

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
ADLİ TIP VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

Danışman: Prof. Dr. Gürsel ÇETİN

**TIBBİ UYGULAMA HATASI İDDİALARINDA ÖLÜMLE
SONUÇLANAN VE SONUÇLANMAYAN OLGULARIN
KARŞILAŞTIRILMASI**

**TIP BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ**

Dr. Melike BİLİR BALIKÇI

İSTANBUL, 2019

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
ADLİ TIP VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

Danışman: Prof. Dr. Gürsel ÇETİN

**TIBBİ UYGULAMA HATASI İDDİALARINDA ÖLÜMLE
SONUÇLANAN VE SONUÇLANMAYAN OLGULARIN
KARŞILAŞTIRILMASI**

**TIP BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ**

Dr. Melike BİLİR BALIKÇI

İSTANBUL, 2019

Istanbul, 16 Ekim 2019

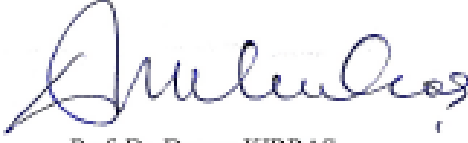
**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPASA
ADLI TIP ve ADLI BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TIP BİLİMLERİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA**

Lisansüstü Öğretim Yönetmeliğinin 50.maddesi uyarınca Enstitünüz Tıp Bilimleri Anabilim Dalı'nın Doktor öğrencisi Melike BİLİR BALIKÇI'nın,

"Hasta ve Yakınlarının Hekimlerin Tıbbi Uygulamalarından Kaynaklanan Şikayetleri"

Adlı tezi jürimizce tetkik edilmiş ve kendisine tez savunması yaptırılmıştır.

Yukarıda adı geçen tez başlığının "Tıbbi Uygulama Hatası İddialarında Ölümlü Sonuçlanan ve Sonuçlanmayan Olguların Karşılaştırılması" şeklinde değiştirilerek, tezin ve tez savunmasının kabul edilmesine oy birliğiyle karar verilmiştir.



Prof. Dr. Dursun KIRBAŞ
Jüri Başkanı



Prof. Dr. İmdat ELMAS
Üye



Prof. Dr. Ümit Naci GÜNDOĞMUŞ
Üye



Prof. Dr. Gürsel ÇETİN
Danışman



Doç. Dr. Gökhan ERSOY
Üye

İçindekiler

Sayfa No

İçindekiler	i
Tablo Dizinleri	iii
Şekil Dizinleri	v
Kısaltmalar	vii
Özet	viii
Abstract	x
1. Giriş ve Amaç	1
2. Genel Bilgiler	3
2.1. Hekim.....	3
2.2. Hasta.....	3
2.3. Tıbbi Malpraktis.....	3
2.4. Bakım Standardı.....	5
2.5. Tıbbi Uygulama Hatalarının Nedenleri.....	5
2.5.1. Hekimler ve/veya sağlık personeli ile ilgili faktörler.....	6
2.5.1.1. Tanı Hataları.....	6
2.5.1.2. Tedavi Hataları.....	6
2.5.1.3. Aydınlatılmış Onam.....	7
2.5.1.4. Hastanın Rızasını Alma Yükümlülüğü.....	11
2.5.1.5. Meslekte Acemilik ve Deneyimsizlik.....	15
2.5.1.6. Yeni Uygulanan Tıbbi Yöntemlerin/Girişimlerin Gerisinde Kalmak.....	15
2.5.1.7. Hekimin Görev İhmali.....	16
2.5.1.8. Fiziki Yorgunluk.....	17
2.5.1.9. Dikkat ve Özen Eksikliği.....	17
2.5.1.10. Tedbirsizlik.....	18
2.5.1.11. İletişim Eksiklikleri.....	19
2.5.1.12. Kayıt tutma yükümlülüğü.....	19
2.5.1.13. Yetki sınırlarının aşılması ve tıbbi konsültasyon.....	20
2.5.1.14. Hatalı karar.....	20

2.5.1.15. Girişim hataları ve teknik hatalar	21
2.5.1.16. Terk Etme	21
2.5.1.17. Emir ve yönetmeliklere uymamak	22
2.5.2.Çevresel Faktörler.....	23
2.5.2.1. Fiziksel şartlar, ekipman ve çevre.....	23
2.5.2.2. Basının etkileri	24
2.6. Tıbbi Uygulama Hatalarına Hukuki Yaklaşım.....	25
2.6.1.Sözleşmeden Doğan Sorumluluk.....	27
2.6.2.Vekalet Sözleşmesi.....	27
2.6.3.Hukuka Aykırılık	28
2.6.4.Komplikasyon ve Kabul Edilebilir Risk.....	28
2.6.5.Kusur Kavramı.....	29
2.6.5.1. Hekimlerin Kusurlu Eylemleri:	31
2.6.6.Değişen Şartlar Karşısında Kusurluluk.....	31
2.6.7.Zarar.....	32
2.6.8.İllyet Bağı	33
2.6.9.Hekimlerin Cezai Sorumlulukları.....	33
2.7. Bilirkişilik Kurumları.....	34
2.7.1.Adli Tıp Kurumu	35
2.7.2.Yüksek Sağlık Şurası	38
2.7.3.Yüksek Öğretim Kurumları	39
3. Gereç ve Yöntem.....	40
4. Bulgular	42
5. Tartışma	95
6. Sonuç.....	116
7. Kaynaklar.....	118
8. Ekler.....	137
1-T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Onayı	137
2-Etik Kurul Onayı.....	138
9. Özgeçmiş.....	139

Tablo Dizinleri

Sayfa No

Tablo 4.1: Dahili, cerrahi ve acil tıp branşlarının kusurlu bulunma oranlarının karşılaştırılması ve p değeri.....	51
Tablo 4.2: “Hatalı veya eksik tedavi uygulandı” şikâyetiyle başvuru olan olguların kusurlu bulunma sayısı, yüzdeleri ve p değeri	52
Tablo 4.3: “Hatalı veya eksik tedavi uygulandı” şikâyetiyle başvuru olan olguların branşlara göre karşılaştırılması ve p değeri	53
Tablo 4.4: “Aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” şikâyetiyle başvuru olan olguların kusurlu bulunma sayısı, yüzdeleri ve p değeri.....	54
Tablo 4.5: “Aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” şikâyetiyle başvuru olan olguların branşlara göre karşılaştırılması ve p değeri	55
Tablo 4.6: “Yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” şikâyetiyle başvuru olan olguların kusurlu bulunma sayısı, yüzdeleri ve p değeri.....	57
Tablo 4.7: “Yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” şikâyetiyle başvuru olan olguların branşlara göre karşılaştırılması ve p değeri.....	57
Tablo 4.8: “Hekim ihmali var” şikâyetiyle başvuru olan olguların kusurlu bulunma sayısı , yüzdeleri ve p değeri.....	59
Tablo 4.9: “Hekim ihmali var” şikâyetiyle başvuru olan olguların branşlara göre karşılaştırılması ve p değeri.....	59
Tablo 4.10: Birden fazla nedenle şikâyetinde bulunan olguların sayısı ve yüzdeleri.....	60
Tablo 4.11: Birden fazla sağlık çalışanını şikâyetinde bulunan olguların sayısı ve yüzdeleri	64
Tablo 4.12: En sık oluşan 6 zararın kusurlu bulunma olgu sayısı ve yüzdeleri	69
Tablo 4.13: En sık oluşan 6 zararın branşlara göre dağılımı	70
Tablo 4.14: Oluşan zararların başvuru olan şikâyetlere göre olgu sayısı ve yüzdeleri	72
Tablo 4.15: Dahili, cerrahi ve acil tıp branşlarının kusurlu bulunma oranlarının karşılaştırılması ve p değeri.....	81
Tablo 4.16: “Hatalı veya eksik tedavi uygulandı” şikâyetiyle başvuru olan olguların kusurlu bulunma sayısı , yüzdeleri ve p değeri	82

Tablo 4.17: “Hatalı veya eksik tedavi uygulandı” şikâyetiyle başvuru olan olguların branşlara göre karşılaştırılması ve p değeri	83
Tablo 4.18: “Aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” şikâyetiyle başvuru olan olguların kusurlu bulunma sayısı , yüzdeleri ve p değeri	84
Tablo 4.19: “Aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” şikâyetiyle başvuru olan olguların branşlara göre karşılaştırılması ve p değeri	85
Tablo 4.20: “Yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” şikâyetiyle başvuru olan olguların kusurlu bulunma sayısı , yüzdeleri ve p değeri.....	87
Tablo 4.21: “Yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” şikâyetiyle başvuru olan olguların branşlara göre karşılaştırılması ve p değeri.....	87
Tablo 4.22: “Hekim ihmali var” şikâyetiyle başvuru olan olguların kusurlu bulunma sayısı , yüzdeleri ve p değeri.....	89
Tablo 4.23: “Hekim ihmali var” şikâyetiyle başvuru olan olguların branşlara göre karşılaştırılması ve p değeri.....	89
Tablo 4.24: Birden fazla nedenle şikâyette bulunan olguların sayısı ve yüzdeleri.....	90
Tablo 4.25: Birden fazla sağlık çalışanını şikâyette bulunan olguların sayısı ve yüzdeleri	94

Şekil Dizinleri

Sayfa No

Şekil 4.2: Olguların kusur durumuna göre dağılımı	43
Şekil 4.3: Olguların şikâyet edenlere göre dağılımı	44
Şekil 4.4: Olguların şikâyet edilen hastanelere göre dağılımı	44
Şekil 4.5 Olguların gönderildiği adli mercilere göre dağılımı	45
Şekil 4.6: Olguların zararın gerçekleştiği coğrafi bölgelere göre dağılımı.....	46
Şekil 4.7: Olguların olay ile şikâyet arasında geçen süreye göre dağılımı	47
Şekil 4.8 Olguların en çok şikâyette bulunulan branşlara göre dağılımı	48
Şekil 4.9 Branşların kusurlu bulunup bulunmamasına göre yüzde olarak dağılımı	49
Şekil 4.10 En çok kusurlu bulunan branşların yüzde olarak dağılımı	50
Şekil 4.11a: Hatalı veya eksik tedavi uygulandı şikâyetiyle mahkemeye başvuran olguların yüzde olarak dağılımı	52
Şekil 4.11b: Aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim şikâyetiyle mahkemeye başvuran olguların yüzde olarak dağılımı	53
Şekil 4.11c: “Yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı.” şikâyetiyle mahkemeye başvuran olguların yüzde olarak dağılımı	56
Şekil 4.11d Hekim ihmali var şikâyetiyle mahkemeye başvuran olguların yüzde olarak dağılımı	58
Şekil 4.12a: Pratisyen hekimlerin şikâyet edilme oranı	61
Şekil 4.12b: Asistan hekimlerin şikâyet edilme oranı	61
Şekil 4.12c: Uzman hekimlerin şikâyet edilme oranı	62
Şekil 4.12d Hemşire veya ebelerin şikâyet edilme oranı	62
Şekil 4.12e: Sağlık memurlarının şikâyet edilme oranı	63
Şekil 4.13: En sık oluşan 6 zararın bütün olgular içindeki yüzde dağılımı	66
Şekil 4.14: Olguların cinsiyete göre dağılımı	73
Şekil 4.15: Olguların kusur durumuna göre dağılımı	73
Şekil 4.16: Olguların şikâyet edenlere göre dağılımı	74
Şekil 4.17: Olguların şikâyet edilen hastanelere göre dağılımı	75
Şekil 4.18: Olguların şikâyetin gerçekleştirildiği mahkemelere göre dağılımı	75

Şekil 4.19 Olguların coğrafi bölgelere göre dağılımı	76
Şekil 4.20: Olguların olay ile şikâyet arasında geçen süreye göre dağılımı	77
Şekil 4.21: Olguların en çok şikâyette bulunulan branşlara göre dağılımı	78
Şekil 4.22 Branşların kusurlu bulunup bulunmamasına göre yüzde olarak dağılımı (parantez içindeki sayıların ilki şikâyette bulunulan olgu sayısını, ikincisi kusurlu bulunan olgu sayısını göstermektedir.).....	79
Şekil 4.23: Olguların acil tıp, dahili ve cerrahi branşlara göre dağılımı.....	80
Şekil 4.24: Olguların cezaevinde bulunan tutuklu veya hükümlülerin yüzdesine göre dağılımı.....	80
Şekil 4.25a: Hatalı veya eksik tedavi uygulandı şikâyetiyle mahkemeye başvuran olguların yüzde olarak dağılımı	82
Şekil 4.25b: Aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim şikâyetiyle mahkemeye başvuran olguların yüzde olarak dağılımı	84
Şekil 4.25c: “Yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı.” şikâyetiyle mahkemeye başvuran olguların yüzde olarak dağılımı	86
Şekil 4.25d: Hekim ihmali var şikâyetiyle mahkemeye başvuran olguların yüzde olarak dağılımı	88
Şekil 4.26a: Pratisyen hekimlerin şikâyet edilme oranı.....	91
Şekil 4.26b: Asistan hekimlerin şikâyet edilme oranı	91
Şekil 4.26c: Uzman hekimlerin şikâyet edilme oranı	92
Şekil 4.26d: Hemşire veya ebelerin şikâyet edilme oranı.....	93

Kısaltmalar

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

ATK : Adli Tıp Kurumu

CMK : Ceza Muhakemesi Kanunu

NSAİİ : Non-Steroid Anti-İnflamatuar İlaçlar

T.C. : Türkiye Cumhuriyeti

TCK : Türk Ceza Kanunu

Özet

Çalışmamızda 2013 Ocak-2014 Aralık tarihleri arasındaki iki yıllık sürede Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu 1. ve 2. Adli Tıp İhtisas Kurulu'na başvuru yapılan tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan 1980 olgu, branş ayırt etmeksizin retrospektif olarak incelenerek tıbbi uygulama hatası davalarının adli tıbbi boyutu değerlendirilmiştir.

2. Adli Tıp İhtisas Kurulu'ndaki 814 olgunun %51'i erkek, %49'u kadın, yaş ortalamasının 28,32 ($\pm 21,4$) olduğu, medyan yaşın da 29 olduğu bulunmuştur. 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu'ndaki 1166 olgunun ise yaş ortalamasının 33,03 ($\pm 26,86$) olduğu, medyan yaşın da 34 olduğu bulunmuştur.

Bilirkişi görüşü istenilen 2. Adli Tıp İhtisas Kurulu'ndaki 814 olgunun %9'unda, 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu'ndaki 1166 olgunun %14.2'sinde tıbbi uygulama hatası olduğu görülmüştür.

İki İhtisas Kurulu'nda da tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan olguların en sık Ceza Mahkemeleri'nden ve Marmara Bölgesi'nden geldiği, şikâyetlerin en sık uzman hekimlere yönelik olduğu ve en sık şikâyet sebebinin de hatalı veya eksik tedaviden kaynaklandığı saptanmıştır. 2. Adli Tıp İhtisas Kurulu'nda bilirkişi görüşü istenilen olgularda, tıbbi uygulama hatası sebebiyle başvuru şikâyetlerin en sık Özel Hastanelere, 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu'nda ise şikâyetlerin en sık Eğitim Araştırma ve Devlet Hastaneleri'ne yönelik olduğu saptanmıştır.

2. Adli Tıp İhtisas Kurulu'ndaki değerlendirilen olgularda mahkemeye başvurma süresinin en sık 13-24 ay arasında olduğu 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu'ndaki olgularda ise mahkemeye başvurma süresinin en sık 0-12 ay arasında olduğu görülmüştür.

İki İhtisas Kurulu'nda da en çok şikâyet edilen branşın Kadın Hastalıkları ve Doğum olduğu, 2. Adli Tıp İhtisas Kurulu'nda 20 olgu ile kurulca en çok kusurlu bulunan branşın Ortopedi ve Travmatoloji (%26.3) olduğu, 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu'nda ise 55 olgu sayısı ile kurulca en çok kusurlu bulunan branşın Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (%33.3) olduğu bulunmuştur.

2. Adli Tıp İhtisas Kurulu'ndaki değerlendirilen olgularda da en çok şikâyette bulunan zararın %55.33 oranı ile enjeksiyon nöropatisi olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: tıbbi uygulama hatası, adli tıp, malpraktis

Abstract

In our study, 1980 cases, without treating unequally to the branches, which are applied to the 1. and 2. Council of Forensic Medicine of Ministry of Justice about the medical malpractice are searched retrospectively and evaluated the forensic medical dimensions.

%51 of cases consulted to the 2. Council of Forensic Medicine are male, %49 are female. The mean age 28,32 ($\pm 21,4$) and the median age was 29. On the other hand, the mean age of 1166 cases, those are analyzed in the 1. Council of Forensic Medicine was 33,03 ($\pm 26,86$), the median age was 36.

On the %9 of 816 cases which are consulted to the expert opinion of 2. Council of Forensic Medicine and %14,2 of 1166 cases which are consulted to the expert opinion of 1. Council of Forensic Medicine; malpractice was obtained.

It is determined that, claims about the malpractice are mostly from the Criminal Court and Marmara Region; intended for the specialists and the most complaints are false and incomplete treatment.

On the cases, which were consulted to the expert opinion in the 2. Council of Forensic Medicine, the complaints were intended for the private hospitals, for the 1. Council of Forensic Medicine; the complaints were intended for the public and education research hospitals.

The court application time was 13-24 months, which are evaluated in the 2. Council of Forensic Medicine and it was 0-12 months for the 1. Council of Forensic Medicine.

In the both of the councils, the most complained branch was Gynecology and Obstetrics.

Orthopedics and Traumatology was the most flawed branch with 20 cases (%26,3) in the 2. Council of Forensic Medicine and Child Health and Diseases was the most flawed branch with 55 cases (%33,3) in the 1. Council of Forensic Medicine.

Otherwise; the most complaints were seen about the injection neuropathy (%55,33) in the 2. Council of Forensic Medicine.

Key Words: Medical malpractice, forensic medicine, malpractice.



1. Giriş ve Amaç

Günümüzde tedavi yöntemlerinin gelişmesine karşın, tıbbi uygulama hatalarına yönelik açılan dava sayılarında hızla artış görülmektedir (1-3). Tıbbi uygulama hataları nedeniyle açılan dava sayılarındaki artışın yanı sıra hastaların hekimlerden beklentileri de artmıştır. Hastanın mutlu olabilmesi, hekimin hastanın beklentilerini ne kadar karşılayabildiği ile doğru orantılıdır. Bu beklentileri karşılayabilmek hasta memnuniyetinin en önemli parçasıdır. Hasta ile hekim arasındaki iletişim, hekimin hastasına olan ilgili ve özenli tavrı, doğru tanı ve tedaviyi hastaya doğru dille anlatarak uygulamak, hastanede kalış süresi, hasta bakımı gibi konular hasta memnuniyetinin yansıması olan konulardır (2).

Son zamanlarda yine medyanın tıbbi uygulama hataları sebebiyle açılan davalara karşı olan ilgisi artmış, halk arasında hekime olan güvenilirlik ve inanç sarsılmaya başlamıştır. Medyanın egzajere ederek yayınladığı tıbbi malpraktis iddiası bulunan, haberleri yapılmış davaların sonuçları hiçbir zaman kamuoyu ile paylaşılmadığından, halka tam anlamıyla doğru bilgiler verilmemekte ve halka; hekime ve sağlık çalışanlarına karşı negatif algı yaratılmakta bu da hasta ve hasta yakınlarını dava açma konusunda cesaretlendirmektedir.

Halkın hasta hakları yönünden bilinçlenmesi, ihmal ve ihlaller sonucu caydırıcı cezaların da verildiğinin görülmesi üzerine, hasta ve yakınlarının haklarını aramalarına ve sağlık sistemini ciddi şekilde sorgulamalarına sebebiyet vermektedir (4).

Amerikan Tıp Enstitüsünün 2000 yılı verilerine göre Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 44.000 ile 98.000 sayıları arasında binlerce hastanın tıbbi uygulama hatalarına bağlı hayatlarını kaybettiği bildirilmiştir (5).

Dünyada tıbbi uygulama hataları sebebiyle dava sayılarının artmasının sebepleri halkın bilinçlenmesi ve eğitim düzeyinin artması, sigorta sistemlerinin gelişmesi, tıbbın sürekli gelişerek yeni tanı ve tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi ve bunların topluma hızlıca yayılması gibi birçok hukuki, sosyal ve tıbbi faktörlerdir. Tıbbi uygulama hataları sebebiyle açılan davaların ülkemizde de giderek artması yine aynı sebepler olduğu düşünülebilir (6-8).

22.10.2010 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan 3/6/2010 tarih ve E.: 2009/69, K.:2010/79 sayılı kararı ile ceza mahkemelerini Yüksek Sağlık Şûrasından rapor almakla zorunlu tutan madde iptal edildikten sonra Adli Tıp Kurumu'na gelen dosya sayılarını ve dolayısıyla iş yükünü de arttırmıştır (9).

Kusur ile kabul edilebilir risk (komplikasyon) arasındaki farkın doğru ortaya konması tıbbi uygulama hatası konusunun çözümüne yönelik bilimsel yaklaşımı oluşturur.

Bu çalışmanın amacı; belli bir dönemde Adli Tıp Kurumu'nun farklı iki İhtisas Kuruluna tıbbi malpraktis iddiası ile gönderilmiş dosyalardaki veriler değerlendirilerek, hasta ve yakınlarının hekimlerin ve sağlık çalışanlarının tıbbi uygulamalarından kaynaklanan şikayetlerinin neler olduğunun, bu şikayetlerin hangi branşlarda yoğunlaştığının, en fazla hangi personelin, hangi hastanelerin şikayet edildiğinin, olay ile şikayet arasındaki geçen sürenin nasıl değiştiğinin, en fazla hangi zararların ortaya çıktığının saptanması ve alınabilecek önlemlerin literatür eşliğinde tartışılmasıdır.

2. Genel Bilgiler

2.1. Hekim

Hekim, tıp eğitimini bitirdikten sonra, yazılı kurallar (sözleşme, bildirme, yönetmelik, uluslararası ve ulusal yasalar), mesleki deontolojik ve etik kurallar çerçevesinde bu mesleği uygulama hak ve becerisine sahip olan kişidir (10). Türkiye’de hekimlik yapabilmek için tıp fakültelerinin birinden mezun olma şartı vardır (11).

“Primum Non Nocere”; “Önce Zarar Verme” anlamına gelen, tıbbın kurucusu ve etik ilkelerin belirleyicisi Hipokrat tarafından söylendiğine inanılan Latince bir sözdür. Hekimlere bu ilkeden yola çıkılarak ilk olarak “önce zarar verme” algısı öğretilir.

2.2. Hasta

Hasta, sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kimseyi ifade etmektedir (12). Hasta kavramının Farsça “yorgun” anlamına geldiği ve “bir tedavi işlemine, bir cerrahi müdahaleye rıza gösteren, müdahalenin pasif tarafı olan kişi” olarak tanımlanabileceği açıklanmaktadır (13).

2.3. Tıbbi Malpraktis

Kötü ve hatalı uygulama anlamına gelen malpraktis, Latince “Male” ve “Praxis” kelimelerinden türemiştir. Uygulamada; bir meslek mensubunun, mesleğini uyguladığı esnada ortaya çıkan hatalı, kusurlu davranışları olarak tanımlanır. Tıbbi Malpraktis ise; tıp mesleği mensuplarının hatalı, kusurlu davranışları sonucu meydana gelir. Dünya Tabipler Birliği 1992 yılındaki 44. genel kurulundaki ifadede de tıbbi

malpraktisi; “Hekimin tedavi sırasında standart güncel uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar” olarak tanımlamıştır (14).

Amerikan Tıp Enstitüsü’nün tıbbi hata tanımı şu şekildedir: “Planlanmış bir işin amaçlandığı şekilde tamamlanamaması” (uygulama hatası) ya da “Bir hedefe ulaşmak için yanlış bir planın kullanılması” (planlama hatası). Amerikan Tıp Enstitüsü’nün yan etki tanımı ise “Sağlık hizmeti sırasında (medical management), altta yatan hastalığa veya hastanın içinde bulunduğu duruma bağlı olmaksızın tedaviye bağlı gelişen hasar” şeklindedir (15).

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 hastalığın ölümüne kadar geniş bir yelpazedeki şartların” tamamını içeren maddelerden oluşmaktadır (14).

Tıbbi malpraktis ilk olarak karşımıza Hipokrat Andı ve Hammurabi kanunları ile çıkmaktadır (16,17). Hipokrat tarafından kusur; hekimin tıp kurallarına uygun olmayan uygulamaları olarak tanımlanmıştır (18).

Malpraktis kavramına ilk olarak 18. Yüzyılın başlarında İngiliz hukuk teorilerinde yer verilmiştir. Sir William Blackstone’nin 1768’deki yapmış olduğu yorumda tıbbi uygulama hatalarını, “ihmal ya da beceri eksikliği içeren hekimin, cerrahın ya da eczacının yönetimi ile hastanın zarar uğrayarak, hekime güvenin sarsılması” olarak tanımlamış ve günümüze kadar süregelen malpraktis kavramının temellerini atmıştır (19).

Malpraktisten bahsedebilmek için 4 unsurun varlığı gereklidir.

- ❖ Fiilin hukuka aykırı olması
- ❖ Zarar
- ❖ Kusur
- ❖ Zarar ile sonuç arasında illiyet bağı

2.4. Bakım Standardı

Tıp biliminin günümüzde ulaştığı teknik ve bilimsel düzey, uygulamayı yapanın eğitim düzeyi, uygulamanın yapıldığı ortamın koşulları ile birlikte değerlendirildiğinde, aynı ortam koşullarında, aynı yetkinlik düzeyinde bir hekimin göstermesi gereken özen, ‘bakım standardı’ olarak tanımlanmaktadır. Bu standartların belirlenmesinde uygulamanın acil ya da elektif şartlarda yapılıp yapılmadığı, tıbbi uygulamanın yapıldığı yerin donanım olarak uygulamanın yapılmasına uygun olup olmadığı, olay yerinin özellikleri gibi ortam koşulları ve uygulamayı yapan kişinin etkinlik düzeyi göz önünde bulundurulur (20).

2.5. Tıbbi Uygulama Hatalarının Nedenleri

Tıbbi malpraktis bir veya birçok nedene bağlı gelişir. İnsan faktörü (bilgisizlik, eğitim veya tecrübe eksikliği, hekim veya sağlık çalışanının görev ihmali, özen eksikliği, fiziksel yorgunluk, tanı ve tedavide hata, eksik aydınlatılmış onam, kayıt tutmada eksiklik veya yetersizlik, hasta hekim arasındaki iletişim eksikliği vb.) çevresel faktörler(hastane/ameliyathanenin fiziksel koşulları, tıbbi cihazların çalışma durumları, görsel ve yazılı basın vb.) gibi faktörler tıbbi malpraktis oluşma olasılığını arttıran faktörlerdir. Ancak tıbbi bakım ve hasta tedavisi bir ekip işi olduğundan tıbbi malpraktis genellikle tek bir nedene bağlı değil, çoğul etkenler dolayısıyla gelişir (14,21,22).

2.5.1. Hekimler ve/veya sağlık personeli ile ilgili faktörler

2.5.1.1. Tanı Hataları

Her hasta hekimden hastalığıyla ilgili doğru tanı koymasını beklemektedir. Doğru teşhis koyma yükümlülüğü her hekim için geçerlidir (11).

Tanı hatası, yapılan incelemeler ya da yeni ortaya çıkan bulgularla saptanan yanlış, kaçırılmış, veya gecikmiş bir teşhis olarak tanımlanmaktadır (23). Bunun için de hastanın anamnezinin doğru alınması, muayene edilmesi, bunların doğrultusunda da tetkiklerin yapılması gerekebilir. Yapılan bu tetkiklerin de eksiksiz ve yeterli olması beklenir. Aksi durumda eksik araştırma sonucu kusur meydana gelebilir. Örneğin kafa travması sebebiyle gelen hastaya, kafa grafisi çekilmemesi nedeniyle kafatasındaki deprese fraktürün fark edilmeden eve gönderilmesi bu gruba girer. Her durumda gereksiz bir sürü tetkik istenmesi de doğru değildir. Ancak artık hekimlerin malpraktis davalarının çoğalması sebebiyle hata yapmaktan, doğru tanıyı atlamaktan korktukları için yapılan incelemelerinde aşırıya kaçmaları söz konusu olabilmektedir. Yukarıdaki örnekten devam edecek olursak, hekimden beklenen her basit kafa travmasına grafi çekmek değildir. Hiçbir bulgusu olmayan basit bir kafa travmasındaki kırık atlanmış olsa dahi kabul edilebilir risk olarak değerlendirilebilir. Ama anamnezinde kafasına sert bir cisimle vurulduğu, bilinç bulanıklığı veya kaybı, bulantı, kusma tanımlayan bir hastaya kafa grafisi çekilmemiş olması ise tıbbi kusur ortaya çıkaracaktır (14). Tanı hatalarına en çok deneyimsiz kişilerce yapılan tetkiklerde rastlanılmaktadır (24).

2.5.1.2. Tedavi Hataları

Tedavi aşaması tıbbi uygulama hatalarının ortaya çıkmasındaki ikinci aşamadır. Doğru konulmuş bir tanı olmasına karşın yanlış veya eksik bir tedavi uygulanabilir veya

seçilen tedavi yöntemini uygulama safhasında kusurlu davranış söz konusu olabilir (25). Hekime başvuran hastanın içinde bulunduğu durumu iyileştirmek adına, hastanın durumunu daha kötü hale getirmeden hastaya tıbbi müdahalede bulunması gerekmektedir (26).

Hekim hastasına hangi tedaviyi seçeceği konusunda özgürdür. Ancak bunu hastanın onamını alarak yapmalıdır. Seçilen tedavi yöntemini hakkında hasta yeterince aydınlatılmalıdır. Özellikle de risk oranı yüksek tedavi yöntemi seçilmişse bunun sebepleri hastaya iyice anlatılmalı ve hastanın rızası alınmalıdır. Aksi takdirde bu riskli tedavi yöntemi uygulama esnasında ortaya çıkan komplikasyonlar sebebi ile de hekimin sorumluluğu söz konusu olabilir (14).

2.5.1.3. Aydınlatılmış Onam

Hastanın istediği hekimi seçip, o hekime tedavi olma hakkı vardır. Hasta hekime başvurduğu andan itibaren muayene olmak ve anamnez vermek için onamının var olduğu kabul edilir. İnvazif olmayan tetkik ve tedaviler için de bu onamın yeterli olduğu kabul edilir. Oysa ki invaziv işlemler için bu onam yeterli olmayacak ve yazılı onam alınması gerekecektir (27,28).

Hastanın yapılacak olan tıbbi müdahaleye rıza alınmasındaki ilk adım olan aydınlatma yükümlülüğü; hekim-hasta arasındaki sözleşme öncesi görüşmelerden başlar, yapılan tıbbi müdahalenin sona ermesi ve sonra devam edebilecek olan rehabilitasyon sürecinde de hekimin karşılaştacağı bir yükümlülüktür. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 18.maddesine göre aydınlatma yükümlülüğü, hekimdedir (29).

2.5.1.3.1. Hekimin Aydınlatma Yükümlülüğünün Türleri

Müdahale Aydınlatması: Hekim, hastasına onun kararının ve rızasının oluşmasına yönelik olan bütün bilgileri vermekle yükümlüdür. Hasta aydınlatma sonucunda, hastalığının ne olduğunu ve buna karşı nelerin yapılabileceğini anlamalı ve bilmelidir (30). Müdahale aydınlatması 3'e ayrılır (31-32).

Teşhis Aydınlatması: Hekimin hastayı tedaviye başlaması için yapması gereken ilk şey, tanısını belirlemek yani bir teşhis koymaktır. Hekim koyduğu bu teşhisi hastasına anlatmak ve hastasını aydınlatmak zorundadır (33).

Süreç Aydınlatması: Süreç aydınlatması, tedaviyi yani teşhis sonrası izlenecek yol ve çözümleri kapsar. Süreç aydınlatması; doktorun yapacağı müdahaleyi neden seçtiğini, ne sebeple önerdiğini; uygulanabilecek başka alternatif yöntemler varsa bunların ne olduğunu anlatması kapsamına girer(34,35).

Riziko Aydınlatması: Başta cerrahi müdahaleler olmak üzere, her tıbbi müdahalede, öngörülemeyen, istenmeyen sonuçlar, komplikasyonlar gelişebilir. Hekim hastaya tedavinin risklerini ve yan etkilerinin ne olduğunu anlatmalı ve hastayı bu konuda aydınlatmalıdır (34). Hekim tedavinin risklerini anlatırken, öncelikle hastanın uzuv veya can kaybı olasılığı üzerinde durmalı ve gerçekleşmesi muhtemel diğer komplikasyonlar da hastaya anlatılmalıdır (36).

Alman Federal Mahkemesinin bir kararında; "...Aydınlatma, endikasyonun ağırlığının anlatılmasıyla belirginleştirilmelidir. Bu kapsamda, müdahalenin zorunluluğu, ivediliği ve tedavinin başarı şansı anlatılmalıdır. Bunun yanında özellikle hastanın yaşamını sürdürmesini etkileyebilecek risklerin ağırlığının da belirtilmesi gerekmektedir." denilmiştir (37).

Hekim hastasına riskleri anlatırken matematiksek ve istatistiksel verilerden yararlanılması gerekmektedir. Yani hekimin hastaya, aynı tedaviyi görmüş olan hastaların yüzde, binde ya da milyonda kaçında anlatılan komplikasyonlarla karşılaştığının açıklanmasını yapması gerekmektedir (38). Bu konuda Alman Federal mahkemesinin bir kararında "... Hekim, ortaya çıkabilecek komplikasyonları istatistiksel olarak açıklamak zorunda değildir. Ancak, bu hekimi riskin yüksekliğini açıklama zorunluluğundan muaf tutmaz. ... Küçük riskleri hekim 'az görülür' veya 'nadiren' şeklinde nitelendirebilir" denilmiştir (33,39).

Riskler konusunda bir önemli veri de komplikasyonların ağırlığı olacaktır. Riziko ne kadar fazlaysa, aydınlatılmanın kapsamı da o ölçüde geniş olmalıdır (40).

Koruma Aydınlatması: Koruma aydınlatmasındaki amaç; Tedavinin süreci, ilaçların yan etkileri konusunda hastayı bilgilendirerek, hastanın kendi yaşantısını göz önünde bulundurarak, kendine uyan davranışı gerçekleştirmesini sağlamaktır (41).

Hekimin aydınlatma yükümlülüğü kapsamı konusunda hukuki olarak net bir sınır söz konusu değildir. Bu konuda Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinin 14. maddesi bir genel kural olarak nitelendirilebilir. "Madde 14 – Tabip ve dış tabibi, hastanın vaziyetinin icap ettirdiği sıhhi ihtimamı gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak ve sıhhatini korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstrabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmakla mükelleftir. Tabip ve dış tabibi, hastasına ümit vererek teselli eder. Hastanın maneviyatı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimali bulunmadığı takdirde, teşhise göre alınması gereken tedbirlerin hastaya açıkça söylenmesi lazımdır. Ancak, hastalığın, vahim görülen akıbet ve seyrinin saklanması uygundur. Meş'um bir pronostik hastanın kendisine çok büyük bir ihtiyatla ihdas

edilebilir. Hasta tarafından, böyle bir pronostiğin ailesine açıklanmaması istenilmemiş veya açıklanacağı şahıs tayin olunmamış ise, durum ailesine bildirilir.” (42).

Deutsch ve Spickhoff’a göre, aydınlatılmış onam; tedavinin sürecini, öngörülen riskleri, riskli endikasyonları, tedavinin başarısız olma ihtimalini, hastalığın normal gelişimi ile risk karşılaştırmasını, tedavinin sıklığını, diğer tedavi alternatiflerini, güncel ve konservatif tedavi yöntemlerini içermelidir (34).

Hasta hakları ile ilgili uluslararası çapta kabul edilen ilk belge 1981 yılında Lizbon’da imzalanan, Dünya Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi’dir. Altı madde olarak yayınlanmış olan bu bildirinin üçüncü maddesinde; ”Hasta, yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra tedaviyi kabul etme ya da reddetme hakkına sahiptir.” Yazılıdır (43).

Hekim, hastasına genel hatlarıyla ve psikolojisinin kaldırabileceği kadar bilgi vermelidir (44). Hekim tecrübelerine dayanarak aydınlatmanın sınırlarını belirlemelidir (45).

Bu konudaki Yargıtay’ın vermiş olduğu kararları incelediğimizde, Yargıtay’ın her iki yönde de kararının olduğunu görmekteyiz.

“...hasta tehlikelere karşı kendisi karar verebilir. Tıbbi müdahaleler ve hekimin girişeceği diğer eylemler kişinin sağlığını, vücut bütünlüğünü ilgilendirdiği için, bunların gerçekleştirilmesine karar verme yetkisi hekime değil, müdahalelere maruz kalacak kişiye, hastaya aittir.” (46).

“Davalıya yöneltilen kusur, ameliyatın küçümsenerek muhtemel sonuçların davacıya anlatılmamış olmasıdır. Davalının bu yolda hareket etmesinin hastanın

maneviyatını kuvvetlendirmek bakımından faydalar sağlayacağı genel olarak kabul edilmektedir.” (47).

2.5.1.4. Hastanın Rızasını Alma Yükümlülüğü

Rıza; tedavide, hekim ile hasta arasındaki ilişkiden kaynaklanan bir oluşumdur (48). Ancak hasta, vücudu üzerinde gerçekleştirilecek her türlü tıbbi müdahaleye rıza gösterip göstermeme hakkına sahiptir. Hastanın bu hakkı, ilk kez Hakim Cardozo tarafından verilen bir kararda; “İrade sahibi her ergin insan kendi bedeni üzerinde yapılacak olan müdahale için karar verme hakkına sahiptir.” hükmüyle dile getirilmiştir (49). Hekimin aydınlatılma yükümlülüğünü gereğince ve doğru şekilde yerine getirmesi, hastanın yapılacak müdahaleye ilişkin rıza göstermesi açısından büyük önem taşımaktadır (50).

Anayasa'nın 17. Maddesinde; ”Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz.” Yazılıdır (51).

Tababet Ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanununun 70. maddesinde “Tabipler, dış tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta ... tahtı hacirde ise ... vasisinin evveleminde muvafakatını alırlar. Büyük ameliyei cerrahiyeler için bu muvafakatin tahriri olması lazımdır. (... vasisi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde ameliye yapılacak şahıs ifadeye muktedir olmadığı takdirde muvafakat şart değildir.) Hilafında hareket edenlerden alakadarın şikayetine bağlı olmak şartıyla on liradan iki yüz liraya kadar hafif cezai nakdi alınır.” denilmiştir (52).

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 24.maddesinde;" Kanunda gösterilen istisnalar hariç olmak üzere, kimse, rızası olmaksızın ve verdiği rızaya uygun olmayan bir şekilde tıbbi ameliyeye tabi tutulamaz. Bir suç işlediği veya buna iştirak ettiği şüphesi altında bulunan kişinin işlediği suçun muhtemel delillerinin, kendisinin veya mağdurun vücudunda olduğu düşünülen hallerde; bu delillerin ortaya çıkarılması için sanığın veya mağdurun tıbbi ameliyeye tabi tutulması, hakimın kararına bağlıdır. Gecikmesinde sakınca bulunan hallerde bu ameliye, cumhuriyet savcısının talebi üzerine yapılabilir." yazılıdır (12).

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 24.maddesinde;" Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz. Kanuni temsilcinin rızasının yeterli olduğu hallerde dahi, anlatılanları anlayabilecekleri ölçüde, küçük veya kısıtlı olan hastanın dinlenmesi suretiyle mümkün olduğu kadar bilgilendirme sürecine ve tedavisi ile ilgili alınacak kararlara katılımı sağlanır. Sağlık kurum ve kuruluşları tarafından engellilerin durumuna uygun bilgilendirme yapılmasına ve rıza alınmasına yönelik gerekli tedbirler alınır. Kanuni temsilci tarafından rıza verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; Türk Medeni Kanununun 346'ncı ve 487'inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır. Tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbî müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri göz önüne alınır. Yeterliğin zaman zaman kaybedildiği tekrarlayıcı hastalıklarda, hastadan yeterliği olduğu dönemde onu kaybettiği dönemlere ilişkin yapılacak tıbbi müdahale için rıza vermesi istenebilir. Hastanın rızasının alınmadığı

hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açacak durumun varlığı halinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmak rızaya bağlı değildir. Bu durumda hastaya gerekli tıbbi müdahale yapılarak durum kayıt altına alınır. Ancak bu durumda, mümkünse hastanın orada bulunan yakını veya kanuni temsilcisi; mümkün olmadığı takdirde de tıbbi müdahale sonrasında hastanın yakını veya kanuni temsilcisi bilgilendirilir. Ancak hastanın bilinci açıldıktan sonraki tıbbi müdahaleler için hastanın yeterliği ve ifade edebilme gücüne bağlı olarak rıza işlemlerine başvurulur. Sağlık kurum ve kuruluşlarında yatarak tedavisi tamamlanan hastaya, genel sağlık durumu, ilaçları, kontrol tarihleri diyet ve sonrasında neler yapması gerektiği gibi bilgileri içeren taburcu sonrası tedavi planı sağlık meslek mensubu tarafından sözel olarak anlatılır. Daha sonra bu tedavi planının yer aldığı epikrizin bir nüshası hastaya verilir.” yazılıdır. Hasta veya onun yerine yasal olarak karar verme yetki ve hakkına sahip olan bireylerin onamı olmadan yapılan tıbbi girişim hukuka aykırı olarak kabul edilir (10,29)

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 24.maddesinden de anlaşılacağı üzere hukuki ehliyeti olan herkes ve akıl sağlığı bozukluğu, zeka geriliği veya yaş küçüklüğü olan kişilerin de vasi veya velisi aydınlatılmalı ve onamı alınmalıdır.

