Tıp HD, (21), 35-70, s. 38.

Çakmut, Ö. (Yenerer). (2003). Tıbbi Müdahaleye Rızanın Ceza Hukuku Açısından İncelenmesi. Legal.

Çavdar P. (2016). Hekimin Aydınlatma Yükümlülüğü, Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi 22(3), 735-764

Çelik, D. ve Pakiş, I. (2020). Avukatların Aydınlatılmış Onama İlişkin Görüş ve Farkındalıkları, TBB Dergisi (149), 187-208.

Çınarlı, S., Avcıoğlu, E., ve Kızılkaya, S.A. (2013) Plastik ve Rekonstruktif Cerrahinin İçerisinde Yer Alan Estetik Operasyonların Hukuki Olarak Nitelendirilmesi ve İdari Yargı Sürecine Etkileri. Mevlâna Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 1 (1), 231-266.

Çınarlı, S., ve Kocakoç, N. (2017). Tıbbi Uygulama Hatalarında Organizasyon Kusurunun Yeri. TıpHD . 11: s .151-172, sayfa 159.

Çınarlı, S., Meral, O., Ateş, M., Aktaş E. Ö., ve Kurt, E. (2018). Kamu Kurumlarında Çalışan Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Uygulama Hatası Sonucunda Rûcu Edilecek Tazminat Davaları Çekincesiyle Yaptıkları Defansif Tıp Uygulamalarının Tespiti ve Çözüm Önerileri, TıpHD. 14. s. 163-180.

- Çınarlı, S., Meral, O., Ateş, M., Özsel, H., Aktaş, E. Ö., ve Kurt, E. (2019). Performansa Dayalı Çalışma, Meslek Etiği ve Deontolojiyi Olumsuz Etkiliyor mu, TıpHD, (15). 29-44.
- Çınarlı, S., Ermumcu, F., Meral, O. ve Azak, K. (2021). Tıbbi Uygulamadan Doğan İdari Yargı (Tam Yargı) Davaları (2. Baskı). Adalet.
- Çınarlı, S., ve Meral, O. (2021). Şikâyet Soruşturma ve Davaların Yönetimi, (Ed. Aktaş E. Ö., ve Kaya A). Tıpta Uzmanlık Eğitimi ve Uzmanlık Öğrencilerinin Hak ve Sorumlulukları. Türkiye Klinikleri. 65-69
- Çınarlı, S., Döner S. G., ve Azak, K. (2021). Kamu Görevlilerine Rücu Davaları, Adalet Yayınevi, s. 40.
- Dalbayrak S. (2009). Spinal enstrümantasyonun komplikasyonları. (Ed. Naderi S.) Spinal Enstrümantasyon Türk Nöroşirürji Derneği Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Grubu Yayınları No.5. Meta Basım Matbaacılık.
- De Macêdo Filho, L. J. M., Aragão, A. C. A., Moura, I. A., Olivier, L. B., ve Albuquerque, L. A. F. (2020). Malpractice and socioeconomic aspects in neurosurgery: a developing-country reality, Neurosurg Focus 49 (5):1-8.
- Debono, B., Hamel, O., Guillaing, A., Durand, A., Ruée, M., Sabatier, P., Lonjon, G., ve Drang, G. on behalf of French Society of Private Neurosurgeons (SFNCL), (2020). Impact of malpractice liability among spine surgeons: A national survey of French private neurosurgeons, / Neurochirurgie 66; 219–224.
- Delago, T. (1987). Modern Hukukta Taksirli Suçun Önemi, (Çev. Ersoy, Y.), Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 39(4), 115-124.
- Demir, M. (2008a). Hekimin Sözleşmeden Doğan Sorumluluğu, AÜHFD. (57), 225-253.
- Demir, M. (2008b). Hekimlik Sözleşmesinden Doğan Sorumluluğun Koşulları. Ankara Barosu AÜHF Sağlık Hukuku Kurultayı 1-3 Kasım 2007, Ankara.
- Demir, M. (2018). Hekim ve Hastane Yönünden Tıbbi Sorumluluk Hukuku. Yetkin
- Demirhan A. E. ve Oğuz, Y., (2001). Klinik Etik, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
- Devine, J., Chutkan, N., Norvell, D. C., ve Dettori, J. R., (2010). Avoiding wrong site surgery: a systematic review. Spine, (35), 28–36.
- Din, R. S, Yan, S. C., Cote, D. J., Acosta, M. A., ve Smith, T. R. (2017) Defensive medicine in U.S. spine neurosurgery. Spine (Phila Pa 1976). 42(3): 177–185.

Dobson R. (2002). Brain surgeons avoid brain surgery because of insurance costs. BMJ. 325:736.

Doğramacı, Y. G. (2016). Tıbbi Uygulamalarda Ekip İş Birliği ve Güven İlkesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Doğramacı, Y.F. (2021). Türk Hukukunda Tıbbi Uygulamadan Kaynaklanan Manevi Tazminat. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İzmir: Bakırçay Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Dronkers, W. J., Amelink, Q. J. M. A., Buis, D. R., Broekman, M. L. D., ve Spoor, J. K. H. (2020). Disciplinary law and neurosurgery: a 10-year analysis of cases in the Netherlands, Neurosurg Focus. 49: 1-6.

Elsamadicy, A. A., Sergesketter, A. R., Frakes, M. D., ve Lad, S. P. (2018). Review of neurosurgery medical professional liability claims in the United States. Neurosurgery. 83(5):997–1006.

Emery, E., Balossier, A., ve Mertens, P. (2014). Is the Medicolegal Issue Avoidable in Neurosurgery? A Retrospective Survey of a Series of 115 Medicolegal Cases from Public Hospitals, World Neurosurg. 81(2), 218-222.

Er, U., ve Naderi, S. (2011). Ülkemizde Beyin ve Sinir Cerrahisinin İhtisaslaşması ve Kurumlaşması, Türk Nöroşirürji Dergisi. 21(3), 209-219, s. 209.

Eren F. (2008) Borçlar Hukuku Genel Hükümler, 10. Baskı. Beta Yayınları.

Ergin, B. G. (2019). Sağlık Hukukunda Aydınlatma ve Hekimin Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğü, TıpHD, 15, 59-94

Erkuş A.S., (2014). Yargıtay Kararları Işığında Sağlık Çalışanlarının Hukuki Sorumluluğu, TıpHD. (3) 6. 114-122.

Ertan, A. (2007). Adli Tıp Kurumu'nda Değerlendirilen Olgularda Saptanan Anestezi Hataları ve Önlenebilirliği. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Ertem, A., Yava, A., ve Demirkılıç, U. (2013). Kardiyak Cerrahi Yapılan Hastaların Ameliyat Öncesi Verilen Aydınlatılmış Onam Hakkındaki Görüş ve Önerilerinin Belirlenmesi, Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, 21(2), 378-391

Ertuğrul M. (2017). İdarenin Adam Çalıştıran Olarak Borçlar Kanunu'na Göre Sorumluluğu. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Esemen, Y., Mostofi, A., Crocker, M. J. N., ve Pereira, E. A. C. (2022) Why are neurosurgeons sued? A single-center, half-decade review, *British Journal of Neurosurgery*, 36:1, 75-78.

Fager, C. A. (2006). Malpractice issues in neurological surgery. *Surg Neurol*. 65(4), 416–421.

Gadjradj, P. S., Ghobrial, J. B., ve Harhangi, B. S. (2020). Experiences of neurological surgeons with malpractice lawsuits, *Neurosurg Focus* 49 (5): 1-7.

Geyik, S., Geyik, M., Yığıter, R., Kuzudıslı, S., Sağlam, S., Elcı, M. A., ve Yılmaz, M. (2017) Preventing Sciatic Nerve Injury due to Intramuscular Injection: Ten-Year Single-Center Experience and Literature Review, *Türk Neurosurg* 27(4):636-640.

Gezder Ü. (2014). Hekimin Yükümlülükleri, *TıpHD*. 6. 123-145.

Graber, M. L., Franklin, N., ve Gordon, R. (2005). Diagnostic Error in Internal Medicine. *Arch Intern Med*. 165(13):1493–1499.

Grober, E. D., ve Bohnen, J. M. A. (2005) Defining medical error. *Can J Surg* 48:39–44.

Gökcan, H. T. (2014). Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk, Seçkin.

Gökcan, H. T. (2017). Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk (3. Baskı). Seçkin.

Gözübüyük Ş. (2015). Hukuka giriş ve hukukun temel kavramları, 37. Baskı. Turhan Kitabevi, Ankara, s.212.

Gupta, A., Snyder, A., Kachalia, A., Flanders, S., Saint, S., ve Chopra, V. (2018). Malpractice claims related to diagnostic errors in the hospital. *BMJ Quality & Safety*. 27:53-60.

Güzel, O.. (2013). Anayasa Mahkemesi Kararları Işığında İdari Yargının Görev Alanına Yönelik Müdahalelerin Değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*. 17(1-2). 1483-1524.

Güzeldemir M. E., (2005). Hasta Bilgilendirmenin Önemi. 17(5). 36-53.

Hakeri, H. (2017). Tıp Hukuku (12. Baskı). Seçkin

Hakeri, H. (2014a). Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluğun Şartları, *Tıp HD*, (6), 17-44.

- Hakeri, H. (2014b). Tıp hukukunda malpraktis komplikasyon ayrımı. DOI:10.5152/tcb.2014.003. Erişim tarihi: 20 Mart 2018. Erişim adresi: <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file /173201492523-238.pdf>
- Hakeri, H. (2021a). Tıp Hukuku Cilt I Genel Hükümler (23. Baskı). Seçkin.
- Hakeri, H. (2021b). Tıp Hukuku Cilt II Özel Hükümler (23. Baskı). Seçkin.
- Hartley, B. R., ve Elowitz, E. (2020). Future Directions in Communication in Neurosurgery, *World Neurosurg.* 133:474-482.
- Hızal, S.A. (2012). Tıbbi Müdahalelerde Olası Kast ve Bilinçli Taksirin Ayırımı, *Ceza Hukuku Dergisi*, 7 (8), 225-256.
- Hickson, G. B., ve Jenkins, A. D. (2007). Identifying and addressing communication failures as a means of reducing unnecessary malpractice claims. *N C Med J.* 68(5): 362–364.
- Holland, R. (1987). Anaesthetic mortality in New South Wales. *Br J Anaesth.* 59(7), 834–841.
- Howie, W. O., Zangaro, G., Howie, B. A., McMullen, P. C., Dutton, R. P., ve Zimmerman, L. (2022). Anesthesia-Related Malpractice Claims in Maryland 1994-2017, *AANA*, 90(6), 455-461.
- Ibañez, F. A. l., Hem, S., Ajler, P., Vecchi, E., Ciraolo, C., Baccanelli, M., Tramontano, R., Knezevich, F., ve Carrizo, A. (2011). A new classification of complications in neurosurgery. *World Neurosurg* 75(709); 15–11.
- Işık, H. S., ve Yılmaz A. (2018). Lomber disk hernisi cerrahisinde karşılaşılabilecek medikolegal sorunlar. *Türk Nöroşir Derg.* 28(2): s. 257-260.
- Işık, H. S., Yıldırım, T., ve Yılmaz, A. (2018). Bel cerrahisi sonrası sorunlar. *Türkiye Klinikleri J Neurosurg-Special Topics* 5(3):129-134, 201.
- Işık, H. S. ve Karakoyun, D. O. (2020). Spinal Travma Olgularında Hukuksal Değerlendirme ve Karşılaşılabilecek Sorunlar, *Türk Nöroşir Derg* 30(3): s.542-544.
- Işık, H. S. (2021). Rümeysa'yı Kaybetmemizin Sebebi Gerçekten Trafik Kazası mı? Akademik Akıl Köşe Yazıları Erişim Linki; <https://www.akademikakil.com/rumeysayi-kaybetmemizin-nedeni-gercekten-trafik-kazasi-mi/serdarisik/>).
- Işık, H. S. (2023). Spinal Cerrahide Enstrümantasyon ile İlgili Hekim Sorumluluğu, (Ed. Temiz, C.) *Temel Spinal Enstrüman Bilgisi*, Akademisyen.
- Işık, H. S. (2023). Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Hasta Hakları ve İyileştirilmesi Yönünde Öneriler, *Tıp Hukuku Dergisi*, 23, 3-26.

