

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
ADLİ TIP ENSTİTÜSÜ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Gökhan Ersoy

DIŞ HEKİMLİĞİNDE TIBBİ UYGULAMA HATASI İDDİASI OLAN
OLGULARIN ADLİ VE TIBBİ AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

TIP BİLİMLERİ ANA BİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

Anıl ÖZGÜÇ
Diş Hekimi

İSTANBUL-2013

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
ADLİ TIP ENSTİTÜSÜ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Gökhan Ersoy

DIŞ HEKİMLİĞİNDE TIBBİ UYGULAMA HATASI İDDİASI OLAN
OLGULARIN ADLİ VE TIBBİ AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

TIP BİLİMLERİ ANA BİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

Anıl ÖZGÜÇ
Diş Hekimi

İSTANBUL-2013

İstanbul, 17 Mayıs 2013

İ.Ü.ADLİ TIP ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TIP BİLİMLERİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Lisansüstü Öğretim Yönetmeliğinin 50.maddesi uyarınca Enstitünüz Tıp Bilimleri Anabilim Dalı'nın doktora öğrencisi Anıl ÖZGÜÇ'ün,

"Diş Hekimliğinde Tıbbi Uygulama Hatası İddiası Olan Olguların Adli Tıbbi Açıdan İncelenmesi"

Adlı tezi jürimizce tetkik edilmiş ve kendisine tez savunması yaptırılmıştır.

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



Prof.Dr.İmdat ELMAS
Jüri Başkanı



Prof.Dr.Korkud DEMİREL
Üye

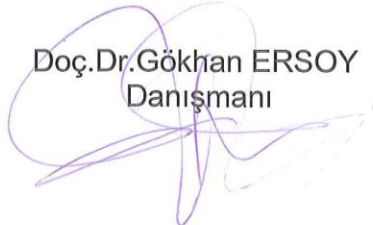


Prof.Dr.Gökhan ORAL
Üye



Prof.Dr.A.Coşkun YORULMAZ
Üye

Doç.Dr.Gökhan ERSOY
Danışmanı



ÖNSÖZ

Tez danışmanım Doç. Dr. Gökhan Ersoy'a; doktora programı ve tez yazım sürecinde kendisine gönül rahatlığıyla "danışabildiğim", tüm soru ve sorunlarıma kapısı, bilgisi ve emeği açık olduğu, tüm bunların yanı sıra dostluğunu da benden esirgemediği için,

Prof. Dr. Abdullah Coşkun Yorulmaz'a; tıbbi uygulama hataları ile ilgili yaptığı çalışmalarıyla bana ilham verip destek olduğu, tıbbi uygulama hatalarının gerçek tarafları olan "gerçek dosyalar, gerçek hekimler ve gerçek avukatlar" tanıma fırsatını verdiği için,

İstanbul Diş Hekimleri Odası 13. Dönem Yönetim Kurulu'na; kapılarını ve arşivlerini açtıkları, Macide Turan, Ayşe Çağdaş ve Özgü Bircan'a; arşivde yolumu bulmama yardım ettikleri için,

Gökay ve Zehra Rüya'ya; tez çalışmam boyunca eş ve anne olarak yaptığım malpraktisi hoş gördükleri için teşekkür ederim.

Anıl Özgüç

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Tıbbi Uygulama Hataları	2
2.2. Tıbbi Uygulama Hatalarının Nedenleri	3
2.2.1. Hekimle ve/veya Sağlık Personeli ile İlgili Faktörler	4
2.2.2. Çevresel Faktörler	6
2.3. Dış Hekiminin Hukuk Karşısındaki Durumunun Tespiti	7
2.3.1. Dış Hekimliği Faaliyetinin Yasal Dayanakları	7
2.3.2. Dış Hekimi ile Hasta Arasındaki Hukuki İlişki	10
2.4. Tıbbi Uygulamaların İstenmeyen Sonuçları	13
2.4.1. Hukuka Aykırılık	13
2.4.2. Kusur	16
2.4.3. Zarar	17
2.4.4. İliyet (Nedensellik) Bağı	18
2.5. Dış Hekiminin Cezai Sorumlulukları	18
2.6. Bilirkişilik Kurumları	20
2.6.1. Adli Tıp Kurumu	21
2.6.2. Yüksek Sağlık Şurası	21
2.6.3. Yüksek Öğretim Kurumları	22
2.6.4. Türk Dış Hekimleri Birliği ve Dış Hekimleri Odaları	23
2.7. Dış Hekimliğinde Uzmanlık	28
2.8. Dış Hekimliğinde Mesleki Mesuliyet Sigortası	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM	31
4. BULGULAR	33
5. TARTIŞMA	47
6. SONUÇ	63
7. ÖZET	65
8. SUMMARY	66
9. KAYNAKLAR	67

EKLER

ÖZGEÇMİŞ

KISALTMALAR

ATK:	Adli Tıp Kurumu
BK:	Borçlar Kanunu
DUS:	Diş Hekimliğinde Uzmanlık Sınavı
HHY:	Hasta Hakları Yönetmeliği
İDO:	İstanbul Diş Hekimleri Odası
TCK:	Türk Ceza Kanunu
TDB:	Türk Diş Hekimleri Birliği
TDN:	Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi
TMK:	Türk Medeni Kanunu
TŞSTİDK:	Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun
TTB:	Türk Tabipleri Birliği
YSS:	Yüksek Sağlık Şurası

1. GİRİŞ VE AMAÇ

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

Dünya Tabipler Birliği’nin (The World Medical Association) 1992 yılındaki 44. Genel Kurulu’nda kabul edilen “Tıpta Yanlış Uygulama” konulu duyurusu, bu birliğin çatısı altında toplanmış ülkeleri, tıpta giderek artan bir oranda yer almaya başlamış yanlış uygulamalar (malpraktis) ve suistimaller konusunda uyarmayı hedef almıştır (2). Bu duyuruda tıbbi uygulama hataları “hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar” olarak tanımlanmıştır.

Hekimlik mesleğinin uygulanması her ülkede özel kanun, tüzük ve yönetmeliklerle düzenlenmiştir. Ülkemizde hekimlerin mesleki faaliyetlerini, hasta ve meslek odaları ile ilişkilerini düzenleyen temel sağlık mevzuatı arasında; 11.04.1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-i İcrasına Dair Kanun, 24.04.1930 tarih ve 1993 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu, 11.01.1936 tarih ve 38 sayılı Tababet-i Adliye Kanunu, 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu, 07.06.1985 tarih ve 3224 sayılı Türk Diş Hekimleri Birliği Kanunu ile Sağlık Bakanlığı’nın 01.09.1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliği sayılabilir (3).

Diş hekimliği tıbbın özelleşmiş bir alanıdır. Günümüzde ülkemizde diş hekimlerinin mesleki uygulamalarına ilişkin yasal sorumluluklarına özgü yasal bir düzenleme bulunmamaktadır. Genel hekimlik uygulamalarına ilişkin kabul edilen ilkeler diş hekimleri açısından da geçerli olmakta, mesleki sorumluluklara aykırı davranışlar da yine genel yasal düzenlemeler çerçevesinde düzenlenmektedir (4).

Bu çalışmada; İstanbul Diş Hekimleri Odası Yönetim Kurulu’nda değerlendirilen tıbbi uygulama hatası iddiaları ile ilgili toplanan veriler, iddialardaki tıbbi uygulama hatası varlığı, neden ve sonuçları, bilirkişi incelemesi ve uzlaşma kapsamındaki karar mekanizmaları ve süreçleri ile iddia sahibi hastalar ve uygulamayı yapan diş hekimleri ile ilgili olarak alınan kararların tartışılması amaçlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tıbbi Uygulama Hataları

**“Errare humanum est sed perseverare diabolicum”*

Seneca

İlk çağlardan beri hekim sorumluluğunu belirleyen birtakım kural ve kanunlar olduğu bilinmektedir. Hekimin hatasını tanımlayıp, cezasını belirten en eski yazılı belge Mezopotamya uygarlığında M.Ö.1800 yıllarında yazılmış ve günümüzde Louvre Müzesinde sergilenmekte olan Hammurabi Kanunları’dır. Bu kanunun 219. maddesinde “Bir hekim birisine bronz ameliyat bıçağı ile tehlikeli bir yara açar ve öldürürse veya bir abse açarken gözü kör ederse iki eli birden kesilir.” denmekte ve buradaki esas düşüncenin hatalı tıbbi uygulamanın sonucunun bedelinin ödetilmesi olduğu görülmektedir. Bu kanunlarda hekimin kusurundan çok sonuç, başka bir deyişle verdiği zarar ön planda tutulmaktadır. Eski Mısır’da ise hekim, tıbbi papirüslerde yer alan tıp kurallarına uygun davrandığı takdirde, sonuç ne olursa olsun eyleminden sorumlu tutulmamıştır. Ancak kurallara uyulmaması sonucu hasta zarar görmüşse, kusuru olsun ya da olmasın hekim davranışından dolayı sorumlu tutulmuştur (5,6).

Eski Yunan’da Hipokrat ve onu izleyenler tarafından, doktorun sorumluluğunun ilk temeli atılmıştır. Kabul edilen kurallara göre; doktorun Mısır’da olduğu gibi “tıp kurallarına uymaması” kusur olarak kabul ediliyor ve sorumluluk bu kusurdan kaynaklanıyordu. Roma Hukuku’nda da başta sorumluluğun cezai ve hukuki ayrımı yapılmıyordu. Fakat “*Lex Aquia ve Lex cornelia De siciriis et veneficiis*” kanunları cezai ve hukuki sorumluluğu birbirinden ayırmış, kusurdan kaynaklanan hukuki sorumluluk bireysel ve ahlaki bir görünüm kazanmıştır. Zaman içerisinde kusur, doktorların sorumluluğunda temel ve değişmez bir unsur olarak günümüze kadar gelmiştir (7).

Tıbbi uygulama hatası davaları, yaklaşık 200 yıldır Amerikan hukuk sisteminde önemli bir rol oynamaktadır. Davaların 1840’lardaki kültürel değişimden kaynaklandığı düşünülmektedir. 1820 – 1830 yıllarındaki dini uyanış, kaderciliğin ve buna bağlı olarak fiziksel hastalıkların, tanrısal cezanın sonucu olduğu düşüncesinin azalmasına yol açmıştır. Bu değişim, bilimsel ilerlemeler ile birleşerek hastaların daha kesin tanı ve tedavi beklentileri içine girmesiyle sonuçlanmıştır (8,9).

**Hata yapmak insanca, hatada ısrar etmek şeytandır.*

Profesyonel anlamda genel malpraktis kavramı 18. yüzyılın başlarında İngiliz hukuk teorisinin içine girmiştir. 1768 yılında Sir William Blackstone'un İngiliz hukuku üzerine olan, modern anlamda kullandığımız malpraktis kelimesinin orjinini de oluşturan "mala praxis" kelimesinin geçtiği ünlü yorumunda; tıbbi uygulama hataları, "hekimin, cerrahın ya da eczacının, yaralanmalar.....ihmal ya da beceri eksikliği içeren yöntemi" şeklinde tanımlanmıştır (8).

Birçok tanım içerisinde "hastalık sürecine bağlı olmayan tıbbi yönetimden kaynaklanan yaralanma" kavramı oldukça yalın olarak anlatılmaktadır. Tıbbi uygulama hataları, "hizmetleri sunan hekim, hemşire ve ilgili yasaya göre hastaya müdahale yetkisi bulunan fizyoterapist, psikolog veya diyetisyen gibi sağlık personelinin öneri ve/veya uygulamaları sonucu, hastalığın normal seyrinin dışına çıkarak, iyileşmesinin gecikmesinden, hastanın ölümüne kadar geniş bir yelpazedeki şartların" tamamını içermektedir (1,3).

Bir işin belirlenen şekilde yapılması "standart" olarak tanımlanır. Tıbbi uygulama hatası, "hastanın yaralanmasına sebep olan, kabul edilmiş sağlık bakım ve beceri standartlarını sağlamada, bakım hizmeti sunan açısından, başarısızlık veya yanlış uygulama" olarak da tanımlanmaktadır. Bu durumda, tıbbi uygulama hatası, standartlardan sapma anlamına gelir (3,10,11).

Ancak, tıp uygulamasında standartın, güncel ve dinamik bir tanım olduğunu unutmamak gerekir. Örneğin, Hipokrat zamanında, kadınlarda rahmin (hystera) yer değiştirmesinin hastalık yarattığı düşünülürdü. Bu histerinin en eski betimlemesidir ve hastalığın adı korunmuştur. Bu nedenle histerinin erkeklerde görülmediği düşünülürdü. 19. yüzyılın sonlarına kadar histeri bir yalandan yapma sorunu ya da en fazla, hiçbir saygın hekimin üzerinde zaman harcamayacağı bir "hayal gücü" sorunu anlamına geliyor ya da rahimde oluşan ve klitoris ortadan kaldırılmasıyla tedavi edilebilecek –bazen de tedavi edilen- özel bir bozukluk olarak değerlendiriliyordu. Yerinden uzaklaşan rahim, kokusundan nefret ettiği kedi otuyla yerine geri gönderilebilirdi . Günümüzde ise histerinin tanımı, teşhisi ve tedavisi farklıdır. Standartlar, günün koşullarına göre sürekli olarak yenilenmelidir (1,12).

2.2. Tıbbi Uygulama Hatalarının Nedenleri

Hekimler tanı, tedavi ve izlem aşamalarında hata yapabilmektedirler (10,13). Tıbbi uygulama hatası nadiren tek bir nedene bağlı olarak oluşur. Genellikle hata oluşumunda insan faktörü (hekimle ve sağlık personeli ile ilgili) ve çevresel faktörler iç içedir (3,10).

2.2.1. Hekimler ve/veya Sağlık Personeli ile İlgili Faktörler

2.2.1.1. Tecrübe ve Eğitim

Günümüzde tıbbın bilimsel, sosyal ve ekonomik gelişmişlik süreciyle paralel olarak geldiği noktada, hasta hekim ilişkilerinde, hastaların hekimlerden beklentileri artmıştır (14). Bilgisizlikten ve deneyimsizlikten kaynaklanan hataların sayısı azımsanamayacak ölçüdedir. Bilgi o kadar hızlı gelişmektedir ki, hekimler, kendi uzmanlık alanlarında dahi tüm bilgilere hakim olamayabilmektedir. Yeterli mesleki bilgi ile donatılmamış sağlık personeli, sadece tıbbi uygulama hatası olgularının artmasına yol açmayıp, aynı zamanda ilgili diğer personelin eğitilme olanağını da ortadan kaldırmaktadır (3).

Sağlık personelinin deneyiminin de tıbbi uygulama hatası olguları ile doğrudan ilişkili olduğu bilinmektedir. Meslekte çalışma süreleri 10 yıl ve daha fazla olan sağlık personelinin daha az hata yaptıklarının saptandığı bazı çalışmalar mevcuttur (15).

2.2.1.2. Fiziki Yorgunluk

Dikkat azlığı, tıbbi uygulama hatalarına neden olan önemli faktörlerden biridir. Hekimlerin, fiziki yorgunluk nedeniyle dikkatleri dağılabilmektedir (3).

Hicks ve arkadaşları tıbbi hataların en fazla dikkatsizlik ve iş yükünün fazla olmasından kaynaklandığını dile getirmişlerdir (16). Bir başka çalışmada ise sağlık personeli sırasıyla; iş yükünün fazla olmasını, çalışan personel sayısının az olmasını, sağlık personeline görev dışı işlerin yüklenmesini, stres ve yorgunluğu, çalışma sürelerinin uzun olmasını, aylık nöbet sayılarının fazla olmasını ve sağlık personelindeki tükenmişlik duygusunu tıbbi hata nedenleri olarak ifade etmiştir (17).

2.1.1.3. Hekimin Görevini İhmali

İhmal, hekimin sağlık bakımı görevinin hastaya zarar verilmesi ile sonuçlanacak şekilde ihlal edilmesidir (3). Bir hekimden, öncelikle aynı şartlar altında ortalama bir hekimin sahip olması gereken bilgi ve yeteneğe sahip olması, bu bilgi ve yeteneğini ortalama bir hekimin uygulayacağı şekilde uygulamış olması beklenir. Hekimden beklenen, tıbbi standartlara uygun hareket etmiş olmasıdır. Ortalama bilgi ve deneyime sahip bir dış

hekiminin, tıp bilimi ve uygulamasında genel olarak tanınıp kabul edilmiş kurallara uygun hareket etmesi esastır (1,18).

İlgili bir Yargıtay kararında meslek kusurlarının varlığından söz edilebilmesi için, hekimin tıp biliminin genel olarak tanınıp kabul edilmiş bir kuralını çiğnemesi ve kusurlu olmasının şart olduğu, bunun içinse en azından uygulanacak tedavi yönteminin seçiminde bir ihmalin ve tıbbi özen yükümlülüğüne aykırılık varlığının arandığı belirtilmektedir (19).

Hukuki düzlemde hekimin/diğ hekiminin ihmalden bahsedebilmek için aşağıdaki 4 unsurun varlığı değerlendirilmelidir (3).

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

2.1.1.4. İletişim Becerileri

Hekim-hasta ilişkisi tıbbi uygulama hatalarının omurgasını oluşturmaktadır. Sağlık personelinin iletişim becerileri, teşhis aşamasında olduğu gibi, hastaların tedavi planlarını doğru takip etmelerinde önemli bir etkiye sahiptir. Bu etki tıbbi uygulama hatası iddialarının azaltılması ile de yakından ilgilidir (3,20).

Hasta odaklı davranan, hastalarla tartışmaya girmeyen, pozitif duygulanım gösteren hekimler, hastalar tarafından tedavide daha başarılı olarak değerlendirilir. Aynı zamanda bu hekimlerin hastaları tedavi planına daha uyumlu yaklaşırlar (21).

Bununla birlikte yüz ifadesi , gülümseme, göz teması, hastanın dinlendiğini gösteren ve baş hareketleri ile onaylayan mimikler, konuşma sırasında ellerin hareketi, bedenin duruş biçimi (açık ya da kapalı beden postürü, öne ya da arkaya yaslanmak), konuşma şeklinin hızı, ses yüksekliği, ses tonu, duraklamalar ve akıcılık gibi sözel olmayan özellikleri ve söz kesme gibi konuşmaya ait tutumlar da iletişim becerileri kapsamında değerlendirilir (22).

2.2.2. Çevresel Faktörler

2.2.2.1. Ekipman, fiziksel şartlar, örgütsel çevre

Tıbbi uygulama hataları hekimin davranışı ile ilgili olabileceği gibi, birden fazla hekimin, kurumun, sistemin kusuru ile ilgili de olabilir (1). Başka bir deyişle, sağlık kuruluşunda çalışan personelin davranışlarını örgütsel çevre faktörleri değiştirebilir. Tedaviyi üstlenen hekimin yanı sıra sağlık kuruluşunun da en iyi hizmeti sunmak için gereken özeni gösterme yükümlülüğü söz konusudur. Burada bir ekip çalışması söz konusu olup, yükümlülük hastanın bakımı, temiz ve sağlıklı koşulların sağlanması, özenli ve doğru tetkiklerin yapılması, hastaların operasyon sonrası hastane enfeksiyonlarından korunması ve bakımı, hasta ile ilgili tetkik ve konsültasyon sonuçlarının hekime doğru ve güvenilir şekilde ulaştırılması gibi geniş bir yelpazede değerlendirilmelidir (3,10,23)

Bu noktada “hizmet kusuru” kavramından da bahsetmek gerekir. Hizmet kusuru, Anayasa'nın 125. Maddesinde tanımlanarak düzenlenmiştir. Bu maddenin son fıkrasında; “idarenin kendi eylem ve işlemlerinden doğan zararı ödemekle yükümlü olduğu” belirtilir. Bu kusur, hizmeti yerine getiren şahıslara atfedilemeyen, kamu hizmetinin kuruluşunda, düzenlenmesinde, işleyişinde ve örgütlenmesinde ortaya çıkan somut ve objektif bir kusurdur (24). Bir başka deyişle kamu hizmeti eksik veya kötü yönetilmekteyse veya bu faaliyet beklenen hizmet gerekleriyle bağdaştırılamayacak nitelikteyse idarenin bu hizmeti kusurlu yürüttüğü kabul edilir. Konu sağlık hizmeti açısından değerlendirildiğinde, idarenin yani devletin sağlık hizmeti için gerekli örgütü kurması, her türlü araç ve olanağı hizmete hazır halde bulundurması gerekir (25)

Sağlık hizmeti verilirken akla öncelikle sağlık personeli ve hastaneler geliyor olsa da, günümüzde tıbbi ve teknolojik gelişmelere bağlı olarak üretilmiş yüksek teknolojiye sahip tıbbi cihazlar da hizmetin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Tıp alanındaki hızlı gelişmelere bağlı olarak teşhis ve tedavide cihaz kullanımının artması bu cihazların hastaya zarar verebilecek her türlü etkisine karşı önlem alınması gerekliliğini de beraberinde getirmiştir. Hastaya zarar vermeden cihazlardan doğru ve güvenilir sonuçlar almak, cihazların belli aralıklarla kalibrasyonunun yapılması ile mümkündür.

Bir hastane ya da klinikte hastaları tedavi etmekte kullanılan materyalin kesinlikle güvenli olması gerekir. Hastalıkların yayılma olasılığı mümkün olduğunca küçük tutulmalıdır. Bu tehdite karşı temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon dikkatle uygulanmalıdır (26).

2.2.2.2.Yazılı ve Görsel Basının Etkileri

Tıbbi uygulamalar sonucu oluşan kişisel zararlar, son yıllarda basın yayın organlarında giderek artan oranlarda gündeme gelmekte ve toplumun ilgisini çekmektedir. Basın yayın organlarında konu edilen tıbbi uygulama hataları, kamuoyunun davranışlarını belirleme noktasında önemli ölçüde etkili olmaktadır. Bu doğrultuda, insanların sağlık çalışanları tarafından verilen sağlık hizmetlerine yaklaşımları daha sorgular bir tarz almıştır. Basın-yayın organlarında konu edilen bu tür haberler hastaların genel olarak sağlık sisteminden ve bireysel olarak sağlık çalışanlarından beklentilerini artırmış, toplumun bu konuda hassaslaşmasına neden olmuştur. Mevcut olan bu durum, hatalı uygulamaya maruz kalan bireyi hakkını aramak amacıyla çeşitli girişimlerde bulunmak için cesaretlendirmiştir (27).

2.3. Diş Hekiminin Hukuk Karşısındaki Durumunun Tespiti

2.3.1. Diş Hekimliği Faaliyetinin Yasal Dayanakları

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un (TŞSTİDK) 29. maddesi diş hekimini şu şekilde tanımlamaktadır. “Diş tabibi insan sağlığına ilişkin olarak, dişlerin, diş etlerinin ve bunlarla doğrudan bağlantılı olan ağız ve çene dokularının sağlığının korunması, hastalıklarının ve düzensizliklerinin teşhisi ve tedavisi ve rehabilite edilmesi ile ilgili her türlü mesleki faaliyeti icra etmeye yetkilidir.” Aynı kanunun 30. maddesi ise “Türkiye Cumhuriyeti dahilinde dişçilik sanatını icra ve diş tabibi ünvanını taşıyabilmek için Türk olmak ve Türkiye Darülfünunu Dişçi Mektebi'nden diploma almak lazımdır” demektedir (28).

Bu halde diş hekimliği faaliyetinde bulunabilmek için öncelikle diş hekimliği diplomasına sahip olmak ve Türk vatandaşı olmak gerekir.

3224 sayılı Türk Diş Hekimleri Birliği Kanunu'nun 17. maddesinin 1. fıkrasında ise: “*Bir oda sınırları içinde sanatını icra etmeye başlayan diş hekimleri o il veya bölge odasına üye olmak ve üyelik görevlerini yerine getirmekle yükümlüdürler.*” denmektedir. Aynı kanunun 44. maddesi gereğince, gerekli şartların varlığı halinde diş hekimlerinin geçici veya sürekli olarak meslekten men edilmeleri mümkündür (29).

Ülkemizde diş hekimliği hizmetleri, kamu hastanelerinde, özel hastanelerde, merkezlerde, polikliniklerde, muayenehaneler ve müşterek muayanehanelerde verilir.

2.3.1.1. Kamu Hastaneleri

Kamu hastaneleri vatandaşlara sağlık hizmeti sunmak amacıyla kurulmuş olan ve kamu yönetiminin içinde yer alan teşekküllerdir. Bu nedenle de kuruluşları, işleyişleri, idareleri ve kapatılmaları bakımından Kamu Hukuku kurallarına tabidirler. Bu bağlamda devletin resmi hastaneleri, özel idareler ile belediyeler tarafından açılan hastaneler ile askeri hastaneler ve üniversite hastaneleri kamu hastanesi niteliğindedir. Kamu hastanelerinde çalışan dış hekimleri ve dış teknisyenleri de “kamu personeli” statüsündedir (4,30).

Anayasa'nın 129/5. maddesi “*memur ve diğer kamu görevlilerinin yetkilerini kullanırken kişilere kusurları nedeniyle verdikleri zararlardan dolayı yalnız idareye (devlet) karşı dava açılabileceğini ve idarenin kusurlu memura dönme (rücu) hakkı bulunduğunu*” kabul etmiştir. Benzer hüküm 657 sayılı Devlet Memurları Yasası'nın 13. Maddesinde de bulunmaktadır (7).

Dolayısıyla kamu hastanesinden hizmet alan hasta ile burada çalışan sağlık personeli arasında kamu ilişkisi söz konusu olup hizmetin aksaması durumunda İdare Hukuku çerçevesinde başvuru yapılır. Kamu hastanelerinde çalışan sağlık personeli hakkında yürütülecek cezai soruşturma da farklılık taşır. Bu kişiler hakkında Cumhuriyet Savcılığı nezdinde bir şikayet yapıldığında, Kamu Personelinin Yargılanması Hakkındaki Kanun gereğince Savcılık makamı doğrudan kovuşturma yapamayıp ilgili makamlardan soruşturma izni almak için başvuruda bulunur (4).

2.3.1.2. Özel Hastaneler

Türkiye’de özel hastanelerin açılmasına, 05.06.1933 tarih ve 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu ile izin verilmiştir. Bu kanunun yanı sıra Özel Hastaneler Yönetmeliği de, özel hastane açmak için aranan koşulları, gerekli başvuru ve izinleri, bu hastanelerde verilebilecek hizmetlerin neler olduğunu belirtir.

Özel hastanelerde, dış hekiminin yaptığı tıbbi müdahale nedeniyle zarara uğrayan hasta ileride ele alınacak sözleşmeler gereği hastane veya dış hekimi ya da her ikisi hakkında yasal başvuruda bulunabilir. Kamu hastanelerinden farklı olarak, dış hekiminin hatalı müdahalesi aynı zamanda bir suç oluşturuyorsa kendisi hakkında doğrudan ceza kovuşturması yapılabilir ve hakkında izne gerek olmaksızın kamu davası açılabilir (4).

2.3.1.3. Merkezler

Sağlık Bakanlığı'na çıkarılan 14.10.1999 tarih ve 23846 sayılı Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik'in 5. Maddesinde sağlık kuruluşlarının türleri ve temel özellikleri belirtilmiştir. 5/a maddesinde ise merkez tanımı yapılmıştır. Buna göre merkez; birden fazla diş hekiminin müştereken açtıkları, en az üç diş ünitesinin ve genel anestezi ile müdahale biriminin bulunduğu, hastaların müşahade, muayene, teşhis ve tedavi edildikleri ağız ve diş sağlığı hizmeti sunulan sağlık kuruluşlarıdır (31). Aynı yönetmeliğin 9. maddesine göre merkezlerde bir diş hekimi mesul müdür bulunur. Mesul müdür idari işlemlerden bizzat, tıbbi işlemlerden ise diğer diş hekimleri ile birlikte sorumlu olur. Bu yükümlülüklerinin yanı sıra, tıbbi atıkların usulüne uygun olarak imhasını sağlamak, merkezde bulunan cihaz ve malzemelerin sterilizasyonunu denetlemek ve çalışan personelin bulaşıcı hastalıklar yönünden periyodik olarak muayenelerini yaptırmak görevi vardır.

2.3.1.4. Poliklinikler

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik'in 5/b maddesinde poliklinikler; birden fazla diş hekiminin müştereken açtıkları ve en az iki diş ünitesinin bulunduğu, ağız ve diş sağlığı hizmeti sunulan sağlık kuruluşu olarak tanımlanmıştır. Muayenelerden farklı olarak aynı yönetmeliğin 20. maddesi gereği poliklinikler, 24 saat hizmet verebilirler.

2.3.1.5. Muayenehane ve Müşterek Muayenehaneler

Yine aynı yönetmeliğin 5/c maddesine göre müşterek muayenehane; birden fazla diş hekiminin veya en az bir diş hekimi ve bir tabipin müştereken açtıkları ve mesleklerini serbest olarak icra ettikleri sağlık kuruluşu; 5/d maddesine göre muayenehane ise; diş hekiminin mesleğini serbest olarak icra etmek üzere münferiden açtığı sağlık kuruluşu şeklinde tanımlanmıştır.

2.3.2. Diş Hekimi ile Hasta Arasındaki Hukuki İlişki

Diş hekimi ile hasta arasındaki ilişkide her iki tarafın da bazı hakları ve sorumlulukları bulunur. Söz konusu hak ve sorumlulukları tanımlamak ancak ilişkinin hukuki içeriğini ortaya koyarak mümkün olabilir (4).

2.3.2.1. Sözleşmeden doğan sorumluluk

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

2.3.2.1.1. Vekâlet Sözleşmesi ve Unsurları

6098 sayılı Türk Borçlar Kanunu'nun (BK) 502. maddesi vekâlet sözleşmesini “Vekilin, vekalet verenin bir işini görmeyi veya işlemi yapmayı üstlendiği” sözleşme türü olarak tanımlar. Doktrinde ise vekâlet sözleşmesi şu şekilde tanımlanmaktadır: “Vekâlet sözleşmesi, taraflardan birinin diğer tarafın yararına ve iradesine uygun olarak bir iş görme borcunu, bir zaman kaydına bağlı olmaksızın ve nispeten bağımsız olarak üstlendiği fakat sonuç rizikosunu üstlenmediği, buna karşılık diğer tarafın ise belli bir bedel üstlenme zorunluluğunun bulunmadığı sözleşme olarak tanımlanabilir” (32,33).