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 18.maddesine göre; “Bilgi, mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde verilir.” yazılıdır (12).

Aydınlatılmış onamın içeriği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın 26. Maddesinde; ”Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı

riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır. Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmelidir. Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri, hasta kendisi belirler. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Alınan onam, baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir.” ve Biyotıp Sözleşmesi’nin 5.maddesi’nde;” Sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden sonra yapılabilir. Bu kişiye, önceden, müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında uygun bilgiler verilecektir. İlgili kişi, muvafakatini her zaman, serbestçe geri alabilir.” denilmiştir (27,53,54).

Rıza, hukuki işlem niteliğindedir (55). Dolayısıyla ancak rıza gösterme ehliyeti olan kişiler, bu işlemi gerçekleştirebilirler (56). Hastanın tedavi ve müdahaleleri, tıbbi fiilleri anlayabilecek ve değerlendirebilecek düzeyde olması gerekir (57).

Hasta Hakları Yönetmeliği’nin bahsettiği aydınlatma yükümlüğü bazı hallerde ortadan kalkmaktadır. Aydınlatma yükümlülüğünün kalktığı durumlar da yine Hekimlik Meslek Etiği Kuralları’nın 26. Maddesinde; ”Acil durumlar ile, hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcisinin izni alınır. Hekim temsilcinin izin vermemesinin kötü niyete dayandığını düşünüyor ve bu durum hastanın yaşamını tehdit ediyorsa, durum adli mercilere bildirilerek izin alınmalıdır. Bunun mümkün olmaması durumunda, hekim başka bir meslektaşına danışmaya çalışır ya da yalnızca yaşamı kurtarmaya yönelik girişimlerde bulunur. Acil durumlarda müdahale etmek hekimin takdirindedir. Tedavisi yasalarla zorunlu kılınan

hastalıklar toplum sağlığını tehdit ettiği için hasta veya yasal temsilcisinin aydınlatılmış onamı alınmasa da gerekli tedavi yapılır. Hasta vermiş olduğu aydınlatılmış onamı dilediği zaman geri alabilir.” anlatılmıştır (12).

2.5.1.5. Meslekte Acemilik ve Deneyimsizlik

Hekim, tıp eğitimini tamamladıktan sonra tıpta genel olarak kabul görmüş kurallar ve tıp etiği çerçevesinde hekimlik mesleğini icra etmeye hak ve yetkisine sahip olan kişidir. Hekimi mesleğinin gerekliliklerini, esaslarını ve kabul edilmiş klasik bilgileri bilmek ve temel beceriye sahip olmakla yükümlüdür. Aksi takdirde bu sebeplerle doğan hatalar meslekte acemilik olarak kabul edilir (hatalı ilaç girişiminde bulunmak, hatalı entübasyon). Aynı zamanda eterli mesleki bilgiye sahip olmayan hekim beraber çalıştığı sağlık personelinin eğitiminde de eksiklikler ortaya çıkacaktır (21,58,59).

Sağlık personelinin hastalık tanı ve tedavisini doğru ve eksiksiz uygulayabilmesi için de tecrübeye gereksinimi vardır. Yapılan bazı çalışmalarda 10 yıl ve daha uzun meslekte çalışmış olan sağlık personellerinin daha az hata yaptıkları görülmüştür (60).

2.5.1.6. Yeni Uygulanan Tıbbi Yöntemlerin/Girişimlerin Gerisinde

Kalmak

Zamanla hastaların hekimlerden beklentileri gittikçe artmıştır. Hatta yıllar öncesinde uygulanan tedavi seçenekleri günümüzde malpratis olarak kabul edilir hale gelmiştir. Hekimin yeni tanı ve tedavi yöntemlerini takip etmesi ve güncel tıbbın gerektirdiği tedavi yöntemlerini uygulaması gerekir. Örneğin; 1935 yılında, Antonio Egas Moniz tarafından icat edilmiş olan lobotomi, beynin prefrontal lobu üzerindeki

bağlantıların buz kıracağı ile kesilmesi şeklinde yapılıyordu. Bu işlem, özellikle ağır psikotik hastalığı olan kimselerde uygulanıyordu. İşlemin yapılacağı sırada hastalar uyuşturulmuyordu. 1949'da da Nobel ödülü Moniz'e verildi. 1967 yılı itibariyle bu yöntem son bulmuştur (61). Yine başka bir örnek de kokainin bağımlılık yaptığı bilinmeden önce ameliyatlarda anestezik olarak kullanılması idi. Aynı zamanda diş ağrıyan çocuklara da damlalar halinde kokain verilmekteydi (62). 19. yüzyılda Civa klorür, frengi tedavisi için kullanılıyordu. Aynı zamanda içinde cıva bulunan bazı hap ve şuruplar da, depresyon, hamile kalamama ve diş ağrısı tedavisi için kullanılıyordu (63). Skolyoz M.Ö 5. yüzyılda Hipokrat tarafından tanımlanmıştır. Hipokrat skolyoz için askıya asılma ve aksiyal traksiyon yapımını sağlayan özel masalarda, hastaların masa üzerine yatırılıp çevrilerek oluşturulan bir mekanizmadan oluşan tedavi yöntemlerini kullanılıyordu. Galen de (MS 131-201) Hipokrat'ın tedavi yöntemlerinin yanı sıra göğüs sargıları ve ceketler kullanarak omurga eğriliğini tedavi etmeye çalışmıştır (64-67).

2.5.1.7. Hekimin Görev İhmali

Hekimin sağlık bakımı görevini hastaya zarar verecek şekilde sonuçlandırarak ihlal etmesine ihmal denir (21). Hekimden, hasta karşısında en özenli, en bilgili meslektaşlarının göstereceği performans değil, aynı koşullarda, aynı uzmanlık alanındaki ortalama bir meslektaşının göstereceği performansı uygulamış beklenir. Ortalama bir hekimin genel kabul görmüş tıp kuralları ve etiğine uygun hareket etmesi gerekir. Aynı koşullar diğer sağlık görevlileri için de geçerlidir (14).

Hukuki olarak ihmalden bahsedebilmek için 4 farklı unsurun değerlendirilmesi gerekir.

- ❖ Hasta hekim ilişkisinde hekime yüklenmiş olan görev
- ❖ Hekim/sağlık çalışanının hastaya ihmalkar biçimde davranması
- ❖ Hekim/sağlık çalışanının hastanın hastalığının artması veya hastanın yaralanmasına sebep olmuş olması
- ❖ Hastada oluşan zararın önceden öngörülebilir ve önlenebilir olması (21).

2.5.1.8. Fiziki Yorgunluk

Hekimlerin fiziki yorgunluk nedeniyle dikkatleri dağılabilme, hekimlerde dikkat eksikliği oluşabilmektedir (21). Tıbbi hataların büyük çoğunluğu da iş yükünün fazla olması ve buna bağlı dikkatsizlik sebebiyle meydana gelmektedir (68). Fiziki yorgunluğu oluşturan ve tıbbi hataya yol açan sebepler de hekim ve sağlık personellerinin çalışma koşulları göz önünde bulundurulduğunda öncelikle iş yükünün fazla olması ve kendi görevi olmayan işlerin de kendilerine yüklenmesi, aylık nöbet sayılarının fazla olması ve çalışma sürelerinin fazla olması olarak sınıflandırmak mümkündür (69).

2.5.1.9. Dikkat ve Özen Eksikliği

Hastaların şikâyetlerinin en büyük çoğunluğu hekimin kendisine yeterli özeni ve dikkati göstermediği ve kendisiyle ilgilenilmediği yönündedir. Dikkat eksikliği; tedavi sırasında yapılmaması gereken bir eylemin gerçekleşmesidir. Örneğin yanlış kan grubun transfüzyonu. Özen eksikliği ise hastanın ilk geldiği andan itibaren hastayı yeterince dinlememe, hasta ile yeterince ilgilenmeme, hastayı eksik araştırmak, eksik takip etmek,

örneğin kanamalı hastayı bekletmek ve eksik kayıt tutmaya kadar giden kavramları içerir (8,20,59,70-73).

Özen eksikliği tespitinde klinik boyutta sorulması gereken bazı sorular vardır:

- 1) Hekim uygun ve yeterli bir öykü aldı mı?
- 2) Hekim uygun ve yeterli bir fizik muayene yaptı mı?
- 3) Gerekli testler yapıldı mı?
- 4) Hekimin tanısı doğru muydu?
- 5) Hekimin seçtiği tedavi doğru muydu?
- 6) Tedavinin uygulanma süreci doğru muydu?
- 7) Ortaya çıkan komplikasyon önlenebilir nitelikte miydi?
- 8) Komplikasyonun tanısı doğru biçimde ve zamanında kondu mu?
- 9) Komplikasyona yönelik uygulanan tedavi planı uygun ve yeterli miydi? (20).

2.5.1.10. Tedbirsizlik

Önlenebilir bir tehlikeyi önlemedeki kusurdur. Önlem almayı unutmak veya önlem almakta gecikmek de bu kapsama girer. Örneğin; hastanın penisiline alerjisi olduğu bilinen bir hastaya penisilin tedavisi düzenlemek veya alerjisi bilinmeyen bir hastaya test aşamasındaki dozda dahi anafilaktik reaksiyon oluşabilecek bir hasta için gerekli araç- gereci bulundurmamak (59).

2.5.1.11.İletişim Eksiklikleri

Tıbbi uygulama hataları sebebiyle açılan davalarda en sık rastlanan şikayet nedenlerinden biri de iletişim eksikliğidir (74). Hasta ile hekimin anlaşabiliyor olması, hekim ile hastanın arasında ilişkinin uyumlu olması, hekimin hastaya karşı anlayışlı, güler yüzlü davranması, hastayı dinlemesi, kaygılarını anlaması ve anlaşılır bir dille hastalığının tanısını ve tedavi seçeneklerini hastasına sunması gereklidir. Aynı zamanda diğer konsültan hekimlerle de bağlantısının olması önemlidir. Aksi takdirde tıbbi uygulama hatalarının kapısı açılmış olur ve hasta ile hekim arasındaki bu uyumsuzluk, hastanın tedavi planına yaklaşımında da negatif bir bakış meydana getirir (8,21,22,75).

2002 yılında Surgery dergisinde yayınlanan bir çalışmada ses tonları daha sıcak ve naif olan hekimler hakkında ihmal sebebiyle açılan tıbbi uygulama hatası davalarının oranı %50 oranda daha azdır. Sesleri daha gür ve dominant olan hekimler hakkında ihmal sebebiyle açılan davaların ise %2.74 oranında daha fazla olduğu görülmüştür (76).

2.5.1.12.Kayıt tutma yükümlülüğü

Kayıt tutulması hukuki bir zorunluluktur. “Söz uçar, yazı kalır.” sözünden de anlaşılacağı üzere hekimin hastaya yaptığı tetkikler, laboratuvar sonuçları, radyoloji rapor ve sonuçları, tedavi düzenlemesi, beslenme, diyet, fiziksel egzersiz önerileri, cerrahi müdahaleler, ameliyat notları, hastanın başka bir hastaneye transferi, konsültan hekimlerin not ve imzalarıyla hastanın adı, soyadı, hazırlanan belgenin protokol numarası, o günün tarihi ile detaylı ve yazılı olarak kayıt altına alınmalıdır. Ayrıca hasta kimliğinin doğrulanması işlemi mutlaka yapılmalı ve hasta transferi söz konusu olacaksa da muhakkak kontrol edilmelidir (19). Malpraktis iddiaları değerlendirirken bu

belgeler esas alınacaktır. Hekim savunmasını bu kayıtlara dayanarak yapabilir. Adli raporlar bu kayıtlar dikkate alınarak hazırlanmalıdır. Bu kayıtların da saklanma sorumluluğu sağlık hizmetini veren sağlık kurum ve kuruluşuna aittir (8,14,77-80). Kayıt tutma ile ilgili yaşanan sıkıntıların sebepleri hekimlerin kayıt tutma yükümlülüğü olmasına karşın eksik tıbbi evrak doldurmaları, adli makamlar ile sağlık kuruluşları arasındaki yazışmaların etkin bir şekilde yapılamaması, sekreterlerin bu tıbbi evrakların toplanıp adli kuruluşlara göndermede eksik işlem ya da hata yapmaları, sağlık kuruluşlarının arşivlerinin olmaması olarak sayılabilir. Bunun sonucunda da tıbbi kayıtlara ulaşmakta güçlük çekilmektedir (81,82).

2.5.1.13. Yetki sınırlarının aşılması ve tıbbi konsültasyon

Hekimler çalışma şartları gereği kendi uzmanlık alanı sınırlarını aşabilmektedirler. Hekimler kendi uzmanlık alanı dışındaki konularda konsültasyon istemelidirler. Hekim iş yoğunluğu, hızlı karar verme gibi sebeplerden ötürü istemeden yetki sınırını aşarak bir karar verdiyse bundan sorumludur. Vermiş olduğu kararlardan dolayı oluşabilecek zararlarda eksik araştırma ve özen kusuru gerekçeleriyle tıbbi kusur söz konusu olabilmektedir (20). Ayrıca hekimler hastaları için görüşünü istedikleri konsültan hekimlerin hatalarından da sorumludur. Konsültan hekimlerin yaptığı işlem, tetkik veya görüşleri sonucu bir sorun oluştuğunda konsültan hekim ile birlikte onun uzmanlığına başvuran hekimin de sorumluluğu bulunmaktadır (8,20,70).

2.5.1.14. Hatalı karar

Cerrahi branşlarda ameliyat kararlarında ve ameliyat sırasında hata yapmamak çok önemlidir. Dahili branşlarda ise ilaç seçimlerinde ve çoklu ilaç kullanımlarında ilaç etkileşimlerine dikkat edilmelidir (8,20,70).

2.5.1.15. Girişim hataları ve teknik hatalar

Ameliyat sırasında vücutta unutulmuş yabancı cisimlerle ilgili dava açılması söz konusu olabilir. Bu durum hekimi mahkemede savunmasız bir duruma düşürebilir (8,20,70). Aynı zamanda tıbbi işlemler sırasında kullanılan malzemelerden kaynaklanan sorunlar da yaşanabilir. Bu sebeple oluşan sorunlardan hekim veya sağlık personeli direkt ya da indirekt şekilde sorumlu tutulabilir (3).

2.5.1.16. Terk Etme

Terk etme, hekimin kendi kararı ile hekim ile hasta arasındaki ilişkinin sonlandırılmasıdır. Bir sebebe bağlı olmadan hastayı tedavi etmeyi reddetmek, hastayı vaktinden önce taburcu etmek veya tabucu olması esnasında gerekli ve doğru direktifleri vermemek, hastayı cerrahi girişim sırasında veya cerrahi girişim sonrası terk etmek, terk etmeye verilebilecek en somut örneklerdendir (3,8,20,83). Hekimlik Mesleği Etik Kuralları'nın 25.maddesinde tedaviyi üstlenmeme veya yarıda bırakma ile ilgili olarak "Hekim, ancak tıbbi bilgisini gerektiği gibi uygulayamayacağına karar verdiğinde ve hastasının başvurabileceği başka bir hekim bulunduğu durumlarda, hastanın bakımını ve tedavisini üstlenmeyebilir veya tedaviyi yarım bırakabilir. Yukarıdaki koşullarda tedaviyi bırakacak hekim, bu durumu ve hastanın sağlığının tehlikeye düşmeyeceğini hastaya veya yakınlarına anlatır ve onları tıbbi yardımla ilgili başka olanaklar konusunda bilgilendirir. İkinci hekim bulunmadan hekim hastasını bırakamaz. Hekim, tedaviyi üstlenen meslektaşına hasta hakkındaki tüm bilgileri aktarmakla yükümlüdür." yazılıdır (84).

2.5.1.17. Emir ve yönetmeliklere uymamak

Konu ile ilgili kanun, tüzük, yönetmeliklerde yazan maddelere uymamak ya da amirinin istek ve emirlerini yerine getirmeme olarak tanımlanır. Acil hastaya bakmamak, işkenceye yardım etmek veya göz yummak, tedavinin geciktirilmesi, kabul görmüş tedavi yöntemi dışındaki bir tedavi yöntemini kullanmak gibi durumlar bu hususa örnek verilebilir.

Hekimin kusuru aranırken kıyaslanacağı şahıs kim olmalıdır? Daha mesleğine yeni başlamış bir hekimin hastası için yaptığı tanı ve tedavi aynı branştaki bir uzman ya da profesörün hastası için yaptığı tanı ve tedavisiyle aynı koşullarda mı değerlendirilmelidir? Hukukun bakış açısı hekimin kaç hayat kurtardığı, kaç hasta tedavi ettiği, mesleki deneyimi, daha önceki mesleki başarıları olmayıp, ortalama bir hekimin genel kabul görmüş tıp kuralları ve etiğine uygun hareket ederek her hastayı “Hastalık yoktur hasta vardır.” prensibinden yola çıkarak hastasına uygun tanı ve tedavisini, kayıt yükümlülüğünü yerine getirerek gerçekleştirmesidir (58,59).

Tıbbi uygulama hatası 4 adet sorumluluğu kapsar.

- 1) Cezai (Hapis cezası)
- 2) Hukuki (Maddi-manevi tazminat cezası)
- 3) İdari (Uyarı, kınama, ücret kesintisi vb.)
- 4) Mesleki (Meslekten geçici süreyle veya sürekli men)

Cezai ve hukuki sorumluluğun varlığında bunlara ait cezalar, ceza ve hukuk mahkemelerince kararlaştırılır. İdari sorumluluğun varlığının tespiti ve buna göre cezalandırılması kurum içi soruşturma ile takip edilir. Mesleki sorumluluğun takibi ceza mahkemelerince ve Tabip Odası Onur Kurullarınca yapılır (59).

2.5.2. Çevresel Faktörler

2.5.2.1. Fiziksel şartlar, ekipman ve çevre

Tıbbi uygulama hataları hekimin kusuru olabileceği gibi, birden fazla hekimin, kurumun, sistemin kusuru da olabilir. Bu koşullarda, tıbbi malpraktis olgularında kusurun tespit edilmesi oldukça zordur. Ortaya çıkan fikirler de önemli derecede farklılık gösterebilir (14).

Sağlık personelinin en çok yakındığı konu genel işleyişten ya da hizmeti verdiği sağlık kuruluşundan kaynaklanan kusurların kendilerine yüklenmesidir. Hekimin yanı sıra, hizmeti veren sağlık kuruluşunun da sağladığı hizmeti en iyi şekilde sunmak için gerekli özeni gösterme yükümlülüğü vardır. Burada bir ekip çalışması söz konusudur. Hastanın bakımı, hizmeti veren sağlık kuruluşunun temiz olması, hasta ile ilgili sonuçların hekime doğru, güvenilir ve vaktinde ulaştırılması bu konuya verilebilecek örneklerdendir (21,22,85). Hizmeti sağlayan sağlık kuruluşundaki eksikliklerden kim sorumlu tutulacaktır? Ameliyathanedeki skopi cihazının çalışmamasından dolayı kim sorumludur? Öncelikle buradaki sorumluluk ameliyat ekibine aittir. Hastane yönetiminin sorumlu tutulması için bu cihazı kullanan ameliyat ekibinin skopi cihazının arızasını, tamir edilmesi veya yenisinin alınması gerektiği ile ilgili hastane ekibine bilgilendirme yapması gereklidir. Ameliyat ekibinin bu istemi yaptığına dair ispat ise ancak bu bilgilendirmelerin yazılı olarak yapılması sonucu ortaya çıkar. Bu yüzden işleyişten kaynaklanan, kusura sebebiyet verebilecek bütün hadiselerin de bilgilendirilmesi yazılı olarak yapılmalıdır (14).

Önemli sorun yaşanan hallerden biri de nöbetlerdir. Acildeki nöbetçi hekim sayısının acile başvuran hasta sayısına yeterli gelmemesi sebebiyle acile başvuran

olgulara zamanında müdahale edilmemesi, hastanede yeterli yatış sağlanabilecek yatak sayısı olmaması sebebi ile de hastaların kabul edilememesi gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Böyle bir durum varlığında gerekli gayreti göstermiş hekimin sorumluluğu ortadan kalkabilir. Acile başvuran hastaların sayısı bilindiği halde yeterli personel alımı yapmayan veya yeterli nöbetçi görevlendirmeyen başhekimlik sorumlu hale gelebilir.

Yeterli uzman hekimin bulunmadığı sağlık kuruluşlarında da “ıcapçı uzman” nöbetleri vardır. İcapçı hekimin her daim ulaşılabilir olması ve acil vaka varlığında göreve gitmesi zorunludur (14). Aksi halde kendi uzmanlık alanı ile ilgili ortaya çıkacak kusurlardan sorumlu tutular. Buradaki sorun da icapçı hekimin çalıştığı sağlık kurumundan uzakta oturmasıdır. Acil vaka varlığında göreve gitmesi zorunluğuna uyması için de hastaneye yakın bir yerde ikamet etmesi gerekmekte ancak günümüz koşullarında evine yakın sağlık kuruluşunda çalışma ya da çalıştığı sağlık kuruluşuna yakın bir yerde ev sahibi olması mümkün olmamaktadır.

2.5.2.2. Basının etkileri

Son yıllarda tıbbi uygulama hataları avukatların ilgisini çektiği gibi basının da ilgisini oldukça çekmektedir. Tıbbi uygulama hatalarının giderek artan sözlü ve yazılı basında yer alması sonucu toplumun da ilgisini çekmiştir. Bunun sonucunda insanlar sağlık çalışanlarının vermiş olduğu sağlık hizmetine karşı daha sorgulayıcı bir tavır sergilemeye başlamışlardır. Hastaların beklentileri; genel olarak sağlık personellerinden ve hizmeti veren sağlık kuruluşlarından, oldukça artmış ve bu mevcut durum zarar gören, görmeyen kişileri de uygulamayı yapan hekime ya da sağlık kuruluşuna karşı dava açma konusunda cesaretlendirmiştir (86).

2.6. Tıbbi Uygulama Hatalarına Hukuki Yaklaşım

Hekim veya sağlık personeli hukuka aykırı bir davranış neticesinde hastada zarara sebep olduğu zaman hukuka karşı sorumlu olur ve bu zararı düzeltmekle yükümlüdür. Türk hukuk sisteminde hekimlerin sorumluluğu için özel kurallar bulunmamaktadır (8,20,21). Ancak tıbbi uygulamalarda acil vakaların tedavisine karar vermek hızlı olmayı ve bazen de risk almayı gerektirir. Hekimlik mesleğinin bu özel durumu sebebiyle hukuksal yaklaşımda bazı farklılıkların olması gerekir (12,21). Kökleşmiş birçok hukuk sistemi, insanın yanılabilirliğini göz önünde bulundurmaktadır (87). Türkiye’de hekimlerin hatalı uygulamalarına yönelik yasa tasarıları hazırlanmıştır. Fakat hiçbiri kanunlaşmamıştır (88). Geçmiş yüzyılların toplumlarında bugün anladığımız anlamda sistemli bir sağlık yapılanmasının varlığını görmek de çok olanaklı değildir (89).

Bir diğer dikkat dileyen husus da tıbbi uygulama hatalarından bahsederken göz ardı edilmemesi gereken, “hata” ve “malpraktis” olarak nitelendirirken hangi kriterleri baz alıp nelere dikkat ediyoruz. Son yıllarda, dikkat çeken yaklaşım bu konudaki kılavuzların esas alınmasıdır. Bu sebeple malpraktis konusunun daha yakından irdelenmesi ve ona göre sonuca varılması doğru olacaktır (90,91). Her ne kadar kılavuzların yasal olarak bir bağlayıcılıkları söz konusu olmasa da mahkemelerin atadıkları bilirkişiler görüşlerini bildirirken bu kılavuzlardan yararlanmaktadırlar (92). Kılavuzların yasal bağlayıcılığı olmadığından yasal kararlar alınırken bu kılavuzlardan ne denli yararlanılabildiği açık değildir (93). Bu zamana kadar birçok kuruluş ve dernek tarafından çok sayıda kılavuz yayınlanmıştır. Ancak hastanın durumunu ilgilendiren kararlar hastadan sorumlu hekimler tarafından verilmelidir (94).

Çünkü klinik uygulamalarda kılavuza tamamen uymayan durum ve hasta profillerine sık rastlanmaktadır (95).

Kusura dayalı genel sorumluluk kuralı hekimler için de geçerlidir. Kusur varsa sorumluluk vardır, kusur yoksa sorumluluk yoktur (8,79,83,96). Sorumluluk; “Bir kimsenin kendisinin ya da başkalarının davranışları için bir kimseye ya da bir yetkiliye hesap verme, bu davranışların doğurabileceği sonuçlara katlanmayı kabul etme kabul etme zorunluluğu ya da bunun ahlak açısından gerekliliği, Bir görevden, bir işten sorumlu olma durumu; bu yükümlülüğün kendisi, karar alma yetkisinin yanı sıra, hesap verme zorunluluğunu da içeren görev, meslek yada toplumsal konum” olarak tanımlanmıştır (97).

Tıbbi uygulama hataları karşısında aşağıda bahsedilen aşamaların uygulanması doğru olacaktır:

- Var olan problemin tanımlanması (olası hasar / kayıp)
- Bu problemin değerlendirilmesi (neden-sebep)
- Problemin çözümü (Sebebin kontrol altına alınması–pratik uygulama, prosedür, ekipman ya da yöntem değişiklikleri)
- Süreklilik için çözümün takibi (20,98).

2.6.1. Sözleşmeden Doğan Sorumluluk

Hekimlerin hastalarına nasıl davranması gerektiği, bu konuda kendisinden ne beklendiği, yapılması ve yapılmaması gerekenler; ulusal ve uluslararası tıbbi etik ve deontolojik kurallar, sözleşmeler, bildirgeler, yasalar, yönetmelikler gibi yazılı metinlerin yanında; genel ahlak kuralları gibi yazılı olmayan kurallar ile de belirlenmiştir. Sağlık personeli ile hasta arasındaki varsayımsal sözleşme bu konudaki önemli belirleyicilerden biridir. Hekim hasta ile ilk karşılaştığı andan itibaren aralarında bir sözleşme imzalandığı varsayılmaktadır. Bu sözleşmenin; hastanın sağlık kuruluşunun kapısından girdiği anda başladığı kabul edilir. Bu sözleşme vekâlet sözleşmesi tarzındadır. Hekim bu sözleşme ile hastanın iyi olacağı, dertlerinden kurtulacağını garantisini vermez. Ancak bu sözleşme ile hekim; hastasının sağlığını korumak veya düzeltmek için elinden geleni yapacağına, ona özen, içten bağlılık ve sadakat göstereceğine, tüm bilgi ve becerisini onun yararına kullanacağına, sırlarını saklayacağına, kayıtlarını düzgün olarak tutacağına ve tedavisini sürdüreceğine dair garanti vermiş olur (14,21,96).

Hekimin yaptığı uygulama ve girişimlerin hukuka uygun olması için iki unsur vardır. İlki; hekimin tıp sanatını uygulama hak ve yetisine sahip olmaktır. İkincisi; hastanın kendisine yapılacak muayeneye onamının olması ve diğer girişim ve uygulamalar için aydınlatılmış onamının bulunması gerekmektedir (14).

2.6.2. Vekalet Sözleşmesi

Vekalet sözleşmesini 6098 sayılı Türk Borçlar Kanunu 502.maddesinde; “Vekilin, vekâlet verenin bir işini görmeyi veya işlemi yapmayı üstlendiği” şeklinde tanımlar. Öğretide ise vekalet sözleşmesi; “Vekâlet sözleşmesi, taraflardan birinin diğer

tarafın yararına ve iradesine uygun olarak bir iş görme borcunu, bir zaman kaydına bağlı olmaksızın ve nispeten bağımsız olarak üstlendiği fakat sonuç rizikosunu üstlenmediği, buna karşılık diğer tarafın ise belli bir bedel üstlenme zorunluluğunun bulunmadığı sözleşme olarak tanımlanabilir” şeklinde bahsedilmektedir (99,106). Bir Yargıtay kararında ise; “Hasta ile doktorun meslek ilişkisi vekillik sözleşmesine dayanır. Vekil, iş görürken yöneldiği sonucun elde edilmemesinden değil, bu sonuca ulaşmak için yaptığı uğraşların özenle görülmemesinden sorumludur. O nedenle, doktorun meslek alanı içinde olan bütün kusurları (hafif de olsa) sorumluluğun unsuru olarak kabul edilmelidir” denilmektedir (100).

Plastik cerrahi ve diş hekimliğini ilgilendiren bazı girişim ve uygulamalarda yapılan varsayımsal sözleşme vekalet sözleşmesi değil eser sözleşmesidir (14,21)

2.6.3. Hukuka Aykırılık

Yasalar, yönetmelikler, etik kurallar ve genel ahlak kurallarına uygunsuzluk anlamına gelir. Hekim sanatını hastanın bedeni üzerinde icra eder. Tıbbi müdahalenin hukuka uygun sayılabilmesi için, hastanın aydınlatılmış onamı alınarak, yetkili kişilerce, tıp mesleğinin gerektirdiği kurallar ve özen yükümlülüğüne göre yapılması gerekir (29).

2.6.4. Komplikasyon ve Kabul Edilebilir Risk

Hekimlik, riskli bir meslek grubudur. Her tıbbi girişimin kendine özgü risk ve sapmaları bulunur. Oluşabilecek her kötü sonuçtan hekimin sorumlu tutulması beklenemez. Sağlık çalışanının bir kusuru olmasa bile hastaya yapılan tedavi, cerrahi girişim veya ilaç kullanımı sonucunda zarar oluşabilir. Tıbbi uygulamalar sonucu oluşan

istenmeyen durumlar komplikasyon olarak adlandırılır. Hukuk açısından da bu durum makul karşılanarak “kabul edilebilir risk” kavramı içerisinde değerlendirilir ve tıbbi uygulama hatası olarak kabul edilmez. Ancak burada önemli bir nokta vardır. Hekim hastaya yapılacak tedavi, girişimler konusunda bilgi verirken, oluşabilecek komplikasyonlar hakkında da bilgilendirmeli ve aydınlatılmış onamın içinde oluşabilecek komplikasyonlar yer almalıdır.

Tıbbi uygulama hatasından söz edebilmek için sağlık personelinin bir kusurlu davranışının söz konusu olması gerekmektedir. Kusurlu bir davranış halinde hastadan alınan aydınlatılmış onam sağlık personelini koruyucu nitelikte olmayacaktır. Aydınlatılmış onam, yapılan kusursuz bir işlemi hukuka uygun kılar. Kusurlu bir işlem karşısında hastanın hukuksal haklarını ortadan kaldırmaz. Kusurlu davranış sonucu oluşan zarar neticesinde sağlık personelinin hukuk açısından sorumluluğu ortaya çıkabilecektir (14).

2.6.5. Kusur Kavramı

Kusur; hukuk düzenince kınanabilen bir davranıştır. Aynı zamanda kusur; olması gereken davranışa gösterilen irade eksiliğidir. Tıbbi kusur ise; ”O günkü genel kabul görmüş tıbbi uygulama standartları çerçevesinde ortalama bilgi düzeyi, beceri, dikkat ve özene sahip bir hekimin göstermesi gereken davranış şeklini göstermemesi” olarak tanımlanır (14).

Yargıtay 13. Hukuk Dairesi’nin 14.10.1974 tarih ve 2637/2492 sayılı kararına göre; “Bir meslek veya sanat erbabı, meslek veya sanatını icra ederken muhakkak surette bilmesi gereken bir konuyu bilmemesi veya zararın önüne geçmek için bilimin lüzum gösterdiği tedbirleri ihmal etmesi yüzünden zarara sebebiyet verirse sorumlu

olur. Ancak muhakkak olmayan, tartışılan ve genellikle kabul olunmayan bilim kurallarına riayetsizlik sorumluluğu gerektiren bir kusur sayılmaz. Doktorlar tarafından yapılan ameliyatlar beklenen iyi sonucu vermemiş olsa dahi tıp biliminin bütün kurallarına uygun bir müdahale yapılmış ise, artık doktora kusur izafe edilemediğinden sonuçtan sorumlu tutulamaz.” (101).

Her ne kadar tanımlamalarda sadece tanı, tedavi, ilaç uygulaması, cerrahi girişimler ve bakım gibi tıbbi uygulamalardan kaynaklanan kusurlardan bahsediliyor olsa da kusur kavramı başka sebeplerle de ortaya çıkabilir. Örneğin; ülkemiz yasalarınınca tıbbi endikasyonlar dışında, gebelik haftası on haftayı geçmiş bir gebenin gebeliğini küretaj yolu ile sonlandırılması yasaktır. Buna rağmen hekim, on haftayı geçmiş bir gebeliği herhangi bir tıbbi endikasyon olmadan sonlandırıyor ise hekimin davranışı kusurludur. Bu tür kusurlara da paramedikal kusurlar denilmektedir (14).

Hekim ve sağlık personellerine karşı açılan tıbbi malpraktis davalarına ait istatistiklere bakıldığında, en çok şikâyet “özen yükümlülüğünü yerine getirmemek” iddiası ile yapıldığı görülmektedir. Böyle bir kusurun varlığı saptandığında, bu durum teknik bir konu olduğu için hukukçu “bilirkişi” yardımı alacak ve aldığı görüşler çerçevesinde bir hüküm kurma yoluna gidecektir. CMK 68. maddesinin 1. fıkrasında; “Mahkeme, her zaman bilirkişinin duruşmada dinlenmesine karar verebileceği gibi; ilgililerden birinin istemesi halinde de açıklamalarda bulunmak üzere duruşmaya çağırabilir.” yazılıdır (102).

Hukuk Muhakemeleri Kanunu'nun bilirkişi raporuna itiraz başlıklı 281/3. Maddesinde; “Mahkeme, gerçeğin ortaya çıkması için gerekli görürse, yeni görevlendireceği bilirkişi aracılığıyla, tekrar inceleme de yaptırabilir.” yazılıdır.

Mahkeme gerekli gördüğü durumlarda yeniden başka bir bilirkişiyi görevlendirebilir (103,104).

2.6.5.1. Hekimlerin Kusurlu Eylemleri:

Hekimlerin kusurlu eylemlerini dört ana başlıkta incelemek mümkündür:

- ❖ Deontolojiye aykırı davranmak
- ❖ Yasa ve tüzüklere uymamak
- ❖ Haksız çıkar sağlamak
- ❖ Hasta haklarını ihlal etmek (105).

2.6.6. Değişen Şartlar Karşısında Kusurluluk

Tıbbi malpraktis iddialarında, hekimin ve sağlık personelinin içinde bulunduğu şartlar göz önüne alınması gerekir. Örneğin; hekime yüklenebileceğinden daha fazla poliklinik hastası verilmiş ise o hekimden gerekli ve yeterli verim alınamayacaktır.

Bir ebenin kardan dolayı yolların kapalı olduğu bir yerde gebeye doğum yaptırması ile tam teşekküllü bir hastanede doğum yaptırması aynı koşullar altında mümkün olmayacaktır. İlk örnekte bütün riskleri göze alıp ve bütün sorumluluğu tek başına yüklenip doğum yaptırması gerekirken, ikinci örnekte ebe, hekime haber verip diğer sağlık çalışanları ile birlikte doğumu yaptıracak ve riskleri de sorumluluğu da paylaşmış olacaktır.

Bu şartlar göz önünde bulundurulduğunda sağlık personellerinin gösterdiği çaba ve iyi niyet göz ardı edilmemelidir (14).

2.6.7. Zarar

Zarar; hekimin sorumluluğunun dolayısıyla tazminat borcunun en önemli şartıdır (99). Tıbbi malpraktis sebebiyle hastanın uğrayacağı zararlar ikiye ayrılır. Maddi zarar; hastanın çalışma gücü kaybı, tedavi masrafları, ölüm veya destekten yoksun kalma sebebi ile oluşan maddi zararları kapsarken, manevi zarar ise; kişilik haklarının ihlal edilmesi nedeniyle acı, ızdırap, elem duyması ve yaşama zevkinde azalma meydana gelmesi olarak tanımlanır. Aynı zamanda kişinin saygınlık, onur, özgürlük gibi değerlerine saldırılması manevi zarar sınıfına girmektedir. Borçlar Kanunu'nun 49. Maddesinde; "Kusurlu ve hukuka aykırı bir fiille başkasına zarar veren, bu zararı gidermekle yükümlüdür." yazılıdır (20,85107).

Manevi zarar ve tazminatın belirlenmesi yargının görevidir. Türk Borçlar Kanunu'nun 56.maddesine göre; "Hâkim, bir kimsenin bedensel bütünlüğünün zedelenmesi durumunda, olayın özelliklerini göz önünde tutarak, zarar görene uygun bir miktar paranın manevi tazminat olarak ödenmesine karar verebilir. Ağır bedensel zarar veya ölüm hâlinde, zarar görenin veya ölenin yakınlarına da manevi tazminat olarak uygun bir miktar paranın ödenmesine karar verilebilir.", Türk Borçlar Kanunu'nun 58.maddesine göre de; "Kişilik hakkının zedelenmesinden zarar gören, uğradığı manevi zarara karşılık manevi tazminat adı altında bir miktar para ödenmesini isteyebilir. Hâkim, bu tazminatın ödenmesi yerine, diğer bir giderim biçimi kararlaştırabilir veya bu tazminata ekleyebilir; özellikle saldırıyı kınayan bir karar verebilir ve bu kararın yayımlanmasına hükmedebilir." ifadeleri yer alır (108,109).

2.6.8. İlliyet Bağı

Zarar ile kusurlu davranış arasında illiyet bağı bulunmalıdır. İlliyet bağından söz edebilmek için hekimin davranışı doğal seyri etkilemiş ve zararlı sonucun gerçekleşmesine sebebiyet vermiş olması gerekmektedir. Zararlı sonuç hekimin kusurlu eyleminin bir sonucu olarak ortaya çıkıyorsa illiyet bağından söz edilir. Eğer kusurlu davranış olmasaydı dahi hastalığın seyrinde aynı sonucu doğuracaksa illiyet bağından söz edilemez (108).

2.6.9. Hekimlerin Cezai Sorumlulukları

..5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu'nda (TCK) hekimlere özel kanun maddeleri yoktur. Hekimler tıbbi uygulamaları sonucu yaralamaya veya ölüme sebebiyet verdiklerinde Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) ilgili maddelerince yargılanırlar. Örneğin; delici kesici alet ile yaralanmaya sebebiyet vermiş bir kişi nasıl yargılanıyorsa yaralamaya sebebiyet vermiş hekim de aynı kanun maddeleri uyarınca yargılanır (59).

5237 Sayılı TCK'nın 21. madde birinci fıkrasında kast; "suçun kanunî tanımındaki unsurların bilerek ve istenerek gerçekleştirilmesidir." şeklinde, 21. Madde ikinci fıkrasında olası kast; "Kişinin, suçun kanunî tanımındaki unsurların gerçekleşebileceğini öngörmesine rağmen fiili işlemesi hâlinde olası kast vardır." şeklinde tanımlanmıştır. 22. madde ikinci fıkrasında taksir; "dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanunî tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyerek gerçekleştirilmesidir." şeklinde tanımlanmıştır. Bilinçli taksir ise 22. madde üçüncü fıkrasında "Kişinin öngördüğü neticeyi istememesine karşın, neticenin meydana gelmesi hâlinde bilinçli taksir vardır, bu hâlde taksirli suça ilişkin ceza üçte birden yarısına kadar artırılır." şeklinde tanımlanmıştır (96). Bilinçli taksirde

kişi yaptığı eylemin zararlı bir sonuca yol açabileceğini öngörmesine rağmen, “İnşallah bir şey olmaz.” Düşüncesiyle hareket ediyordur. Hastanın ilaç alerjisi olduğunu bilinmesine rağmen hekim, “İnşallah bir şey olmaz.” mantığıyla hareket edip önlem almaması sonucu hastanın yaşamını tehlikeye atması veya ölmesine sebebiyet vermesi bilinçli taksire örnek verilebilir (14).

