

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
ADLİ TIP ENSTİTÜSÜ

Danışman: Prof. Dr. İmdat Elmas

**KARDİYOYASKÜLER HASTALIKLAR İLE İLGİLİ KUSURLU TIBBİ
UYGULAMALAR**

TIP BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

HAKAN KARPUZ

İstanbul-2015

İstanbul, 25 Mayıs 2015

İ.Ü.ADLİ TIP ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TIP BİLİMLERİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Lisansüstü Öğretim Yönetmeliğinin 50.maddesi uyarınca Enstitünüz Tıp Bilimleri Anabilim Dalı'nın doktora öğrencisi Hakan KARPUZ' un

“Kardiyovasküler Hastalıklar İle İlgili Kusurlu Tıbbi Uygulamalar”

Adlı tezi jürimizce tetkik edilmiş ve kendisine tez savunması yaptırılmıştır.

Yukarıda adı geçen tezin ve tez savunmasının kabul edilmesine oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. İmdat ELMAS
Jüri Başkanı
Danışman



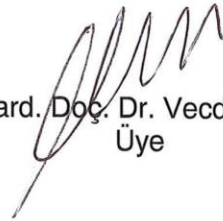
Prof. Dr. A. Coşkun YORULMAZ
Üye



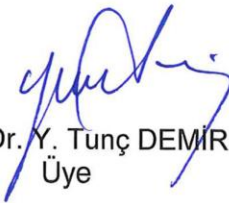
Doç. Dr. Nurşen TURAN YURTSEVER
Üye



Yard. Doç. Dr. Vecdet ÖZ
Üye



Yard. Doç. Dr. Y. Tunç DEMİRCAN
Üye



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Hakan KARPUZ

TEŞEKKÜR

Doktora çalışmam boyunca büyük bir anlayış ile öğrenimime katkıda bulunan tüm hocalarıma ve arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunuyorum.

Tezimin her safhasında, sabır, anlayış ve fedakarlıklarını içtenlikle esirgemeyen danışman Hocam Sayın Prof. Dr. İmdat Elmas’a,

Beyniyle, yüreğiyle örnek bir bilim insanı olan Sayın Prof. Dr. Coşkun Yorulmaz’a

ve tezimin başından beri her kademesinde emeği olan, geleceğin çok iyi bir bilim insanı olacağına inandığım Sayın Uzm. Dr. Zafer Liman’a, ayrıca Sayın Dr. Yusuf Özer ve Sayın Alev Bakır’a sonsuz teşekkürler;

ve elbette, hiç bitmeyen öğretim ve eğitim yolculuğumda desteklerini hiç esirgemeyen aileme en derin şükranlarımla..

Hakan Karpuz

İstanbul,

Mayıs, 2015

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
TEŞEKKÜR.....	İV
İÇİNDEKİLER	V
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ	Vİİİ
KISALTMALAR LİSTESİ	İX
ÖZET	X
ABSTRACT.....	Xİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tıbbi Uygulama Hataları	3
2.2. Tıbbi Uygulama Hatalarının Nedenleri	5
2.2.1. Hekimler ve/veya sağlık personeli ile ilgili faktörler.....	5
2.2.1.1. Tecrübe ve eğitim.....	5
2.2.1.2. Fiziki yorgunluk	6
2.2.1.3. Hekimin görev ihmali	7
2.2.1.4. Aydınlatılmış onam	7
2.2.1.5. İletişim eksikliği.....	10
2.2.1.6. Tanı hataları	10
2.2.1.7. Tedavi hataları.....	11
2.2.1.8. Kayıt tutmada eksiklik/yetersizlik.....	11
2.2.1.9. Konsültasyon eksikliği	12
2.2.1.10. Girişim hataları ve teknik hatalar	12
2.2.1.11. Terk etme	12
2.2.1.12. Özen eksikliği.....	13
2.2.2. Çevresel Faktörler	13
2.2.2.1. Ekipman, fiziksel şartlar, örgütsel çevre	13
2.2.2.2. Yazılı ve görsel basının etkileri.....	14
2.3. Tıbbi Uygulama Hatalarına Hukuki Yaklaşım	14

2.3.1. Hekim ile Hasta Arasındaki Hukuki İlişki	14
2.3.1.1. Sözleşmeden Doğan Sorumluluk	15
2.3.1.2. Vekâlet sözleşmesi ve unsurları	15
2.4. Tıbbi Uygulamaların İstenmeyen Sonuçları	16
2.4.1. Hukuka Aykırılık	16
2.4.2. Kusur	17
2.4.3. Zarar	18
2.4.4. İlliyet (Nedensellik) Bağı	19
2.5. Hekimlerin Cezai Sorumlulukları	19
2.6. Türkiye’de Malpraktis ile ilgili Yasa ve Yetkili Kurumlar	21
2.7. Bilirkişilik Kurumları	23
2.7.1. Adli Tıp Kurumu	23
2.7.2. Yüksek Sağlık Şurası	27
2.7.3. Yüksek Öğretim Kurumları	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	42
6. SONUÇ	60
KAYNAKLAR	62
ÖZGEÇMİŞ	73

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2.1 5237 sayılı TCK’nda Kast ve Taksir Kavramları.....	20
Tablo 2.2 Taksir ve Bilinçli Taksir Kavramlarının Karşılaştırılması	21
Tablo 4.1 Tıbbi uygulamaların bilimsel standartlardan sapma gösterip göstermemesi açısından hekimlerin cinsiyetlerine göre dağılımı	33
Tablo 4.2 Olguların uzmanlık alanı ve bilimsel standartlardan sapma gösterip göstermediği açısından dağılımı	35
Tablo 4.3 Ölümle sonuçlanma ile tıbbi uygulama hatası saptanması arasındaki ilişki ..	41

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1 Olguların cinsiyete göre dağılımı	31
Şekil 4.2 Olguların yıllara göre dağılımı	31
Şekil 4.3 Olguların yaşlarının göre dağılımı.....	32
Şekil 4.4 Olguların gönderildiği yargı makamlarının coğrafi bölgelere göre dağılımı ..	32
Şekil 4.5 Olguların dahili ve cerrahi tıp bilimlerine göre dağılımı.....	33
Şekil 4.6 Tıbbi uygulamalarda bilimsel standartlardan sapma oranı.....	34
Şekil 4.7 İdareye atfedilen kusur oranı	36
Şekil 4.8 Olguların başvuru patolojilerine göre, tıbbi uygulamalarda bilimsel standartlardan sapma oranları	36
Şekil 4.9 Başvurulan sağlık kurumlarında tıbbi uygulamaların bilimsel standartlardan sapma gösterme oranları	37
Şekil 4.10 Bilirkişilik açısından karar verilememesine ya da değerlendirme yapılamamasına neden olan faktörler	38
Şekil 4.11 Olgularda tıbbi hataların yapıldığı iddia edilen aşamaların dağılımı	38
Şekil 4.12a Tıbbi uygulama hatası saptanan olgularda tanı aşamasındaki tıbbi nedenlerin dağılımı	39
Şekil 4.12b Tıbbi uygulama hatası saptanan olgularda tedavi/takip aşamasındaki tıbbi nedenlerin dağılımı.....	40
Şekil 4.13 Mevcut dosyalarda farklı bilirkişi raporu bulunma oranı	40
Şekil 4.14 Kurul raporları ile önceki bilirkişi raporları arasındaki fark bulunma oranları	40
Şekil 4.15 Ölümlü olgularda otopsi yapılma oranları.....	41

KISALTMALAR LİSTESİ

AMİ: Akut miyokard infarktüsü

ATK: Adli Tıp Kurumu

BK: Borçlar Kanunu

Birinci ATİK : Birinci Adli Tıp İhtisas Kurulu

CMK: Ceza Muhakemesi Usulü Kanunu

ESC: European Society of Cardiology

EKG: Elektrokardiyografi

HD: Hukuk Dairesi

HHY: Hasta Hakları Yönetmeliği

HMK: Hukuk Muhakemeleri Kanunu

İKH: İskemik kalp hastalıkları

İTO: İstanbul Tabip Odası

Üçüncü ATİK : Üçüncü Adli Tıp İhtisas Kurulu

TCK: Türk Ceza Kanunu

TDİ: Tıbbi Deontoloji Tüzüğü

TMK: Türk Medeni Kanunu

TTB: Türk Tabipler Birliği

TTB-HME: Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları

TŞSTİDK: Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcraasına Dair Kanun

YSS: Yüksek Sağlık Şurası

ÖZET

Karpuz, Hakan. (2015) Kardiyovasküler Hastalıklar İle İlgili Kusurlu Tıbbi Uygulamalar. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Doktora Tezi. İstanbul.

Dünyada her geçen gün artan hak arama çabaları beraberinde hekimlere yönelik tıbbi uygulama hatası iddialarını da beraberinde getirmektedir. Bunun yanında ülkemizde hekimlerin yoğun çalışma koşulları ve/veya özensizlik ve dikkatsizlikleri neticesinde oluşan zarar, hastanın sağlık sistemine ya da çalışanlarına olan güvenini azaltmakta ve şikâyetlerin artmasına katkı sağlamaktadır.

Tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan olgular hakkında mahkemelerin bilirkişi görüşü aldıkları kurumların başında Adli Tıp Kurumu gelmektedir. Bu çalışmada 2005-2010 yılları arasındaki kardiyoloji ve kalp damar cerrahi uzmanlık alanında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan 389 olgu retrospektif olarak incelendi. Çalışmada olguların %71,7'sinin erkek, %28,3'ünün kadın olup, yaş ortalamasının 45,2 olduğu görüldü. Olgular gönderildikleri yargı makamlarının coğrafi konumuna göre incelendiklerinde en fazla olgunun sırasıyla Marmara (%35,7) ve Ege (%21,9) bölgelerinden geldiği saptandı. İncelenen 389 olguda haklarında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan toplam 485 hekimin %76,5'ini erkek hekimlerin oluşturduğu belirlendi.

Kalp ve damar hastalıkları nedeni ile tedavi edilen ve tıbbi uygulama hatası iddiası olan olguların %32,6'sında tıbbi uygulama hatası tespit edildiği, %12'sinde ise görüş bildirilemediği görüldü. Tıbbi uygulama hatası iddiaları ile yönetsel eksikliklerin ilişkili bulunduğu olgu oranı %2,8 olarak belirlendi. Şikâyet konusu olguların hastaneye başvuru patolojileri dikkate alındığında, iskemik kalp hastalıkları (%42,2) ve büyük damar hastalıklarının (%21,1) ilk iki sırayı aldıkları görüldü. En sık şikâyet edilen sağlık kurumlarının sırasıyla özel hastane (%35,8) ve devlet hastaneleri (%33,7) olduğu saptandı. Tıbbi uygulama hataları sağlık kurumlarına göre incelendiğinde ise devlet hastanelerinde (%15,3) diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla oranda bilimsel standartlardan sapma olduğunu görüldü. Olguların %20'sinde ATK'ya başvuru öncesi farklı bilirkişilerden görüş alındığı ve bu raporlar ile ATK görüşleri arasında %44,3 oranında fark olduğu saptandı.

Anahtar sözcükler: Malpraktis, kardiyoloji, hekim hatası, tıbbi uygulama hatası, adli tıp

ABSTRACT

Karpuz, Hakan. (2015) Medical Malpractice Cases Related To Cardiovascular Disaeses. İstanbul University, Institute of Health Science, Phd Thesis. İstanbul.

Globally increasing awareness of rights and legal assistance brings along significant increase in medical malpractice claims of physicans each passing day. Besides, damages as a result of intense working conditions and/or careless and inattentive attitudes of physicans has contributions to decrease of reliance to healthcare system or staff of patients and increase on complains.

The Council of Forensic Medicine (ATK) comes the first for courts to request expert opinion about the cases with claims of medical malpractice. In this study, a retrospective study was conducted on 389 malpractice claim files related with cardiology and cardiovascular surgery specialty, which had been examined between the years 2005 to 2010. It is found for the cases, males were 71.7%, 28.3% woman and averge age was 45.2. When the cases evaluated according to the geographic location of the submitting court, it is found that cases submitted from Marmara (35.7%) and Ege (21.9%) respectively. It is determined that 76.5% of 485 physicians that were claimed for medical malpractice in 389 cases were males.

It is observed that, medical practice mistake found for 32.6% and for 12% the council was not able to state any opinion in terms of malpractice for the cases claimed as medical malpractice. The ratio of the cases including a relation between medical malpractice claims and administrative deficiencies, determined as 2.8%. When the pathology of complaints of cases considered, it is observed ischemic heart diseases (42.2%) and major vascular diseases (21.1%) take first two places respectively. It is found that, most common complaints against healthcare institutions were private hospitals (35.8%) and state hospitals (33.7%) respectively. When medical malpractices evaluated according to the healthcare institutions, it is found for state hospitals (15.3%) scientific statistical significant standard deviation more than others. It is determined that 20% cases were submitted to other experts before The Council of Forensic Medicine (ATK) and for 44.3% of the cases opinion results showed difference.

Keywords: Malpractice, cardiology, forensic medicine, physician misdiagnosis, medical mistake

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Malpraktis, Latince “Male” ve “Praxis” kelimelerinden türemiş olup, “kötü, hatalı uygulama” anlamındadır. Uygulamada; bir meslek mensubunun, mesleğini uyguladığı esnada ortaya çıkan hatalı, kusurlu hareketleri olarak kullanılır. “Tıbbi Malpraktis” kavramı ise; tıp mesleği mensuplarının aynı şekildeki hareketleri sonucu ortaya çıkar (1).

Hekimlik mesleğinin uygulaması ülkelere özgü özel kanun, tüzük ve yönetmelikler ile düzenlenmiştir. Türkiye’de hekimlerin mesleki faaliyetlerini, hasta ve meslek odaları ile ilişkilerini düzenleyen, temel sağlık mevzuatı arasında; 11.4.1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının tarzı icrasına dair kanun, 24.4.1930 tarih ve 1993 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu, 11.1.1936 tarih ve 38 sayılı Tababeti Adliye Kanunu, 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu ile Sağlık Bakanlığı’nın 1.9.1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliği ve 08.05.2014 tarih ve 28994 Sayılı Yönetmelik ile değiştirilen 26.maddesi sayılabilir (2–9).

İlgili yasal mevzuat kapsamında, tıbbi girişim sonucunda oluşan zarar, genel sorumluluk kuralları gereğince hekimin cezai ve hukuki sorumluluğunu oluşturmaktadır (7,10). Bu sorumluluk değerlendirilirken, göz önünde bulundurulması gereken önemli bir nokta, hastanın uygulanan tıbbi girişimlerden beklentilerinin ne ölçüde karşılandığıdır. Bu beklentiler, hasta memnuniyetinin en önemli parçası olup, hastaya uygulanan bakım, girişimin hasta üzerinde yarattığı etkiler, hastanede kalış süresi ve hasta hekim ilişkileri gibi konuları da kapsar (11). Günümüzde, tıbbi uygulama hataları nedeniyle açılan dava sayısındaki hızlı artış, ciddi bir endişe kaynağıdır (7,10,11). Artan sayılar nedeniyle mahkemelere, idari makamlara ve bilirkişi kurumlarına yapılan başvuruların çözümlenmesinde problemler yaşanmaktadır.

Türkiye’de hekimlerin mesleki sorumluluğu ile ilgili açılan davalarda, genel olarak Yüksek Sağlık Şurası ve/veya Adli Tıp Kurumu’nun bilirkişiliğine başvurulur. Ancak, 2010 yılından itibaren ceza davalarında Yüksek Sağlık Şurası’na zorunlu başvuru yapılması gereği kaldırılmıştır (12). Bu süreç Adli Tıp Kurumu’nun iş yükünü daha da arttırmıştır. Türkiye’de tıbbi malpraktis konusu 2005 yılında Türk Ceza Kanunu’nun değiştirilmesi sonucu medya ve tıp çevrelerinde ciddi olarak ele alınmaya başlanmıştır. Yine zorunlu mesuliyet sigortasının 2010 yılında yürürlüğe girmesi nedeni ile sigorta şirketlerinde davalara ait sınırlı bilgi bulunmaktadır. Bu nedenle konu hakkında sağlıklı verilere henüz ulaşılamamaktadır. Medyada çok sık yayınlanan ve açık olarak tıbbi malpraktis konusu olabilecek haberlerin hukuki sonuçları izlenemediğinden, bilimsel veri olarak değerlendirme olanağı da yoktur.

Gerçek kusur ile kabul edilebilir risk (komplikasyon) kavramının ayırımı ve tıp dalları ile ilgili minimum bakım standartlarının hazırlanması yönündeki çabalar, konunun çözümüne yönelik bilimsel yaklaşımı oluşturmaktadır.

Bu çalışmada, kalp ve damar sorunları nedeniyle hekime başvurarak tedavi olmuş hasta ve hasta yakınlarının, tıbbi uygulama hatası iddiası ile Adli Tıp Kurumu’na yaptıkları başvuruları ile ilgili toplanan veriler, verilerdeki eksiklikler ve nedenleri ile bu verilerdeki karar oluşturma mekanizmalarına bilirkişi incelemelerinin katkısının tartışılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tıbbi Uygulama Hataları

Tıbbi uygulama hatalarının günümüzde anlaşıldığı şekliyle modern tıbbın gündemine girmesi oldukça uzun zaman almıştır. Tıp ve tıp mesleği mensuplarının hatalı uygulamalarına ilişkin yaklaşımlar toplumdan topluma değişmekle birlikte gelişen süreç içinde sayısız düzenlemeyle hukuki olarak düzenlenmeye çalışılmıştır.

Profesyonel anlamda malpraktis kavramına ilk olarak 18. yüzyılın başlarında İngiliz hukuk teorisinde rastlamak mümkündür. Sir William Blackstone'nin İngiliz hukuku üzerine olan, “mala praxis” kelimesinin geçtiği 1768'deki meşhur yorumunda tıbbi uygulama hatalarını, “ihmal ya da beceri eksikliği içeren hekimin, cerrahın ya da eczacının yönetimi ile hastanın zarara uğrayarak, hekime güvenin sarsılması” şeklinde tanımlanmış ve o tarihte yapılan bu tanım günümüzdeki malpraktis teriminin temellerini oluşturmuştur (13).

Tarihsel süreç incelendiğinde ise Hammurabi kanunları ve Hipokrat Andı tıbbi uygulama hataları konusunda karşımıza çıkan ilk metinleridir (14).

Hekim sorumluluğuna dair uygulamaların ilk temelleri Hipokrat tarafından Eski Yunanistan'da atılmış ve hekimin tıp kurallarına uygun olmayan uygulamaları kusur olarak kabul edilmiştir (15). 282 maddeden oluşan Hammurabi kanunlarının 10 maddesi cerrahların alacakları ücretler ve mesleki hata yaptıklarında onlara uygulanacak cezalarla ilgilidir. Bu maddelerin birinde ‘bir hasta operasyon sırasında hayatını ya da gözünü kaybederse hekimin elleri kesilir’ ibaresi yer alırken, bir diğerinde ise ‘Hekim birisine bronz neşter ile tehlikeli bir yara açarak onu öldürürse, onun yerine bir esir verecektir. Onun göz perdesini bronz bir neşterle açıp harap etmiş ise, esirin bedelinin yarısını verecektir’ denmektedir (8,16,17).

Amerikan Tıp Derneği, 1847 tarihinde temel standartları belirleyerek tıbbi yönetmelikler oluşturmuştur. Derneğin bu yaklaşımı sonucu 19. yüzyılın sonlarına doğru doktorların tıbbi uygulama hatalarını %80 oranda kontrol eder duruma gelmiştir (8).

ABD, İngiltere ve Kanada gibi ülkelerde 1900'lü yılların ikinci yarısından itibaren tıbbi uygulama hatalarına karşı yüksek tazminat cezaları verilmesi ve hasta hakları ile ilgili çalışmalar gündeme gelmeye başlamıştır (18).

İngiltere'de 1990 yılında Ulusal Sağlık Hizmetleri'ne bağlı çalışan doktorlar kurumsal olarak sigortalanmışlar ve faaliyetlerinden doğan her türlü sorumluluk kurumsal olarak üstlenilmiştir. Ulusal Sağlık Hizmetleri'nin (National Health Service) tazminat kaynakları ise hükümet bütçesinden karşılanmaktadır (8,19).

Amerika Birleşik Devletleri'nde "The Joint Commision on Accreditation of Healtycare Organizations (JCAHO)" tıbbi uygulama hatası tanımında; "Çoğunlukla halka sağlık hizmeti verilen merkezlerde bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranmasıdır" denmektedir (20).

Tıbbi uygulama hataları ile ilgili, yapılan çalışmalarda, ciddi bir örnek olan Amerikan mahkeme sisteminin; çok pahalı olduğu ve sosyal politika olarak da tazmin edici yönünün rasyonel, mantıklı olmadığı açıkça gösterilmiştir. Bütün bu çalışmalarda çok az yer alan şey Amerika'daki sistemin nasıl oluştuğu ve günümüze taşındığı konusundaki bilgilerdir. Bu sorun ele alındığında, konunun dinamiklerinin bilinmesi çözüm açısından oldukça yararlı olacaktır (13).

Birçok tanım içerisinde "hastalık sürecine bağlı olmayan tıbbi yönetimden kaynaklanan yaralanma" kavramı oldukça yalın olarak anlatılmaktadır. Tıbbi uygulama hataları, "hizmetleri sunan hekim, hemşire ve ilgili yasaya göre hastaya müdahale

yetkisi bulunan fizyoterapist, psikolog veya diyetisyen gibi sağlık personelinin öneri ve/veya uygulamaları sonucu, hastalığın normal seyrinin dışına çıkarak, iyileşmesinin gecikmesinden, hastanın ölümüne kadar geniş bir yelpazedeki şartların” tamamını içermektedir (1,21).

Bir işin belirlenen şekilde yapılması “standart” olarak tanımlanır. Tıbbi uygulama hatası, “hastanın yaralanmasına sebep olan, kabul edilmiş sağlık bakım ve beceri standartlarını sağlamada, bakım hizmeti sunan açısından, başarısızlık veya yanlış uygulama” olarak da tanımlanmaktadır. Bu durumda, tıbbi uygulama hatası, standartlardan sapma anlamına gelir (21–23).

Dünya Tabipler Birliği’nin (The World Medical Association) 1992 yılındaki 44. Genel Kurulu’nda kabul edilen “Tıpta Yanlış Uygulama” konulu duyurusu, bu birliğin çatısı altında toplanmış ülkeleri, tıpta giderek artan bir oranda yer almaya başlamış yanlış uygulamalar (malpraktis) ve suistimaller konusunda uyarmayı hedef almıştır (24). Bu duyuruda tıbbi uygulama hataları “hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar” olarak tanımlanmıştır.

2.2. Tıbbi Uygulama Hatalarının Nedenleri

Hekimler tanı, tedavi ve izlem aşamalarında hata yapabilmektedirler (22,25). Tıbbi uygulama hatası nadiren tek bir nedene bağlı olarak oluşur. Genellikle hata oluşumunda insan faktörü (hekimle ve sağlık personeli ile ilgili) ve çevresel faktörler iç içedir (21,22).

