



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**YARGITAY'DA 2010-2017 YILLARI ARASINDA KARARA
BAĞLANAN HATALI TIBBİ UYGULAMA
(MALPRAKTİS) DAVA KARARLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Mustafa KIRTIŞOĞLU

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Necmi ÇEKİN

ADANA-2018



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLI TIP ANABİLİM DALI**

**YARGITAY'DA 2010-2017 YILLARI ARASINDA KARARA
BAĞLANAN HATALI TIBBİ UYGULAMA
(MALPRAKTİS) DAVA KARARLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Mustafa KIRTIŞOĞLU

UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Necmi ÇEKİN**

**Bu tez Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından TTU-
2018-13873 No'lu proje ile desteklenmiştir.**

ADANA-2018

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca her türlü yardım ve desteğini esirgemeyen, bilgi ve tecrübelerini paylaşan, tezimin hazırlanma sürecinde değerli katkılarıyla beni yönlendiren ve sonsuz sabır gösteren, her zaman yanımda olduğunu hissettiğim hocam, Sayın Prof. Dr. Necmi Çekin'e,

Asistanlığım süresince eğitimime katkıda bulunan, bilgi, tecrübe ve ilgilerini her daim bizlerle paylaşan, yeri geldiğinde hayat tecrübelerini de paylaşmaktan çekinmeyen, Anabilim Dalı Başkanımız Prof.Dr. Mete Korkut Gülmen'e, değerli hocalarım Prof.Dr. Ahmet Hilal, Prof.Dr. Behnan Alper ve Doç.Dr. Ayşe Serin'e

Asistanlık sürecinde arkadaşlık ve dostluklarını paylaşan, birlikte çalışmaktan keyif aldığım değerli asistan arkadaşlarıma ve Adli Tıp Anabilim Dalı çalışanlarına,

TTU-2018-13873 No'lu proje olarak bu çalışmanın düzenlenmesine katkı sağlayan Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi'ne,

Tüm eğitim ve meslek hayatım boyunca her an yanımda olan, maddi ve manevi yardımlarını karşılıksız sunan, beni bugünlere getiren anneme ve babama teşekkür ederim.

Dr. Mustafa Kırtıçoğlu

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLO LİSTESİ.....	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	vi
KISALTMA LİSTESİ	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Genel tanım	3
2.2. Tarihçe.....	4
2.3. Hatalı tıbbi uygulamalarla ilgili dünyadaki durum.....	6
2.4. Hatalı tıbbi uygulamalarla ilgili Türkiye’deki durum	8
2.5. Hatalı tıbbi uygulamaya ilişkin terimler.....	9
2.5.1. Bakım standardı.....	9
2.5.2. Komplikasyon	9
2.5.3. İstenmeyen sonuç	10
2.6. Hekim sorumlulukları.....	10
2.6.1. Hekimlerin mesleki sorumluluğu	12
2.6.2. Hekimlerin idari sorumluluğu	12
2.6.3. Hekimlerin hukuki sorumluluğu.....	13
2.6.4. Hekimlerin cezai sorumluluğu	15
2.6.4.1. Kasten işlenen suçlar	15
2.6.4.2. Taksirle işlenen suçlar	16
2.6.4.3. Sağlık personeli tarafından işlenebilecek diğer suçlar	19
2.6.4.3.1. İnsan üzerinde deney.....	19
2.6.4.3.2. Organ veya doku ticareti.....	19
2.6.4.3.3. Çocuk düşürtme	19
2.6.4.3.4. Kısırlaştırma.....	20

2.6.4.3.5. Görevi kötüye kullanma.....	20
2.6.4.3.6. Sır saklama yükümlülüğünün ihlali	20
2.6.4.3.7. Çocuğun soy bağıını değiştirme suçu	20
2.6.4.3.8. İrtikap suçu	20
2.6.4.3.9. Genital muayene	20
2.7. Tıbbi uygulama hata nedenleri	21
2.7.1. Aydınlatılmış onam	22
2.7.2. Kayıt hataları	23
2.7.3. İletişim eksikliği	24
2.7.4. Tanı hataları.....	24
2.7.5. Tedavi hataları	24
2.7.6. Konsültasyon ve yetki sınırının aşılması.....	25
2.7.7. Karar hataları.....	25
2.7.8. Teknik hatalar.....	25
2.7.9. Terk etme.....	26
2.7.10.Özen eksikliği.....	26
2.8. Mesleki sorumluluk sigortası	27
2.9. Tıbbi uygulama hatalarında bilirkişilik ve bilirkişilik kurumları	27
2.9.1. Adli Tıp Kurumu	28
2.9.2. Yüksek Sağlık Şurası.....	29
2.9.3. Yüksek Öğretim Kurumları.....	30
2.9.4. Tabip Odaları Onur Kurulları.....	31
2.10. Ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası olgularının değerlendirilmesinde otopsinin önemi.....	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM	34
4. BULGULAR.....	35
5. TARTIŞMA	59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	76
KAYNAKLAR	79
ÖZGEÇMİŞ	86
EK 1- Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurul onayı	87

TABLO LİSTESİ

<u>Tablo no</u>	<u>Sayfa no</u>
Tablo 4.1. Şikayet olunan hekimlerin uzmanlık alanlarına göre dağılımı.	36
Tablo 4.2. Ölümle sonuçlanan olguların uzmanlık alanlarına göre dağılımı.	39
Tablo 4.3. Hukuk Davalarında şikayet olunan hekimlerin uzmanlık alanı ile yerel mahkeme kararlarının karşılaştırılarak değerlendirilmesi.	43
Tablo 4.4. Ceza davalarında şikayet olunan hekimlerin uzmanlık alanı ile yerel mahkeme kararlarının karşılaştırılarak değerlendirilmesi.	44
Tablo 4.5. Hukuk davalarında yerel mahkeme kararları ile Yargıtay daire kararlarının karşılaştırılarak değerlendirilmesi.	46
Tablo 4.6. Hukuk davalarında Yargıtay Dairesinin yerel mahkeme kararını bozma nedenlerinin değerlendirilmesi.	46
Tablo 4.7. Ceza davalarında yerel mahkeme kararları ile Yargıtay daire kararlarının karşılaştırılarak değerlendirilmesi.	47
Tablo 4.8. Ceza davalarında Yargıtay Dairesinin yerel mahkeme kararlarını bozma nedenlerinin değerlendirilmesi.	47
Tablo 4.9. Birden fazla bilirkişi raporu düzenlenen davalarda bilirkişilere göre dağılım.	49
Tablo 4.10. Birden fazla bilirkişi raporu alınan ve bu raporlar arasında karar yönünden çelişki bulunan olgulardaki bilirkişi kararlarının dağılımı.	50
Tablo 4.11. Yargıtay kararlarında geçen tüm bilirkişi raporlarını düzenleyen kurumların ve düzenlenen raporlardaki kusur dağılımı.	51
Tablo 4.12. Bilirkişi raporlarında kusurlu bulunan olguların hata türüne ve hangi kurum tarafından düzenlendiğinin dağılımı.	52
Tablo 4.13. Bilirkişi rapor sonucuna göre yapılan tıbbi hataların hastanelere göre dağılımı.	53
Tablo 4.14. Hukuk davalarında yerel mahkeme ve Yargıtay'ın bilirkişi görüşlerini kabul durumu.	54
Tablo 4.15. Ceza davalarında yerel mahkeme ve Yargıtay'ın bilirkişi görüşlerini kabul durumu.	55
Tablo 4.16. Resmi bilirkişi kurumlarının kusurlu bulunduğu olgular.	55

ŞEKİL LİSTESİ

<u>Şekil no</u>	<u>Sayfa no</u>
Şekil 4.1.Şikayet edilen sağlık çalışanlarının görev alanlarına göre dağılımı	35
Şekil 4.2. Olguların başvuru yapılan sağlık merkezine göre dağılımı.	37
Şekil 4.3. Başvuruların şikayet nedenlerine göre dağılımı.	38
Şekil 4.4. Olguların ölüm veya organda fonksiyon azalması/kaybına göre dağılımı.	38
Şekil 4.5. Uygulanan tıbbi işlemlere göre dağılım.	40
Şekil 4.6. Dava açılan yerel mahkemelere göre dağılım.	41
Şekil 4.7. Hukuk davalarında yerel mahkeme kararlarının dağılımı.	41
Şekil 4.8. Ceza davalarında yerel mahkeme kararlarının dağılımı.	42
Şekil 4.9. Hatalı tıbbi uygulama iddiası olan davalarda Yargıtay'ın karar verme yıllarına göre dağılımı.	44
Şekil 4.10. Hatalı tıbbi uygulama iddiası olan davalarda Yargıtay'ın karar verme süresinin dağılımı.	45
Şekil 4.11. Tek bilirkişi raporu bulunan dosyalarda bilirkişi kurumlarının dağılımı.	48
Şekil 4.12. Birden fazla bilirkişi raporu alınan davalarda, raporlar arasındaki çelişki (uyumsuzluk) durumunun dağılımı.	49

KISALTMA LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ATK: Adli Tıp Kurumu

CMK: Ceza Muhakemesi Kanunu

HMK: Hukuk Muhakemeleri Kanunu

TBK: Türkiye Borçlar Kanunu

TCK: Türk Ceza Kanunu

TTB: Türk Tabipler Birliği

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

YÖK: Yüksek Öğretim Kurumları

YSS: Yüksek Sağlık Şurası

ÖZET

Yargıtay'da 2010-2017 Yılları Arasında Karara Bağlanan Hatalı Tıbbi Uygulama (Malpraktis) Dava Kararlarının Değerlendirilmesi

Amaç: Hatalı tıbbi uygulama ile ilgili davalarda tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de ciddi şekilde artış olmaktadır. Sağlık çalışanları cezai yaptırımlarla birlikte yüksek miktarlarda tazminat ödemeye mahkum edilmektedir. Hatalı tıbbi uygulama iddiası olan davalarda yargılamada nihai karar merci olan Yargıtay kararlarının incelenmesi ile; kusur olarak değerlendirilen durumların ortaya konması, hekimlerin ve hastaların zarar görmemesi için mesleki açıdan riskli olarak nitelendirilebilecek durumlar ile tanı, tedavi ve takip konularında yol gösterilmesi, sağlık çalışanlarının maruz kaldığı iddiaların ortaya konması ve uygulamalardaki bu sorunların ortadan kaldırılmasına katkı sağlamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda; karar tarihi 2010 ile 2017 yılları arasında olan ulaştığımız Yargıtay temyiz kararlarından çalışmamız için belirlediğimiz koşullara uygun olan 508 karar incelenmiştir

Bulgular: hatalı tıbbi uygulama iddiası nedeniyle şikayet edilen sağlık çalışanlarının % 81'nin doktor olduğu, uzmanlık alanlarına göre en sık kadın hastalıkları ve doğum doktorları ile acil serviste çalışan doktorların şikayet edildiği, şikayet edilenlerin en çok özel hastane/klinikte çalıştığı, sağlık çalışanlarının en sık tedavi hatası ve ilgisizlik/özensizlik nedeniyle şikayet edildiği, olguların % 43'ünün acil koşullarında hastanelere başvurduğu, olgularda uygulanan tıbbi işlemin en çok cerrahi girişim olduğu, sağlık çalışanlarının yerel mahkemeler tarafından hukuk davalarında % 20,7'sinin, ceza davalarında ise % 27,4'ünün cezalandırılması yönünde karar verildiği, mahkeme kararlarının % 79'unun Yargıtay tarafından bozulduğu ve bozma nedeni olarak çoğunlukla bilirkişi raporunun eksik/yetersiz olduğunun açıklandığı, bilirkişi raporlarının % 30,8'inde sağlık çalışanlarının kusurlu bulunduğu, bu bilirkişi raporlarında hataların 'gerekli tetkik ve görüntüleme istememe' 'konsültasyon istememe' 'eksik ve özensiz tedavi' 'tıbbi işlemin kusurlu olması' ve 'tedavi takibinde eksiklik' yoğunlaştığının dikkati çektiği görülmüştür.

Sonuç: Malpraktis iddialarını en aza indirmek için sağlık çalışanları mesleki bilgi ve tecrübelerini geliştirmeli, hasta ile iletişimi iyi kurmalıdır. Ayrıca sağlık çalışanlarına cezai tedbirler yerine mesleki uygulamaları ile ilgili tedbirlerin getirildiği, kusur ve komplikasyon kavramlarının ayrıntılı tanımlandığı bir tıbbi malpraktis yasasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Yargıtay kararları, hatalı tıbbi uygulama, sağlık çalışanları

ABSTRACT

Evaluation of The Medical Malpractice Cases Concluded in Supreme Court of Appeals Between 2010-2017

Aim: There is a substantial increase in medical malpractice cases in our country as well as in the whole world. Health care professionals are sentenced to pay compensation in high amounts and penal sanctions. It is aimed to reveal the cases considered as defects and situations that can be considered as occupational risky for not harming patients, to guide in diagnosis, treatment and follow-up, to provide a clear explanation of the complaints of medical personnel and to contribute to the elimination of these problems in practice by examination of decisions of Supreme Court of Appeals, which is the ultimate decision-making authority in court proceedings.

Material and Method: In our study, 508 decisions of Supreme Court of Appeals decisions we get access between 2010-2017 that are in accordance with the conditions we have set for our study have been examined.

Results: It was determined that 81% of the health care workers complained of the claim of medical malpractice were physicians, the most frequent complaints about obstetrician and gynecologist, and emergency physicians according to specialties, most of the complainants were working in private hospitals / clinics, health care professionals were most often complained of treatment failure and indifference / carelessness, 43% of the cases referred to hospitals in emergency conditions, the most performed medical procedure in the cases was surgical intervention, 20.7% of health care professionals in civil suit and 27.4% of health care professionals in criminal suit were penalised by the local courts, 79% of the court decisions were reversed by the Supreme Court of Appeals, and the reason for the deterioration was mostly stated that the expert report was incomplete / insufficient, 30.8% of the expert reports stated that health care professionals were defective, these experts' reports have pointed out that the mistakes concentrate on 'lack of necessary consultation', 'incomplete and imprecise treatment', 'imperfect medical treatment' and 'lack of follow-up on therapy'.

Conclusion: In order to minimize malpractice claims, health care professionals should develop their professional knowledge and experience and establish good communication with the patient. In addition, there is a need for a medical malpractice law detailing the concepts of defects and complications, where measures are taken for healthcare professionals instead of criminal measures.

Key Words: Decisions of Supreme Court of Appeals, health care professionals, medical malpractice.

1. GİRİŞ

Malpraktis, Latince'den köken alan “*Male*” ve “*Praxis*” kelimelerinden türemiş olup “hatalı uygulama” anlamına gelmektedir. Hatalı tıbbi uygulamalar, sağlık hizmet sunumunda sağlık personellerinin öngördüğü ve/veya uyguladığı müdahaleden ya da uygulanan hatalı tıbbi teknik kaynaklı istenmeyen bir şekilde hastanın hastalığının normal seyrinin dışına çıkması, hayat kalitesinin düşmesi, çeşitli morbiditelerin gelişmesi hatta mortalitelere varan sonuçlar ile karşılaşılabilir.¹

1992 yılında Dünya Tabipler Birliği'nin yaptığı 44. Genel Kurulu'nda kabul edilen bildirgesine göre, malpraktis (hatalı tıbbi uygulama) “hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastayı tedavi etmemesi ile oluşan zarar” şeklinde tanımlanmış; uygulanan tıbbi bakım ve tedavi sırasında karşılaşılan ve doktorun kusuru olmayan durumlardan (komplikasyon) ayırt edilmesi gerektiği vurgulanmıştır.²⁻³

Hatalı tıbbi uygulama; Tıbbi müdahale sırasında öngörülebilir ve önlenebilir nitelikteki zararlı sonuçlara neden olmaktır. Bilgi ve/veya beceri eksikliği sonucu, hastalığın teşhisinden tedavinin sonuçlanmasına kadar standart uygulamanın yapılmaması veya eksik yapılması sonucu oluşan zarardır. Komplikasyon ise; müdahale sırasında öngörülmeyen, öngörülse de önlenemeyen durum, istenmeyen sonuçtur ancak bu durumun bilgi ve beceri eksikliğinden kaynaklanmaması gerekmektedir. Hekimin tıp kurallarına uygun olarak gerekli dikkat ve özeni göstermesine rağmen ortaya çıkan istenmeyen “izin verilen risk-komplikasyon kapsamında değerlendirilen” sonuçlardan hukuki olarak sorumlu olmayacağı belirtilmektedir.⁴⁻⁵

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ve birçok Avrupa ülkesinde hatalı tıbbi uygulama dava sayısındaki artış nüfus artış oranının üstünde olduğu belirtilmektedir.¹ Son yıllarda ülkemizde de hatalı tıbbi uygulama iddialarında gözle görülür derecede bir artış olmaktadır. Adli Tıp Kurumu'nda (ATK) 1996–2000 yılları arasında tıbbi uygulama hata iddiası ile görüşülen dosya sayısı 636 iken, bu sayının 2009 yılında 707 olması, artış frekansının ne kadar yüksek olduğunu göstermesi açısından dikkat çekicidir.⁶

Bu tez çalışmamızda; Yüksek Yargıya (Yargıtay) taşınan tıbbi uygulama hataları ile ilgili kararların incelenmesiyle tıp dalları arasında malpraktis iddialarının hangi branşlarda daha yoğunlukta olduğunun saptanması, kusur (malpraktis) olarak değerlendirilen durumların ortaya konması, hekimlerin ve hastaların zarar görmemesi için mesleki açıdan riskli olarak nitelendirilebilecek değerlendirmeler ile tanı, tedavi ve takip konularında yol gösterilmesi, sağlık çalışanlarının maruz kaldığı iddiaların ortaya konması ve uygulamalardaki bu sorunların ortadan kaldırılmasına katkı sağlamak amaçlanmıştır.

Ülkemizde yargının son aşaması olan Yargıtay'a intikal etmiş olgulara ait verilerin çok sınırlı olduğu görüldü. Malpraktis ile ilgili yapılan çalışmaların genellikle bu davaların yargı aşamasında Adli Tıp Kurumu, Yüksek Sağlık Şurası (YSS) gibi bilirkişilik kurumlarından istenen bilirkişi raporlarının değerlendirilmesi şeklinde olduğu görüldü. Araştırmamız bu alana katkı sağlayacak bir çalışma olacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Genel tanım

Sağlıklı olmak, yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun bulunmayışı değil, aynı zamanda kişinin fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan da tam bir iyilik halinin olmasıdır.⁷ Mesleklerini devlete bağlı sağlık kurumlarında kamu görevlisi olarak veya sözleşmeyle özel sağlık kuruluşlarında yerine getiren hekimler, yasalar çerçevesinde tıp biliminin gerek ve kurallarına uygun olarak tıp mesleğini icra etme ve tıbbi müdahalede bulunma yetkisi tanınmış “*Primum Nonnocere*” “(önce zarar verme)” etik ilkesi ışığında insanları muayene ve tedavi etmeyi kendine meslek edinen kişilerdir.⁸ Bir hekimin hastasını ilk görmesinden başlayıp, anamnez, tetkik, teşhis, tedavi ve izlem aşamalarında tıp hukuku, etik ilkeler ve modern tıbbın gereklerini yerine getirip getirmemeleri tıbbi malpraktisin temelini oluşturmaktadır.

Malpraktis, Latince “*Mala*” ve “*Praxis*” kelimelerinden köken almış olup; uygun olmayan beceri eksikliği veya özen eksikliğinin olduğu tüm mesleki hataları kapsamaktadır. Eğer bahse konu olan hata, tıp alanında gerçekleşmiş ise “tıbbi malpraktis” veya “tıbbi uygulama hatasından” söz edilebilir.^{1,9}

Dünya Tabipler Birliği tarafından hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği, hastaya doğru tedavi vermemesinden gelişen zarar olarak tanımlanmış olan malpraktis, en basitten en kompleks olanına kadar tıbbi müdahalenin tüm süreçlerinde görülebilmekte; sağlık hizmeti sunan doktor, ebe-hemşire, sağlık memuru ve ilgili yasalara göre hastaya müdahalede bulunmaya yetkin diyetisyen, fizyoterapist ya da psikolog gibi sağlık personellerinin, öneri ve/veya uygulamaları sonucunda, hastalığın doğal seyri dışına çıkarak, hastanın şifa bulmasının gecikmesinden, ölümüne kadar geniş bir aralıkta değerlendirilmektedir.^{1,3}

Türk Tabipler Birliği (TTB) ise malpraktisi; “Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi, hekimliğin kötü uygulaması” şeklinde tanımlamaktadır.¹⁰

Son dönemlerde tıbbi uygulama hatası ile ilgili şikâyetlerin artmasının önemli sebeplerinden bazıları hastaların genel olarak sağlık sisteminden ve çalışanlarından beklentilerinin artmış olması, medya organlarının konu üzerine aşırı ilgisi ve bunun da toplumun konuya olan hassasiyetinin arttırması, avukatların bu tür davaları çalışma alanı olarak seçmeleri gösterilebilir.¹

2.2. Tarihçe

Çok eskilere dayandığı söylenen “iyileştirme sanatının” uygulayıcısı olan hekimlerin, insanların hastalıklardan kurtulmasına ve sağlıklarına kavuşmasında yardım ettiklerinde ne kadar takdir edilmişse; hastalarına zarar verdikleri zamanlarda ise sorumlulu tutulduğu tarihi belgelerden anlaşılmaktadır.¹¹

Tarihin en eski mesleklerinden olan hekimlikte, tıbbi uygulama hatalarına ilişkin kural ve ilkelerin tarihte ilk defa düzenlendiği yazılı metin Hammurabi Kanunlarıdır. Bu Kanunların 218, 219 ve 220. maddesi hekim hatası ile ilgili olup bunlar; 218. madde: “bir doktor, operatör bıçağı ile derin bir yarık açarsa ve hastayı öldürürse ya da bıçak ile bir tümörü açıp gözü keser ise doktorun elleri kesilir”, 219. maddesi: “Bir doktor, operatör bıçağı ile azat edilmiş bir adamın kölesinde derin bir yarık açarsa ve onu öldürürse; o köleyi başka bir köle ile ikame etmelidir” ve 220. maddesi: “eğer operatör, bıçağı ile bir tümörü açar ve gözünü çıkarırsa; kölenin değerinin yarısını öder” şeklinde yazılıdır.¹²

Eski Hindistan’da Manu ve Zoraste Kanunları’nda da hekim uygulamalarına ilişkin kanun maddeleri bulunmaktadır. Manu kanunu’nda mesleğini iyi yapmayan hekim ve cerrah hakkında para cezasına çarptırılması hükmü varken Zoraste Kanunu’nda dikkatsizlik ve art niyetin hekimlerden oluşturulan bir heyet tarafından saptanması sonrasında yetersiz hekimin parçalanarak öldürülmesi hükmü bulunmaktadır. Hekim hatasının bilirkişiler tarafından belirlenmesi gerektiğini vurgulayan ilk yasa Zoraste Kanunu’dur.¹³

Mısır’da hekimler, mesleksel bilgileri içeren kitaba önem vermişlerdir. Kitaptaki kuralları uygulayan hekim, tedavi hatasından sorumlu tutulmazken, kurallara uymayan sorumlu tutulup cezalandırılıyordu.¹¹

Türk kanunlarında hekim sorumluluğu Osmanlı İmparatorluğu öncesi ve Osmanlı İmparatorluğu dönemleri olarak iki bölümde ele alınabilir. Şamanların hekimlik yaptığı

dönemlerdeki Türk toplumlarında şamanların yanlış uygulamalarından dolayı cezalandırıldığını gösterir belgelere rastlanılmaktadır.¹⁴ Tarihi kaynaklarda Büyük Selçuklular döneminde tıbbi uygulamalarda ileri bir düzeye ulaşıldığı, Anadolu Selçukluları döneminde de bu durumun devam ettiği ve yetersiz kişilerin hekimlik yapmadıkları şayet yaptıkları takdirde cezalandırıldıkları belirtilmektedir.⁹ Osmanlı Devleti'nin yükselme döneminde Hacı Paşa'nın Kitab-üt-talim adlı eserinde hekimlerin hastaya nasıl davranması gerektiği, hekimlik mesleği icra edilirken hangi kurallara uyulması gerektiğinden bahsedilmiştir.¹⁵

Antik Yunan'da Hipokrat ile günümüz hekim sorumluluğu ilkelerinin ilk temelleri atılmış olup Mısır'da olduğu gibi tıp kurallarına uyulmaması kusur olarak kabul edilmiş, bununla birlikte hastaya zarar vermeme, hastalar arasında ayırımı yapmama, hekimlik mesleği gereği öğrendiği sırları saklama gibi hekimliğin temel ahlak ilkeleri de Hipokrat Andında bildirilmiştir.¹⁶

Roma'da ise XII. Levha Kanunları'nda hekimlerin ihmal veya beceriksizliklerinden kaynaklanan zararlardan dolayı sorumlu tutulacakları belirtilmiş, Lex Aquia kanunuyla da acemilik, bilgisizlik ve ihmal ağır kusur olarak değerlendirilmiştir.¹⁷

Avrupa'da ise hekim sorumluluğu hakkında verilen ilk kararda 1390 yılında Marsilya'da bir cerrah bilgisizliğinden dolayı sorumlu tutulmuştur. Daha sonra 1427 yılında Paris Mahkemesi yüksek dozda ilaç veren doktoru sorumlu tutmuştur. 1602 yılında Bordeaux Mahkemesi doktorun hatasından meydana gelmeyen sonuçlardan dolayı sorumlu tutulmayacağını, 1926'da ise Paris Mahkemesi bilgisizlik ve acemilik olmadan hekimin sorumlu tutulmayacağına karar vermiştir. Böylece dönemin sonlarına doğru "hekim sorumluluğu için acemilik, becerisizlik, bilgisizlik ve tedbirsizliğin saptanmasının gerekli olduğu" genel bir ilke haline gelmiştir.¹⁷

Modern anlamda genel kullanım şekliyle 'malpraktis' 1800'lerin başında İngiliz hukuk teorisi içine girmiştir. Sir William Blackstone'nin 1768'de İngiliz hukuku üzerine olan, modern dünyanın kullandığı malpraktisin orjini olan "*mala praxis*" kelimesinin geçtiği ünlü yorumunda, hatalı tıbbi uygulamayı "ihmal ya da beceri eksikliği içeren hekimin, cerrahın ya da eczacının idaresinde hastanın zarara uğrayarak hekime güvenin sarsılması" şeklinde tanımlamıştır. Blackstone'nin bu yorumu Amerika tarihinde önemli etkiler bırakmıştır. Fakat pratik şekliyle 19. yüzyılın ortalarına kadar ABD'de hatalı tıbbi uygulama ile ilgili bir hareket oluşmamıştır.¹⁸ Ulusal düzeyde hatalı tıbbi uygulama iddia

sayısının hızlı bir şekilde artması sonrası 1847 yılında kurulan Amerikan Tıp Derneği, kurulduktan sonra temel standartları belirlemek suretiyle tıbbi yönetmelik oluşturmuş ve böylece 19. yüzyıl sonlarında hekimlerin tıbbi uygulamalarının % 80 oranda kontrol eder duruma gelmiştir.⁹

2.3. Hatalı Tıbbi Uygulamalarla İlgili Dünyadaki Durum

Tıbbi uygulama hataları Amerika’da 1960’lı yıllarda kademeli olarak artmış ve 1970’li yıllarda da çarpıcı bir biçimde artış göstermiştir. 1970’li yılların ortalarında malpraktis davalarının artmasından dolayı birçok sigorta şirketi zarara uğradı. Mali kayıplar nedeniyle birçok sigorta şirketi doktorları mesleki sorumluluk sigortası yapmamaya başladı ya da sigorta prim ücretlerini önemli derecede arttırdı. Hekimlerin sorumluluk sigortası satın almada zorluklar yaşanmasından dolayı doktorlar tarafından kurulan ve işletilen sorumluluk sigorta şirketleri kuruldu. Bunlardan biri de “The Physician Insurers Association of America” adında bir şirkettir.¹⁹

“Amerikan Tıp Enstitüsü”nün 1999 yılında yayınladığı bir rapora göre; klinik servislerde yatan hastaların yaklaşık % 3-3,5’inde yan etki ya da tıbbi bakım sırasında bir hata tespit edildiği ve bunların yaklaşık yarısının önlenabilir hatalar olduğu belirtilmektedir. Yine aynı raporda yılda 44.000 ile 98.000 kişinin hatalı tıbbi uygulamaya bağlı olarak öldüğü tahmin edilmektedir. Yayımlanan bu rapordan sonra hatalı tıbbi uygulama ile ilgili birçok çalışma yapılmış ve tıbbi hataları önlemek için çözüm yolları tartışılmıştır.²⁰

ABD’de 2016 yılında yayınlanan güncel bir araştırmaya göre hatalı tıbbi uygulama nedeniyle ölen kişi sayısının yılda 250.000 civarında olduğu, ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklar ve malignitelerden sonra 3. sırada tespit edildiği belirtilmiştir.²¹ 2016 yılında yapılan başka bir çalışmaya göre de hatalı tıbbi uygulama riski en fazla olan branşlar; kadın hastalıkları ve doğum, dahiliye ve genel cerrahidir.²²

Amerika’da sağlık hizmet personeli hatalı tıbbi uygulama sebebiyle kanuni olarak sorumlu tutulmakla birlikte hasta veya hasta yakınının hatalı tıbbi uygulamaya bağlı zarar gördüğünü kanıtlamak zorundadır. Bu bağlamda, Amerika’da tıbbi uygulamalardan kaynaklı zararların karşılanmasında ‘kusura bağlı tazmin’ esas alınmakta, bu zararların karşılanmasında özel sigortacılık sistemleri aracılığıyla olmaktadır.²³

ABD’de tıbbi malpraktis sorumluluk sisteminin iki ana hedefi vardır. Bunlar; hatalı tıbbi uygulamalar ile ilgili hastaların zararlarını karşılamak ve sağlık sunucularının hatalı davranışlarını önlemektir.²⁴

İngiltere’de hatalı tıbbi uygulamalar ile ilgili kanuni düzenlemeler, ABD’de uygulanan hatalı tıbbi uygulama ile ilgili kanuni düzenlemelerin kaynağını oluşturur. İngiltere’de çoğu hekim Ulusal Sağlık Sistemi (National Health Service) tarafından sigortalıdır.²⁵ Ulusal Sağlık Sisteminde ihmallerin yarattığı ekonomik yükün 1996-1997 döneminde 235 milyon sterlin düzeyinde olduğu ve her yıl bu yükün % 25 ağırlaştığı gösterilmiştir.⁹

Almanya’da ise her yıl yaklaşık 650-700 milyon ayaktan poliklinik muayenesi yapıldığı ve yaklaşık 16-17 milyon hastanın da yatarak tedavi edildiği, bunların arasında 100-400 bin civarında tıbbi uygulama hatası bulunduğu tahmin edilmektedir. Her yıl Almanya’da hekimler hakkında yaklaşık 40 bin tıbbi uygulama hatası iddiası ile dava açıldığı ve bunlardan 12 bininde mahkemeler tarafından hatalı uygulama olduğuna dair karar verildiği görülmüştür. Bu davalarda hastaların dava kazanma oranlarının % 30 olduğu ve hekimler açısından ödenen tazminat miktarlarının son 25 yılda 3 kat arttığı, ceza soruşturmalarında ise mahkumiyet oranlarının % 5 dolayında olduğu bildirilmiştir.²⁶

Fransa’da 2002 yılından itibaren tıbbi malpraktis sistemi ABD’deki sisteme benzer özellikler göstermeye başlamıştır. Hastalar tarafından hekim aleyhine açılan davalarda, yasaların hekimleri koruyucu özellikte olduğu inancı hakimdir. 2002’de yapılan değişikliklerden sonra hasta veya yakınlarının hekimlere karşı kazandıkları tazminatlar hekimler, hastaneler ve devlet hazinesinden karşılanmaktadır.²⁵

Japonya’da 1970’de 100 hekime düşen dava oranı 0,1’in altında iken, , 1998’de 100 hekime düşen dava oranı 0,25’lere çıktığı saptanmıştır. Bu artışın sebebi olarak, artan hekim sayısı ile birlikte, insanların yaş ortalarının yükselmesi gibi etkenler gösterilebilir. Bu ülkede bir hasta, ilgi göstermediğinden dolayı hekime ya da çalışanının ilgisizliğine kayıtsız kaldığı için hastane yönetimine tazminat davası açabilmektedir. Aynı hususla ilgili olarak ceza davası da açabilmektedir. Fakat 50 yıl boyunca bu nedenlerden dolayı açılan ceza davasının sayısı 100’ü geçmemektedir. Japonya’da hatalı tıbbi uygulama dava sayısının batıya göre az olması, insanların kültürel yapısından ve çatışmaları mahkemelerden ziyade uzlaşarak çözüme kavuşturmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu devlette tıbbi malpraktis davalarına ilgi gösterilmemesinin başlıca

sebepleri de, bu davaların sayısının fazla olmadığı düşüncesi, malpraktis iddialarının, davalar ile ilgili tüm bilgi ve belgelerin gizli olarak tutulması, tıp dışı yapılan bir takım haber ve yayınların tıp mensuplarına ulaşmaması gibi nedenler olarak belirtilmektedir.⁹