Kasten öldürme suçu sebebiyle açılan davalar genellikle tıbbi malpraktis olgularında söz konusu değildir. Ötenazi ülkemizde kabul gören bir yaşam sonlandırma biçimi değildir. Ötenazi haricindeki hallerde de hekimlikle kast kavramı henüz bağdaştırılmamaktadır (8,59,108,110-112).

5237 sayılı TCK’nda Kast ve Taksir Kavramları

	Davranış	Sonuç
Taksir	Öngörülüyor	İstenmiyor
Bilinçli taksir	Öngörülüyor	İstenmiyor
İhmali davranış	Öngörülüyor	Olursa olsun
Kast	Öngörülüyor	İsteniyor

Taksir ve bilinçli taksir kavramlarını birbirinden ayıran temel farkın “öngörme” kavramı olduğu görülmektedir (113,114).

2.7. Bilirkişilik Kurumları

Bilirkişilik sisteminin temel noktası, hâkimin teknik bir konu hakkında bilirkişinin görüşünü alıp kendisini aydınlatma, bilgilendirmesini istemesidir (21).

Ülkemizde bilirkişilik görevi, branş ayrımı olmaksızın mesleğini icra etmeye yetkili hekimlere verilmiştir (21,115).

Türkiye’de tıbbi malpraktis, disiplin suçu kapsamında ilçelerde İlçe Disiplin Kurulları tarafından değerlendirilir. İllerde ise, Türk Tabipleri Birliği Yüksek Onur Kurulu, Tabip Odaları Onur Kurulları ve İl Disiplin Kurulları tarafından ele alınır. Hukuki anlamda ceza ve tazminat yönünden yapılacak bilirkişi değerlendirmeleri; Adli Tıp Kurumu, Yüksek Sağlık Şurası, Adli Tıp Enstitüleri ve üniversitelerin Adli Tıp Anabilim Dalları tarafından yürütülür (7,21,31,115).

2.7.1. Adli Tıp Kurumu

Adli Tıp Kurumu, 19.02.2003 tarih, 4810 Sayılı Kanun'la değişik, 14.04.1982 tarih ve 2659 sayılı Kanun'la ilgili olarak adalet işlerinde bilirkişilik görevi yapmak, adli tıp uzmanlığı ve yan dal uzmanlığı programları ile görev alanına giren konularda diğer adli bilimler alanlarında sempozyum, konferans ve benzeri etkinlikler düzenlemek ve bunlara ilişkin eğitim programları uygulamak üzere Adalet Bakanlığına bağlı Adli Tıp Kurumu kurulmuştur (116).

Mahkemeler, hakimlikler ve savcılıklar ile Kurumun uygun gördüğü alanlarda kamu kurum ve kuruluşları tarafından gönderilen adli tıpla ilgili konularda bilimsel ve teknik görüş bildirmek, Adli tıp uzmanlığı ve yan dal uzmanlığı eğitimini tıpta uzmanlık mevzuatına uygun olarak vermek, Adli tıp ve adli bilimler alanlarında çalışmaları yürütmek üzere seminer, sempozyum, konferans ve benzeri etkinlikler düzenlemek, bunlara ilişkin eğitim programları uygulamak ve ilgili kurum, kuruluş ve kurulların hazırlayacakları adli tıpla ilgili eğitim programlarının yapılmasına ve

yürütülmesine yardımcı olmak, Adli tıp hizmetlerinin görülmesi sırasında yapılması zorunlu sağlık hizmetlerini vermek ilgili konularda görev yapar (116,117).

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 (116).

Adli Tıp Kurumunda sekiz ihtisas kurulu bulunur. Aşağıdaki ihtisas kurulları, bir başkan ve adli tıp uzmanı iki üye ile;

1. Adli Tıp İhtisas Kurulu birer; Tıbbi Patoloji, İç hastalıkları, Kardiyoloji, Genel Cerrahi, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanından oluşur. 26/9/2004 tarihli ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanununda belirtilen hayata karşı suçlar ile diğer ihtisas kurullarının görevine girmeyen işler ilgili konularda görev yapar.

2. Adli Tıp İhtisas Kurulu birer; Radyoloji, Göz Hastalıkları, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Genel Cerrahi, Göğüs Cerrahisi, Kalp ve Damar Cerrahisi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Nöroloji, Ortopedi ve Travmatoloji, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanından oluşur. Vücut dokunulmazlığına karşı suçlar ile işkence ve eziyet suçlarına ilişkin fiiller ilgili konularda görev yapar.

3. Adli Tıp İhtisas Kurulu birer; Ortopedi ve Travmatoloji, Genel Cerrahi, Nöroloji, İç Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları, Kardiyoloji, Üroloji, Tıbbi Onkoloji, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanından oluşur. Maluliyetler,

meslekte kazanma gücü kaybı, beden çalışma gücü kaybı, meslek hastalıkları, hapis cezalarının infazının ertelenmesi, sürekli hastalık, engellilik ve kocama sebepleri ile belirli kişilerin cezalarının hafifletilmesi veya kaldırılmasına ilişkin işlemler ilgili konularda görev yapar.

4. Adli Tıp İhtisas Kurulu; üç Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, bir Nöroloji uzmandan oluşur. 5237 sayılı Kanunun 31 inci ve 33 üncü maddeleri hariç olmak üzere, ceza sorumluluğunu kaldıran veya azaltan nedenler ile akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirlerine ilişkin işler, uyuşturucu ve uyarıcı maddeleri kullanan kimselerin alışkanlığı ile ilgili bağımlılık derecesinin belirlenmesine ilişkin işlemler, uyuşturucu madde suçları ile ilgili olarak tedavi ve denetimli serbestlik tedbirlerine ilişkin işler, fiil ehliyetinin tespiti, vesayeti gerektiren hâller, koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması, tasarruf ehliyetine ilişkin işler, akıl hastalığı nedeniyle evliliğin iptali veya boşanmaya ilişkin işler ilgili konularda görev yapar.

5. Adli Tıp İhtisas Kurulu birer; Tıbbi Mikrobiyoloji, Tıbbi Farmakoloji, Tıbbi Biyokimya, Analitik Kimya, İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları, Tıbbi Genetik, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Halk Sağlığı uzmanından oluşur. Zehirlenmeler ile alerji ve immünolojiye, ilaç kimyasına, alışkanlık yapan diğer maddelere ilişkin işler, nesebin belirlenmesine ilişkin işler, çevreye karşı suçlar ile kamunun sağlığına karşı suçlar, yenilecek ve içilecek şeylere ilişkin işler, uyuşturucu ve uyarıcı maddeler ile adli biyoloji ve adli genetiği ilgilendiren işler ile ilgili konularda görev yapar.

6. Adli Tıp İhtisas Kurulu bir Kadın Hastalıkları ve Doğum, bir Radyoloji, bir Üroloji, iki Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk ve iki Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları,

bir Çocuk Cerrahisi uzmanından oluşur. Yaş küçüklüğü, sağır ve dilsizlik ile çocuk düşürtme, düşürme veya kısırlaştırma, cinsel dokunulmazlığa karşı suçlar, genel ahlaka ve aile düzenine karşı suçlar, cinsel iktidar tespiti, fiile karşı kendisini savunup savunamayacağı hususları ile yaş belirlemesi ve cinsiyete ilişkin işler ile ilgili konularda görev yapar..

7. Adli Tıp İhtisas Kurulu birer; Genel Cerrahi, İç Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Ortopedi ve Travmatoloji, Göz Hastalıkları, Kardiyoloji, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Tıbbi Onkoloji, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Üroloji, Kalp ve Damar Cerrahisi, Diş Hekimliği, Deri ve Zührevi Hastalıkları uzmanından oluşur. Ölümle sonuçlanmayan tıbbi uygulama hataları ile ilgili konularda görev yapar..

8. Adli Tıp İhtisas Kurulu birer; Genel Cerrahi, İç Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Kardiyoloji, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Acil Tıp, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanından oluşur. Ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hataları ile ilgili konularda görev yapar (116).

2.7.2. Yüksek Sağlık Şurası

Hekimler hakkındaki adli olaylarda bilirkişilik görevi olan resmi bir kuruldur. Hekimlerin mesleğe ilişkin kusur ve durumlarını belirlemeye yetkili olan resmi bir kuruldur. Ceza davalarında Yüksek Sağlık Şurasından görüş alma zorunluluğu var idi. 22.10.2010 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan 3/6/2010 tarih ve E.: 2009/69, K.:2010/79 sayılı kararı ile ceza mahkemelerini Yüksek Sağlık Şûrasından rapor

almakla zorunlu tutan madde iptal edildi (9). Hukuk mahkemeleri için bu zorunluluk zaten bulunmamaktaydı. Tıbbi malpraktis dosyalarındaki şikâyeti yapan kişi veya kişilerin ifadeleri, tıbbi belgeler, varsa bilirkişilerin görüşleri, varsa otopsi raporu ve varsa Adli Tıp Kurumu raporlarının yorumları değerlendirilmektedir. Bu kapsamda kişilerin muayenesi ya da ifadelerinin değerlendirilmesi yapılmamaktadır (7,8,20,21,85,118-120).

2.7.3. Yüksek Öğretim Kurumları

Yüksek Öğretim Kanunu'nun 37. maddesinde mahkemelerin teknik ve uzmanlık isteyen her konuda üniversite ve bağlı birimlerinden yararlanabileceğini, bilirkişi olarak görüş isteyebileceğini belirtmiştir (8,53). Yüksek Öğretim Kanunu'nun 38. Maddesinde; "Yükseköğretim Kurulunun isteği ve ilgili kamu kuruluşunun onayı ile yükseköğretim kurumları veya birimleri, ilgili adli mercilerin talebi ile adli tıp mevzuatı çerçevesinde adli tıp olaylarında ve diğer adli konularda resmi bilirkişi olarak görevlendirilebilirler." denir. Bu doğrultuda üniversitelerin Adli Tıp Enstitüleri ve Adli Tıp Anabilim Dalları bilirkişi olarak görüş istenebilecek kurumlardır (9).

3. Gereç ve Yöntem

Mahkemeler, hâkimlikler ve savcılıklar ile gönderilen adli tıpla ilgili konularda bilimsel ve teknik görüş bildiren Adli Tıp Kurumu'ndaki tıbbi malpraktis konularındaki dava dosyalarından yola çıkılarak tez çalışması yapılması planlanmıştır.

01.01.2018 tarihine kadar tüm tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan ve ölümlle sonuçlanan dava dosyalarına Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu, 01.01.2018 tarihine kadar tüm tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan ve ölümlle sonuçlanmayan dava dosyalarına Adli Tıp Kurumu 2. İhtisas Kurulu mütalaa düzenlemekte iken, 01.01.2018 tarihinden itibaren tüm tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan ve ölümlle sonuçlanan dava dosyalarına Adli Tıp Kurumu 8. İhtisas Kurulu, 01.01.2018 tarihinden itibaren tüm tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan ve ölümlle sonuçlanmayan dava dosyalarına Adli Tıp Kurumu 7. İhtisas Kurulu cevap vermeye başlamıştır.

Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu ve Adli Tıp Kurumu 2. İhtisas Kurulu 2013-2014 yılları arasındaki yaklaşık olarak 28000 adet dosya ile çalışılmaya başlandı. Öncelikle hekim ve hastane şikâyetlerini kapsayan dosyalar tek tek ayrıldı ve branş ayırt etmeksizin her branşa ait malpraktis dosyaları incelendi. Dosya taramaları yaklaşık iki sene sürmüş olup çalışmaya 1980 dosya dahil edildi.

Kurul, rapor tarihi, sayısı, savcılık-mahkeme, müşteki-davacı, müşteki-davacı iddiası (olay), şüpheli-sanık-davalı, davalı sağlık kuruluşu, branş, mağdur yaşı, cinsiyeti, zarar, sorulan, olay tarihi, şikâyet-dava tarihi, karar; parametrelerini içeren

bir tez araştırma formu oluşturuldu, bilgiler tek tek bu forma işlendi ve elde edilen veriler değerlendirildi.

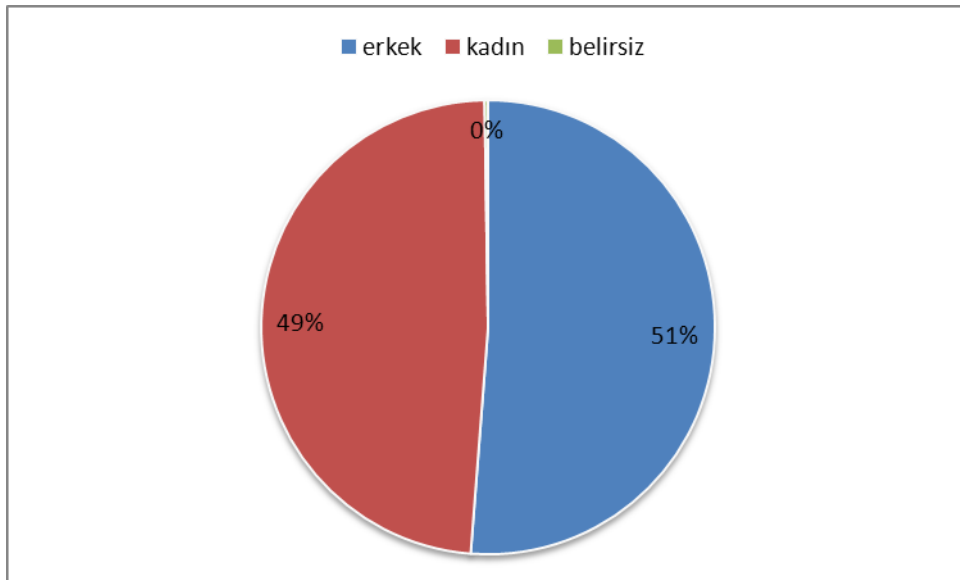
Verilerin analizinde SPSS for Windows 21.0 istatistik paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı analizlerden frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum-maksimum analizleri yapıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılması için ki-kare testi kullanıldı. Çok gözlü ki-kare tablolarında düzeltilmiş artıklar değerlendirilerek farklılıklar belirlendi. İstatiksel anlamlılık için $p < 0,05$ olarak kabul edildi.



4. Bulgular

2013 Ocak-2014 Aralık tarihleri arasındaki iki yıllık sürede Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu 2. Adli Tıp İhtisas Kurulu'na başvuru yapılan, tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan toplam 814 olgunun 0 ila 90 arasında değişen yaşlardaki yaş ortalaması 28,32 (\pm 21.4) olarak bulundu. Medyan yaş 29 olarak saptandı.

Olguların cinsiyete göre dağılımı Şekil 4.1'de gösterildi. Olguların 417'sinin (%51) erkek, 395'inin (%49) kadın olduğu, 2 tanesinde ise cinsiyet belirtilmediği belirlendi. Cinsiyetler arasında şikâyette bulunma oranlarında sadece %1'lik fark saptandı.



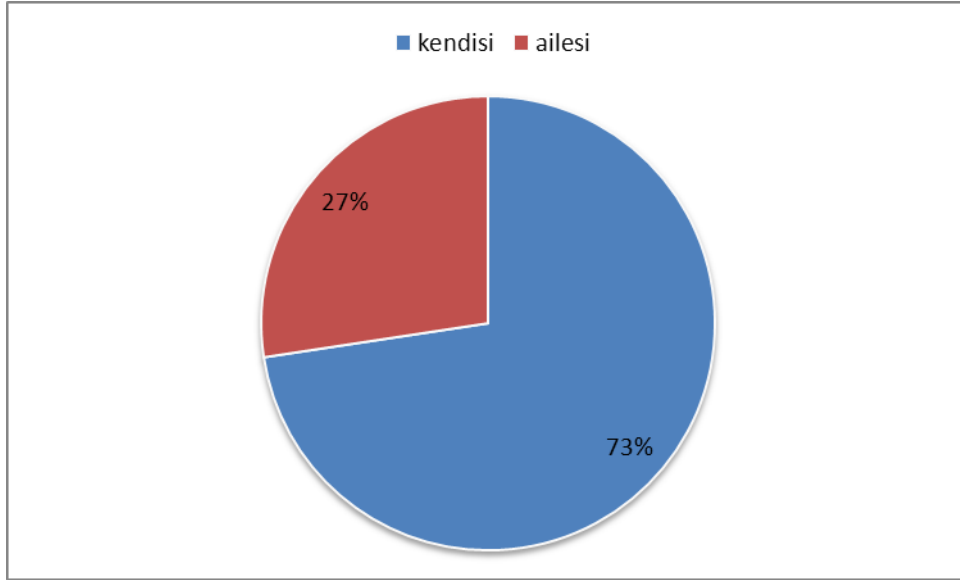
Şekil 4.1: Olguların cinsiyete göre dağılımı

Olguların kurul raporlarında saptanan kusur durumuna göre dağılımı Şekil 4.2’de gösterildi. Kurulca olguların 77’si (%9) kusurlu bulunurken, 737’sinde (%91) ise kusur bulunmadığı belirlendi.



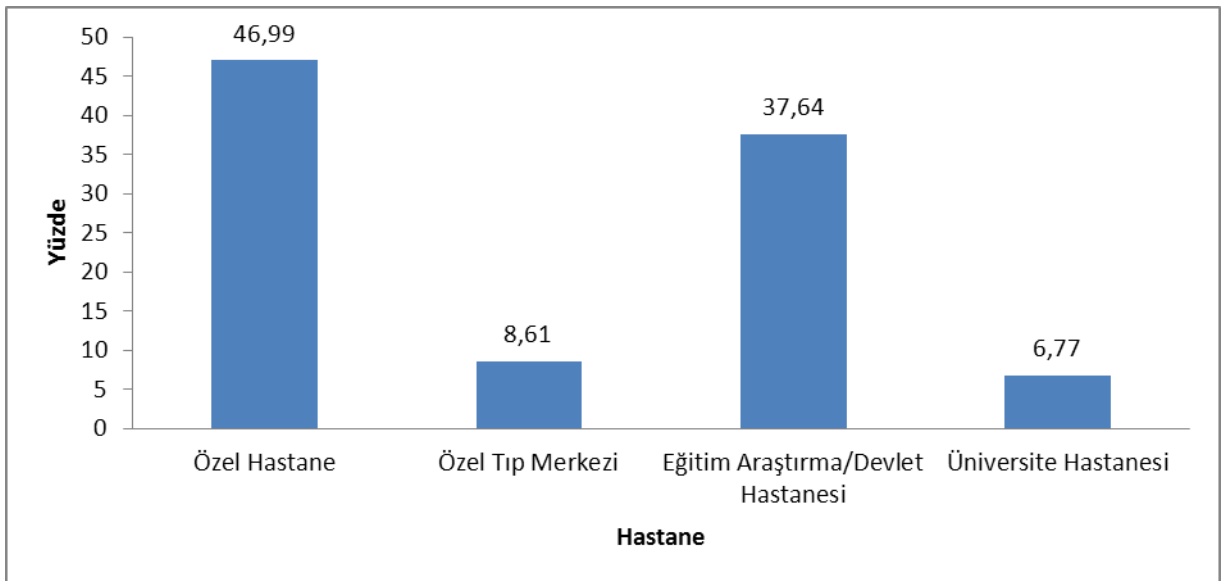
Şekil 4.2: Olguların kusur durumuna göre dağılımı

Şikâyet edenlerin kim olduklarını gösteren dağılım Şekil 4.3’de gösterildi. Olguların 591’i (%73) kendisi mahkemeye şikâyet ederken, 223’ü (%27) aileleri tarafından mahkemeye şikâyette bulunduğu belirlendi.



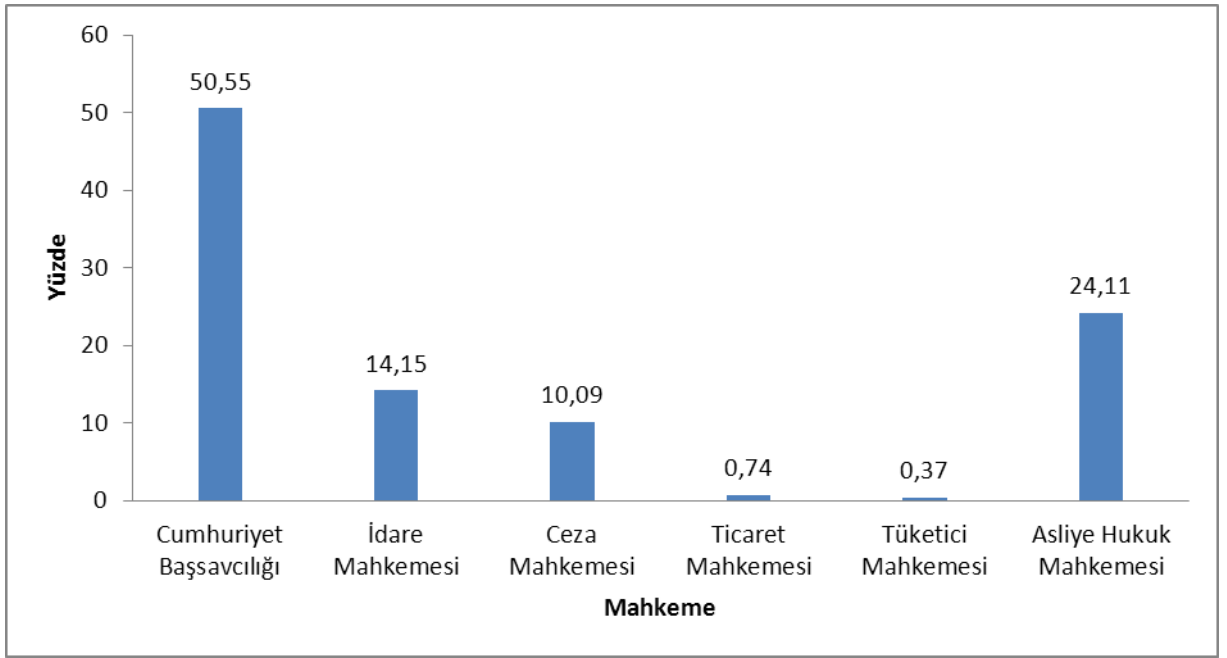
Şekil 4.3: Olguların şikâyet edenlere göre dağılımı

Şikâyet edilen hastanelere göre dağılım Şekil 4.4'de gösterildi. Olguların 383'ü (%46.99) Özel Hastaneleri, 70'i (%8.61) Özel Tıp Merkezlerini, 306'sı (%37.64) Eğitim Araştırma ve Devlet Hastanelerini, 55'i (%6.77) ise Üniversite Hastanelerini şikâyet ettikleri saptandı.



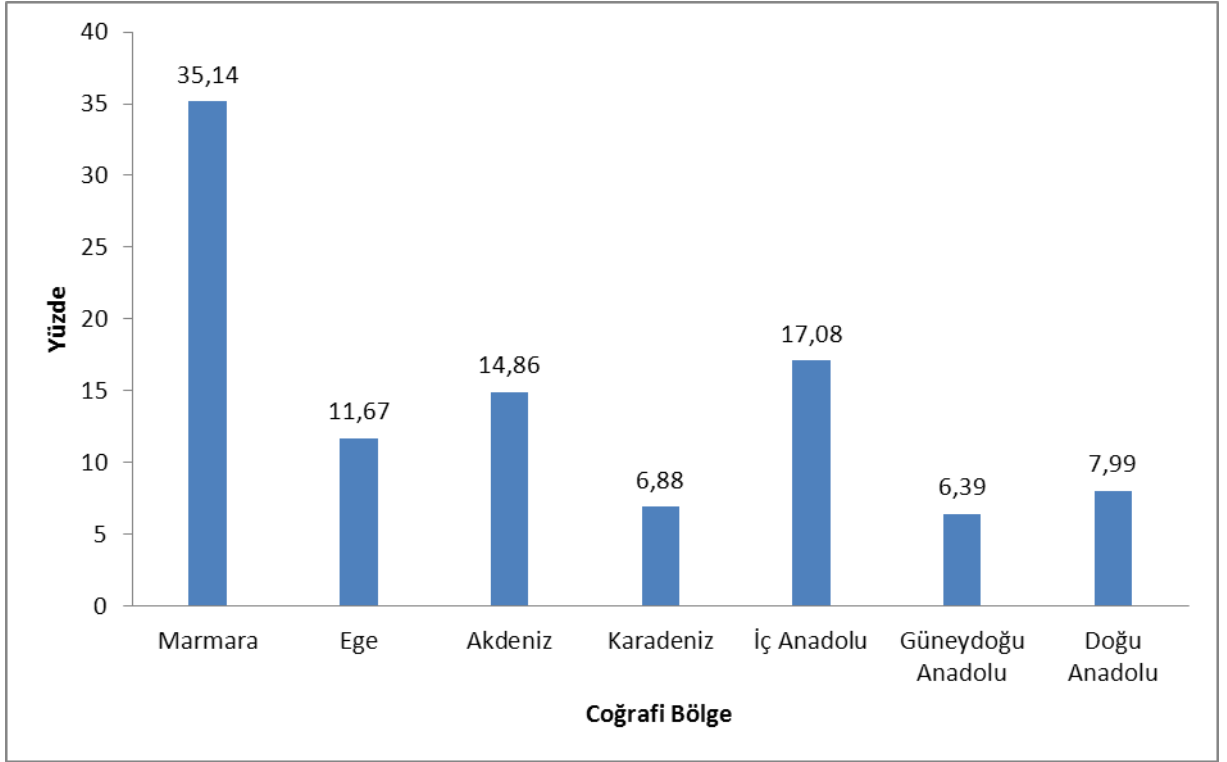
Şekil 4.4: Olguların şikâyet edilen hastanelere göre dağılımı

Olguların gönderildiği adli mercilere göre dağılımı Şekil 4.5’de gösterildi. Olguların 412’sinin (%50.55) Cumhuriyet Başsavcılığı’na, 115’inin (%14.15) İdari Mahkemelere, 82’sinin (%10.09) Ceza Mahkemelerine, 6’sının (%0.74) Ticaret Mahkemelerine, 3’ünün Tüketici Mahkemelerine, 196’sı ise Asliye Hukuk Mahkemelerine şikâyette buldukları belirlendi.



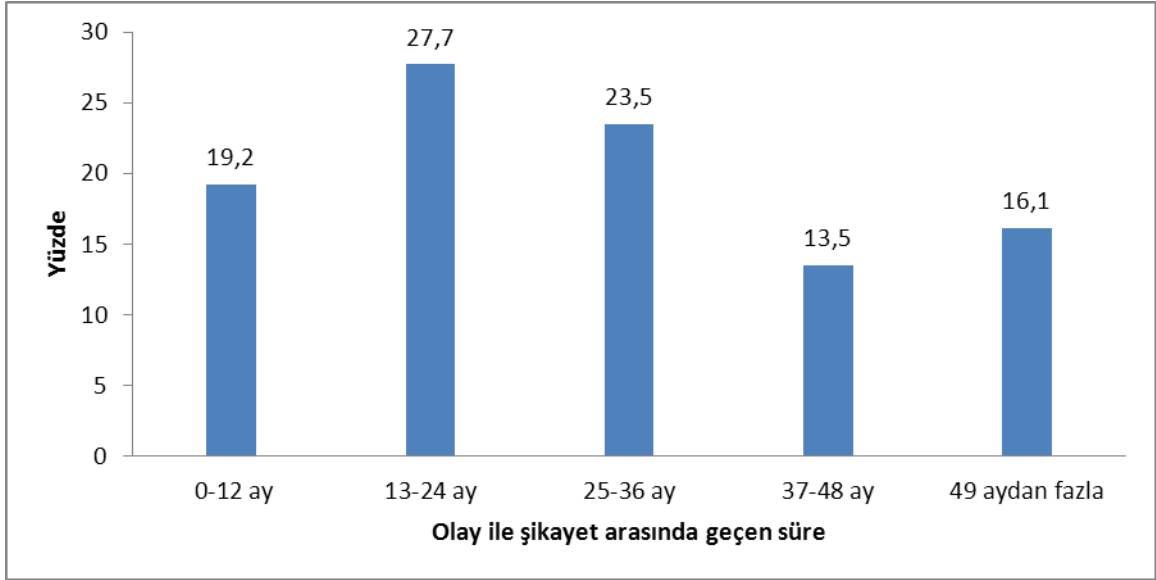
Şekil 4.5 Olguların gönderildiği adli mercilere göre dağılımı

Olguların zararın yaşandığı coğrafi bölgelere göre dağılımı Şekil 4.6’da gösterildi. Olguların 286’sı (%35.14) Marmara bölgesinde, 95’i (%11,67) Ege bölgesinde, 121’i (%14.86) Akdeniz bölgesinde, 56’sı (%6.88) Karadeniz bölgesinde, 139’u (%17.08) İç Anadolu bölgesinde, 52’si (%6.39) Güneydoğu Anadolu bölgesinde, 65’i (%7.99) Doğu Anadolu bölgesinde şikâyette buldukları belirlendi. Olguların büyük çoğunluğunun Marmara, İç Anadolu ve Akdeniz bölgesinden olduğu görüldü.



Şekil 4.6: Olguların zararın gerçekleştiği coğrafi bölgelere göre dağılımı

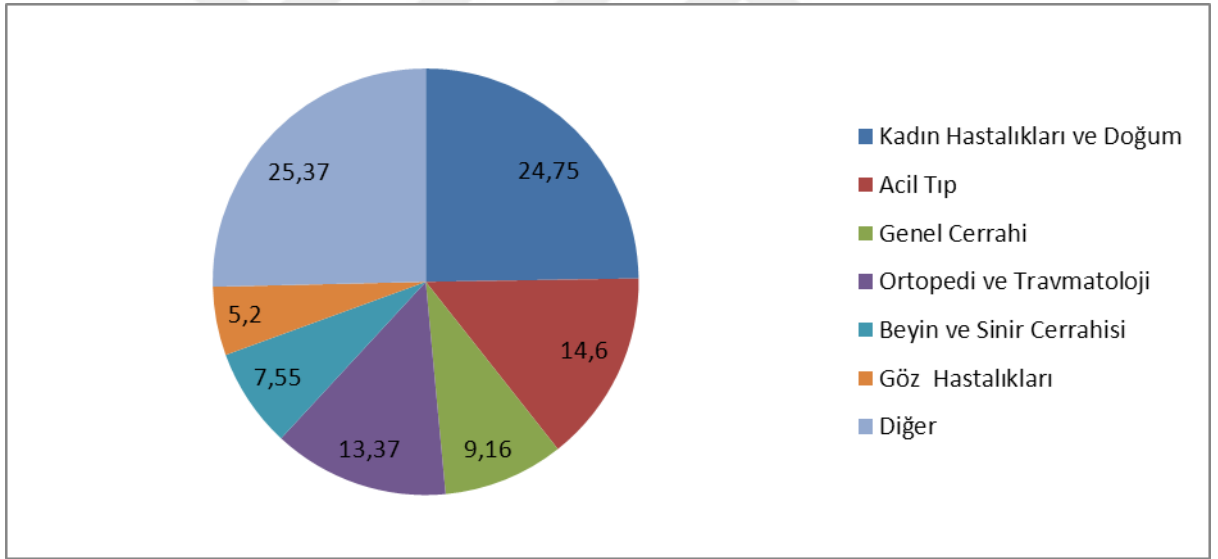
Olay ile şikâyet arasında geçen süreye göre dağılımı Şekil 4.7’de gösterildi. Olguların 153’ünün (%19.2) 0 ila 12 ay arasında şikâyette bulunduğu, 222’sinin (%27.7) 13 ila 24 ay arasında, 188’inin (%23.5) 25 ila 36 ay arasında, 108’inin 37 ila 48 ay arasında, (%13.5), 129’unun (%16.1) 49 ay ve daha fazla süre sonra şikâyette bulunduğu belirlendi. Şikâyetlerin çoğunlukla olaydan sonra 1 ila 2 yıl arasında gerçekleştirildiği saptandı.



Şekil 4.7: Olguların olay ile şikâyet arasında geçen süreye göre dağılımı

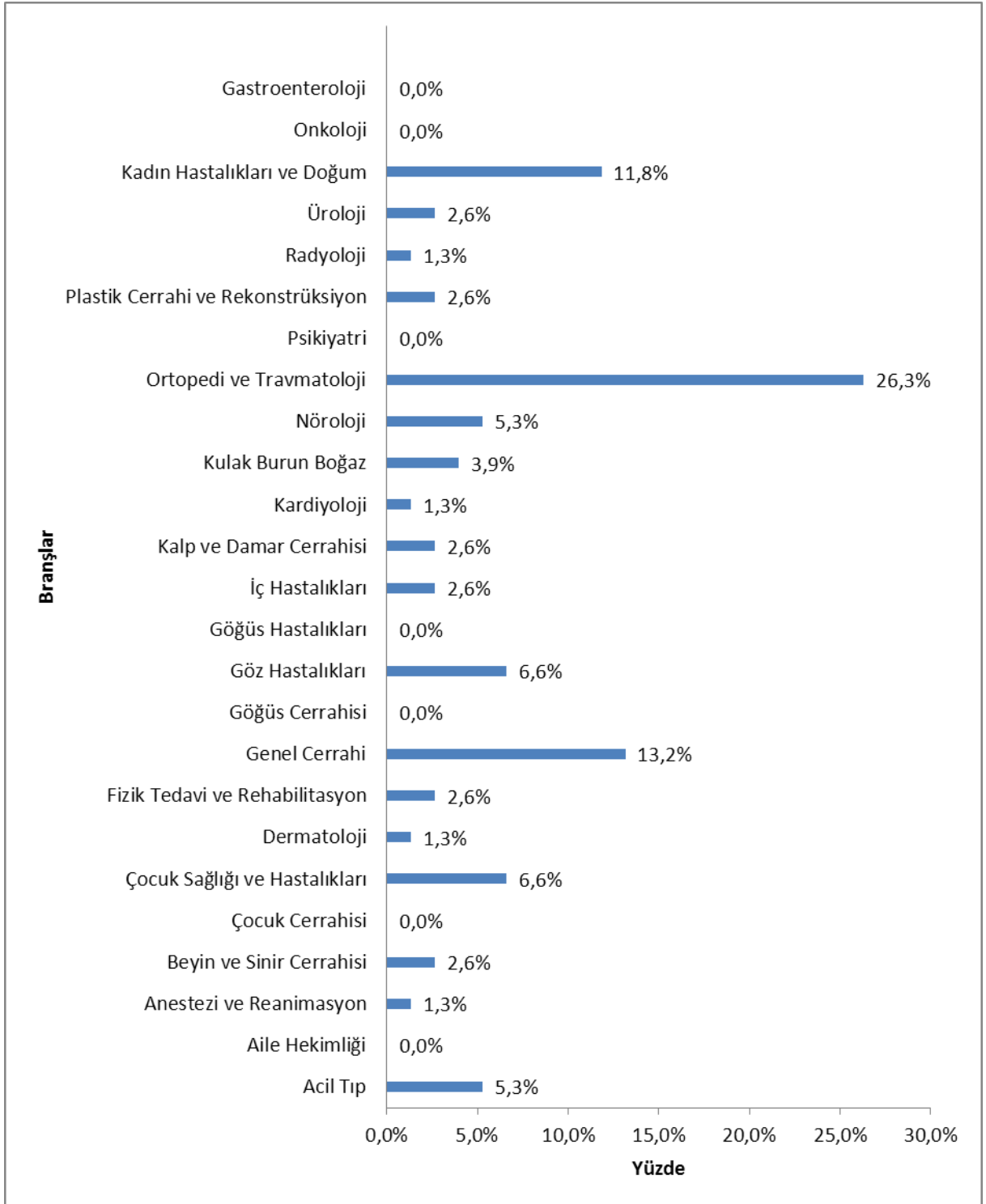
Olguların 200'ü (%24.75) Kadın Hastalıkları ve Doğum branşını şikâyette bulunurken, 118'i (%14.6) Acil Tıp branşını, 108'i (%13.37) Ortopedi ve Travmatoloji branşını, 74'ü (%9.16) Genel Cerrahi branşını, 61'i (%7.5) Beyin ve Sinir Cerrahisi branşını, 42'si (%5.2) Göz Hastalıkları branşını, 1'i (%0.1) Aile Hekimliği branşını, 11'i (%1.4) Anestezi ve Reanimasyon branşını, 3'ü (%0.4) Çocuk Cerrahisi branşını, 30'u (%3.7) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları branşını, 2'si (%0.2) Dermatoloji branşını, 5'i (%0.6) Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon branşını, 7'si (%0.9) Göğüs Cerrahisi branşını, 16'sı (%2) İç Hastalıkları branşını, 11'i (%1.4) Kalp Damar Cerrahisi branşını, 6'sı (%0.7) Kardiyoloji branşını, 39'u (%4.8) Kulak Burun Boğaz branşını, 7'si (%0.9) Nöroloji branşını, 3'ü (%0.4) Psikiyatri branşını, 32'si (%4) Plastik Cerrahi ve Rekonstrüksiyon branşını, 4'ü (%0.5) Radyoloji branşını, 21'i (%2.6) Üroloji branşını, 2'si (%0.2) Onkoloji branşını, 1'i (%0.1) Gastroenteroloji branşını şikâyette bulunmuştur. 6'sında ise branş belirtilmemiştir.

En çok şikâyetle bulunulan altı branşın yüzde dağılımı Şekil 4.8’de gösterildi. Olguların %24.75’i Kadın Hastalıkları ve Doğum, %14.6’sı Acil Tıp, %13.37’si Ortopedi ve Travmatoloji, %9.16’sı Genel Cerrahi, %7.55’i Beyin ve Sinir Cerrahisi, %5.20’si Göz Hastalıkları, %25.37’sinin ise diğer branşları şikâyetle buldukları belirlendi. Hasta muayene eden Adli Tıp, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Enfeksiyon Hastalıkları, Radyasyon Onkolojisi, Nükleer Tıp, Spor Hekimliği, Askeri Sahra Hekimliği, Hava ve Uzay Hekimliği, Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp, Halk Sağlığı, Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji branşları için hiç şikâyetle bulunulmadığı saptandı.



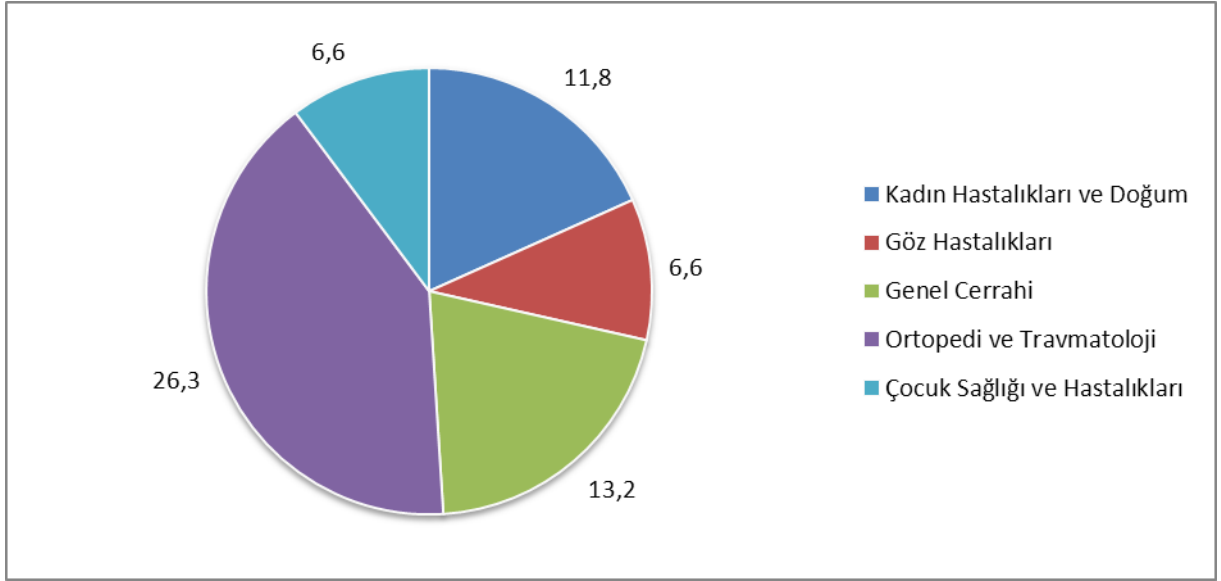
Şekil 4.8: Olguların en çok şikâyetle bulunulan branşlara göre dağılımı

Branşların kusurlu bulunup bulunmamasına göre dağılımı Şekil 4.9’da gösterildi. Aile Hekimliği, Çocuk Cerrahisi, Göğüs Cerrahisi, Göğüs Hastalıkları, Psikiyatri, Gastroenteroloji ve Onkoloji branşlarının hiç kusurlu bulunmadığı belirlendi. 20 olgu ile kurulca en çok kusurlu bulunan branşın Ortopedi ve Travmatoloji (%26.3) olduğu saptandı.



Şekil 4.9: Kusurlu bulunan olgularda kusur dağılımı

En çok kusurlu bulunan 5 branşın yüzde olarak dağılımı Şekil 4.10'da gösterildi.



