

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
ADLİ TIP VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Abdullah Coşkun Yorulmaz

“İSTANBUL TABİP ODASINA YANSIYAN
PLASTİK, REKONSTRÜKTİF VE ESTETİK CERRAHİ ALANINI
İLGİLENDİREN TIBBİ UYGULAMA HATASI İDDİALARININ
MEDİKOLEGAL OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ”

TIP BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ
DR. ÖĞR. ÜYESİ FATMA NİHAL DURMUŞ KOCAASLAN
İSTANBUL, 2020

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
ADLİ TIP VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Abdullah Coşkun Yorulmaz

“İSTANBUL TABİP ODASINA YANSIYAN
PLASTİK, REKONSTRÜKTİF VE ESTETİK CERRAHİ ALANINI
İLGİLENDİREN TIBBİ UYGULAMA HATASI İDDİALARININ
MEDİKOLEGAL OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ”

TIP BİLİMLERİ ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

DR. ÖĞR. ÜYESİ FATMA NİHAL DURMUŞ KOCAASLAN

İSTANBUL, 2020

Özet

Makul olmayan beceri veya özen eksikliğinin olduğu mesleki hatalar için kullanılan terim konusu tıp alanını ilgilendiriyorsa, tıbbi uygulama hatası ya da “tıbbi uygulama hatası” olarak adlandırılır.

Dünya nüfusunun yaşlanması, sosyal medyanın etkisi gibi sebeplerle Plastik Cerrahiye ilgi artmakta, dolayısıyla da uygulanan işlem ve ameliyat sayısı artmaktadır. Kişilerin mükemmelliği araması, beklentilerinin karşılanamaması ya da hekimler hakkında çıkan olumsuz haberler, tıbbi uygulama hatası iddialarının giderek artmasını ve hekimlere karşı dava açılmasını teşvik etmektedir. Bu çalışmada, İstanbul Tabip Odasına (İTO) yansıyan, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi (PREC) alanında tıbbi uygulama hataları iddialarında toplanan verilerin karar oluşturulmasına katkılarının tartışılması amaçlandı.

2011-2015 yılları arasındaki 5 yıllık dönemde İTO ya kabul edilen PREC’i ilgilendiren dosyalar üzerinde geriye dönük olarak tarandı. Bu dönemde 93 başvuru olduğu, 3 dosyanın kurumlar ile ilgili olduğu, kalan 90 dosyanın ise hekimler ile ilgili şikayetler olduğu saptandı. Dosyalardan 80’inin tıbbi uygulama hatası iddiası olduğu, 13’ünün ise reklam nedeniyle yapılan şikayetler olduğu görüldü. 80 tıbbi uygulama hatası iddiası başvurularının 53’ünün (%66) Sağlık Bakanlığı ve buraya bağlı ilgili birimlerce (SABİM, BİMER, CİMER) iletildiği, şikayetinde bulunan hastaların %78’inin kadın hastaların (62) olduğu, şikayet edilen hekimlerinin 72’sinin (%90) erkek hekim olduğu, hekimlerin uzmanlık yıllarına bakıldığında uzmanlıkta ilk 15 yıl içinde kıdem arttıkça şikayet oranı yükselirken 15 yıldan sonraki uzmanlık yıllarında şikayetlerin azaldığı, özel hastanede çalışan hekimlerin (%95) daha fazla şikayet edildiği, şikayet sebeplerinde hastaların yaklaşık yarısının sonuçtan memnun olmama, diğer yarısının ise gelişen komplikasyonlar ve sonrasındaki süreçten dolayı şikayette buldukları, hastaların en çok sırasıyla meme, burun ve vücut şekillendirme ameliyatları sonrası şikayetçi oldukları saptandı.

5 yıllık sürede tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan 80 dosyadan sonuca ulaşan 67 dosyanın 48' inde (%72) tıbbi uygulama hatası yönünde bir bulgu saptanmadığı yönünde karar verildiği, 13 dosyanın halen incelemede olduğu, 12 dosyaya (%18) ise ceza verildiği tespit edildi.

Tıbbi uygulama hatası iddası olgularının 10 yıl içerisinde 10 kattan fazla artması oldukça düşündürücüdür. Nüfusun yaşlanması, sosyal medya aracılığıyla Plastik Cerrahi ameliyat ve işlemlerinden daha kolay haberdar olma ve artan estetik kaygılar ile başvuru sayıları artarken, mükemmelliği arama, işlemlerin artması, sonuçtan memnun olunmama ya da tıbbi olumsuzluklarda Sağlık bakanlığı aracılığıyla adli merciiilere kıyasla daha kolay şikayette bulunabilme dosyalarda artışa sebep olabilmektedir. Yine de dosya inceleme sonuçlarında tıbbi uygulama hatası kararı verilmesinin önceki yıllara kıyasla düştüğü görülmesi Plastik Cerrahlar adına olumlu gelişmelerden biridir.

Abstract

Medical malpractice is referred as professional errors where there is a lack of unreasonable skills or diligence concerns the medical field. As the aging of the world population and the impact of social media, interest in Plastic Surgery is increasing, and thus the number of interventions and operations are increasing. The search for excellence, the failure to meet expectations or the negative news about physicians encourages the increasing number of claims of medical malpractice and the prosecution of physicians. In this study, it is aimed to discuss the contribution of the data collected in the claims of medical malpractice in the field of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery (PRAS) reflected in the Istanbul Medical Chamber (IMC) to decision making.

Between 2011-2015, in the period of 5 years files concerning PRAS which was accepted to IMC, was scanned retrospectively. There were 93 applications in this period, 3 files were related to institutions, and 90 files were complaints about physicians. 80 of the files were alleged medical neglect and 13 of them were complaints due to advertisement. Of the 80 malpractice claim applications, 53 (66%) were submitted by the Ministry of Health and related units (SABİM, BİMER, CİMER). 78% of the patients were female (n:62) and 72 (90%) of the complained physicians were male. The rate of complaints rises as the seniority of the physicians increases, the complaints decrease in the years of expertise after 15 years. The number of complaints (95%) of the doctors were working in private hospitals. Approximately half of the patients complained dissatisfaction about the result and the rest complained from postoperative complications. Most of the patients complained after breast, nose and body shaping operations respectively. 48 (72%) out of 67 files that were reported no evidence of malpractice, 13 files were still under investigation and 12 files (18%) were punished.

The fact that malpractice cases increase more than 10 times in 10 years is quite thought provoking. Aging population, being more aware of Plastic Surgery operations and awareness through social media and increasing number of applications with increasing aesthetic concerns, may lead seeking excellence, increasing procedures. Dissatisfaction with the results or being able to complain more easily than judicial authorities through medical ministry may increase the cases. Nevertheless, it is one of the positive developments on behalf of Plastic Surgeons that malpractice decision has decreased compared to previous years.

Önsöz

Tüm akademik hayatım boyunca beni her zaman sonsuz destekleyen, eğitim için ayırım yapmaksızın bütün asistan ve uzmanları için tüm yolları açan, Adli Tıp Doktorası yapma isteğimi dile getirdiğimde kliniğin iş yükünü arttırma pahasına bana izin veren saygıdeğer hocam, Marmara Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D. kurucu başkanı Prof. Dr. Ayhan Numanoğlu'na,

Doktoraya başlama aşamasında bana yol gösteren, akademik hayatımda beni ileriye taşıyan hocam Prof. Dr. Özhan Çelebiler'e,

Desteklerini her zaman yanımda hissettiğim, bana abilik yapan hocalarım Prof. Dr. Mehmet Bayramiçli, Prof. Dr. Erdem Tezel ve Doç. Dr. Ahmet Sönmez'e

Adli Tıp doktora serüvenimde bilirkişilik konusuna ilgi duymama sağlayan, dosyalarda farklı bakış açılarıyla sonuca ulaşmayı, detaylı düşünebilmeyi, duygusal değil de bilimsel yaklaşımın ne kadar etkili olabildiği gösteren tez danışmanım Prof Dr Coşkun Yorulmaz'a,

Tez izleme komitesinde yer alan hocalarım Prof. Dr. Gürsel Çetin ve Dr. Öğr. Üyesi Tunç Demircan'a,

Adli tıp doktora programında bana ders veren, benim için ders saatlerini düzenleyen Adli Tıp Enstitüsündeki saygıdeğer hocalarıma,

Klinik işleyişinde eksikliğim nedeniyle iş yüklerini arttırdığım çalışma arkadaşlarım Doç. Dr. Bülent Saçak, Dr. Eda Işıl, Dr. Öğr. Üyesi Melekber Çavuş Özkan ve Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Deniz Akdeniz Doğan'a

Dosyaları incelemem için bana kolaylık sağlayan, her soruma sabırla cevap veren, cevap vermeye de devam eden, sıcak ve samimi davranışlarıyla kendi iş yerimde çalışıyormuş hissi veren sevgili İstanbul Tabip Odası çalışanları Dr Celalettin Cengiz, Özlem Öztürk ve Cevdet Albayrak'a,

Doktora süresince sayısız evrak işlerini benim için kolaylaştıran bir telefon uzağımdaki Adli Tıp Enstitüsü Sekreteri Elvan Emral'a.

Doktora derslerime katılabilmem için çalışma saatlerimi yeniden düzenleyerek yardımcı olan hastanemiz başhekimi ve Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D. Öğretim Üyesi Prof. Dr. İsmail Cinel'e,

Doktoraya başlama aşamasında ilham kaynağım, arkadaşım, evdeki destekçim, kızım İnci'nin babası eşim Dr. Öğr. Üyesi Cemal Kocaaslan'a sonsuz teşekkür ediyorum.

İçindekiler

Özet.....	i
Abstract.....	iii
Önsöz.....	iv
İçindekiler.....	v
Tablolar ve Grafikler Listesi.....	vii
Kısaltmalar.....	ix
1. Giriş ve Amaç.....	1
2. Genel Bilgiler.....	2
2.1. Tıbbi uygulama hatasının tanımı.....	2
2.2. Tıbbi uygulama hatası ile ilgili Kavramlar.....	3
2.2.1. İstenmeyen sonuç.....	3
2.2.2. Komplikasyon (İzin verilen risk).....	4
2.3. Tıbbi uygulama hatası Nedenleri.....	4
2.3.1. Sağlık Çalışanı ile İlgili Faktörler.....	4
2.3.1.a. Tecrübe ve eğitim.....	4
2.3.1.b. Fiziksel yorgunluk.....	5
2.3.1.c. İletişim.....	5
2.3.1.d. Özen Eksikliği.....	6
2.3.2. Altyapı ve Organizasyon Eksiklikleri.....	7
2.3.2.a. Tıbbi Cihaz ve Çevresel Etkenler.....	7
2.3.2.b. Girişim Hataları ve Teknik Hatalar.....	7
2.3.2.c. Kayıt tutma yükümlülüğü ve kayıt hataları.....	8

2.4.	Aydınlatma ve Rıza.....	8
2.5.	Tıbbi uygulama hatasına Hukuki Yaklaşım.....	19
2.6.	Tıbbi Müdahale Kavramı ve Hukuka Uygunluğu.....	10
2.7.	Hasta ve Hekim Arasındaki İlişkinin Hukuksal Temeli.....	12
2.8.	Hekimin Sorumlulukları.....	13
2.8.1.	Cezai sorumluluğu.....	14
2.8.2.	Hukuki sorumluluğu.....	15
2.8.3.	İdari sorumluluk.....	16
2.8.4.	Mesleki sorumluluğu.....	17
2.9.	Tıbbi Uygulama Hatalarında Bilirkişilik ve Bilirkişilik Kurumları.....	17
2.9.1.	Adli Tıp Kurumu Başkanlığı.....	18
2.9.2.	Yüksek Sağlık Şurası (YSS).....	19
2.9.3.	Yüksek öğretim kurumları.....	20
2.9.4.	Uzman mütalaası.....	20
2.10.	Tabip Odaları.....	21
2.10.1.	İstanbul tabip odası uygulamaları açısından hekim hataları.....	21
2.10.1.a.	Ön inceleme aşaması.....	22
2.10.1.b.	İnceleme aşaması.....	22
2.10.1.c.	Soruşturma aşaması.....	23
2.10.1.d.	Kovuşturma aşaması	23
3.	Gereç ve Yöntem.....	25
4.	Bulgular.....	26
5.	Tartışma.....	42
6.	Sonuç.....	61
7.	Kaynaklar.....	65
8.	Özgeçmiş.....	70

Tablolar ve Grafikler Listesi

Grafik A. Hekimlik Uygulamaları Bürosu İş Akışı Planı.....	21
Grafik I. İstanbul Tabip Odası'na başvuran hekimlik uygulamaları ile ilgili olguların dağılımı....	23
Grafik II. Tıbbi hata ve/veya ihmal iddiası bulunan olgular ile reklam dosyalarının yıllara göre dağılımı.....	23
Grafik III. Hastaların cinsiyetine göre şikayetlerin dağılımı.....	25
Grafik IV. Hekimlerin uzmanlık yıllarına göre aldığı şikayet oranları.....	27
Grafik V. Tıbbi uygulama hatası dosyalarında hekimlerin cinsiyete göre dağılımı.....	28
Grafik VI. Reklam dosyalarında cinsiyete göre dağılımı.....	28
Grafik VII. İTO ya kayıtlı Plastik Cerrahlar ile şikayet edilen Plastik Cerrahların kıyaslanması...	29
Grafik VIII: Tıbbi uygulama hatası iddiasında bulunulan hekimlerin Türkiye genelindeki sayısına oranları.....	30
Grafik IX: Tıbbi uygulama hatası iddiasında bulunulan hekimlerin İTO ya kayıtlı Plastik cerrah sayısına oranları.....	30
Grafik X: Dosyaların karara bağlama sürecinde geçen sürelerin dağılımı.....	31
Grafik XI. Tıbbi uygulama hatası iddiası olgularının sonuçları.....	32
Grafik XII. Tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan dosyalarda ceza alan dosyaların dağılımı.....	32
Grafik XIII. Reklam dosyalarında ceza alan dosyaların dağılımı.....	33

Tablo I. Tıbbi uygulama hatası iddiası dosyalarında başvuru yapılan makamların yıllara göre dağılımı.....	24
Tablo II. Tıbbi uygulama hatası iddiası dosyalarında başvuruyu yapan kişi/kuruluşların yıllara göre dağılımı.....	25
Tablo III. Cinsiyete göre şikayet sebeplerinin analizi.....	26
Tablo IV. Hekimlerin cinsiyete göre şikayet edilme analizi.....	29
Tablo V. Ceza alan dosyaların cinsiyete göre dağılımı.....	33
Tablo VI. Dosyaların sonuçlanmasına etki eden merciiler.....	34

Kısaltmalar

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TUS: Tıpta Uzmanlık Sınavı

TCK: Türk Ceza Kanunu

ATK: Adli Tıp Kurumu

ATİK: Adli Tıp İhtisas Kurulu

CMK: Ceza Muhakemesi Kanunu

TTB: Türk Tabipler Birliği

İTO: İstanbul Tabip Odası

HUB: Hekimlik Uygulamaları Bürosu

PREC: Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi

TPRECD: Türk Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği

SABİM: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi

BİMER: Başbakanlık İletişim Merkezi

CİMER: Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi

EAH: Eğitim Araştırma Hastanesi

AİHM: Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi

Plastik Cerrahiye ilgilendiren tıbbi uyg. hatası iddialarının değ.

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumuna

KBB: Kulak Burun Boğaz

CKB: Cinsel Kimlik Bozukluğu

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

TBK: Türk Borçlar Kanunu

1. Giriş ve Amaç

Tıbbi uygulama hatası kelimesi, Latince’de mala-praxis kelimesinden türemiş olup, makul olmayan beceri veya özen eksikliğinin olduğu mesleki hatalar için kullanılır (1-6). Söz konusu hata tıp alanını ilgilendiriyorsa, tıbbi uygulama hatası ya da “tıbbi uygulama hatası” olarak adlandırılır (7-11).

Tıbbi uygulama hataları; Dünya Tabipler Birliği’nin (The World Medical Association) 1992 yılındaki 44. genel kurulunda ‘hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar’ olarak tanımlanmıştır (12, 13). Tıbbi uygulama hataları, “hizmetleri sunan hekim ve hastaya müdahale yetkisi bulunan tüm sağlık personelinin, öneri ve/veya uygulamaları sonucu, hastalığın normal seyrinin dışına çıkarak, iyileşmesinin gecikmesinden hastanın ölümüne kadar oluşan koşulların” tamamını içermektedir (14, 15).

Dünya nüfusunun yaşlanması ile doğru orantılı olarak Plastik Cerrahi girişimleri ve kişilerin talepleri de artmaktadır. Aynı zamanda sosyal medyanın toplumların iletişimi ve haberleşmesindeki inkar edilemez etkisi Plastik Cerrahiye günümüzde popüler hale getirmiştir. Artan talep ile birlikte ameliyat ve girişim sayısı da artmakta ve istenmeyen sonuçların ortaya çıkma oranı da artmaktadır. Kişilerin mükemmelliği araması, beklentilerinin karşılanamaması ya da hekimlerin yeteneği, bilgisi, davranışı ve hastaya yaklaşımını sorgulayan olumsuz haberler, tıbbi uygulama hatası iddialarının giderek artmasını ve hekimlere karşı dava açılmasını teşvik etmektedir.

Türkiye’de hekimlerin mesleki sorumluluğu ile ilgili açılan davalarda, genel olarak Adli Tıp Kurumu’nun bilirkişiliğine başvurulur. Bunun yansısı üniversitelere bağlı ilgili Anabilim Dalları ve adli tıp anabilim dalları uzmanları bilirkişi olarak seçilebilir. Ayrıca İl Adalet Komisyonu bilirkişi listesinden de ilgili uzmanlar seçilebilir. Son olarak, konusunda tanınmış yeterli deneyimi olan hekimlerin bilimsel görüşü istenebilir.

Bu çalışmada, İstanbul Tabip Odasına yansıyan ve Onur kurulları ve bilirkişiler tarafından değerlendirilen Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi alanında tıbbi uygulama hataları iddialarında; toplanan bu verilerin karar oluşturulmasına katkılarının tartışılması amaçlandı.

2. Genel Bilgiler

2.1. Tıbbi Uygulama Hatasının Tanımı

Tıbbi uygulama hatası kelimesi Latince'de 'mala-praxis' kelimesinden türemiş olup gerekli özen, eğitim, tecrübe, veya dikkat eksikliği sonucu meydana gelen zararları kapsar (4). Kötü ve hatalı uygulamaları, beceri ve özen eksiklikleri sonucu hizmeti alanın zarar görmesi durumunda; söz konusu hizmet tıp alanını ilgilendiriyorsa 'tıbbi uygulama hatası' ya da 'tıbbi uygulama hatası' olarak ifade edilir (16). 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 koşulların" tamamını içermektedir (14).

Tıbbi hizmetler ise sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile ilgili 5.1.1961 tarih ve 224 sayılı kanunda "insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin giderilmesi ve toplumun bu faktörlerin etkisinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi yetenek ve melekeleri azalmış olanların ise alıştırılması için yapılan faaliyetler" olarak tanımlanmıştır (17).

Dünya Tabipler Birliği'nin (The World Medical Association) 1992 yılındaki 44. genel kurulunda; tıbbi uygulama hataları; 'hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar' olarak tanımlanmıştır (18). Türk Tabipler Birliği Meslek Etiği kuralları 13. maddesinde 'bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle hastanın zarar görmesi hekimliğin kötü uygulanması anlamına gelir' şeklinde tanımlanmaktadır. Hekim, uygulamalarını izin verilen risk (komplikasyon) çerçevesinde yapmakta ve ortaya çıkan komplikasyonlardan, komplikasyon yönetimini uygun yapmış ise sorumlu tutulmamaktadır. Ancak belli bir tıbbi standardın sağlanabilmesi için gerekli özenin gösterilmediği durumlarda ortaya çıkan sonuçlardan sorumlu olmaktadır (19).

Tıbbi uygulama hataları, olayın tarafları, oluşumundaki etkenler, sağlık çalışanları ve sisteme ait sorumlulukları ile çok bileşenli bir problem özelliği taşımaktadır. Tıbbi uygulama hatalarında genellikle insan faktörü, çevresel faktörler ve tıbbi aletler gibi hata oluşumu riskini artıran pek çok faktör iç içe geçmiş durumda etki göstermektedir. Bu faktörler, tek başına da tıbbi uygulama hatası oluşmasına neden olabilir. Ancak tıbbi hizmetler bir ekip işi olduğundan hata oluşumunda söz konusu faktörler, genellikle iç içe geçmiş durumda karşımıza çıkmaktadır (14).

2.2. Tıbbi Uygulama Hatası ile İlgili Kavramlar

2.2.1. İstenmeyen sonuç

Tıbbi uygulama hatası sonucunda ya da gelişen komplikasyon (izin verilen risk) kapsamında istenmeyen sonuçla karşılaşılabilir. Gelişen zararın komplikasyona mı yoksa tıbbi uygulama hatasına mı bağlı geliştiği ayrımını tıbbi bilirkişiler yapar. Tıbbi bilirkişi bunu yaparken; uygulamayı yapanın eğitim düzeyinde, aynı ortam koşullarında, aynı yetkinlik düzeyinde bir hekimin göstermesi gereken özenin gösterilip gösterilmediğine bakarak karar verir (4, 20).

2.2.2. Komplikasyon (İzin verilen risk)

Hukuki açıdan 'izin verilen risk' kavramının tıbben karşılığı komplikasyondur (4, 20, 21). Bir başka deyişle komplikasyon; bir hastalığın seyri esnasında oluşan ikinci bir hastalık, mevcut hastalığa eklenen diğer bir hastalık veya bozukluktur (22). Hekim ise bu süreçte hastasını bilgilendirdiğinde, aydınlattığında ve komplikasyon yönetimini uygun yaptığında, bu zararların ortaya çıkmasından sorumlu tutulamaz.

Her hastada aynı hastalık farklı bulgu verebildiği gibi, farklı hastalıklar da aynı bulguyu verebilmektedir. Ameliyat sonrası ağrı derecesi önceden tahmin edilememektedir. Aynı işlem bir hastada dayanılmaz ağrılara sebep olurken, bir diğer hasta basit ağrı kesicilerle süreci kısa sürede atlatabilmektedir. Bunun yanı sıra yine kişiden kişiye farklılık gösteren iyileşme sürecinin olması, atılan dikişe veya vücuda yerleştirilen malzemeye vücudun vereceği reaksiyonun farklı olabilmesi hastaları bilgilendirirken detaya inilmesi gerekliliğini orta çıkarmaktadır. Ancak her hastayı en ince

detayına kadar bilgilendirmek ve tüm detayları da hasta ya da yakınlarının anlamasını beklemek, uygulanabilirliği tartışmalı bir dilemmadır (23). Bu, ancak hastaya geniş zamanın ayrılacağı özel muayenehane ortamında gerçekleşebilir. Her 8 dakikada bir hasta gören yoğun bir klinikte bunun mümkün olması gerçekçi olmayan bir beklentidir. Uluslararası kaynaklara göre değerlendirildiğinde ayaktan başvuru sürelerinin 10 dakikadan az olmaması, karmaşık durumlarda ise bu sürenin daha da artması gerektiği söylenmektedir (24).

2.3. Tıbbi Uygulama Hatası Nedenleri

Hekim ve hasta arasında gelişen anlaşmazlıkların büyük bir kısmı, tedavi sırasında veya sonrasında, hastada ortaya çıkan öngörülebilir ya da öngörülemez zararlardan kaynaklanmaktadır. Hastaların işlem öncesinde mutlaka oluşabilecek istenmeyen sonuçlar hakkında geniş bilgi sahibi olması ve oluşabilecek bu zararlara rıza göstermesi gerekmektedir. Zarar oluştuğunda ise, hekimin hasta ile iletişimini koparmaması, teşhisi zamanında ve doğru koyması, doğru tedaviyi uygulaması; gerekli özeni göstermesi ve tedavi bitimine kadar hastanın yanında olacağına garanti vermesi gerekmektedir.

2.3.1. Sağlık Çalışanı ile İlgili Faktörler

2.3.1.a. Tecrübe ve eğitim

Bilgisizlikten ve deneyimsizlikten kaynaklanan hataların sayısı oldukça fazladır. Yaşadığımız çağda teknoloji hızla gelişmekte ve değişmektedir. Hastalar ise gelişen bu teknoloji ile yeni uygulamaları denemek istemekte ve hekimlerden talep etmektedirler. Daha önce hiç yapmadığı sadece internette ya da bir kongrede gördüğü bir tekniği ya da uygulamayı denemeye çalışan hekim daha sonuçları ve yan etkileri yeteri kadar anlaşılmamış prosedürleri uygulayarak hem hastanın sağlığını hem de kendisini hukuksal açıdan tehlikeye atmaktadır. İnternette popüler olan bir uygulama ya da estetik girişim hastalar tarafından talep edilmekte, bu konuda deneyimi olmayan hatta sonuçlarının ne olduğu henüz ortaya çıkmamış bir uygulamayı ya da malzemeyi kullanmak telafisi zor sonuçlara

yol açmakta, dava sürecini başlatmada etken olabilmektedir. Bilgiye bu kadar hızlı ulaşmak ne hekimin ne de hastanın yararına görünmemektedir. Yeterli mesleki bilgi ile donatılmamış sağlık çalışanı, sadece tıbbi uygulama hatası olgularının artmasına yol açmayıp, aynı zamanda kendisinden sonra gelen personelin de eğitilme olanağını ortadan kaldırmaktadır (4-6, 19, 25, 26).