- James, M. A., Seiler, J. G. Harrast, J. J., Emery, E. S., ve Hurwitz, S. (2012). The occurrence of wrong-site surgery self-reported by candidates for certification by the American Board of Orthopaedic Surgery. *J Bone Joint Surg Am.* 94(1), 1-12
- Jena, A. B., Seabury, S., Lakdawalla, D., ve Chandra A. (2011). Malpractice risk according to physician specialty. *N Engl J Med.* 365:629-636.
- Juo, Y. Y., Lewis, C., Hanna, C., Reber, H. A., ve Tillou, A. (2019). An innovative approach for familiarizing surgeons with malpractice litigation. *J Surg Educ.* 76(1):127–133.
- Kabeloğlu, V., Soysal, A., Ataklı, D., Şen, A., ve Gül B. Z. (2022). Enjeksiyon Nöropatisi Olgularında Siyatik Sinir Tutulumunun ve Derecesinin Değerlendirilmesi, *Dicle Tıp Dergisi* . 49 (1): 125-130.
- Kadioğlu, H. H. (2004). İlaç Enjeksiyonuna Bağlı Siyatik Sinir Yaralanması: Bir Komplikasyon Mudur? *AÜTD* 36:65-70.
- Kahyaoğlu Khalil, E. (2022). 2015-2020 Yılları Arasında Yargıtay’a İntikal Etmiş Malpraktis Dosyalarının Sağlık Yönetimi Açısından Analizi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı,
- Kale, N. (2014). Hekimlik Bilgi ve Erdemi Gerektiren Bir Sanat. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2 (8), 1-7.
- Kalkan, E., Özer, K., İzci, E. ve Erdi, F (2020). Beyin ve Sinir Cerrahisi Uzmanlarının Tıbbi Uygulama Hatası Davaları Karşısında Defansif Tıp Uygulamalarının Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Journal of Healthcare Management and Leadership*, (1), 54- 69.
- Kanan, N. (2011). Nöroşirürji Ameliyathane Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları, *İ.Ü.F.N. Hem. Derg* 19(3), 179-186.
- Kara, M., Hızal, A., ve Hızal, S.A., (2009) Aydınlatılmış Onam, izmir Tabip Odası Yayınları. 1-90.
- Kara, M. (2021). Tıpta uzmanlık eğitimi ve öğrencileri ile ilgili mevzuat ve mahkeme kararları. (Ed. Aktaş E. Ö. ve Kaya A), *Tıpta Uzmanlık Eğitimi ve Uzmanlık Öğrencilerinin Hak ve Sorumlulukları. Türkiye Klinikleri*; 34-44.
- Katoğlu, T. (2007). Ekip Halinde Yürütülen Faaliyetlerde Güven İlkesi ve Ceza Sorumluluğu, *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, (68), 29-42

- Kavalcı, C. (2016). Acil Serviste Adli Vaka Yönetimi. Pratik Acil Tıp Cep Kitabı. Ankara: Derman Tıbbi Yayıncılık, ss.160-166.
- Kaya, A. (2021). Uzmanlık öğrencisinin hak ve sorumlulukları. (Ed. Aktaş, E. Ö., ve Kaya A.) Tıpta Uzmanlık Eğitimi ve Uzmanlık Öğrencilerinin Hak ve Sorumlulukları. Türkiye Klinikleri. 45-51.
- Kaya, M. (2012a). Türk ve Amerikan Hukukunda Hekimin Aydınlatma Yükümlülüğünün Kapsamı, TıpHD, (1), 133-160.
- Kaya, M. (2012b). Hekimin Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğünden Kaynaklanan Tazminat Sorumluluğu, TBB Dergisi. (100), 45-82.
- Kaya, K., ve Çekin, N. (2018). Enjeksiyon sonrası gelişen nöropati: Komplikasyon/Malpraktis Ayırımında İnce Bir Çizgi, KSÜ Tıp Fak Derg. 13(2); 63-66.
- Keçeligil, H.T. (2018) Hekimin Ceza Sorumluluğu, İçinde Erdal Kalkan (Ed.), Hekimler İçin Hukuk Rehberi, TND yayınları, 151-164.
- Kessler, R. A., Benzil, D. L., Loewenstern, J., Chen, S., Bhammar, A., Kohli, K. M., Hadjipanayis, C. G., Scarrow, A., Bederson, J., ve Shrivastava, R. K. Malpractice Litigation in Brain Tumor Surgery: A 31-Year Analysis of Causative Factors in the United States from the Westlaw Database, World Neurosurg. (2019) 122:1570-1577.
- Kline, D. G., Kim, D., Midha, R., Harsh, C., ve Tiel, R. (1998) Management and results of sciatic nerve injuries: a 24- year experience. J Neurosurg. 89: 13–23.
- Kocakoç, N., ve Çınarlı, S. (2017). Tıbbi Uygulamalarda Etik ve Etikten Kaynaklı Malpraktis, TıpHD . 12: 339-388.
- Korkmaz, Y. (2019). Tıbbi Konsültasyon ve Kusurun Paylaştırılması Sorunu, TBB Dergisi. (140), 239-302.
- Korku, C., ve Kaya, S. (2019). Performansa dayalı ek ödeme sisteminin hastane hizmet kalitesine etkisi: hastane yöneticileri ve sağlık personelinin değerlendirmeleri. Verimlilik Dergisi, (3), 83-113.
- Kökcü, Ö. D., ve Çınar, N. (2018). 3 Yaş Altı Çocuklarda Enjeksiyon Uygulamasında Ventrogluteal Bölgenin Kullanılması Güvenli midir, Journal of Human Rhythm. 4(4):169-174.
- Kurt, M.G. (2020a). Estetik Müdahaleler İçin Kurulan Sözleşmelerde Cerrahin Yükümlülükleri. Ankara Barosu Dergisi. 101-133.
- Kurt, M. G. (2020b). Tıbbi Müdahalelerde Aydınlatılmış Onam, TBB Dergisi (146), 187-218.

Küçüker, H. (2012). Cerrahi Müdahale Gören Hastalarda Aydınlatma ve Onam Formları Yeterlimi, Nobel Med. 8(3): 40-43.

Larkin, C. J., Roumeliotis, A. G., Karras, C. L., Murthy, N. K., Karras, M. F., Tran, H. M., Yerneni, K. and Potts, M. B. (2020). Overview of medical malpractice in neurosurgery, Neurosurg Focus 49 (5): 1-5.

Lefever, D., Demand, A., Kandregula, S., Vega, A., Hobley, B., Paterson, S., Trosclair, K., Menger, R., Kosty, J., ve Guthikonda, B. (2020). Status of current medicolegal reform in the United States: a neurosurgical perspective. Neurosurg Focus 49 (5):5. 1-8.

Lefever, D., Esfahan, D. R., Kandregula, S., Trosclair, K., Demand, A., Vega, A., Stacy, J., Hussein, N., Dossani, R., Pendharkar, A., Menger, R., Kosty, J., Mazzola, C., Agarwal, N., Kimmel, K., Rosenow, J., Cozzens, J., Schirmer, C., ve Guthikonda, B. on behalf of the Council of State Neurosurgical Societies (CSNS), (2021). The Medical Legal Environment in Neurosurgery: An Informative Overview of the Stages of Litigation and Distinct Challenges, World Neurosurg. (151), 370-374.

Longo, U. G., Loppini, M., Romeo, G., Maffulli, N., ve Denaro, V. (2012). Errors of level in spinal surgery: an evidence-based systematic review. J Bone Joint Surg Br. 94(11), 1546–1550.

Lovis, C., Spahni, S., Cassoni, N. ve Geissbuhler, A. (2007). Comprehensive management of the access to the electronic patient record: Towards transinstitutional networks. International Journal of Medical Informatics 76, 466- 470

Lunn, J. N., ve Devlin, H. B. (1987). Lessons from the confidential enquiry into perioperative deaths in three NHS regions. Lancet. 2(8572), 1384–1386.

Maqbool, W., Sheikh, S., ve Ahmed, A. (2009) Clinical, electrophysiological, and prognostic study of postinjection sciatic nerve injury: An avoidable cause of loss of limb in the peripheral medical service. Ann Indian Acad Neurol. 2: 116-119.

McCarthy M. US healthcare spending will reach 20% of GDP by 2024, says report. BMJ. 2015;351:h4204.

Medress, Z. A., Jin, M. C., Feng, A., Varshneya, K., ve Veeravagu, A. (2020). Medical malpractice in spine surgery: a review, Neurosurg Focus 49 (5):E16, 1-7.

Meral, O., Çınarlı, S., ve Aktaş, E. Ö. (2016). İdari Yargıda Tıbbi Uygulama Hatalarından Kaynaklanan Davalarda Bilirkişi Raporlarının İncelenmesi, TıpHD. 9. 121-179.

Mete, M., ve Ünsal, Ü. Ü. (2019). Santral Sinir Sistemi Enfeksiyonlarında Nöroşirürji, (Ed. Arslantaş, A.) Temel İlkeleri Nöroşirürji, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Yayınları. 139-147.

Mishra, P., ve Stringer, M. D. (2010). Sciatic nerve injury from intramuscular injection: A persistent and global problem. *Int J Clin Pract* 64:1573-1579.

Mody, M. G., Nourbakhsh, A., Stahl, D. L., Gibbs, M., Alfawareh, M., ve Garges, K. J. (2008). The prevalence of wrong level surgery among spine surgeons. *Spine*, 33(2), 194–198.

Motiwala, M., Ajmera, S., Akinduro, O., Wallace, D., Norrdahl, S. P., Schultz, A., Fraser, B., Saad, H., Justo, M., Dave, P., Nguyen, V., Vaughn, B., Michael, L. M., ve Klimo, P. (2019). How Does the Media Portray Neurosurgeons? *World Neurosurg.* 122, 598-605.

Müslüman, A. M., Özdemir, B., Altaş, K., Mirkhasilova, M., Can, S. M., Kılıç, M., ve Yılmaz, A. (2017). Nöroşirürji Ameliyatlarında İntraoperatif Nörofizyolojik Monitörizasyonun Yeri ve Önemi, Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, (51)1, 1-7.

Naderi, S. Türkiye’de Nöroşirürji’nin kısa Tarihi, Erişim Linki: <https://turknorosirurji.org.tr/menu/3/norosirurji-nedir>.

Naderi, S. (2004). Mazhar Osman'in "Zaruri Cevaba Cevap" baslikli mektubunda Türk Nörosirürji tarihine isik tutan noktalar, *Türk Nörosirürji Dergisi* 14(1):64-66).

Naderi, S. (2023). 1827-1923 Osmanlı Döneminde Beyin ve Sinir Cerrahisi Uygulamaları. (Ed. Naderi, S.) Türkiye’de Beyin ve Sinir Cerrahisi Tarihi. *Türk Nöroşirürji Deneği Yayınları*. s. 29.