Doktrinde ağır basan görüşe göre, hekimin hastaya tıbbi müdahalede bulunması ancak vekalet sözleşmesinin konusunu teşkil edebilir. Konuyla ilgili bir Yargıtay kararında “Hasta ile doktorun meslek ilişkisi vekillik sözleşmesine dayanır. Vekil, iş görürken yöneldiği sonucun elde edilmemesinden değil, bu sonuca ulaşmak için yaptığı uğraşların özenle görülmemesinden sorumludur. O nedenle, doktorun meslek alanı içinde olan bütün kusurları (hafif de olsa) sorumluluğun unsuru olarak kabul edilmelidir” denilmektedir (34).

Böylece vekalet sözleşmesinin söz konusu olabilmesi için gerekli unsurlardan ilki sözleşmenin konusunu bir iş görmenin oluşturmasıdır. Hekim, hastası ile arasındaki sözleşme gereği hastanın tedavi edilmesini yani maddi bir fiilin yapılmasını üstlenmektedir ki bu “iş görme” dir. İkinci unsur, iş görmenin zaman kaydına bağlı olmaksızın ve sonucun elde edilememesi rizikosunu taşımaksızın belli bir yönde yapılmasıdır (32). Hekimin çalışması belli bir amaca yönelmiştir; bu sonuçta süre unsuru değil tedavi önemlidir. Bunun yanısıra, hekim iyileştirmede sonucun rizikosunu ancak kusur halinde üstlenmiştir. Başka bir deyişle tıbbi yardım ve eylemlerde sonucun hekim tarafından garanti edilmesi söz konusu olamaz (7). Ancak vekalet sözleşmesi ile hekim; hastasının sağlığını korumak veya düzeltmek için elinden geleni yapacağına, ona özen, içten bağlılık ve sadakat göstereceğine, tüm bilgi ve becerisini onun yararına kullanacağına, sırlarını saklayacağına, kayıtlarını düzgün olarak tutacağına ve tedavisini sürdüreceğine dair garanti vermiş olur (1). BK'nuna göre ücret, vekalet sözleşmesinin zorunlu koşulu değildir (7). Ancak 502. madde “Sözleşme veya teamül varsa vekil ücrete hak kazanır” demektedir.

BK'nun 512. maddesine göre ise, vekalet veren ve vekil sözleşmeyi her zaman tek taraflı olarak sona erdirebilir. Ancak uygun olmayan zamanda sözleşmeyi sona erdiren taraf, diğerinin bundan doğan zararını gidermekle yükümlüdür. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin (TDN) 19. maddesi sözleşmeden caymayı, tedaviyi bırakmayı hizmetin önemi ile orantılı olarak birtakım koşullara bağlamıştır. Hekim ve dış hekimi mesleki, kişisel nedenlerle tedaviyi bitirmeden hastayı bırakabilir. Ancak, tedaviye olanak verecek süreyi önceden hesaplayarak hastayı önceden haberdar etmesi zorunludur. Hastanın bırakılması durumunda hayatının tehlikeye düşmesi veya sağlığının zarar görmesi olasılığı varsa, diğer bir meslektaş temin edilmedikçe, hekim hastasını terk edemez (7,31).

Dış hekimliğini ve plastik cerrahiyi ilgilendiren bazı uygulamalarda yapılan varsayımsal sözleşme vekalet sözleşmesi değil, eser sözleşmesidir (3).

2.3.2.1.2. Eser (İstisna) Sözleşmesi ve Unsurları

B.K.'nun 470. maddesindeki tanıma göre “Eser sözleşmesi yüklenicinin bir eser meydana getirmeyi, iş sahibinin de bunun karşılığında bir bedel ödemeyi üstlendiği sözleşmedir”.

Eser sözleşmesinde, sözleşmeye egemen olan amaç, bir şeyin (eser) meydana getirilmesidir (7). Eser kavramının kapsamına nelerin gireceği öğretilmektedir. Eser kavramının maddi varlığı olan şeylere yüklenmesi gerektiği yönünde düşünceler olduğu gibi,

maddi olmayan varlıkların da eser olarak kabul edilmesi gerektiğini kabul eden görüşler de vardır (35). Eser karşılığında bir ücretin ödenmesi, sözleşmenin ikinci unsurudur. Taraflar ücretin miktarını açık olarak sözleşmenin başında belirleyebilecekleri gibi, eserin yapımı aşamasında da tespit edebilirler (4).

Eser sözleşmesinin bu iki karakteristik unsurundan “eser meydana getirme” yüklenici”ye, “bedel” unsuru ise “iş sahibi”ne işaret eder. Böylece yüklenici belli bir eser meydana getirir, iş sahibi ise bunun karşılığında bir bedel öder (33). Bu tür bir sözleşmede önemli olan “çalışmanın kendisinden çok, bu çalışmadan ortaya çıkan ve objektif olarak gözlenmesi mümkün olan sonuçtur (35). Eser sözleşmesinin, vekalet sözleşmesinden farkı sonucun garanti edilmesidir (1). Ancak hekimin hastayı tedavisinin veya cerrahi müdahalelerinin başarıyla sonuçlanması, niteliği gereği tartışılmayan ve çoğu zaman hekimin elinde olmayan faktörlere (hastanın durumu ve hastalığın niteliği gibi) bağlı olduğundan, objektif olarak sonuç garantisi verilmeye elverişli değildir (32).

Diş hekimi ile hasta arasında gerçekleşen eser sözleşmeleri, konusundan dolayı diğer sözleşmelerden farklıdır. Gerçekleştirilecek eser, kişinin vücudunda kullanılır olduğundan ve yapımı teknik bir uzmanlık gerektirdiğinden eserin niteliklerine, kişinin bedeni üzerinde göstereceği olası etkilere, yapılışı sırasında oluşabilecek zararlara ve sonuca varılması için hasta tarafından uyulması gereken kurallara ilişkin olarak iş sahibi tarafından hastanın bilgilendirilmesi gerekir (4).

Von Büren, bir diş hekiminin hem diş çekimi hem de diş takması halinde; hakimın sözleşmeye vekalet ve eser sözleşmelerinden uygun düşen kuralları uygulaması gerektiğini, belli bir sözleşme tipine katı surette bağlı kalmanın doğru olmadığını ileri sürmektedir (35).

İlgili bir Yargıtay kararında “ Diş protezi yapılması bir eser (istisna) sözleşmesidir. Eser sözleşmesinde, müteahhitin iş sahibinin verdiği, taahhüt ettiği bir ücret karşılığında bir şey yapımını yüklenmesi söz konusudur. Davacı yapılan protezin sözleşme şartlarına uygun yapılmadığını ileri sürmüştür. Davaya konu olan protezin sözleşme şartlarına uygun bir eser olup olmadığı, davacının protezi tıbbi ve fenni yönden kullanıp kullanamayacağı ve nefaset kurallarına göre, protezin kabule şayan görülüp görülmeyeceğinin 818 sayılı B.K.’nun 363. maddesi (6098 sayılı yeni BK’da 474. madde) doğrultusunda yeniden seçilecek uzman bilirkişi aracılığı ile tetkikat yapılarak sonucuna göre bir karar vermesi gerekir”. denmektedir (36). Yüksek mahkeme bu kararında davaya konu olan imal edileni şeyi (protez) esas almıştır. Protez yapımını hekimlik mesleğinin uğraş alanı olan tedavi sanatı içinde ve birlikte değerlendirmek gerekir. Protez yapımı de olsa, doktorun çalışması ve yapılan işin niteliğinin amacı tedavi olup insan sağlığını etkiler niteliktedir (7).

2.4. Tıbbi Uygulamaların İstenmeyen Sonuçları

Hekimlik, riskli bir meslek grubudur. Her tıbbi girişimin kendine özgü risk ve sapmaları bulunur. Dolayısı ile oluşabilecek her tür kötü sonuçtan hekimin sorumlu tutulması beklenemez. Bu şekilde ortaya çıkan ve tıbbi uygulamada “komplikasyon” adı verilen istenmeyen durumlar, hukuk açısından da makul karşılanarak “kabul edilebilir risk” olarak nitelendirilir ve tıbbi uygulama hatası olarak değerlendirilmez (1,37).

Hekimlerin tıbbi uygulamaları nedeniyle sorumlu tutulabilmeleri için eylemin;

- Hukuka aykırı olması
- Bilimsel tıbbi standartlardan sapma olması (Kusur oluşması)
- Zararlı bir sonuç doğurmuş olması
- Zararlı sonuç ile kusurlu davranış arasında nedensellik ilişkisi bulunması gerekir (3).

2.4.1. Hukuka Aykırılık

Hukuka aykırılık; yasalar, yönetmelikler, genel ahlak, tıbbi etik kurallara uygunsuzluk anlamına gelir (3). Hekim sanatını hastanın bedeni üzerinde icra eder. Hekimin, hastanın bedeni üzerinde icra ettiği her türlü tıbbi müdahale, kural olarak hukuka aykırıdır. Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğu için, yetkili kişilerce yapılması, tıp mesleğinin gerektirdiği kurallara ve özen yükümlülüğüne uygun davranılması ve en önemlisi hastanın aydınlatılmış onamının alınması gerekir (38).

2.4.1.1. Aydınlatılmış Onam

Anglo- Amerikan hukuk sisteminin iki temel ilkesinin –güvene dayalı ilişki ve bireyin kendi hakkında karar verme hakkı- doğal gelişimi sonucunda ortaya çıktığı ileri sürülen aydınlatılmış onam öğretisi; hastanın karar vermesi esasına dayanan hekim hasta ilişkisinin temelini oluşturmaktadır. Hastanın karar vermeye yeterli ve gönüllü olması kadar bilginin açıklanması ve anlaşılır olmasını da zorunlu kılan bu öğretiyi, doktor hasta arasında asimetrik bir ilişki yaratacak bilgiyi hastaya vermek ve hasta- hekim ilişkisini bir statü olmaktan çıkartarak bir anlaşmaya dönüştürmek anlamına gelir. Bu öğretiyi, insan onurunu ve bütünlüğünü korumayı hedefler (39). 1905- 1914 yıllarında Amerika Birleşik Devletleri’nde

verilen bir dizi karar, aydınlatılmış onam kavramının yasal düzleme yerleşmesine neden olmuştur (40).

Bu kararlardan biri, Mohr-Williams davası olarak bilinen davanın sonucunda verilmiştir. 1905’de Ann Mohr sağ kulağı üzerinde yapılacak olan ameliyat için onam verir. Hasta anestezi altındayken cerrah Williams, sağdan çok sol kulağın ameliyata ihtiyacı olduğuna karar verir ve sol kulağı ameliyat eder. Hastanın, kendisinden izinsiz yapılan bu eylemi dava etmesi sonucu mahkeme, ameliyatın ustaca yapıldığına ve yararlı olduğuna dair kanıtlara sahip olmasına karşın, sol kulak ameliyatının hasta üzerinde kötü davranış ve saldırı oluşturduğunu kabul eder. 1914’de hasta Schloendorff’un New York Hastanesi’ne karşı açtığı davada ise hakim Cardoza aldığı kararda "Her yetişkin yaşta ve ortalama akılda olan insan, kendi bedenine ne yapılacağını belirleme hakkına sahiptir ve hastanın onamı olmaksızın herhangi bir ameliyat gerçekleştiren cerrah, zararlarından kendisinin sorumlu olduğu bir saldırı meydana getirmiş olur" demiştir (41). Günümüzde aydınlatılmış onamın gereklerinden biri olarak kabul edilen bireyin kendiyle ilgili karar verme hakkı, ilk kez bu davada ele alınmaya başlanmış ve aydınlatılmış onamın bu hakkı koruyacağı fikri doğmuştur (42).

Aydınlatma yükümlülüğü, hastanın tıbbi müdahaleye rızasının alınmasında ilk adım olup, hasta ile hekim arasında sözleşme öncesi görüşmelerden başlayarak müdahalenin sona ermesi, hatta daha sonraki rehabilitasyon sürecinde her aşamada hekimin karşısına çıkan bir yükümlülüktür. Aydınlatma yükümlülüğü, tıp bilimi açısından müdahalenin başlaması ve yönlendirilmesinde etkin olduğu gibi, hekimin yol haritasını da belirler. Hukuk ise, tıbbi müdahalenin konusunun insan yaşamı, sağlığı ve bedensel bütünlüğü olması nedeniyle, bunun hukuka uygunluğu ve hekimin sorumluluğu bakımından aydınlatma yükümlülüğü ile ilgilenir (38).

Aydınlatılmış onam terimi içerdiği iki öge açısından tanımlandığında, terimin aydınlatma bölümü; uygulanacak yöntemin kapsamını, yapısını, yararlarını, olası istenmeyen sonuçlarını, bu yöntemle seçeneğe oluşturabilecek diğer yöntemleri ve bu yöntemlerin yapısı ve sonuçlarını kapsar. Bu bilgilerin anlaşılmasının ve verilecek karara yönelik olarak ayrıntılandırılmasının gerekliliği terimde yalnızca “bilgilendirme” sözcüğünü kullanmak yerine “aydınlatma” sözcüğünün kullanılmasını gerektirmiştir. “Onam” sözcüğü ise bu bilgilerin ışığında kabul ya da reddetme eylemini içerir (43).

Aydınlatma yükümlülüğü, uluslararası çeşitli sözleşmeler ve bildirgelerle kabul edilmiştir. Hasta hakları ile ilgili olarak kabul edilen ilk uluslararası metin Lizbon Bildirgesi’dir. Bu bildirge 1981 yılında Dünya Tabipler Birliği’nin 34. genel kurulunda

benimsenmiştir. Altı maddelik bildirgenin üçüncü maddesi;” Hasta, yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra, tedaviyi kabul ya da reddetme hakkına sahiptir.” der (43, 44).

Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi'nin (28-30 Mart 1994, Amsterdam) 1. maddesinde, kişinin kendi yaşamını belirleme hakkına sahip olduğu belirtildikten sonra, 2. maddede ayrıntılı olarak aydınlatma yükümlülüğü dokuz bent halinde açıklanmış ve devamında 3. maddede onay (rıza) kavramı üzerinde durularak aydınlatılmış onamın, herhangi bir tıbbî müdahalenin ve bilimsel araştırmanın ön koşulu olduğu vurgulanmıştır (45).

Türk hukukunda ise tek başına aydınlatma yükümlülüğüne ait genel bir hüküm yoktur. Buna rağmen Anayasa, Türk Medeni Kanunu (TMK) ve BK'ndan yararlanarak genel bir dayanağa ulaşılabilir (38). Anayasa'nın 17. maddesinde “Herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz” denir (31).

Kişilik haklarının korunmasını sağlayan TMK'nun 23 ve 24. maddeleri aydınlatma yükümlülüğünün özel hukuk bakımından hukuki dayanağını oluşturmaktadır (38).

TŞSTİDK'nda aydınlatma yükümlülüğü özel olarak düzenlenmiştir. Bu kanunun 70. maddesinde “Tabipler, diş tabipleri ve dişçiler, yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evvelemirde muvafakatını alırlar” denmiş ve bu maddeyle her tür tıbbi girişim için hastanın onamının alınması gerekliliği belirtilmiştir (31, 38).

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin (HHY) 24. maddesi ise aydınlatma yükümlülüğü ile ilgili olarak şu şekilde düzenlenmiştir: “Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunmadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde bu şart aranmaz. Kanuni temsilci tarafından muvafakat verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet veya vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; TMK'nun 272. ve 431. maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır. Kanuni temsilciden veya mahkemeden izin alınması zaman gerektirecek ve hastaya derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı veya hayati organlardan birisi tehdit altına girecek ise, izin şartı aranmaz” (46).

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

ultrasonografik ya da basit radyolojik incelemeler gibi rutin işlemler, hastanın kendisine yapılacak uygulama ile ilgili bilgisinin bulunması ve bilgilendirmenin hastanın ruh ve beden sağlığını olumsuz etkileyeceği kronik ve malign hastalıkların varlığı olarak sıralanabilir. Hasta vermiş olduğu onamı dilediği zaman geri alma hakkına sahiptir. Bu haktan Biyotıp Sözleşmesi'nin 5. maddesinde bahsedilmektedir (47,48).

2.4.2. Kusur

Genel kabul görmüş tanıma göre kusur; hukuk düzenince kınanabilen davranıştır. Kınamanın sebebi ise başka türlü davranma olanağı varken ve zorunlu iken o şekilde davranmayıp söz konusu olaydaki gibi davranmaktır. Başka bir anlatımla kusur, olması gereken davranışa gösterilen irade eksikliğidir (7). Tıbbi kusur ise; o günkü genel kabul görmüş tıbbi uygulama standartları çerçevesinde ortalama bilgi düzeyi, beceri, dikkat ve özene sahip bir hekimin göstermesi gereken davranış şeklinin gösterilmemesidir (1).

Hekimlerin tıbbi yardım nedeniyle ve sırasındaki kusurlarının belirlenmesinde ve ortaya konulmasında özel-ayrıcılıklı bir durum söz konusu değildir. Tüm bireylerin kusurlu davranışlarının belirlenmesi ve değerlendirilmesi için geçerli olan unsur ve yöntemlerden yararlanılması gerekir (7). Yargıtay 13. HD'nin 14.10.1974 tarih ve 2637/2492 sayılı kararına göre; "Bir meslek veya sanat erbabı, meslek veya sanatını icra ederken muhakkak surette bilmesi gereken bir konuyu bilmemesi veya zararın önüne geçmek için bilimin lüzum gösterdiği tedbirleri ihmal etmesi yüzünden zarara sebebiyet verirse sorumlu olur. Ancak muhakkak olmayan, tartışılan ve genellikle kabul olunmayan bilim kurallarına riayetsizlik sorumluluğu gerektiren bir kusur sayılmaz. Doktorlar tarafından yapılan ameliyatlarda beklenen iyi sonucu vermemiş olsa dahi tıp biliminin bütün kurallarına uygun bir müdahale yapılmış ise, artık doktora kusur izafe edilemediğinden sonuçtan sorumlu tutulamaz."

Tıbbi uygulama hatasından söz edebilmek için karşılaştırma yapılmasına olanak sağlayacak standartlar ve geçerli kurallar bulunmalıdır (3). Zira, hekimin belirli bir davranışının ne zaman kurala uygun ne zaman kurala aykırı olduğu sadece buna göre tespit edilebilir (49).

Tıbbi uygulama hatalarına ait istatistiklere bakıldığında, gerek hekimler gerekse diğer sağlık personeli açısından en fazla şikayetin "özen yükümlülüğünü yerine getirmemek" iddiası ile yapıldığı dikkati çekmektedir. Böyle bir kusurun varlığının saptanmasında hukukçu, teknik bir konu olduğu için "bilirkişi" yardımı alacak ve usul yasaları çerçevesinde

konuyu yine hekimlerin önüne getirerek aldığı görüşler çerçevesinde bir hüküm kurma yoluna gidecektir (1).

2.4.3. Zarar

Zarar hekimin sorumluluğunun, dolayısıyla tazminat borcunun en önemli şartını teşkil eder (32). Hekim sorumluluğunda zarar insan yaşam ve sağlığı ile (maddi), ruhsal bütünlüğünde (manevi) oluşan istenmeyen değişiklikler nedeniyle ortaya çıkar; mal varlığında eksilme maddi, kişisel değerler üzerindeki eksilme, bozulma ise manevi zararı oluşturur.

Maddi zarar kapsamında, tedavi giderleri, çalışma gücü kaybı zararları, destekten yoksun kalma zararı ve ölüm nedeniyle oluşan diğer maddi zararlar sayılabilir (7). Manevi zarar ise, hatalı bir tedavinin sonucu olarak hastanın duyduğu bedensel ve manevi acıyı, hayat zevklerinde meydana gelen azalmayı ifade eder. BK'nun 49. Maddesine göre ise manevi zarar yalnız kişinin madde değerlerine oluşturan yaşam ve sağlıkla sınırlı değildir. Kişinin onur, saygınlık, sır ve özgürlükler gibi manevi değerlerine saldırı hallerinde de manevi zarar söz konusudur (3,32).

Manevi zarar ve tazminatın belirlenmesi yargının görevidir. Mahkeme somut olayın özelliğini, yapılan tıbbi yardımdan bir yarar sağlanıp sağlanmadığı, umulmadık bir durumun söz konusu olup olmamasını, hastanın bir kusurunun olup olmadığını ve zararı gerçekleştiren istenmeyen durumun bireyin sağlığı ve yaşam düzeyine ve toplumsal ilişkilerine etkisini gözeterek adil bir sonuca varmayı hedefler (7).

Özel hukuk, haksız eylemin kişilere verdiği maddi ve manevi zararları ilgilendirir. Ceza hukuku ise suç oluşturan eylemin cezalandırılmasında kamu yararı arar. Bir eylem hakkında hem hukuk hem de ceza davasının açıldığı durumlarda, ayrı ayrı verilen kararların birbirini ne ölçüde ve nasıl etkilediğini değerlendirildiğinde, ceza mahkemesinin, hukuk mahkemesinin kusur ve zarar tutarına ilişkin kararıyla bağlı olmadığı görülmektedir. Hukuk ve ceza davalarının konuları, tarafları ve amaçları farklı olduğundan ceza mahkemesi kararları kural olarak hukuk mahkemesi kararlarına dayanak oluşturmaz. Aynı şekilde hukuk mahkemesi de ceza mahkemesinin beraat kararı ile bağlı değildir (50)

2.4.4. İlliyet (Nedensellik) Bağı

Hekimin kusuru nedeniyle sorumlu olabilmesi için zararlı kusurlu davranış arasında uygun illiyet bağı bulunmalıdır. Başka bir deyişle zararlı sonuç, hekimin kusurlu eyleminin uygun nedeni ve sonucu olmalıdır. İlliyet bağından söz edebilmek için doktorun hareketinin doğal sonucu etkilemiş ve zararlı sonucun gerçekleşmesini önemli ölçüde arttırmış olması gerekir. Ancak kusurlu davranış olmasaydı bile hastalığın doğal gelişimi aynı sonucu doğuracaksa illiyet bağından söz edilemez (7).

2.4.5. Defansif Tıp Uygulamaları

Defansif tıp kısaca; hekimin ceza veya hukuk davalarıyla karşılaşmamak, tazminat ödememek, sigorta poliçe primlerini arttırmamak amacıyla, aşırı korumacı veya çekingen davranarak tanı ve tedaviye yönelik uygulamaları gereksiz kullanması ve tıbbi uygulama hatası davası ile sonuçlanma riski yüksek olan uygulamalardan kaçınması şeklinde tanımlanır (51).

Dünya Tıp Birliği, (World Medical Association) 1992 yılında yapılan 44. Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda kabul edilen Tıpta Yanlış Uygulama Bildirgesi ile ülkelerin tıp birliklerini uyararak "Artan davalar karşısında defansif tıp uygulamalarının dolaylı olmayan sonuçlarının dava konusu olduğunu ve defansif tıp uygulamalarının çeşitli yönleri konusunda tarafların uyarılması" gerektiğini bildirir (2).

2.5. Dış Hekiminin Cezai Sorumlulukları

Ülkemizde hekimlerin mesleki uygulamaları sırasında yüklendikleri sorumlulukları düzenleyen kanuni süreç incelendiğinde hekimler hakkında yaptırım getiren tek başına özel bir kanunun olmadığı görülmektedir. Hekimler, uygulamaları esnasında yaralama ve/veya ölüme sebebiyet verdikleri takdirde Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) ilgili maddeleriyle yargılanırlar (52).

Ceza hukukunda suçun manevi unsuru, başka bir deyişle kusurluluk yönü itibariyle iki tür sorumluluk söz konusu olabilir: Kast ve taksir sorumluluğu (53). 5237 sayılı TCK'nun 21. maddesinde; "Suçun oluşması kastın varlığına bağlıdır. Kast, suçun kanuni tanımındaki unsurların bilerek ve istenerek gerçekleştirilmesidir. Kişinin, suçun kanuni tanımındaki

unsurların gerçekleşebileceğini öngörmesine rağmen, fiili işlemi halinde “olası kast” dan söz edilir” denir.

Kasten öldürme suçunun oluşabilmesi için eylem ile birlikte kasıt varlığının da (sonucu bilme ve isteme) bulunması gerekir. Örneğin hastanın kendi isteği ile, hastalığının yarattığı acısına son verilmesi (ötenazi) hakkında ülkemizde özel bir yasal düzenleme yoktur. Hekim tarafından hastanın isteği ile yaşamına son verilmesi kasten öldürme suçunu oluşturur (7).

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

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

Tablo 1. 5237 sayılı TCK’nda Kast ve Taksir Kavramları

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

Tablo 2. Taksir ve Bilinçli Taksir Kavramlarının Karşılaştırılması

Hekimlerin cezai sorumluluğunu doğuran durumların tamamında kusurluluk tipi taksir şeklinde ortaya çıkmaktadır. Hekimlik mesleğinin gerektirdiği dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırı hareket edilmekle kanunda taksirli şekli öngörülen insan ölümü veya yaralanması gibi bir netice meydana gelmiş ise hekim artık bu olayın faili durumunda olacaktır (54).

Taksir ve bilinçli taksiri birbirinden ayıran temel farkın, öngörme kavramı ile ilgili olduğu görülmektedir (Tablo 2). Taksirin öngörülebilirlik unsuru onu kaza, tesadüf ya da komplikasyondan ayıran sınırı belirler (55) Hekimin taksirinden bahsedebilmek için tıbbi müdahalenin gerçekleştirilmesi ya da gerçekleştirilmemesi sonucu öngörülebilir nitelikte bir sonucun doğması ve hekime böyle bu görevi yükleyen bir hukuk kuralı bulunması gerekir (56).

Diş hekimliği uygulamasında da çoğunlukla karşılaşılan taksir sorumluluğudur. Bununla beraber hasta ile hekim arasında yaşanan ücret anlaşmazlıkları sonucunda diş hekiminin hastanın ağızındaki protezleri sökmesi gibi durumlarda kast sorumluluğu söz konusu olur (53).

Somut olayda yerel mahkeme, hastanın ortodonti uzmanı hekim tarafından düzenlenen tedavi şeması ile birlikte sanık diş hekimine başvurduğunu, tedavi şemasında da belirtilen 4 no'lu diş olan 1. küçük azı dişinin çekilmesini istediğini, sanık diş hekiminin mesleğinin gerektirdiği özeni göstermeyerek 3 no'lu diş olan kanin dişini çekmekten ibaret eyleminin taksirle yaralama suçunu oluşturduğunu belirtir. Bir diğer olayda ise suç tarihinde diş hekimi olarak görev yapan sanık, diş çektirmek için kendisine başvuran 1991 doğumlu mağdurun üst sol IV-V no'lu çürük dişleri yerine üst sağ IV-V no'lu dişlerini çektiği, Yüksek Sağlık Şurası'nın raporunda diş hekiminin hastasına gerekli dikkat ve özeni göstermediğinin belirtildiği, onun kısmen eza görecektir veya sağlığını bozacak derecede yaralanmasına sebep olması karşısında taksirle yaralama suçunun oluşacağı ifade edilmiştir (53).

2.6. Bilirkişilik Kurumları

Hukuk ve ceza yargılaması kanunlarının bilirkişilik sistemindeki temel dayanak noktası, hakimin özel ya da teknik bir bilgiyi gerektiren bir konuda bilirkişiye başvurup kendisini aydınlatmak istemesidir (3).

Ülkemizde yürürlükte olan mevzuatlar gereği tıbbi bilirkişilik görevi; branş ayırımı yapılmaksızın mesleğini icra etmeye yetkili hekimlere verilmiştir. Bu kapsamda Adli Tıp Kurumu (ATK), Yüksek Sağlık Şurası (YSS), üniversitelerin Adli Tıp Anabilim Dalları, Adli Tıp Enstitüleri, Tabip Odaları Onur Kurulları, Türk Tabipleri Birliği Yüksek Onur Kurulu, Diş Hekimleri Odaları Disiplin Kurulları, Türk Diş Hekimleri Birliği Yüksek Disiplin Kurulu ülkemizde bilirkişilik görevi üstlenen kurumlardır. Meslek odaları ve birlikleri ile ilçelerde İlçe Disiplin Kurulları, illerde ise İl Disiplin Kurulları tıbbi uygulama hatalarını disiplin suçu kapsamında ele alırlar (3, 30, 57).

2.6.1. Adli Tıp Kurumu

ATK, mahkemeler ile hakimlikler ve savcılıklar tarafından gönderilen adli tıp ile ilgili konularda bilimsel ve teknik görüşlerini bildirmek, adli tıp uzmanlığı ve yan dal uzmanlığı programları ile görev alanına giren konularda diğer adli bilimler alanlarında sempozyum, konferans ve benzeri etkinlikler düzenlemek ve bunlara ilişkin eğitim programları uygulamak (19.02.2003 tarih ve 4810 sayılı Adli Tıp Kurumu Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile eklenmiştir.) üzere Adalet Bakanlığı'na bağlı olarak kurulmuş bir kamu kuruluşudur. Kurum, başkanlık, başkanlık kurulu, ihtisas daireleri ve kurulları ile şube müdürlüklerinden oluşur (58).

ATK Kanunu'na göre, mesleki kusurlara bakan kurul, 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu'dur. Ancak tıbbi uygulama hatası ölümle sonuçlanmışsa 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu'nda değerlendirilir. 3. İhtisas Kurulu, bir başkan ve adli tıp uzmanı iki üye ile, birer Ortopedi ve Travmatoloji, Genel Cerrahi, Nöroloji, İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları ve Enfeksiyon Hastalıkları uzmanından oluşmaktadır. 1. İhtisas Kurulu ise, Adli Tıp, Patolojik Anatomi, İç Hastalıkları, Kardiyoloji, Genel Cerrahi, Beyin Cerrahisi ve Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanından oluşur (3,58,59). Ancak 2013 yılı başından itibaren tıbbi uygulama hataları ile ilgili dosyalara 2. ATK İhtisas Kurulu'nun baktığı bilinmektedir.