2.4. Hatalı Tıbbi Uygulamalarla İlgili Türkiye’deki Durum

Türkiye’de de hatalı tıbbi uygulamalarla ilgili hem hukuk hem de ceza davalarında son yıllarda belirgin bir artış olduğu görülmektedir. Bu artış; hem mahkeme arşivlerinde yapılan, hem de bu davaların mahkeme süreçlerinde bilirkişi hizmeti alınan ya da başlı başına araştırma yapan kurum ve kuruluşlarda yapılan istatistiksel çalışmalar sonucunda açık şekilde görülmektedir. YSS, ATK, Tabip Odaları, Sağlık Müdürlükleri başvuru kurum ve kuruluşların başında gelmektedir.¹

Sağlık Bakanlığı 18.01.2005 tarihli bir genelgesinde ülkemizdeki bu gelişmelere dikkat çekerek “işlenen hizmet kusurlarına bağlı giderek artan büyük miktarlarda tazminat ödenmesi durumuyla karşı karşıya kalabilmektedir” şeklinde beyan ederek hatalı uygulamalara karşı tedbir alınmasını istemiştir.²⁶

Ülkemizde “Hasta Hakları Yönetmeliği” ile hastaların hakları korunurken, sağlık personeli ile ilgili düzenlemelerin yeterli olmadığı, mevcut yasal düzenlemelerdeki belirsizlikler ile yeni ağırlaştırılmış koşullar, davaların bir çoğunda doktorların ceza ve tazminat sorumluluğuna maruz kalabileceğini ve ülkemizdeki hiçbir doktorun kendini malpraktis davalarının uzağında göremeyeceği belirtilmiştir.²⁷

Hatalı tıbbi uygulama dava sayısının belirgin olarak artması, sağlık personelleri üzerindeki tedirginliğin artmasına neden olmaktadır. Türk Ceza Kanunu’nda (TCK) bu konuda sağlık çalışanlarına daha fazla sorumluluk yüklediği inancı da bu tedirginliğin daha da fazla artmasına ve bir panik havası yaşanmasına sebep olmuştur.¹

Genel olarak sağlık sisteminde sorunların artması, tıbbi uygulama hatası olgularının artmasına ve bunun neticesi olarak ceza ve tazminat davaları ile mesleki sigorta işlem sayısının günden güne artmasına neden olmaktadır. Bu durum kısır döngü şeklinde bir yandan doktorları haklı olduğu kadar haksız da olabilen tıbbi uygulama hatası ve benzer suçlamalara maruz bırakmakta ve bir yandan da defansif hekimlik anlayışının yaygınlaşmasına sebep olmaktadır.⁴

Meydana gelebilecek hekim hataları sonucu talep edilecek tazminatları karşılayabilmek maksadıyla, hekim mesleki sorumluluk sigortası günümüzde bir zorunluluk haline gelmiştir. Türkiye’de Zorunlu Mesleki Mali Sorumluluk Sigortası 21.01.2010 tarihinde yürürlüğe giren “Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunu”nun 8. Maddesinde “Kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, dış tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbi kötü uygulama nedeniyle kendilerinden talep edilebilecek zararlar ile kurumlarınca kendilerine yapılacak rüculara karşı sigorta yaptırmak zorundadır.” hükmü getirilmiştir. Bu kapsamda; kamu kurumlarında, özel hastanelerde ve serbest olarak çalışan tüm hekimlerin, zorunlu mesleki malî sorumluluk sigortası yaptırmaları gerekmektedir.²⁸

Tüm bu hukuksal yapı ile tarihsel süreç birlikte değerlendirildiğinde; hasta hekim ilişkisinde iyiliğin hekim tarafından belirlendiği, kararların alınmasında insiyatifin hekimde olduğu, hekimi hasta karşısında üstün ve otoriter konuma yerleştiren paternalizm anlayışı değişmiş ve hastanın iradesi ve kendi geleceğini belirleme hakkı, hekiminin iyileştirme hakkının veya objektif olarak belirlenen tıbbi yararın önüne geçtiği görülmektedir. Hastanın hekimini seçme hakkı, aydınlatılma hakkı, tedaviyi hekim ile belirleme ve reddetme hakları bu gelişmeler sonucudur. Günümüzde ‘hastanın iradesi en üstün yasadır’ ilkesine ulaşılmıştır.⁶

2.5. Hatalı Tıbbi Uygulamaya ilişkin terimler

2.5.1. Bakım standardı

Bakım standardı, bilimsel ve teknik gelişmeler, ortam koşulları, uygulamayı yapan kişinin eğitim düzeyi göz önünde bulundurulduğunda, aynı ortam koşullarında aynı yetkinlik düzeyinde bir doktorun göstermesi gereken özen olarak tanımlanmaktadır.²⁹

2.5.2. Komplikasyon

Sağlık personeli tarafından uygulanan tıbbi müdahalelerde az ya da çok bir takım riskler vardır. Oluşabilecek risklere rağmen tıbbi müdahale eğer hasta yararına ise uygulanabilir, ancak bu durum hastaya anlatılmalı ve hastanın izni alınmalıdır. Hukuk terminolojisinde “izin verilen risk” denirken, tıbbi karşılığı komplikasyondur.

Komplikasyon; “bir hastalığın seyri veya tedavisi sırasında ortaya çıkan, hastalığın kendinden veya tıbbi müdahaleden kaynaklanan, tedbir alınmasına rağmen önlenemeyen, ortaya çıkabileceği o konu ile ilgili çevrelerde ve literatürde belirlenmiş ve kabul edilen, diğer hastalıklar veya bozukluklardır”.³⁰⁻³¹ Başka bir tanımda ise; “bir hastalığın seyri sırasında oluşan ikinci bir hastalık, mevcut hastalığa eklenen diğer bir hastalık veya bozukluk” denilmektedir.¹⁴ Doktor bir tıbbi müdahale öncesinde komplikasyonlar hakkında hastasını bilgilendirmiş ve hem sözel olarak hem de yazılı olarak iznini almışsa hukuki olarak hiçbir sorumluluğu yoktur.³²⁻³³ Ancak hasta açısından öngörülebilir komplikasyonlara yönelik tedbir alınmamışsa ve komplikasyon iyi yönetilmemişse, sorumluluktan bahsedilebilir.³³

2.5.3. İstenmeyen Sonuç

Tıbbi uygulama sürecinde zarar diğer deyişle istenmeyen sonuç; ya komplikasyon sonucunda ya da hatalı tıbbi uygulama sonucunda gelişebilir. Komplikasyon ve hatalı tıbbi uygulama ayırımı bilirkişi hizmeti veren kişi veya kuruluşlar tarafından yapılmaktadır. Bilirkişilik hizmeti veren taraf; uygulamayı yapanın eğitim düzeyini, aynı ortam koşullarında ve aynı yetkinlik düzeyine sahip bir hekimin göstermesi gereken özeni gösterip göstermediğini göz önünde bulundurarak yani bakım standardına uygun bir uygulama olup olmadığına bakarak değerlendirmelidir.²⁹

2.6. Hekim Sorumlulukları

Sağlık personelleri mesleki faaliyetlerini icra ederken, hem kendilerini hem de hastalarını korumak adına, hatalı tıbbi uygulama iddiaları ile karşılaşmamak veya karşılaştıkları zamanlarda da süreci doğru yönetebilmek için mesleki sorumluluklarını, ilgili yasal düzenlemeler ve yaklaşımları, sürecin nasıl yürüdüğünü bilmesi gerekmektedir.²

Yasal anlamda hekim sorumluluğundan söz edilebilmemiz için; hekimin eyleminin yasalara aykırı olması, bir zararın ortaya çıkması, bu zararın hekimin hatasına bağlı olması ve zararla kusur arasında sebep-sonuç ilişkisinin bulunması gerekmektedir. Buna bağlı olarak, TCK’da suç olarak tarif edilen eylemler ceza davalarının, haksız fiil sonucu gelişen zararlarda tazminat davalarının konusunu oluşturmaktadır.^{2,34}

Uygulanacak bir tıbbi müdahalenin hukuka uygun olabilmesi için; kanunen izin verilmiş bir uygulama olması, müdahaleyi hukuken yetkili biri/birileri yapması, uygulamanın belli amaçlara yönelik bulunması, müdahalenin tıp bilimine kabul görmüş olması ve kurallara uygun olarak yapılması ve hastanın müdahaleye rıza göstermesi gerekmektedir.²

Doktorun hastalar ile nasıl bir iletişimde olması ve nasıl davranması gerektiği, bu husustaki beklentiler ve bunun gibi durumlar ulusal ve uluslararası tıbbi etik değerler ve deontolojik kurallar, sözleşmeler, bildirgeler, yasalar, yönetmeliklerle belirlenmiştir.²⁹

Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 2. maddesinde "Tabip ve Diş Tabibinin başta gelen vazifesi, insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermektir" denilmekte ve her hatalı tıbbi uygulama olgusunda bu ilkenin ihlal edildiğinin kabulü gerekmektedir. Ancak her tıbbi hatalı uygulama çoğu zaman sadece hekimin kişisel kusurundan kaynaklanmamaktadır. Sağlık hizmetinin sunumu, doktor odaklı bir sistem içinde verildiğinden hatalı tıbbi uygulama iddialarında doktor, yargı sürecinde baş aktör olmaktadır. İstenilmeyen sonuçlar meydana geldiğinde; bu sonucun gelişmesinde bir kusur olup/olmadığı ve varsa kimin kusuru olduğu dahi araştırılmadan hasta veya yakını tarafından doktor hatasından bahsedilmektedir.³⁵

Ülkemizde hekimlerin ve diğer sağlık personelinin yasal sorumluluklarını belirleyen çok sayıda yasal düzenleme bulunmaktadır.⁴ Bunlar arasında en önemlileri;

-“14.11.1928 tarih, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun”,

-“24.04.1930 tarih, 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu”,

-“23.01.1953 tarih, 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Kanunu”,

-“15.02.1954 tarih, 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu”,

-“13.01.1960 tarih, 4/12578 sayılı Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi”,

-“22.05.1974 tarih, 14893 sayı ile Resmi Gazetede yayınlanan Tababet Uzmanlık Tüzüğü”,

-“14.04.1982 tarih, 2659 sayılı Adli Tıp Kurumu Kanunu”,

-“10.09.1982 tarih, 8/5319 sayılı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği”,

-“07.05.1987 tarih, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu”,

-“01.02.1999 tarihli Türk Tabipler Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları”,

-“28.04.2004 tarih, 25446 sayılı Türk Tabipler Birliği Disiplin Yönetmeliği”,

-“06.04.2011 tarih, 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname”
-“2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu”,
-“2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun”,
-“Zorunlu Mesleki Sorumluluk Sigortası Yasası”,
-“01.08.1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliği” (20.10.2016 tarihinde güncellendi)

-“Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi”dir.

Hatalı tıbbi uygulama iddiasından bahsedildiği durumlarda doktorlar bir anda çeşitli hukuksal süreçlere maruz kalabilmektedir. Bunlar; ceza davası, tazminat (hukuk) davası, idari soruşturma, meslek kuruluşunun yürüttüğü disiplin işlemleridir.³⁵

2.6.1. Hekimlerin Mesleki Sorumluluğu

Hekimler açısından mesleki sorumluluk “hem toplumsal hem de etik kurallar çerçevesinde, mesleklerinin gerektirdiği şekilde, uyulması gereken kanun ve tüzüklere uyma zorunluluğudur” şeklinde ifade edilebilir.³⁶ Disiplin cezası gerektiren durumları ve kişilerin saptanması ve disiplin cezası verilmesinde uyulması gereken usul ve esaslar, “28.04.2004 tarih ve 25446 sayılı Resmi Gazete”de yayımlanarak yürürlüğe giren “6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Kanunu”nun 59. maddesine dayanılarak çıkartılan “Türk Tabipler Birliği Disiplin Yönetmeliği”nde açıklanmıştır. Tabip Odaları’nın “Onur Kurulları” ve “Yönetim Kurulları”nda hekimlerin mesleki konularla alakalı hatalı kararları değerlendirilerek karara bağlanmakta ve bunu yaparken de başta Tıbbi Deontoloji Tüzüğü olmak üzere ilgili yasa, yönetmelik ve belgeler dikkate alınmaktadır.³⁷

Yasa ve tüzüklere uymamak, haksız çıkar sağlamak, deontolojiye aykırı davranmak ve hasta haklarını ihlal etmek disiplin suçu olarak kabul edilir. Bu eylemlere karşılık verilecek ceza; uyarı cezası, para cezası, geçici olarak meslekten men etmek ve oda bölgesinde çalışmanın yasaklanması olarak belirlenmiştir.³⁷

Tabip odaları tarafından verilen meslekten men cezası, Yüksek Onur Kurulu tarafından onaylandıktan sonra kesinleştirilir.⁴

2.6.2. Hekimlerin İdari Sorumluluğu

Hizmet kusuru; “idarenin yürüttüğü kamu hizmetinin hiç işlememesi, kötü işlemesi veya geç işlemesi sonucu ortaya çıkan ve idarenin ortaya çıkan zararı ödemesini öngören

bir sorumluluk türüdür” şeklinde tanımlanmaktadır.³⁸ Kamuya ait bir sağlık kuruluşunda çalışan sağlık meslek mensuplarına karşı dava açıldığında, “Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun”a göre savcılık görevsizlik kararı vermekte ve ilgili kurumdan, kurum içi soruşturma başlatmasını istemektedir. Soruşturmayı yapacak kişiler ise ilgili kurum amirince görevlendirilmektedir. Suç oluşturan bir kusur tespit edilirse, hazırlanan raporla cumhuriyet savcılığına suç duyurusunda bulunmaktadır. Buna ek olarak kurum içi disiplin soruşturması da açılmaktadır.²⁹

Devlet memurları ile ilgili temel yasa olan “657 sayılı Devlet Memurları Kanunu”nda ‘disiplin’ konusu 7. bölümde 124–145. maddeleri arasında ele alınmış olmakla birlikte burada disiplin kavramıyla ilgili bir tanım olmadığı, ancak disiplin cezası gerektiren durumlar ve bu durumlarda verilecek cezalar; uyarı, maaş kesme, kademe ilerlemesinin durdurulması ve kurumdan ihraç şeklinde belirlenmiştir.³⁷

YÖK’e bağlı üniversitelerde görev yapan akademik personel için, “2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanunu” ve bununla ilişkili olarak “Yükseköğretim Kurumları Yönetici, Öğretim Elemanı ve Memurları Disiplin Yönetmeliği” önem taşımaktadır. Bu yönetmelik, “657 sayılı Devlet Memurları Kanunu”un 124. ve 125. maddeleriyle benzer içeriğe sahip olmasının yanında bazı önemli farklılıklar da bulunmaktadır.⁴

2.6.3. Hekimlerin Hukuki Sorumluluğu

Hekimin temel ödevi mesleğini etik ve hukuksal kurallara göre icra etmektir. Ancak hekimlerin yaptıkları hataların bir sonucu olarak hastalar zarar görürse cezadan ayrı olarak “özel hukuk” (tazminat) yönünden de sorumlu olurlar. Hasta veya hasta yakınları, haksız fiil veya sözleşmeden doğan haklarına dayanarak maddi ve manevi tazminat talep edebilmektedir. Eğer kusurlu eylem sonucu ölüm meydana gelmişse, ölenin maddi ve manevi desteğinden mahrum kalan yakınlarının tazminat hakkı doğmaktadır.²⁹ Ceza hukukunda hukuka aykırılık devletin cezalandırma hakkının kullanılmasını; özel hukukta zarar görenin zararının tazminiyle sonuçlandırılmaktadır. Hukuk davaları ceza davalarının sonucuna bağlı değildir.^{37,39}

Sağlık personelinin kusurlu müdahalesi neticesinde meydana gelen zarardan sorumlu tutulabilmesi için, uyguladığı işlem ile zarar arasında sebep-sonuç ilişkisinin olması gerekmektedir. Bu duruma nedensellik bağı, eski adıyla illiyet rabitası denilmektedir. Bu zararın ile illiyet bağınının ispat edilmesi, “Türk Borçlar Kanunu”nun

(TBK) 50. maddesinde “Zarar gören, zararını ve zarar verenin kusurunu ispat yükü altındadır, uğranılan zararın miktarı tam olarak ispat edilemiyorsa hâkim, olayların olağan akışını ve zarar görenin aldığı önlemleri göz önünde tutarak, zararın miktarını hakkaniyete uygun olarak belirler” belirtildiği üzere hastaya veya yakınlarına aittir.⁴⁰

TBK'nın 49. Maddesinde “Kusurlu ve hukuka aykırı bir fiille başkasına zarar veren, bu zararı gidermekle yükümlüdür. Zarar verici fiili yasaklayan bir hukuk kuralı bulunmasa bile, ahlaka aykırı bir fiille başkasına kasten zarar veren de, bu zararı gidermekle yükümlüdür.” olarak belirtilmekte ve hekime tazminat ödeme yükümlülüğü yüklemektedir. 74. Maddesinde ise “Hâkim, zarar verenin kusurunun olup olmadığı, ayırt etme gücünün bulunup bulunmadığı hakkında karar verirken, ceza hukukunun sorumlulukla ilgili hükümleriyle bağlı olmadığı gibi, ceza hâkimi tarafından verilen beraat kararıyla da bağlı olmadığı, aynı şekilde, ceza hâkiminin kusurun değerlendirilmesine ve zararın belirlenmesine ilişkin kararı da, hukuk hâkimini bağlamayacağı” belirtilmiştir. Hukuk davalarının ceza davalarının sonucundan bağımsız olduğu, ceza davasında kişi beraat etse dahi hukuk ve tazminat davaları açılabileceği belirtilmiştir. 58. maddesiyle de; tazminat hakkı sadece kişinin yaşamı ve sağlığıyla sınırlandırılmayıp, kişinin onuru, saygınlığı, sırları ve özgürlükleri gibi manevi değerlerine saldırı durumunda da söz konusu olmaktadır.⁴⁰

Ceza davaları kişiseldir. Ancak tazminat davalarında müşterek ve müteselsilen bir sorumluluktan bahsedilmektedir. Buna örnek olarak bir girişim sırasında hemşireye bağlı olarak oluşan hasardan ekibin başı olarak hekim sorumlu tutulabilir ve bu duruma “kusursuz sorumluluk” denir. Sorumlu tutulan hekim, hastanın zararını tazmin ettikten sonra, kendi zararını temin etmek için asıl kusurlu olan hemşireye rücu (dönme) davası açabilmektedir. Kamuda görevli sağlık çalışanına karşı tazminat davası idareye karşı açılabilen, verilen tazminat kararı sonrasında idare tarafından, zararını tazmin etmek üzere rücu davası açılabilir. Özel Sağlık Kuruluşlarında ise tazminat davası hem idareye hem de sağlık çalışanına karşı açılabilir.^{1,29}

Eğitim verilen Sağlık Kuruluşlarında ise hiyerarşik bir sorumluluk bulunmaktadır. Hastalara verilmesi gereken sağlık hizmetinin uzman doktor seviyesinde olması gerekmektedir. Asistanın yetki ve sorumluluğu bir pratisyen hekimin yetki ve sorumluluğu kadar olduğu için asistan ancak uzman doktor gözetiminde eğitim amaçlı

her türlü tıbbi müdahalede bulunabilir. Asistanın kusuru uzmanı bilgilendirmesi, ne tür direktifler alıp aldığı direktifleri uygulamaya aktarmasına göre değişmektedir.⁴¹

2.6.4. Hekimlerin Cezai Sorumluluğu

Hekimlerin mesleki uygulamaları hakkında yasal düzenlemeler bulunsa da gerek ceza hukuku gerekse medeni hukuk alanında hekimlerin cezai ve hukuki sorumluluğunu düzenleyen özel bir kanun maddesi bulunmamaktadır. Hekimler ilgili yasalardaki genel tanımlar açısından ve meslek etiği kuralları çerçevesinde cezai veya hukuki olarak sorumlu tutulmaktadır.⁴ Hekimler, mesleki uygulamaları sırasında hastalarının yaralanmasına ya da ölümüne neden olduklarında TCK'nın ilgili maddeleri kapsamında yargılanırlar. Ceza hukuku açısından 'şahsi sorumluluk' geçerlidir.²⁶

Yeni Türk Ceza Kanunu 12 Ekim 2004 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanmış ve 01 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe girmiştir. 5237 sayılı TCK'nın 1. maddesinde "Ceza Kanununun amacı; kişi hak ve özgürlüklerini, kamu düzen ve güvenliğini, hukuk devletini, kamu sağlığını ve çevreyi, toplum barışını korumak, suç işlenmesini önlemektir." şeklinde belirtilmektedir. Yeni TCK'da kişisel haklar ve özgürlüklerin kısıtlanması gibi durumlarda ceza miktarlarının belirgin derecede arttırıldığı görülmüştür. Yeni TCK'ya, "kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi" (madde 83) ve "bilinçli taksir" (madde 22) gibi yeni kavramlar da eklenmiştir.⁴²

Yeni TCK'da; kast, olası kast, taksir, bilinçli taksir şeklinde dört tür kusur durumu tarif edilmiştir. Taksiri kasttan ayıran temel özellik, neticenin istenmemesidir. Kasıtlı suçlarda ceza oranı taksirli suçlara oranla daha fazladır.⁴²

2.6.4.1. Kasten İşlenen Suçlar

Kast ile olası kast arasındaki fark TCK'nın 21. maddesinde bahsedilmiş olup; "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 vardır. Bu halde, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasını gerektiren suçlarda müebbet hapis cezasına, müebbet hapis cezasını gerektiren suçlarda yirmi yıldan yirmibeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur; diğer suçlarda ise temel ceza üçte birden yarısına kadar indirilir."

denilmektedir.⁴² Bir hususta kastın varlığı; kişinin, suçun kanuni tanımındaki unsurlarını bilmesi ve suçu isteyerek işlemesi ile ortaya çıkmaktadır. Olası kast ise, kişinin suçun kanunda tanımlanan unsurlarını bilmesi ve bunların gerçekleşebileceğini öngörmesine rağmen, gerçekleşme olasılığını veya durumunu önemsemeyerek fiili işlemesidir. Ayrıca verilecek cezalar kasten öldürme suçlarında TCK madde 81 ve 82’de, kasten yaralama suçlarında ise madde 86, 87 ve 88’de belirtilmiştir.³⁷

Olası kast doktorlar açısından ileri derece sakıncalı bir durumdur. Bir doktorun, hastası için ölürse ölsün, sakat kalırsa kalsın mantığı çerçevesinde davranmasıdır. Sonucu direkt olarak istemese de rıza göstermesidir.⁴³ Hekimlik mesleği ve amacıyla ters olan bir durum olması nedeniyle hekimlerin olası kasttan ceza alması beklenen bir durum değildir.

Türk Hukuk Sisteminde ötenazi ile ilgili özel bir yasa bulunmamakla birlikte, her ne sebep ve amaçla olursa olsun, hastanın isteği ve onamı dahi bulunsa yaşamın sonlandırılması ya da buna yardım edilmesi ‘öldürme’ suçunu oluşturur ve bunu yapanlar TCK’nın 81 ve 82’nci maddesinden yargılanır.¹⁶

TCK’nun 83. maddesinde yer alan “kastan öldürmenin ihmali davranış ile işlenmesi” suçu, hekimler açısından dikkat edilmesi gereken bir diğer kanun maddesidir.

“Olası kast” ve “kastan öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi” farklı iki durumdur. Olası kastta kişi sonucu öngörmesine rağmen fiili işlemekte, ihmali davranışla adam öldürme veya yaralama suçundaysa kişi yapmakla yükümlü olduğu bir işi ya da davranışı yapmayarak bu sonucun ortaya çıkmasına neden olmaktadır.⁴⁴ Sağlık kuruluşunda görev yapan hekimin müdahale etmemesi halinde öleceğini kesinlik derecesinde öngörmesine rağmen durumu acil olan hastayı kabul etmeyerek herhangi bir müdahalede bulunmaması ve ölüm meydana gelmesi halinde, kasten adam öldürmenin ihmali davranışla işlenmesinden söz edilebilir.⁴⁵

2.6.4.2. Taksirle İşlenen Suçlar

Taksir, bir işi eksik yapma ya da yapabilecekken yapmama, kusurda bulunma, kusur işleme anlamına gelmektedir. Taksiri kasttan ayıran temel özellik sonucun istenmemesidir.²⁶

Taksir ile bilinçli taksir suçları yeni TCK'nın 22. maddesinde tanımlanmıştır. Buna göre madde 22'de "Taksirle işlenen fiiller, kanunun açıkça belirttiği hâllerde cezalandırılır. Taksir, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyle gerçekleştirilmesidir. Kişinin öngördüğü neticeyi istememesine karşın, neticenin meydana gelmesi hâlinde bilinçli taksir vardır; bu hâlde taksirli suça ilişkin ceza üçte birden yarısına kadar artırılır. Taksirle işlenen suçtan dolayı verilecek olan ceza failin kusuruna göre belirlenir." denilmektedir.⁴² Maddeden de anlaşıldığı üzere, taksir basit ve bilinçli olarak iki başlık altında incelenebilir. Basit taksir, suçu işleyen şahsın gerekli dikkat ve özeni göstermediği ve suçun kanunda belirtilen sonucunu öngöremediği durumlarda söz konusu olmaktadır. Bilinçli taksir ise, suçu işleyen kişinin sonucu öngördüğü fakat gerçekleşmesini istemediği durumlarda söz konusu olmaktadır. Bilinçli taksirde failin, sonucu öngörmesine rağmen davranışına devam etmesinin nedeni, bu sonucun meydana gelmeyeceği düşüncesidir.⁴⁶ Taksirle adam öldürme ve taksirle yaralama suçlarında cezalar TCK madde 85 ve 89'da belirtilmiştir.

Mahkemeler tarafından yapılan yargılama neticesinde sağlık çalışanı hakkında ceza verilebilmesi için, işlenen suçun her türlü şüpheden arındırılarak kesin kanıtlarla ispatlanması gerekmektedir. Bundan dolayı meydana gelen neticenin doktorun dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırı davranışı sebebiyle meydana gelip gelmediği, farklı bir söyleyişle durumun komplikasyon mu yoksa malpraktis mi olduğunun ortaya konulması çok önemlidir. Bu ayrımı yapmak özel ve teknik bilgi gerektirdiğinden soruşturma ve yargılama aşamasında alanının uzmanı bilirkişiler tarafından düzenlenecek bilirkişi raporları önem taşımaktadır.²⁹

Pratikte hekim ve sağlık personellerine yönelik tıbbi uygulama hatası davalarında genellikle taksirli suçlardan dava açılmaktadır.²⁹

Sağlık personelinin cezai sorumluluğu, 12/10/2004 tarihli ve 25611 sayılı yeni TCK'da şu şekilde yer almaktadır:

"Taksirle Öldürme" (Madde 85)

"1. Taksirle bir insanın ölümüne neden olan kişi, iki yıldan altı yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

2. Fiil, birden fazla insanın ölümüne ya da bir veya birden fazla kişinin ölümü ile birlikte bir veya birden fazla kişinin yaralanmasına neden olmuş ise, kişi iki yıldan onbeş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.”⁴²

“Kasten yaralamanın ihmali davranışla işlenmesi” (Madde 88)

“Kasten yaralamanın ihmali davranışla işlenmesi hâlinde, verilecek ceza üçte ikisine kadar indirilebilir. Bu hükmün uygulanmasında kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesine ilişkin koşullar göz önünde bulundurulur.”⁴²

“Taksirle Yaralama” (Madde 89)

“1. Taksirle başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, üç aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır.

2. Taksirle yaralama fiili mağdurun;

a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,

b) Vücudunda kemik kırılmasına,

c) Konuşmasında sürekli zorluğa,

d) Yüzünde sabit ize,

e) Yaşamını tehlikeye sokan duruma,

f) Gebe bir kadının çocuğunun vaktinden önce doğmasına, neden olmuşsa, birinci fıkra göre belirlenen ceza, yarısı oranında artırılır.

3. Taksirle yaralama fiili mağdurun;

a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine,

b) Duyularından veya organlarından birinin işlevini yitirmesine,

c) Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına,

d) Yüzünün sürekli değişikliğine,

e) Gebe bir kadının çocuğunu düşürmesine,

Neden olmuşsa, birinci fıkra göre belirlenen ceza bir kat artırılır.

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

5. Bilinçli taksir hali hariç olmak üzere, bu maddenin kapsamına giren suçların soruşturulması ve kovuşturulması şikâyete bağlıdır.”⁴²

“Kasten öldürmenin ihmali, davranışla işlenmesi” (Madde 83)

“1. Kişinin yükümlü olduğu belli bir icrai davranışı gerçekleştirme dolayısıyla meydana gelen ölüm neticesinden sorumlu tutulabilmesi için, bu neticenin oluşumuna sebebiyet veren yükümlülük ihmalinin icrai davranışa eşdeğer olması gerekir.

2. İhmali ve icrai davranışın eşdeğer kabul edilebilmesi için, kişinin;

a) Belli bir icrai davranışta bulunmak hususunda kanun düzenlemelerden veya sözleşmeden kaynaklanan bir yükümlülüğünün bulunması,

b) Önceden gerçekleştirdiği davranışın başkalarının hayatı ile ilgili olarak tehlikeli bir durum oluşturması gerekir.

3. Belli bir yükümlülüğün ihmali ile ölüme neden olan kişi hakkında, temel ceza olarak, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmi yıldan yirmibeş yıla kadar, müebbet hapis cezası yerine onbeş yıldan yirmi yıla kadar, diğer hallerde ise on yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunabileceği gibi, cezada indirim de yapılmayabilir.”⁴²

2.6.4.3. Sağlık Personeli Tarafından İşlenebilecek Diğer Suçlar

2.6.4.3.1. İnsan Üzerinde Deney

TCK'nın “insan üzerinde deney” başlıklı 90. maddesinde “İnsan üzerinde bilimsel bir deney yapan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır” “Hasta olan insan üzerinde rıza olmaksızın tedavi amaçlı denemede bulunan kişi, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır” şeklinde belirtilmiştir ve yapılacak deneyin ceza sorumluluğu getirmemesi için şartlar ve durumlardan bahsedilmiştir.⁴⁷

2.6.4.3.2. Organ veya Doku Ticareti

Tanı, tedavi ve bilimsel amaçlarla organ ve doku nakli ve hizmetin yürütülmesinde yerine getirilmesi gereken kurallar; “Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun” ve “Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği” ile belirlenmiştir. TCK'nun 91. maddesi de, mevzuata aykırı olarak organ veya doku ticareti yapanlara ilişkindir.⁴²

2.6.4.3.3. Çocuk Düşürtme

Rızası olmaksızın bir kadının gebeliğini sonlandırılması veya tıbbî zorunluluk bulunmadığı durumlarda, rıza olsa bile, gebelik süresinin on haftadan fazla olan bir kadının gebeliğinin sonlandırılması TCK'nın 99. maddesinde suç olarak belirtilmiştir.⁴²

2.6.4.3.4. Kısırlaştırma

TCK'nın 101. maddesinde bir erkek ya da kadının rızası olmaksızın kısırlaştırılması suç olarak belirtilmiştir.⁴²

2.6.4.3.5. Görevi kötüye kullanma

TCK'nın 257. maddesinde “*Kanunda ayrıca suç olarak tanımlanan hâller dışında, görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle, kişilerin mağduriyetine veya kamunun zararına neden olan ya da kişilere haksız bir kazanç sağlayan kamu görevlisi*” hakkında verilecek ceza belirtilmiştir.⁴²

2.6.4.3.6. Sır Saklama Yükümlülüğünün İhlali

Hekim veya sağlık personelinin sır saklama yükümlülüğünü ihlal edilmesi, ahlaka ve meslek kurallarına aykırı olduğu gibi, aynı zamanda ceza kanununda düzenlenmiş suç oluşturan bir eylemdir. “verileri hukuka aykırı olarak verme veya el geçirme” suçu TCK'nın 136. maddesinde düzenlenmiştir.²⁶

2.6.4.3.7. Çocuğun Soy Bağını Değiştirme Suçu

TCK'nın 231. maddesine göre, “*Bir çocuğun soybağını değiştiren veya gizleyen kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Özen yükümlülüğüne aykırı davranarak, sağlık kurumundaki bir çocuğun başka bir çocukla karışmasına neden olan kişi, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.*” şeklinde düzenlenmiştir.⁴²

2.6.4.3.8. İrtikap Suçu

Kamu görevlisi olan sağlık hizmet personeli tarafından işlenebilecek bir suç olan irtikap (bıçak parası) suçunda, kamu görevlisi görevinin sağladığı nüfusu ya da güveni kötüye kullanmak suretiyle vatandaştan kendisine veya bir başkasına yarar sağlamasını temin etmektedir. Bununla ilgili ceza TCK'nın 250. maddesinde düzenlenmiştir.²⁶

2.6.4.3.9. Genital Muayene

Genital muayenenin hangi durumlarda yapılabileceği TCK'nın 287. Maddesinde, “Yetkili hakim ve savcı kararı olmaksızın, kişiyi genital muayeneye gönderen veya bu muayeneyi yapan fail hakkında üç aydan bir yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.” şeklinde düzenlemiştir.⁴²

Türk Tabipler Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, cinsel ilişki muayeneleri başlıklı 39. maddesinde. “Hekim, savcılıklar ve mahkemeler dışında kalan kişi ve kurumlardan gelen cinsel ilişki muayene istemlerini dikkate alamaz. Hekim ilgilinin veya ilgili reşit değilse, veli veya vasisinin aydınlatılmış onamı olmadıkça cinsel ilişki muayenesi yapamaz.” denilmektedir.¹⁰ Rızanın çok mutlak bir zorunluluk olduğu, hakim kararı olsa bile rıza alınması gerektiği belirtilmektedir.