Şekil 4.10: En çok kusurlu bulunan branşların yüzde olarak dağılımı

Değerlendirilen olguların 118'i (%14,6) acil tıp branşını, 81'i (%10) dahili branşları, 609'u (%75,4) cerrahi branşları şikâyetinde bulunmuştur.

Dahili, cerrahi branşlar ve acil tıp karşılaştırıldığında dahili branşlarda kusurlu bulunma oranı (%19,8) diğer branşlara göre anlamlı olarak daha yüksektir, acil tıp branşının kusurlu bulunma oranı (%3,4) diğer branşlara göre anlamlı olarak düşüktür. ($p<0,001$)

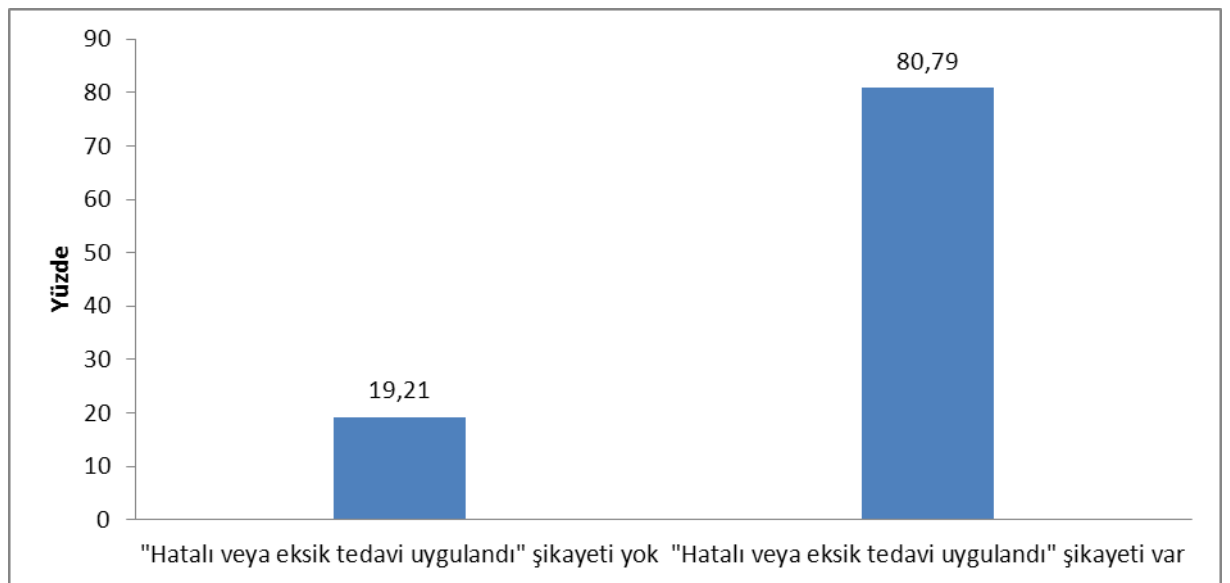
Tablo 4.1: Dahili, cerrahi ve acil tıp branşlarının kusurlu bulunma oranlarının karşılaştırılması ve p değeri

	Acil Tıp	Dahili Branşlar	Cerrahi Branşlar	p değeri
Kusur var	4 (%3,4)	16 (%19,8)	56 (%9,2)	<0.001
Kusur yok	114 (%96,6)	65 (%80,2)	553 (%91,8)	

Şikâyet nedenleri dört ana başlık altında sınıflandırıldı.

- 1)Hatalı veya eksik tedavi uygulandı
- 2)Aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim
- 3)Yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı
- 4)Hekim ihmali var

Değerlendirme yapılan olguların 656'sının (%80,79) "hatalı veya eksik tedavi uygulandı" şikâyetiyle mahkemeye başvurduğu saptandı.



Şekil 4.11a: Hatalı veya eksik tedavi uygulandı şikâyetiyle mahkemeye başvuran olguların yüzde olarak dağılımı

Kadınların zararıyla sonuçlanan olguların %79.4'ünün, erkeklerin zararıyla sonuçlanan olguların ise %82.3'ünün “hatalı veya eksik tedavi uygulandı” iddiasıyla şikâyette bulunulduğu görüldü. Cinsiyetler arasında “hatalı veya eksik tedavi uygulandı” şikâyetiyle başvurma açısından anlamlı bir fark gözlenmedi. ($p>0,05$)

Kusurlu bulunan olguların %70.1'i, kusurlu bulunmayan olguların ise %81.9'u “hatalı veya eksik tedavi uygulandı” iddiasıyla şikâyette bulunmuştur. Kusurlu bulunan olguların “hatalı veya eksik tedavi uygulandı” iddiasıyla şikâyette bulunanların yüzdesi (%70.1), kusurlu bulunmayan olgularda “hatalı veya eksik tedavi uygulandı” şikâyetiyle başvuranlara göre (%81.9) anlamlı olarak düşük bulundu. ($p=0,013$)

Tablo 4.2: “Hatalı veya eksik tedavi uygulandı” şikâyetiyle başvuru alan olguların kusurlu bulunma sayı, yüzdeleri ve p değeri

	Kusur var	Kusur yok	p değeri
“Hatalı veya eksik tedavi uygulandı” şikâyeti var	54 (%70.1)	602 (%81.9)	=0,013
“Hatalı veya eksik tedavi uygulandı” şikâyeti yok	23 (%29.9)	133 (%19.1)	

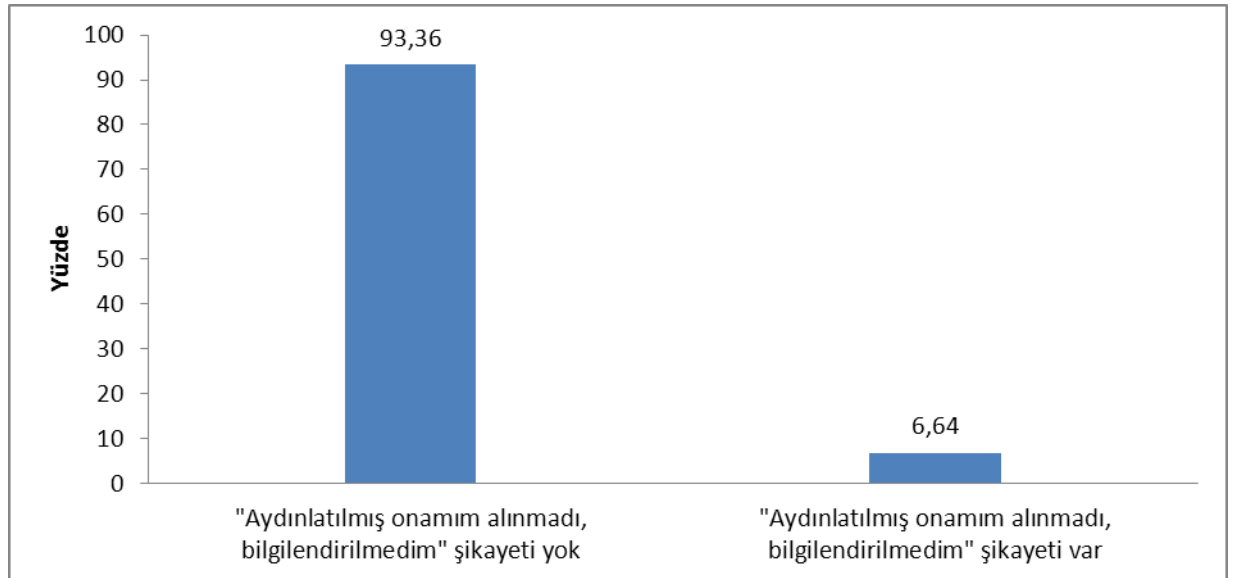
Dahili branşlarda hatalı veya eksik tedavi nedeniyle şikâyette bulunma oranı (%67,9) diğer branşlara göre anlamlı olarak daha düşük bulundu. ($p=0,004$)

Tablo 4.3: “Hatalı veya eksik tedavi uygulandı” şikâyetiyle başvuru olan olguların branşlara göre karşılaştırılması ve p değeri

	Acil Tıp	Dahili Branşlar	Cerrahi Branşlar	p değeri
“Hatalı veya eksik tedavi uygulandı” şikâyeti var	102 (%86,4)	55 (%67,9)	494 (%81,4)	=0.004
“Hatalı veya eksik tedavi uygulandı” şikâyeti yok	16 (%13,6)	26 (%32,1)	113 (%18,6)	

Acil tıp ve cerrahi branşlardaki hatalı veya eksik tedavi uygulandı şikâyeti ile başvurma oranı anlamlı olarak farklı değildir. ($p>0,05$)

Değerlendirme yapılan olguların 54’ünün (%6,64) “aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” şikâyetiyle mahkemeye başvurduğu saptandı.



Şekil 4.11b: Aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim şikâyetiyle mahkemeye başvuru olan olguların yüzde olarak dağılımı

Kadınların zararıyla sonuçlanan olguların %9,4'ünün, erkeklerin zararıyla sonuçlanan olguların ise %4,1'inin “aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” iddiasıyla şikâyette bulunulduğu görüldü. Kadınların zararıyla sonuçlanan, “aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” şikâyeti ile başvuru olan olguların, erkeklerin zararıyla sonuçlanan, “aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” şikâyeti ile başvuru olan olgulara göre anlamlı olarak daha fazla başvuruda bulunulduğu belirlendi. (p=0,002)

Kusurlu bulunan olguların %1.3'ü, kusurlu bulunmayan olguların ise %7.2'si “aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” iddiasıyla şikâyette bulunmuştur. Kusurlu bulunan olguların “aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” iddiasıyla şikâyette bulunanların yüzdesi (%1.3), kusurlu bulunmayan olgularda “aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” şikâyetiyle başvuranlara göre (%7.2) anlamlı olarak farklı bulunmadı. (p>0,05)

Tablo 4.4: “Aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” şikâyetiyle başvuru olan olguların kusurlu bulunma sayısı, yüzdeleri ve p değeri

	Kusur var	Kusur yok	p değeri
“Aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” şikâyeti var	1 (%1.3)	53 (%7.2)	>0,05
“Aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” şikâyeti yok	76 (%98,7)	683 (%92.8)	

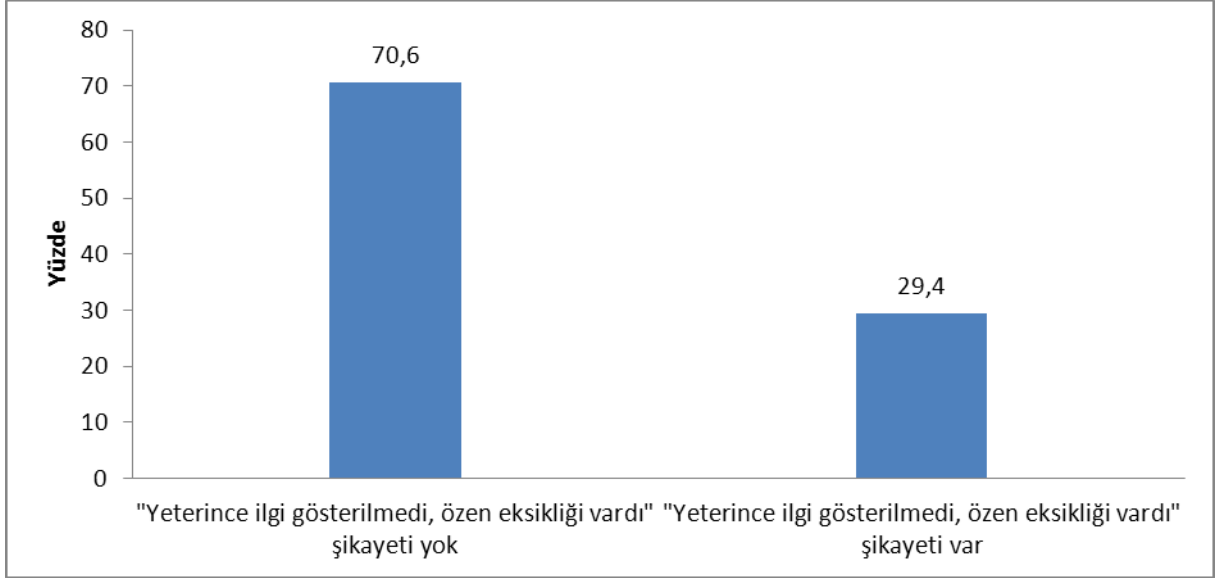
Acil tıp branşında “aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” nedeniyle şikâyette bulunulma oranı (%0,8) diğer branşlardan anlamlı olarak düşüktür. (p=0,007)

Tablo 4.5: “Aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” şikâyetiyle başvuru yapılan olguların branşlara göre karşılaştırılması ve p değeri

	Acil Tıp	Dahili Branşlar	Cerrahi Branşlar	p değeri
“Aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” şikâyeti var	1 (%0,8)	7 (%8,6)	46 (%7,6)	=0.021
“Aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” şikâyeti yok	117 (%99,2)	74 (%91,4)	562 (%92,4)	

Dahili ve cerrahi branşlar arasında “aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” şikâyetiyle başvurma açısından anlamlı bir fark yoktur. ($p>0,005$)

Değerlendirme yapılan olguların 239’unun (%29,4) “yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” şikâyetiyle mahkemeye başvurduğu saptandı.



Şekil 4.11c: “Yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı.” şikâyetiyle mahkemeye başvuran olguların yüzde olarak dağılımı

Kadınların zararıyla sonuçlanan olguların %31,2’sinin, erkeklerin zararıyla sonuçlanan olguların ise %27,6’sının “yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” iddiasıyla şikâyette bulunulduğu görüldü. Cinsiyetler arasında “yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” şikâyetiyle başvurma açısından anlamlı bir fark gözlenmedi. ($p>0,05$)

Kusurlu bulunan olguların %62,3’ü, kusurlu bulunmayan olguların ise %26’sı “yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” iddiasıyla şikâyette bulunmuştur. Kusurlu bulunan olguların “yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” iddiasıyla şikâyette bulunanların yüzdesi (%62,3), kusurlu bulunmayan olgularda “yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” şikâyetiyle başvuranlara göre (%26) anlamlı olarak yüksek bulundu. ($p<0,001$)

Tablo 4.6: “Yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” şikâyetiyle başvuru olan olguların kusurlu bulunma sayısı, yüzdeleri ve p değeri

	Kusur var	Kusur yok	p değeri
“Yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” şikâyeti var	48 (%62,3)	191 (%26)	<0,001
“Yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” şikâyeti yok	29 (%37,7)	545 (%74)	

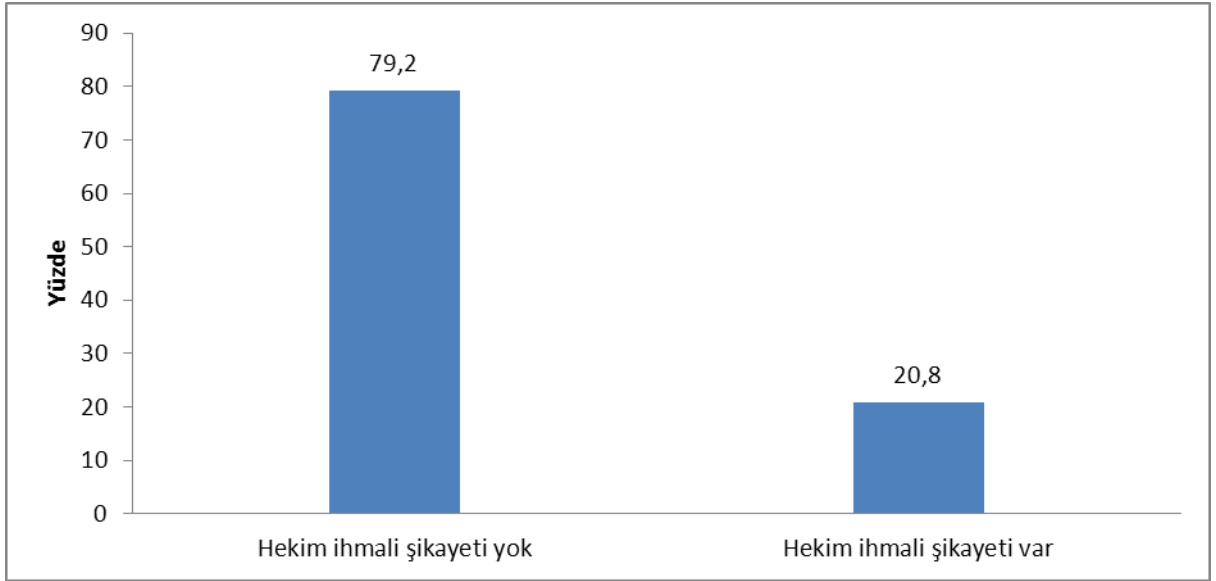
Dahili branşlarda “yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” nedeniyle şikâyette bulunma oranı (%48,1) diğer branşlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. (p<0,001)

Tablo 4.7: “Yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” şikâyetiyle başvuru olan olguların branşlara göre karşılaştırılması ve p değeri

	Acil Tıp	Dahili Branşlar	Cerrahi Branşlar	p değeri
“Yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” şikâyeti var	22 (%18,6)	39 (%48,1)	177 (%29,1)	<0,001
“Yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” şikâyeti yok	96 (%81,4)	42 (%51,9)	431 (%70,9)	

Acil tıp branşında “yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” diğer branşlara göre anlamlı olarak düşük oranda (%18,6) şikâyette bulunulduğu görüldü. (p=0,020)

Değerlendirme yapılan olguların 169'unun (%20,8) “hekim ihmali var” şikâyetiyle mahkemeye başvurduğu saptandı.



Şekil 4.11d Hekim ihmali var şikâyetiyle mahkemeye başvuran olguların yüzde olarak dağılımı

Kadınların zararıyla sonuçlanan olguların %23,1'inin, erkeklerin zararıyla sonuçlanan olguların ise %18,5'inin hekim ihmali iddiasıyla şikâyette bulunduğu görüldü. Cinsiyetler arasında “hekim ihmali var” şikâyetiyle başvurma açısından anlamlı bir fark gözlenmedi. ($p>0,05$)

Kusurlu bulunan olguların %50,6'sı, kusurlu bulunmayan olguların ise %17,7'si hekim ihmali iddiasıyla şikâyette bulunmuştur. Kusurlu bulunan olguların hekim ihmali nedeniyle şikâyette bulunanların yüzdesi (%50,6), kusurlu bulunmayan olgularda “hekim ihmali var” şikâyetiyle başvuranlara göre (%17,7) anlamlı olarak yüksek bulundu. ($p<0,001$)

Tablo 4.8: “Hekim ihmali var” şikâyetiyle başvuru olan olguların kusurlu bulunma sayısı , yüzdeleri ve p değeri

	Kusur var	Kusur yok	p değeri
“Hekim ihmali var” şikâyeti var	39 (%50,6)	130 (%17,7)	<0,001
“Hekim ihmali var” şikâyeti yok	38 (%49,4)	605 (%82,3)	

Dahili branşlarda hekim ihmali nedeniyle şikâyette bulunma oranı (%34,6) diğer branşlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. (p=0,005)

Tablo 4.9: “Hekim ihmali var” şikâyetiyle başvuru olan olguların branşlara göre karşılaştırılması ve p değeri

	Acil Tıp	Dahili Branşlar	Cerrahi Branşlar	p değeri
“Hekim ihmali var” şikâyeti var	20 (%16,9)	28 (%34,6)	120 (%19,9)	p=0,005
“Hekim ihmali var” şikâyeti yok	98 (%83,1)	53 (%65,4)	486 (%80,1)	

Acil tıp ve cerrahi branşlar arasında “hekim ihmali var” şikâyetiyle başvurma açısından anlamlı bir fark bulunmadı. (p>0,005)

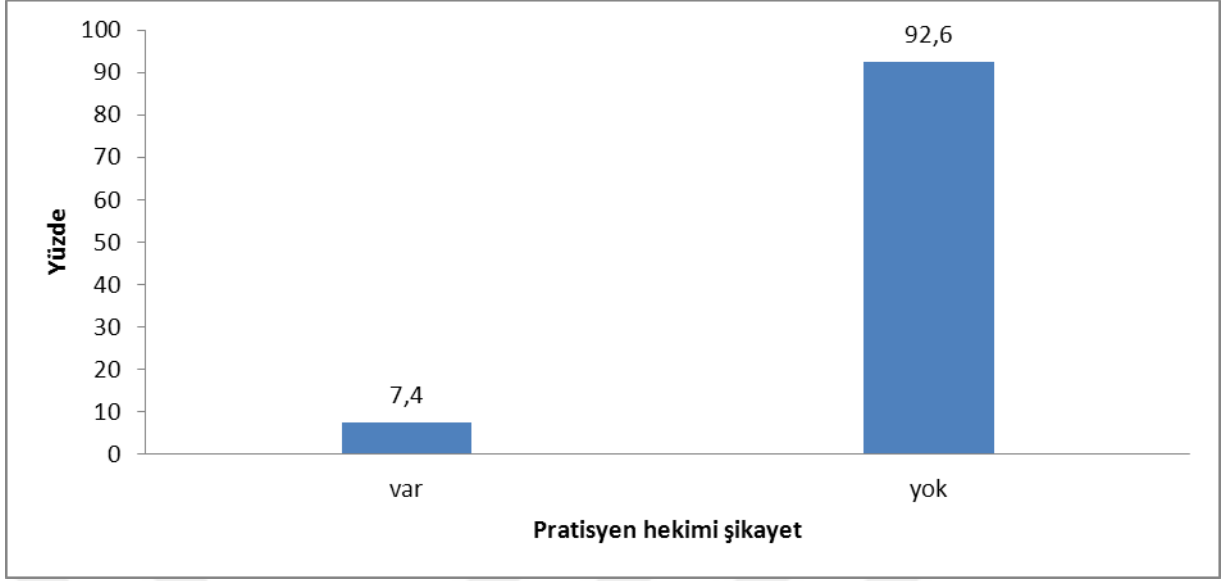
Olguların yarısının (%50) birden fazla nedenle mahkemeye başvurduğu saptandı. Birden fazla nedenle şikâyette bulunan olguların olgu sayısı ve yüzdeleri Tablo 4.10’da gösterildi. En sık “hatalı ve eksik tedavi uygulandı+yeterince ilgi

gösterilmedi, özen eksikliği vardı” şikâyetiyle (%16) mahkemeye başvurulduğu görüldü.

Tablo 4.10: Birden fazla nedenle şikâyette bulunan olguların sayısı ve yüzdeleri

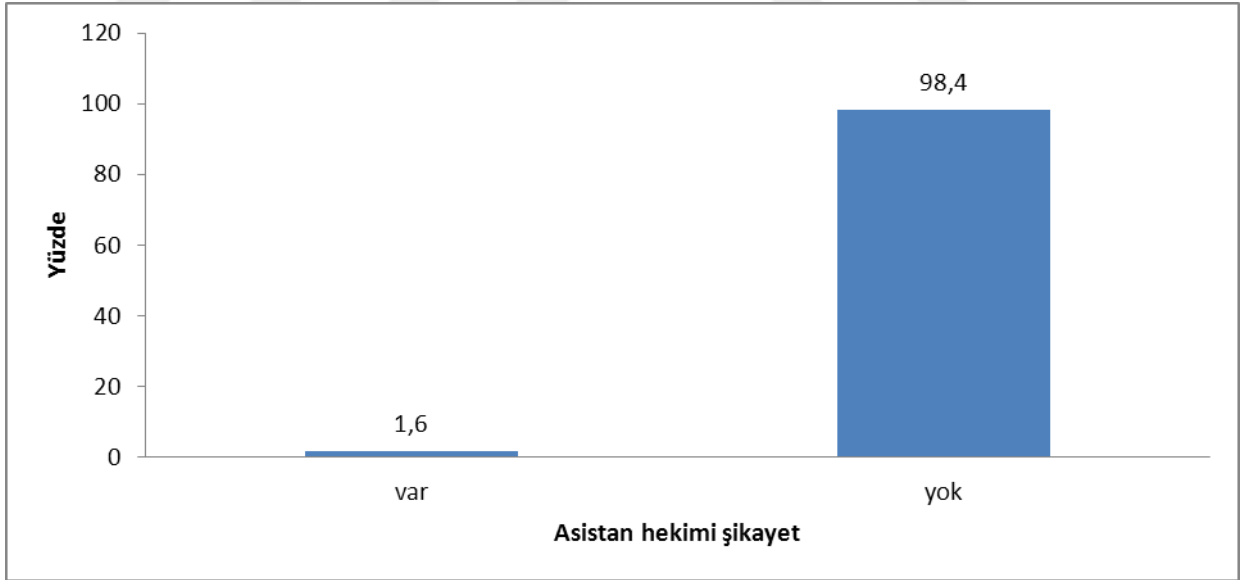
Ortak Şikâyetler	n	%
hatalı ve eksik tedavi+onam	35	%4
hatalı ve eksik tedavi+ilgi özen eksikliği	133	%16
hatalı ve eksik tedavi+hekim ihmali	93	%11
onam +ilgi özen eksikliği	20	%2
onam+hekim ihmali	4	%0
ilgi özen eksikliği+hekim ihmali	85	%10
hatalı ve eksik tedavi+onam+ilgi özen eksikliği	15	%2
hatalı ve eksik tedavi+onam + hekim ihmali	2	%0
hatalı ve eksik tedavi+ilgi özen eksikliği + hekim ihmali	43	%5
onam +ilgi özen eksikliği + hekim ihmali	4	%0
Hepsi	2	%0

Değerlendirme yapılan olguların 60'ının (%7.4) pratisyen hekimi şikâyet ettikleri belirlendi.



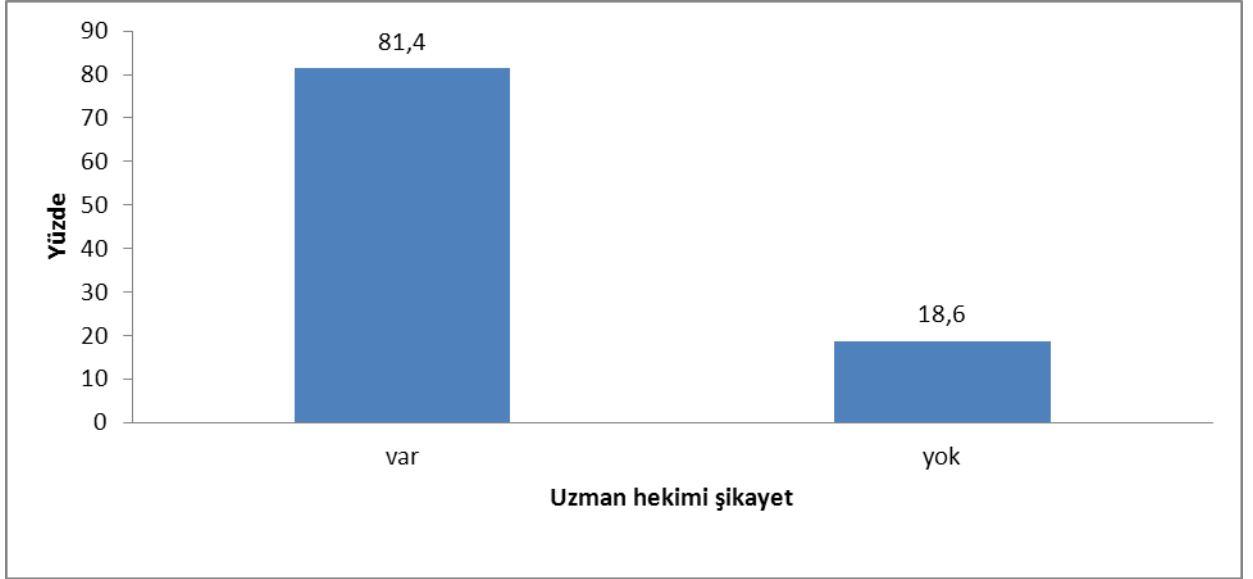
Şekil 4.12a: Pratisyen hekimlerin şikâyet edilme oranı

Değerlendirme yapılan olguların 13'ünün (%1.6) asistan hekimi şikâyet ettikleri belirlendi.



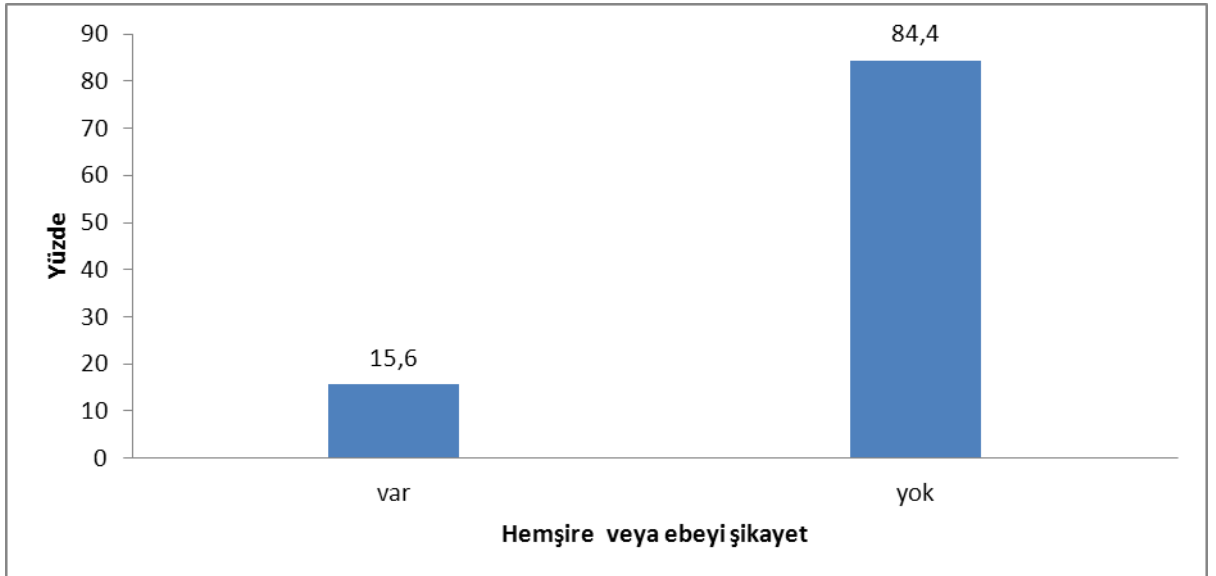
Şekil 4.12b: Asistan hekimlerin şikâyet edilme oranı

Değerlendirme yapılan olguların 657'sinin (%81.4) uzman hekimi şikâyet ettikleri belirlendi.



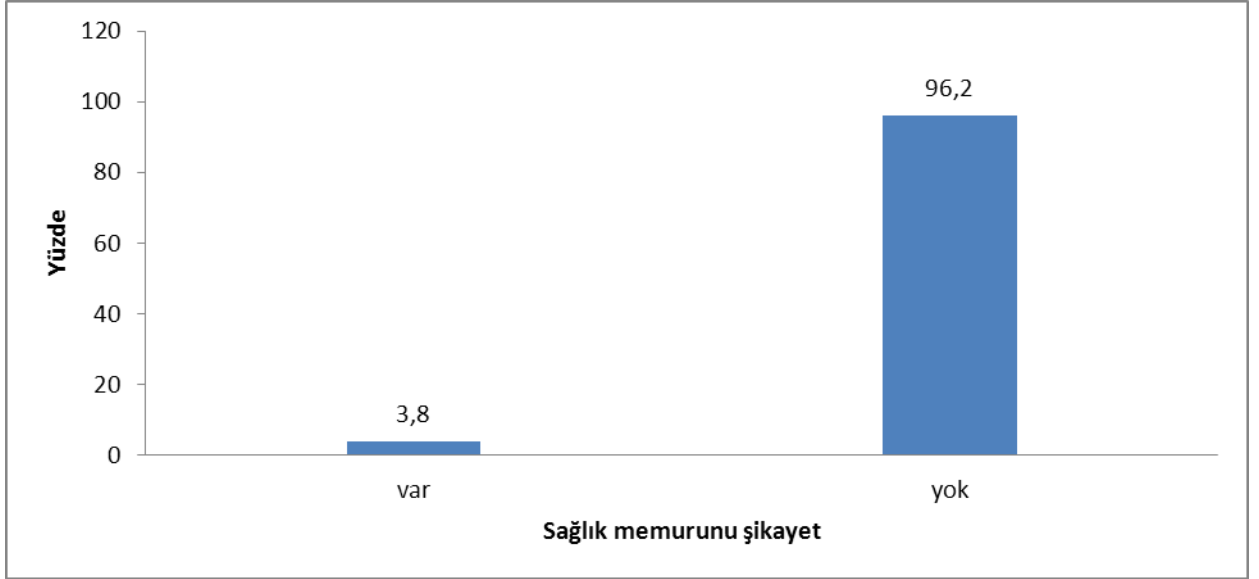
Şekil 4.12c: Uzman hekimlerin şikâyet edilme oranı

Değerlendirme yapılan olguların 126'sının (%15.6) hemşire veya ebeyi şikâyet ettikleri belirlendi.



Şekil 4.12d: Hemşire veya ebelerin şikâyet edilme oranı

Değerlendirme yapılan olguların 31'inin (%3.8) sağlık memurunu şikâyet ettikleri belirlendi.



Şekil 4.12e: Sağlık memurlarının şikâyet edilme oranı

Olguların bir kısmının (88 olgu) birden fazla sağlık çalışanını şikâyette buldukları saptandı. Olguların birden fazla sağlık çalışanını şikâyette bulunmaktan ziyade çoğunlukla tek bir sağlık çalışanını şikâyette buldukları belirlendi.

Tablo 4.11: Birden fazla sağlık çalışanını şikâyetinde bulunan olguların sayısı ve yüzdeleri

Şikâyet Edilen Sağlık Çalışanları	n	%
pratisyen+asistan	0	0
pratisyen+uzman	8	0,98
pratisyen+hemşire/ebe	9	1,10
pratisyen+sağlık memuru	7	0,86
asistan+uzman	8	0,98
asistan+hemşire/ebe	0	0
asistan+sağlık memuru	1	0,12
uzman +hemşire/ebe	41	5
uzman+sağlık memuru	6	0,74
hemşire/ebe+sağlık memuru	4	0,5
pratisyen+asistan+uzman	0	0
pratisyen+asistan+hemşire/ebe	0	0
pratisyen+asistan+sağlık memuru	0	0
asistan+uzman+hemşire/ebe	0	0
asistan+uzman+sağlık memuru	1	0,12
pratisyen+uzman+hemşire/ebe	0	0
pratisyen+uzman+sağlık memuru	2	0,24
pratisyen+hemşire/ebe+sağlık memuru	0	0
uzman+hemşire/ebe+sağlık memuru	1	0,12
asistan+hemşire/ebe+sağlık memuru	0	0

Şikâyet edilen pratisyen hekimlerin kusurlu bulunma oranı (%6,7) pratisyen hekim olmayan sağlık personelinin kusurlu bulunma oranından (%9,8) anlamlı olarak farklı bulunmamıştır. ($p > 0,05$)

Şikâyet edilen asistan hekimlerin kusurlu bulunma oranı (%7,7) asistan hekim olmayan sağlık personelinin kusurlu bulunma oranından (%9,6) anlamlı olarak farklı bulunmamıştır. ($p > 0,05$)

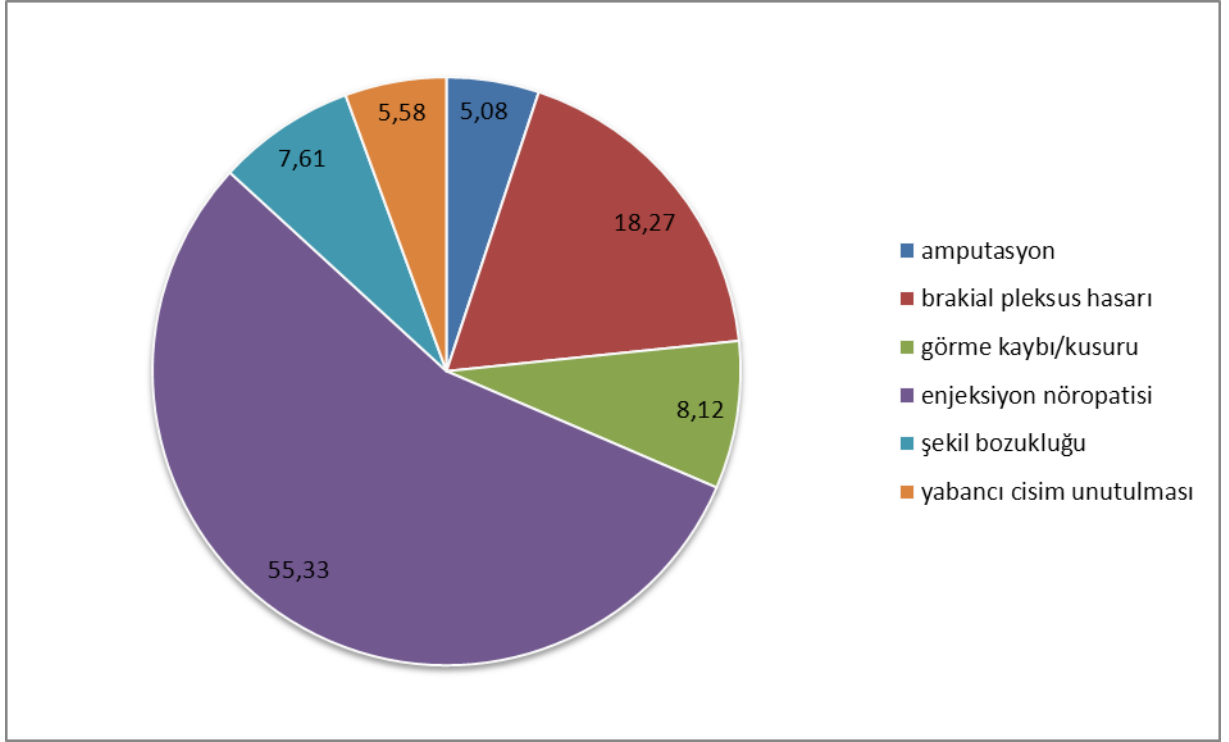
Şikâyet edilen uzman hekimlerin kusurlu bulunma oranı (%10,5) uzman hekim olmayan sağlık personelinin kusurlu bulunma oranından (%5,3) anlamlı olarak farklı bulunmamıştır. ($p > 0,05$)

Şikâyet edilen hemşire veya ebelerin kusurlu bulunma oranı (%6,3) hemşire veya ebe olmayan sağlık personelinin kusurlu bulunma oranından (%10,1) anlamlı olarak farklı bulunmamıştır. ($p > 0,05$)

Şikâyet edilen sağlık memurlarının kusurlu bulunma oranı (%9,7) sağlık memuru olmayan sağlık personelinin kusurlu bulunma oranından (%9,5) anlamlı olarak farklı bulunmamıştır. ($p > 0,05$)

Değerlendirilen olgularda en çok şikâyette bulunulan 6 zarar kategorize edildi. Bunlar amputasyon, brakial pleksus hasarı, enjeksiyon nöropatisi, görme kusuru/kaybı, şekil bozukluğu ve yabancı cisim unutulmasıdır. En sık oluşan 6 zararın bütün olgular içindeki yüzde dağılım grafiği Şekil 4.13'de gösterilmiştir. Tüm olgular içerisinde amputasyon zararı ile sonuçlanan olgular %5,08 oranında, brakial pleksus zararı ile sonuçlanan olgular %18,27 oranında, görme kaybı/kusuru zararı ile sonuçlanan olgular %8,12 oranında, enjeksiyon nöropatisi zararı ile sonuçlanan olgular %55,33 oranında,

şekil bozukluğu zararı ile sonuçlanan olgular %7,61 oranında, yabancı cisim unutulması zararı ile sonuçlanan olgular %5,58 oranında bulunmuştur.