2.2.1. Hekimler ve/veya sağlık personeli ile ilgili faktörler

2.2.1.1. Tecrübe ve eğitim

Günümüzde tıbbın bilimsel, sosyal ve ekonomik gelişmişlik süreciyle paralel olarak geldiği noktada, hasta hekim ilişkilerinde, hastaların hekimlerden beklentileri

artmıştır (26). Bilgisizlikten ve deneyimsizlikten kaynaklanan hataların sayısı azımsanamayacak ölçüdedir. Bilgi o kadar hızlı gelişmektedir ki, hekimler, kendi uzmanlık alanlarında dahi tüm bilgilere hakim olamayabilecek duruma gelmektedir. Bazı tedavi yöntemlerinin bilimsel gelişmelere bağlı olarak değişmesi de, daha önceki bir zaman diliminde yapılan uygulamaların zaman içinde malpraktis olarak değerlendirilmesine neden olmaktadır. Örneğin, 50 yıl önce, prematüre bebeklerin yüksek oksijen konsantrasyonunda tedavi edilmesi gerektiği kabul gördüğü halde bugün, bu şekildeki bir tedavinin retinopatiye yol açtığı bilinmektedir (22).

Yeterli mesleki bilgi ile donatılmamış sağlık personeli, sadece tıbbi uygulama hatası olgularının artmasına yol açmayıp, aynı zamanda ilgili diğer personelin eğitilme olanağını da ortadan kaldırmaktadır (21).

Sağlık personelinin deneyiminin de tıbbi uygulama hatası olguları ile doğrudan ilişkili olduğu bilinmektedir. Meslekte çalışma süreleri 10 yıl ve daha fazla olan sağlık personelinin daha az hata yaptıklarının saptandığı bazı çalışmalar mevcuttur (27).

2.2.1.2. Fiziki yorgunluk

Dikkat azlığı, tıbbi uygulama hatalarına neden olan önemli faktörlerden biridir. Hekimlerin, fiziki yorgunluk nedeniyle dikkatleri dağılabilmektedir (21).

Hicks ve arkadaşları tıbbi hataların en fazla dikkatsizlik ve iş yükünün fazla olmasından kaynaklandığını dile getirmişlerdir (28). Bir başka çalışmada ise sağlık personeli sırasıyla; iş yükünün fazla olmasını, çalışan personel sayısının az olmasını, sağlık personeline görev dışı işlerin yüklenmesini, stres ve yorgunluğu, çalışma sürelerinin uzun olmasını, aylık nöbet sayılarının fazla olmasını ve sağlık personelindeki tükenmişlik duygusunu tıbbi hata nedenleri olarak ifade etmiştir (29).

2.2.1.3. Hekimin görev ihmali

İhmal, hekimin sağlık bakımı görevinin hastaya zarar verilmesi ile sonuçlanacak şekilde ihlal edilmesidir (21). Bir hekimden, öncelikle aynı şartlar altında ortalama bir hekimin sahip olması gereken bilgi ve yeteneğe sahip olması, bu bilgi ve yeteneğini ortalama bir hekimin uygulayacağı şekilde uygulamış olması beklenir. Hekimden beklenen, tıbbi standartlara uygun hareket etmiş olmasıdır. Ortalama bilgi ve deneyime sahip bir diş hekiminin, tıp bilimi ve uygulamasında genel olarak tanınıp kabul edilmiş kurallara uygun hareket etmesi esastır (1,30).

Hukuki düzlemde hekimin ihmalden bahsedebilmek için aşağıdaki 4 unsurun varlığı değerlendirilmelidir (21).

- Mevcut olan hekim – hasta ilişkisinin hekime bir görev yükleme
- Olgunun ele alınışının hastaya karşı olan görevi ihlal edecek şekilde ihmalkâr olması
- Hekimin ihmalinin, hastanın yaralanmasının veya hastalığın artmasının kesin nedeni olması
- Hastada oluşmuş zararın öngörülebilir ve önlenabilir olması

2.2.1.4. Aydınlatılmış onam

Anglo- Amerikan hukuk sisteminin iki temel ilkesinin –güvene dayalı ilişki ve bireyin kendi hakkında karar verme hakkı- doğal gelişimi sonucunda ortaya çıktığı ileri sürülen aydınlatılmış onam öğretisi; hastanın karar vermesi esasına dayanan hekim hasta ilişkisinin temelini oluşturmaktadır (31). 1905-1914 yıllarında Amerika

Birleşik Devletleri’nde verilen bir dizi karar, aydınlatılmış onam kavramının yasal düzleme yerleşmesine neden olmuştur (32).

Aydınlatma yükümlülüğü, hastanın tıbbi müdahaleye rızasının alınmasında ilk adım olup, hasta ile hekim arasında sözleşme öncesi görüşmelerden başlayarak müdahalenin sona ermesi, hatta daha sonraki rehabilitasyon sürecinde her aşamada hekimin karşısına çıkan bir yükümlülüktür. Aydınlatma yükümlülüğü, tıp bilimi açısından müdahalenin başlaması ve yönlendirilmesinde etkin olduğu gibi, hekimin yol haritasını da belirler. Hukuk ise, tıbbî müdahalenin konusunun insan yaşamı, sağlığı ve bedensel bütünlüğü olması nedeniyle, bunun hukuka uygunluğu ve hekimin sorumluluğu bakımından aydınlatma yükümlülüğü ile ilgilenir (33).

Aydınlatma yükümlülüğü, uluslararası çeşitli sözleşmeler ve bildirgelerle kabul edilmiştir. Hasta hakları ile ilgili olarak kabul edilen ilk uluslararası metin Lizbon Bildirgesi’dir. Bu bildirge 1981 yılında Dünya Tabipler Birliği’nin 34. genel kurulunda benimsenmiştir. Altı maddelik bildirgenin üçüncü maddesi;” Hasta, yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra, tedaviyi kabul ya da reddetme hakkına sahiptir” der (34).

Tıbbi Deontoloji Tüzüğü’nün 14’nci maddesinde hastanın ruhsal olarak etkilenip, hastalığının artma ihtimali olmadığı koşullarda, tanıya göre alınması düşünülen tedbirlerin hastaya açıkça söylenmesi gerektiği belirtmektedir. Ancak prognozun kötü olduğu durumlarda karşılaşılabilecek sürecin saklanması konusunda karar hekime bırakılmaktadır (35,7). Hasta Hakları Yönetmeliği 24. maddede de tıbbi müdahalelerde hastanın rızasının gerekliliği belirtilmiştir. Aynı şekilde hastanın bilgilendirilmeme hakkı da bulunmaktadır. Bu husus Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları (TTB-HME) 27. maddede belirtilmiştir. Ailenin bilgilendirilmesi için de hasta ile uzlaşmaya varılması gereklidir (6-9).

Türk hukukunda ise tek başına aydınlatma yükümlülüğüne ait genel bir hüküm yoktur. Buna rağmen Anayasa, Türk Medeni Kanunu (TMK) ve BK’ndan yararlanarak genel bir dayanağa ulaşılabilir (33). Anayasa’nın 17. maddesinde “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” denir.

Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcraasına Dair Kanun’da (TŞSTİDK) aydınlatma yükümlülüğü özel olarak düzenlenmiştir. Bu kanunun 70. maddesinde “Tabipler, diş tabipleri ve dişçiler, yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evveleminde muvafakatini alırlar” denmiş ve bu maddeyle her tür tıbbi girişim için hastanın onamının alınması gerekliliği belirtilmiştir (33).

Hasta Hakları Yönetmeliği’nin (HHY) 24. maddesi ise aydınlatma yükümlülüğü ile ilgili olarak şu şekilde düzenlenmiştir: “Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde bu şart aranmaz. Kanuni temsilci tarafından muvafakat verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet veya vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; TMK’nun 272. ve 431. maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır. Kanuni temsilciden veya mahkemeden izin alınması zaman gerektirecek ve hastaya derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı veya hayati organlardan birisi tehdit altına girecek ise, izin şartı aranmaz” (9).

HHY’nin bu maddesi aydınlatma yükümlülüğünün yanı sıra, bu yükümlülüğün ortadan kalktığı durumlardan biri olan acil hallerden bahsetmektedir. Bu yükümlülüğün ortadan kalktığı diğer haller tehlike olasılığı az olan tetkik için kan,

idrar alma ya da ultrasonografik ya da basit radyolojik incelemeler gibi rutin işlemler, hastanın kendisine yapılacak uygulama ile ilgili bilgisinin bulunması ve bilgilendirmenin hastanın ruh ve beden sağlığını olumsuz etkileyeceği kronik ve malign hastalıkların varlığı olarak sıralanabilir. Hasta vermiş olduğu onamı dilediği zaman geri alma hakkına sahiptir. Bu haktan Biyotıp Sözleşmesi'nin 5. maddesinde bahsedilmektedir (36,37).

2.2.1.5. İletişim eksikliği

Hekim-hasta ilişkisi tıbbi uygulama hatalarının omurgasını oluşturmaktadır. Sağlık personelinin iletişim becerileri, teşhis aşamasında olduğu gibi, hastaların tedavi planlarını doğru takip etmelerinde önemli bir etkiye sahiptir. Bu etki tıbbi uygulama hatası iddialarının azaltılması ile de yakından ilgilidir (21,22).

Hasta odaklı davranan, hastalarla tartışmaya girmeyen, pozitif duygulanım gösteren hekimler, hastalar tarafından tedavide daha başarılı olarak değerlendirilir. Aynı zamanda bu hekimlerin hastaları tedavi planına daha uyumlu yaklaşırlar (38).

Bununla birlikte yüz ifadesi, gülümseme, göz teması, hastanın dinlendiğini gösteren ve baş hareketleri ile onaylayan mimikler, konuşma sırasında ellerin hareketi, beden duruş biçimi (açık ya da kapalı beden postürü, öne ya da arkaya yaslanmak), konuşma şeklinin hızı, ses yüksekliği, ses tonu, duraklamalar ve akıcılık gibi sözel olmayan özellikleri ve söz kesme gibi konuşmaya ait tutumlar da iletişim becerileri kapsamında değerlendirilir (39).

2.2.1.6. Tanı hataları

Hekimin doğru teşhis koyma yükümlülüğü vardır. Uygun tedavi tanının doğru konulmasına bağlıdır. Hekim, hasta için en iyi sonucu seçmek zorundadır (40). Fakat

her hastaya her şartta doğru tanı konulamayabilir. Hekimin güncel tanı imkânlarına rağmen doğru tanı koymaması ya da hatalı tanı koyması bir zarara yol açarsa bu durumdan sorumlu tutulabilir (41).

2.2.1.7. Tedavi hataları

Hekim hangi tedavi yöntemini seçeceği konusunda serbesttir. Fakat tedavi yöntemi ile ilgili gerekçelerini de ekleyerek hastaya anlatmalı onam almalıdır. Örneğin bir operasyon için risk durumuna göre en riskli yöntemi seçen hekim yeterli aydınlatmayı yapmadığı takdirde çıkan zararlardan sorumlu tutulabilir.

Tanının doğru konulmadığı durumlarda tedavi de yanlış olarak uygulanmış olur. Bazen tanı doğru olarak konulmuş olsa bile uygulanan tedavi güncel tıbbi bilgilere uygun olmayabilir. İşte bu durumlarda tedavi basamağından kaynaklanan tıbbi hata söz konusu olur (42).

2.2.1.8. Kayıt tutmada eksiklik/yetersizlik

Tedavi sırasında hastaların karıştırılmaması için hasta kimliğinin doğrulanması gerekir. Hastanın kimliğinin doğrulanması işlemi tanı ve tedavi işlemleri öncesinde mutlaka yapılmalı, hasta transferi sırasında kontrol edilmelidir (13).

Tıbbi belgelerde yazılmayan işlemler yapılmamış, yazılanlar ise yapılmış kabul edilir (43). Tıbbi kayıtların eksiksiz ve düzenli olarak tutulması hukuki bir zorunluluktur. Tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan durumlarda çok önemli bir delil niteliğindedir. Adli raporlar tıbbi kayıtlar dikkate alınarak hazırlanmaktadır. Tıbbi kayıtların saklanma sorumluluğu ise sağlık hizmetini veren kurum ve kuruluşlarına aittir (44).

2.2.1.9. Konsültasyon eksikliği

Tıbbi branşların kanun ve yönetmeliklerle görev sınırları tanımlanmış olup, kendi alanlarının dışındaki konularda ilgili hekimlerden görüş istenmesi gereklidir. Hekim iş yoğunluğu, iletişim eksikliği, hızlı karar verme gibi nedenlerden dolayı konsültasyon istemeden yetki sınırlarını aşarak vermiş olduğu kararlardan sorumludur. Bu kararlar sonucu oluşabilecek zararlarda ise eksik araştırma ve özen kusuru gerekçeleri ile tıbbi hata söz konusu olabilmektedir (8).

2.2.1.10. Girişim hataları ve teknik hatalar

Cerrahi girişimler esnasında vücut içinde yabancı cisim unutulduğu durumlarda dava açılması söz konusu olabilmektedir (8). Tıbbi işlemlerde kullanılan malzemelerden kaynaklanan sorunlar da (çalışmaması, kırılması, aşırı ısınması, temizlenmemiş olması vb.) hasta sağlığını olumsuz etkileyebilir. Bu gibi durumlarda hekim ve uygulama yapan personel direkt ya da indirekt şekilde sorumlu tutulabilmektedir (7).

2.2.1.11. Terk etme

Türk Tabipler Birliği'nin 10-11 Ekim 1998 tarihli 47. Genel Kurulu'nda; Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın 25. maddesinde tedaviyi üstlenmeme veya yarıda bırakma şartları ile ilgili olarak; "hekim ancak tıbbi bilgisini gerektiği gibi uygulayamayacağına karar verdiğinde ve hastasının başvurabileceği başka bir hekim bulunduğu durumlarda, hastanın bakımını ve tedavisini üstlenmeyebilir veya tedaviyi yarım bırakabilir" şeklinde belirtilmektedir. Hastayı teslim alacak yeni bir hekim bulunmadan hekim hastasını bırakamaz ve tedaviyi üstlenen meslektaşına hasta hakkındaki tüm bilgileri aktarmakla yükümlüdür (45). Hekim terk etme açısından

gerekli koşulları yerine getirmediği takdirde tıbbi özen eksikliği gerekçesi ile sorumlu tutulabilecektir (46,47).

2.2.1.12. Özen eksikliği

Özen hekimin mesleğine duyduğu saygının bir neticesidir. Özensiz yapılan işlerin nasıl ki beğeni kazanamayacağı gibi söz konusu hasta olduğunda da tedavinin olumlu sonuçlanmayacağı ve zarar verici boyuta kadar ulaşabileceği düşünülmelidir. Oluşan hukuki durum; tedavi uygulaması sırasında ortaya çıkan ihmal içeren davranışların sorumlulukları içerir. Söz konusu olan şikâyetlerin çoğu hastaya gerekli dikkatin gösterilmediği veya tanının gereken şekilde konulmadığı ya da doğru tedavinin uygulanmadığı durumları içermektedir (8,47,48).

2.2.2. Çevresel Faktörler

2.2.2.1. Ekipman, fiziksel şartlar, örgütsel çevre

Tıbbi uygulama hataları hekimin davranışı ile ilgili olabileceği gibi, birden fazla hekimin, kurumun, sistemin kusuru ile ilgili de olabilir (1). Başka bir deyişle, sağlık kuruluşunda çalışan personelin davranışlarını örgütsel çevre faktörleri değiştirebilir. Tedaviyi üstlenen hekimin yanı sıra sağlık kuruluşunun da en iyi hizmeti sunmak için gereken özeni gösterme yükümlülüğü söz konusudur. Burada bir ekip çalışması söz konusu olup, yükümlülük hastanın bakımı, temiz ve sağlıklı koşulların sağlanması, özenli ve doğru tetkiklerin yapılması, hastaların operasyon sonrası hastane enfeksiyonlarından korunması ve bakımı, hasta ile ilgili tetkik ve konsültasyon sonuçlarının hekime doğru ve güvenilir şekilde ulaştırılması gibi geniş bir yelpazede değerlendirilmelidir (21,22,6).

Olumsuz çevre şartları, personelin yoğunlaşma süresini etkilemekte ve sonuçta daha hızlı karar verme yolu seçilmektedir. Aynı şekilde hatalı, uygun olmayan, yetersiz ya da eksik tıbbi cihazlar da vasat bir klinik performansa neden olmakta ve tıbbi uygulama hatası riskini artırmaktadır. Örneğin dinleme aletleri, oftalmoskoplar ve EKG cihazları gibi standart tıbbi cihazların bulunmayışı, personelin detaylı bir muayene yapamamasına yol açmaktadır. Bu hususlar, sunulan hizmetin kalitesini etkiler (7,8,22,35).

2.2.2.2. Yazılı ve görsel basının etkileri

Tıbbi uygulamalar sonucu oluşan kişisel zararlar, son yıllarda basın yayın organlarında giderek artan oranlarda gündeme gelmekte ve toplumun ilgisini çekmektedir. Basın yayın organlarında konu edilen tıbbi uygulama hataları, kamuoyunun davranışlarını belirleme noktasında önemli ölçüde etkili olmaktadır. Bu doğrultuda, insanların sağlık çalışanları tarafından verilen sağlık hizmetlerine yaklaşımları daha sorgular bir tarz almıştır. Basın-yayın organlarında konu edilen bu tür haberler hastaların genel olarak sağlık sisteminden ve bireysel olarak sağlık çalışanlarından beklentilerini artırmış, toplumun bu konuda hassaslaşmasına neden olmuştur. Mevcut olan bu durum, hatalı uygulamaya maruz kalan bireyi hakkını aramak amacıyla çeşitli girişimlerde bulunmak için cesaretlendirmiştir (49).

2.3. Tıbbi Uygulama Hatalarına Hukuki Yaklaşım

2.3.1. Hekim ile Hasta Arasındaki Hukuki İlişki

Hekim ile hasta arasındaki ilişkide her iki tarafın da bazı hakları ve sorumlulukları bulunur. Söz konusu hak ve sorumlulukları tanımlamak ancak ilişkinin hukuki içeriğini ortaya koyarak mümkün olabilir.

2.3.1.1. Sözleşmeden Doğan Sorumluluk

Sağlık personelinin bir hastaya nasıl davranması gerektiği, bu konuda kendisinden ne beklendiği, neleri yapması, neleri yapmaması gerektiği; ulusal ve uluslararası tıbbi etik ve deontolojik kurallar, sözleşmeler, bildirgeler, yasalar, yönetmelikler gibi yazılı metinlerin yanında; genel ahlak kuralları, örfler, adetler ve ananeler gibi yazılı olmayan kurallar ile de belirlenmiştir. Ancak bu konuda önemli belirleyicilerden biri; sağlık personeli ile hasta arasındaki varsayımsal sözleşmedir. Hasta hekimin karşısına geçip anamnez vermeye, hekim de bu anamnezi dinlemeye başladığından itibaren aralarında bir sözleşmenin imzalandığı varsayılır. Aslında uygulamada bu sözleşmenin hastanın bir sağlık kuruluşunun kapısından girdiği anda başladığı söylenebilir. Bu sözleşme vekâlet sözleşmesi tarzındadır (1).

2.3.1.2. Vekâlet sözleşmesi ve unsurları

6098 sayılı Türk Borçlar Kanunu'nun (BK) 502. maddesi vekâlet sözleşmesini “Vekilin, vekâlet verenin bir işini görmeyi veya işlemi yapmayı üstlendiği” sözleşme türü olarak tanımlar. Doktrinde ise vekâlet sözleşmesi şu şekilde tanımlanmaktadır: “Vekâlet sözleşmesi, taraflardan birinin diğer tarafın yararına ve iradesine uygun olarak bir iş görme borcunu, bir zaman kaydına bağlı olmaksızın ve nispeten bağımsız olarak üstlendiği fakat sonuç rizikosunu üstlenmediği, buna karşılık diğer tarafın ise belli bir bedel üstlenme zorunluluğunun bulunmadığı sözleşme olarak tanımlanabilir” (50,51).

Doktrinde ağır basan görüşe göre, hekimin hastaya tıbbi müdahalede bulunması ancak vekalet sözleşmesinin konusunu teşkil edebilir. Konuyla ilgili bir Yargıtay kararında “Hasta ile doktorun meslek ilişkisi vekillik sözleşmesine dayanır. Vekil, iş görürken yöneldiği sonucun elde edilmemesinden değil, bu sonuca ulaşmak için yaptığı

uğraşların özenle görülmemesinden sorumludur. O nedenle, doktorun meslek alanı içinde olan bütün kusurları (hafif de olsa) sorumluluğun unsuru olarak kabul edilmelidir” denilmektedir (52).

Diş hekimliğini ve plastik cerrahiyi ilgilendiren bazı uygulamalarda yapılan varsayımsal sözleşme vekâlet sözleşmesi değil, eser sözleşmesidir (21).

2.4. Tıbbi Uygulamaların İstenmeyen Sonuçları

Hekimlik, riskli bir meslek grubudur. Her tıbbi girişimin kendine özgü risk ve sapmaları bulunur. Dolayısı ile oluşabilecek her tür kötü sonuçtan hekimin sorumlu tutulması beklenemez. Bu şekilde ortaya çıkan ve tıbbi uygulamada “komplikasyon” adı verilen istenmeyen durumlar, hukuk açısından da makul karşılanarak “kabul edilebilir risk” olarak nitelendirilir ve tıbbi uygulama hatası olarak değerlendirilmez (1,53).

Hekimlerin tıbbi uygulamaları nedeniyle sorumlu tutulabilmeleri için eylemin;

- Hukuka aykırı olması
- Bilimsel tıbbi standartlardan sapma olması (Kusur oluşması)
- Zararlı bir sonuç doğurmuş olması
- Zararlı sonuç ile kusurlu davranış arasında nedensellik ilişkisi bulunması gerekir (21).

2.4.1. Hukuka Aykırılık

Hukuka aykırılık; yasalar, yönetmelikler, genel ahlak, tıbbi etik kurallara uygunsuzluk anlamına gelir (21). Hekim sanatını hastanın bedeni üzerinde icra eder. Hekimin, hastanın bedeni üzerinde icra ettiği her türlü tıbbi müdahale, kural olarak hukuka aykırıdır. Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğu için, yetkili kişilerce

yapılması, tıp mesleğinin gerektirdiği kurallara ve özen yükümlülüğüne uygun davranılması ve en önemlisi hastanın aydınlatılmış onamının alınması gerekir (33).

2.4.2. Kusur

Genel kabul görmüş tanıma göre kusur; hukuk düzenince kınanabilen davranıştır. Kınamanın sebebi ise başka türlü davranma olanağı varken ve zorunlu iken o şekilde davranmayıp söz konusu olaydaki gibi davranmaktır. Başka bir anlatımla kusur, olması gereken davranışa gösterilen irade eksikliğidir (16). Tıbbi kusur ise; o günkü genel kabul görmüş tıbbi uygulama standartları çerçevesinde ortalama bilgi düzeyi, beceri, dikkat ve özene sahip bir hekimin göstermesi gereken davranış şeklinin gösterilmemesidir (1).