2.7. Tıbbi uygulama hata nedenleri

Doktorun genel tıp veya uzmanlık alanındaki bilgi eksikliği, dikkatsizliği, ihmali, ön tanı ile kesin tanı arasındaki uyumsuzluk, yanlış teşhis koyma, ilaç ismini yanlış yazma gibi hekim odaklı, hemşirelik hizmet hatası, hekimin tedavi talimatlarının uygulanmaması, eczane hataları, personel azlığı, tıbbi kayıtların yanlışlığı, laboratuvar kaynaklı hatalar başlıca tıbbi uygulama hata nedenlerindedir. Ayrıca yardımcı sağlık personeli ve tanı destek birimleri odaklı, hekimler veya hekim-hasta arası iletişim eksikliği, hasta dosyalarındaki eksik bilgi ve belge olması, doktorun hasta özgeçmiş hakkında yetersiz bilgisi olması, hekimin el yazısının okunamaması gibi iletişim ve hasta dosyası odaklı, tedavisi karmaşık olan vakalar, yoğun çalışma temposu, kısa sürede çok sayıda hastayı muayene ve tedavi etme, stres gibi çalışma koşulları merkezli, mevzuat eksikliği ve tazminat ödeme baskısı odaklı olabilmektedir.⁴⁸

Tıbbi uygulama hataları sadece hekimin kişisel hatalarından kaynaklanmayıp, hekim dışında başka faktörlere de bağlı olabilmektedir. Bunlara örnek olarak; sağlık finansmanında yetersizlik sebebi ile ekipman, araç-gereç ve mekan yetersizliği, gerekli sayıda ve nitelikte ekip üyesinin bulunmaması, artan talep veya gereken zaman ayrılamayan hastanın tekrar başvurularıyla artan iş yükü, sağlık personelinin olumsuz çalışma koşulları, cihazların bozuk olması veya kalibrasyonun yapılmamış olması gibi teknik eksiklikler, yönetsel sorunlar verilebilir.³⁵

2.7.1. Aydınlatılmış onam

Kişinin kendisine, uygulanacak olan tanı ve tedavi yöntemleri ile ilgili bilgi verilmesi sonrası tıbbi girişim için alınan izne aydınlatılmış onam denmektedir.⁴⁹ Aydınlatılmış onam hastaya uygulanacak herhangi bir tıbbi müdahalenin ön koşuludur. Kişinin kendi vücudu üzerindeki hakları göz önünde bulundurulduğunda, tıbbi müdahale öncesi hastanın rızasının alınması hukuka uygunluk nedeni olarak aranmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın hazırladığı “Tıbbi Müdahalelerde Bilgilendirilmiş Rıza Alınması Yönetmeliği Taslağı”nda; *“aydınlatma (bilgilendirme, rıza): bireyin; sağlık durumu, kendisine uygulanacak vücut bütünlüğüne müdahale gerektiren tanı ve tedavi yöntemleriyle, bunların faydaları ve muhtemel riskleri, diğer tıbbi müdahale ve tedavi yöntemleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri, neticeleri, öngörülemeyen acil durumlarda önerilen tedavinin dışına çıkma konularında ayrıntılı ve yazılı olarak bilgilendirilmesi”* şeklinde tanımlanırken, aydınlatılmış onam (bilgilendirilmiş rıza, aydınlatılmış rıza); kişinin tıbbi müdahaleden önce ayrıntılı şekilde bilgilendirdikten sonra yine rızasının bilinçli, gönüllü ve yazılı olarak alınması olarak tanımlanmıştır.⁵⁰ “Hasta Hakları Yönetmeliği”nin 24. Maddesinde tıbbi müdahale için hastanın rızası gerektiği, eğer hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınması gerektiği, hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunmadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde bu şartın aranmayacağı belirtilmiştir.⁵¹

Hastanın karar verebilme kabiliyetinde olması, uygulanacak her türlü işlemle ilgili açık ve anlaşılabilir bilgilerin verilmiş olması, tedavide gönüllülük esasının olması, uygulanacak işlemin tüm avantajlarının ve dezavantajlarının anlatılması, kararı hastanın kendisinin vermesi, risklerin anlaşılabilir şekilde anlatılması, hastanın istediği zaman işlemi sonlandırabilmesi aydınlatılmış onamın başlıca unsurlarını oluşturmaktadır.³⁶ Toplumdaki eğitim, sosyokültürel düzey ve birçok değişkene bağlı olarak anlayış farklılıkları ortaya çıkabilir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 18. Maddesine göre; aydınlatılma, hastanın durumuna uygun, tereddüt ve şüpheye yer vermeyecek şekilde, tıbbi terimlerin kullanılmasından olabildiğince kaçınılarak yapılmalıdır. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın 26. Maddesine göre hekim tedavi uygulayacağı hastanın anlayabileceği bir şekil ve düzeyde aydınlatma yükümlülüğünü yerine getirmek zorundadır. Onam formu; hastaya konulan tanı, hastanın sağlık durumu, önerilen tedavi yöntemi, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin taşıdığı riskler, olası tedavi seçenekler

ve riskleri, verilen ilaçların kullanışı, olası yan etkileri, hastanın tedaviyi reddetmesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçları içermelidir.⁵² En önemlisi rıza formunun kişiye özel olmasıdır. Hazır matbu formların imzalatılması hukuki süreçte tek başına anlam ifade etmeyebilmektedir. Bu nedenle hazır formların üst kısmında hastaya özel bilgilerin yer aldığı birkaç satır alan olmalı ve bu kısım doldurulmalıdır.

Pratikte en büyük sorun rızanın açıklama şekli olup ispat kolaylığı açısından en iyi yöntem rıza konusunun spesifik olarak belirtilmesi ve yazılı olarak alınmasıdır. Bazı durumlarda hasta aydınlatılacak ve rıza verecek durumda olamayabileceği ve doktorun rıza beklemeden hastaya tıbbi müdahalede bulunması gerektiği durumlar olabilir. Zira Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 18. maddesine göre hekim zorunlu ve acil durumlarda hastaya tıbbi müdahalede bulunmak yükümlülüğündedir.^{50,53-54} Hastaya acil müdahalede bulunulması gereken hallerde hastanın kabul edilmemesi veya müdahalede bulunulmaması sonucunda kişiyi ölümü halinde, TCK 83. maddesine göre icrai davranışla müdahalede bulunulması beklenen hekimin hakkında ihmali davranışla kasten adam öldürme suçu kapsamında dava açılabilir.⁵⁴

Kan-idrar alma, ultrasonografi veya basit radyolojik incelemeler gibi tehlike olasılığının az olduğu ve aydınlatma işleminin boşuna zaman ve enerji kaybına sebep olacağı rutin işlemlerde ve hastanın aydınlatılmayı istemediği durumlarda aydınlatma yükümlülüğü ortadan kalkmaktadır.^{34,52}

2.7.2. Kayıt hataları

Uygulanan tıbbi işlemin hukuka uygun olabilmesi için gerekli unsurlardan birisi de tıbbi bilgilerin kaydedilmesidir. 1219 Sayılı “Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun”un 72. maddesi, “Hasta Hakları Yönetmeliği”nin 16. ve 17. maddesi, “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliği”nin 27. maddeleri, Özel Hastaneler Tüzüğü’nün 29. maddesi, “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği”nin 12/IV. 32. ve 71. maddeleri, “Devlet Arşivleri Hakkında Yönetmeliği”nin 5. maddesi, “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun”un 5/III. maddesi, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 26. maddeleri gibi birçok hükümde bulunmaktadır.⁵⁵ Tıbbi kayıtların tutulmasının hukuki bir zorunluluk olduğu ve hasta ile ilgili tıbbi bilgilerin hasta kartına, yatırılarak tedavi verilmişse hasta dosyasında ilgili kısımlara detaylı olarak kayıt edilmesi gerekmektedir.

Bu kayıtlar hastaya daha sonra yapılacak takiplerinde ve istenecek adli raporların düzenlenmesinde en temel dayanak noktalarını oluşturmaktadırlar. Ayrıca kusurlu olduğu gerekçesi ile sağlık personeli hakkında açılacak her türlü soruşturmada bu veriler kanıt niteliğinde öneme sahip olmaktadır.⁵⁶

2.7.3. İletişim eksikliği

Sağlık hizmeti sunumunda hasta ile hizmeti sunan sağlık personeli doğrudan veya dolaylı olarak iletişim kurmaktadır. Sağlık personelleri arasında hasta ile en yakından iletişime girenler ise doktorlar ve hemşirelerdir. Sağlık personellerinin görevlerinin önemli bir bölümü hastalarla ve onların beklentileri istikametinde iletişime girmek ve olabildiğince bu beklentileri karşılamak şeklinde olması gerektiği bildirilmektedir.⁵⁷

Sağlık hizmeti sunumunda iletişim eksikliklerine örnek olarak; hekim-hasta arasında uyumsuzluk ve iletişim kopukluğu, doktorlar arası konsültasyon sırasında iletişim zayıflığı ve yetersiz bağlantı gösterilebilir. Özellikle konsültasyonun telefonla yapılıp kaydedilmemesi ve verilen yönergelerle ilgili bir takım iddialar ortaya çıkabilmektedir.^{26,58-59}

2.7.4. Tanı hataları

Hastanın uygun tedavi alabilmesi için öncelikle teşhisin doğru konulması gerekmektedir. Ancak doktorlar hastalarına her durumda kesin tanı koyamayabilirler. Doktorun tanı koyamaması ya da hatalı tanı koyması, tedavi sürecini etkileyip hastada zarara neden olursa hekimin sorumluluğu söz konusu olmaktadır. Tıbbi uygulamada eldeki imkanlarla tanı konulabilecek olan bir hastalığın tanısının konamaması hatalı tıbbi uygulama olarak değerlendirilmektedir. Örneğin kadın hastalıkları ve doğum uzmanının konjenital anomalileri tanımaması, anne ve bebeğin klinik durumlarını doğru değerlendirememesi, yüksek riskli gebeliklerin belirlenememesi sık olarak tıbbi uygulama hatası yapılan ve dava konusu olan durumlar olduğu bildirilmektedir.^{29,34}

2.7.5. Tedavi hataları

Hekim tanıyı doğru koymuş olsa bile bazen güncel tıbbi bilgiler ışığında tedaviyi yanlış veya eksik uygulayabilmektedir Burada hekimin genel kural ve standartlardan ne

kadar sapmış olduğu önem kazanmaktadır. Uygulanacak tedavi yönteminin yanlış olabileceği gibi, bazen de yöntemin uygulanması esnasında da hata yapılmış olabilir. Hekim, hastasından aydınlatılmış onamını aldıktan sonra hastasına uygulayacağı tedavi yöntemini seçme hakkına sahiptir. Bir tıbbi girişimde daha az riskli bir yöntem mevcutken daha riskli olan yöntem uygulanacaksa, bunun nedenleri ile birlikte hastaya anlatarak aydınlatılmış onam almalıdır, yoksa bu durumlarda ortaya çıkabilecek bir komplikasyonda hekim sorumluluğu söz konusu olabilmektedir.¹ İlaç uygulamalarında doz veya yöntem hataları, ameliyat ve işlem uygulamasında hatalar, postop takibin yetersiz veya uygunsuz yapılması, tedavi geciktirilmesi, gereksiz ya da uygun olmayan tedaviler, riskli hastalarda koruyucu tedavinin uygulanmaması, yanlış ya da eksik profilaksi tedavi hatalarına örnek olarak verilebilir.³⁴

2.7.6. Konsültasyon ve yetki sınırının aşılması

Tıp bilimindeki ilerlemeler ve her geçen gün uzmanlık alanlarının artması, doktorların ilgili uzmanlara danışması yükümlülüğünü getirmektedir. Konsültasyon sisteminin işletilmemesi yani doktorun kendi uzmanlık alanı dışındaki uzman doktora danışmaması hatalı tıbbi uygulama olarak kabul edilmektedir. Hastalarda gerektiği durumlarda konsültasyonların istenmemesi, tanı aşamasında kusur olarak nitelendirilebilecek bir husus olduğu bildirilmektedir. Bu husus, tıbbi uygulamada eksik araştırma olarak ele alınabileceği gibi, özen kusuru olarak da kabul edilebilir. Bu nedenle gerekli durumlarda konsültasyonlar istenmeli ve bu konuda hastalar aydınlatılarak rızalarının alınması gerektiği bildirilmektedir.^{9,26} Uzman görüşü alınması ve alınan görüş doğrultusunda hareket edilmesi sonrasında yaşanan hukuki sorunlarda danışılan alanla ilgili sorumluluk konsültasyon istenen uzmandadır.

2.7.7. Karar Hataları

Cerrahi tıp alanlarında ameliyat kararının doğru bir şekilde verilmesi önemlidir. Dahili tıp alanlarında ise çoklu ilaç kullanımı sırasında ilaç etkileşimleri açısından dikkatli olunması gerekmektedir.⁶⁰

2.7.8. Teknik Hatalar

Bu grupta değerlendirilen hatalar arasında; ameliyat sırasında vücut içerisinde yabancı cisim unutmama, tıbbi işlemlerde kullanılan aletlerden kaynaklanan sorunlar (aletin çalışmaması, sterilizasyonu yapılmamış olması gibi) nedeniyle sağlık çalışanları hakkında hatalı tıbbi uygulama davası açılabilir. ⁹

2.7.9. Terk etme

Sağlık personelinin tek taraflı olarak hasta ile olan ilişkisini sonlandırmasına terk etme denir. Terk etme iddiasının temelinde doktorun yerine gerekli tıbbi tedaviyi üstlenecek birini bırakmadan ve gerekli bildirim yapılmadan hastası ile ilişkisini kesmesi bulunmaktadır. ⁹

TTB tarafından yayınlanan “Hekimlik Meslek Etik Kuralları”nın 25. maddesinde; *“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. Yukarıdaki koşullarda tedaviyi bırakacak hekim, bu durumu ve hastanın sağlığının tehlikeye düşmeyeceğini hastaya veya yakınlarına anlatır ve onları tıbbi yardımla ilgili başka olanaklar konusunda bilgilendirir. İkinci hekim bulunmadan hekim hastasını bırakamaz. Hekim, tedaviyi üstlenen meslektaşına hasta hakkındaki tüm bilgileri aktarmakla yükümlü”* olduğu belirtilmiştir. ¹⁰ Doktor bu kurala uygun olmayan bir şekilde hastasını terk ederse, özen eksikliği gerekçesi ile sorumlu tutulabilmektedir. ³⁷ Vardiya usulü çalışılan durumlarda hasta devredilirken devir notu da dahil gözlem kağıdına tüm bilgiler eksiksiz olarak girilmelidir. Hasta başka bir sağlık kuruluşuna sevk edilecekse sevk sırasında hasta ile birlikte hastaya ait tüm tıbbi evrakı da gönderilmeli, sevk edilen sağlık kuruluşu önceden bilgilendirilmeli, hastanın hayati tehlikesi olduğu durumlarda doktor de hastaya eşlik etmelidir. Hastanın güvenli bir şekilde sevk edilmesi ilk merkezin sorumluluğundadır. ¹⁶

2.7.10. Özen eksikliği

Doktorların, vekalet sözleşmesi ile aralarında bağ kurdukları hastalarına karşı en önemli sorumluluğu özen yükümlülüğüdür. Doktor, hastasının durumunu göz önünde bulundurarak zarar görmemesi için dikkat ve özeni göstermeli, hastayı risk altına sokmayacak tedavi yöntemine yönelmelidir. Hastanın, vekil tayin etmiş olduğu doktordan titiz, dikkatli ve özenli davranmasını bekleme hakkı bulunmaktadır. ²⁶ Hekimin, hastasına

gerekli dikkati göstermemesi, hastalığının doğru olarak teşhis edememesi, tedavinin uygun bir şekilde yapılmaması durumları sıklıkla hastaların hekimi şikayet etmelerine sebep olmaktadır.^{29,37}

2.8. Mesleki Sorumluluk Sigortası

Mesleğin icra edilmesi sırasında oluşacak hata ve eksiklikler sebebiyle, tazminat ödemesi gerektiği durumlarda bunun karşılanmasında kullanılması amacıyla sigorta şirketleri tarafından sigortalanmalarıdır.² 30.01.2010 tarih ve 27478 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan “5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”un 8. maddesinde “Kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, dış tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbi kötü uygulama nedeniyle kendilerinden talep edilecek zararlar ile kurumlarınca kendilerine yapılacak rüculara karşı sigorta yaptırmak zorundadır. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan veya mesleklerini serbest olarak icra eden tabipler, dış tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbi kötü uygulama sebebi ile kişilere verebilecekleri zararlar ile bu sebeple kendilerine yapılacak rüculara karşılamak üzere mesleki mali sorumluluk sigortası yaptırmak zorundadır.” şeklinde belirtilmiştir.²⁸ 21.07.2010 tarih ve 27648 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan “Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ” ile zorunlu mali sorumluluk sigortası ayrıntılı bir şekilde açıklanarak, risk durumlarına göre klinik branşlar 4 gruba ayrılmıştır. Riski en az olan bölümler grup 1 (anatomi, adli tıp, fiziksel tıp ve rehabilitasyon gibi), riski en fazla olan bölümler ise Grup 4’te (kadın hastalıkları ve doğum, acil tıp, anesteziyoloji ve reaminasyon, göğüs cerrahisi, genel cerrahi gibi) olacak şekilde sınıflandırılmıştır. Risk oranıyla orantılı bir şekilde hekimlerin ödeyeceği primler belirlenmiştir. Asistan hekimler devam ettikleri uzmanlık eğitimi boyunca, eğitim aldığı uzmanlık alanının risk grubuna dahil edilmektedir.⁶¹

2.9. Tıbbi Uygulama Hatalarında Bilirkişilik ve Bilirkişilik Kurumları

Bilirkişilik, hakim ve savcının özel bir konuda teknik bilgi sahibi olmak ve aydınlanmak için başvurduğu müessesidir. Bilirkişi ise karşılaşılan sorunun çözümünde

konuyla ilgili teknik uzmanlık bilgisi ile mahkemelere ve savcılıklara yardımcı olan kişidir.²⁶

27836 sayı ile 12.01.2011 tarihinde Resmi Gazete’de yayınlanan “Hukuk Muhakemeleri Kanunu”nun (HMK) 266. ve 267. maddesinde “*mahkeme, çözümünü hukuk dışında, özel veya teknik bilgiyi gerektiren hallerde, taraflardan birinin talebi üzerine yahut kendiliğinden, bilirkişinin oy ve görüşünün alınmasına karar verir. Hakimlik mesleğinin gerektirdiği genel ve hukuki bilgiyle çözümlenmesi mümkün olan konularda bilirkişiye başvurulmaz, Mahkeme bilirkişi olarak yalnızca bir kişi görevlendirebilir. Ancak, gerekçesi açıkça gösterilmek suretiyle, tek sayıda, birden fazla kişiden oluşacak bir kurulun bilirkişi olarak görevlendirilmesi de mümkündür.*” şeklinde açıklanmıştır. HMK’nın 282. maddesinde ise “*Hakim, bilirkişinin oy ve görüşünü diğer delillerle birlikte serbestçe değerlendirir*” denilerek bilirkişi raporunun hakimi bağlamadığı, bilirkişinin belirttiği görüşün takdiri delil niteliği taşıdığına vurgu yapılmıştır.⁶²

Günümüz uygulamalarında hasta-hekim ilişkisinde hasta tarafında bir zarar ortaya çıktığında uygulamanın kusurlu olup olmadığı bunun tıbbi uygulamalardan kaynaklanıp kaynaklanmadığı, hususlarında bilirkişiden görüş istenmektedir. Bilirkişiler şahıs veya kurum niteliğinde olabilirler ve konuyla ilgili olarak ilgili kişilerin ifadelerini, sağlık kuruluşu kayıtlarını, hasta evrakını, laboratuvar sonuçlarını, çekilen grafileri ve varsa otopsi bulgularını dikkate alarak tıbbi uygulama hatası yönünden rapor düzenlemektedir. Ülkemizde bilirkişilik hizmeti veren kurumlar; ATK, YSS, Üniversitelerde bulunan Adli Tıp ve diğer bilim Dalları, Tabip Odaları Onur Kurullarıdır.^{29, 63}

2.9.1. Adli Tıp Kurumu

17670 sayı ile 20.04.1982 tarihinde Resmî Gazetede yayınlanan, 2659 no’lu Kurum Kanunu’na göre; Adalet Bakanlığı’na bağlı olarak adalet işlerinde bilirkişilik (Ek ibare: 19.2.2003-4810/1 md.) yapmakla görevlendirilmiştir. Kurumun teşkilatlanması başkanlık, başkanlar kurulu, üst kurullar, ihtisas kurulları, ihtisas daireleri, grup başkanlığı ve şube müdürlüklerinden oluşmaktadır.⁶⁴

3.11.2016 tarihli ve 6754 sayılı Kanun ile ATK’nın yapılanmasında bulunan genel kurulun yerine 3 adli tıp üst kurulları oluşturulmuştur. Ayrıca aynı kanunla hatalı tıbbi uygulama iddiaları husunda görüş bildiren 7. ve 8. İhtisas kurulları kurulmuştur.⁶⁴

“Adlî Tıp Üst Kurulları, Adlî Tıp Kurumu Başkanının başkanlığında, ilgili adlî tıp ihtisas kurulları başkan ve üyelerinden oluşur. Adlî Tıp Birinci Üst Kurulu: Adlî Tıp Dördüncü ve Altıncı İhtisas Kurulları başkanları ve üyelerinden oluşur. Adlî Tıp İkinci Üst Kurulu: Adlî Tıp İkinci, Üçüncü ve Beşinci İhtisas Kurulları başkanları ve üyelerinden oluşur. Adlî Tıp Üçüncü Üst Kurulu: Adlî Tıp Birinci, Yedinci ve Sekizinci İhtisas Kurulları başkanları ve üyelerinden oluşur. İlgili ihtisas kurullarının iş alanlarına ilişkin dosyalar, bu Adlî Tıp Üst Kurullarında görüşülür.” Adlî Tıp Üst Kurulları’nın görevleri; “Adlî tıp ihtisas kurulları ve ihtisas daireleri tarafından verilip de mahkemeler, hâkimlikler ve savcılıklarca kapsamı itibarıyla yeterince kanaat verici nitelikte bulunmadığı, sebebi de belirtilmek suretiyle bildirilen işleri, ihtisas kurullarınca oybirliğiyle karara bağlanamamış olan işleri, ihtisas kurullarının verdiği rapor ve görüşleri arasında ortaya çıkan çelişkileri, ihtisas kurulları ile ihtisas dairelerinin rapor ve görüşleri arasında ortaya çıkan çelişkileri, ihtisas kurulları ile Adlî Tıp Kurumu dışındaki sağlık kuruluşlarının heyet hâlinde verdikleri rapor ve görüşler arasında ortaya çıkan çelişkileri konu ile ilgili uzman üyelerin katılımıyla inceler ve kesin karara bağlar.” şeklinde düzenlenmiştir.⁶⁴

Ölümlle sonuçlanmayan tıbbi uygulama hatalarına ilişkin işler 7. Adli Tıp İhtisas Kurulu’nda görüş bildirilirken, ölümlle sonuçlanan tıbbi uygulama hatalarına ilişkin işler de 8. Adli Tıp İhtisas Kurulu’nda görüş bildirilmektedir.⁶⁴

2.9.2. Yüksek Sağlık Şurası

1930 yılında yürürlüğe giren “Umumi Hıfzısıhha Kanunu” ile YSS kurulmuştur. 863 sayılı 14.04.1928 tarihinde Resmi Gazete’de yayınlanan 1219 sayılı “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun”da bilirkişilik görevi YSS’na verilmiştir.⁶⁵ 663 sayılı 11.10.2011 tarihli “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”nin 21. maddesi ile Yüksek Sağlık Şurası düzenlenmiştir. Bu maddeye göre; “sağlık meslek mensuplarının mesleklerini icra ederken ortaya çıkan adli konularda mahkemelere görüş vermek ve idari soruşturmacılar ve uzlaşma komisyonları için bilirkişi listesi belirlemek üzere kurulduğu ve on beş üyesi olduğu, Şura üyelerinin onüçü Bakan tarafından ülkede sağlık hizmetleri veya eserleri ile tanınmış kişiler arasından seçileceği, müsteşar veya görevlendireceği müsteşar yardımcısı ile 1. hukuk müşaviri veya görevlendireceği hukuk müşaviri, şuranın doğal üyesi olduğu, müsteşar veya görevlendireceği müsteşar yardımcısının şuraya

başkanlık edeceği, şura üyelerinin görev süresi 2 yıl olduğu, şura toplantılarına üst üste 2 kez mazeretsiz olarak katılmayanların üyeliği düşeceği, şuranın yılda en az 4 kere toplanacağı, başkan lüzum gördüğü hallerde şurayı toplantıya çağırabileceği, şura, en az 8 üyenin katılımıyla toplanacağı ve oy çokluğu ile karar alınacağı, oylamalarda çekimser oy kullanılmayacağı, oyların eşitliği halinde başkanın oyu yönünde karar alınmış sayılacağı, Bakanlık, şuraya bağlı olarak danışma kurulları ve sağlık mesleklerinin icrasından doğan adli konularda dosyaları inceleyip şûraya sunmak üzere ihtisas komisyonları oluşturduğu, Kurul ve Komisyon Başkanları, şûra toplantılarına oy hakkı bulunmaksızın doğal üye olarak katılacağı, İhtisas komisyonlarınca hazırlanan rapor ve görüşler, şûra üyelerince müzakere edilir ve karara bağlanacağı, şûranın toplanmadığı zamanlarda acele işleri karara bağlamak üzere şûra kendi üyeleri arasından üç kişilik bir alt kurul seçeceği, görev süresi sona eren üyeler ile evvelce üyelik yapmış olanlara Yüksek Sağlık Şûrası Fahrî Üyesi ve başkanlarına da Onursal Başkan unvanı verileceği, şûranın, danışma kurullarının ve ihtisas komisyonlarının çalışma usûl ve esasları Bakanlık tarafından belirleneceği” belirtilmiştir.⁶⁶

Ceza davalarında YSS’na başvuru zorunluluğu, Anayasa Mahkemesi’nin E:2009/69, K:2010/79 sayılı ve 03.06.2010 tarihli kararı ile YSS’nin zorunlu bilirkişi olarak başvurmak ve hüküm vermek için bu kurum raporlarının beklenilmesinin makul sürede yargılama hakkını ihlal ettiği gerekçesiyle kaldırılmıştır. YSS bilirkişilik görev ve yetkisi iptal edilmemiştir.²⁶ YSS hasta muayenesi yapmadan gönderilen dava dosyaları üzerinden inceleme yapmaktadır. Bu nedenle değerlendirmeler için dava dosyalarında tıbbi evrakın düzenli ve eksiksiz olması gerekmektedir.^{29,63}

2.9.3. Yüksek Öğretim Kurumları

ATK Kanunu’nun “Diğer Adli Ekspertiz Kurumları” başlığında (Madde 31) “Yükseköğretim Kurumları veya birimleri, adli tıp mevzuatı çerçevesinde adli tıp olaylarında ve diğer adli konularda Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu’na göre resmi bilirkişi sayılır. Bu birim ve kliniklerde tetkik edilecek adli tıp ile ilgili işler yönetmelikte belirlenir” şeklinde belirtilmiştir.⁶⁴

17506 sayılı ve 06.11.1981 tarihinde yayınlanan Resmi Gazete’de bulunan 2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanunu’nun 37. maddesinde “*Yükseköğretim kurumları dışındaki kuruluş veya kişilerce, üniversite içinde veya hizmetin gerektirdiği yerde, üniversiteler ve*

bağlı birimlerden istenecek, bilimsel görüş proje, araştırma ve benzeri hizmetler ile üniversitede ve üniversiteye bağlı kurumlarda, hasta muayene ve tedavisi ve bunlarla ilgili tahliller ve araştırmalar üniversite yönetim kurulunca kabul edilecek esaslara bağlı olmak üzere yapılabilir” ve 38. maddesinde “ Yükseköğretim Kurulunun isteği ve ilgili kamu kuruluşunun onayı ile yükseköğretim kurumları veya birimleri, ilgili adli mercilerin talebi ile adli tıp mevzuatı çerçevesinde adli tıp olaylarında ve diğer adli konularda resmi bilirkişi olarak görevlendirilebilirler” denilerek Yüksek Öğretim Kurumları’nda çalışan personelin bilirkişilik hususları düzenlenmiştir.⁶⁷

Tıpta uzmanlık derneklerinden de alanla ilgili görüş alınabilmeli, bu amaçla kurullar oluşturulmalıdır.