Nahed BV, Babu MA, Smith TR, ve Heary RF. (2012). Malpractice liability and defensive medicine: a national survey of neurosurgeons. *PLoS One*. 7:e39237

Nehir, T.Y., ve Özcengiz, D.D. (2018). Hekimin Hukuki Sorumluluğu, 141-150. İçinde Kalkan, E. Hekimler için Hukuk Rehberi. TND Yayınları.

Otsuki, K., ve Watari, T. (2021). Characteristics and Burden of Diagnostic Error Related Malpractice Claims in Neurosurgery, *World Neurosurg.* 148:35-42.

Ozanoğlu, H. S., (2003) Hekimlerin Hastalarını Aydınlatma Yükümlülüğü, Ankara Üniversitesi. *Hukuk Fakültesi Dergisi*, 52(3), 55-77. s.59.

Öğet, M. (2020). Sağlık Hizmeti Sunan Kamu Kurumlarının Kişisel Sağlık Verilerine İlişkin Hukuki Sorumluluğu, *TıpHD*, 18, 455-512, s. 506.

Ökten, A.İ. (2017). Bir Cerrahın Kaleminden, Akademisyen. Tıp Hekimlik ve Sanat Bölümü, 109-121, s.112.

Ökten, A.İ., (2021). Mitoloji ve Tıp, Akademisyen, Ankara.

Öz, A. K. (2021). Tıbbi Müdahalelerde Bilgilendirilmiş Rızanın Yargıtay ve Danıştay Kararları Işığında İncelenmesi, BÜHFD. 2(4), 203-234.

Özcengiz, D. D. (2018). Hekimin Yükümlülükleri. (Ed. Kalkan E), Hekimler İçin Hukuk Rehberi. Türk Nöroşirürji Akademisi Yayınları.

Özdemir, H. (2008). Teşhis ve Tedavi Sözleşmesinde Hekimin Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğü, AÜEHFD, 12(3-4), 347-379

Özdemir, H. (2016). Hekimin Hukuki Sorumluluğu, Erciyes Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 11 (1), 33-81.

Özdemir, H. (2017). Sağlık Hukuku Alanında Teşhis ve Tedavi Sözleşmesi. Yetkin.

Özel, Ç., ve Büyüktanır, B. Ö. (2011). Akılcı İlaç Kullanımında Hekimin ve Eczacının Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğü. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası. 66(2), 327-344.

Özkara, E., ve Hancı, H. (2003). Türkiye' de Nörosirürjiyenin Yasal Sorumlulukları ve Medikolegal Sorunlar, Türk Nörosirürji Dergisi. (13), 213-220.

Özmete, Ö., ve Arıboğan, A. (2017). İntrakranial kitle cerrahisinde anestezi uygulamaları: retrospektif çalışma, Cukurova Med J. 42(1), 86-91.

Özsel, H., ve Çınarlı, S. (2018). Ofansif Tıp Uygulamalarına Performansa Dayalı Ücret Sisteminin Etkisi. TıpHD, (13), 21-50, s. 48.

Pannullo, S. C., ve Ramakrishna, R. (2016). Neurosurgical Guidelines in a Medicolegal Minefield, World Neurosurg. 96:602-603.

Papadimitriou, K., Amin, A. G., Kretzer, R. M., Sciubba, D. M., Bydon, A., Witham, T. F., Wolinsky, J. P., Gökaslan, Z. L., ve Baaj, A. A. (2012). Tromboembolic Events and Spinal Surgery, Journal of Clinical Neuroscience, 19(12), 1617-1621.

Paterick, Z. R., Patel, N., Chandrasekaran, K., Tajik, J., ve Paterick, T. E. (2017). Medical Malpractice Stress Syndrome: A “Forme Fruste” of Posttraumatic Stress Disorder, Medical Practice Management. 283-87.

Porter, J. M., Pidgeon, C., ve Cunningham A. J. (1999). The sitting position in neurosurgery: a critical appraisal. Br J Anaesth. 82(1), 117–128.

Prabhu, V. C. (2016). Defensive Medicine in Neurosurgery, *World Neurosurgery* 95: 587-589.

Roberts, Marc J., Hsiao, W., Berman, P., ve Reich, M. R. (2010). Sağlık Reformunun Doğru Yapılanması. Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz. Sağlık Bakanlığı Yayınları, (Ed. Akdağ, R). Ankara.

Roter, D. (2006). The patient-physician relationship and its implications for malpractice litigation. *J Health Care Law Policy* 9:304–314.

Sandra, C. Y., Hulou, M. M., Cote, D. J., Roytowski, D., Rutka, J. T., Gormley, W. B. ve Smith, T. R. (2016). International Defensive Medicine in Neurosurgery: Comparison of Canada, South Africa and the United States *World Neurosurg.* 95:53-61.

Savaş, H. (2012). Tıbbi malpraktis ve komplikasyondan doğan sorumluluklar, İstanbul Barosu Sağlık Hukuku Merkezi "Sağlık Hukuku Makaleleri", 201(03), 259-294.

Saymal, M. (2006). Nöroşirürji Servisinde Yatan Hastalarda Doktor İstem Formları İle Hemşire Takip Formları Arasındaki Uyum, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Schleiter, K.E. (2009). Difficult patient-physician relationships and the risk of medical malpractice litigation. *Virtual Mentor.* 11(3):242–246.

Senes, F. M., Campus, M. D, Becchetti F, ve Catena, N. (2009) Sciatic nerve injection palsy in the child: early microsurgical treatment and long-term results. *Microsurgery.* 29: 443-448.

Shanafelt, T. D., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Hasan, O., Satele, D., Sloan, J., ve West C. P. (2016). Relationship between clerical burden and characteristics of the electronic environment with physician burnout and professional satisfaction. *Mayo Clin Proc.* 91:836-848.

Simonsen, L., Kane, A., Lloyd, J., Zaffran, M, ve Kane, M. (1977). Unsafe injections in the developing world and transmission of bloodborne pathogens, A Review. *Bulletin of the World Health Organization*, 10; 789-800.

Singh, H., Meyer, A. N. D., ve Thomas, E. J. (2014). The frequency of diagnostic errors in outpatient care: estimations from three large observational studies involving US adult populations. *BMJ Quality & Safety* 23:727-731.

Smith, T.R., Habib, A., Rosenow, J. M., Nahed, B. V., Babu, M. A., Cybulski, G., Fessler, R., Batjer, H. H., ve Heary, R. F. (2015). Defensive medicine in neurosurgery: does state-level liability risk matter? *Neurosurgery*. 2015;76:105-114.

Smith, T. R., Maher Hulou M., Yan, S. C., Cote, D. J., Nahed, B. V. Babu, M. A., Das, S., Gormley, W. B., Rutka, J. T., Laws E. R., ve Heary, R. F. (2016). Defensive medicine in neurosurgery: the Canadian experience., *J Neurosurg* 124:1524–1530, s. 1524.

Solaroglu, İ., İzci, Y., Yeter, H. G., Metin, M. M., ve Keles, G. E. (2014) Health Transformation Project and Defensive Medicine Practice among Neurosurgeons in Turkey. *PLoS ONE* 9(10): 1-8.

Steele, L., Mukherjee, S., Stratton-Powell, A., Anderson, I., ve Timothy. J. (2015). Extent of medicolegal burden in neurosurgery – An analysis of the National Health Service Litigation Authority Database, *British Journal of Neurosurgery*, 29(5): 622–629.

Steiger, H. J., Stummer, W., ve Hänggi, D. (2010) Can systematic analysis of morbidity and mortality reduce complication rates in neurosurgery. *Acta Neurochir* 152:2013–2019.;

Studdert, D. M., Mello, M. M., Sage, W. M., DesRoches, C. M., Peugh, J., Zapert, K., ve Brennan, T. A. (2005). Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA*. 293(21): 2609–2617.

Şahin, M.F. (2019). Hekimin Gerçek Vekaletsiz İş Görmeden Kaynaklanan Sorumluluğu, *ASBÜ Hukuk Fakültesi Dergisi*, 1, 135-167.

Şeker, Z. (2020). Malpraktis Davalarında Aydınlatılmış Onam ile İlgili Yargıtay Kararlarının Değerlendirilmesi, *Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı*

Şengül, R. (2020). Hasta ile Hekim Arasındaki İlişkinin Hukuki Niteliği ve Hekimin Tazminat Sorumluluğu. *Aristo*.

Şimşek, U. (2014). Sağlık Hukukunda Aydınlatılmış Rıza. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, (16), 3535-3556.

Swayden, K. J., Anderson, K. K., Connelly, L. M., Moran, J. S., McMahon, J. K., ve Arnold, P. M. (2012) Effect of sitting vs. standing on perception of provider time at bedside: a pilot study. *Patient Educ Couns*. 2012; 86:166-171.

Tarhan, Ö. R. Asepsi ve Antisepsinin tarihçesi, Erişim Tarihi. 22.12.2023.
Erişim Linki: <https://www.turkcerrahi.com/makaleler/cerrahinin-gelisimi/asepsi-veantisepsinin-tarihcesi/>

Taylor, C. L., ve Ranum, D. (2016). Patient safety in neurosurgical practice: physician and patient factors that contribute to patient injury. *World Neurosurg.* (93), 159–163.

Thomas, R., Gupta, R., Griessenauer, C. J., Moore, J. M., Adeeb, N., Motiei-Langroudi, R., Guidal, B., Agarwal, N., Alterman, R. L., Friedlander, R. M., Ogilvy, C. S., ve Thomas, A. J. (2018). Medical malpractice in neurosurgery: a comprehensive analysis. *World Neurosurg.* 110:552–559

Tavlı, N. (2020). Sağlık Hizmetlerinde İdari Kusur Sorumluluğu, *BÜHFD*, 1(2). 405-434.

Taylor, C. L. (2014) Neurosurgical practice liability: relative risk by procedure type. *Neurosurgery.* 75(6):609–613.

Tew JR, J. M. (1999). M. Gazi Yaşargil: Neurosurgery's man of the century. *Neurosurgery.* 45(5). 1010.

Todd, N. V. (2014) Medical negligence. Legal theory and neurosurgical practice: informed consent, *British Journal of Neurosurgery*, 28(4): 447–451

Tosun, S. (2018). Kamu Hastanesinde Çalışan Hekimin Hukuki Sorumluluğu, Erdal Kalkan (Ed.), *Hekimler İçin Hukuk Rehberi*, TND, 227-254.

Tunç, T., ve Özen, R. (2015). Doktor ve hemşirelerde kaygı nedenleri Bir üniversite hastanesi örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 6(13), 62-71.

Turla, A., Karaarslan, B., ve Dabak, Ş. (2004). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Görev Yapan Hekimlerin “Aydınlatılmış Onam” Konusundaki Bilgi ve Tutumları. *O.M.Ü. Tıp Dergisi* 21(2): 57–63

Turla, A., Köprülü, H., Karaaslan, E. Ş., ve Yüksel, G. (2006). Aydınlatılmış Onam, 19 Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, 7(2), 157-163.

