

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**2014-2021 YILLARI ARASINDA DOKUZ EYLÜL
ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ADLİ TIP
ANABİLİM DALI TARAFINDAN ADLİ RAPORU
DÜZENLENEN MALPRAKTİS OLGULARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. ÇAĞDAŞ SAVAŞ

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2022

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**2014-2021 YILLARI ARASINDA DOKUZ EYLÜL
ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ADLİ TIP
ANABİLİM DALI TARAFINDAN ADLİ RAPORU
DÜZENLENEN MALPRAKTİS OLGULARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. ÇAĞDAŞ SAVAŞ

UZMANLIK TEZİ

Danışman Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Yücel ARISOY

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
Tablo Listesi	ii-iii
Grafik Listesi	iv
Kısaltmalar	v
Teşekkür	vi
Özet	1-2
Summary	3-4
Giriş ve Amaç	5-7
Genel Bilgiler	8-43
Gereç ve Yöntem	44-45
Bulgular	46-66
Tartışma	67-77
Sonuç ve Öneriler	78-80
Kaynaklar	81-97
Ekler	98-106

TABLO LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 1: Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasındaki azami teminat tutarları.....	39
Tablo 2: Hastaların ilk başvurduğu ve iddiaya konu sağlık birimlerine göre dağılımı.....	47
Tablo 3: Hastaların ilk başvurdıkları klinik birimlere göre dağılımı.....	48
Tablo 4: Cinsiyete göre iddialara konu klinik branş dağılımı.....	49
Tablo 5: İddialara konu olan klinik birimlere göre dağılım.....	50
Tablo 6: Hastalar tarafından ilk başvurulanan klinikte şikayetlerin sistemlere göre dağılımı.....	51
Tablo 7: İddiaya konu klinikte konulan tanıların sistemlere göre dağılımı.....	52
Tablo 8: İddiaya konu klinikte uygulanan tedavi yöntemlerinin dağılımı	53
Tablo 9: Hastaların ilk başvurdıkları klinik tarafından konsültasyon istenen kliniklere göre dağılımı.....	54
Tablo 10: Tıbbi uygulama hatası iddiasının konularına göre dağılımı.....	56
Tablo 11: Tıbbi uygulama hatası iddiası yöneltilen sağlık personelinin görevlerine göre dağılımı.....	57
Tablo 12: Tıbbi uygulama hatası iddiası yöneltilen hekimlerin mesleki derecelerine göre dağılımı.....	57
Tablo 13: Tıbbi uygulama hatası aşamasının hastaların ilk başvurdıkları klinik tarafından konsültasyon istenip istenmemesine göre dağılımı.....	58
Tablo 14: Tıbbi uygulama hatasının nedenlerine göre dağılımı.....	59
Tablo 15: Tıbbi uygulama hatası iddiasının ölümle sonuçlanıp sonuçlanmamasının hastaların ilk başvurdıkları klinik tarafından konsültasyon istenip istenmemesine göre dağılımı	60
Tablo 16: İddialara konu klinik branş ve tıbbi uygulama hatası iddiasının ölümle sonuçlanıp sonuçlanmamasına göre dağılımı.....	61
Tablo 17: Tıbbi uygulama hatası iddiasının ölümle sonuçlanıp sonuçlanmamasının tıbbi uygulama hatası iddiasına yönelik tarafımıza yapılan başvuru şekline göre dağılımı	62

Tablo 18: Tıbbi uygulama hatası iddiasına yönelik tarafımıza yapılan başvuru şeklinin tarafımıza yapılan başvuru öncesi başka bir kurum tarafından rapor düzenlenip düzenlenmemesine göre dağılımı.....	63
Tablo 19: Tarafımıza yapılan başvuru öncesi rapor düzenlenen kişi/kurumların dağılımı.....	64
Tablo 20: Tıbbi uygulama hatası iddiasına yönelik tarafımıza yapılan başvuru şeklinin bilirkişi görüşümüz ile diğer kurumların görüşlerinin karşılaştırılmasına göre dağılımı.....	65
Tablo 21: Hastaların ilk başvurdukları klinik tarafından konsültasyon istenip istenmemesine göre tıbbi uygulama hatası kararı dağılımı.....	66
Tablo 22: Hastaların tanı ve tedavi sürecinde radyolojik görüntüleme istenip istenmemesine göre tıbbi uygulama hatası kararı dağılımı.....	66



GRAFİK LİSTESİ

Sayfa No.

Grafik 1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı.....	46
Grafik 2: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı.....	46
Grafik 3: İddialara konu olan klinik branşlara göre dağılım.....	49
Grafik 4: Hastaların ilk başvurdıkları klinik tarafından konsültasyon istenip istenmediğine göre dağılım.....	53
Grafik 5: Hastaların tanı ve tedavi sürecinde radyolojik görüntüleme istenip istenmemesine göre dağılım.....	55
Grafik 6: Tıbbi uygulama hatası iddiasını ortaya atan kişilerin dağılımı.....	55
Grafik 7: Tıbbi uygulama hatasının aşamasına göre dağılımı.....	58
Grafik 8: Tıbbi uygulama hatası iddiasının ölümle sonuçlanıp sonuçlanmadığına göre dağılımı.....	60
Grafik 9: Tıbbi uygulama hatası iddiasına yönelik tarafımıza yapılan başvuru şeklinin dağılımı.....	61
Grafik 10: Tarafımıza yapılan başvuru öncesi başka bir kurum tarafından rapor düzenlenip düzenlenmediğine ilişkin dağılım.....	63
Grafik 11: Bilirkişi görüşümüz ile diğer kurumların görüşlerinin karşılaştırılmasına ilişkin dağılım.....	64
Grafik 12: Tıbbi uygulama hatası kararına yönelik dağılım.....	65

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ATK: Adli Tıp Kurumu

CMK: Ceza Muhakemesi Kanunu

DTP: Dünya Tabipler Birliği

JMA: Japan Medical Association

NHS: National Health Service

NPDB: National Practitioner Data Bank

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development

ÖSYM: Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi

TCK: Türk Ceza Kanunu

TTB: Türk Tabipler Birliği

TUS: Tıpta Uzmanlık Sınavı

UHK: Umumi Hıfzıssıhha Kanunu

YSS: Yüksek Sağlık Şurası

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince danışman öğretim üyesi olarak bilgisi, titiz ve özverili yaklaşımıyla bana yol gösteren, uzmanlık eğitimim boyunca değerli yardım ve katkılarıyla beni aydınlatan, her zaman yanımda olduğunu hissettiğim hocam, Sayın Prof. Dr. Yücel Arısoy’a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, tecrübe ve ilgilerini bana aktaran hocalarım Prof. Dr. Akça Toprak Ergöner, Prof. Dr. Erdem Özkara, Prof. Dr. M. Hakan Özdemir, Doç. Dr. İ. Özgür Can ve emekli Dr. Öğr. Üyesi Zehra Demiroğlu Uyaniker’e,

Uzmanlık eğitim sürecimi birlikte paylaşmış olduğum, uzman olarak kariyerine devam eden ve uzmanlık eğitimine devam etmekte olan değerli çalışma arkadaşlarıma ve aileme, içtenlikle teşekkür ederim.

Dr. Çağdaş Savaş

ÖZET

2014-2021 YILLARI ARASINDA DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ADLİ TIP ANABİLİM DALI TARAFINDAN ADLİ RAPORU DÜZENLENEN MALPRAKTİS OLGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Çağdaş Savaş, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş ve Amaç: Sağlık personelinin kusurlu eylemleri sonucu ortaya çıkan hastalık, sakatlık veya ölüm olayları iddiaları; hasta ve hasta yakınlarının bu konudaki bilgi düzeyinin artması, çeşitli sağlık politikaları, yasal düzenlemeler, özellikle medyanın olumsuz tutumları ile artan tıbbi bilgi ve teknoloji sonucu geçmişte yapılamayan bir takım riskli işlemlerin yapılabilmesi neticesinde gün geçtikçe artmaktadır. Sağlık personelinin bu konuda üzerindeki baskının azaltılması ve sağlık hizmetlerinin kaliteli bir biçimde yürütülmesi açısından konunun çok yönlü ve ayrıntılı olarak tartışılması ciddi önem arz etmektedir.

Bu çalışmada tıbbi uygulama hatası kapsamında farklı bakış açısı ve yaklaşımları tartışarak; mevcut veriler ve konuyla ilgili literatür bilgileri eşliğinde bilimsel tartışmalara katkıda bulunmak ve malpraktis olgularına yönelik yapılan değerlendirmelerde izlenecek yöntemlerin tartışılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda 01.01.2014 – 31.12.2021 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalımıza tıbbi uygulama hatası iddiası nedeniyle resmi makamlarca ve bireysel başvuru yoluyla medikolegal değerlendirme yapılması amacıyla yönlendirilen olgular retrospektif olarak incelendi. Demografik veriler, iddiaya konu sağlık birimi, klinik birim, tıbbi uygulama hatası iddiasının konuları, nedenleri, ölümle sonuçlanıp sonuçlanmadığı, tarafımıza yapılan başvuru şekli, bilirkişi görüşümüz ile diğer kurumların görüşlerinin karşılaştırılması ve tıbbi uygulama hatası kararına ilişkin bilgiler elde edildi. Veriler arasındaki ilişki SPSS 26.0 programı kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: 92 olgu değerlendirildi. Olguların %56,5'i (52) kadın, yaş ortalamasının $39,36 \pm 19,32$ olduğu görüldü. Olguların ilk başvuru yaptıkları ve iddialara en sık konu olan sağlık biriminin %64,1 oranıyla özel sağlık kuruluşları olduğu görüldü. İddialara konu en sık klinik branşın %58,7 ile cerrahi branş olduğu ve iddialara konu en sık klinik birimin ise %17,4 ile kadın hastalıkları ve doğum olduğu görüldü. Tıbbi uygulama hatası iddiasının ölümle

sonuçlanıp sonuçlanmaması ile tarafımıza yapılan başvuru şekli ($p<0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Yine tıbbi uygulama hatası iddiasının ölümle sonuçlanıp sonuçlanmaması ile iddialara konu klinik branş ($p=0,016$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Tıbbi uygulama hatası iddiasının konularına bakıldığında ilk sırada 56 olgu ile tedavi hatalarının yer aldığı görüldü. Tıbbi uygulama hatasının nedenleri içerisinde ise en büyük grubu 7'şer olgu ile tedavi hataları ve özen ve dikkat eksikliğinin oluşturduğu görüldü.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda ülkemizdeki diğer çalışmalarla benzer şekilde cerrahi branşların tıbbi uygulama hatası iddialara konu en sık klinik branş olduğu görüldü. Hekimler malpraktis yönünden riskli olarak gördükleri branşları gün geçtikçe daha az oranlarda tercih etmektedir. Bu durumun önlenmesi için tıbbi uygulama hataları ile ilgili medyadaki dezenformasyonların önüne geçilmesi, çalışma koşullarının optimize edilmesi ve tıbbi uygulama hatası iddialarına yönelik davaların doğru ve ivedi bir şekilde sonlandırılması ile sağlık çalışanlarının üzerindeki malpraktis baskısının azaltılması gerekmektedir. Bu açıdan uzman mütalaası/bilimsel mütalaanın var olan eksiklikleri ve tarafların haklı/haksız yönlerini ortaya koymak yönünden önemli olduğunu düşünmekle beraber, farklı kanallar aracılığıyla kritik edilmesi ve bu bağlamda objektifliğinin ve güvenilirliğinin artırılması gerektiği görüşündeyiz.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi uygulama hatası, bilimsel mütalaa, klinik birim, adli tıp

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE MEDICAL MALPRACTICE CASES OF WHICH FORENSIC REPORTS WERE DRAWN UP BY DOKUZ EYLÜL UNIVERSITY FORENSIC MEDICINE DEPARTMENT BETWEEN 2014 AND 2021

Dr. Çağdaş Savaş, Dokuz Eylül University, Faculty of Medicine, Department of Forensic Medicine, Izmir, Turkey

Introduction: The number of claims of illnesses, disability or death as a result of medical negligence is increasing steadily. This may be due to the increase in awareness and knowledge of the patients, or their relatives on the matter. Not only some policies, legal regulations, and the negative attitudes of the media are exacerbating factors, but thanks to the advancements in medicine and technology, it is now possible to perform more risky and complex medical procedures which were not very possible previously. To reduce the pressure on healthcare professionals and improve the quality of healthcare services, it is of great importance that the issue should be discussed in a multifaceted and detailed manner.

This study is aimed at discussing different approaches to medical malpractice cases and discussing various perspectives on them. By doing so, we hope to contribute to the scientific discussions with the available data and literature information on this subject and discuss the methods to be followed in the assessments of malpractice cases.

Materials and Methods: The cases referred to our department between 01.01.2014 and 31.12.2021 were reviewed retrospectively. Such cases were referred either due to the alleged medical malpractice by official authorities or through individual applications for medicolegal assessments. Demographic data, healthcare unit, clinical unit, subjects of the claim, reasons, whether the case resulted in death or not, the form of the application, comparison of our expert opinion with the other institutions and the final case verdict information were obtained. The data were evaluated by using the SPSS 26.0 program.