Hekimlerin tıbbi yardım nedeniyle ve sırasındaki kusurlarının belirlenmesinde ve ortaya konulmasında özel-ayrıcalıklı bir durum söz konusu değildir. Tüm bireylerin kusurlu davranışlarının belirlenmesi ve değerlendirilmesi için geçerli olan unsur ve yöntemlerden yararlanılması gerekir (16). Yargıtay 13. HD'nin 14.10.1974 tarih ve 2637/2492 sayılı kararına göre; “Bir meslek veya sanat erbabı, meslek veya sanatını icra ederken muhakkak surette bilmesi gereken bir konuyu bilmemesi veya zararın önüne geçmek için bilimin lüzum gösterdiği tedbirleri ihmal etmesi yüzünden zarara sebebiyet verirse sorumlu olur. Ancak muhakkak olmayan, tartışılan ve genellikle kabul olunmayan bilim kurallarına riayetsizlik sorumluluğu gerektiren bir kusur sayılmaz. Doktorlar tarafından yapılan ameliyatlar beklenen iyi sonucu vermemiş olsa dahi tıp biliminin bütün kurallarına uygun bir müdahale yapılmış ise, artık doktora kusur izafe edilemediğinden sonuçtan sorumlu tutulamaz.”

Tıbbi uygulama hatasından söz edebilmek için karşılaştırma yapılmasına olanak sağlayacak standartlar ve geçerli kurallar bulunmalıdır (21). Zira hekimin belirli bir

davranışının ne zaman kurala uygun ne zaman kurala aykırı olduğu sadece buna göre tespit edilebilir (54).

Tıbbi uygulama hatalarına ait istatistiklere bakıldığında, gerek hekimler gerekse diğer sağlık personeli açısından en fazla şikâyetin “özen yükümlülüğünü yerine getirmemek” iddiası ile yapıldığı dikkati çekmektedir. Böyle bir kusurun varlığının saptanmasında hukukçu, teknik bir konu olduğu için “bilirkişi” yardımı alacak ve usul yasaları çerçevesinde konuyu yine hekimlerin önüne getirerek aldığı görüşler çerçevesinde bir hüküm kurma yoluna gidecektir (1).

2.4.3. Zarar

Zarar hekimin sorumluluğunun, dolayısıyla tazminat borcunun en önemli şartını teşkil eder (50). Hekim sorumluluğunda zarar insan yaşam ve sağlığı ile (maddi), ruhsal bütünlüğünde (manevi) oluşan istenmeyen değişiklikler nedeniyle ortaya çıkar; mal varlığında eksilme maddi, kişisel değerler üzerindeki eksilme, bozulma ise manevi zararı oluşturur.

Maddi zarar kapsamında, tedavi giderleri, çalışma gücü kaybı zararları, destekten yoksun kalma zararı ve ölüm nedeniyle oluşan diğer maddi zararlar sayılabilir. Manevi zarar ise, hatalı bir tedavinin sonucu olarak hastanın duyduğu bedensel ve manevi acıyı, hayat zevklerinde meydana gelen azalmayı ifade eder. BK’nun 49. Maddesine göre ise manevi zarar yalnız kişinin madde değerlerine oluşturan yaşam ve sağlıkla sınırlı değildir. Kişinin onur, saygınlık, sır ve özgürlükler gibi manevi değerlerine saldırı hallerinde de manevi zarar söz konusudur (3,6,8).

Manevi zarar ve tazminatın belirlenmesi yargının görevidir. Mahkeme somut olayın özelliğini, yapılan tıbbi yardımdan bir yarar sağlanıp sağlanmadığı, umulmadık bir durumun söz konusu olup olmamasını, hastanın bir kusurunun olup olmadığını ve

zararı gerçekleştiren istenmeyen durumun bireyin sağlığı ve yaşam düzeyine ve toplumsal ilişkilerine etkisini gözeterek adil bir sonuca varmayı hedefler (16).

Özel hukuk, haksız eylemin kişilere verdiği maddi ve manevi zararlarla ilgilenir. Ceza hukuku ise suç oluşturan eylemin cezalandırılmasında kamu yararı arar. Bir eylem hakkında hem hukuk hem de ceza davasının açıldığı durumlarda, ayrı ayrı verilen kararların birbirini ne ölçüde ve nasıl etkilediğini değerlendirildiğinde, ceza mahkemesinin, hukuk mahkemesinin kusur ve zarar tutarına ilişkin kararıyla bağlı olmadığı görülmektedir. Hukuk ve ceza davalarının konuları, tarafları ve amaçları farklı olduğundan ceza mahkemesi kararları kural olarak hukuk mahkemesi kararlarına dayanak oluşturmaz. Aynı şekilde hukuk mahkemesi de ceza mahkemesinin beraat kararı ile bağlı değildir (55).

2.4.4. İlliyet (Nedensellik) Bağı

Hekimin kusuru nedeniyle sorumlu olabilmesi için zararlar kusurlu davranış arasında uygun illiyet bağı bulunmalıdır. Başka bir deyişle zararlı sonuç, hekimin kusurlu eyleminin uygun nedeni ve sonucu olmalıdır. İlliyet bağından söz edebilmek için doktorun hareketinin doğal sonucu etkilemiş ve zararlı sonucun gerçekleşmesini önemli ölçüde arttırmış olması gerekir. Ancak kusurlu davranış olmasaydı bile hastalığın doğal gelişimi aynı sonucu doğuracaksa illiyet bağından söz edilemez (16).

2.5. Hekimlerin Cezai Sorumlulukları

Ülkemizde hekimlerin mesleki uygulamaları sırasında yüklendikleri sorumlulukları düzenleyen kanuni süreç incelendiğinde hekimler hakkında yaptırım getiren tek başına özel bir kanunun olmadığı görülmektedir. Hekimler, uygulamaları

esnasında yaralama ve/veya ölüme sebebiyet verdikleri takdirde Türk Ceza Kanunu’nun (TCK) ilgili maddeleriyle yargılanırlar (56).

Ceza hukukunda suçun manevi unsuru, başka bir deyişle kusurluluk yönü itibariyle iki tür sorumluluk söz konusu olabilir: Kast ve taksir sorumluluğu (57). 5237 sayılı TCK’nın 21. maddesinde; “Suçun oluşması kastın varlığına bağlıdır. Kast, suçun kanuni tanımındaki unsurların bilerek ve istenerek gerçekleştirilmesidir. Kişinin, suçun kanuni tanımındaki unsurların gerçekleşebileceğini öngörmesine rağmen, fiili işlemesi halinde “olası kast” dan söz edilir” denir.

Kasten öldürme suçunun oluşabilmesi için eylem ile birlikte kasıt varlığının da (sonucu bilme ve isteme) bulunması gerekir. Örneğin hastanın kendi isteği ile, hastalığının yarattığı acısına son verilmesi (ötenazi) hakkında ülkemizde özel bir yasal düzenleme yoktur. Hekim tarafından hastanın isteği ile yaşamına son verilmesi kasten öldürme suçunu oluşturur (16).

Madde 22 ise taksiri tanımlar: “Taksir, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısı ile, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyle gerçekleştirilmesidir. Kişinin öngördüğü neticeyi istememesine karşın, neticenin meydana gelmesi halinde bilinçli taksir vardır.” Bu noktada, olası kast ile bilinçli taksir kavramının birbirine çok yaklaştığı görülmektedir (Tablo 1,2)

Tablo 2.1 5237 sayılı TCK’nda Kast ve Taksir Kavramları

	Davranış	Sonuç
Taksir	Öngörülüyor	İstenmiyor
Bilinçli Taksir	Öngörülüyor	İstenmiyor
İhmali Davranış	Öngörülüyor	Olursa Olsun
Kast	Öngörülüyor	İsteniyor

Tablo 2.2 Taksir ve Bilinçli Taksir Kavramlarının Karşılaştırılması

Şikayet	Tanım	Ceza	Tecil
Taksir Aranır	Dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık nedeniyle bir davranışın kanuni tanımında belirtilen sonucu öngörülmeyle gerçekleştirilmesidir.	2-6 yıl	Var
Bilinçli Taksir Aranmaz	Fail eylemi iradi olarak yapar, sonucun gerçekleşebileceğini öngörür ancak gerçekleşmesini istemez.	3-7 yıl	Yok

Hekimlerin cezai sorumluluğunu doğuran durumların tamamında kusurluluk tipi taksir şeklinde ortaya çıkmaktadır. Hekimlik mesleğinin gerektirdiği dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırı hareket edilmekle kanunda taksirli şekli öngörülen insan ölümü veya yaralanması gibi bir netice meydana gelmiş ise hekim artık bu olayın faili durumunda olacaktır (58).

Taksir ve bilinçli taksiri birbirinden ayıran temel farkın, öngörme kavramı ile ilgili olduğu görülmektedir (Tablo 2). Taksirin öngörülebilirlik unsuru onu kaza, tesadüf ya da komplikasyondan ayıran sınırı belirler (59). Hekimin taksirinden bahsedebilmek için tıbbi müdahalenin gerçekleştirilmesi ya da gerçekleştirilmemesi sonucu öngörülebilir nitelikte bir sonucun doğması ve hekime böyle bu görevi yükleyen bir hukuk kuralı bulunması gerekir (60).

2.6. Türkiye’de Malpraktis ile ilgili Yasa ve Yetkili Kurumlar

Türkiye’de aşağıda belirtilen kanun ve yönetmelikler ile hekim ve hekim dışı sağlık personelinin, mesleklerini uygulama şekilleri düzenlenmekte ve yaşanan aksaklıklarda bu kanunlardaki ilgili maddelere göre durumları değerlendirilmektedir.

- *Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Kanun No: 3359, Kabul Tarihi: 7.5.1987;*
- *1993 tarihli İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik*
- *Tababet-i Şuabat-ı Sanatların Tarz-ı İcrası' na Dair Kanun, Kanun No: 1219, Kabul Tarihi: 11.4.1928;*
- *Hemşirelik Kanunu, Kanun No: 6283, Kabul Tarihi: 15.2.1954;*
- *Adli Tıp Kurumu Kanunu, Kanun No: 2659, Kabul Tarihi: 14.04.1982;*
- *2238 Sayılı Organ Ve Doku Alınması, Saklanması Ve Nakli Hakkında Kanun*
- *Kan ve Kan Ürünleri Kanunu, Kanun No: 2857, Kabul Tarihi: 23.6.1983;*
- *Tababet Uzmanlık Tüzüğü (22.5.1974 tarih ve 14893 sayılı Resmî Gazete);*
- *Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik (1.1.1995 tarih ve 22168 sayılı Resmî Gazete);*
- *Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Karar No: 8/5319, Karar Tarihi: 10.9.1982;*
- *Yataklı Tedavi Kurumları Merkezî Tıbbî Arşiv Yönetmeliği;*
- *2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu*
- *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge (154 Sayılı).*
- *Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, Karar No: 4 /12578, Kabul Tarihi: 13.01.1960;*
- *2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun*
- *83/7395 karar nolu Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin tüzük*
- *1983 Tarihli Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği*
- *1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliği*

2.7. Bilirkişilik Kurumları

Hukuk ve ceza yargılaması kanunlarının bilirkişilik sistemindeki temel dayanak noktası, hâkimin özel ya da teknik bir bilgiyi gerektiren bir konuda bilirkişiye başvurup kendisini aydınlatmak istemesidir (21).

Ülkemizde yürürlükte olan mevzuatlar gereği tıbbi bilirkişilik görevi; branş ayırımı yapılmaksızın mesleğini icra etmeye yetkili hekimlere verilmiştir. Bu kapsamda Adli Tıp Kurumu (ATK), Yüksek Sağlık Şurası (YSS), üniversitelerin Adli Tıp Anabilim Dalları, Adli Tıp Enstitüleri, Tabip Odaları Onur Kurulları, Türk Tabipleri Birliği Yüksek Onur Kurulu ülkemizde bilirkişilik görevi üstlenen kurumlardır. Meslek odaları ve birlikleri ile ilçelerde İlçe Disiplin Kurulları, illerde ise İl Disiplin Kurulları tıbbi uygulama hatalarını disiplin suçu kapsamında ele alırlar (21,61,62).

2.7.1. Adli Tıp Kurumu

ATK, mahkemeler ile hakimlikler ve savcılıklar tarafından gönderilen adli tıp ile ilgili konularda bilimsel ve teknik görüşlerini bildirmek, adli tıp uzmanlığı ve yan dal uzmanlığı programları ile görev alanına giren konularda diğer adli bilim alanlarında sempozyum, konferans ve benzeri etkinlikler düzenlemek ve bunlara ilişkin eğitim programları uygulamak (19.02.2003 tarih ve 4810 sayılı Adli Tıp Kurumu Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile eklenmiştir.) üzere Adalet Bakanlığı'na bağlı olarak kurulmuş bir kamu kuruluşudur. Kurum, başkanlık, başkanlık kurulu, ihtisas daireleri ve kurulları ile şube müdürlüklerinden oluşur (63).

ATK Kanunu'na göre, mesleki kusurlara bakan kurul, 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu'dur. Ancak tıbbi uygulama hatası ölümle sonuçlanmışsa 1. Adli Tıp İhtisas

Kurulu'nda değerlendirilir. 3. İhtisas Kurulu, bir başkan ve adli tıp uzmanı iki üye ile, birer Ortopedi ve Travmatoloji, Genel Cerrahi, Nöroloji, İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları ve Enfeksiyon Hastalıkları uzmanından oluşmaktadır. 1. İhtisas Kurulu ise, Adli Tıp, Patolojik Anatomi, İç Hastalıkları, Kardiyoloji, Genel Cerrahi, Beyin Cerrahisi ve Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanından oluşur (21,63,64). Ancak 2013 yılı başından itibaren tıbbi uygulama hataları ile ilgili dosyalara 2. ATK İhtisas Kurulu'nun baktığı bilinmektedir.

Adli Tıp Genel Kurulu, ATK Başkanının başkanlığında, adli tıp ihtisas kurulları başkan ve üyelerinden oluşur. Genel Kurul, mahkemeler ve savcılıkların yeterince kanaat verici bulmadıkları ihtisas kurulları ve dairelerinin raporlarını karara bağlar. Genel Kurul ve ihtisas kurulları gerek duyduğunda ilgili kişilerin ifadesini alıp muayene edebilir (21,64).

Adli Tıp Kurumunda altı ihtisas kurulu bulunur. İhtisas Kurulları; bilirkişilerce, Fizik ve Trafik İhtisas Dairelerinin tıpla ilgili olmayan raporları hariç olmak üzere adli tıp ihtisas dairelerince, Adli tabip veya adli tıp uzmanlarınca verilip de mahkemeler, hâkimlikler ve savcılıklar tarafından yeterince kanaat verici nitelikte bulunmayan ve aralarında çelişki olduğu belirlenen raporları inceleyip bilimsel ve teknik görüş bildirirler.

Önceleri, tüm tıbbi uygulama hatası iddiası olan dava dosyalarına 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu cevap vermekte iken, 08.04.2010 tarihinden itibaren, ölümlü olan ve tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan dava dosyalarına 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu, 01.10.2012 tarihinden itibaren, ölümlü olmayan ve tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan dava dosyalarına 2. Adli Tıp İhtisas Kurulu, 01.04.2014 tarihinden itibaren, ölümlü olmayan ve tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan İç Hastalıkları, Enfeksiyon Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kardiyoloji, Çocuk

Cerrahisi ile Üroloji branşlarını ilgilendiren dava dosyalarına tekrar 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu cevap vermeye başlamıştır.

1. Adli Tıp İhtisas Kurulu; bir başkan ile birlikte Adli Tıp, Tıbbi Patoloji, İç hastalıkları, Kardiyoloji, Genel Cerrahi, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Çocuk Sağlığı Hastalıkları uzmanından oluşmaktadır. Görevi: Ölümle ilgili işler ile diğer kurulların görevlerine girmeyen işler hakkında bilimsel ve teknik görüşlerini bildirir.

2. Adli Tıp İhtisas Kurulu; bir başkan ile birlikte Adli Tıp, Radyoloji, Göz, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Genel Cerrahi, Göğüs Cerrahi, Kalp ve Damar Cerrahisi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Nöroloji ve Ortopedi ve Travmatoloji uzmanından oluşmaktadır. **Görevi:** Müessir fiiller hakkında bilimsel ve teknik görüş bildirir.

3. Adli Tıp İhtisas Kurulu; bir başkan ile birlikte Adli Tıp, Ortopedi ve Travmatoloji, Genel Cerrahi, Nöroloji, İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları ve Enfeksiyon Hastalıkları uzmanından oluşmaktadır. **Görevi:** İkinci Adli Tıp İhtisas Kurulunun görevine girmeyen Sosyal Sigortalar ve İş Kanunları ile ilgili olaylar, maluliyetler, meslekte kazanma gücü kaybı, meslek hastalıkları ve mesleki kusurlar, hürriyeti bağlayıcı cezaların infazının ertelenmesi, sürekli hastalık, sakatlık ve kocama sebepleri ile belirli kişilerin cezalarının hafifletilmesi veya kaldırılmasına ilişkin işlemler hakkında bilimsel ve teknik görüş bildirir.

4. Adli Tıp İhtisas Kurulu; bir başkan ile birlikte Adli Tıp, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Psikiyatrisi, Nöroloji uzmanından oluşmaktadır. **Görevi:** Türk Ceza Kanunu'nun 53, 54, 55 ve 57. maddeleri ile 58. maddesinin bir, iki, dört, beş ve altıncı fıkraları hariç olmak üzere, cezai ehliyet veya bunu kaldıran veya hafifleten sebepler ile hukuki ehliyetin tespiti, Türk Ceza Kanunu'nun 403 ve 404. maddelerinde yazılı

uyuşturucu maddeleri kullanan kimselerin alışkanlığı ile ilgili iptila derecesinin belirlenmesine ilişkin işlemler hakkında bilimsel ve teknik görüş bildirir.

5. Adli Tıp İhtisas Kurulu; bir başkan ile birlikte Adli Tıp, Tıbbi Mikrobiyoloji, Tıbbi Farmakoloji, Tıbbi Biyokimya, Analitik Kimya, Alerji Hastalıkları, İmmünoloji, Tıbbi Genetik, Enfeksiyon Hastalıkları, Halk Sağlığı uzmanından oluşmaktadır. **Görevi:** Zehirlenmeler ile allerji ve immünolojiye, ilaç kimyasına alışkanlık yapan diğer maddelere ilişkin işler, nesebin belirlenmesine ilişkin işler, halkın sağlığına, yenecek ve içilecek şeylere ilişkin cürümler, uyutucu ve uyuşturucu maddeler, gıda ve ilaçlara ilişkin işler hakkında bilimsel ve teknik görüş bildirir.

6. Adli Tıp İhtisas Kurulu; bir başkan ile birlikte Adli Tıp, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Radyoloji, Üroloji, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Psikiyatrisi, Adli Antropoloji, Çocuk Cerrahisi uzmanından oluşmaktadır. **Görevi:** Genel ahlak ve aile düzeni aleyhine işlenen cürümler, nesep cürümleri, çocuk düşürme veya düşürtme cürümleri, Türk Ceza Kanunu'nun 53,54,55 ve 57. maddeleri ile 58. maddesinin üçüncü fıkrasının dışındaki hususlar ve cinsel iktidar tespiti ile fiile karşı koyup koyamayacağı hususlarının tespitine ve yaş belirlenmesine ilişkin işlemler hakkında bilimsel ve teknik görüş bildirir (65).

Adli Tıp Genel Kurulu, ATK Başkanı'nın başkanlığında, adli tıp ihtisas kurulları başkan ve üyelerinden oluşur. Genel Kurulda görüşülen konu, daha önce Kurum merkezinde veya taşradaki Adli Tıp İhtisas Dairelerinde karara bağlanmış ise, Adli Tıp Genel Kuruluna ilgili İhtisas Dairesi Başkanı iştirak eder. Genel Kurul, mahkemeler ve savcılıkların yeterince kanaat verici bulmadıkları ihtisas kurulları ve dairelerinin raporlarını karara bağlar. Ayrıca bu kurul ve dairelerin içindeki ve aralarındaki çelişkili raporları da karara bağlar. Genel kurul ve ihtisas kurulları gerek duyduğunda ilgili kişilerin ifadesini alıp muayene edebilir. ATK Genel Kurulunun kararları nihai olarak

algılanmakla birlikte bağlayıcı nitelikte olmayıp mahkemelerin takdir yetkilerini kısıtlamaz (66).

2.7.2. Yüksek Sağlık Şurası

Tıbbi bilirkişi incelemesi olarak kabul edilen bir diğer inceleme de YSS'nin mahkemenin görevlendirdiği alanla ilgili olarak yaptığı araştırmalar sonucu vardığı ve mahkemeye sunduğu sonuçlardır. Şura, hekimin tıbbî müdahaleler sonucu ortaya çıkan zararlar halinde hekimin sorumluluğunu değerlendiren ve kusurunu irdeleyen resmi bilirkişilik kurumudur (64).

YSS'sına bilirkişilik görevi TŞSTİDK ile yüklenmiştir. 1930 yılında yürürlüğe giren Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile de bu yükümlülüğü yerine getirecek bir yapılanma yani YSS oluşturulmuştur. Kuruluş ve çalışma esasları ise 1984 yılında yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri hakkında 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin 31. maddesinde (Değişik: 08.06.1984- KHK- 201/9 md.) YSS, *“önemli sağlık konuları hakkında ve tıbbi uygulamalar sonucu oluşan adli nitelik kazanmış olgularda”* görüş bildirmekle yükümlü kılınmıştır. Tıbbi uygulamalar sonrası oluşan durumların adli nitelik kazanması durumunda açılan ceza davalarında, mahkemelerin başka bilirkişilere başvuru hakkı saklı kalmak kaydıyla, Yüksek Sağlık Şura'sının görüşünün alınması zorunlu kılınmıştır (21). Ancak, Yüksek Sağlık Şûrası'ndan görüş alınması zorunluluğu ile ilgili yasa hükmü, Anayasa'ya aykırı bulunmuş ve Anayasa Mahkemesi 03.06.2010 gün, E.2009/69, K.2010/79 sayılı kararıyla iptal edilmiştir (12).

YSS; Bakanlık Müsteşarı, Araştırma Planlama Koordinasyon Kurulu Başkanı, Temel ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürleri, Birinci Hukuk Müşaviri gibi doğal üyeler ile ülkede hizmetleri ve eserleri ile tanınmış Sağlık Bakanlığı'na seçilen 11 üyeden oluşur. Şuranın görev süresi bir yıldır. Yılda en az bir kez toplanma şartı getirilmiş olup,

bakanlığın gerekli görmesi halinde olağanüstü toplantılar da yapılabilir. Şurada dosyalar üzerinde inceleme yapılarak mahkemelere görüş bildirilir. İlgililerin muayenesi ya da ifadelerinin değerlendirmesi yapılmaz (21).