Tümer, A. R., Karacaoğlu, E., ve Akçan, R. (2011) Cerrahide aydınlatılmış onam ile ilgili sorunlar ve çözüm önerileri, *Ulusal Cerrahi Dergisi.* 27(4). 191-197

Uygur, A., (2009) Hekimin Sözleşmeden Doğan Sorumluluğu, Yayımlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Ünver, Y. (2014). Sağlık Alanında Ceza Hukuku Sorumluluğunun Temel Prensipleri, *Tıp Hukuku Dergisi*, (6), 46-68.
- Van Hille, P. T. (2009). Patient safety with particular reference to wrong site surgery – a presidential commentary, *British Journal of Neurosurgery*, 23(2): 109–110.
- Yalçın, M. (2018). Tıbbi Müdahale Kavramı ve Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluğu, İçinde. Kalkan, E. (Ed.), *Hekimler için Hukuk Rehberi*, 53-76, s. 56.
- Yalçın, N., ve Aştı, T. (2011). Hemşire – hasta etkileşimi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(1), 129-139.
- Yalvaç, G. (2014). Hekimlerin Cezai Sorumluluğu, *Tıp HD*, (6), 69-92.
- Yan, S. C., Hulsbergen, A. F. C., Muskens, I. S., Van Dam, M., Gormley, W. B., Broekman, M. L. D., Smith, T. R. (2017). Defensive medicine among neurosurgeons in the Netherlands: a national survey, *Acta Neurochir.* 159:2341–2350, s. 2341.
- Yaşar, H.N. (2008). İdarenin Sorumluluğu Üzerine Düşünceler. *İÜHFM*. 66(1). 201-219.
- Yayla, Y. (2009). *İdare Hukuku*. Beta.
- Yavuz C. (2008). Türk Borçlar Kanunu Tasarısına göre Kusursuz Sorumluluk Halleri ve İlkeleri, *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, (14) 4, 29-61.
- Yavuz, C. (2012). *Borçlar Hukuku Dersleri Özel Hükümler* (10. Baskı). Beta.
- Yeğin, S., Sarıhasan, B., Üstün, Y. B., ve Bilgiç, B. (2012). 2000-2010 Yılları Arasında İntrakranial Kitle Cerrahisi Nedeni ile Anestezi Uygulanan Hastaların Retrospektif Analizi, *Türk J Anaesth Reanim.* 40(6), 315-20.
- Yıldız, E. (2021). Tıbbi Kayıtların Tutulması ve Saklanması Doğan Sorumluluğa Zayıfların Korunması Açısından Bakmak, *Eyüp Kurt Başvurusu, TıpHD*, (19), 143-164.
- Yıldırım, G., Bilgin, İ., ve Tokgöz, H. (2014). Cerrahi Kliniklerdeki Sağlık Çalışanlarının Aydınlatılmış Onam Hakkındaki Görüşleriyle Uygulamaları Örtüşüyor Mu?, *Cumhuriyet Tıp Dergisi*. (36), 451-458
- Yıldırım, R., ve Çınarlı, S. (2020). Türk İdare Hukuku Dersleri, 6. Baskı, *Adalet*.
- Yılmaz, Ş.B.I. (2012). Tıbbi Müdahalelerde Hekimin Aydınlatma Yükümlülüğü. *TBB dergisi* 98, 389-410.
- Yılmaz, Y., Uçar, E., ve Ertin, E. (2019). Tıpta Uzmanlık Eğitimi ve Asistan Hekimlerin Sorunlarının İrdelenmesi: Bir Anket Çalışması. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 21-29.

Yiğit, A., ve Uğurluoğlu, D. (2020). Türkiye’de hekime yönelik fiziksel ve sözel şiddet düzeyinin meta analiz yöntemiyle belirlenmesi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, (1), 99-108.

Zevkliler, A. ve Gökyayla, K. E. (2018). Borçlar Hukuku, Özel Borç İlişkileri 18. Baskı. Turhan

Zeytin Z. (2014) Vekalet ve eser sözleşmeleri, Tıp HD. 3(6). 2014. 103-113.



ÖZGEÇMİŞ

KİMLİK BİLGİLERİ

Adı ve Soyadı : Hasan Serdar IŞIK
Sınav ve Derecesi : YÖKDİL 81.250
(Yurtiçi ve/veya Yurtdışı) : İngilizce
Anabilim Dalı : Beyin ve Sinir Cerrahisi
Yurtdışı Akademik Deneyim: Cleveland Clinic Neurosurgery Department (2013)

AKADEMİK UNVANLAR (Üniversitesi, Fakültesi ve Tarihi)

Lisans : Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi (1992)
Uzmanlık : Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği (2002)
Yrd. Doçentlik : Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi (2009)
Doçentlik : Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi (2013)
Profesörlük : Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi (2019)

Disiplin dışı : Anadolu Üniversitesi Adalet Yüksek Okulu Mezununu
(2016)

Halen : EMEKLİ (Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin ve Sinir Cerrahisi
Anabilim Dalı Başkanı ve Öğretim Üyesi iken)

Bakırçay Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Sağlık Hukuku Doktora Öğrencisi (2021-...)

BİLİMSEL ÇALIŞMALARI (SAĞLIK HUKUKU ALANINDA)

1. Işık, H. S. (2023). Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Hasta Hakları ve İyileştirilmesi Öneriler. Tıp Hukuku Dergisi. Sayı. 23, S.26.
2. Işık, H. S. (2022) Gıda Etiketleri ve Tüketicilerin Gıda Etiketleri Okuma Alışkanlıkları. İzmir Bakırçay Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. Gıda Hukuku Özel Sayısı. Cilt 3, Sayı 6. S.241-68.
3. Işık, H. S., Karakoyun, D. O. (2020) Spinal Travma Olgularında Hukuksal Değerlendirme ve Karşılaşılabilecek Sorunlar. Türk Nöroşir Derg 30(3):542-544.
4. Işık, H. S. ve Yılmaz, A. (2018). Lomber Disk Hernisi cerrahisinde karşılaşılabilecek medikolegal sorunlar. Türk Nöroşirürji Dergisi 28(2), 257-260.
5. Aygün, A., Karabacak, V., Işık, H. S. (2018). Acil servis hekimlerinin tıbbi hukuki sorumlulukları hakkında bilgi, tutum ve davranışları. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 20 (3), 321-28.

KİTAP BÖLÜMLERİ

1. Işık, H. S. (2023). Spinal Cerrahide Enstrümantasyon ile İlgili Hekim Sorumluluğu. Ed. Cüneyt Temiz. Temel Spinal Enstrüman Bilgisi. Ankara: Akademisyen Yayınevi Kitabevi, 309-15.
2. Işık, H. S. ve Özer, T. (2023). Aydınlatılmış Rıza. Ed. Emel Avcı. Temel Nöroşirürji. Cilt 1. Bölüm 21. S.217-21 Türk Nöroşirürji Derneği Yayınları. No.29, Ankara.
3. Işık, H. S. ve Yıldırım, T. (2018). Spinal Cerrahide Komplikasyonlar ve Revizyon Yaklaşımları. Cüneyt Temiz, Serkan Şimşek, Kudret Türeyen. Komplikasyon ve Malpraktis. Tanım ve Sınırları. Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri San. Tic. Türk Nöroşirürji Derneği Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Öğretim ve Eğitim Grubu Yayınları. 1-4.

BİLİMSEL ÇALIŞMALARI (NÖROŞİRÜRJİ ALANINDA)

a) Uluslararası hakemli dergilerdeki yayınlar,

1. Karakoyun, D. O., Yılmaz, A., Uzlu, O., Daglioglu, E., Işık, H. S. (2022) Vertebral arteriovenous fistula due to blunt neck trauma: A case report. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg, Vol. 28, No. 6, 871-5.
2. Yılmaz, A., Karakoyun, D. O., Isık, H. S., Bostan, S. (2020). The Effect of the COVID-19 Pandemic on Functioning of Neurosurgery Clinics and the Anxiety Levels of Neurosurgeons in Turkey. Turk Neurosurg 30(6):944-951.
3. Yılmaz, A., Gok, M., Altas, H., Yildirim, T., Kaygisiz, Ş., Işık, H. S. (2020). Retinal nerve fibre and ganglion cell inner plexiform layer analysis by optical coherence tomography in asymptomatic empty sella patients. International Journal of Neuroscience. Vol. 130/1, 45-51
4. Yılmaz A., Altaş H., Yıldırım T., Kaygisiz Ş., Işık H. S. (2019). The Clinical Predictive Value of the Neutrophil to Lymphocyte Ratio as a Biomarker in Lumbar Disc Herniation. Middle Black Sea Journal of Health Science.145-150.
5. Işık, H. S., Okutan, M. Ö., Yıldırım T., Akpınar, E., Yılmaz, A. (2018). Comparison of unilateral versus bilateral pedicle screw fixation in transforaminal lumbar interbody fusion for single level lumbar degenerative diseases and review of literature.. Turkish Neurosurgery, 28(5), 731-739. Doi: 10.5137/1019-5149.JTN.20531-17.1
6. Işık, H. S., Sandal, E., Çağlı, M. S. (2018). Clinical outcomes of posterior c1 and c2 screw-rod fixation for atlantoaxial instability. Turkish Neurosurgery, 28(4), 602-609., Doi: 10.5137/1019-5149.JTN.20525-17.1
7. Yıldırım, T., Okutan, M. Ö., Akpınar, E., Yılmaz, A., Isık, H. S. (2018). Neuroprotective effects of high-dose human albumin against traumatic spinal cord injury in rats. Bratislava Medical Journal, 119(02), 86-91., Doi: 10.4149/BLL_2018_016
8. Yılmaz, A., Karatay, M., Yıldırım, T., Çelik, H., Sertbas, I., Yavuz, E., Çaydere, M., Işık, H. S., Bayar, M. A. (2017). Prevention of epidural fibrosis using ranibizumab in a postlaminectomy rat model. Turkish Neurosurgery, 27, 119-123., Doi: 10.5137/1019-5149.JTN.14882-15.1

9. Zileli, M., Isık, H. S., Çağlı, M. S. (2015). Spinal Stab Wounds. *Neurosurgery Quarterly*, 25(1), 12-16., Doi: 10.1097/WNQ.0b013e3182a2fadf
10. Zileli, M., Isık, H. S., Ögüt, F. E., Çağlı, M. S., Çallı, M. C. (2013). Aneurysmal Bone Cysts of the Spine. *European Spine Journal*, 22(3), 593-601.
11. Özcan, T., Özcan, H., Isık, H. S. (2013). Karpal Tünel Sendromu Mesleki risk faktörleri ve non dominant el ilişkisi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 33(2), 396-400.
12. Okutan, O., Yıldırım, T., Isık, H. S., Gökçe, B., Saygılı, B., Beskonaklı, E. (2013). Thoracic Vertebral Hemangioma Causing Paraplegia in Klippel Trenaunay Weber syndrome Case Report. *Turkish Neurosurgery*, 23(4), 518-520.
13. Isık, H. S., Çağlı, S., Zileli, M. (2012). Percutaneous Biopsy of the Spine Analysis of 84 Cases. *Journal of Neurological Sciences [Turkish]* , 29(2), 258-265.
14. Çağlı, S., Isık, H. S., Yıldırım, U., Akıntürk, N., Zileli, M. (2012). Giant sacral schwannomas. *Journal of Neuro-Oncology*, 110(1), 105-110.
15. Isık, H. S. Bostancı, U., Yıldız, Ö., Özdemir, C., Gökyar, A. (2011). Kafa travması nedeniyle tedavi edilen 954 eriskin olgunun retrospektif degerlendirilmesi epidemiyolojik calisma. *Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi (ISI)* , 17(1), 46-50.
16. Isık, H. S., Yıldız, Ö., Ceylan, Y. (2011). Chronic Subdural Hematoma Caused By Soccer Ball Trauma Associated With Arachnoid Cyst in Childhood Case Report. *Journal of Neurological Sciences [Turkish] (ISI)*, 28(3), 398-401.
17. Isık, H. S., Bostancı, U., Yıldız, Ö., Özdemir, C. (2011). Traumatic Posterior Fossa Epidural Hematomas in Childhood Report of 6 Cases. *Journal of Neurological Sciences [Turkish]*, 28(2), 294-299.
18. Isık, H. S., Özdemir, C. (2011). Unusual Delayed Presentation of Celebratory Gunshot injury Case Report. *Journal of Neurological Sciences [Turkish]* , 28(1), 120-122.
19. Isık, H. S., Bostancı, U. (2011). Experience of Carpal Tunnel Syndrome that Operated Using a Limited Uni Skin Incision. *Turkish Neurosurgery*, 21(2), 177-180.