Şekil 4.13: En sık oluşan 6 zararın bütün olgular içindeki yüzde dağılımı

Oluşan zararlardan kusurlu bulunanlar; ”Akciğer kanserinin atlanması, ameliyat esnasında vidaların kırık hattından geçmediğinin skopi ile görülmemesi, ameliyat setinde bulunması gereken bir malzemenin bulunmaması, ameliyat sırasında safra kesesinin bir bölümünün taşlarla birlikte bırakılmış olması, amputasyon, bebeğin yere düşmesi, bilateral ileri derece gonatroz, bilateral nipple-areola kompleksi nekrozu, bilateral rekurren sinir lezyonu, trakeostomi uygulamasını gerektirir düzeyde trakeal stridor, BOS fistülü, brakial pleksus hasarı, burun uç kıkırdak eksizyon standartlar dışında normalden fazla yapılması, cilt ve cilt altı dokularda nekroz(varis tedavisi sırasında hijyen defekti), ciltte 2-3.derecede yanık, dalak rüptürü ve kot kırığı, dış gebelik(anemi sebebini araştırılmaması), down sendromlu bebek dünyaya getirmeye

sebebiyet verme, hastanın elindeki tahta parçasının tespit edilememiş olması, hastanın eline batan camların iki tanesinin grafi çekilmemiş olması dolayısıyla fark edilmemiş olması, enfeksiyon, kolumellanın olmadığı, septumun ön kısımda olmadığı, her iki nazal kanatta nedbeler, burun ucunda yaklaşık 14 mm vertikal yönde nedbeler, ereksiyon, ejakulasyon ve idrar yapmada zorluk, fasial paralizi, gaz ve gaitasını tutamama(kronik fissür nedbesinin yerinde bırakılması sonucu), görme kaybı/kusuru, göz içi iltihaplanma, hamile iken yanlış pozitiflik sonucu frengi tedavisi, ilacın inhaler yoldan uygulanması gerekirken sehven intravenöz yoldan uygulanması, kalbinin ve solunumunun durduğu, canlandırma uygulandığı ve entübe edildiği (intravönöz puşe şeklinde potasyum klorür yapıldığı, potasyum klorür infüzyon şeklinde verilmesi gereken bir ilaç olduğu), kalpte delik olduğunun atlanması, teşhis edilememesi, kırığa yönelik tedavi yapmaması sebebiyle kırığın yanlış kaynaması, kırığın fark edilmemesi, kolda hareket kısıtlılığı, kolda hareket kısıtlılığı(yanlış alçı), Kompartman sendromu, kornea dekompsasyonu, küvöz içine yerleştirilen sıcak su torbasına bağlı bebekte yanıklar gelişmesi(sıcak su torbasının havluya sarılarak küvözle sevk etmesinin günümüz tıbbında uygulaması olan bir yöntem olmadığı, L1 vertebra kırığı, MRSA, olmayan bir safra kesesinde taş var diyerek ameliyata alınmasına sebebiyet verilmesi, operasyon sırasında karın içinde mala ekartörü (cerrahi alet) unutulması, operasyonda yaralanma bölgesinde cam parçaları kalması ve 4.ve 5.parmak fleksör tendonlar kesik, operasyonun hatalı seviyeden gerçekleştirilmesi(L3-4 yerine L4-5), özofagus atrezisi, perilunar çıkık ve skafoid kırığın grafide tespit edilememesi, peroneal paralizi, ROP, safra kaçağı, sağ dizinde kırık (terapötik egzersizlerin uygulanmasında fizik tedavi teknikerlerinin yer alamayacakları tibben bilinmesine rağmen teknikerin yapması), sağ klavikula shaftı orta 1/3'te defekt ve nonunion, sağ orşiektomi, sağ parietal arteriovenöz

malformasyon ve hematom sonucu pleji, serebral emboli, sezaryen ameliyatında gazlı bez unutulması, sol el 3.parmakta nekroz, sol klavikula kırığı, sol humerus kırığı ve radial palsy, spinal anestezi sonrası gelişen menenjit(ekipmanların temizlik kontrolünün yapılmamış olması), tendon kesisi, geç teşhis ve tedavisine sebep olduğu, testis torsiyonu, tonsillektomi ameliyatı sonrası ameliyat yerinde oluşan kanama konusunda bilgilendirmemesi, torakal kifoz, ulnar sinir kesisi, uygulanan hotpack (sıcak torba) esnasında, kişinin sol topuk bölgesinde yanık oluşması, uygun olmayan implant seçimi sonucu implantın kırılması ve psödoartroz gelişmesi, kırığın psödoartroz nedeniyle kaynamamış olduğu, Ventolinin inhaler formunu intavenöz puşe tarzında uygulaması, Volkman İskemik Kontraktürü, yanlış el ameliyatı, yanlış mercek takılması, yanlış tedavi sonucu enfeksiyon, yüksek doz metotreksat vurulması sonucu Stevens Johnson Sendromu gelişmesi.”dir.

Değerlendirilen 814 olgudan 197’sinde amputasyon, brakial pleksus hasarı, enjeksiyon nöropatisi, görme kusuru/kaybı, şekil bozukluğu ve yabancı cisim unutulması zararları olduğu tespit edilmiştir. 197 olgu içerisinde oluşan amputasyon, brakial pleksus hasarı, enjeksiyon nöropatisi, görme kusuru/kaybı, şekil bozukluğu ve yabancı cisim unutulması zararlarının kusur sayı ve oranları Tablo 4.12’de gösterilmiştir. Amputasyon zararı ile sonuçlanan olguların %10’u kusurlu bulunurken, brakial pleksus hasarı zararı ile sonuçlanan olguların %2.8’i, görme kaybı/kusuru zararı ile sonuçlanan olguların %6.3’ü, yabancı cisim unutulması zararı ile sonuçlanan olguların %54.62’si kusurlu bulunmuştur. Şekil bozukluğu ve enjeksiyon nöropatisi zararı ile sonuçlanan olguların hiçbiri kusurlu bulunmamıştır.

Tablo 4.12: En sık oluşan 6 zararın kusurlu bulunma olgu sayı ve yüzdeleri

Oluşan zarar	Kusur var	Kusur yok	Toplam
Amputasyon	1 (%10)	9 (%90)	10 (%100)
Brakial pleksus hasarı	1 (%2.8)	35 (%97.2)	36 (%100)
Görme kaybı/kusuru	1 (%6.3)	15 (%93.7)	16 (%100)
Enjeksiyon nöropatisi	0 (%0)	109 (%100)	109 (%100)
Şekil bozukluğu	0 (%0)	15 (%100)	15 (%100)
Yabancı cisim unutulması	6 (%54.5)	5 (%45.5)	11 (%100)
			197 (%100)

En sık oluşan 6 zararın branşlara göre dağılımı Tablo 4.13’de gösterildi. Enjeksiyon nöropatisi zararı %68 oranında Acil Tıp branşı uygulamaları esnasında meydana gelmiştir.

Tablo 4.13: En sık oluşan 6 zararın branşlara göre dağılımı

	Amputasyon	Brakial pleksus hasarı	Görme kaybı/kusuru	Enjeksiyon nöropatisi	Şekil bozukluğu	Yabancı cisim unutulması
Acil Tıp	2 (%20)	0 (%0.0)	0 (%0.0)	72 (%68.6)	0 (%0.0)	1 (%9.1)
Beyin ve Sinir Cerrahisi	0 (%0.0)	1 (%2.8)	0 (%0.0)	3 (%2.9)	0 (%0.0)	1 (%9.1)
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	0 (%0.0)	0 (%0.0)	0 (%0.0)	2 (%1.9)	0 (%0.0)	0 (%0.0)
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	0 (%0.0)	0 (%0.0)	0 (%0.0)	1 (%1.0)	0 (%0.0)	0 (%0.0)
Genel Cerrahi	0 (%0.0)	0 (%0.0)	0 (%0.0)	8 (%7.6)	1 (%6.7)	2 (%18.2)
Göğüs Cerrahisi	0 (%0.0)	0 (%0.0)	0 (%0.0)	3 (%2.9)	0 (%0.0)	0 (%0.0)
Göz Hastalıkları	0 (%0.0)	0 (%0.0)	15 (%100.0)	0 (%0.0)	0 (%0.0)	0 (%0.0)
Göğüs Hastalıkları	0 (%0.0)	0 (%0.0)	0 (%0.0)	1 (%1.0)	0 (%0.0)	0 (%0.0)
İç Hastalıkları	1 (%10.0)	0 (%0.0)	0 (%0.0)	2 (%1.9)	0 (%0.0)	0 (%0.0)
Kalp ve Damar Cerrahisi	2 (%20.0)	0 (%0.0)	0 (%0.0)	0 (%0.0)	0 (%0.0)	1 (%9.1)
Kardiyoloji	1 (%10.0)	0 (%0.0)	0 (%0.0)	0 (%0.0)	0 (%0.0)	0 (%0.0)
Kulak Burun Boğaz	0 (%0.0)	0 (%0.0)	1 (%6.3)	4 (%3.8)	6 (%40.0)	1 (%9.1)
Ortopedi ve Travmatoloji	3 (%30.0)	0 (%0.0)	0 (%0.0)	2 (%1.9)	0 (%0.0)	2 (%18.2)
Plastik Cerrahi ve Rekonstrüksiyon	1 (%10.0)	1 (%2.8)	0 (%0.0)	1 (%1.0)	8 (%53.3)	0 (%0.0)
Üroloji	0 (%0.0)	0 (%0.0)	0 (%0.0)	1 (%0.0)	0 (%0.0)	0 (%0.0)
Kadın Hastalıkları ve Doğum	0 (%0.0)	34 (%94.4)	0 (%0.0)	5 (%4.8)	0 (%0.0)	3 (%27.3)
Toplam	10 (%100)	36 (%100)	16 (%100)	105 (%100)	15 (%100)	11 (%100)

Amputasyon zararına uğrayanların %90'ı “hatalı veya eksik tedavi uygulandı” şikâyetiyle mahkemeye başvururken, brakial pleksus hasarı zararına uğrayanların %100'ü, görme kaybı/kusuru zararına uğrayanların %100'ü, enjeksiyon nöropatisi zararına uğrayanların %100'ü, şekil bozukluğu zararına uğrayanların %100'ü, yabancı cisim unutulması zararına uğrayanların ise %63.6'sı “hatalı veya eksik tedavi uygulandı” şikâyetiyle mahkemeye başvurmuştur.

Amputasyon, enjeksiyon nöropatisi, şekil bozukluğu, yabancı cisim unutulması zararına uğrayanların hiçbiri “aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” şikâyetiyle mahkemeye başvurmamıştır. Brakial pleksus hasarı zararına uğrayanların %2.8'i, görme kaybı/kusuru zararına uğrayanların %6.3'ü “aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” şikâyetiyle mahkemeye başvurmuştur.

Amputasyon zararına uğrayanların %20'si “yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” şikâyetiyle mahkemeye başvururken, brakial pleksus hasarı zararına uğrayanların %8.3'ü, görme kaybı/kusuru zararına uğrayanların %6.3'ü, enjeksiyon nöropatisi zararına uğrayanların %0.9'ı, şekil bozukluğu zararına uğrayanların %13.3'ü, yabancı cisim unutulması zararına uğrayanların %6.9'u “yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” şikâyetiyle mahkemeye başvurmuştur.

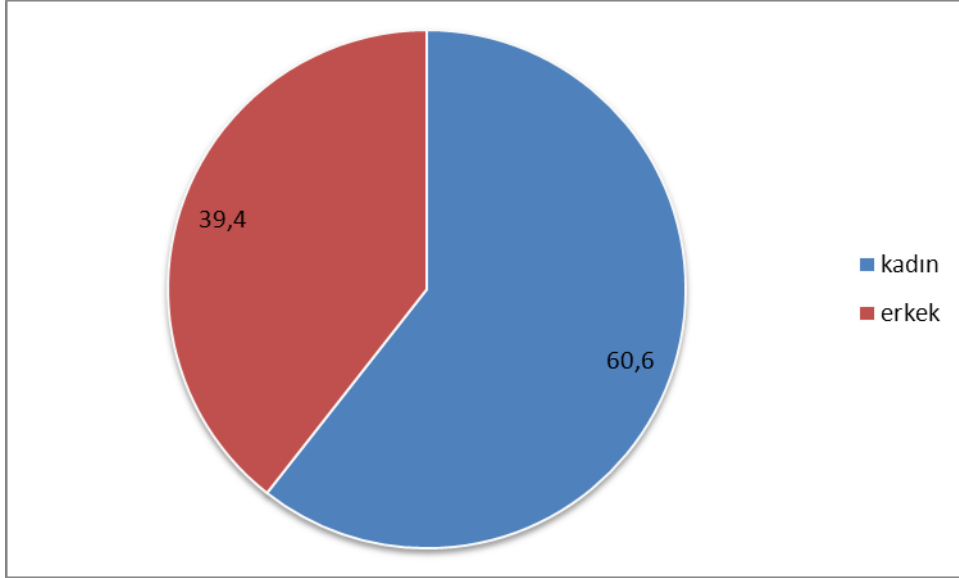
Enjeksiyon nöropatisi, şekil bozukluğu zararına uğrayanların hiçbiri hekim ihmali şikâyetiyle mahkemeye başvurmamıştır. Amputasyon zararına uğrayanların %20'si “hekim ihmali var” şikâyetiyle mahkemeye başvururken, brakial pleksus hasarı zararına uğrayanların %8.3'ü, görme kaybı/kusuru zararına uğrayanların %12.5'i, yabancı cisim unutulması zararına uğrayanların %90.9'u “hekim ihmali var” şikâyetiyle mahkemeye başvurmuştur.

Tablo 4.14: Oluşan zararların başvuru şikâyetlere göre olgu sayı ve yüzdeleri

	Amputasyon	Brakial pleksus hasarı	Görme kaybı/kusuru	Enjeksiyon nöropatisi	Şekil bozukluğu	Yabancı cisim unutulması
Hatalı veya eksik tedavi uygulandı	9 (%90)	36 (%100)	16 (%100)	109 (%100)	14 (%100)	7 (%63.6)
Aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim	0 (%0)	1 (%2.8)	1 (%6.3)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)
Yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı	2 (%20)	3 (%8.3)	1 (%6.3)	1 (%0.9)	2 (%13.3)	4 (%36.4)
Hekim ihmali var	2 (%20)	3 (%8.3)	2 (%12.5)	0 (%0)	0 (%0)	10 (%90.9)

2013 Ocak-2014 Aralık tarihleri arasındaki iki yıllık sürede Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu 1. Adli Tıp İhtisas Kurul'una başvuru yapılan, tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan ve ölümlü sonuçlanan toplam 1166 olgunun 0 ila 86 arasında değişen yaşlardaki yaş ortalaması 33,03 (± 26.86) olarak bulundu. Medyan yaş 34 olarak saptandı.

Olguların cinsiyete göre dağılımı Şekil 4.14'de gösterildi. Olguların 451'nin (%39.4) erkek, 693'ünün (%60.6) kadın olduğu, 22 tanesinde ise cinsiyet belirtilmediği belirlendi.



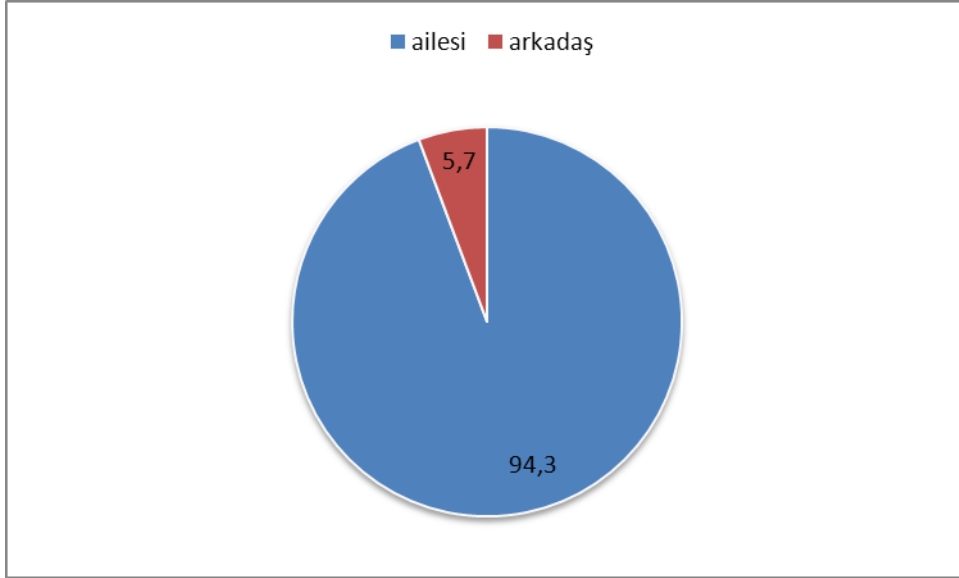
Şekil 4.14: Olguların cinsiyete göre dağılımı

Olguların kurul raporlarında saptanan kusur durumuna göre dağılımı Şekil 4.15'de gösterildi. Olguların 165'i (%14,2) kusurlu bulunurken, 1001'inin (%85,8) ise kusur bulunmadığı belirlendi.



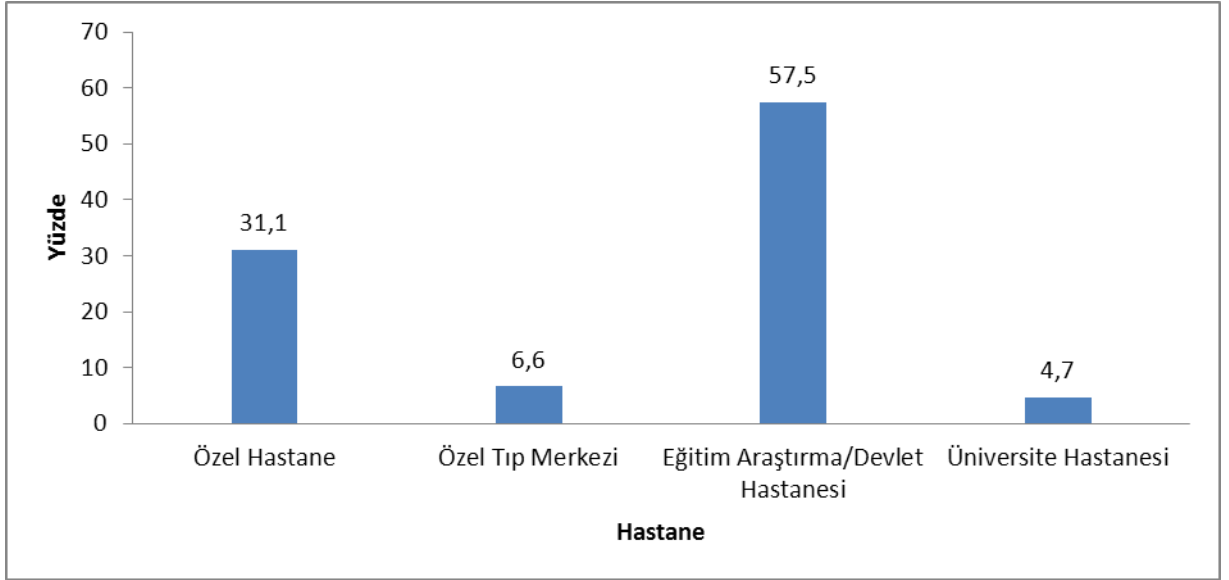
Şekil 4.15: Olguların kusur durumuna göre dağılımı

Şikâyet edenlerin kim olduklarını gösteren dağılım Şekil 4.16'da gösterildi. Olguların 66'sının (%5.7) arkadaşları tarafından mahkemeye şikâyet edildiği, 1100'ünün (%94.3) aileleri tarafından mahkemeye ifade verildiği belirlendi.



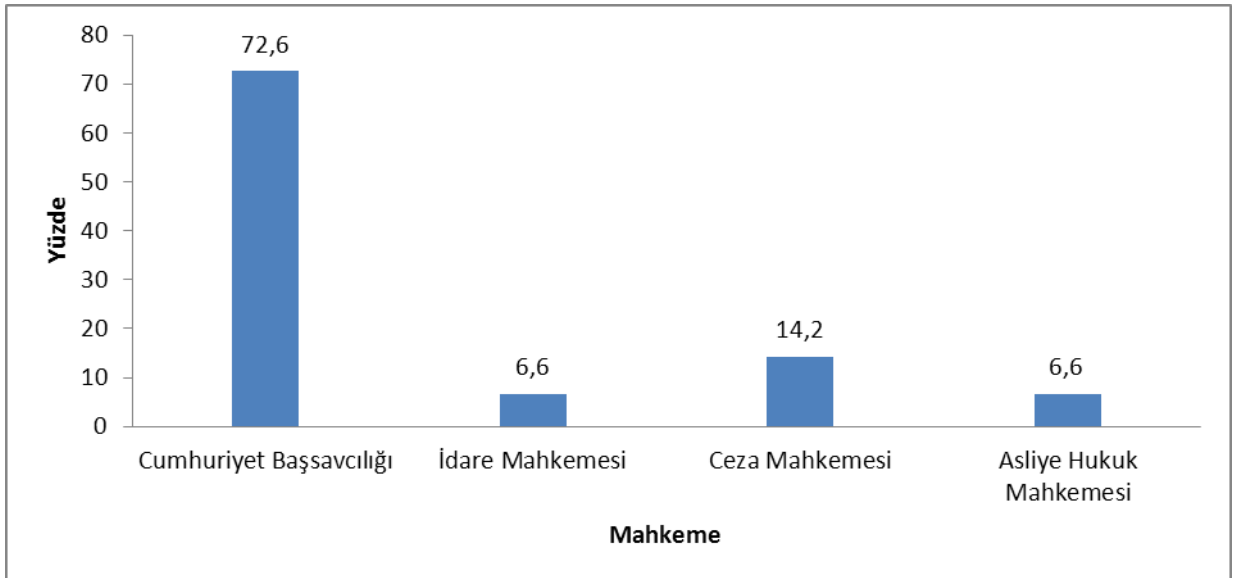
Şekil 4.16: Olguların adli mercilere ifade verenlere göre dağılımı

Şikâyet edilen hastanelere göre dağılım Şekil 4.17'de gösterildi. Olguların 363'ü (%31.1) Özel Hastaneleri, 77'si (%6.6) Özel Tıp Merkezlerini, 671'i (%57.5) Eğitim Araştırma ve Devlet Hastanelerini, 55'i (%4.7) ise Üniversite Hastanelerini şikâyet ettikleri belirlendi.



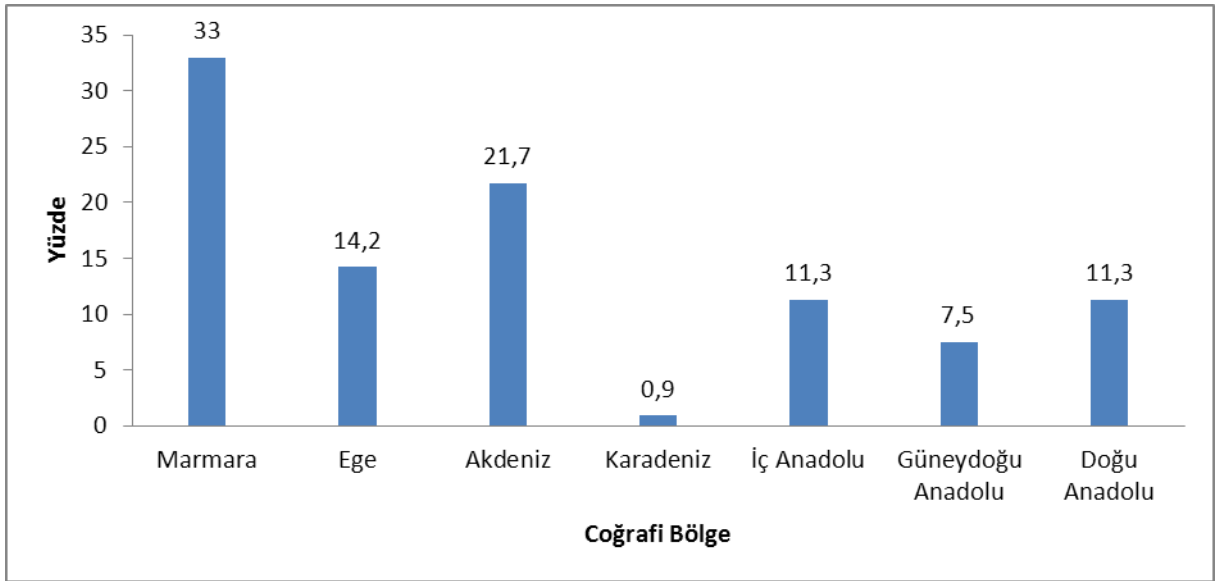
Şekil 4.17: Olguların şikâyet edilen hastanelere göre dağılımı

Şikâyetlerin gerçekleştirildiği mahkemelere göre dağılımı Şekil 4.18’de gösterildi. Olguların 847’si (%72.6) Cumhuriyet Başsavcılığı’na, 72’si (%6.6) İdari Mahkemelere, 165’i (%14.2) Ceza Mahkemelerine, 77’si (%6.6) ise Asliye Hukuk Mahkemesi’ne şikâyette buldukları belirlendi.



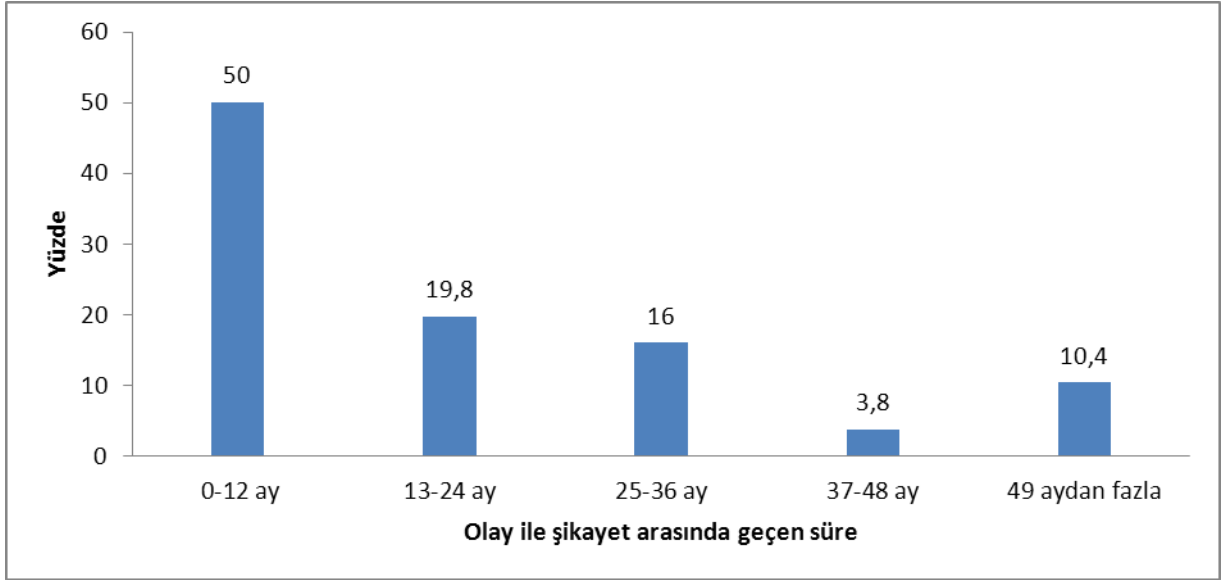
Şekil 4.18: Olguların gönderildiği adli mercilere göre dağılımı

Olguların coğrafi bölgelere göre dağılımı Şekil 4.19'da gösterildi. Olguların 385'i (%33) Marmara bölgesinde, 165'i (%14.2) Ege bölgesinde, 253'ü (%21.7) Akdeniz bölgesinde, 11'i (%0.9) Karadeniz bölgesinde, 132'si (%11.3) İç Anadolu bölgesinde, 88'i (%7.5) Güneydoğu Anadolu bölgesinde, 132'i (%11.3) Doğu Anadolu bölgesinde şikâyette buldukları belirlendi. Olguların büyük çoğunluğunun Marmara, ve Akdeniz bölgesinden olduğu görüldü.



Şekil 4.19 Olguların coğrafi bölgelere göre dağılımı

Olguların olay ile şikâyet arasında geçen süreye göre dağılımı Şekil 4.20'de gösterildi. Olguların 583'ünün (%50) 0 ila 12 ay arasında şikâyette bulunduğu, 231'inin (%19.8) 13 ila 24 ay arasında, 187'sinin (%16) 25 ila 36 ay arasında, 44'ünün 37 ila 48 ay arasında, (%3.8), 121'inin (%10.4) 49 ay ve daha fazla süre sonra şikâyette bulunduğu belirlendi. Şikâyetlerin yarısının olaydan sonra 0 ila 12 ay arasında gerçekleştirildikleri saptandı.

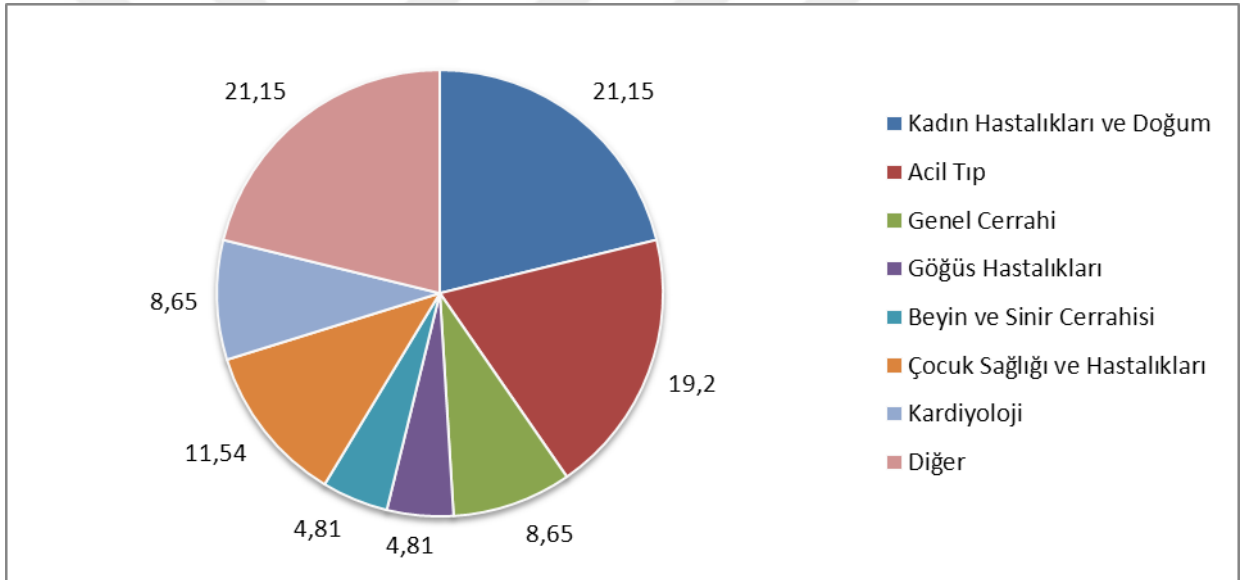


Şekil 4.20: Olguların olay ile şikâyet arasında geçen süreye göre dağılımı

Olguların 242'si Kadın Hastalıkları ve Doğum branşını şikâyette bulunurken, 220'si Acil Tıp branşını, 22'si Ortopedi ve Travmatoloji branşını, 99'u Genel Cerrahi branşını, 55'i Beyin ve Sinir Cerrahisi branşını, 11'i Anestezi ve Reanimasyon branşını, 132'si Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları branşını, 11'i Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon branşını, 22'si Göğüs Cerrahisi branşını, 33'ü İç Hastalıkları branşını, 33'ü Kalp ve Damar Cerrahisi branşını, 99'u Kardiyoloji branşını, 33'ü Kulak Burun Boğaz branşını, 22'si Nöroloji branşını, , 32'si Plastik Cerrahi ve Rekonstrüksiyon branşını, 33'ü Üroloji branşını, 11'i Onkoloji branşını şikâyette bulunmuştur. 22 olguda ise branş belirtilmemiştir.

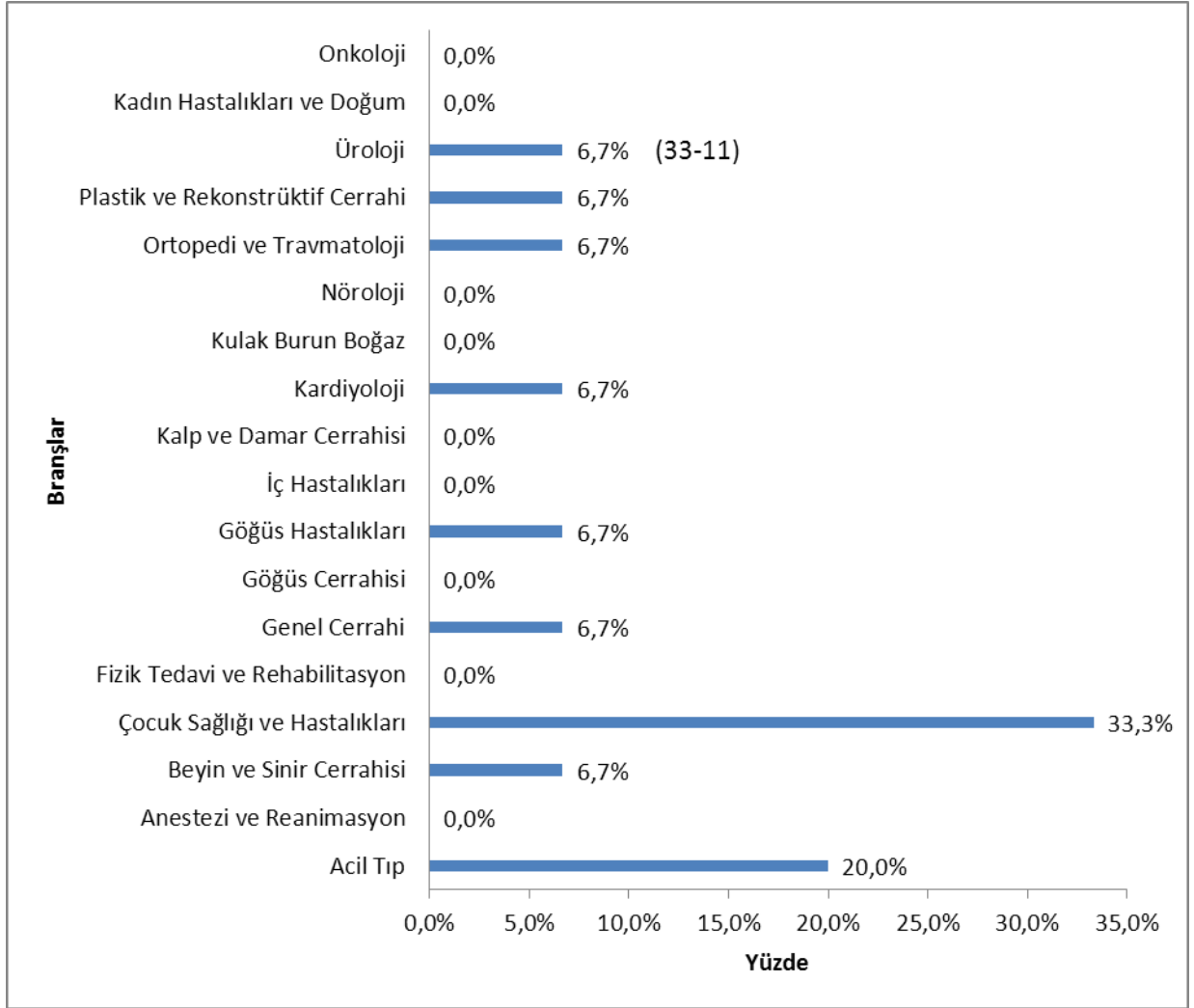
En çok şikâyette bulunulan yedi branşın yüzde dağılımı Şekil 4.21'de gösterildi. Olguların %21.15'i Kadın Hastalıkları ve Doğum, %19.23'ü Acil Tıp, %8.65'i Genel Cerrahi, %4.81'i Beyin ve Sinir Cerrahisi, %11.54'ünün Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları branşını, %8.65'inin kardiyoloji branşını, %4.81'inin Göğüs Hastalıkları branşını, %21.15'inin ise diğer branşları şikâyette buldukları belirlendi. Hasta muayene eden

Adli Tıp, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Enfeksiyon Hastalıkları, Radyasyon Onkolojisi, Nükleer Tıp, Spor Hekimliği, Askeri Sahra Hekimliği, Hava ve Uzay Hekimliği, Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp, Halk Sağlığı, Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji branşları için hiç şikâyette bulunulmadığı saptandı. 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu'na gelen olgularda 2. Adli Tıp İhtisas Kurulu'na gelen olgulardan farklı olarak Aile Hekimliği, Göz Hastalıkları, Dermatoloji, Psikiyatri, Çocuk Cerrahisi, Radyoloji ve Gastroenteroloji branşları için şikâyette bulunulmamıştır.



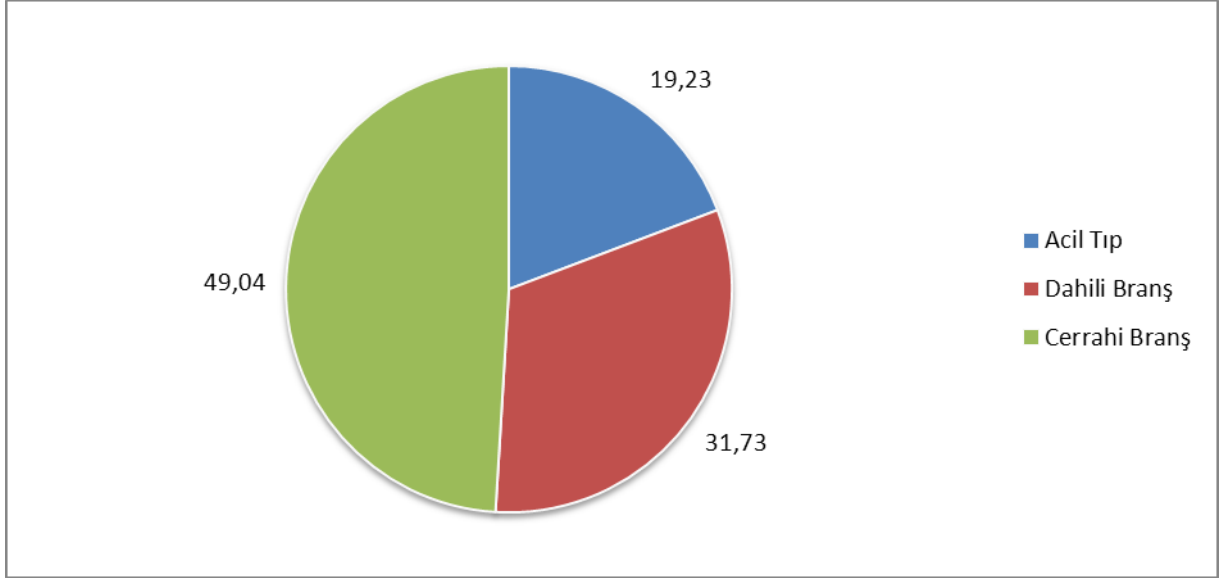
Şekil 4.21: Olguların en çok şikâyette bulunulan branşlara göre dağılımı

Branşların kusurlu bulunup bulunmamasına göre yüzde olarak dağılımı Şekil 4.22'de gösterildi. Onkoloji, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Nöroloji, Kulak Burun Boğaz, Kalp ve Damar Cerrahisi, İç Hastalıkları, Göğüs Cerrahisi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Anestezi ve Reanimasyon branşlarının hiç kusurlu bulunmadığı belirlendi. 55 olgu sayısı ile kurulca en çok kusurlu bulunan branşın Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (%33.3) olduğu saptandı.



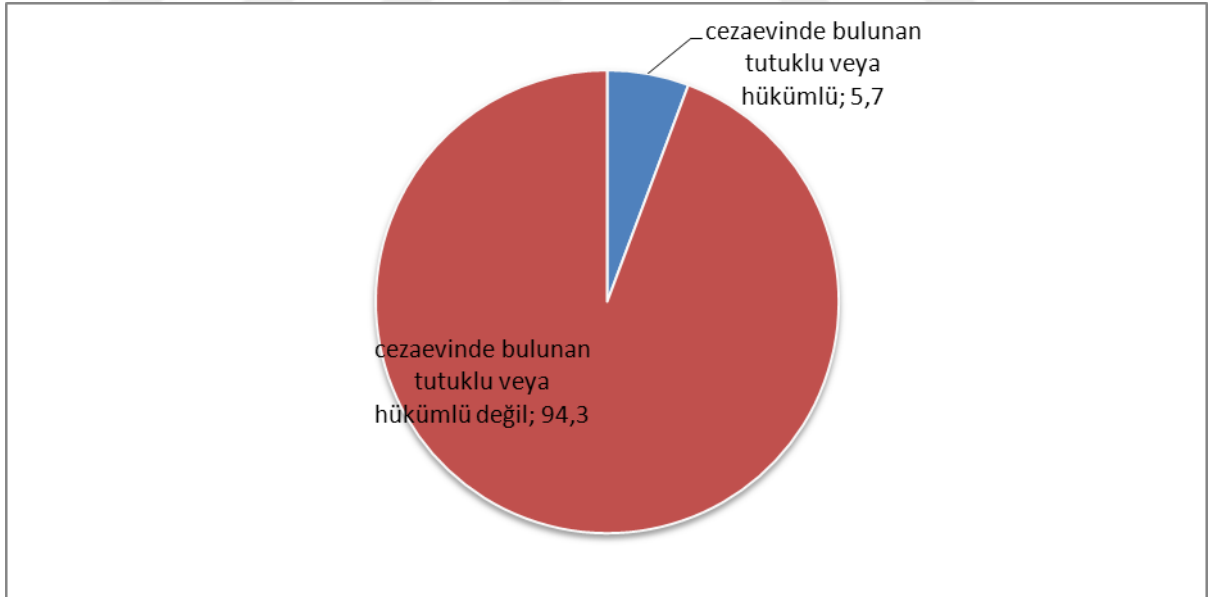
Şekil 4.22: Kusurlu bulunan olgularda kusur dağılımı

Değerlendirilen olguların 220'si (%19.23) acil tıp branşını, 363'ü (%31.73) dahili branşları, 561'i (%49.04) cerrahi branşları şikâyette bulunmuştur.