2.9.4. Tabip Odaları Onur Kurulları

Türk Tabipler Birliği (TTB), 8323 sayılı 31.01.1953 tarihinde Resmi Gazete’de yayınlanan 6023 sayılı yasa ile kurulmuştur. TTB meslek mensuplarının hak ve yararlarını korumak ve tabipler arasında mesleki deontolojiyi ve dayanışmayı korumak amacıyla kurulmuş kamu kurumu niteliğinde mesleki bir kuruluştur.⁶⁸

TTB Yüksek Onur Kurulu, TTB’nin merkezi birimlerinden biri olup 25446 sayılı ve 28.04.2004 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanan TTB Disiplin Yönetmeliği’ne göre çalışmaktadır. Karar verilirken Tıbbi Deontoloji Tüzüğü başta olmak üzere ilgili yasalar ve yönetmelikler dikkate alınmaktadır.⁶⁹

Hekimlere verilecek disiplin cezaları TTB Disiplin Yönetmeliği’nin 3-6. Maddelerinde belirtildiği gibi; uyarma cezası, para cezası, geçici olarak meslekten alıkoyma cezası, oda bölgesinde çalışmasının yasaklanması cezaları ve verilecekleri durumlar açıklanmıştır.⁶⁹

Hekimlere meslekten men cezası vermeye yetkili tek kurum TTB Yüksek Onur Kurulu idi. Ancak 02.11.2011 tarihli 28103 sayılı resmi gazetede yayınlanan “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile Sağlık Meslekleri Kurulu’na da meslekten geçici veya sürekli men etme görevi verilmiştir.⁶⁶

2.10. Ölümle Sonuçlanan Tıbbi Uygulama Hatası Olgularının Değerlendirilmesinde Otopsinin Önemi

Otopsi, şüpheli ölüm olaylarında gerek olayın aydınlatılması, gerek kesin ölüm sebebinin belirtilmesi gerekse de muhtemel delillerin toplanması ve incelenmesi açısından katkı sağlamaktadır. Tıbbi uygulama hatası nedeniyle cezası kesinleşmiş olan vakaların yaklaşık % 20'sini sonucu ölümle gerçekleşen hatalar oluşturduğundan, ölümlü tıbbi uygulama hatası davalarında da otopsi çok önemli bir yer tutmaktadır. Otopside tespit edilen bulgular ile; hasta ile ilgili standart bakım koşullarının uygulanıp uygulanmadığı, kendisinde mevcut bir hastalıktan mı yoksa tedavi sürecinde meydana gelen olaylardan dolayı mı öldüğü hakkında bilgi edinilebilmektedir. Otopsi işlemi CMK 86 ve 87'nci maddeleri doğrultusunda yapılırken uluslararası hukuk açısından ise Minnesota Otopsi Protokolüne uygun olarak yapılmalıdır.^{52,70}

Bove ve arkadaşlarının hatalı tıbbi uygulamalarda otopsinin önemini belirtmek amacıyla yaptıkları araştırmada 99 ölümlü tıbbi hekim hatası iddiası olan olguların incelendiğini, bunlardan 27 tanesinde klinik tanı otopsi ile doğrulanırken, 54 olguda klinik tanı ve otopsi bulguları arasında büyük tutarsızlık bulunduğu ve bu 54 vakadan 40'ında tedavi edilebilir hastalıklar olduğu, 8 vakada otopsi ile ölüm sebebi tespit edilemediği, 10 vakanın ise otopsi verilerinin eksik veya ölüm sebebini tartışmalı olmasından dolayı mahkeme tarafından reddedildiği bildirilmiştir.⁷¹

Ülkemizde Yayıcı ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; 1995–2000 yılları arasında İstanbul ATK 1. İhtisas Dairesi'ne gönderilen hatalı tıbbi uygulama iddiası bulunan 49 olgudan, 16 olgunun antemortem kesin ölüm nedeni ve tanısı olmadığı, bunlardan 14'üne otopsi sonrası tanı konduğu, 2 tanesine otopsi sonrası tanı konamadığı, 33 tanesinin antemortem tanısı olduğu, bunlardan 9 olgunun otopsi ile klinikte verilen ölüm sonucunun değiştiği, toplamda 49 olgudan 23 olgunun sonucunun otopsi ile konduğu bildirilmiştir.⁷²

Goldman ve arkadaşları 1983 yılında otopsi ile ölümden önce konulan klinik tanı arasındaki uyumsuzlukları değerlendirmek için kullanışlı bir sınıflama önermişlerdir.⁷³ Bu tarihten sonra birçok araştırmada bu sınıflandırmadan faydalandığı görülmüştür.⁷⁴ Goldman kriterlerinde uyumsuzluklar 4 gruba ayrılmış;

Grup 1: Ölümden önce tespit edilmesi halinde hastanın sağ kalım süresinin uzamasını veya hastalığın tedavi edilmesini sağlayacak atlanmış major tanılar,

Grup 2: Ölümden önce tespit edilmesi halinde muhtemelen hastalığın yönetiminde değişikliğe sebep olmayacak atlanmış major tanılar,

Grup 3: Ölümle direkt olarak bağlantısı olmayan atlanmış minor tanılar,

Grup 4: Sonuç olarak hastanın ölümüne katkıda bulunan süreçte yer alan önemli ve ilgisiz atlanmış minör tanılar olarak tanımlanmıştır.⁷³

Goldman ve arkadaşlarının bu çalışmasını 1987 yılında Battle ve arkadaşları modifiye etmişlerdir.⁷⁵ Bu sınıflandırmadan da yapılan birçok çalışmada faydalanılmıştır.⁷⁶

Otopsi bulgularının hatalı tıbbi uygulamalarda mahkemenin vereceği karar otopsinin kalitesine bağlıdır. Otopsi bulguları eksik veya yanlış olması halinde mahkeme kararının farklı yönde çıkmasına sebep olabilmektedir. Bundan dolayı otopsi işleminin belli bir standartta olması gereklidir. Kaliteli bir otopsinin yapılması açısından gerek ortam ve kullanılan araç gereç gerekse de hekimin yaptığı otopsinin niteliği önem arz etmektedir. Otopsiyi yapan hekimin otopsi öncesinde olay hakkında bilgi sahibi olması ve olgu ile ilgili olarak çıkabilecek adli-tıbbi soruların cevabını verebilecek şekilde otopsiyi yönetebilmesi çok önemlidir. Bunun için kişi adına düzenlenmiş tıbbi evrakın değerlendirilmesi sonrası elde edilecek bilgi ve bulguların, otopsi bulgularıyla doğrulanması veya yalanlanması gerçeğe ulaşmada önemli olacaktır.⁷⁷

Otopsinin amacı hekimlerin hatalarını ortaya çıkarmaktan ziyade, daha çok hangi hataları yaptıkları konusunda hekimleri bilgilendirmek ve bu konularda önleyici ve düzenleyici tedbirler almaya çalışmalarını sağlamak olduğu belirtilmiştir.⁷⁸

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamızda; T.C. Yargıtay Başkanlığı resmi internet sitesi ile Sinerji, Kazancı, Hukuktürk, Kanunum içtihat programları (veri bankaları) üzerinden “hekim kusuru”, “doktor hatası”, “hemşire hatası”, “tedavi kusuru” ve “hekim sorumluluğu” anahtar kelimeleri kullanılarak ulaştığımız Yargıtay temyiz kararlarının, karar tarihi 2010 yılı ile 2017 yılları arasında olan ve çalışmamız için belirlediğimiz koşullara uygun kararlar çalışma kapsamına alınmıştır.

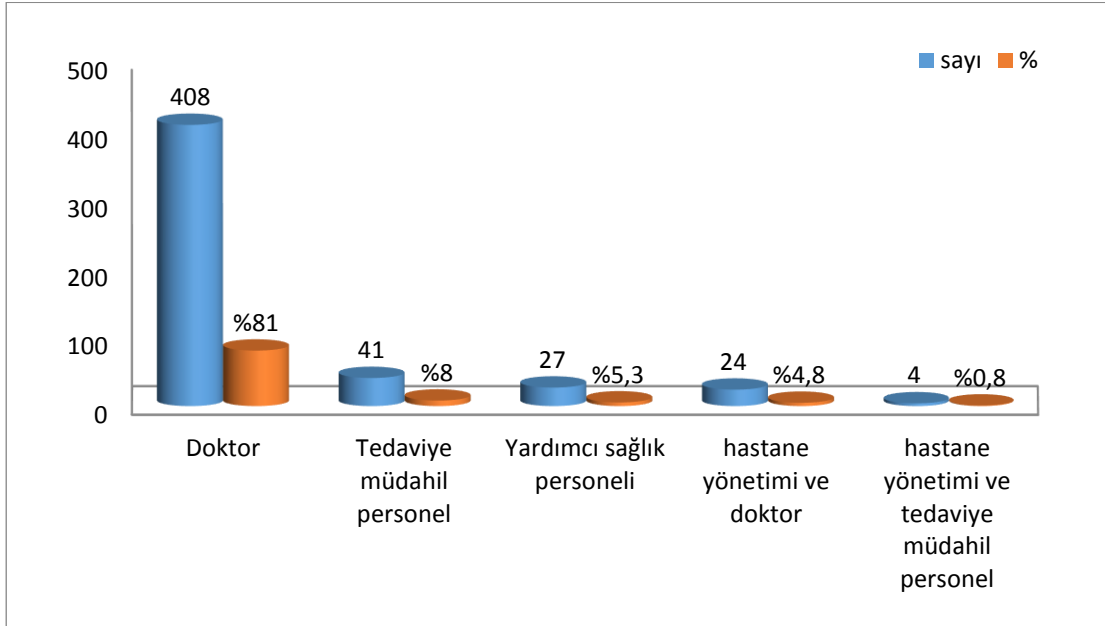
Veriler kayıt altına alınırken; şikayetçi olunan sağlık çalışanının görev alanı ve sağlık kuruluşlarının niteliği, şikayet olunan doktorların uzmanlık alanı, sağlık kuruluşuna başvuru şekli, yargıya şikayet nedeni, ölüm meydana gelip gelmemesi, uygulanan tıbbi işlem, dava açılan yerel mahkeme çeşidi, yerel mahkeme kararı, Yargıtay karar yılı, dosyanın Yargıtay’da bekleme süresi (yerel mahkeme karar tarihi ile Yargıtay karar tarihi arasında geçen süre), Yargıtay temyiz kararı ve yerel mahkeme kararını bozmuşsa nedeni, dosyadaki bilirkişi rapor sayısı ve hangi kurum tarafından düzenlendiği, bir adet bilirkişi raporu olan dosyalarda durum, birden fazla bilirkişi görüşü alınan dosyalarda durum, tüm bilirkişi raporlarının dağılımı, bilirkişi raporuna göre kusur durumu ve nedenleri incelendi.

Toplanan veriler SPSS 20.0 (Statistical Package for Social Science) programına yüklendi, ve bu programda verilerin analizi ve karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi yapıldı. Bulgular tablo ve grafiklerde gösterilerek olguların özellikleri incelendi.

4. BULGULAR

Çalışmamızda; karar tarihi 2010 yılı ile 2017 yılları arasında olan ulaştığımız Yargıtay temyiz kararlarından çalışmamız için belirlediğimiz koşullara uygun olan 508 karar çalışma kapsamına alınmıştır. Bu kararların 333 tanesi tazminat (hukuk) davası, 175 tanesi de ceza davasıydı.

Hasta veya hasta yakınları tarafından hatalı tıbbi uygulama iddiasıyla şikayet edilen kişilerin görev alanlarına ait 504 olguda veri olduğu görüldü. Bu veriler değerlendirildiğinde görev alanları açısından en büyük grubu 408 olgu (% 81) ile doktorlar, ikinci büyük grubu ise 41 olgu (% 8) ile tedaviye müdahil personel oluşturmaktadır. Müdahil personel grubunda doktorlarla birlikte tedaviye katılan hemşire, sağlık memuru, teknisyen gibi birden fazla görev alanının birlikte suçlandığı meslekler yer almaktadır. Şikayet edilen sağlık çalışanlarının görev alanlarına göre dağılımı şekil 4.1’de verilmiştir.



Şekil 4.1.Şikayet edilen sağlık çalışanlarının görev alanlarına göre dağılımı.

Hatalı tıbbi uygulama iddiası ile hakkında dava açılan hekimlerin uzmanlık alanına göre dağılımı Tablo 4.1’de görülmektedir. İlk sırada kadın hastalıkları ve doğum, ikinci sırada acil servis (Yargıtay karar metinlerinde acil servis doktoru şeklinde belirtildiği, acil tıp uzmanı ile pratisyen doktor ayrımı yapılmadığından ikisi birlikte alındı), üçüncü sırada genel cerrahi, dördüncü sırada ortopedi uzmanlık alanları olduğu görüldü.

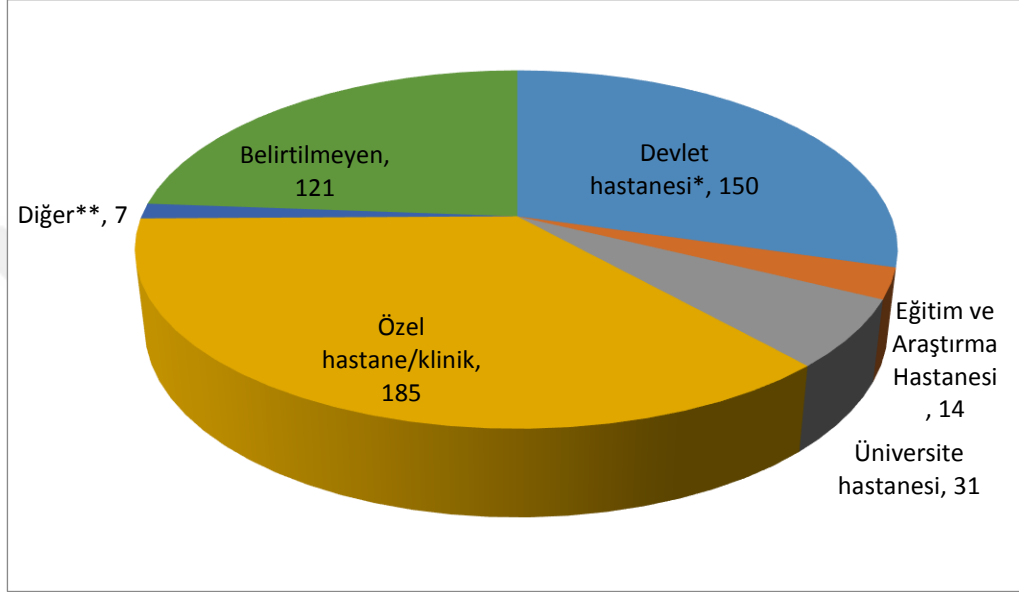
Tablo 4.1. Şikayet olunan hekimlerin uzmanlık alanlarına göre dağılımı.

	Olgu sayısı	Yüzde	Uzman sayıları**
Kadın hastalıkları ve Doğum	94	20,7	5176
Acil servis*	91	20,1	?
Genel cerrahi	52	11,5	4335
Ortopedi ve travmatoloji	32	7,1	2815
Göz hastalıkları	27	6	3195
Diş hekimliği	22	4,9	2540
Beyin cerrahi	20	4,4	1520
Çocuk Hastalıkları	18	4	5734
Plastik cerrahi	18	4	824
Kardiyoloji	13	2,9	2283
Kardiyovasküler cerrahi	12	2,7	1246
Üroloji	11	2,4	2259
Dahiliye	10	2,2	6741
Kulak burun boğaz	9	2	2705
Anestezi ve reanimasyon	6	1,3	4554
Çocuk cerrahisi	6	1,3	629
Göğüs cerrahisi	2	0,4	542
Nöroloji	2	0,4	1982
Göğüs hastalıkları	1	0,2	1876
Dermatoloji	1	0,2	1533
Aile hekimliği	1	0,2	1746
Patoloji	1	0,2	1311
Psikiyatri	1	0,2	1934
Enfeksiyon hastalıkları	1	0,2	1289
Radyasyon onkolojisi	1	0,2	502
Radyoloji	1	0,2	3280
Toplam	453	100	

*Acil serviste çalışan pratisyen hekim ve acil tıp uzmanı

**Aktif çalışan uzman hekim sayısı: Kıyaslama yapabilmek için “Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu-2014”e göre aktif çalışan uzman hekimlerin alanlarına göre dağılımı tablonun yan tarafına eklendi.⁷⁹

İncelediğimiz Yargıtay karar metinlerinde hatalı tıbbi uygulama iddialarında, başvuru yapılan sağlık merkezi ile ilgili 387 olguda bilgi verilmiş olduğu görüldü. Dava açılan sağlık merkezinin en sık özel hastaneler ve özel klinikler (185 olgu, % 47,8) olduğu, bunu sırasıyla devlet hastaneleri (150 olgu, % 38,7), niversite hastaneleri (31 olgu, % 8) ve eğitim ve araştırma hastanelerinin (14 olgu, % 3,6) izlediği tespit edilmiştir(şekil.4.2).

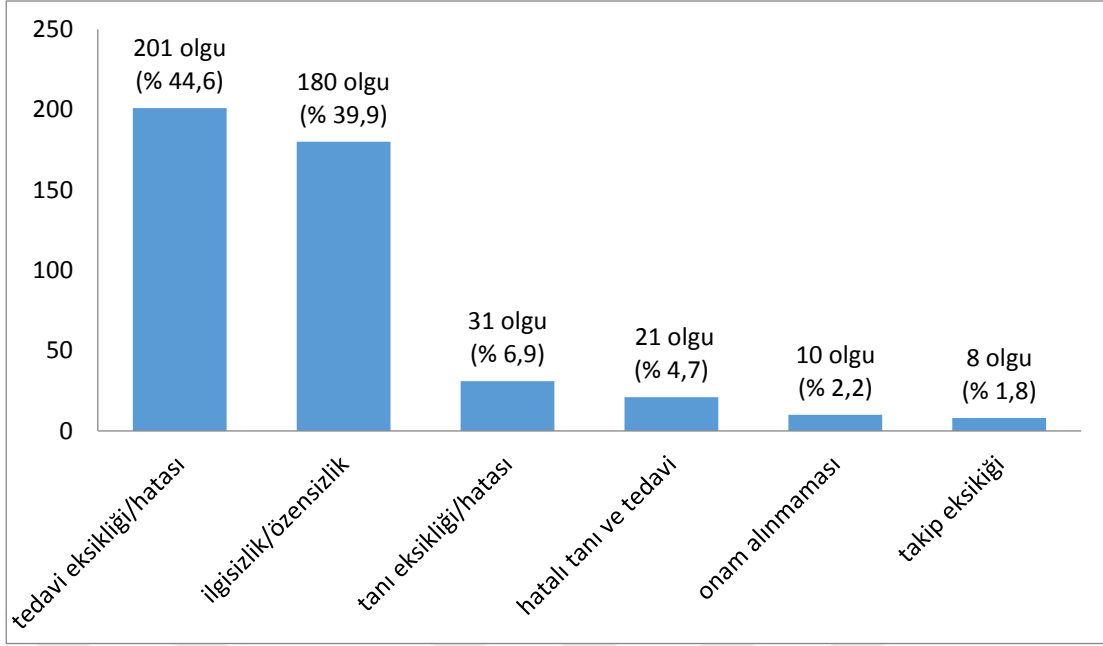


şekil 4.2. Olguların başvuru yapılan sağlık merkezine göre dağılımı.

*Devlet hastaneleri, SSK hastaneleri, kadın doğum ve ocuk hastaneleri birlikte değerlendirilmiştir.

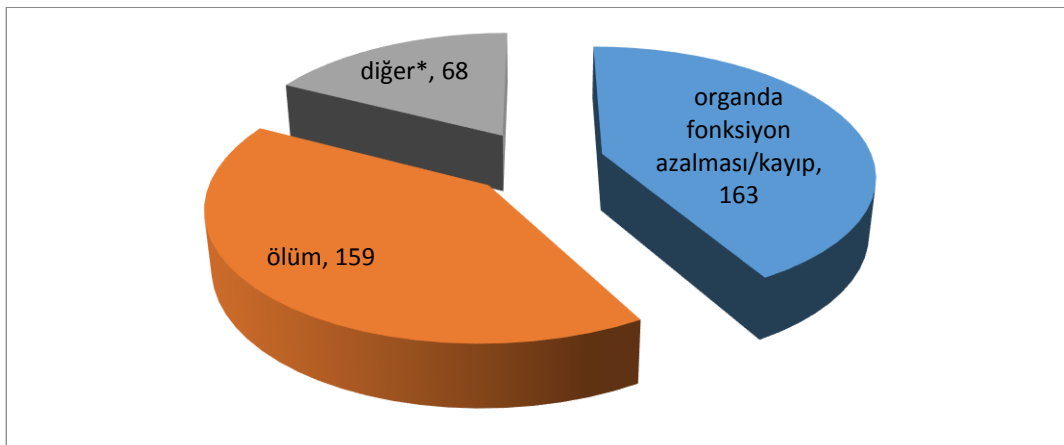
**Sağlık ocağı, bakım evi, 112 ambulans.

Hasta veya hasta yakınlarının hatalı tıbbi uygulama iddiası ile yargı mercilerine başvuru gerekçeleri incelendiğinde; 201 olgu (% 44,6) ile ilk sırada tedavi eksikliği/hatası yer almakta, ikinci sırada ise 180 olgu (% 39,9) ile ilgisizlik/özensizlik yer almaktadır (şekil 4.3).



Şekil 4.3. Başvuruların şikayet nedenlerine göre dağılımı.

Hatalı olduğu iddia edilen tıbbi uygulama neticesinde doğrudan veya dolaylı olarak ölümün meydana gelmesi, organ fonksiyon azalması ya da kaybına göre olguların dağılımı incelendiğinde; 163 olguda (% 41,8) organ fonksiyon azalması ya da kaybının geliştiği, 159 olguda (% 40,8) ölüm meydana geldiği, 68 olguda (% 17,4) ise ölüm veya organda fonksiyon azalması/kaybı gelişmemiş olduğu, 118 olguda veri olmadığı görüldü (Şekil 4.4).



Şekil 4.4. Olguların ölüm veya organda fonksiyon azalması/kaybına göre dağılımı.

* ölüm veya organda fonksiyon azalması/kaybı gelişmeyen

Ölümlerle sonuçlanan olgularda şikayetçi olunan uzmanlık alanlarına göre dağılımı Tablo 4.2’de görülmektedir. Ölümle meydana gelen 159 olguda; ilk sırada acil servis (Yargıtay karar metinlerinde acil servis doktoru şeklinde belirtildiği, acil tıp uzmanı ile pratisyen doktor ayrımı yapılmadığından ikisi birlikte alındı), ikinci sırada kadın hastalıkları ve doğum, üçüncü sırada genel cerrahi, dördüncü sırada beyin cerrahi uzmanlık alanları olduğu görüldü.

Tablo 4.2. Ölümle sonuçlanan olguların uzmanlık alanlarına göre dağılımı.

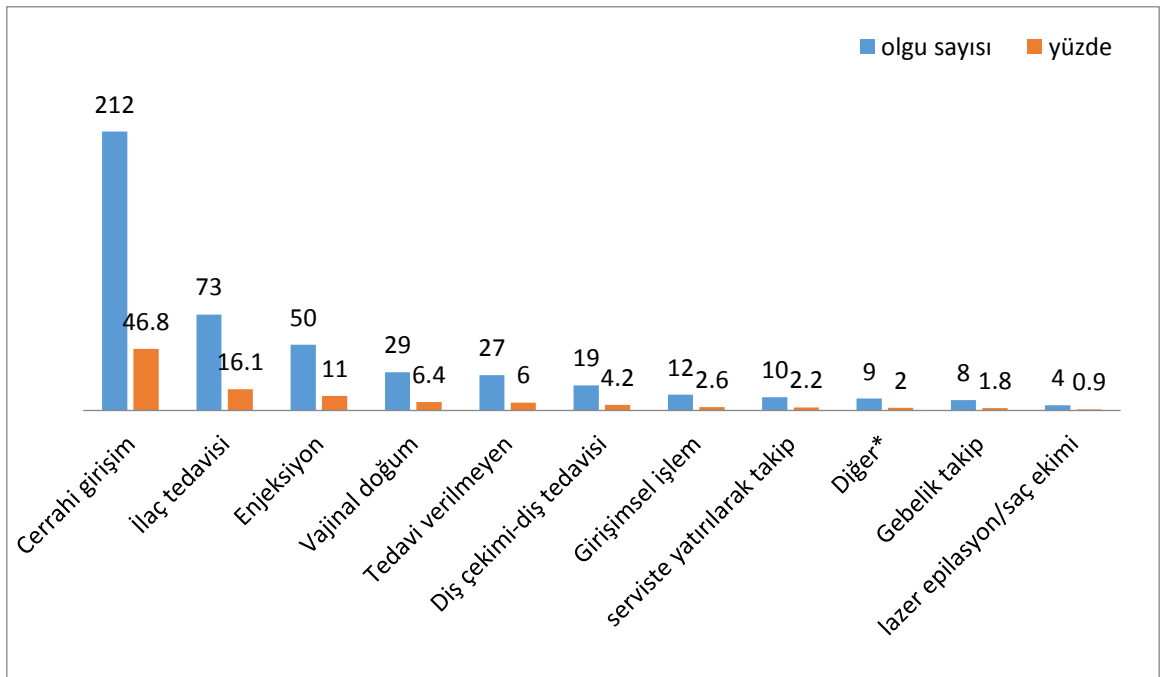
	Olgu sayısı	%
Acil servis*	51	32
Kadın hastalıkları ve Doğum	27	17
Genel cerrahi	21	13,2
Beyin cerrahi	9	5,7
Dahiliye	8	5
Çocuk Hastalıkları	8	5
Ortopedi ve travmatoloji	6	3,8
Kardiyoloji	5	3,1
Üroloji	5	3,1
Anestezi ve reanimasyon	5	3,1
Kardiyovasküler cerrahi	4	2,5
Plastik cerrahi	2	1,3
Çocuk cerrahisi	2	1,3
Enfeksiyon hastalıkları	1	0,6
Göğüs hastalıkları	1	0,6
Kulak burun boğaz	1	0,6
Nöroloji	1	0,6
Patoloji	1	0,6
Psikiyatri	1	0,6
Toplam	159	100

**Acil serviste çalışan pratisyen hekim ve acil tıp uzmanı*

Çalışmamızda incelediğimiz Yargıtay karar metinlerinde hatalı olduğu iddia edilen tıbbi uygulama neticesinde ölüm meydana gelen 159 olgunun 53’üne (% 33) otopsi yapılmış olduğu, 12’sine (% 8) otopsi yapılmamış olduğu saptandı, diğer 94 olguda (% 59) ise otopsi yapıp yapılmadığına ait herhangi bilgiye ulaşılamadı.

Hatalı tıbbi uygulama iddiası olan olgularda uygulanan tıbbi işlemin ve hastaneye başvuru şeklinin değerlendirilmesinde; 436 olgunun 189'unun (% 43,3) acil, 247'sinin (% 56,7) ise elektif koşullarda sağlık kuruluşuna başvurduğu saptandı.

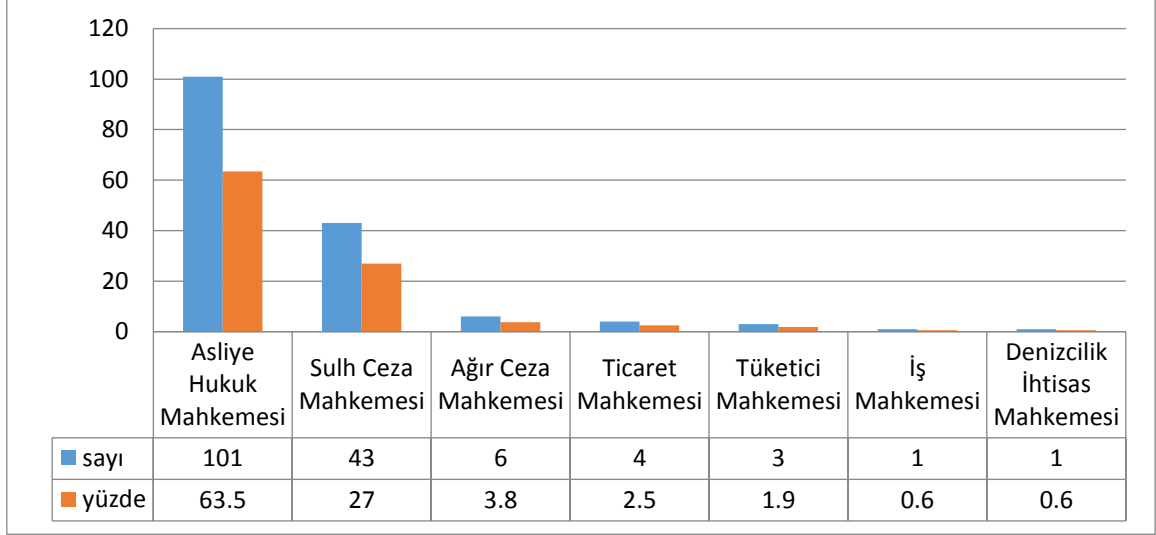
Yargıtay kararlarında yapılan tıbbi işlemlerin belirtildiği 453 dosya olduğu görüldü. En çok uygulanan tıbbi işlemin 212 olgu (% 46,8) ile cerrahi girişim olduğu, bunu sırayla ilaç tedavisi (73 olgu, % 16,1), enjeksiyon (50 olgu, % 11) ve vajinal doğumun (29 olgu, % 6,4) ile izlediği saptandı (Şekil 4.5).



Şekil 4.5. Uygulanan tıbbi işlemlere göre dağılım.

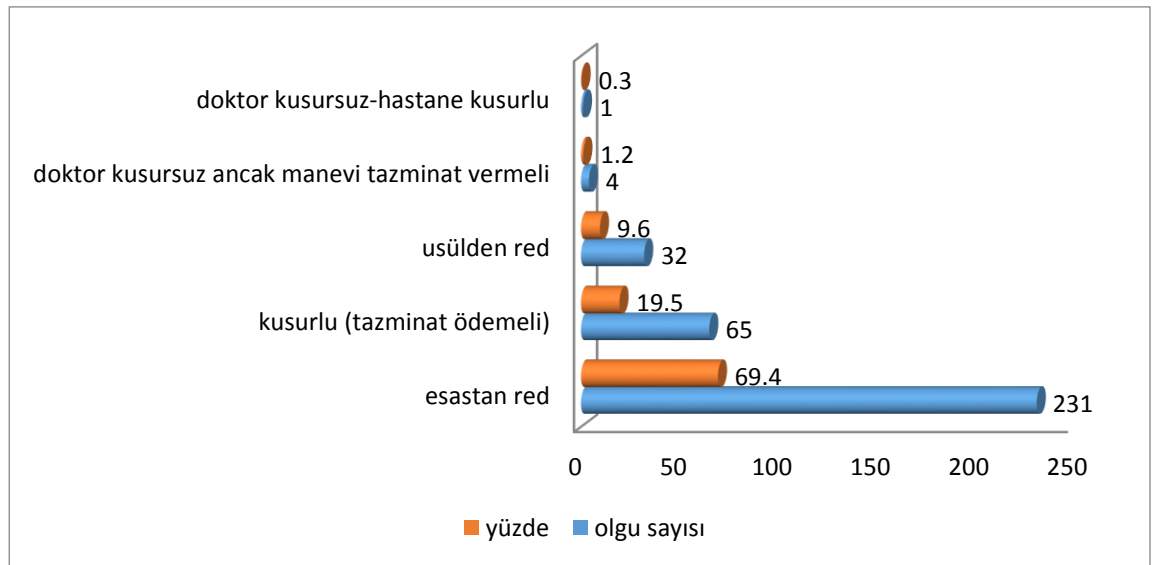
*Diyaliz, sünnet, amniosentez, tüp bebek, kürtaj, radyoterapi, damar yolu açılması.

Hatalı tıbbi uygulama iddiasıyla davanın açıldığı ve kararın verildiği mahkeme çeşitlerine göre olgular incelendiğinde; en büyük grubun tazminat davalarının bakıldığı Asliye Hukuk Mahkemeleri olduğu, en küçük grupta ise özel (ihtisas) mahkemeler olan İş mahkemeleri ve Denizcilik İhtisas Mahkemelerinin yer aldığı saptandı (Şekil 4.6).



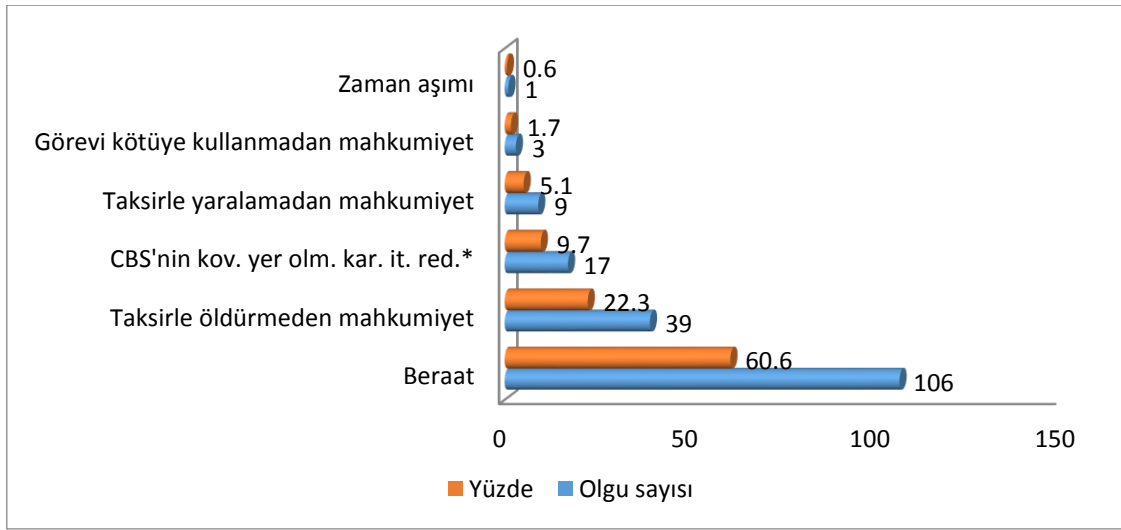
Şekil 4.6. Dava açılan yerel mahkemelere göre dağılım.

Hatalı tıbbi uygulama iddiası olan hukuk (tazminat) davalarında yerel mahkeme kararları değerlendirildiğinde; 333 hukuk davasının 231'inde (% 69,4) davalıların (sağlık çalışanlarının) kusursuz olduğuna karar verilerek davanın esastan reddine karar verilmiş olduğu görüldü. 65 davada (% 19,5) davalıların kusurlu olduğuna ve tazminat ödemelerine hükmedildiği, 32 davanın (% 9,6) usülden reddedildiği, 4 davada (% 1,2) davalı olan doktorun kusuru olmadığı ancak hasta veya hasta yakınlarının yaşadığı elem ve üzüntüden dolayı manevi tazminat ödemesine hükmedildiği, 1 davada (% 0,3) ise doktorun kusurunun olmadığı, hastanenin kusurlu olduğuna hükmedildiği görüldü (Şekil 4.7).



Şekil 4.7. Hukuk davalarında yerel mahkeme kararlarının dağılımı.

Hatalı tıbbi uygulama iddiası olan ceza davalarında yerel mahkeme kararları değerlendirildiğinde; yerel mahkemenin 175 ceza davasının 106'sında (% 60,6) beraat kararı vermiş olduğu, 17 (% 9,7) davada ise Cumhuriyet Başsavcılığının (CBS) kovuşturmayaya yer olmadığına dair kararın usul ve yasaya uygun olması nedeniyle bu karara yönelik itirazın reddine karar vermiş olduğu görüldü. Böylece sağlık çalışanları 123 (% 70,3) davada kusursuz bulunup ceza almamıştır. 48 (% 27,4) davada ise taksirli suçlardan ceza alınmış olduğu saptandı (Şekil 4.8).



Şekil 4.8. Ceza davalarında yerel mahkeme kararlarının dağılımı.