Adli Tıp Genel Kurulu, ATK Başkanının başkanlığında, adli tıp ihtisas kurulları başkan ve üyelerinden oluşur. Genel Kurul, mahkemeler ve savcılıkların yeterince kanaat verici bulmadıkları ihtisas kurulları ve dairelerinin raporlarını karara bağlar. Genel Kurul ve ihtisas kurulları gerek duyduğunda ilgili kişilerin ifadesini alıp muayene edebilir (3, 58).

2.6.2. Yüksek Sağlık Şurası

Tıbbi bilirkişi incelemesi olarak kabul edilen bir diğer inceleme de, YSS'nin mahkemenin görevlendirdiği alanla ilgili olarak yaptığı araştırmalar sonucu vardığı ve mahkemeye sunduğu sonuçlardır. Şura, hekimin tıbbî müdahaleler sonucu ortaya çıkan zararlar halinde hekimin sorumluluğunu değerlendiren ve kusurunu irdeleyen resmi bilirkişilik kurumudur (58)

YSS'sine bilirkişilik görevi TŞSTİDK ile yüklenmiştir. 1930 yılında yürürlüğe giren Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile de bu yükümlülüğü yerine getirecek bir yapılanma yani YSS oluşturulmuştur. Kuruluş ve çalışma esasları ise 1984 yılında yürürlüğe giren Sağlık

Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri hakkında 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin 31. maddesinde (Değişik: 08.06.1984- KHK- 201/9 md.) YSS, “önemli sağlık konuları hakkında ve tıbbi uygulamalar sonucu oluşan adli nitelik kazanmış olgularda” görüş bildirmekle yükümlü kılınmıştır. Tıbbi uygulamalar sonrası oluşan durumların adli nitelik kazanması durumunda açılan ceza davalarında, mahkemelerin başka bilirkişilere başvuru hakkı saklı kalmak kaydıyla, Yüksek Sağlık Şura'sının görüşünün alınması zorunlu kılınmıştır (3). Ancak, Yüksek Sağlık Şurası'dan görüş alınması zorunluluğu ile ilgili yasa hükmü, Anayasa'ya aykırı bulunmuş ve Anayasa Mahkemesi 03.06.2010 gün, E.2009/69, K.2010/79 sayılı kararıyla iptal edilmiştir (60).

YSS; Bakanlık Müsteşarı, Araştırma Planlama Koordinasyon Kurulu Başkanı, Temel ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürleri, Birinci Hukuk Müşaviri gibi doğal üyeler ile ülkede hizmetleri ve eserleri ile tanınmış Sağlık Bakanlığı'nca seçilen 11 üyeden oluşur. Şuranın görev süresi bir yıldır. Yılda en az bir kez toplanma şartı getirilmiş olup, bakanlığın gerekli görmesi halinde olağanüstü toplantılar da yapılabilmektedir. Şurada dosyalar üzerinde inceleme yapılarak mahkemelere görüş bildirilir. İlgililerin muayenesi ya da ifadelerinin değerlendirmesi yapılmaz (3).

2.6.3. Yüksek Öğretim Kurumları

ATK Kanunu'nun “Diğer Adli Ekspertiz Kurumları (Madde 31)” başlığı altında “Yüksek Öğretim Kurumları veya birimleri, adli tıp mevzuatı çerçevesinde adli tıp olaylarında ve diğer adli konularda Ceza Muhakemesi Usulü Kanunu'na göre resmi bilirkişi sayılır. Bu birim ve kliniklerde tetkik edilecek adli tıp ile ilgili işler yönetmelikle belirlenmiştir” denir (58). Aynı şekilde Yüksek Öğretim Kanunu'nun 37. maddesinde mahkemelerin teknik ve uzmanlık isteyen her konuda üniversite ve bağlı birimlerinden yararlanabileceğini, bilirkişi olarak görüş isteyebileceğini belirtmiştir (60). Bu kapsamda Adli Tıp Anabilim Dalları ve Adli Tıp Enstitüleri mahkemelere bilirkişi olarak görüş bildirebilirler (61).

Somut olayda, yerel mahkeme, davalı hekimin kusuru ve ağır ihmali sonucu maddi ve manevi tazminata hükmetmiş, ATK 3. İhtisas Kurulu'nun raporunu kararına dayanak yapmıştır. Davalı hekim ve hastane karara itiraz ve temyiz etmişlerdir. Yargıtay kararında, “Raporda somut olaydaki gibi bir vakada tıbbın gereklerine ve kurallarına uygun davranılıp

davranılmadığı bu konuda az yukarıda açıklanan ilkeler doğrultusunda özen gösterilip gösterilmediği yapılması gerekenle yapılanın uyuşup uyuşmadığı, böyle bir operasyonda vücutta yabancı bir maddenin kalıp kalmayacağına olağan olup olmadığı ve böyle bir riskin bulunup bulunmadığı konusunda herhangi bir açıklama ve bilgiye yer verilmemiştir. Bu nedenle son mercii niteliğinde bulunmayan kuruldan alınan bilirkişi raporu yetersiz olup hükme dayanak alınamaz. Bu durumda mahkemece yapılacak iş; Üniversitelerden konusunda uzman kişilerden oluşturulacak bilirkişi kurulundan, yukarıda açıklanan ilkeler ışığında yapılması gerekenle yapılanın ne olduğu, yapılması gerekenle yapılanın birbiriyle uyumlu olup olmadığı, böyle bir olayda böyle bir sonucun ortaya çıkmasının olağan olup olmadığı, tıbbın gerek ve kurallarına uygun davranılıp davranılmadığı olayda doktor hatası olup olmadığını gösteren nedenlerini açıklayıcı taraf, hakim ve Yargıtay denetimine elverişli rapor alınmak, oluşacak uygun sonuç çerçevesinde bir karar vermekten ibarettir. Açıklanan hususlar gözetilmeksizin eksik araştırma ve incelemeye yetersiz bilirkişi raporuna dayanılarak yazılı biçimde hüküm kurulması usul ve yasaya aykırıdır. Bozmayı gerektirir” denmiştir (62).

Hukuk ve ceza yargılama yasalarına göre, mahkeme bilirkişi seçiminde özgürdür ve bilirkişi raporları hiçbir şekilde bağlayıcı değildir. Ceza mahkemelerinde YSS’ndan rapor alınmasını zorunlu kılan yasa hükmünün Anayasa’ya aykırı bulunarak Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmesi kararında; Anayasa’nın 138. maddesine göre hakimlerin görüşlerinde bağımsız oldukları ve hukuka uygun olarak vicdani kanaatlerine göre karar verdikleri, aynı zamanda bu zorunluluğun, 36. madde gereğince belirtilen adil yargılama hakkına aykırı olduğu görüşüne yer verilmiştir (63).

2.6.4. Türk Diş Hekimleri Birliği ve Diş Hekimleri Odaları

Türk Diş Hekimleri Birliği (TDB) 3224 sayılı kanunla kurulmuş kamu yararına faaliyet gösteren bir sivil toplum kuruluşudur. Diş hekimleri Odaları ise bu kanunda yazılı esaslar uyarınca dişhekimliği mesleğine mensup olanların müşterek ihtiyaçlarını karşılamak, mesleki faaliyetlerini kolaylaştırmak, bu mesleğin genel menfaatlere uygun olarak gelişmesini sağlamak, meslek mensuplarının birbirleri ve hastaları ile olan ilişkilerinde dürüstlük ve güveni hakim kılmak üzere, meslek disiplini ve ahlakını korumak maksadı ile kurulan tüzel kişiliğe sahip kamu kurumu niteliğinde meslek kuruluşudur (64).

Bir oda sınırları içinde sanatını serbest olarak icra etmeye başlayan diş hekimleri bir ay içerisinde o il veya bölge odasına üye olmak ve üyelik görevlerini yerine getirmekle

yükümlüdürler. Mesleklerini serbest olarak icra etmeksizin kamu kurum ve kuruluşları ile kamu iktisadi teşebbüslerinde asli ve sürekli görevlerde çalışan dış hekimleri ile herhangi bir sebeple mesleğini icra etmeyenler istedikleri takdirde odaya üye olabilirler (31).

TDB'nin 2012 yılı istatistiklerine göre İstanbul Dış Hekimleri Odası'na (İDO) kayıtlı üye sayısı 6925'tir. Kayıtlı üyelerin %47'si kadın, %53'ü ise erkektir. Türkiye'deki tüm dış hekimlerinin %81'i (18.770) dış hekimleri odalarına kayıtlıdır (65).

Dış hekimlerinin kusurlu mesleki uygulamaları ile suç veya suç iddiası durumlarında Dış Hekimleri Odaları'nın Yönetim Kurulları, Disiplin Kurulları ve TDB Yüksek Disiplin Kurulu birlikte görev yapar. Dış Hekimleri Odaları Disiplin Kurulları 25.03.2001 tarih ve 24353 sayılı Disiplin Yönetmeliği'ni esas alarak çalışır. Bu kurullar, yapılan başvuruları değerlendirirken ve karara bağlarken 1219 sayılı TŞSTİDK, 3224 sayılı Türk Dış Hekimleri Birliği Kanunu ve Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nü dikkate alırlar.

Odalara kayıtlı olsun ya da olmasın, yasalar gereğinci dış hekimliği mesleğine mensup olanların disiplin suçları ile bu suçlara verilecek disiplin cezaları, disiplin kurullarının oluşması, disiplin soruşturması, itiraz ve uygulama biçimleri Disiplin Yönetmeliği ile belirlenmiştir. Dış Hekimleri Odalarının soruşturma açma yetkileri bölgeleriyle sınırlandırılmıştır (31).

2.6.4.1. TDB Disiplin Yönetmeliği'nin Dış Hekimliği Uygulamaları ile İlgili Maddeleri

TDB Disiplin Yönetmeliği'nin ikinci bölümünde hekimlik uygulamaları ile ilgili olarak disiplin suçları ve cezaları düzenlenmiştir (31, Ek 1).

2.6.4.2. İstanbul Dış Hekimleri Odası

TDB'ne bağlı 33 Odanın en büyüğü olan İDO, 6564 üye sayısı ile Türkiye'deki dişhekimlerinin 1/3'nü bünyesinde barındırmaktadır. İDO 9 üyeden oluşan Yönetim Kurulu tarafından yönetilir. Yönetim Kurulu 2 yılda bir Nisan ayında yapılan seçimle iş başına gelir. Seçimlerde, ayrıca 3 üyeden oluşan bir Denetleme Kurulu, 5 üyeden oluşan bir Disiplin Kurulu ve Türk Dişhekimleri Birliği Genel Kurulu'nda İDO'nu temsil eden ve oy kullanan 10 üyeden oluşan TDB delegeleri de seçilirler. Denetleme Kurulu, Yönetim Kurulu'nun tüm çalışmalarını denetler, Disiplin Kurulu ise sağlık mevzuatına aykırı davranan üyelerle ilgili soruşturmasını karara bağlar (66). İDO'ya yapılan şikayet başvurularının değerlendirilmesi, TDB Disiplin Yönetmeliği'nin ilgili maddelerinde düzenlenmiş olup, aşağıdaki aşamalardan

oluşur (31). Parasal anlaşmazlıklar ve zamanaşımı kapsamında değerlendirilen şikayetler inceleme sürecine dahil edilmez ve işleme gerek olmadığı yönündeki kararlar dosya kapatılır.

1- İlk İnceleme Aşaması

Başvurular genellikle, İDO'na doğrudan yapılan başvurular, yazılı ihbar, İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri'nden gelen başvurular, basın, televizyon ve internet yolu ile elde edilen bilgilerin değerlendirilmesi şeklinde olmaktadır. TDB Disiplin Yönetmeliği'nin 8/h maddesi (mesleğini kusurlu uygulamak/malpractice) kapsamında yapılan şikayetlerin yazılı ve imzalı olması gerekir. Oda genel sekreterliğince ihbar veya şikayetin metni derhal ilgiliye bildirilir. İlgilinin, varsa cevabını delilleri ile birlikte en geç bir hafta içinde göndermesi istenir. Sürenin bitmesi veya gelen cevap ile birlikte dosya, yönetim kuruluna sunulur. Oda yönetim kurulu, acil durumlar dışında, ihbar veya şikayetin yapılmasından sonraki ilk toplantısında konuyu inceler. İhbar veya şikayeti soruşturma açılmasına değer görmezse "soruşturma açılmasına yer olmadığı"na ilişkin kararını ilgiliye bildirir. İhbar veya şikayet soruşturmaya değer görülür ise oda üyelerinden biri soruşturmacı olarak atanır.

2- Soruşturma Aşaması

Soruşturmacı; Disiplin Yönetmeliği hükümlerine uygun olarak göndereceği yazı ile suçlanan kişiden savunmasını ve delillerini ister. İhbar veya şikayette bulunanları dinleyebilir ve soruşturma ile ilgili olarak gerekli gördüğü kişilerin ifadesini yeminli olarak da alabilir. Her soruşturma işlemi bir tutanak ile belirlenir, katılanlarca imzalanır. Toplanan bütün kanıtlar incelendikten ve hakkında ihbar veya şikayette bulunulan üye gerekirse dinlendikten sonra düzenlenen rapor yönetim kuruluna verilir. Soruşturmacı atandığı günden itibaren en geç bir ay sonra soruşturmayı tamamlamak zorundadır. Ancak, soruşturmacının haklı sebepler göstererek yönetim kuruluna başvurması halinde, en çok üç kez olmak üzere bu süre birer ay uzatılabilir.

3- Disiplin Kovuşturma ve Soruşturması

Yönetim Kurulu, dosyayı ve raporu inceleyerek, ihbar veya şikayette bulunulan dış hekimi hakkında, disiplin kovuşturması açılmasını gerektirecek bir durumun mevcut

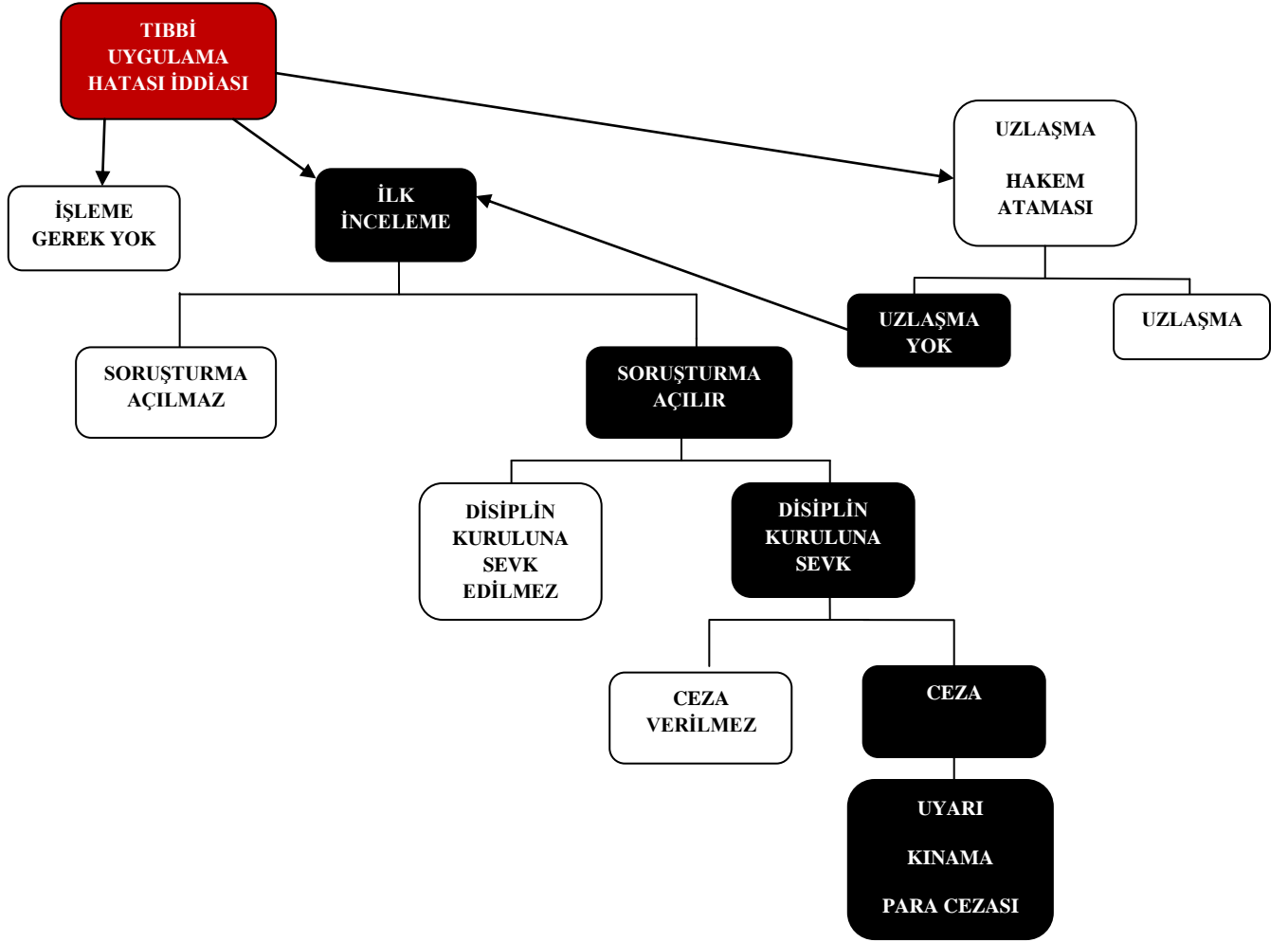
olmadığını tespit ettiği takdirde, “disiplin kovuşturması açılmasına yer olmadığına” gerekçeli olarak karar verir Karar, soruşturma isteğinin Cumhuriyet Savcılığı’ndan gelmesi halinde, Cumhuriyet Savcılığı’na resmi yazı ile bildirilir; hakkında soruşturma açılmış bulunan dış hekimine ve varsa şikayetçiye tebliğ olunur. Oda yönetim kurulunun bu kararına karşı tebliğ tarihinden itibaren 15 gün içinde ihbar veya şikayet edenler tarafından Birlik Merkez Yönetim Kurulu’na itiraz edilebilir. Birlik Merkez Yönetim Kurulu tarafından, dosya üzerinde yapılacak inceleme sonunda,şikayet, ihbar veya istem konusu, incelemeye değer mahiyette görülürse, oda yönetim kurulunun kararı kaldırılarak, disiplin kovuşturması veya soruşturmasının açılması için dosya bir önceki kararı veren odaya gönderilir. Oda, Birliğin bu kararına uymak zorundadır. Süresi içinde itiraz edilmez veya itiraz Birlik Merkez Yönetim Kurulu’na reddedilirse, disiplin kovuşturması veya soruşturması açılmasına yer olmadığına dair kararlar kesinleşir.

Oda Yönetim Kurulları veya Birlik Merkez Yönetim Kurulu’nun disiplin kovuşturması açılmasına karar vermesi halinde dosya derhal Odalarda, Oda Disiplin Kurulu’na, Birlik’te ise Birlik Yüksek Disiplin Kurulu’na gönderilir. Birlik veya Oda Disiplin Kurulu, hazırlanan soruşturma dosyasını inceleyerek kararını verir. Soruşturma dosyasının ilgilileri ve Oda Disiplin Kurulu kararın tebliğinden itibaren 15 gün içinde Birlik Yüksek Disiplin Kurulu’na itiraz edebilirler. Yüksek Disiplin Kurulu, disiplin cezalarına ilişkin itirazları, ilk toplantısında dosya üzerinden inceler ve suçlamanın durumuna göre sözlü açıklamaların faydalı olacağı ve olayı daha iyi aydınlatacağı düşünülüyor ise talep olmasa dahi ilgiliyi toplantıya davet edebilir.

Kurul, inceleme konusu kararın onaylanmasına veya kovuşturmanın derinleştirilmesi için kararın bozularak, dosyanın ilgili odaya gönderilmesine karar verebileceği gibi, yeniden incelemeyi gerektirmeyen durumlarda uygun görmediği kararı kaldırarak, esas hakkında karar verebilir. Yahut verilmiş olan kararı düzelterek onaylayabilir.

İtiraz edilen cezalar ile itiraz olmasa bile meslekten geçici ve sürekli alıkonma cezaları, Birlik Yüksek Disiplin Kurulu’na onaylanmadıkça uygulanamaz. Birlik Yüksek Disiplin Kurulu kararıyla onanarak kesinleşen cezalar ilgili Oda tarafından uygulanır.

İstanbul Dişhekimleri Odası’na başvuran tıbbi uygulama hatası iddiasının inceleme ve değerlendirme süreci ile iş akışı planı Şekil 1’de gösterilmiştir.



Şekil 1. Tıbbi uygulama hatası iddiası inceleme süreci ve iş akış planı

2.6.4.3. TDB Bilirkişi Atama Yönergesi

Yönergenin amacı; diş hekimleri ile hasta, hasta yakınları veya meslektaşları arasında meslek uygulaması nedeniyle ortaya çıkan uyuşmazlıkların giderilmesi için Birlik Merkez Yönetim Kurulu veya Oda Yönetim Kurulları tarafından bilirkişi atanması ile ilgili işlemleri düzenlemektir. Bu yönerge Odalara kayıtlı olsun ya da olmasın, tüm diş hekimleri ile hastaları ve hasta yakınlarını kapsar.

En az 10 yıl diş hekimliği yapmış olanlar bilirkişi olarak atanabilir. Gerek görüldüğünde ilgili oda bölgesi dışından diş hekimleri ile incelemenin niteliğine uygun olarak başka mesleklerden kişiler de bilirkişi olarak atanabilir. Bilirkişiler, odaya yapılan şikayet başvurularının inceleme aşamalarından herhangi birinde atanabilir.

Bilirkişi, meslek uygulaması nedeniyle ortaya çıkan uyuşmazlığın sebep ve sonuçlarının anlaşılmasını sağlayacak bilgileri verebilecek kişiler arasından, ilgili Yönetim Kurulu tarafından seçilerek atanır. Bilirkişi incelenecek konunun kapsam ve niteliğine uygun olarak tek kişi ya da kurul olarak belirlenebilir. İlgililer atanan bilirkişiye gerekçe göstererek itiraz edebilirler. İtiraz atama makamı tarafından değerlendirilir ve haklı bulunursa yeni bilirkişi ataması yapılır. Hastanın bilirkişi tarafından yapılacak muayenesi için, atama mercii tarafından randevu alınarak ilgiliye yazılı olarak bildirilir.

Bilirkişi gerektiğinde ilgilileri dinledikten ve/veya muayene ettikten sonraki 3 hafta içinde raporunu atama makamına iletir. Tıbbi işlemlerle ilgili hazırlanan bilirkişi raporuna hastanın kimlik bilgileri, yakınması ile klinik ve varsa radyografik bulgular eklenir. Rapor, ilgili Yönetim Kurulu tarafından ilk toplantıda karara bağlanır (31).

2.6.4.4. TDB Hakem Atama Yönergesi

En az 10 yıl dişhekimliği yapmış olanlar hakem olarak atanabilir. Hakem, atanmasına esas olan olayla ilgili olarak gerekli görüşmeyi yapmak üzere, taraflara sözlü ya da yazılı olarak randevu verir. Mümkünse tarafları dinler. Uzlaşmaları için önerilerde bulunur. Uzlaşma sağlayıp sağlayamadığını bildiren gerekçeli raporunu, atandığının kendisine bildirilmesinden itibaren 3 hafta içinde atamayı yapan makama iletir.

Hakem raporu, ilgili Yönetim Kurulu tarafından ilk toplantıda karara bağlanır. Uzlaşma sağlanamadığı durumlarda Yönetim Kurulu, gerekli görürse Disiplin Yönetmeliği'ndeki süreci başlatır (31).

2.7. Dişhekimliğinde Uzmanlık

Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde daha iyi ve kaliteli hizmet sunumunun sağlanması, iş ve işlemlerin hızlandırılması ve ihtiyaç olduğu halde kanuni tanzimi bulunmayan sağlık mesleklerinin düzenlenmesi amacıyla hazırlandığı belirtilen ve 26.04.2011 tarih ve 27916 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Torba Yasa, 2011 yılında kabul edilerek yasalaşmıştır. Diş hekimliği ile ilgili olarak, söz konusu yasa incelendiğinde, en önemli değişikliğin sekiz ayrı dalda uzmanlık belirlenmesi ve bu alanlarda doktora yapmış olanlara uzmanlık belgesi verilmesi olduğu görülmektedir. Yasada diş hekimliğinin; **Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi, Çocuk Diş Hekimliği, Endodonti, Ortodonti, Periodontoloji, Protetik Diş Tedavisi ve Restoratif Diş Tedavisi** şeklindeki 8

ayrı çalışma alanı, uzmanlık dalı olarak belirlenmiştir (67). 2012 bahar yarıyılında ilk kez Diş Hekimliğinde Uzmanlık Sınavı (DUS) yapılmıştır.

2.8. Diş Hekimliğinde Mesleki Mesuliyet Sigortası

Türk Dil Kurumu sigortayı “bir şeyin kazaya uğrama olasılığı düşünülerek, böyle bir durumda zararın karşılanması için, bu işle uğraşan kuruluşa her yıl belli bir oranda ödemede bulunularak yapılan sağlama” şeklinde tanımlar. Bir başka deyişle sigorta, riskin paylaşılmasıdır.

Dünyada sigortacılığa benzer ilk uygulamalara, günümüzden yaklaşık 4000 yıl önce Babil uygarlığında rastlandığı bildirilir. Zamanın ticaret merkezi olan Babil’de, kervan tüccarlarına borç veren sermayedarlar, kervanların soyulması ve fidye ödeme durumuyla karşılaşmaları halinde tüccarların borçlarını silmekte, buna karşılık borcu tüccarlardan geri aldıkları zaman, taşıdıkları riskin karşılığı olarak ana borç miktarı üzerinden bir miktar para almaktaydılar. Bu durum, daha sonra Kral Hammurabi tarafından yasalaştırılmıştır. Hammurabi Kanunları’nın en büyük özelliği, haydutların saldırısına uğrayan kervanların zararının, diğer tüm kervanlar arasında paylaşılmasını öngörmesidir (68).

İlkçağda eski Yunan ve Roma’da, kişilerin bir araya gelerek oluşturdukları ve aralarından ölenlerin cenaze masraflarını karşılamayı amaçlayan birlikler ya da deniz ticaretindeki müşterek avaryanın ilkel biçimleri, ilk sigortacılık örnekleri olarak nitelendirilebilir (69).

5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (Tam Gün Kanunu) 30.01.2010 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanmış, kanunun 8. maddesine göre; kamu ve sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan ve mesleğini serbest olarak icra eden tabip, diş tabibi ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlara 30 Temmuz 2010 tarihinden itibaren Zorunlu Mesleki Mali Sorumluluk Sigortası yaptırmaları mecburiyeti getirilmiş ve Zorunlu Sigortalara ilişkin teminat tutarları ve uygulama esaslarının Sağlık Bakanlığı ve Hazine Müsteşarlığı tarafından belirleneceği yer almıştır (70).

Hekim mesleki mesuliyet sigortası; sigortalının mesleki faaliyetleri esnasında hata, ihmal veya kusurlu hareketi sonucunda kendisine yüklenecek hukuki sorumluluk nedeni ile kendisine yüklenecek tazminat miktarlarını poliçede yazılı teminat limitleri dahilinde ve “Üçüncü Şahıs Mali Mesuliyet Sigortası Genel Şartları” (1 no’lu maddesi hariç) ile özel şartlar dahilinde güvence altına almaktadır. Sigorta, havuz sistemi ile çalışır. Bir sigortalının

gerçekleşen riskini o havuzdaki tüm sigortalılar primleri ile öderler. Aynı havuzun içindeki bireylerin haklarını koruyabilmek için yüksek risk faktörüne sahip bireylerin daha yüksek prim ödemeleri gerekir (71).

Prim tutarları belirlenirken, sağlık personeli sahip oldukları risk faktörü açısından 4 gruba ayrılmıştır. Ağız Diş ve Çene Çerrahisi, Ortodonti ve Protetik Diş Tedavisi uzmanlığına sahip diş hekimleri 3. risk grubu, diğer uzmanlıklara sahip dişhekimleri ile pratisyen diş hekimleri 2.risk grubu kapsamında değerlendirilir. Kamuda çalışan diş hekimleri primlerini ödedikten sonra, prim tutarının yarısını döner sermayesi bulunan kurumlarda döner sermayeden, döner sermayesi bulunmayan kurumlarda kurum bütçesinden gelir alırlar. Özel sağlık kurumlarında çalışan dişhekimlerinin primlerinin tamamı, çalıştıkları kurum tarafından ödenir ve prim tutarının yarısı diş hekimine yansıtılır. Mesleklerini serbest olarak icra eden diş hekimleri sigorta primlerinin tamamını kendileri öderler (70,72).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, 2011 Kasım – 2012 Şubat aylarında İstanbul Dişhekimleri Odası arşivinde yürütüldü. Ocak 2000 – Aralık 2009 tarihleri boyunca, Türk Dişhekimleri Birliği ve Dişhekimleri Odalarının Disiplin Yönetmeliği'nin 8/h maddesinde açıklanan “mesleğini kusurlu uygulamak (malpraktis)” maddesi kapsamında, İstanbul Dişhekimleri Odası'na yapılan tüm yazılı hasta şikayet başvuruları ve hastalar ya da diş hekimleri tarafından yapılan sahte diş hekimi ihbarları çalışma kapsamına alındı. İncelemede hasta şikayetlerinin toplandığı dosya başlanıç noktası kabul edildi. Tüm sürecin takip edilmesinde İstanbul Dişhekimleri Odası Üye Takip Programı kullanılarak diş hekimlerinin demografik bilgileri ile ilk inceleme, soruşturma ve ceza varlıkları değerlendirildi. İlgili diş hekimlerinin yazılı savunmaları, yönetim kurulu kararları, bilirkişi raporları, hakem raporları, disiplin kurulu kararları, varsa itiraz ve itirazlara Türk Diş Hekimleri Birliği Yüksek Disiplin Kurulu'nun cevapları incelendi.

Sahte diş hekimi ihbarları hakkında herhangi bir inceleme başlatılmamış ve konu doğrudan Cumhuriyet Savcılıklarına iletilmiş olduğundan bu olgular sadece sayı olarak belirlendi.