2.3.1.b Fiziksel yorgunluk

Fiziksel yorgunluk ve yol açtığı dikkat eksikliği, tıbbi uygulama hatasına önemli bir faktör olmaktadır. Hekimlerin, fizikî yorgunluk başta olmak üzere, iş veya aile problemleri nedenleri ile dikkatleri zaman zaman dağılabilmektedir. Nöbet kavramı ve süresi her branşta değişmekle birlikte genel olarak ülkemizde 36 saat olan bu süre hekimler için kabul edilemez bir süredir. Gece boyunca hasta bakma ve sonrasında günde ise mesaisine devam etmek zorunluluğu olan asistan hekimlerin kı-demleri de düşünülecek olursa tıbbi uygulama hatası açısından oldukça savunmasız oldukları tahmin edilebilir. Sağlık çalışanları için nöbet ertesi izin, Yataklı Tedavi Kuruluşları İşletme Yönetmeliği'nin 41. maddesinde düzenlenmiştir. Buna göre; **“e) Gece nöbeti tutanlara ertesi günü görev verilmez. Geceyi yoğun mesai ile uykusuz geçiren personele, kurumun personel durumu ve imkanları müsait olmak, hizmeti aksatmamak kaydıyla evinde veya kurum içerisinde lüzum görüldüğü sürece dinlenmesi için baştabip izin verebilir.** Bu takdirde de bunlar acil durumlarda baştabip veya nöbetçi tabibin davetine uymaya mecburdurlar. Buradan da anlaşıldığı üzere zorunlu nöbet ertesi izin olmayıp yorgun ve dikkati dağınık olarak mesaiye devamı beklenen hekimlerin hasta ile ilişkilerinde de yeterli özeni ve dikkati göstermelerini beklemek haksızlık olacaktır (27).

2.3.1.c İletişim

Sağlık çalışanının iletişim becerileri tanı koyma aşamasında olduğu gibi, hastaların tedavi planlarını doğru takip etmelerinde de önemli bir etkiye sahiptir. Bu etki tıbbi uygulama hatası iddialarının azaltılması ile de yakından ilgilidir (28). Hekim ile hasta arasındaki ilişkinin uyumsuz olması, hasta hakkında diğer hekimler ile iletişimin zayıf olması ise iletişim eksikliklerine örnektir. Muayene ve tedavi sırasında telefonla görüş alışverişi hem hekim hem de hastalar tarafından yanlış anlama ve hatalı uygulamalara neden olabilmektedir (4, 16, 29, 30). Ayrıca hastaya yazılı bir belge

vermeden, diğerk hekimden sözlü bilgi istenmesi ve hastanın aldığı cevabın iletilmesinin beklenmesi doğru olmayan yönlendirmelere ve yanlış anlaşılmalara açık olacağı aşıkardır. Hekimin hasta ile iletişim kurarken kullandığı ses tonunun dava açılmasında etkili olduğu gösterilmiştir (31). Bu nedenle kadın hekimlere daha az dava açıldığı görülmüştür. İletişim becerisi standart bir insani beceri olmayıp, zamanla öğrenilen ve geliştirilebilen bir özelliktir. Öğrenme hızı kişiden kişiye değışmekle birlikte iletişim becerisi genel olarak kadınlarda erkeklere kıyasla daha yüksektir (32). Yine aynı şekilde tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan davalardan daha çok erkek hekimlerin muzdarip olduğu görülmektedir. İletişim bozukluğunun tıbbi uygulama hatası riskini arttırdığına dair birçok örnek bulunmaktadır. Hastaların muayenesine ayrılan zamanının süresi, kalitesi, hastanın şikayetlerinin din-lenmesi, isteklerinin anlaşılması ve isteklerinin yerine getirilip getiremeyeceğinin net bir şekilde ifade edilmesi malpraktis riskinde önemli ölçüde azalmaya sebep olacaktır (4, 19, 26, 28).

2.3.1.d. Özen Eksikliği

Hekimin özen yükümlülüğü bütün yükümlülüklerinin temelini oluşturmaktadır. Hekim hastasının zarar görmemesi için dikkat ve özeni göstermek, tıbbi uygulamalarda bulunurken tıp biliminin kurallarını gözetip uygulamak, tedaviyi her türlü önlemi alarak yapmak zorundadır (28). Özen eksikliği ile ilgili hukuki meseleler, tedavi sırasında ortaya çıkan ihmalin hekime yüklediği sorumlulukları içerir. Hastaların şikayetleri çoğu kez hekimin hastaya gerekli dikkati göstermediği veya hastalığın doğru olarak teşhis edilmediği ya da doğru tedavinin uygulanmadığı durumlarda oluştuğu görülmektedir (4, 20, 33). Bir ameliyat sonrası oluşan komplikasyonun akabinde hastanın tedavisini sürdürmek, düzenli aralıklarla hastayı görmek, yaptığı tedaviyi kayıt altına almak, hastaya her zaman yanında olduğunu hissettirebilmek, etik yükümlülük yanısıra hekimin kendisini koruması açısından ve dava açılmasını önleyecek en önemli stratejik harekettir. Buna rağmen dava açılabilir bile özen sorumluluğunu yerine getiren hekime tıbbi uygulama hatası olmadığında komplikasyon gelişmesi nedeniyle kusur atfedilmemektedir (34).

2.3.2. Altyapı ve Organizasyon Eksiklikleri

2.3.2.a. Tıbbi Cihaz ve Çevresel Etkenler

Sağlık kuruluşunda çalışan sağlık personelinin davranışlarını çevresel faktörler değiştirebilir. Tedaviyi üstlenen hekimin bir sağlık kuruluşunda çalışması halinde hekimin özen ve bilgilendirme borcunun yanı sıra sağlık kuruluşunun da en iyi sağlık hizmetini sunmak için gereken özeni gösterme yükümlülüğü mevcuttur. Bu yükümlülükte bir ekip çalışması söz konusu olup, hastanın bakımı, temiz sağlıklı koşullarının sağlanması, özenli ve doğru tetkiklerin yapılması, hastaların ameliyat sonrası dönemde hastane enfeksiyonlarından korunması ve bakımı, hasta ile ilgili tetkik ve konsültasyon sonuçlarının hekime doğru ve güvenilir şekilde ulaştırılması gibi geniş bir spektrum içermektedir (4, 6, 26).

Tıbbi veya cerrahi girişim esnasında kullanılan malzemelerden kaynaklanan sorunlar da (malzemenin kırılması, çalışmaması, kopması, vb...) hastanın sağlığına olumsuz etkileri olabilmektedir. Bu durumlarda malzemeyi kullanan hekimse ve bir hatalı uygulama varsa sorumlu duruma düşer.

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesindeki aksaklıklardan dolayı oluşan zararlarda sağlık kuruluşunun sorumluluğunun gündeme gelebileceği gibi, hekimin kendi yardımcı personelinin hataları nedeni ile kusursuz sorumluluğu da bulunmaktadır (4,6,11). Örneğin ameliyat sırasında hastada gelişen koter plağına bağlı yanık, cihaz arızasından ya da ilgili personelin cihazı doğru yerleştirmemesinden kaynaklanabilir. Ya da uzun süren ameliyatlarda topuklarda gelişen bası yarası anestezi ekibinin ya da personelin topuk altına jel ya da benzeri yumuşak destek koymamasından kaynaklanabilir, ayrıca ameliyat sırasında kolların aşırı gerilmesine bağlı sinirde motor kayıp, hissizlik ya da güçsüzlük gelişmesi anestezi ekibinin örtüler altında kalan omuz açısının dikkatli kontrol etmemesinden kaynaklanabilir. Ameliyat sırasında cerrahi alan dışındaki vücut alanlarının ısıtılmasına bağlı gelişen hipotermi de yine anestezinin sorumluluğundadır (35).

2.3.2.b. Girişim Hataları ve Teknik Hatalar

Ameliyat esnasında vücutta unutulmuş yabancı cisimlerle ilgili davalar açılabilir. Bu durum hekimi mahkemede savunmasız bırakabilir (4). Olay sırasında ortaya çıkan aksaklık tutanak

tutularak resmi kayıtlara geçirilmelidir. Bazen olayın sorumlusu yardımcı personel olsa bile olayın özelliğine göre bu kişilerin hatalarından da hekim de sorumlu tutulabilmektedir (19). Ameliyat sonrası malzeme sayımı hemşirenin görevi olmakla birlikte hekimin malzemelerin eksiksiz olduğunu teyit etmesi gerekir. Emin olunamayan durumlarda tekrar tekrar saymak, gerekirse seyyar röntgen cihazları ile aletin ya da malzemenin hastanın içinde olmadığını kanıtlanması gerekir (36).

2.3.2.c. Kayıt tutma yükümlülüğü ve kayıt hataları

Hekim ile hasta arasındaki varsayılan sözleşmeden dolayı hekimin kayıt tutma yükümlülüğü vardır. Tıbbi uygulama iddiası hakkında değerlendirme yapılırken esas alınacak belgeler sağlık mesleği mensupları tarafından düzenlenen ve saklanan belgelerdir (14).

Kayıt tutulması hukuken zorunluluk olup hasta ile ilgili tıbbi bilgilerin kağıt ya da elektronik ortamda hasta dosyasına kaydedilmesi ve bu kayıtların da ayrıntılı ve düzenli tutulması gerekmektedir. Tıbbi hizmeti bir sağlık kurumu ya da kuruluşu veriyorsa bu kayıtların saklanma sorumluluğu da bu kurum ya da kuruluştadır (4, 37). Devlet kurumlarında polikliniğe gelen ve pansuman için tekrarlayan gelişlerinde zaman zaman günlük kayıt açılmamakta, açıldığında ise görevli hekim hasta yoğunluğundan dolayı kayıtları tam tutamamaktadır. Ayrıca açılan kayıtlara doğru tanı kodu (ICD) girilmesi gerekmekte iken kod karmaşasından dolayı yine mümkün olamamaktadır. Her poliklinik odasında bir veri giriş elemanının bulunması bu tip sorunları çözecektir. Ancak ülkemiz koşullarında bu durum maalesef mümkün olamamaktadır.

2.4. Aydınlatma ve Rıza

Tıbbi uygulamanın hukuken geçerli olması için hastanın ya da vasisinin rızası gerekmektedir. Hastanın, kanuni temsilcisinin veya mahkemenin onamı (rızası) olmadan uygulanan tıbbi uygulamalar hukuka aykırı sayılır (Hasta hakları yönetmeliği 24. Maddesi) (20, 29, 38).

Hekimin hastasının anlayabileceği şekilde ve anlayabileceği düzeyde aydınlatma yükümlülüğünü yerine getirmesi gerekmektedir. TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları 26. maddesinde; bir aydınlatılmış onam belgesinin hastanın sağlık durumu ve tanısını, önerilen tedavi yönteminin türünü, başarı olasılığını ve tedavi süresini, tedavi yönteminin hastanın sağlığı açısından taşıdığı riskleri, verilen ilaçların kullanım şekli ve yan etkileri, yapılan cerrahi riskleri veya olası komplikasyonları, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda ise hastalığın yaratacağı sonuçları, olası tedavi seçenekleri ve riskleri de içermesi gerektiği söylenmiştir. Ayrıca, alınan onam, baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersiz olacağı belirtilmiştir (39).

Hasta Hakları Yönetmeliğinin 15. maddesinde; hastanın, sağlık durumunu ve kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların yararları ve riskleri, diğer alternatif tıbbi girişim yöntemleri, tedavinin kabul edilmemesi durumunda çıkabilecek olası sonuçları ile hastalığın seyri ve sonuçları konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahip olduğu belirtilmiştir (38).

Hastanın aydınlatılması mevcut uygulamada genellikle sözel şekilde yapılmaktadır. Ancak hastanın söyleneni eksik ya da yanlış anlamasını engellemek ve hukuki açıdan ileride ortaya çıkabilecek sorunların önüne geçilebilmek için önemli hususlar yazıya dökülerek belgelenmelidir (14). Gerektiğinde hastanın anlatılan hususu anladım, kabul ediyorum şeklinde el yazısı ile yazması istenebilir. Özellikle yoğun olan devlet hastanelerinde çoğu zaman hasta veya yakınları tarafından okunmadan onamlar imzalanmakta, okuma yazması olmayan ya da dil sorunu olan hastalar tarafından imzalanabilmektedir. Geneli 4 ila 5 sayfa olan onam formlarındaki her satırı ya da cümleyi hastaya ya da yakınına açıklamak, anlatmak zorunludur. Ancak iş yoğunluğu nedeniyle anlaşılmayan bölümler için soru sorma ortamı yaratmak her zaman mümkün olamamakta ve bazen de okunmadan imzalanan onam formları dosyaya konulmaktadır. Ortada aydınlatılmayan hasta ve aslında geçerliliği olmayan düzenli dosyalar bulunduğu açıktır. Bu sorunun nasıl çözüleceği açık olup yeterli zaman sağlanması zorunludur. Dil bilmemek, okuma yazma bilmemek, her an tercümana ulaşamamak hekimi zora sokan aşılması gereken önemli diğer sorunlar arasında yer almaktadır (40).

Hukuka uygunluk, ancak aydınlatma sonucunda onam formu imzalandığında gerçekleşmektedir. Açılan davada hekimin hastasını aydınlattıktan sonra onamını aldığını kanıtlanmasını gerekmektedir. Yargıtay 13. Hukuk Dairesinin sadece aydınlatmamayı gerekçe göstererek hekim hakkında tazminat cezasına hükmettiği görülmüştür (41).

2.5. Tıbbi Uygulama Hatasına Hukuki Yaklaşım

Hekim hasta ilişkisinin ne şekilde olması gerektiği, bazı yasalar, yönetmelikler, bildirgeler, tıbbi etik değerler ve deontolojik kurallar gibi yazılı metinlerle bildirilmiştir (20). Hekimler ve sağlık meslek mensupları tıbbi uygulamalarında hukuka aykırı bir davranışla hastada zarar oluşturduklarında hukuk karşısında sorumludurlar ve bu zararı tazmin etmekle yükümlüdürler (1, 4, 29).

Hekim ya da sağlık meslek mensubunun ceza ya da tazminat hukuku açısından sorumlu tutulabilmesi için 'tıbben khatalı' olması gerekir. Tıbbi hata kavramı ise; o günün şartlarında tıbbi uygulama standartlarına göre ortalama beceri, bilgi düzeyi, dikkat ve özene sahip bir hekim ya da sağlık meslek mensubunun göstermesi gereken davranış şekli olarak tanımlanır. Kusurlu durum oluştuğunda hastadan sözlü veya yazılı aydınlatılmış onam alınması sağlık mensubunu korumayacak ve kusurlu işlem karşısında hastanın hukuksal haklarını ortadan kaldırmayacaktır (14).

2.6. Tıbbi Uygulama Kavramı ve Hukuka Uygunluğu

Tıbbi uygulama; tıp mesleğini icraya yetkili bir kişi tarafından, doğrudan veya dolaylı tedavi amacına yönelik olarak gerçekleştirilen her türlü faaliyettir (10).

Tıbbi uygulamanın yasal olarak geçerli olması için; tıbbi uygulamanın sağlık personeli tarafından gerçekleştirilmesi ve yeterliliğinin (diploma, uzmanlık belgesi vb.) olması, tıp biliminin öğretilerine göre gerekli (endikasyon dahilinde) ve bu verilere uygun tıbbi uygulama olması, aydınlatılmış onamın hastadan usulüne uygun alınması, yapılan tıbbi uygulamanın mevzuatça sakıncası

olmaması, yapılan girişime uygun ekip ve ekipmanın kullanılması, tıbbi standartlarda kabul gören, etkinliği ve geçerliliği benimsenmiş tıbbi bir yöntemin uygulanması, komplikasyonlara karşı gerekli tedbirlerin önceden alınmış olması, hastaya yeterli özen gösterilmiş ve ihmal niteliğinde bir davranış olmaması ve uygulanan tıbbi girişime ait kayıtların düzgün tutulmuş olması gerekmektedir (28, 42). Ülkemizde yaygın olarak yapılan saç ekiminin hemşire ya da tıp dışı kişiler yerine konunun uzmanı Plastik Cerrah uzmanı tarafından yapılması gerekliliği örnek olarak verilebilir. Ancak yönetmelikte ‘uzman hekim tarafından yapılır’ şeklinde bir ibare bulunmaktadır. Bunu baz alan bazı hekimler ‘mezuniyet sonrası eğitim müfredatında’ olmamasına rağmen, sadece para kazanma amaçlı olarak yasadaki açıktan faydalanmaktadırlar. Günümüzde; estetik cerrahi, hastalar kadar farklı branştan hekimlerin de ilgisini çekmektedir. Müfredatında bulunmayan, eğitimini almadığı konularda bile ameliyat yapmayı legalleştirmeyi, yasadaki açıklardan faydalanarak açıklamaktadırlar. Bu da alan ihlallerini ortaya çıkarmaktadır. Yasal olarak çözüm bulunmadığı takdirde, asistan iken eğitimini almayan, komplikasyonu ile başa çıkmasını bilmeyen, hatta sağlık mensubu bile olmayan kişilerin botox, dolgu, saç ekimi, vb gibi invazif işlemleri yapmasının önüne geçilemeyecektir. Bu da ciddi hasta güvenliği açığıdır. Elbette bu hasta güvenliği açığı, bir yaralanma olarak ortaya çıktığında uzmanlık dışı alanda faaliyet gösteren hekimlerin sorumluluğu gündeme gelecektir (43).

Tıbbi uygulamada bulunabilmek için gerekli endikasyonun olması gerekmektedir. Endikasyonu bulunmayan bir cerrahi tedavi hatalı karar olacaktır. Estetik cerrahinin diğer cerrahi girişimlerden farklı endikasyonlarının olduğu bir gerçektir. Çünkü kişi estetik açıdan bir ameliyat olmaz ise hayatını eskisi gibi devam ettirebilir fiziki olarak hastalık gelişmez. Ancak burada hastalık kavramını ayrıntılı olarak tanımlamak gerekmektedir. Hastalığı, sağlığın kaybı olarak tanımlayacak olursak sağlık nedir sorusunu açıklamak gerekmektedir. Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ‘yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali’ olarak tanımlanmıştır. Bu durumda estetik girişimler için endikasyonun, kişinin ruhen ve sosyal yönden iyilik halini tedavi etmek için yapıldığını söyleyebiliriz. O halde estetik ameliyatların yasal olarak geçerliliği ve endikasyonunun olduğu aşıkardır. Doktrinde bir görüş, her türlü estetik

amaçlı işlem ve ameliyatların sadece güzel bir görüntü sağlamak amacıyla yapıldığını, bu nedenle de hukuka aykırı olduğu, çünkü bu tür girişimlerde tedavi, koruma ya da acıyı yok etme amacıyla yapılmadığını öne sürmektedir (44). Bu görüşe göre ameliyatı yapan hekimin endikasyon dışı hareket ettiğini, bunun gereksiz olduğunu, sırf bu yüzden hastanın zarar görmüş olduğunun belirtilmesi hekime yapılan bir haksızlıktır. Nitekim, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı yasal bir uzmanlık dalıdır ve mezuniyet öncesi tıp eğitimi müfredatında mevcut olup Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) sınavı ile asistan almakta ve eğitim vermektedir (45).

2.7. Hasta ve Hekim Arasındaki İlişkinin Hukuksal Temeli

Hasta ile hekim arasında hastanenin kapısından girdiği andan itibaren bir sözleşme olduğu kabul edilmektedir (46). Bu sözleşme hekime vekâlet sözleşmesi kapsamında bir sorumluluk yüklemektedir. Hekim bu sözleşme ile sonucun iyi olacağını garanti etmemekle birlikte hastasının sağlığını korumak veya düzeltmek için elinden geleni yapacağına, ona içten bağlılık ve sadakat göstereceğine, tüm bilgi ve becerisini onun yararına kullanacağına, sırlarını saklayacağına, tedavisinde özen göstereceğine, kayıtlarını düzgün olarak tutacağına ve tedavisini sürdüreceğine söz vermiş sayılmaktadır (1, 47). Yazılı bir sözleşme olmadan, hastanın hekime başvurması ve hekimin hastaya tıbbi uygulamada bulunmayı kabul etmesiyle beraber bir sözleşme ilişkisi kurulabilir. Acil hallerde veya ameliyatın genişletilmesi gerektiğinde sözleşme ilişkisi kurulması mümkün olmadığından 'vekaletsiz iş görme' olduğu kabul edilir (29).

Hasta ile hekim arasındaki ilişki eser (istisna) sözleşmesi şeklinde de olabilmektedir. Estetik amaçlı diş protezleri ve estetik cerrahi operasyonlarında yapılan girişimler bu kapsamda değerlendirilebilmektedir. Borçlar Kanunu 470. maddesinde 'eser sözleşmesi, yüklenicinin bir eser meydana getirmeyi, iş sahibinin de bunun karşılığında bir bedel ödemeyi üstlendiği sözleşmedir' şeklinde tanımlanmıştır. Bu sözleşme ile istenilen belli bir sonucun mutlaka elde edilmesi amacı güdülmektedir. Ancak buradaki ana husus hastayı bir eser ya da bir mal olarak göstererek kişinin biyolojik yapısının, iyileşme sürecindeki değişikliklerin göz ardı edilmesidir. İnsan biyolojik bir varlıktır ve

cansız nesnelere için uygulanan bu sözleşmenin insan üzerinde uygulanması haksızlıktır. Hiçbir hekim yapacağı ameliyatın sonucunu garanti edemez, etmemelidir. Çünkü her organizma farklı iyileşir, farklı tepkiler gösterir. Bunu önceden kestirmek zordur. Deneyimlere dayanılarak genelleme yapılabilsede mutlaka açık bir kapı bırakılmalıdır (23).

Zarar gören hasta ile hekim arasında sözleşmeye dayanan bir ilişki bulunmayabilir. Bu durumlarda oluşan zararlarda sorumluluk haksız fiile dayanır. Hekimin zorunlu durumlarda tıbbi yardımdan kaçınması, aydınlatılmış onam olmadan yapılan uygulamalar, yasal olmayan organ alma ve kürtaj uygulamaları gibi durumlar haksız fiil esasına göre değerlendirilir (20). Ayrıca tıbbi uygulamanın özel hastanede yapılması ve sözleşmenin özel hastane işletmecisi ile hasta arasında olduğu durumlarda, hekim ile hasta arasındaki sorunlar haksız fiil hükümlerine göre çözüme kavuşturulabilir (29). Haksız fiiller; tazminat davalarının, meydana gelen suçlar; ceza davalarının konusunu oluşturmaktadır (48).

2.8. Hekimin Sorumlulukları

Hekim sorumluluğunun yasal anlamda koşulları şunlardır:

- Fiilin hukuka aykırı olması,
- Zararın doğmuş olması,
- Hatalı bir davranışın bulunması,
- Zarar ile sonuç arasında uygun nedensellik (illiyet) bağı bulunması,

Yukarıdaki koşullar oluştuğunda hekim hakkında hukuk veya ceza davası açılması gündeme gelebilir.

2.8.1. Cezai sorumluluğu

Hekimlerim mesleki uygulamaları hakkında cezai ve hukuki sorumluluğunu düzenleyen özel bir madde bulunmamaktadır. Bu nedenle hekimler meslek etik kurallar çerçevesinde ilgili yasalardaki genel tanımlar açısından cezai veya hukuki olarak sorumlu tutulabilirler (32, 48).

Türk Ceza Kanunu'nda dört tür kusurluluk durumu tariflenmiştir;

I. Kast

II. Olası Kast

III. Bilinçli Taksir

IV. Basit Taksir

Hastanın rızasını almadan, yeterli aydınlatma yapılmadan veya endikasyon bulunmadan yapılan her türlü müdahale kasten yaralama suçunu oluşturur (29).