*CBS'nin kov. yer olm. kar. it. red: Cumhuriyet Başsavcılığı'nın kovuşturmayaya yer olmadığı kararına itirazın reddi

Hukuk Davalarında şikayet olunan hekimlerin uzmanlık alanı ile yerel mahkeme kararlarını karşılaştırarak değerlendirdiğimizde; hukuk davalarında en çok kadın hastalıkları ve doğum hekiminin dava edildiği görüldü. Yerel mahkemenin en yüksek oranda kusurlu bulunduğu uzmanlık alanının üroloji (6 olguda 3 kusurlu, % 50) olduğu, bunu sırasıyla diş hekimliği (16 olguda 7 kusurlu, % 44), genel cerrahinin (30 olguda 10 kusurlu, % 33) takip ettiği, en düşük oranda kusurlu bulunduğu uzmanlık alanlarının ise kulak burun boğaz (8 olguda kusurlu yok, % 0) ve kardiyoloji (7 olguda kusurlu yok, % 0) olduğu saptandı (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Hukuk Davalarında şikayet olunan hekimlerin uzmanlık alanı ile yerel mahkeme kararlarının karşılaştırılarak değerlendirilmesi.

		Yerel mahkeme kararı						
		usülden red	esastan red	Kusurludur (tazminat vermeli)	doktor kusursuz-hastane kusurlu	doktor kusursuz ancak manevi tazminat vermeli	Toplam	Kusurlu bulunma oranı (%)
Şikayet olunan uzmanlık alanı	kadın-doğum	7	47	8	0	3	65	12
	genel cerrahi	2	18	10	0	0	30	33
	acil	2	19	7	0	1	29	24
	ortopedi	1	20	4	0	0	25	16
	göz	2	16	3	1	0	22	14
	plastik cerrahi	0	13	4	0	0	17	24
	diş hekimliği	0	9	7	0	0	16	44
	beyin cerrahi	0	12	0	0	0	12	0
	pediatri	1	8	3	0	0	12	25
	KVC	1	6	1	0	0	8	13
	KBB	1	7	0	0	0	8	0
	kardiyoloji	0	7	0	0	0	7	0
	üroloji	1	2	3	0	0	6	50
	**Diğer	0	13	3	0	0	16	19
	Toplam	18	197	53	1	4	273	19

*Usülden red, yargı yönü bakımından red, kişiye husümet yöneltilemez dava çalıştığı kuruma açılmalı ve mahkemenin görevsizliği kararları birlikte değerlendirildi.

** dahiliye, çocuk cerrahi, anestezi, göğüs cerrahi, nöroloji, göğüs hastalıkları, dermatoloji, radyoloji, radyasyon onkolojisi.

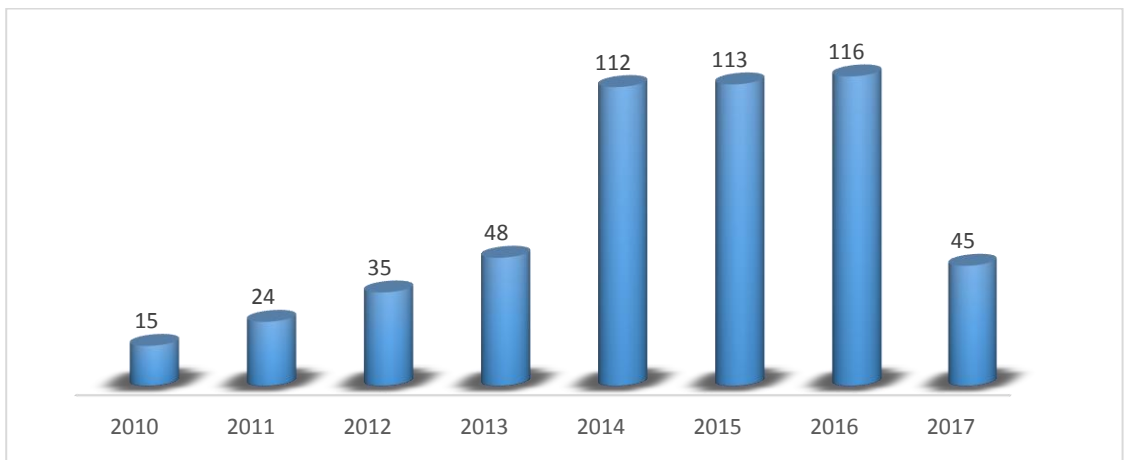
Ceza davalarında şikayet olunan hekimlerin uzmanlık alanı ile yerel mahkeme kararlarını karşılaştırarak değerlendirdiğimizde; en çok dava edilen uzmanlık alanının acil olduğu görüldü. Yerel mahkemenin en yüksek oranda kusurlu olarak değerlendirip mahkumiyet verdiği uzmanlık alanlarının pediatri (6 olguda 3 mahkumiyet, % 50) ve kardiyoloji (6 olguda 3 mahkumiyet, % 50) olduğu, mahkumiyet oranının en düşük olduğu uzmanlık alanının ise beyin cerrahi (8 olguda 1 mahkumiyet, % 13) olduğu saptandı(Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Ceza davalarında şikayet olunan hekimlerin uzmanlık alanı ile yerel mahkeme kararlarının karşılaştırılarak değerlendirilmesi.

		Yerel mahkeme kararı						
		beraat	CBS'nin kovuşturmayaya yer olmadığı kararına itirazın reddi	taksirle öldürmeden mahkumiyet	taksirle yaralamadan mahkumiyet	görevi kötüye kullanmadan mahkumiyet	Toplam	Kusurlu bulunma oranı (%)
Şikayet olunan uzmanlık alanı	Acil servis	39	2	18	2	1	62	34
	Kadın doğum	15	7	4	2	1	29	24
	genel cerrahi	15	2	3	1	1	22	23
	beyin cerrahi	6	1	1	0	0	8	13
	ortopedi	3	1	2	1	0	7	43
	pediatri	3	0	2	1	0	6	50
	kardioloji	2	1	2	1	0	6	50
	Diş hekimliği	4	1	0	0	0	6	17
	dahiliye	4	0	2	0	0	6	33
	göz	4	0	0	1	0	5	20
	*Diğer	17	2	4	0	0	23	17
Toplam	113	17	38	8	3	180	27	

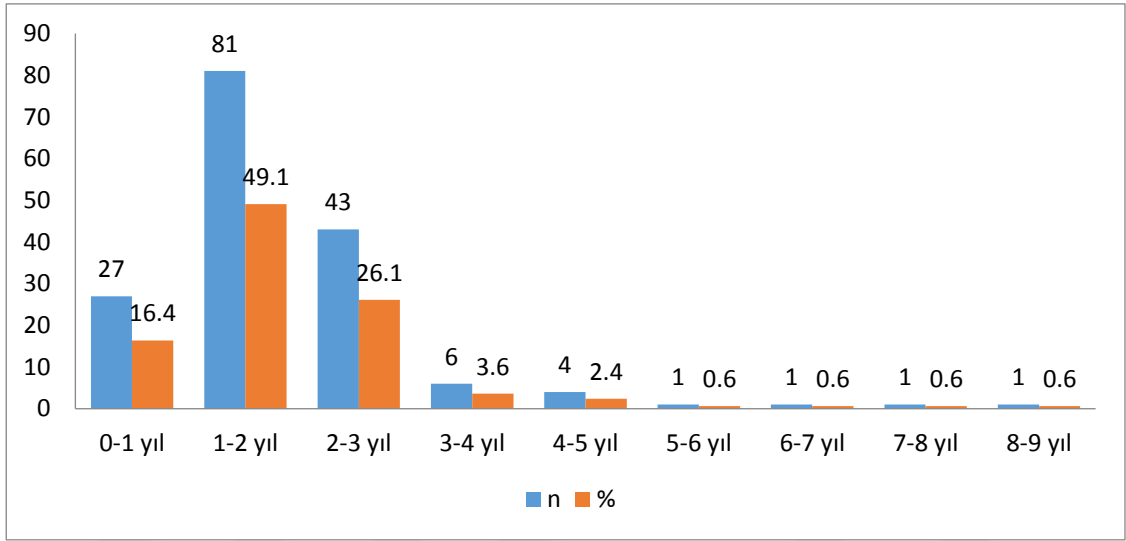
* Kalp damar cerrahisi, üroloji, anestezi, çocuk cerrahisi, KBB, plastik cerrahi, nöroloji, aile hekimliği, patoloji, psikiyatri, enfeksiyon, üroloji.

Çalışmamızda değerlendirdiğimiz yargıya yansıyan hatalı tıbbi uygulama iddiası davalarının Yargıtay temyiz sonucunun yıllara göre dağılımında; en çok olguya (116 olgu, % 22,8) 2016 yılında karar verilirken, en az olguya (15 olgu, % 3) ise 2010 yılında karar verildiği tespit edilmiştir (Şekil 4.9).



Şekil 4.9. Hatalı tıbbi uygulama iddiası olan davalarda Yargıtay'ın karar verme yıllarına göre dağılımı.

Malpraktis iddiası olan davalarda yerel mahkeme karar yılı ile Yargıtay ilgili dairelerinde temyiz sonucunun açıklandığı tarih arasında geçen süre değerlendirildi. Yargıtay karar metninde bu bilgiye yer verilen 165 olgu saptandı. Değerlendirdiğimiz bu olguların % 49,1 gibi yüksek oranı 1 yıl ile 2 yıl (12 ay-24 ay) arasında sonuçlandırılmıştı, yine bu olguların % 91,5'inin ilk 3 yıl (36 ay) içinde sonuçlandırılmış olduğu saptandı (Şekil 4.10).



Şekil 4.10. Hatalı tıbbi uygulama iddiası olan davalarda Yargıtay'ın karar verme süresinin dağılımı.

Yargıtay ilgili dairesinin, hatalı tıbbi uygulama iddiası olan 508 davanın 403'ünde yerel mahkeme kararını bozma, 104'ünde kararı onama, 1'inde ise bilirkişi raporları dosyada bulunmadığı için geri çevirme kararı aldığı saptandı.

Hukuk davalarında yerel mahkeme kararları ile Yargıtay daire kararlarının karşılaştırılması tablo 4.5'te görülmektedir. Yargıtay ilgili daire, yerel mahkemelerin aldığı 333 kararın 300'üne (% 90,1) bozma, 32'sine (% 9,6) ise onama kararı vermiştir. Yargıtay, yerel mahkemelerin esastan red kararı verdiği 231 davanın 225'ini (% 97,4) bozma 5'ine (% 2,2) onama kararı aldığı, ve yine Yargıtay, yerel mahkemelerin davalıları kusurlu bulduğu 65 karardan 45'ini (% 69,2) bozma 20'sine (% 30,8) onama kararı verdiği saptandı. Görüldüğü üzere Yargıtay'ın, yerel mahkemelerin sağlık çalışanlarını kusurlu bulduğu kararları onama oranı, kusursuz bulunan kararları onama oranından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.5. Hukuk davalarında yerel mahkeme kararları ile Yargıtay daire kararlarının karşılaştırılarak değerlendirilmesi

		Yargıtay Daire Kararı			Toplam
		Kararı Onama	Kararı Bozma	Geri çevirme	
Yerel Mahkeme Kararı	Esastan red	5	225	1	231
	Kusurlu (tazminat ödemeli)	20	45	0	65
	Usülden red	6	26	0	32
	doktor kusursuz ancak manevi tazminat vermeli	1	3	0	4
	doktor kusursuz-hastane kusurlu	0	1	0	1
Toplam		32	300	1	333

Hukuk davalarında Yargıtay Dairesinin yerel mahkeme kararını bozma nedenleri incelendiğinde; Yargıtay 119 olguda bilirkişi raporunun eksik veya yetersiz olduğu (hüküm kurmaya elverişli olmadığı) için yerel mahkeme kararını bozma kararı aldığı saptandı(Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Hukuk davalarında Yargıtay Dairesinin yerel mahkeme kararını bozma nedenlerinin değerlendirilmesi.

	Olgu sayısı	Yüzde (%)
Bilirkişi raporu eksik/yetersiz	119	39,8
Kişiyeye husumet yöneltilemez, dava kuruma açılmalı	90	30,1
Onam formu eksik ya da aydınlatma yetersiz	33	11,0
Bilirkişi raporları çelişkili	16	5,4
Mahkeme davayı esastan değerlendirmeyip usülden reddettiği için	11	3,7
Mahkemenin yetkisiz olması nedeniyle	6	2
Bilirkişi rapor(lar)unda doktor kusurlu bulunmuş, buna göre değerlendirilmeli	5	1,7
Hekim kusursuzsa manevi tazminat koşulları da oluşmaz	3	1,0
Bilirkişi raporlarında doktora kusur atfedilmemiş, davanın reddine karar verilmeli	3	1,0
Ceza davasında mahkum olduğundan başka bir kanıtı gerek olmaksızın kusurludur	3	1,0
Hükmedilen tazminat miktarı az	2	0,7
Ameliyat esnasında doktorun gerekli özeni göstermediği ve sonrasında ameliyatta unutulmuş maddeyi tespit edemediğinden kusurludur	2	0,7
Eser sözleşmesine göre hatalı işlem olduğu için manevi tazminat ödemeli	2	0,7
Ceza davasında alınan bilirkişi raporunda doktor kusurlu bulunmuş bunun dikkate alınması gerekli	2	0,7
Çalıştırılan doktor kusursuzsa hastanede kusursuz olmalı	1	0,3
Davalı yokluğunda yargılama yapıldığı için	1	0,3
Toplam	299	100

Ceza davalarında yerel mahkeme kararları ile Yargıtay daire kararlarının karşılaştırılması tablo 4.7’de görülmektedir. Yargıtay ilgili dairesi, yerel mahkemenin aldığı 175 kararın 103’üne (% 58,9) bozma, 72’sine (% 41,1) ise onama kararı vermiştir.

Tablo 4.7. Ceza davalarında yerel mahkeme kararları ile Yargıtay daire kararlarının karşılaştırılarak değerlendirilmesi.

		Yargıtay Daire Kararı		
		Kararı Onama	Kararı Bozma	Toplam
Yerel Mahkeme Kararı	beraat	47	59	106
	taksirle öldürmeden mahkumiyet	15	24	39
	Cumhuriyet Başsavcılığı'nın kovuşturmaya yer olmadığı kararına itirazın reddi	7	10	17
	taksirle yaralamadan mahkumiyet	2	7	9
	görevi kötüye kullanmadan mahkumiyet	1	2	3
	usülden red (zaman aşımı)	0	1	1
	Toplam	72	103	175

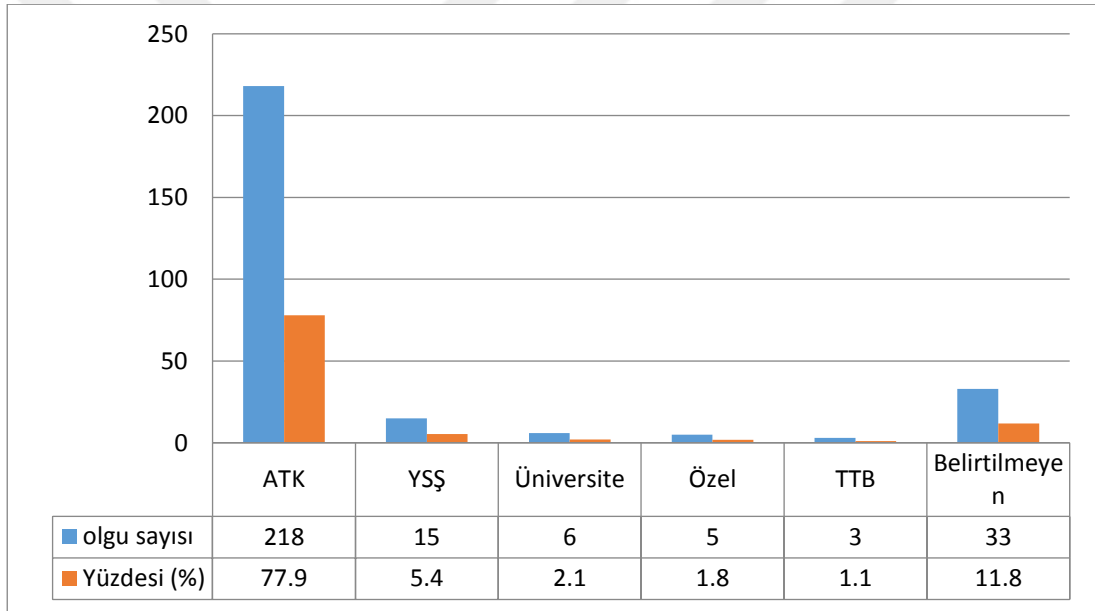
Ceza davalarında Yargıtay Dairesinin yerel mahkeme kararını bozma nedenleri incelendiğinde; Yargıtay’ın, hukuk davalarında olduğu gibi ceza davalarında da ‘bilirkişi raporunun eksik veya yetersiz olması’ yerel mahkeme kararını en çok bozma sebebi (43 olgu, % 42,6) olarak açıkladığı saptandı (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Ceza davalarında Yargıtay Dairesinin yerel mahkeme kararlarını bozma nedenlerinin değerlendirilmesi.

	Sayı	Yüzde
Bilirkişi raporu eksik/yetersiz	43	42,6
Bilirkişi raporları çelişkili	23	22,8
Görevi ihmal suçuyla hüküm verilmeli	20	19,8
Bilirkişi rapor(lar)unda doktor kusurlu bulunmuş, buna göre değerlendirilmeli	3	3,0
Onam formu eksik ya da aydınlatma yetersiz	2	2,0
Tıbbi belge ve ifadeler çelişkili	2	2,0
Sanığa kusur atfedilen bilirkişi raporu, olayın oluş ve dosya kapsamına uygun olduğundan sanığın mahkumiyeti gerekir	2	2,0
Bilirkişi raporlarında doktora kusur atfedilmemiş, beraat kararı verilmeli	1	1,0
Görevi kötüye kullanmadan hüküm verilen sanığa taksirle öldürmeden hüküm verilmeli	1	1,0
Olayda doktor olan sanığın kusurlu olmadığından beraatine, hemşirenin görev ve sorumluluklarından doğan kusurundan dolayı mahkumiyetine karar verilmeli	1	1,0
Doktor ve yardımcı sağlık personelinde kusur yok, olayda hastane yönetimi kusurlu	1	1,0
olay idarenin hizmet kusuru kapsamında hukuki sorumluluğunu gerektirir, cezai sorumluluk taşımaz	1	1,0
Mahkeme zaman aşımından davayı reddetmiş ancak katılan kendisine uygulanan tedavinin kusurlu olduğunu sonradan öğrendiği için o tarihe göre karar verilmeli	1	1,0
Toplam	101	100

Yargıtay temyiz kararının metinlerinde geçen dava sürecinde düzenlenen bilirkişi raporları incelendiğinde; 280 davada (% 55,1) bir bilirkişi raporu ile yetinilirken, 124 davada (% 24,4) iki, 9 davada (% 1,8) ise üç ayrı bilirkişi raporu alındığı görüldü. 95 davada (% 18,7) ise bilirkişi raporu belirtilmiyordu.

Tek bilirkişi raporu bulunan toplam 280 dosyadaki bilirkişi niteliği incelendiğinde; bilirkişi raporlarının 218'inin (% 77,9) Adli Tıp Kurumu, 15'inin (% 5,4) Yüksek Sağlık Şurası tarafından düzenlendiği görüldü. 33 olguda (% 11,8) ise bilirkişi raporunun hangi kurum veya kişi tarafından düzenlendiğinin belirtilmediği, sadece içeriğinin belirtildiği saptandı(Şekil 4.11).



Şekil 4.11. Tek bilirkişi raporu bulunan dosyalarda bilirkişi kurumlarının dağılımı.

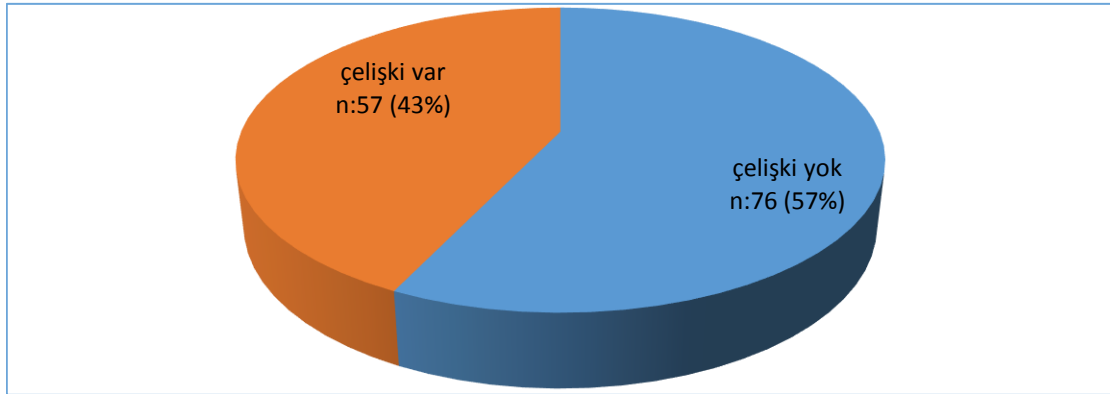
Dava sürecinde birden fazla bilirkişi raporu düzenlenen davalarda bilirkişilerin dağılımı incelendiğinde; olguların 36'sında (% 27) Adli Tıp Kurumu ile Yüksek Sağlık Şurası tarafından, 32'sinde (% 24,1) Adli Tıp Kurumu ile Üniversite Hastanesi tarafından, 27'sinde ise Adli tıp Kurumunun farklı ihtisas kurulları veya genel kurul tarafından, olguların 21'inde (% 15,8) Adli Tıp Kurumu ile özel bilirkişiler tarafından farklı iki rapor düzenlenmiş olduğu saptandı. Birden fazla bilirkişi raporu düzenlenen davalarda bilirkişilere göre dağılımı Tablo 4.9'de gösterildi.

Tablo 4.9. Birden fazla bilirkişi raporu düzenlenen davalarda bilirkişilere göre dağılım.

	N	%	(%)*
1 Adli Tıp Kurumu-Yüksek Sağlık Şurası	36	27	9,3
2 Adli Tıp Kurumu-Üniversite Hastanesi	32	24,1	8,3
3 Adli Tıp Kurumu (farklı ihtisas kurulları ve genel kurul)	27	20,3	7
4 Adli Tıp Kurumu-Özel Bilirkişi	21	15,8	5,4
5 Adli Tıp Kurumu-Yüksek Sağlık Şurası-Özel Bilirkişi	6	4,5	1,6
6 Yüksek Sağlık Şurası-Üniversite Hastanesi	4	3	1
7 Adli Tıp Kurumu-TTB/Tabip Odaları	3	2,3	0,8
8 Yüksek Sağlık Şurası-Özel Bilirkişi	1	0,8	0,3
9 Adli Tıp Kurumu-Yüksek Sağlık Şurası-Üniversite Hastanesi	1	0,8	0,3
10 Adli Tıp Kurumu-Üniversite Hastanesi-TTB	1	0,8	0,3
11 Yüksek Sağlık Şurası-Üniversite Hastanesi-Özel Bilirkişi	1	0,8	0,3
Toplam	133	100	34,4

**Tüm dosyalar arasındaki yüzdesi*

Birden fazla bilirkişi raporu bulunan davalardaki bilirkişi raporu sonuçları değerlendirildiğinde; 133 davanın 76'sında (% 57) aynı olay için düzenlenen bilirkişi raporları arasında çelişki olmadığı, 57'sinde (% 43) ise düzenlenen bilirkişi raporları arasında çelişki (rapor sonuçları arasında uyumsuzluk) olduğu görüldü (Şekil 4.12).



Şekil 4.12. Birden fazla bilirkişi raporu alınan davalarda, raporlar arasındaki çelişki (uyumsuzluk) durumunun dağılımı.

Birden fazla bilirkişi raporu alınan ve bu raporlar arasında karar yönünden çelişki bulunan olgularadaki bilirkişi kararları değerlendirildiğinde; ATK ile YSS'nin ikisinden de görüş alınan 14 olguda karar yönünden çelişki olduğu, bu olgularda ATK'nın kusur vermediği 7 olguya YSS'nin kusur verdiği, ATK'nın kusur verdiği diğer 7 olguya ise YSS'nin kusur vermediği görüldü. Aynı şekilde ATK ile özel bilirkişilerin görüş

bildirdiği 14 olguda karar yönünden çelişki olduğu, bu olgularda ATK'nın kusur vermediği 13 olguya özel bilirkişilerin kusur verdiği, ATK'nın kusur verdiği diğer 1 olguya ise özel bilirkişilerin kusur vermediği görüldü. Birden fazla bilirkişi raporu alınan ve bu raporlar arasında karar yönünden çelişki bulunan olgulardaki bilirkişi kararlarının dağılımı tablo 4.10'da gösterilmiştir.

Tablo 4.10. Birden fazla bilirkişi raporu alınan ve bu raporlar arasında karar yönünden çelişki bulunan olgulardaki bilirkişi kararlarının dağılımı.

	ATK		YSS		Üniversite		özel		TTB		Blrtlmyn*		Olgu sayısı
	var	yok	var	yok	var	yok	var	yok	var	yok	var	yok	
ATK-YSS	7	7	7	7									14
ATK-Özel	1	13					13	1					14
ATK-Üniversite	2	5			5	2							7
ATK-Blrtlmyn		5									5		5
ATK-YSS-Özel		4	4				1	3					4
ATK (farklı ihtisas kurulları)	3	3											3
YSS-Üniversite			2			2							2
ATK-TTB		2							2				2
TTB-Blrtlmyn									1			1	1
Özel-Blrtlmyn							1				1		1
YSS-Özel				1			1						1
ATK-YSS-Üniversite		1	1			1							1
ATK-Üniversite-TTB		1			1				1				1
YSS-Üniversite-Özel				1		1	1						1
Toplam	13	41	14	9	6	6	16	5	4	0	6	1	57

*belirtilmeyen=raporu düzenleyen bilirkişinin belirtilmediği olgular.

Çalışmamızda değerlendirdiğimiz Yargıtay kararlarında geçen tüm bilirkişi raporlarını düzenleyen kurum ve kusur yönünden değerlendirilmesi Tablo 4.10'da gösterilmiştir. Yargıtay kararlarında toplamda 537 bilirkişi raporu alındığı saptandı. Kusur yönünden bu raporlar değerlendirildiğinde; 357 (% 66,5) bilirkişi raporunun dava konusu olayda sağlık çalışanlarının kusurlu olmadığı yönünde raporlandırıldığı, 165'inde (% 30,8) dava konusu olayda sağlık çalışanlarının kusurlu bulunduğu, 15'inde (% 2,8) ise kusur yönünden karar verilemediği şeklinde raporlandırılmış olduğu saptandı. Raporların düzenlendiği kurum açısından ise; Adli Tıp Kurumu'nun 345 rapor (% 64,2) ile en çok, TTB'nin ise 7 rapor (% 1,3) ile en az rapor düzenleyen kurum olduğu görüldü. Raporlardaki kusurlu bulunma oranlarını değerlendirdiğimizde; özel bilirkişiler tarafından düzenlenen raporlardaki kusurlu bulunma oranının (% 67,6) diğer kurumlara göre dikkat çekici şekilde yüksek olduğu saptandı.

Çalışmamızda değerlendirdiğimiz Yargıtay kararlarında geçen tüm bilirkişi raporlarını düzenleyen kurum ve kusur yönünden değerlendirilmesi Tablo 4.11'de gösterilmiştir. Yargıtay kararlarında toplamda 537 bilirkişi raporu alındığı saptandı. Kusur yönünden bu raporlar değerlendirildiğinde; 357 (% 66,5) bilirkişi raporunun dava konusu olayda sağlık çalışanlarının kusurlu olmadığı yönünde raporlandırıldığı, 165'inde (% 30,8) dava konusu olayda sağlık çalışanlarının kusurlu bulunduğu, 15'inde (% 2,8) ise kusur yönünden karar verilemediği şeklinde raporlandırılmış olduğu saptandı. Raporların düzenlendiği kurum açısından ise; Adli Tıp Kurumu 345 rapor (% 64,2) ile en çok, TTB ise 7 rapor (% 1,3) ile en az rapor düzenleyen kurum olduğu görüldü. Raporlardaki kusurlu bulunma oranlarını değerlendirdiğimizde; özel bilirkişiler tarafından düzenlenen raporlardaki kusurlu bulunma oranının (% 67,6) diğer kurumlara göre dikkat çekici şekilde yüksek olduğu saptandı.

Tablo 4.11. Yargıtay kararlarında geçen tüm bilirkişi raporlarını düzenleyen kurumların ve düzenlenen raporlardaki kusur dağılımı.

	ATK	YSS	Üniversite	TTB	Özel	Belirtilmeyen	Toplam
Kusur bulunmayan	255	29	31	2	11	29	357
Kusurlu bulunan	79	34	12	5	23	12	165
Karar verilemeyen	11	1	2	0	0	1	15
Toplam	345	64	45	7	34	42	537

Tablodaki değerler bilirkişi rapor sayısını göstermektedir.

Bilirkişi raporlarında kusurlu (tıbbi uygulama hatası) bulunan olguların hata türüne göre ve hangi kurum tarafından düzenlendiğinin dağılımı Tablo 4.12’de gösterilmiştir. Sağlık çalışanları tarafından en çok yapılan hatalar; olgu sayısına göre sırayla gerekli tetkik ve görüntüleme istememe (23 olgu, % 13,9), eksik veya özensiz tedavi (23 olgu, % 13,9), tıp kurallarına uygun olarak seçilen tıbbi işlemin yapılışında kusur olması (21 olgu, % 12,7), tedavi takibinde eksiklik (16 olgu, % 9,7) olduğu saptandı.

Tablo 4.12. Bilirkişi raporlarında kusurlu bulunan olguların hata türüne ve hangi kurum tarafından düzenlendiğinin dağılımı.

		ATK	YSS	Üniv	TTB	Özel	BLR	Tplm
Tanı Hataları	Gerekli tetkik ve görüntüleme istememe	14	6			2	1	23
	Konsültasyon istememe	8	1			1	1	11
	Yanlış tanı koyma	4	4					8
	Zamanında tanı koyamama	3	1			3		7
	Eksik ve özensiz muayene	2	1	2				5
Tedavi Hataları	Eksik veya özensiz tedavi	6	5	3	2	3	4	23
	Tıbbi işlemin yöntemi doğru işlem kusurlu	9	3	2	2	3	2	21
	Endikasyonu olmayan/gereksiz işlem	4	1	1			2	8
	Muayene ve tedaviye geç başlama	3						3
	Tıbbi işlemin yöntemi yanlış		2					2
Takip Hataları	Tedavi takibinde eksiklik	7	6	1		2		16
	Sevk etmeme/özensiz sevk etme	3	1			2	1	7
	Komplikasyon yönetiminde eksiklik	2	1	1		2		6
	Yatarak tedavi görmesi gereken hastayı yatırmama	5				1		6
	Erken taburcu etme	4				1		5
Görev İhmali	Tıbbi kayıt tutmama/eksik tutma	4						4
	Konsültasyona gitmemek	1						1
	Hastadan onam almama	1		1		1		3
Diğer	Kullanılan cihaza bağlı mekanik kusur			1	1		1	3
	Hekimin denetim ve kontrol eksikliği	1						1
	Hastayı kabul etmeme		1					1
	Yardımcı sağlık personeli görev ve sorumluluğunda eksiklik					1		1
	Klinik şartların yetersizliği					1		1
	Toplam	79	33	12	5	23	12	165

Üniv: Üniversite, BLR: belirtilmeyen, Tplm: toplam

Hatalı tıbbi uygulama iddiası olan davalarda alının bilirkişi rapor sonucu ile Yargıtay karar metinlerinde olaya ilişkin sağlık kuruluşunun belirtildiği olguların dağılımının incelenmesinde; En çok özel hastanelerde meydana gelen hatalı uygulama iddiasına ilişkin bilirkişi raporu düzenlendiği, en az ise eğitim araştırma hastanelerindeki iddialara ilişkin rapor düzenlendiği görüldü. Bilirkişi raporlarında kusur verilme oranının en yüksek üniversite hastanelerine olduğu, en düşük oranda ise özel hastanelere kusur verildiği saptandı. Devlet hastanelerinde tanı hataları daha fazla yapılırken, özel hastanelerde tedavi hatalarının daha fazla yapıldığı görüldü. Bilirkişi rapor sonucuna göre yapılan tıbbi hataların hastanelere göre dağılımı Tablo 4.13’de gösterilmiştir.

Tablo 4.13. Bilirkişi rapor sonucuna göre yapılan tıbbi hataların hastanelere göre dağılımı.

	Tanı hataları	Tedavi hataları	Takip hataları	Diğer hatalar	Kusur verilmeyen	Toplam
	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*
Devlet H.	31 (25,6)	14 (11,6)	10 (9,1)	2 (1,7)	64 (52,9)	121 (100)
E.A.H	1 (7,7)	0	2 (15,4)	1 (7,7)	9 (69,2)	13 (100)
Üniversite H.	1 (7,1)	3 (21,4)	0	3 (21,4)	7 (50)	14 (100)
Özel H.	12 (5,9)	23 (11,3)	18 (8,9)	7 (3,4)	143 (70,4)	203 (100)

H.: Hastane, E.A.H.: Eğitim ve araştırma hastanesi

**Aynı satırdaki değerlerin yüzdesi*

Hatalı tıbbi uygulama iddiası olan hukuk davalarında yerel mahkemenin ve Yargıtay’ın bilirkişi görüşlerinin kabul durumunun dağılımı Tablo 4.14’te gösterilmiştir. Yerel mahkemenin, % 100 oranla görüşüne en fazla itibar ettiği bilirkişi kurumu Yüksek Sağlık Şurası, görüşüne en az itibar ettiği ise özel bilirkişilik (% 50) olduğu; Yargıtay’ın, % 40 oranla görüşüne en fazla itibar ettiği bilirkişi kurumu üniversiteler, görüşüne en az itibar ettiği kurum ise Adli Tıp Kurumu (% 13) olduğu tespit edildi. Birden fazla bilirkişi görüşü olup da bunlar arasında kusur yönünden çelişki bulunan olgular çıkarılarak dağılım yapılmıştır.