Tıbbi uygulama hatası iddiası ile ilgili olarak yapılan şikayetler 4 ana başlıkta incelendi: Şikayete konu olan diş hekimi ile ilgili parametreler, şikayet başvurusunda bulunan hasta ile ilgili parametreler, şikayete konu olan diş hekimliği uygulaması ile ilgili parametreler ve şikayetin İstanbul Diş Hekimliği Odası Yönetim Kurulu tarafından yapılan inceleme süreci ile ilgili olan parametreler.

- Şikayete konu olan diş hekimleri ile ilgili parametreler; hekimin cinsiyeti, yaşı, mesleki deneyim süresi, mesleki pozisyonu (pratisyen/uzman), uzmanlık alanı ve akademik ünvan varlığı olarak belirlendi.

- Şikayetçi ile ilgili parametreler; hastanın cinsiyeti, yaşı, mesleği, şikayet başvurusunun sahibi, hekime başvuru yolu ve nedeni olarak belirlendi.

- Şikayete konu olan diş hekimliği uygulaması ile ilgili parametreler; uygulamanın türü, uygulamanın yapıldığı sağlık kuruluşun türü, uygulamanın ve şikayetin yapıldığı tarih, yazılı ve/veya sözlü onam varlığı, uygulama sonrasında oluşmuş kalıcı veya geçici sakatlık, şikayete eşlik eden sekonder şikayet ve uygulamanın, kapsamı içerisinde bulunduğu sözleşme türü olarak belirlendi. Son iki parametre aşağıda tarif edilen yaklaşımla incelendi.

Şikayete eşlik eden sekonder şikayet, hastanın şikayet dilekçesinde belirttiği tıbbi uygulama hatası iddiası yanı sıra bulunan şikayet ya da memnuniyetsizliği dikkate alınarak değerlendirildi.

Diş hekimliği uygulamaları tedavi amaçlı olabildiği gibi aynı zamanda estetik amaçlı olabilmektedir. Bu nedenle uygulamalar vekalet veya eser sözleşmesi kapsamında değerlendirilir. Ancak eser ve vekalet sözleşmelerinin birbirinden ayırt edilmesi her zaman kolay olmaz (33). Şikayete konu olan bu uygulamaların yargı süreci bilinmediğinden konunun hukuksal anlamında hangi sözleşme kapsamında değerlendirildiği bilinmemektedir. Bu nedenle çalışmada şikayete konu olan uygulamaların sözleşme türü belirlenirken, uygulamalar amaçlarına ve endikasyonlarına göre (tedavi nedenli uygulamalar, estetik nedenli uygulamalar ve her iki tür endikasyonun geçerli olduğu uygulamalar) dikkate alınarak değerlendirildi. Salt tedavi amaçlı tıbbi uygulamalarda hasta – diş hekimi arasında kurulan varsayımsal sözleşme tipinin vekalet sözleşmesi olabileceği kabul edildi. Sadece güzelleşme amaçlı uygulamalarda (diş beyazlatma, tıbbi endikasyon olmaksızın yapılan protetik tedaviler, sonucun garanti edildiği ortodontik tedaviler) sözleşme, eser (istisna) sözleşmesi olabileceği düşünülerek bu kategoride değerlendirildi. Tedavi amaçlı başladığı halde şikayetin estetik nedenli olduğu olgular olası dava sürecinde her iki sözleşme türü gündeme gelebilme potansiyeli taşıdığından karma gruba alındı.

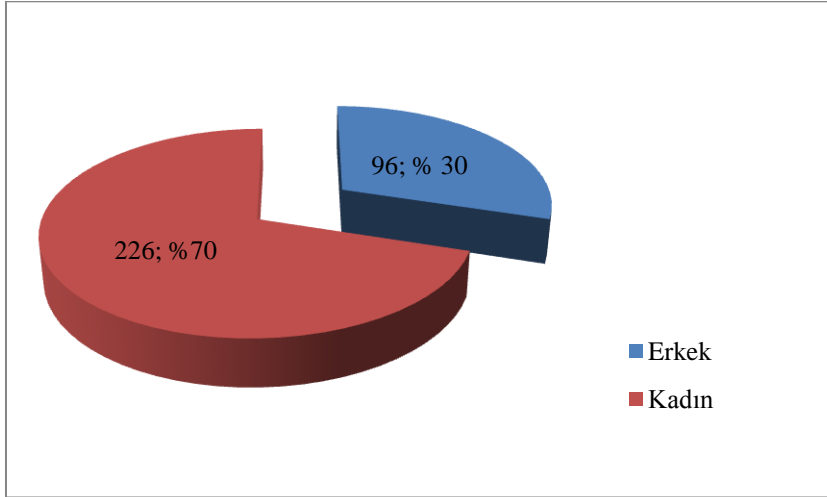
Oral implantoloji uygulamaları ile ilgili şikayetler, şikayetin nedeni ve uygulamanın hangi aşaması ile ilgili olduğu dikkate alınarak ağız, diş ve çene cerrahisi ya da protetik diş tedavisi kapsamında değerlendirildi.

• Şikayetin İstanbul Diş Hekimleri Odası Yönetim Kurulu tarafından yapılan inceleme süreci ile ilgili parametreler ise dosyalardaki bilirkişi ve/veya hakem varlığı, dosyaların açılış ve kapanışları arasındaki süre, verilen karar, varsa ceza varlığı ve cezanın türü, cezaya yapılan itiraz, itirazın sonucu ve uygulama ile ilgili olarak İstanbul Diş Hekimleri Odası'na yapılan şikayet dışında yapılmış yasal başvuru varlığı olarak belirlendi.

Tüm parametreler dosyalardaki bilgiler çerçevesinde derlenip kaydedildi ve tanımlayıcı istatistikler ile birlikte tablo ve şekiller ile gösterildi. Örneklem içinde oluşan grupların sayısal olarak karşılaştırılmaları ki-kare testi ile, örneklem grubu oranlarının diş hekimlerinin genelindeki oranlarla karşılaştırılması evren oranı önemlilik testi ile yapıldı. Analizlerde SPSS 18 istatistik analiz programı kullanıldı.

4. BULGULAR

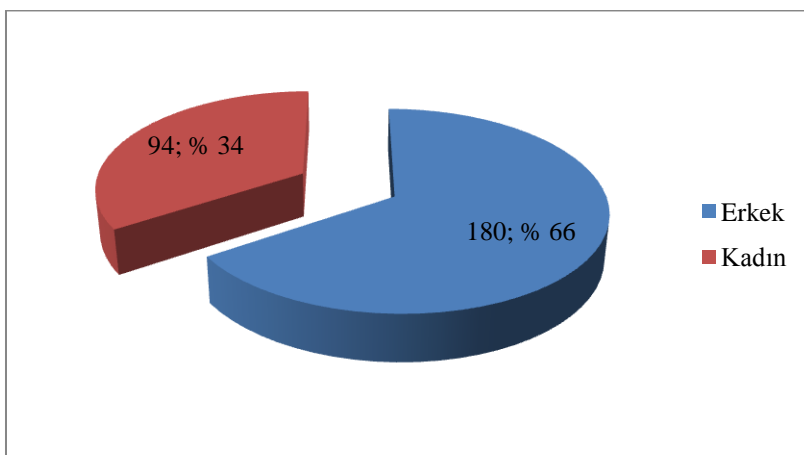
01.01.2000 ile 31.12.2009 tarihleri arasında İDO'na tıbbi uygulama hatası iddiası ile başvuran 322 hasta şikayeti bulundu. Şikayetçi hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı şekil 1'de gösterildi.



Şekil 2. Şikayetçi hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı (n,%).

322 hastanın şikayetine konu olan dış hekimlerinin sayısı 274 olarak belirlendi. Şikayet dilekçeleri ile şikayete konu olan hekim sayıları arasındaki fark, mükerrer şikayet edilen hekimlerden kaynaklandı. Dış hekimlerinin %26,6'sının (n=73) inceleme süreci sonunda ceza aldığı görüldü. Ceza alan dış hekimlerinin %65'i erkek, %35'i ise kadındı.

Şikayet edilen hekimlerin cinsiyetlerine göre dağılımı şekil 3'de gösterildi.



Şekil 3. Şikayet edilen dış hekimlerinin cinsiyetlerine göre dağılımı (n,%).

Şikayetçi hastaların ve şikayet ettikleri dış hekimlerinin cinsiyetlerine göre dağılımı Tablo 1'de gösterildi.

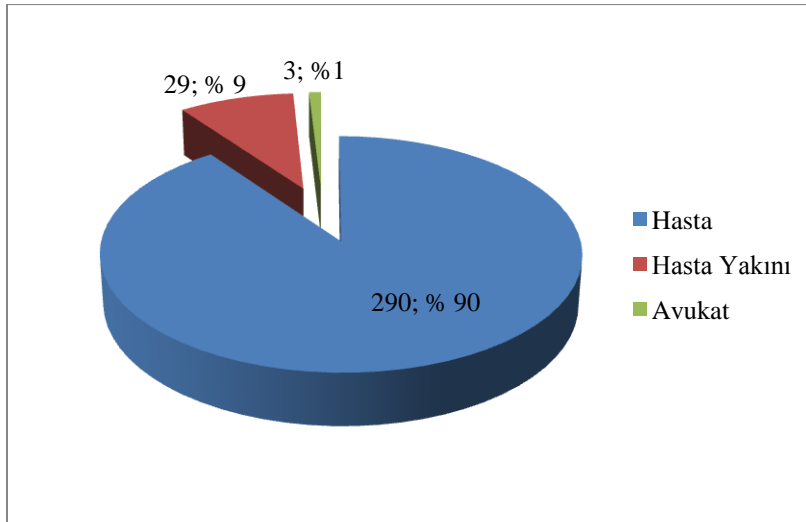
	Hasta (Erkek) (n,%)	Hasta (Kadın) (n,%)	TOPLAM (n,%)	GENEL TOPLAM (N,%)
Diş Hekimi (Erkek)	54 (%20)	126 (%46)	180 (%66)	3667 (%53)
Diş Hekimi (Kadın)	30 (%11)	64 (%23)	94 (%34)	3258 (%47)
TOPLAM	84 (%31)	190 (%69)	274 (%100)	6925 (%100)

Tablo 3. Şikayet edilen diş hekimlerinin ve şikayetçi hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı (n,%).

2012 yılı verilerine göre, 3667'si erkek (%53), 3258'i kadın (%47) diş hekimi olmak üzere toplam 6925 diş hekimi İDO'na kayıtlıdır. Şikayet edilen erkek diş hekimi sayısı ileri derecede anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,001$, $\chi^2 = 17,62$).

Tablo 3'deki veriler evren oranı önemlilik testi ile analiz edildiğinde, şikayet edilen diş hekimlerinde kadın olma oranının, diş hekimlerinde genel olarak kabul edilen orandan anlamlı derecede düşük olduğu bulundu. Yapılan analizde, her iki hasta cinsinde de erkek hekimlerin şikayet edilme oranları arasında anlamlı bir farklılık olmamakla beraber ($\chi^2=0,107$; $p=0,744$), bu oranlar diş hekimlerinin genel erkek kadın oranından anlamlı derecede yüksekti ($t=9,92$; $df=273$).

Şikayet başvurularının, sıklıkla hastaların kendileri tarafından yapıldığı, bunu sırasıyla hasta yakınları ve avukatların izlediği görüldü (Şekil 4).



Şekil 4. Şikayet sahiplerinin dağılımı (n,%).

Şikayet sahiplerinin yaptıkları şikayetlerin uygulama konuları incelendi ve dağılımı tablo 4'de gösterildi.

	Ağız Diş ve Çene Cerrahisi	Oral Diagnoz ve Radyoloji	Pedodonti	Endodonti	Ortodonti	Periodontoloji	Protetik Diş Tedavisi	Konservatif Diş Tedavisi	TOPLAM
Hasta	31	3	1	43	12	5	178	16	289
Hasta Yakını	3	-	2	2	15	-	6	1	29
Avukat	2	1	-	-	-	-	-	-	3
TOPLAM	36	4	3	45	27	5	184	17	321

Tablo 4. Şikayet sahiplerinin uygulamalara göre dağılımı (n).

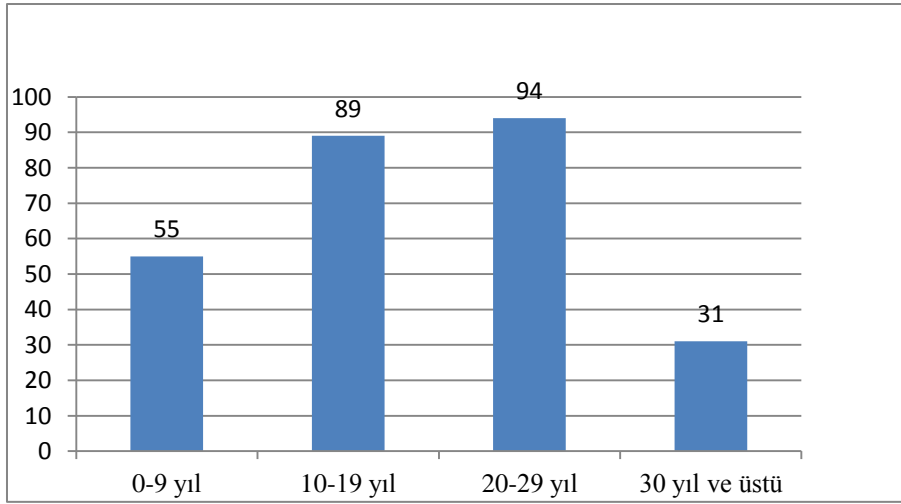
Şikayete konu olan uygulamalar açısından, şikayet sahipleri arasında anlamlı fark saptandı ($\chi^2=128,788$; $p=0,000$). Şikayetçi hastaların avukatları tarafından yapılan 3 uygulama ile ilgili şikayet dışlanarak yapılan analizde, endodonti ve protetik diş tedavisi ile ilgili uygulamaların oranı, hastaların kendileri tarafından yapılan şikayetlerde, ortodonti ile ilgili uygulamaların oranı ise hasta yakınları tarafından yapılan şikayetlerde anlamlı olarak yüksek bulundu.

Yaşı bilinen 41 şikayetçi hasta mevcut olup, yaş aralığı (3 - 80), yaş ortalaması $40,1 \pm 21,9$ olarak saptandı. Erkek ve kadın şikayetçilerin yaş ortalamaları sırasıyla $31 \pm 22,7$ ve $42,7 \pm 21,3$ olup aralarında anlamlı fark saptanmadı.

Hastaların 52'sinde meslek bilgisine ulaşıldı. Bu hastaların 37'sinin (%71) memur, emekli ve işçi olarak gruplandırılan ücretli kesimden olduğu, 11'inin (%21) mesleğini serbest olarak nitelediği, 4'ünün (%8) çalışmadığı saptandı. Cinsiyetler açısından meslek dağılımları arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

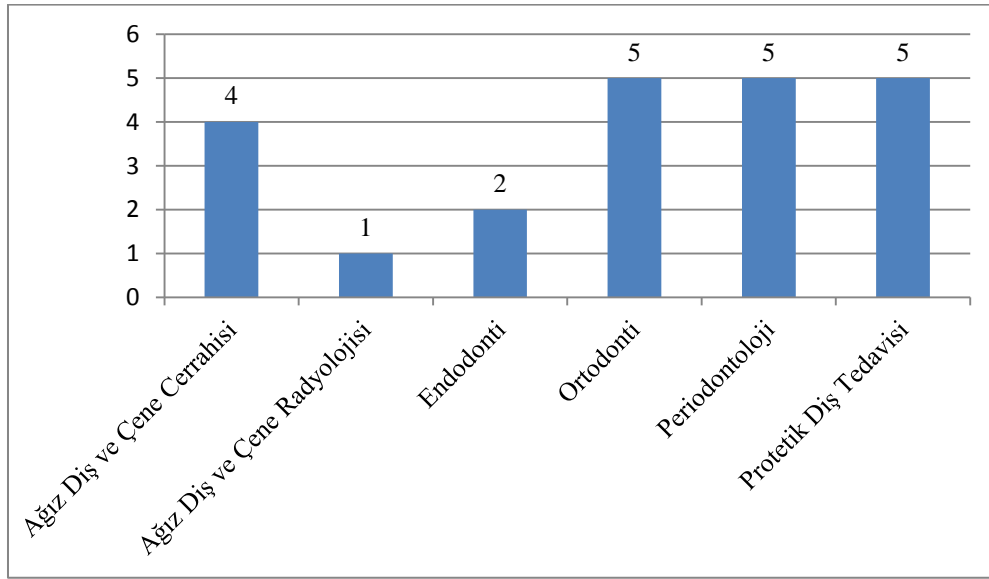
Yaşı bilinen 269 diş hekimi olup, yaş aralığı (24-74), yaş ortalaması $43 \pm 10,4$ olarak saptandı. Erkek ve kadın diş hekimlerinin yaş ortalamaları sırasıyla $45,1 \pm 10,5$ ve $38,3 \pm 8,5$ olup iki grup arasında ileri derecede anlamlı fark olduğu görüldü ($p < 0,001$; $t=5,3$).

Şikayet edilen diş hekimlerinin, uygulama sırasındaki mesleki deneyim sürelerinin dağılımına bakıldığında %68'inin (n=183) 10-30 yıldır çalışmakta olduğu görüldü ve dağılımı şekil 5'de gösterildi.



Şekil 5. Şikayet edilen hekimlerin mesleki deneyim sürelerinin dağılımı (n).

Hakkında şikâyet bulunan 274 diş hekiminin 252'sinin (%92) pratisyen diş hekimi, 22'sinin ise (%8) uzman olduğu görüldü. Uzman diş hekimlerinin 10'unun akademik ünvanı mevcut idi. Uzman diş hekimlerin branşlarına göre dağılımı şekil 6'da gösterildi.



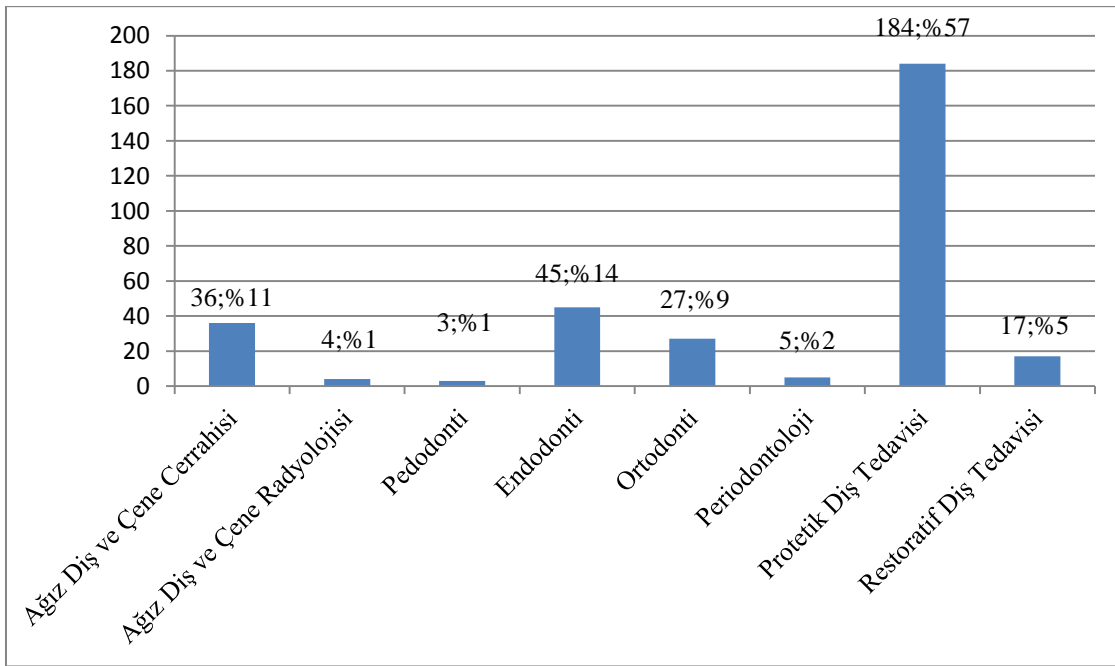
Şekil 6. Uzman diş hekimlerinin branşlarına göre dağılımı (n).

Çalışma kapsamında incelenen diş hekimlerinin %12'sinin (n=33) birden fazla kez şikayet edildiği görüldü. Bu diş hekimlerinin %70'i (n=23) 2 kez, %18'i (n=6) 3 kez, %9'u (n=3) 4 kez, %3'ü (n=1) 5 kez şikayet edilmişti. Mükerrer şikayet edilen diş hekimlerinin %73'ü (n=24) erkek, %27'si (n=9) kadındı. Mükerrer şikayet edilen 8 diş hekiminin, şikayetçi hastalar tarafından aynı gün şikayet edildiği görüldü.

Şikâyetçi hastaların diş hekimine başvuru yolları acil ve elektif olarak değerlendirildi. 299 hastanın (%93) diş hekimine elektif, 23 hastanın ise (%7) acil olarak başvurduğu görüldü. Acil başvuruların 20'sinde (%87) başvuru nedeni diş ağrısıydı.

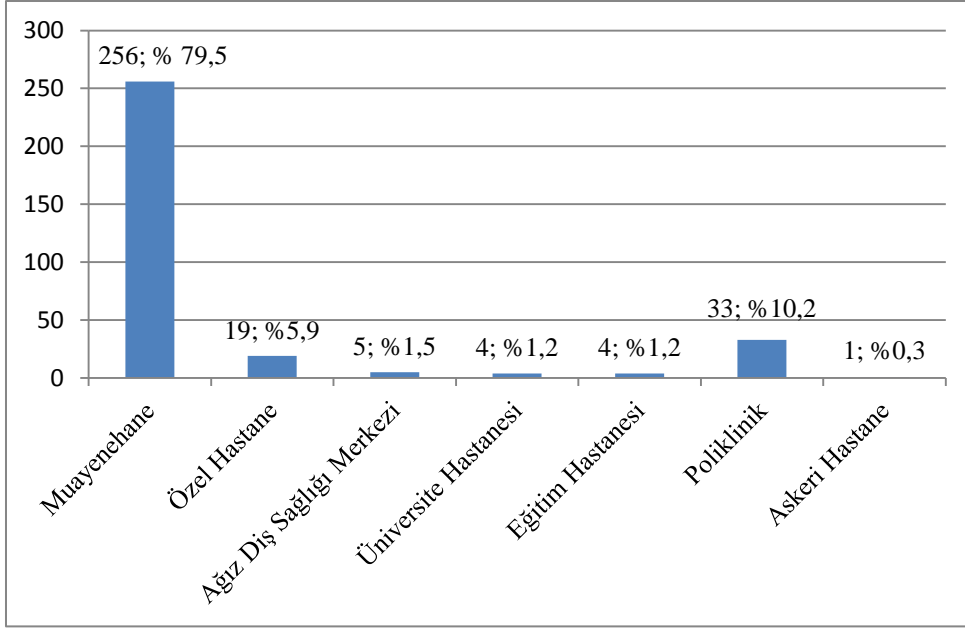
Şikâyetçi hastaların diş hekimine başvuru nedenleri incelendiğinde; 160 olguda nedenin (%49,8) diş eksikliği olduğu görüldü. Diğer olguların başvuru nedenlerinin ise sırasıyla; 51'inin (%15,9) diş ağrısı, 41'inin (12,8) estetik nedenler, 37'sinin (%11,5) muayene amaçlı, 32'sinin (%10) diş çürüğü olduğu saptandı.

Şikâyetlerin 184'ünün (%57,3) protetik diş tedavisi uygulaması ile ilgili olduğu saptandı. Şikâyete konu olan uygulamaların branşlara göre dağılımı şekil 7'de gösterildi.



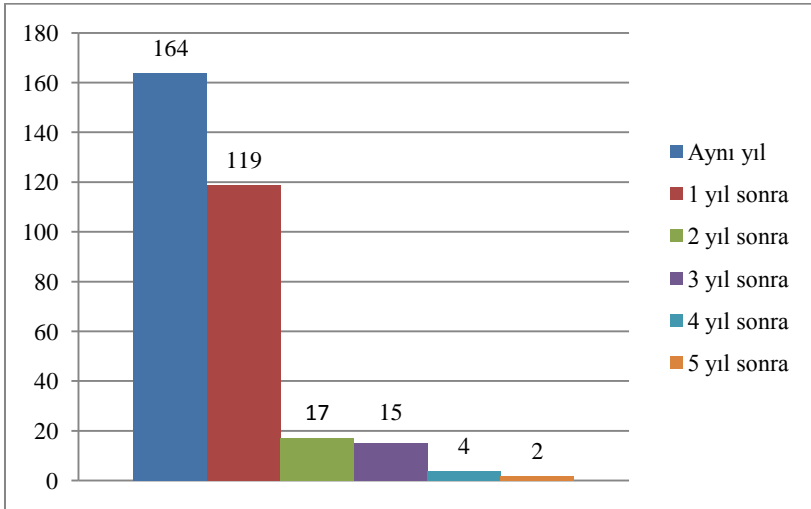
Şekil 7. Şikâyete konu olan uygulamaların branşlara göre dağılımı (n;%).

Şikâyete konu olan uygulamaların 256'sının (%79,5) muayenehanelerde yapıldığı görüldü. Şikâyete konu olan uygulamaların yapıldığı sağlık birimlerinin dağılımı şekil 8'de gösterildi.



Şekil 8. Şikayete konu olan uygulamaların yapıldığı sağlık birimlerinin dağılımı (n;%).

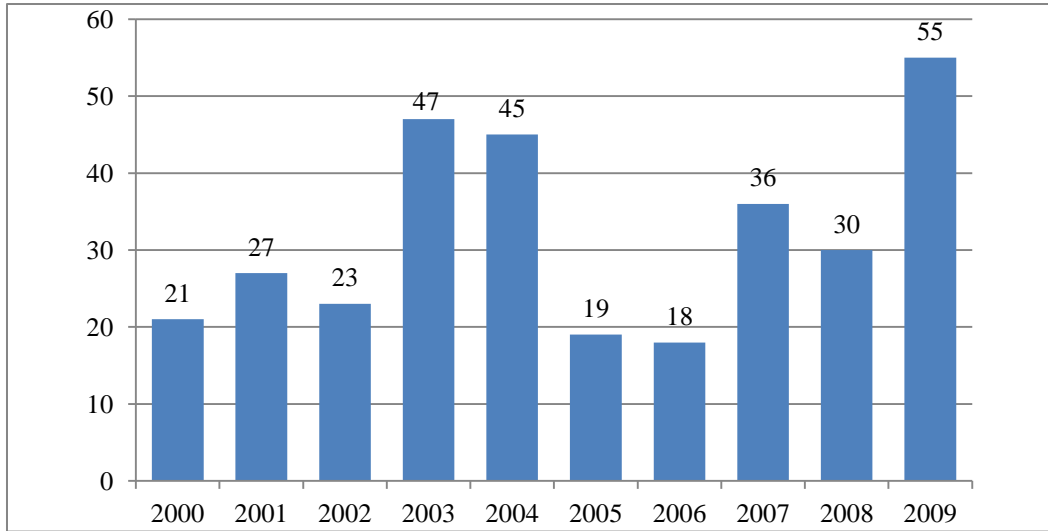
Şikayetlerin uygulamalardan kaç yıl sonra yapıldıklarının dağılımı şekil 9’da gösterildi.



Şekil 9. Şikayetlerin uygulamalardan kaç yıl sonra yapıldığının dağılımı (n).

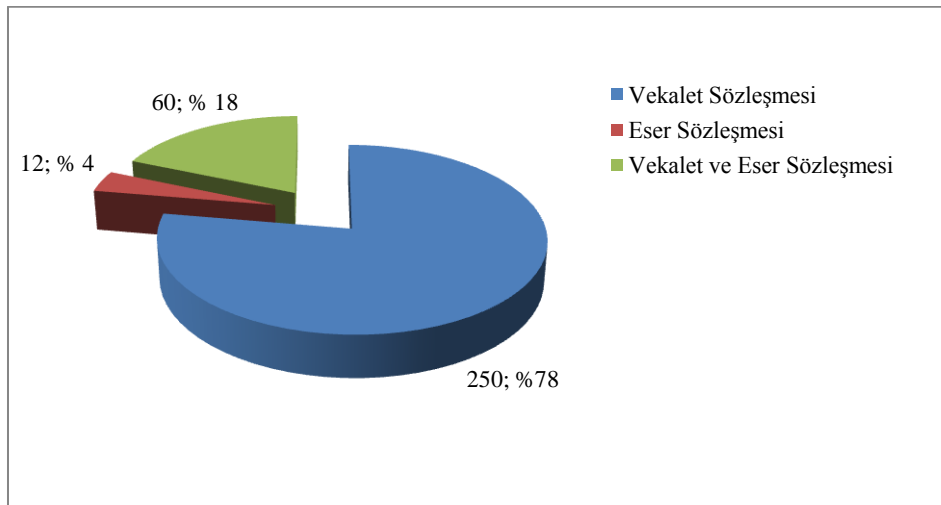
Şikayet başvurularının % 87,8’inin en geç 1 yıl içinde yapıldığı görüldü. Başvuru süresi tıbbi uygulamadan 4 ve 5 yıl sonra olan 6 olgu ve şekilde gösterilmeyen 8 yıl sonra başvurusu olan 1 olgu hakkında zaman aşımı süresi nedeniyle (4 yıl) işlem yapılmadığı görüldü.

Şikayet sayılarının yıllara göre dağılımı şekil 10’da gösterildi.



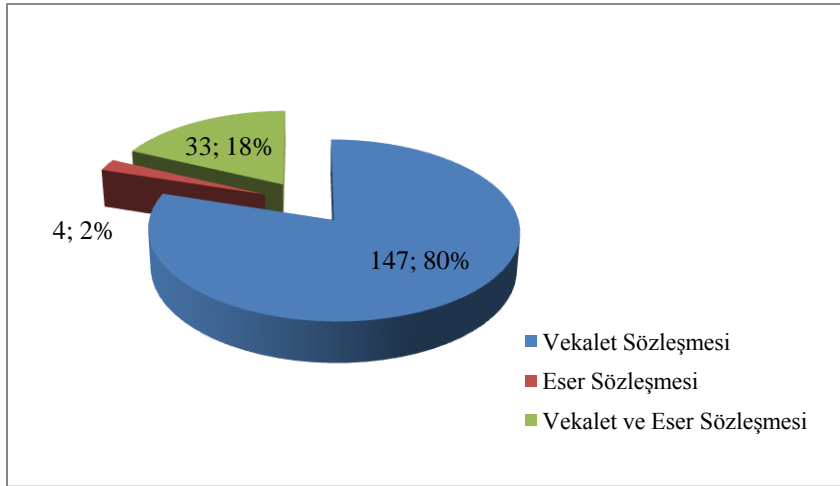
Şekil 10. Şikayet sayılarının yıllara göre dağılımı (n).