20. Isık, H. S., Gökyar, A., Yıldız, Ö., Bostancı, U., Özdemir, C. (2011). Çocukluk çağı kafa travmaları 851 olgunun retrospektif değerlendirilmesi Epidemiyolojik bir çalışma. Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi (ISI) , 17(2), 166-172.
21. Çağlı, M. S., Isık H. S., Zileli, M. (2010). Vertebroplasty and Kyphoplasty Under Local Anesthesia Review of 91 Patients. Turkish Neurosurgery (ISI) , 20(4), 464-469.
22. Çağlı, M. S., Isık, H. S., Zileli, M. (2009). Cervical screw missing Secondary to delayed esophageal fistula Case Report. Turkish Neurosurgery (ISI) , 19(4), 437-440.
23. Çırak, B., Ünal, Ö., Isık, H. S., Kıymaz, N. (1999). Brainstem lesions after head injury. Journal of Neurosurgery (ISI), 91(3), 523-524.

b) Uluslararası kitaplarda basılı yayınlar

1. Isık, H. S., Çağlı, M. S. (2015). Minimally Invasive Spine Surgery, Section (Full Endoscopic Interlaminar Lumbar Discectomy), Intertıp Publishing House, Editör: Arslantas, A., Dalbayrak, S., Simsek, S. 1. Basım., s. 278, ISBN:978-605-5004-09-5, İngilizce.

c) Uluslararası konferanslarda sunulan tebliğler

1. Işık, H. S., Isık, S., Aygün, A. (2018). Acıl serviste çalışan hekimler açısından hukukî sorumluluk değerlendirilmesi. 5.th International Critical Care and Emergency Medicine Congress. 19-22 Nisan 2018, Antalya, Türkiye.
2. Isık, H. S., Okutan, M. Ö., Yıldırım, T., Akpınar, E., Yılmaz, A. (2018). Comparison of unilateral versus bilateral pedicle screw fixation in transforaminal lumbar Interbody fusion for single level lumbar degenerative diseases and review of literature. 16. WFNS World Congress of Neurosurgery. 20-25 August 2018. İstanbul.
3. Yıldırım, T., Yılmaz, A., İşcanlı, D., Işık, H. S. (2014) Subaraknoid Kanama Ayırıcı Tanısında Nadir Karşılaşılan Bir İdiopatik İntrakraniyel Pakimenenjit Olgusu. 1st Intercontinental Emergency Medicine Congress.15-18 May 2014 Belek-Antalya

4. Yıldırım, T., Yılmaz, A., Kurt, A. B., İşcanlı, M. D., Işık, H. S. (2014) Nadir Bir Olgu Sunumu: Pantopaque Droplets. 1st Intercontinental Emergency Medicine Congress 15-18 May 2014 Belek-Antalya
5. Yılmaz, A., Yıldırım, T., Yıldırım, C., Işık, H. S. (2014) Pediatrik Yaş Grubunda Risperidon Kullanımına Bağlı Gelişen Akut Distoni: Nadir Bir Olgu Sunumu. 1st Intercontinental Emergency Medicine Congress. 15-18 May 2014 Belek-Antalya
6. Yılmaz, A., Yıldırım, T., İşcanlı, M. D., Işık, H. S. (2014). Üst Ekstremitenin Postherpetik Ani Gelişen Segmental Parezi: Olgu Sunumu. 1st Intercontinental Emergency Medicine Congress. 15-18 May 2014 Belek-Antalya.
7. Okutan, Ö. Işık, H. S., Şentürk, S., İştemen, İ., Saygılı, B., Solaroğlu, İ., Beşkonaklı, E. (2011) 9. International Turkish Spine Congress konferansı dahilinde "9. International Turkish Spine Congress Bildiri Özetleri Kitabı" bildiri kitapçığındaki "SS. 59. Kronik bel ağrısı ve başarısız bel cerrahisi sendromunda epiduroskopik adezyolizis ve steroid enjeksiyonunun etkinliği", 59 pp., İstanbul, Türkiye.
8. Solaroğlu, İ., Kaptanoğlu, E., Okutan, Ö., Işık, H. S., Bostancı, U., Beşkonaklı, E., Taşkın, Y. (2002) 4. International Congress on Cerebral Venous System. and 4. International Congress on the Meningiomas Combined with annual meeting of Turkish Neurosurgical Society " bildiri kitapçığındaki "OV 35. Posterior Fossa Meningiomas", 46 pp., İstanbul, Türkiye.

d) Uluslararası konferanslarda sunulan poster tebliğler,

1. Yılmaz, A., Yıldırım, T., Hazar, N. U., Aygün, A., Işık, S., Işık, H. S. (2018). Spontan füzyon gösteren servikal ayrılma kırığı: olgu sunumu. 5.th Int. Critical Care and Emergency Medicine Congress. 19-22 April 2018. Antalya
2. Çağlı, S., Işık, H. S., Yıldırım, U., Akıntürk, N., Zileli, M. (2011). 1. Middle East Spine Meeting konferansı dahilinde "1. Middle East Spine Meeting Final Program and Abstracts" bildiri kitapçığındaki "P 71. Giant sacral schwannomas", 81 pp., İstanbul, Türkiye.

3. Şentürk, S., İstemem, İ., Okutan, Ö., Solaroğlu, İ., Işık, H. S., Beşkonaklı, E. (2011). 9. International Turkish Spine Congress konferansı dahilinde "9. International Turkish Spine Congress Bildiri Özetleri Kitabı" bildiri kitapçığındaki "P. 42. Faset eklem enjeksiyonunda metilprednizolon ve betametazon protokollerinin etkinliklerinin karşılaştırılması", 122 pp., İstanbul, Türkiye.
4. Işık, H. S., Bostancı, U., Yıldız, Ö., Özdemir, C. (2010) 1. Middle East Neurosurgical Symposia konferansı dahilinde "1. Middle East Neurosurgical Symposia Final Program and Abstract Book" bildiri kitapçığındaki "PP. 15. Traumatic posterior fossa epidural hematomas in childhood", 141 pp., İstanbul, Türkiye.
5. Işık, H. S., Çağlı, S., Zileli, M. (2010). 1. Middle East Neurosurgical Symposia konferansı dahilinde "1. Middle East Neurosurgical Symposia Final Program and Abstract Book" bildiri kitapçığındaki "PP. 34. Percutaneous biopsy of the spine: Analysis of 84 cases.", 160 pp., İstanbul, Türkiye, Nisan 2010
6. Işık, H. S., Özdemir, C. (2009). 6. Black Sea Neurosurgical Congress konferansı dahilinde "6. Black Sea Neurosurgical Congress Final Program and Abstract Book" bildiri kitapçığındaki "PP. 20. Unusual delayed presentation of celebratory gunshot injury", 96 pp., İstanbul, Türkiye.
7. Işık, H. S., Bostancı, U. (2009). 6. Black Sea Neurosurgical Congress konferansı dahilinde "6. Black Sea Neurosurgical Congress Final Program and Abstract Book" bildiri kitapçığındaki "PP. 17. Experience of Carpal Tunnel Syndrome that operated using microsurgical mini open uni skin incision", 93 pp., İstanbul, Türkiye.
8. Çırak, B., Kıymaz, N., Işık H. S., Ünal, Ö., Bekerecioğlu, M. (2000). 28. Annual Meeting of International Society for Pediatric Neurosurgery konferansı dahilinde "28. Annual Meeting of International Society for Pediatric Neurosurgery Abstract Book" bildiri kitapçığındaki "PP 7. Congenital infiltrating lipomatosis of the face with cerebral abnormalities", 00 pp., İstanbul, Türkiye.
9. Çırak, B., Demir, Ö., Kıymaz, N., Işık, H. S. (2000). 28. Annual Meeting of International Society for Pediatric Neurosurgery bildiri kitapçığındaki "PP.

19. Meningitis associated with intramedullary infected dermoid cyst and holocord subdural abscess." İstanbul, Türkiye.

e) Ulusal dergilerdeki yayınlar,

1. Karakoyun, D. O., Uzlu, O., Yılmaz, A., Işık, H. S. (2021). Subaksial Servikal Omurga Yaralanmalarında Cerrahi Yaklaşımımız ve Tedavi Sonuçlarımızın Retrospektif Değerlendirilmesi. Kocaeli Med J. 10(2): 33-38
2. Yıldırım, T., Yılmaz, A., Köktürk, S., Işık, S. (2021). Comparison of curcumin and methylprednisolone in preventing epidural fibrosis after spinal surgery: An experimental study. Journal of Experimental and Clinical Medicine, 38(2), 88-93.
3. Karakoyun, D. O., Uzlu, O., Yılmaz, A., Işık, H. S. (2021). Black Disc During Lumbar Spinal Surgery: Two Case Reports with Ochronosis. 8:2, 18 – 22.
4. Işık, H. S., Karakoyun, D. O. (2020). Spinal Travma Olgularında Hukuksal Değerlendirme ve Karşılaşılabilecek Sorunlar. Türk Nöroşir Derg 30(3):542-544.
5. Aygün, A., Karabacak, V., Işık, H. S. (2018). Acil servis hekimlerinin tıbbi hukuki sorumlulukları hakkında bilgi, tutum ve davranışları. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 20 (3), 321-28.
6. Yılmaz A, Işık H. S. (2018) Servikal Spondilotik Miyelopati: Doğal Seyir ve Konservatif Tedavinin Yeri. Arslantaş A, editör. Servikal Dejeneratif Hastalıklar. Ankara: Türkiye Klinikleri; s.59-64.
7. Işık, H. S., Yılmaz, A. (2018). Lomber Disk Hernisi cerrahisinde karşılaşılabilecek medikolegal sorunlar. Türk Nöroşirürji Dergisi 28(2), 257-260.
8. Yıldırım T, Işık, H. S. (2017). Torakolomber Posterior Enstümentasyon. Türkiye Klinikleri J Neurosurg-Special Topics, 7(3), 328-33.
9. Işık, H. S., Yıldırım, T., Yılmaz, Ali. (2015). Bel Cerrahisi Sonrası Sorunlar. Türkiye Klinikleri J Neurosurg-Special Topics, 5(3), 129-34.
10. Özcan, T., Özcan, H., Işık, H. S. (2013). Restless legs Syndrome and Migraine. Türkiye Klinikleri Journal of Neurology, 8(1), 7-11.