Findings: 92 cases were evaluated in total. It was demonstrated that 56.5% (52) of the cases were female, and the mean age was 39.36 ± 19.32 years. Additionally, it was revealed that the first institution that the patients sought treatment from and the most frequent subject of the allegations were private healthcare providers with a rate of %64.1. It was demonstrated that the most frequent clinical branch subject to allegations was surgery with 58.7%, and the most

frequent speciality subject to allegations was gynaecology and obstetrics with %17.4. A statistically significant correlation was found between whether the claim of medical malpractice resulted in death and the type of application made to us ($p<0.001$). Similarly, a statistically significant correlation was found between whether or not the claim of medical malpractice resulted in death and the clinical branch subject to the claims ($p=0.016$). When the nature of the medical malpractice claims was examined, it was indicated that the treatment errors were the chief among them with 56 cases. Among the causes of medical malpractice, treatment errors and lack of care and lack of attention were seen to be the largest group with 7 cases each.

Discussion and Conclusion: It was concluded that surgical specialities were the most common subject of medical malpractice claims in our study, similar to other studies in Turkey. Doctors choose such specialities as their career pathways less frequently than ever before because they perceive them as risky, in terms of malpractice possibility and potential consequences of it. It is necessary to reduce the malpractice fear and its negative effects on healthcare workers, by preventing disinformation in the media, optimizing working conditions and proper and prompt resolution of such cases. Therefore, although the expert witness procedure is important for revealing the existing deficiencies and the right/unjustified sides of the parties, we believe that it should be criticized through different channels and thus its objectivity and reliability should be increased.

Keywords: Medical malpractice, expert witness, clinical unit, forensic medicine

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Malpraktis; latince kökenden “male” ve “prakxis” kelimelerinin bir araya gelmesiyle oluşmuş, kötü, hatalı uygulama” anlamındadır (1). Medikal malpraktis diğer bir adıyla tıbbi uygulama hataları; Dünya Tabipler Birliği (DTB) tarafından 1992 yılındaki 44. genel kurulda “hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar” şeklinde tanımlanmıştır (2).

Tıbbi uygulama hataları hekim ve hekim dışı sağlık çalışanlarının; öneri ve/veya uygulamaları sonucu, hastalığın normal seyrinin dışına çıkması neticesinde; iyileşmesinin gecikmesinden hastanın ölümüne kadar geniş bir yelpazedeki koşulların tümünü kapsamaktadır (3).

Hekim ve hekim dışı sağlık personelinin kusurlu eylemleri sonucu ortaya çıkan hastalık, sakatlık veya ölüm olayları iddiaları, hasta ve hasta yakınlarının bu konudaki bilgi düzeyinin artması, çeşitli sağlık politikaları ve yasal düzenlemeler ile özellikle medyanın hekimlerin yeteneği, bilgisi, davranışı ve hastaya yaklaşımını sorgulayan olumsuz tutumları gibi durumlar nedeniyle gün geçtikçe artış göstermiştir. Bu tarz iddiaların artmasının bir diğer sebebi de artan tıbbi bilgi ve teknoloji sonucu hekimlerin geçmişte yapamadıkları bazı işlemleri yapabilmeleri ve bu ilerlemelerin bir takım riskleri de yanında getirmesidir (3,4).

Sağlık Hizmetleri Kalite ve Araştırma Kurumu Hasta Güvenliği Göstergeleri ile ilişkili 2004 tarihli raporunda 2000 ve 2002 yılları arasında Amerika'da yıllık ortalama 195.000 hastane ölümünün potansiyel olarak önlenabilir tıbbi hatalardan kaynaklandığını belirtilmektedir. 2010-2021 yılları arasında National Practitioner Data Bank (NPDB) tarafından yıllık ortalama 11.647 tıbbi uygulama hatası vakası rapor edilmiştir. Johns Hopkins Üniversitesi tarafından yapılan bir araştırmaya göre, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde her yıl 250.000'den fazla insan tıbbi hatalardan ve ihmalden öldüğü bildirilmiş ve bu durumun ABD'de üçüncü önde gelen ölüm nedeni olduğu savunulmuştur (5,6).

Amerika'da tıbbi uygulama hatasına maruz kalanların sadece %2'si tazminat talebinde bulunduğu ve daha azının da tazminat aldığı belirtilmektedir. Belçika'da yapılan bir çalışmada

ise yıllık tıbbi uygulama kapsamındaki şikayetlerin %20'sinin yargıya gittiği ve bunlarında %17'sinin de tazminatla sonuçlandığını belirtilmiştir (7,8).

Tıbbi uygulama hataları ile ilgili olarak ülkemizde genellikle resmi bilirkişilik kurumlarından Yüksek Sağlık Şurası'na (YSS), Adli Tıp Kurumu'na, üniversitelere ve meslek örgütü olarak Tabip Odalarına başvurular yapılmaktadır (9). 2010 yılında Anayasa Mahkemesinin kararı ile Yüksek Sağlık Şurası bu konudaki işlevini kısmen yitirmiştir (10). Bununla birlikte bilirkişilik kanunda yapılan değişiklikler Üniversitelerin bireysel başvuruları kabul etmesi ve "Uzman Mütaalası" düzenlemeye başlamaları neticesinde tıbbi uygulama hatalarına yönelik yapılan bilirkişilik incelemelerinde bu kurumları daha etkin bir hale getirmiştir.

Bu kurumların verileri kullanılarak yapılan çalışmalar incelendiğinde; dünya geneli ile kolere olarak ülkemizde de yıllar içerisinde olgu sayılarında ciddi artış gözlenmektedir (11-14).

Türkiye'de yapılan araştırmalarda, tıbbi uygulama hatası korkusunun hekimleri defansif tıp uygulamalarına yönlendirdiği ve bu kaygılarının giderilmediği sürece hekimlerin defansif tıp uygulamalarını gerçekleştirmeye devam etmelerinin kaçınılmaz olduğu belirtilmektedir (15-19). Ayrıca zaten mesleği nedeniyle ciddi stres altında olan hekimlere yöneltilen malpraktis iddialarının hekimlerin üzerinde depresyon ve tükenmişlik sendromu gibi ciddi olumsuz etkiler oluşturduğu düşünülmektedir (20). Tüm bu durumun bir sonucu olarak hekimlerin Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı (TUS)'nda malpraktis riskini göz önüne alarak tercih yapmaya başladıkları ve dava riski yüksek bulunan uzmanlık dallarından kaçındıkları belirtilmektedir (21,22).

Sağlık hizmetlerinin kaliteli bir biçimde yürütülmesinde hekim ve hekim dışı sağlık personelinin kilit taşı olarak görev aldığı ülkemiz sağlık sisteminde; sağlık personelinin çalışma koşullarının optimize edilmesi ve dolayısıyla sağlık hizmetlerinin kaliteli bir biçimde devamlılığı açısından konunun çok yönlü ve ayrıntılı olarak tartışılması ciddi önem arz etmektedir.

Bu tez çalışmasının amacı, tıbbi uygulama hatası iddiası ile resmi makamlarca ve bireysel başvuru yolu ile anabilim dalımız tarafından adli raporları düzenlenen olguları irdelemek, tıbbi uygulama hatası kapsamında farklı bakış açısı ve yaklaşımları tartışarak; bu tarz olguların değerlendirilmesinde tüm olgular genelinde ve her olgu özelinde standart

yaklaşımın belirlenmesine dikkat çekmek, mevcut veriler ve konuyla ilgili literatür bilgileri eşliğinde bilimsel tartışmalara katkıda bulunmak ve malpraktis olgularına yönelik yapılan değerlendirmelerde izlenecek yöntemlerin tartışılmasıdır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hekim

Hekim, tıp eğitimini bitiren pratisyen veya uzman olup, yazılı kurallar (sözleşme, bildirge, yönetmelik, uluslararası ve ulusal yasalar), mesleki deontolojik ve etik kurallar çerçevesinde insan sağlığıyla uğraşan ve hastalıkları tanımayı ve iyileştirmeyi kendine uğraş edinen, bir başka deyişle kendine hukuk düzenince tıbbi müdahalelerde bulunabilme ve tıp mesleğini icra etme, yetkisi tanınmış kişidir (23,24).

Türkiye’de hekimlik yapabilmenin ilk şartı tıp fakültelerinden birinden mezun olmaktır. Bunun yanında mesleğin icrası için diplomaların sağlık bakanlığı tarafından onaylanması şarttır. 2011 yılında çıkarılan bir Kanun Hükmünde Kararname ile hekimlerin “Türk” olması zorunluluğu ortadan kaldırılmış ve bu tarihten itibaren yabancı uyruklu hekimler diplomalarının denkliği bulunduğu, Sağlık Bakanlığından onay ve Çalışma Bakanlığından çalışma izni aldıkları sürece Türkiye’de hekimlik yapabilmektedir (25,26).

2.2. Hekim Dışı Diğer Sağlık Çalışanları

23.07.1965 tarih ve 12056 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 36. maddesinin 3. fıkrasında Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı *“Bu sınıf, sağlık hizmetlerinde (Hayvan sağlığı dahil) mesleki eğitim görerek yetişmiş olan tabip, diş tabibi, eczacı, veteriner hekim gibi memurlar ile bu hizmet sahasında çalışan yüksek öğrenim görmüş fizikoterapist, tıp teknolojü, ebe, hemşire, sağlık memuru, sosyal hizmetler mütehassısı, biyolog, psikolog, diyetçi, sağlık mühendisi, sağlık fizikçisi, sağlık idarecisi ile ebe ve hemşire, hemşire yardımcısı, (Fizik tedavi, laboratuvar, eczacı, diş anestezi, röntgen teknisyenleri ve yardımcıları, çevre sağlığı ve toplum sağlığı teknisyeni dahil) sağlık savaş memuru, hayvan sağlık memuru ve benzeri sağlık personeli kapsar”* (27) şeklinde tanımlanmaktadır.

Hekim dışı diğer sağlık çalışanları 657 sayılı Devlet Memurları Kanununda tanımlanmış, hekimler ile birlikte sağlık hizmetinin sunumuna katkı sağlayan, görevlerini almış oldukları eğitim ve kazanmış oldukları bilgi ve beceriler doğrultusunda, verimlilik ve kalite gereklerine uygun, ekip anlayışı içerisinde, multidisipliner yaklaşımla icra eden meslek gruplarını kapsamaktadır (28).

2.3. Hasta

Hasta, kaza, yaralanma ve hastalık dolayısıyla fizik veya ruh sağılığı bozulmuş, tedavi edilmesi gereken ve sağılık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kimseyi ifade etmektedir (29,30).

Hasta kelimesi Farsça kökenli bir kelime olup “yaralı, yorgun” anlamında “bir tedavi işlemine, bir cerrahi müdahaleye rıza göstermek suretiyle, söz konusu müdahalenin pasif tarafı olan kişi” şeklinde de tanımlanabilmektedir (31,32).

2.4. Tanım

Tıbbi uygulama hatası hastada bir zararla sonuçlanan, hatalı olduğu kabul edilen tıbbi uygulamalardır. Bu hatalı uygulamalar ihmal, bilgi ve beceri eksikliği gibi nedenlerle ortaya çıkabileceğı gibi, bakım standartlarında sapmayı da içermektedir (33).

Tıbbi uygulama hatasıyla ilgili Black Hukuk Sözlüğünde (Black’s Law Dictionary) yapılan bir diğer tanımlamada; “Bir meslek mensubunun mesleğini, toplumda mesleğin ortalama, basiretli ve saygın bir mensubunun her şart altında uygulaması gereken bilgi ve beceri ile uygulamaması sonucu hizmetten yararlanan kişiye bir zarar vermesi” şeklindedir (34).

Dünya Tabipler Birliğı (DTB) 1992 yılındaki 44. genel kurulunda tıbbi uygulama hatasını “hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar” şeklinde tanımlamıştır (2).

Türk Tabipler Birliğı Etik İlkeleri 13. maddesinde “Hekimlik kötü uygulamasını; bilgisizlik, deneyimsizlik veya ilgisizlik nedeni ile hastanın zarar görmesi” olarak tanımlamaktadır. Yine 2010 yılında Türk Tabipler Birliğı tarafından yayınlanan Tıbbi Uygulama Hataları Bildirgesi’nde “tıbbi uygulamadaki bilgi-beceri eksikliği ya da ihmal sonucu hizmet sunulan kişi sağılığında zarar” olarak da tanımlanmaktadır (35).

Amerikan Tıp Enstitüsü’nün tıbbi hata tanımı; “amaca ulaşmak için yanlış plan yapmak ya da planlanan bir aksiyonu istenilen şekilde tamamlayamamak, yan etki tanımı ise; sağılık hizmeti sırasında (medical management), altta yatan hastalığa veya hastanın içinde bulunduğu durumdan bağımsız olarak gelişen hasar” şeklindedir (36).

The Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations tıbbi uygulama hatasını tanımlarken hastanın zarar görmesini; sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması veya mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması koşuluna bağlamıştır (37).

17.07.2020 tarih ve 1162 sayı ile Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanlığına sunulan Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanunu Teklifi’nde; tıbbi kötü uygulama “Sağlık personelinin kasıt, kusur ve ihmali ile standart uygulamayı yapmaması, bilgi ve beceri eksikliği ile yanlış ya da eksik teşhiste bulunması ya da hastaya tedavi vermemesi ile oluşan ve zarar meydana getiren fiil ve durumlar” olarak tanımlanmıştır (38).

Tıbbi uygulama hatası terimi genel tanımı itibariyle sadece hekimleri kapsamamaktadır. Hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog, teknisyen ve diğer tüm sağlık çalışanlarının hastaya müdahaleleri veya diğer günlük mesleki uygulamaları sırasında, tıbbi standartların dışında hareket etmelerinden doğan zararlı sonucu da kapsamaktadır (39).