Gereç ve yöntem bölümünde de belirtilen, olası bir yargılama sürecinde gündeme gelebilecek olan sözleşme türlerine göre olguların dağılımı şekil 11’de gösterildi.



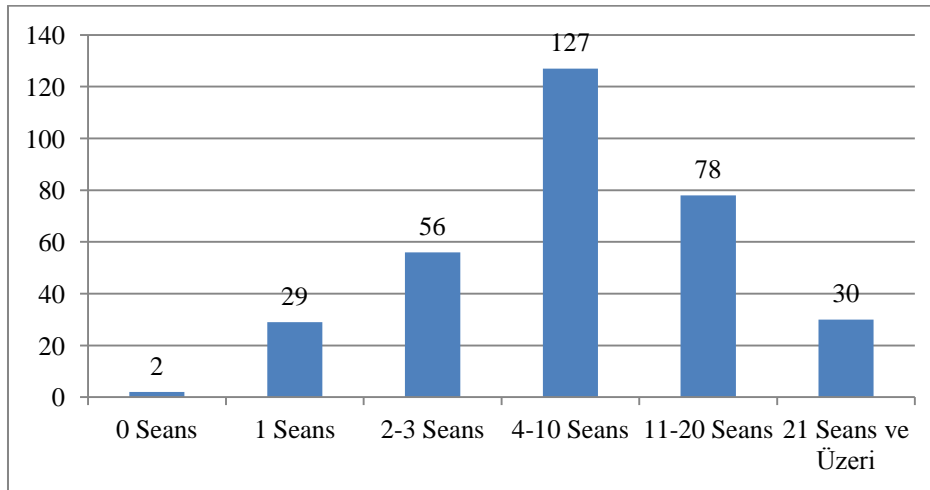
Şekil 11. Şikayet konusu uygulamaların sözleşme türlerine göre dağılımı (n,%).

Protetik diş tedavisi ile ilgili olguların sözleşme türlerine göre dağılımı şekil 12’de gösterildi.



Şekil 12. Protetik diş tedavisi ile ilgili uygulamaların sözleşme türlerine göre dağılımı (n,%).

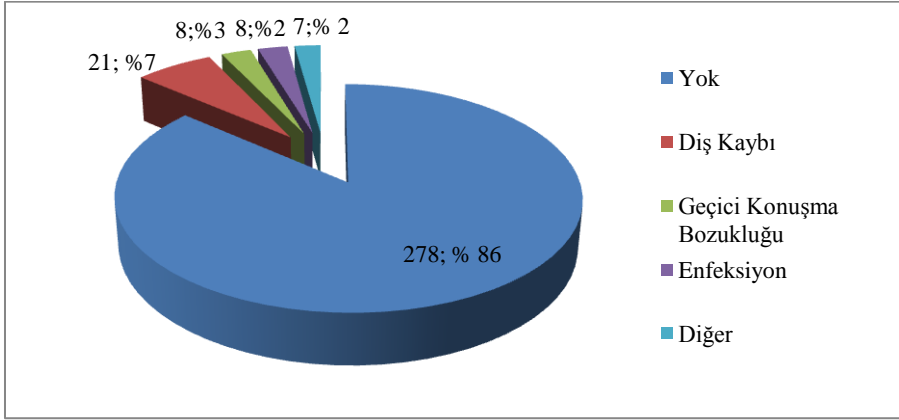
Çalışma kapsamındaki olguların seans sayısı açısından değerlendirilmelerine ilişkin bulgular şekil 13’de gösterildi. Şikâyete konu olan uygulamaların seans sayısı incelendiğinde, %69,8’inin (n: 205) 4 ve daha fazla seans gerektiren uygulamalar olduğu görüldü. 4-20 seansta şikâyet edilen 205 vakanın 154’ü protetik diş tedavisi ile ilgili olgulardı. 2 olguda (%0,6) seans başlamadan hasta hekim ilişkisinin sonlandırıldığı saptandı.



Şekil 13. Şikâyete konu olan uygulamaların seans sayılarına göre dağılımı (n).

Şikayete konu olan 322 uygulamanın sadece 3’ünde (% 0,9) yazılı onam alındığı görüldü. Geri kalan 319 olguda ise (%99,1) dosyada, yazılı aydınlatılmış onam belgesine rastlanmadı. Olguların 31’inde onamın alınıp alınmaması ile ilgili iddia mevcut olduğu, bunların 25’inin sözlü, 6’sının yazılı aydınlatılmış onam ile ilgili olduğu belirlendi. Yönetim kurulu ve bilirkişi değerlendirme süreçlerinin hiçbirinde onamın alınış şekli ve alınıp alınmadığının tartışıldığına dair belge bulunmadı.

Tıbbi uygulama hatası iddialarına konu olan şikayetlerde, 278 olguda (%86) uygulama sonucunda herhangi bir geçici ya da kalıcı sakatlık oluşmadığı görüldü. Kalan 44 olgunun (%14) dağılımı şekil 14’de gösterildi.

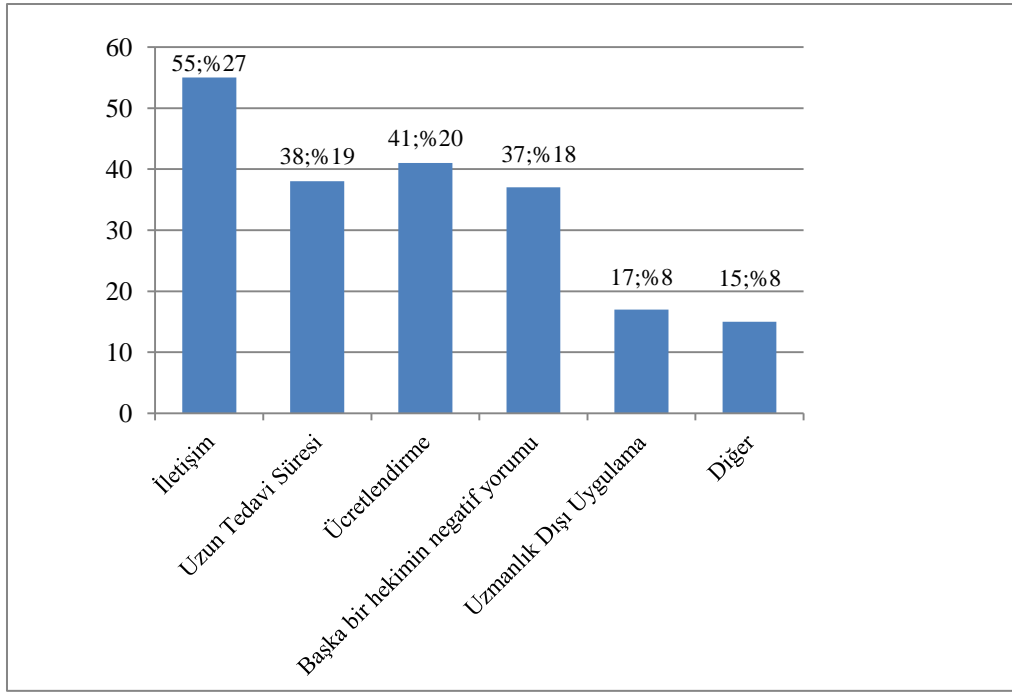


Şekil 14. Şikayete konu olan uygulamaların sonucunda oluşan geçici/kalıcı sakatlıkların dağılımı (n,%).

“Diğer” olarak sınıflandırılan 7 olguda diş hekimliği uygulaması sonucu gelişen geçici ve/veya kalıcı sakatlık durumları şu şekilde tespit edildi:

- 3. molar diş (20 yaş dişi) çekimi sırasında oluşan mandibuler kırık
- Antikoagülasyon tedavisi gören hastada diş çekimi sonrası çekim boşluğunda mukoza altında yaygın kanama
- Geçici yapıştırılan köprü protezinin yutulması
- 16 no’lu dişin çekimi sırasında kökün maxiller sinüs boşluğuna kaçması
- 38 no’lu dişin çekiminden sonra akut olarak gelişen işitme kaybı ve yüz bölgesinde 6 ayı aşkın süren uyuşukluk
- 24-25 no’lu dişlerin kanal tedavisi sırasında kanal içinin hava-su spreyi ile kurutulmasını takiben oluşan cilt altı amfizemi, periorbital şişlik ve gözde yukarı kayma
- Daha önce bilinen enfeksiyon hikayesi olmayan hastada, diş çekimi sonrası 6. ayda yapılan kan tahlilinde HCV pozitifliği

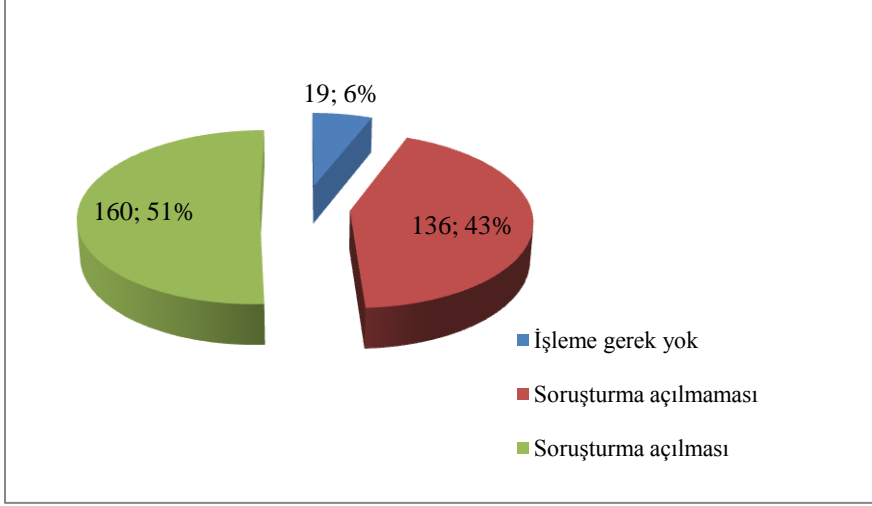
Şikayete konu olan uygulamalar, ana şikayete eşlik eden sekonder şikayet açısından değerlendirildi. Tüm olguların 203’ünde (%63) sekonder bir şikayetin var olduğu görüldü. Dağılım şekil 15’de gösterildi.



Şekil 15. Ana şikayete eşlik eden sekonder şikayetlerin dağılımı (n;%).

“Diğer” olarak adlandırılan 15 olguda tespit edilen sekonder şikayetler; hekimin davranışına, muayenehanenin fiziki şartlarına ya da hastanın algısına bağlı tekil durumlar olması nedeniyle ayrıca sınıflandırılmadı. Bu olgularda ana şikayete eşlik eden sekonder şikayetlerin sıklıkla muayenehanenin yetersiz hijyenik şartları olduğu, yanı sıra özel poliklinik ve tıp merkezlerinde özellikle nöbet saatinde çalışan dış hekimlerinin sıkça değişmesi nedeniyle hastayı her seansta farklı hekimin tedavi etmesi, muayenehanede evcil hayvan beslenmesi, hekimin cinsel içerikli ve kaba konuşma şekli, şikayetçi hastanın bekleme odasında olduğu sırada hekimin bir diğer hastayla tartışması olduğu saptandı.

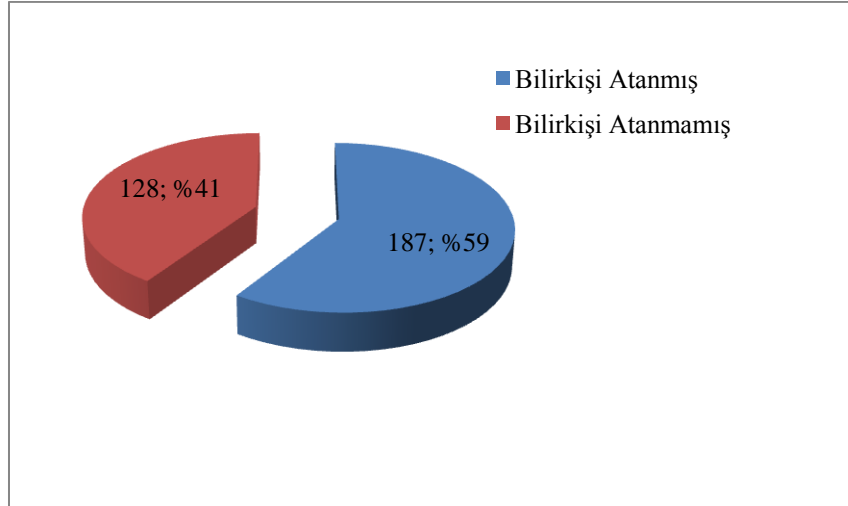
İstanbul Dış Hekimleri Odası’na başvuran 322 olgunun 7’sinde (%2,2), uygulamayı yapan hekim kayıtlı üye olmadığı için şikayetlerin işleme konmadığı görüldü. Bu nedenle inceleme süreci ile ilgili analiz 315 olgu üzerinden yapıldı. 315 olguyla ilgili İDO yönetim kurulu kararlarının dağılımı şekil 16’da gösterildi.



Şekil 16. İDO Yönetim Kurulu'nun şikayete konu olan uygulamalarla ilgili kararlarının dağılımı (n,%).

İncelenen dosyalarda soruşturma açılması kararıyla diş hekimlerinin cinsiyetleri arasında anlamlı fark saptanmadı.

Şikayet edilen olgularda inceleme sürecinin herhangi bir aşamasında, gereksinim duyulduğunda bilirkişi görüşü istenmektedir. İşleme konan 315 dosyadaki bilirkişi görüşü istenme oranları şekil 17'de gösterildi.



Şekil 17. İşleme konan dosyalardaki bilirkişi varlığının dağılımı (n,%).

TDB mevzuatı doğrultusunda yapılan hakem atamaları, inceleme süreci olmaksızın hasta ile diş hekimi arasında uzlaşma sağlamayı hedefler. Bu doğrultuda çalışma kapsamındaki 315 şikayet dosyasının 56'sına (%17,7) hakem ataması yapıldığı, bu dosyaların 41'inde (%73,2) uzlaşma sağlandığı saptandı. Hakem ataması yapılan dosyaların 39'unun (%69,6) protetik diş tedavisi ile ilgili uygulamalar olduğu, bu dosyaların 25'inde (%64)

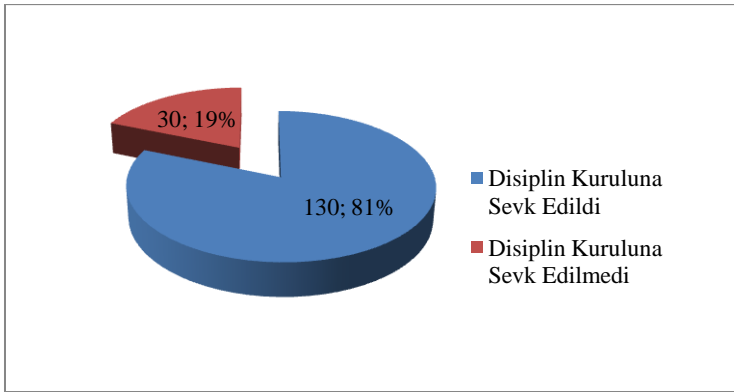
uzlaşma sağlandığı görüldü. Uygulamalar; protetik diş tedavisi ile ilgili uygulamalar ve diğerleri olarak gruplandırıldığında protetik diş tedavisi ile uygulamalarda diğerlerine göre hakem atama oranının anlamlı derecede yüksek olduğu ($\chi^2=4,135$, $p=0,042$), uzlaşma oranının anlamlı derecede düşük olduğu saptandı ($\chi^2=5,439$, $p=0,02$). Protetik diş tedavisi ile ilgili uygulamalarda; uzlaşma ve ceza alma dağılımı Tablo 5’de gösterildi.

	Ceza Alan	Ceza Almayan	TOPLAM
Hakem atanmayan	41	33	74
Hakem Atanıp Uzlaşmayan	4	5	9
TOPLAM	45	38	83

Tablo 5. Protetik diş tedavisi uygulamalarında uzlaşma ve ceza alma dağılımı (n).

Protetik diş tedavisi ile ilgili olarak, hakem atanmayan olguların % 55,5’i ceza alırken, hakem atanıp uzlaşma sağlanamayan olgularda ceza alma oranının % 44’dür.

Tüm olguların 160’ına (%49,6) soruşturma açıldığı görüldü. Soruşturma açılan dosyalara, hakem ataması yapılan, ancak uzlaşma sağlanamayıp ilk incelemeyle soruşturma kararı verilen olgular da dahildi. Soruşturma açılan 160 dosyada verilen kararların dağılımı şekil 18’de gösterildi.



Şekil 18. Soruşturma açılan dosyalarda verilen kararların dağılımı (n,%).

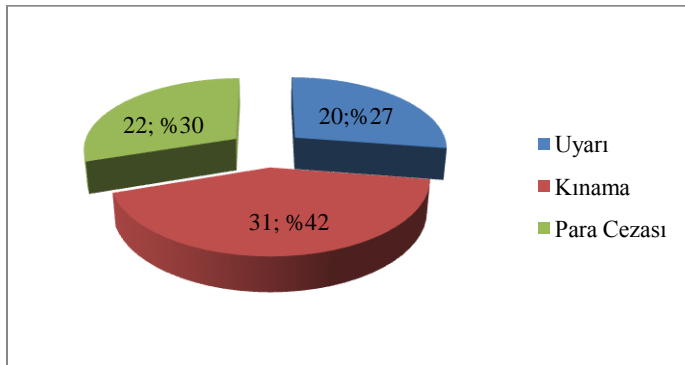
Birlikli görüşü olan ve olmayan dosyalarda soruşturma sonucu alınan kararların dağılımı Tablo 6’da gösterildi.

	Disiplin Kuruluna Sevk Edildi	Disiplin Kuruluna Sevk Edilmedi	Toplam
Bilirkişi Atandı	107	22	129
Bilirkişi Atanmadı	20	11	31
Toplam	127	33	160

Tablo 6. Bilirkişi varlığı ile disiplin kuruluna sevk edilme kararlarının dağılımı (n)

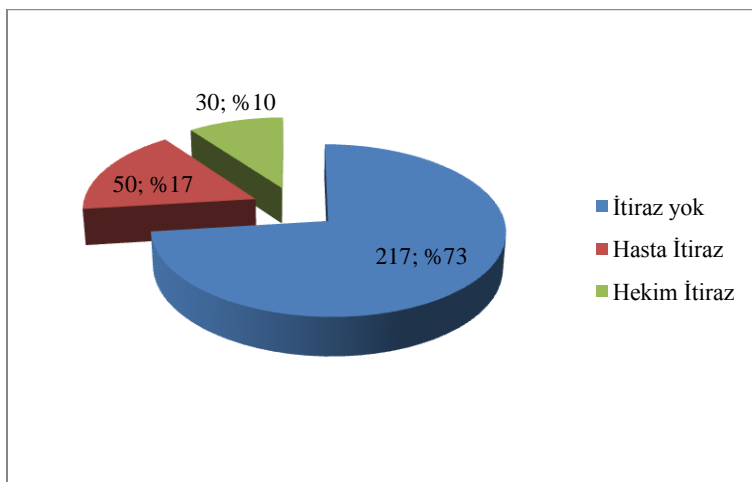
İncelenen şikâyet dosyalarında bilirkişi varlığı ile disiplin kuruluna sevk edilme kararı arasında bilirkişi atanmış dosyaların disiplin kuruluna sevk edilme oranlarının daha yüksek olması yönünde anlamlı fark saptandı ($\chi^2=5,185$, $p=0,45$).

Disiplin kuruluna sevk edilen 130 dosyanın %43,8'ine (n=57) ceza verilmediği, 73'üne (%56,2) ceza verildiği görüldü. Ceza alan dış hekimlerinin 47'si erkek (%64,4), 26'sının kadını (%35,6). Ceza alma açısından dış hekimlerinin cinsiyetleri arasında anlamlı fark saptanmadı. Verilen cezaların dağılımı şekil 19'da gösterildi.



Şekil 19. İDO Disiplin Kurulu'nun verdiği cezaların dağılımı (n,%).

İşleme konan 315 şikâyet dosyasının 217'sinde inceleme süreci sonucu verilen karara itiraz olmadığı görüldü. İtirazların dağılımı şekil 20'de gösterildi.



Şekil 20. İDO Disiplin Kurulu kararlarına yapılan itirazların dağılımı (n,%)

İDO Disiplin Kurulu'nun verdiği kararlara itirazların, bir üst mercii olan TDB Yüksek Disiplin Kurulu'na yapıldığı görüldü. TDB Yüksek Disiplin Kurulu'nun yapılan itirazlar sonucu verdiği kararlarda; 62 itirazda (%77.5) verilen kararın onandığı, 4 itirazda (%5) cezanın arttırıldığı, 8 itirazda (%10) cezada indirim yapıldığı ve 6 itirazda (%7.5) ceza ya da kararın kaldırıldığı tespit edildi.

Şikayet dosyalarının inceleme süresi aralığının (0-78 hafta), ortalamasının 13,7±10,5 hafta olduğu saptandı (Median=10 hafta).

İncelenen 322 şikayet dosyasının 4'ünde (%1.2) hukuk mahkemesinde, 1'inde (% 0.3) ceza mahkemesinde, 1'inde (% 0.3) ticaret mahkemesinde yasal sürecin devam ettiği, 10 şikayette ise (% 3.1) savcılığa suç duyurusunda bulunulduğu saptandı.

İncelemenin yapıldığı 01.01.2000- 31.12.2009 tarihlerinde, hem diş hekimleri hem de hastalar tarafından yapılmış 128 sahte diş hekimi şikayeti bulundu. Bu konuda yapılmış 127 şikayette, şikayete konu olan kişilerin diş hekimliği uygulamalarını yapmaya yetkilerinin bulunmadığı, 1'inin ise diş hekimi olduğu ancak diploma denkliğinin olmadığı görüldü.

5. TARTIŞMA

Son yıllarda tıbbi uygulama hataları ile ilgili iddiaların artış gösterdiği bilinmektedir. Bu artış; gerek mahkemelerin arşivlerinde, gerekse bu davalarda mahkemelerce bilirkişi olarak görevlendirilen veya başlı başına araştırma yapan kurum ve kuruluşlarda yapılan istatistiksel çalışmalarda izlenmektedir (1). Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulu verileri, tıbbi uygulama hatası ile ilgili rakamların, 2010 yılında yaklaşık 800 iken 2011 yılı sonunda 2000'e ulaştığını göstermektedir (73). Bu artışın diş hekimliği uygulamalarına da yansımaları kaçınılmazdır.

Diş hekimliğinde tıbbi uygulama hataları ile ilgili yapılan çalışmalar, son yıllarda iddia ve davalarda artış olduğunu bildirmektedir. Rudov ve arkadaşlarının 1973'de yaptıkları bir çalışma, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1970'de karara bağlanmış tüm tıbbi uygulama hatası iddialarının %6,9'unun diş hekimliği uygulamalarıyla ilgili olduğunu belirtir (74). Bir başka çalışmada American Dental Association (ADA), 1999'da 1000 diş hekiminden 27'si hakkında tıbbi uygulama hatası iddiasının kayda geçtiğini, 2003 yılında ise bu sayının 1000 diş hekiminde 40'a yükseldiğini saptamıştır (75). İngiltere'de de benzer bir artış söz konusudur. Haklarında şikayet olan diş hekimlerinin oranı 1989'da %3,5 iken, 1992'de %10,7'dir (76).

Medyanın, konunun üzerine fazlaca gitmesi sonucu toplumun hassasiyetinin artması bu anlamlı artışın nedenlerinden biridir. Sağlık sistemindeki aksaklıkların kamuoyunda yarattığı hoşnutsuzluk ve hukuk sisteminin bu aksaklıkları çözme konusundaki yetersizliği medyanın ilgisini çeker ve bilimsel verilere dayanmayan, dolayısıyla da bilgilendirme sorumluluğunu yerine getirmeyen yayın ve açıklamalar; hekimlerin yeteneği, bilgisi, davranışı ve hastaya yaklaşımını sorgulayan olumsuz tutumu ile hastaları, hekimlere karşı dava açmaya yönlendirir (1,3,10).

Türk Tabipleri Birliği (TTB)'nin 18 Mart 2010 tarihli basın açıklaması bu konuya ilişkin iyi bir örnek olarak verilebilir. Zeytinburnu'ndaki tramvay kazasında ağır yaralanan ve tedavi gördüğü hastanede beyin ölümü gerçekleşen Buket Bulut hakkında basında çıkan "mucize doktor devreye sokuldu" şeklindeki habere karşı TTB; "beyin ölümünün dönüşümsüz olduğu, doğada mucize olmadığı, "mucize doktor" ifadesinin ise hem bilimsel hem de ahlaki olarak yanlış olduğu yanı sıra bu ifadenin kamuoyu üzerinde tıp ve hekimlere karşı güven azaltıcı etkisi olduğunu" ifade etmiştir (77).

Diş hekimi Ülkü Akkuş, medyayla toplum sağlığı arasındaki ilişkiyi masaya yatırdığı yazısında rating kaygısı, bilgisizlik ve reklam anlayışının toplum sağlığı üzerindeki yıkıcı etkisinden bahsederken, sağlıklı bir habercilik anlayışının toplumun bilinçlenmesi açısından umut verici sonuçlar doğuracağını belirtir: *“Ticari boyutu milyar dolarlarla ölçülen sağlık sektöründe meslek örgütleri, sağlık çalışanları, kamu, özel sektör, Sağlık Bakanlığı ve medya arasındaki iletişimin doğru kurulabilmesi, toplum yararı açısından var olan sorunların çözülebilmesinde anahtar- kilit ilişkisini oluşturuyor. Sağlık habercisinin iyi haber yapma kaygısının yanında, yapılan haberden insanların nasıl etkileneceği kaygısını da taşıması gerekiyor”*. Medyanın da kendi mesleki ve etik kurallarına uyması bu noktada önemlidir. *“Sansasyondan kaçınmak, umutsuzluk ya da sahte umut verecek haberler yapmamak, tıp alanındaki araştırmaları kesinleşmiş sonuçlar gibi göstermemek”* gibi konularda da duyarlı olmalıdır (78,79).

Doktor - hasta ilişkisi tıbbın doğası gereği asimetriktir, eşitlik kurulması zor olan bir ilişki biçimidir. Ancak bir o kadar da yaşamsaldır. Bu ilişkinin tarafları olan doktor ve hasta arasında var olan irade koyma eşitsizliği nedeniyle bu ilişkinin taşıdığı sorunlar çok çeşitli ve karmaşıktır. Cinsiyet, yaş, ırk, etnik kimlik, sosyo- ekonomik statü, genel sağlık sisteminin yapısı, karşılaşılan mekan gibi faktörler, doktor- hasta ilişkisinin biçimlenmesinde etkilidir. Tüm bu faktörlerin içiçe geçip asimetrik ilişkiler ürettiği yerde, doktor ve hasta arasında doğru ilişki kurulamaması, iletişim eksikliği sorununu ortaya çıkarmaktadır (80).

Çalışmada; tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan olgularda, şikayetçilerin cinsiyetleri incelenmiş ve kadınların erkeklere göre daha yüksek bir oranda şikayetçi olduğu görülmüştür. İsveç’te yapılan bir çalışma da, kadınların erkeklerden daha çok şikayette bulunduğunu ve iddiaların erkeklerin şikayetlerine göre çok daha yüksek oranda haklı olduğunun kararlardan saptandığını göstermektedir. Bu sonuç kadınların daha kötü şartlarda tıbbi hizmetlerden yararlandıkları konusundaki diğer bulgularla da uyumludur (81). Ancak bu konuda yapılmış çalışmalar oldukça sınırlıdır.

Şikayet başvuruları sıklıkla hastaların kendileri tarafından yapılmıştır (Şekil 2). Hasta yakınları tarafından yapılan şikayetler büyük oranda ortodonti ile ilgilidir. Bu duruma, ortodonti hastalarının genellikle çocuk olması ve şikayetlerin hastanın ebeveyni tarafından yapılması neden olmaktadır. Avukatlar tarafından şikayet edilen 3 olgunun 2’sinin cerrahi uygulamalar olduğu ve aynı zamanda savcılığa suç duyurusunda bulunduğu görülmüştür. Yasal başvuru ile İDO’ya şikayet genellikle eş zamanlıdır. Hastalar ve vekilleri yasal sürece dayanak olarak İDO Yönetim Kurulu’nun kararını beklemektedir. 1 olgu ise oral diagnoz ve radyoloji ile ilgilidir (Tablo 1).