11. Işık, H. S., Okutan, Ö., Saygılı, B., Solaroğlu, İ. (2010). "Periferik Sinir Kılıfı Tümörleri", Türkiye Klinikleri J Neurosurg- Special Topics, 53-58.
12. Çırak, B., Kıymaz, N., Işık, H. S. (2001). "Nöroşirürji hastalarında tanı ve tedavide gecikmeler; üç olgunun değerlendirilmesi.", Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 500-502.
13. Işık, H. S., Çırak, B., Kıymaz, N. (2000). Perforan Kafa Yaralanmaları, İnsizyon, 52-54.
14. Çırak, B., Güven, M. B., Kıymaz, N., Işık, H. S. (2000). "Kranyal ateşli silah yaralanmaları ve tedavi yaklaşımları", Ulusal Travma Dergisi, 240-243.
15. Işık, H. S., Çırak, B., Kıymaz, N., Demir, Ö. (2000). "Ventriküloperitoneal şanlı bir hastada nadir bir komplikasyon.", Düzce Tıp Fakültesi Dergisi, 96-99.
16. Çırak, B., Işık, H. S. (2000). "Supratentorial metastasis of glioblastoma multiforme to the pituitary stalk", Journal of Ankara Medical School, 243-244.
17. Çırak, B., Kıymaz, N., Işık, H. S. (2000). "Ventriculoperitoneal shunt placement complications and shunt displacement", T Klin J Med Sci , 11-13.
18. Çırak, B., Güven, M. B., Işık, H. S., Kıymaz, N., Demir, Ö. (1999). "Acil servise başvuran travma hastaları ile ilgili epidemyolojik bir çalışma", Ulusal Travma Dergisi, 157-159.
19. Çırak, B., Kıymaz, N., Işık, H. S. (1999). "Endoscopic intervention to the rare intracellar processes", Endoskopik Laparoskopik ve Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi, 197-200.
20. Çırak, B., Güven, M. B., Kıymaz, N., Işık, H. S., Baş, M. (1999). "Ataksi: Çocukluk çağı posterior fossa tümörlerinde yeri ve önemi", Van Tıp Dergisi, 8-10.
21. Güven, M. B., Çırak, B., Kıymaz, N., Işık, H. S. (1999). Lomber disk hernilerinde retrospektif bir çalışma, Van Tıp Dergisi, 20-22.
22. Çırak, B., Güven, M. B., Yüceer, N., Kıymaz, N., Işık, H. S. (1999). Hidrosefaliler: 33 olgunun değerlendirilmesi, Van Tıp Dergisi, 1-4.
23. Çırak, B., Güven, M. B., Ceylan, A., Çaksen, H., Kıymaz, N., Işık, H. S. (1999). "Neonatal Hidrosefaliler", Van Tıp Dergisi, 34-36.

f) Ulusal konferanslarda sunulan tebliğler

1. Yıldırım, T., Okutan, Ö., Akpınar, E., Yılmaz, A., Işık, H. S. (2018). Neuroprotective effects of high-dose human albumin against traumatic spinal cord injury in rats. Türk Nöroşirürji Derneği 32. Bilimsel Kongresi. 20-24 Nisan 2018, Antalya.
2. Işık, H. S., Okutan, Ö., Yıldırım, T., Akpınar, E., Yılmaz, A. (2017). Tek seviye lomber dejeneratif hastalıklarda Transforaminal Lomber İnterbody Füzyon için uygulanan bilateral ve unilateral pedikül vida fiksasyonu karşılaştırılması ve literatürün gözden gözden geçirilmesi. Sözlü Sunum. Türk Nöroşirürji Derneği 31. Bilimsel Kongresi, 29 Mart-02 Nisan 2017, Kaya Palazzo Kongre Merkezi, Antalya.
3. Okutan, Ö., Işık, H. S., Şentürk, S., Solaroğlu, İ., Taş, N., Beşkonaklı, E. (2012) Türk Nöroşirürji Derneği 26. Bilimsel Kongresi konferansı dahilinde "Türk Nöroşirürji Dergisi Cilt 22 Ek Sayı, 2012" bildiri kitapçığındaki "SS. 16. Başarısız bel cerrahisi ve lomber spondilozda epiduroskopi eşliğinde adezyonolizis ve steroid uygulamasının etkinliği", 57 pp., Antalya.
4. Şentürk, S., İştmen, İ., Okutan, Ö., Solaroğlu, İ., Işık, H. S., Beşkonaklı, E. (2011). Türk Nöroşirürji Derneği 25. Bilimsel Kongresi konferansı dahilinde "Türk Nöroşirürji Dergisi, Cilt 21, Ek Sayı, 2011" bildiri kitapçığındaki "SS. 68. Faset eklem enjeksiyonunda metilprednizolon ve betametazon protokollerinin etkinliklerinin karşılaştırılması", 69 pp., Antalya.
5. Özgiray, E., Zileli, M., Çağlı, S., Demirbaş, M. A., Işık, H. S. (2006). Türk Nöroşirürji Derneği 20. Bilimsel Kongresi konferansı dahilinde "Türk Nöroşirürji Dergisi, Cilt 16, Ek Sayı, 2006" bildiri kitapçığındaki "SS. 142. Omurga cerrahisi sonrası beyin omurilik sıvısı sızıntı oranları ve tedavisi: bir yıllık retrospektif bir çalışma", 75 pp., Antalya.
6. Kıymaz, N., Çırak, B., Işık, H. S., Uğraş, S., Arı, H. (2000). Türk Nöroşirürji Derneği 14. Bilimsel Kongresi konferansı dahilinde "Türk Nöroşirürji Derneği 14. Bilimsel Kongresi Program ve Bildiri Özeti Kitabı" bildiri kitapçığındaki "SV. 24. Endothelin antagonist BQ-610'un tavşanlarda oluşturulan deneysel vazospazma etkisi", 131 pp., Antalya.

g) Ulusal Konferanslarda sunulan poster bildiriler

1. Yılmaz, A., Yıldırım, T., Tanışman, Ö., Işık, H. S. (2017). Osteogenezis imperfektaya bağlı gelişen epidural hematoma: Olgu sunumu. Türk Nöroşirürji Derneği 31. Bilimsel Kongresi, 29 Mart-02 Nisan 2017, Kaya Palazzo Kongre Merkezi, Antalya.
2. Yıldırım, T., Yılmaz, A., Işık, H. S. (2016). Kavum septum pellucidum ile şizofreni birlikteliği olgu sunumu. Türk Nöroşirürji Derneği 30. Bilimsel Kongresi. 8-12 Nisan 2016. Kaya Palazzo Kongre Merkezi, Antalya.
3. Yıldırım, T., Yılmaz, A., Akpınar, E., Yıldırım, B. B., Işık, H. S. (2016). İntrakraniyel metastatik tümör ayırıcı tanısında metastatik frontal abse olgusu. Türk Nöroşirürji Derneği 30. Bilimsel Kongresi. 8-12 Nisan 2016. Kaya Palazzo Kongre Merkezi, Antalya.
4. Yıldırım, T., Yılmaz, A., Uzun, A., Işık, H. S., (2016). Temporal kaideye uzanım gösteren penetran orbita travması. olgu sunumu. Türk Nöroşirürji Derneği 30. Bilimsel Kongresi. 8-12 Nisan 2016. Kaya Palazzo Kongre Merkezi, Antalya
5. Yıldırım, T., Yılmaz, A., Yazıcı, T., Işık, H. S. (2016). Sildenafil sitrat kullanımına bağlı hemorajik enfarkt gelişimi. olgu sunumu. Türk Nöroşirürji Derneği 30. Bilimsel Kongresi. 8-12 Nisan 2016. Kaya Palazzo Kongre Merkezi, Antalya
6. Yılmaz, A., Arman, D., Yıldırım, T., Hazar, N. U., Işık, H. S. (2016). Açık tip şizensefali. olgu sunumu. Türk Nöroşirürji Derneği 30. Bilimsel Kongresi. 8-12 Nisan 2016. Kaya Palazzo Kongre Merkezi, Antalya.
7. Yılmaz, A., Yıldırım, T., Işık, H. S. (2016). Yetişkin hastalarda boyun ağrısının nadir nedeni servikal spina bifida, olgu sunumu. Türk Nöroşirürji Derneği 30. Bilimsel Kongresi. 8-12 Nisan 2016. Kaya Palazzo Kongre Merkezi, Antalya.
8. Yıldırım, T., Yılmaz, A., Işık, H. S. (2016). Scheuermann hastalığı: bir olgu sunumu. Türk Nöroşirürji Derneği 30. Bilimsel Kongresi. 8-12 Nisan 2016. Kaya Palazzo Kongre Merkezi, Antalya

9. Yılmaz, A., Yıldırım, T., Işık, H. S. (2016). Spontan regresyon gösteren lomber disk hernisi: 3 olgu sunumu. Türk Nöroşirürji Derneği 30. Bilimsel Kongresi. 8-12 Nisan 2016. Kaya Palazzo Kongre Merkezi, Antalya.
10. Yılmaz, A., Yazıcı, T., Yıldırım, T., Kaygısız, Ş., Işık, H. S. (2016). Servikal disk hernisi tedavisinde pulse steroid uygulamasının sonuçları: olgu sunumu. Türk Nöroşirürji Derneği 30. Bilimsel Kongresi. 8-12 Nisan 2016. Kaya Palazzo Kongre Merkezi, Antalya
11. Yılmaz A., Yıldırım, T., Yazıcı, T., Kaygısız, Ş., Işık, H. S. (2016). Servikal spinal lezyon ayırıcı tanısı ve tedavisine farklı bir bakış: olgu sunumu. Türk Nöroşirürji Derneği 30. Bilimsel Kongresi. 8-12 Nisan 2016. Kaya Palazzo Kongre Merkezi, Antalya.
12. Yıldırım, T., Yılmaz, A., Işık, H. S. (2015). Dandy-walker malformasyonunda spontan gelişen bilateral kronik subdural hematom olgusu. Türk Nöroşirürji Derneği 30. Bilimsel Kongresi. 8-12 Nisan 2016. Kaya Palazzo Kongre Merkezi, Antalya.
13. Yıldırım, T., Yılmaz, A., Öztürk, H., İstem, İ., Işık, H. S. (2015). Foramen magnum yerleşimli lipom. Türk Nöroşirürji Derneği 29. Bilimsel Kongresi. 17-21 Nisan 2015, Belek, Antalya.
14. Yılmaz, A., Yıldırım, T., Güleşçi K., Çelik, H., Işık, H. S. (2015). Yaşlı hastada görülen clay-shoveler kırığı: olgu sunumu. Türk Nöroşirürji Derneği 29. Bilimsel Kongresi. 17-21 Nisan 2015, Belek, Antalya.
15. Yıldırım, T., Yılmaz, A., Kurt, A. B., Çelik, H., Işık, H. S. (2015). Kronik bel ağrısının nadir görülen sebebi:lomber pediküler agenezi. Türk Nöroşirürji Derneği 29. Bilimsel Kongresi. 17-21 Nisan 2015, Belek, Antalya.
16. Yılmaz, A., Yıldırım, T., Yıldırım, C., Işık, H. S. (2015). Pediatrik yaş grubunda risperidon kullanımına bağlı gelişen akut distoni: nadir bir olgu sunumu. Türk Nöroşirürji Derneği 29. Bilimsel Kongresi. 17-21 Nisan 2015, Belek, Antalya.
17. Yılmaz, A., Karatay, M., Yıldırım, T., Sertbaş, İ., Erdem, Y., Çaydere, M., Bayar, M. A., Işık, H. S. (2015). Prevention of epidural fibrosis using ranibizumab in a postlaminectomy rat model. Türk Nöroşirürji Derneği 29. Bilimsel Kongresi. 17-21 Nisan 2015, Belek, Antalya.