Tıbbi müdahalenin standartlara uygun olmaması durumunda; tıbbi uygulama hatasından bahsedilmektedir. Tıbbi uygulama hatasına yaklaşımda kilit nokta tıp standartlarına uygun davranmaktır. Burada tıbbi standarttan kasıt uygulanacak olan tıbbi tedavinin amacına ulaşabilmesi için; güncel tıp biliminin, teorik ve bilimsel bilgi birikim düzeyi doğrultusunda ve deneysel tıp alanında da kanıtlanıp benimsenmiş olan deneyimlere dayalı bir şekilde uygulanmasıdır (40).

Bununla birlikte en genel tanımıyla tıbbi uygulama hatası sağlık personelinin, öneri ve/veya uygulamaları sonucu, iyileşmesinin gecikmesinden ölüme kadar hastalığın normal seyrinin dışına çıktığı geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır (41).

2.5 Tarihçe

Hekimlerin eylemlerinden sorumlu olduğu fikri binlerce yıl öncesine dayanmaktadır. Kaydedilen en eski yasalardan Hammurabi Kanunlarında, tıbbi hataların yansımaları hakkında bölümler vardır. Kanun, hekim ameliyat sırasında zarar verecek bir hata yaparsa doktorun cezalandırılması gerektiğini söylemekte ve bu kapsamda “hekimin neşter ile tehlikeli bir yara açarak hastasını öldürmesi veya gözünü harap etmesi halinde iki elinin de kesileceği”

belirtmektedir. Burada hekimin sorumlu tutulmasında istenmeyen sonucun ortaya çıkması yeterli görülmektedir (42,43).

Hindistan'da Manu ve Zoroastra Kanunları, hekimin sorumluluğu ile ilgili daha geniş maddeler içermektedir. Manu kanunu bir hekim ve cerrahın mesleğini kötü ifa etmesi durumunda para cezası ile cezalandırılacağını belirtilmiştir. Zoroastre kanununa göre ise yetersiz olduğu çeşitli olaylarla ispatlanan hekimin, şayet mesleğini ifa ederse parçalanarak öldürüleceği belirtilmiştir. Hekimlerden oluşan bir jüri tarafından hekimin mesleğini kötü ifa edip etmediği veya sorumluluğunun olup olmadığı hususunda karar verilmekteydi. Jüri ancak hekimlerin kötü niyetli veya dikkatsiz olmaları halinde hekimi sorumlu tutmaktaydı. Tarihsel gelişim sürecinde ilk kez hekimin sorumluluğu kötü niyet veya dikkatsizlik gibi kavramlara dayandırılmıştır. Ayrıca bu kanunlar ilk bilirkişilik kuruluşunun da görülmesi açısından önemlidir (44, 45).

Mısır'da ise, tıp kurallarını içeren bir kitap meydana getirilmişti. Bu kitap "Canope" ve "Memphis" tarafından hazırlanmıştır. Her hasta iyileştikten sonra tapınaklarına giderek hastalığının belirtilerini ve tedavi yöntemlerini anlatmıştır. Bu kitaptaki kuralları uygulayan hekim hasta iyileşmese ve hatta ölse dahi sorumlu tutulmuyordu. Fakat kurallardan ayrılma halinde hasta ölür veya iyileşmez ise hekim sorumlu tutulur ve cezalandırılırdı. Burada ilk defa tıp kuralları yazılı hale getirilmiş ve bunlara uyma zorunluluğu konulmuştur (44, 45).

Hipokrat Andı, hekimlerin eski Yunanlılar zamanından beri uygulamalarında etik davranışlara yönelik ettikleri bir yemindir. Batı tıbbının babası olarak bilinen Hipokrat'a atfedilen yeminin yıllar içinde birden fazla versiyonu olmuştur, ancak hepsi "Zarar verme" ilkesi etrafında özetlenebilir. Birçok modern ülke, yemini hala tıp uygulamaları için bir geçiş ayini olarak görmektedir. Hipokrat tarafından kusur; hekimin tıp kurallarına uygun olmayan uygulamaları olarak tanımlanmıştır (42,46).

Roma hukukunda hekimin ihmal ve acemilikten doğan sorumluluğu ile ilgili kurallara ilk defa 12 Leva Kanunları Devrinde rastlanmaktadır. Lex Aquia; hekimin ihmali ve bilgisizliği sonucu esirin ölmesi veya yaralanması sonucunda uygulanan tazminat niteliğinde bir kanundu. Bu boyutuyla hekimin hukuki sorumluluğunu düzenlemekteydi. Ayrıca bu kanunda acemilik, ihmal, bilgisizlik gibi haller ilk defa ağır kusur olarak nitelendirilmiştir. Lex cornela De sicariis et veneficiis ise hekimin cezai sorumluluğunu düzenleyen kanundur. Bu kanun hekimin

mesleğini kasten yanlış uygulaması sonucu birinin ölümüne neden olması durumunda cezalandırılmasını öngörmektedir. Roma hukukunda bu iki kanun ile hekimin hukuki ve cezai sorumluluğunun birbirinden ayrıldığı görülmektedir (43,44).

Klise hukukuna göre hekimin görevi hastalarını dikkat ve fedakarlıkla tedavi etmektir. Hekim, bilgisizlik ve ihmalden dolayı insan hayatının değeri oranında sorumludur (43).

İslam hukukunda ise hekimin sorumlu tutulmasında iki şart aranır; birincisi hastanın rızasının yokluğu, diğeri ise tıbbın kabul etmediği ölçüde kusurluluktur (43).

Bildirilen en erken tıbbi uygulama hatası vakası, 1374'te kararlaştırılan Stratton vs. Swanlond davasıydı. Bir cerrah, bir kadının ezilmiş elini onarmaya çalıştı. Kadın, cerrahın kendisini iyileştirebileceğini söylediğini, ancak işlemden sonra hala deforme olduğunu iddia etti. Dava usul hatası nedeniyle reddedildi, ancak yargıç gelecekteki birçok dava için temel kurallar belirledi. Hakim, doktorların ihmalkar olduklarında sorumlu tutulabileceklerini, ancak uygun şekilde tedavi edilirse hastayı iyileştirmede için sorumlu olmayacaklarını söyledi (42).

Malpraktis kavramı İngiliz hukuk sisteminde profesyonel anlamda 18. yüzyılın başlarında yerini almıştır. 1768'de Sir William Blackstone bir yorumunda tıbbi uygulama hatalarını “hekimin, cerrahın ya da eczacının; ihmal ya da beceri eksikliği içeren davranışı sonucu, hastanın zarara uğrayarak hekime olan güveninin sarsılması” olarak tanımlamıştır (48).

ABD'nin ilk malpraktis davası 1794 yılında George Washington göreve başladıktan sadece dört yıl sonra bildirildi. Davacı, bir doktorun bir ameliyatı ustaca yapacağına söz verdiğini, ancak tam tersini yaptığını iddia etti. Bunun sonucunda davacının karısı öldü. Ancak kendisi davayı kazandı ve tazminat olarak 40 İngiliz Sterlini aldı (42).

1847'de Dr. Nathan S Davis'in 1845'te tıp eğitimi ve muayenesi ile ilgili yazışma komitesi başkanı olarak hazırladığı rapor sonrası Amerikan Tabipler Birliği kuruldu. Amerikan Tabipler Birliği şu anda Amerika Birleşik Devletleri'ndeki en büyük doktor ve tıp öğrencisi örgütüdür. Tıp eğitimi, öğretimi ve uygulaması için tek tıp standartların yanı sıra dünyanın ilk ulusal etik tıbbi uygulama kurallarını oluşturdular (42).

1835-1865 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde tıbbi uygulama hatası vakalarında büyük bir artış görüldü. Mahkemelerin büyük çoğunluğu, hastalar açısından mükemmel bir biçimde sonuçlanmayan kırık ve çıkıkları içeriyordu. Avukatlar, zamanın

yaygın bir uygulaması olan uzuvları kesmek yerine kurtarmaya çalışan birçok hekime rağmen doktorların uygun beceri, özen ve dikkati göstermediğini iddia etti (42).

İskoçya’da en eski malpraktis davasında 1900 yılında Dr. Murray parmak yaralanması olan bir hastaya erizipel tanısı koymuş ve tedavi başlamıştır. Ancak hastası ilerleyen süreçte tedavisinin takip edilmediği ve bu nedenle parmağının amputé edildiğini belirterek Dr. Murray’den şikayetçi olmuştur (48).

1970’lerin sonlarından itibaren ABD başta olmak üzere İngiltere ve Kanada gibi ülkelerde tıbbi uygulama hataları ve bunlara karşı yüksek tazminat cezaları gündeme gelmiştir. Mahkemeler, 1970’lerde ABD’de tıbbi uygulama hatası tazminatlarının standartlarını yayınlamaya başladı. Kaliforniya gibi bazı eyaletler, belirli türdeki zararların miktarını sınırlayan yasalar çıkardı. Aynı tarihlerde hasta hakları ile ilgili ilk çalışmalar başlamıştır (42,49).

1984 yılında, 18 yaşındaki Libby Zion, ABD’de New York’taki bir hastaneye kaldırıldı ve iki asistan tarafından tedavi edildi. Durumu gece boyunca kötüleşti ve öldü. Babası, doktorların aşırı çalıştığını ve ihmalkar olduklarını iddia ederek dava açtı ve davayı kazandı. 1989’da New York, doktorların çalışabileceği saat miktarını sınırlayan yasalar çıkardı ve bu ülke çapında reformlar için zemin hazırladı (42).

ABD’de 1980’li yıllarda milyonlarca dolarlık tazminat davaları açılmış ve cezalar verilmiştir. Buna rağmen hekimleri sigorta eden kuruluşların bunları karşıladığı görülmektedir. 1990’lı yıllarda bu yüksek tazminatlar ve suçlamaların bir sonucu olarak; hekimler çok sayıda, aşırı ayrıntılı ve çoğunlukla da gereksiz tetkikler yaptırmaya başlamışlardır (49).

ABD’de 2013 yılında yayınlanan bir araştırma her yıl yaklaşık 210.000 ila 440.000 kişinin önlenebilir tıbbi hatalar nedeniyle öldüğünü göstermiştir (48). Yine 2013 yılında ABD’de Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezinin (Centers for Disease Control and Prevention) yayınladığı raporunda tıbbi uygulama hatalarına bağlı ölümlerin kalp hastalıkları ve kanserden sonra tüm ölümler içinde 3. sıraya yükseldiği öne sürülmüştür (51).

Günümüzde ortalama olarak, doktorların sadece %6’sı tüm yanlış uygulama ödemelerinin yaklaşık %60’ından sorumludur. Ameliyat hataları, %34 ile yatan hasta vakalarından kaynaklanan tazminat taleplerinin önde gelen nedenidir. Son verilere göre,

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki tıbbi uygulama hatasının toplam maliyeti yaklaşık 55.6 milyar dolardır (42).

Son yıllarda ülkemizde de tıbbi uygulama hatası iddialarında önemli bir artış olduğu görülmektedir. Bu kapsamda resmi bilirkişilik kurumları olarak görev yapan YSS (Yüksek Sağlık Şurası), ATK (Adli Tıp Kurumu), üniversiteler; meslek örgütü olarak tabip odalarının verileri kullanılarak yapılan araştırmaları incelediğinde iddia sayılarının dünyadaki diğer ülkelere benzer şekilde ülkemizde de yıllar içerisinde önemli bir artış gösterdiği gözlenmektedir (11-14).

2.6 Dünya’da Tıbbi Uygulama Hataları

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)’nin 2006 yılında yayınlanan “Medical Malpractice: Prevention, Insurance and Coverage Options” isimli raporunda ABD’nin endüstrileşmiş ülkelere göre sağlığa kişi başına iki kat harcama yaptığı buna rağmen son yıllarda tıbbi uygulama hatası nedeniyle açılan dava sayısında ve istenen tazminat miktarlarında artış olduğu belirtilmektedir (52,53).

A.B.D’de tıbbi uygulama hataları hekimlerin ihtisas dalı seçmelerini bile etkileyecek düzeyde bir gündem oluşturan boyuttadır. Tıbbi uygulama hatası ve bunlara karşı yüksek tazminat cezaları 1970’lerin sonundan itibaren büyük bir ivme kazanmış ve gündeme oturmuştur. Bu ivmelenmenin bir neticesi olarak bu dönemde hekim grupları kendi kendilerini sigorta ettikleri bir fon uygulaması başlatmışlardır (54).

Bu sigorta kapsamında hekimler ve sağlık kuruluşları sigorta primi ödemekte ve bu sayede finanse edilen özel sigortacılık sistemleri aracılığı ile tıbbi müdahaleden doğan zararlar tazmin edilmektedir (52). A.B.D’de mesleki sorumluluk sigortasının zorunlu olduğu bildirilmektedir (55).

1969’da hastanelerle ilgili standartlar yeniden gözden geçirilmeye başlanmış ve bu çerçevede gizlilik, bilgilendirme, aydınlatılmış onam, hastaların eşit ve insancıl tedavi edilmeleri gibi konular ele alınmıştır. Amerikan Hastaneler Birliği tarafından 1972 yılında “Hasta Hakları Beyannamesi” yayınlanmıştır. Bu beyanname ulusal nitelikte olmasına rağmen hasta hakları ile ilgili olarak ilk yayınlanan belge olması nedeniyle önemlidir (54,56,57).

A.B.D’de 1997 yılında 44.000 kişinin önlenabilir tıbbi hatalar sonucu öldüğü, Institute of Medicine tarafından 1999 yılında yapılan “To Err Is Human” adlı araştırmada ise; hastanelerde meydana gelen hatalara bağlı ölümlerin sayısının yaklaşık 98.000 olduğu bildirilmiştir (58,59).