Kasıtlı suçlarda kişi eyleminden dolayı doğacak sonucu öngörerek, tahmin ederek, bilerek ve isteyerek suçu işler (49). Hekimin kasttan dolayı sorumluluğu tedavi amacı ile hareket etmediği durumlarda söz konusu olabilir (29). Olası kast, Türk Ceza Kanunu (TCK)'nın 21. maddesinin 2. fıkrasında düzenlenmiştir: "Kişinin, suçun kanunî tanımında yer alan unsurlardan birinin gerçekleşeceğini öngörmesine rağmen, fiili işlemesi hâlinde olası kast vardır". Taksir, TCK'nın 22/2' de "dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla bir davranışın, suçun yasal tanımında belirtilen neticesi öngörülmeden gerçekleştirilmesidir" şeklinde tanımlanmıştır. Basit taksir 'öngörülebilir neticenin objektif özen yükümlülüğüne aykırı hareket edilmiş olması sebebiyle öngörülmemesi' yani öngörülebilir nitelikteki neticeyi öngörmemesidir. Bilinçli taksir ise 22/3' de düzenlenmiştir: "Kişinin öngördüğü neticeyi istememesine karşın, neticenin meydana gelmesi hâlinde bilinçli taksir vardır. Diğer bir deyişle, fail unsurların meydana gelmesini kabullenmektedir". Basit taksir ile bi-

linçli taksir arasındaki ayırt edici ölçüt; basit taksirde failin öngörülebilir nitelikteki neticeyi öngörmemesi, bilinçli taksir halinde ise bu neticeyi öngörmüş olmasıdır. Bilinçli taksir ile olası kast da “öngörme” belirleyici unsurdur ancak bilinçli taksirdeki en önemli fark, “istememesine karşın” ibaresidir. Bilinçli taksirde hekim yaptığı hareketin zararlı sonuçlarını öngörmesine rağmen sonucu istemese de ‘birşey olmaz düşüncesi’ veya ‘şansına veya başka etkenlere, hatta kendi beceri veya bilgisine güvenerek hareket etmesi’ ile tıbbi müdahalesine devam etmesi söz konusudur (14). Bilinçli taksirde failin, neticeyi öngörmesine rağmen harekete devam etmesinin sebebi, bu neticenin gerçekleşmeyeceğine inanç duymasıdır. Ya kişisel yetenekleriyle, ya aldığı önlemlerle neticeye engel olabileceğini ya da zaten çok zayıf bir ihtimal olması sebebiyle gerçekleşmeyeceğini düşünmüştür; gerçekleşmeyeceğine inandığı için harekete devam etmiştir. Bunun için sorumluluğu taksir kapsamında. Çünkü taksirli sorumluluğun esası, hareketin iradi olması ancak, öngörülebilir neticenin kusurlu olarak öngörülememesidir. Taksirli suçlarda ceza oranları kasten işlenen suçlara oranla daha az olmaktadır (50).

2.8.2. Hukuki sorumluluğu

Hukuki sorumluluk, sağlık meslek mensubunun hukuka aykırı bir davranışı sonucu hastada oluşan zararın tazmin etme yükümlülüğüdür (51). Hekimler tıbbi uygulama hataları sonucu kusurlu bulunmaları durumunda, cezai sorumluluklarının yanı sıra haklarında hukuk davası da açılabilir. Hasta, haksız fiile veya sözleşmeye dayanarak maddi ve manevi tazminat talebinde bulunabilmektedir. Kusurlu tedavi sonucu ölüm meydana gelmiş ise, ölenin desteğinden mahrum kalanlar için tazminat talep hakkı doğacaktır (20, 37). Hukuk davaları ceza davalarının sonucundan bağımsızdır (29).

Tazminat davalarında müşterek (ortak) ve müteselsilen (zincirleme) bir sorumluluk ortaya çıkabilir. Ameliyat sonrası hastada oluşan zararın nedeni ameliyat ekibinden birinin ya da birkaçının kusurundan kaynaklanabilir, ancak bu zarardan ekibin başı olarak cerrah sorumlu tutulduğunda buna ‘kusursuz sorumluluk’ denir. Bu durumda kusuru olmayan ancak müşterek ve müteselsilen sorumluluğu bulunan hekim, tazminatı ödedikten sonra asıl kusurlu kişiye ya da kişilere rücu (dönme) davası açabilir (14).

Kamuda görevli kişilere yönelik tıbbi uygulama hatası iddialarında tazminat talebi ancak idare aleyhine açılabilir. İdare aleyhine açılan davada tazmin kararı verilmesi durumunda, bu zarar idare tarafından ödendikten sonra ilgili personele rücu edilir. Buna karşın hastanın doğrudan şikayeti üzerine özel sağlık biriminde çalışan hekimlere ve özel kuruluşa hemen dava açılabilir (20, 37). Dikkat edilmesi gereken bir başka husus da özellikle Eğitim Araştırma Hastaneleri açısından ‘hiyerarşik’ bir sorumluluğun olduğudur. Eğitim gören asistan hekimin yetki ve sorumluluğu ancak bir pratisyen hekimin yetki ve sorumluluğu kadardır. Ancak uzman hekim nezaretinde ve denetiminde olma koşulu ile asistan hekim öğrenmek amacıyla girişimlere katılabilir. Uzman hekimden habersiz işlem yapan asistan hekim için durum farklı olacak, yine aleyhine açılan dava önce idare sonra kendisine rücu edilmesi şeklinde olacaktır (14, 46).

2.8.3 İdari sorumluluk

Hizmet kusuru; idarenin herhangi bir kamu hizmetini işletmesi veya kurmasında meydana gelen kusurdur (29). Kamuya ait bir hastanede çalışan sağlık mensuplarına karşı dava açma girişiminde memurun muhakematı hakkındaki kanuna göre savcılık görevsizlik kararı vermekte ve ilgili kurumdan, kurum içi soruşturma başlatmasını istemektedir. Soruşturmayı yapacak kişiler ise ilgili kurum amirince görevlendirilmektedir. Suç teşkil eden bir kusur belirlenirse, hazırlanan fezleke (özet dosya) ile savcılığa suç duyurusunda bulunmaktadır. Ayrıca kurum içi disiplin soruşturması da açılmaktadır (20, 37).

Devlet memurlarını ilgilendiren temel yasa olan 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nda ‘disiplin’ konusu; yasanın 7. bölümünde (124-145.maddeler) ele alınmış, disiplin cezasını gerektiren fiil ve haller ile uygulanacak cezalara tanımlanmıştır. Uyarı, maaş kesme, kademe ilerlemesinin durdurulması, kurumdan ihraç gibi cezaları içerir.

Üniversitede görev yapan akademik personel açısından, 2547 sayılı ‘Yüksek Öğretim Kanunu’ ve bununla ilişkili olarak ‘Yükseköğretim Kurumları Yönetici, Öğretim Elemanı ve Memurları Disiplin Yönetmeliği’ önem taşımaktadır. Bu yönetmelik, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 124-125.maddeleri ile paralellik göstermekle birlikte bazı önemli farklılıklar da bulunmaktadır (47).

2.8.4. Mesleki sorumluluğu

Hekimler açısından mesleki sorumluluk; hem toplumsal hem de etik kurallar çerçevesinde, mesleklerinin gerektirdiği şekilde, uyulması gereken kanun ve tüzüklere uyma zorunluluğudur (52). Türk Tabipler Birliği disiplin yönetmeliği; kamu kurumlarında çalışan hekimlerin mesleki ve etik davranışlarından dolayı ortaya çıkan sorunlarda önem taşır. Disiplin cezalarına yönelik olarak ve Türk Tabipler Birliği kanununa dayanılarak 2004 yılında çıkarılmıştır. Tabip Odalarında “Yönetim Kurulları” ve “Onur Kurulları” hekimlerin mesleki uygulamaları ile ilgili suç veya suç iddiası durumlarında görev yapmaktadır. Tabip odaları tarafından verilen disiplin cezaları Türk Ceza Kanunu’nda tanımlanan cezalardan farklı olup hekimlik davranış ve uygulamalarının iyi yapılmasını amaçlamaktadır (14, 33).

2.9. Tıbbi Uygulama Hatalarında Bilirkişilik ve Bilirkişilik Kurumları

Hastada bir zarar ortaya çıktığında, bunun sebebinin tıbbi uygulamalardan kaynaklanıp kaynaklanmadığı, uygulamanın standartlardan sapma gösterip göstermediğini belirleme görevi, bilirkişilerindir. Bu kişiler, konu ile ilgili görülenlerin ifadeleri, sağlık kuruluşu kayıtları, hasta dosyası, filmleri, laboratuvar tetkikleri ve otopsi bulgularını dikkate alarak görüş bildirirler (20). Bilirkişi; çözümü uzmanlığı, özel veya teknik bilgiyi gerektiren hâllerde oy ve görüşünü sözlü veya yazılı olarak vermesi için başvuru alan gerçek veya özel hukuk tüzel kişidir (53). Hakim özel ya da teknik bir bilgiyi gerektiren konuda bilirkişiye başvurup bu konuda kendisini aydınlatmak ister. Ancak hâkim, bilirkişinin verdiği rapor ile bağlı değildir (14). Hukuk Muhakemeleri Kanunu’nun 282. Maddesinde ‘bilirkişi görüşünün hâkimi bağlamadığı, bilirkişinin belirteceği görüşün bir takdiri delil niteliği taşıdığı’ işaret edilmiştir (54). Ceza Muhakemesi Kanunu’nun 68. maddesi ‘mahkeme her zaman bilirkişinin duruşmada dinlenmesine karar verebileceği gibi, ilgililerden birinin (Cumhuriyet Savcısının, katılanın, vekilinin, şüphelinin veya sanığın, müdafinin veya kanuni temsilcinin) istemesi halinde de açıklamalarda bulunmak üzere duruşmaya çağırılabilir’ şeklinde olup, yargılamada önemli yere sahip çapraz sorgu’ sistemine işaret etmektedir. Böylece adil yargılama kapsamında;

bilirkişilerin duruşma esnasında dinlenmesi ile kanıtlar çok daha ayrıntılı ve objektif değerlendirilecek ve hekimler kendilerini daha iyi savunabilecek ayrıca iddialar çok daha hızlı ve doğru bir şekilde sonuçlanabilecektir (14).

03.08.2017 tarih ve 30143 sayılı yeni Bilirkişi Yönetmeliği, 3/11/2016 tarihli ve 6754 sayılı Bilirkişilik Kanununun 18 inci maddesine dayanılarak hazırlanmıştır. Bu yönetmelikte bilirkişinin hangi durumlarda atanacağı ve atanmasının gerekli olmadığı, bilirkişi olmak için gerekli eğitim ve evrakların neler olduğu detaylı olarak anlatılmaktadır. Meslekte aktif çalışma yılı olarak en az 5 yılı tamamlamış olan, 24 saatlik bilirkişilik eğitimi sonrası sertifika almaya hak kazanan kişilerin adalet bakanlığına yaptıkları başvuru sonunda kabul edilmeleri halinde isimleri bilirkişi listesine eklenir. Bu listeden atanan bilirkişilerden, hakim tarafından kendilerine sorulan soruları mesleki bilgilerine dayanarak açık ve net bir şekilde ifade etmeleri, hukuki değerlendirme ve nitelirmede bulunmamaları, tarafsız olmaları, kendilerine verilen bir ay süre içinde değerlendirmelerini neticelendirmeleri ve raporlarını 3 nüsha halinde (ikisi taraflara, biri mahkemeye kalacak şekilde) dosya ile teslim etmeleri istenir (yönetmelik). Her üç yılda bir 6 saatlik eğitimden sonra bilirkişilerin sertifikaları yenilenir ve isimleri listeye tekrar alınır (55).

Ülkemizde tıbbi uygulama hataları ile ilgili bazı kurumlar bilirkişi görüşü vermektedir:

2.9.1 Adli Tıp Kurumu Başkanlığı

Adli Tıp Kurumu (ATK) 20.04.1982 tarih ve 17670 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan, 2659 no'lu Kurum Kanunu'na göre; Adalet Bakanlığı'na bağlı olarak adalet işlerinde bilirkişilik (Ek ibare: 19/2/2003-4810/1 md.) yapmakla görevlendirilmiştir. Bilirkişilerce, Fizik ve Trafik İhtisas Dairelerinin tıpla ilgili olmayan raporları hariç olmak üzere adli tıp ihtisas dairelerince, Adli tabip veya adli tıp uzmanlarınca verilip de mahkemeler, hakimlikler ve savcılıklar tarafından yeterince kanaat verici nitelikte bulunmayan ve aralarında çelişki olduğu belirlenen raporları inceleyip bilimsel ve teknik görüş bildirirler. 01.01.2018 tarihi itibariyle ATK'da sekiz ihtisas kurulu bulunmaktadır.

Sekizinci Adli Tıp İhtisas Kurulu (ATİK) ölümle sonuçlanan tıbbî uygulama hatalarına ilişkin işler hakkında bilimsel ve teknik görüşlerini bildirmekle sorumludur. Kurul, bir başkan ile ikisi Adli Tıp uzmanı üye ile birer iç hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, anesteziyoloji ve reanimasyon, beyin ve sinir cerrahisi, kardiyoloji, genel cerrahi, acil tıp, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanları uzmanı hekim üyelerden oluşmaktadır.

Yedinci ATİK, ölümle sonuçlanmayan tıbbî uygulama hatalarına ilişkin işler hakkında değerlendirme yapıp görüş bildirilmektedir. Kurul, bir başkan, birer iç hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, anesteziyoloji ve reanimasyon, beyin ve sinir cerrahisi, kardiyoloji, göz hastalıkları, kulak burun boğaz hastalıkları, genel cerrahi, kalp ve damar cerrahi, plastik rekonstrüktif ve estetik cerrahi, üroloji, ortopedi ve travmatoloji, tıbbi onkoloji, deri ve zührevi hastalıkları uzmanları ile dış hekiminden oluşmaktadır (56).

2.9.2. Yüksek Sağlık Şurası (YSS)

11.10.2011 tarih ve 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 21 inci maddesi hükümlerine dayanılarak hazırlanan yönerge ile oluşumu, çalışma esasları yeniden düzenlenmiştir. Şurada, sağlık meslek mensuplarının mesleklerini icra ederken ortaya çıkan adli konularda mahkemelere görüş vermek ve idarî soruşturmacılar ve uzlaşma komisyonları için bilirkişi listesi belirlemek üzere bakanlık bünyesinde oluşturulan YSS'nin on beş üyesi bulunur. Müsteşar veya görevlendireceği Müsteşar Yardımcısı ile I. Hukuk Müşaviri veya görevlendireceği hukuk müşaviri, Şûranın doğal üyesidir. Müsteşar veya görevlendireceği Müsteşar Yardımcısı Şûraya başkanlık eder. Şûra üyelerinin onüçü Bakan tarafından ülkede sağlık hizmetleri veya eserleri ile tanınmış kişiler arasından seçilir. Şûra yılda en az dört kere toplanır. Toplantılara üyeler ve görevlilerden başka kimse giremez. Adli makamlardan intikal eden adli dosyalar hazırlanırken; hangi mahkeme ve savcılıktan geldiği, ne sorulduğu ve olayla ilgililerinin adları, 'Olay ve Tespitler' bölümünde, olayın meydana geliş şekli, zamanı, nerede geçtiği, kişilerin olaya katılım biçimi, olaya maruz kalana uygulanan tetkik ve tedavilerin özeti, suçlanan kişilerin ifadeleri, varsa Adli Tıp Raporu, otopsi tutanağı ve bilirkişi raporları incelenir, dosya görüşüldükten sonra 'Sonuç ve Karar' kısmına alınan karar, varsa kusur dereceleri ile birlikte yazılır.

Şûra, görüşülen konunun gerektirmesi halinde önceden bilirkişi görüşüne başvurabileceği gibi, toplantı sırasında bilirkişiler davet edip dinleyebilir. Müzakereler sesli olarak kaydedilir ve kararlar bütün üyelerce imzalanıncaya kadar saklanır. 18.07.2007 tarih ve 4167 sayı ile yürürlüğe konulan “Yüksek Sağlık Şurası Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” 19.02.2016 tarihinde yürürlükten kaldırılmıştır (57).

2.9.3. Yüksek öğretim kurumları

Adli Tıp Kurumu Kanunu'nun “Diğer Adli Ekspertiz Kurumları” başlığı altında (31. madde) “Yükseköğretim Kurumları veya birimleri, adli tıp mevzuatı çerçevesinde adli tıp olaylarında ve diğer adli konularda Ceza Muhakemeleri Usulü Kanununa göre resmi bilirkişi sayılır. Bu birim ve kliniklerde tetkik edilecek adli tıp ile ilgili işler yönetmelikte belirlenir” denilmiştir (52). Yüksek Öğretim Kanunu'nun 37. maddesinde de mahkemelerin teknik ve uzmanlık isteyen her konuda üniversite ve bağlı birimlerinden yararlanabileceğini, bilirkişi olarak görüş isteyebileceğini belirtmiştir. Aynı kanunun 38/2. maddesinde ise Yüksek Öğretim Kurulu'nun isteği ve ilgili kamu kuruluşunun onayı ile yüksek öğrenim kurumları ya da birimleri, ilgili adli makamların talepleri ile adli tıp mevzuatı kapsamında adli tıp ve diğer adli konularda resmi bilirkişi olarak görevlendirilebilecekleri belirtilmektedir (4, 14).

2.9.4 Uzman mütalaası

Bilindiği üzere Ceza Muhakemesi Kanunu (CMK) m.67/f.6, 68/f.3, 178, 179 uyarınca ceza muhakemesinde taraflara da bilirkişi seçme yetkisi öngörülmüş ve böylece ceza muhakemesi süjelerinin bilimsel görüşlerden kapsamlı ve çok yönlü bir biçimde yararlanabilmeleri olanağı tanınmıştır. CMK'da, uzman kişi (CMK m.178), bilirkişi (CMK m.179) olarak adlandırılan bu kişilerin hazırlayacakları raporlara uzman mütalaası (CMK m.67), bilimsel mütalaa (CMK m.68/f.3) adı verilmiştir. “Bilirkişi raporu, uzman mütalaası” başlığını taşıyan CMK m.67/f.6 uyarınca taraflar, soruşturma veya kovuşturma konusu olayla ilgili olarak veya bilirkişi raporunun hazırlanmasında değerlendirilmek üzere ya da bilirkişi raporu hakkında, uzmanından bilimsel mütalaa alabilirler. Ayrıca CMK'da yer alan bu düzenlemeye paralel olarak 01.10.2010 tarihinde yürürlüğe giren 6100 sayılı Hukuk Muhakemeleri Kanunu'nun 293. Maddesinde uzman görüşü müessesesine yer verilmiştir (58).

2.10. Tabip Odaları

Hatalı tıbbi uygulama nedeniyle zarar gördüğünü iddia eden kişi veya yakınları, Tabip Odalarına (TO) veya Türk Tabipler Birliği (TTB) Merkez Konseyi'ne başvurabilirler (29). Anayasal güvence altında 6023 sayılı yasa ile kurulmuş olan Türk Tabipler Birliği halkın sağlığını koruyucu, geliştirici çalışmalar yürütmek, hekimlik mesleğinin çıkarlarını her ortamda dile getirmek, üyelerine maddi manevi haklarını korumak gibi görevleri olan sivil toplum kuruluşudur. Bilirkişilik kurumu olarak çok az bilinse de; tıbbi uygulama hataları iddiaları etik boyutuyla mesleki denetleme kurumu olarak Tabip Odaları Onur Kurulları ve Türk Tabipler Birliği Yüksek Onur Kurulunda ele alınmaktadır. Tabip Odaları Onur Kurulları 28.04.2004 tarih, 25446 sayılı TTB disiplin yönetmeliğine göre çalışmaktadır (14).

TTB Disiplin Yönetmeliği'nde, hekimlerin tıbbi uygulama hataları sonucu öngörülen disiplin suçları ve cezaları belirlenmiştir. Buna göre; 3. maddede uyarma cezası, 4. maddede para cezası, 5. maddede geçici olarak meslekten alıkoyma, 6. Maddede oda bölgesinde çalışmanın yasaklanması cezaları belirtilmiştir (59). Meslekten men cezası vermeye de yetkili olan bu kurulun kararlarına itiraz ancak Danıştay'a yapılabilmektedir (60).

2.10.1. İstanbul Tabip Odası uygulamaları açısından hekim hataları

İstanbul Tabip Odası (İTO) TTB'ye üye 123.000 hekimin %35,5'inin kayıtlı bulunduğu 65 tabip odası içinde üye sayısının çokluğu nedeniyle en büyük oda durumundadır (Eylül 2018). İstanbul, yalnızca kamu ve özel sektörde çalışan hekimlerin sayısı bakımından değil; sağlık kuruluşlarının sayı ve hasta potansiyeli bakımından da ülkemizde sağlık alanında ağırlıklı bir yer tutmaktadır. 2018 yılı Eylül ayı sonu itibariyle kayıtlı aktif 34.598 üyesi bulunan İTO'ya gerek üye sayısının gerek il nüfusunun bu derece fazlalığı, hekimler hakkında yapılan başvuru sayısını sürekli arttırmıştır. Yapılan başvuruların sağlıklı bir şekilde kabul edilmesi, disiplinli bir şekilde inceleme ve değerlendirmesinin yapılması oldukça kapsamlı bir süreci oluşturur. Yine karar öncesi aşamaların; alınan kararların taraflara bildirilmesi, olası itirazların kabul ve değerlendirmesi, Onur Kurulu ve Yüksek

Onur Kurulu'na sevk edilen dosyaların zamanında ilgili mercilere intikal ettirilmesi, bu karar kurullarından alınan sonuçların yine zamanında muhataplarına iletilmesi uzun bir zaman dilimini almaktadır. Ayrıca karar sonrası aşamaların sağlıklı ve süratli bir biçimde yapılarak zaman aşımı gibi hukuki olumsuzluklara neden olunmaması gerekmektedir. Bu düşüncelerden hareketle, 1998 yılında alınan Yönetim Kurulu kararı ile Hekimlik Uygulamaları Bürosu (HUB) oluşturulmuştur (51). Kuruluş aşamasında 1 doktor ve 1 sekreterden oluşan Hekimlik Uygulamaları Bürosu, iş ve işlem hacminin gitgide artması sonucu, bugün için 3 doktor, 1 avukat ve 1 sekreter ile hizmet vermektedir. İTO'na yapılan başvurular aşağıdaki aşamalarda değerlendirilmektedir.

2.10.1.a. Ön inceleme aşaması

Başvurular genellikle, İTO'na doğrudan yapılan başvurular, yazılı ihbar, resmi kurumlardan gelen başvurular, basın, televizyon ve internet yolu ile elde edilen bilgilerin değerlendirilmesi şeklinde olmaktadır. Başvurularda; dilekçenin 3071 sayılı *Dilekçe Hakkının Kullanılmasına Dair Kanun'un 4. maddesinde* belirtilen şartları taşımaması ve 6. maddesinde sözü edilen incelenemeyecek dilekçeler kapsamında bulunması durumunda yazılı ihbarlar nedeniyle işlem yapılmamaktadır. Bu kapsamda olmasına rağmen, olayda zaman, mekan, kişi ve belgelere yönelik olarak, soruşturma açılmasını gerekli kılacak, inandırıcı mahiyette iddialar taşıdığı anlaşılan isimsiz ve adresiz ihbar dilekçeler üzerine, *Başbakanlığın 21.12.1982 tarih ve 19-383-16423 (1982-112) (Personel ve Prensipler Genel Müdürlüğü 1993/2) sayılı genelgesinin 4.maddesi* dikkate alınarak işlem yapılabilir (51).

Hekimlik Uygulama Bürosu özellikle İstanbul'daki başvuruların sayısı ve kapsamı düşünüldüğünde çok önemli bir role sahip olup, ön inceleme ve sekreteryaya işlevi görmektedir. Dosyaların Hekimlik Uygulama Bürosu'nda ilk değerlendirmesi yapılır. Bu aşamada Genel Sekreter imzası ile ilgiliden açıklama talep edilir. Gerekli görülür ise, konu ile ilgili bilirkişilerden yazılı görüşü istenir. Dosya yapılan bu ön incelemeyi takiben Yönetim Kurulu'na sunulur. Yönetim kurulu inceleme sonrası dosyanın değerlendirilip değerlendirilmeyeceğine karar verir.

2.10.1.b. İnceleme aşaması

Soruşturmaya gerek bulunmadığına karar verilen dosyalarda başvuru yapan kişiye ve ilgili hekime bilgi verilir. İtiraz halinde tekrar değerlendirilir.