Tablo 4.14. Hukuk davalarında yerel mahkeme ve Yargıtay'ın bilirkişi görüşlerini kabul durumu.

		Mahkeme kararı		YARGITAY kararı			
		Uyumlu karar	Uyumsuz karar	Uyumlu karar	Uyumsuz karar	Rapor yetersiz	Usülden red
ATK	Kusursuz	132 (%94)	8	8 (%6)	30	92	10
	Kusurlu	13 (%76)	4	12 (%71)	0	4	1
	Toplam	145 (%92)	12	20 (%13)	30	96	11
YSS	Kusursuz	5 (%100)	0	0 (%0)	0	4	1
	Kusurlu	1 (%100)	0	1 (%100)	0	0	0
	Toplam	6 (%100)	0	1 (%17)	0	4	1
Üniversite	Kusursuz	18 (%82)	4	4 (%18)	8	10	
	Kusurlu	4 (%67)	2	4 (%67)	1	1	
	Toplam	22 (%79)	6	8 (%40)	9	11	
Özel	Kusursuz	2 (%100)	0	0 (%0)	0	2	
	Kusurlu	1 (%25)	3	1 (%25)	1	2	
	Toplam	3 (%50)	3	1 (%20)	1	4	

Hatalı tıbbi uygulama iddiası olan ceza davalarında yerel mahkemenin ve Yargıtay'ın bilirkişi görüşlerinin kabul durumunun dağılımı tablo 4.15'te gösterilmiştir. Yerel mahkemenin, % 100 oranla görüşüne en fazla itibar ettiği bilirkişi kurumu üniversiteler, görüşüne en az itibar ettiği ise özel bilirkişilik (% 60) olduğu; Yargıtay'ın, % 100 oranla görüşüne en fazla itibar ettiği bilirkişi kurumu üniversiteler, görüşüne en az itibar ettiği kurum ise özel bilirkişilik (% 20) olduğu tespit edildi. Birden fazla bilirkişi görüşü olup da bunlar arasında kusur yönünden çelişki bulunan olgular çıkarılarak dağılım yapılmıştır.

Tablo 4.15. Ceza davalarında yerel mahkeme ve Yargıtay'ın bilirkişi görüşlerini kabul durumu.

		Mahkeme kararı		Yargıtay Kararı		
		Uyumlu karar	Uyumsuz karar	Uyumlu karar	Uyumsuz karar	Rapor yetersiz
ATK	Kusursuz	52 (%93)	2	37 (%70)	2	14
	Kusurlu	31 (%76)	10	28 (%68)	3	10
	Toplam	83 (%87)	12	65 (%69)	5	24
YSS	Kusursuz	14 (%93)	1	10 (%67)	0	5
	Kusurlu	11 (%69)	5	11 (%69)	2	3
	Toplam	25 (%81)	6	21 (%68)	2	8
Üniversite	Kusursuz	2 (%100)	0	2 (%100)	0	0
	Kusurlu					
	Toplam	2 (%100)	0	2 (%100)	0	0
Özel	Kusursuz	2 (%67)	1	1 (%33)	1	1
	Kusurlu	1 (%50)	1	0 (%0)	2	0
	Toplam	3 (%60)	2	1 (%20)	3	1

Başvuru şikayetleri ve kusurlu bulunma durumları genel başlıklar halinde gruplandırıldığında olgunun gözden kaçması (olasılığı) nedeniyle resmi bilirkişi kurumlarının kusurlu bulunduğu olgular özetlenerek tablo 16'da listelenmiştir.

Tablo 4.16. Resmi bilirkişi kurumlarının kusurlu bulunduğu olgular (Yargıtay'ın bilirkişi raporunu kabul ettiği olgularda raporu düzenleyen bilirkişi kurumundan sonra (+), diğer olgulara (-) konulmuştur. İddiası aynı olan olgular tekrardan yazılmamıştır.)

1	Ameliyat bölgesinde yabancı cisim unutmama. (3 olgu), (ATK)(+), (YSS)(+), (ATK)(+)
2	Menenjit bulguları ile gelen hastaya gerekli muayene, tetkik ve konsültasyon istemeden konservatif tedavi uygulama. (2 olgu) (ATK)(+), (ATK-YSS)(-)
3	Grafide frontal bölgede seviye veren pnömosefali olduğunun belirlendiği halde ileri tetkik (BT) yapılmasında gecikme (apsenin boşaltılması gecikmiş). (ATK)(-)
4	MI kliniği ile gelen troponin üst sınırın üstünde olan hastaya konsültasyon veya sevk etmeden miyalji tanısı ile taburcu etme. (ATK)(-)
5	Travma sonrası grafilinde kırık tespit edilmeyen heparin kullanan hastanın yeterli süre (24 saat) takip edilmeden taburcu edilmesi. (ATK-YSS)(+)
6	İnleme şikayeti ile acile götürülen bebeğe gerekli tetkikler ve konsültasyon istemeden ertesi gün poliklinik önerilerek taburcu etme. (ATK)(+)
7	Travma sonrası gelişen kırıkları tespit edememe, yeterli süre müşahade ve sevk etmeden taburcu etme. (ATK-YSS)(+)
8	Travma sonrası çekilen grafilinin yanlış değerlendirilmesi ve konsültasyon istememe. (ATK)(+)

Tablo 4.16 devamı.

9	Mantar zehirlenmesi şüphesi ile acile başvuran hastada karaciğer enzimleri yüksek çıkmasına rağmen takibi yapılmadan taburcu etme. (ATK)(+)
10	Acilde testis torsiyonu tanısı koyamama ve sevk etmeme. (ATK)(+)
11	Baş ağrısı ile gelen hastaya gerekli tetkiklerin yapılmaması ve konsültasyon istememe. (ATK) (-)
12	4 gün öncesinden antibiyotik başlanan çocuğun ateşi düşmemesi nedeniyle başvurduğu acilde uzman konsültasyonu istememe. (ATK)(+)
13	Aşı sonrası ateş yükselmesi nedeniyle başvuru acilde muayene ve tetkik yapılmadan aşından kaynaklandığının söylenip gönderilmesi.(ATK)(+)
14	Bulantı, kusma, ishal ile gelen DM hastasına uzman konsültasyonu istenmemesi ve gerekli tahlillerin yapılmaması. (ATK-YSS)(+)
15	Acilde tedavisinden primer sorumlu olduğu hastayı unutarak gereken özeni göstermeme, ölüm nedeninin belirlenmesindeki delilleri karartarak olayı kapatmaya çalışma, (YSS)(+)
16	Sırt ve göğüste ağrı olan hastada ayırıcı tanıya uygun tetkik yapmama (kolesistit tanısı konuluş ancak kalp kası rüptüründen ex). (ATK-YSS)(-)
17	12 günlük bebeğe yatırılarak tedavi uygulanması gerekirken ÜSYE tanısı ile ayakta tedavi uygulanması. (ATK)(-)
18	Kuduz riskli temas sonrası aşı ile birlikte immünglobulin yapılmaması. (ATK)(+)
19	Karın ağrısı ile acile gelen SLE'li hastaya tetkik ve konsültasyon istemeden ağrı kesici yaptırarak taburcu etme (bağırsak perforasyonu gelişmiş olduğu). (ATK)(+)
20	MI kliniği ile gelen hastaya gerekli tetkiklerin yapılmaması, tanı koyamama ve konsültasyon istememe. (ATK-YSS)(+)
21	SVO kliniği ile gelen hastaya gerekli tetkiklerin yapılmaması ve konsültasyon istememe. (ATK)(+)
22	Kene ısırması sonrası trombositopeni tespit edilen hastaya intaniye konsültasyonu istememe, sevk etmeme. (ATK)(-)
23	Astımlı hastaya ağrı kesici olarak NSAİİ ilaç verilmesi (KOAİİ alevlenmesi gelişmiş). (ATK)(-)
24	Ateşli silahla yaralanmada iç organ yaralanması açısından gerekli tetkiklerin yapılmaması. (ATK)(+)
25	Göğüs ağrısı ile başvuran non-spesifik EKG bulgusu olan, troponin yüksekliği tespit edilmeyen hastanın yeterli süre müşahade edilmemesi. (ATK)(+)
26	Karın ağrısı ile gelen hastanın tetkiklerini doğru yorumlayama, akut batın tanısı koyamama ve bu sebeple acil cerrahi endikasyonu koyamama. (3 olgu) (YÖK)(-), (YSS)(-), (ATK-YSS)(-)
27	Hayatı tehdit eden nedenler dışlanmadan ve bunlara yönelik muayene/tetkik yapmadan miyalji tanısı koyma, opioit sonrası yeterli süre müşahade altında bekletmeme. (YÖK)(+)
28	Status epileptikus gibi acil bir durumda acil servise gelen hastayı tedavi etmeme ve ambulans tedarik etmeden gönderilmesi (14 yaşında hasta erişkin acile başvurmuş çocuk acile yönlendirilmiş). (YSS)(-)
29	Kesici alet yaralanması sonrası acilde eldeki tendon kesisini tespit edememe, uzman konsültasyonu istememe. (ATK-YSS)(+)
30	Akut pankreatit nedeniyle başka hastaneden sevk edilen hastayı acilde yer olmadığı gerekçesi ile kabul etmeme. (YSS)(-)
31	Kabakulak teşhisi konulan hastanın tedavisinin yetersiz olması. (YSS)(-)
32	Sedatif amaçlı propofol verilerek MR çekildiği, bu işlem için MR'ın uyumlu olmadığı ve hasta yanında sıkı takip yapılmadığı. (ATK)(-)
33	Laparoskopik girişimlerde (kolesistektomi) kullanılması uygun olmayan spinal anestezi yönteminin uygulanması. (ATK)(+)
34	Ter bezleri bilateral aksiler blokaj operasyonu sonrası kontrol grafi çekmeme (pnömotoraks gelişmiş olduğu). (ATK)(+)
35	Postop solunum durması gelişen hastanın anestezi tarafından postop ilk birkaç saat takibinin yetersiz olması. (YSS)(-)

Tablo 4.16 devamı.

36	Prematür bebeğe hastanede yatışı süresinde (10 hafta) retinopati açısından göz konsültasyonu istememe. (ATK)(+)
37	Gastroenterit nedeniyle dehidratasyon bulguları belirgin olan bebeği yatırmama ve buna yönelik tedavi başlanmaması. (2 olgu) (ATK)(+), (ATK)(+)
38	Çekilen grafide hafif dansite artışı olan ve klinik bulguları ile değerlendirildiğinde RDS düşünülmesi gereken hastayı taburcu etme. (ATK)(+)
39	Gerekli taramalar (tetkikler) yapılmadan uzun süreli steroid başlanması (siroz gelişmiş). (ATK)(+)
40	Genel durum bozukluğu olan tetkiklerinde hiponatremi tespit edilen hastayı yatırmama. (ATK)(-)
41	Nefes darlığı ile birçok defa gelen hastaya yanlış teşhis ile astım tanısı konulduğu, ileri tetkik yapılmadığı (Akciğer kanseri nedeniyle ex). (ATK)(-)
42	Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sırasında duodenumda perforasyon. (ATK)(-)
43	Laparoskopik mide band uygulamasından sonra gelişen perforasyonunun geç (postop 3.gün) saptanması (sepsis tablosunun oturduğu). (ATK)(-)
44	Hemoroid nedeniyle opere edilen hastada 2 gün sonra gelişen kanamanın komplikasyon olduğu, ancak ameliyat öncesi aydınlatılmış onam alınmamasının kusur olduğu. (ATK-YÖK)(+)
45	Safra kesesi ameliyatında gelişen barsak kesisinin geç tespit edilmesi. (ATK)(-)
46	ERCP sonrası safra yollarında yaralanma gelişen hastaya müdahalede gecikme, komplikasyonu iyi idare edememe. (ATK)(-)
47	Laparoskopik kolesistektomi ameliyatında gelişen komplikasyonun (sistik arter yaralanması) erken tespit edilememesi. (YSS)(-)
48	Daha önce aynı bölgeden 3 kez opere edilen hastada açık yöntem tercih edilmesi gerekli iken kapalı yöntem seçilmesi. (YSS)(+)
49	Penetran travma sonrası retroperitondaki hematoma eksplere edilmeden mezo dikilmesi, taburculuk sırasında rektal kanama tarifleyen hastaya kanama etyolojisine yönelik tetkik yapmadan taburcu etme. (YSS)(-)
50	Gözde çapak nedeniyle konsültasyon istenen hekimin hastaneye gitmeyerek bizzat hastayı muayene etmemesi. (ATK)(+)
51	Keratokonus bulunan hastada yapılmaması gereken Lasik ameliyatı yapılması. (ATK)(+)
52	Miyop nedeniyle yapılan ameliyatta göz değerlerinin cihaza yanlış girilmesi nedeniyle hipermetrop gelişmiş olduğu. (ATK)(+)
53	Bebeğin makat gelişli olduğunu tespit edememe ve tıbbi kayıt tutmama. (ATK)(-)
54	Hekim tarafından muayenesi yapılarak tedavisinin düzenlenmemesi (hastayı görmeden ebe aracılığı ile servise yatışı yapıldığı). (ATK-YSS)(+)
55	Ameliyat sırasında tespit edilen başka bir anormalliğin (ektopik böbrek) muayene/tetkik yapmadan ne olduğu bilinmeden cerrahi tedavi uygulanması. (ATK)(+)
56	Doğum sırasında arrest olan hastaya uygun resusitasyon yapmama. (ATK)(+)
57	Nonreaktif olan NST'nin reaktif olarak değerlendirilmesi ve yakın takip yapılması gerekirken yapılmaması. (ATK)(+)
58	Gebelik takipte yapılan USG'lerde görülmesi gereken ekstremita agenezisi/hipogenezisinin tespit edilememesi ve aileye bilgilendirme yapılmaması. (3 olgu) (ATK)(-), (ATK)(-), (ATK)(-)
59	Doğum sırasında epileptik nöbet tarzında kasılmaları olan anneye durumu düzeltmeye yönelik geç ve eksik girişimde bulunma. (ATK-YSS)(-)
60	Postpartum kanama gelişen hastaya müdahalede geç kalınma. (ATK)(-)
61	Doğum sırasında kollum yırtığına bağlı gelişen kanamaya zamanında müdahale etmeme. (ATK)(+)
62	Fetüsteki hipoksinin tespitinde ve acilen sezaryana alınmasında geç kalınma. (ATK)(+), (YÖK)(-)
63	Sezeryan sonrası kan kaybına bağlı akut böbrek yetmezliği geliştiği, komplikasyonu yönetmede ve tanı koymada yetersizlik. (YÖK)(-)

Tablo 4.16 devamı.

64	İntraüterin hipoksi nedeniyle ölen bebeğin doğum öncesi 2 saatlik dönemde takibinin yeterli olmaması. (YSS)(-)
65	Anjio sonrası işlem yerinde gelişen kanamanın tespiti ve orjini ile ayırıcı tanısına yönelik etkin uygulama yapmama. (ATK)(-)
66	Anjio sırasında oluşan vasküler yaralanmanın birçok belirtisi olmasına rağmen tespit ve tedavide yetersiz kalma. (YSS)(-)
67	Açık kalp ameliyatı sonrasında kültürde P. Aerigonasa üreyen hastanın uygun süre tedavi edilmeden kontrol kültür alınmadan taburcu edilmesi. (ATK)(-)
68	LAD'de tıkanıklık % 90 olarak raporlanıp opere edilen hastanın en fazla % 50 olduğu, ameliyat endikasyonu olmadığı. (ATK)(-)
69	Sekundum ASD onarım ameliyatında tarif edilen 4x2cm büyüklüğündeki ASD'nin yama ile kapatılması gerekirken primer sütürle kapatılması. (ATK)(-)
70	Bilateral femur kırığının tek taraflı opere edilmiş olması ve olması gerekenden ince çivi kullanma. (ATK)(-)
71	Travma sonrası serviste takip edilen hastaya kan kaybına yönelik (hipovolemiye) yönelik takip ve tedavinin yapılmaması. (2 olgu) (ATK-YSS)(+), (ATK)(-)
72	Koldaki fraktüre yapılan ilk müdahalenin uygun olduğu ancak sonraki günlerde gelişen enfeksiyonu tespit edememe ve tedavide eksiklik. (ATK-YSS)(-)
73	Ayak parmağındaki kitlenin alınması sırasında aşırı doku exisyonu ve cildin gergin kapatılması nedeniyle dolaşımın bozulmasına neden olma. (TTB)(-)
74	Disk herni ameliyatında yetersiz dekompresyon yapılması. (YSS)(-)
75	Disk herni ameliyatında iliak arterde yaralanma, postop takip ve tedavide özensizlik. (YSS)(+)
76	Yanlış tanı koyma (aslında lenfoma olan hastaya patoloj tarafından seminom teşhisi konulması). (YSS)(-)
77	Estetik burun ameliyatında yapılan lateral osteotomilerin yetersiz olması. (YÖK)(-)
78	Estetik burun ameliyatında kullanılan koter cihazından kaynaklı bacakta yanık oluşması. (YÖK)(-)
79	Yüz gerdirme operasyonunda kulak memelerinde aşağıya doğru yer değiştirme ve yapışıklık, tespit dikişlerinin yetersiz olması. (YÖK)(+)
80	Varikosel ameliyatı sırasında yanlış arteri bağlayarak dokunun (testis) beslenmesinin bozulmasına neden olma. (YSS)(+)
81	Ameliyat sırasında gelişen komplikasyonun fark edilip/edilmediği fark edildiyse de ne tür önlem alındığının kayıtlarda olmaması (kayıt tutmama). (ATK)(-)
82	Diş kök ucu rezeksiyon ameliyatının tekniğini tam olarak uygulayamama. (YÖK)(+)
83	Diş kökünde kist olduğu bilinen hastaya implant tedavisi planlandığı ancak böyle hastaya implant yapılmasının mümkün olmadığı. (YÖK)(+)
84	Yapılan diş protez ve tedavilerinin hatalı olduğu, ağızda bulunan köprülerin klinik olarak kabul edilebilir olmadığı, bazı dişlerin kron boylarının kısa olduğu. (ATK)(+)
85	Hastanın vital parametrelerinin kaydını tutmama, nöbetçi hekimi haberdar etmeme. (ATK)(+)
86	Hemşirenin hastanın bakımında gerekli hassasiyeti göstermemesi, hastayı unutarak hekime bilgi vermeme. (YSS)(+)
87	Kaşektik hastalarda enjeksiyon yeri olarak tercih edilmemesi gereken gluteal bölgenin tercih edilmesi. (YSS)(+)

5. TARTIŞMA

Sağlık çalışanlarına (özellikle hekimlere) yönelik hatalı tıbbi uygulama iddiaları son yıllarda tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hızla artmaktadır. Özkara ve arkadaşlarının yaptığı, 1994-1998 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası tarafından görüş bildirilen hatalı tıbbi uygulama iddiası olan 866 olgunun değerlendirildiği çalışmada, 1994 yılına ait olgu sayısı 151 iken 1998 yılında 237 olduğunun saptandığı belirtilmiştir.⁸⁰ Adli Tıp Kurumu'ndan 1990-2000 yılları arasında hatalı tıbbi uygulama iddiası nedeniyle bilirkişi görüşü alınan dosya sayısının 653 olduğu,⁴⁹ 2009 yılında ATK 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu tarafından görüş bildirilen olgu sayısının 707 olduğu, 2012-2014 yılları arasında ATK 1. İhtisas Kurulu tarafından görüş bildirilen olgu sayısının ise 1320 olduğu saptanmıştır.⁸¹ Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde 1990'lı yıllardan, 2000'li yıllar ve günümüze kadar olgu sayısında çok hızlı bir artış olduğu görülmektedir. Ülkemizde 1990'lı yıllarda hatalı tıbbi uygulama iddiası olan 10 yıllık olgu sayısına, son yıllarda bir yılda, belki de daha kısa sürede ulaşılmaktadır. ABD'de hatalı tıbbi uygulama iddiası olan dosya sayısı 1990 yılında 2320 tespit edilirken, 2011 yılında bu sayının 88460'a ulaştığı saptanmıştır.⁸² ABD'de 1991-2005 yılları arasında 40.916 doktorun dahil edildiği bir çalışmada, yılda bu doktorların % 7,4'üne hatalı tıbbi uygulama iddiası ile dava açıldığı belirtilmektedir.⁸³

Çalışmamızda, hatalı tıbbi uygulama iddiası nedeniyle Yargıtay'a intikal eden ve 2010 ile 2017 yılları arasında Yargıtay'ın temyiz kararını açıkladığı 508 olguya ulaşılmış, olgu sayısında 2010'dan 2016 yılına kadar düzenli bir şekilde artış izlenmiştir. 2017 yılındaki olgu sayısının düşük olmasının iki nedeni vardır. Bunlardan birincisi verilerin toplanmasına yıl bitmeden (Ağustos-Eylül aylarında) başlanmış olması, ikincisi ise Yargıtay kararlarının içtihat programlarına yüklenmesindeki gecikmeden kaynaklanmaktadır. Ayrıca Bölge İstinaf Mahkemeleri'nin kurulması ve bu mahkemelerin 2016 yılının ikinci yarısında göreve başlamasının da bu azalmaya etkisinin olduğunu düşünmekteyiz. Hatalı tıbbi uygulama iddiası olan olgu sayısındaki artış,

yargıya ve daha sonrasında yüksek yargıya (Yargıtay'a) taşınan olgu sayısındaki artışı da beraberinde getirmektedir.

Hatalı tıbbi uygulama iddiası olan olgu sayısının geçmişten günümüze bu kadar hızlı bir şekilde artmasını irdelediğimizde; bilimin ve teknolojinin gelişmesiyle orantılı olarak hasta veya hasta yakınlarının sağlık çalışanlarından ve sağlık sisteminden beklentilerinin artmış olması, tıbbın bir mühendislik alanı gibi görülmesinin yarattığı beklentiler (sağlıkla ilgili bir şikayetin tek bir sonucu olur anlayışı), bu konuyla ilişkin yazılı veya sözlü medyada çıkan haberlerin artması ve bu tür haberlerin izlenme oranlarının fazla olması, hakkın/doğrunun aranma isteği, pek çok faktöre bağlı sağlık çalışanlarına yönelik güvenin azalması, bu tür davaları bazı avukatların özel çalışma alanı seçmeleri, kazanç elde etme isteği, konunun hukuksal alanda daha fazla ve kolay karşılık bulması, yasal düzenlemeler, iletişim eksikliği, sağlık çalışanlarının kendilerini doğru ifade edememeleri, ihbar-şikayet hatları (dolaylı olarak şikayet edebilirim, hatta etmeliyim mesajı?), sağlık politikaları, tıp fakültesi öğrenci kriterleri, tıp fakültesi eğitimi ve imkanları, hekimlerin kendilerine-eğitime ayırabildikleri zaman, çalışma koşulları ve performans gibi sebepler karşımıza çıkmaktadır.

Hatalı tıbbi uygulama iddiasıyla suçlanan kişilerin çalışma alanına baktığımızda çok yüksek farkla hekimler ilk sırada yer almakta, bunu hemşire ve ebe gibi diğer sağlık personelleri takip etmektedir. Pakiş'in Adli Tıp Kurumu 1. ve 3. İhtisas Kurulu'nda 2001-2005 yılları arasında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan dosyaları değerlendirdiği tez çalışmasında, hatalı tıbbi uygulama saptanan sağlık çalışanların içerisinde hekimlerin % 96,4 gibi yüksek bir oranda ilk sırada olduğunu, diğer sağlık personellerinin (hemşire ve ebe) % 9 oranıyla ikinci sırada olduğunu tespit etmiştir.⁷⁷ Algan'ın çalışmasında ise Adli Tıp Kurumu 1. ve 3. İhtisas Kurulu'nda 2006-2010 yılları arasında incelediği hatalı tıbbi uygulama iddiası bulunan dosyalarda, çalışma alanlarına göre dağılımda % 84,1 oranında hekimlerin en büyük grubu oluşturduğu saptanmıştır.³⁶ Savaş'ın yaptığı çalışmada ise; hekimlerin % 82, diğer sağlık personelinin % 14,5 oranında şikayet edildiği belirtilmektedir.⁸⁴ Çalışmamızda ise hatalı tıbbi uygulama iddiası nedeniyle hakkında dava açılan sağlık çalışanlarının görev alanına göre dağılımı incelendiğinde; ilk sırada hekimlerin (% 82), ikinci sırada tedaviye müdahil personel (% 8), üçüncü sırada ise hemşire-ebe gibi diğer sağlık personelleri (% 5,3) olduğu görüldü. İçinde hekimlerin de dahil olduğu birden fazla sağlık personelinin şikayet edildiği olgularla birlikte değerlendirildiğinde hekimlerin şikayet edilme oranının % 94.7 olduğu saptandı. Şikayet

edilen sağlık çalışanlarının görev alanı dağılımları literatür ile uyumlu bulunmuştur. Hastanın ilk yapılan muayenesinden uygulanan tedaviye ve taburculuk aşamasına kadar yapılan tüm işlemlerde, hatta yapılmayan Őeylerde bile ilk olarak hekimlerin sorumlu tutulduğu toplumlarda, bunun sonucu olarak yaşanan istenmeyen durumlarda ilk Şikayet edilen sağlık personeli doktor olmaktadır. Ancak doktorların yanında tedaviye müdahil olan diğer sağlık personelinin de azımsanmayacak sayıda dava edildiği görülmektedir. Bu nedenle ebe ve hemşirelerin de mesleksenel olarak bilgilendirilmesinin yanında, sorumluluklarına dair de bilgilendirilmesi ve hatalı tıbbi uygulama açısından aydınlatılması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin bir ekip işi olduğu ve bu bilinçle yürütülmesi, ayrıca ekipte yer alanların yetki ve sorumlulukları da akılda bulundurulmalıdır.

Le ve ark. cerrahi bölümlere müracaat eden hastaların nispeten daha ciddi hastalıklara sahip olduğunu, bunların cerrahi tedavi sonrasında sağlıklarına kavuşma beklentilerinin yüksek olduğu ve cerrahi girişimlerin diğer tedavi yollarına ve diğer branşlara göre daha riskli olduğunu bildirmişlerdir.⁸⁵ Hatalı tıbbi uygulama iddiası nedeniyle suçlanan doktorların, uzmanlık alanlarına göre dağılımları, bu konuda yapılan farklı çalışmalara göre değişmekle birlikte; hatalı tıbbi uygulama nedeniyle Şikayet edilme riskinin genel olarak cerrahi branşlarda dahili branşlara göre daha yüksek oranda olduğu görülmektedir. Studdert ve ark. tarafından yapılan çalışmada; en sık Şikayet edilen uzmanlık alanının kadın hastalıkları ve doğum (% 20) ve genel cerrahi (% 16) olduğu saptanmıştır.⁸⁶ ABD’de yapılan başka bir çalışmada ise; riskin en yüksek olduğu uzmanlık alanlarının sırasıyla dahiliye, kadın hastalıkları ve doğum, genel cerrahi olduğunu,²² İtalya’dan Casali ise kadın hastalıkları ve doğum (% 37), dahiliye (% 19) ve pediatri (% 14) uzmanlık alanlarının en çok dava edildiğini bildirmiştir.⁸⁷ ülkemizde ise; Algan tez çalışmasında, hatalı tıbbi uygulama iddiası ile dava açılan hekimlerin uzmanlık alanlarına göre dağılımda ilk sırada ocuk hastalıkları (% 15,9), ikinci sırada kadın hastalıkları ve doğum (% 15,1) nc sırada ise genel cerrahi (% 11,3) doktorlarının olduğunu saptamıştır.³⁶ Gürbeden’in tez çalışmasında ise; ilk sırada acil tıp (% 19,9), sırayla kadın hastalıkları ve doğum (% 16), anesteziyoloji ve reanimasyon (% 9,4) ve genel cerrahi (% 8,3) olduğunu saptamıştır.⁸⁸ çalışmamızda hatalı tıbbi uygulama iddiası ile hakkında dava açılan hekimlerin uzmanlık alanlarına göre dağılımları incelendiğinde; ilk sırada kadın hastalıkları ve doğum (% 20,7), ikinci sırada acil tıp (% 20,1) nc sırada genel cerrahi (% 11,5) ve dördüncü sırada ortopedi ve travmatoloji (% 7,1) olduğu

gözlenmiştir. Çalışmamızda hakkında malpraktis iddiası bulunan hekimlerin uzmanlık alanları literatür ile uyumlu bulunmuştur. Son yıllarda hekimlerin Tıpta Uzmanlık Sınavı sonrası uzmanlık alanını belirlemede etkili olan faktörlerden birinin hatalı tıbbi uygulama iddiası olan olguların artması olmuştur. Malpraktis iddiası yüksek olan kadın hastalıkları ve doğum, genel cerrahi, pediatri gibi branşlar son yıllarda hekimler tarafından daha az tercih edilirken, malpraktis iddiası çok daha az olan dermatoloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon gibi branşlar daha çok tercih edilir olmuştur. Son yıllardaki tıpta uzmanlık sınavı yerleştirme puanlarının branşlara göre dağılımı bu sonucu açıkça ortaya koymaktadır.

Hatalı tıbbi uygulama iddiası en yüksek olan bölümlerden biri olan kadın hastalıkları ve doğum, doğası gereği anne ve bebek ölümlerinin görülebildiği bir alandır. Ülkeler anne ve bebek ölümlerini düşürmek için çalışmalar yapmakta ve bu oranın düşük olması gelişmişlik olarak yorumlanmaktadır. Ayrıca mutlu haber beklentisi de bu alanda yüksek olduğundan kötü/olumsuz haberlere tepkiler de yüksek olmaktadır. Tıbbi teknolojinin gelişmesi ile gebe takiplerinde tetkik, testler ve radyolojik incelemelerin zamanında yapılma, doğru yorumlanma ve zamanında tanı koyma taleplerini getirmektedir. Bu gibi nedenler kadın hastalıkları ve doğum branşında malpraktis iddia sayısının yükselmesine yol açmaktadır.

Malpraktis iddia sayısının yüksek olduğu diğer bir alan olan acil servislerde; çalışma ortam ve koşullarının yanı sıra hızlı hareket etmek zorunda olunması, acile başvuru sebebi hastalık ve travmanın olası sonuç ve yükleri ile birlikte hasta veya yakını arasında kurulması gereken sağlıklı iletişim olanaklarının olmaması, elektif şartlarda yapılabilen hazırlık ve tetkik süreçlerinin yaşanmaması malpraktis iddialarıyla doğrudan ilişkilidir. Yapılan çalışmalarda ve tanık olunan olgularda; nonspesifik şikayetlerle (bulantı-kusma, epigastrik ağrı, baş ağrısı gibi) başvuran hastalarda çabuk karar verilmesi ve ilk bir iki saat içinde taburcu edilmesi ile malpraktis iddialarının/başvurularının doğrudan ilişkili olduğu görülmüştür.⁸⁹ Nonspesifik şikayetlerle başvuran ya da travma sonrası başvuran taburcu edilmesi düşünülen olgular olası klinik değişimler için taburcu edilmeden bir süre takip edilmelidir. Ancak, izlenmek için yatırılan bazı olgularda olası klinik değişimler için kriterler oluşturulmadan yatış yapılarak hastanın kendi haline bırakıldığı görülmektedir. Bu durumlarda da hekim sorumluluğu söz konusu olacaktır.

Hatalı tıbbi uygulama iddiası ile suçlanan ve hakkında dava açılan doktorların uzmanlık alanlarına göre dağılımında cerrahi branşların daha fazla olması, cerrahi tıbbi girişimlerin hatalı tıbbi uygulama açısından çok daha riskli uygulamalar olduğunu göstermektedir.⁸⁸ Studdert ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hatalı tıbbi uygulama iddialarının % 31'inin uygulanan cerrahi girişim ile, % 17'sinin ise medikal tedavi ile ilişkili olduğunu saptamışlardır.⁸⁶ Algan tez çalışmasında, ilaç tedavisi uygulanan olguların (% 46,1), cerrahi işlem yapılan olgulardan daha fazla olduğunu tespit etmiştir.³⁶ Gürbeden'in tez çalışmasında ise; cerrahi tedavi yapılan olgu sayısını ilaç tedavisi yapılandırından fazla bulmuştur.⁸⁸ Çalışmamızda, hatalı tıbbi uygulama iddiasına konu olan uygulanan tıbbi işlemin en sık cerrahi girişim (% 46,8) olduğu, bunu ilaç tedavisi (% 16,1), enjeksiyon (% 11) ve vajinal doğumun (% 6,4) takip ettiği görülmüştür. Bu durum cerrahi girişimlerle hatalı tıbbi uygulama iddiasıyla daha fazla dava açıldığı düşüncesiyle örtüşmektedir.