Health and Human Services başkanı tarafından yapılan bir açıklamada; 2010 yılında hastanelerde meydana gelen hatalara bağlı ölüm olgularının sayısı 180.000 olarak açıklanmıştır (54).

Journal of Patient dergisinin 2014 sayısında yer alan bir yazıda ise; bu rakamın 210.000-440.000 arasında olduğu bildirilmiştir. Bu tıbbi uygulama hatalarını kalp hastalıkları ve kanser sonrası 3. en sık ölüm nedeni yapmaktadır (60).

Bu kapsamda A.B.D’de yapılan bir çalışmada tıbbi uygulama hatası riski en yüksek uzmanlık dalları Dahiliye, Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Genel Cerrahi olarak bildirilmiştir (61).

İngiltere’de Ulusal Sağlık Hizmetleri (National Health Service, NHS)’nde 1990’ların başında reformlara gidilmiş ve hasta hakları ile ilgili çalışmalar başlatılmıştır (62). Bu kapsamda NHS hastanelerinin ve sağlık hizmetleri ile uğraşan uzmanların denetim faaliyetlerine ilişkin; denetleme komitesi ve denetleme programı oluşturulmuştur. Denetleme komitesi faaliyetleri denetleyip; yönetim kuruluna rapor halinde sunarken; program dahilinde denetleme faaliyetlerinin koordinasyonu ve izlenmesi sağlanmaktadır (54).

Brighton şehrinde 1990-1992 yılları arasında tıbbi hata ya da istenmeyen sonuçlar doğuran olgular üzerine 12 uzmanlık dalından hastaneye başvuran 15.000 hastanın bilgileri taranmıştır. Çalışmanın sonuçlarına bakıldığında; yüzde %21’lik bir oranın göz ardı edilebilir olduğu, %11’nin ise hastanın sağlığı üzerine büyük etki yaptığı bildirilmiştir. Ayrıca İngiltere’de tıbbi hataların diğer ülkelerle kıyaslandığında büyük oranda çoğunluğunun yasal işleme tabii tutulmadığı sonucuna varılmıştır (54).

Diğer ülkelerde açılan dava ve talep edilen tazminat miktarlarında ciddi artışlar yaşanırken, İngiltere’de bu konunun maliyeti düşük ölçülerde kalmıştır. Ancak 1980’lerde tıbbi uygulama hatasına ilişkin dava sayısının artması ve istenen tazminat miktarının yükselmesi

sonucu 1990'lı yıllarda NHS kurumları bünyelerinde çalışan doktorların faaliyetlerinden doğan her türlü sorumluluğu üstlenme kararı almış ve bu tarihten itibaren İngiltere'de tıbbi hatalardan doğan zararların finansmanı sağlık kurumlarının katkıları ve kamusal fonlardan finanse edilmiştir (54, 55).

İngiltere'de NHS Litigation Authority raporunda tıbbi hata iddia sayısının yıllar içerisinde artış gösterdiği ve iddialara konu olan ilk üç uzmanlık dalının ise Ortopedi ve Travmatoloji, Acil Tıp ve Genel Cerrahi olduğu bildirilmiştir (4).

Hollanda' da sağlık sistemi istikrarlı ve oldukça etkin olmasına rağmen, sağlık personelinin yeni gelişmelere duyarsız ve yeni talepleri karşılamak konusunda yavaş kaldığı bildirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesi girişimlerinde hata kontrolü ve önlenmesi şaşırtıcı olarak çok önemli bir bölümü oluşturmaktadır. Zayıf iletişim ve hastanın ihtiyaçlarına yönelik yetersiz yaklaşımlar şikayetlerin ana başlığını oluşturmaktadır. Bu sonuçlardan yola çıkarak 1997 yılında Hollanda Cerrahi Cemiyeti ülke genelinde cerrahi şikayetlerin bildirileceği bir kayıt sistemi oluşturmuştur (54).

Tıpta uygulama hatalarını cezalandıracak iki dış denetleme sistemi vardır. Bunlardan biri medeni hukuk sistemi diğer ise bir atanmış hekim ve iki hukukçudan oluşan tıbbi kuruldur. Şikayetlerin büyük çoğunluğu, disiplin cezaları ile sonuçlanabilen tıbbi kurul kararları aracılığıyla neticelendirilir. Şikayetler kurul sekreteri aracılığıyla hastalar, yakınları ve sağlık müfettişleri vasıtasıyla yapılabilmektedir. 1998 yılından itibaren sağlık memuru ve hemşirelerde kurul denetimine tabi olmuşlardır (54).

Hollanda'da tıbbi kurullara disipliner eylemlerle ilgili olarak şikayetlerin yıllar içerisinde arttığı ve şikayet edilenlerin büyük çoğunluğunun hekimler olduğu bildirilmiştir. Buna rağmen şikayetlerin yalnızca %20'sinin bir ceza ile sonuçlandığı görülmektedir (54).

İsveç'te Lund Üniversitesi'ndeki araştırmacılar tarafından 285 defa hastaneye başvuran, 273 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir. Araştırmada hataların ve istenmeyen olayların diğer gelişmiş ülkelerle aynı oranlarda olduğu ve en yaygın olarak da tedavi hatalarının görüldüğü bildirilmiştir (63).

Ulusal Sağlık ve Refah Kurulu tüm sağlık hizmetlerinin denetim mekanizmasıdır. 6 bölgesel ofisi vardır. Düzenli olarak rehberler, tavsiyeler ve diğer bilgileri yayınlar, şikayet bildirilerinin analizi sonucu uygun durumlarda karar için Tıbbi Sorumluluk Kurulu'na gönderir (54).

İsveç'te "Hasta Tazminat Sigortası" gibi mevcut sistemler tıbbi hatalar için kişisel sorumluluğun büyük ölçüde ortadan kaldırılmasını sağlamıştır. Bu sistemde İngiltere'de olduğu gibi tıbbi hatalardan doğan zararların finansmanı sağlık kurumlarının katkıları ve kamusal fonlardan sağlanmaktadır (54,55).

Almanya'da tıbbi uygulama hataları diğer Avrupa ülkelerinde olduğu gibi son yıllarda artış göstermiştir. Buna bağlı olarak bu konudaki çalışmalar artmıştır. Üniversitelerin hukuk ve tıp mensuplarına yönelik yüksek lisans programları ve sağlık hukuku merkezlerinin sayısındaki artış bu ilginin önemli bir göstergesidir (54).

1970'lerde Almanya'da Gutachterkommissionen (danışma kurulu) Schlichtungsstellen (bilirkişi kurulu) olmak üzere iki kurul oluşturulmuştur. Bu kurullar tıbbi uygulama hataları olgularının kısa sürede değerlendirilerek çabuk sonuç alınmasını sağlarlar. Gutachterkommissionen (danışma kurulu) hekim ve hastayı bilgilendirmek ve dava konusunda bilgi vermek amacıyla hekimin davranışını değerlendirir. Schlichtungsstellen (bilirkişi kurulu) ise görüşmeleri tamamlamak amacıyla hata saptanmış olgularda direk olarak sigortaya bildirim yapmaktadır (54).

1990 ve 2000 yılları arasında Almanya'nın Bonn Üniversitesi'nde Adli Tıp Enstitüsünün yaptığı bir çalışmada 17 ayrı merkezde otopsi yapılan ve tıbbi uygulama hatası şüphesi bulunan toplam 4450 olgu değerlendirilmiştir. Bu araştırma neticesinde ilk sıralarda cerrahi branşlar ve dahiliyenin yer aldığı bildirilmiştir (64).

Daha yakın tarihlerde yapılan çalışmalarda da tüm dünyada olduğu gibi Almanya'da da cerrahi branşlar en çok şikayetin yapıldığı branşlardır. Cerrahi branşları dahiliye izlemektedir (54).

Tıbbi uygulama hatası ile ilgili çalışmalar İspanya'da ancak son 25 yılda ortaya çıkmıştır. Barselona Tabipler Birliği doktorların hakları ve davaların takibi ile ilgili olan

kuruluş olup toplam 20.000 üyesi bulunmaktadır. Tıbbi uygulama hatası ile ilgili şikayetler ilk aşamada bu birliğe ulaştırılmaktadır. Ülkedeki her 100 hekimden birine yönelik tıbbi uygulama hatası iddiası bildirilmiştir (54).

İtalya’da tıbbi uygulama hataları 1980’lerin sonuna kadar gündeme gelmemiştir. Ancak olgu sayısında birdenbire patlama yaşanmıştır. 1986’daki olgu sayısının 1985 yılına göre %50, 1987’deki olgu sayısının ise 1986 yılına göre %90 oranında artış gösterdiği bildirilmiştir. Bu da ödenen tazminat miktarlarına yansımıştır (65).

İtalya’da hasta hastaneye gelip tedavi almaya başladığı andan itibaren bir başka söyleyişle doktorla yüz yüze kaldığı andan itibaren doktorla arasında bir anlaşmanın var olduğu kabul edilir. Buna sosyal sözleşme denir ve otomatikman yapıldığı kabul edilir. Yani herhangi bir başka sözleşme yapılması gerekmemektedir. Bu yüzden İtalya’da bir doktor 10 yıl geçse dahi tıbbi uygulama hatasına bağlı olarak şikayet edilebilir ve masumiyetini kanıtlama yükümlülüğü doktorun kendisine aittir. Ayrıca dünyada doktorların tıbbi uygulama hatasına bağlı mahkemeye verilmesi konusunda 10.000 vaka ile İtalya, ilk sıradadır (54).

1996-2000 yılları arasında yapılan bir çalışmada hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan hekimler uzmanlık dallarına göre değerlendirildiğinde ortopedi-travmatoloji birinci, kadın doğum ise ikinci sırada bulunmuştur, 1991-2000 yılları arasında 364 olgunun incelendiği bir çalışmada ise Kadın Hastalıkları ve Doğum, Genel Cerrahi ve Acil Tıp branşlarının ilk üç sırada yer aldığı bildirilmiştir (54,66).

Çin, dünyanın en kalabalık nüfusuna sahiptir. Bu sebeple tıp hizmetlerinin insanlara ulaştırılmasında kısıtlılık ve yetersizlik problemleri yaşamaktadır. 2000 yılında Çin’de bir sağlık reformu gerçekleştirilmiş ve sağlık bütçesi 3 katına çıkarılmıştır. Buna rağmen her geçen gün tıbbi uygulama hatası ile ilgili şikayetlerin arttığı ve yapılan reformların yetersiz kaldığı görülmektedir (54).

Çin’de dikkati çeken en önemli konu, doktorların diğer gelişmiş ülkelerdeki gibi çok stresli ve zor bir görev yapmalarına karşın çok kötü koşullarda ve çok az maaşla çalışmalarınıdır. Bu durum her geçen gün tıp mesleğini seçenlerin sayısının azalmasına neden olmaktadır. Bu nedenle tıbbi uygulama hatalarında ceza konusundaki sınırlamalarla bu sayının daha da

azalmaması yönünde adımlar atılmış ve bu amaçla şimdilerde uygulamada tıbbi uygulama hatalarına bağlı 3 yıldan fazla ceza verilemeyeceği karara bağlanmıştır (33,54).

Çin’de 1998-2011 yılları arasında yapılan bir araştırmada toplam 1086 tıbbi uygulama hatası davasının verileri incelenmiştir. Bu araştırmanın sonuçlarına göre dava sayısının yıllar içerisinde artış gösterdiği, davaya konu olan ilk üç uzmanlık dalının ise Kadın Hastalıkları ve Doğum, Ortopedi ve Travmatoloji ile Genel Cerrahi olduğu tespit edilmiştir (67). Çin’de yapılan pek çok diğer araştırmada da benzer olarak ilk sıralarda Kadın Hastalıkları ve Doğum, Ortopedi ve Travmatoloji ile Genel Cerrahi branşlarının olduğu bildirilmiştir (68-73).

Japonya’da bir hekimle ilgili şikayet olduğunda hekim Japon Tıp Birliği (Japan Medical Association, JMA) üyesi ise iki seçeneğe sahiptir. Bu seçeneklerden ilki JMA tarafından karar verilmesi ikincisi ise dava açılmasıdır. Hastalar JMA’nın çözümünden tatmin olmazsa yine dava açabilmektedirler. JMA’ya başvurulması halinde öncelikle iddiaları inceleme komitesi söz konusu iddiaları inceler ve sorumluluğun tespiti amacıyla tüm dokümanları sorumluluk saptama konseyine yollar. Konseyde dört hukuk altı tıp uzmanı yer alır. Bu sistemin yararı JMA’ya taşınan iddiaların sadece %8’inin mahkemeye gitmesi diğerlerinde ise mahkeme olmadan uzlaşma sağlanmasıdır (74).

Resmi verilere göre Japonya’da 2002 Mart-2003 Mart tarihleri arasında tıbbi hatadan dolayı 900 dava açıldığı bildirilmiştir (75).

Japonya’da 1979-2008 yılları arasında toplam 366 tıbbi uygulama hatasının incelendiği bir araştırmada; 1979-1989 yılları arasında verilen kararların %34’nde hekimin sorumlu bulunmuşken, 2000-2008 yılları arasında bu oranın %78’e yükseldiği görülmüştür (76).

Yapılan bir başka araştırmada ise Japan Surgical Society (Japon Cerrahi Derneği) tarafından 2011 yılında yapılan bir çalışma referans gösterilmiş ve yüksek dava edilme riskinin bir sonucu olarak; az sayıda hekimin uzmanlık için cerrahi branşları seçtiği ve son yirmi yılda Japonya’da cerrah sayısının azaldığı bildirilmiştir (77).