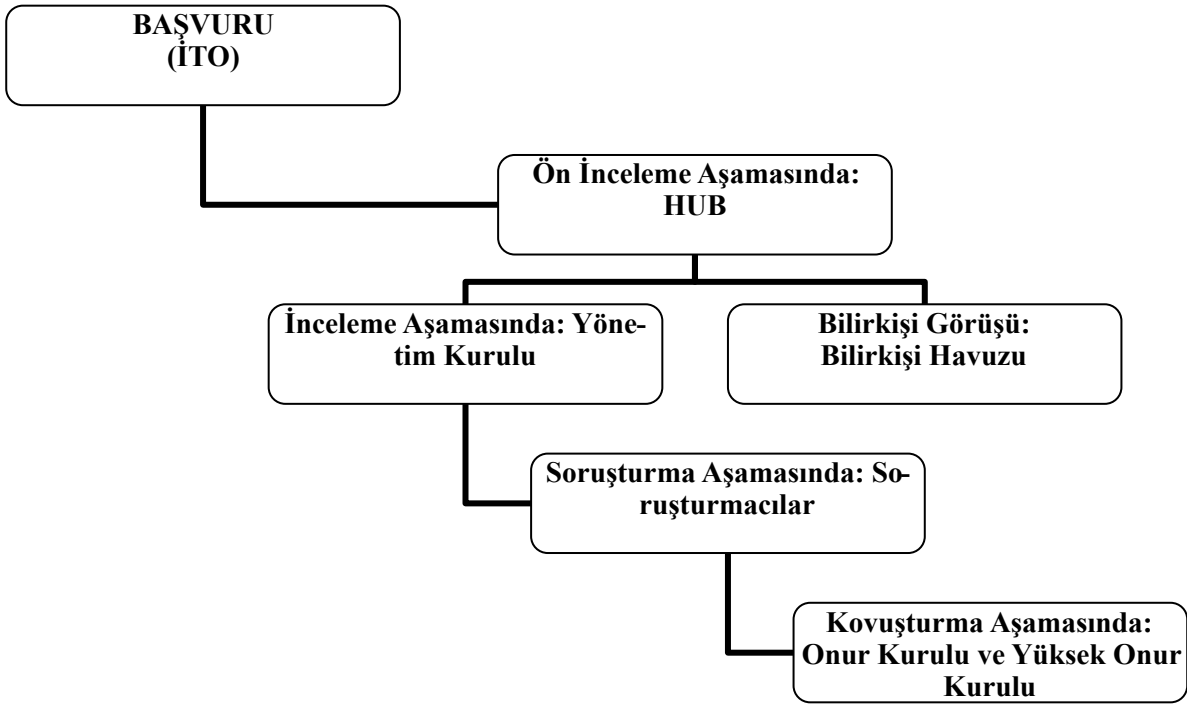
2.10.1.c. Soruşturma aşaması

Soruşturma yapılması kararı alındığında Yönetim Kurulu savunma ister ve soruşturmacı (soruşturmacı havuzundan) atanır. Savunmalar, bilgiler, bilirkişi görüşleri alınarak fezleke hazırlanır. Fezleke sonucunda Yönetim Kurulu dosyayı Onur Kurulu'na sevk eder ya da sevk edilmesine gerek bulunmuyor ise, başvuran kişiye ve ilgili hekime bilgi veya yanıt verilir. İtiraz halinde tekrar değerlendirilir.

2.10.1.d. Kovuşturma aşaması

Onur Kurulu dosyayı inceler; gerek duyulması halinde ilgili kişilerle görüşülerek savunmalarını alır veya bilgilerine başvurur. Konu ile ilgili bilirkişilerin yazılı görüşlerini alır. Kararını Yönetim Kurulu'na sunar. İlgili kişiler bilgilendirilir. İtiraz olması halinde veya alınan karar "meslekten men" şeklinde olur ise, dosya Yüksek Onur Kurulu'na sevk edilir. Yüksek Onur Kurulu tarafından onaylanarak kesinleşen dosyalarda alınan kararlar, ilgili kişilere ve kurumlara bildirilir (Grafik A).

Grafik A. Hekimlik Uygulamaları Bürosu İş Akışı Planı (Yorulmaz C, Doktora Tezi 2005)



İddiaları içeren tıbbi konulardaki başvuruların aydınlatılması için bilirkişiler; İstanbul Üniversitesi İstanbul ve Cerrahpaşa Tıp Fakülteleri ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi ile İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Merkezi'nde Profesör ve Doçent unvanı ile görev yapan öğretim üyeleri, Sağlık Bakanlığının eğitim hastanelerinde çalışan klinik şef ve şef yardımcıları, ayrıca, halen serbest hekimlik yapmakla birlikte uzmanlık alanındaki ileri düzey araştırma ve çalışmalarıyla tanınmış üye hekimler arasından seçilmektedir.

3. Gereç ve Yöntem

Araştırma, 2011-2015 yılları arasındaki 5 yıllık dönemde İTO HUB'a kabul edilen Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahiye (PREC) ilgilendiren dosyalar üzerinde geriye dönük olarak gerçekleştirildi.

5 yıllık dönemde, çalışmanın ana konusunu oluşturan, PREC uzmanlık alanını ilgilendiren tıbbi hata ve/veya ihmal iddiası bulunan olguların ayrıntılı değerlendirmesi yapılarak; olayın niteliği, yaş, cinsiyet, tanı, yapılan girişim, hakkında tıbbi uygulama iddiası bulunan hekimlerin çalıştığı birim, tıbbi belgelerin yeterliliği, seçilen bilirkişilerin olgu ile ilgili kararları, tespit edilen hatalar, dosyadaki bilgiler çerçevesinde olguların yıllara göre dağılımı, suçlanan sağlık profesyonellerinin mesleki deneyim süreleri, hata alanları, hatanın yapıldığı yer, ölümle sonuçlanma durumu, ölüm nedenleri, otopsi yapılıp yapılmadığı, hata sonucu gelişen belirgin sakatlık durumu, uygulanan girişim, iddialara zemin hazırlayan risk faktörleri, tanımlayıcı istatistikler ile birlikte tablo ve grafikler ile değerlendirildi.

3.1 Çalışmamızın Kısıtlılıkları

İTO' da yapılan retrospektif çalışma yalnızca arşiv üzerinden yürütülebilmiştir.

3.2 İstatistiksel İncelemeler

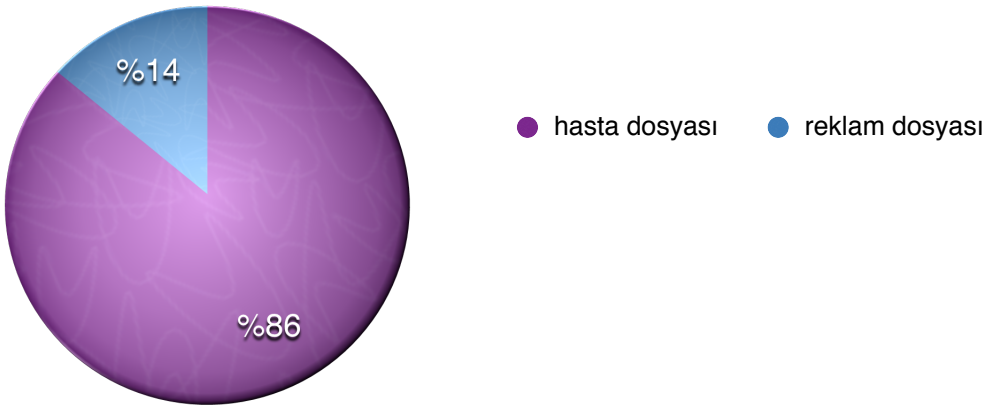
İstatistiksel değerlendirmeler Marmara Üniversitesi İstatistik Anabilim Dalı'nda yapıldı. İstatistiksel analiz, GraphPad Prism yazılımı (GraphPad Software Inc., CA, ABD) kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı veriler ortalama \pm standart sapma (SD), medyan (min-max) veya sayı ve sıklıkta ifade edildi. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare test ve Fisher's Exact test kullanıldı. $P < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

,

4. Bulgular

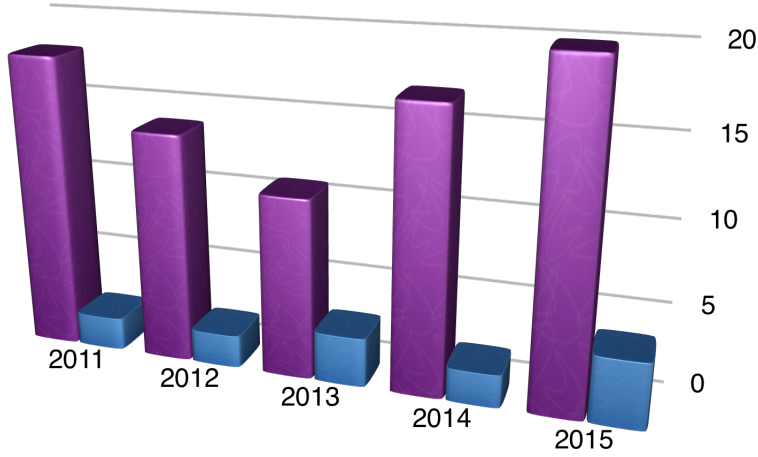
01.01.2011 ile 31.12.2015 tarihleri arasında İTO'ya PREC'i ilgilendiren 93 başvuru olduğu belirlendi. 3 dosyanın kurumlar ile ilgili olduğu kalan 90 dosyanın ise hekimler ile ilgili şikayetler olduğu saptandı. Dosyalardan 80' inin tıbbi ihmal iddiası olduğu, 13' ünün ise reklam nedeniyle yapılan şikayetler olduğu görüldü (Grafik I).

Grafik I. İTO'ya başvuran hekimlik uygulamaları ile ilgili olguların dağılımı.



13 reklam dosyasından 2'sinde hastanenin usulsüz reklam yaptığı 11'inde ise hekimin tanıtım ve bilgilendirme kurallarına aykırı davranarak bilgilendirme amaçlı olmayıp, reklam amaçlı faaliyetleri yüzünden ihbar edildiği saptandı. 5 yıllık süre içerisinde reklam dosyalarındaki ihbar oranlarında yıllara göre artış olduğu görüldü (Grafik II).

Grafik II. Tıbbi hata ve/veya ihmali iddiası bulunan olgular ile reklam dosyalarının yıllara göre dağılımı



Usulsüz reklam yapmak nedeniyle (n:13) yapılan şikayetlerin 5'inin Türk Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği (TPRECD) tarafından, 3'ünün bireysel başvuru olduğu, 1'inin İl Sağlık Müdürlüğü, 1'inin Sanayi ve Ticaret Bakanlığı tarafından tespit edilerek ihbarda bulunduğu görüldü. 3'ünün ise bizzat İstanbul Tabip Odası tarafından internet üzerinden belirlenerek işleme alındığı izlendi.

Tıbbi ihmali ve veya özensizlik nedeniyle yapılan şikayetlerde başvuru yapılan makamların ise Sağlık Bakanlığı (İl/İlçe Sağlık Müdürlüğü, Sabim ve Bimer), TTB (İTO) olduğu belirlendi (Tablo I). 26 (%32) olgunun doğrudan İTO'ya başvurusunun yapıldığı görüldü. 54 (%68) olgunun ise sağlık bakanlığına bağlı iletişim kanalları ile olduğu tespit edildi. İl/ilçe sağlık müdürlüğüne yapılan başvuruların 19'unun ise buradaki inceleme sürecinin sonucunda İTO'ya ihbarda bulunduğu görüldü. Aynı şekilde Sabim (n:19), doğrudan Sağlık Bakanlığı (n:5) ve Bimer (n:9)'den şikayetler değerlendirildikten sonra İTO'ya ihbarda bulunduğu tespit edildi. TTB'ye başvurusu yapılan bir olguda ise şikayet edilen hekimin İstanbul'da çalışması üzerine İTO'ya havale edildiği görüldü.

Tablo I. Tıbbi uygulama hatası iddiası dosyalarında başvuru yapılan makamların yıllara göre dağılımı

Yıl	2011	2012	2013	2014	2015	Toplam
İTO	6	5	5	5	5	26
İl/İlçe Sağlık Müdürlüğü	4	3	4	5	4	20
Sabim	3	4		4	8	19
Bimer	1	2	2	2	2	9
Sağlık Bakanlığı	3			1	1	5
TTB	1					1
Toplam	18	14	11	17	20	80

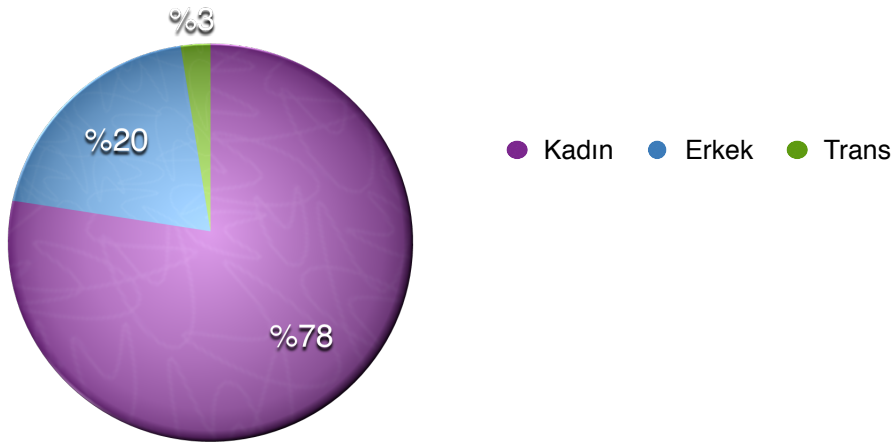
Tıbbi ihmal/özensizlik şikayetlerinin (n:80) 61' inin hastanın bizzat kendisi tarafından yapıldığı, geri kalanların ise avukat, hasta yakını, başhekim ve il sağlık müdürlüğü tarafından gerekli mercilere iletildiği izlendi (Tablo II).

Tablo II. Tıbbi uygulama hatası iddiası dosyalarında başvuruyu yapan kişi/kuruluşların yıllara göre dağılımı

Yıl	2011	2012	2013	2014	2015	Toplam
Hastanın Kendisi	14	9	10	12	16	61
Avukat	2	4	1	3	3	13
Hasta Yakını	2				1	3
Başhekim		1				1
İl Sağlık Müdürlüğü				2		2
Toplam	18	14	11	17	20	80

5 yıllık dönemde tıbbi ihmal/özensizlik şikayetinde bulunan hastaların %78 oranında kadın hastaların (n:62) daha çok şikayette buldukları görüldü (Grafik III). Yaş ortalamasının 37 olduğu tespit edildi.

Grafik III. Hastaların cinsiyetine göre şikayetlerin dağılımı.



Şikayet konularının genel olarak, sonuçtan memnun olmama, komplikasyon gelişmesi, ilgisizlik-özensizlik ve izinsiz işlem yapılması olduğu tespit edildi (Tablo III). Ancak konular arasında cinsiyetlere göre dağılım yapıldığında anlamlı bir fark bulunamadı ($p > 0.05$, Ki-kare test). Toplam dosyalara oranlandığında sonuçtan memnun olmama ve komplikasyon oranlarının kadınlarda birbirine yakın olduğu ancak erkeklere kıyasla daha fazla komplikasyon gelişiminden muzdarip oldukları görülmektedir. Erkek hasta sayısının az olması nedeniyle veriler iki ile çarpıldığında ancak anlamlı istatistiksel bir fark ortaya çıkabilmektedir ($p = 0.05$, Ki-kare test).

17 erkek hastanın 8'inin estetik ameliyat geçirdiği, 9'unun ise PREC'yi ilgilendiren diğer ameliyatlarda (tendon kesisi, mandibula kırığı, yabancı cisim çıkarılması, doku defekti onarımı, vb.) geçirdiği görüldü. Kadın hastalardan sadece 2'sinin diğer ameliyatlardan geçirdiği, 59 hastanın ise estetik ameliyat olduğu görüldü. Estetik ameliyat olan kadın hastalardan 34'ünün (%57,6), erkek hastalardan ise 4'ünün (%50) kombine ameliyatlarda olduğu görüldü.

Tablo III. Cinsiyete göre şikayet sebeplerinin analizi.

	Sonuçtan memnun olmama	Komplikasyon gelişmesi	Özensizlik- ilgisizlik	İzinsiz işlem	Toplam	<i>p değeri</i>
Kadın	28 (%45,9)	30 (%49,1)	2	1	61	$p > 0.05$
Erkek	8 (%47)	5 (%29,4)	2	2	17	$p = 0.05$
Transeksüel		1		1	2	
Toplam	36 (%45)	36 (%45)	4	5	80	

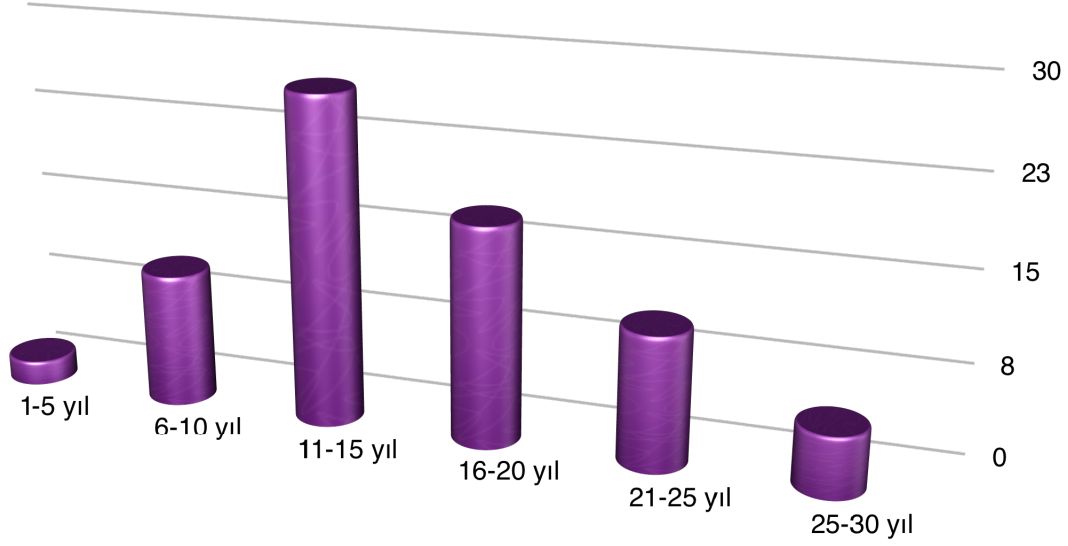
Dosyalar incelendiğinde sıklık sırasına göre sıralandığında en fazla şikayette bulunulan ameliyatın meme küçültme, meme dikleştirme ve meme protezi olgularından oluşan meme ameliyatları olduğu (n:18), sonrasında sırasıyla septorinoplasti/rinoplasti (n:15), abdominoplasti (n:12), blefaroplasti (n:12), liposakşın (n:10), doku eksikliği ya da travmaya sekonder doku onarımları (n: 10), lazer/epilasyon (n:8), botox/dolgu (n:7), kalça/bacak protezi (n:4), otoplasti (n:4), yüz germe (n:4), ve diğer (n:5) olduğu tespit edildi. Ayrıca 19 hastanın birden fazla ameliyat bölgesinden ameliyat oldukları görüldü.

5 yıllık süre içerisinde 80 dosyada 74' inde uzman hekimlerin (1 akademisyen) dahil olduğu şikayetler mevcut iken, 1 dosyada uzmanlık öğrencisinin şikayet edildiği, diğer dosyalarda ise hastane/kliniklerin işleyişinden dolayı (hizmet kusurunun) şikayet edildiği tespit edildi.

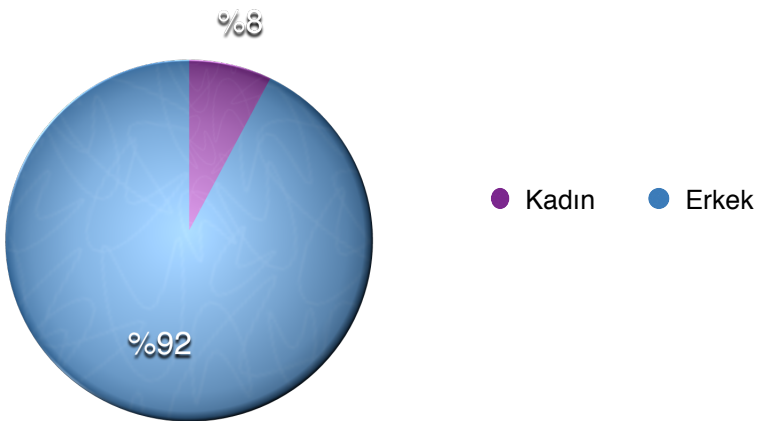
Uzmanlık yıllarına göre şikayet edilen hekimlerin uzmanlık yıllarına bakıldığında uzmanlıkta ilk 15 yıl içinde kıdem arttıkça yükselen şikayet oranı görülmekte iken 15 yıldan sonraki uzmanlık yıllarında şikayetlerin azaldığı görülmektedir (Grafik IV).

Dosyalar incelendiğinde hastalarda sonuçtan memnun olmama, yara yeri enfeksiyonu ya da izlerin belirgin olması gibi minör komplikasyonlar ile akciğer embolisi ve ölüm gibi major komplikasyonların ana şikayet sebepleri olduğu gözlenirken hekimi çeşitli araçlar vasıtasıyla şikayet etmeye yönelten ya da bu isteği tetikleyen başka etmenler olduğu görüldü. Bunlardan sıklıkla görülenleri mükerrer ameliyat (revizyon ameliyatı) gereksinimi (n:4), pansuman ihtiyacı nedeniyle hastaların iş gücü ve maddi kayıp yaşaması (n:9), revizyon ameliyatlarının ücretli olması (n:6) ya da beğenilmeyen ameliyatın ücretinin geri ödenmesinin istenmesi ve ödenmemesi (n:8), hasta hekim arasındaki iletişim bozuklukları (n: 11) ile diğer hekimin aksi görüş bildirmesi (n:12) ve hastanın çevresinin ameliyatı beğenmeyip kişiyi etkilemesi (n: 2) olarak sayılabilir.

Grafik IV. Hekimlerin uzmanlık yıllarına göre aldığı şikayet oranları.

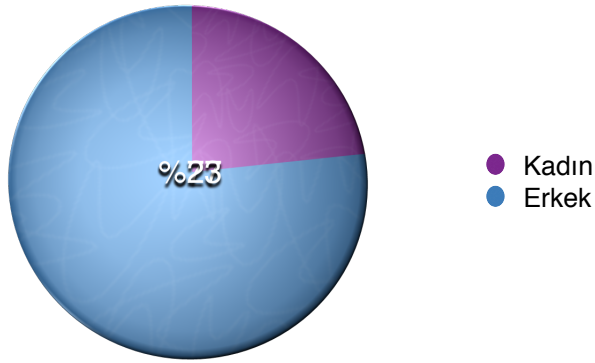


Grafik V. Tıbbi uygulama hatası dosyalarında hekimlerin cinsiyete göre dağılımı.



5 yıllık süre içinde 80 tıbbi uygulama hatası iddiası olgusundan 72' sinin (%90) erkek hekim olduğu, 6' sının (%8) kadın hekim olduğu, 2 dosyada ise kurumun işleyişinden dolayı hastanenin şikayet edildiği görüldü (Grafik V). Reklam dosyalarında 13 dosyadan 10' unun (%77) erkek hekimler hakkında olduğu, 3' ünün (%23) kadın hekimler hakkında olduğu tespit edildi (Grafik VI).

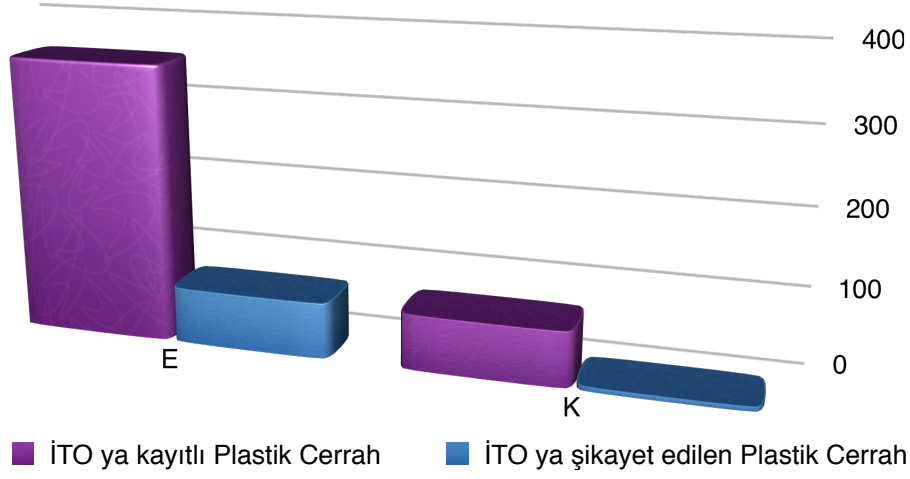
Grafik VI. Reklam dosyalarında cinsiyete göre dağılımı.