Şekil 4.23: Olguların acil tıp, dahili ve cerrahi branşlara göre dağılımı

Değerlendirilen olguların 66'sının (%5.7) cezaevinde bulunan tutuklu veya hükümlüler olduğu saptanmıştır.



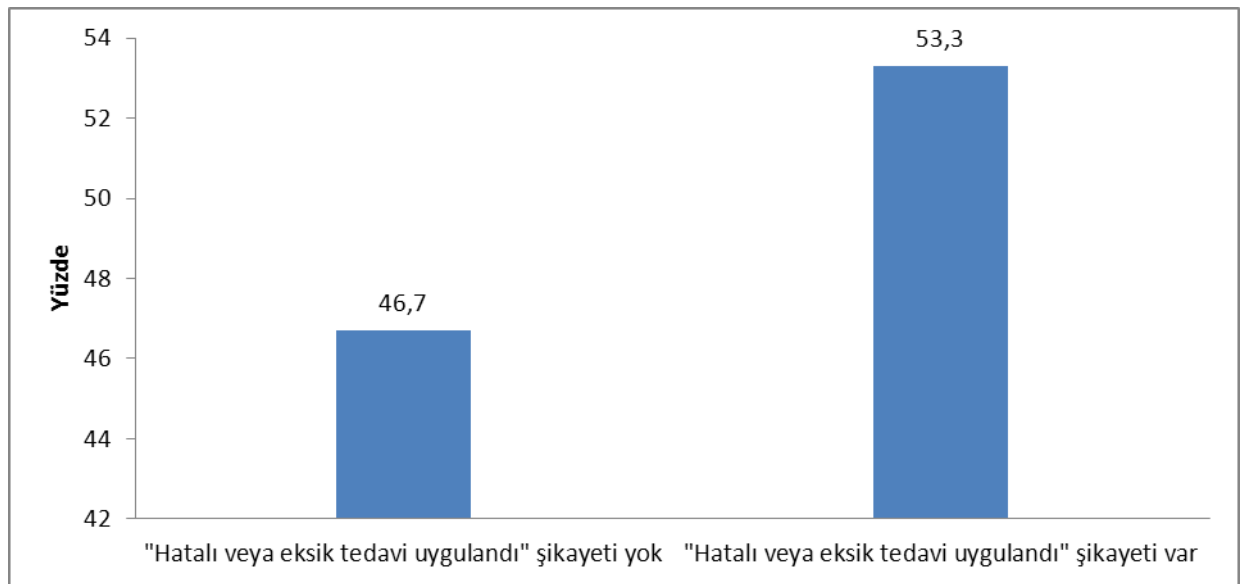
Şekil 4.24: Olguların cezaevinde bulunan tutuklu veya hükümlülerin yüzdesine göre dağılımı

Dahili, cerrahi branşlar ve acil tıp karşılaştırıldığında dahili branşlarda kusurlu bulunma oranı (%21,1) diğer branşlara göre anlamlı olarak daha yüksektir, cerrahi branşların da kusurlu bulunma oranı (%9,8) diğer branşlara göre anlamlı olarak düşüktür. ($p<0,001$)

Tablo 4.15: Dahili, cerrahi ve acil tıp branşlarının kusurlu bulunma oranlarının karşılaştırılması ve p değeri

	Acil Tıp	Dahili Branşlar	Cerrahi Branşlar	p değeri
Kusur var	33 (%15)	77 (%21,1)	55 (%9,8)	<0.001
Kusur yok	187 (%85)	286 (%78,9)	506 (%90,2)	

Değerlendirme yapılan olguların 616'sının (%53,3) "hatalı veya eksik tedavi uygulandı" şikâyetiyle mahkemeye başvurduğu, bunlardan 110 kişinin sadece "hatalı veya eksik tedavi uygulandı" şikâyetiyle başvururken 506 kişinin bu şikâyetin yanında başka şikâyetlerde de bulunduğu saptandı.



Şekil 4.25a: Hatalı veya eksik tedavi uygulandı şikâyetiyle mahkemeye başvuran olguların yüzde olarak dağılımı

Kadınların ölümüyle sonuçlanan olguların %57.1'inin, erkeklerin ölümüyle sonuçlanan olguların ise %50'sinin “hatalı veya eksik tedavi uygulandı” nedeniyle şikâyette bulunduğu görüldü. Kadınların ölümüyle sonuçlanan, “hatalı veya eksik tedavi uygulandı” şikâyeti ile başvuru yapılan olguların, erkeklerin ölümüyle sonuçlanan, “hatalı veya eksik tedavi uygulandı” şikâyeti ile başvuru yapılan olgulara göre anlamlı olarak yüksek oranda başvuruda bulunduğu belirlendi. (p=0,019)

Cezaevinde bulunan tutuklu veya hükümlülerin ölümüyle sonuçlanan olguların, diğer olgulara göre anlamlı oranda (%16.7) daha az “hatalı veya eksik tedavi uygulandı” şikâyetiyle ifade verildiği saptandı. (p<0.001)

Kusurlu bulunan olguların %46.7'si, kusurlu bulunmayan olguların %54.4'ü “hatalı veya eksik tedavi uygulandı” nedeniyle şikâyette başvuruda bulunmuştur. Kusurlu bulunan olguların “hatalı veya eksik tedavi uygulandı” nedeniyle şikâyette bulunanların yüzdesi (%46.7), kusurlu bulunmayan olgularda “hatalı veya eksik tedavi uygulandı” şikâyetiyle başvuranlara göre (%54.4) anlamlı olarak fark bulunamamıştır. (p>0,05)

Tablo 4.16: “Hatalı veya eksik tedavi uygulandı” şikâyetiyle başvuru yapılan olguların kusurlu bulunma sayısı, yüzdeleri ve p değeri

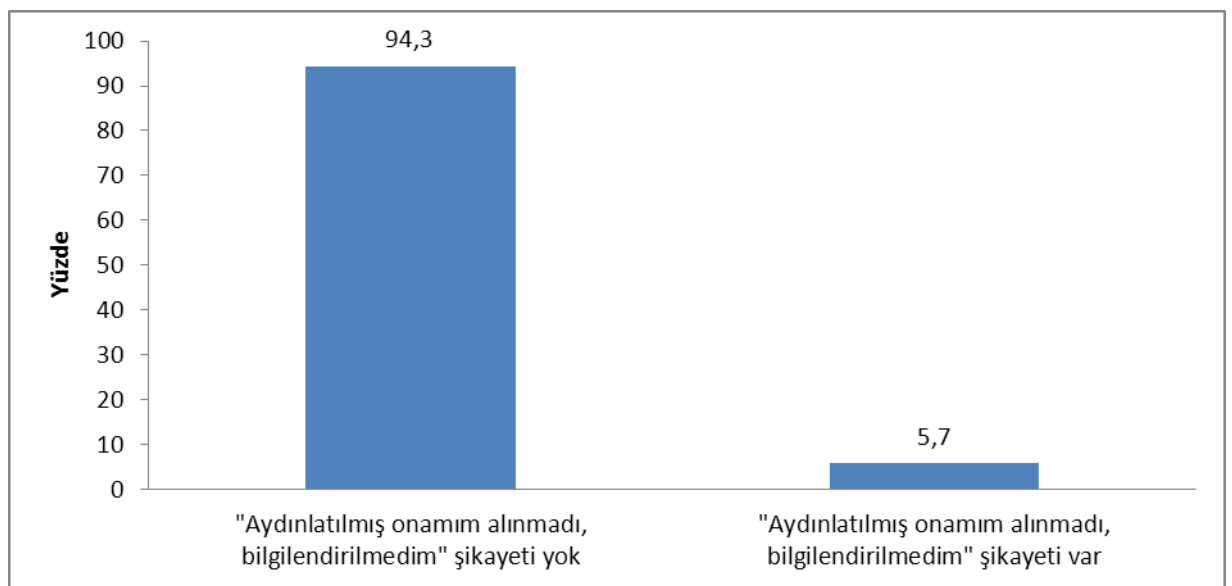
	Kusur var	Kusur yok	p değeri
“Hatalı veya eksik tedavi uygulandı” şikâyeti var	77 (%46)	539 (%54.4)	>0,05
“Hatalı veya eksik tedavi uygulandı” şikâyeti yok	88 (%54)	451 (45,6)	

Acil tıp, dahili ve cerrahi branşlarda hatalı veya eksik tedavi nedeniyle şikâyetle bulunma oranları birbirlerine göre anlamlı olarak farklılık göstermemiştir. ($p>0,005$)

Tablo 4.17: “Hatalı veya eksik tedavi uygulandı” şikâyetiyle başvuru olan olguların branşlara göre karşılaştırılması ve p değeri

	Acil Tıp	Dahili Branşlar	Cerrahi Branşlar	p değeri
“Hatalı veya eksik tedavi uygulandı” şikâyeti var	110 (%50)	239 (%57,6)	286 (%51)	>0.005
“Hatalı veya eksik tedavi uygulandı” şikâyeti yok	110 (%50)	154 (%42,4)	275 (%49)	

Değerlendirme yapılan olguların 66’sının (%5,7) “aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” şikâyetiyle mahkemeye başvurduğu, bunlardan hepsinin bu şikâyetin yanında başka şikâyetlerde de bulunduğu saptandı.



Şekil 4.25b: Aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim şikâyetiyle mahkemeye başvuran olguların yüzde olarak dağılımı

Kadınların ölümüyle sonuçlanan olguların %7,9'unun, erkeklerin ölümüyle sonuçlanan olguların ise %5,5'inin “aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” nedeniyle şikâyette bulunulduğu görüldü. Kadınların ölümüyle sonuçlanan, “aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” şikâyeti ile başvuru yapılan olguların, erkeklerin ölümüyle sonuçlanan, “aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” şikâyeti ile başvuru yapılan olgulara göre anlamlı olarak daha fazla başvuruda bulunulduğu belirlendi. ($p<0,001$)

Cezaevinde bulunan tutuklu veya hükümlülerin ölümüyle sonuçlanan olguların, diğer olgulara göre anlamlı oranda (%16.7) daha az “aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” şikâyetiyle ifade verildiği saptandı. ($p=0.028$)

Kusurlu bulunan olguların hiçbirinde “aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” şikâyetiyle başvuru olmazken, kusurlu bulunmayan olguların %6.7'si “aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” nedeniyle şikâyette bulunmuştur. Kusurlu bulunan olguların “aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” nedeniyle şikâyette bulunanların yüzdesi (%0), kusurlu bulunmayan olgularda “aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” şikâyetiyle başvuru yapanlara göre (%6.7) anlamlı olarak düşük bulundu. ($p=0,001$)

Tablo 4.18: “Aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” şikâyetiyle başvuru yapılan olguların kusurlu bulunma sayısı, yüzdeleri ve p değeri

	Kusur var	Kusur yok	p değeri
“Aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” şikâyeti var	0 (%0)	66 (%6,7)	= 0,001
“Aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” şikâyeti yok	165 (%100)	924 (%93,3)	

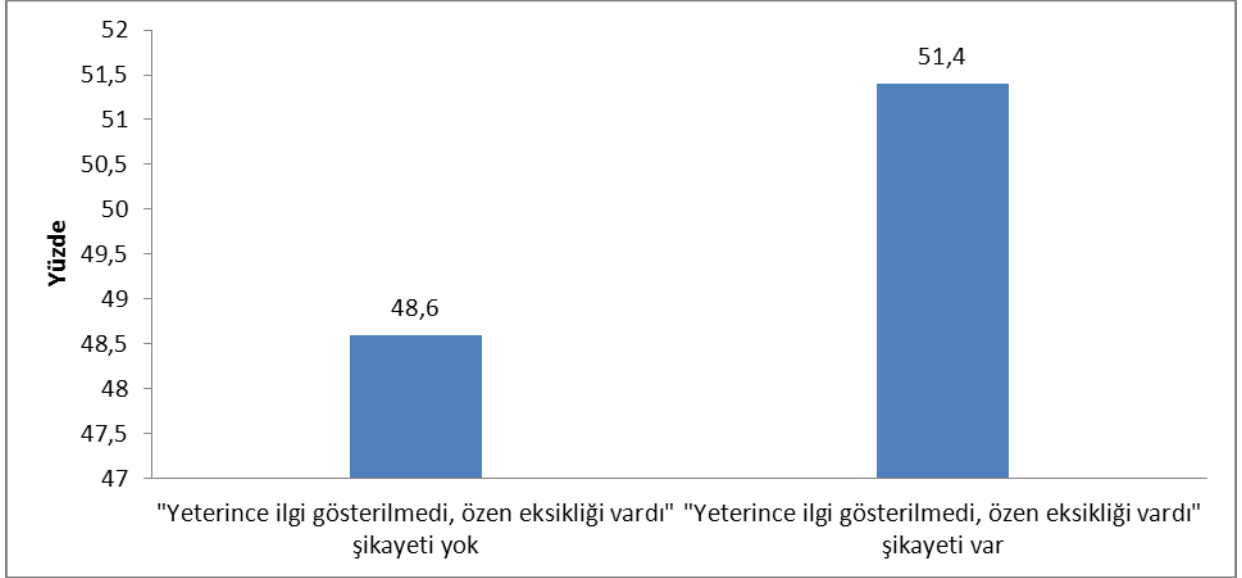
Acil Tıp branşında “aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” nedeniyle şikâyette bulunulma oranı (%0) diğer branşlardan anlamlı olarak düşüktür. ($p < 0,001$)

Tablo 4.19: “Aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” şikâyetiyle başvuru olan olguların branşlara göre karşılaştırılması ve p değeri

	Acil Tıp	Dahili Branşlar	Cerrahi Branşlar	p değeri
“Aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” şikâyeti var	0 (%0)	22 (%6,1)	44 (%7,8)	<0.001
“Aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” şikâyeti yok	220 (%100)	341 (%93,9)	520 (%92,2)	

Dahili ve cerrahi branşlar arasında “aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” şikâyetiyle başvurma açısından anlamlı bir fark yoktur. ($p > 0,005$)

Değerlendirme yapılan olguların 594’ünün (%51,4) “yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” şikâyetiyle mahkemeye başvurduğu, bunlardan hepsinin bu şikâyetin yanında başka şikâyetlerde de bulunduğu saptandı.



Şekil 4.25c: “Yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı.” şikâyetiyle mahkemeye başvuran olguların yüzde olarak dağılımı

Kadınların ölümüyle sonuçlanan olguların %52,4’ünün, erkeklerin ölümüyle sonuçlanan olguların ise %50’sinin “yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” nedeniyle şikâyette bulunulduğu görüldü. Cinsiyetler arasında “yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” şikâyetiyle başvurma açısından anlamlı bir fark gözlenmedi. ($p>0,05$)

“Yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” şikâyetiyle ifade verenlerin, cezaevinde bulunan tutuklu veya hükümlüler ve diğer olgular arasında bir farklılık saptanmadı. ($p>0,05$)

Kusurlu bulunan olguların %80’i “yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” şikâyetiyle başvururken, kusurlu bulunmayan olguların %46.7’si “yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” nedeniyle şikâyette bulunmuştur. Kusurlu bulunan olguların “yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” nedeniyle şikâyette bulunanların yüzdesi (%80), kusurlu bulunmayan olgularda “yeterince ilgi gösterilmedi,

özen eksikliği vardı” şikâyetiyle başvuranlara göre (%46.7) anlamlı olarak yüksek bulundu. ($p<0,001$)

Tablo 4.20: “Yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” şikâyetiyle başvuru olan olguların kusurlu bulunma sayısı, yüzdeleri ve p değeri

	Kusur var	Kusur yok	p değeri
“Yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” şikâyeti var	132 (%80)	462 (%46,7)	<0,001
“Yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” şikâyeti yok	33 (%20)	528 (%53,3)	

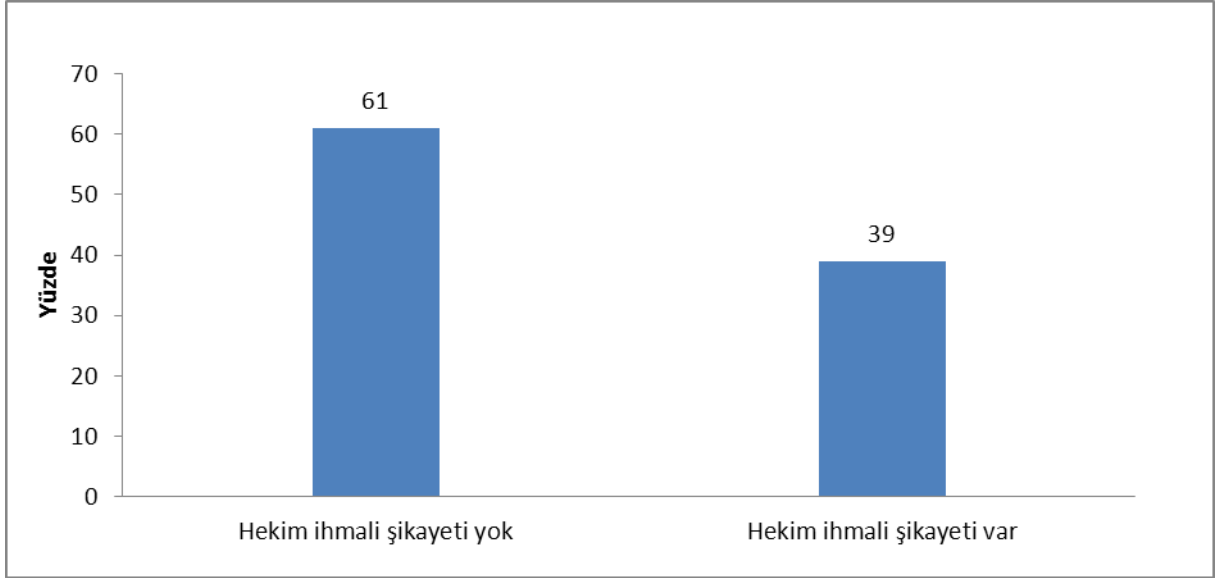
Acil Tıp branşında “yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” nedeniyle şikâyette bulunma oranı (%35) diğer branşlara göre anlamlı olarak düşük bulundu. ($p<0,001$)

Tablo 4.21: “Yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” şikâyetiyle başvuru olan olguların branşlara göre karşılaştırılması ve p değeri

	Acil Tıp	Dahili Branşlar	Cerrahi Branşlar	p değeri
“Yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” şikâyeti var	77 (%35)	198 (%54,5)	319 (%56,9)	p<0,001
“Yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” şikâyeti yok	143 (%65)	165 (%46,5)	242 (%43,1)	

Dahili ve cerrahi branşlar arasında “yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” şikâyetiyle başvurma açısından anlamlı bir fark yoktur. ($p>0,05$).

Değerlendirme yapılan olguların 451'inin (%39) "hekim ihmali var" şikâyetiyle mahkemeye başvurduğu, bunlardan hepsinin bu şikâyetin yanında başka şikâyetlerde de bulunduğu saptandı.



Şekil 4.25d: Hekim ihmali var şikâyetiyle mahkemeye başvuran olguların yüzde olarak dağılımı

Kadınların ölümüyle sonuçlanan olguların %34,9'unun, erkeklerin ölümüyle sonuçlanan olguların ise %42,5'inin hekim ihmali nedeniyle şikâyette bulunduğu görüldü. Kadınların ölümüyle sonuçlanan, hekim ihmali şikâyeti ile başvuru olan olguların, erkeklerin ölümüyle sonuçlanan, hekim ihmali şikâyeti ile başvuru olan olgulara göre anlamlı olarak daha az başvuruda bulunduğu belirlendi. ($p<0,05$)

Cezaevinde bulunan tutuklu veya hükümlülerin ölümüyle sonuçlanan olguların, diğer olgulara göre anlamlı oranda (%66.7) daha fazla hekim ihmali şikâyetinde ifade verildiği saptandı. ($p<0.001$)

Kusurlu bulunan olguların %60'ı hekim ihmali şikâyetiyle başvururken, kusurlu bulunmayan olguların %35.6'sı hekim ihmali nedeniyle şikâyette bulunmuştur. Kusurlu bulunan olguların hekim ihmali nedeniyle şikâyette bulunanların yüzdesi (%60) kusurlu bulunmayan olgularda “hekim ihmali var” şikâyetiyle başvuranlara göre (%35.6) anlamlı olarak yüksek bulundu. ($p<0,001$)

Tablo 4.22: “Hekim ihmali var” şikâyetiyle başvuru olan olguların kusurlu bulunma sayısı, yüzdeleri ve p değeri

	Kusur var	Kusur yok	p değeri
“Hekim ihmali var” şikâyeti var	99 (%60)	352 (%35,6)	<0,001
“Hekim ihmali var” şikâyeti yok	66 (%40)	638 (64,4)	

Dahili branşlarda hekim ihmali nedeniyle şikâyette bulunma oranı (%24,2) diğer branşlara göre anlamlı olarak düşük bulundu. ($p<0,001$)

Tablo 4.23: “Hekim ihmali var” şikâyetiyle başvuru olan olguların branşlara göre karşılaştırılması ve p değeri

	Acil Tıp	Dahili Branşlar	Cerrahi Branşlar	p değeri
“Hekim ihmali var” şikâyeti var	88 (%40)	88 (%24,2)	275 (%49)	$p<0,001$
“Hekim ihmali var” şikâyeti yok	132 (%60)	275 (%75,8)	286 (%51)	

Cerrahi branşlarda hekim ihmali nedeniyle şikâyette bulunma oranı (%49) diğer branşlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu. ($p=0,023$)

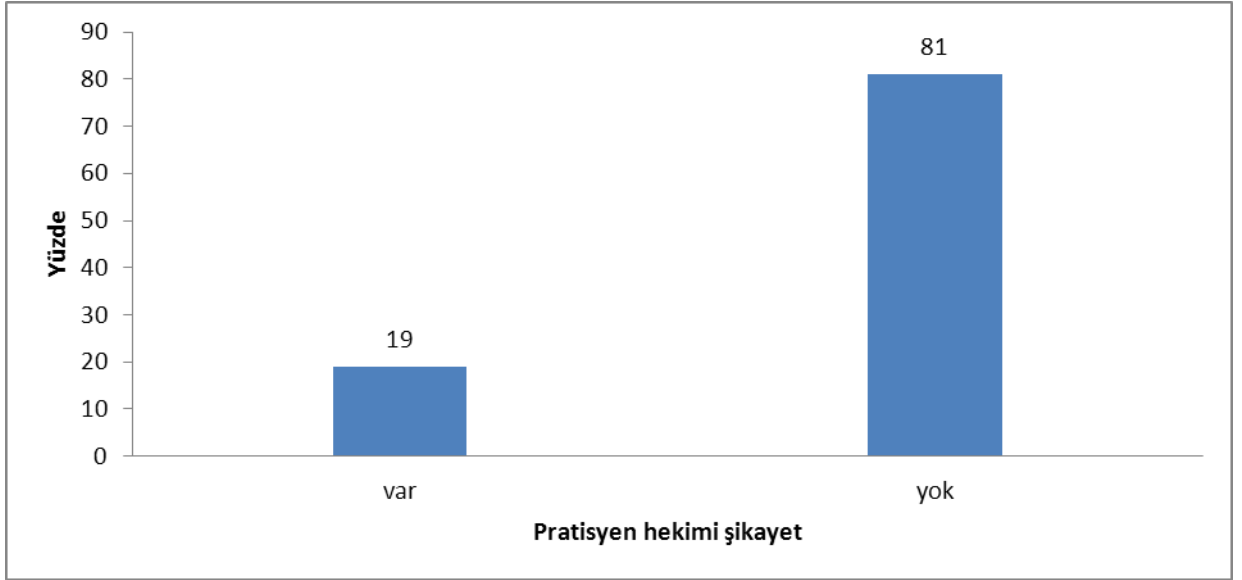
Birden fazla nedenle şikâyette bulunan olguların olgu sayısı ve yüzdeleri Tablo 4.24’de gösterildi. En sık “yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı+hekim

ihmali” (%22) ve “hatalı ve eksik tedavi uygulandı+yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” (%20) şikâyetleriyle mahkemeye başvurulduğu görüldü.

Tablo 4.24: Birden fazla nedenle şikâyetle bulunan olguların sayısı ve yüzdeleri

Ortak Şikâyetler	n	%
hatalı ve eksik tedavi+onam	11	%1
hatalı ve eksik tedavi+ilgi özen eksikliği	231	%20
hatalı ve eksik tedavi+hekim ihmali	154	%13
onam +ilgi özen eksikliği	33	%3
onam+hekim ihmali	11	%1
ilgi özen eksikliği+hekim ihmali	253	%22
hatalı ve eksik tedavi+onam+ilgi özen eksikliği	0	%0
hatalı ve eksik tedavi+onam + hekim ihmali	11	%1
hatalı ve eksik tedavi+ilgi özen eksikliği + hekim ihmali	99	%8
onam +ilgi özen eksikliği + hekim ihmali	0	%0
hepsi	0	%0

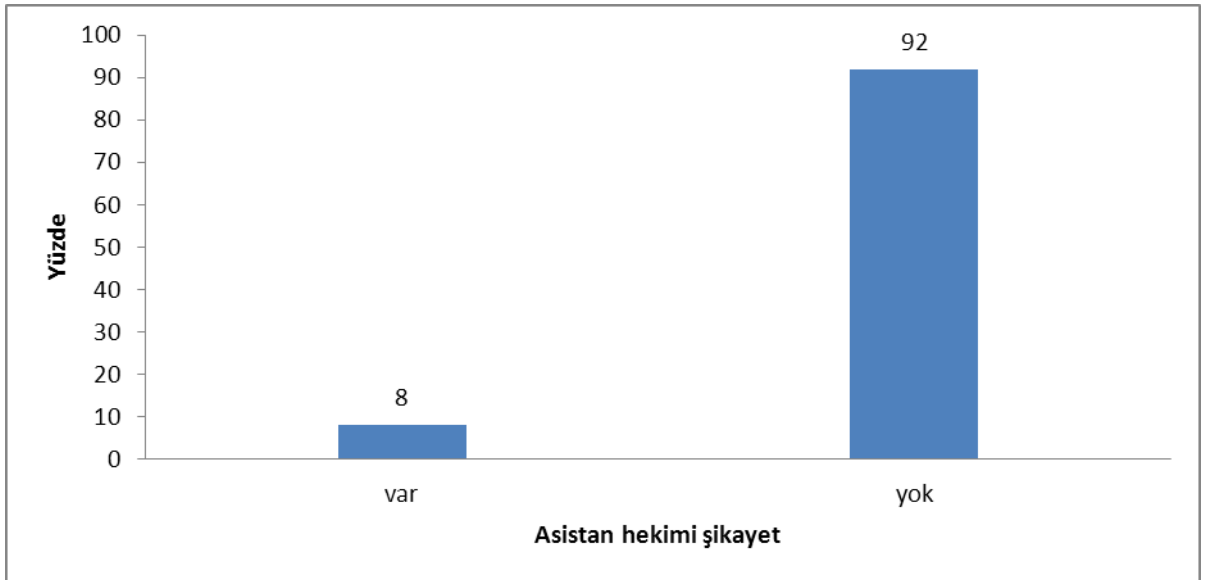
Değerlendirme yapılan olguların 209’unun (%19) pratisyen hekimi şikâyet ettikleri belirlendi.



Şekil 4.26a: Pratisyen hekimlerin şikâyet edilme oranı

Şikâyet edilen pratisyen hekimlerin kusurlu bulunma oranı (%15,8) pratisyen hekim olmayan sağlık personelinin kusurlu bulunma oranından (%14,8) anlamlı olarak farklı bulunmamıştır. ($p > 0,05$)

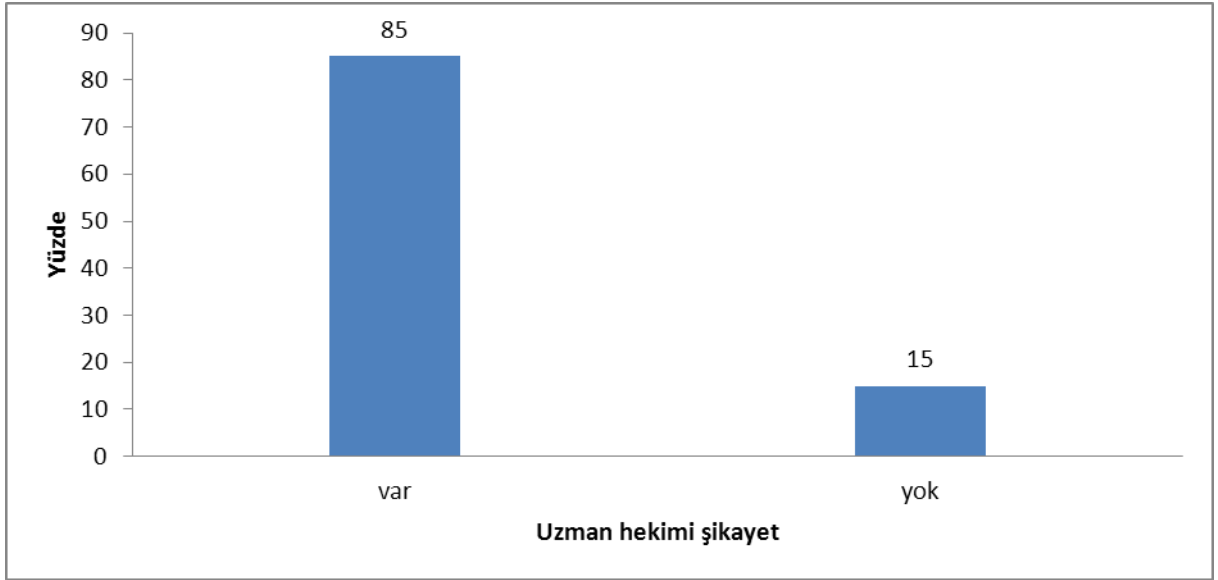
Değerlendirme yapılan olguların 88'inin (%8) asistan hekimi şikâyet ettikleri belirlendi.



Şekil 4.26b: Asistan hekimlerin şikâyet edilme oranı

Şikâyet edilen asistan hekimlerin kusurlu bulunma oranı (%12,5) asistan olmayan sağlık personelinin kusurlu bulunma oranından (%15,2) anlamlı olarak farklı bulunmamıştır. ($p > 0,05$)

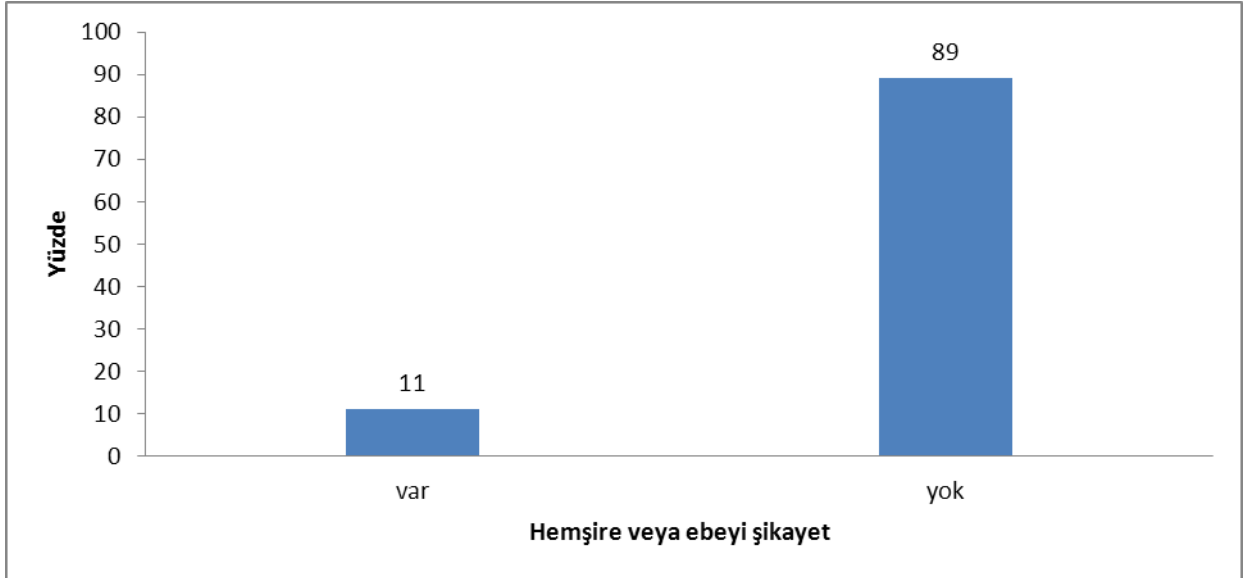
Değerlendirme yapılan olguların 935'inin (%85) uzman hekimi şikâyet ettikleri belirlendi.



Şekil 4.26c: Uzman hekimlerin şikâyet edilme oranı

Şikâyet edilen uzman hekimlerin kusurlu bulunma oranı (%12,9) uzman olmayan sağlık personelinin kusurlu bulunma oranından (%26,7) anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ($p < 0,001$)

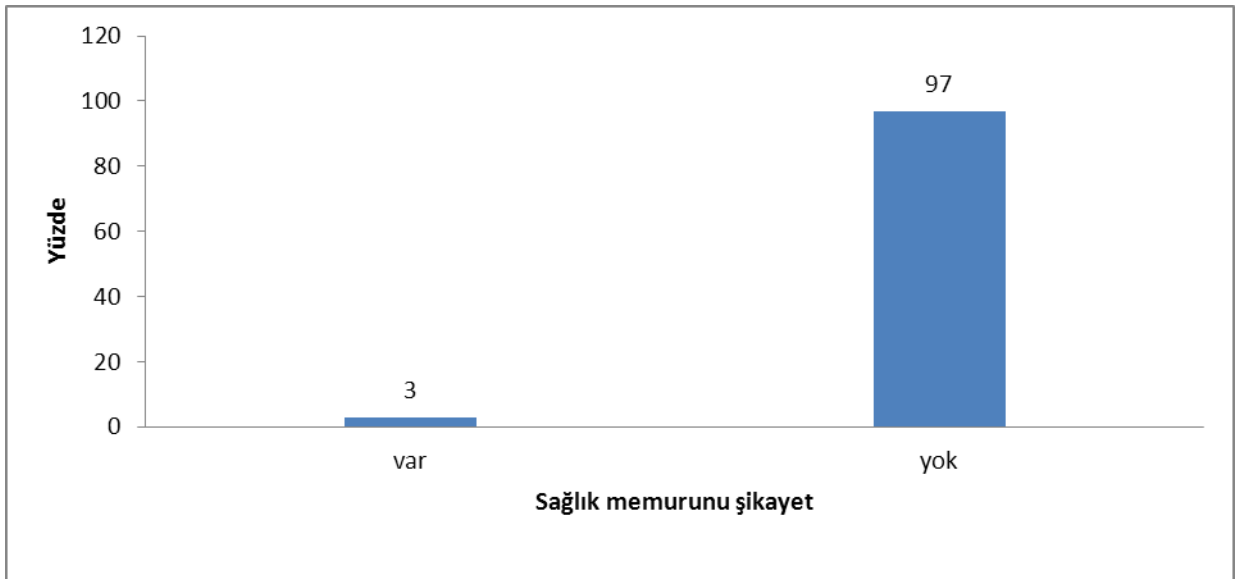
Değerlendirme yapılan olguların 121'inin (%11) hemşire veya ebeyi şikâyet ettikleri belirlendi.



Şekil 4.26d: Hemşire veya ebelerin şikâyet edilme oranı

Şikâyet edilen hemşire veya ebelerin kusurlu bulunma oranı (%9,1) hemşire veya ebe olmayan sağlık personelinin kusurlu bulunma oranından (%15,7) anlamlı olarak farklı bulunmamıştır. ($p > 0,05$)

Değerlendirme yapılan olguların 33'inin (%3) sağlık memurunu şikâyet ettikleri belirlendi.



Şekil 4.26e: Sağlık memurlarının şikâyet edilme oranı

Şikâyet edilen sağlık memurlarının kusurlu bulunma oranı (%0) sağlık memuru olmayan sağlık personelinin kusurlu bulunma oranından (%3,5) anlamlı olarak düşük bulunmuştur. (p=0,01)

Olguların bir kısmının (484 olgu) birden fazla sağlık çalışanını şikâyetle buldukları saptandı. Birden fazla sağlık çalışanına şikâyet en fazla “uzman +hemşire/ebe” (%6,6) ve “uzman+asistan” grubuna (%6,6) yönelik olduğu görüldü. Olguların birden fazla sağlık çalışanını şikâyetle bulunmaktan ziyade çoğunlukla tek bir sağlık çalışanını şikâyetle buldukları belirlendi.

Tablo 4.25: Birden fazla sağlık çalışanını şikâyetle bulunan olguların sayısı ve yüzdeleri

Şikâyet Edilen Sağlık Çalışanları	Olgu Sayısı	Yüzde
pratisyen+asistan	11	0,95
pratisyen+uzman	66	5,7
pratisyen+hemşire/ebe	33	2,8
pratisyen+sağlık memuru	11	0,95
asistan+uzman	77	6,6
asistan+hemşire/ebe	33	2,8
asistan+sağlık memuru	11	0,95
uzman +hemşire/ebe	77	6,6
uzman+sağlık memuru	33	2,8
hemşire/ebe+sağlık memuru	22	1,9
pratisyen+asistan+uzman	11	0,95
pratisyen+asistan+hemşire/ebe	0	0
pratisyen+asistan+sağlık memuru	0	0
asistan+uzman+hemşire/ebe	22	1,9
asistan+uzman+sağlık memuru	11	0,95
pratisyen+uzman+hemşire/ebe	11	0,95
pratisyen+uzman+sağlık memuru	11	0,95
pratisyen+hemşire/ebe+sağlık memuru	11	0,95
uzman+hemşire/ebe+sağlık memuru	22	1,9
asistan+hemşire/ebe+sağlık memuru	11	0,95

5. Tartışma

Ülkemizde tıbbi uygulama hatası iddiaları ile açılan davalar son yıllarda giderek artmaktadır (20,121,122).

Dr. Büken'in tez çalışmasında; T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu'na 1990-2000 yılları arasında tıbbi uygulama hatası iddiası ile gelmiş dosya sayısının 653 olduğu (1), Dr. Yorulmaz'ın 1993-2003 yılları arasında İstanbul Tabip Odası Hekimlik Uygulama Bürosu'na başvuran olgular üzerinden yaptığı doktora tezinde de 1999 yılından 2003 yılına kadar gelen olgu sayısında %42 oranında artış olduğu saptanmıştır (21). Yapılan bu çalışmada da 2013 ve 2014 yıllarındaki 2 yıllık sürede T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu 1. ve 2. Adli Tıp İhtisas Kurullarına tıbbi uygulama hatası iddiası ile başvuran olguların toplam sayısı 1980'dir.

Medyanın toplum üzerindeki etkisi ve halkın eğitim düzeyinin artışı ile artan toplumsal bilinç, tıbbi bakım standartlarındaki gelişmelerle birlikte hastaların hekimlerden ve tıp mesleği mensuplarından beklentilerinin artması, sağlık sigorta sisteminin gelişmesi, halkın hakkını arama konusunda bilinçlenmesi ve bazı avukatların bu tür davaları özel çalışma alanı olarak seçmeleri; tıbbi uygulama hatası iddiası ile daha fazla olgunun adli mercilere yansımaya neden olmuştur (1,123-125).

ABD'de tıbbi uygulama hatası bulunan dosya sayısı 1990 yılında 2321 iken bu sayının 2011 yılında 88459'a çıktığı görülmüştür (125). Japonya Yargıtay İdare Ofisi'nin verilerine göre ise 1970-1980 arasında 200-400 arasındaki sayılarda tıbbi

uygulama hatası iddiası ile ilgili dava açılırken, 1990'lı yıllardan itibaren bu sayıların arttığı bildirilmektedir (126). İnce H. ve arkadaşlarının 1992-2002 yıllar arasında kapsayan ve 195 olguyu içeren bir çalışmada da olgu sayısında 1999 yılından itibaren sürekli artış olduğu görülmüştür (127).

Tıbbi uygulama hata iddiası nedeniyle adli mercilere başvuran olgu sayılarındaki artış ile birlikte bu davalar sonucu hükmedilen tazminat miktarlarında da artış görülmektedir. David ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada; ABD'de sonuçlanan 1452 davada ödenen en düşük tazminatın 313 bin dolar olduğu, ortalama ödenen tazminatın 521 bin dolar olduğu, toplamda 450 milyon dolar tazminata hükmedildiği saptanmıştır (128). Stewart ve ark. 1992-2004 yıllarını arasında San Antonio Üniversite Hastanesi Genel Cerrahi uzmanlık alanında yaptıkları araştırmada da; tıbbi uygulama hata davaları sonucunda toplam ödenen tazminat miktarının 4,7 milyon dolar olduğu, toplam hukuk savunmalarına harcanan miktarın ise 1,3 milyon dolar olduğu bildirilmiştir (129). Ülkemizde yapılan literatür çalışmalarında tazminat oranları hakkında bir bilgiye rastlanmadığından, bu veri; hekimleri doğrudan ilgilendiren bu konuda çalışmaların yapılması gerektiği gerçeğini ortaya koymaktadır.