2.7 Türkiye’de Tıbbi Uygulama Hataları

Hastane yatışlarında tıbbi malpraktis nedenli ölüm oranlarının dış kaynaklı çalışmalarda %0,2 ile %0,5 arasında değiştiği belirtilmektedir. Ancak bu oranın %1 olarak bulunduğu

yayınlarında bulunmaktadır. 2008 yılında bu konuyla ilgili ülkemizde yapılan bir çalışmada o yıl için yaklaşık 20.000 ile 100.000 kişinin tıbbi malpraktis nedeniyle öldüğü varsayılmıştır. Rakamlar kesin tutarlı olmamakla birlikte en düşük sonuca göre bile günde yaklaşık 50 kişinin tıbbi malpraktis nedeniyle öldüğü varsayılmaktadır (78).

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de tıbbi uygulama hatası iddiaları gün geçtikçe artmaktadır. Bu konu ile ilgili ülkemizde resmi bilirkişilik görevi yapan YSS, ATK, üniversiteler ve tabip odalarının verilerinin incelendiği çalışmalarda olgu sayılarının yıllar içerisinde önemli bir artış gösterdiği görülmektedir (12-14,79).

Tıbbi malpraktis iddiası içeren ve bilirkişilik sıfatıyla ATK’ye gönderilen dosya sayılarının 2004 yılında 295 olduğu, bu rakamın 2005 yılında 620’ye yükseldiği, 2013 yılında ise 5 katlık bir artışla 3006’ya ulaştığı bildirilmiştir (80).

Algan’ın tez çalışmasına göre; 2006-2010 yılları arasında ATK 1. ve 3. İhtisas Kurullarına ait tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan ve otopsiyi İstanbul Morg İhtisas Dairesinde yapılan 306 olgunun dosyası retrospektif olarak incelenmesi sonucunda hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan hekimlerin klinik birimlere göre dağılımında Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının ilk sırada yer aldığı, 2. ve 3. sırada ise Kadın Hastalıkları ve Doğum ile Genel Cerrahi branşlarının bulunduğu bildirilmiştir. Ayrıca incelenen dosyalardan 81 olguda tıbbi uygulama hatasının varlığı yönünde karar verildiği görülmüştür (81).

Ülkemizde, 1973-2007 yılları arasında yargı kararlarına yansıyan tıbbi malpraktis dosyaları ile ilgili olarak yapılan bir çalışmanın sonuçları incelendiğinde ise; 1. sırada Kadın Hastalıkları ve Doğum, 2. sırada Genel Cerrahi, 3. ve 4. sırada ise Anesteziyoloji ve Reanimasyon ile Ortopedi ve Travmatoloji olduğu görülmektedir (82).

Ülkemizde tıbbi uygulama hatası iddiası ile ilgili yapılan çok sayıda araştırmada iddialara konu olan uzmanlık dalları incelendiğinde ilk sıralarda Kadın Hastalıkları ve Doğum branşının yer aldığı görülmektedir (11, 83-88).

Bununla birlikte tıbbi uygulama hataları medyada da giderek artan oranda gündeme gelmektedir (87,88). Ertem ve arkadaşları 18 gazetenin 2000-2007 yılları arasında arşivlerini internet aracılığıyla “hatalı tıbbi uygulama, doktor hatası, hemşire hatası, yanlış tedavi, hatalı ilaç uygulamaları, hatalı ameliyat” anahtar kelimelerini girerek incelemişlerdir. Bu inceleme

sonucunda haber sayısının yıllar içerisinde arttığı ve haberlere en fazla konu olan uzmanlık dalının ise Kadın Hastalıkları ve Doğum olduğu tespit edilmiştir (90).

Tıbbi uygulama hatalarındaki artış hekimlerin TUS tercihlerine yansımaları ile ilgili yapılan bir çalışmada; 2007 Nisan-2013 Nisan arasında düzenlenen 13 adet TUS ile ilgili veriler incelenmiş ve bu inceleme sonucunda; tıbbi biyokimya ve tıbbi mikrobiyoloji gibi branşların TUS taban puanlarında yükselme olurken, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Genel Cerrahi ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları branşlarının taban puanlarında belirgin düşüşler olduğu bildirilmiştir (91).

Bu yönde yapılan bir başka çalışmada; Acil Tıp, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Genel Cerrahi, Göğüs Cerrahisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kalp-Damar Cerrahisi, Ortopedi ve Travmatoloji, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi gibi Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası kapsamında en yüksek riskli grup olarak bildirilen uzmanlık dallarının TUS taban puanlarının, 2009- 2013 yılları arasında anlamlı derecede düştüğü saptanmıştır (92).

Tıbbi uygulama hatası iddialarındaki artışın bir diğer etkisi de defansif tıp uygulamalarının yaygınlaşmasıdır. Yapılan pek çok araştırma Türkiye’de tıbbi uygulama hatası iddialarındaki artış nedeniyle hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yöneldiğini göstermektedir (93-96).

Tıbbi uygulama hatalarının nedenlerine yönelik olarak Top ve arkadaşlarının 2008 yılında 236 hekimin katılımıyla gerçekleştirdiği bir çalışmada; katılımcılar, az zamanda çok sayıda hasta bakmak, bitkinlik, yorgunluk, motivasyon eksikliğini tıbbi hata nedenleri olarak ifade etmiş, ayrıca hekimler kendi öz eleştirilerini de yaparak, tıp alanı ve branş alanındaki bilgi düzeyi eksikliğini de tıbbi hata nedeni olduğunu belirtmiştir (97).

Dedeoğlu tarafından 2012 yılında 255 hekimin katılımıyla gerçekleştirilen bir diğer çalışmada ise; hekimler, tıbbi hataların en temel sebebi olarak bakım verilen hasta sayısının fazla olmasını ifade etmişlerdir. Bununla birlikte tıbbi hatanın temel nedenleri arasında sağlık sistemini göstermişler ve tıbbi hataların meydana gelmesi durumunda sağlık hizmetlerinin kalitesinin olumsuz olarak etkileneceğini belirtmişlerdir (98).

2.8 Tıbbi Uygulama Hatası-Komplikasyon Ayrımı

Hekimlik, riskli bir meslek grubudur. Hiçbir tıbbi müdahalenin kesin olarak başarıya ulaşacağını söylemek mümkün değildir. Uygulanan her tıbbi müdahalenin kendine özgü riskleri mevcuttur. Sağlık çalışanının bir kusuru olmasa bile hastaya yapılan tedavi, cerrahi girişim veya ilaç kullanımı sonucunda zarar oluşabilir. Dolayısıyla oluşabilecek her kötü sonuçtan hekimin ya da diğer sağlık çalışanlarının sorumlu tutulması beklenemez. Hekimin ya da sağlık çalışanının sorumluluğundan bahsedebilmek için ilk aşamada 4 şartın sağlanması gerekmektedir. Bunlar uygulamanın hukuka aykırı olması, uygulamada bir kusur bulunması, uygulama sonucunda hastada zararın meydana gelmesi ve oluşan zarar ile kusurlu eylem arasında nedensellik bağı bulunmasıdır (99).

Kusurun belirlenmesi açısından ikinci aşama ise meydana gelen zararın komplikasyon mu yoksa tıbbi uygulama hatası mı olduğu ayrımının yapılmasıdır.

Komplikasyon Fransızca kökenli bir kelime olup; “karmaşıklık” anlamına gelmektedir (100).

Komplikasyon genel olarak bir hastalığın seyri veya tedavisi esnasında ortaya çıkan ikinci bir hastalık veya bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Komplikasyonlar öngörülebilir-önlenebilir, öngörülebilir-önlenebilir ve öngörülemez-önlenebilir süreçler sonucunda ortaya çıkmaktadır.

Her türlü tedbirin alınmasına rağmen ortaya çıkmasından kaçınılamayan zarar ya da tıbbi müdahale sonucu ortaya çıkan öngörülebilir-önlenebilir veya öngörülemez-önlenebilir komplikasyonlar tıbbi uygulama hatası olarak tanımlanmamaktadır.

Hukuk açısından da yukarıdaki tanımlama çerçevesinde öngörülebilir-önlenebilir veya öngörülemez-önlenebilir komplikasyon durumları makul karşılanarak “kabul edilebilir risk” kavramı içerisinde değerlendirilir ve tıbbi uygulama hatası olarak kabul edilmez. Ancak buradaki püf nokta hekim ya da sağlık çalışanının yapılacak tedavi ve girişimler konusunda bilgi verirken, hastayı oluşabilecek komplikasyonlar hakkında bilgilendirmesi ve aydınlatılmış onamın içinde oluşabilecek komplikasyonların yer almasıdır (101).

Burada unutulmaması gereken bir diğer nokta da kusurlu bir davranış halinde hastadan alınan aydınlatılmış onamın sağlık personeli koruyucu nitelikte olmayacağıdır. Tıbbi

uygulama hatasından söz edebilmek için sağlık personelinin bir kusurlu davranışının söz konusu olması gerekmektedir. Dolayısıyla kusurlu bir davranış halinde hastadan alınan aydınlatılmış onam sağlık personelini koruyucu nitelikte olmayacaktır. Aydınlatılmış onamın fonksiyonu yapılan kusursuz bir işleml hukuka uygun kılmaktır. Kusurlu bir işlem karşısında hastanın hukuksal haklarını sınırlamaz ya da ortadan kaldırmaz (41).

Burada değinilmesi gereken bir diğler husus da “komplikasyon yönetimi” kavramıdır. Tıbbi uygulama öncesinde hasta bilgilendirilip olabilecek komplikasyonlar onama yazılsa dahi; eğer söz konusu komplikasyon hekim tarafından zamanında fark edilmez, fark edilmesine karşın gerekli önlemler alınmaz ve fark edilip önlem alınmasına rağmen yerleşmiş standart tıbbi girişimde bulunulmazsa, tıbbi uygulama hatası söz konusu olur (102,103,104). Yani öngörülebilir ve önlenilecek olan bir komplikasyonun ortaya çıkması durumunda da tıbbi uygulama hatası söz konusu olmaktadır.

2.9 Tıbbi Bakım Standardı

Aynı ortam koşullarında, aynı yetkinlik düzeyinde bir hekimin göstermesi gereken özen, ‘bakım standardı’ olarak tanımlanmaktadır (106). Bu standartların belirlenmesinde tıp biliminin günümüzde ulaştığı teknik ve bilimsel düzey, uygulamayı yapanın eğitim düzeyi ve uygulamanın yapıldığı ortamın koşulları dikkate alınmalıdır. Bu bağlamda yapılacak olan değerlendirmelerde uygulamanın acil şartlarda mı yoksa elektif şartlarda mı yapıldığı, uygulamanın yapıldığı yerin donanım olarak uygun olup olmadığı, ortam koşulları ve uygulamayı yapan kişinin etkinlik düzeyi gibi sorulara cevap aramak gerekmektedir (12).

2.10. Tıbbi Uygulama Hatalarının Nedenleri

Tıbbi bakım ve hasta tedavisinin bir ekip işi olduğu göz önüne alındığında; tıbbi malpraktis temelde insan faktörü (bilgisizlik, eğitim veya tecrübe eksikliği, görev ihmali, özen eksikliği, fiziksel yorgunluk, tanı ve tedavi hataları, eksik aydınlatılmış onam, kayıt tutmada eksiklik veya yetersizlik, iletişim eksikliği vb.) ve çevresel faktörlerin (hastane/ameliyathanenin fiziksel koşulları, tıbbi cihazların çalışma durumları, görsel ve yazılı basın vb.) ortak etkisine bağlı meydana gelmektedir (41, 49,106).

2.10.1. Hekimler ve/veya sağlık personeli ile ilgili faktörler

2.10.1.1. Tanı Hataları

Tıbbi uygulama hatalarının ortaya çıktığı ilk aşama tanı aşamasıdır. Çünkü hastayla karşı karşıya geldiğinde hekimden ilk beklenen şey hastasına doğru tanı koymasındır.

Tanı hataları “tanı koyma sürecinin gecikmesi, bilimsel olmayan, güncelliğini yitirmiş, eksik yöntemlerle hatalı tanı konulması veya tanı konulamaması, tanıya yönelik testin uygulanmasında yapılan hatalar sonucu hastaya zarar verilmesini” kapsamaktadır (107).

Almanya’da yapılan çalışmalarda tıbbi uygulama hataları kapsamındaki olguların meydana gelme sıklığının şu şekilde olduğu görülmektedir; yanlış teşhis, tıbbi tedavide hata yapılması, operasyon sonrası meydana gelen komplikasyonların fark edilmemesi, hatalı reçete yazılması (54).

Yine Rorat ve ark. 2004-2013 yılları arasında medikolegal görüş verilen 66 tıbbi uygulama hatası dosyasını retrospektif olarak incelemişler ve bu inceleme sonucunda 55 olguda tıbbi uygulama hatası saptandığını, tıbbi uygulama hatası saptanan olgulardan 50’sinde (%90,9) ise tanı hatası bulunduğunu tespit etmişlerdir (108).

2.10.1.2. Tedavi Hataları

Tıbbi uygulama hatalarının ortaya çıktığı ikinci aşama tedavi aşamasıdır. Bu kapsamda yer alan örnekler; ilaç uygulama hataları (kullanım metodunda, dozunda ve seçiminde hata), tedavinin geciktirilmesi, yanlış tedavi seçimi, ameliyat ya da işlemin uygulanmasında hatalar, gereksiz veya uygun olmayan tedaviler, postoperatif takibin uygunsuz ya da yetersiz yapılmasıdır (107,109).