İTO' ya kayıtlı toplam 428 Plastik Cerrah bulunduğu, bu hekimlerden 356' sının (%83,5) erkek, 72' sinin (%16,6) kadın olduğu tespit edildi. 5 yıl içerisinde incelenen dosyalara bakıldığında tıbbi uygulama hatası iddiasında bulunulan 80 dosyadan 72' sinin erkek (%90) ve 6' sının kadın (%8) Plastik Cerrah olduğu tespit edildi (Grafik VII). Diğer bir deyişle erkeklerde 72/356 (%20.2), kadınlarda 6/72 (%8.3) şikayet edilme oranı bulundu. Bu oranın erkeklerde anlamlı olarak yüksek çıktığı ($p < 0.05$, Ki-kare test) tespit edildi (Tablo IV).

Plastik Cerrahiye ilgilendiren tıbbi uyg. hatası iddialarının değ.

Grafik VII. İTO'ya kayıtlı Plastik Cerrahlar ile şikayet edilen Plastik Cerrahların kıyaslanması.

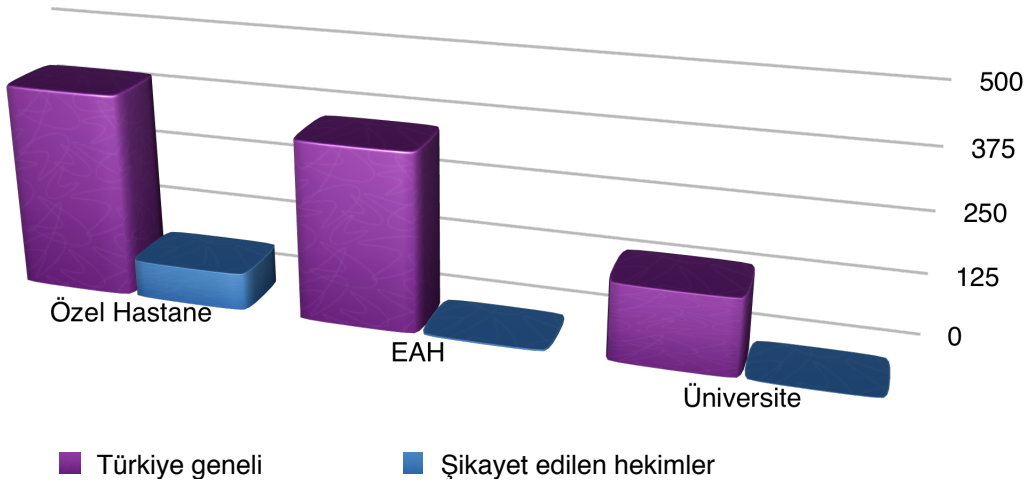


Tablo IV. Hekimlerin cinsiyete göre şikayet edilme analizi.

	Şikayet edilen Plastik Cerrah	İTO'ya kayıtlı Plastik Cerrah		<i>p değeri</i>
Erkek	72	356	(%20.2)	$p < 0.05$
Kadın	6	72	(%8.3)	
Toplam	80	428	(%18.7)	

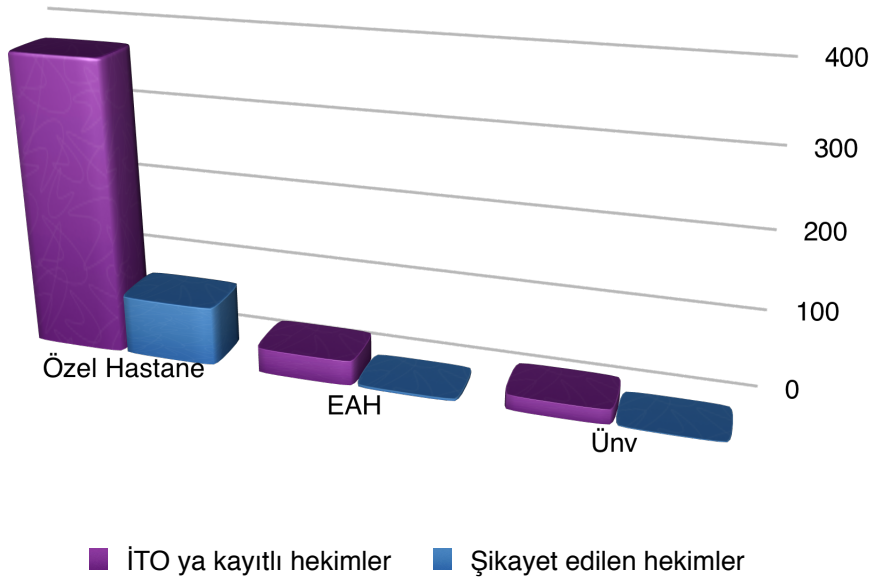
Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye’de kayıtlı 936 uzman Plastik Cerrahtan 416’ sının Özel hastane/ klinikte çalıştığı, 364’ ünün Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde çalıştığı, 156 sının ise Üniversite Hastanelerinde çalıştığı belirlendi. 5 yıllık dönemde, tıbbi hata ve/veya ihmal şikayetine bulunulan hekimlerin çalıştıkları sağlık birimlerinin dağılımı değerlendirildiğinde; 76’sının özel hastanede (%95), 3’ünün Sağlık Bakanlığına bağlı Eğitim Araştırma Hastanesinde (EAH), 1’inin ise Üniversite Hastanesinde olduğu görüldü (Grafik VIII). EAH’ de şikayete konu olan hekimlerden birinin 3 yıllık uzmanlık öğrencisi olduğu, 1’inin uzman hekim diğerinin ise kişi değil klinikle ilgili genel şikayet şeklinde olduğu tespit edildi.

Grafik VIII: Tıbbi uygulama hatası iddiasında bulunulan hekimlerin Türkiye genelindeki sayısına oranları.



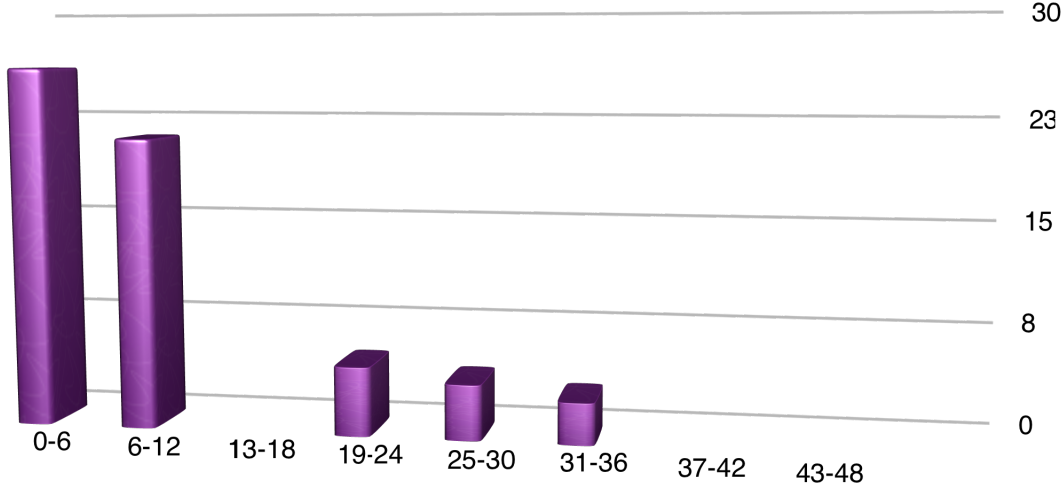
İTO ya kayıtlı toplam 428 hekimden 377’ sinin özel hastane/muayenehane, 32’ sinin EAH, 19 unun ise Üniversite hastanesinde çalıştığı tespit edildi (Grafik IX). İTO verileri ile çalışmada elde edilen bulgular kıyaslandığında Özel hastane/klinikte çalışan hekimler %20.1 (76/377) oranında, EAH’de çalışan hekimlerin %9.3 (3/32) oranında ve Üniversite Hastanesinde çalışan hekimlerin %5.2 (1/19) oranında şikayet edildiği görüldü.

Grafik IX: Tıbbi uygulama hatası iddiasında bulunulan hekimlerin İTO'ya kayıtlı Plastik Cerrah sayısına oranları.



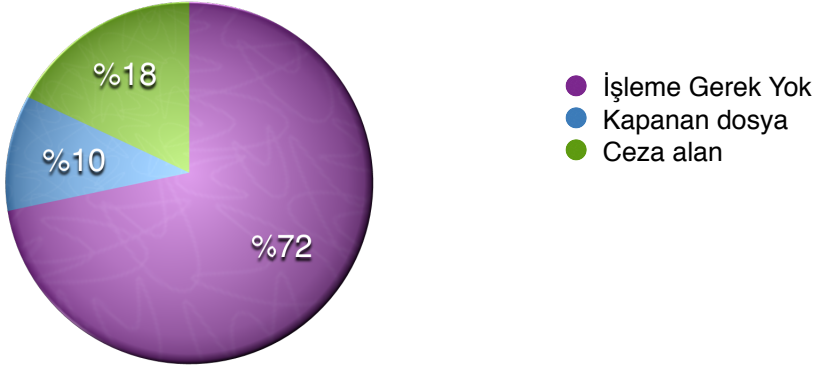
İTO'ya başvurusu yapılan olguların dosya açılış tarihleri ile dosyanın sonuçlanma süresi arasında geçen süreler 6'şar aylık zaman dilimlerine ayrılarak incelendi. Sonuca bağlanan 67 olgunun önemli bir bölümünün (n: 47) ilk 12 ayda tamamlandığı belirlendi. Ancak bazı olguların (n:14) sonuçlanma sürelerinin çok uzadığı görüldü (Grafik X). Ortalama dosya kapanma süresinin 11.1 ay olduğu belirlendi. Sonuçlanmayan 13 dosyanın 8'inin bilirkişiye gönderilmiş olduğu ve cevap beklendiği görüldü. Diğer 5'inin ise son bir yılda yapılan başvurular olduğu ve İTO'da değerlendirme sürecinde olduğu görüldü.

Grafik X: Dosyaların karara bağlama sürecinde geçen sürelerin dağılımı.



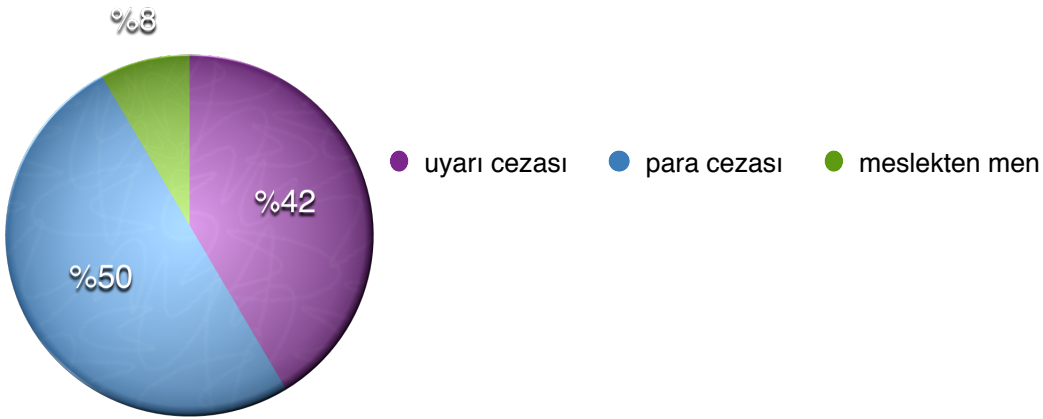
5 yıllık sürede tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan 80 dosyadan sonuca ulaşan 67 dosyanın 48'inin işleme gerek olmadığı yani tıbbi uygulama hatası yönünde bir bulgu saptanmadığı yönünde karar verilmiştir. 13 dosyanın halen incelemede olduğu ve 7 dosyanın kapatıldığı görüldü. Kapanan 7 dosyanın 1'inde hekimin hastası ile revizyon ameliyatı için anlaşığı, 5 dosyanın hekim vefatı nedeniyle kapandığı, 1 dosyanın ise hekime ulaşamadığı için kapatıldığı görüldü. Kalan 12 dosyaya (%18) ise ceza verildiği saptandı (Grafik XI). Ceza alan dosyaların karara bağlama süreçlerine bakıldığında 7 dosyada bu sürenin 2-4 yıl arası olduğu görüldü. 5 dosyada ise ilk 1 yıl içerisinde tamamlandığı görüldü.

Grafik XI. Tıbbi uygulama hatası iddiası olgularının sonuçları.



Ceza alan olgular incelendiğinde 5 hekime uyarı cezası, 6 hekime para cezası, 1 hekime ise meslekten geçici men cezası verilmiş (Grafik XII).

Grafik XII. Tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan dosyalarda ceza alan dosyaların dağılımı.



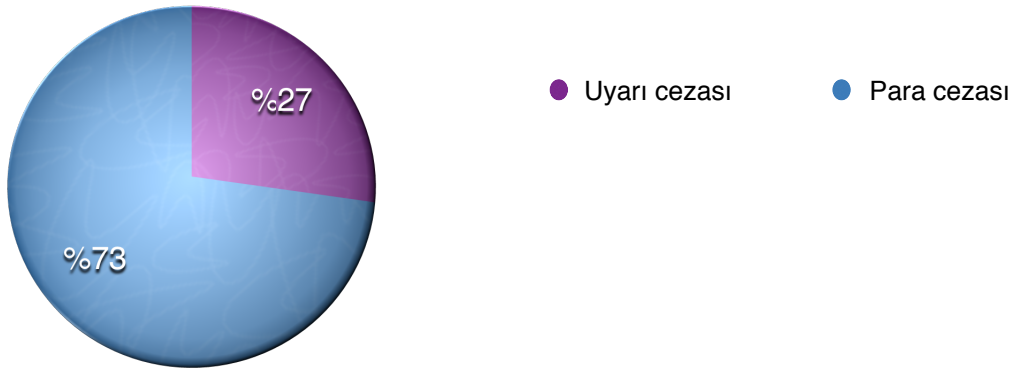
Ceza alan olguların hekimlerin cinsiyetine göre dağılımına bakıldığında 12 dosyadan 12 sinde de erkek hekimlerin olduğu, kadın hekimlerin ise hiç ceza almadığı görüldü (Tablo V).

Tablo V. Ceza alan dosyaların cinsiyete göre dağılımı

	Erkek	Kadın	Toplam
Uyarı cezası	5		5
Para cezası	6		6
Meslekten men	1		1
Toplam	12		12

5 yıllık süre içinde 13 reklam dosyasının hepsinin karara bağlandığı ve 11 dosyaya (%84,6) ceza verildiği saptandı. 11 dosyadan 8 dosyaya para cezası, 3 dosyaya ise uyarı cezası verildiği, 2 dosyada cezaya gerek olmadığına karar verildiği izlendi (Grafik XIII).

Grafik XIII. Reklam dosyalarında ceza alan dosyaların dağılımı.



5 yıllık süre içinde hekim vefatı veya hekime ulaşamaması nedeniyle kapatılan 7 dosya ve değerlendirme aşamasındaki 13 dosya haricindeki 60 olgunun 51' i bilirkişi görüşü olmaksızın İTO tarafından değerlendirilerek 38 olgu hakkında işleme gerek olmadığı, İTO tarafından uyarı ve/veya para cezası verilen 8 olgunun hiçbirinde tıbbi uygulama hatası nedeniyle ceza verilmemiş olduğu usul yönünden veya onam formu olmadığından ceza verilmiş olduğu, 5' in ise değerlendirme sürecinde olduğu tespit edildi. 22 olgu için bilirkişi görüşü istenmiş olup 10' unda işleme gerek olmadığı, 4' ünde ceza verilmiş olduğu, bunların 3' ünde onam formu olmadığı, dosya eksik olduğu ve/veya usul yönünden ceza verilmiş, sadece 1 dosyada tıbbi uygulama hatası olduğu kanaatine varılmış ve geçici meslekten men cezası verilmiş olduğu, 8 olguda ise bilirkişiden görüş beklendiği görüldü. Toplam 12 dosyanın 11' inde özen eksikliği, onam (n:5) ve dosya eksikliği veya usul yönünden hekim hatalı bulunmuş sadece 1 dosyada tıbbi uygulama hatası olduğuna karar verilerek ceza verilmiş. Verilen cezaların uyarı cezası, para cezası ve geçici meslekten men cezası olduğu tespit edildi (Tablo VI).

Tablo VI. Dosyaların sonuçlanmasına etki eden merciiler

	İşleme Gerek Yok	Tıbbi uygulama hatası	İncelemede	Toplam
Bilirkişi	10	4	8	22
İTO Yönetim kurulu Onur kurulu	38	2 6	5	51
Toplam	48	12	13	73

İTO' nun bilirkişilerin görüşüne göre karar verme oranlarına bakıldığında sonuçlanan 14 dosyanın 13' ünde bilirkişi ile aynı görüş paylaşılarak karar verilmiş olduğu, sadece 1 dosyada iki farklı bilirkişi ve iki farklı görüş olduğu ve İTO' nun da hekim lehine olan karara uyduğu izlenmiştir. Bilirkişiye giden dosyaların 7' sinde karar, onur kurulundan çıkarken 7 dosyada bilirkişi görüşü alınması sonrası karar yönetim kurulundan çıkmıştır. Yönetim kurulundan çıkan kararların hepsi 'işleme gerek yok' yönünde iken onur kurulundan çıkan kararların 4' ünde ceza verildiği tespit edilmiştir.

5. Tartışma

Türkiye’de tıbbi uygulama hatası konusu disiplin suçu kapsamında ilçelerde İlçe Disiplin Kurulları, illerde İl Disiplin Kurulu, etik boyutuyla mesleki denetleme kurumu olarak Tabip Odaları Onur Kurulları ve Türk Tabipleri Birliği Yüksek Onur Kurulu’nda ele alınmaktadır. Hukuk alanında ise ceza ve tazminat yönünden yapılacak değerlendirmede, büyük oranda Adalet Bakanlığı içinde Adli Tıp Kurumu bilirkişiliği ile mahkemeler tarafından karara bağlanmaktadır. Tabip odasına yapılan başvurularda ön incelenme aşamasından sonra belirli basamaklarda (inceleme, soruşturma ve kovuşturma) bilirkişi görüşü gerekebilir. Karara bağlama hem yönetim kurulu, hem onur kurulu hem de yüksek onur kurulu aşamalarında olabilir. Bu kararlar cezalandırmadan öte tıbbi uygulamaların niteliğini denetleme ve bu niteliğin geliştirilmesine yönelik bir iç denetim mekanizmasıdır (1).

Çalışmaya dahil edilen 5 yıllık süre içerisinde Plastik Cerrahlar ile ilgili yapılmış 80 başvuruda, yıllara göre dağılımına bakıldığında 2011’den 2013’e kadar olan düşüş sonrasında yerini yaklaşık iki katı kadar olan bir artışa bırakmıştır. Bunun nedeninin, 01.07.2012 tarihinde yürürlüğe giren 6098 sayılı Türk Borçlar Kanununun (TBK) 470 ve devamı maddeleri arasında yer alan hükümlerle düzenlenmiş olan Eser sözleşmesinin katkısı olabileceğini düşündürse de yeni TBK’nın yürürlüğe girdiği tarihten önceki yargıtay kararları da Estetik Cerrahi işlemleri Eser Sözleşmesi olarak değerlendirmekteydi (61). Bu nedenle burada daha başka etkenler olduğunu düşündürmektedir.

Bu çalışmada kişilerin tıbbi uygulama hatası iddiasında buldukları durum, bu duruma sebep olan ya da tetikleyen etkenler araştırılmış ve sebep olan etkenleri azaltmak için hekimlerin alması gereken önlemler tartışılmıştır.

2011-2015 yılları arasında Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik cerrahi alanında hekimler aleyhine yapılan 80 tıbbi ihmal iddiası, 13 usulsüz reklam dosyasının olduğu görüldü. Yorulmaz C tarafından yine İTO’ya gelen tıbbi uygulama hatası iddiaları üzerinden yapılan 1999-2003 yıllarını kapsayan çalışmada bu sayının 7 olduğunu görmekteyiz (1). 10 yıl içerisinde bu sayının 10 kattan fazla artışı düşündürücüdür. Burada birkaç etkenden bahsedebiliriz. İlki belki de en etkili sağlık politikaları yüzünden hekimlerin hedef gösterilmesidir. Her geçen gün hekimler hem sözlü hem

fiziksel şiddete maruz kalmakta, her yapılan işlem hasta tarafından şüphe ile yaklaşmakta ve ortaya çıkan olumsuz sonuçlarda mutlaka hekim hatası olduğu kanaati ile hareket edilmektedir. Tıbbi uygulama hatası iddiası şikayetlerinin İTO'ya ulaşma şekline bakıldığında %32'sinin İTO'ya direkt başvuru, %66'sının ise sağlık bakanlığına bağlı iletişim kanalları ile olması (Tablo 1) savı ispatlar niteliktedir.

Hastaların büyük çoğunluğunun (%76) İTO'ya kendisinin bizzat dilekçe ile ya da Sağlık bakanlığı iletişim vasıtalarıyla (SABİM, BİMER, CİMER) ulaştığını, sadece %16'sının avukatı aracılığıyla şikayette bulunduğunu görülmektedir. Bu da, mekanizmanın adli mercilerden farklı olarak daha kolay olduğunu belki de maliyetinin düşük olması ya da olmaması nedeniyle olduğunu düşündürmektedir (Tablo 1-2).

Tıbbi uygulama hatası iddiası nedeniyle şikayette bulunan hastaların %78 gibi büyük bir çoğunluğunun kadın hastalardan oluştuğu, %20'sinin erkek, %3'nün de transseksüel hastalar olduğu görülmektedir (Grafik III). Literatürde de kadınların estetik ameliyat ve girişimlere talebinin erkeklerden daha fazla olduğu görülmektedir. Prendergast ve ark tarafından yapılan cinsiyet ve ırk farklılıkları üzerine yapılan ve estetik ameliyat olan 71,775 hastanın dahil edildiği çalışmada bu oranın %90 ile kadın hasta lehine olduğu, etnisite açısından da %65 ile beyaz ırkın daha fazla estetik ameliyat olduğu görülmüştür (62, 63). Bu çalışmada sadece İTO'daki veriler üzerine yapılmış olması nedeniyle toplam hasta sayısının az olması, kadın/erkek oranının daha az olmasını açıklayabilir.

Şikayette bulunan kadın hastaların yaklaşık %46'sının (n:28) sonuçtan memnun olmadığı, %49'unun (n:30) gelişen komplikasyonlar nedeniyle şikayette bulunduğu, erkek hastalarda ise %47'sinin (n:8) sonuçtan memnun olmaması nedeniyle, %29'unun (n:5) ise komplikasyon gelişmesi ve bunun getirdiği olumsuzluklar nedeniyle şikayette bulunduğu tespit edildi (Tablo III). Kadınlarda herhangi bir komplikasyon gelişmeksizin memnun olmama ile komplikasyon nedeniyle hastanın yaşadıkları yüzünden şikayet etme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0.05$). Erkeklerde ise bu oranın memnuniyetsizlik lehine fazla olduğu görülse de sayının az olması nedeniyle istatistiksel bir sonuç çıkarılamamıştır. Ancak sayı 2 ile çarpıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunabilmektedir ($p = 0.05$). Bu da anlamlı bir sonuç olup olmadığını anlamak için daha fazla erkek hasta sayısına ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada kadınların daha fazla

komplikasyon gelişimine yatkın oldukları görülmektedir. Bu da kadınların daha fazla (%57,6) birden fazla anatomik bölgenin ameliyat edilmesi nedeniyle komplikasyon gelişiminin de doğru orantılı olarak fazla olmasıyla açıklanabilir. Yine burada kombine ameliyat oranının %50 (4/8) olması kadınlar ile benzer bir oranda görülse de erkek hastalardaki sayı azlığı nedeniyle anlamlı değildir.

Tıbbi uygulama hatası iddialarının motivasyonu

Her ameliyat sonrası komplikasyon görülme olasılığı vardır, görülebilir. Ancak her komplikasyon gelişen hasta hekimini şikayet etmemektedir. Şikayet etmeyi tetikleyen etkenler açısından dosyalardaki hem hastaların hem de hekimlerin ifadeleri incelendiğinde başka hekimin aksi görüş bildirmesi (n:12), iletişim bozukluğu (n:11), pansuman ihtiyacı nedeniyle hastaların zaman ve iş gücü kaybı yaşadıklarını ifade etmeleri (n:9) ile beğenilmeyen ameliyat ücretlerinin geri ödenmesinin istenmesi (n:8) ve revizyon ameliyatının ücretli olması (n:6) çoğunluğu oluşturmaktadır.