2.7.3. Yüksek Öğretim Kurumları

ATK Kanunu’nun “Diğer Adli Ekspertiz Kurumları (Madde 31)” başlığı altında *“Yüksek Öğretim Kurumları veya birimleri, adli tıp mevzuatı çerçevesinde adli tıp olaylarında ve diğer adli konularda Ceza Muhakemesi Usulü Kanunu’na göre resmi bilirkişi sayılır. Bu birim ve kliniklerde tetkik edilecek adli tıp ile ilgili işler yönetmelikle belirlenmiştir”* denir. Aynı şekilde Yüksek Öğretim Kanunu’nun 37. maddesinde mahkemelerin teknik ve uzmanlık isteyen her konuda üniversite ve bağlı birimlerinden yararlanabileceğini, bilirkişi olarak görüş isteyebileceğini belirtmiştir (36). Bu kapsamda Adli Tıp Anabilim Dalları ve Adli Tıp Enstitüleri mahkemelere bilirkişi olarak görüş bildirebilirler (12).

Hukuk ve ceza yargılama yasalarına göre, mahkeme bilirkişi seçiminde özgürdür ve bilirkişi raporları hiçbir şekilde bağlayıcı değildir. Ceza mahkemelerinde YSS’nden rapor alınmasını zorunlu kılan yasa hükmünün Anayasa’ya aykırı bulunarak Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmesi kararında; Anayasa’nın 138. maddesine göre hâkimlerin görüşlerinde bağımsız oldukları ve hukuka uygun olarak vicdani kanaatlerine göre karar verdikleri, aynı zamanda bu zorunluluğun, 36. madde gereğince belirtilen adil yargılama hakkına aykırı olduğu görüşüne yer verilmiştir (67).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Adalet işlerinde bilirkişilik görevi yapan Adli Tıp Kurumu, hâkimlik ve savcılıklar tarafından gönderilen adli tıpla ilgili konularda bilimsel ve teknik görüş bildirmekte olup dava konusu olgulardan yola çıkılarak hazırlanan tez çalışması, kesitsel tipte tanımlayıcı ve analitik özellikte bir çalışma olarak planlanmıştır.

Adli Tıp Kurumu yapılanmasında çalışmamız süresini kapsayan zaman diliminde, 2010 yılına kadar tüm tıbbi uygulama hatası iddiası olan dava dosyalarına Üçüncü Adli Tıp İhtisas Kurulu (Üçüncü ATİK) tarafından mütalaa düzenlenmekte iken, 08.04.2010 tarihinden itibaren, ölümlü olan ve tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan dava dosyalarına Birinci ATİK cevap vermeye başlamıştır. Araştırmada 2005-2009 yılları arasındaki veriler Üçüncü ATİK arşiv ciltlerinden; 2010 yılı verileri ise Üçüncü ve Birinci ATİK dijital arşivinden yaklaşık 8 ayda taranmıştır.

Çalışmada mahkemelerin 2005-2010 yılları arasındaki 5 yıllık sürede Üçüncü ATİK'e gönderilen yaklaşık 50000 dosya ile 2010 yılında Birinci ATİK'e gönderilen yaklaşık 4000 dosya yaklaşık 12 ayda incelenmiş olup, 2005 Ocak-2010 Aralık tarihleri arasında kalp ve damar hastalıkları nedeni ile tedavi edilen ve tıbbi uygulama hatası iddiası olan toplam 389 olgu çalışmaya dâhil edilmiştir.

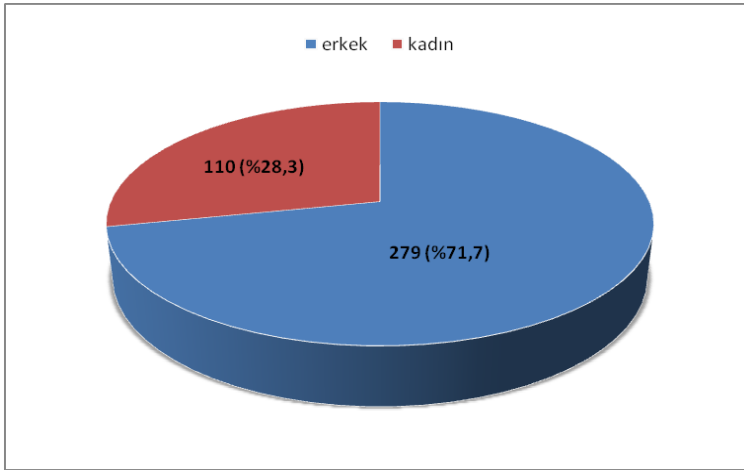
Veriler kayıt altına alınırken; olguların sosyodemografik özellikleri, başvuru patolojileri, dahili ve cerrahi tıp bilimlerine göre dağılımı, müracaat edilen ve kusur saptanan sağlık kuruluşu, hastanın sağlık durumu, otopsi yapılma durumu, şikâyetçi olunan sağlık çalışanları ve sağlık kuruluşlarının niteliği, şikâyetçi olunan uzmanlık alanı ve tıp kurallarına uygunluk durumu, bilimsel standartlardan sapma tespit edilen olgularda hataların hangi süreçlerde meydana geldiği, idareye atfedilen kusur oranı,

aydınlatılmış onam durumu ve dosyada mevcut diğer bilirkşi raporları ile kurul raporu arasında fark olup olmadığı incelenmiştir.

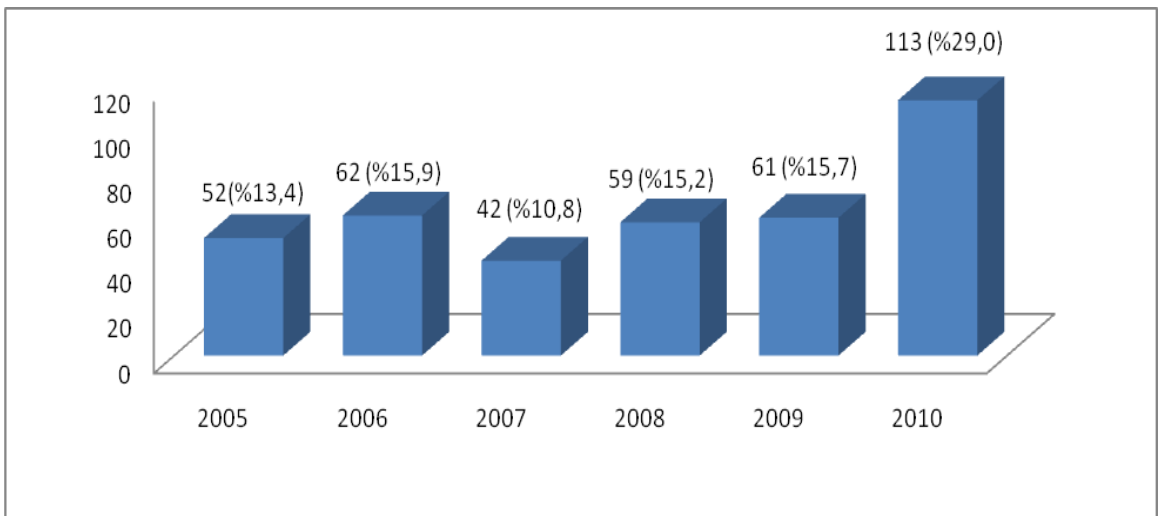
Çalışmanın veri analizinde SPSS 16.0 (StatisticalPackage for Social Science) istatistiksel yazılım programı kullanılmış olup, çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (Ortalama, standart sapma, frekans, oran) yanı sıra, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında tek gözlü düzende ve çok gözlü düzende ki-kare testi kullanılarak sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirmiştir.

4. BULGULAR

2005 Ocak-2010 Aralık tarihleri arasında Adli Tıp Kurumu'na başvurusu yaptırılan kalp ve damar hastalıkları nedeni ile tedavi edilen ve tıbbi uygulama hatası iddiası olan toplam 389 olgunun cinsiyete göre dağılımı Şekil 4.1'de gösterildi. Olguların büyük bir çoğunluğunun (%71,7) erkek olduğu belirlendi.

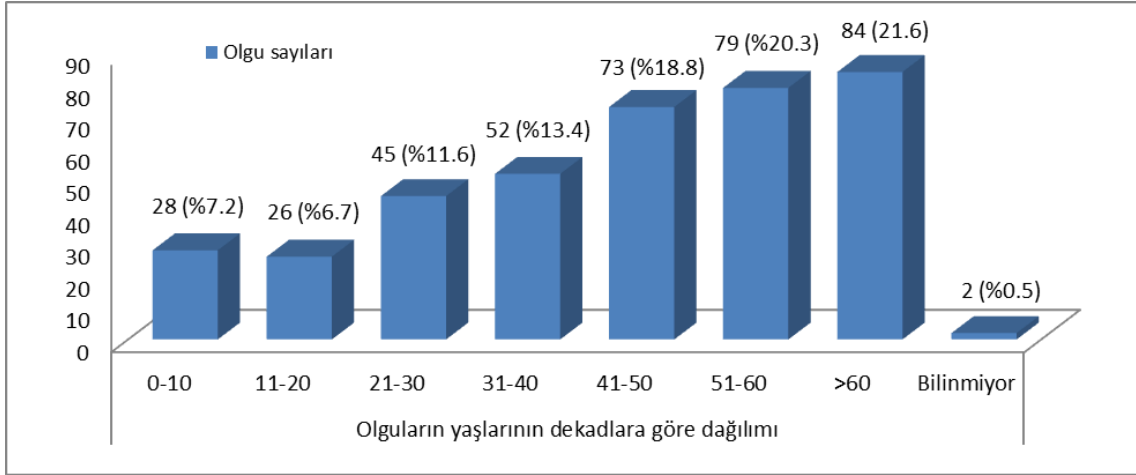


Şekil 4.1 Olguların cinsiyete göre dağılımı



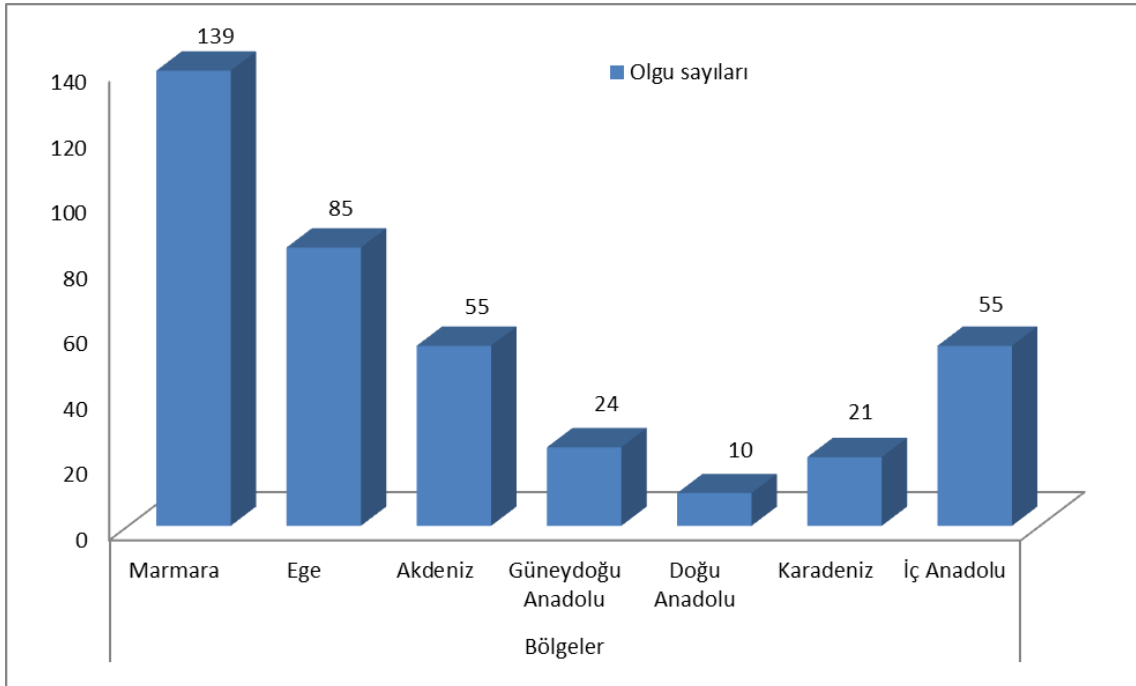
Şekil 4.2 Olguların yıllara göre dağılımı

Olguların yıllara göre dağılımı Şekil 4.2’de gösterildi. Adli Tıp Kurumu iş yükü değişimlerine bağlı çıkan dosya sayıları etkilenebilmekle birlikte, 2009 yılından sonra olgu sayılarında belirgin bir artış olduğu saptandı.



Şekil 4.3 Olguların yaşlarına göre dağılımı

Birinci dekadda, ikinci dekaddan daha fazla olgu bulunmakta idi. Ayrıca artan yaş ile birlikte olgu sayılarının arttığı görüldü (Şekil 4.3).



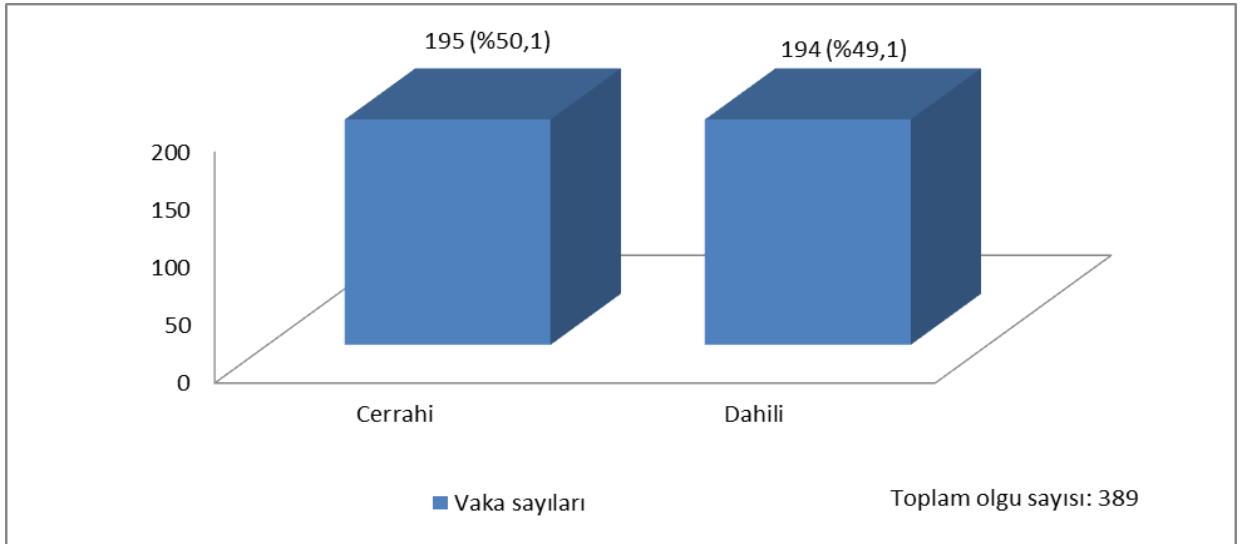
Şekil 4.4 Olguların gönderildiği yargı makamlarının coğrafi bölgelere göre dağılımı

Olguların gönderildikleri yargı makamlarının coğrafi bölgelere göre dağılımı değerlendirildiğinde; en fazla olgunun sırası ile Marmara ve Ege bölgesinden olduğu görüldü (Şekil 4.4).

Hekimin cinsiyeti	Tıp kurallarına uygunluk				Toplam hekim	
	Bilimsel standartlardan sapma (+)		Bilimsel standartlardan sapma (-)			
	N	%	n	%	N	%
Erkek	110	%29,6	261	%70,4	371	%76,5
Kadın	24	%21,1	90	%78,9	114	%23,5
Toplam	134	%27,6	351	%72,4	485	%100

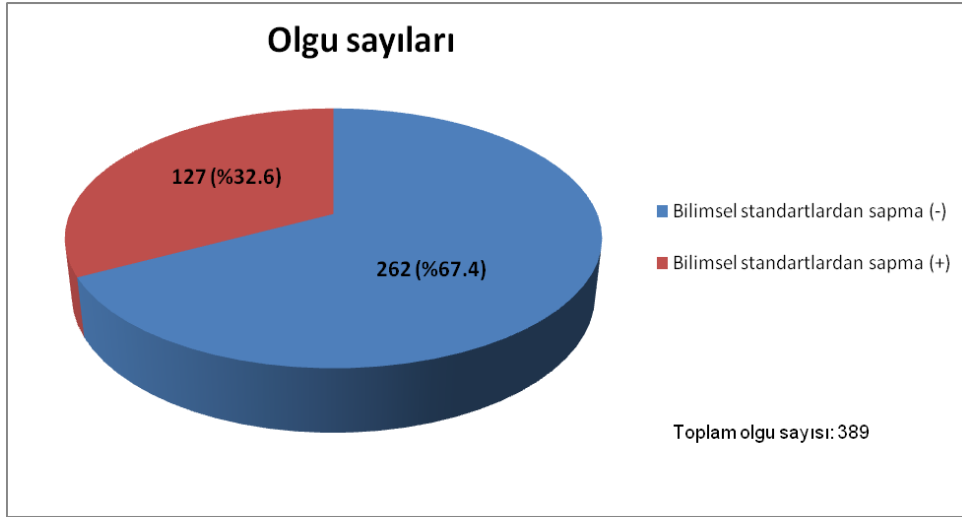
Tablo 4.1 Tıbbi uygulamaların bilimsel standartlardan sapma gösterip göstermemesi açısından hekimlerin cinsiyetlerine göre dağılımı

Haklarında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan toplam 485 hekimin %76,5'ini erkek hekimler oluşturmakta idi. Tıbbi uygulamalarda bilimsel standartlardan sapma hekimlerin cinsiyetine göre değerlendirildiğinde; aralarında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edildi ($p=0,07>0,05$; $\chi^2=3,22$) (Tablo 4.1).



Şekil 4.5 Olguların dahili ve cerrahi tıp bilimlerine göre dağılımı

Olguların cerrahi ve dahili tıp bilimlerine göre dağılımına bakıldığında aralarında anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p>0,05$) (Şekil 4.5).



Şekil 4.6 Tıbbi uygulamalarda bilimsel standartlardan sapma oranı

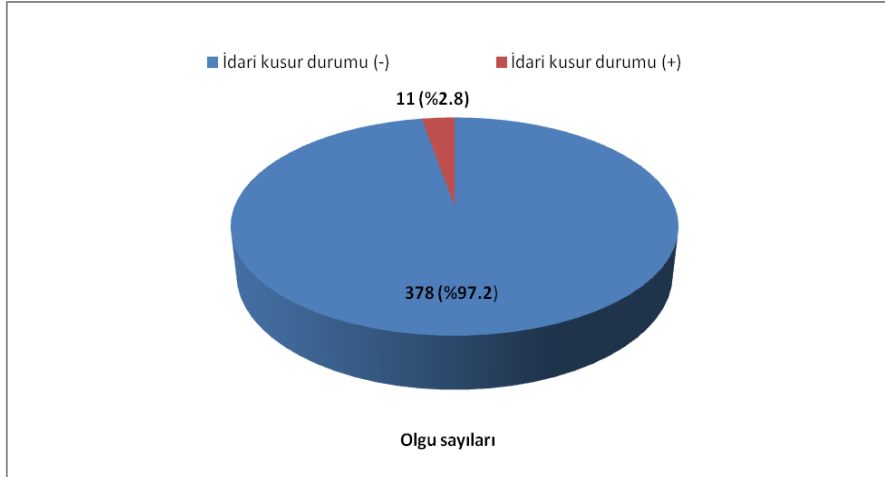
Kalp ve damar hastalıkları nedeni ile tedavi edilen ve tıbbi uygulama hatası iddiası olan olguların %32.6'sında sağlık profesyonellerinin tıbbi uygulamalarının bilimsel standartlardan sapma gösterdiği kanaati bildirildiği görüldü (Şekil 4.6).

Tablo 4.2 Olguların uzmanlık alanı ve bilimsel standartlardan sapma gösterip göstermediği açısından dağılımı

Uzmanlık Alanı	Tıp kurallarına uygunluk				Toplam	
	Bilimsel standartlardan sapma (+)		Bilimsel standartlardan sapma (-)			
	N	%	n	%	n	%
Kardiyoloji	36	%30,3	83	%69,7	119	%19,4
Kalp ve damar cerrahisi	34	%22,4	118	%77,6	152	%24,7
İç hastalıkları	16	%37,2	27	%62,8	43	%7,0
Anestezi	3	%6,8	41	%93,2	44	%7,2
Acil tıp uzmanı ve pratisyen hekim	30	%26,5	83	%73,5	113	%18,4
Diğer branş uzm.	27	%22,3	94	%77,7	121	%19,7
Uzmanlık öğrencisi	2	%9,1	20	%90,1	22	%3,6
Toplam	148	%24,1	466	%75,9	614*	%100

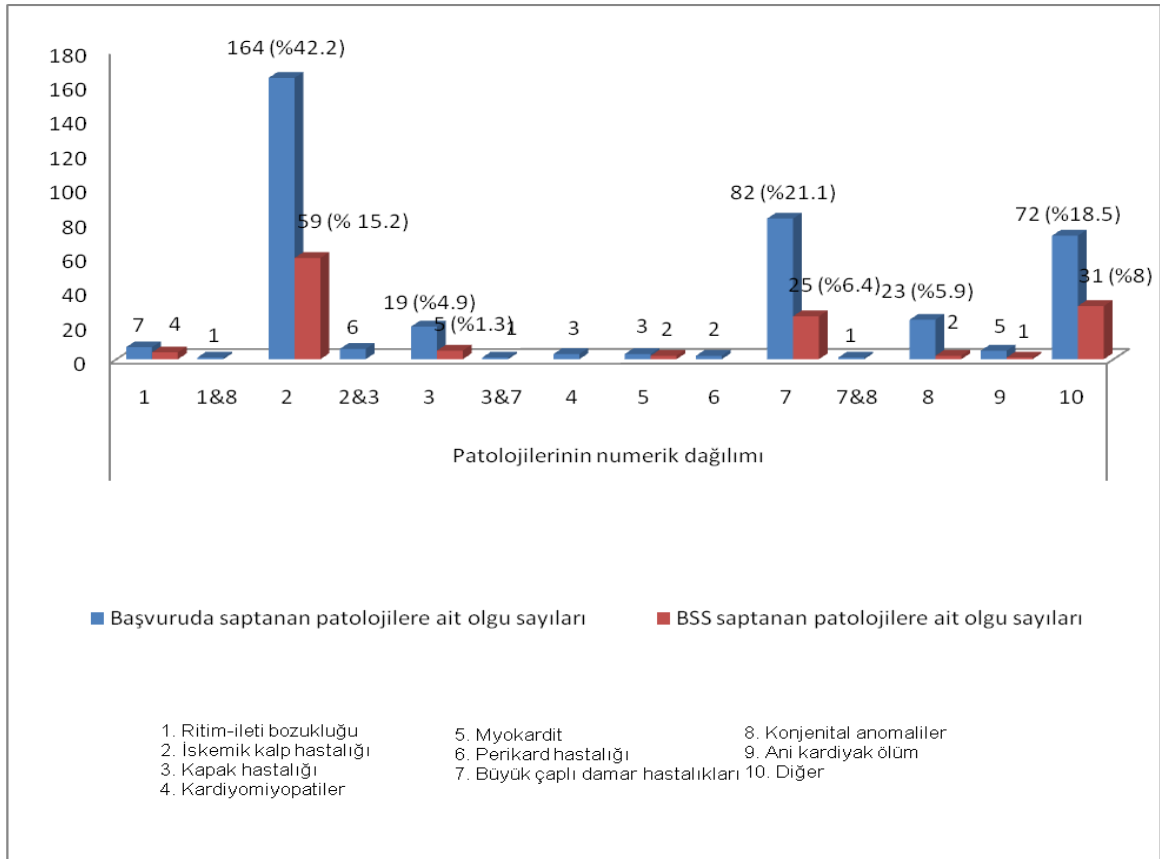
* Bazı dosyalarda birden fazla hekim şikayet edildiğinden hekim sayısı ve dosya sayısı eşleşmemektedir.