Leape ve arkadaşları profilaktik tedavinin sağlanmaması, yetersiz izlem ve uygulanan tedavinin takip edilmemesi gibi konuları da bu başlık altında incelenmişlerdir (110).

Hekim, hastasının onamını almak kaydıyla; hastasına hangi tedaviyi seçeceği konusunda özgürdür. Hasta seçilen tedavi yöntemi hakkında yeterince aydınlatılmalıdır. Özellikle seçilen tedavi yönteminin yüksek risk içerdiği durumlarda bunun sebeplerinin hastaya iyice anlatılması ve hastanın rızasının alınması çok önemlidir çünkü aksi takdirde bu riskli

tedavi yöntemi uygulama esnasında ortaya çıkan komplikasyonlar sebebi ile de hekimin sorumluluğu söz konusu olabilmektedir (41).

Literatürde üzerinde sıkça durulan tedavi hataları ise ilaç hataları ve hastane enfeksiyonlarıdır. (111-113).

2.10.1.3. Aydınlatılmış Onam

Normalde hastanın hekime başvurduğu andan itibaren muayene olmak ve anamnez vermek için onam verdiği kabul edilmektedir. İnvazif olmayan tetkik ve tedaviler için bu onam yeterli olsa da invaziv işlemler için bu onam yeterli olmayacak ve dolayısıyla yazılı onam alınması gerekecektir (23,41).

Aydınlatılmış onam; tarihsel süreçte başlarda bir öğretiden ibaret iken zamanla uyulması zorunlu hale gelen bir kavramı ifade etmektedir. Buradaki temel görüş bireyin kendi bedenine yapılacak olan her türlü tıbbi uygulamayı bilmesi ve belirleme hakkına sahip olmasıdır. Günümüzde bu kavram kişinin hastalık anında da kişilik haklarını koruyabilmek için bu konuda düzenlenmiş yasalarla güvence altına alınmıştır (114). Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 18.maddesine göre aydınlatma yükümlülüğü, hekimdedir (115).

Bilginin hastaya açıklanması, bilginin hasta tarafından anlaşılması, onamın gönüllü olması, hastanın onam vermeye yeterli olması, anladığının bilgilendirmeyi yapan tarafından denetlenmesi ve yetkilendirmesi; aydınlatılmış onamın temel bileşenlerini oluşturmaktadır (116).

Aydınlatılmış onamla ilgili uluslararası düzenlemeler; Lizbon Bildirgesi, 1981, Amsterdam Bildirgesi, 1994, Bali Bildirgesi, 1995, Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi, 1997, Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Sözleşmesi, 2002. Aydınlatılmış onamla ilgili ulusal düzenlemeler; Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun,1928, Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998, Aydınlatılmış Onam Kılavuzu, 2013, Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, 1999.

2.10.1.3.1. Hekimin Aydınlatma Yükümlülüğünün Türleri

Müdahale Aydınlatması: Herhangi bir müdahale öncesinde hasta, hastalığının ne olduğunu ve buna karşı nelerin yapılabileceğini anlamalı ve bilmelidir. Bu noktada hasta

kendi kararının ve rızasının oluşmasına yönelik olan bütün bilgilere sahip olmalıdır. Bu bilgilendirme hekimin yükümlülüğündedir (117).

Teşhis Aydınlatması: Hastayla karşı karşıya geldiğinde hekimden ilk beklenen şey hastasına bir teşhis koymasındır. Çünkü hekimin tedaviye başlayabilmek için yapması gereken ilk şey budur. Hekim koyduğu tanıyı hatasına açıklamak ve hastasını aydınlatmak mecburiyetindedir (118).

Süreç Aydınlatması: Bu aydınlatma tipi teşhis sonrası tedavide izlenecek yol ve çözümleri kapsar. Bu kapsamda doktor hastasına uygulayacağı tedaviyi, seçtiği tedavi yöntemini neden seçtiğini ve ne sebeple önerdiğini; uygulanabilecek başka alternatif tedavi yöntemleri varsa bunların ne olduğunu açıklamalıdır (119,120).

Riziko Aydınlatması: Hekim başta cerrahi müdahaleler olmak üzere, her türlü tıbbi müdahalede hastasını tıp bilimindeki bilimsel ve teknik gelişmeler ve kendi tecrübeleri doğrultusunda, tedavinin riskleri ve yan etkilerinin ne olduğu konusunda aydınlatmalıdır (119).

Burada hekim ilk aşamada uzuv veya can kaybı riski üzerinde durmalıdır. Bununla birlikte diğer komplikasyonları da hastaya açıklamalıdır (121).

Hekimden esasen beklenen müdahalenin zorunluluğu, ivediliği ve tedavinin başarı şansını hastasına anlatması; bunun yanında hastanın yaşamını sürdürmesini etkileyebilecek risklerin ağırlığını da belirtilmesidir (122). Hekim olası riskleri anlatırken matematiksek ve istatistiksel verilerden yararlanabileceği gibi; istatistiksel verileri kullanmak zorunda değildir. Bunun yerine örneğin küçük riskleri “az görülür” veya “nadiren” şeklinde nitelendirebilir (123,124).

2.10.1.4. Hastanın Rızasını Alma Yükümlülüğü

Her hasta kendisine uygulanacak her türlü tıbbi müdahaleye rıza gösterip göstermeme hakkına sahiptir (125). Anayasa’nın 17. Maddesinde; “*Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz.*” ve *Hasta Hakları Yönetmeliği*’nin 24.maddesinde; “*Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir*” ibareleri yer almaktadır (115, 126).

Burada unutulmaması gereken nokta rıza kavramının hukuki bir işlem olduğudur. Bu sebeple ancak rıza gösterme ehliyeti olan kişiler, bir başka deyişle tedavi ve müdahaleleri, tıbbi fiilleri anlayabilecek ve değerlendirebilecek düzeyde olan kişiler bu işlemi gerçekleştirebilirler (43,127,128).

Hekim uygulayacağı tıbbi müdahale öncesinde hukuki ehliyeti olan herkesten, akıl sağlığı bozukluğu, zeka geriliği veya yaş küçüklüğü olan kişilerin ise yasal vasisi veya velisinden söz konusu müdahaleye dair aydınlatma sonrası onam ve rıza almalıdır.

2.10.1.5. Meslekte Acemilik ve Deneyimsizlik

Hekimin mesleğini icra etme hak ve yetkisine sahip olabilmesi için tıp eğitimi tamamlama zorunluluğu bulunmaktadır. Bu hak ve yetkinin kazanılması sonrası hekim mesleğini tıpta genel olarak kabul görmüş kurallar ve tıp etiği çerçevesinde icra etmelidir. Her hekimin mesleğinin gerekliliklerini, esaslarını, kabul edilmiş klasik bilgileri bildiği ve temel beceriye sahip olduğu kabul edilir. Hekim mesleğini bu çerçevede icra etmekle yükümlüdür aksi takdirde bu sebeplerle doğan hatalar meslekte acemilik olarak kabul edilir (örneğin hatalı ilaç girişi ve hatalı entübasyon) (9,12,129).

2.10.1.6. Güncel Uygulanan Tıbbi Yöntemlerin/Girişimlerin Gerisinde Kalmak

Teknolojinin gelişimi ile tıp alanında önemli değişikliklere yol açmış, hastalıkların tanı ve tedavisinde ciddi ilerlemeler kaydedilmiştir. Buna bağlı zamanla hastaların hekimlerden beklentileri gittikçe artmıştır. Hatta ve hatta geçmişte uygulanan tedaviler zamanla günümüzde malpraktis olarak kabul edilir hale gelmiştir. Hekim yeni tanı ve tedavi yöntemlerini takip etmek ve güncel tıbbın gerektirdiği tedavi yöntemlerini uygulamakla yükümlüdür (101).

2.10.1.7. Hekimin Görev İhmali

Hekimlerin gerçekleştirdikleri tıbbi müdahalelerde, tedavi amacı ile hareket ettikleri kabul edilmektedir. Bu nedenle tıbbi uygulamalar sonucunda, genel olarak kasten değil taksirle (ihmal-hata) yaralama ya da ölüme sebebiyet verme suçu tartışılmaktadır (130). İhmal hekimin sağlık bakım görevini ihlali nedeniyle hastasının zarar görmesidir. Hekimden, hasta karşısında en özenli, en bilgili meslektaşlarının göstereceği performans değil, aynı ortam koşullarında,

aynı yetkinlik düzeyinde ve aynı uzmanlık alanındaki ortalama bir meslektaşının göstereceği performans beklenmektedir (12). Örneğin trafik kazası sonucu gelen genel beden travmalı hastanın stabilizasyonu için yeterli süre müşahade altında tutulmaması ya da bir üst sağlık kuruluşuna sevk edilmesi gerekirken taburcu edilmesi bu kapsamda değerlendirilebilir.

2.10.1.8. Fiziki Yorgunluk

Tıbbi hataların büyük çoğunluğu hekimlerin fiziksel yorgunluğu sonucu oluşan dikkatsizlik nedeniyle meydana gelmektedir (131). Bu fiziksel yorgunluğun ortaya çıkması hekim ve sağlık personellerinin iş yükünün fazla olması ve kendi görevi olmayan işlerin de kendilerine yüklenmesi, aylık nöbet sayılarının fazla olması ve çalışma sürelerinin fazla olması gibi faktörler neticesindedir (132).

2.10.1.9. Dikkat ve Özen Eksikliği

Dikkat eksikliği; tedavi sırasında yapılmaması gereken bir eylemin yapılmasıdır. Örneğin yanlış kan grubun transfüzyonu bu kapsamda değerlendirilebilir. Özen eksikliği ise hastadan uygun ve yeterli öykünün alınmaması, hastanın uygun ve yeterli muayenesinin yapılmaması, gerekli testlerin doğru şekilde yapılmaması, tedavinin uygulama sürecindeki yanlışlıklar, komplikasyonun tanısının doğru biçimde ve zamanında konamaması, komplikasyona yönelik uygulanan tedavi planının uygun ve yeterli olmaması, hastayı eksik takip etmek gibi durumları kapsamaktadır. Örneğin kanamalı hastayı bekletmek ve eksik kayıt tutmak bu başlık altında değerlendirilebilecek hatalardır (49,129,133-137).

2.10.1.10. Tedbirsizlik

Önlem almayı unutmak veya önlem almakta gecikmek suretiyle önlenebilir bir tehlikeyi önlemedeki kusurdur. Örnek verilecek olursa penisilin alerjisi olan hastaya penisilin vermek ya da alerjisi bilinmeyen bir hastaya penisilin verirken oluşabilecek anafilaktik reaksiyona karşı gerekli araç ve gereci bulundurmamak (129).

2.10.1.11. İletişim Eksiklikleri

Hem tıbbi uygulama hatalarının ortaya çıkması hem de bu hataların davaya dönüşmesinde etken olan faktörlerden biri de iletişim eksiklikleridir. Hekimin diğer konsültan hekimlerle de bağlantısının olması, hasta ile hekimin anlaşabiliyor olması ve hekim ile hastanın

arasında ilişkinin uyumlu olması hastanın tedavi planına yaklaşımında da pozitif bir bakış meydana getirir (12,106,138).

2002 yılında Surgery dergisinden yayınlanan bir çalışmada bu durumu desteklemektedir. Çalışmaya göre ses tonları daha sıcak ve naif olan hekimler hakkında ihmal sebebiyle tıbbi uygulama hatası davası açılma oranı %50 daha az bulunmuştur. Yine aynı çalışmada sesleri gür ve dominant olan hekimlere ihmal sebebiyle tıbbi uygulama hatası davası açılma oranı %2.74 daha fazla bulunmuştur (139).

2.10.1.12.Kayıt Tutma Yükümlülüğü

Malpraktis iddialarına ilişkin yapılan değerlendirmelerde kayıtlı belgeler esas alınmakta ve adli raporlar bu kayıtlar doğrultusunda düzenlenmektedir. Hekim savunmasını bu kayıtlara dayanarak yapmalıdır. Kayıtların saklanması ilişkin sorumluluk ise sağlık hizmetini veren sağlık kurumuna aittir (2,41,133,140-142).

Sonuç olarak hekim tanı ve tedavi sürecinde hastaya yaptığı tetkikler, laboratuvar sonuçları, radyoloji rapor ve sonuçları, tedavi düzenlemesi, ameliyat notları, konsültan hekim notları vb. tüm belgeleri kayıt altına almalıdır (47).

2.10.1.13.Yetki Sınırlarının Aşılması ve Tıbbi Konsültasyon

Hekimler kendi uzmanlık alanı dışındaki konularda ilgili konunun uzmanın meslektaşlarından konsültasyon istemelidirler. Hekim herhangi bir sebepten ötürü yetki sınırını aşarak bir karar veriyse bundan sorumludur. Zarar oluşması durumunda ise eksik araştırma ve özen kusuru gerekçeleriyle tıbbi uygulama hatası söz konusu olabilmektedir (49). Bununla birlikte hekimler hastaları için görüşünü istedikleri konsültan hekimlerin hatalarından da sorumludur (101).

2.10.1.14.Hatalı Karar

Bu tanımın cerrahi branşlarda karşılığı ameliyat kararlarında ve ameliyat sırasında hata yapmamaktır. Dahili branşlarda karşılığı ise ilaç seçiminde hata yapmamak ve çoklu ilaç seçiminde ilaç etkileşimlerine dikkat etmektir (49,133,134).