18. Yıldırım, T., Yılmaz, A., İşcanlı, M. D., Işık, H. S. (2015). Subaraknoid kanama ayırıcı tanısında nadir karşılaşılan bir idiyopatik intrakraniyel pakimeningjit olgusu. Türk Nöroşirürji Derneği 29. Bilimsel Kongresi. 17-21 Nisan 2015, Belek, Antalya.
19. Yıldırım, T., Yılmaz, A., Kurt, A. B., İşcanlı, M. D., Işık, H. S. (2015). Nadir bir olgu sunumu: pantopak droplets. Türk Nöroşirürji Derneği 29. Bilimsel Kongresi. 17-21 Nisan 2015, Belek, Antalya.
20. Yılmaz, A., Yıldırım, T., İşcanlı, M. D., Işık, H. S. (2015). Üst ekstremitenin postherpetik ani gelişen segmental parezisi: olgu sunumu. Türk Nöroşirürji Derneği 29. Bilimsel Kongresi. 17-21 Nisan 2015, Belek, Antalya.
21. Okutan, Ö., Işık, S., Şentürk, S., Saygılı, B., Çivi, S. (2012). Türk Nöroşirürji Derneği 26. Bilimsel Kongresi, konferansı dahilinde "Türk Nöroşirürji Dergisi Cilt 22 Ek Sayı 2012" bildiri kitapçığındaki "EPS. 73. C1-C2 stabilizasyonda atlantoaksiyal fibula greft uygulaması: Olgu Sunumu", 153 pp., Antalya.
22. Zileli, M., Işık, H. S., Çağlı, S. (2012). Türk Nöroşirürji Derneği 26. Bilimsel Kongresi konferansı dahilinde "Türk Nöroşirürji Dergisi Cilt 22, Ek Sayı, 2012" bildiri kitapçığındaki "EPS. 142. Omurganın kesici alet yaralanmaları", 177 pp., Antalya, Nisan.
23. Okutan, Ö., Işık, H. S., Şentürk, S., İştmen, İ., Saygılı, B., Solaroğlu, İ., Beşkonaklı, E. (2011). Türk Nöroşirürji Derneği 25. Bilimsel Kongresi konferansı dahilinde "Türk Nöroşirürji Dergisi Cilt 21, Ek Sayı, 2011" bildiri kitapçığındaki "TPS. 03. Kronik bel ağrısı ve başarısız bel cerrahisi sendromunda epiduroskopik adezyolizis ve steroid enjeksiyonunun etkinliği.", 91 pp., Antalya.
24. Işık, H. S., Özdemir, C. (2010). Türk Nöroşirürji Derneği 24. Bilimsel Kongresi konferansı dahilinde "Türk Nöroşirürji Dergisi, Cilt 20, Ek Sayı, 2010" bildiri kitapçığındaki "EPS. 116. Spinal kesici-delici alet yaralanmaları, 2 Olgu sunumu", 156 pp., Antalya.
25. Işık, H. S., Bostancı, U. (2009). Türk Nöroşirürji Derneği 23. Bilimsel Kongresi konferansı dahilinde "Türk Nöroşirürji Dergisi, Cilt 19, Ek Sayı, 2009" bildiri kitapçığındaki "EPS. 34: Karpal Tünel Sendromunda mini cilt

insizyonu ile opere edilen hastaların değerlendirilmesi", 121 pp., Girne-K.K.T.C.

26. Çağlı, S., Işık, H. S., Zileli, M. (2009). Türk Nöroşirürji Derneği 23. Bilimsel Kongresi konferansı dahilinde "Türk Nöroşirürji Dergisi, Cilt 19, Ek Sayı, 2009" bildiri kitapçığındaki "EPS. 79. Tümöre bağlı vertebra kompresyon kırıklarında vertebroplasti ve kifoplasti", 135 pp., Girne-K.K.T.C.
27. Çağlı, S., Işık, H. S., Zileli, M. (2009). Türk Nöroşirürji Derneği 23. Bilimsel Kongresi konferansı dahilinde "Türk Nöroşirürji Dergisi, Cilt 19, Ek Sayı, 2009" bildiri kitapçığındaki "EPS. 80. Lokal anestezi altında uygulanan perkütan vertebroplasti ve kifoplasti deneyimimiz", 136 pp., Girne-K.K.T.C.
28. Çağlı, S., Işık, H. S., Zileli, M. (2009). Türk Nöroşirürji Derneği 23. Bilimsel Kongresi. konferansı dahilinde "Türk Nöroşirürji Dergisi, Cilt 19, Ek Sayı, 2009." bildiri kitapçığındaki "EPS. 81. Torakolomber travmalarda vertebroplasti ve kifoplasti", 136 pp., Girne-K.K.T.C.
29. Işık, H. S., Gökyar, A., Yıldız, Ö., Özdemir, C., Bostancı, U. (2009). Türk Nöroşirürji Derneği 23. Bilimsel Kongresi. konferansı dahilinde "Türk Nöroşirürji Dergisi, Cilt 19, Ek Sayı, 2009" bildiri kitapçığındaki "EPS. 278. Kafa travması nedeniyle tedavi edilen 954 erişkin olgunun retrospektif değerlendirilmesi", 196 pp., Girne-K.K.T.C.
30. Işık, H. S., Gökyar, A., Yıldız, Ö., Bostancı, U., Özdemir, C. (2009). Türk Nöroşirürji Derneği 23. Bilimsel Kongresi konferansı dahilinde "Türk Nöroşirürji Dergisi, Cilt 19, Ek Sayı, 2009" bildiri kitapçığındaki "EPS. 279. Çocukluk çağı kafa travmaları", 196 pp., Girne-K.K.T.C.
31. Işık, H. S., Gökyar, A., Bostancı, U., Yıldız, Ö., Özdemir, C. (2009). Türk Nöroşirürji Derneği 23. Bilimsel Kongresi konferansı dahilinde "Türk Nöroşirürji Dergisi, Cilt 19, Ek Sayı, 2009" bildiri kitapçığındaki "EPS. 280. Sivil kranial ateşli silah yaralanmaları", 196-197 pp., Girne-K.K.T.C.
32. Işık, H. S., Bostancı, U., Gökyar, A., Özdemir, C. (2009). Türk Nöroşirürji Derneği 23. Bilimsel Kongresi konferansı dahilinde "Türk Nöroşirürji Dergisi, Cilt 19, Ek Sayı, 2009" bildiri kitapçığındaki "EPS. 281. Travmatik posterior fossa epidural hematomları", 197 pp., Girne-K.K.T.C.

33. Işık, H. S., Özdemir C. (2009). Türk Nöroşirürji Derneği 23. Bilimsel Kongresi konferansı dahilinde "Türk Nöroşirürji Dergisi, Cilt 19, Ek Sayı, 2009" bildiri kitapçığındaki "EPS. 282. Subakut dönem tespit edilen ateşli silah yaralanması 'kutlama atışı yaralanması'." , 197 pp., Girne-K.K.T.C.
34. Işık, H. S., Yıldız, Ö., Ceylan, Y. (2009). Türk Nöroşirürji Derneği 23. Bilimsel Kongresi konferansı dahilinde "Türk Nöroşirürji Dergisi, Cilt 19, Ek Sayı, 2009" bildiri kitapçığındaki "EPS. 283. Minör bir spor yaralanması sonucu gelişen, çocukluk çağı kronik subdural hematomu ve araknoid kist birlikteliği", 197-198 pp., Girne-K.K.T.C.
35. Işık, H. S., Bostancı, U., Ceylan, Y. (2009).Türk Nöroşirürji Derneği 23. Bilimsel Kongresi konferansı dahilinde "Türk Nöroşirürji Dergisi, Cilt 19, Ek Sayı, 2009" bildiri kitapçığındaki "EPS. 284. Perforan kafa travmaları", 198 pp., Girne-K.K.T.C.
36. Çağlı, S., Zileli, M., Işık H. S. (2006) Türk Nöroşirürji Derneği 20. Bilimsel Kongresi konferansı dahilinde "Türk Nöroşirürji Dergisi, Cilt 16, Ek Sayı, 2006" bildiri kitapçığındaki "PS. 17. Anterior servikal vidanın kaybolması: Olgusu sunumu.", 83 pp., Antalya.
37. Kıymaz, N., Çırak, B., Işık, H. S. (2000). Türk Nöroşirürji Derneği 14. Bilimsel Kongresi konferansı dahilinde "Türk Nöroşirürji Derneği 14. Bilimsel Kongresi Program ve Bildiri Özeti Kitabı" bildiri kitapçığındaki "PS.18. Nöroşirürji polikliniğine başvuran bel ve /veya bacak ağrılı hastaların retrospektif olarak değerlendirilmesi", 205 pp., Antalya.
38. Çırak, B., Ünal, Ö., Aslan, H., Işık, H. S. (2000). Türk Nöroşirürji Derneği 14. Bilimsel Kongresi konferansı dahilinde "Türk Nöroşirürji Derneği 14. Bilimsel Kongresi Program ve Bildiri Özeti Kitabı" bildiri kitapçığındaki "PG. 08. Extradural spesifik spinal enfeksiyonlarda MRG bulguları", 251 pp., Antalya.
39. Çırak, B., Kıymaz, N., Işık, H. S., Demir, Ö. (2000). Türk Nöroşirürji Derneği 14. Bilimsel Kongresi konferansı dahilinde "Türk Nöroşirürji Derneği 14. Bilimsel Kongresi" bildiri kitapçığındaki "PK. 24. Santral sinir sistemi lipomları", 289 pp., Antalya.
40. Işık, H. S., Çırak, B., Güven, M. B., Kıymaz, N., Demir, Ö. (1999) Türk Nöroşirürji Derneği 13. Bilimsel Kongresi konferansı dahilinde "Türk

- Nöroşirürji Derneği 13. Bilimsel Kongresi Program ve Bildiri Özeti Kitabı" bildiri kitapçığındaki "TP. 02. Makasla oluşan bir transkranyal perforan yaralanma olgusu", 140-141 pp., İstanbul.
41. Çırak, B., Güven, M. B., Tosun, N., Kıymaz, N., Işık, H. S. (1999). Türk Nöroşirürji Derneği 14. Bilimsel Kongresi konferansı dahilinde "Türk Nöroşirürji Derneği 13. Bilimsel Kongresi Program ve Bildiri Özeti Kitabı" bildiri kitapçığındaki "SP. 19. Tarsal Tunnel Syndrome: Report of Two Atypical Cases", 159-160 pp., İstanbul.
42. Kıymaz, N., Çırak, B., Güven, M. B., Işık, H. S. (1999). Ö. Demir, Türk Nöroşirürji Derneği 13. Bilimsel Kongresi. konferansı dahilinde "Türk Nöroşirürji Derneği 13. Bilimsel Kongresi Program ve Bildiri Özeti Kitabı" bildiri kitapçığındaki "KP. 09. Trigeminal nevralji ile prezente intrkranyal epidermoid tümör olgusu: Olgu Sunumu.", 206 pp., İstanbul, Mayıs 1999
43. Çırak, B., Kıymaz, N., Güven, M. B., Işık, H. S. (1999). Türk Nöroşirürji Derneği 13. Bilimsel Kongresi konferansı dahilinde "Türk Nöroşirürji Derneği 13. Bilimsel Kongresi Program ve Bildiri Kitabı" bildiri kitapçığındaki "TP. 06. Kranial ateşli silah yaralanmaları.", 143 pp., İstanbul.
44. Çırak, B., Güven, M. B., Kıymaz, N., Işık, H. S. (1998). 1. Bölgesel Travma ve Acil Cerrahi Kongresi (Uluslararası katılımlı) konferansı dahilinde "1. Bölgesel Travma ve Acil Cerrahi Kongresi. Program ve Bildiri Özeti Kitabı" bildiri kitapçığındaki "P. 24. Kafa travmalarında Manyetik Rezonans Görüntülemenin yeri: bir vaka dolayısı ile", 116 pp., Bursa.
45. Çırak, B., Güven, M. B., Işık, H. S., Kıymaz, N. (1998). 1. Bölgesel Travma ve Acil Cerrahi Kongresi (Uluslararası Katılımlı) konferansı dahilinde "1. Bölgesel Travma ve Acil Cerrahi Kongresi (Uluslararası katılımlı) Program ve Bildiri Özeti Kitabı" bildiri kitapçığındaki "Acil servise başvuran travma hastalarında epidemiyolojik bir çalışma", 104 pp., Bursa.
46. Kıymaz, N., Çırak, B., Işık, H. S. (1999). 5. Ulusal Ağrı Kongresi konferansı dahilinde "Ağrı Dergisi, Cilt 11, Sayı 4, 1999" bildiri kitapçığındaki "Bel ağrılarında cerrahi", 159 pp., İstanbul.