En fazla oranda bilimsel standartlardan sapma belirlenen uzmanlık alanı iç hastalıkları olduğu görüldü. Kalp ve Damar Cerrahisi alanında daha fazla olgu bulunmakla birlikte, bilimsel standartlardan sapma oranı görece düşük idi (Tablo 4.2). Haklarında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan toplam hemşire sayısı ise 56 olup 5 hemşirenin tıbbi uygulamalarının bilimsel standartlardan sapma gösterdiği kararının alındığı saptandı.



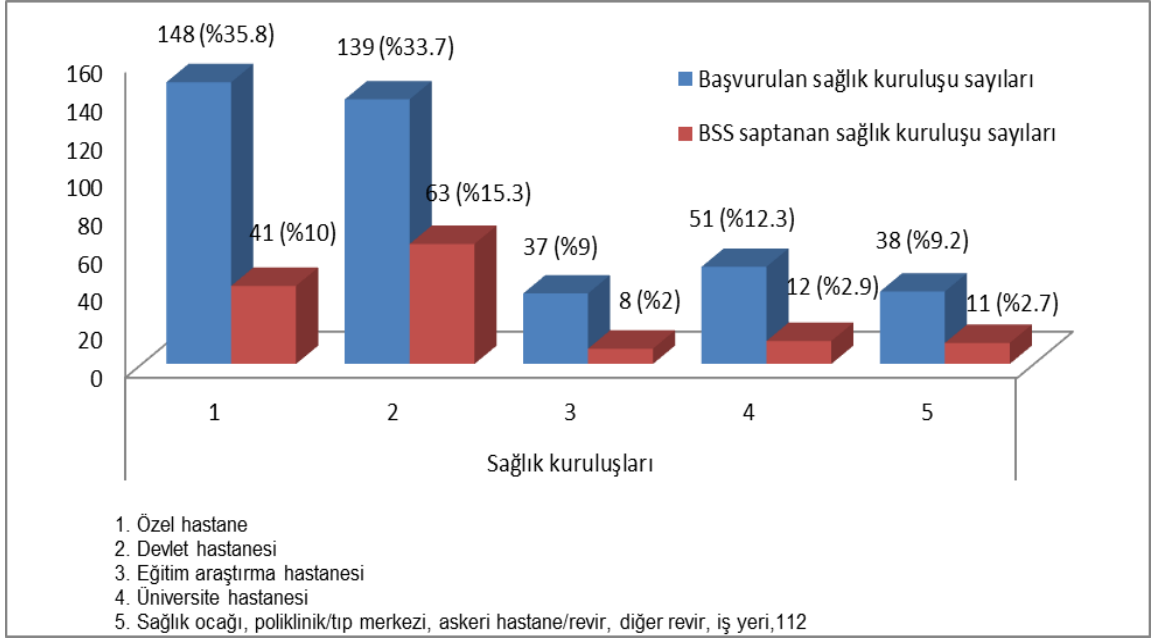
Şekil 4.7 İdareye atfedilen kusur oranı

Tıbbi uygulama hatası iddiaları ile yönetsel eksikliklerin ilişkili bulunduğu olgu oranı %2.8 olarak belirlendi (Şekil 4.7).



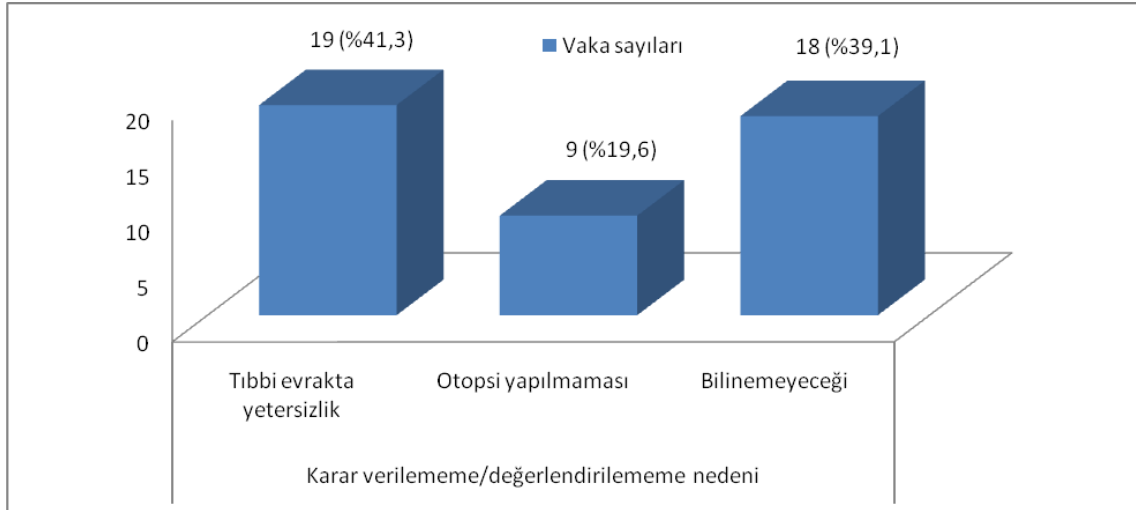
Şekil 4.8 Olguların başvuru patolojilerine göre, tıbbi uygulamalarda bilimsel standartlardan sapma oranları

Başvuru patolojileri dikkate alındığında, en fazla olgu grubunun, iskemik kalp hastalıkları ve büyük damar hastalıkları nedeni ile yapılan tıbbi girişimlerle ilgili olduğu ve en fazla bilimsel standartlardan sapmanın da bu olgularda belirlendiği görüldü. (Şekil 4.8).



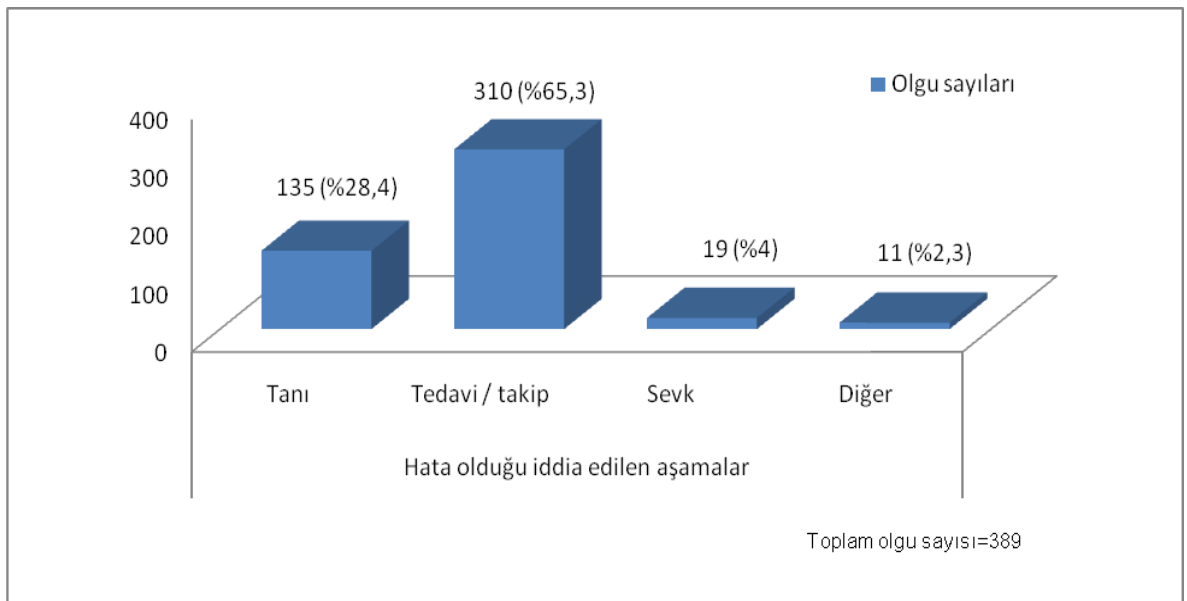
Şekil 4.9 Başvurulan sağlık kurumlarında tıbbi uygulamaların bilimsel standartlardan sapma gösterme oranları

Tıbbi uygulama hatası iddiası ile yapılan başvuruların hastanelere göre dağılımı incelendiğinde; şikayetlerin özel hastaneler ve devlet hastanelerinde yoğunlaştığı, eğitim araştırma hastanelerinde ise en az oranda olduğu tespit edildi. Tıbbi uygulamaların bilimsel standartlardan sapma gösterme oranları açısından sağlık kurumlarına göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, devlet hastanelerinde diğerlerine göre anlamlı derecede daha fazla oranda bilimsel standartlardan sapma olduğunu görüldü ($p=0,025<0,05$; $\chi^2=11,12$) (Şekil 4.9).



Şekil 4.10 Bilirkişilik açısından karar verilememesine ya da değerlendirme yapılamamasına neden olan faktörler

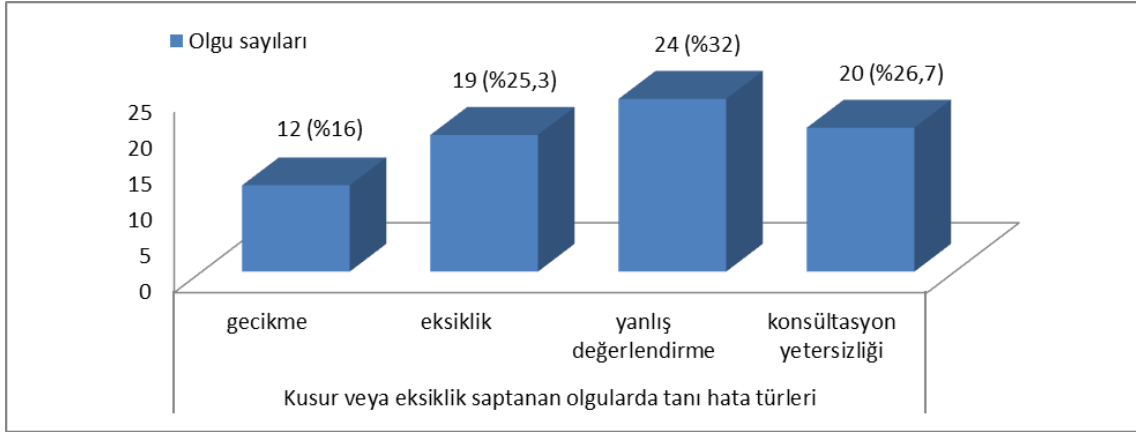
Tıbbi malpraktis değerlendirmesi açısından karar verilememesine neden olan en önemli faktörün tıbbi belgelerdeki eksiklikler olduğu, bunu otopsi yapılmamasına bağlı bilgi yetersizliğinin izlediği belirlendi. Ayrıca önemli bir olgu grubunda da (%39,1) hastalık ve tedavi süreçlerin doğası gereği bir belirleme yapılamadığı görüldü (Şekil 4.10).



Şekil 4.11 Olgularda tıbbi hataların yapıldığı iddia edilen aşamaların dağılımı

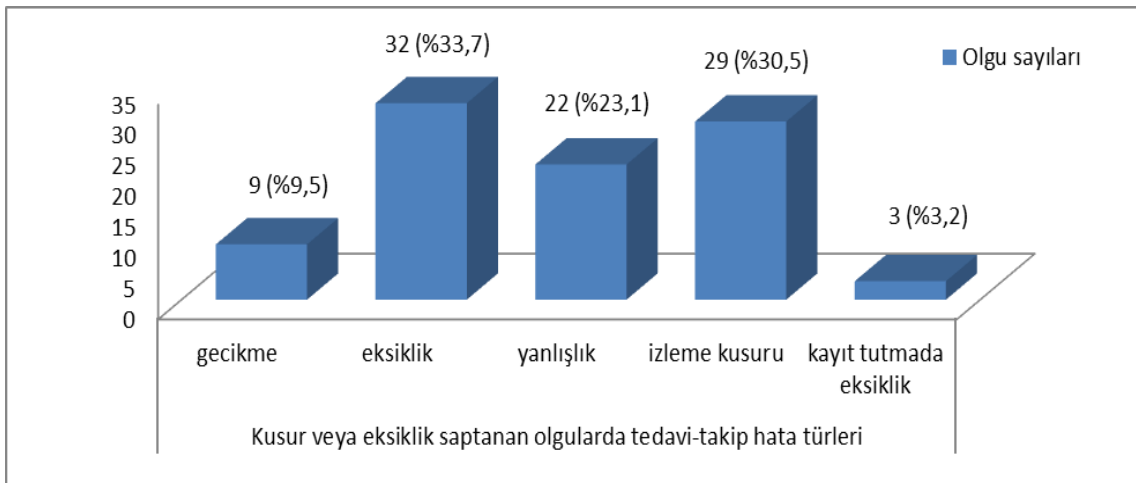
Tıbbi uygulamalarla ilgili hasta ya da hasta yakınlarının iddialarının, tedavi ve takip aşamasında yoğunlaştığı, sevk ile ilgili şikayetlerin ise en düşük oranda olduğu görüldü (Şekil 4.11).

Ayrıca kurul kararlarına yansıyan, bilimsel standartlardan sapma şeklindeki davranışların tıbbi teknik nedenleri Şekil 4.12a ve 4.12b’de gösterildi.



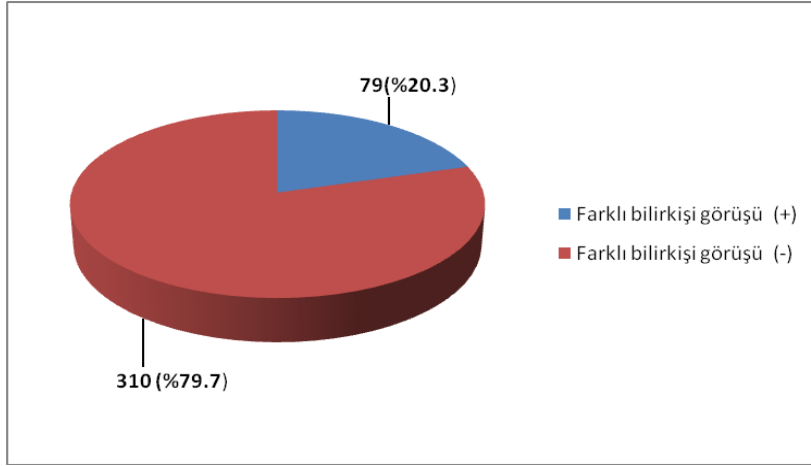
Şekil 4.12a Tıbbi uygulama hatası saptanan olgularda tanı aşamasındaki tıbbi nedenlerin dağılımı

Tanı aşamasındaki tıbbi uygulama hatalarının gerekçelerinin sırasıyla en fazla oranda yanlış değerlendirme, konsültasyon yetersizliği ve tanı koymadaki eksikliklerden kaynaklandığı belirlendi (Şekil 4.12a).



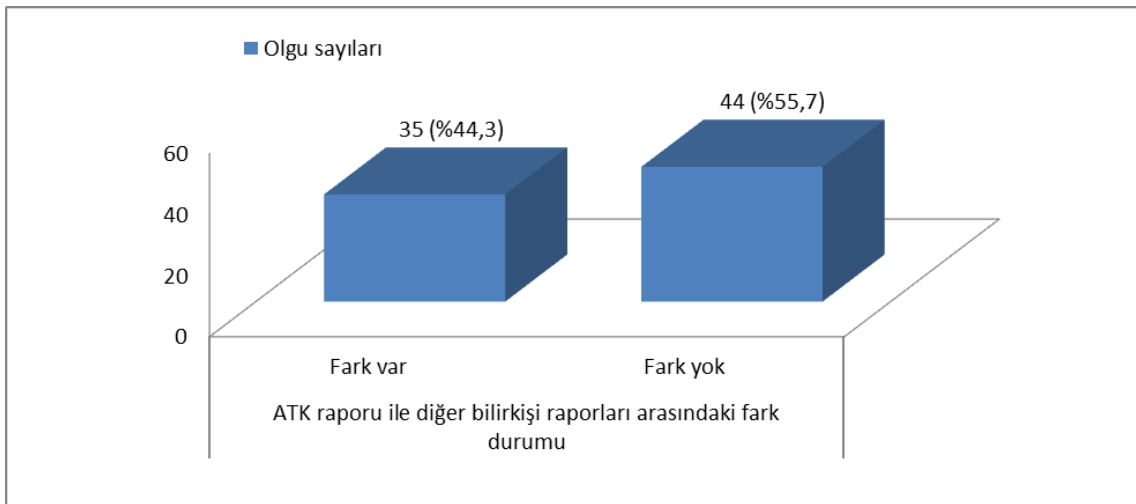
Şekil 4.12b Tıbbi uygulama hatası saptanan olgularda tedavi/takip aşamasındaki tıbbi nedenlerin dağılımı

Tedavi/takip aşamasındaki tıbbi uygulama hatalarının gerekçelerinin sırasıyla en fazla oranda tıbbi işlemde eksiklik, hastanın izleminde yetersizlik ve tedavi/takip kararlarında yanlışlık yapılmasından kaynaklandığı belirlendi (Şekil 4.12b).



Şekil 4.13 Mevcut dosyalarda farklı bilirkişi raporu bulunma oranı

İncelenen dosyaların %20'sinde kurullara başvuru öncesi farklı bilirkişilerden görüş alınarak dosyaya dahil edilmiş olduğu saptandı (Şekil 4.13).



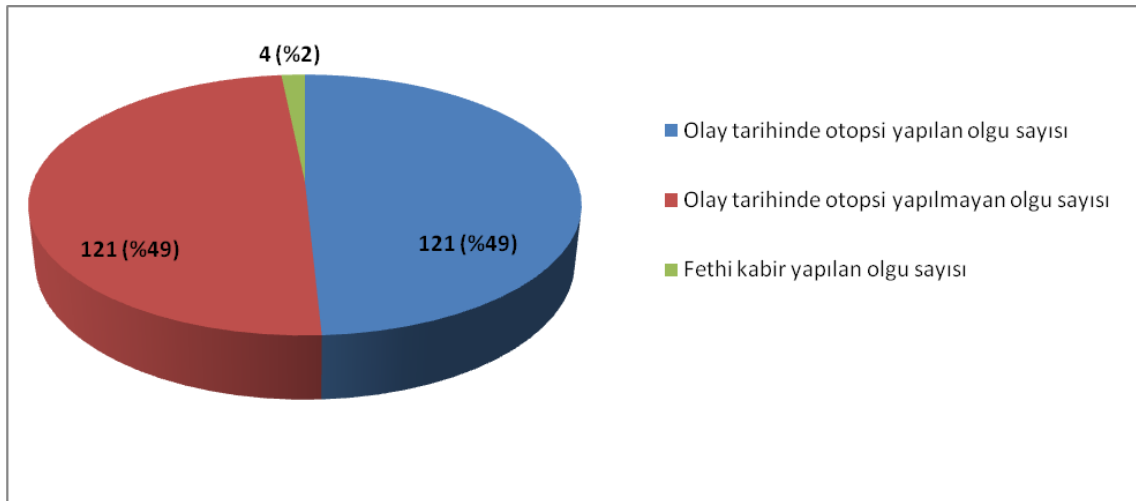
Şekil 4.14 Kurul raporları ile önceki bilirkişi raporları arasındaki fark bulunma oranları

ATK’nda yapılan değerlendirme sonucu oluşan kararlar ile mevcut dosyada önceden bulunan bilirkişi raporları arasında %44,3 oranında fark bulunduğu belirlendi (şekil 4.14)

Tablo 4.3 ölümle sonuçlanma ile tıbbi uygulama hatası saptanması arasındaki ilişki

		Tıbbi uygulama hatası		
		Var	Yok	Toplam
lmle sonuçlanma	ölüm var	88 (%35,8)	158 (%64,2)	246
	ölüm yok	39 (%27,3)	104 (%72,7)	143
	Toplam	127 (%32,6)	262 (%67,4)	389

Değerlendirmeye alınan 389 olguda ölümle sonuçlanma ile tıbbi uygulama hatası saptanması oranları açısından anlamlı bir fark bulunmadığı saptandı ($p>0.05$; $\chi^2=2,97$) (Tablo 4.3).



şekil 4.15 ölümlü olgularda otopsi yapılma oranları

Tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan olguların yaklaşık yarısında otopsi yapılmadığı belirlendi. %2 olguda da geç dönemde yeniden mezar açılmak sureti ile otopsi yapılmak zorunda kalındığı görüldü (şekil 4.15).

5. TARTIŞMA

Tıbbi uygulama hatası iddiaları, son yıllarda her zamankinden daha fazla basın-yayın organlarının ilgisini çekmektedir. Sağlık sistemindeki dönüşümün kamuoyunda yarattığı artmış beklentiler, hukuk sistemimizdeki yetersizlikler ve belirsizlikler, medyanın ilgisinin başlıca nedenleridir. 2014 yılı sonrası bu ilgi, astronomik rakamların duyurulduğu tazminat davaları nedeni ile artmış bir motivasyona kavuşmuş görünmektedir. Açık olarak malpraktis konusu olabilecek bu yayınların hukuki sonuçları izlenemediğinden, bilimsel veri olarak değerlendirme olanağı da bulunmamaktadır. Bilimsel verilere dayanmayan, dolayısı ile bilgilendirme sorumluluğunu da yerine getirmeyen açıklamalar; hekimlerin yeteneği, bilgisi, davranışı ve hastaya yaklaşımını sorgulayan olumsuz tutumu ile hastaları hekimlere karşı dava açmaya yönlendirmektedir. Bazı sağlık personelinin de hasta haklarına bilerek ya da bilmeyerek duyarsız kalmaları, tıbbi uygulamalar sonrasında birçok sağlık personeli için gereksiz iddialara zemin hazırlamaktadır (21,22,66,68-71).