Revizyon ameliyat ihtiyacının olması (n:4) ve hastanın arkadaşlarının beğenmemesi de şikayet için etken olabilmektedir (n:2). Burada tanımlanan 52 hastadan şikayetleri azaltmak için hastalara revizyon ameliyatları olabileceği, pansuman için kontrole gelmesi gerekebileceği ameliyat öncesi detaylı olarak anlatıldığında %25 oranında şikayetler azaltılmış olacaktır. Hastalar ile iletişimi artırarak daha sık kontrole çağırarak, hastaları dinlemeye daha uzun zaman ayırarak, onların isteklerinin ne olduğunu anlayarak ve yapılacak işlem hakkında daha fazla bilgi vererek hem iletişim bozukluğu aşılabılır hem de hastanın bir komplikasyon ya da beğenmeme durumunda başka hekime yönelmesi ya da çevresinden gelen olumsuz görüşlerden etkilenmemesi sağlanabilir. Böylelikle şikayetlerin %48'i önlenmiş olur. Belki de beğenmeme durumunda ücretin geri ödenmesinin istenmesi bile önlenmiş olabilir. Çünkü hasta hekiminin kendisi için elinden geleni yaptığına ikna olabilir. Revizyon ameliyatlarında ücret alınmaması ise bir diğer çözüm olabilir. Çalışılan özel hastane ile revizyon gerektiğinde ücretin hastane ve hekimin yarı yarıya paylaşması konusunda bir anlaşmaya varılması önemli bir çözüm noktasıdır. Belki de her hastaya revizyon ücreti gerekebileceği varsayılarak, buna göre bir ücret belirlenmesi tercih edilebilir. Hastaya da ameliyat ücretinin içerisinde olduğu revizyon ameliyatı ücretinin de dahil edildiğinin söylenmesi hastada bir güven oluşturabilir. Ancak bu pratik önerilerin sonucunu gösteren literatür bulunmamaktadır.

Ameliyat bölgesinin şikayetler üzerindeki etkisi

Ameliyat bölgesinin şikayetler üzerindeki etkisi literatür ile benzer özellikler taşımaktadır (64-66). Dünyada, meme ameliyatları sonrası tıbbi uygulama hatası iddialarının ve medikolegal dava oranlarının yüksek olduğu, sonra karın veya vücut şekilendirme daha sonra da burun ameliyatlarının geldiği görülürken; bizdeki sıralama meme, burun ve karın ameliyatları şeklinde olmaktadır. Burun ameliyatlarının sıralamadaki değişimi ülkemizde estetik burun ameliyatlarının daha fazla yapılması olarak açıklanabilir. Irksal özelliklerimiz nedeniyle daha fazla rinoplasti talebi olmaktadır.

Erkek hastaların yarısının estetik ameliyat olduğu diğer yarısının Plastik cerrahiye ilgilendiren diğer ameliyatlar geçirdiği görülürken kadın hastalardan sadece 2 hastanın diğer ameliyatlardan geçirdiği, 59 hastanın ise estetik ameliyat olduğu görülmesi ülkemizde estetik ameliyatların kadın hastalar arasında daha popüler olduğu söylenebilir (67, 68).

Hekim deneyimi ve şikayet ilişkisi

Hekimlerin uzmanlık yılları 5 yıllık aralıklara bölündüğünde 11-15 yıl arası hekimlerin daha fazla şikayete maruz kaldıkları görülmektedir (Grafik IV) (62). Uzmanlık yılı artmaya devam ettikçe bu oranın azaldığı görülmektedir. İlk 5 yılında hekim, deneyimini ve hasta sayısını arttırmaya çalışmaktadır. Ameliyat yapma ve öğrenme eğrisinin artmasıyla şikayet edilme oranları da artmakta, 16. yıldan itibaren düşmektedir. Genel olarak 30 yaşında uzman olduğu varsayılırsa 40-45 yaş hekimin kendine güveninin zirve yaptığı ve mesleki olarak aktif olduğu yılları temsil etmektedir. Sonrasında ise düşüşün olması da teknik olarak yeterli seviye ulaşılma, hastalarla iletişimin artırılması, insanları tanımaya başlayarak hangi hastaya nasıl davranılacağına anlaşılması olarak yorumlanabilir. Sonraki yıllarda ise büyük ameliyatlardan daha non-invaziv ameliyatlara geçiş, komplikasyon gelişiminin önceden tahmin edilmesi ve erken müdahale ile yaşla birlikte iş temposunun düşürülmesi olarak yorumlanabilir (69, 70).

Hekim cinsiyeti ve şikayet ilişkisi

Hekimlerin tıbbi uygulama hatası iddiası yönünden cinsiyetlerine göre dağılımları yapıldığında 80 dosyadan 72' sinin yani %90' ının erkek hekimleri hedef aldığı, sadece 6' sının (%8) kadın hekimleri ilgilendirdiği görüldü. Kadın erkek oranının İTO' ya kayıtlı hekimlerin sayısı ile karşılaştırıldığında kadın hekimlerin sayısının 72/356 gibi bir sayı ile erkeklere kıyasla az olduğu ancak şikayet edilmeyi toplam sayı ile kıyaslandığında erkeklerde anlamlı olarak yüksek çıktığı yani erkek plastik cerrahların kadın plastik cerrahlara oranla daha fazla şikayet edildiği görüldü (Grafik VII, Tablo IV). En sık rastlanan şikayet nedenlerinden birisi yetersiz iletişimdir. 2002 yılında Surgery dergisinde yayınlanan bir araştırmada hekimlerin ses tonlarının ihmal iddialarının ortaya çıkmasında önemli olduğu gösterilmiştir. Ses tonları daha sıcak ve flu olan ve de ses tonlarından endişeli oldukları sezilen hekimlerin haklarında ihmal iddiası oranı %50 daha azdır. Sesleri gür, baskın olanlarda ise oran %2.74 daha fazladır. Bu çarpıcı bulgunun sadece ses tonunun dominantlığı ile ilgili olduğu düşünülmemektedir (4, 31). Hekimlerin cinsiyeti tıbbi uygulama hatası sonucunu doğuran bir parametre değildir. Ayrıca erkek hekimlerin daha az bilgili ya da yetenekli olduğu da söylenebilir. Ancak olumlu hasta hekim ilişkisi, iddiaların ve istenmeyen sonuçların oranını azaltmaktadır. Amerika'da yapılan iki ayrı çalışmada, eğitimle ilgili çabaların, sertifika programlarının, iddiaları azalttığı belirlenirken, hekimin erkek olmasının iddialar açısından bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (71-73). Sonuç olarak kadın hekimlerin iletişim becerileri konusunda daha başarılı oldukları söylenebilir.

Bu oranın reklam dosyalarında bir miktar farklılık gösterdiği görüldü. 13 reklam dosyasından 10' unun (%77) erkek hekimler hakkında olduğu, 3' ünün (%23) ise kadın hekimler hakkında olduğu görüldü. Reklam dosyalarının rakamları göz önüne alındığında TPRED ve TTB' nin reklam ihlallerinin önlenmesi ile ilgili kurumsal beklentileri karşılamadığı görülmektedir. Bunun çok farklı nedenleri olabilir. Konu bu tezin kapsamı dışından olduğundan burada irdelenmeyecektir. Ancak sebeplerden biri TTB' nin ve derneğin yasal yetkilerinin caydırıcılık açısından yetersiz olması, ikincisi ise Sanayi ve Ticaret Bakanlığının caydırıcı rolünün ön plana çıkarılmış olmasıdır.

Hekimlerin çalıştığı kurumlar ve şikayet ilişkisi

Özel hastane ya da muayenehane hekimlerinin, EAH veya Üniversitelerde çalışan hekimlere oranla daha fazla şikayet edildikleri tespit edildi. Bu oran hem Türkiye ortalaması ile kıyaslandığında hem de İTO verileri ile kıyaslandığında özeldede çalışan hekimler aleyhine yüksek çıkmaktadır. Bunun nedenleri arasında EAH' de veya Üniversite hastanelerinde estetik ameliyatların daha az yapılması, hastaların beklentilerinin az olması, estetik ameliyatlar için daha düşük ücretler ödemeleri veya revizyon ameliyatları ve diğer Plastik cerrahi ameliyatları için ücret ödememeleri şeklinde yorumlanabilir. Bir diğer önemli husus ise hastaların EAH' de veya üniversite hastanelerinde daha detaylı muayene edilmesi, birden fazla hekim tarafından oluşturulan konseylerde hastaların değerlendirilmesi ve komplikasyonlar hakkında detaylı bilgilendirilmesi veya özellikle üniversite hocalarının iletişim becerilerinin yüksek olması gösterilebilir.

Uzmanlık öğrencisi eğitimi verilen bu hastanelerde özellikle gece nöbetlerinde tıbbi uygulama hatasının daha fazla olabileceği ve bu yüzden şikayetlerin daha fazla olabileceği düşünülse de çalışmada sadece 1 hekimin uzmanlık öğrencisi olduğu, 1 dosyada kliniğin şikayet edildiği görüldü. Uzmanlık öğrencilerinin tanı ve tedaviden primer sorumlu olmamaları ve uzman hekim eşliğinde çalışmalarını sürdürmeleri, sürekli gözetim altında olmaları şikayet edilme olasılıklarını azalttığını düşündürmektedir. Burada görülen bir diğer durum da Üniversite hastanelerinde ve EAH' de çalışan hekimlerin İTO kayıtlarının çok az olduğudur. Çünkü özel hastanelerde çalışmak için İTO' ya kayıt şart koşulmaktadır ancak aynı durum devlet hastanelerinde çalışan hekimler için bir zorunluluk teşkil etmemektedir. Ayrıca Sağlık Bakanlığına kayıtlı olan ve özel hastanelerde çalışan 416 Plastik Cerrah 377' sinin İTO' ya kayıtlı olarak İstanbul da çalıştığı bu nedenle İTO üzerinden yapılan bu çalışmanın tüm Türkiye genelini temsil ettiğini düşünmekteyiz (Grafik IX, Grafik X) .

İnceleme sürelerini etkileyen faktörler

İTO' ya ulaşan beş yıllık bu süre zarfında dosyaların sonuca ulaşması ve karara bağlanması oranının yüksek olduğu görüldü. 80 dosyadan 67' sinin (%83,7) karara bağlandığı veya kapatıldığı, karara bağlananların da 47' sinin ilk bir yılda (%78,3) çözüme ulaştığı, 14' ünün ise 2-4 yıl sürdüğü, 6 sınıfın ise hekim vefatı nedeniyle kapandığı görüldü (Grafik IX). Hekim vefatı nedeniyle kapatılan

dosyalar dahil edilmediğinde karara bağlamanın uzadığı 14 dosyanın 8' inde dosyaların bilirkişiye gönderilmiş olduğu, 6 dosyanın İTO' daki değerlendirme süreçlerinin uzamış olduğu tespit edildi. Karara bağlanamayan 13 dosyanın 8' inin bilirkişiye gönderildiği ve bilirkişilerden cevap beklendiği görüldü. Bilirkişiden 4 yıldır haber beklenen 2 dosya olduğu, birinde 2 yıldır, 5' inde ise 6 ay ile 1 yıl arası bir süredir haber beklendiği görüldü. 13 dosyadan 5' inin ise İTO' ya son 1 yıl içerisinde ulaşan dosyalar olduğu ve değerlendirme sürecinde olduğu görüldü.

Bilirkişilik alanında yaşanan sorunlar

Burada soruşturulan ya da savunma istenen tarafta olmakla birlikte, aynı zamanda Plastik Cerrahlar bilirkişi olarak da görev yapmaktadır. Bu kapsamda gönderilen ve görüş istenen dosyaları mümkün olan en kısa süre içerisinde tamamlanması ve görüşlerin bildirerek adaletin hızlı çalışmasına yardımcı olunması gerekmektedir. Resmi gazetede yayımlanan 30143 sayılı ve 03/08/2017 tarihli Bilirkişi Yönetmeliğine göre (53) bilirkişilerin eline ulaşan dosyaları 1 ay içerisinde tamamlayarak göndermeleri gerektiği belirtilmiştir. Konuya ilişkin Avrupa İnsan Hakları Mahkemesinin (AİHM) 21.12.2006 tarihli Oruç /Türkiye (33620/02) kararında; “Dava konusu olayda mahkemenin sahte olduğu iddia edilen evrakın yorumlanması için dava dosyasını bilirkişiye göndermiş olması ve takip eden yedi (7) duruşma boyunca bilirkişiden cevap alınamaması ve duruşmanın yeniden ertelenmesi nedeniyle başvuru süresinin AİHM m. 6/1 de düzenlenen makul sürede yargılanma hakkının ihlal edildiğine dair” karar vererek başvuru talebini yerinde görmüş ve Türkiye’yi AİHM’in 6/1 maddesini ihlal etmekten sorumlu bulmuştur. Kararda da belirtildiği üzere bilirkişinin makul sürede görüşünü mahkemeye rapor olarak sunması ve davet edilmesi halinde duruşmada konuya ilişkin detaylı bilgi sunması, Anayasamızın 36. maddesinde düzenlenen ve yargılamanın makul sürede bitirilmesini de kapsayan adil yargılanma hakkı bakımından oldukça önemlidir (74). TTB için oluşturulan bilirkişilik görüşlerinin de bu kapsamda düşünülmesi zorunludur.

Bilirkişilerin ceza hukuku yönünden de sorumlulukları bulunmaktadır. 5237 sayılı TCK'nın 6. maddesi ile 6100 sayılı HMK'nın 284. maddesinde ve bilirkişilik yönetmeliğinin 58. maddesinde “Bilirkişi Türk Ceza Kanunu anlamında kamu görevlisidir” denilmiştir. Bilirkişinin görevini yaparken veya bu göreviyle bağlantılı olarak işleyebileceği suçların tamamı, kasıt varsa oluşabilecek suçlardır.

Bilirkişilerin TCK kapsamında karşılaşabilecekleri soruşturma maddeleri şunlardır (75);

- a) Gerçeğe Aykırı Bilirkişilik Yapma
- b) Bilirkişinin Görevini Yapmakta İhmal Veya Gecikme Göstermesi
- c) Bilirkişilik Görevini Kötüye Kullanma
- d) Bilirkişinin Göreve İlişkin Sırrı Açıklaması
- e) Bilirkişinin İşlendiğini Öğrendiği Suçu Bildirmemesi
- f) Suç Delillerini Yok Etme, Gizleme Veya Değiştirme
- g) İrtikap
- h) Rüşvet Alma.

Tıbbi uygulama hatası iddiası davalarında bilirkişinin görevi, standart bakımın sağlanıp sağlanmadığını tespit etmektir. Eğer eylem standartların altında ise bilirkişiye, hastada oluşan zarar ile standarttan sapmanın arasında nedensellik bağının bulunup bulunmadığı sorulabilmektedir. Konu ile ilgili verilen görüş, teknik bilgisi olmayan kişiler tarafından da anlaşılabilir, güncel referanslar eklenmeli ve tedavinin risk ve faydaları ayrıntılı bir şekilde anlatılmalıdır. Uzman görüşünün net, mantıklı ve olayın gerçekleştiği zamandaki standart bakım ile tutarlı olmalı aynı zamanda tüm tedavi seçeneklerini değerlendirerek standart bakımı sadece kendi görüşü doğrultusunda ve dar bir çerçevede tanımlamamalıdır (76). Bu konuda Daubert Kararı hukuki alandaki bilimsel tartışmalarda önemli bir adım olmuştur. Amerikan Federal Mahkemesinin 1993 yılındaki Daubert ve Merrell Dow Pharmaceuticals, Inc.davasındaki hükme dayanarak verdiği karar “Daubert Standardı” olarak bilinmektedir. “Daubert Standartları”na göre, hakimler bilirkişi sorgulamasının bilimsel geçerliliğinin metodolojik ve mantıksal temelleri bulunup bulunmadığını ve metodolojik temellerin yargılama konusunu oluşturan uyumsuzluğa uygulanmasının mümkün olup olmadığına dair bir ön inceleme yapacaklardır. Bu ön inceleme, bilirkişi görüşlerinin bir teste tabi tutulması anlamına gelmektedir.

Buna göre bilirkişi açıklamalarının;

- I. Sınırları belirlenmiş ve bunun test edilebilir olması gerekir.
- II. İncelemeye ve değerlendirmeye tabi tutulabilir olması gerekir.
- III. Alınan bilginin hata oranı, istatistiksel olarak belirlenebilir olmalıdır.
- IV. İlgili bilim çevresinde kabul görmüş olmalıdır (75, 76).

Hukukçular ise bilirkişi görüşlerine farklı bir açıdan yaklaşmaktadırlar. Tıbbi eylemin hukuka uygunluğunu denetlerken sadece, dikkat ve özen yetersizliği ile kusur yönünden inceleme yapılmakta olduğunun, tıbbi eylemin hukuka uygunluk şartı olan rıza'nın (aydınlatılmış onamın) hukuka uygun olarak alınıp alınmadığı denetlenmesi gerektiğini savunmaktadırlar. Hastanelerde matbu olarak hazırlanan, hastaya ve hastalığa özel olmayan aydınlatma formlarının imzalanması, rızanın hukuka uygun olarak alındığının ispatı olmadığı görüşü mevcuttur. Buna göre tıp kitaplarında da yazdığı üzere 'hastalık yoktur hasta vardır' söylemi hukukta da farklı bir yoldan dile getirilmiş olmaktadır. Ancak buradaki handicap her hasta için hastaya özel tasarlanmış aydınlatılmış onam almanın Türkiye gibi nüfusu kalabalık olan, hasta sayısı yüksek olan hastanelerde uygulanabilirliğinin gerçek dışı olmasıdır. Bunu daha kolay hale getirmek için matbu formu hastanın imzalamasının ardından hastaya sözel olarak bilgi vermenin de dava sürecinde hekimi korumayacağı aşikardır çünkü '*hastanın aydınlatıldığıının ispatının hekime ait olması*' her dökümanın yazılı alınması gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır (77, 78).

Çalışmada 2011-2015 yılları arasında dosyaların sonuçlanma ortalamasının 11.1 ay olması dünya ortalamasına yakındır. Zhang ve arkadaşları tarafından yapılan ve tüm branşları ilgilendiren ve mahkeme kararlarının içeren bir tıbbi uygulama hatası çalışmasında iki yıllık bir süreçte 726 olgunun sonuçları incelenmiş ve karara ulaşma süresinin ortalama 9.2 ay olduğu bulunmuş (79).

Ceza alan 12 dosyada ise karar verme süreçlerine bakıldığında 7 dosyada 2-4 yıl kadar sürdüğü görüldü. Diğer bir açıdan bakarsak sonuca ulaşma süresi uzadıkça davanın ceza ile sonuçlanma olasılığı artmaktadır. Bu oran uzamış olgularda %50' dir (7/14), ilk bir yılda tamamlanan olgularda ceza oranı ise % 10.6' dır (5/47).

Hekimlerin sorumlu tutulma oranları

Karara bağlanan 67 dosyadan 48' inde hekim kusursuz bulunurken 12' sine ceza verildiği görülmüştür. 7 dosya da hekim vefatı ile hekim ile hastanın anlaşması üzerine kapatılmıştır. Ceza oranının %17.9 olduğu bu oranın Yorulmaz C tarafından İTO' da 1999-2003 yılları arasında yapılan tez çalışmasındaki oranlarla kıyaslandığında oldukça düşüktür. Çalışmada 7 tıbbi uygulama hatası iddiası dosyasında 3 dosyaya ceza verildiği ve cezaların hepsinin de geçici meslekten men olduğu tespit edilmiş (%42.8) (1). Bu oranının çalışmada %8.3 oranında daha düşük bulunmasının sebebi nin Plastik cerrahide sağlık hukukuna bakış açısının değişmesi olarak yorumlanabilir. 93 dosyanın incelendiği diğer bir çalışmada ceza oranının %23.7 olduğu saptandı (80). 39 dosyanın incelendiği çalışmada ise ceza oranının %56.41 olduğu görüldü (66).

Enfeksiyon nedeniyle 7 hastanın şikayette bulunduğu sadece bir dosyada ceza verilmiş (%14.2), burada da fotoğraf ile hasta değerlendirmesi yapan hekime özen eksikliği nedeniyle uyarı cezasının verildiği tespit edilmiştir. Ameliyat yeri enfeksiyonlarının tüm dosyalarda komplikasyon olarak değerlendirildiği görülmüştür. Ancak yapılan çalışmalarda insizyon yeri enfeksiyonları sonrası açılan davalarda hekimin ceza alma oranının diğer komplikasyonlara kıyasla yüksek olduğu, bu oranın %85 olduğu görülmüştür (65).

Ceza alan dosyalardan sadece birinde hekim tıbbi açıdan kusurlu bulunmuş ve geçici meslekten men cezası verilmiş. Bu olguda hekim aynı hastayı çok kısa zaman aralığıyla (bir gün) meme küçültme, karın germe, yüz germe ve burun estetiği ameliyatlarını yasal olarak ameliyat yapılmasına izin verilmeyen bir Tıp merkezinde yapmış ve hasta muhtemel pulmoner emboli neticesiyle vefat etmiş. Bu olguda hem anestezi doktoruna hem de Plastik cerraha meslekten men cezası verilmiş. Diğer bir olguda hekimin hasta anestezi altında iken ameliyathane dışına çıkması ve iki hastayı aynı anda ameliyat etme girişimi nedeniyle hatalı bularak para cezası vermiş. Bir başka dosyada hekim hastası ile ortaya çıkan komplikasyonu telefon üzerinden değerlendirmiş ve kontrole çağırılmamış. Diğer hiçbir olgu tıbbi yönden hatalı bulunmamış, istenmeyen sonuçlar komplikasyon olarak değerlendirilmiş. Buna karşılık 5 dosyada onam formunun bulunmadığı (%41.6) tespit edilmiş.

Aydınlatılmış Onam Sürecine Tabip Odası Yaklaşımı

Eksik bilgilendirme, onam formu eksikliği, özensizlik gibi nedenlerden dolayı 11 dosyada hekimlere para veya uyarı cezası verildiği görüldü. Ortaya çıkan komplikasyonlar nedeniyle hiçbir (major komplikasyon olarak sınıflandırılan olgularda bile; 4 vakada ameliyat sonrası hasta vefatı, 1 vakada ağır sekel) hekim tıbbi açıdan kusurlu bulunmayarak ceza verilmemiştir. Bu da gösteriyor ki hastaların yeterli bilgilendirilmesi, uygun onamın alınması, dosyaların tam ve eksiksiz tutulması ve ameliyat sonrası düzenli kontrollerin yapılması ile hekim üzerine düşen tüm sorumluluklarını yerine getirmiş sayılır ve ceza alma ihtimali azalır (66). Burada sayılan faktörlerin birden fazlası bir araya geldiğinde kusurlu bulunma gündeme gelecektir. Bunlar tabiki şikayet ya da dava edilmemeyi önlememekle birlikte ceza almayı önleyebilecektir. Şikayet edilmemeyi ya da dava edilmemeyi önleyebilmek için hasta seçiminin doğru yapılması ön plana çıkmaktadır. Blackburn (81) tarafından yapılan çalışmada ‘uzak durulması gerek hasta tipi’ maddeler halinde sıralanmıştır:

Eğer hasta;

- *aceleci ve sabırsız ise,*
- *meraklı, baştan çıkarıcı veya pohpohlayıcı ise,*
- *ufak bir sorunu var ve monoton konuşuyorsa,*
- *minimal bir deformite için gereğinden fazla endişeleniyorsa,*
- *doktor masasının çekmeceleri ile oynuyorsa,*
- *ünlülerin fotoğraflarını getirmişse,*
- *hasta dağınık ve bakımsızsa,*
- *başkasını memnun etmek için ameliyat olmak istiyorsa,*
- *bir sürü soru soruyor ve cevapları dinlemiyorsa,*
- *aşırı konuşkansa,*
- *başka cerrah küçümsüyor ve aleyhinde konuşuyorsa,*
- *mükemmeliyetçi ise,*
- *diğer çalışanlara kaba davranıyorsa,*

Plastik Cerrahiye ilgilendiren tıbbi uyg. hatası iddialarının değ.