h) Basılmış Kitapları (KİTAP BÖLÜMLERİ) :

1. Öcal, Ö., Işık, H. S. (2021). Omurga Tümörlerinde Klinik Değerlendirme. Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri San. Tic. Türk Nöroşirürji Derneği Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Öğretim ve Eğitim Grubu Yayınları. Omurga ve Omurilik Tümörleri. 67-74.
2. Kasım, E., Işık, H. S. (2019). Yaşlılık mı, Yandaş Patoloji mi? Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri San. Tic. Türk Nöroşirürji Derneği Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Öğretim ve Eğitim Grubu Yayınları. Yaşlanan Omurga. 169-172.
3. Işık, H. S., Yıldırım, T., (2018). Spinal Cerrahide Komplikasyonlar ve Revizyon Yaklaşımları. Cüneyt Temiz, Serkan Şimşek, Kudret Türeyyen. Komplikasyon ve Malpraktis. Tanım ve Sınırları. Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri San. Tic. Türk Nöroşirürji Derneği Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Öğretim ve Eğitim Grubu Yayınları. 1-4.
4. Yıldırım, T., Işık, H. S. (2017). Omurga ve Omurilik Cerrahisinde Tanı El Kitabı. Ali Dalgıç, Cüneyt Temiz, Kadir Kotil. Dejeneratif Spinal Hastalıklarda Güncel ve Sık Kullanılan Ölçekler. Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri San. Tic. Türk Nöroşirürji Derneği Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Öğretim ve Eğitim Grubu Yayınları. 407-13,
5. Yıldırım, T., Işık, H. S. (2017). Servikal ve Torakal Omurganın Dejeneratif Hastalıkları. Kadir Kotil, Cüneyt Temiz, Erkan Kaptanoğlu, Tahsin Erman, Özkan Ateş. Servikal Postlaminektomi Kifozuna Cerrahi Yaklaşım. 297-305, Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri San. Tic. Türk Nöroşirürji Derneği Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Öğretim ve Eğitim Grubu Yayınları.
6. Işık, H. S.(2016). Temel ve Klinik Nöroşirürji Soruları. Mevci Özdemir. Travma. US Akademi. İzmir, 288-292.
7. Işık, H. S. (2016). Nöroşirürji'ye Giriş. Ali Arslantaş. Lomber Disk Hernisi ve Cerrahi Tedavisi. US Akademi. İzmir, 193-206.
8. Yıldırım, T., Işık, H. S., Çağlı, M. S. (2016). Temel Spinal Cerrahi. Ali Fahir Özer, Ali Arslantaş, Sedat Dalbayrak. Hasta Hazırlama ve Cerrahi Pozisyonlar. İntertıp Yayınevi. 175-188.

9. Işık, H. S., Zileli, M. (2016). Omurilik ve Omurga Cerrahisi. Mehmet Zileli, Ali Fahir Özer. Kemik Greft Alınması. İntertıp Yayınevi. 1683-1693, 2016.
10. Okutan, Ö., Işık, H. S. (2011). Omurga travmalarında tedavi prensipleri. (Torakal travmalarda sınıflama (Bölüm 14), 111-116 pp., A. Şenel, S. Çaylı, S. Dalbayrak, C. Temiz, A. Aslantaş. Ankara, Türk Nöroşirürji Derneği Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Öğretim ve Eğitim Grubu Yayınları No:11.
11. Işık, H. S., Çağlı, S. (2012) Minimal İnvaziv Omurga Cerrahisi 'Güncel Yaklaşımlar' (Tam Endoskopik İnterlaminar Lomber Diskektomi (Bölüm 12), A. Aslantaş, S. Dalbayrak, S. Şimşek, S. Çağlı, C. Kılınçer, 127-135 pp., Ankara, Türk Nöroşirürji Derneği Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Öğretim ve Eğitim Grubu Yayınları No:13.

İ) Bilimsel ve Sanatsal Faaliyetleri:

1. Konferans. Türk Nöroşirürji Akademisi Bilimsel Konferansı 2024. 3-6 Ekim 2024, Mardin.
2. Panelist. Türk Nöroşirürji Derneği SPSCG Spinal Sempozyumu. 27-30 Ekim 2023, Bodrum.
3. Oturum Başkanlığı. Türk Nöroşirürji Derneği 34. Bilimsel Kongresi. 30 Eylül-3 Ekim 2021. Online Kongre.
4. Panelist. Türk Nöroşirürji Derneği 33. Bilimsel Kongresi. 11-14 Nisan 2019, Rixos Sungate, Antalya.
5. Panelist. Türk Nöroşirürji Derneği 32. Bilimsel Kongresi 20-24 Nisan 2018 Susesi Kongre Merkezi, Belek, ANTALYA
6. Bilimsel Kurul Üyeliği. 16. World Congress of Neurosurgery. August 20-25, 2017. İstanbul Congress Center, Turkey.
7. Oturum Başkanlığı. Breakfast Seminars-1. 16. World Congress of Neurosurgery. August 20-25, 2017. İstanbul Congress Center, Turkey.
8. Panelist. Spinal Cerrahide Hukuksal Sorunlar Oturumu. Türk Nöroşirürji Derneği 32. Bilimsel Kongresi. 20-24 Nisan 2018, Antalya.
9. Panelist. Komplikasyon/Malpraktis. Tanım ve sınırları. Spinal Cerrahide Komplikasyonlar Sempozyumu. 26-29 Eylül 2018. Bodrum

10. Panelist. Komplikasyon ve hata ayırtedilebilir mi? TND SPSCG M. Zileli İleri Spinal Cerrahi Kursu.30 Kasım-2 Aralık 2018. İzmir.
11. Panelist Spinal Enstrümantasyon ve Hukuk. Spinal Enstrümantasyon Teknikleri Kursu. 7 Nisan 2018. Marmara Üniversitesi. İstanbul
12. Oturum Başkanlığı. Servikal Spondilolitik Myelopati Oturumu. Türk Nöroşirürji Derneği 31. Bilimsel Kongresi, 29 Mart-02 Nisan 2017, Kaya Palazzo Kongre Merkezi, Antalya.
13. Oturum Başkanlığı. Lomber Dejenertaif Deformite Oturumu. Türk Nöroşirürji Derneği 30. Bilimsel Kongresi. 8-12 Nisan 2016. Kaya Palazzo Kongre Merkezi, Antalya
14. Oturum Başkanlığı. İleri yaş dejeneratif disk hastalığında tedavi seçenekleri oturumu. Türk Nöroşirürji Derneği 29. Bilimsel Kongresi. 17-21 Nisan 2015, Belek, Antalya.
15. Oturum Başkanlığı. Psikocerrahide Nöromodülasyon. Türk Nöroşirürji Derneği 28. Bilimsel Kongresi. 4-8 Nisan 2014, Beldibi, Antalya
16. Panelist. Alt Ekstremitte Tuzak Nöropatileri. . Türk Nöroşirürji Derneği 28. Bilimsel Kongresi. 4-8 Nisan 2014, Beldibi, Antalya
17. Panelist. Spinal cerrahide komplikasyonlar içim güncel literatür derlemesi. TND SPSCG Anadolu Toplantıları. 6-7 Mayıs 2017. Amasra
18. Panelist. Spinal cerrahide etik yaklaşım gerekçeleri ve revizyon cerrahisi sorunlarına ön bakış. TND SPSCG 3. Anadolu Toplantıları. 30 Nisan 2016. Ordu.
19. Oturum Başkanlığı. Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Sözlü Sunumlar-3. Türk Nöroşirürji Derneği 26. Bilimsel Kongresi, 20-24 Nisan 2012, Belek Antalya.
20. Oturum Başkanlığı. Nöroşirürjide eğitim ve kendini geliştirme. Türk Nöroşirürji Derneği 26. Bilimsel Kongresi, 20-24 Nisan 2012, Belek Antalya.
21. Panelist. Spondilolistezisler. TND SPSCG Eğitim ve Eğitim Gruu Toplantıları. 9 Nisan 2011, Ordu.
22. Panelist. Spinal BOS Fistülleri. Türk Nöroşirürji Derneği 24. Bilimsel Kongresi, 14-18 Mayıs 2010. Belek, Antalya.

23. Panelist. Servikal cerrahi komplikasyonları olgu sunumu. TND SPSCG
Omurg Cerrahisinde Komplikasyon ve Revizyon. 28-31 Ekim, Antalya

AKADEMİK VE İDARİ GÖREVLERİ

- a) Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekan Yardımcısı (2010-2011)
b) Ordu Ü. Tıp Fakültesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı (2010-2011)
c) Ordu Üniversitesi Kulüpler Birliği Üst Kurul Üyeliği (2010-2011)
d) Ordu Ü. Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu Üyeliği (9 Mart 2010- 2012)
e) Ordu Ü. Tıp F. Fakülte Yönetim Kurulu Üyeliği (9 Mart 2010- 2012)
f) Ordu Ü. Tıp Fakültesi Yayın Alt Komisyon Üyeliği (2010-2012)
g) Ordu Ü. Tıp Fakültesi Akademik Değerlendirme ve Kalite Geliştirme Kurul Üyeliği (2010-2012)
h) Ordu Üniversitesi Çocuk Koruma Merkezi Müdür Yardımcısı (2015-Devam Ediyor)
i) Ordu Üniversitesi Kulüpler Birliği Üst Kurul Üyeliği (2015-Devam Ediyor)
j) Ordu Ü. Tıp Fak. Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı (2012-Devam Ediyor)
k) Türk Nöroşirürji Derneği Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Grubu Yönetim Kurulu Üyeliği (2017-2019)

EĞİTİM ÖĞRETİM FAALİYETLERİ

Girilen Dersler (Yıllık) (2013-2023 arası)

Lisans (Tıp Fakültesi)		
Dönem 1 Deontoloji	29 saat	
Dönem 1 Tıbbi Terminoloji	21 saat	
Dönem 1 (Sağlık Hukuku ve İletişim)(Seçmeli)	56 saat	
Dönem 3 Tıbbi Etik	4 saat	
Dönem 3 Nöroşirürji	7 saat	
Dönem 5 Nöroşirürji	96 saat	

ÜYESİ OLDUĞU VE GÖREV ÜSTLENDİĞİ ULUSAL VE ULUSLARARASI KURULUŞLAR

Türk Nöroşirürji Derneği Üyesi

Middle East Spine Society Üyesi

Türk Omurga Derneği Üyesi

Türk Nöroşirürji Derneği Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Grubu Üyeliği

Türk Nöroşirürji Derneği Mesleki ve Özlük Haklar Kurulu Üyeliği (2009-2011)

Türk Nöroşirürji Derneği Genç Nöroşirürjiyenler Kurulu Üyeliği (2011_2013)