Çalışmamızda 2005 Ocak-2010 Aralık tarihleri arasında Adli Tıp Kurumu'na başvurusu yaptırılan kalp ve damar hastalıkları nedeni ile tedavi edilen ve tıbbi uygulama hatası iddiası olan toplam 389 olgunun cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde; olguların büyük bir çoğunluğunun (%71,7) erkek olduğu belirlendi (Şekil 1). Yorulmaz tarafından İstanbul Tabip Odası (İTO) verileri kullanılarak yapılan bir çalışmada (21) “Tıbbi hata ve/veya ihmal saptanan dosyalarda, hekimlerin cinsiyet oranlarının tersine, mağdurlardan %39,7’sinin erkek, %60’ının kadın olduğu” belirlenmiştir. Bu sonuç, Yorulmaz tarafından “adli tıp uzmanlarının adli olguları kapsayan araştırmalarında sık rastlanmayan bir durumdur. Türkiye’nin sosyo-ekonomik düzeyi ile ilgili olarak, çoğunlukla erkek olgular ön plandadır” şeklinde yorumlanmıştır.

Elbette bu çalışmada Yorulmaz'dan farklı olarak sadece kalp hastalıkları olan olguların şikâyetleri ele alınmıştır. Bu nedenle çalışmada uygulama hatası iddiasında bulunanların çoğunluğunun erkek olması literatür ve adli tıp uygulamaları ile uyumludur.

Ancak hastaların büyük çoğunluğunun erkek olmasını, yalnızca Türkiye'deki sosyo-ekonomik ya da kültürel durum ile açıklamak doğru olmaz. Zira, bilindiği gibi kalp hastalıkları kadınlarda erkeklere göre 7-10 yıl daha geç ortaya çıkmaktadır. Birçok kadın, kadın olmalarının onları kalp hastası olmaktan koruduğuna inanmaktadır. Bu inanış hekimler arasında da yadsınamayacak düzeydedir. Kadınların hastalıkları hakkında farkındalıkları olmayışı; onların kalp hastalıkları ile ilgili çok daha az sağlık hizmetinden yararlanmalarına neden olmaktadır. Tüm bu sonuçların çalışmada saptanan düşük kadın oranını açıklayabileceği görünmektedir(72, 73) Yukarıda sıralanan tüm bilgileri teyit edecek üzücü bir bilgi, 2012 yılında dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ölen kadın oranının erkeklerden daha fazla olmasıdır (74). Diğer yandan kardiovasküler hastalıklara zemin hazırlayan diyabet (5.5/7.9) hipertansiyon (8.5/17.1) gibi hastalıklar için 2012 yılında konulan tanı oranlarının kadınlar aleyhine olması da konunun farklı yönleri ile ele alınmasına neden olabilecek çarpıcı bir bilgidir. İnsan haklarının bir parçası olan hasta hakları konusunda kadınlar için yeterince hassas davranılmadığı ya da kadınların beklenilenin aksine şikâyet etmeyi tercih etmedikleri de söylenebilir.

Çalışmada olguların yıllara göre dağılımı incelendiğinde, 2009 yılından sonra olgu sayılarında belirgin bir artış olduğu saptandı (Şekil 2). Belirlenen bu durum sürpriz değildir. Aynı yıllar içerisinde, örneğin 2010 yılında ATK'ya tüm malpraktis iddiaları nedeni ile başvuru sayısı yaklaşık 1000 iken ertesi yıl bu sayı 2000'e çıkarak dikkat çekici bir sonuca ulaşmıştır. Bu sonuç, 1998 yılında yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin daha etkin anlaşılması ve kullanılmasının yanı sıra, hasta hekim

ilişkisinin değişen, ticarileşen yüzü ve sağlık politikalarındaki değişimden kaynaklanan olumsuzluklar ve bu olumsuzluklardan artan oranlarda hekimlerin sorumlu tutulması ile uyumlu görünmektedir (21). Gündoğmuş ve arkadaşlarının (68) yaptığı bir çalışmada, halkın hasta hakları yönünden bilinçlenmesi ve bu tür ihlaller sonucu caydırıcı cezaların verilebildiğinin görülmesi ile hak aramaların artmasının yanı sıra sağlık sisteminin ciddi anlamda sorgulanmasının da sağlanacağı belirtilmektedir. Hasta hakları konusundaki bilinçlenmeyi sağlayacak en önemli organların sivil toplum örgütleri olduğu, meslek odalarının dışında, sivil toplum örgütlerinin hasta haklarını koruma ve halkı bilinçlendirme yönünde önemli katkılar sağlayabileceği ifade edilerek, İstanbul’da bu amaçla ilk derneğin kurulmuş olmasının, ciddi bir adım olarak nitelendiği görülmektedir (21,68).

Amerikan Tıp Enstitüsünün 2000 yılı raporuna göre ABD’de her yıl 44.000 ile 98.000 arasında hastanın tıbbi uygulama hatalarına bağlı öldüğü bildirilmektedir (75). Dünyada tıbbi uygulama hatası iddialarının artmasının nedenleri arasında, tıpta sürekli yeniliklerin görülmesi ve bunların bütün topluma hızla yayılması, toplumun bilinç ve eğitim düzeyinin artması, sigorta sisteminin gelişmesi, hak arama mücadelesi gibi çeşitli tıbbi, hukuki ve sosyal faktörler yer almaktadır. Hekimlere yönelik tıbbi uygulama hatası iddiaları son yıllarda ülkemizde de giderek artan oranlarda artmasının nedenleri de benzer olarak düşünülebilir. Son 10 yıl içinde ise konu Türkiye’de çeşitli boyutlarda tartışılmakta olup, daha ziyade çözüm arayışlarının sürdüğü dinamik bir süreç yaşanmaktadır (48,76,77).

Olguların yaş dağılımına bakıldığında; birinci dekadda, ikinci dekaddan daha fazla olgu bulunmakta idi. Ayrıca artan yaş ile birlikte olgu sayılarının arttığı görüldü (Şekil 3). Olguların büyük bir çoğunluğunun iskemik kalp hastalıklarından oluşması ve bu hastalık için yaş ve cinsiyetin majör risk faktörü olması birlikte değerlendirildiğinde;

hastaların büyük çoğunluğunun erkek olması ve artan yaş ile birlikte olgu sayısının artması çok daha iyi anlaşılmakta idi (78). Ayrıca ilk dekadda kongenital hastalıklara bağlı cerrahi prosedür gerektiren hastalıkların fazla olması, bu yaş grubunda daha fazla açılmış malpraktis davası olmasını açıklamaktadır (79).

Olguların gönderildikleri yargı makamlarının coğrafi bölgelere göre dağılımı değerlendirildiğinde; en fazla olgunun sırası ile Marmara ve Ege bölgesinden olduğu görüldü (Şekil 4). Bu hususun, temel olarak ülkede mevcut nüfus yoğunluğu ve her iki bölgenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ile doğrudan ilişkili olduğu düşünüldü (81).

Haklarında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan toplam 485 hekimin %76,5'ini erkek hekimler oluşturmakta idi. Tıbbi uygulamalarda bilimsel standartlardan sapma hekimlerin cinsiyetine göre değerlendirildiğinde; aralarında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edildi ($p=0,07>0,05$; $\chi^2=3,22$). Ancak erkek hekimlerinin oranının %76,5 gibi dikkat çekici bir yükseklikte olması ilginç bulundu (Tablo 1). Çalışma kapsamına giren uzmanlık alanı için hekimlerin cinsiyet oranı ile ilgili kesin bir bilgiye sahip olmamakla birlikte, Türkiye'de 81 il ve merkez teşkilatı olmak üzere, 44 bin 571 erkek, 28 bin 285 kadın doktorun Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde görev yaptığı bilinmektedir. Bu rakamlardan bir çıkarım yapmak gerekirse, kabaca erkek hekim oranının %60 civarında olduğu söylenebilir. Bu durumda da çalışmada elde edilen %76,5 lik oranın erkek hekimlerin daha fazla dava edilmesinin bir göstergesi olduğu söylenebilir (74,82).

Benzer şekilde Yorulmaz'ın çalışmasında da haklarında tıbbi hata ve/veya ihmal kararı verilen hekimlerin 60'ının erkek 18'inin kadın olması dikkat çekici bulunmuştur. İTO'na kayıtlı hekimlerin %61'ini erkek hekimler oluşturmaktadır. Buna karşılık

disiplin cezası alan erkek hekimlerin oranı %77 dir. Odaya kayıtlı kadın hekimlerin oranı %39 dur. Disiplin cezası alan kadın hekimlerin oranı ise ancak %23 olarak belirlenmiştir. Yine men cezası alan kadın hekimlerin oranının belirgin düzeyde düşük olduğu saptanmıştır (21).

Tıbbi uygulamalarda becerileri mükemmele erişirmede, konunun insani yönü unutulmamalıdır. En sık rastlanan şikâyet nedenlerinden birisi de yetersiz iletişimidir. Hatta malpraktis bir iletişim kazası olarak da tanımlanmaktadır (83). Hekim-hasta ilişkisi tıbbi uygulama hatalarının omurgasını oluşturmaktadır. Hekimin hasta ile karşılaşmasından itibaren, anamnez, tanı, tedavi ve izlem aşamalarında kurulan ilişki, süreci belirlemektedir (8). Hastaların tıbbi tavsiyelere uymamalarının en başta gelen nedenleri; yanlış anlaşılma, kızma, korku ve kontrol kaybıdır. Bu tür hastalar potansiyel olarak sağlıklarını bu şekilde davranarak riske attıklarından, bu aşamada hekim ve diğer sağlık personeli tarafından zamanında yeterli iletişim kurulması, güvence verilmesi, arkadaşlarının veya akrabalarının devreye sokulması, hastanın hekim tavsiyelerine uymasında önemli rol oynamaktadır (22,46). Tüm bunlar iletişim becerisinin üst düzeyde olmasını gerektirmektedir. 2002 yılında Surgery dergisinde yayınlanan bir araştırmada oldukça ilgi çekici bir konu ele alınmıştır. Hekimlerin ses tonlarının ihmal iddialarının ortaya çıkmasında ne kadar önemli olduğu gösterilmiştir. Ses tonları daha sıcak ve flu olan ve de ses tonlarından endişeli oldukları sezilen hekimlerin haklarında ihmal iddiası oranı %50 daha azdır. Sesleri gür, baskın olanlarda ise oran %2,74 daha fazladır. Bu çarpıcı bulgunun sadece ses tonunun dominantlığı ile ilgili olduğu düşünülmemektedir (8,46). Elbette hekimlerin cinsiyeti malpraktis sonucunu doğuran bir parametre değildir. Erkek hekimlerin daha az bilgili ya da yetenekli olduğu söylenemez. Ancak olumlu hasta hekim ilişkisi, iddiaların ve istenmeyen sonuçların oranını azaltmaktadır. Amerika’da yapılan iki ayrı çalışmada, eğitimle ilgili çabaların,

sertifika programlarının, iddiaları azalttığı belirlenirken, hekimin erkek olmasının iddialar açısından bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (84,85,86). Sonuç olarak bu çalışmanın sonuçları da istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, kadın hekimlerin iletişim becerileri konusunda daha başarılı olduklarını düşündürmektedir.

Çalışmada malpraktis iddiaları, cerrahi ve dahili tıp bilimlerine göre ayrı ayrı değerlendirildiğinde (Şekil 5), olguların cerrahi ve dahili tıp bilimlerine göre dağılımlarında anlamlı bir fark olmadığı görüldü (Şekil 5) ($p>0,05$). Bu sonuç şaşırtıcıdır. Zira Yorulmaz'ın (21) çalışmasında olguların sayısal olarak büyük bir bölümünün cerrahi tıp bilimleri alanında olduğu ($n=228$, %66.2), buna karşılık bu alanda İTO'ya kayıtlı hekim sayısının, oransal olarak çok daha az olduğu (%35,8) bildirilmişti. Malpraktis iddiaları; hekimler açısından yüksek risk taşıyan cerrahi, kadın doğum, ortopedi gibi bir alanda çalışılması halinde, diğer ülkelerde olduğu gibi çok fazla artmaktadır (22,68,85,87-89). Cerrahi dallar beceri, deneyim, yetkin bir ekip ve donanım gerektirmektedir. Bu zor operasyonların ardından malpraktis iddiasında bulunulması, beklenen bir sonuçtur. Uygulama hatalarının yoğunlaştığı uzmanlık dallarının ortaya çıkarılması, klinik dallarda uzmanlık yapan hekimler açısından da faydalı olacaktır (90). Diğer taraftan çalışmada elde edilen, dahili ve cerrahi bölümler arasındaki eşit malpraktis iddialarını gösteren bu beklenmedik sonuçta özellikle kardiyoloji alanında invaziv girişimlerin yaygın olması ile açıklanabilir. Ayrıca diğer bir neden de, cerrahi alan olmasına ve riskli girişimlerin yapılmasına karşın Türkiye'de kardiovasküler cerrahi alanında dikkat çeken az hasta şikayeti bulunması olabilir (91,92).

Kalp ve damar hastalıkları nedeni ile tedavi edilen ve tıbbi uygulama hatası iddiası olan olguların %32,6'sında sağlık profesyonellerinin tıbbi uygulamalarının bilimsel standartlardan sapma gösterdiği kanaati bildirildiği görüldü (Şekil 6). Bilirkişi

kurumları arasında ve farklı yıllarda hekimlerin tıbbi uygulamalarının bilimsel standartlardan sapma göstermesine ilişkin kararlar ile ilgili sonuçlarda farklılıklar olabilmektedir. Yüksek Sağlık Şurası tarafından değerlendirilen olgular ile yapılan bir çalışmada, incelenen 109 olgunun %52'sinde hekimlerin kusurlu bulunduğu belirtilmiştir (68). Farklı bir çalışmada ise 1996 yılından önceki beş yıl içinde Şura'ya sevk edilen 532 hekimden % 43'ünün kusurlu bulunduğu bildirilmiştir (22). İTO başvurularında saptanan görece düşük (%23) oranda (21) hata saptanma durumunun, hekimlerin korunduğu anlamına gelmediği düşünülmektedir. Uluslararası literatür (93,94,95) ile uyumlu ceza oranı (%20), daha çok hastaların yeniden muayene edilmesi, hekimlerin ifadelerinin yüz yüze alınması gibi değerlendirmeyi doğrudan etkileyen faktörlerin olumlu bir yansıması olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca Güzel ve arkadaşlarının belirttiği, YSS ile ATK İhtisas Kurulları ve Adli Tıp Genel Kurulu'nun tıbbi uygulama hatası ve kusur kararları arasında; %70'lerin üzerinde farklılık ya da uyumsuzluk bulunması, aslında hata saptanma oranlarının da sağlıklı kıyaslanamayacağını göstermektedir. Hasta hakları ihlalleri sonrası oluşan durumlarda, yerel etik kurullar bilirkişilik işlevini yerine getirmelidir. Bu bakış açısının adli mercilerce de benimsenmesi ile gelenekselleşmiş bilirkişilik kurumlarının yükü azalabilecek ve hastaların beklentilerine daha doyurucu karşılıklar verilebilecektir (68). Diğer taraftan çalışmada elde edilen yukarıda ifade edilen sonuç, kardiyolojik şikâyetleri nedeni ile hekime başvuran hastaları tedavi eden tüm branşlardaki hekimlerin ortalaması olup, tek tek branşları ele almak daha sağlıklı bir değerlendirmeye olanak verebilir.

Çalışmada en fazla oranda bilimsel standartlardan sapma görülen uzmanlık alanı iç hastalıkları olarak belirlendi. İç hastalıkları uzmanlarının kendi normal oranından daha fazla hata oranı; kardiyolojik hastalıkların tanı ve tedavisinde, iç hastalıkları

uzmanları açısından bir risk olduğunu düşündürmektedir (92). Bu çalışmada sadece kardiyoloji uzmanlık alanı ile ilgili bilimsel standartlardan sapma saptanma oranı %30,3 tür. Bu oldukça yüksek bir orandır. Amerika’da kardiyologlara karşı açılan tazminat davalarının %18 inde kardiyologlar kusurlu bulunmuştur (96). Bu durum, kardiyoloji camiasında konunun daha detaylı ele alınması gerektiğini göstermektedir. Bu gereklilik Kalp ve Damar Cerrahisi alanında saptanan hata oranından da çıkmaktadır. Cerrahi uygulanan daha fazla olgu bulunmakla birlikte, bilimsel standartlardan sapma oranı %22,4 gibi görece düşük bir orandadır (Tablo 2).

Kardiyoloji ve kalp-damar cerrahisi alanında yaşanan hatalı tıbbi uygulama oranlarını öğrenmek istediğimizde ulaşılabilen tek verinin bu tez çalışmasında olduğu gibi bilirkişilik kurumlarına ait veriler olduğu dikkat çekmektedir. Oysa kardiyoloji ya da kalp-damar cerrahisi kliniklerinin kendi verilerini paylaşması çok daha güvenilir bilgileri öğrenmemizi sağlayacaktır. Zira yargıya yansıyan olgularda dava açma motivasyonu her zaman malpraktis olmayabilmektedir(97,98).

Bilirkişi kararları arasında dikkat çeken oranda fark olması, malpraktis kararı alınmasında referans noktası ya da neyin bilimsel standart olarak kabul edilmesi gerektiğini tartışmaların odağına taşımaktadır. Tıbbi uygulama hatalarından bahsederken önemli bir konuyu göz ardı etmemek gerekir; acaba biz, bir uygulamaya ‘hata’ derken yani bir uygulamayı ‘malpraktis’ olarak nitelendirirken nelere, hangi kriterlere, hangi kanıtlara dayanıyoruz. Son yıllarda, bu konuda en fazla dikkat çeken yaklaşım, en üst düzey kanıt olarak kabul edilen kılavuzların esas alınmasıdır (99,100); bu nedenle kılavuzların ‘malpraktis’ konusunda biraz daha yakından irdelenmeleri gerekir.

Her ne kadar klinik kılavuzlar her hangi bir yasal bağlayıcılık sahibi olma iddiasında olmasalar da (en azından kardiyoloji alanındaki ESC ya da ACC/AHA

kılavuzları söz konusu olduğunda) tıbbi ihmal ve malpraktis söz konusu olduğunda, mahkemelerin atadığı bilirkişiler görüş bildirirken, bu tür kılavuzların eldeki konu hakkındaki önerilerine atıf yapma eğilimi içindedirler (101). Aslında klinik kılavuzlar hekim ve hastasına belirli bir klinik senaryoda karar alınırken yardımcı olma amacı taşıyan dokümanlardır. Kılavuz her zaman güncel olmayabilir. Aynı zamanda söz konusu klinik durum için tartışmalı bir öneri yapıyor (örneğin sınıf IIa ve sınıf IIb öneriler) olabilirler. Dahası, var olan klinik duruma direkt atıfta bulunmuyor olunabilir.

Tüm bu noktalar göz önüne alındığında, kılavuzların yasal kararlar alınırken ne derece kullanılabilecekleri açık değildir (102). Bazı klinik durumlara göre bireyselleştirilmesi gerektiği açıktır. Özellikle kılavuzlarda kanıt seviyesi C olarak adlandırılan, uzman görüşünün söz konusu olduğu önerilerin uygulanıp uygulanmamasının hekimin kanaatine bağlı olması gerekebilmektedir. Yasal çıkarımlarda en rahat bulunulabilecek durumların, benzer klinik senaryoları olan hasta gruplarında yapılmış birden fazla randomize büyük kontrollü çalışma sonucu elde edilmiş kanıtlar sonucu yapılan sınıf I önerilerin söz konusu olduğu haller olduğu düşünülebilir.

Son yıllarda farklı dernekler ve kuruluşlar tarafından çok sayıda kılavuz yayımlanmıştır. Bu kılavuzlarda alanında seçilmiş uzmanlar belli ilkelere göre, belirli bir rahatsızlığın tanı, tedavi ve/veya önlenmesine ait yayımlanmış kanıtları kapsamlı olarak gözden geçirmektedir. Risk yarar oranı da dâhil olmak üzere, tanı ve tedaviye ilişkin işlemlerin eleştirel bir değerlendirmesi yapılmıştır. Kılavuzlar, belirli bir konuda yazım süreci sırasında mevcut kanıtların hepsini özetlemekte ve değerlendirmektedir. Burada amaç, belirli tanı veya tedavi araçlarının risk-yarar oranının yanı sıra, klinik sonuçlar üzerine etkilerini de hesaba katarak, belirli bir sorunu olan münferit hastalar için en iyi tedavi stratejisinin seçiminde hekimlere destek olmaktır. Kılavuzlar hiçbir

zaman kitapların ve hekim değerlendirmelerinin yerini tutmaz, fakat onları tamamlar. Kılavuzların ve önerilerin, hekimlere günlük uygulamada kararlar verirken yardımcı olmaları gerekir. Kılavuzları yazan kişi ve destekleyen kurumların görüşlerini yansıtmaktadır ve yazıldıkları andaki mevcut kanıtların dikkatle incelenmesi sonrası oluşturulmuştur. Ancak hastaları ilgilendiren son kararlar sorumlu doktor(lar) tarafından alınmalıdır (103). Kılavuzlar sağlık uzmanlarının hastanın bireysel koşullarına göre, hasta ve gerekli olduğunda bakıcısı veya velisine danışarak, uygun kararlar verme sorumluluğunu ortadan kaldırmaz. Ayrıca, reçete yazımı sırasında ilaçlar ve cihazlar için geçerli kurallara ve yönergelere uyma sorumluluğu da sağlık uzmanlarının sorumluluğundadır. Sağlık uzmanlarının klinik kararlarını verirken bunları bir bütün olarak göz önünde bulundurmaları önerilir. Reçete yazıldığı sırada ilaçlar ve cihazlara uygulanmakta olan kurallara ve düzenlemelere uymak da sağlık uzmanlarının sorumluluğundadır. Kılavuzlar daha çok sık karşılaşılan hasta grupları ve durumlar hakkında genelleme yaparak tanı ve tedavide yol göstermektedirler. Gündelik klinik uygulamalarda kılavuzlarda birebir bulunmayan hasta ve durumlarla sık karşılaşılmaktadır (104).

Hekimin tedavisi sonucunda ortaya çıkacak yasal sorunlarda mevcut kılavuzlar söz konusu yetersizlikleri ve sınırlamaları dikkate alınarak hekimin kararlarının değerlendirilmesinde yol gösterici olabilir ancak tek karar verdirici olarak kullanılmamalıdır.

Çalışmada tıbbi uygulama hatası iddiaları ile yönetsel eksikliklerin ilişkili bulunduğu olgu oranı %2,8 olarak belirlendi (Şekil 7). Tıbbî hizmetler açısından hizmet kusuru, tıbbî hizmetlerin kuruluşunda, düzenlenmesinde veya teşkilatında, bünyesindeki personelinde yahut işleyişinde gereken emir ve direktiflerin verilmemesi, sağlık personeli üzerinde gerekli periyodik incelemelerin yapılmaması, hizmete tahsis edilen

araç-gereçlerin yetersiz, elverişsiz, kötü olması, sağlık personeline gerekli önlemlerin alınmaması, geç veya zamansız hareket edilmesi gibi aksaklıklar veya eksiklikler olarak tanımlanabilir (8). Bu çalışmada saptanan düşük oran, bilirkişilik kurumlarında idarenin kusurunun yeterince ele alınmadığını göstermektedir.