- *negatif elektrik veriyorsa,*
- *ameliyat öncesi talimatları göz ardı ediyorsa,*
- *kendi görüntüsü hakkında gerçekçi değilse,*
- *ameliyattan yeni biri olarak çıkmak gibi bir beklentisi varsa,*
- *kişisel bir trajediden yeni çıkmışsa,*
- *muayene olabilmek için çok uzun bir mektup/yazı yazmışsa,*
- *karasız, kendine saygısı düşük ya da depresif ise,*
- *geçmiş tedavileri ya da ameliyatları hakkında yanlış bilgi veriyor veya reddediyorsa,*
- *kooperasyon kurulamıyorsa (muayene için kıyafetlerini çıkarmıyor, fotoğraf çektirmiyor ya da laboratuvar testleri yaptırmıyorsa),*
- *garantili sonuç istiyor ama en düşük fiyattan ücret ödemek istiyorsa,*
- *paranoyak ya da depresyonda ise veya psikoterapi alıyorsa,*
- *rinoplasti isteyen yaşlı erkek hasta ise,*
- *VIP hasta ise,*
- *cerrah hastayı sevmediyse,*
- *faturayı ödeyen öfkeli bir annesi varsa, ameliyat etmeyi bir kez daha düşünülmeli hatta ameliyattan vazgeçmeyi düşünmelidir.*

Elbette Blackburn'un yukarıda sayılan ve tüm görüşlerine katılmayabilir. Etik ve hukuki olmayabilirler. Bazı satırların yanlış anlaşılması da kaçınılmaz görünmektedir. Ancak belirtilmek istenen, medikolegal risk değerlendirmesinin ameliyat sonrasında bırakılmamasıdır.

Plastik Cerrahideki tıbbi uygulama hatası iddialarının artış nedenleri

PREC' ye olan talep gün geçtikçe artmaktadır. Hem hastaların bu anabilim dalının ilgi alanı hakkında bilgisinin artması hem de sosyal medyanın son yıllarda yaygınlaşması, popüler olan kişilerin yüz ve vücutlarına hatlarına duyulan ilgi ve benzeme arzusu bu talebi daha da arttırmaktadır. Estetik uygulama ya da cerrahi girişim isteği toplum baskısı ya da önyargı nedeniyle eskiden yaygın

değil iken günümüzde saç boyatmak, makyaj yapmak kadar doğal bir istek haline gelmeye başlamıştır. O kadar ki reklam veren hastane, klinik ya da hekimler ‘ameliyatsız çözüm’ ya da ‘kısa sürede günlük hayatına başlama’, v.b. gibi söylemlerle ilgiyi çekerek hasta talebini arttırma yoluna gitmektedirler. Bu durum hastalarda, yapılacak olan işlemin hafife alınmasına, beklentinin yükselmesine sebep olmaktadır.

Talebin artmasıyla ameliyat sayısı artmakta ve istenmeyen sonuç oranı da göreceli olarak artmaktadır. Ameliyat sonucundan memnun olmayan, olumsuz sonuçlarla karşılaşan ya da çevresi veya başka hekimler tarafından yapılan işlemin hatalı veya kötü olduğunun söylenmesi hastayı hekimler ve sağlık çalışanları aleyhine tıbbi uygulama hatası iddiası nedeniyle çeşitli mercilere şikayet etmeye hatta dava açamaya yönlendirmektedir. Bu nedenle de şikayet sayısı her geçen yıl artmaktadır. 1999-2003 yılları arasında İTO’ya yapılan tıbbi uygulaması hatası iddiası sayısı Plastik Cerrahi için 7 iken (1), 2011-2015’de bu sayı 80’e çıkmıştır. Sağlık politikasındaki hekimi suçlayıcı tavır, BİMER, CİMER gibi bir mail ya da telefon uzaklığında bulunan şikayet merciileri rakamların artmasındaki önemli etkenlerden biridir. Rakamların artışında elbette avukatların bu konuya ilgisi yadsınamaz. Hastane karşısında açılan avukatlık büroları, sekreter bankolarına bırakılan kartvizitler ile hastaların şikayet edebilme ve avukata ulaşımı kolaylaştırılmaktadır. Oranların artışında elbette tek bir tarafın sorumlu olması mümkün değildir. Hasta ile yeteri vakit geçirmeden yapılan uygulamalar, hastanın ne istediğinin değil de ona kitabi olarak hangi işlemin daha uygun olacağını söylenmesi ya da hekimin kendi estetik zevkinin hastanın isteğinin önüne geçerek yapılacak işleme hekim tarafından belirlenmesi, ortak bir estetik paydada bulaşamamak, yanlış hasta seçimi, sonrasında ise hastanın şikayet ya da komplikasyonun uygun yönetilememesi sebebiyle de şikayetler artmaktadır.

Hızla gelişen teknoloji sağlık alanında da kendini göstermektedir. Kullanılan makineler, ilaçlar, ameliyat malzemeleri de bu gelişime ayak uydurmaktadır. Her yeni çıkan ürün için yapılan reklamlar ve bu reklamların sosyal medya vasıtasıyla hızla yayılması kişilerde merak ve talep uyandırmakta ve hekimden bunu talep etmektedir. Sonuçları, komplikasyon oranları daha ortaya çıkmadan hastalara uygulama yapan hekimler aslında olumsuz sonuçlara davetiye çıkarabilmektedirler.

Sözleşme ilişkisinin artan iddialardaki ve hekim medikolegal savunması üzerine olan etkileri

Hasta ile hekim arasında sözleşme ilişkisi; hastanın, hastanenin kapısından girdiği andan itibaren, sonucun iyi olacağını garanti etmeyen, ancak hastasının sağlığını korumak veya düzeltmek için elinden geleni yapacağına, ona içten bağlılık ve sadakat göstereceğine, tüm bilgi ve becerisini onun yararına kullanacağına, sırlarını saklayacağına, tedavisinde özen göstereceğine, kayıtlarını düzgün olarak tutacağına ve tedavisini sürdüreceğine söz vermiş sayılır ve buna vekalet sözleşmesi adı verilir (1, 46, 47). Ancak estetik amaçlı girişimler farklı bir kapsamda değerlendirilebilmektedir. Borçlar Kanunu 470. maddesinde ‘eser sözleşmesi’ adı ile geçen, ‘yüklenicinin bir eser meydana getirmeyi, iş sahibinin de bunun karşılığında bir bedel ödemeyi üstlendiği sözleşmedir’ şeklinde tanımlanan sözleşme ile istenilen belli bir sonucun mutlaka elde edilmesi amacı güdülmektedir. Ancak burada hasta bir eser ya da bir mal olarak gösterilmekte, kişinin biyolojik yapısı, iyileşme sürecini olumsuz etkileyen dış etkenler hesaba katılmamaktadır. İnsan biyolojik bir varlıktır ve cansız nesler için uygulanan bu sözleşmenin insan üzerinde uygulanması haksızlıktır (23).

Hiçbir hekim yapacağı ameliyatın sonucunu garanti edemez, etmemelidir. Çünkü her organizma farklı iyileşir, farklı tepkiler gösterir. Bunu önceden kestirmek zordur. Ayrıca hekimi hastanın begeneceği, güzel bir sonuç elde etmeye söz vermiş kabul edilmektedir. Güzellik kavramı göreceli olduğu kadar zevkler de zamanla değişebilmektedir. Hastanın ve hekimin ortak bir noktada anlaşabilmeleri güzellik kavramını tanımlamak adına çok önemlidir. Yine simetri önemli şikayet nedenlerinden biridir. Her uzvumuzdan iki tane olduğunu ya da iki taraflı olduğunu düşünürsek ameliyatı da bir cerrahın yapmakta olduğu düşünecek olursak her iki tarafı aynı anda ameliyat edemeyeceğinden aynı yorgunluk ve aynı algıda olmayacaktır. Ayrıca cerrahın kullandığı dominant eline göre de ameliyatın rahatlığı her iki tarafta farklı olacaktır. Bu nedenle tam bir simetri elde etmek mümkün değildir. İnsan vücudunda simetri az görülmektedir (82). Bu nedenlerle hasta şikayetleri incelenirken kabul edilebilir sınırlarda ortalama bir güzellik ve ortalama bir simetriye göre değerlendirmek bunun dışındaki durumlarda ise kusur ya da kusursuzluktan bahsetmek uygun olacaktır. Tüm değerlendirilmelerimizi de hastaya açıklamak, isteklerinin ve hekimin yapabileceklerini sınırlarını anlatmak, hastanın tüm bunları anladığından emin olduktan sonra ameliyata karar vermek doğru olacaktır.

Ancak bazı Yargıtay kararlarına bakıldığında aslında durumun hastanın iyileşme süreci, komplikasyonlar gibi durumlardan bağımsız olarak hukukun olaya farklı bir açıdan baktığı görülmektedir. Örneğin Yargıtay 15. Hukuk Dairesinin (*Esas No: 2017/2286 Karar No: 2017/3847*) aldığı bir kararda *‘tıbbi rahatsızlıktan bahsedilmeksizin estetik amaçlı.....’* şeklin de bir ibare bulunmaktadır. *‘...estetik bir işlem olduğu ve sonuç olarak tedavi değil güzelleşme amaçlandığından tarafların arasındaki ilişki hizmet ilişkisi değil sözleşme ve ilk müdahale yapıldığı tarihte yürürlükte bulunan 818 sayılı Borçlar Kanunu’nun 355 ve devamı ile 01.07.2012 tarihinde yürürlüğe giren 6098 sayılı Türk Borçlar Kanunu 470 ve devamı maddelerinde düzenlenen eser sözleşmesi ilişkisidir.’* Yani kişinin ameliyat olması, iyileşmesi, sonucu, vb gibi olaylar değerlendirilmiyor tıbbi rahatsızlığı olmayan kişilerin estetik yani güzelleşme amaçlı ameliyat olmalarının farklı şekilde değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. *‘Eser sözleşmesinde ve somut olayda güzelleşme amaçlı estetik ameliyatta ...’* yani ameliyatın amacı sorgulanarak hekimin ortaya çıkan zarardan nasıl yargılanacağı tartışılıyor. Hastalık ise farklı, estetik amaçlı ise farklı bir değerlendirme söz konusu olmakta. Burada biyolojik bir varlık olan insan değerlendirilmediği, sadece iş sözleşmesi ve vaatlerinin yerine getirilip getirilmediği, tabiri caiz ise ‘müşteri memnuniyeti’ ne varan bir durum ortaya konulmaktadır.

Bir başka kararda *‘Burada sözleşme yapılmasının nedeni belli bir sonucun (eserin) ortaya çıkmasıdır. Eser yüklenicinin sanat ve beceriyi gerektiren, bir emek sarfı ile gerçekleştirilen sonuçtur. O halde taraflar arasındaki ilişki BK.nun 355 ve devamı maddelerinde düzenlenen eser sözleşmesi ilişkisidir. Yüklenicinin eseri iş sahibinin yararına olacak şekilde ve ona hiçbir zarar vermeden meydana getirmesi davalı yüklenicinin hem sadakat hem de özen borcunu kapsar. Bu kural gereğince, yüklenici iş sahibinin yararına olan şeyleri yapmak ve zararına olan şeylerden kaçınmak zorundadır. İş sahibi ortaya çıkacak eserde belli niteliklerin bulunmasını arzu eder. Meydana getirilen eserin iş sahibinin beklentisini karşılamaması halinde sözleşmedeki yarar dengesi iş sahibi aleyhine bozulur. Bu bakımdan eserin fen ve sanat kurallarına uygun, iş sahibinin beklentilerini karşılar özelliği taşıması gerekir. Aksi halde eserin ayıplı olduğu kabul edilir. Yüklenici meydana getirdiği, eserde ortaya çıkan ayıp ve eksikliklerden ayıba karşı tekeffül borcu gereğince sorumludur.’* (Yargı-

tay 3. Hukuk Dairesi, Esas No:2015/19538, Karar No:2017/5818). Halbuki bir zarar ortaya çıktığında objektif olarak değerlendirilmelidir. Hali hazırda tüm dünyada bir anabilim dalı olarak kabul edilmiş ve asistan eğitimi verilen, endikasyon, kontraendikasyon, komplikasyon gibi kavramları içeren yüzlerce bilimsel kitaba sahip Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi sadece güzellik algısı gibi soyut şeylere dayandırılarak değerlendirilmemeli, yargılanmamalıdır (23).

Vekalet sözleşmesinden farklı bir sözleşmeye ihtiyaç var ise de, burada ücret ödeme söz konusu olduğundan, Almanya da bir örneği olan ‘Hizmet sözleşmesi’ gibi farklı bir sözleşmeden yararlanılabilir (23, 83). Hizmet Sözleşmesi Yaklaşımına göre, ‘hasta ile hekim arasındaki ilişkiye bir hizmetin ifa edilmesi nazarıyla bakılmakta ve taraflara bu anlamda hukuki yükümlülükler düşmektedir. Sözleşmede hekimin edim olarak üstlendiği konu, hastayı iyileştirme işidir. Eğer hekim, edimi gereği gibi yerine getiremezse sözleşme gereklerini yerine getirmemiş olur ve hekimin sorumluluğuna gidilir. Hastanın da hizmet sözleşmesi gereği edimi, hekimin tedavisi karşılığı ücreti hekime ifa etmektir. Hasta tedavi sürecinde hekimin yönlendirmelerine ve uygulamalarına uyma ve itiraz etmeme yükümlülüğü altındadır. Aksi takdirde hekim sorumlu olmayacaktır’. Cansız objeler için kullanılan ‘Eser Sözleşmesi’ ise insan için uygun değildir. Aksine Yargıtay kararına benzer kararlar alınmaya devam eder ve davaların bu şekilde yorumlanmasında artış olur ise gelecekte estetik ameliyat yapacak hekim bulunmayacaktır (84). Çünkü hekim vaat etmediği, kontrol edemediği bir organizmanın iyileşme süreci ve komplikasyonlarından hatta ve hatta insandan insana değişen güzellik algısından sorumlu tutulmaktadır. Hekim hastanın beyninin içine girmedikçe neyi beğeneceğini bilemeyeceğinden genel güzellik kavramına göre hareket edecektir. Bu nedenle hukukla istenilen şey imkansızdır (78).

Geri ödeme sistemlerinin dava sayılarına ve sözleşme ilişkisine etkileri

Ameliyatlar ve girişimsel işlemler Sosyal Güvenlik Kurumuna (SGK) bağlı hastanelerde Kamu Sağlık Hizmetleri Satış Tarifesine göre kodlanır ve ücretlendirilir (85). Ücretlendirme, Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ve Üniversite Hastanelerinde farklı olur iken sağlık turizmi kapsamında bulunan yabancı uyruklu hastaların menşei ülkelerinin bulunduğu bölgelere (A, B, C) göre de fiyat değişmektedir. Bazı estetik ameliyatların birden fazla kodu bulunmaktadır. Psikiyatri raporu veya be-

densel sağlığını etkileyecek durumlarda ise üç hekim imzalı rapor ile estetik ameliyatlara SGK tarafından ödenmektedir (86). Psikiyatri raporu istemi gerekçesi, var olan deformite toplum içine karışmayı engellemesi, günlük yaşamını sekteye uğratabilecek kadar ağır olması ve bu deformite düzeltilmediğinde de psikososyal düzelme sağlanmasıdır. Ancak bu durum bazı çelişkiler doğurabilir. Birincisi her estetik hasta psikiyatriste gönderilmeli midir? Sonuçta kendi bedenini beğenmeyen, bu durumu değiştirmek için ameliyat olmak isteyecek kadar istekli bir hastada psikolojisini etkileyen bir durum söz konusu olabilir. Eğer her hastayı yönlendirecek ve psikiyatri raporu alacak olursak estetik işlemlerin SGK tarafından karşılanması gündeme gelebilir. Bu durum aynı zamanda suistimale de açık bir konudur. O nedenle bunun sıkı bir şekilde denetlenmesi ve yasal bir yaptırım uygulanması zorunludur. Diğer yandan her hastayı psikiyatriste göndermek hem işleyişin ağırlaşması hem de hastanın psikiyatriste olan ön yargısı nedeniyle sekteye uğrayabilir. Bu nedenle ameliyatta vazgeçen hastalar ya da başka hekim arayışına girme söz konusu olabilir.

Özel kurumlarda çalışan hekimler ise hasta ve para kaybetmemek için bu yola asla başvurmayacaklardır. İkinci durum ise sağlığı etkileyen hallerde plastik cerrahi, ortopedi, fizik tedavi, endokrinoloji bölümlerinden alınan belirli kodların girildiği takdirde SGK tarafından karşılanan ameliyatlara da bulunmaktadır. Örneğin meme büyüklüğü nedeniyle sırt ağrısı, meme altında şişik, kifoz, lordozda azalma, vb gibi durumlarda meme küçültme ameliyatları SGK tarafından karşılanmaktadır. Aynı durum abdominoplasti ameliyatı için de söz konusudur. Jinekomasti ameliyatı hormonal nedenlerle yani tıbbi bir nedenle oluşmuş ise yine ücretsiz olmaktadır.

Bir diğer durum kombine ameliyatlarda ortaya çıkmaktadır. Rinoplasti ameliyatı psikiyatri raporu ile karşılanabilen bir ameliyat iken nefes alma zorluğuna sebep olan septum deviasyonu nedeniyle yapılan septoplasti herhangi bir rapora tabi olmayan bir ameliyattır. Hastaya hem septoplasti hem de rinoplasti yapılacak olduğunu farz edersek septoplasti kodu girilip her iki ameliyat yapılsa bile hasta ücret ödemiş olur. Çünkü hastalık nedeniyle olduğu varsayılır. Bu durumda ise hekim sadece vekalet sözleşmesine tabi olmuş eser sözleşmesine dahil olmamış olur. Kulak Burun Boğaz (KBB) hekimlerine açılan davalarda hekimler kendileri bu şekilde savunmakta ve ameliyat sonucu ortaya çıkan memnuniyetsizlik veya sorunlar vekalet sözleşmesi altında değerlendirilirken, Plastik Cerrahlar tarafından yapılan aynı ameliyat Eser sözleşmesi altında değerlendirilmekte ve yargılama

adil olmamaktadır. Bu durum ise hekimin illegal yollara başvurma isteğine sebep olabilir. Yine kepçe kulak ameliyatı 18 yaş altında ödenirken 18 yaş üstüne psikiyatri raporu ile ödenmektedir. Blefaroplasti olarak adlandırılan göz kapağı estetiği, estetik ameliyat sınıfında olan hem Plastik cerrahların hem de Göz hekimlerinin yapmaya yetkin oldukları ameliyatlardan birisidir. Ancak görme alanını etkileyen durumlarda Göz hekimi tarafından rapor çıkarılabilir ve ameliyatın ücreti SGK tarafından ödenir hale gelebilir. Özel sağlık sigortaları da aynı SGK gibi işlemekte estetik ameliyatları ödememektedir. İlave olarak herhangi bir sağlık raporu alınsa bile estetik ameliyatlar SGK' nın tersine özel sağlık sigortalarının ödeme kapsamına girmemektedir. Buradaki önemli husus ameliyatların ya da girişimlerin SGK geri ödemelerinin olup olmaması tıbbi endikasyon olup olmadığını belirleyemeyeceğidir. Örneğin hastanın hayat kalitesini bozan, yürürken denge bozukluğuna sebep olan ve hijyen sorununa neden olan göbek altındaki cilt sarkmalarının cerrahi yöntemle alınması bir estetik ameliyat değildir. Bu nedenle böyle bir ameliyatı estetik girişim olarak kabul edip endikasyon dışı ameliyat yapılmıştır şeklinde görüş bildirmek doğru değildir. Çünkü sağlık kişinin sosyal, ruhsal ve fiziksel iyilik halini korumak ya da düzeltmek amacıyla yapılacak işlemler tıbbi endikasyon dahilindedir. 1948 Dünya Sağlık Örgütü Tüzüğüne göre sağlık 'yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumu' olarak tanımlanmıştır (87, 88). Bu yüzden insan vücudu psikolojik yönüyle de bir bütün olarak değerlendirildiğinden estetik girişimler için endikasyon dışı denilmemelidir.

Cinsiyet değiştirme ameliyatlarında yaşanan medikolegal sorunlar

Cinsel kimlik bozukluğu (CKB), kişinin belirlenmiş cinsiyetine karşı sürekli ve şiddetli rahatsızlık duyması ve karşı cinsiyetten olma isteği ve ısrarıdır. İlk kez, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı Üçüncü Basımında (DSM-III, American Psychiatric Association-APA, 1980) tanımlanmış, farklı başlıklar altında irdelenmiş, DSM-IV de (APA, 1994; 2000) tek bir başlık altında toplanmıştır (89, 90). Günümüzde çocukluk döneminde CKB bir psikiyatrik hastalık olarak ele alınmaktadır. Ancak CKB'nin psikiyatrik bir hastalık olmadığını ve DSM-V sınıflandırma sistemlerinden çıkarılması gerektiğini savunanlar da bulunmaktadır. Dünyada 1912 yılından beri uygulanmakta olan cinsiyet değişikliği ameliyatları ülkemizde, önceleri yasal boşluklar nedeniyle izin ve-

rilmez iken 4.5.1998 tarihinde çıkarılan 3444 sayılı yasa ile MK madde 29'a bir fıkra eklenmiş, daha sonra da 01.01.2002 tarihinde yürürlüğe giren yeni Türk Medeni Kanununun 40. maddesi ile yasal olarak izin verilen bir ameliyat sınıfına girmiştir.

Psikiyatrik bir hastalık olması nedeniyle cinsiyet değişimi ameliyatları SGK tarafından da ödenmektedir. Ancak hastaların ameliyat olabilmeleri için gerekli basamaklardan geçmiş olmaları gerekmektedir. Öncelikle kişinin bir araştırma ve tedavi programına tabi olması ve sonrasında bir süre karşı cinsin rolünde yaşaması (Gerçek yaşam testi) gerekmektedir. Tedaviye devam kararı verildiğinde hormon tedavisinin başlanmasıyla birlikte psikiyatrik veya psikoterapik konsültasyon ile kişinin ameliyata uygunluğu onaylanmalıdır. Bu süreç en az 1-2 yılı bulmaktadır. Cinsiyet değiştirmek isteyen kimse mahkemeye şahsen başvurarak cinsiyetinin değiştirilmesini talep edebilecektir. Mahkeme bu istem karşısında cinsiyet değişikliğine izin verebilmek için istem sahibinin 18 yaşını doldurmuş olması, evli olmaması, transseksüel yapıda olup cinsiyet değişikliğinin ruh sağlığı açısından zorunluluğunu ve üreme yeteneğinden sürekli olarak yoksun bulunduğunu bir eğitim araştırma hastanesinden alınacak resmi bir sağlık kurulu raporuyla belgelemiş olması şartlarını arayacaktır. Üreme yeteneğinden yoksunluktan kasıt alınan hormon tedavisi ile kadınlarda yumurtaların erkeklerde spermilerin işlevsiz hale gelmesidir. Mahkeme onayından sonra cinsiyet değişimi ameliyatları yapılabilecek ve ameliyatlar tamamlandıktan sonra kişi cinsiyetini değiştirdiğini ispat ederek nüfus sicilinden cinsiyetinin değiştirilmesini talep edebilecektir (91, 92).

Çalışmada tıbbi uygulama hatası iddiasında bulunan iki cinsiyet değiştirme hastanın olduğu tespit edilmiştir. Bunlardan birinde hastane başhekimini, hekimi yasal mevzuata uymaksızın cinsiyet değişim ameliyatı yaptığı ve farklı bir ameliyat kodu kullanarak yasa dışı işlem yapma gerekçesi ile şikayette bulunmuştur. Dosya incelendiğinde ise hastanın daha önceden erkekten kadına cinsiyet değişim ameliyatı olduğu ancak vajen girişindeki darlık nedeniyle ilgili hekime başvurduğu ve hekimin de lokal dokular ile vajen girişi ve vajenin genişletme ameliyatı yaptığı anlaşılmaktadır. Burada başhekimin ameliyatı yanlış anlaması, yanlış bilgilendirilmesi, ameliyat konusunda bilgisizlik veya ilgili hekim ile ilgili olumsuz düşünceler ile yapılan bir şikayet olduğunu düşündürmektedir. Diğer olguda ise gluteal augmentasyon sonrası bacakta güçsüzlük şikayeti olan hasta şikayeti nedeniyle oluşan şikayet dosyasıdır. Bu dosya değerlendirme sürecinde olup sonuçlandırılmamıştır.

6. Sonuç

1- Olgu sayıları

2011-2015 yılları arasında Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik cerrahi alanında hekimler aleyhine yapılan 80 tıbbi ihmal iddiası, 13 usulsüz reklam dosyasının olduğu görüldü. Yorulmaz C tarafından yine İTO' ya gelen tıbbi uygulama hatası iddiaları üzerinden yapılan 1999-2003 yıllarını kapsayan çalışmada ise bu sayının 7 olduğunu görmektedir (1). 10 yıl içerisinde bu sayının 10 kat fazla artışı düşündürücüdür.

2- Başvuru mekanizmaları

Hastaların büyük çoğunluğunun (%76) İTO' ya kendisinin bizzat dilekçe ile ya da Sağlık bakanlığı iletişim vasıtalarıyla (SABİM, BİMER, CİMER) ulaştığını, sadece %16' sının avukatı aracılığıyla şikayette bulunduğunu görülmektedir. Bu da, mekanizmanın adli mercilerden farklı olarak daha kolay olduğunu göstermektedir (Tablo 1-2).