Çalışmada 322 şikayet olgusu incelenmiştir. Şikayet edilen diş hekimi sayısı ise 274'dür. Tüm inceleme süreci sonunda ceza alan diş hekimleri, tüm diş hekimlerinin %26,6'sıdır (n=73). Geri kalan diş hekimleri (%73,4; n=201) inceleme süreci içinde suçsuz bulunmuşlardır. Başka bir deyişle hakkında şikayet olan yaklaşık 4 hekimden 1'i suçlu bulunmuştur. Tıbbi uygulama hatası ile komplikasyon arasında ayırım yapmak oldukça zor bir karardır. Uluslararası literatürde hekimler hakkındaki tıbbi uygulama hatası iddialarının %20'sinden azında iddianın sabit bulunduğu bildirilmektedir (82)

Şikayet edilen diş hekimlerinde kadın olma oranı anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Disiplin cezası alan toplam 73 diş hekiminin ise %65'i erkek, %35'i kadındır. Kadın diş hekimlerinin oransal olarak daha az ceza almaları daha az şikayet edilmeleri ile ilgilidir ki disiplin cezası alan diş hekimlerinde cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. 2002 yılında yapılmış, hekimlerin empati düzeylerini ölçen bir çalışmada kadın hekimlerin erkek hekimlere göre empati yeteneklerinin daha gelişmiş olduğu sonucuna varılmış ve bu sonuç, kadınların duygusal sinyalleri almaya daha açık olmaları, karşısındaki kişiyi anlamak için daha katılımcı davranmaları ve hastalarına daha çok zaman ayırmalarına bağlanmıştır (83). Hekimlerin ses tonlarının ihmal iddialarının ortaya çıkmasında ne kadar önemli olduğunu gösteren bir çalışmada ise, ses tonları daha sıcak ve flu olan ve ses tonlarından endişeli oldukları sezilen hekimlerin haklarındaki ihmal iddiasının %50 daha az olduğu belirtilmiştir (20). Yorulmaz, 2005 yılında İstanbul Tabip Odası'nda yaptığı çalışmada, haklarında tıbbi hata ve/veya ihmal kararı verilen hekimlerden disiplin cezası alanların %77'sinin erkek, %23'ünün kadın olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada meslekten men cezası alan kadın hekimlerin sayısı da belirgin düzeyde düşüktür. Hekimlerin cinsiyeti tıbbi uygulama sonucunu belirleyen parametrelerden biri değildir. Ancak olumlu hasta-hekim ilişkisi, iddiaların ve istenmeyen sonuçların oranını azaltır. Sonuç olarak kadın hekimlerin iletişim becerilerinin daha gelişmiş olduğu söylenebilir (3).

Öte yandan erkek diş hekimlerinin sıklıkla şikayet edilmelerine hastanın cinsiyeti etkili değildir. Erkek diş hekimlerinin şikayet edilmeleri açısından hastaların cinsiyetleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 1).

Şikayet edilen diş hekimlerinin yaş ortalaması 43, erkek ve kadın diş hekimlerinin yaş ortalaması ise sırasıyla 45,1 ve 38,3 olarak bulunmuştur. Erkek diş hekimlerinin yaş ortalaması kadın diş hekimlerine göre anlamlı derecede yüksektir. Bu fark, kadın ve erkeklerde emeklilik için gereken yaş şartının farklı olması ile açıklanabilir. 09.09.1999 - 31.12.2008 tarihlerinde emeklilik için gereken yaş şartı erkekler için 60, kadınlar içinse 58'dir (84). Bununla birlikte diş hekimlerinin sıklıkla özel muayanehanelerinde çalıştıkları göz

önünde tutulmalıdır. İngiltere’de yapılan bir çalışmada, diş hekimlerinin, 80’li yılların ortalarından bu yana daha öncesine göre erken emekli olma eğiliminde olduklarını göstermektedir (85). Bir başka çalışma kadın diş hekimlerinin sağlık ve sosyal sebeplerle kariyerlerine erkek hekimlere göre daha sık ara verdiklerini, geri döndüklerinde ise yarı zamanlı çalışmayı tercih ettiklerini, çocuk doğurma ve bakımının bu süreçte etkili olduğunu belirtir (86).

Tıbbi uygulama hataları ile yaş, mesleğin uygulandığı ortam ve yeni bilgileri izleme dereceleri arasında ilişki olduğu bilinmektedir (3). Diş hekimlerinin %68’inin şikayet edildikleri sıradaki mesleki deneyim süreleri 10-30 yılken, %34,3’ü (n=94) mesleğini 20-29 yıldır sürdüren en büyük grubu oluşturmaktadır (Şekil 4). Bu süre, yaklaşık olarak diş hekimlerinin 45-55 yaşları ile paralellik gösterir. Amerika Birleşik Devletleri genelinde 1959-1970 yıllarını kapsayan ve diş hekimliği ile ilgili sonuçlanan tüm tıbbi uygulama hatası davalarını inceleyen bir araştırma, diş hekiminin tazminat ödemeye mahkum olmasıyla yaşının ileri olması arasında anlamlı bir ilişki saptamıştır (87). New York’da, mesleklerini muayenahanelerde ve tek başına uygulayan hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada, 55 yaşındaki hekimlerin 45 yaşındaki hekimlere göre hastalarına tanı koymak için daha sık test ve görüntüleme prosedürüne başvurdukları ve ileri yaşın tıbbi uygulama hatası iddiası ile karşılaşmada risk faktörü olduğunu düşündükleri bildirilmiştir (88). Araştırmacının bu bulgusu aynı zamanda ileri yaştaki hekimlerin tıbbi uygulamalarında daha defansif davrandıklarını, kompleks tedavilerden kaçındıklarını göstermektedir.

Şikayete konu olan tüm olguların %93’ünde hastalar diş hekimine elektif, %7’sinde ise acil başvuruda bulunmuşlardır. Acil başvuruların nedeni büyük oranda diş ağrısıdır. Diş hekimliği uygulamaları doğası gereği hastanın isteğine bağlı uygulamalardır. A.B.D’de yapılan ve 1959 -1970 yıllarını kapsayan çalışmada, dental tıbbi uygulama hataları ile ilgili açılan davaların sadece %2,7’sinin acil uygulamalar olduğu ve bu uygulamaların tamamının diş ağrısı kaynaklı olduğu belirtilmiştir (87).

Diş hekimlerinin büyük bir kısmı mesleklerini özel muayenahanelerinde yapmaktadır. TDB’nin 2009 yılı verilerine göre odalara kayıtlı diş hekimlerinin %63’ü, sadece muayenahanelerinde çalışmaktadır (65). Bunun dışında kamu hastanelerinde ve üniversitelerde çalışan diş hekimlerinin bir kısmı aynı zamanda muayenehane pratiği içinde yer alır. Diş hekimliği disiplini geçmişten günümüze kendine özgü bir otonomiye sahiptir. Diş hekimi çalışma ortamını, felsefe ve politikasını, çalışma saatlerini, beraber çalışacağı kişileri, ekipmanını, tedavi edeceği hastaları ve hatta uygulayacağı tedavi şeklini özerk olarak kendisi belirler (89).

Çalışmada şikayete konu olan uygulamaların büyük bir çoğunluğunun muayenehanelerde yapıldığı görülmüştür. Uygulamanın yapıldığı sağlık birimlerinin dağılımında ikinci sırayı poliklinikler ve özel hastaneler almaktadır ki, bu sağlık birimleri de özel kuruluşlardır (Şekil 7). Şikayet başvurularının yalnızca % 4,3'ü kamu kurumlarıyla ilgilidir. Ancak tıbbi hata ve/veya ihmal olgularının kamuya ait sağlık birimlerinde bu kadar az oranda olması gerçeği yansıtmamaktadır. Burada kamuya bağlı sağlık birimlerine başvuruların beklentilerinin azlığının yanı sıra, sağlıkları ile ilgili kararlarda maliyet, kar gibi parasal konuların hekimlerin motivasyonunu etkilemeyeceği inancının önemli bir rol oynadığı söylenebilir (3).

Şikayet konusu uygulamalarda branşların dağılımı ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Bununla birlikte, uluslararası literatür incelendiğinde, şikayetlerin sıklıkla protetik tedaviler ve oral cerrahi ile ilgili uygulamalarda toplandığını görülür.

ABD'de ağız, diş ve çene cerrahisi ile ilgili şikayetler 1988'de tüm şikayetlerin %18,8'i iken bu oran 1992'de %31,8'e yükselmiştir. 1984'de Washington'da yapılan bir çalışma, 20 yaş dışı çekimi sonrası gelişen parastezi ile ilgili şikayetlerin tüm şikayetlerin %25'i olduğunu göstermiştir (90,91). İsveç'te ise, yaklaşık 45 yıllık bir süreçteki diş hekimliği ile ilgili tüm tıbbi uygulama hatası iddialarının %54,5'i protetik diş tedavisi uygulamaları ile ilgilidir (92).

Çalışmada, şikayet konusu olguların yarısında başvuru nedeni diş eksikliğidir. Bunu sırasıyla diş ağrısı, estetik nedenler, muayene ve diş çürüğü takip etmektedir. Başvuru nedenleriyle uyumlu olarak şikayete konu olan uygulamaların %57,3'ünün protetik diş tedavisi uygulamaları olduğu görülmüştür.

Çalışmada şikayete konu olan uygulamaların seans sayılarına göre dağılımı verilmiştir (Şekil 13). Uygulamaların %34,4'ünün tedavi süresinin 4-10 seans olduğu ve tedavi süresi 4-20 seans olan olguların %75'inin protetik diş tedavisi ile ilgili olduğu görülmüştür. Belirtilen tedavi süreleri, sabit ve/veya hareketli protez uygulamaları için gereken süreyle uyumludur.

Protetik uygulamaların, diğer diş hekimliği uygulamalarına göre daha pahalı olması ve diş teknisyeninin de dahil olduğu daha kompleks bir tedavi süreci içermesi, hastaların, tedavinin başında sonuçla ilgili yüksek beklentilerinin olması ve proteze alışmalarını zorlaştıran psikolojik faktörlerin varlığının, daha yüksek oranda şikayet konusu olmalarında etkili olduğu düşünülmektedir (75).

Protetik uygulamalarla ilgili şikayetlerin, tüm şikayetlerin büyük bir çoğunluğunu oluşturmasının bir diğer önemli nedeni hastaların beğeni problemidir. Ancak bu problem birçok açıdan çözülmesi zor bir konudur. Beğeni, her zaman estetikte bir sorun olarak kendini

göstermiştir. Beğeni, genel olarak “güzeli değerlendirme yetisi” olarak tanımlanabilir. Estetik yargılar, insan hayatında daha çocukluktan başlayarak oluşur ve tekrarlanır. Fakat beğeni ile ilgili yargıların yapısı incelendiğinde ve bilgi ile ilgili yargılarla karşılaştırıldıklarında bir kendine özgülüğün bulunduğu kolayca görülür. Örneğin yerçekimi kanunu dünyanın her yerinde aynı tanımlanır ve hiç kimse tarafından şüpheyle karşılanmazken, beğeni ile ilgili yargıların böyle bir objektifliğe sahip olduğunu söylemek mümkün değildir. Konu estetik kuramı içinde tartışılırken, beğeni yargılarının herkes için genel geçer olduğu ve beğenin relativ olduğu sonucuna varılmış, bu sonuç skolastikten gelen “*De gustibus non est disputandum*” (Beğeniler üzerine tartışılmaz) ifadesinde somutlaşmıştır (93).

Ancak beğeni, diş hekimliği pratiğinde tartışılan bir konudur. Diş hekimliği, her ne kadar tıbbın özelleşmiş bir dalı olsa da, mesleğin uygulanma dinamikleri açısından tıptan önemli farklılıklar gösterir. Bu farkların en önemlisi yapısında bilimselliğin yanında sanatsallığı da barındırmasıdır (94). Bu kendine özgü yapı, hukuki düzlemde de diş hekimi ile hasta arasındaki varsayımsal sözleşmeleri değerlendirmeyi gerektirir.

Diş hekimliği uygulamaları açısından hasta ile hekim arasında iki tür sözleşme söz konusudur. Vekalet sözleşmesi ve eser (istisna) sözleşmesi. Çalışmada tıbbi uygulama hatası iddiası olan uygulamalarda, diş hekimi ile hasta arasında kurulan sözleşme türü incelenmiş, tedavi amaçlı protetik, cerrahi, endodontik ve konservatif uygulamalar vekalet sözleşmesi kapsamında değerlendirilmiştir. Estetik ve kozmetik amaçlı özellikle anterior bölgedeki protetik ve konservatif uygulamalar, gingivoplasti gibi estetik amaçlı cerrahi uygulamalar ile tıbbi endikasyonun zayıf olduğu, sonucun garanti edildiği ortodontik uygulamalar eser sözleşmesi; tedavi amaçlı ve vekalet sözleşmesi kapsamında uygulanan ve makul bir estetik sonuca ulaşılmadığı için şikayete konu olan uygulamalar ise her iki sözleşme kapsamına alınmıştır (Şekil 11). Bu sınıflandırma sonucunda olguların %4’ü eser sözleşmesi, %18’i ise hem vekalet hem de eser sözleşmesi kapsamında değerlendirilmiştir. Olguların büyük bir kısmında ise diş hekimi ile hasta arasında kurulan sözleşme vekalet türündedir.

Vekalet sözleşmesi ile eser sözleşmesi arasındaki temel fark, sonucun garanti edilmesidir. Türk hukuk sisteminde hekim ile hasta arasındaki sözleşmenin hukuki niteliği, gerek doktrinindeki baskın görüşe gerekse Yargıtay kararlarına göre vekalet sözleşmesi olarak değerlendirilmekte ve bu sözleşmeye “tedavi sözleşmesi”, “hekimlik sözleşmesi” veya “sağaltım sözleşmesi” denmektedir (7, 30, 35). Diğer bütün tıbbi müdahaleler için, hekim ile hasta arasında vekalet sözleşmesi bulunduğu kabul edilmesine rağmen, estetik uygulamalar söz konusu olduğunda doktrininde farklı fikirler ileri sürülmüştür (95).

İlgili Yargıtay kararları protetik diş tedavisi uygulamalarını eser sözleşmesi kapsamında değerlendirmiş ve kararlarına dayanak olarak “imal edilen şeyi (protez)” esas almıştır (7). Ancak Tandoğan’a göre, “hastanın güven unsuru” işin vekalet olarak nitelendirilmesini gerektirir. Bunun yanında Tandoğan “herşeyden önce maddi olmayan bir sonuç, ancak mahiyeti bakımından bir çalışma sonucu olarak vaad edilmeye elverişli olduğu takdirde bir eser (istisna) sözleşmesinin konusunu oluşturabilir. Bir öğretim, dava veya tedavide belli başarılı bir sonuca erişilmesi, bu husus mahiyeti gereği tartılamayan ve yükümlülük altına girenin gücü dışında kalan faktörlere bağlı olduğundan, gerçekleştirileceğinin önceden yüklenilebilmesine elverişli değildir. Bu yüzden özel bir öğretim sözleşmesi, dişlerin veya bir hastalığın tedavisine, cerrahi bir ameliyata hatta vücudun sağlığa kavuşturulması ile ilgili olmayan bir estetik ameliyata ilişkin sözleşmeler eser sözleşmesi olarak nitelendirilemezler. Estetik ameliyat sınırda kalan bir hal olmakla birlikte, onda da cerrahi müdahalenin yüksek kişisel karakteri ve taraflar arasındaki belirgin güven ilişkisi dolayısıyla vekalet hükümleri uygulanmalıdır” demektedir (35).

Öte yandan HHY’nin 5. maddesinin a bendinde sağlık, “bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmaktadır (46). Doktrindeki bir başka görüş, HHY’nin ilgili maddesindeki sağlık tanımını esas alarak estetik ameliyatlara bir kısmında sadece tedavi amacı, bazılarında ise güzelleşme amacının yanısıra tedavi amacı güdüldüğünü belirtir. Bu sebeple, her türlü estetik uygulamanın sırf güzel görüntü sağlamak amacıyla yapıldığının kabulü uygun değildir. Tıbbi müdahalenin tanımında sözü geçen doğrudan ya da dolaylı tedavi amacının bulunması unsurunun gerek bedensel gerekse ruhsal tedaviyi kapsadığı kabul edilirse, ister tedavi amaçlı, ister güzelleşme amaçlı isterse her iki amacı da birlikte güden estetik uygulamalarda dolaylı tedavi amacı unsuru mevcuttur (95).

Eser ve vekalet sözleşmelerinin birbirinden ayırt edilmesi her zaman kolay değildir. Özellikle artık fiziki olmayan sonuçların da eser sözleşmesinin konusu olabileceğinin kabul edildiği düşünüldüğünde, iki sözleşme arasındaki çizginin iyice inceldiği fark edilir. Bazı etkinlikleri (turnuva, konser, festival vb.) organize etmek, bir mekanın aydınlatmasını veya ısıtmasını yapmak gibi edimler eser sözleşmesinin kapsamında değerlendirilecektir. Sözleşme tiplerine ilişkin sınıflandırma katı olmamalı, sözleşme tiplerine yönelik hükümler somut durumun özellikleri göz ardı edilmeden uygulanmalıdır. Fakat bir sonucun önceden kararlaştırılmış olması halinde, eser meydana getirme unsuru ile ilgili tespitler çerçevesinde “sonuç” unsurunun sözleşmeyi vekalet sözleşmesi olmaktan çıkarabileceği söylenebilir (33).

Bu bağlamda diş hekimliğinde protetik uygulamalar değerlendirildiğinde, uygulamaların çoğunun vekalet sözleşmesi kapsamında olduğu söylenebilir. Ancak tedavi

endikasyonunun olmadığı ya da zayıf olduğu ve sonucun önceden kararlaştırıldığı protetik ve estetik uygulamaların eser sözleşmesi hükümlerine göre değerlendirilmesi uygun olacaktır. Bu nedenle özellikle eser sözleşmesinde vakaya özgü bilirkişi incelemesi yapılması önem kazanır.

Diş hekimliğinde, bu tür estetik uygulamalar, tüm uygulamalarda olduğu gibi hastanın bilgilendirilmesi ve onamının alınmasının önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Ancak çalışmanın sonuçları incelendiğinde uygulamaların sadece %1’inde yazılı onam alındığı, %9;6’sında ise yazı veya sözlü onam varlığı ile ilgili tartışmanın olduğu görülmüştür.

Hastanın her tür tıbbi uygulama öncesi aydınlatılması ve onamının alınması, başta Anayasa olmak üzere, ilgili yasa ve yönetmeliklerle zorunlu kılınmıştır. Aydınlatılmış onam, yapılan tıbbi uygulamayı hukuka uygun hale getirir. Bir başka anlatımla, aydınlatılmış onam alınmadan yapılan bir müdahale; gerekli ve hatasız olsa dahi hukuka uygun değildir ve haksız fiil sayılır.

Hekim - hasta ilişkisinin etik temeli olarak aydınlatılmış onam, her iki tarafın da katılımına, başarılı iletişimine, karşılıklı saygıya ve birlikte karar vermeleri ile karakterize bir karşılaşmayı temsil eder. Hekim, hastasına tedavinin adımlarını açıklar, önerisini gerekçelendirir, varolan alternatifleri, herbirinin yarar ve risklerini belirterek söyler. Hasta verilen bilgiyi anlar, tedavi seçeneklerini birbirleriyle kıyaslar ve kendisine önerilenlerden birini seçer. Bu, ideal aydınlatma ve onam alma sürecine ait bir “senaryo”dur. Oysa bu süreç, faktörlerin mekanik biçimde ortaya konduğu, bir kağıt parçası altına formalite bir imzanın atılmasıyla sınırlı bir işleme indirgenmektedir (96).

Diş hekimliğinde pratiğinde aydınlatma ve onam alınma süreci ile ilgili yapılan çalışmalar, çoğu diş hekiminin her tür uygulamadan önce aydınlatılmış onam alınmasının önemini kabul ettiklerini ancak onam belgelerinin branşlara göre hazırlanmış formlardan çok genel bilgiler içeren formlar olduğunu göstermektedir. Yazılı onam belgesi ise sadece girişimsel uygulamalardan önce alınmaktadır (97, 98, 99).

Aydınlatılmış onam konusunun, bir şekilde imza altına alınmış bir belgeyle kısıtlanması doğru bir yaklaşım değildir. Böyle bir belgenin varlığı, aydınlatma yükümlülüğünün tam olarak yerine getirildiğini her zaman göstermez. Bir belge olmaması da yükümlülüğün sağlanmadığını göstermeyecektir. Bu belgenin varlığı, sadece ispat açısından bir enstrümandır.

Hastanın aydınlatılması ve onamının alınması süreci, hekimin iletişim becerileriyle yakından ilgilidir. İletişim, özünde gönderme ve alma olan karmaşık ve dinamik bir süreçtir. Bu nedenle bir kişinin tam olarak aydınlatıldığı ya da hiç aydınlatılmadığı kanaatinde olmak

son derece güçtür. Bilindiği gibi anlamak iletişimsel bir süreçtir ve bunun için her iki tarafın da bazı koşulları yerine getirmesi gerekir. Söylenen ile anlaşılması istenen arasındaki farkın minimum olabilmesi için doğru ve uygun ifade çok önemlidir. Aynı zamanda anlamak, anlaması gereken tarafın anlaşılacak şeye açık olmasını gerektirir. Bunun için aydınlatma amacıyla yapılan konuşma da, aydınlatma ardından alınan onamı belgelemek üzere düzenlenen aydınlatılmış onam formları da, özellikle olası yorumlama güçlükleri gözden kaçırılmayarak özenle formüle edilmelidir (96). Çalışmalar, dental uygulamalar ile ilgili olarak yeterli ve uygun hazırlanmış formların varlığında bile, hastanın yapılacak tedaviyi tam olarak anlamadığını göstermektedir (100).

Çalışmada, esas tıbbi uygulama hatası iddialarına eşlik eden sekonder şikayetler değerlendirilmiş, diş hekimi ile hasta arasındaki iletişim sorunları, uzun tedavi süresi, ücretlendirme ile ilgili anlaşmazlıklar, başka bir diş hekiminin uygulama hakkındaki negatif yorumu ve uzmanlık dışı uygulamanın, hastaların kendilerine yapılan uygulama ile ilgili olarak şikayette bulunmaları konusundaki motivasyonlarını arttırdığı görülmüştür. Ancak bu faktörlerin hiçbirinin tek başına şikayete neden olmadığı, hastanın tıbbi uygulama hatası ve/veya ihmal iddiası ile birlikte şikayet dilekçesinde yer aldığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Ana şikayete eşlik eden sekonder şikayetlerde ilk sırada diş hekimi – hasta arasındaki iletişim problemlerinin olduğu görülmüştür (Şekil 13). Diş hekimlerinin iletişim becerilerini ölçen bir çalışmada, diş hekimlerinin iletişimi etkin olarak başlatma veya hastanın iletişim kurmaya yönelik davranışına cevap vermede yetersiz oldukları bildirilmiştir. Aynı çalışma, hastaların özellikle ağrı ile başvurduklarında ve tedavi sırasında ağrı duyduklarında işlemi durdurmaları yönündeki beklentileri ile ilgili bilgiye gereksinimleri olduğunu göstermiştir. Bu konulardaki bilgilendirmenin hastanın anksiyetesini azalttığı bilinmektedir (101).

Dental anksiyete diş tedavisine bağlı olarak duyulan korku ve kuruntular nedeniyle gelişen, tam olarak ifade edilemeyen yoğun bir huzursuzluk hali olarak tanımlanmaktadır. Karakter özellikleri, doğrudan veya dolaylı şartlanma, aile, toplum, medya ve çevresel faktörler, kontrol kaybı duygusu, tedavi işlemleri hakkındaki belirsizlikler, hekimin yabancı bir insan olma düşüncesi dental anksiyete etiyolojisinde yer alır (102). Davranış bilimci Pease'e göre; kişinin 15-46 cm çevresi mahrem alanıdır ve ancak yeterli güveni hissettiği kişilerin bu alana girmesine izin verir. Kişinin bu mahrem alanında çalışan diş hekiminin her davranışının, pozitif bir iletişimin ve başarılı bir tedavinin ön koşulu olduğu kabul edilir (103).

Yüksek korku seviyesine sahip bu hastalar tedavilerini erteleme eğilimindedirler ve tedavi sırasında uyumsuz bir hasta profili sergilerler (104). Tüm bu nedenlerden dolayı dış hekimi ile hasta arasındaki iletişimin kalitesi özel bir öneme sahiptir.

Bu tür hastalarda, dış hekimi ile konuşmak oldukça cesaret vericidir. Soruları içtenlikle cevaplandırarak hastalarla sohbeti devam ettirmek, hastanın önceden kurguladığı bazı yanlış düşünce ve korkuları giderebilir. Hastalara muayene sırasında tedavi protokolü ve beklentilerinin ne ölçüde karşılanacağını anlatmak önemlidir (105).

Dış hekimi ile hastanın ilk karşılaşmasında, ne söylendiği ve ne yapıldığının sonuç üzerine etkisi vardır (106). Hastayı selamlayarak tedaviye başlamak etik açıdan doğru bir dış hekimi – hasta ilişkisinin ilk ve temel şartıdır (107). Hastaların dış hekimine tedavi olmaya devam nedenlerini incelendiğinde, ilk sırada dış hekiminin samimi tutumunun geldiği, bunu sırasıyla temizlik, profesyonel görünüm, dış hekiminin bilgisi, nezaketi, ilgili davranışları ve işinin kalitesinin takip ettiği görülmüştür (108).

Çalışmada iddialara eşlik eden sekonder şikayetlerden bir diğeri uzun tedavi süresi olarak belirlenmiştir. Dış hekimliği ile ilgili uygulamalarda, hastalar tedavinin seyrinin ne olacağı, komplikasyonları, yan etkileri ve ne ile karşılaşacaklarını bilmediklerinden dolayı, tedavi süresinin uzaması sonucunda tahammülsüzlükleri artmakta ve şikayet yolunu seçmektedirler (109).

Bir diğer sekonder şikayet ise dış hekimliği uygulamalarının ücretlendirilmesidir. Dış hekimliği mesleğinin sunumu ve uygulaması, tıp dahil olmak üzere diğer mesleklerden oldukça farklı bir içeriğe sahiptir. Uygulamanın büyük bir kısmını oldukça kırılgan bir pazar ve stresli bir çalışma şekline sahip olan ticari işletme kısmı oluşturmaktadır. Bu durumda mesleği yönlendiren kurallar sadece tıbbi ya da sadece ticari kararlar olmayacaktır (89,110). Dış hekimi, hem bir hekim hem de bir iş adamı gibi davranırken çıkabilecek tüm olası sorunları önceden görebilmeli, uygulamalarında her evreyi buna göre planlamalıdır. Çünkü dış hekimliğinde en çok sorun yaşanma olasılığı olan konu işin finansal kısmıdır (111).

Dış hekimliği, tıpla birlikte cerrahlık, berber – cerrahlık, hatta nalbantlıkla benzer bir tarihsel ve felsefik geçmişi paylaşır. Dış hekimliğinin tarihten getirdiği bu özelliği, hastaların hem kendileri hem de dış hekimleri tarafından zaman zaman “müşteri” olarak algılanmalarına neden olur (112). Tedavi seçeneklerinin çeşitliliği ve hayatı tehdit eden durumların bulunmaması, dış hekimliğinde karar alma prosesinin ekonomik yönünü ön plana çıkarır. Hasta, sağlığıyla birlikte estetik ve teknoloji de satın alır. Tedaviye başlamadan önce seçeneklerinin ne olduğunu ve tedavinin mali tablosunu bilmek ister. Dış hekiminin tedavi sürecinde olası maliyet değişikliklerini anında hastaya bildirmesi ve hastanın bu konudaki

onamını alması, tedavi sonunda hastanın beklemediği bir ödemeyle karşılaşmasını ve bu konuda diş hekimi ile hasta arasında yaşanacak olumsuzlukları engelleyecektir.

Çalışmada temel olarak diş hekimliğinde tıbbi uygulama hatalarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ancak, diş hekimlerinin mesleki uygulamalarından kaynaklanan hatalı eylemleri yalnızca tanı ve tedavi ile sınırlı olmayıp, genel olarak mesleki alandaki tüm eylem ve davranışları ile ilgilidir. Hekimlerin meslektaşları ile ilişkileri bakımından da önemli sorumlulukları vardır. Bu bağlamda şikayetçi hastaların tıbbi uygulama hatası iddialarına eşlik eden şikayetlerden biri de başka bir diş hekiminin şikayet edilen hekim hakkındaki olumsuz yorumudur. Şikayete konu olan olguların 37'sinde (%11,5) hastanın başvurduğu diş hekimi, şikayete konu olan uygulamayı yapan diş hekimi ve uygulama hakkında olumsuz ifadeler kullanmıştır. Yorulmaz'ın İTO'da yaptığı çalışmada deontolojiye aykırı davranışlar arasında en yüksek başvuru sayısı, 68 (%36) başvuru ile hekimliğe yakışmayan davranış iken, bunu 65 (%34,4) başvuru ile meslektaşlarına iyi davranmamak iddiasının izlediği görülmektedir (3). Tıbbi Deontoloji Nizamname'sinin 37. maddesi, tabip ve diş tabiplerinin kendi aralarında iyi meslektaşlık münasebetlerini idame ettirmeleri, manevi bakımdan birbirlerine yardım etmeleri, meslekle ilgili anlaşmazlıklarını evvela kendi aralarında halletmeye çalışmaları gerektiğinden bahsederken 38. madde, "Tabip ve diş tabipleri meslektaşlarını küçük düşürücü hareketlerde bulunamaz" demektedir. Bunun yanısıra 39. maddede ise, "meslektaşlarının hastalarını elde etmeye matuf hareket ve teşebbüslerde bulunamayacağı" belirtilmektedir (31). İnsanlar arasında rekabete dayalı ilişkilerin bütün dünyada hızla yaygınlaştığı, karşılıklı saygı çerçevesinde kurulan iletişimin, yerini bireysel kazanımlara bıraktığı toplumsal değişim sürecinde hekimlerin bu değişimden etkilenmemesi düşünülemez. Bu değişimin bir sonucu olarak yüzyılın ilk yarısında hazırlanmış olan yasal mevzuattaki tanımların bugüne referans olabilmesi gittikçe güçleşmektedir (3).

Çalışmada, diş hekimlerinin uzmanlık dışı uygulamalarının, hastaların temel şikayetlerine eşlik eden şikayetlerin bir diğeri olduğu görülmüştür. Tıp bilimindeki hızlı gelişmeler, hekimlik mesleğinde uzmanlaşmayı giderek yaygınlaştırmıştır. Bununla birlikte bazı özel durumlar dışında, hekimliğin uzmanlık nedeniyle sınırlandırılması söz konusu değildir. Başka bir deyişle uzmanlık, bunu alan doktorlar için bir tekel yaratmamaktadır. Bu nedenle genel uzmanlık almış bir hekimin özel uzmanlık alanında çalışma yapması hukuka aykırı değildir. Ancak zorunluluk olmadıkça ve özel dalın gereği olan bilgiye, araç ve gereçlere sahip olmadan yapılacak uygulamaların koşulları gerçekleştiği takdirde sorumluluğu gündeme getirebileceği unutulmamalıdır (7).