Başvuru patolojileri dikkate alındığında, en fazla olgu grubunun, iskemik kalp hastalıkları ile ilgili başvurularda görüldüğü saptandı. Neden tıbbi uygulama hatalarında kalp hastalıkları özellikle de iskemik kalp hastalıkları (İKH) sık görülmektedir? Bu sorunun değerlendirilmesi bu tez çalışmasının önemli hedeflerinden biridir. İKH'nin, tıbbi uygulama hatası olarak sık görülmesinin en önemli nedenlerinden biri, İKH'nin diğer ülkelerde olduğu gibi, ülkemizde de çok sık rastlanan bir patoloji olmasıdır (105). Diğer bir neden ise, bu patolojinin ilk ortaya çıkışının “ağrı” şeklinde olmasıdır; dolayısıyla, birçok farklı patolojinin de belirtisi olan “ağrı” özellikle acil servislerde İKH daha da önemlisi akut miyokard infarktüsü (AMİ) tanısı konmasında yanılgılara yol açmaktadır (106). Bu durum gerek hasta gerekse hekim açısından önemli sonuçlar doğurabilmektedir.

Sigorta şirketlerine ağır yükler getirmesi nedeniyle de bu durumun nedenleri etraflıca irdelenmiştir; sonuç olarak İKH tanısının konamamasına veya yanlış konmasına neden olan faktörler dikkatlice tarandığında, hatanın tek nedenin ağrı değerlendirmesi olmadığı, oldukça farklı nedenlere bağlı olarak malpraktise neden olunabileceği görülmektedir. Bu nedenler kabaca şöyle sıralanabilir:

- İKH'nın özellikle akut koroner sendromların, atipik klinik formlarda karşımıza çıkması; bu durum, kadınlarda erkeklere göre daha belirgindir (107); ayrıca, AMİ geçiren hastaların %33 kadarında ağrı görülmediği bildirilmiştir (108).

-Hastaların anksiyete, panik gibi psikişik durumlarını, özellikle acile başvurdıklarında, tanıyı görmezden gelecek derecede ön planda tutmak (109); bu durum ülkemizde, özellikle yaşlı hastalarda sık karşılaşılmaktadır.

-Bazı İKH dışlama yöntemlerine gereğinden fazla önem vermek (ör. antasidlere cevap alınmasının, AMİ tanısını dışlamak için yeterli görülmesi gibi) (110). Bazı çalışmalar, nitrogliserine alınan cevabın, aslında İKH olmayan hastalarda da görülebileceğini, dolayısıyla yanlışlıkla İKH tanısı konabileceğini göstermiştir (111).

- EKG'yi yanlış değerlendirmek: özellikle AMİ tanısında çok sık yapılan en önemli hatalardan biri budur (112). Bu konuda çok da katı olmamalıdır, çünkü yapılan bir çalışmada, AMİ geçiren hastaların %50'sinden fazlasında, tanı için yeterli EKG kriteri bulunamamıştır (113); ayrıca unutulmamalıdır ki, sol dal bloğu, sol ventrikül hipertrofisi, miyoperikardit gibi durumlarda EKG ile tanı koymak çok güç olabilir.

- Kardiyak enzimleri tanı için yeterince kullanmamak veya yanlış değerlendirmek: her iki durum da hatalı yönlendirmelere neden olabilir (örneğin sadece bir kez troponin seviyesine bakmak ve düşük çıktığında da tekrarlamamak). Bunun yanında, enzimlerin pulmoner emboli, inme, hemodiyaliz gibi durumlarda yüksek çıkabileceğini de unutmamak gerekir (114).

- Hasta değerlendirilirken, sadece geliş şikayetine odaklanılması, buna karşılık diğer patolojilere (diyabet gibi) yeterince dikkat edilmemesi ve hastanın erken taburcu edilmesi (ör. üst solunum yolları enfeksiyonunu takip eden 3 gün içinde AKS riskinin artmış olması) (115).

- Yine hasta değerlendirilirken, önceden yapılmış tetkiklere aşırı önem atfedilmesi; bu nedenle, hastanın daha önceki kardiyak test sonuçları dikkate alınmalı ama o anki durum için karar verdirici olmamalıdır.

- Acil servislerin tanı için yetersiz donanımı veya hekimlerin aşırı hasta yükünün bulunması; bu neden, özellikle ülkemizin bazı kesimlerinde çok daha önemli bir yer tutmaktadır.

Tıbbi uygulama hatası iddiası ile yapılan başvuruların hastanelere göre dağılımı incelendiğinde; şikâyetlerin özel hastaneler ve devlet hastanelerinde yoğunlaştığı, eğitim araştırma hastanelerinde ise en az oranda olduğu tespit edildi. Bu sonuç, hastaların sırası ile özel hastanelere, daha sonra da devlet hastanelerine güvenlerinin diğer sağlık kurumlarına oranla daha az olduğunun önemli bir göstergesidir. Elbette bu iki kurumla ilgili şikâyetin çok fazla olması, sadece güven sorunundan kaynaklanmamaktadır. Değişen sağlık politikaları nedeni ile özel hastanelerin ön plana çıktığı, bunları devlet hastanelerinin izlediği, üniversite hastanelerinin ise daha geri planda kaldığı izlenebilmektedir. Tıbbi uygulamaların bilimsel standartlardan sapma gösterme oranları açısından sağlık kurumlarına göre incelendiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, devlet hastanelerinde diğerlerine göre anlamlı derecede daha fazla oranda bilimsel standartlardan sapma olduğunu görüldü ($p=0,025<0,05$; $\chi^2=11,12$). Bu durum devlet hastanelerin iş yükü yanı sıra, bu hastanelerde hasta güvenliği kültürünün yerleştirememiş olması ile açıklanabilir.

Tıbbi malpraktis değerlendirmesi açısından karar verilememesine neden olan en önemli faktörün tıbbi belgelerdeki eksiklikler olduğu saptandı. Bu durumun üç önemli nedeni bulunmaktadır. Tıbbi malpraktis kavramı içinde yer alan, yazdıysanız yapmışsınızdır, yazmadıysanız yapmamışsınızdır kuralı ısrarla vurgulanmasına rağmen Türkiye’de tıbbi kayıtların düzenli tutulduğundan bahsetmek mümkün olmamaktadır. Kayıtların yetersizliği ile ilgili ikinci bir neden, adli makamlar ile sağlık kuruluşları arasındaki yazışmaların etkili bir şekilde yapılamamasıdır. Sıklıkla sekreterler gerekli kayıtların temin edilip postalanmasında hatalar yapmaktadır. Üçüncü bir neden de yasal

zorunluluğa rağmen, sağlık kuruluşlarının ciddi bir arşiv sistemi kurmamaları, özellikle geciken davalarda tıbbi kayıtlara ulaşılamaması ile sonuçlanmaktadır (116,117). Bu çalışmada saptanan tıbbi kayıtların eksiklik oranının %41'leri bulması kayıt sistemindeki yetersizliğin boyutunu çarpıcı bir şekilde göstermektedir.

Tıbbi malpraktis değerlendirmesi açısından karar verilememesine neden olan ikinci unsur, otopsi yapılmamasına bağlı bilgi yetersizliğidir. %19,6'lık bir olgu grubunda otopsi yapılmadığı saptanmıştır. Tıbbi uygulama hatalarının değerlendirilmesinde otopsinin yeri şüphesiz yadsınamaz. Ancak son yıllarda tüm dünyada otopsi sayılarında bir düşüş yaşandığı bildirilmektedir (90). Antemortem diagnostik yöntemlerdeki artış sayısal düşüşün en önemli nedenleri arasında gösterilmektedir. Ancak bu düşüncenin doğru olması durumunda, antemortem-postmortem tanı farklılıklarının giderek azalması gerekirdi. Mevcut araştırmalar bunu doğrulamamaktadır. Türkiye'de ve Dünya'da yayınlanmış çeşitli serilerde; antemortem, postmortem tanısal farklılıkların, tüm teknolojik gelişmelere, tanıda kullanılmaya başlanılan yeni yöntemlere rağmen hala önemli oranda sürdüğü görülmektedir (8,76,98,118-123). Otopsi sayısındaki düşmenin diğer nedenleri arasında; otopsinin ücreti geri dönen bir işlem olmaması, dahası hastanın faturasına eklenmesi, aynı zamanda hekimleri tıbbi uygulama hatası ile karşı karşıya getirme korkusu sayılmaktadır (123).

Türkiye'de hastane otopsileri ile ilgili bir çalışmada, 1968-78 yılları arasında İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde 295 otopsi yapıldığı (%6) ve antemortem-postmortem tanı farklılıklarının %47,8 gibi yüksek bir oranda olduğu bildirilmiştir. 5 yaşından küçüklerde bu oran %70 olarak verilmiştir. Adana'da entoksikasyon ön tanısı ile tedavi gören olgularda yapılan çalışmada, antemortem-postmortem tanı farklılığının %28 oranında olduğu bildirilmiştir (123). Yine Adana'da yapılan bir olgu sunumunda,

belediye hekiminin şüpheli bulduğu, 9 yaşındaki akut batın şüphesi bulunan olguda, adli tıp uzmanının otopsi kararı almadığı görülmektedir. Hastanedeki tedavisi sırasında gaz sancısı bulunduğu, operasyon endikasyonu olmadığı bildirilen olgu ile ilgili Yüksek Sağlık Şurası kararında; otopsi yapılmadığından ilgili hekimlerin kusurlu olup olmadığının belirlenemediği bildirilmiştir. Yazıda adli tıp uzmanları hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası yapıp yapılmadığı belirtilmektedir (21,98).

Adli prosedür, birçok ülkede olduğu gibi, Türkiye’de de tıbbi tanı ya da tedavi sürecinde olgu ölümle sonuçlandığında; olay Cumhuriyet savcılığına rapor edilerek başlatılır (21,98). Yasalar çerçevesinde mevcut durumun adli nitelik kazanması için kişinin sağlıklı olarak belirteceğimiz sınırlardan çıkıp, fiziksel ya da ruhsal olarak hasta olarak kabul edilecek bir duruma gelmesinde, başka kişi ya da kişilerin kasıtlı, bilerek yaptıkları davranışlar sorumlu ise, ya da kişi başkalarının tedbirsiz, dikkatsiz ya da ihmalkâr davranışları nedeniyle sağlığını kaybetmiş olması gerekir (21,125). Adli nitelikteki tıbbi malpraktis olgularının aydınlatılmasında, yapılacak eksik inceleme ve çalışmalar, değerlendirme ve karar aşamasında olayın açıklığa kavuşmasını zorlaştırmakta, hatta imkânsız hale getirebilmektedir. Özellikle ölümle sonuçlanan tıbbi uygulamalarda, olayda taraf olan hekim ve hasta açısından, doğru değerlendirme yapabilmek için otopsinin zorunluluğu, üzerinde önemle durulan bir husustur (8,21,61,98,118,119,121).

Ayrıca önemli bir olgu grubunda da (karar verilemeyen olguların %39,1’i) hastalık ve tedavi süreçlerin doğası gereği bir belirleme yapılamadığı görüldü (Şekil 10). Zaman zaman otopsiye rağmen ölüm nedeninin anlaşılamadığı olgular bu grubun önemli bir kısmını oluşturmaktadır.

Çalışmada tıbbi uygulamalarla ilgili hasta ya da hasta yakınlarının iddialarının, tedavi ve takip aşamasında yoğunlaştığı görüldü. Genel olarak Türkiye’de hastaların

takibi aşamasında tıbbi hataların görüldüğü bilinmektedir. Sağlık personelinin teşhis aşamasında oluğu gibi, hastaların tedavi planlarını doğru takip etmeleri malpraktis iddialarının azaltılmasında önemli bir etkiye sahiptir (21). Ortaya çıkan sorun bir komplikasyon olsa dahi bu komplikasyonun zamanında fark edilip uygun şekilde yönetilmesi gerekmektedir.

Ayrıca kurul kararlarına yansıyan, bilimsel standartlardan sapma şeklindeki davranışların tıbbi teknik nedenleri Şekil 12a ve 12b’de gösterildi. Tanı aşamasındaki tıbbi uygulama hatalarının gerekçelerinin sırasıyla en fazla oranda yanlış değerlendirme ve konsültasyon yetersizliği olduğu belirlendi. Sağlık kuruluşunda çalışan personelin davranışlarını örgütsel çevre faktörleri değiştirebilir. Tedaviyi üstlenen hekimin bir sağlık kuruluşunda çalışması halinde hekimin özen ve bilgilendirme borcunun yanı sıra sağlık kuruluşunun da en iyi sağlık hizmetini sunmak için gereken özeni gösterme yükümlülüğü söz konusu edilebilir. Bu yükümlülükte bir ekip çalışması söz konusu olup, hastanın bakımı, temiz sağlıklı koşullarının sağlanması, özenli ve doğru tetkiklerin yapılması, hastaların post operatif hastane enfeksiyonlarından korunması ve bakımı, hasta ile ilgili tetkik ve konsültasyon sonuçlarının hekime doğru ve güvenilir şekilde ulaştırılması gibi geniş bir spektrum içermektedir (8). Tüm bu aşamada yaşanan kural ihlalleri hekimlerin yorgun olmaları, yanlış değerlendirmeleri ve yetersiz destek sonucu hatalı kararlar almalarına yol açmaktadır.

İncelenen dosyaların %20’sinde kurullara başvuru öncesi farklı bilirkişilerden görüş alınarak dosyaya dâhil edilmiş olduğu saptandı. ATK’da yapılan değerlendirme sonucu oluşan kararlar ile mevcut dosyada önceden bulunan bilirkişi raporları arasında ise %44,3 oranında fark bulunduğu belirlendi. Kıta Avrupası Hukuk Sistemi içerisinde yer alan ülkemiz hukukunda da taraflar kendileri uyuşmazlık hakkında bağımsız bir şekilde, istedikleri bilirkişiden rapor alabilirler. Bu hususta başvurdukları kişiler için

CMK’nda ve HMK’da ‘uzman’ sıfatı kullanılmaktadır. CMK 67/6.madde gereğince, tüm taraflar yani cumhuriyet savcısı, katılan, vekili, şüpheli, sanık, müdafisi veya yasal temsilcisi, gerek soruşturma safhasında gerekse muhakemede, her aşamada söz konusu olayla ilgili olarak bir uzmandan rapor alıp dosyaya sunabilirler. Ayrıca bu kişiler, dosyada bir bilirkişi atanmışsa bu bilirkişinin raporunu hazırlayıp sunmasından önce göz önünde bulundurması gereken hususları tekrar vurgulamak ya da bu atanmış bilirkişinin dosyaya raporunu sunmasının akabinde rapordaki eksik, hatalı yada farklı algılanmış hususların ortaya konulması amacıyla da uzman kişiye başvurabilirler. Aynı yöndeki düzenleme HMK’nın 297/1.maddesinde de yer almaktadır. “Uzman görüşü” başlıklı 276.maddede tarafların uzman görüşünden faydalanabileceği belirtilmiştir(125).

Bilirkişilik alanında devrim niteliğinde uygulamaların başlatıldığı yıl olan 2005 sonrası ya da Türk Ceza Kanunu reformu sonrası; değişimin uygulamaya yansması ilk kez çarpıcı bir şekilde görülebilmektedir. İncelenen dosyaların %20’sinde kurullara başvuru öncesi farklı bilirkişilerden görüş alınarak dosyaya dahil edilmiş olması önemli bir saptamadır. Bu raporların tamamı CMK ve HMK’da tanımlanan mütalaa şeklinde değildir. Bazı raporlar inceleme sürecindeki bilirkişi raporlarıdır. Ancak ATK incelemesi sonucunda da süren yargılama sürecinde dosyaya farklı bilirkişi görüşlerinin girebildiği dikkate alındığında söz konusu %20’lik sonuç çok daha anlaşılır olacaktır. ATK kararları ile dosyada mevcut bilirkişi raporları arasında da %44,3 oranında fark bulunması, mahkemelerin teknik anlamda farkındalıklarının artmasına yardımcı olacaktır. Böylelikle mahkemelerin konunun farklı yönlerini görerek daha doğru karar alabileceği düşünülmektedir (126).

Değerlendirmeye alınan 389 olguda ölümle sonuçlanma ile tıbbi uygulama hatası saptanması oranları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$;

$x^2=2,97$) (Tablo 3). Tıbbi uygulama hatalarının ağırlığı ile ortaya çıkan zararlar arasında korelasyon bulunmamaktadır, ancak buna rağmen ölümle sonuçlanan olguların dava edilme riski fazladır. Bu çalışmada ölümle sonuçlanan olgularda istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, daha fazla tıbbi uygulama hatası saptandığı görüldü. Bu durumda ölüm gibi ağır olgulardan bilirkişilerin de etkilenmiş olma olasılığı düşünülebilir (127).

Tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan olguların yaklaşık yarısında otopsi yapılmadığı belirlendi. %2 olguda da geç dönemde yeniden mezar açılmak sureti ile otopsi yapılmak zorunda kalındığı görüldü (Şekil 15). Çoğu hastanede geçen bu ölümlerde, hasta yakınlarının otopsi konusunda isteksiz olmaları, hekimlerin bu otopsi kararı için ailenin izninin gerekli olduğu gibi yanlış bir inançlarının olması ve son olarak otopsinin hekim hatalarını ortaya çıkaracağı şeklindeki yanlış inançlar düşük otopsi oranlarının başlıca nedeni olmaktadır. Adli nitelikteki tıbbi malpraktis olgularının aydınlatılmasında, yapılacak eksik inceleme ve çalışmalar, değerlendirme ve karar aşamasında olayın açıklığa kavuşmasını zorlaştırmakta, hatta imkânsız hale getirebilmektedir. Özellikle ölümle sonuçlanan tıbbi uygulamalarda, olayda taraf olan hekim ve hasta açısından, doğru değerlendirme yapabilmek için otopsinin zorunluluğu, üzerinde önemle durulan bir husustur (21,127).

6. SONUÇ

Kardiyovasküler hastalıklar, günümüzün en önemli patolojilerinden biri olup, tüm dünyadaki ölümlerde ilk sıralarda yer almaktadır; bizde de çok sık görülen ve yine aynı şekilde ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer alan bu patoloji, gerek tanı gerek tedavi ve gerekse de takip safhasında birçok tartışmalara neden olmakta, dolayısıyla da, gittikçe artan sıklıkta ‘malpraktis’ konusu gündeme gelmektedir. Bu konuyla ilgili, ülkemizde bugüne kadar yapılmış kapsamlı bir çalışma bulunmamaktadır. Geniş bir zaman dilimini kapsayan retrospektif olarak gerçekleştirdiğimiz bu çalışmada, sadece malpraktis nedenleri değil aynı zamanda ilgili taraflarda değerlendirmeye alınmış, konuya gösterilen yaklaşımlar değişik açılardan irdelenmiştir.

Çalışma sonucunda ülkemizde medyanın da artan ilgisi ve baskısı ile paralel olarak, 2009 yılından itibaren bilimsel standartlardan sapma iddiası ile başvuran olgularda artış dikkati çekmiştir. Bu da meslek hayatımızda her gün karşılaştığımız belki de bizzat yaşadığımız, hekimlerin yaptıkları tedavi ya da müdahalelerde öncelikle kendilerini koruyarak hareket etmelerinin sebebini açıkça ortaya koymaktadır.

Dünyada bir çok çalışmada sağlık çalışanlarına ilişkin eksik ya da yanlış uygulamalarda temel sebebin sistemden kaynaklanan eksiklikler olduğu kanıtlanmış iken çalışmamızda idareye atfedilen kusur oranının %2,8 gibi dünya ile kıyaslandığında çok düşük bir seviyede kalması, dünyanın aksine ülkemizde gerek bilirkişilerin gerek de kanun gözünde halen “Bir hata varsa, mutlak hatalı biri vadır” şiarının benimsenmiş olduğunu göstermesi açısından önem arz etmektedir.

Öte yandan malpraktis iddiası ile yargıya oradan da Adli Tıp Kurumu’na intikal eden her üç olgunun birinde (%32,6) bilimsel standartlardan sapma yönünde görüş bildirilmesi ve ülkemizde çalışma şartları açısından en yoğun kurum olan devlet hastanelerinde diğer sağlık kuruluşlarına göre anlamlı oranda daha fazla oranda bilimsel standartlardan sapma olması, bize iş yoğunluğu ve çalışma şartlarının sağlık çalışanlarının eksik ve/veya hatalı eylemlerinde ne kadar etkili olduğunu göstermektedir.

Kalp ve damar hastalıkları nedeni ile şikayet konusu olguların hastaneye başvuru patolojileri dikkate alındığında, iskemik kalp hastalıkları (%42,2) ve büyük damar hastalıkları (%21,1) nedeni ile yapılan tıbbi girişimlerle ilgili sorunların sırasıyla ilk iki sırayı almaları bu tür olgularda sağlık çalışanlarına daha fazla eğitim verilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Değerlendirilen olgular içinde, daha önce bilirkişi görüşü alınanlar ile ATK'nın görüşleri arasında %44,3 oranında olmak üzere neredeyse yarı yarıya fark bulunması dikkat çekicidir. Ülkemizde, malpraktis davalarında farklı bilirkişiler tarafından farklı zamanlarda aynı olgu için farklı karar verilebildiği, bu kararların her biri için çözüme ulaşıncaya dek, mahkemelerin yeniden başka bir bilirkişi görevlendirdikleri düşünüldüğünde, ülkemiz şartlarında uzun süren yargılanma süreçlerinin malpraktis davalarında neden daha da fazla olduğu net biçimde görülmektedir. Bu sorunun aşılması, üniversitelerin ilgili birimlerini de içine alan, konunun uzmanı hekimlerin ağırlıkta olduğu bir bilirkişi yapılanmasının ülke çapında yaygınlaştırılması ile mümkün olacağı düşünülmektedir. Çalışmamız kardiyovasküler hastalıklar alanında ülkemizde yapılan en kapsamlı araştırma olup, kardiyovasküler bilimlere ve sağlık çalışanlarına ilişkin malpraktis iddialarına dair sorunların daha net ortaya konması ve çözülebilmesi için özellikle kardiyoloji alanında hizmet veren hastanelerde yapılacak çalışmalara ihtiyaç duyulduğu ve çalışmamızın yeni yapılacak çalışmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Çetin G. Tıbbi Malpraktis. İçinde: Çetin G, Yorulmaz C, eds. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi. İstanbul: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Se.
2. Koç S, Yorulmaz, C. Hekimin Yasal Sorumlulukları. İçinde: Soysal Z, Çakalır C, eds. Adli Tıp. Cilt 1. İstanbul: İ. Ü. Basımevi ve Film Merkezi, 1999:45-59.
3. Keskin TR. Sağlık Personelinin Obstetrik ve Jinekoloji Uygulamalarındaki Hatalarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul, 1996.
4. Holzer JF. Current Status of Medical Malpractice: Principles and Practice in Obstetric and Gynecology. Medical Publishers, 1989:5-29.
5. Çankaya H. Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğunun Temel Prensipleri ve Hekim Sorumluluğunda Kusurun Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Adli Tıp Kurumu, İstanbul, 1992.
6. Hancı İH. Malpraktis: Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu. I. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2002.
7. Özkara E, Hamit İH. Türkiye’de nöroşirürjiyenin yasal sorumlulukları ve medikolegal sorunları. Türk Nöroşirürji Dergisi 2003;13:213-20.
8. Polat O. Tıbbi Uygulama Hataları: Klinik-Sosyal-Hukuksal-Etik Boyutları. I. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2005.
9. Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete Yayın Tarihi 08.05.2014. Resmi Gazete No: 28994. Erişim: <http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index>.
10. Büken E. 1990-2000 Yıllarında Adli Tıp Kurumu I. ve II. İhtisas Kurullarına Obstetrik ve Jinekolojik Malpraktis İddiasıyla Gönderilen Olguların Adli Tıp Açısından İrdelenmesi. Uzmanlık Tezi. Adli Tıp Kurumu, İstanbul, 2001.
11. Mandell, M.S. Medicolegal Problems and Responsibilities. In: Nichols DH, Evrard JR, eds. Ambulatory Gynecology. Philadelphia: Harper and Row Publishers, 1985:487-99.
12. <http://www.yok.gov.tr/web/guest/mevzuat> Erişim tarihi: 13.01.2015.
13. Mohr JC. American medical malpractice litigation in historical perspective. JAMA 2000;283:1731-7.