2. Adli Tıp İhtisas Kurulu'na başvuru yapılan olguların yaş ortalaması 28,32 (± 21.4) olarak bulunmuş olup, medyan yaş 29 olarak saptanmıştır. 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu'na başvuru yapılan olguların yaş ortalaması 33,03 (± 26.86) olarak bulunmuş olup, medyan yaş 34 olarak saptanmıştır. Boz B. ve arkadaşlarının Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Ocak 2000-Ocak 2001 tarihleri arasında yaptığı çalışmada olguları en sık 20-29 arası yaş grubunun oluşturduğu görülmüştür (130).

Şekil 4.1’de 2. Adli Tıp İhtisas Kurulu’na başvurusu yapılan olguların cinsiyete göre dağılımı verilmiş olup, olguların %51’inin erkek, %49’unun kadın olduğu saptanmıştır. Şekil 4.14’de ise 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu’na başvuru yapılan olguların cinsiyete göre dağılımı verilmiş olup, olguların %39.4’ünün erkek, %60.6’sının kadın olduğu saptanmıştır. Çalışmada kadın oranı erkek oranından daha fazla görülmüş olup, bu daha önce yapılmış olan çalışmalarda sık rastlanmayan bir durumdur. Boz B. ve arkadaşlarının Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Ocak 2000-Ocak 2001 tarihleri arasında yaptığı çalışmada olguların %68.3’ünün erkek, %31.7’sinin kadın olduğu (130), Dr. Yılmaz’ın tez çalışmasında; 2010 - 2014 yılları arasında Adli Tıp Kurumu 1. Adli Tıp İhtisas Kurulunca görüş bildirilen, ortopedi ve travmatoloji branş doktorları hakkında tıbbi uygulama hatası iddiaları bulunan 130 olgunun %30,8’i (n=40) kadın, %69,2’si (n=90) erkek olduğu (131), Dr. Çoban’ın tez çalışmasında; 2007-2011 yılları arasında Adli Tıp Kurumu 1. ve 3. İhtisas Kurullarında nöroloji ve nöroşirürji dallarında çalışan sağlık personeli hakkında açılan 257 olgunun 156’sı (% 60,7) erkek, 101’i (% 39,3) kadın olduğu saptanmıştır (124).

Şekil 4.2’de 2. Adli Tıp İhtisas Kurulu’na başvuru yapılan olguların kusur durumu verilmiş olup, olguların %9’unun kusurlu bulunduğu saptanırken, Şekil 4.15’de 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu’na başvuru yapılan olguların %14.2’sinin kusurlu bulunduğu saptanmıştır. Birgen N. ve arkadaşlarının Adli Tıp Kurumu 3.İhtisas Kurulu’na Eylül 2003-Ağustos 2004 tarihleri arasında Cumhuriyet Başsavcılıkları ve Mahkemelerce gönderilen dosyalarda yapılan çalışmalarda kusurlu bulunma oranı %36 olarak bulunmuştur (132).

ATK 2. Adli Tıp İhtisas Kurulu’na başvuran olguların şikâyet edilen hastanelere göre dağılımı incelendiğinde (Şekil 4.4); şikâyet edilen hastanelerin ilk sırasında büyük

bir yüzde ile (%46.99) Özel Hastanelerin yer alması dikkat çekicidir. Bunun sebebi Özel Hastaneye başvuran hastanın beklentisinin yüksekliği olabilir. ATK 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu'na gelen olgularda şikâyet edilen hastanelerin araştırılmasında Şekil 4.17'de görüldüğü gibi en fazla şikâyet edilen hastaneler %57.5'lik oran ile Eğitim Araştırma ve Devlet Hastaneleridir. 2. Adli Tıp İhtisas Kurulu olgularından ortaya çıkan farkın ölümle sonuçlanan olgularda olay daha ağır olduğu için öncelikle bu hastaneleri daha fazla başvuru yapılması veya durumun ciddiyeti sebebi ile diğer hastanelere başvursalar bile bu hastanelere sevk edilmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Tümer AR. ve arkadaşlarının Yüksek Sağlık Şurası'na 1995-2000 yılları arasında Ceza Mahkemelerinden cerrahi branştaki hekimlerin kusurlarının değerlendirilmesi konusunda görüş sorulan toplam 540 dosya ile yaptıkları çalışmada; %63.4'lük oran ile Devlet ve SSK Hastanelerinin şikâyet edildiği, %22.1'lik oran ile ise Özel Hastanelerin şikâyet edildiği görülmüştür (133).

Olguların gönderildiği adli merciler açısından inceleme yapıldığında en fazla olgunun (%50.55) Cumhuriyet Başsavcılığı'ndan gönderildiği saptanmıştır. (Şekil 4.5) Ceza Mahkemeleri'nden gönderilen %10.09'luk olgu da buna eklendiğinde toplam %60.64'lük bir kısmın ceza davası için girişimde bulunduğu söylenebilir.

1. Adli Tıp İhtisas Kurulu'nda da olguların gönderildiği adli merciler açısından inceleme yapıldığında en fazla olgunun (%72.6) Cumhuriyet Başsavcılığı'ndan gönderildiği saptanmıştır. (Şekil 4.18) Ceza Mahkemeleri'nden %14.2'lik olgu da buna eklendiğinde toplam %86.8'lik bir kısmın ceza davası için girişimde bulunduğu söylenebilir. Bu bulgular 2. Adli Tıp İhtisas Kurulu'nda elde edilen bulgular ile paralellik göstermektedir.

Ulukan Ö. ve arkadaşlarının Adli Tıp Kurumu 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu'na Cumhuriyet Başsavcılıkları ve Mahkemelerce gönderilen 31 Aralık 2000 tarihinden geriye doğru yapılan çalışmada, %28 olgunun Cumhuriyet Başsavcılığı'ndan, %42.8 olgunun Ceza Mahkemeleri'nden gelmiş olduğu tespit edilmiştir (134). Ülkemizde yapılan başka birçok çalışmada da tıbbi uygulama hatası iddiası ile ATK'ye gönderilen olguların en sık Cumhuriyet Başsavcılıkları tarafından gönderildiği belirtilmiştir. (124,135-141)

Şekil 4.6'da olguların zararın gerçekleştiği coğrafi bölgelere göre dağılımı verilmiş olup, en fazla olgunun (%35.14) Marmara Bölgesinden gönderildiği tespit edilmiş olup burada Marmara Bölgesinin nüfusunun fazlalığı dikkate alınmalıdır. Şekil 4.19'da da olguların zararın gerçekleştiği coğrafi bölgelere göre dağılımı verilmiş olup, en fazla olgunun (%33) Marmara bölgesinden gönderildiği tespit edilmiştir. Bu bulgular 2. Adli Tıp İhtisas Kurulu'nda elde edilen bulgular ile paralellik göstermektedir.

Şekil 4.7'de ATK 2. Adli Tıp İhtisas Kurulu'na başvurusu yapılan olguların olay ile şikâyet arasında geçen süreye göre dağılımı verilmiş olup, en fazla olgunun (%27.7) 13-24 ay arasında mevcut olduğu bunu %23.5 ile 25-36 ayın izlediği saptanmıştır. Olay tarihinden itibaren şikâyete kadar geçen sürenin uzamasında en önemli faktörün kişiyi şikâyete yönlendiren zararın ortaya çıkmasının zaman almasıdır. Nitekim %16,1'lik olguda, olay tarihi ile şikâyet arasında 49 aydan fazla bir süre geçmiştir.

Şekil 4.20'de ATK 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu'na başvurusu yapılan olguların olay ile şikâyet arasında geçen süreye göre dağılımı verilmiş olup, en fazla olgunun (%50) 0-12 ay arasında mevcut olduğu bunu %19.8 ile 13-24 ayın izlediği saptanmıştır. Bu bulgular 2. Adli Tıp İhtisas Kurulu'nda elde edilen bulgular ile paralellik

göstermemektedir. Bunun sebebi ortaya çıkan sonucun “ölüm” olması, bu sonucun ortaya çıkması için 2. Adli Tıp İhtisas Kurulu olgularında olduğu gibi zamana ihtiyaç göstermemesidir.

Şekil 4.8’de 2. Adli Tıp İhtisas Kurulu’na başvurusu yapılan olguların en çok şikâyette bulunulan branşlara göre dağılımı verilmiş olup birinci sırayı %24.75 ile Kadın Hastalıkları ve Doğum, ikinci sırayı %14.6 ile Acil Tıp, üçüncü sırayı ise %13.37 ile Ortopedi ve Travmatoloji branşının aldığı saptanmıştır.

Şekil 4.21’de 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu’na başvurusu yapılan olguların en çok şikâyette bulunulan branşlara göre dağılımı verilmiş olup birinci sırayı %21.15 ile Kadın Hastalıkları ve Doğum, ikinci sırayı %19.23 ile Acil Tıp, üçüncü sırayı ise %11.54 ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları branşının aldığı saptanmıştır. Elde edilen bulgular 2. Adli Tıp İhtisas Kurulu bulguları ile karşılaştırıldığında 3.sırayı Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının aldığı görülmektedir. Bu bulgu, çocuk ölümlerinde ailelerin daha hassaslaştığını ve şikâyete daha meyilli hale geldiğini göstermektedir.

1. Adli Tıp İhtisas Kurulu’na gelen olgularda 2. Adli Tıp İhtisas Kurulu’na gelen olgulardan farklı olarak Aile Hekimliği, Göz Hastalıkları, Dermatoloji, Psikiyatri, Çocuk Cerrahisi, Radyoloji ve Gastroenteroloji branşları için şikâyette bulunulmamış olup, bunun nedeni Çocuk Cerrahisi dışında diğer branşlarda ölüme sebebiyet verecek tıbbi uygulamaların az oluşudur.

Tıbbi malpraktis iddiası ile şikâyette bulunulan ve bu tez çalışmasında da ilk sıralarda yer alan branşlar, yapılan çalışmalarda da genellikle ilk sıralarda yer almaktadır. Dr. Çom’un tez çalışmasında; 2012 ve 2013 yıllarında Adli Tıp Kurumu 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu tarafından görüş bildirilen olguların incelenmesinde en çok

şikâyette bulunulan branşlarda birinci sırayı Acil Tıp, ikinci sırayı Kadın Hastalıkları ve Doğum almıştır (140). Seabury S. ve arkadaşlarının Amerika'da yapmış oldukları, 40.916 hekimi kapsayan çalışmada da en çok şikâyet alan branşların sırasıyla Beyin ve Sinir Cerrahisi, Göğüs Cerrahisi, Kalp ve Damar Cerrahisi, Estetik, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi, Ortopedi ve Travmatoloji, Genel Cerrahi, Kadın Hastalıkları ve Doğum olduğu görülmüştür (142). Jena AB. ve arkadaşlarının 1991-2005 yılları arasında, Amerika'da yapmış oldukları çalışmada ise en çok şikâyet alan branşların sırasıyla Beyin ve Sinir Cerrahisi, Göğüs Cerrahisi, Kalp ve Damar Cerrahisi, Genel Cerrahi, Ortopedi ve Travmatoloji, Estetik, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi, Gastroenteroloji ve Kadın Hastalıkları ve Doğum olduğu görülmüştür (143).

Şaşırtıcı olan; dünyada yapılan çalışmalarda tıbbi uygulama hatası iddiaları nedeniyle yapılan başvurularda Kalp ve Damar Cerrahisi ilk sıralarda yer alırken bizim çalışmamızda son sıralarda yer alıyor olmasıdır. Yorulmaz C. ve arkadaşlarının ve Şanyüz Ö. ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda da Türkiye'de tıbbi uygulama hatası iddiaları nedeniyle Kalp ve Damar Cerrahisi alanında yapılan şikâyetlerin oranı düşük bulunmuştur (144,145). Bunun sebebi, bu alan ile ilgili olarak başvuran hastanın mevcut durumunun zaten ağır olması ve beklentisinin yüksek olmaması olabilir.

Ülkemizde tıbbi uygulama hatası iddiaları, diğer ülkelerde olduğu gibi yüksek risk taşıyan Kadın Hastalıkları ve Doğum, Genel Cerrahi, Ortopedi ve Travmatoloji gibi alanlarda daha sık görülmektedir. Cerrahi dallar, deneyim, beceri, iyi bir ekip ve donanım gerektirdiği gibi, riski ve komplikasyon oranları yüksektir. Dolayısıyla cerrahi branşlarda daha fazla oranda tıbbi uygulama hatası iddialarının olması beklenen bir sonuçtur (81,82,146-148).

Tıbbi uygulama hataları iddialarının yoğunlaştığı branşların ortaya konulmuş olması, hem cerrahi branşlarda uzmanlık yapan hem de branş tercihi yapacak hekimler açısından faydalı olacaktır (98).

Şekil 4.9 ve Şekil 4.10'da gösterildiği gibi ATK 2. Adli Tıp İhtisas Kurulu'na başvuran olguların kusurlu bulunması açısından Ortopedi ve Travmatoloji branşı birinci sırayı almış (%26.3), bunu Genel Cerrahi (%13.2), Kadın Hastalıkları ve Doğum (%11.8), Göz Hastalıkları (%6.6) ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (%6.6) izlemiştir. Bu branşların kusurlu bulunma oranının yüksek olması literatürle uyumludur.

Şekil 4.22'de gösterildiği gibi ATK 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu'na başvuran olguların kusurlu bulunması açısından birinci sırayı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları branşı almış (%33.3), bunu Acil Tıp (%13.2) izlemiştir. Üroloji, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi, Ortopedi ve Travmatoloji, Kardiyoloji, Göğüs Hastalıkları, Genel Cerrahi, Beyin ve Sinir Cerrahisinin %6.7'lik aynı oranı oluşturması dikkati çekmektedir. Kadın Hastalıkları ve Doğum, Onkoloji, Kalp ve Damar Cerrahisi, Göğüs Cerrahisi, Anestezi ve Reanimasyon gibi branşlarda hiçbir olgunun kusurlu bulunmaması literatür ile uyumlu değildir. Özellikle Kadın Hastalıkları ve Doğum gibi en çok şikâyet alan ve kusurluluk oranı tüm çalışmalarda ilk sıralarda yer alan bir branşın hiç kusurlu bulunmamış olması büyük bir tezat oluşturmaktadır. Seabury S. ve arkadaşlarının Amerika'da yapmış oldukları, 40.916 hekimi kapsayan çalışmasında kusurlu bulunma açısından Ortopedi ve Travmatoloji branşı birinci sırayı almış, bunu Genel Cerrahi, Göğüs Cerrahisi, Kalp ve Damar Cerrahisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Beyin ve Sinir Cerrahisi ve Acil Tıp takip etmiştir (142). Jena AB. ve arkadaşlarının 1991-2005 yılları arasında, Amerika'da yapmış oldukları çalışmada ise kusurlu bulunma açısından Genel Cerrahi branşı birinci sırayı almış, bunu sırasıyla Ortopedi ve Travmatoloji,

Göğüs Cerrahisi, Kalp ve Damar Cerrahisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Beyin ve Sinir Cerrahisi takip etmiştir (143). Dr. Çom'un tez çalışmasında da; 2012 ve 2013 yıllarında Adli Tıp Kurumu 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu tarafından Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanlık alanında görüş bildirilen 452 olgu içerisinde, tıbbi uygulama hatası bulunan olgu sayısı 38 (% 8) olarak bulunmuştur (140).

2. Adli Tıp İhtisas Kurulu verilerinde dahili, cerrahi branşlar ve acil tıp karşılaştırıldığında cerrahi branşların şikâyet edilme oranı (%75,4) diğer branşlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuşken, dahili, cerrahi branşlar ve acil tıp karşılaştırıldığında dahili branşlarda kusurlu bulunma oranı (%19,8) diğer branşlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

1. Adli Tıp İhtisas Kurulu verilerinde dahili, cerrahi branşlar ve acil tıp karşılaştırıldığında cerrahi branşların şikâyet edilme oranı (%49,4) diğer branşlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuşken, dahili, cerrahi branşlar ve acil tıp karşılaştırıldığında dahili branşlarda kusurlu bulunma oranı (%21,1) diğer branşlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Yukarıdaki bulgulardan varılan sonuç; hasta veya yakınları tarafından yapılan şikâyet ile şikâyeti değerlendiren kurulların vardığı sonuçlar arasında uyum bulunmamaktadır. Burada çeşitli faktörler rol alabilir. Örneğin; kurullarda görevli dahili ve cerrahi branşlardaki üyelerin olgulardaki olumlu veya olumsuz görüşlerinin farklılık göstermesi önemli bir rol oynayacaktır.

Şekil 4.11'de gösterildiği gibi şikâyet nedenleri “hatalı veya eksik tedavi uygulandı”, “aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim”, “yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” ve “hekim ihmali var” şeklinde sınıflandırılmış olup

bu başlıklar farklı durumları ifade etmektedir. Aydınlatılmış onamın alınmaması ve bilgilendirme yapılmaması tıbbi işlem doğru bile olsa hukuka uygun olmadığı anlamına gelmektedir. Diğer maddeler ise sağlık personelinin yaptığı tıbbi davranışlar ve uygulamalarla ilgilidir. Hatalı veya eksik tedavi ve ilgi, özen eksikliğinde bir hareketi eksik veya yanlış yapmaktan kaynaklanan sorumluluk söz konusu iken (icrai), ihmal iddiasında yapılması gereken bir hareketin yapılmamış olması (ihmali) söz konusudur.

Şikâyet nedenleri arasında en yüksek oranı (%80.79) “hatalı veya eksik tedavi uygulandı” iddiası oluşturmuştur (Şekil 4.11a). Bu şikâyet açısından kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yayıncı N. ve arkadaşlarının çalışmasında genel cerrahi ile ilgili tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan olguların en fazla şikâyet sebebi; tedavi ve izlem yetersizliğine bağlı “hatalı veya eksik tedavi” olduğu (98), Dr. İrez’in tez çalışmasında da; 153 olguda kusur nedenine göre ilk sırada 35 (% 22,9) olgu ile “doğru teşhis koymamak, doğru tedavi vermemek” yani bu çalışmadaki “hatalı veya eksik tedavi” başlığı olduğu (149), Dr.Kılıç’ın tez çalışmasında ise, 2012–2014 yılları arasında Adli Tıp Kurumu 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu tarafından görüş bildirilen kardiyoloji branşı ile ilgili tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan 134 olgunun incelenmesinde; en sık şikâyet sebebinin tedavi eksiliği iddiası (n = 47, % 35,1) olduğu, bunu özen eksikliğinin (n= 44, %32,8) takip ettiği görülmüştür (150).

Tablo 4.2-4-6-8’de görüldüğü gibi kusurlu bulunan olguların %70.1’i, kusurlu bulunmayan olguların ise %81.9’u “hatalı veya eksik tedavi uygulandı” iddiasıyla şikâyette bulunmuştur. Kusurlu bulunan olguların bu sebeple şikâyette bulunanların yüzdesi (%70.1), kusurlu bulunmayan olgularda bu sebeple başvurulara göre (%81.9) istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük bulunmakla birlikte, kusurlu bulunan olguların %62.3’ü, kusurlu bulunmayan olguların ise %26’sı “yeterince ilgi gösterilmedi, özen

eksikliği vardı” iddiasıyla şikâyette bulunmuştur. Kusurlu bulunan olguların bu sebeple şikâyette bulunanların yüzdesi (%62.3), kusurlu bulunmayan olgularda bu sebeple şikâyette başvuranlara göre (%26) anlamlı olarak yüksek bulunduğu, kusurlu bulunan olguların %50,6'sı, kusurlu bulunmayan olguların ise %17,7'si hekim ihmali iddiasıyla şikâyette bulunmuştur. Kusurlu bulunan olguların hekim ihmali nedeniyle şikâyette bulunanların yüzdesi (%50.6), kusurlu bulunmayan olgularda hekim ihmali nedeniyle şikâyette başvuranlara göre (%17,7) anlamlı olarak yüksek bulunduğu, kusurlu bulunan olguların %1.3'ü, kusurlu bulunmayan olguların ise %7.2'si “aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” iddiasıyla şikâyette bulunmuştur. Kusurlu bulunan olguların bu sebeple şikâyette bulunanların yüzdesi (%1.3), kusurlu bulunmayan olgularda bu sebeple şikâyette başvuranlara göre (%7.2) anlamlı olarak farklı bulunmamış olup, şikâyetler daha ziyade icrai davranışlara yönelik olmakla birlikte, 2. Adli Tıp İhtisas Kurulu'nda kusurlu bulunma açısından sağlık personelinin hatalı veya eksik tedavi ve işlemlerden ziyade (icrai), gerekli ilgi ve özeni göstermeme, yapılması gereken bir hareketi yapmama (ihmal) davranışlarından doğan hataların fazlalığı söz konudur. Dr. Çom'un tez çalışmasında; 2012 ve 2013 yıllarında Adli Tıp Kurumu 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu tarafından Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanlık alanında görüş bildirilen olguların incelenmesinde %47.5 oranında özen eksikliği sebebiyle şikâyette bulunulduğu (140), Dr. Gürbüz'ün tez çalışmasında da 2012-2014 yılları arasındaki 3 yıllık bir dönemi kapsayan Adli Tıp Kurumu (ATK) 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu tarafından görüş bildirilen acil servislerde tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan 25 olgunun (%18.4) gerekli grafik ve tetkikleri istememe olduğu yani yine özen eksikliği olduğu görülmüştür (151).

Tablo 4.16-18-20-22’de görüldüğü gibi kusurlu bulunan olguların %46.7’si, kusurlu bulunmayan olguların %54.4’ü “hatalı veya eksik tedavi uygulandı” nedeniyle şikâyetle başvuruda bulunmuştur. Kusurlu bulunan olguların bu sebeple şikâyetle bulunanların yüzdesi (%46.7), kusurlu bulunmayan olgularda bu sebeple şikâyetle başvuranlara göre (%54.4) anlamlı olarak fark bulunmadığı, kusurlu bulunan olguların hiçbirinde “aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” şikâyetiyle başvuru olmazken, kusurlu bulunmayan olguların %6.7’si “aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” nedeniyle şikâyetle bulunmuştur. Kusurlu bulunan olguların bu sebeple şikâyetle bulunanların yüzdesi (%0), kusurlu bulunmayan olgularda bu sebeple şikâyetle başvuranlara göre (%6.7) anlamlı olarak düşük bulunduğu, kusurlu bulunan olguların %80’i “yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” şikâyetiyle başvururken, kusurlu bulunmayan olguların %46.7’si “yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” nedeniyle şikâyetle bulunmuştur. Kusurlu bulunan olguların bu sebeple şikâyetle bulunanların yüzdesi (%80), kusurlu bulunmayan olgularda bu sebeple şikâyetle başvuranlara göre (%46.7) anlamlı olarak yüksek bulunduğu, kusurlu bulunan olguların %60’ı hekim ihmali şikâyetiyle başvururken, kusurlu bulunmayan olguların %35.6’sı hekim ihmali nedeniyle şikâyetle bulunmuştur. Kusurlu bulunan olguların hekim ihmali nedeniyle şikâyetle bulunanların yüzdesi (%60) kusurlu bulunmayan olgularda hekim ihmali nedeniyle başvuranlara göre (%35.6) anlamlı olarak yüksek bulunduğu saptanmış olup 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu bulguları 2. Adli Tıp İhtisas Kurulu’na paralellik göstermektedir.

Tablo 4.3-5-7-9’de görüldüğü gibi dahili branşlarda hatalı veya eksik tedavi nedeniyle şikâyetle bulunma oranı (%67,9) diğer branşlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunduğu, Acil tıp branşında “aydınlatılmış onamım alınmadı,

bilgilendirilmedim” nedeniyle şikâyette bulunulma oranı (%0,8) diğer branşlardan anlamlı olarak düşük bulunduğu, dahili branşlarda “yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” nedeniyle şikâyette bulunma oranı (%48,1) diğer branşlara göre anlamlı olarak daha yüksek, acil tıp branşında ise bu sebeple şikâyette bulunma oranı (%18,6) diğer branşlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunduğu, dahili branşlarda hekim ihmali nedeniyle şikâyette bulunma oranı (%34,6) diğer branşlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunduğu saptanmıştır.

Tablo 4.17-19-21-23’de görüldüğü gibi Acil tıp, dahili ve cerrahi branşlarda hatalı veya eksik tedavi nedeniyle şikâyette bulunma oranları birbirlerine göre anlamlı olarak farklılık göstermediği, Acil Tıp branşında “aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” nedeniyle şikâyette bulunulma oranı (%0) diğer branşlardan anlamlı olarak düşük bulunduğu, Acil Tıp branşında “yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” nedeniyle şikâyette bulunma oranı (%35) diğer branşlara göre anlamlı olarak düşük bulunduğu, dahili branşlarda hekim ihmali nedeniyle şikâyette bulunma oranı (%24,2) diğer branşlara göre anlamlı olarak düşük bulunduğu saptanmış olup; her iki kurulda Acil Tıp branşında “aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” nedeniyle şikâyetin az olduğu dikkati çekmektedir. Bunun sebebi her ne şekilde olursa olsun acil olarak hastaneye başvuran kişilerin o esnada yine acil olarak müdahale ve tedaviye ihtiyaç duydukları, bu esnada durumları ile ilgili ayrıntılı bilgi ve aydınlatılmaya ihtiyaç duymadıkları olabilir.

Aynı şekilde her iki kurulda Acil Tıp branşında “yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” nedeniyle şikâyetin az olduğu dikkati çekmekte olup, bunun sebebi de acil şartlarda kişilerin ilgi ve özen beklentisinin fazla olmadığı söylenebilir.

2. Adli Tıp İhtisas Kurulu'ndaki olgularda “yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” ve “hekim ihmali var” şeklindeki şikâyetlerin dahili branşlarda diğer branşlara göre fazla oluşu buna karşılık 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu'ndaki olgularda “hekim ihmali var” şikâyetinin cerrahi branşlarda diğer branşlara göre daha fazla oluşu, bu kurulda başvuruya neden olan sonucun ağırlığı ile ilgili olabilir.

Tablo 4.3'de de görüldüğü gibi dahili branşlarda hatalı veya eksik tedavi nedeniyle şikâyette bulunma oranı diğer branşlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak derecede düşük bulunmuştur. Bunun nedeni dahili branşlarda invaziv bir girişimden ziyade medikal tedavi düzenlenmesi olabilir.

2. Adli Tıp İhtisas Kurulu'ndaki şikâyet nedenleri arasında en düşük oranı (%6.64) ile “aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” iddiası oluşturmuştur. Diğer şikâyetler açısından kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamışken, bu şikâyet açısından kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak kadınların zararıyla sonuçlanan olguların, erkeklerin zararıyla sonuçlanan olgulara göre anlamlı olarak daha fazla başvuruda bulunduğu belirlenmiştir. Dosyaları incelerken edinilen kanaate göre bunun sebebi özellikle doğum olaylarında anneye gerekli, yeterli, doğru ve aydınlatıcı bilginin verilmediği, bazen ise onamın anneden değil yakınlarından alındığı iddiasıdır.

1. Adli Tıp İhtisas Kurulu'ndaki şikâyet nedenleri arasında da en düşük oranı (%5.7) ile “aydınlatılmış onamım alınmadı, bilgilendirilmedim” iddiası oluşturmuştur. Kadınların ölümüyle sonuçlanan bu şikâyet sebebi ile başvuru olan olguların, erkeklerin ölümüyle sonuçlanan bu şikâyet sebebi ile başvuru olan olgulara göre anlamlı olarak

yüksek oranda bulunulduğu saptanmış olup iki kurul arasında bu açıdan paralellik mevcuttur.

Dr. Özdemir'in tez çalışmasında olguların 6'sında aydınlatılmış onam ile ilgili bilgiye ulaşıldığını ve sadece birinde adli merci tarafından görüş istendiği belirtilmiş (136), Dr. Sevindir'in tez çalışmasında ise toplam 4 olguda aydınlatılmış onam ile ilgili bilgiye ulaşıldığı, bunların birinde tedavi sonrasında onam formu imzalatıldığı, bir diğerinde ise hastanın okuma yazma bilmediği ve sözel bilgilendirme de yapılmadan onam formu imzalatıldığı ifade edilmiş ancak bu iki olguda adli merciinin bu konuda sorusu olmamış dolayısıyla raporunun sonuç kısmında da bu konuya değinilmemiştir. Diğer iki olgusunda ise hastalar aydınlatılmadıklarını beyan etseler de raporların sonuç kısmında birinde dosya içerisinde yazılı onam formu olduğu, diğerinde ise onam formu olmamakla birlikte hastanın yeterince bilgilendirildiğini ifade ettiği yazılı belgenin olduğu belirtilmiştir (152).

Cezaevinde bulunan tutuklu veya hükümlülerin ölümüyle sonuçlanan olgularda, diğer olgulara göre anlamlı oranda (%66.7) daha fazla hekim ihmali şikâyetinde bulunulduğu saptanmış olup; bunun sebebi sağlık personelinin cezaevinde bulunan tutuklu veya hükümlülerin hastalıklarını abarttıkları kanaatinde oldukları için kendilerini ihmal ettiklerini düşünmeleridir.

Tablo 4.10'da birden fazla nedenle şikâyette bulunan olguları sayı ve yüzdeleri verilmiş olup, en sık rastlanan nedenlerin sırasıyla “hatalı ve eksik tedavi uygulandı+yeterince ilgi gösterilmedi, özen eksikliği vardı” (%16), “hatalı ve eksik tedavi+hekim ihmali” (%11), “ilgi özen eksikliği+hekim ihmali” (%10) olduğu görülmüştür. Aslında ortak şikâyetlerin tümü ele alındığında ve “onam alınmaması,

bilgilendirilmeme” çıkarıldığı zaman şikâyetlerin tümünün “hatalı ve eksik tedavi”, “ilgi ve özen eksikliği” ve “hekim ihmali” iddiasıyla yapıldığı ortaya çıkmaktadır.

Şekil 4.12a-b-c-d-e’den anlaşıldığına göre 2. Adli Tıp İhtisas Kurulu’na şikâyette bulunan olguların %7.4’ünün pratisyen hekimleri, %1.6’sının asistan hekimleri, %81.4’ünün uzman hekimleri, %15.6’sının hemşire veya ebeleri ve %3.8’inin sağlık memurlarını şikâyet etmiştir. Asistan hekimlerin Üniversite Hastaneleri ile Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde görev yaptığı ve hiyerarşik düzen içerisinde pratisyen hekim kadar yetkili olup bunun dışındaki tıbbi uygulamalarından açığa çıkan zararlı sonuçlardan sorumlu tutulamayacakları göz önüne alındığında bu oranın (%1.6) düşük olması beklenir bir durumdur. Aynı sebeple uzman hekimlerin sorumlu tutulma oranının (%81.4) da yüksek bulunması ayrıca beklenen bir durumdur.

Şekil 26a-b-c-d-e’den anlaşıldığına göre de 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu’na şikâyette bulunan olguların %19’unun pratisyen hekimleri, %8’inin asistan hekimleri, %85’inin uzman hekimleri, %11’inin hemşire veya ebeleri ve %3’ünün sağlık memurlarını şikâyet etmiştir. Bu veriler 2. Adli Tıp İhtisas Kurulu verileri ile paralellik göstermektedir.

Hiyerarşik düzen içerisinde uzman hekimlerin sorumlu tutulma oranının (%85) yüksek bulunması ayrıca sağlık memurlarının yetki ve sorumluluklarının kısıtlı olduğu düşünüldüğünde diğer sağlık personellerinden daha düşük oranda (%3) şikâyette bulunulması da beklenen bir durumdur.

1. Adli Tıp İhtisas Kurulu olgularında sağlık personeline ait gruplar arasında yapılan incelemede şikâyet edilen personelin kusurlu bulunması açısından uzman hekimlerin ve sağlık memurlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede diğer gruplardan

düşük oranda kusurlu bulunduğu saptanmış olup; bu iki grup açısından gereksiz bir şikâyet yoğunluğunun olduğu anlamına gelmektedir. Bir grubu oluşturan sağlık memurlarında hiçbir personel kusurlu bulunmamıştır. 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu olgularında personel grup olarak şikâyet edilirken sağlık memurlarının da şikâyet edildiği ancak yetki ve sorumluluklarının kısıtlı olduğu düşünüldüğünde bu meslek grubuna kusur izafe edilmemesi beklenen bir sonuçtur. Uzman hekimlerin ise yine grup halinde şikâyetlerde yetki ve sorumluluklarının fazla olduğu dikkate alındığında neredeyse her olguda şikâyet edildikleri buna karşın yapılan değerlendirilmelerde tümüne kusur izafe edilmediği anlaşılmaktadır.

Dr. Sevindir'in tez çalışmasında da; 2005-2014 yılları arasında 10 yıllık bir dönemde 2. Adli Tıp İhtisas Kurulu ve 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu tarafından görüş bildirilen dahiliye hastalıkları uzmanlık alanında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan olgulardan 138 olgunun 117'sinin %84,8'i uzman hekim olduğu görülmüştür (152).

Oluşan zararlar bakımından yapılan incelemede (Şekil 4.13) amputasyon, brakial pleksus hasarı, enjeksiyon nöropatisi, görme kusuru/kaybı, şekil bozukluğu ve yabancı cisim unutulması şeklinde en sık oluşan 6 zararın ortaya çıktığı saptanmış, bu zararlar içerisinde ise en yüksek oranı %55.33'le enjeksiyon nöropatisi oluşturmuş, bunu %18.27 ile brakial pleksus hasarı izlemiştir. En fazla enjeksiyon nöropatisi zararı sebebiyle şikâyette bulunulmuş olsa da enjeksiyon nöropatisi zararı ile sonuçlanan olguların hiçbiri kusurlu bulunmamıştır.

Uğur Ö. ve arkadaşlarının 1997-2001 yılları arasındaki 5 yıllık sürede Adli Tıp Kurumu 3.İhtisas Kurulu'na gönderilen enjeksiyon sonrası siyatik sinir lezyonu ortaya çıkmış olgular üzerinden yapmış oldukları çalışmada 36418 olgunun 36 tanesi (%0.1)

enjeksiyon nöropatisi ile ilgili olup, 36 olgu içinde 1997 yılında 3 olgu (%8.3), 1998 ve 1999 yıllarında 9'ar olgu (%25), 2000 yılında 4 olgu (%11.1), 2001 yılında da 11 olgu (%30.6) gönderildiği (153), Şen H. ve arkadaşlarının 2002-2004 temmuz dönemindeki 2.5 yıllık sürede Adli Tıp Kurumu 3.İhtisas Kurulu'na gönderilen enjeksiyon sonrası siyatik sinir lezyonu ortaya çıkmış olgular üzerinden yapmış oldukları çalışmada ise 18269 olgunun 27 tanesi (%0.1) enjeksiyon nöropatisi ile ilgili olup, 27 olgu içinde 2002 yılında 8 olgu (%29.6), 2003 yılında 11 olgu (%40.7), 2004 yılında ise 8 olgu (%29.6) gönderildiği görülmüştür (154). İatrojenik sinir hasarının en sık sebeplerinden biri intramuskuler yapılan enjeksiyondur (155,156). Enjeksiyon nöropatisi değerlendirilirken enjeksiyonu yapan kişinin ehliyeti ve enjeksiyonun endikasyonu, enjeksiyonun yapıldığı bölge, enjeksiyon yapılan iğnenin büyüklüğü ve batırılma açısı önemlidir. Genellikle enjeksiyonu yapan kişi, hemşire olup endikasyon hekim tarafından konulduğu için bu konuda sorun yaşanmamaktadır. Enjeksiyon yapılan iğne ve enjektör atıldığı için bu tür olgularda iğnenin büyüklüğü açısından değerlendirilmesi mümkün olmamaktadır. Genellikle enjeksiyondan kısa süre sonra şiddetli ağrı ve enjeksiyon yapılan bacağın üzerine basamama şikâyeti ortaya çıkmakta bunun üzerine yapılan nörolojik muayenesinde sıklıkla peroneal sinir hasarına bağlı bulgular elde edilmektedir (157). Bu esnada muayenenin bir parçasını enjeksiyon yapılan bölgenin doğruluğunun araştırılmasının oluşturması gerekirken bu husus atlanmakta veya muayene kaydına gerekli not düşülmemektedir. Sonuç olarak enjeksiyonun uygulandığı bölge doğru olarak kabul edilmekte olup bu yapılan hatalı bir uygulamadır.

Yeni Zelanda'da yapılan bir çalışmada intramuskuler enjeksiyona bağlı enjeksiyon nöropatisi iddiasıyla 3 yılda 8 vaka için dava açıldığı tespit edilmiştir. Açılan

bu davalardaki bütün vakalarda enjeksiyonların hekim veya hemşire tarafından yapıldığı bildirilmiştir (158).

Enjeksiyon nöropatisi zararının %68 oranında Acil Tıp branşı uygulamaları esnasında meydana gelmiş olması da beklenir bir sonuçtur. Enjeksiyon nöropatisine en fazla yol açan ilaç grubu olan diklofenaktır (159). Bu grup ilaçlar ise en fazla Acil Tıp branşında uygulanmaktadır.

Tablo 4.12'den anlaşıldığına göre amputasyon zararlarında kendi arasında olmak üzere %10, brakial pleksus hasarlarında %2.8, görme kusuru/kayıplarında %6.3, şekil bozukluğunda %0 ve yabancı cisim unutulmasında ise %54.5 oranında kusurlu olduğu tespit edilmiş olup yabancı cisim unutulmalarında literatür bilgilerine göre olayın “res ipsa loquitur” prensibi çerçevesinde bilirkişi incelemesine dahi gerek görülmeden kusurlu kabul edilmesi gereklidir (160-163).

Tabloda belirtilen yabancı cisim unutulmasına ait kusurlu bulunmayan 5 olguda aslında yabancı cisim unutulmadığı, bilerek konulduğu veya bırakıldığı saptandığı için bu olgular kusurlu bulunmamıştır.

Brakial pleksus hasarı zararının %94.4 gibi büyük bir kısmının Kadın Hastalıkları ve Doğum branşında meydana gelmiş olması da beklenen bir durumdur. Doğum sırasında brakial pleksusa ait (C4) C5, C6, C7, C8 ve T1 (T2) kökleri, bunlardan oluşan trunkuslar, bunların divizyonları, kordları ve dallarında oluşan zedelenmeye bağlı olarak gelişen ve üst ekstremitenin çeşitli düzeylerinde değişik derecede felçleri ve buna bağlı ikincil sorunlar ile özellenen unilateral veya bilateral bir klinik tablodur. Brakial pleksus yaralanmaları obstetrik nedenler dışında; travma, torakal çıkış

sendromu, irradilyasyon, tümör infiltrasyonu, brakial nöritis ve basıya neden olan anevrizma gibi vasküler sorunlara bağlı olarak da gelişebilir (164-172).

1. Adli Tıp İhtisas Kurulu'nda şikâyet edenlerin kim olduğu incelendiğinde ve 2. Adli Tıp İhtisas Kurulu ile karşılaştırıldığında Şekil 4.16'da görüldüğü gibi %94.3'lük bölümün ailesi, %5.7'lik bölümün arkadaşları tarafından şikâyet edildiği görülmektedir. Dr. Naziroğlu'nun tez çalışmasında da 2012 - 2014 yılları arasında Adli Tıp Kurumu 1. Adli Tıp İhtisas Kurulunca görüş bildirilen, anesteziyoloji ve reanimasyon branş doktorları hakkında tıbbi uygulama hata iddiaları bulunan 278 olgunun %95.2'lik bölümünün ailesi tarafından şikâyet edildiği görülmüştür (173). 2. Adli Tıp İhtisas Kurulu'nda ise şikâyette bulunanlar arasında arkadaşları yoktur. Sadece kendisi ve ailesi vardır. Bu bulgu kurulların ve dolayısıyla olguların farklılığından kaynaklanmaktadır. 2. Adli Tıp İhtisas Kurulu'nda incelenen olgularda zarara uğrayan kişi ölmemiş sadece yaralanmıştır. 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu'nda ise incelenen olguların tümü ölüdür.