Algan,³⁶ hatalı tıbbi uygulama iddiası olan olguların ilk başvuru yaptıkları klinik birimlere göre dağılımında; olguların % 31,4'ünün acil servise başvuru yaptığını, Hösükler,⁹⁰ olguların % 30,8'ine ilk müdahalenin yapıldığı yerin acil servis olduğunu, Naziroğlu,⁸¹ olguların % 60'ının acil olgular olduğunu, Gürbeden,⁸⁸ olguların ilk başvurdukları klinik birimin % 47,3 oranında acil servis olduğunu saptamışlardır. Çalışmamızda 436 olgunun 189'unun (% 43,3) acil, 247'sinin (% 56,7) ise elektif koşullarda başvurduğu saptandı. Çalışmamızda saptanan bulgular literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı 2014 yılına ait sağlık istatistikleri yılına göre; 866 tane Sağlık bakanlığına bağlı hastane, 556 tane özel hastane, 69 tane üniversite hastanesi olmak üzere ülkemizde toplamda 1528 hastane olduğu belirtilmektedir.⁹¹ Sağlık Bakanlığı hastanelerine müracaat eden hasta sayısının 2002 yılında 110 milyon iken 2014 yılında 292 milyona ulaştığı, özel hastanelerde ise 2002 yılında 6 milyon iken 2014 yılında bu sayının 72 milyona ulaştığı görülmektedir.⁹¹ Ülkemizde yapılan çalışmalarda hatalı tıbbi uygulama iddiasına konu olan sağlık merkezlerinin dağılımında, en çok olgunun devlet hastanelerinde olduğunu bildiren çalışmalar olmakla birlikte, özel hastaneleri ilk sırada bildiren çalışmalar da bulunmaktadır.^{36,49,81,88} Çalışmamızda ise; % 47,8 oranında ilk sırada özel hastaneler, ikinci sırada ise devlet hastanelerinin (% 38,7) olduğu görüldü. Bu durumun son yıllardaki özel hastanelere müracaat eden hasta sayısındaki artışın devlet hastanelerine müracaat eden hasta sayısındaki artıştan çok daha

fazla olması, sağlık hizmeti için daha fazla para veren kişilerin beklentilerinin yüksek olması ve dolayısıyla yaşanan olumsuzluklar karşısında şikayet etme eğilimlerinin yüksek olmasına bağlı olduğu düşüncesindeyiz.

Çalışmamızda; bilirkişi görüşlerine göre kusurlu bulunan olgularda sağlık çalışanları tarafından en çok yapılan hatalar; 23 olguda (% 13,9) gerekli tetkik ve görüntüleme istememe, 23 olguda (% 13,9) eksik veya özensiz tedavi, 21 olguda (% 12,7) tıp kurallarına uygun olarak seçilen tıbbi işlemin yapılmasında kusur olması, 16 olguda (% 9,7) tedavi takibinde eksiklik ve 11 olguda (% 6,7) uzman konsültasyonu istememe olduğu görüldü. Gerekli tetkik, görüntüleme ve uzman konsültasyonu istenmeyerek oluşan hataların çoğunun acil servislerde çalışan pratisyen hekimler tarafından yapıldığı saptandı. Nitekim İrez'in acil vakalarda tıbbi uygulama hatasını incelediği çalışmasında, acilde çalışan pratisyen hekimler tarafından en çok yapılan 2 hatanın 'konsültasyon istememek' (% 25) ve 'gerekli tetkikleri yapmamak-gerekli grafileri istememek' (% 21) olduğunu bildirmiştir.⁸⁹ Acil serviste çalışan pratisyen hekimlerin tereddüte düştükleri olgularda uzman görüşü (konsültasyonu) istemekten asla çekinmemeleri, gerekli görüldüğü hallerde tetkik ve görüntüleme yöntemlerine başvurmaları, çalışılan merkezde gerekli olan tetkik/görüntüleme imkanlarının ve ilgili branştan uzman hekimin olmadığı hallerde hastanın başka bir sağlık kuruluşuna uygun şartlarda sevk etmeleri gerekmektedir. Dikkat edilmesi gereken diğer bir husus; konsültasyon cevabı, bir uzmandan beklenen alanla ilgili bir görüştür. Bu nedenle eğitim ve araştırma hastanelerinde ve üniversite hastanelerinde çalışan asistan hekimlerin tek başına bunları cevaplaması malpraktis iddialarını gündeme getirecektir.

Pakiş, branşlar arasında ayırım yapmadan en sık saptanan tıbbi uygulama hatasının tedavi hatası olduğunu,⁷⁷ Wu ise tanı hatası olduğunu bildirmiştir.⁹² ABD'de 1986-2010 yılları arasında kapsayan bir çalışmada, tıbbi uygulama hatasının en sık tanı hatası (% 29) ve tedavi hatası (% 27) olduğu bulunmuştur.⁹³ Can, yüksek yargı kararlarını inceleyen çalışmasında, bilirkişi raporlarında en sık tıbbi hatanın, % 47 oranında yanlış tedavi olduğunu saptamıştır.⁹⁴ Uzmanlık alanlarına göre ülkemizde yapılan çalışmalarda ise; kadın hastalıkları ve doğum branşında özen eksikliği,⁹⁵ acil servis, çocuk sağlığı ve hastalıkları branşlarında tanı hatası,⁸⁹⁻⁹⁰ genel cerrahi, anestezi ve reanimasyon branşlarında tedavi hatasının^{81,96} daha sık görüldüğü saptanmıştır. Çalışmamızda bilirkişi raporlarına göre tıbbi uygulama hatasının en sık tedavi hatası (% 33,3) ve sonrasında tanı hatası (% 30,9) bulunduğu ve oranların literatür bulguları ile uyumlu olduğu görüldü.

Hatalı tıbbi uygulama iddiası olan olgularda hastaneler arası tıbbi hata çeşitleri incelendiğinde, tanı hatalarının daha çok devlet hastanelerinde, tedavi hatalarının ise daha çok özel hastanelerde olduğu bildirilmiştir.^{90,96} Çalışmamızda, olguların başvuru yaptıkları hastaneler dikkate alındığında; bilirkişilerce kusurlu bulunan olguların en büyük kısmının özel hastanelere ait olduğu, ancak bilirkişilerce kusurlu bulunma oranının en yüksek (% 50) üniversite hastaneleri, kusurlu bulunma oranının en düşük (% 29,6) özel hastaneler olduğu, devlet hastanelerinde tanı hataları daha fazla yapılırken, özel hastanelerde tedavi ve takip hatalarının daha fazla yapıldığı saptandı. Bulgular literatür ile uyumlu bulundu. Devlet hastanelerinde tanı hatalarının daha fazla olması, başvuran hasta sayısının diğer hastanelere göre daha fazla olmasından dolayı iş yükünün artması ile muayene yapılması ve tetkiklerin istenmesi/yorumlanması için yeterli süre ayıramama, konsültasyon istenecek uzmanların olmaması, gerekli dikkat ve özeni gösterememe ya da (özellikle ilçe devlet hastanelerinde) tanı konulması için imkanların yetersizliği ile açıklanabilir. Özel hastanelerde, devlet hastanelerine göre yılda bakılan hasta sayısı çok daha az (yaklaşık 4'te biri) olmasına⁹¹ rağmen tıbbi uygulama hatasının daha fazla olması oldukça dikkat çekicidir. Bu durum, özel hastanede çalışan doktorların tanı-tedavi-takip prosedürlerinde daha dikkatli olmalarını, gelişen ve devamlı güncellenen tıp bilimini daha yakından takip etmeleri gerektiğini düşündürmüştür.

Hasta veya hasta yakınının sağlık personel(ler)ini şikayet etme ya da dava açmada motive eden birçok sebep vardır. İletişim eksikliği, önemsenmeme, kötü davranışa maruz kalma, beklentilerin yüksek olması veya yükseltilmesi, birilerinin yönlendirmesi, tazminat elde etme isteği, hekimliğin kötü uygulaması ile zarar görme ya da zarar gördüğünü düşünme, bu konuların medyatik olması ve ilgi çekmesi, hak arama ve doğruyu öğrenme isteği gibi sebeplerden dolayı sağlık çalışanları şikayet edilmektedir.² Vincent yaptığı çalışmada bu sebepleri; hasta veya yakının kendi başlarına gelen durumun gelecekte tekrarlanmamasını isteme (bakım standardı ile ilgili endişeler), meydana gelen durum ile ilgili bir açıklama beklenmesi (nasıl-neden oldu?), tazminat talep etme ve hesap verebilirlik (sağlık çalışanının veya kuruluşun eylemlerinin hesabını vermesi gerektiği inancı) şeklinde dört ana başlık altında toplamıştır.⁹⁷ Çalışmamızda sağlık personeline dava açılmasında etkili olan motivasyonel nedenler Yargıtay kararlarında belirtilmemiş olsa da en sık şikayet nedeni olarak uygulanan tedavinin eksikliği veya hatalı olması (% 44,6), ikinci en sık neden ise ilgi/özen eksikliği (% 39,9) olduğu belirlenmiştir. Bu durumun doktor ile hasta arasındaki iletişimin eksikliği,

istenmeyen yaralanma ya da ölüm gibi durumlardan sonra olayı kabullenmeme, depresif duygu durum bozukluğu, bir suçlu arama isteği gibi faktörlere bağlı olduğu düşünülebilir. İyi iletişim kurulduğunda, hekimin çaba gösterdiğini ve gerekeni yaptığını inandıklarında hasta ve yakınlarının sağlık çalışanlarını daha az şikayet ettikleri, dolayısıyla konunun yargıya daha az intikal ettiği görülmektedir.

Bir tıbbi uygulama hatası söz konusu olduğunda bu hatadan kaynaklı sakat kalma, ölüm gibi tıbbi sonuçlarının yanında, adli makamlara yansımaya sebep olan hukuki sonuçları da olmaktadır. Hatalı uygulama nedeni ile hastalar maddi-manevi zarar görebilir veya bu hata Ceza kanunu'nda suç olarak değerlendirilen bir eylem olabilir. Hatalı uygulama nedeniyle maddi-manevi zarar gören kişi, zarardan sorumlu olan kişilerden bu zararı bir miktar para olarak talep edebilir. Tazminat davaları olarak da adlandırılan bu davalar adli yargıda (Asliye Hukuk Mahkemesi, Sulh Hukuk Mahkemesi, Ticaret Mahkemesi, gibi) veya idari yargıda (İdare Mahkemelerinde) açılabilir. Hatalı uygulama sonucu yaralanma, ölüm gibi zarar meydana gelirse, zarar gören kişinin veya yakınlarının şikayeti sonucu veya olaydan herhangi bir şekilde haber alan Savcılığın iddianame hazırlaması ile suç niteliğine sokulabilir ve hatayı yapan sağlık personeli Ceza mahkemesi'nde yargılanabilir.⁸⁴

Can ve ark., malpraktis iddiası olan 1978-2006 yılları arasında Yargıtay'da karara bağlanan 30 olguyu incelediği çalışmasında; 28 olgunun (% 93) tazminat, 2 olgunun ceza davalarıyla ilgili olduğunu saptamıştır.⁹⁴ Savaş, yargıya yansıyan tıbbi müdahale hatalarını incelediği çalışmada; 120 olgunun 91'inin (% 76) tazminat, 29'unun (% 24) ceza davalarına ilişkin olduğunu tespit etmiştir.⁸⁴ Çalışmamızda ise 508 olgunun 333'ünün (% 65,6) tazminat, 175'inin (% 34,4) ise ceza davaları ile ilgili olduğu saptandı. Çalışmamız bulguları literatür bulguları ile uyumlu bulunmuştur. Sağlık personeline dava açmadaki amacın genellikle hatalı tıbbi uygulama sonucu zarar gören hastanın bu zararı karşılatmak istemesidir. Hatalı uygulama nedeniyle zarar veren sağlık personelini hapis cezası ile cezalandırma genellikle düşünülmemektedir. Ancak, son yıllarda gerek medyanın bu konu üzerine fazla gitmesi, gerek başka nedenlerden dolayı sağlık çalışanları aleyhine açılan ceza dava sayısının ve oranının arttığını görmekteyiz.

Çalışmamızda; hatalı tıbbi uygulama iddiası ile yargılanan sağlık çalışanlarının yerel mahkeme tarafından hukuk davalarında 69 davada (% 20,7) cezalandırıldığı ve maddi/manevi tazminat ödemeye mahkum edildiği görüldü. Ceza davalarında ise 48

davada (% 27.4) taksirli suçlardan, 3 davada (% 1,7) görevi kötüye kullanmadan mahkum edildiği görüldü. Kıvrak'ın Kayseri ölçeğinde hatalı tıbbi uygulama iddiası olan ceza davalarını incelediği tez çalışmasında; yerel mahkeme tarafından 25 olgunun 7'sinde sağlık çalışanlarının kusurlu olduğu yönünde hüküm verdiği saptanmıştır.⁹⁸ Bulgularımız Kıvrak'ın yaptığı çalışma ile uyumlu bulunmuştur. Ancak ülkemizde hatalı tıbbi uygulama iddiası ile açılan dava kararlarını inceleyen çalışmaların yetersiz olması nedeniyle daha fazla karşılaştırma yapılamamıştır.

Savaş, yargıya yansıyan tıbbi müdahale hatalarını incelediği çalışmada Yargıtay tarafından temyiz edilen 72 hukuk kararının 5 tanesinin (% 6,9) onandığı, 67 tanesinde (% 93,1) ise bozma kararı alındığı; Yargıtay'ın bozma kararındaki en önemli bozma sebeplerinin ise, bilirkişi raporunun kabul edilemez olması (34 olgu, % 47,2) ve yargı yolu-husumet-görev konuları ile ilgili (15 olgu, % 20,8) olduğu saptanmıştır.⁸⁴ Çalışmamızda hatalı tıbbi uygulama iddiası olan, 333 hukuk kararının 32 tanesinin (% 9,6) onandığı, 300 tanesinde (% 90,1) ise bozma kararı alındığı; Yargıtay'ın bozma kararındaki bozma sebeplerinin en önemlilerini 119 olgu (% 39,8) ile bilirkişi raporunun eksik/yetersiz olması (hüküm kurmaya elverişli olmaması) ve 96 olguda (% 32,1) ise yargı yolu-husumet-görev konuları ile ilgili olması oluşturmaktadır.

Savaş, hatalı tıbbi uygulama iddiası olan yerel mahkeme tarafından karar açıklanan 29 ceza davası kararlarının hepsinde Yargıtay tarafından bozma kararı alındığını, en önemli bozma sebebinin ise eksik inceleme-yetersiz gerekçe (18 olgu, % 62) olduğunu, bunların da 17 tanesinde bilirkişi raporunun yetersiz veya çelişkili olduğu, tekrardan bilirkişi görüşü sorulmasının istendiğini saptamıştır.⁸⁴ Çalışmamızda hatalı tıbbi uygulama iddiasına ilişkin 175 ceza davasının temyizinde Yargıtay'ın 72 kararı (% 41) onandığı, 103 kararda (% 69) ise bozma kararı aldığı; Yargıtay tarafından bozma kararı alınmasındaki en önemli iki sebebin bilirkişi raporunun/raporlarının eksik/yetersiz olması (43 olgu, % 42,6) ve bilirkişi raporlarının çelişkili olması (23 olgu, % 22,8) olduğu saptandı.

Çalışmamızda; Yargıtay'ın, ceza davalarında hukuk davalarına göre mahkeme kararlarını onama oranını dikkat çekici şekilde yüksek (yaklaşık 4 kat fazla) bulmakla beraber, incelediğimiz tüm (ceza ve hukuk) davalarda Yargıtay'ın, mahkeme kararını bozma kararı alması oldukça yüksek (% 79,3) bulunmuştur. Yargıtay'ın bozma

kararlarında ise en önemli gerekçe olarak, olguların yaklaşık yarısında bilirkişi raporunun hüküm kurmaya elverişli olmaması gösterilmektedir.

Can, Yargıtay'da karara bağlanan hatalı tıbbi uygulama dosyalarını incelediği çalışmada; yargılama sürecinde Yüksek Sağlık Şurası'ndan bilirkişi görüşü alınan 15 olgunun 14'ünde, Adli Tıp Kurumu'ndan bilirkişi görüşü alınan 10 olgunun 9'unda, Yargıtay tarafından bilirkişi görüşlerine itibar edilmediğini belirtmiştir.⁹⁴ Çalışmamızda, hukuk davalarında bilirkişi raporu alınan 197 olgunun 30'unda (% 15,2) bilirkişi görüşüne itibar edildiği, ceza davalarında ise bilirkişi raporu alınan 132 olgunun 89'unda (% 67,4) bilirkişi görüşüne itibar edildiği görüldü. Yargıtay tarafından bilirkişi görüşüne itibar edilme oranının hukuk davalarında, ceza davalarına göre oldukça düşük olarak saptanması dikkat çekicidir. Hem ceza hem hukuk davalarında Yargıtay tarafından görüşüne en fazla itibar edilen bilirkişi kurumunun üniversiteler olduğu saptandı. Savaş'ın çalışmasında da hukuk davalarında Yargıtay'ın, üniversite dışındaki bilirkişilik kurumlarından (ATK, YSS) alınan raporların eksik/yetersiz olduğunu bildirmiştir.⁸⁴ Dikkat çekici diğer bir husus ise, bilirkişilerce kusurlu bulunan olgularda Yargıtay'ın bilirkişi görüşünü kabul etme oranı % 71 iken, bilirkişilerce kusursuz bulunan olgularda Yargıtay'ın bilirkişi görüşünü kabul etme oranını ise % 25'e kadar düşmektedir

Hatalı tıbbi uygulama iddiası olan 33'ü (% 11) hukuk davası, 2'si (% 2) ceza davası olmak üzere toplam 35 olguda Yargıtay, 'hastaya uygulanacak işlem hakkında aydınlatmanın ve onamın eksik/yetersiz olduğu gerekçesi ile kusurlu olduğunu, buna göre karar verilmesi gerekir' diyerek yerel mahkeme kararını bozmuştur. Uygulanan müdahale 35 olgunun 21'inde cerrahi işlem iken 7 olguda enjeksiyon işlemidir. Bilirkişi raporlarında bu olguların yalnızca bir tanesinde aynı gerekçe nedeni ile kusurlu olduğu belirtilmiş, diğer 34 olguda ise sağlık personelinin kusurunun bulunmadığı belirtilmiştir. Sağlık personelinin bilirkişi raporuna ihtiyaç duymaksızın Yargıtay tarafından en çok kusurlu bulunduğu husus aydınlatma ve onam meselesidir. Bu nedenle hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının en çok dikkat etmesi gereken konulardan biri aydınlatılmış onamın uygun bir şekilde alınması gerekliliğidir. Aynı zamanda aydınlatılmış onam, tıbbi müdahalenin hukuka uygun olması için gerekli şartlardan biridir. "Hasta Hakları Yönetmeliği" ve "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrası Hakkında Kanun" bu şartı kesin olarak öngörmektedir.^{51,99} Aydınlatmanın kapsamının nasıl olması gerektiği, Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 15. maddesinde ve Hekimlik Mesleği Etik Kuralları'nın 26. maddesinde açıkça anlatılmıştır.^{10,51} Bunlara göre; "hastanın sağlık durumu ve konulan

tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında” hastanın sosyokültürel seviyesine uygun bir biçimde aydınlatılmalıdır. Mevzuatta belirtilen özel durumlar haricinde onam hastanın kendisinden alınmalıdır. Aydınlatma ve onam işlemi mümkünse tıbbi uygulamayı yapacak kişi tarafından yapılmalıdır. Aydınlatılmış onam formları hastaya özel olmalıdır. Yapılacak tıbbi müdahale ile ilgili bilgilerin yer aldığı genel bilgiler üzerine bırakılan boşluğa her hasta için hastaya özgü bilgiler girilmelidir. En alt kısımda mutlaka hasta ve olgu özeline göre yakını tarafından 2 satır kadar (yapılacak işlemi ve olası istenmeyen durumları anladıkları ve izin verdiklerini belirtir) ifade elle yazılmalıdır. Yapılacak işlemin tüm risklerini içermeli ve ayrıca sözel olarak da aydınlatılmış onam alınmalı, böylece hastanın müdahale hakkında endişe ve sıkıntısı varsa giderilmiş olacak ve hasta-hekim ilişkisi güçlendirilecektir. Sadece riski yüksek tıbbi işlemlerde değil, enjeksiyon ve damar yolu açılması gibi riski düşük işlemlerde de aydınlatılmış onam alınmalıdır. Önceleri riski düşük işlemlerde aydınlatılmış onam alınması gerekliliği yokken Yargıtay kararları ile birlikte sağlık personelinin kendini güvenceye alma gereksinimi doğmuştur.

ABD’de hatalı tıbbi uygulamaya bağlı ölümlerin tüm ölüm sebepleri içinde 5. sırada olduğu tespit edilmiştir. 1997 yılında ABD’de 44.000 kişinin önlenebilir tıbbi hatalar nedeniyle öldüğü, bu ölümlerin kazaya bağlı ölümlerden bile daha fazla olduğu,⁹ 2016 yılına ait güncel bir araştırmaya göre hatalı tıbbi uygulama nedeniyle ölen kişi sayısının yılda 250.000 civarında olduğu, ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklar ve malignitelerden sonra 3. sırada olduğu belirtilmiştir.²¹ ABD’de yapılan başka bir çalışmada ise; yılda 1,3 milyon hastanın tıbbi tedavi sırasında yaralandığı veya sakat kaldığı belirtilmektedir.¹⁰⁰

Ülkemizde ise Can ve arkadaşlarının yaptığı, hatalı tıbbi uygulama iddiası olan 30 olgunun incelendiği çalışmada; 16 olguda (% 53) ölüm meydana geldiği, 14 olguda (% 47) sekel kaldığı tespit edilmiştir.⁹⁴ Savaş’ın çalışmasında ise; yargıya yansıyan tıbbi müdahale hataları sonucu, olguların % 33’ünde uzuvda işlev azalması/kaybı, % 26,4’ünde ise ölüm meydana geldiği saptanmıştır.⁸⁴ Çalışmamızda; hatalı olduğu iddia edilen tıbbi uygulama neticesinde doğrudan veya dolaylı olarak 163 olguda (% 41,8) organ fonksiyon azalması ya da kaybı ve 159 olguda (% 40,8) ölümün meydana geldiği görülmüş, bu oranlar Savaş’ın çalışması ile uyumlu bulunmuştur.

Ölümlerle sonuçlanan hatalı tıbbi uygulama iddiası olan olgularda ölüm sebebinin araştırılmasında otopsinin rolü kuşkusuz çok önemlidir. Ancak bu olguların tamamına otopsi yapılmamaktadır. Juvin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; hekimler tarafından klinikte verilen ölüm nedenlerinin genellikle yanlış olduğu, otopsi yapılan olguların yarısından fazlasında yeni bilgiler elde edildiği ve böylece mevcut tanının değiştirildiği veya tanı konulduğu belirtilmiştir.¹⁰¹ Almanya’da 10 yılda yapılan 101.358 otopsinin % 4,4’ünün hatalı tıbbi uygulama iddiası nedeniyle yapıldığını ve bu malpraktis iddiası olan olguların % 65’inin otopsi sonrası ölüm sebebinin tespit edildiği bildirilmiştir.¹⁰² Roulsen’in yaptığı başka bir çalışmada; olguların % 20’sinde klinikte hiç düşünülmeyen ve tespit edilmeyen otopsi bulguları saptandığı, olguların % 10’unun ise doğru tanı konulması ve buna uygun tedavi verilmesi durumunda, yaşama ihtimallerinin yüksek olduğunu belirtmişlerdir.¹⁰³ Bunlardan farklı olarak Bove yaptığı çalışmada; otopsinin davalı veya davacı tarafından elverişli ya da nötr olabilecek tespitler yapabileceğini, ancak davanın çözümlenmesinde pek de başarılı bir argüman olmadığını, bakım standartlarının belirlenmesinde ve iyileştirilmesinde katkısının daha fazla olacağını savunmaktadır.⁷¹

Ülkemizde Adli Tıp Kurumu’nda yapılan çalışmalarda, ölümlerle sonuçlanan hatalı tıbbi uygulama iddiası olan olgulara % 50-75 oranında otopsi yapıldığı belirtilmiştir.^{49,77,81,90,96} Can, Yargıtay’da karara bağlanan hatalı tıbbi uygulamalara ilişkin 30 dosyayı incelediği çalışmasında; ölümlerle sonuçlanan 16 olgunun yalnızca 3’üne (% 18,8) otopsi yapıldığını bildirmiştir.⁹⁴ Çalışmamızda ölümlerle sonuçlanan hatalı tıbbi uygulama iddiası olan 159 olgunun 53’üne (% 33) otopsi yapıldığı, 12’sine (% 8) otopsi yapılmamış olduğu saptandı. Diğer 94 olguda (% 59) ise otopsi yapıp yapılmadığına ait herhangi bilgiye ulaşılamadı. Çalışmamızda otopsi yapılma oranının, Adli Tıp Kurumu’nda yapılan çalışmalardan düşük çıktığı görüldü. Bunun Yargıtay kararlarında otopsi yapıp/yapılmadığı ile ilgili yeterli bilgi verilmemesi nedeniyle olduğu düşüncesindeyiz. Günümüzde ölüm mekanizmasının belirlenmesinde en önemli yöntemin hala otopsi olduğu, bu nedenle hatalı tıbbi uygulama iddiası olan ve olması muhtemel tüm olgularda otopsi yapılmasının gerekli olduğunu ve bu tür olgularda otopsi kararı vermeyen adli tabibin de malpraktis iddiası ile karşı karşıya gelebileceğini düşünmekteyiz.

Hekimlik; kendine özgün yapısı ve terminolojisi olan, kendi içinde uzmanlık alanlarına ayrılan, sürekli gelişen teknolojiyi kullanan ve teknik bilgi gerektiren bir

meslektir. Hekimlik uygulamaları sırasında ortaya çıkan bir hatanın da saptanmasında yine hekimler rol almaktadır. Nitekim CMK'da da belirtildiği gibi “çözümü hukuk dışında, özel veya teknik bilgiyi gerektiren hallerde” bilirkişi görüşü alınacağı belirtilmektedir.⁶² Hatalı tıbbi uygulama iddiası olan durumlarda, ülkemizde bu bilirkişilik hizmetini başlıca Adli Tıp Kurumu, Üniversitelerin Adli Tıp ve diğer Anabilim Dalları ve Yüksek Sağlık Şurası vermektedir.

Can ve ark., 1978-2006 yılları arasında Yargıtay'da karar verilen Tıbbi uygulama hatası dosyalarını incelediği çalışmada; yargılama sırasında alınan 25 bilirkişi görüşünün 15'inin Yüksek Sağlık Şurası'ndan 10'unun ise Adli Tıp Kurumu'ndan olduğu,⁹⁴ Kıvrak tez çalışmasında, 2008-2013 yılları arasında Kayseri'de hatalı tıbbi uygulama iddiası ile yargılaması yapılan 120 olgu için alınan 179 bilirkişi raporundan 56'sının (% 31,3) Adli Tıp Öğretim Üyesi bulunan heyetten, 53'ünün Adli Tıp Kurumu'ndan, 24'ünün (% 13,4) Eğitim ve Araştırma Hastanesinden alındığını tespit etmiştir.⁹⁸ Çalışmamızda 409 davada toplam 537 bilirkişi raporu alındığı, bu raporların 345'inin (% 64,2) Adli Tıp Kurumu'ndan, 64'ünün (% 11,9) Yüksek Sağlık Şurası'ndan, 45'inin (% 8,4) üniversite anabilim dallarından alındığı saptandı. Bulguların diğer çalışmalarla uyumlu olmadığı görülmektedir. Bu durum Can'ın çalışmasının 2006 yılı öncesine ait olması (mahkemelerin 2010 yılı öncesinde hekim hatası iddiasını araştırırken Yüksek Sağlık Şurası'ndan görüş alma zorunluluğu vardı. Bu kural Anayasa Mahkemesi'nin kararı ile 2010 yılında kaldırıldı), Kıvrak'ın çalışmasının ise Kayseri ölçeğinde yapılması nedeniyle meydana geldiğini düşünmekteyiz.

Pakiş, hatalı tıbbi uygulama iddiası olan 2001-2005 yılları arasında ATK 1. ve 3. İhtisas Kurullarında değerlendirilen 525 olgunun 167'sinde (% 31,8) sağlık çalışanının kusurlu olduğu yönünde görüş bildirildiğini tespit etmiştir.⁷⁷ Algan, 2006-2010 yıllarında ATK'da değerlendirilen 280 olgunun 81'inde (% 28,9) hatalı tıbbi uygulamanın varlığı yönünde karar verildiğini saptamıştır.³⁶ Yapılan farklı tez çalışmalarında ise hatalı tıbbi uygulama iddiası olan olgularda kusurlu bulunma oranı % 8 ile % 31 arasında değişmektedir.^{49,81,90,95} Çalışmamızda ise; Yargıtay kararlarında geçen toplamda 537 bilirkişi raporunun 165'inde (% 30,8) dava konusu olayda sağlık çalışanlarının kusurlu bulunduğu tespit edilmiştir.

Hatalı tıbbi uygulama iddiası olan davalarda, hakim bir bilirkişi görüşü ile yetinip karar verebilirken bazı durumlarda birden fazla bilirkişi görüşü alma gereksinimi

duymaktadır. İkinci alınacak bilirkişi görüşünün farklı kurumdan olabilmekle birlikte aynı kurumdan da olabildiği görülmektedir. Aynı davada birden fazla sayıda alınan bilirkişi görüşlerinde tıbbi uygulama hatasının olup olmadığı yönünde çelişkiler olmaktadır. Güzel ve ark., Adli Tıp Kurumu (ATK) İhtisas Kurulları ile Yüksek Sağlık Şurası (YSS) raporları arasında çelişki bulunan malpraktis olgularını incelediği çalışmada; YSS'nin verdiği kararlar ile ATK ihtisas kurullarının verdiği kararlar arasında % 73,7 oranında uyumsuzluk olduğunu, bunun temel sebebinin hem YSS'nin hem de ATK İhtisas Kurulları ve Genel Kurulu'nun yapılanmasından kaynaklandığını bildirmiştir.¹⁰⁴ Kıvrak çalışmasında, hatalı tıbbi uygulama iddiası olan birden fazla bilirkişi görüşü alınan 56 olgunun 13'ünde (% 23,2) bilirkişi raporlarını kusura yönelik yorumları açısından çelişkili bulmuştur.⁹⁸ Çalışmamızda birden fazla bilirkişi görüşü alınan 133 davanın 57'sinde (% 43) bilirkişi raporlarının karar yönünden çelişkili olduğu, bu raporların büyük bir kısmının 'ATK ile YSS' ve 'ATK ile özel bilirkişi' tarafından düzenlediği görüldü. Çalışmamızda çelişki oranı Güzel'in çalışmasındaki kadar yüksek bulunmasa da olması gerekenden yüksek olduğu kanaatindeyiz. Bunun, ATK ve YSS'da rapor düzenlenen kurullarda ilgili branştan yalnızca bir uzmanın bulunması veya bazen hiç olmaması, özel bilirkişi tarafından düzenlenen raporlarda da ilgili branştan uzman görüşünün her zaman alınmaması ya da alındığı durumlarda yalnızca bir uzmandan alınması, bazen de raporların adli tıp uzmanı görüşü alınmadan yalnızca ilgili branştaki uzmanlarca düzenlenmesinden kaynaklandığını; Bilirkişi raporu düzenlenirken davaya konu olan ilgili branştan 3 uzmanın bulunduğu heyetten görüş alınması ve olayda hukuki sorumluluğun daha iyi değerlendirilmesi için ise en az bir adli tıp uzmanının raporu düzenleyen kurulda olması durumunda bilirkişi raporları arasındaki çelişkinin azalacağını düşünüyoruz.

Hatalı tıbbi uygulama iddiası olan davalarda bilirkişi raporunun hüküm kurmaya elverişli olması için raporda; dava konusu olayda bakım standardından herhangi bir sapma olup olmadığının değerlendirilmesi, standarttan sapma olduğu düşünülüyorsa bu sapmanın zararla ilişkisinin (mümkünse zarara katkısının payı) belirlenmesi, meydana gelen zararlarla ihmal ilişkisi olup olmadığının araştırılması, meydana gelen zararın komplikasyon mu? yoksa hatalı tıbbi uygulama neticesinde mi? geliştiğinin belirlenmesi, komplikasyon olarak değerlendirilen olgularda komplikasyonun zamanında tespit edilerek doğru müdahalenin yapılıp yapılmamasının belirlenmesi ve aydınlatılmış onamın

yapılıp yapılmadığının belirlenmesi gereklidir.¹⁰⁵ Ayrıca şikayetçi tarafın iddialarının da incelenerek mümkünse bu hususlarda da açıklama getirilmelidir.