14. <http://www.iris-interaktif.com/Biyoeetik/files/bultenler/19.pdf> Erişim tarihi:30.09.2014.
15. Demirel B. Hekimin Yasal Sorumlulukları. Gazi Medical Journal 2005;16:99-106.
16. Aşçıoğlu Ç. Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar, Doktorların Devletin ve Özel Hastanelerin Sorumluluğu. Ankara. 1993.
17. Özaslan A, Kolusayın Ö. Hekimin Yasal Sorumlulukları. Adli Tıp Ders Kitabı. İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 2011:13-40.
18. Pakiş I. Ölüm ya da Doğumla Sonuçlanan Tıbbi Uygulama Hatalarına Yaklaşımada Adli Otopsinin Rolü. Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul, 2006.
19. Bal B. An introduction to medical malpractice in the United States. Clinical Orthopaedics & Related Research 2009;467(2):339-47.
20. Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi. Erişim: <http://www.ttb.org.tr/eweb/istanbul> Erişim tarihi: 13.01.2015.
21. Yorulmaz AC. İstanbul Tabip Odasına Yansıyan Hekim Hatası İddiası Bulunan Olguların Adli Tıp Açısından İrdelenmesi. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul, 2005.
22. Giray AÜ. Malpraktis Açısından Hekimlerin Karakteristikleri ve İşyeri Fiziksel Koşullarının Akciğer Tüberküloz Hastalığı Teşhisinde Kullanılan Muayene Protokolü uygulama Yeterliliğine Etkisi. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Ensti.
23. Snook I, Donald J. Hospitals: What They are and How They Work. Philedelphia: Aspen Publications, 1981.
24. Üstün Ç. Kötü Uygulama (Malpraktis) Kanun Tasarısı. İçinde: Hatemi H, Doğan H, eds. Medikal Etik-4, Tıp Organizasyonunda Etik ve Hukuk (Medikolegal). İstanbul, Yüce Yayınları, 2003.
25. Short D. Learning from our mistakes. British Journal of Hospital Medicine 1994;51(5):250.
26. Sönmez MM, Seçkin FM, Şen B, Birgen N, Ertan A, Öztürk İ. Adli Tıp Kurumundan görüş sorulan ve ortopedi uzmanlık alanına giren tıbbi uygulama hatalarının gözden geçirilmesi. Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica 2009;43(4):351-8.
27. Parshuram CS, To T, Trope A, Koren G, Laupacis A. Systematic evaluation of errors occuring during the preparation of intravenous medication. CMAJ 2008;178(1):42-8.

28. Hicks RW, Sikirica V, Nelson W, Schein JR, Cousins DD. Medication errors involving patient-controlled analgesia. *Am J Health-Syst Pharm* 2008;65:429-40.
29. Özata M, Altunkan H. Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. *TAD* 2010;8(2):100-11.
30. Uygur A. Hekimin Sözleşmeden Doğan Sorumluluğu. Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Özel Hukuk (Medeni Hukuk) Anabilim Dalı, İstanbul, 2009.
31. Connelly JE. Informed consent. *Arch Intern Med* 1988;148:1266-68.
32. Dennis BP. The origin and nature of informed consent: Experiences among vulnerable groups. *Journal of Professional Nursing* 1999;15(5):281-7.
33. Kaya M. Hekimin aydınlatma yükümlülüğü ve kişilik hakkı ile ilişkisi. *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi* 2012;1(8):45-82.
34. Çobanoğlu N. Tıp etiğinden tıp hukukuna hasta hakları olarak aydınlatılmış onam. *Sağlık Hukuku Digestası*, Ankara Barosu Yayınları, 2009;1(1):70-87.
35. Hancı İH, Özdemir MH. Hekim Hataları ve Yüksek Sağlık Şurası. III. Adli Bilimler Kongresi Bildiri Özet Kitabı. 14-17 Nisan 1998.
36. Hekimler ve Tabip Odası Yöneticileri için Mevzuat. Erişim: <http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index>. Erişim tarihi: 13.01.2015.
37. Özaslan A. Aydınlatılmış Onam. İçinde: Çetin G, Yorulmaz C, eds. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi. İstanbul: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri S.
38. Street Jr RL, Gordon H, Haidet P. "Physicians" communication and perceptions of patients: Is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Soc Sci Med* 2007;65(3):586-98.
39. Roter DL, Frankel RM, Hall JA, Sluyter D. The expression of emotion through nonverbal behavior medical visits mechanisms and outcomes. *J Gen Intern Med* 2006;21:28-34.
40. Hakeri H. Tıp Hukuku. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2012.
41. Çetin G, Kaya A. Hekimlik Uygulamalarının Adli Tıbbi Güncellenmesi. İstanbul: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, 2012.
42. Çetin G, Yorulmaz C. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi. 2006:39.

43. Surian G. Un procès en responsabilité médicale en 1390. Erişim: <http://www.histoire-genealogie.com/article> Erişim tarihi: 13.01.2015.
44. Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler. Ankara: Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi Yayınları, 1998.
45. <http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option> Erişim tarihi: 13.01.2015.
46. Ambady N, La Plante D, Ngyen T, Rosenthal R. Surgeon's tone of voice: a clue to malpractice history. *Journal of Surgery* 2002;132:5-9.
47. Koç S. Yasal düzenlemeler çerçevesinde hekimlerin sorumluluğu. *Türk Derm* 2007;41:33-8.
48. Polat O, Pakiş I. Tıbbi uygulama hatalarında hekim sorumluluğu. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011;2(3):119-25.
49. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. *Dirim Tıp Gazetesi* 2009;84(1):1-10.
50. Şenocak Z. Özel Hukukta Hekimin Sorumluluğu. Ankara: Ankara Üniversitesi, Hukuk Fakültesi Yayınları No: 529, 1998.
51. Kurşat Z. Eser ve vekalet sözleşmelerinin nitelendirilmesi sorunu ve nitelendirmenin hükmü. *İÜHFMC* 2009;67(1-2):143-166.
52. Yargıtay 13. Hukuk Dairesi, E: 1994/8557, K: 1994/2138. Erişim: http://www.hukuki.net/ictihat/Yargitay_13_Hukuk_Dairesi_1994-8557.php Erişim tarihi: 13.01.2015.
53. Altun G, Yorulmaz AC. Yasal değişiklikler sonrası hekim sorumluluğu ve malpraktis. *Trakya Üniv. Tıp Fak. Derg.* 2010;27(Suppl 1):7-12.
54. Özdemir H. Özel Hukukta Teşhis ve Tedavi Sözleşmesi. *Yetkin Yayınları*, 2004;162-7.
55. Çelik AÇ. Tazminat Davalarında Ceza-Hukuk İlişkisi. Erişim: www.tazminathukuku.com Erişim tarihi: 13.01.2014.
56. Teke HY, Alkan HA, Başbulut AZ, Cantürk G. Tıbbi uygulama hataları ile ilgili kanuni düzenlemelere hekimlerin bakışı ve bilgilenme düzeyi: Anket çalışması. *Türkiye Klinikleri J. Foren.* 2007;4:61-7.
57. Hakeri H. Diş hekimlerinin yasal sorumlulukları. *Sağlık Hukuku Digestası*, Ankara Barosu Yayınları, 2009;1(1):19-28.
58. Başkan T. Hekimlerin Ceza Hukuku Karşısındaki Durumları. İçinde: Çetin G, Yorulmaz C, eds. *Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai*

Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi. İstanbul: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli .

59. Öztürk A. Adli Tıp Uygulamalarında Hekim Hataları ve Hekimin Sorumluluğu. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul, 2002.
60. Parlar A, Hatipoğlu M. Açıklamalı Gerekçeli 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun Getirdiği Yenilikler Bağlamında, Temel İlkeler, Uygulama Alanı Kast ve Taksir. İstanbul: Kazancı Hukuk Yayınları, 2005:335-456.
61. Ayan M. Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki Sorumluluk. Ankara: Kazancı Kitap, 1991.
62. Küpeli A. CMK ve TCK'da Adli Tıp Uzmanının Bilirkişilik Yükümlülüğü ve Çapraz Sorgu. Tıpta Uzmanlık Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Isparta, 2007.
63. Demirer M. Dünyada ve Türkiye'de Adli Tıp Yapılanmaları, Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Tıpta Uzmanlık Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Isparta, 2007.
64. <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/indir/mevzuat.asp> Erişim tarihi: 13.01.2015.
65. İhtisas Kurullarının Genel Yapısı ve Görevleri. Erişim: http://www.atk.gov.tr/Kurumsal_AT_ihtisaskurulu.html. Erişim tarihi: 13.01.2015.
66. Gündoğmuş Ü, Bilge Y, Kendi Ö, Hancı İ. Hekimlerin yasal sorumluluğunun yüksek sağlık şurası açısından irdelenmesi. Adli Tıp Bülteni 1999;2:127-30.
67. Çelik AÇ. Yargıç Bilirkişi Seçiminde Özgürdür. Erişim: <http://www.tazminathukuku.com/guncel-konular/yargic-bilirkisi-seciminde-ozgurdur.htm> Erişim tarihi: 13.01.2015.
68. Gündoğmuş ÜN, Ersoy N, Biçer Ü. Yüksek Sağlık Şurası kararlarının etik açıdan değerlendirilmesi. Toplum ve Hekim 1998;13:8-14.
69. Öztürk A. Adli Tıp Uygulamasında Hekim Hataları ve Hekimin Sorumluluğu, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002.
70. Özdemir MH, Salaçin S, Ergöner TA. Hatalı tıbbi girişimlerde karşılaşılan bilirkişilik sorunları. IV. Adli Bilimler Kongresi, İstanbul, 2000.
71. Gündoğmuş ÜN, Kurtaş Ö, Boz H, Biçer Ü, Çolak B. Kusur ve kusur oranlarının belirlenmesinde bilirkişilerin fonksiyonu. Adli Bilimler Dergisi 2002;1:63-67.

72. Stramba-Badiale M, Fox KM, Priori SG, Collins P, Daly C, Graham I, Jonsson B, Schenck-Gustafsson K, Tendera M. Cardiovascular diseases in women: a statement from the policy conference of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2006;27(8):994-1005.
73. Maas AHEM, Appelman YEA. Gender differences in coronary heart Disease. *Netherlands Heart Journal* 2010;18(12): 598-603.
74. http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/saglik_istatistikleri_2012.pdf Erişim Tarihi: 13.01.2015.
75. Studdert DM, Thomas EJ, Burstin HR, Zbar BI, Orav EJ, Brennan TA. Negligent care and malpractice claiming behavior in Utah and Colorado. *Med Care* 2000;38: 247-9.
76. Pakiş I, Yaycı N, Karapirli M, Polat O. Ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatalarına yaklaşımda adli otopsinin rolü. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008;28:30-9.
77. Yorulmaz AC, Kır Z, Ketenci HÇ. Tıbbi uygulama hataları ve bilirkişilik. İçinde: Yorulmaz C, Çetin G, editörler. Yeni yasalar çerçevesinde hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluğu, tıbbi malpraktis ve adli raporların düzenlenmesi. İstanbul, 2006:55-69.
78. Jousilahti P, Vartiainen E, Tuomilehto J, Puska P. Sex, age, cardiovascular risk factors, and coronary heart disease a prospective follow-up study of 14 786 middle-aged men and women in Finland. *Circulation* 1999;99:1165-72.
79. Grau M, Elosua R, de León AC, Guembe MJ, Baena-Díez JM, Alonso TV, Marrugat J. Cardiovascular risk factors in Spain in the first decade of the 21st Century, a pooled analysis with individual data from 11 population-based studies: the DARIOS study. *Revista Española de Cardiología (English Edition)* 2011;64(4):295-304.
81. http://ekonomi.isbank.com.tr/UserFiles/pdf/ar_03_2012.pdf Erişim Tarihi: 13.01.2015.
82. <http://www.medimagazin.com.tr/medimagazin/tr-turkiyenin-doktor-haritasi-676-644-12115.html>. Erişim Tarihi: 13.01.2015.

83. Wu X, Wang Z, Hong B, Shen S, Guo Y, Huang Q, Liu J. Evaluation and improvement of doctor–patient communication competence for emergency neurosurgeons: a standardized family model. Patient preference and adherence 2014;8:883.
84. Roter D, Lipkin M, Korgaard A. Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits. Med Care 1991;29:1083-93.
85. Ely JW, Dawson JD, Young PR, Doebbeling BN, Goerdt CJ, Elder NC. Malpractice claims against family physicians. Are the best doctors sued more? J Fam Pract 1999;48:23-30.
86. Hickson GB, Charles F, Federspiel CF, Pichert JW, Miller CS, Gauld-Jaeger J, Bost P. Patient complaints and malpractice risk. JAMA 2002;287:2951-7.
87. Yaycı N, Üzün İ, Arslan MM, Üris M. Postoperatif ölümle sonuçlanmış ve tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan olgularda otopsinin değeri. J Foren Med 2004;1(2):57-61.
88. Medical and Dental Defence Union of Scotland. Annual Report 1984, Glasgow, 1985.
89. Quam L, Dingwall R, Fenn P. Medical malpractice in perspective 1. the American experience. Br Med J 1987;294:1529-32.
90. Yaycı N, Üzün İ, Baier L, İnanıcı MA. Genel cerrahide tıbbi uygulama hataları: 1996-2000 yılları arasında Adli Tıp Kurumu'na yansıyan olgular. T Klin Adli Tıp 2004;1:12-7.
91. Yorulmaz AC, Kaya A. Tıbbi Malpraktisin Uzmanlık Alanlarına Dağılımı ve Karşılaşılan Nedenler, Hekimlik Uygulamalarının Adli Tıbbi Güncellemesi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:78, 2012.
92. Şanyüz Ö, Birgen N, İçmeli ÖS, Gökdoğan C, Yorulmaz C, Altınok A, Orhan Z. Tıbbi uygulamalar ile ilgili tazminat davalarının uzmanlık alanlarına göre

dağılımının ve zorunlu sağlık sigorta primlerinin kademelendirilmesi. 9. Adli Bilimler Kongresi, 2011.

93. Janet KL. Medical Malpractice: Massachusetts' Reform Initiative. Office of Legislative Research Report. Connecticut General Assembly, 2004.
94. Sage W. Medical liability and patient safety. Health Aff (Millwood) 2003;22:26-36.
95. Bovbjerg RR, Berenson RA. Surmounting myths and mindsets in medical malpractice, Health Policy Briefs, The Urban Institute, 2005.
96. Mangalmurti S, Seabury SA, Chandra A, Lakdawalla D, Oetgen WJ, Jena AB. Medical professional liability risk among US cardiologists. American heart journal 2014;167(5):690-6.
97. Claudot F, Alla F, Villemot JP, Aliot E, Coudane H, Juillière Y. Analysis of patient claims related to care in a university cardiology department over the period 2003–2007. Archives of cardiovascular diseases 2010;103(11):595-602.
98. Özdemir MH, Çekin N, Gülmen MK. Malpraktis İddialarında otopsinin önemi: bir olgu sunumu, Ankara Patoloji Bülteni 1999;16(1):43-45.
99. LeCraw LL. Use of clinical practice guidelines in medical malpractice litigation. J Oncol Pract. 2007;3(5):254.
100. Timothy K. Mackey, Bryan A. Liang, The Role of Practice Guidelines in Medical Malpractice Litigation. American Medical Association Journal of Ethics 2011;13(1):36-41.
101. Schwartz PJ, Breithardt G, Howard AJ, Julian DG, Rehnqvist Ahlberg N. The legal implications of medical guidelines - a Task Force of the European Society of Cardiology, European Heart Journal 1999;20:1152-7.
102. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. BMJ 1999;318-527.

103. Grundy SM, Cleeman JI, Bairey Merz CN. Implications of recent clinical trials for the national cholesterol education program adult treatment panel III guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2004;44(3):720-32.
104. Pepine CJ. Many of us are not quite in agreement with the ACC/AHA (and ESH/ESC) guidelines. ACC 47th Annual NY Cardiovascular Symposium, Major Topics in Cardiology Today, 2014:96.
105. Statistics UV. Hyattsville, Md: National Center for Health Statistics, 2002.
106. Pope JH, Aufderheide TP, Ruthazer R. Missed diagnosis of acute cardiac ischemia in the emergency department. *N Eng J Med* 2000;342:1163-70.
107. Kudenchuk PJ, Maynard C, Martin, JS, et al. Comparison of presentation, treatment, and outcome of acute myocardial infarction in men versus women (The Myocardial Infarction Triage and Intervention Registry). *Am J Cardiol* 1996;78:9-14.
108. Canto JG, Shlipak MG, Rogers WJ, et al. Prevalence, clinical characteristics, and mortality among patients with myocardial infarction presenting without chest pain. *JAMA* 2000;283:3223-9.
109. Birdwell BG, Herbers JE, Kroenke K. Evaluating chest pain. The patient's presentation style alters the physician's diagnostic approach. *Arch Intern Med* 1993;153:1991-5.
110. Wrenn K, Slovis CM, Gongaware J. Using the "GI cocktail": a descriptive study. *Ann Emerg Med*. 1995;26:687-90.
111. Diercks DB, Boghos E, Guzman H, et al. Changes in the numeric descriptive scale for pain after sublingual nitroglycerin do not predict cardiac etiology of chest pain. *Ann Emerg Med* 2005;45:581-5.

112. Wei EY, Hira RS, Huang HD, Wilson JM, Elayda MA, Sherron SR, Birnbaum Y. Pitfalls in diagnosing ST elevation among patients with acute myocardial infarction. *J Electrocard* 2013;46(6):653-9.
113. Brady WJ, Roberts D, Morris F. The nondiagnostic ECG in the chest pain patient: normal and nonspecific initial ECG presentations of acute MI. *Am J Emerg Med* 1999;17:394-7
114. Han JH, Lindsell CJ, Ryan RJ, et al. Changes in cardiac troponin T measurements are associated with adverse cardiac events in patients with chronic kidney disease. *Am J Emerg Med* 2005;23:468-73.
115. Smeeth L, Thomas SL, Hall AJ, et al. Risk of myocardial infarction and stroke after acute infection or vaccination. *N Engl J Med* 2004;351:2611-8.
116. Medical and Dental Defence Union of Scotland. Annual Report 1984, Glasgow, 1985.
117. Quam L, Dingwall R, Fenn P. Medical malpractice in perspective 1. the American experience. *Br Med J* 1987;294:1529-32.
118. Maeda H, Fujita MQ, Bao-Li Zhu, Li Quan, Taniguchi M. Medical practice-related fatalities in forensic autopsy during the past 6 years in the southern half of Osaka city and surrounding areas, *Legal Medicine*, 2003;5:322-4.
119. Bove KE, Iery C. The role of the autopsy in medical malpractice cases, I: a review of 99 appeals court decisions, *Archives of Pathology & Laboratory Medicine* 2002;126(9):1023.
120. Bove KE, Iery C. The role of the autopsy in medical malpractice cases, II: controversy related to autopsy performance and reporting, *Archives of Pathology & Laboratory Medicine* 2002;126(9):1032.
121. Rognum TO, Vege A. Forensic autopsy after possible medical malpractice: a 3-year material from the Institute of Forensic Medicine in Oslo. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1997;117(20):2969-73.

122. Noguchi TT. Medical malpractice claims and quality improvement program as viewed by a forensic pathologist. Nippon Hoigaku Zasshi 2002;56(2-3):205-18.
123. Salaçin S, Gülmen MK, Alper B, Çekin N. Entoksikasyon ön tanılı olgularda antemortem-postmortem tanı farklılıkları. Ankara Patoloji Bülteni 1994;11:12-15.
124. Salaçin S. Adli Tıp Ders Notu. Adana: Ç.Ü. Tıp Fakültesi Yayınları, 1995.
125. Şenel ÖD. Türk Ceza Hukuku reformu bağlamında bilirkişilik. Doktora tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü, 2014.
126. Karakuş O. Adli Bilimler. İçinde: Yorulmaz AC. Çapraz Sorgu. Ankara: Adalet Yayınevi, 2011:621-38.
127. Çetin G, Kaya A. Hekimlik Uygulamalarının Adli Tıbbi Güncellemesi. İçinde: Yorulmaz AC Tıbbi Malpraktis Uzmanlık Alanlarına Dağılımı ve Karşılaşılan Nedenler. İ.Ü. CTF sürekli tıp eğitimi etkinlikleri sempozyum dizisi No: 78, İstanbul, 2012:9-21.

ÖZGEÇMİŞ

1959 yılında İstanbul'da doğdum. 1978 yılında Galatasaray Lisesini, 1984 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesini bitirdim.

İsviçre'nin Cenevre kantonu Üniversite Hastanesinde, 1991 yılında İç Hastalıkları, 1993 yılında Kardiyoloji ihtisasını tamamladım. 1993-97 yılları arasında Lozan Üniversite Hastanesi Kardiyoloji bölümünde klinik şefi olarak çalıştım.

1996 yılında İstanbul Üniversitesi'nden Kardiyoloji dalında Doçentlik, 2002 yılında Profesörlük ünvanını aldım. 1997 yılından beri İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalında öğretim üyesi olarak görev yapmaktayım.

Türk Kardiyoloji Derneği ve İsviçre Kardiyoloji Derneği üyesi olup 1996 yılında Avrupa Kardiyoloji Derneği “ fellow” ünvanını aldım. 2007 yılından beri Türk Kardiyoloji Derneği Basın ve Halkla İlişkiler Kurulu Başkanlığını yürütmekteyim

2007 yılında İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Gazetecilik Bölümünde yüksek lisans ve 2011 yılında doktora yaptım. 2013 yılından, beri yine aynı bölümde ‘Sağlık Gazeteciliği’ dersini vermekteyim..

Yabancı dil olarak Fransızca ve İngilizce biliyorum.

Ulusal ve uluslararası alanda 100'den fazla yayınım bulunmaktadır.