2.10.1.15.Girişim Hataları ve Teknik Hatalar

Hekimin ameliyat sırasında hastasının vücudunda herhangi bir yabancı cisim unutması sonucu hakkında dava açılması söz konusu olabilir. Aynı zamanda kullanılan malzemelerden kaynaklanan sorunlar da yaşanabilir (49,133,134). Bu durumda hekimin ve idarenin olmak üzere ikili bir sorumluluk söz konusudur. Bu sebeple oluşan sorunlarda hekim veya sağlık personelinin direkt ya da indirekt sorumluluğu ortaya çıkabilmektedir (143).

2.10.1.16.Terk Etme

01.02.1999 tarihinde yayınlanan Hekimlik Mesleği Etik Kuralları'nın 25.maddesi; *“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.”* şeklindedir (144).

Esasen terk etme kavramı hekimin ortada herhangi bir sebep olmaksızın kendi kararı ile hastayla olan ilişkisini sonlandırmasıdır. Ayrıca hekimin hastayı vaktinden önce taburcu etmesi, taburculuk esnasında gerekli ve doğru direktifleri vermemesi, cerrahi girişimi yarım bırakması ya da cerrahi girişim sonrası hastayı terk etmesi bu kapsamda değerlendirilmektedir (49, 133,143, 145).

2.10.1.17.Yasal Düzenlemelere Uymamak

Acil hastaya bakmamak, tedavinin geciktirilmesi ve kabul görmüş tedavi yöntemi dışındaki bir tedavi yöntemini kullanmak vb. bu başlık altında değerlendirilebilecek durumlardır. Aslında her hekim konu ile ilgili kanun, tüzük, yönetmeliklerde yazan maddelere uymakla mükelleftir. Hekimin bunun dışındaki her davranışı bu kapsamda değerlendirilebilmektedir (101).

2.10.2. Çevresel Faktörler

2.10.2.1. Fiziksel Şartlar, Çevre ve Ekipman

Sağlık hizmetlerinin sunumu bir ekip işidir. Bu kapsamda hekimin yanı sıra hizmeti veren sağlık kuruluşu da sağladığı hizmeti en iyi şekilde sunmalı ve gerekli özeni göstermelidir. Hasta bakım hizmetini veren sağlık kuruluşunun temiz olması, sonuçların hekime doğru, güvenilir ve vaktinde ulaştırılması bu duruma verilebilecek örneklerdendir (12, 106, 146).

Sağlık personelinin en çok yakındığı ve özellikle dikkat edilmesi gereken konu ise genel işleyişten ya da sağlık kuruluşundan kaynaklanan kusurların sağlık personeline yüklenmesidir. Burada sorulacak kritik soru hastanın sağlık hizmeti aldığı sağlık kuruluşundaki eksikliklerden kim sorumlu tutulacaktır? Örneğin ameliyathanede skopi cihazının çalışmaması sonucu hastada bir zarar meydana gelirse kim sorumlu tutulacaktır? Buradaki öncelikli sorumluluk ameliyat ekibindedir. Hastane yönetiminin sorumlu tutulması için ameliyat ekibinin skopi cihazının arızası, tamir edilmesi veya yenisinin alınması gerektiği ile ilgili olarak hastane yönetimini bilgilendirmesi ve bunu yazılı olarak kayıt altına alması gerekmektedir. Yani bir başka deyişle işleyişten kaynaklanan bütün hadiselerin bilgilendirilmesi yazılı olarak yapılmalıdır (41).

Genel işleyişten kaynaklanan sorunlara örnek verilebilecek diğer konular ise; acildeki nöbetçi hekim veya diğer sağlık personeli sayısının yetersiz olması sebebiyle acile başvuran hastalara zamanında müdahale edilmemesi ya da yatak sayısının yetersiz olması sebebiyle hastaların kabul edilememesi gibi durumlardır. Bu tarz durumlarda gerekli gayreti göstermiş ve hastane yönetimine yazılı olarak gerekli bilgilendirmeyi yapmış hekimin sorumluluğu ortadan kalkabilir. Yazılı olarak bilgilendirildiği ve dolayısıyla başvuran hasta sayısını bildiği halde yeterli personel alımı yapmayan veya yeterli nöbetçi görevlendirmeyen hastane yönetiminin sorumluluğu ortaya çıkmaktadır (101).

“İcapçı Uzman” nöbetleri yeterli uzman hekimin bulunmadığı sağlık kuruluşlarında tutulan nöbetlerdir. İcapçı hekimin her zaman ulaşılabilir olması ve acil vakalarda gerekli sürede göreve gitmesi gerekmektedir. Aksi durumda icapçı hekimin uzmanlık alanı ile ilgili ortaya çıkacak kusurdan kaynaklı zararlarda sorumluluğu ortaya çıkmaktadır (41).

2.10.2.2. Basının Etkileri

Tıbbi uygulama hataları gün geçtikçe sözlü ve yazılı basında daha çok yer bulmaktadır.

Bu durumun bir yansıması olarak tıbbi uygulama hatalarının bilinirliği artmakta, hasta, hasta yakınları ve avukatların ilgisini daha da çok çekmektedir. Sonuç olarak insanlar sağlık çalışanlarının vermiş olduğu sağlık hizmetine karşı daha sorgulayıcı bir tavır sergilemeye başlamış ve dahası zarar gören görmeyen kişiler de hekime ya da sağlık kuruluşuna karşı dava açma konusunda daha da cesaretlenmişlerdir (90).

2.11 Tıbbi Uygulama Hatalarının Hukuki Boyutu

Sağlık çalışanlarının yaptıkları tıbbi uygulamalar açısından 4 tip sorumluluğu bulunmaktadır (138);

- Cezai Sorumluluk
- Hukuki (Tazminat) Sorumluluk
- İdari Sorumluluk
- Mesleki Sorumluluk

Hekimin yasal olarak sorumlu tutulabilmesi için bir zararın meydana gelmesi, bu zararın hekimin kusurlu davranışına bağlı olması, hekimin davranışının hukuka aykırı olması ve kusurlu davranış ile ortaya çıkan sonuç arasında illiyet bağı bulunması gerekmektedir. Bu kapsamda ortaya çıkan suçlar ceza davalarının, haksız fiiller ise tazminat davalarının konusu olmaktadır (107).

Ayrıca hekimlerin disiplin ile ilişkili olarak kurum içi soruşturma ile takip edilen idari sorumlulukları ve meslek odalarını ilgilendiren konularla ilişkili olarak da mesleki ve etik sorumlulukları söz konusudur (107).

2.11.1 Hekimlerin Cezai Sorumluluğu

Hekimlerin mesleki uygulamaları sırasında yaralama ya da ölüme neden olmaları halinde, 12 Ekim 2004 tarihinde Resmi Gazete’de yayınlanan 5237 sayılı TCK (Türk Ceza Kanunu)’nın ilgili maddeleri kapsamında yargılanırlar. Bu konuda hekimlere yaptırım getiren herhangi bir özel kanun bulunmamaktadır (137).

TCK’nın 21. ve 22. maddesinde kast, olası kast, taksir ve bilinçli taksir olmak üzere 4 tip kusurluluk hali tanımlanmıştır (137).

Esasen kast ve taksir arasındaki temel fark neticenin istenmemesidir. Kasıtlı suçlarda ceza oranı taksirli suçlara oranla daha fazladır.

Taksir dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, kişinin davranışı sonucunda öngörülme ve istemeyen neticenin meydana gelmesidir. Bilinçli taksir ise kişinin öngördüğü neticeyi istememesine karşın, neticenin meydana gelmesidir. Bilinçli taksire verilebilecek bir örnek; hekimin hastanın ilaç alerjisini bilmesine rağmen “Bir şey olmayacağını umarak ya da İnşallah bir şey olmaz” mantığıyla önlem almadan ilacı hastasına vermesi sonucu; hastanın yaşamını tehlikeye atması veya ölmesine sebebiyet vermesidir (41, 147).

Kast kişi tarafından sonucu öngörülen ve istenen suçun gerçekleştirilmesidir. Olası kast ise kişi tarafından sonucu öngörülen bir davranışın olursa olsun denerek gerçekleştirilmesidir. Yani bir başka deyişle kişi tarafından öngörülen bir sonucun gerçekleşme olasılığı veya durumu önemsemez ve fiil işlenir (148).

Bir hekimin, ölürse ölsün, sakat kalırsa kalsın düşüncesi ile hareket etmesi olası kast kavramı içerisinde değerlendirilmektedir. Hekim burada sonuca doğrudan doğruya istemese de rıza göstermektedir (149). İhmali bir davranışla kasten adam öldürme suçu ise sağlık kuruluşunda görev yapan hekimin durumu acil olan hastayı kabul etmeyerek, müdahale etmemesi sonucu ölümün meydana gelmesidir (150).

Olası kast ve kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi iki farklı kavramdır. Olası kastta kişi sonucu öngörmesine rağmen fiili işlemekte, ihmali davranışta ise kişi yükümlü olduğu davranışı yapmayarak ölüme veya yaralanmaya neden olmaktadır (151).

Hekimin hastasına kasten zarar vermeyeceği kabulü nedeniyle kasten öldürme suçu tıbbi malpraktis olgularında söz konusu değildir. Ötenazi ülkemizde kabul görmeyen ve yasal olmayan bir yaklaşımdır. Bu sebeple hekimlikle kast kavramının bağdaşabileceği tek alan ötenazidir (44,129,133, 152-154).

Uygulamada hekimlere yönelik tıbbi uygulama hatalarında genellikle taksirli suçlardan dava açılmakta ve bu kapsamda tıbbi uygulama hatası iddialarında hekimler TCK’nın taksirle ilişkili 85. ve 89. maddeleri ile ihmali davranış ile ilişkili olan 83. ve 88. maddeleri kapsamında yargılanmaktadır (155,156).

2.11.2 Hekimin Hukuki Sorumluluğu

Hekim ile hasta arasındaki ilişki büyük oranda vekalet sözleşmesi olarak kabul edilmektedir. Vekalet sözleşmesi; vekil tarafından vekalet verenin menfaatine olacak şekilde bir işin görülmesinin veya işlemin yapılmasının üstlenildiği; vekil ile vekalet veren arasındaki özel güven ilişkisine dayalı olarak kurulan bir sözleşmedir (157).

Bu sözleşme uyarınca hastanın vekili konumunda olan hekim uyguladığı tedaviler neticesinde yöneldiği sonucun elde edilmemesinden sorumlu değildir. Ancak sonuca ulaşmak için gösterdiği çaba ve özenden sorumludur. Hekimin özen eksikliği nedeniyle vekil eden konumundaki hastasında bir zarar meydana gelirse vekilin yani hekimin tazminat sorumluluğu ortaya çıkar (158).

Hasta ile hekim arasında teşhis ve tedavi amaçlı vekalet akdinin kurulması sonrasında hekimin sır saklama, vekil edene karşı sadakat ve bağlılık gösterme, hesap verme gibi yükümlülüklerinin yanı sıra tıbbi uygulamaların doğası gereği hastalığın anlaşılması amacıyla öykü alma, muayene, teşhis ve tedavi prosedürlerini işletme ve kayıt tutma gibi yükümlülükleri de bulunmaktadır. Hastanın ise ücret ödeme, hekim ile iş birliği yapma ve hekimin tavsiyelerine uyma yükümlülüğü vardır (33).

Hekim ayrıca yardımcı sağlık personelinin hatalarından da sorumlu olabilmektedir. Hekimin yardımcı sağlık personelinin tıbbi uygulamaları bilmesi ve doğru şekilde uygulaması için gerekli tedbirleri alma ve bilgi-becerilerini çağın gereklerine göre yenileme görevi vardır (33).

Devletin cezalandırma hakkını kullanması; ceza hukukunun, zarar görenin zararının tazmini ise özel hukukun (tazminatın) konusudur. Hekimler hataları sebebiyle ceza dışı “özel hukuk” (tazminat) yönünden de sorumludurlar. Hekimin hukuki sorumluluğundan söz edebilmek için temelde hasta da zarar meydana gelmeli ve bu zararlar hekimin eylemleri arasında neden-sonuç ilişkisi bulunmalıdır. Bu zararı ve aradaki neden-sonuç ilişkisini ispat etme görevi hastaya veya yakınlarına aittir (137,159-161).

Kamuda görevli sağlık çalışanlarına yönelik tıbbi uygulama hatası iddialarına yönelik tazminat davaları idare mahkemelerinde kurum aleyhine açılır. Tazmin kararı verilmesi durumunda, hizmet kusurundan kaynaklanan zarar idare tarafından tazmin edilmekte ve

sonrasında ise personele rücu edilebilmektedir. Kamuda çalışan hekimlerin aksine özel sektörde çalışan hekimlere karşı hastanın doğrudan dava açma hakkı mevcuttur (133,162,163).

2.11.3 Hekimin İdari Sorumluluğu

Hekimin idari sorumluluğu kapsamında iddia konusu olaya ilişkin kurum içi soruşturma yapılmaktadır. Sağlık bakanlığına bağlı sağlık kuruluşlarında çalışan hekimleri ilgilendiren temel yasa 657 sayılı “Devlet Memurluğu Kanunu” iken, Üniversitelerde akademik personel kadrosunda görev yapan hekimleri ilgilendiren temel yasa 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu’dur (27,164).

657 sayılı Devlet Memurluğu Kanunu’nun 7. bölümünde 124-145. maddeleri arasında disiplin konusu ele alınmıştır. Bu kapsamda yasanın bu bölümünde disiplin kavramı ile ilgili bir tanımlama yapılmazken disiplin cezası gerektiren fiil ve haller ile uyarı, kınama, aylıktan kesme, kademe ilerlemesinin durdurulması, devlet memurluğundan çıkarma gibi uygulanacak cezalara yer verilmiştir (27).