Hekim mesleki sorumluluk sigortası; mesleki faaliyetler icra edilirken oluşan ve hizmet alan kişiyi zarara uğratan uygulama hataları, özen eksikliği veya ihmal nedeniyle, ödenmesi gereken tazminata yönelik sigortalama işlemidir. Bu sigortanın yapılmasıyla; hekimin sebep olduğu zarardan dolayı ödemek zorunda kaldığı veya kalacağı tazminat tutarları, tazminat davası sırasındaki yargılama masrafları ve bunların hükmolunacak yasal faizleri poliçede belirtilen limitler kapsamında sigorta şirketi tarafından karşılanır.¹⁰⁶ Hekimin olası bir mapraktis sonrası karşılaşılabileceği tazminat taleplerine karşı kendini korumak için mesleki sorumluluk sigortası yaptırması yasal zorunluluktur. Ayrıca unutulmamalıdır ki; sigortayı yaptıran hekim, istenmeyen bir durumla karşılaştığında rizikonun (bir zarara uğrama olasılığı/tehlikesi) gerçekleştiğini 10 gün içinde sigorta şirketine bildirmekle yükümlüdür.¹⁰⁷

Hekimler ile ilgili iddialarda, yargı sürecinde karar verilmesinde temel belirleyiciler; bilirkişilik kurumları ya da bilirkişilerdir. Bu yapılarında hekimlerden oluştuğu unutulmamalıdır. Olgu özelinde başvuru şikayeti, alınan öykü, istenen (istenmesi gereken) tetkikler, bunların değerlendirilmesi, seçilen tedavi yöntemi, hastanın bilgilendirilerek onamının alınmasında; ülkenin şartları da göz önüne alınarak tıp biliminin kural ve standartlarına uygun davranılıp davranılmadığı, sürecin doğru yönetilip yönetilmediği, kararı verilmeye çalışılmaktadır. Olgu değerlendirmesinde yazılı belgeler öncelikle göz önüne alınmaktadır. Hekimlerin tıbbi belgeleri doldurması ve saklaması bir zorunluluk olduğu kadar, yargı sürecinde karar verilmesinde önemli bir dayanağı oluşturmaktadır. Bu belgelerin zamanında doldurulması, özellikle istenen konsültasyonların hasta dosyasında yer alması sağlanmalıdır.

Yoğun tempo içerisinde, çok sayıda hastayı kısa sürede muayene etmek zorunda kalan hekimler, işlere yetişebilmek için bildikleri tıbbi standartlardan ve sürelerden kısıtlamaya gitmektedirler. Ancak, yargı süreçlerinde olgu değerlendirilirken tüm şartların göz önüne alınacağı belirtilmekle birlikte, ortalama tıbbi bilgi ile yapılması gerekenler, standartlar istenmektedir. Bu nedenle tıp standartları ve kurallarının gerekleri, ayrılması gereken süre, uygun çalışma koşulları, gereken sağlık personeli ve tıbbi donanım talep edilmeli ve buna uygun davranılmaya çalışılmalıdır.

Hekimlerin bir çoğu yeterli hukuki bilgiye sahip değildir. Bu nedenle ilk ifadeler, ön incelemeciye görüşler verilmeden hukuki danışmanlık ve olgu özelinde ilgili uzmanlık alanında yer alan meslekdaşlarımızdan görüş alınmalı, sonra ifadeler verilmelidir.

Hatalı tıbbi uygulama iddiası olan olgu sayısındaki hızlı artışın bir sonucu olarak, ortaya çıkan defansif (çekinik) tıp uygulamalarında da artış söz konusu olmaktadır. Yapılan çalışmalarda, hekimlerin meslek uygulamalarında % 46 ile % 93 oranları arasında defansif uygulamalar yaptığı bildirilmiştir. Defansif tıp, hekimlerin hatalı tıbbi uygulamadan doğacak hukuki sorumluluk çekincesiyle, kendini korumak amaçlı gerekli olmadığı halde tetkik ve işlem yapması ya da riski yüksek olan hastalara bakmaktan kaçınması olarak tanımlanmaktadır.¹⁰⁸ Defansif tıp uygulamaları sağlık sektörüne ciddi miktarda finansal yük getirmesinin yanında, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirlik ve kalitesini de etkilemektedir.¹⁰⁸ Yapılan analizlerle 2008 yılında ABD’de defansif tıp da dahil tıbbi sorumluluk sisteminin toplam maliyetinin yaklaşık 56 milyar dolar olduğu, sadece defansif tıbbin tahmini maliyetinin yaklaşık 39 milyar dolar olduğu iddia edilmektedir.¹⁰⁹ Yapılan bu çalışmaya göre; defansif tıp uygulamaları sonucu oluşan maliyet, malpraktis maliyetlerinin 2 katından fazladır. Hekimlerin yargı öncesi ve sonrası süreç hakkında yeterli bilgilendirilmesi, özel ihtisas mahkemeleri kurularak bu konuda uzman hukukçular tarafından davaların incelenmesi ile asılsız iddialar dışlanarak dava sayısının azalması ve dava sürecinin kısılması sonucu, hekimlerin bu husustaki çekincelerinin azalacağını ve buna paralel olarak defansif tıp uygulamalarında da azalma olacağı düşüncesindeyiz.

Ülkemizde davalar sonrası hekimin kazancıyla orantılı olmayan miktarlarda tazminat ödemeye mahkum edilme korkusu olduğundan bu konuda yapılacak yasal düzenlemelerle hekimlerin endişelerinin azaltılması gerekmektedir. Hekimlerin temelde taksirli suçlar kapsamında (dikkatsizlik, tedbirsizlik, ihmal, emir ve talimatlara uymama) yargılandığı görülmektedir. Ülkemizde malpraktis ile ilgili yasal bir düzenleme yoktur. Hekimler diğer meslek grupları gibi aynı kanun maddeleriyle genel meslek ilkeleri çerçevesinde yargılanmaktadır. Hekimler, trafikte kaza yapanlarla ya da hatalı mühendislik uygulamaları neticesinde inşaatta çökmeye neden olanlarla aynı kanun maddelerinden yargılanmaktadır. Hekimlik mühendislik gibi bir alan olmadığından çok basit gibi görünen bir sağlık şikayetinin, çok fazla hastalığın işareti olabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle kusur ve komplikasyon kavramlarının ayrıntılı

tanımlandığı, hekimlere cezai tedbirler yerine çalışma-mesleki uygulamaları ile ilgili tedbirlerin getirildiği bir malpraktis yasasına ihtiyaç vardır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1- Bu tez çalışmamızda, Yargıtay'a taşınan tıbbi uygulama hataları ile ilgili kararlar incelenerek; tıp dalları arasında malpraktis iddialarının hangi branşlarda daha yoğunlukta olduğunun saptanması, kusur (malpraktis) olarak değerlendirilen durumların ortaya konması, hekimlerin ve hastaların zarar görmemesi için mesleki açıdan riskli olarak nitelendirilebilecek durumlar ve alınması gereken tedbirler ile tanı, tedavi ve takip konularında yol gösterilmesi, sağlık çalışanlarının maruz kaldığı iddiaların ortaya konması ve uygulamalardaki bu sorunların ortadan kaldırılmasına katkı sağlamak amaçlandı.

2- Çalışmamızda; karar tarihi 2010 ile 2017 yılları arasında olan Yargıtay temyiz kararlarından ulaştığımız ve çalışmamız için belirlediğimiz koşullara uygun olan 508 karar çalışma kapsamına alındı. Bu kararların 333 tanesi tazminat (hukuk) davası, 175 tanesi de ceza davasıydı.

3- Hatalı tıbbi uygulama iddiası nedeniyle şikayet edilen sağlık çalışanlarının % 81'nin doktor olduğu, uzmanlık alanlarına göre en sık kadın hastalıkları ve doğum doktorları ile acil serviste çalışan doktorların şikayet edildiği, şikayet edilenlerin en çok özel hastane/klinikte çalıştığı, sağlık çalışanlarının en sık tedavi hatası ve ilgisizlik/özensizlik nedeniyle şikayet edildiği, olguların % 43'ünün acil koşullarında hastanelere başvurduğu, olgularda uygulanan tıbbi işlemin en çok cerrahi girişim olduğu, sağlık çalışanlarının yerel mahkemeler tarafından hukuk davalarında % 20,7'sinin, ceza davalarında ise % 27,4'ünün cezalandırılması yönünde karar verildiği, mahkeme kararlarının % 79'unun Yargıtay tarafından bozulduğu ve bozma nedeni olarak çoğunlukla bilirkişi raporunun eksik/yetersiz olduğunun açıklandığı, bilirkişi raporlarının % 30,8'inde sağlık çalışanlarının kusurlu bulunduğu, bu bilirkişi raporlarında hataların 'gerekli tetkik ve görüntüleme istememe' 'konsültasyon istememe' 'eksik ve özensiz tedavi' 'tıbbi işlemin kusurlu olması' ve 'tedavi takibinde eksiklik' yoğunlaştığının dikkati çektiği görüldü.

4- Girişimsel tıbbi işlemlerde mutlaka aydınlatılmış onam alınmalıdır. Aydınlatılmış onam; tıbbi müdahaleyi yapacak hekim tarafından özel durumlar haricinde hastanın kendisinden alınmalı, onam formunda genel bilgiler haricinde her hastaya özgü bilgilerin yer alması ve yapılacak işlemin tüm risklerini içermelidir.

5- Nonspesifik şikayetlerle veya travma sonrası başvuran, muayene sonrası taburcu edilmesi düşünülen olgularda, malpraktis olasılığının artması nedeniyle olası klinik değişimler için kriterler oluşturularak belli bir süre takip edilmesi uygun olacağı görüldü.

6- Acil serviste çalışan pratisyen hekimlerin, tereddüte düştükleri olgularda veya uzmanlık bilgisi gerektiren durumlarda uzman görüşü (konsültasyonu) istemekten asla çekinmemeleri, buldukları yerde ilgili uzman hekimin olmaması durumunda gerekli şartlar sağlanarak uzmanın bulunduğu bir sağlık merkezine sevkinin sağlanması gerekmektedir.

7- Dava süreçleri yazılı belgeler üzerinden devam ettiğinden, hasta dosyaları zamanında eksiksiz olarak, muayene, tetkik ve görüntüleme bulgularını, konsültasyon raporlarını ve uygulanan tedaviyi içerecek şekilde olmalıdır.

8- Malpraktis iddiasıyla karşılaşıldığında ilk ifadeler ve ön incelemeciye görüşler verilmeden önce hukuki danışmanlık alınmalıdır.

9- İstenmeyen olası bir durum sonucu açılacak tazminat davalarında kendilerini korumak için, hekimlerin mesleki sorumluluk sigortası yaptırımları gerekmektedir. Ayrıca hekimin sorumluluğunu gerektirecek olayları, haberdar olduğu andan itibaren 10 gün içinde sigortacıya bildirmelidir.

10- Günümüzde ölüm mekanizmasının belirlenmesinde en önemli yöntemin hala otopsi olduğu, bu nedenle hatalı tıbbi uygulama iddiası olan ve olması muhtemel ölümle sonuçlanan tüm olgularda otopsi yapılmalıdır.

11- Bilirkişi raporu şikayete konu olan alanın uzmanları ile tercihen içerisinde adli tıp uzmanı bulunan bir heyet tarafından düzenlenmeli ve rapor düzenlenirken; bakım standardından sapma olup olmadığı, tıbbi işlemin oluşan zararlar ilişkisi (illiyeti), oluşan zararın komplikasyon veya malpraktis olup olmadığı, komplikasyon olarak

değerlendirildiyse iyi yönetilip yönetilmediğinin belirlenmesinin yanında şikayetçi tarafın iddialarının da dikkate alınması gerekmektedir.

12- Ülkemizde malpraktis ile ilgili yasal bir düzenleme olmadığından, hekimler mesleki hatalarında, trafikte kaza yapanlarla aynı kanun maddeleri ile temelde taksirli suçlar kapsamında yargılanmaktadır. Kusur ve komplikasyon kavramlarının ayrıntılı tanımlandığı, hekimlere cezai tedbirler yerine çalışma-mesleki uygulamaları ile ilgili tedbirlerin getirildiği bir tıbbi malpraktis yasasına ihtiyaç vardır.



KAYNAKLAR

1. Çetin G. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi- Tıbbi Malpraktis,İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi 48, İstanbul,2006;21-42.
2. Alper B, Çekin N, Gülmen MK, Hilal A. Adli Tıp Ders Notları. sf 3-13. erişim: balcali.cu.edu.tr/tr/Belgeler/AdliTıpdersnotları.doc erişim tarihi:15.10.2017.
3. Sayek F. Sağlıkla ilgili uluslararası belgeler/ Dünya Tabipler Birliği Avrupa Konseyi Birleşmiş Milletler UNESCO Avrupa Tabip Birlikleri Forumu, 2.Baskı, Türk Tabipler Birliği Yayınları. 2009. 48-49.
4. Tuğcu H, Yorulmaz C, Koç S. Hekim Sorumluluğu ve Tıbbi Malpraktis. Klinik Gelişim. 2009;22:6-10.
5. Atıcı Sevindik E. Hekimlerin mesleki hatalarından kaynaklı hukuksal ve cezai sorumlulukları.Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Adli Tıp Anabilim Dalı,Adana, 2006.
6. Çetin G, Kaya A. Hekimlik Uygulamalarının Adli Tıbbi Güncellenmesi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Sempozyumu. İstanbul, 2012.
7. [Http://www.who.int/about/definition/en/print.html](http://www.who.int/about/definition/en/print.html) Erişim tarihi:18/09/2017.
8. Taşkın A, Organ ve Doku Nakillerinde Hekimin Cezai Sorumluluğu, Ankara, Adil Yayınevi, 1997:132.
9. Polat O. Tıbbi Uygulama Hataları: Klinik-Sosyal-Hukuksal-Etik Boyutları, I.Baskı, Ankara: Seçkin Yayınları,2005.
10. Hekimlik meslek etik kuralları.erişim: (http://www.tb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=65&Itemid=31) erişim tarihi:25.10.2017.
11. Aşcıoğlu, C, editör. Tıbbi yardım ve el atmalardan doğan sorumluluklar, doktorların devletin ve özel hastanelerin sorumluluğu (cezai ve hukuki). Ankara: Tekışık Ofset; 1993.
12. Hammurabi Kanunları. erişim (<https://gizliilimler.tr.gg/Hammurabi-Kanunlari--k1-HammurabiYasaları--Hammurabis-Code-k2--I.htm>) erişim tarihi:02.10.2017.
13. Hekim Sorumluluğu.erişim: (<http://www.ism.gov.tr/hastahakları/makale/hekimsorumluluğu>) erişim tarihi: 14/09/2017.
14. Özgönül M. Türkiye’de Tıp Etiği Ve Hukuk Açısından Tıbbi Hata Kavramı.Doktora Tezi, Türkiye Cumhuriyeti Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2010.
15. Adıvar A, Osmanlı türklerinde ilim, geliştirilmiş IV. Baskı, İstanbul, Remzi kitabevi, 1982.

16. Demirel B. Hekimin yasal sorumlulukları. Gazi Tıp Dergisi 2005;16(3):99-106.
17. Bayraktar K. Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi, İstanbul, 1972.
18. Mohr J. Americana Medical Malpractice Litigation in Historical Perspective. JAMA J Am Med Assoc 2000;283(13):1731-7.
19. Dalton DC, Samaropoulos F, Dalton AC. Improvements in The Safety of Patient Care Can Help End the Medical Malpractice Crisis in The United States. Health Policy 2008; 86: 153-162.
20. Gore DC, Gregory SA. Historical Perspective on Medical Errors: Richard Cabot and the Institute of Medicine. J Am Coll Surg 2003;197: 609-11.
21. McMains V. Johns Hopkins study suggests medical errors are third-leading cause of death in U.S. erişim (<https://hub.jhu.edu/2016/05/03/medical-errors-third-leading-cause-of-death/>) erişim tarihi: 01.11.2017.
22. Studdert DM, Bismark MM, Mello MM, Singh H, et al. Prevalence and characteristics of physicians prone to malpractice claims. N Engl J Med 2016;374(4):354-62.
23. Danzon PM. Liability for Medical Malpractice. Journal of Economics Perspectives 1991; 5: 51-69.
24. Kessler D. Evaluating the Medical Malpractice System and Options for Reform. Journal of Economic Perspectives. 2011;25(2):93-110.
25. Ball B. An Introduction to Medical Malpractice in the United States. Journal of Clinical Orthopaedics and Related Research. 2009;467:339- 47.
26. Hakeri H. Tıp Hukuku.5.Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2012.
27. Altun G, Yorulmaz AC. Yasal değişiklikler sonrası hekim sorumluluğu ve malpraktis. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010;27(1):7-12.
28. Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Resmi Gazete Tarih: 30.01.2010. Resmi Gazete Numarası: 27478.
29. Polat O, Pakiş I. Tıbbi uygulama hatalarında hekim sorumluluğu. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2011;2(3):119-125.
30. Kacatürk U. Açıklamalı Tıp Terimleri Sözlüğü. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 1989.
31. Gülsen R. Criminal Liability of Physicians Regarding From Malpractice. J Med Law 2012;1(1):43-67.
32. Mesleki Sorumluluk Sigortası Nedir? erişim (<http://www.turkhukuk sitesi.com/showthread.php?t=18941>) Erişim tarihi 01/08/2017.
33. Hakeri H. Distinction between malpractice and complication in medical law. Bull Thorac Surg 2014;5(1):23-28.

34. Koç S. Adli tıbbi açıdan malpraktis ve hekim sorumluluğu. Toraks Cerrahisi Bülteni 2014;5(1):14-22.
35. Ersoy LV. Medical Malpractice. Bull Thorac Surg 2014;5(1):29-32.
36. Algan B. İstanbul'da Yapılan Adli Otopsilerin Malpraktis Açısından İrdelenmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul, 2012.
37. Koç S. Responsibility and Obligations of Physician by Legal Regulations. Turkderm 2007;41:33-38.
38. İdare Hukukunda İdarenin Hizmet Kusuru ve Danıştay Uygulaması erişim (www.tid.gov.tr/Makaleler/ahmet%20bozdog.pdf) erişim tarihi: 25.10.2017.
39. Hekimlerin Yasal Sorumlulukları. Erişim adresi: <https://www.ttb.org.tr/eweb/adli/1.html> Erişim tarihi: 24.10.2017.
40. Türk Borçlar Kanunu. Erişim adresi:<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6098.pdf> Erişim tarihi: 25.10.2017.
41. Özaslan A. Hekimin Yasal Sorumlulukları (İçinde), Adli Tıp Ders Kitabı, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları No: 4898-281, İstanbul, 2011, sf:23-26.
42. 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu. Kabul Tarihi: 26.9.2004, Resmi Gazete Tarih ve sayısı: 12.10.2004-25611.
43. Hakeri H. Yeni TCK'da sağlık personelinin ilgilendiren en önemli madde erişim (<https://www.medimagazin.com.tr/authors/hakan-hakeri/tr-yeni-tck8217dasaglik-personelini-igilendiren-en-onemli-madde-72-64-914.html>) erişim tarihi:05.10.2017.
44. Odabaşı A, Tümer A. Çekinik (Defansif) Hekimlik; Yeni Türk Ceza Kanunu'nun Uygulanma Aşamasında Toplum Bekleyen Tehlike. Sted. 2006;15:55- 9.
45. Özdemir Ç, Arıcan N. Hekimin Yasal Sorumlulukları. Akademik Acil Tıp Dergisi 2008; 7 (1): 8-12.
46. Adıgüzel R. Yeni Türk Ceza Kanunu'nda olası kast ve bilinçli taksir. Ankara Barosu Dergisi 2005;1:63-70.
47. TCK madde 90. erişim (<http://www.turkhukusitesi.com/mevzuat.php?mid=3921>) erişim tarihi: 20.10.2017.
48. Top M, Gider Ö, Taş Y, Çimen S. Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri : Kocaeli İlinde Bir Alan Çalışması, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2008;11(2):161-99.
49. 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, 2002.
50. Duysak M. Hekimin Tıbbi Uygulama Hatalarından Doğan Cezai Sorumluluğu. II Hukuk Gündemi Makaleler 2016:25-38.

51. Hasta Hakları Yönetmeliği erişim (<http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=Hasta%20Haklar%C4%B1>) erişim tarihi: 01.10.2017.
52. Özasan A. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimin Hukuki Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi, Aydınlatılmış Onam, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi 48, İstanbul, 2006:43-54.
53. Akyıldız S. Hekimin Cezai Sorumluluğu Bakımından Uygulamada Sorunlar. V.Türk- Alman Tıp Hukuku Sempozyumu.Tıp Hukukunun Güncel Sorunları. Türkiye Barolar Birliği Yayınları, Ankara, 2008: 976-81.
54. Tuğcu H, Tıp A, Dalı A. Acil Olgularda Hekim Sorumluluğu, Klinik Gelişim Dergisi, Adli Tıp Özel Sayısı, 2009;22:85-8.
55. III. Sağlık Hukuku Kurultayı, Tıbbi Kayıtların Tutulmasından Doğan Hukuki sorumluluk; Ankara Barosu, 2010; Ankara Barosu.
56. İnce H, İnce N, Özyıldırım B, Safran N. Hatalı Tıbbi Uygulama ve Korunma Yolları. İst Tıp Fak Dergisi 2005;68:123-7.
57. Çelik F. Sağlık Kurumlarında İletişim; Hasta ile Sağlık Personelinin Üzerine Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler Bilim Dalı, Konya, 2008.
58. Büken E, Büken NÖ, Büken B. Obstetric and gynecologic malpractice in Turkey: Incidence, impact, causes and prevention. J Clin Forensic Med 2004;11(5):233-247.
59. Koç S, Yorulmaz C, Hekimin Yasal Sorumlulukları “Adli Tıp” kitabı içinde Soysal Z. Çakalır C Eds. Cilt 1. İ. Ü. Basımevi ve Film Merkezi, İstanbul, 1999: 45-9.
60. Höyükler B. Adli Tıp Kurumunca 2012 - 2014 Yılları Arasında Görüş Bildirilen Dahiliye Branşında Ölümle Sonuçlanmış Tıbbi Uygulama Hatası İddialı Olguların Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Adli Tıp Kurumu, İstanbul,2015.
61. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul Ve Esaslara Dair Tebliğ (2010/1) Resmi Gazete Tarihi: 21.07.2010 Resmi Gazete Sayısı: 27648.
62. Hukuk Muhakemeleri Kanunu, kanun numarası: 6100, kabul tarihi:12/01/2011, resmi gazete tarih: 04/02/2011, sayı; 27836, erişim (<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6100.pdf>) Erişim tarihi: 26.10.2017.
63. Yorulmaz AC, Kır Z, Ketenci H. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 48İstanbul. 2006;55-9.
64. Adli Tıp Kurumu Kanunu. Kanun Numarası:2659. Kabul Tarihi:14.04.1982. Resmi Gazete Tarihi: 20.04.1982. Resmi Gazete Sayısı:17670./ erişim (www.atk.gov.tr/mevzuat.html), erişim tarihi:30.10.2017.
65. Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun erişim (<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-460/sayisi1219--rg-tarihi04041928--rg-sayisi863-tababet-ve-.html>). erişim tarihi:31.10.2017.

66. Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname erişim (www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm). erişim tarihi: 31.10.2017.
67. Yüksek Öğretim Kanunu. erişim (www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2547.doc) erişim tarihi:31.10.2017.
68. Türk Tabipler Birliği Kanunu erişim (http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=14:tk-tablerblkanunu6023-&catid=1:yasa&Itemid=28) erişim tarihi: 31.10.2017.
69. Koç S. İstanbul Tabip Odası'na Başvurulan Tıbbi Uygulama Hataları, İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi 48, İstanbul, 2006;70-81.
70. Kök AN. Hatalı Tıbbi Uygulama (Medikal Malpraktis) İddialarında Otopsinin Önemi. erişim (<http://dergipark.ulakbim.gov.tr/mdergi/article/view/5000194708/5000169210>) erişim tarihi: 25.02.2018
71. Bove K, Jery C. The Role of the Autopsy in Medical Malpractice Cases, I, A Review of 99 Appeals Court Decision, Arch Pathol Lab Med. 2003;127(4):404-5.
72. Yayıcı N, Üzün İ, Arslan M, İris M, Postoperatif ölümle sonuçlanmış ve tıbbi uygulama hatası ddiası bulunan olgularda otopsinin değeri, Türkiye Klin J Foren Med, 2004;1:57-61.
73. Goldman L, Sayson R, Robbins S, Cohn LH, et al. The value of the autopsy in three medical eras. N Engl J Med 1983;308(17):1000-5.
74. Sblano S, Arpaio A, Zotti F, Marzullo A. Discrepancies between clinical and autoptic diagnoses in Italy: evaluation of 879 consecutive cases at the "Policlinico of Bari" teaching hospital in the period 1990-2009. Ann Ist Super Sanita 2014;50(1):44-8.
75. Battle RM, Pathak D, Humble CG, et al. Factors influencing discrepancies between premortem and postmortem diagnoses. JAMA 1987;258(3):339-44.
76. Aalten CM, Samson MM. Diagnostic errors; the need to have autopsies. Neth J Med 2006;64(6):186-90.
77. Pakiş I. Ölüm ya da doğumla sonuçlanan tıbbi uygulama hatalarına yaklaşımda Adli otopsinin rolü. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul, 2006.
78. Ermenc B. Comparison of the clinical and post mortem diagnoses of the causes of death. Forensic Sci Int. 2000;114(2):117-9.
79. Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu-2014. erişim (<http://www.saglik.gov.tr/TR,11659/saglik-bakanligi-turkiyede-saglik-egitimi-ve-saglik-insangucu-durum-raporu-2014.html>.) erişim tarihi:14.02.2018.
80. Özkara E, Naderi S, Gündoğmuş Ü, Arda N. Yüksek Sağlık Şurasında 1994-1998 Yılları Arasında İncelenen Spinal Cerrahi Malpraktis Olgularının Değerlendirilmesi. Türk Nöroşirurji Dergisi 2004, 14: 151-7.

81. Naziroğlu A. 2012–2014 Yılları Arasında Adli Tıp Kurumu Birinci Adli Tıp İhtisas Kurulu Tarafından Görüş Bildirilen Anestezi ve Reanimasyon Branşı İle İlgili Tıbbi Uygulama Hatası İddiası Bulunan Olguların Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Adli Tıp Kurumu, İstanbul, 2016
82. Health Resources and Services Administration. U.S. Department of Health and Human Services. 2011 Annual Report, National Practitioner Data Bank. March 2013.
83. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice Risk According to Physician Specialty. *N Engl J Med.* 2011; 365: 629-636.
84. Savaş H. Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları, 1. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2009.
85. Li H, Wu X, Sun T, Li L, et al. Claims, liabilities, injures and compensation payments of medical malpractice litigation cases in China from 1998 to 2011. *BMC Health Serv Res* 2014;14:390.
86. Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Gandhi TK, Kachalia A, Yoon C, Puopolo AL, Brennan TA. Claims, Errors, and Compensation Payments in Medical Malpractice Litigation. *N Engl J Med* 2006; 354: 2024-33.
87. Casali MB, Mobilia F, Sordo SD, Blandino A. The Medical Malpractice in Milan-Italy. A retrospective survey on 14 years of Judicial Autopsies. *Forensic Science International* 2014; 2042: 38-43.
88. Gürbeden B. 2010-2014 Yılları Arasında Tıbbi Uygulama Hatası İddiası İle Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığında Otopsi Yapılan Olguların Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, İzmir, 2016 .
89. İrez A. Adli Tıp Kurumu'nca Görüş Bildirilen Hastaneye Başvuran Acil Vakalarda Tıbbi Uygulama Hatası İddiası Olguların Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Adli Tıp Kurumu, İstanbul, 2013.
90. Hösükler E. 2012 - 2014 Yılları Arasında Adli Tıp Kurumu Birinci Adli Tıp İhtisas Kurulu Tarafından Görüş Bildirilen Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Branşı İle İlgili Tıbbi Uygulama Hatası İddiası Bulunan Olguların Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Adli Tıp Kurumu, İstanbul, 2015.
91. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. erişim: (http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2014.pdf) Erişim tarihi:28/03/2018.
92. Wu K-H, Wu C-H, Cheng S-Y, Lee W-H, Kung C-T. Analysis of closed malpractice medical claims against Taiwanese EDs: 2003 to 2012, *Am J Emerg Med*, 2014;32(9):990–6.
93. Saber Tehrani AS, Lee H, Mathews SC, Shore A, et al. 25-Year summary of US malpractice claims for diagnostic errors 1986-2010: an analysis from the National Practitioner Data Bank. *BMJ Qual Saf* 2013;22(8):672-80.
94. Can İÖ, Özkara E, Can M. Yargıtayda karara bağlanan tıbbi uygulama hatası dosyalarının değerlendirilmesi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi.* 2011;25(2):69–76.
95. Çom U. 2012 ve 2013 Yıllarında Adli Tıp Kurumu Birinci Adli Tıp İhtisas Kurulu Tarafından Görüş Bildirilen Kadın Hastalıkları ve Doğum Dalında Tıbbi Uygulama Hatası İddiası Olgularının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Adli Tıp Kurumu, İstanbul, 2015.

96. Özdemir E. Ölümlü Genel Cerrahi Tıbbi Uygulama Hata İddiası Bulunan Olguların Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Adli Tıp Kurumu, İstanbul, 2015.
97. Vincent C. Why do people sue doctors? a study of patients and relatives taking legal action, *Lancet*, 1994;343:1609–13.
98. Kıvrak S. Kayseri Ölçeğinde Tıbbi Uygulama Hatası İddialarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Kayseri, 2014.
99. Aydınlatılmış Onam Klavuzu erişim (http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=983:onam&catid=26:etik&Itemid=65) erişim tarihi: 09.02.2018
100. Öztürkler C. Hukuk uygulamasında tıbbi sorumluluk, teşhis, tedavi ve tıbbi müdahaleden doğan tazminat davaları. Ankara: Seçkin Yayınları;2006.
101. Juvin P, Teissière F, Brion F, Desmots JM, Durigon M. Postoperative death and malpractice suits: is autopsy useful?, *Anesth Analg*, 2000;91(2):344–6.
102. Madea B, Preuß J, Medical malpractice as reflected by the forensic evaluation of 4450 autopsies, *Forensic Sci Int*, 2009;190:58–66.
103. Roulson J, Benbow EW, Hasleton PS. Discrepancies between clinical and autopsy diagnosis and the value of post mortem histology; a meta-analysis and review, *Histopathology*. 2005;47(6):551–9.
104. Güzel S, Yavuz M S, Aşirdizer M. Ad li Tıp Kurumu ihtisas kurulları ile Yüksek Sağlık Şurası raporları arasında çelişki bulunan ve Ad li Tıp Kurulu'nda görüşülen malpraktis olgularının irdelenmesi. *Adli Tıp Bülteni* 2002;7 (1): 14-20.
105. Pakiç I. Tıbbi Uygulama Hatalarında Bilirkişilik. *Adli Bilimler Dergisi*, 2014;13 (3): 51 - 59.
106. Yıldırım İ. Tıbbi Malpraktis ve Hekim Mesleki Sorumluluk. *ACU Sağlık Bil Derg* 2015(3):121-129.
107. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları. erişim: <https://www.tsb.org.tr/tibbi-kotu-uygulamaya-iliskin-zorunlu-mali-sorumluluk-sigortasi.aspx?pageID=521> erişim tarihi:03.04.2018.
108. Studdert DM. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA*. 2005 Jun 1;293(21):2609-17 .
109. Mello MM, Chandra A. National Costs Of The Medical Liability System. *Health Aff (Millwood)*. 2010 Sep; 29(9): 1569–1577.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Mustafa Kırtıçoğlu

Doğum Tarihi ve Yeri: 15.09.1987, Altınözü

Medeni Durumu: Bekar

Adres: Kışla Mah. DSİ TOKİ konutları DG-6A kat:5 no:11 Yüreğir/Adana

Telefon: 0 531 384 51 75

E posta: dr.mstf@hotmail.com

Mezun Olduğu Tıp Fakóltesi: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakóltesi

Görev Yerleri: Korkut Devlet Hastanesi, Korkut/Muş

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Sakarya

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakóltesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Adana

Dernek Üyelikleri: Adana Tabip Odası

Adli Tıp Uzmanlar Derneği

Yabancı Dil: İngilizce

EK 1: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı	Tarih
66	7 Temmuz 2017

KARAR NO 15- Adli Tıp Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Necmi Çekin yönetiminde, Araş. Gör. Dr. Mustafa Kırtıçoğlu tarafından yürütülmesi öngörülen, “Yargıtay’da 2010-2017 Yılları Arasında Karara Bağlanan Hatalı Tıbbi Uygulama (Malpraktis) Dava Kararlarının Değerlendirilmesi” başlıklı tıpta uzmanlık tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Doç Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Prof Dr Mehmet Kanadaşı Kardiyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyostatistik Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Murat Gündüz Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı	
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	Toplantıya Katılmadı
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	Toplantıya Katılmadı

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22