Çalışmada tıbbi uygulama hatası iddiasının yanısıra, diş hekiminin uzmanlık dışı uygulaması nedeniyle şikayete konu olan olguların tamamının ortodonti ve ağız diş çene hastalıkları ve cerrahisi ile ilgili olduğu görülmüştür. Her ne kadar diş hekiminin ortodontik tedavi ve cerrahi ile ilgili uygulamaları hukuka aykırı olmasa da, genellikle komplike tedaviler gerektiren bu tür uygulamalar tedaviye başlanmadan önce iyi etüt edilmeli ve gerektiğinde uzman diş hekimine yönlendirilmelidir.

Uygulamanın yapıldığı sağlık birimlerindeki yetersiz fiziki ve hijyenik şartların da şikayetlere zemin hazırladığı görülmüştür. Diş hekimlerinin, çalışma ortamlarında yeterli hijyeni sağlamaları, sterilizasyon ve dezenfeksiyon kontrolüne önem vermeleri gerekir. Diş hekimi ve yardımcı personel temiz ve basit giyinmelidir (113).

Çalışmada, bir olguda, şikayetçi hasta bekleme odasında beklediği sırada, muayene odasındaki diş hekiminin hastasıyla olan tartışmasını duyduğunu belirtmiştir. Bekleme odaları, hastalara ne tür bir deneyim yaşayacakları ile ilgili fikir verir (105). Bu nedenle diş hekimi, hastasıyla yaşadığı iletişim sorununun, bekleme odasında bulunan bir diğer hasta tarafından dahi algılanabileceğini ve tedavi olmayı bekleyen hastanın, yaşayacağı deneyimle ilgili olumsuz bir duyguya, henüz tedavi başlamadan kapılabileceğini dikkate almalıdır.

Nöbet sistemi ile çalışan sağlık birimlerinde, hastalar her seansta farklı bir diş hekimi ile karşılaşmaktan yakınmaktadır. Hekim, vekalet sözleşmesinin güven unsuru nedeniyle kural olarak tedaviyi kendisi yürütmek zorundadır. Diş hekimi, mesleki nedenler dışında özel bir nedenle tedavinin sürdürülmesinden çekilirken de zamanlama açısından özenli davranmalı, hastanın mağdur olmaması için hastasının onamını da alarak tedavinin yürütülmesini başka bir diş hekimine devretmelidir (7). Diş hekimliğinde acil ve tek seanslık uygulamalar dışında kalan, birden çok seans çalışmayı, takip ve kontrolü gerektiren uygulamalarda randevu sistemi titizlikle düzenlenmelidir.

Çalışmada, şikayete konu olan tüm olguların %86'sında uygulama sonucu geçici ya da kalıcı bir sakatlık oluşmadığı görülmüştür. Geri kalan 44 olguda, uygulama sonucu oluşmuş geçici ya da kalıcı sakatlık durumları sırasıyla diş kaybı, enfeksiyon ve geçici konuşma bozukluğudur (Şekil 12). Diş kayıpları, yanlış dişin çekiminin yanı sıra, hatalı endodontik, protetik ve ortodontik tedavinin sonucudur. Geçici konuşma bozukluğu ile sonuçlanan olguların tamamı ise sabit ve/veya hareketli protez uygulamaları ile ilgilidir.

Diş hekimliği uygulamalarında enfeksiyon kontrolü, üzerinde dikkatle durulması gereken bir konudur. Diş hekimleri ve hastaları kan veya tükürük yoluyla farklı mikroorganizmalarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Enfeksiyon, doğrudan kan veya ağız sıvıları ile, dolaylı olarak da kontamine aletler, yüzeyler ve hava yoluyla taşınabilir. Diş

hekimliğinde enfeksiyon kontrolünün sağlıklı bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için, temel prensip olarak her hasta, potansiyel enfekte hasta olarak değerlendirilmelidir (114). Çalışmada, bir olguda şikayetçi hasta, diş çekimi sonrası 6. ayda yorgunluk, halsizlik, iştahsızlık şikayetleri ile sağlık birimine başvurmuş, yapılan kan tahlilleri sonucu hastada HCV pozitifliği saptanmıştır. Hasta diş çekimi dışında, açık yara tedavisi görmediğini, operasyon geçirmedeğini ve kendisine kan tranfüzyonu yapılmadığını belirtmektedir. Hepatit C dışında, hepatit B, AIDS, tüberküloz, sfiliz ve herpes simplex hem hastaya hem de diş hekimine bulaşma riski olan hastalıklardır (115). Potansiyel enfekte hastaları; tıbbi hikaye, muayene veya laboratuvar testleri ile belirlemek her zaman mümkün değildir. Kişinin bir mikrobiyal ajanla enfekte olması ile bu ajanla ilgili antijen ya da antikorların tespiti arasında uzun bir zaman aralığı vardır. Bu nedenle hastanın testlerinin negatif çıktığı durumlarda bile, bulaşıcı bir hastalık taşıma riski olabilir. Diş hekimi, tüm kan ve vücut sıvıları ile kirlenmiş aletler ve araç gereçlerin bulaşıcı olabileceğini bilmelidir. Bu yüzden diş hekiminin, hastalarını, kendisini hatta teknisyenini korumak için evrensel önlemleri alması gerekir (114). Bunun yanı sıra hastaların dental fokal enfeksiyon açısından da değerlendirilmeleri önemlidir. Dental fokal odakların eliminasyonunda hastanın hekimi ile konsültasyon yapılarak, gerekli girişimler uygun antibiyotik profilaksisi altında ve işlem sırasında oluşabilecek bakteriyemiye kontrol altına alacak şekilde gerçekleştirilmelidir (116).

Çalışmada, uygulamalar ile şikayetler arasında geçen süre incelenmiş ve şikayetlerin çoğunlukla uygulamadan sonraki ilk bir yıl içinde yapıldığı görülmüştür (Şekil 8). TDB Disiplin Yönetmeliği'ne göre zamanaşımı süresi 4 yıldır. Diş hekiminin eylemi disiplin cezasını gerektirse bile, şikayet tarihinde zamanaşımı gerçekleşmişse diş hekimi hakkında soruşturma başlatılmaz. İncelenen şikayetler içinde 7 olguda hastaların dört yıl sonrasında şikayette buldukları ve ilgili diş hekimleri hakkında inceleme sürecinin başlatılmadığı belirlenmiştir.

Çalışmaya dahil edilen 10 yıllık dönem içinde diş hekimleri ile ilgili olarak yapılmış başvurularda, özellikle 2003 yılında belirgin bir artış olduğu görülmektedir (Şekil 9). 2003 yılında bu artışla ulaşılan şikayet başvuru sayısı, yaklaşık olarak 2004'de de devam etmiştir. Başvurulardaki bu artış, Türkiye'de hasta hakları kavramının tartışılmaya başladığı ve hasta haklarının bir yönetmelik olarak düzenlendiği 1998 yılından itibaren, toplumda bu konuda bir bilinçlenme oluşmaya başladığını ve yıllar içinde hasta ve hasta yakınlarının haklarını korumak için gerekli girişimlerde bulduklarını düşündürmektedir. Bunun yanı sıra bu sonuç, hasta hekim ilişkisinin değişen yüzü ve sağlık politikalarındaki değişimden kaynaklanan olumsuzluklar ve bu olumsuzluklardan artan oranlarda hekimlerin sorumlu

tutulması ile uyumlu görünmektedir. Gündoğmuş ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, halkın hasta hakları yönünden bilinçlenmesi ve bu tür ihlaller sonucu caydırıcı cezaların verilebildiğinin görülmesi ile hak aramaların arttığı, bu artışla birlikte sağlık sisteminin ciddi anlamda sorgulanmasının da sağlanacağı belirtilmektedir (117).

Çalışmanın kapsadığı 10 yıllık süre içinde, şikayet sayılarındaki ikinci belirgin artış 2009 yılındadır. Bu artış, son yıllarda hastaların şikayet yollarının artmasıyla açıklanabilir. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) ve Başbakanlık İletişim Merkezi (BİMER) de hastaların şikayet yollarından bazılarıdır. SABİM, 01.01.2004 tarihinde hizmet vermeye başlamıştır. Başvuruda bulunanlar, sağlık sistemine yönelik talep ve eleştirilerde bulunabilecekleri gibi, sağlık hizmeti alırken hizmetin herhangi bir aşamasında yaşadıkları sorunları da iletebilirler. SABİM'ne gelen şikayetler konularına göre sınıflandırılarak, ilgili hastane, ilçe ve/veya sağlık müdürlüğü şube müdürlüklerine iletilir. BİMER de benzer bir sistemle 24.02.2006 tarihinden bu yana hizmet vermektedir (118).

İstanbul Sağlık Müdürlüğü Ağız ve Diş Sağlığı Şubesi, SABİM'nden gelen şikayet, özel sağlık birimleri ile ilgili ve tıbbi uygulama hatası iddiası içeriyorsa başvuruyu İDO'na yönlendirmektedir. Sağlık profesyonelleri giderek artan bu başvurulardan rahatsızdır. Sıklıkla ve haklı olarak, kolaylıkla ve anlamsız nedenlerle şikayet edildiklerini düşünmektedirler. Ancak olgular, tıbbi uygulama hatası risk yönetimi açısından değerlendirildiğinde, yargı makamlarına yansıtılmadan çözümlenmesi hekimler açısından bir avantaj oluşturmaktadır (119).

İDO inceleme sürecinde, şikayete konu olan diş hekimlerinin yarısına soruşturma açıldığı görülmüştür. Başka bir deyişle İDO Yönetim Kurulu, her iki şikayetten birinde incelemeyi derinleştirme yönünde karar almıştır. Ancak, haklarında soruşturma açılmış olmasının, diş hekimlerinin büyük bir çoğunluğu üzerinde olumsuz etki yarattığı, diş hekimlerinin yazılı savunmalarındaki ifadelerden izlenmektedir. Haklarında tıbbi uygulama hatası ve/veya ihmal iddiası ile açıklaması ya da savunması istenen hekimlerin büyük bölümünün de olaydan olumsuz etkilenip tepkisel davrandığı, açıklamaları istenen konu hakkında haklılıklarını ortaya koyacak bilimsel görüşler yerine, mezun oldukları fakülte, kişisel deneyimleri, sahip oldukları mezuniyet sonrası eğitim belgeleri ve çalıştıkları birimin imkanları gibi üstün özelliklerini ön plana çıkarmaya çalıştıkları bilinmektedir (3). Oysa, soruşturma süreci, hekim ve diş hekimlerinin kendilerini doğru ifade etme ve aklanma sürecine hizmet eder. Bu süreç içinde bilirkişinin varlığı, tıbbi uygulama hatası iddiasının değerlendirilmesinde vazgeçilmez bir unsurdur.

İşleme konan şikayetlerin %59'unda bilirkişi görüşü istenmiştir. Dosya üzerinden karara bağlanamayan, klinik muayeneye ve uzman görüşüne gereksinimi olduğu düşünülen olgular diş hekimliği fakültelerinin ilgili anabilim dallarına yönlendirilir, uzman diş hekimi tarafından, muayene edilerek bilirkişi raporu düzenlenir. Bilirkişi görüşü, inceleme sürecinin herhangi bir aşamasında istenebilir.

TDB mevzuatı, hakem ataması uygulamasıyla diş hekimi ile hasta arasında uzlaşma sağlanmasını amaçlar. Hakem ataması, hastanın şikayetindeki ana unsurun tıbbi uygulama hatasının yanısıra iletişimle ilgili sorunlar, parasal anlaşmazlıklar, diş hekiminin tedaviyi yarım bırakması gibi yan nedenler olduğu durumlarda gündeme gelebilir. Bu uygulama, tüm tıbbi uygulama hatası iddialarının yaklaşık %20'sinin gerçek hata/ihmal olduğu göz önüne alındığında başarılı sonuçlar vermektedir. Sürecin sonunda uzlaşma sağlandığı takdirde hasta şikayetini geri alır, uzlaşma sağlanmadığında ise şikayete konu olan uygulama ve diş hekimi hakkında inceleme başlatılır (Şekil 1). Hakem ataması yapılan dosyaların büyük çoğunluğunda uzlaşma sağlanmıştır. Protetik diş tedavisi ile ilgili uygulamalarda ise hakem ataması oranı yüksek, ancak uzlaşma oranı düşüktür (Tablo 3). Buna karşın uzlaşma sağlanmayan olgularda diş hekimlerinin ceza alma oranının düşük olduğu görülmüştür. Bu durum, uzlaşma sürecinin başlatıldığı protetik diş tedavisi ile ilgili olgularda, diş hekimlerinin durumu daha iyi analiz ettiklerini ve haklı olma oranlarının yüksek olduğunu göstermektedir.

Soruşturma açılan olguların %81'i Disiplin Kurulu'na sevk edilmiştir. Bilirkişi görüşü istenen dosyalarda ise bu oran anlamlı olarak yüksektir. Bilirkişilik sisteminin temel fonksiyonunun, özel ya da teknik bir bilgiyi kullanarak konuyu anlaşılır kılmak olduğu düşünüldüğünde, Disiplin Kurulu'na sevk edilmenin bilirkişi varlığında daha yüksek olması beklenen bir sonuç olarak yorumlanabilir. Öte yandan bilirkişi görüşü istenen dosyaların doğası gereği daha kompleks olgular olduğu unutulmamalıdır.

Sağlık personeli, tıbbi uygulama hataları ile ilgili dava veya idari/mesleki soruşturmalarda sadece davalı veya soruşturulan değil aynı zamanda bilirkişi ve uzman konumundadır. Bu nedenle diş hekimleri tıbbi uygulama hataları ile ilgili olarak kendilerini eğitmelidir (1).

Disiplin Kuruluna'na sevk edilen dosyalarda ceza alma oranı %56'dır. Kararlara çoğunlukla itiraz edilmemiş, itiraz varlığında ise kararlar TDB Yüksek Disiplin Kurulu tarafından yüksek oranda onanmıştır (Şekil 18).

İnceleme sürecinin tamamlanmasında median değer 10 haftadır. Bu sürece varsa yapılan itirazlar ve itiraza TDB Yüksek Disiplin Kurulu'nun cevap verme süresi de dahildir.

Çalışmada savcılığa veya mahkemeye yansıyan olgular sayı olarak verilmiştir. Ancak

İDO verilerinden yasal süreçle ilgili sağlıklı bilgi edinmek mümkün değildir. 1991 – 2000 yıllarında, YSS’na yansımış diş hekimliğinde tıbbi uygulama hatası ile ilgili dosyalara verilen kararların incelendiği çalışmada, 11 dosyanın karara bağlandığı ve bu sayının tüm karar sayısının yaklaşık %1’i olduğu görülmüştür. Çalışmanın yapıldığı yıllarda YSS’nın ceza davalarında görüş sorulması zorunlu kılınan bir bilirkişilik kurumu olduğu dikkate alındığında, çalışma ceza mahkemesine yansıyan olgu sayısı hakkında fikir vermektedir (109). İlerleyen yıllarda, tüm dünyada tıbbi uygulama hatası iddia ve davalarındaki artış göz önüne alınarak, bu artışın diş hekimliği uygulamalarına da yansyacağı ve hem ceza hem de hukuk davalarında artış olabileceği öngörülebilir.

Hekimler aleyhine açılan davalarda yaklaşık %80 oranında hekimlerin kusurlu bulunmadığı da bilinmektedir. Ancak, ortalama 5–7 yıl süren dava süreleri hekimler için en büyük cezadır. Hekimlerin işsiz kalmaları, evlilik gibi ailesel sorunları, hatta gerçek tıbbi uygulama hataları en çok haklarında açılmış dava süreçlerinde gerçekleşmektedir (37).

Bilginin, tutum ve davranışa dönüşebilmesi, hekim ve diş hekimlerinin yasal sorumluluklarını eğitim süreçleri içinde edinmeleriyle yakından ilgilidir. Hastanın aydınlatılması ve onamının alınması gibi iletişim becerileriyle yakından ilgili olduğu bilinen konular ancak eğitim sürecinde aktarılırsa içselleştirilebilir. Tıp fakültesi öğrencilerinin sağlık hukuku bilgi düzeylerini ölçmeyi hedefleyen bir çalışmada, yeni bir uygulama olarak 2. sınıfta “Aydınlatılmış Onam” ve 3. ve 5. sınıfta Adli Tıp ders programının içinde yer alan “Hekimin Yasal Sorumlulukları” dersini alan öğrencilerin, müfredatın dışında kalan 1. ve 6. sınıf öğrencilerine göre hekimin yasal sorumlulukları ile ilgili bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu ve iletişim becerilerinin önemi hakkında farkındalık geliştirmiş oldukları saptanmıştır (120). Artık günümüzde ABD’de ve diğer ülkelerde birçok tıp fakültesi, eğitim programlarında iletişim becerileri derslerine yer vermektedir (121). Wilkes ve arkadaşları, perdenin arkasında, endoskopun ucunda veya tarayıcının içinde, düşünen, hisseden ve korku duyan bir insan olduğunu öğrencilerin akılda tutmalarını sağlamak için tıp eğitimcilerinin ne yapabilecekleri sorusunu dile getirmektedir (122).

Diş hekimliği fakültelerinin ders programlarının bu açıardan değerlendirilerek yeniden düzenlenmesi ve diş hekimlerinin yasal sorumlulukları ile iletişim becerilerinin geliştirilmesi gibi konuların eğitim sürecinde yıllar içinde dağıtılarak, gelişmelere uyumlu, standart hatta pratik uygulamalar haline getirilmesinin yararlı olacağı tartışmalıdır.

6. SONUÇ

Diş Hekimleri Odaları'nın ve TDB'nin tıbbi uygulama hataları ile ilgili olarak yaptığı inceleme, soruşturma ve karar alma mekanizmaları bir cezalandırma süreci değil, tıbbi uygulama hatası iddialarının değerlendirilerek azaltılması ve konuyla ilgili olarak hem diş hekimleri hem de hastaların kendilerini ifade edebildikleri bir iç denetim mekanizması olarak algılanmalıdır.

Kadın diş hekimlerinin erkek diş hekimlerine göre anlamlı olarak daha az şikâyet edilmeleri konunun insani yönüne vurgu yapmaktadır. Bu sonuç kadın hekimlerin iletişim becerilerinin ve empati yeteneklerinin daha gelişmiş olmasıyla açıklanabilir. Diş hekimlerinin iletişim becerileri ile ilgili farkındalıkları, iddiaların azalması ile yakından ilgilidir. Yanı sıra hastanın aydınlatılması ve onamının alınmasının da iletişim becerisi olduğu bilinmektedir. Çalışma kapsamında incelenen olguların sadece %1'inde yazılı onam belgesine rastlanmıştır. Dosyaların, yönetim kurulu ve bilirkişi inceleme süreçlerinde, aydınlatılmış onam alma konusundaki eksiklik sorgulanmamıştır. Diş hekimlerinin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerle aydınlatma ve onam alma süreçlerinin etik ve hukuksal anlamlarının algılamaları çok önemlidir.

İletişim, hasta – diş hekimi ilişkisinde olduğu kadar, diş hekimlerinin birbirleri arasındaki ilişki açısından da önemlidir. Uzmanlık gerektiren tedavilerde, hastanın bütünlük içinde değerlendirilmesi, uzman diş hekimlerinden ve gerektiğinde tıp hekimlerinden konsültasyon istenmesi, birden çok diş hekiminin gördüğü olgularda daha önce yapılan tedavi ile ilgili olumsuz geri bildirimde bulunulmaması, tıbbi uygulama hatası iddialarının azalmasında etkili olacaktır.

İnceleme sürecinin sonunda şikâyet edilen diş hekimlerinin sadece %26,6'sı ceza almıştır. Bu sonuç uluslararası literatürle uyumludur.

Şikâyete konu olan uygulamaların %57,3'ü protetik diş tedavisi ile ilgilidir. Protetik tedavilerin doğası gereği uzun bir tedavi süresine sahip olmaları ve hastaların “beğeni” kıstaslarının tedavi sürecine olan etkileri göz önüne alındığında, diş hekimlerinin iletişim becerilerine sahip olmalarının önemi bir kez daha ortaya çıkar. Hekim – hasta ilişkisinin sağlıklı kurulmasının tıbbi uygulama hatası iddialarını azalttığı bilinmektedir. Diş hekimleri hastaların, tedaviden beklentilerini iyi anlamalı ve özellikle gerçek dışı estetik beklentiler konusunda tedaviye başlamadan hastalarını uyarmalıdır.

Şikâyete konu olan uygulamaların %57,3'ü muayenehanede yapılmıştır. Ağız ve diş sağlığının kamusal niteliğinin değişip, ticari bir konu haline gelmesinin diş hekimleri açısından olumsuz sonuçları olacağı görülmektedir.

İnceleme sürecinde, olguların %59'unda bilirkişi görüşü istendiği görülmektedir. Bilirkişi görüşü alınan dosyalarda disiplin kuruluna sevk oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Komplikasyon ile tıbbi uygulama hatası ayırımını yapmak her zaman kolay olmamaktadır. Bilirkişi görüşünün bu noktadaki fonksiyonu tartışmasıdır.

Diş hekimlerinin hem mesleki uygulamalarını hem de özel yaşamlarını olumsuz etkileyen tıbbi uygulama hatası iddiaları ile karşılaşmamaları, yasal sorumluluklarını bilmeleri ile yakından ilgilidir. Yanı sıra, tıbbi uygulama hatası iddiası, idari soruşturma ve/veya davaya dönüşmüş iddialar karşısında diş hekimlerinin karşılaştıkları bu süreçleri sağlıklı bir şekilde yönetebilmeleri gerekir. Diş hekimliği fakültelerinin ders programları bu açıdan değerlendirilerek tekrar düzenlenmeli, diş hekimleri, yasal sorumlulukları konusunda bilgi ve farkındalık yaratacak mezuniyet sonrası eğitimlere katılma konusunda motive edilmelidir.

7. ÖZET

Dünya Tabipler Birliği tıbbi malpraktisi, “Hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar” olarak tanımlamaktadır. Son yıllarda tıbbi uygulama hataları ile ilgili iddiaların artış gösterdiği bilinmektedir. Bu artışın diş hekimliği uygulamalarına yansması kaçınılmazdır.

Çalışmada; diş hekimliğinde tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan olguların incelenerek tartışılması amaçlandı.

Araştırma; Ocak 2000 – Aralık 2009 tarihlerinde, tıbbi malpraktis kapsamında İstanbul Diş Hekimleri Odası’na yapılan tüm yazılı şikâyet başvuruları geriye dönük olarak değerlendirilerek yapıldı. Toplam 322 şikâyet ve şikâyete konu olan uygulamayı yapan 274 diş hekimi saptandı. şikâyetler ilgili mevzuat doğrultusunda incelendi ve 29 başlık altında derlendi.

şikâyetçi hastaların %30’unun erkek, %70’inin kadın, şikâyet edilen diş hekimlerinin %66’sının erkek, %34’ünün kadın olduğu görüldü. şikâyete konu olan uygulamaların %57’si protetik diş tedavisi ile ilgiliydi. Uygulamaların %79,5’inin özel muayenehanelerde yapıldığı görüldü. şikâyete konu olan uygulamaların %17’sinde esas şikâyete eşlik eden sekonder şikâyet hasta – diş hekimi iletişimi ile ilgiliydi. İnceleme süreci sonunda diş hekimlerinin %23’ünün ceza aldığı görüldü.

Bilginin davranışa dönüşebilmesi hekim ve diş hekimlerinin yasal sorumluluklarını eğitim süreçlerinde edinmeleriyle yakından ilgilidir. Hastanın aydınlatılması ve onamının alınması gibi iletişim becerileriyle yakından ilgili olduğu bilinen konular ancak eğitim sürecinde aktarılırsa içselleştirilebilir.

8. SUMMARY

The World Medical Association defines medical malpractice as “Damage caused by the health care provider’s non-performance of standard applications during treatment, lack of capability or non-treatment of the patient”. During recent years, it is known that claims regarding medical application mistakes have increased. It is inevitable for this increase to reflect on dentistry applications. In this study aimed to medical malpractice claims are examined and discussed in dentistry.

The research was conducted on the retrospective evaluation of all written complaints made to the Chamber of Dentists of Istanbul within the scope of medical malpractice between the dates of January 2000 and December 2009. A total of 322 complaints and 274 dentists who were the subject of the complaint were determined. The complaints were reviewed in line with the relevant regulation and arranged under 29 titles.

30% of the complaints were from male patients while 70% were from female patients; 66% of the dentists who were informed against were male while 34% were female. 57% of the applications that were filed a complaint against were on prosthetic dentistry. It was observed that 79.5% of the applications were performed in private clinics. The secondary complaint accompanying 17% of the applications that formed the complaint were about the dentist’s communication. It was seen that 25% of the dentists received a penalty as a result of the examination process.

The ability to convert knowledge into behaviour is closely correlated with physicians’ and dentists’ learning their legal responsibilities during their training processes. Topics which are known to be closely related to communications skills, such as enlightening the patient and getting their informed consent, can only be internalized when given during the training period.

9. KAYNAKLAR

1. Çetin, G., Tıbbi Malpraktis (2006) Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi, (Editörler: G. Çetin, C. Yorulmaz) İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, No:48, İstanbul.
2. Üstün, Ç. (2003) Kötü Uygulama (Malpraktis) Kanun Tasarısı, Medikal Etik-4, Tıp Organizasyonunda Etik ve Hukuk (Medikolegal) içinde (Editörler: H. Hatemi, H. Doğan) İstanbul.
3. Yorulmaz, A.C. (2005) İstanbul Tabip Odasına Yansıyan Hekim Hatası İddiası Bulunan Olguların Adli Tıp Açısından İrdelenmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.
4. Demircan, Y.T. (2006) Diş Hekiminin Tıbbi Müdahalelerinden Doğan Hukuki Sorumlulukları, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.
5. Uzel, İ., Kadioğlu, F.G. (1995) Diş hekimliğinde meslek kusurları (Malpraktis), *Tıp Etiği – Hukuku- Tarihi Dergisi*, (3)2, 66- 71.
6. Şehsuvaroğlu, B.N. Tıbbi Deontoloji, 49 – 54, İstanbul, 1986.
7. Aşçıoğlu, Ç. (1993) Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar, Doktorların Devletin ve Özel Hastanelerin Sorumluluğu, Ankara.
8. Mohr, J.C. (2000) American medical malpractice litigation in historical perspective, *JAMA*, 283, 1731 – 1737.
9. Flannery, M.A. (2002) The early botanical medical movement as a reflection of life, liberty and literacy in Jacksonian America, *JMLA*, 90, 442 -454.
10. Giray. A.Ü. (1999) Malpraktis Açısından Hekimlerin Karakteristikleri ve İşyeri Fiziksel Koşullarının Akciğer Tüberküloz Hastalığı Teşhisinde Kullanılan Muayene Protokolü uygulama Yeterliliğine Etkisi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

11. Snook, I. Donald, Jr. (1981) *Hospitals: What they are and how they work*, Aspen Publications, Philadelphia.
12. Jones, E. Sigmund Freud Yaşamı ve Eserleri, Kabalcı Yayınevi, 1. Basım, İstanbul, 2004.
13. Pakış, I., Polat, O. (2008) Patolojide tıbbi uygulama hataları, *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 28: 342-348
14. Sönmez, M.M., Seçkin, F.M., Şen, B., Birgen, N., Ertan, A., Öztürk, İ. (2009) Adli tıp kurumundan görüş sorulan ve ortopedi uzmanlık alanına giren tıbbi uygulama hatalarının gözden geçirilmesi, *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*, 43(4): 351- 358
15. Parshuram, C.S. To, T., Trope, A., Koren, G., Laupacis, A. (2008) Systematic evaluation of errors occurring during the preparation of intravenous medication, *CMAJ*, 178 (1): 42-48
16. Hicks, R.W., Sikirica, V., Nelson, W., Schem J.R., Cousins D.D. (2008) Medication errors involving patient-controlled analgesia, *Am J Health-Syst Pharm*, 65:429-440
17. Özata, M., Altuncan, H. (2010) Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği, *TAD*, 8 (2): 100-111
18. Uygur, A. (2009) Hekimin Sözleşmeden Doğan Sorumluluğu, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Özel Hukuk (Medeni Hukuk) Anabilim Dalı, İstanbul
19. Yargıtay 13. Hukuk Dairesi 07.11.2000 E.6186/K.9628
20. Ambady, N., LaPlante, D., Nguyen, T., Rosenthal, R., Chaumeton, N. Levinson, W. (2002) Surgeon's tone of voice: A clue to malpractice history, *Surgery*, 132: 5-9
21. Street Jr., R.L., Gordon, H., Haidet, P. (2007) "Physicians" communication and perceptions of patients: Is it how they look, how they talk, or is it just the doctor?, *Soc Sci Med.*; 65(3): 586-598

22. Roter, D.L., Frankel, R.M., Hall, J.A., Sluyter, D. (2006) The expression of emotion through nonverbal behavior medical visits mechanisms and outcomes, *J Gen Intern Med* ; 21: 28–34
23. Hancı, İ.H. (2002) Malpraktis: Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu, I. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
24. Çolak, M. (1996) İdarenin Sorumluluğu ve Hizmet Kusuru, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
25. Çolak, A. (2005) Hizmet kusurundan malpraktise, Türk Nöroşiruji Derneği Bülteni, s.48 - 52
26. Güleç, S., Toygar, E., Yeni, Ç., Dalmış, K.A., Yazgan, M. (2009) Hastanelerde kullanılan tıbbi cihazların kalibrasyonu ve hasta güvenliği, Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Cilt: 2, 152-165
27. Ertem, G., Oksel, E., Akbıyık, A. (2009) Hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme, *Dirim Tıp Gazetesi*; 84(1): 1-10
28. Hekimler ve Tabip Odası Yöneticileri İçin Mevzuat, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=20:t:ababet-ve. (Son Güncelleme Tarihi: 04.10.2012)
29. Hekimler ve Tabip Odası Yöneticileri İçin Mevzuat, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=17&Itemid=28, (Son Güncelleme Tarihi: 20.03.2008)
30. Ayan, M. (1991) Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki Sorumluluk, Kazancı Kitap A.Ş. Ankara
31. Türk Diş Hekimleri Birliği Mevzuat (2007) Mevzuat Dizisi:6, İstanbul.
32. Şenocak, Z. (1998) Özel Hukukta Hekimin Sorumluluğu, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayınları No: 529, Ankara.
33. Kurşat, Z. (2009) Eser ve vekalet sözleşmelerinin nitelendirilmesi sorunu ve nitelendirmenin hükmü, *İÜHFMC. LXVII, C.1-2*, 143-166.