Tıbbi malpraktis iddialarında şikâyet konusu olarak birinci sırada “hatalı veya eksik tedavi”nin gelmesi, ortaya çıkan zararlı sonuçta hasta ve yakınlarının standardın altında bir sağlık hizmeti aldıklarını düşündükleri anlamına gelmektedir. Bu düşünce doğru olabilir veya olmayabilir. Nitekim bu iddia doğru ise sağlık personeli hukuksal süreçte kusurlu bulunacak, bu iddia doğru değil ise sağlık personeli hukuksal süreçte kusurlu bulunmayacaktır. Olguların daha büyük bir bölümünde sağlık personeli kusurlu bulunmamıştır. Sağlık personelinin hasta ve yakınlarının gereksiz suçlamalarından kurtulmaları için yeterli empatiyi kurmaları şarttır. Ancak bundan daha önemli olarak sağlık personeli, hakkında yapılacak her türlü suçlamaya karşı kendisini savunabilecek şekilde hazırlıklı olmalıdır. Bunun tek yolu ise çalıştığı sağlık kuruluşunun niteliği ve olanaklarına göre bir hastaya verdiği tıbbi bakımın gerektirdiği “standart bakım”

şartlarının altına düşmemesi ve bunu ispatlayabilmesidir. Standartların altına düşmemesi için, ülkenin o an içinde bulunduğu şartlara ve mevzuata uygun olarak hareket etmesi, şartlara ve mevzuata uygun hareket ettiğini ispatlayabilmesi için de tıbbi kayıtlarını eksiksiz ve uygun biçimde tutması ve saklaması gereklidir. Her hangi bir iddia ve suçlanma karşısında soruşturma-yargılama aşamasında kendisini savunurken gereksiz suçlandığı düşüncesi ile mesleği açısından küskünlüğe kapılmamalı bilakis bunun mesleğinin bir riski olduğunu göz önüne alarak savunmasını yapması gereklidir. Tez çalışmasını yaptığımız ATK İhtisas Kurulları sonuçta iddialar ve suçlamalar konusunda sağlık personelinin kusurlu bir davranışının bulunup bulunmadığı konusunda bir karar vermektedir. Bu kararlar kanaat niteliğinde olup mahkemeyi bağlayıcı nitelikte değildir. Dolayısıyla gerek şikâyetçi hasta ve yakınları gerekse sağlık personeli kendisine uygun olmayan kararlar hakkında itiraz hakkına da sahiptir.

6. Sonuç

ATK 1. ve 2. Adli Tıp İhtisas Kurulları olguları üzerinde, Ocak 2013-Aralık 2014 tarihleri arasında yapılan bu tez çalışmasında aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

Hasta ve yakınları en fazla; Kadın Hastalıkları ve Doğum, Acil Tıp, Ortopedi ve Travmatoloji, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Genel Cerrahi branşlarında çalışan sağlık personelinen şikâyetçi olmuştur.

Hasta ve yakınlarının şikâyetçi olma oranı ile sağlık personelinin kusurlu bulunma oranı paralellik göstermemektedir. Başka bir anlatımla kusurlu bulunma oranı, şikâyet oranından düşüktür. Bu bulgu, dünya literatürü ile uyumludur.

Birçok branştaki şikâyet edilme ve buna karşılık kusurlu bulunma oranı dünya literatürü ile uyum gösterirken, bazı branşlardaki sağlık personelinin şikâyet edilme ve buna karşılık kusurlu bulunma oranı dünya literatürü ile uyumlu değildir.

Hasta ve yakınları en fazla uzman hekimlerden şikâyetçi olmuştur.

Hasta ve yakınları en fazla hatalı veya eksik tedavi iddiasıyla şikâyette bulunmuştur.

Olay ile şikâyet arasında geçen süre, çalışma yapılan farklı iki Kurulda farklılık göstermektedir.

Şikâyet edilen hastanelerin türü, çalışma yapılan farklı iki Kurulda farklılık göstermektedir.

Şikâyete neden olan zararların içerisinde en yüksek oranı enjeksiyon nöropatisi oluşturmuştur.

Tıbbi malpraktis iddiaları hiçbir zaman sona ermeyecektir. Her iki taraf için de önemli olan, yapılan soruşturma ve yargılamalarda ortaya çıkan sonuçtur. Bu nedenle özellikle suçlanan taraf olan sağlık personeli için minimum standart bakım şartlarının altına düşmemiş olması ve bunu ispat edebilmesi için kayıt tutma yükümlülüğünü tam olarak yerine getirmesi gerekmektedir.



7. Kaynaklar

1. Büken E. 1990-2000 Yıllarında Adli Tıp Kurumu I. ve II. İhtisas Kurullarına Obstetrik ve Jinekolojik Malpraktis İddiasıyla Gönderilen Olguların Adli Tıp Açısından İrdelenmesi. Uzmanlık Tezi. Adli Tıp Kurumu, İstanbul, 2001.
2. Mandell, M.S. Medicolegal Problems and Responsibilities. In: Nichols DH, Evrard JR, eds. Ambulatory Gynecology. Philadelphia: Harper and Row Publishers, 1985:487-99.
3. Özkara E, Hamit İH. Türkiye’de nöroşirürjiyenin yasal sorumlulukları ve medikolegal sorunları. Türk Nöroşirürji Dergisi 2003;13:213-20.
4. Gündoğmuş ÜN, Ersoy N, Biçer Ü. Yüksek Sağlık Şurası kararlarının etik açıdan değerlendirilmesi. Toplum ve Hekim 1998;13:8-14.
5. Studdert DM, Thomas EJ, Burstin HR, Zbar BI, Orav EJ, Brennan TA. Negligent care and malpractice claiming behavior in Utah and Colorado. Med Care 2000;38: 247-9.
6. Pakiş I, Yayıcı N, Karapirli M, Polat O. Ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatalarına yaklaşımda adli otopsinin rolü. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008; 28:30-9.
7. Yorulmaz AC, Kır Z, Ketenci HÇ. Tıbbi uygulama hataları ve bilirkişilik. İçinde: Yorulmaz C, Çetin G, editörler. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki Ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis Ve Adli Raporların Düzenlenmesi. İstanbul: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:48, 2006;55-69.
8. Polat O, Pakiş I. Tıbbi uygulama hatalarında hekim sorumluluğu. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2011;2(3):119-25.

9. <http://www.yok.gov.tr/web/guest/mevzuat> Erişim tarihi: 01.04.2019.
10. Özaslan A, Kulusayın Ö. Hekimin Yasal Sorumlulukları Adli Tıp Ders Kitabı.(2011) s. 13-40, İstanbul Üniversitesi Yayın No:4898, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayın No:281, İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayın Müdürlüğü, İstanbul.
11. Hakeri H. Tıp Hukuku. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2019.
12. Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmî Gazete Tarihi: 01.08.1998, Resmî Gazete Sayısı: 23420.
13. Hatemi, Hüseyin “Özel Hasta Gruplarının Hakları” Sağlık Hakkı, S.1, Nisan 2006, s:42.
14. Çetin G. Tıbbi Malpraktis. İçinde: Çetin G, Yorulmaz C, editörler. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi. İstanbul: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:48, 2006;31-42.
15. Akalın, H. Erdal, Tıbbi Hatalar: Nedir, Nasıl Önlenebilir?, ANKEM Dergisi, 15(No:3): 244-246, 2001, s.244.
16. <http://www.iris-interaktif.com/Biyoetik/files/bultenler/19.pdf>.
17. Hammurabi kanunları. Available at: http://www.canaktan.org/hukuk/insan_haklari/magna-carta/hamurabi.htm.
18. Demirel B. Hekimin Yasal Sorumlulukları. Gazi Medical Journal 2005;16:99-106.
19. Mohr JC. American medical malpractice litigation in historical perspective. JAMA 2000;283:1731-7.

20. Polat O. Tıbbi Uygulama Hataları, Klinik-Sosyal-Hukuksal-Etik Boyutları. I. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2005.
21. Yorulmaz AC. İstanbul Tabip Odasına Yansıyan Hekim Hatası İddiası Bulunan Olguların Adli Tıp Açısından İrdelenmesi. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul, 2005.
22. Giray AÜ. Malpraktis Açısından Hekimlerin Karakteristikleri ve İşyeri Fiziksel Koşullarının Akciğer Tüberküloz Hastalığı Teşhisinde Kullanılan Muayene Protokolü uygulama Yeterliliğine Etkisi. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1999.
23. Tanrıöver Durusu, Mine,v.d., Tanı Hataları, Acıbadem Üniversitesi Yayını, 1. Basım, İstanbul, 2016, s.11.
24. Yılmaz Esencan, Tuğba ve Aslan, Ergül, Jinekoloji ve Obstetride Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği, Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, Sayı:3, Cilt: 2, 2015, s. 53.
25. Salaçin S. Adli Tıp Ders Notu. Adana: Ç.Ü. Tıp Fakültesi Yayınları, 1995.
26. Karataş, Mehmet ve Yakıncı, Cengiz, Tıbbi Hata Nedenleri ve Çözüm Yolları, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Derleme, 17 (3) 233-236, 2010,s.234.
27. Özaslan A. Aydınlatılmış Onam. İçinde: Çetin G, Yorulmaz C, editörler. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi. İstanbul: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:48, 2006:43-52.
28. Özaslan A, Kulusayın Ö. Hekimin Yasal Sorumlulukları. Adli Tıp Ders Kitabı. İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 2011:13-39.

29. Kaya M. Hekimin Aydınlatma Yükümlülüğü ve Kişilik Hakkı İle İlişkisi. Türkiye Adalet Akademisi Dergisi 2012;1(8):45-82.
30. Roggo A. Aufklaerung des Patienten, Eine arztliche Informationspflicht, Bern, 2002, s.89.
31. Ayan M. Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, Ankara, 1991, s. 71-72.
32. Çilingiroğlu C. Tıbbi Müdahaleye Rıza, İstanbul, 1993, s. 60-63) (GÜMÜŞ, MA. Türk-İsviçre Borçlar Hukukunda Vekilin Özen Borcu, İstanbul, 2001.
33. Özsunay E. Alman ve Türk hukukunda Hekimin Hastayı Aydınlatma Ödevi ve istisnaları. Sorumluluk Hukukunda Yeni Gelişmeler V. Sempozyumu, Ankara, 1982.
34. Deutsch E, Spickhoff A, Medizinrecht, 6. Auflage, Berlin, Heidelberg, 2008, s.176-190.
35. Deutsch E; Matthies KH: Arzthaftungsrecht, Grundlagen, Rechtsprechung, Gutachterund Schlichtungsstellen, 3. Auflage, Köln, 1988.
36. Özcan BG, Özel Ç. Kişilik Hakları- Hasta Hakları Bağlamında Tıbbi Müdahale Sonucu Çıkan Hukuki İlişkide Aydınlatma Yükümlülüğü ve Aydınlatılmış Rızaya İlişkin Bazı Değerlendirmeler. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2007, Sayı: 1, Cilt: 10, s. 50- 73.
37. Beggen S. Pflicht des Arztes zur Aufklärung über wirtschaftliche und versicherungsrechtliche Belange der Heilbehandlung, ZBJW, 1994.
38. Özkaya E. Vekâlet Sözleşmesi ve Kötüye Kullanılması, 2. Bası, Ankara, 2005.
39. Hinderling H. Die Aertzliche Aufklaerungspflicht: Ausgewaehlte Schriften, Zürich, 1982.

40. Ozanoğlu HS. Hekimlerin Hastalarını Aydınlatma Yükümlülüğü. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 2003, Cilt: 52, Sayı:3, s. 55- 77.
41. Fellmann W, Berner Kommentar, Das Obligationenrecht, Band VI, 2. Abteilung, Die Einzelnenvertragsverhältnisse, 4. Teilband, Der Einfache Auftrag, Art. 394-406 OR, Bern, 1992.
42. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi. Resmi Gazete Tarihi : 19.2.1960, No: 10436.
43. Karpuz H. Kardiyovasküler Hastalıklar İle İlgili Kusurlu Tıbbi Uygulamalar (Doktora Tezi). Ulusal Tez Merkezi, 412684.
44. Scott RW. Health Care Malpractice, Pennsylvania, 1999.
45. Özdemir MH, Salaçin S, Ergöner A. Hasta Hakları Yönetmeliği ve Hekim Duyarlılığı, Tıp Etiği Dergisi, 2000, Cilt: 8, Sayı:1, s. 32-37.
46. Yargıtay 4. Hukuk Dairesi E. 1976/6297 K. 1977/2541 sayılı ve T.07.03.1977 tarihli kararı.
47. Yargıtay 4. Hukuk Dairesi E. 1954/6458 K. 1964/4925 sayılı ve 12.05.1964 tarihli kararı.
48. Pazarcı AA. Hasta Hakları ve İdarenin Sağlık Hizmetlerinden Doğan Sorumluluğu, (Yüksek Lisans Tezi) Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kırıkkale 2007.
49. King JH. The Law of Medicel Practice in a Notsheel, St. Paul, 2nd Edition, Minnoseta, 1986, s. 130.
50. Aveyard H. The Requirement for Informed Consent Prior to Nursing Care Procedures. Journal of Advanced Nursing, 2003, Volume: 37, Issue: 3.

51. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. Kanun No: 2709, Kabul Tarihi: 7.11.1982.
52. Tababet Ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. Kanun Numarası: 1219, Resmi Gazete: 14/4/1928-863.
53. Hekimler ve Tabip Odası Yöneticileri için Mevzuat. Erişim: <http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index>. Erişim tarihi: 01.03.2019.
54. Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun. Kanun No. 5013, Kabul Tarihi: 3.12.2003.
55. Oğuzman K, Öz T. Borçlar Hukuku Genel Hükümler, İstanbul, 2005.
56. Öztürkler C. Hukuk Uygulamasında Tıbbi Sorumluluk, Teşhis Tedavi ve Tıbbî Müdahaleden Doğan Tazminat Davaları, Ankara, Kasım, 2003.
57. Bayraktar K. Hekimin tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu, İstanbul, 1972.
58. Tuğcu H, Yorulmaz C, Koç S. Hekim Sorumluluğu ve Tıbbi Malpraktis, Koç S, Can M(Ed.) Birinci Basamakta Adli Tıp, İstanbul Tabip Odası, 9-17.
59. Akbaba M, Davutoğlu V. (2006). Sağlık ve hukuk kıskacında hekim: Ne yapmalı?. Turk Kardiyol Dern Ars 2016;44(7):609-616.
60. Parshuram CS, To T, Trope A, Koren G, Laupacis A. Systematic evaluation of errors occuring during the preparation of intravenous medication. CMAJ 2008;178(1):42-8.
61. <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1949/moniz/biographical>.

62. Efeođlu P. Kokain Ve Ana Metaboliti Benzoilekgoninin Tavşan Kılında Ve Kanında Gc/Ms İle Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Adli Tıp Anabilim Dalı, Adana, 2010.
63. Dayan, L (Ekim 2005). "Syphilis treatment: old and new". Expert opinion on pharmacotherapy. 6 (13), s. 2271–80. doi:10.1517/14656566.6.13.2271.
64. Herring JA. Tachdjian's Pediatric Orthopaedics.3rd edition, New York: Saunders Company,2002: 213-299.
65. Balıkçı T. Skolyoz Cerrahisinde Ara Boy Vida Kullanımının Gereksinimi. Uzmanlık Tezi. Marmara Üniversitesi, İstanbul, 2013.
66. Weinstein SL. Natural history. Spine 1999;24(24): 2592- 2600.
67. Savaş S. Skolyozun konservatif tedavisi. Süleyman Demirel Üniversitesi Týp Fakóltesi Dergisi 2003;10-(3)/33-38.
68. Hicks RW, Sikirica V, Nelson W, Schem JR, Cousins DD. Medication errors involving patient-controlled analgesia. Am J Health-Syst Pharm 2008;65:429-40.
69. Özata M, Altuncan H. Hastanelerde tıbbi hata görölme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. TAD 2010;8(2):100-11.
70. Gore DC, Gregory SA. Historical Perspective on Medical Errors: Richard Cabot and the Institute of Medicine. J Am Coll Surg 2003;197: 609-11.
71. 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.
72. Britton M. Diagnostic errors discovered at autopsy. Acta Med Scand 1974;196:203-10.

73. Koç S. Yasal düzenlemeler çerçevesinde hekimlerin sorumluluğu. *Türk Derm* 2007;41:33-8.
74. Wu X, Wang Z, Hong B, Shen S, Guo Y, Huang Q, Liu J. Evaluation and improvement of doctor–patient communication competence for emergency neurosurgeons: a standardized family model. *Patient preference and adherence* 2014;8:883.
75. Street Jr RL, Gordon H, Haidet P. “Physicians” communication and perceptions of patients: Is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Soc Sci Med* 2007;65(3):586-98.
76. Ambady N, La Plante D, Ngyen T, Rosenthal R. Surgeon’s tone of voice: a clue to malpractice history. *Journal of Surgery* 2002;132:5-9.
77. Surian G. Un procès en responsabilité médicale en 1390. Erişim: <http://www.histoire-genealogie.com/article> Erişim tarihi: 18.03.2019.
78. Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler. Ankara: Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi Yayınları, 1998.
79. Değerli Ü. Genel Cerrahi-1. Acar Matbaacılık Tesisleri, İstanbul,1988; 455-460.
80. İnce H, İnce N, Özyıldırım BA, Safran N. Hatalı tıbbi uygulama ve korunma yolları. *İst Tıp Fak Derg* 2005;68: 123-7.
81. Medical and Dental Defence Union of Scotland. Annual Report 1984, Glasgow, 1985.
82. Quam L, Dingwall R, Fenn P. Medical malpractice in perspective 1. the American experience. *Br Med J* 1987;294:1529-32.
83. Büken E, Ornek Büken N, Büken B. Obstetric and gynecologic malpractice in Turkey: incidence, impact, causes and prevention. *J Clin Forensic Med* 2004;11:233-47.

84. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları Yayın Tarihi:01.02.1999. Erişim: <http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index>. Erişim tarihi: 18.03.2019.
85. Hancı İH. Malpraktis: Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu. I. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2002.
86. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. Dirim Tıp Gazetesi 2009;84(1):1-10.
87. Gündoğmuş ÜN, Bilge Y, Kendi Ö, Hancı İH: Hekimlerin Yasal Sorumluluğunun Yüksek Sağlık Şurası Açısından İrdelenmesi. Adli Tıp Bülteni 1999; 2: 127-30.
88. <http://www.biyoeetik.org.tr/etkinlikler/bultenler/19.pdf> Erişim tarihi:22.03.2018.
89. Aydın E. Türkiye’de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi. Naturel Kitap Yayıncılık. Ankara-2002;3.
90. LeCraw LL. Use of clinical practice guidelines in medical malpractice litigation. J Oncol Pract. 2007;3(5):254.
91. Timothy K. Mackey, Bryan A. Liang, The Role of Practice Guidelines in Medical Malpractice Litigation. American Medical Association Journal of Ethics 2011;13(1):36-41.
92. Schwartz PJ, Breithardt G, Howard AJ, Julian DG, Rehnqvist Ahlberg N. The legal implications of medical guidelines - a Task Force of the European Society of Cardiology, European Heart Journal 1999;20:1152-7.
93. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. BMJ 1999;318-527.

94. Grundy SM, Cleeman JI, Bairey Merz CN. Implications of recent clinical trials for the national cholesterol education program adult treatment panel III guidelines. J Am Coll Cardiol 2004;44(3):720-32.
95. Pepine CJ. Many of us are not quite in agreement with the ACC/AHA (and ESH/ESC) guidelines. ACC 47th Annual NY Cardiovascular Symposium, Major Topics in Cardiology Today, 2014:96.
96. <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html>. Erişim Tarihi:18.03.2019.
97. Büyük Larousse Sözlük ve Ansiklopedisi, Milliyet Gazetecilik A.Ş., İstanbul, s.10687.
98. Yayıcı N, Üzün İ, Baier L, İnanıcı MA. Genel Cerrahide Tıbbi Uygulama Hataları: 1996-2000 Yılları Arasında Adli Tıp Kurumu'na Yansıyan Olgular; Türkiye Klinikleri J Foren Med 2004;1(1):12-7.
99. Şenocak Z. Özel Hukukta Hekimin Sorumluluğu. Ankara: Ankara Üniversitesi, Hukuk Fakültesi Yayınları No: 529, 1998.
100. Yargıtay 13. Hukuk Dairesi, E: 1994/8557, K: 1994/2138. Erişim: http://www.hukuki.net/ictihat/Yargitay_13_Hukuk_Dairesi_1994-8557.php Erişim tarihi: 22.03.2019.
101. <https://www.lexpera.com.tr/ictihat/yargitay-kararlari/hukuk-daireleri/13-hukuk-dairesi>.
102. Ceza Muhakemesi Kanunu. Kanun Numarası: 5271 Kabul Tarihi: 4/12/2004 Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 17/12/2004 Sayı: 25673 Yayımlandığı Düstur: Tertip: 5 Cilt: 44. Erişim: <http://www.mevzuat.gov.tr>. Erişim Tarihi:25.03.2019.

103. 6100 S.lı Hukuk Muhakemeleri Kanunu. Kabul Tarihi : 12.Ocak.2011. Resmi Gazete Tarih : 4.Şubat.2011. THS'deki Şerh Sayısı : 1148 Erişim: <http://www.mevzuat.gov.tr>. Erişim Tarihi:26.07.2019.
104. Şenel ÖD. Türk Ceza Hukuku reformu bağlamında bilirkişilik. Doktora tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü, 2014.
105. Koç S. İstanbul Tabip Odası'na Başvurulan Tıbbi Uygulama Hataları. İçinde: Çetin G, Yorulmaz C, editörler. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi. İstanbul: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:48, 2006;70-81.
106. Kurşat Z. Eser ve vekalet sözleşmelerinin nitelendirilmesi sorunu ve nitelendirmenin hükmü. İÜHFMC 2009;67(1-2):143-166.
107. Keskin TR. Sağlık Personelinin Obstetrik ve Jinekoloji Uygulamalarındaki Hatalarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul, 1996.
108. Aşçıoğlu Ç. Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar, Doktorların Devletin ve Özel Hastanelerin Sorumluluğu. Ankara. 1993.
109. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/02/20110204-1.htm> erişim tarihi:28.03.2019.
110. Teke HY, Alkan HA, Başbulut AZ, Cantürk G. Tıbbi uygulama hataları ile ilgili kanuni düzenlemelere hekimlerin bakışı ve bilgilenme düzeyi: Anket çalışması. Türkiye Klinikleri J. Foren. 2007;4:61-7.

111. Hakeri H. Diş hekimlerinin yasal sorumlulukları. Sağlık Hukuku Digestası, Ankara Barosu Yayınları, 2009;1(1):19-28.
112. Parlar A, Hatipoğlu M. Açıklamalı Gerekçeli 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun Getirdiği Yenilikler Bağlamında, Temel İlkeler, Uygulama Alanı Kast ve Taksir. İstanbul: Kazancı Hukuk Yayınları, 2005:335-456.
113. Öztürk A. Adli Tıp Uygulamalarında Hekim Hataları ve Hekimin Sorumluluğu. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul, 2002.
114. Altun G, Yorulmaz AC. Yasal Değişiklikler Sonrası Hekim Sorumluluğu ve Malpraktis. Trakya Univ Tıp Fak Derg 2010;27 Suppl 1:7-12.
115. Küpeli A. CMK ve TCK'da Adli Tıp Uzmanının Bilirkişilik Yükümlülüğü ve Çapraz Sorgu. Tıpta Uzmanlık Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Isparta, 2007.
116. <https://www.atk.gov.tr/adli-tip-kurumu-baskanligi.html> erişim tarihi:01.04.2019
117. Demirer M. Dünyada ve Türkiye'de Adli Tıp Yapılanmaları, Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Tıpta Uzmanlık Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Isparta, 2007.
118. <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/indir/mevzuat.asp> Erişim tarihi: 01.04.2019.
119. Çankaya H. Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğunun Temel Prensipleri ve Hekim Sorumluluğunda Kusurun Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Adli Tıp Kurumu, İstanbul, 1992.
120. Gündoğmuş ÜN, Kurtaş Ö, Boz H, Biçer Ü, Çolak B. Kusur ve kusur oranlarının belirlenmesinde bilirkişilerin fonksiyonu. Adli Bilimler Dergisi 2002; 1: 63-6.

121. Pakiş I. Ölüm ya da doğumla sonuçlanan tıbbi uygulama hatalarına yaklaşımda Adli Otopsinin rolü, (Doktora Tezi): Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul; 2006.
122. Çağdır AS. Sağlık Hukuku Davalarında Adli Tıp Kurumu'nun Rolü, Karar Alınması usulü ve Mesleki Kusur Kavramı. İstanbul Barosu Yaşayan Sağlık Hukuku-2 Paneli, İstanbul 2012.
123. Ertan A. Adli Tıp Kurumu'nda Değerlendirilen Olgularda Saptanan Anestezi Hataları ve Önlenilebilirliği: Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007.
124. Çoban İ. Adli Tıp Kurumu'na Görüş Bildirilen Nöroloji ve Nöroşirürji Dalında Tıbbi Uygulama Hatası (Uzmanlık Tezi). Adli Tıp Kurumu. İstanbul. 2013.
125. Leflar RB. The regulation of medical malpractice in Japan, Clin Orthop Relat Res 2009;467(2):443-9.
126. Health Resources and Services Administration. U.S. Department of Health and Human Services. 2011 Annual Report, National Practitioner Data Bank. March 2013.
127. İnce H, Safran M, İnce N, Özyıldırım B. Tıbbi uygulama hataları şikayetiyle karşılaşan hekimler ve özellikleri 12. Ulusal adli tıp günleri paneller ve poster sunuları. İstanbul: Adli Tıp Kurumu Yayınları; 15.2005: 210-216.
128. Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Gandhi TK, Kachalia A, Yoon C, et al. Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. N Engl J Med. 2006;354(19):2024-33.
129. Stewart RM, Johnston J, Geoghegan K, Anthony T, Myers JG, Dent DL, et al. Trauma surgery malpractice risk: perception versus reality. Ann Surg. 2005;241(6):969-75.

130. Boz B, Demirkan Ö, Yücel Beyaztaş F. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde 2000 yılında verilen adli raporların retrospektif olarak incelenmesi; 2001 Ekim 18-21; Antalya. 9. Ulusal Adli Tıp Günleri, 2001.
131. Yaymaz Y. Adli Tıp Kurumunca Görüş Bildirilen Ortopedi Alanında Tıbbi Uygulama Hatası İddiası Bulunan Ölümle Sonuçlanmış Olguların Değerlendirilmesi, Adli Tıp Kurumu, İstanbul, (Uzmanlık Tezi), 2016.
132. Birgen N, Mahmutoğlu FS, İçmeli ÖS, Anolay NN, Kaptanoğlu K. Tıbbi uygulama hatalarını değerlendirmede karşılaşılan yasal sorunlar; 2004 29 Eylül-3Ekim; Antalya. 11. Ulusal Adli Tıp Günleri, 2004.
133. Tümer AR, Atasoy H. Yüksek Sağlık Şurasına gelen cerrahi vakaların değerlendirilmesi. Yıllık Adli Tıp Toplantılar Kitabı, Antalya 6-12 Ekim 2003, 225-228.
134. Ulukan Ö, Müsellim NT, Küçükçalı N, Birgen N, Çetin G. Yargı organlarınca Adli Tıp Kurumu 3.İhtisas Kurulu'na gönderilen dosyalarda ortaya çıkan eksiklikler; 2001 Ekim 18-21; Antalya. 9. Ulusal Adli Tıp Günleri, 2001.
135. Yıldız MF. Adli Tıp Kurumunca Görüş Bildirilen Göz Hastalıkları Dalında Tıbbi Uygulama Hatası İddiası Bulunan Olguların Değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi). Adli Tıp Kurumu. İstanbul. 2015.
136. Özdemir E. Ölümlü Genel Cerrahi Tıbbi Uygulama Hata İddiası Bulunan Olguların Değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi). Adli Tıp Kurumu. İstanbul. 2015.

137. Hösükler E, 2012 - 2014 Yılları Arasında Adli Tıp Kurumu Birinci Adli Tıp İhtisas Kurulu Tarafından Görüş Bildirilen Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Branşı İle İlgili Tıbbi Uygulama Hatası İddiası Bulunan Olguların Değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi). Adli Tıp Kurumu, İstanbul, 2015.
138. Hösükler B, Adli Tıp Kurumunca 2012 - 2014 Yılları Arasında Görüş Bildirilen Dahiliye Branşında Ölümle Sonuçlanmış Tıbbi Uygulama Hatası İddialı Olguların Değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi), Adli Tıp Kurumu, İstanbul,2015.
139. Yıldırım T, Adli tıp Kurumu'nda Değerlendirilen Şikayete Konu Olmuş Vertebra Ameliyatlarının İncelenmesi, (Uzmanlık Tezi), Adli Tıp Kurumu, İstanbul, 2015.
140. Çom U, 2012 ve 2013 Yıllarında Adli Tıp Kurumu Birinci Adli Tıp İhtisas Kurulu Tarafından Görüş Bildirilen Kadın Hastalıkları ve Doğum Dalında Tıbbi Uygulama Hatası İddiası Olgularının Değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi), Adli Tıp Kurumu,İstanbul,2015.
141. Göktürk C, Adli Tıp Kurumu'nda Diş Hekimliği Alanında Tıbbi Malpraktis (Tıbbi Uygulama Hatası) İddiası Bulunan Olguların Değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi), Adli Tıp Kurumu, İstanbul,2013.
142. Seabury S, Chandra A, Anupam B. Lakdawalla D, Jena AB. On Average, Physicians Spend Nearly 11 Percent Of Their 40-Year Careers With An Open, Unresolved Malpractice Claim. Health Aff (Millwood). 2013 Jan; 32(1): 111–119. doi: 10.1377/hlthaff.2012.0967.
143. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice Risk According to Physician Specialty. The New England Journal Of Medicine. 2011;365:629-36

144. Yorulmaz AC, Kaya A. Tıbbi Malpraktisin Uzmanlık Alanlarına Dağılımı ve Karşılaşılan Nedenler, Hekimlik Uygulamalarının Adli Tıbbi Güncellemesi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:78, 2012.
145. Şanyüz Ö, Birgen N, İçmeli ÖS, Gökdoğan C, Yorulmaz C, Altınok A, Orhan Z. Tıbbi uygulamalar ile ilgili tazminat davalarının uzmanlık alanlarına göre dağılımının ve zorunlu sağlık sigorta primlerinin kademelenendirilmesi. 9. Adli Bilimler Kongresi, 2011.
146. Ely JW, Dawson JD, Young PR, Doebbeling BN, Goerd CJ, Elder NC. Malpractice claims against family physicians. Are the best doctors sued more? J Fam Pract 1999;48:23-30.
147. Hickson GB, Charles F, Federspiel CF, Pichert JW, Miller CS, Gauld-Jaeger J, Bost P. Patient complaints and malpractice risk. JAMA 2002;287:2951-7.
148. Yayıcı N, Üzün İ, Arslan MM, Üris M. Postoperatif ölümlerle sonuçlanmış ve tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan olgularda otopsinin değeri. J Foren Med 2004;1(2):57-61.
149. İrez A. Adli Tıp Kurumu'na Görüş Bildirilen Hastaneye Başvuran Acil Vakalarda Tıbbi Uygulama Hatası İddiası Olgularının Değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi) Adli Tıp Kurumu. İstanbul, 2013.
150. Kılıç F, 2012–2014 Yılları Arasında Adli Tıp Kurumu Birinci Adli Tıp İhtisas Kurulu Tarafından Görüş Bildirilen Kardiyoloji Branşı İle İlgili Tıbbi Uygulama Hatası İddiası Bulunan Olguların Değerlendirilmesi. (Uzmanlık Tezi), Adli Tıp Kurumu, 2016 ,İstanbul.

151. Gürbüz E, 2012-2014 Yılları Arasında Adli Tıp Kurumu Birinci İhtisas Kurulu'na Görüş Bildirilen Acil Servislerde Meydana Gelen Tıbbi Uygulama Hatası İddialı Olguların Değerlendirilmesi. (Uzmanlık Tezi), Adli Tıp Kurumu, 2017, İstanbul.
152. Sevindir E, İç Hastalıkları Uzmanlık Alanında Tıbbi Uygulama Hatası İddiası İle İlgili Görüş Bildirilen Olguların Değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi), Adli Tıp Kurumu, 2016 ,İstanbul.
153. Uğur Ö, Birgen N, Çetin G. Enjeksiyon sonucu ortaya çıkan siyatik sinir lezyonlarının adli tıp açısından değerlendirilmesi. Yıllık Adli Tıp Toplantıları Kitabı, Antalya 16-19 Mayıs 2002, 446-449.
154. Şen H, İçmeli ÖS, Ertan A, Birgen N, Çetin G, Gözükırmızı E. Enjeksiyon sonucu ortaya çıkan siyatik sinir lezyonları. 11. Adli Tıp Günleri, Antalya 29 Eylül-3 Ekim 2004, 270-273.
155. Kakati A, Bhat D, Devi BI, Shukla D. Injektion nerve palsy. Journal of neurosciences in rural practice. 2013;4(1):13-8. Doi:10.4103/0976-3147.105603.
156. Kline DG, Kim D, Midha R, Harsh C, Tiel R. Management and results of sciatic nerve injuries: a 24-year experince. Journal of neurosurgery. 1998;89(1):13-23.
157. Gündüz A, Uzun N, Alkan N, Karaali Savrun F, E.Kızıltan M. Injection Neuropathies of the Sciatic Nerve: Experience of an Electrophysiology Laboratory and Medicolegal Approach in Turkey. Archives of Neuropsychiatry/ Nöropsikiyatri Arşivi. 2012;49:208-11.
158. Mishra P, Stringer M. Sciatic nerve injury from intramuscular injection: a persistent and global problem. International journal of clinical practice. 2010;64(11):1573-9.

159. Ünal V, Özgün Ünal E, Emir A, Özer Y, Çağdır S. Enjeksiyon Nöropatisi Olgularına Adli Tıbbi Yaklaşım. Adli Tıp Bülteni 2015; 20(1):14-20.
160. Bal BS, Brenner LH. Medicolegal Sidebar: The Law and Social Values: Res Ipsa Loquitur. Clin Orthop Relat Res. 2015 Jan; 473(1): 23–26.
161. Coleman AH. Res Ipsa Loquitur In Medical Malpractice. J Natl Med Assoc. 1965 Jan; 57(1): 72–73.
162. Wiseman LW. Res ipsa loquitur. West J Med. 1975 Jul; 123(1): 71–75.
163. Peart, Baraty & Hassard. Medical Jurisprudence Negligence: Res Ipsa Loquitur. Calif Med. 1947 Jun; 66(6): 420.
164. Leblebicioğlu G. Brakiyal Pleksus Yaralanmaları. Türk Nörosiriirji Dergisi 2005;15(3):227-249.
165. Adler JB, Patterson RL. Erb's palsy. J Bone Joint Surg 49A: 1052-1064, 1967.
166. Al Quattan MM, Al Kharfy TM. Obstetrical brachial plexus injury in subsequent deliveries. Ann Plast Surg 37: 545-548, 1996.
167. Al Quattan MM, Clarke HM, Curtis CG. Klumpke's birth palsy. Does it really exist? J Hand Surg 20B: 19-23, 1995.
168. Al Quattan MM, Clarke HM, Curtis CG. The prognostic value of concurrent Homer' s syndrome in total obstetrical brachial plexus injury. J Hand Surg 25B: 166-167, 2000.
169. Al Quattan MM, Clarke HM, Curtis CG. The prognostic value of concurrent clavicular fractures in newborns with obstetrical brachial plexus palsy. J Hand Surg 19B: 729-730, 1994.

170. Al Quattan MM, Clarke HM. A historical note on the intermediate type of brachial plexus palsy. *J Hand Surg* 19B: 673, 1994.
171. Al Quattan MM. Accidental contact burns of the upper limb in children with obstetric brachial plexus injury. *Burns* 25: 669- 672, 1999.
172. Al Quattan MM. Rotation osteotomy of the humerus for Erb' palsy in children with humeral head deformity. *J Hand Surg (Am)* 27: 479-483, 2002.
173. Naziroğlu A, 2012–2014 Yılları Arasında Adli Tıp Kurumu Birinci Adli Tıp İhtisas Kurulu Tarafından Görüş Bildirilen Anestezi Ve Reanimasyon Branşı İle İlgili Tıbbi Uygulama Hatası İddiası Bulunan Olguların Değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi), Adli Tıp Kurumu, 2016, İstanbul.

8. Ekler

1-T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Onayı

T. C.
ADALET BAKANLIĞI
Adli Tıp Kurumu Başkanlığı

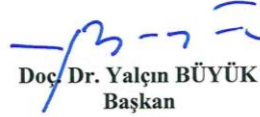
Sayı : 21589509/ 825
Konu: Bilimsel Çalışma

06/10/2015

Sayın, Dr. Melike BİLİR

“Hasta ve Yakınlarının Hekimlerin Tıbbi Uygulamalarından Kaynaklanan Şikâyetleri.” isimli tez öneriniz, 06/10/2015 tarihli Eğitim ve Bilimsel Araştırma Komisyonu toplantısında görüşülmüş olup, belirtilen süre içerisindeki dosya sayısı çok fazla olması nedeniyle çalışma kapsamının 2013-2014 yılları ile sınırlandırılması koşulu ile uygun görülmüştür.

Bilginize rica ederim.


Doç. Dr. Yalçın BÜYÜK
Başkan

2-Etik Kurul Onayı

Tarih ve Sayı: 09/11/2017-421504



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı :59491012-604.01.02-
Konu :Doktora Öğrencisi Melike Bilir
BALIKÇI'nın etik kurul kararı A-
52

ADLI TIP ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 19.10.2017 tarih, 86669574-302.14.06-391799 sayılı yazı

Enstitünüz Tıp Bilimleri Anabilim Dalı öğretim üyesi **Prof.Dr.Gürsel ÇETİN**'in danışmanlığında **Doktora Öğrencisi Melike Bilir BALIKÇI**'nin yürütücülüğünde "**Hasta ve Yakınlarının Hekimlerin Tıbbi Uygulamalarından Kaynaklanan Şikayetleri**" başlıklı Doktora Tezi (RETROSPEKTİF) hakkında ilgi yazınız ve ekleri **07 Kasım 2017** tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup; etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmza
Prof. Dr. Mehmet Faik ÖZÇELİK
Başkan V.

e-İmza
Prof. Dr. Feray SAVRUN
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

NOT: Yönetmelik gereği Sonuç Raporunun Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna iletilmesi gerekmektedir.

EK :
1 dosya elden teslim edilecektir.

9. Özgeçmiş

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Melike Bilir Balıkçı

Doğum yeri ve tarihi: İstanbul, 1989

Uyruğu: T.C.

Medeni durumu: Evli

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi:

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıbbi Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji Doktora Programı- 2013-devam ediyor

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Tıp Bilimleri Doktora Programı- 2013-devam ediyor

İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi-2007-2013

III- Ünvanları: Araş. Gör. Dr.

IV- Mesleki Deneyimi: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Tıp Bilimleri Araştırma Görevlisi 2014-devam ediyor

V- Bilimsel İlgi Alanları

Karadayı B., Bilir M., Öner D., Buldu M., Çakır İ., Çetin G., "Parke Üzerindeki Kılıların Tespitinde ForenscopeMultispectral® Görüntüleme Sistemi'nin Değerlendirilmesi", 13. Adli Bilimler Kongresi, Muğla, Türkiye, 27-30 Eylül 2017, ss.1-1

Bilir M., Çetin G., "Ekip Halinde Yürütülen Tıbbi Uygulamalarda Sorumluluğun Belirlenmesinde Güven İlkesi", 14. Adli Bilimler Kongresi, İzmir, Türkiye, 11-14 Mayıs 2017, ss.1-1

Buldu M., Bilir M., Öner D., Karadayi B., Çakir İ., Çetin G., et al., "Forensic Toxicology in Turkey", European Academy of Forensic Science, Prag, Çek Cum., 6-11 Eylül 2015, pp.1-1

Karadayi B., Öner D., Bilir M., Buldu M., Çakir İ., Çetin G., "Identifying and Viewing Hair on Parquet Flooring", European Academy of Forensic Science, Prag, Çek Cum., 6-11 Eylül 2015, pp.1-1

Bilir M., Çetin G., "Organization of Forensic Sciences And Expertness in Turkey", Balkan Academy of Forensic Science, Alexandroupoli, Yunanistan, 18-21 Haziran 2014, pp.1-1

VI- Bilimsel Etkinlikleri

İleri Düzey Adli Belge İnceleme Eğitimi, İstanbul, 29 Eylül - 01 Ekim 2017

Temel Düzey Adli Belge İnceleme Eğitimi-II, İzmir, 09-10 Mayıs 2017

Temel Düzey Adli Belge İnceleme Eğitimi-I, , Muğla, 27-28 Nisan 2016

14. Adli Bilimler Kongresi, İzmir, Mayıs 2017

13. Adli Bilimler Kongresi, Muğla, Nisan 2016

17. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, Ekim 2015

European Academy Of Forensic Science, Çek Cumhuriyeti/Prag, Eylül 2015

European Respiratory Society, Amsterdam, Eylül 2015

Balkan Academy Of Forensic Science, Alexandroupoli, Haziran 2014