3- Olguların Cinsiyetleri

Tıbbi uygulama hatası iddiası nedeniyle şikayette bulunan hastaların %78 gibi büyük bir çoğunluğunun kadın hastalardan oluştuğu, %20' sinin erkek, %3' ünün de transseksüel hastalar olduğu görülmektedir (Grafik III). Bu bulgu Literatürde de belirtilen kadınların estetik ameliyat ve girişimlere talebinin erkeklerden daha fazla olduğu bilgisi ile uyumludur.

4- Tıbbi uygulama hatası iddialarının motivasyonu

Başka hekimin aksi görüş bildirmesi (n:12), iletişim bozukluğu (n:11), pansuman ihtiyacı nedeniyle hastaların zaman ve iş gücü kaybı yaşadıklarını ifade etmeleri (n:9) ile beğenilmeyen ameliyat ücretlerinin geri ödenmesinin istenmesi (n:8) ve revizyon ameliyatının ücretli olması (n:6) ana motivasyon kaynağını oluşturmaktadır.

5- Ameliyat bölgesinin şikayetler üzerindeki etkisi

Ameliyat bölgesinin şikayetler üzerindeki etkisi literatür ile benzer özellikler taşımaktadır (59-61). Dünyada, meme ameliyatları sonrası tıbbi uygulama hatası iddialarının ve medikolegal dava oranlarının yüksek olduğu, sonra karın veya vücut şekilendirme daha sonra da burun ameliyat-

larının geldiği görülürken; bizdeki sıralama meme, burun ve karın ameliyatları şeklinde olmaktadır. Burun ameliyatlarının sıralamadaki değişimi ülkemizde estetik burun ameliyatlarının daha fazla yapılması olarak açıklanabilir. İrksal özelliklerimiz nedeniyle daha fazla rinoplasti talebi olmaktadır.

6- Hekim deneyimi ve şikayet ilişkisi

Hekimlerin uzmanlık yılları 5 yıllık aralıklara bölündüğünde 11-15 yıl arası hekimlerin daha fazla şikayete maruz kaldıkları görülmektedir (Grafik IV) (57). Uzmanlık yılı artmaya devam ettikçe bu oranın azaldığı görülmektedir.

7- Hekim cinsiyeti ve şikayet ilişkisi

Hekimlerin tıbbi uygulama hatası iddiası yönünden cinsiyetlerine göre dağılımları yapıldığında 80 dosyadan 72' sinin yani %90' ının erkek hekimleri hedef aldığı, sadece 6 sının (%8) kadın hekimleri ilgilendirdiği görülmektedir. Kadın erkek oranının İTO' ya kayıtlı hekimlerin sayısı ile karşılaştırıldığında kadın hekimlerin sayısının 72/356 gibi bir sayı ile erkeklere kıyasla az olduğu ancak şikayet edilmeyi toplam sayı ile kıyaslandığında erkeklerde anlamlı olarak yüksek çıktığı yani erkek plastik cerrahların kadın plastik cerrahlara oranla daha fazla şikayet edildiği görüldü (Grafik VII, Tablo IV).

8- Hekimlerin çalıştığı kurumlar ve şikayet ilişkisi

Özel hastane ya da muayenehane hekimlerinin, EAH veya Üniversitelerde çalışan hekimlere oranla daha fazla şikayet edildikleri tespit edildi. Bu oran hem Türkiye ortalaması ile kıyaslandığında hem de İTO verileri ile kıyaslandığında özelde çalışan hekimler aleyhine yüksek çıkmaktadır. Bunun nedenleri arasında EAH' de veya Üniversite hastanelerinde estetik ameliyatların daha az yapılması, hastaların beklentilerinin az olması, estetik ameliyatlar için daha düşük ücretler ödemeleri veya revizyon ameliyatları ve diğer Plastik cerrahi ameliyatları için ücret ödememeleri şeklinde yorumlanabilir.

9- İnceleme sürelerini etkileyen faktörler

İTO' ya ulaşan beş yıllık bu süre zarfında dosyaların sonuca ulaşması ve karara bağlanması oranının yüksek olduğu görüldü. 80 dosyadan 67' sinin (%83,7) karara bağlandığı veya kapatıldığı,

karara bağlananların da 47' sinin ilk bir yılda (%78,3) çözüme ulaştığı, 14' ünün ise 2-4 yıl sürdüğü, 6' sının ise hekim vefatı nedeniyle kapandığı görüldü (Grafik IX). Ancak gecikmelerde bilirkişilik hizmetinin teminindeki aksama dikkat çekmekte idi.

10- Bilirkişilik alanında yaşanan sorunlar

Burada soruşturulan ya da savunma istenen tarafta olmakla birlikte, aynı zamanda Plastik Cerrahlar bilirkişi olarak da görev yapmaktadır. Bu kapsamda gönderilen ve görüş istenen dosyaları mümkün olan en kısa süre içerisinde tamamlanması ve görüşlerin bildirerek adaletin hızlı çalışmasına yardımcı olunması gerekmektedir.

11-Hekimlerin sorumlu tutulma oranları

Karara bağlanan 67 dosyadan 48' inde hekim kusursuz bulunurken 12' sine ceza verildiği görülmüştür. 7 dosya da hekim vefatı ile hekim ile hastanın anlaşması üzerine kapatılmıştır. Ceza oranının %17.9 olduğu bu oranın geçmiş yıllara göre düşük olduğu saptandı.

12-Aydınlatılmış Onam Sürecine Tabip Odası Yaklaşımı

Eksik bilgilendirme, onam formu eksikliği, özensizlik gibi nedenlerden dolayı 11 dosyada hekimlere para veya uyarı cezası verildiği görüldü. Bu durum, aydınlatılmış onam sürecinin meslek odasının önemli bir gündemi olduğunu göstermektedir.

13-Plastik Cerrahideki tıbbi uygulama hatası iddialarının artış nedenleri

PREC' ye olan talep gün geçtikçe artmaktadır. Hem hastaların bu anabilim dalının ilgi alanı hakkında bilgisinin artması hem de sosyal medyanın son yıllarda yaygınlaşması, popüler olan kişilerin yüz ve vücutlarına hatlarına duyulan ilgi ve benzeme arzusu bu talebi daha da arttırmaktadır. Estetik uygulama ya da cerrahi girişim isteği toplum baskısı ya da önyargı nedeniyle eskiden yaygın değil iken günümüzde saç boyatmak, makyaj yapmak kadar doğal bir istek haline gelmeye başlamıştır. Bu durum istenmeyen sonuçlarla ilgili şikayet sayılarının artmasının daha doğrusu artmış gibi görünmesinin temel nedenidir.

14-Sözleşme ilişkisinin artan iddialardaki ve hekim medikolegal savunması üzerine olan etkileri

Hastanın bir eser ya da bir mal olarak görülmesi, kişinin biyolojik yapısı, iyileşme sürecini olumsuz etkileyen dış etkenlerin hesaba katılmaması kabul edilemez İnsan biyolojik bir varlıktır ve cansız nesler için uygulanan “Eser Sözleşmesinin” insan üzerinde uygulanması kabul edilemezdir.

15-Geri ödeme sistemlerinin dava sayılarına ve sözleşme ilişkisine etkileri

Örneğin meme büyüklüğü nedeniyle sırt ağrısı, meme altında şişik, kifoz, lordozda azalma, vb gibi durumlarda meme küçültme ameliyatları SGK tarafından karşılanmaktadır. Aynı durum abdominoplasti ameliyatı için de söz konusudur. Jinekomasti ameliyatı hormonal nedenlerle yani tıbbi bir nedenle oluşmuş ise yine ücretsiz olmaktadır. Bu ameliyatlara ilgi dava sayılarının azlığı anlamlıdır.

16-Cinsiyet değiştirme ameliyatlarında yaşanan medikolegal sorunlar

Cinsel kimlik bozukluğu (CKB), kişinin belirlenmiş cinsiyetine karşı sürekli ve şiddetli rahatsızlık duyması ve karşı cinsiyetten olma isteği ve ısrarıdır. Son olarak, 01.01.2002 tarihinde yürürlüğe giren yeni Türk Medeni Kanununun 40. maddesi ile yasal olarak izin verilen bir ameliyat sınıfına girmiştir. Çalışmada tıbbi uygulama hatası iddiasında bulunan iki cinsiyet değiştirme hastanın olduğu tespit edilmiştir. Bunlardan birinde hastane başhekiminin şikayetçi olduğu ve olayı yanlış anladığı anlaşılmıştır. Diğer olguda ise gluteal augmentasyon sonrası bacakta güçsüzlük şikayeti olan hasta şikayetidir.

7. Kaynaklar

1. Yorulmaz, A.C, İstanbul Tabip Odası'na Yansıyan Hekim Hatası İddiası Bulunan Olguların Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi. [Doktora Tezi] İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi; 2005.
2. Mohr, J.C., (2000) American medical malpractice litigation in historical perspective, JAMA., 283 (13): 1731.
3. Roberts, D.K. (1985) Informed consent and medicolegal problems : Gynecology and Obstetrics (J.W. Sciarra, Ed), pp. 1-10, Harper and Row Publishers, Philadelphia.
4. Polat, O. (2005) Tıbbi Uygulama Hataları: Klinik-Sosyal-Hukuksal-Etik Boyutları, I. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
5. Hancı, İ.H., Özdemir, M.H. (14-17 Nisan 1998) Hekim Hataları ve Yüksek Sağlık Şurası: III. Adli Bilimler Kongresi Bildiri Özet Kitabı.
6. Hancı, İ.H., (2002) Malpraktis: Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu: I. Baskı, Seçkin yayıncılık, Ankara.
7. Niles, S.E. (1991) The Borderland of Law and Medicine: Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment (Pernol, M.L. Ed). Seventh Edt, pp. 1169-78, Prentice Hall, International Inc., USA.
8. Werchick J. (1986) Legal Implication of Iatrogenic Disease: Iatrogenic Disiase (Preger L.Ed), Vol 2, pp. 232-46, CRC pres Inc.
9. Kayabeyoğlu, İ. Tıbbi Uygulama Hataları ve Adli Tıp Açısından İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Adli Tıp Anabilimdalı, Doktora Tezi, İstanbul 2000.
10. Ayan, M. (1991) Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk. Kazancı Kitap Ticaret A.Ş. Ankara, 1991, s.5
11. Aşçıoğlu, Ç. (1993) Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar, Ankara.
12. Sayek F. Sağlıkla ilgili uluslararası belgeler/ Dünya Tabipler Birliği Avrupa Konseyi Birleşmiş Milletler UNESCO Avrupa Tabip Birlikleri Forumu, 2.Baskı, Türk Tabipler Birliği Yayınları, 2009, Ankara.
13. Çoban İ, Adli Tıp Kurumu'nca Görüş Bildirilen Nöroloji ve Nöroşürüji Dalında Tıbbi Uygulama Hatası İddiası Olgularının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2013.
14. Çetin G, Yorulmaz C. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi. İstanbul, 2006.
15. Çakır İ, Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yapılan Tıbbi Müdahalenin Tıbbi Uygulama Hatası Yönünden Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2013.
16. Büken B. 1990-2000 Yıllarında Adli Tıp Kurumu I. ve II. İhtisas Kurullarına Obstetrik ve Jinekolojik Mapraktis İddiasıyla Gönderilen Olguların Adli Tıp Açısından İrdelenmesi, Adli Tıp Kurumu, İstanbul, (Uzmanlık Tezi), 2001.

17. Erişim: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg- tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html> (25.04.2013).
18. Sayek F. Sağlıkla ilgili uluslararası belgeler/ Dünya Tabipler Birliği Avrupa Konseyi Birleşmiş Milletler UNESCO Avrupa Tabip Birlikleri Forumu, 2.Baskı, Türk Tabipler Birliği Yayınları, 2009, Ankara.
19. Özkara E, Hancı H. Türkiye'de Nöroşirurjenin Yasal Sorumlulukları ve Medikolegal Sorunları. Türk Nöroşirurji Dergisi. 2003;13:213-20.
20. Polat O. Pakiş Işıl, Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2011(2):119-125.
21. Kocatürk U. Açıklamalı Tıp Terimleri Sözlüğü. Dördüncü Basım, Ankara Üniversitesi Basımevi,170, 1989.
22. Erişim: <http://www.erdemozkara.net/index.php/yazlarm/75-tibbyel-3-say- malpraktis-nedr-ne-deldr> (08.05.2013).
23. Arıncı A, Usta S. Estetik Amaçlı Tıbbi Müdahalelerde Hekimin Hukuki Sorumlulukları ve Eser Sözleşmesi. Turk J Plast Surg 2017; 25(2): 84-93
24. Mahmut Y, Erhan E. Ayaktan tanı ve tedavi başvurularında hasta başına kaç dakika ayrılmalıdır? Turk J Public Health 2017;15(1)
25. 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.
26. Mc Intyre, N., Popper, K. (1983) The critical attitude in medicine: the need for a new ethics, Br. Med. J., 287: 1919-23.
27. Erişim: <https://www.istabip.org.tr/dosyalar/hukuk/drer.pdf>. (05.05.2019).
28. Ambady, N., LaPlante, D., Nguyen, T., Rosenthal, R., Chaumeton, N., Levinson, (2002) W. Surgeon's tone of voice: a clue to malpractice history, Surgery, 132:5-9.
29. Hakeri H. Tıp Hukuku. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2012.
30. Koç S, Yorulmaz C. Hekimin Yasal Sorumlulukları 'Adli Tıp' kitabı içinde Soysal Z. Çakalır C Eds. Cilt 1. İ. Ü. Basımevi ve Film Merkezi, İstanbul 1999; 45-9.
31. Ambady N, LaPlante D, Ngyen T, Rosenthal R. Surgeon's tone of voice: a clue to malpractice history. Journal of Surgery. 2002;132:5-9.
32. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. JAMA 2002;288:765-64.
33. Koç S. Yasal Düzenlemeler Çerçevesinde Hekimlerin Sorumluluğu. TürkDerm. 2007;41:33-8.
34. Ersoy Y. Tıbbi Hatanın Hukuki ve Cezai Sonuçları. TBB Dergisi 2004;(53): 161-190
35. Erişim: http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Anestezi%20Komplikasyonları.pdf (05.05.2019).

36. Uludağ Üniversitesi Sağlık Kuruluşları Ameliyathane Kılavuzu, 2014
37. İnce H, İnce N, Özyıldırım BA, Safran N. Hatalı tıbbi uygulama ve korunma yolları. İst Tıp Fak Derg 2005;68:123-7.
38. Erişim: http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=182:hastahaklari-yetmel&catid=2:ymelik&Itemid=33 (02.05.2013).
39. Erişim: http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=65&Itemid=31 (02.05.2013).
40. Yücel Ö. Sağlık Hizmeti Sunumunda Dil Engeli ve Hasta Hakkı Olarak Tercümandan Yararlanma Hakkı. Terazi Hukuk Dergisi, Cilt 12, Sayı 129, 2017, 50-65
41. Erişim: <http://www.turkhukuksitesi.com/showthread.php?t=33182> (02.05.2013).
42. Erişim: <http://www.tıbbiuygulama-hatası.net/tıbbi-uygulama-hatası-kriterleri.html> (08.05.2013).
43. Yalçın S. Cerrahlarla İlgili Yasal Yönetmelikler. Turkish Medical Journal 2011;5(1): 37-44
44. Gürelli N. Hukuk Açısından Cerrahi Müdahalenin Sınırları. İÜHF 1979-1980-1981/1-4, s. 267-275.
45. Erişim: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/13722,74plastikrekonstruktifveestetikcerrahiv10pdf.pdf?0> (05.05.2019).
46. Öztaşlan A, Kolasayın Ö, Hekimin Yasal Sorumlulukları (İçinde), Adli Tıp Ders Kitabı, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları No: 4898-281, İstanbul, 2011, 13-40.
47. Erişim: <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html> (30.04.2013).
48. Tuğcu H, Yorulmaz C, Koç S. Hekim Sorumluluğu ve Tıbbi Malpraktis. Klinik Gelişim 2009; 22:6-10.
49. Odabaşı AB, Hacettepe Üniversitesi TFATADAT, Tümer AR. Çekinik (Defansif) hekimlik; Yeni Türk Ceza Kanunu'nun uygulanma aşamasında toplumu bekleyen tehlike. Defensive medicine; The danger facing the society in the implementation of the new Turkish Penal Code. 2006;15(4):55.
50. Erişim: http://www.turkhukuksitesi.com/makale_299.htm (05.05.2013)
51. Tümer A. 1995-2000 Yılları Arasında Yüksek Sağlık Şurası Tarafından Değerlendirilen Cerrahi Vakaların Komplikasyonları ve Malpraktis Yönünden Araştırılması, Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi, 2002 (İçinde) Algan B. İstanbul'da Yapılan Adli Otopsilerin Tıbbi Malpraktis açısından İrdelenmesi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul, 2012.
52. Adli Tıp Kurumu Kanunu. Kanun Numarası: 2659. Kabul Tarihi: 14.04.1982. Resmi Gazete Tarihi: 20.04.1982. Resmi Gazete Sayısı: 17670.
53. Bilirkişilik Yönetmeliği, 3 Ağustos 2017 Sayı : 30143 Resmi Gazete
54. Erişim: <http://www.turkhukuksitesi.com/serh.php?did=10334> (05.05.2013)
55. Erişim: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/08/20170803-2.htm>. (05.05.2019).
56. Erişim: <http://www.atk.gov.tr/adli-tip-ih-tis-as-kurulu.html> (05.05.2019).
57. Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11282/yuksek-saglik-surasi-calisma-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html>. (05.05.2019).

58. Erişim: <https://kanberkilinc.com.tr/uzman-gorusu-madde-293-293-6100-say-hmk.htm>. (05.05.2019).
59. Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarih: 28.04.2004. Resmi Gazete Sayı: 25446.
60. Günerli A. Anestezi Uzmanlarının Mesleki ve Hukuki Sorumlulukları, Yasal Hükümler, İlgili Yasa ve Yönetmelikler. Türk Anest Rean Der Dergisi 2009; 37: 333-49.
61. Kara H, 6098 Sayılı Türk Borçlar Kanununun Getirdiği Yeni Düzenlemeler. TBB Dergisi 2013 (107).
62. Prendergast TI, Ong'uti SK, Ortega G, Khoury AL, Onwuka E, Bolorunduro OB, Cornwell EE 3rd, Paul H Jr. Differential trends in racial preferences for cosmetic surgery procedures. Am Surg. 2011 Aug; 77(8):1081-5.
63. Razmpa E, Saedi B, Safavi A, Shahsavari E, Sazgar AA, Massihi F, Tofghi H. Litigation After Nasal Plastic Surgery. Iranian Journal of Otorhinolaryngology 2001, 4:(23);65, 119-126.
64. Animesh J.K. Patel, Colin M. Morrison. Opportunities to reduce plastic surgery claims through an analysis of complaints data. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery (2013) 66, 455e459.
65. Bo Young Park, Jung Woo Kwon, So Ra Kang, and Seung Eun Hong. Analysis of Malpractice Claims Associated with Surgical Site Infection in the Field of Plastic Surgery. J Korean Med Sci 2016; 31:1963-1968
66. Dione Batista Vila-Nova da Silva, Fábio Xerfan Nahas, Lydia Masako Ferreira. Factors Influencing Judicial Decisions on Medical Disputes in Plastic Surgery. Aesthetic Surgery Journal 2015, Vol 35(4): 477-483
67. Henderson-King, D. and Henderson-King, E. (2005) Acceptance of Cosmetic Surgery: Scale Development and Validation. Body Image, 2, 137-149.
68. Naraghi M, Atari M. Gender Differences in Aesthetic Rhinoplasty Patients: A Study on Psychopathological Symptoms. OJMP 2016:5(1)
69. Jensen GA, Spurr SJ, Weycker DA (1999) Physicians and the risk of medical malpractice: the role of prior litigation in predicting the future. Qual Rev Econ Finance 39:267-289
70. Shu-Yu Lyu, Chuh-Kai Liao, Kao-Ping Chang, Shang-Ta Tsai, Ming-Been Lee, Feng-Chou Tsai. Analysis of Medical Litigation Among Patients with Medical Disputes in Cosmetic Surgery in Taiwan. Aesth Plast Surg (2011) 35:764-772
71. Roter, D., Lipkin, M., Korsgaard, A. (1991) Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits, Med. Care. 29: 1083- 1093.
72. Ely, J.W., Dawson, J.D., Young, P.R., Doebbeling, B.N., Goerd, C.J., Elder, N.C., et al. (1999) Malpractice claims against family physicians. Are the best doctors sued more? J. Fam. Pract., 48:23-30.
73. Hickson, G.B., Charles, F., Federspiel, C.F., Pichert, J.W., Miller, C.S., Gauld-Jaeger, J., Bost, P. (2002) Patient complaints and malpractice risk, JAMA., 287: 2951-2957.
74. Tatlıdil S. Anayasa Mahkemesi Kararlarına Göre Makul Sürede Yargılanma Hakkı Sürenin aşılması ve Sonuçları. TBB Dergisi 2019 (143).

75. Karaburun G. Karar Örnekleriyle Yargıtay'ın Bilirkişiliğe Bakışı ve Bilirkişiliğin Sorunları. Adli Tıp Bülteni, 2017; 22(3): 200-207.
76. Doğan, M.B. Tıbbi Malpraktis İddialarının Değerlendirilmesinde Standart Model Oluşturulması. [Doktora Tezi] İstanbul: İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü; 2018.
77. Özdemir H. Sağlık Hukuku, içinde, Tıbbi Malpraktis ve Komplikasyondan Doğan Sorumluluklar. İstanbul Barosu Yayınları, Eylül 2011.
78. Petek H, Güzelleştirme Amaçlı Estetik Ameliyatlardan Kaynaklanan Hukukî Sorumluluk, Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi Cilt: 8, Sayı: 1, 2006, s.177-239
79. Zhang K, Li Y, Fan F, Liu X, Deng ZH. Court Decisions on Medical Malpractice in China After the New Tort Liability Law. Am J Forensic Med Pathol. 2016 Sep;37(3):149-51.
80. Therattil PJ, Chung S, Sood A, Granick MS, Lee ES. An Analysis of Malpractice Litigation and Expert Witnesses in Plastic Surgery. Eplasty. 2017 Sep 28;17:e30. eCollection 2017.
81. V.F. Blackburn, A.V. Blackburn. Taking a history in aesthetic surgery: SAGA e the surgeon's tool for patient selection. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery (2008) 61, 723e729
82. Ferrario VF, Sforza C, Ciusa V, Dellavia C, Tartaglia GM. The effect of sex and age on facial asymmetry in healthy subjects: a cross-sectional study from adolescence to mid-adulthood. J Oral Maxillofac Surg. 2001 Apr;59(4):382-8.
83. Erişim: https://www.turkhukuksitesi.com/makale_1046.htm 16.09.2019
84. Erişim: <https://www.medimagazin.com.tr/hekim/genel/tr-10-yil-sonra-ameliyat-yapacak-cerrah-bulamayacagiz-2-12-79530.html> (Çevrimiçi) E.T. 19.10.2019.
85. Erişim: <http://tig.saglik.gov.tr/TR,26173/kamu-saglik-hizmetleri-fiyat-tarifesi-guncellenmistir.html>. (05.05.2019).
86. SağlıkUygulama Tebliği Ek-2/B ve Ek-2/C 48. Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarih: 28.04.2004. Resmi Gazete Sayı: 25446.
87. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü - T. C.Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
88. World Health Organization. (1948). Constitution. Erişim: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
89. Zucker KJ. Gender identity disorder in children and adolescents. Annu Rev Clin Psychol. 2005, 1:467-492.
90. Zucker KJ, Spitzer RL. Was the Gender Identity Disorder of Childhood diagnosis introduced into DSM-III as a backdoor maneuver to replace homosexuality? An historical note. J Sex Marital Ther. 2006, 31:31-42.
91. Bafra J. Türkiye'de cinsiyet değişikliği ameliyatlarında tıbbi ve hukuki sorunlar. T Klin Adli Tıp 2004, 1:47-54
92. Sert S. Türk medeni hukukunda cinsiyet değiştirme. TTB dergisi 2015(118).

8. Özgeçmiş

Fatma Nihal Durmuş Kocaaslan 1981 yılında Tokat'da doğdu. İlkokulu 1991' de Pazar İlkolunda, orta ve lise öğrenimini 1998' de Tokat Anadolu Lisesinde, Lisans öğrenimini 2004' te Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi' nde tamamladı. 2004-2010 yılları arasında Marmara Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D.' nda uzmanlık eğitimini aldı. 2011-2013 yılları arasında Marmara Üniversitesi Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D.' nda mecburi hizmetini tamamladı. 2013 yılından itibaren yine aynı departmanda Dr. Öğr. Üyesi olarak görev yapmaktadır. Evli ve bir kız çocuğu annesidir.