34. Yargıtay 13. Hukuk Dairesi, E: 1994/8557, K: 1994/2138.
35. Tandoğan, H. (2008) Borçlar Hukuku Özel Borç İlişkileri, 5. Baskı, 2. Cilt, Vedat Kitapçılık, İstanbul.
36. Yargıtay 15. Hukuk Dairesi, Karar Tarihi: 20.12.1977- 1167/2307.
37. Altun, G., Yorulmaz, A.C. (2010) Yasal değişiklikler sonrası hekim sorumluluğu ve malpraktis, *Trakya Üniv. Tıp Fak. Derg.* 27 Suppl 1, s: 7-12.
38. Kaya, M. (2012) Hekimin aydınlatma yükümlülüğü ve kişilik hakkı ile ilişkisi, *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, C:1, Sayı: 8, s: 45-82.
39. Connelly J.E. (1988) Informed consent, *Arch Intern Med*, June; 148:1266-68.
40. Dennis, B.P. (1999) The origin and nature of informed consent: Experiences among vulnerable groups, *Journal of Professional Nursing*, 15(5): 281-287.
41. Beauchamp T.L., Childress J.F. (1989) Principles of biomedical ethics, 3rd ed. New York, Oxford Uni. Press, s.114- 8
42. Ersoy, N. (1995) Aydınlatılmış onam öğretisinin gelişimi, *T.Klin. Tıbbi Etik*, 1: 1-5.
43. Çobanoğlu, N. (2009) Tıp etiğinden tıp hukukuna hasta hakları olarak aydınlatılmış onam, *Sağlık Hukuku Digestası*, Ankara Barosu Yayınları, 1(1): 70-87
44. Hasta Hakları, <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/lizbon.htm> (Son Erişim Tarihi: 14.12.2012)
45. Hasta Hakları, <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/amsterdam.htm> (Son Erişim Tarihi: 14.12.2012)
46. Hasta Hakları, <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/yonetmelik.htm> (Son Erişim Tarihi: 14.12.2012)
47. Özaslan, A. (2006) Aydınlatılmış Onam, Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi, (Editörler: G. Çetin, C. Yorulmaz) İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, No:48, İstanbul.

48. Hekimler ve Tabip Odası Yöneticileri için Mevzuat, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=104&Itemid=36, (Son Erişim Tarihi: 14.12.2012)
49. Özdemir, H. (2004) Özel Hukukta Teşhis ve Tedavi Sözleşmesi, Yetkin Yayınları, 162-167.
50. Çelik, A. Ç., Tazminat Davalarında Ceza-Hukuk İlişkisi, www.tazminathukuku.com, (Erişim Tarihi: 22.04.2013)
51. Ayan, Y. (2008) Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması, Tıpta Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Konya.
52. Teke, H.Y., Alkan, H.A., Başbulut, A.Z., Cantürk, G. (2007) Tıbbi uygulamada hataları ile ilgili kanuni düzenlemelere hekimlerin bakışı ve bilgilendirme düzeyi: Anket çalışması, *Türkiye Klinikleri J. Foren.* 4:61-67.
53. Hakeri, H. (2009) Diş hekimlerinin yasal sorumlulukları, Sağlık Hukuku Digestası, Ankara Barosu Yayınları, 1(1): 19-28.
54. Başkan, T. (2006) Hekimlerin Ceza Hukuku Karşısındaki Durumları, Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi, (Editörler: G. Çetin, C. Yorulmaz) İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, No:48, İstanbul.
55. Öztürk A. (2002) Adli Tıp Uygulamalarında Hekim Hataları ve Hekimin Sorumluluğu, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.
56. Parlar, A., Hatipoğlu, M. (2005) Açıklamalı Gerekçeli 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun Getirdiği Yenilikler Bağlamında, Temel İlkeler, Uygulama Alanı Kast ve Taksir, S.335-343,448-456, Kazancı Hukuk Yayınları, İstanbul
57. Küpeli, A. (2007) CMK ve TCK'da Adli Tıp Uzmanının Bilirkişilik Yükümlülüğü ve Çapraz Sorgu, Tıpta Uzmanlık Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Isparta.

58. Adalet Bakanlığı, <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/587.html> (Son Erişim Tarihi: 21.12.2012)
59. Demirer, M. (2007) Dünyada ve Türkiye’de Adli Tıp Yapılanmaları, Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Tıpta Uzmanlık Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Isparta.
60. Hekimler ve Tabip Odası Yöneticileri için Mevzuat, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=816&Itemid=41, (Erişim Tarihi: 21.12.2012)
61. Yüksek Öğrenim Kurulu, <https://www.yok.gov.tr/content/view/435/>, (Erişim Tarihi: 21.12.2012)
62. Yargıtay 13. Hukuk Dairesi, E.2005/11159 K.2005/17474 T. 28.11.2005
63. Çelik, A.Ç., Yargıç Bilirkişi Seçiminde Özgürdür, Hiçbir Yasa yada Genelge Yargıcın Yetkisini Kısıtlayamaz, www.tazminathukuku.com, (Erişim Tarihi: 27.01.2013)
64. Hekimler ve Tabip Odası Yöneticileri için Mevzuat, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=17&Itemid=28, (Son Güncelleme Tarihi: 20.03.2008)
65. Dış Hekimlerinin Çalışma Şekilleri, Kurumlarda ve İl/İlçelerde 2009 Yılı Dağılımı, Türk Dış Hekimleri Birliği, Ankara.
66. İstanbul Dış Hekimleri Odası, <http://www.ido.org.tr/02.php> (Erişim Tarihi: 21.12.2012)
67. TDB, http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/solmenu_goster.php?yer_id=6&id=211 (Erişim Tarihi: 21.12.2012)
68. Türkiye Sigorta Birliği, <http://www.tsrbs.org.tr> (Erişim Tarihi: 21.12.2012)
69. Nomer, C., Yunak, H. (2000) Sigortanın Genel Prensipleri, Milli Reasürans TAŞ Yayınları, İstanbul.
70. TDB, http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/haber_goster.php?id=1033 (Erişim Tarihi: 21.12.2012)

71. Güven, T. (2006) Sağlık Çalışanı Mesleki Mali Sorumluluk Sigortası, Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi, (Editörler: G. Çetin, C. Yorulmaz) İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, No:48, İstanbul.
72. Hekimler ve Tabip Odası Yöneticileri için Mevzuat, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=793&Itemid=35, (Son Güncelleme Tarihi: 19.07.2011)
73. Çağdır, A.S. (2012) Sağlık Hukuku Davalarında Adli Tıp Kurumu'nun Rolü, Karar Alınması Usulü ve Mesleki Kusur Kavramı, İstanbul Barosu Yaşayan Sağlık Hukuku-2 Paneli, İstanbul.
74. Rudov, M.H., Myers, T.I., Mirabella, A. (1973) A Medical Malpractice insurance claims files closed in 1970, Appendix report of the secretary's commission on medical malpractice. Washington D.C.:Department of Health, Education of Welfare.
75. Kiani, M., Sheikhzadi, M. (2009) A five-year survey for dental malpractice claims in Tehran, Iran, *Journal of Forensic and Legal Medicine* (16): 76-82.
76. Mellor, A.C., Milgrom, P. (1995) Prevalence of complaints by patients against general dental practitioners in greater Manchester, *BDJ*, 178:249-253.
77. TTB, <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/mucizedr-1921.html> (Erişim Tarihi: 30.01.2013)
78. Akkuş, Ü. (2006) Medya ve Sağlık, TDB, İstanbul Diş Hekimleri Odası Dergisi, Temmuz- Ağustos Sayısı
79. TTB, <http://www.ttb.org.tr/eweb/BASIN/temmuz99/basin7.html> (Erişim Tarihi: 13.08.2012).
80. Engelhardt, VD. Tıbbın Gündelik Yaşamında Etik, (Çev: A. Namal) Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2000.
81. Pukk, K. Lundberg, J. Roberto, V., Mats, B., Andrew, G.F. (2003) Do woman simply complain more? National patient injury claims data show gender and age differences, *Quality Management in Health Care*, 12(4): 225-231.

82. Baker, T. (2005) Reconsidering the Harvard medical practice study conclusions about the validity of medical malpractice claims, *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 33(3): 501-514.
83. Hojat, M., Gonnella, J.S., Nasca, T.J., Mangione, S., Vergare, M., Magee, M. (2002) Physician empathy: Definition, components, measurement and relationship to gender and specialty, *Am J Psychiatry*, 159:1563-1569.
84. SGK Portalı, <http://www.sgk.net> (Erişim Tarihi: 04.04.2013)
85. Brown, L.J., Lazar, V. (1999) Retirement savings of dentists in private practice, *JADA*, Vol. 130, (8):1210-1218
86. Murray, J.J. (2002) Better opportunities for women dentists: a review of the contribution of women dentists to the workforce, *BDJ*, 192, 191 – 196.
87. Clark, N., Paquin, N., Nevin, J. (1984) Dental malpractice: Baseline data from insurance claims closed in 1970, with analysis, *Public Health Report*, Vol.99, (1): 87-93.
88. Lawthers, A.G., Laird, N. M., Lipsitz, L., Liesi, H., Brennan, Localio, A. L. (1992) Physicians' perception of the risk of being sued, *J Health Polit Polic*, Vol 17, (3): 463-482.
89. Peltier, B. (2001) The ethical responsibility of professional autonomy, *J Calif Dent Assoc*, 29(7):522-525.
90. Milgrom, P. Fiset, L. Whitney C. et al. (1994) Malpractice claims during 1988-1992, A national survey of dentists, *J Am Dent Assoc*, 125:462-469.
91. Swanson, A.E. (1989) Removing the mandibular third molar, neurosensory deficits and consequent litigation, *J Can Dent Assoc*, 55(5):383-386.
92. Rene, N., B. (1991) Malpractice Reports in prosthodontics in Sweden, *Swed Dent J*, 15:205-217.
93. Croce, B. İfade Bilimi ve Genel Linguistik Olarak Estetik (1983) Remzi Kitabevi, 2. Baskı, 73-75, İstanbul.
94. Ateş, G. (2012) Diş Hekimliğinde Malpraktis, IV. Sağlık Hukuku Kurultay Kitabı, (Editör: Av. Cahit Doğan) s: 194-223, Ankara.

95. Petek, H. (2006) Güzelleştirme Amaçlı Estetik Ameliyatlardan Kaynaklanan Hukuki Sorumluluk, *DEU Huk Fak Derg*, Cilt:8, Sayı 1, 177-239.
96. Namal, A. (2008) Aydınlatılmış Onamın Belgelendirilmesinde Etik Açından Düşündürücü Yönler, *Türk Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Araştırmaları Yıllığı* (Editörler: H. Doğan, F.S. Mahmutoğlu, A. Namal) Vol: 1, 1: 95-106.
97. Al-Ammar, W., Guile, E. E. (2000) A one-year survey of dental malpractice claims in Riyadh, *Saudi Dental Journal*, 12(2), 95-99.
98. Avramova, N., Yaneva, K. (2011) Patients' informed consent in dental practice in Bulgaria, *OHDM*, 10(2), 80-87.
99. Kotrashetti, V. S., Kale, A. D., Hebbal, M., Hallikeremath, S. R. (2010). Informed consent: A survey of general dental practitioners in Belgaum city, *Indian Journal of Medical Ethics*, 7(2), 90-94.
100. Tahir, M., Mason, C., Hind, V. (2002) Informed consent: optimism versus reality, *BDJ*, Vol. 193, (4): 221 – 224.
101. Nestel, D., Betson, C. (1999) An evaluation of a communication skills workshop for dentists: cultural and clinical relevance of the patientcentered interview, *BDJ*, Vol:187; (7): 385 - 388
102. Öcek. Z.A., Karababa, A.O., Türk, M., Çiçeklioğlu, M. (2001) Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne başvuran hastalarda dental anksiyete etiyolojisinin değerlendirilmesi, *E.Ü. Diş. Hek. Fak. Derg.* 22:121-129
103. Pease, A. *Beden Dili*, 3. Basım, Rota Yayınları, İstanbul, 1999.
104. Curson, I., Coplans, M.P.(1970) The need for sedation in conservative dentistry: An investigation in the inner London area, *BDJ*, 128:19-22.
105. Köroğlu, A., Durkan, R. (2010) Diş hekimliği uygulamalarında karşılaşılan dental anksiyete sendromunun etiyolojisinin ve tedavi yöntemlerinin değerlendirilmesi, *Atatürk Üniversitesi Diş. Hek. Fak. Dergisi*, 20(3): 205-212.

106. Newton, J.T., Brennehan, D. L., (1999) Communication in Dental Settings Scale (CDSS): Preliminary development of a measure to assess communication in dental setting, *British Journal of Health Psychology*, Vol:4; (3):277 - 284
107. Aktan, N. (2005) Diş Hekimlerinin Aydınlatılmış Onam Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Deneyimlerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.
108. Kelly, M.A., Lange, B., Dunning, D.G., Underhill, T.E. (1990) Reasons patients stay with dentist, *J Dent Pract Adm*, 7(1):9-15.
109. Özdemir M.H., Saraçoğlu A., Özdemir A.U., Ergonen A.A. (2005) Dental malpractice cases in Turkey during 1991-2000, *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 12:137-142.
110. Wiebe, R.J. (2000) The New Business Ethics, *J Can Dent Assoc*, 66:248-249
111. Latham, S.R. (2004) Ethics in the marketing of medical services, *The Mouth Journal of Medicine*, 71(4): 243-250.
112. Kang, S. (2002) A history and philosophy of bio-medical ethics seen from a dentist's point of view, *Korean J Med Hist*, 11(2): 117-136
113. Forbes, A.E. (2000) Simple ways to reduce patient anxiety, *Quintessence Int*, 31(6): 436-437.
114. Özer, M. (2005) Diş Hekimliğinde Sterilizasyon Kontrol Yöntemleri, Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi Bildiri Kitapçığı, 125-131.
115. Şenel, B. (2007) Diş hekimleri için risk taşıyan hastalıklar ve diş hekimlerinin mesleki rahatsızlıkları, *Gülhane Tıp Derg*, 49: 204-212.
116. Çölok, G., Akal, Ü.K., Tortop, S., Ateş, U. (2000) Fokal Enfeksiyonların Diş Hekimliği Açısından Değerlendirilmesi, *Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Derg*, 10(1):70-74.
117. Gündoğmuş, Ü.N., Ersoy, N., Biçer, Ü. (1998) Yüksek Sağlık Şurası Kararlarının Etik Açısından Değerlendirilmesi, *Toplum ve Hekim*, 13:8-14.

- 118.** Ankara Sağlık Müdürlüğü, http://www.asm.gov.tr/subehaberler/sabim_5579.dnz,
(Erişim Tarihi: 14.02.2013)
- 119.** Türkmen, S., Özgüç, A., Yorulmaz, A.C. (2012) Patient Complaints Management: Approach of Istanbul Health Directorate Oral and Dental Health Department, *International Journal of Legal Medicine*, Vol:126 Supplement 1, 301.
- 120.** Şimşek, İ., Emekli, A. S., Köstek, M., Güçtekin, Y., Ağaç, B., İnce, O. Özgüç, A., Doğan, H., Yorulmaz A.C. (2012) Knowledge of Medical Student about Medical Law: A survey of Cerrahpaşa Medical School, *International Journal of Legal Medicine*, Vol:126 Supplement 1, 303.
- 121.** Makoul, G. (2003) Communication skills education in medical school and beyond, *JAMA*, 289:(1) 93.
- 122.** Wilkes, M., Milgrom, E., Hoffman, J.R. (2002) Toward more empathic students, *Med Educ*, 36: 528-33.

EKLER

Ek 1.

Türk Diş Hekimleri Birliği ve Diş Hekimleri Odalarının Disiplin Yönetmeliği

İKİNCİ BÖLÜM

Disiplin Suçları ve Cezalar

Disiplin Cezaları

MADDE 5- (1) Diş hekimliği vakar ve onuruna veya meslek düzen ve geleneklerine uymayan fiil ve hareketlerde bulunanlar ile mesleğini gereği gibi uygulamayan veya kusurlu olarak uygulayan veyahut görevin gerektirdiği güveni sarsıcı davranışlarda bulunan meslek mensupları hakkında; fiil ve hareketin niteliği ve ağırlık derecesine göre aşağıdaki disiplin cezaları verilir.

- a- Uyarma; diş hekimine görevinde ve davranışlarında daha dikkatli davranması gerektiğinin yazı ile bildirilmesidir.
- b- Kınama; diş hekimine görevinde ve davranışlarında kusurlu sayıldığı yazı ile bildirilmesidir.
- c- Para cezası; bölgesinde o yıl uygulanan asgari muayene ücretinin on katından az, elli katından fazla olmamak üzere verilecek para cezalarıdır.
- d- Geçici olarak meslekten men; oda bölgesinde bir aydan altı aya kadar serbest meslek uygulamasından alıkonulmasıdır.
- e- Meslekten alıkonma; oda bölgesinde iki kez serbest meslek uygulamasından geçici alıkonma cezası alanların, sürekli olarak serbest meslek uygulanmasından alıkonmasıdır. Oda bölgesinde bir kez geçici meslekten alıkonma cezası almış olanlar, daha sonra aynı veya değişik bir suçtan ikinci kez meslekten alıkonma cezası veya değişik suçlardan aynı anda iki geçici meslekten alıkonma cezası aldıklarında, oda bölgesinde sürekli olarak serbest meslek uygulamasından alıkonma cezası almış sayılırlar.

(2) Geçici meslekten alıkonma cezası alanlar, ceza süresince ve sürekli meslekten alıkonma cezası alanlar sürekli olarak ceza aldıkları oda bölgesinde herhangi bir şekilde serbest diş hekimliği yapamazlar. Meslekten sürekli veya geçici alıkonma cezası alanların var ise muayenehaneleri ve diş hekimi toplu muayenehane, poliklinik ve benzeri adlar altındaki özel sağlık kuruluşlarında çalışıyor ise bu kuruluşta kendisine münhasıran tahsis edilmiş olan hizmet verdiği birim mühürlenerek kapatılır.

(3) Geçici meslekten alıkonma ile ilgili kararlar diş hekiminin muayenehanesinin kapısına, toplu muayenehane, poliklinik gibi birden fazla hekim veya diş hekiminin birlikte çalıştığı özel sağlık kuruluşlarında ise diş hekiminin diş sağlığı hizmeti verdiği birimde mühürlenmiş girişin yanına asılır ve ceza süresince asılı kalır.

(4) 3224 sayılı kanununun 42. maddesi uyarınca özel bir kurumda ikinci görevi olan diş hekimi meslekten geçici veya sürekli alıkonma cezası aldığı anda; bu iş yerinde de diş hekimliği yapamaz.

(5) Meslekten geçici veya sürekli alıkonma cezası alanların ceza süresince mesleğini herhangi bir şekilde yaptıklarının tespiti halinde, haklarında 1219 sayılı kanunun 42. maddesine göre ceza takibatına başvurulur ve ayrıca disiplin soruşturması açılır.

Uyarma Cezası

MADDE 6- (1) Uyarma cezasını gerektiren fiil ve haller şunlardır:

- a- Yönetmelikte belirtilen diğer disiplin suçlarının kapsamı dışında kalan ve mevzuatın dış hekimlerine yüklemiş olduğu görevleri yerine getirmemek,
- b- Meslek ahlak ve anlayışı ile bağdaşmayan davranışlarda bulunmak,
- c- TDB ve birliğe bağlı odaların genel kurullarında yasa, tüzük ve yönetmeliklere uygun olarak alınan kararlara aykırı davranmak,

Kınama Cezası

MADDE 7- (1) Kınama cezasını gerektiren fiil ve haller şunlardır:

- a- Uyarı cezasını gerektiren durumları, uyarıya rağmen tekrarlamak,
- b- Meslektaşları ve meslek kuruluşlarını gerek fiil ve hareketleri ile gerekse sözlü ve yazılı beyanları ile küçük düşürücü veya rencide edici davranışlarda bulunmak,
- c- Oda ve Birlik organlarına seçilmiş olduğu halde, hukuksal düzenlemeler ve Genel Kurul kararları ile kendisine yüklenen görevleri yapmamak,
- d- Oda veya Birlik organlarına seçilmiş üyelerin görev yapmasını engellemek,

Para Cezası

MADDE 8- (1) Para cezasını gerektiren fiil ve haller şunlardır:

- a- Reçete kağıtları, el ilanları, promosyon malzemeleri ve benzeri araçlarla reklam yapmak veya sanal ortamlar da dahil olmak üzere her türlü iletişim araçlarında reklam amacına yönelik veya haksız rekabeti sağlayıcı yazılar yazmak, yazdırmak veya açıklamalarda bulunmak; çalıştığı veya ortağı olduğu kuruluş veya şirketi aracılığı ile anılan eylemlerin yapılmasını sağlamak veya yapılmasına göz yummak,
- b- Özel sağlık kuruluşlarının açılış, adres değişikliği, telefon değişikliği gibi durumlarda; bu değişiklik ve açılışı izleyen bir ay içinde, en çok üç kez ve mevzuattaki kurallara uygun biçimde verilen ilanlar hariç, her türlü iletişim araçlarına ve sanal ortamlara ilan vermek,
- c- Meslek uygulamasında herhangi bir şekilde haksız kazanç sağlamaya yönelik davranışlarda bulunmak,
- d- Tababet Uzmanlık Tüzüğüne göre uzmanı olmadığı konularda uzmanmış gibi herhangi bir şekilde tanıtım yaparak dış hekimliği yapmak,
- e- Birlik'çe çıkarılmış tabela standardına uymamak,
- f- Birlik'çe belirlenen asgari muayene ve tedavi ücreti tarifesindeki meblağların altında ücret almak, alınmasına göz yummak,
- g- Yasa ve yönetmeliklerle öngörülen sürelerde Oda'ya kayıt olmamak,
- h- Mesleğini kusurlu uygulamak (malpractice),
- i- 3224 sayılı Kanun'un 42. maddesinde belirtilen ikinci görev yasağı ve bildirim zorunluluğuna aykırı davranmak,
- j- Oda aidatını, haklı bir mazereti olmaksızın, Genel Kurul tarafından belirlenen zamanda ödememek,
- k- Herhangi bir şekilde maddi çıkar sağlamak için meslektaşlara muayene ve tedavi için hasta göndermek,
- l- Kendisine hasta sağlanması için aracı kullanmak veya herhangi bir kişi ve kuruma bu nedenle çıkar sağlamak,
- m- Resmi hasta sevklerinde usulsüz uygulamalar yapmak; sevk edilen hastaları zorunlu haller dışında kendisine, yakınına veya ortağına ait sağlık kuruluşlarına yönlendirici tavır ve davranışlarda bulunmak,
- n- Kurum ve kuruluş çalışanlarına ağız diş sağlığı, muayene ve tedavilerinin yapılmasına yönelik olarak ilgili kurum ve kuruluşlarla Oda bilgisi ve onayı dışında sözleşme yapmak,

Meslekten Geçici Men

MADDE 9- (1) Meslekten geçici men cezasını gerektiren fiil ve haller şunlardır:

- a- Aynı ilde veya farklı illerde birden fazla özel sağlık kuruluşu açmak, birden fazla özel sağlık kuruluşunda çalışmak; başka bir özel sağlık kuruluşunda çalışmak, başka bir özel sağlık kuruluşunda çalışan dış hekimini çalıştırmak,
- b- Acil yardım, resmi veya insani vazifesinin ifası halleri hariç olmak üzere, mesleki veya şahsi sebeplerle hastaya bakmayı reddetme hali dışında hastaların gerekli tıbbi müdahalelerini kasıtlı olarak başlatmamak, yapmamak veya gerekli olmasına karşın ilgili kuruluşlara sevkini geciktirmek veya yapmamak,
- c- Meslek uygulaması sırasında öğrenilen hastalara ait sırları yasal zorunluluk yasal zorunluluk dışında açıklamak,
- d- Muayene ve tedavi sırasında hastaların, cinsiyet, ırk, milliyet, din, dil, mezhep, ahlaki düşünce, kişilik, sosyal ve siyasi durumlarına göre ayrıcalıklı uygulamalar yapmak,
- e- Maddi veya başkaca çıkar için gerçeklere uymayan reçete, rapor veya belge vermek,
- f- Diplomasını çıkar karşılığı, dış hekimliği yapmaya yetkisi olmayan kişi veya kişileri vermek veya kullandırmak,
- g- Meslek dışı personeli ağız içinde çalıştırmak veya buna göz yummak,
- h- Hakkında yargı mercilerince veya disiplin kurullarınca meslek uygulamasından geçici alıkonma cezası verildiği halde, bu dönemde meslek uygulamasında bulunmak,
- i- Yüz kızartıcı bir suçtan hüküm giymek,
- j- Mesleki bilgi ve becerilerini insan onuruna ters düşecek amaçlarla kullanmak veya işkence yapmak, resmi görevi icabı dahi olsa işkenceye katılmak veya işkence olarak nitelendirilebilecek müdahale ve davranışlarda bulunmak.

Oda Bölgesinde Meslekten Sürekli Alıkonma Cezası

MADDE 10- (1) Oda bölgesinde iki defa serbest meslek uygulamasından geçici alıkonma cezası alanlar, Oda bölgesinde serbest meslek uygulamasından sürekli alıkonma cezası ile cezalandırılır.

Aynı nitelikli fiiller

MADDE 11- (1) Yukarıda sayılan ve disiplin cezası verilmesini gerektiren fiil ve hallere nitelik ve ağırlıkları itibarıyla yakın fiillerde bulunanlara da aynı türden disiplin cezaları verilir.

Suç Duyurusu

MADDE 12- (1) Yönetmeliğin 9. maddesinin (i) bendi dışında kalan bentleri ile 8. maddesinin (g),(i),(k),(l),(m) bentlerinde tarif edilen fiiller için disiplin kurullarınca verilen ceza kesinleştiği takdirde, Oda Yönetim Kurulu'nca, Cumhuriyet Başsavcılıklarına da suç duyurusunda bulunmak zorunludur.

Bir alt ceza uygulanması veya cezanın ağırlaştırılması

MADDE 12-A)- (1) Olayların niteliğine ve ilgilinin kişisel ve mesleki durumuna göre disiplin kurulları, Yönetmelik'te öngörülen şekilde bir alt veya bir üst ceza verilebilir.

Zamanaşımı

MADDE 12-B)- (1) Disiplin cezası gerektirecek eylemlerin işlenmesinden itibaren 4 yıl geçmiş ise soruşturma yapılamaz. Yönetim kurulu işe el koymuş ise bu süre işlemez. Disiplin cezası gerektiren eylem, aynı zamanda bir suç oluşturuyor ve bu suç için yasada daha uzun bir zamanaşımı süresi öngörülmüş ise, birinci fıkradaki süre yerine bu süre uygulanır.

Ek.2. Tablolar Listesi

Tablo 1. 5237 sayılı TCK'nda Kast ve Taksir Kavramları	19
Tablo 2. Taksir ve Bilinçli Taksir Kavramlarının Karşılaştırılması	19
Tablo 3. Şikayet edilen diş hekimlerinin ve şikayetçi hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı	34
Tablo 4. Şikayet sahiplerinin uygulamalara göre dağılımı	35
Tablo 5. Protetik diş tedavisi uygulamalarında uzlaşma ve ceza alma dağılımı	43
Tablo 6. Bilirkişi varlığı ile disiplin kuruluna sevk edilme kararlarının dağılımı	44

Ek.3. Şekiller Listesi

Şekil 1. Tıbbi uygulama hatası iddiası inceleme süreci ve iş akış planı	27
Şekil 2. Şikayetçi hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı	33
Şekil 3. Şikayet edilen diş hekimlerinin cinsiyetlerine göre dağılımı	33
Şekil 4. Şikayet sahiplerinin dağılımı	34
Şekil 5. Şikayet edilen hekimlerin mesleki deneyim sürelerinin dağılımı	36
Şekil 6. Uzman diş hekimlerinin branşlarına göre dağılımı	36
Şekil 7. Şikayete konu olan uygulamaların branşlara göre dağılımı	37
Şekil 8. Şikayete konu olan uygulamaların yapıldığı sağlık birimlerinin dağılımı	38
Şekil 9. Şikayetlerin uygulamalardan kaç yıl sonra yapıldığının dağılımı	38
Şekil 10. Şikayet sayılarının yıllara göre dağılımı	39
Şekil 11. Şikayet konusu uygulamaların sözleşme türlerine göre dağılımı	39
Şekil 12. Protetik diş tedavisi ile ilgili uygulamaların sözleşme türlerine göre dağılımı	40
Şekil 13. Şikayete konu olan uygulamaların seans sayılarına göre dağılımı	40
Şekil 14. Şikayete konu olan uygulamaların sonucunda oluşan geçici/kalıcı sakatlıkların dağılımı	41
Şekil 15. Ana şikayete eşlik eden sekonder şikayetlerin dağılımı	42
Şekil 16. İDO Yönetim Kurulu'nun şikayete konu olan uygulamalarla ilgili kararlarının dağılımı	43
Şekil 17. İşleme konan dosyalardaki bilirkişi varlığının dağılımı	43
Şekil 18. Soruşturma açılan dosyalarda verilen kararların dağılımı	44
Şekil 19. Disiplin Kurulu kararlarının dağılımı	45
Şekil 20. Disiplin Kurulu kararlarının dağılımı	45

ÖZGEÇMİŞ

Anıl Özgüç

Doğum Tarihi: 11.12.1972

Doğum Yeri: İstanbul

Eğitim

1986 -1989 Bursa Kız Lisesi

1989 – 1997 İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi

2009 - İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Tıp Bilimleri Doktora

Yabancı Dil

İngilizce (İyi)

İş Deneyimi

1997 – 2008 Serbest Diş Hekimliği (Muayenehane)

1997- Serbest Diş Hekimliği (Özel Hastane ve Poliklinik)

2005- Profesyonel Fotoğrafçılık

Medeni Durum

Evli, 1 çocuk annesi