Devlet Memurluğu Kanunu’nun disiplin bölümünün üniversitede görev yapan akademik personel açısından eski karşılığı bazı önemli farklıklar içermekle 54 maddelik “Yükseköğretim Kurumları Yönetici, Öğretim Elemanı ve Memurları Disiplin Yönetmeliği”ydi. Bu yönetmelik yerine 09 Aralık 2016 tarihinde yayımlanan 6764 sayılı Kanunla Yükseköğretim Kanununun disiplin hükümleri bütünüyle yenilenmiştir. Bu yayınlanan kanuna ilişkin Anayasa Mahkemesi iptal kararı vermiş ve en nihayetinde 17 Nisan 2020 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanan 7243 sayılı Yükseköğretim Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunla disiplin cezaları yenilenmiştir (27, 165,166).

Sağlık personeli hakkında, görevi dolayısıyla işlediği iddia olunan suçlarla ilgili olarak 4483 sayılı “Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun”da yapılan düzenleme kapsamında şikayete bağlı veya re’sen takip edilen suçlarda “izin-karar” özel prosedürü geçerlidir. Bu kanun ile kamu görevlileri görevleri dolayısıyla işledikleri suçlarla ilgili olarak bir nevi koruma altına alınmıştır (167).

Savcılıkların kamu görevlilerine ve dolayısıyla hekimlere karşı görevleri dolayısıyla işledikleri suçlarda, ağır cezayı gerektiren suçüstü halleri; rüşvet, zimmet gibi bazı suçlar haricinde dava açma yetkileri bulunmamaktadır (167).

Kamu görevlisi sıfatıyla çalışan sağlık personelinin bir hastanın yaralanmasına veya ölümüne yol açması durumunda öncelikle yetkili amirden soruşturma izni alınması gerekmektedir. Sağlık bakanlığına bağlı sağlık kuruluşlarında çalışan hekimler için bu amir il düzeyinde vali, ilçe düzeyinde ise kaymakamdır. Üniversitede çalışan sağlık personeli için ise bu yetkili amir üniversite yönetim kurulumdur. Suç iddiası bulunduğunda yetkili amirlerce ön inceleme ile görevlendirilen kişi veya kişiler görüşlerini içeren bir rapor düzenleyerek durumu izin vermeye yetkili merciye sunarlar (167,168).

Yetkili merci gerekçe gösterme zorunluluğuyla soruşturma izni verilmesine veya verilmemesine karar verir ve bu kararını Cumhuriyet başsavcılığına, hakkında inceleme yapılan kamu görevlisine ve varsa şikayetçiye bildirir (167).

Sağlık bakanlığına bağlı sağlık kuruluşlarında soruşturmaya ilişkin karara itiraz merci idare mahkemesi, üniversitelerde ise Danıştay'dır. İtiraz sonrasında bu kurumların verdiği kararlar kesindir (167).

Kamu görevlileri açısından yapılan bu ayrı düzenleme ile suçlamanın ciddi olup olmadığının kurum içinde araştırılır ve ciddi bulunduğu takdirde savcıya dava açma yetkisi verilerek kamu görevlilerinin göreviyle ilgili her suçlama karşısında adliye kapılarında mesailerini harcamaları önlenmiş olur (168).

2.11.4 Hekimin Mesleki Sorumluluğu

Mesleki sorumlulukla ilgili kurallar her meslekle ilgili meslek odası tarafından tanımlanmaktadır. Türkiye'de hekimin uyması gereken mesleki kurallar TTB (Türk Tabipler Birliği) tarafından ortaya konmuştur (169).

TTB Disiplin Yönetmeliği kapsamında disiplin cezası verilecek kişiler ve durumlar belirlenerek; disiplin cezası verilmesinde uyulması gereken usul ve esaslar saptanmıştır. Bu yönetmelik kamu kurumlarında çalışan hekimlerin idareyi ilgilendiren konular dışındaki mesleki ve etik davranışlarından doğan sorunları açısından önem taşımaktadır (9,170,171).

Tabip odalarında "Yönetim Kurulu" ile birlikte özellikle "Onur Kurulu" hekimlerin mesleki uygulamaları ile ilgili suç iddiası durumlarında görev yapmaktadır. TTB Disiplin Yönetmeliği'nde disiplin işlemleri, iki bölüme ayrılmıştır. Bunlar disiplin soruşturması ve

disiplin kovuşturmasıdır. Disiplin soruşturması oda yönetim kurulu, disiplin kovuşturması ise onur kurulu ve yüksek onur kurulu tarafından yürütülmektedir (9,171).

TTB Disiplin Yönetmeliği'ne göre; hekimlerin disiplin suçu olarak kabul edilen kusurlu eylemleri; deontolojiye aykırı davranmak, yasa ve tüzüklere uymamak, haksız çıkar, hasta haklarını ihlal etmek şeklinde dört ana grupta ele alınmış ve bu kusurlu eylemlere karşı; uyarı, para, geçici olarak meslekten alıkoyma ve oda bölgesinde çalışmanın yasaklanması şeklinde dört çeşit yaptırım ön görülmüştür (137,171).

Ancak burada tabip odalarının tüm hekimlerle ilgili önemli yasal yetki ve sorumlulukları bulunmakla birlikte; TTB Kanunu'nda ve TTB Üyelik İşlemleri Yönergesi kapsamında kamuda çalışan hekimlerin tabip odalarına üye olma zorunluluğunun bulunmaması uygulamada önemli sorunlar yaşanmasına neden olmaktadır (170,172).

Ayrıca uygulamada sorun yaratan bir diğer durumda; 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile TTB ve bağlı odaların işleyişleriyle ilgili yapılan değişiklik kapsamında; söz konusu kararnamenin 23. maddesinin 11. fıkrasındaki “*Kanunla kurulmuş meslek odalarının ve birliklerinin kuruluş kanunlarındaki disiplin hükümleri saklıdır. Ancak fiilin her iki kanuna göre de müeyyide gerektirmesi hâlinde bu Kanun hükümleri uygulanır.*” şeklindeki ifadesidir. Bu ifade ile TTB Disiplin Yönetmeliği'nin uygulanabilirliği tartışmalı hale gelmiştir (4).

2.12 Malpraktis İddialarına İlişkin Açılan Davaların Hekimler Üzerindeki Etkileri

Sağlık hizmetleri tükenmişliğin en fazla görüldüğü meslekler arasındadır. Sağlık çalışanlarının kilit taşı konumundaki hekimlerin tükenmişliğe bağlı olarak yaşadığı depresyon belirtileri son yıllarda oldukça artış göstermiştir. Hekimler, çalıştıkları kurumlar, çalışma koşulları, yaşam tarzları, genetik yatkınlıkları ve beklentileri vb. gibi pek çok faktöre bağlı olarak ciddi stres altında kalabilirler. Strese maruz kalan hekimlerin tepkileri kimi zaman tükenmişlik kimi zaman ise depresif belirtiler şeklinde karşımıza çıkmaktadır (20).

Hekim kaynaklı tıbbi hataların bir kısmı şikayet, dava konusu olmakta ve tıbbi uygulama hatasına bağlı açılan davaların da bir kısmı ceza ile sonuçlanmaktadır. Buna rağmen herhangi bir ceza ile sonuçlanmayacak bile olsa tıbbi uygulama hatasına bağlı yürütülen yargısal süreçler hekimler üzerinde ciddi stres oluşturmakta ve hekimlerde tükenmişlik ve depresif belirtilerin ortaya çıkmasına ikincil bir zemin hazırlamaktadır.

Ayrıca tıbbi uygulama hatası iddiasının hekimleri ittiği bir diğer süreçte defansif tıp uygulamalarıdır. Defansif tıp en kısa tanımı ile hekimlerin yasal yükümlülük kaygısı ile hareket etmeleri neticesinde en uygun tıbbi uygulamadan sapmadır (173-175). Biçen'in tez çalışmasına göre; 243 tıpta uzmanlık öğrencisinin defansif tıp konusundaki tutumlarının araştırılması sonucunda; katılımcıların 53,9% 'nın (n:131) uzmanlık dalını seçerken malpraktis çekincesinin etkili olduğunu, %93,4'ünün (n:227) malpraktis davalarının hekimlik mesleğine negatif etkisinin olacağını ve %50,2'sinin (n:122) ise her zaman veya sıkça hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullandığını ifade ettiği belirtilmektedir (176).

Halihazırda mesleği nedeniyle depresyon ve tükenmişlik sendromu açısından yüksek risk grubunda olan hekimlere yöneltilen malpraktis iddialarının hekimler üzerinde ikincil bir yük ve ciddi olumsuz etkiler oluşturduğu görülmektedir.

2.13 Zorunlu Mesleki Sorumluluk Sigortası

Mesleki uygulamalar sırasında ihmal veya özen eksikliği nedeniyle meydana gelen hatalar neticesinde; hizmet alan kişiler zarara uğrayabilir. Mesleki sorumluluk sigortası; bu hatalara ilişkin ödenmesi gereken tazminata yönelik sigortalama işlemidir (169).

Zorunlu hekimlik sigortası ya da tam adıyla; Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası kamu ya da özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimler, serbest çalışan hekimler, dış hekimleri ve tıpta uzmanlık mevzuatı çerçevesinde uzman olan hekimler için geçerli bir sigorta türüdür (177).

Bu sigorta, hekimlerin poliçe süresi içinde sürdürdüğü mesleki faaliyetlerin yanı sıra, 30 Temmuz 2009 tarihini geçmemek şartıyla; sözleşme tarihinden önceki on yıllık süre boyunca sürdürdüğü mesleki faaliyetler sonucunda da verdiği zararlara bağlı olarak sigorta poliçesi içinde geçerli tazminat taleplerine teminat sağlamaktadır (177).

21 Temmuz 2010 Tarihli 27648 Sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ" yayınlanmış ve 28 Ekim 2015 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan değişikliklerle her bir olay için azami teminat tutarları belirlenmiş (Tablo 1) ve her durumda

sözleşme kapsamında ödenecek tazminat miktarının 1.800.000 TL’yi aşamayacağı belirtilmiştir (178,179).

Tablo 1. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasındaki azami teminat tutarları

Risk Grubu	Azami Teminat Tutarı (TL)
I.Grup	200.000
II.Grup	400.000
III.Grup	600.000
IV.Grup	800.000

Kamuda çalışan sağlık personeli sigorta priminin yarısının kendisi öderken diğer yarısı döner sermaye veya kurum bütçesinden, özel sağlık kuruluşunda çalışan hekimlerin primleri ise çalıştığı kurum tarafından karşılanmaktadır. Serbest olarak çalışan hekimler ise sigorta primlerini kendileri ödemektedir (179).

Sigorta yaptırmayanlara, mülki idare amirince idari para cezası verilmektedir (179).

Ayrıca söz konusu tebliğde 23.05.2020 tarih ve 31135 sayılı resmi gazetede yayınlanan değişiklikle; kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşları ile bu kurum ve kuruluşların bağlı, ilgili veya ilişkili birimlerinde pandemi sebebiyle yapılan görevlendirmeler kapsamındaki tüm iş ve işlemlerin III. Risk Grubu kapsamında değerlendirileceği belirtilmiştir (180).

2.14 Tıbbi Uygulama Hataları ile İlgili Bilirkişilik Kurumları ve Uzman Mütalaası

YSS, ATK ve üniversiteler ülkemizde tıbbi uygulama hataları ile ilgili olarak resmi statüde bilirkişilik hizmeti veren kurumlardır. Bu kurumların meslek örgütü olarak karşılığı ise tabip odalarıdır (9,133). Ayrıca 2005 yılında Ceza Muhakemesi Kanunu’nda yapılan değişiklik ile taraflara alanlarında uzman bilirkişilere bireysel olarak başvuru yolu açılmıştır.

2.14.1 Yüksek Sağlık Şurası

14.04.1928 tarih ve 863 sayılı resmi gazetede yayınlanan 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 75. maddesi "*Tıp mesleklerinin uygulanmasından doğan suçlarda mahkemelerin uygun göreceği bilirkişinin rey ve görüşüne başvurma özgürlükleri saklı kalmak koşulu ile Yüksek Sağlık Şurası'nın görüşü sorulur.*" şeklindedir. Bu kanun maddesi uyarınca 1930 yılında yürürlüğe giren UHK (Umumi Hıfzıssıhha Kanunu) ile YSS oluşturulmuştur (181,182).

Şuranın üye sayısı on beştir. Müsteşar veya görevlendireceği Müsteşar Yardımcısı ile I.Hukuk Müşaviri veya görevlendireceği hukuk müşaviri, Şuranın doğal üyesidir. Müsteşar veya görevlendireceği Müsteşar Yardımcısı Şuraya başkanlık etmektedir. Şura en az yılda dört kez toplanmakta, bununla birlikte bakan gerek görmesi halinde Şurayı belirlenen tarihler dışında toplantıya çağırabilmektedir. Yapılan tüm tartışmalar sesli olarak kaydedilmekte ve kararlar tüm üyelere imzalanıncaya kadar saklanmaktadır. Tamamlanan tartışmalar sonrası başkan söz almak isteyen olup olmadığını sorar ve sonrasında açık oylama ile ilgili meslek mensubunun kusurlu olup olmadığı değerlendirilir.

Şurada kararlar dosya üzerinden verilmektedir. Gönderilen dosyanın tam bilgi içermesi önemlidir çünkü ilgililerin ifadelerinin değerlendirilmesi veya muayenesi yapılmamaktadır. Değerlendirmede; ilgili görülen kişilerin ifadeleri, sağlık kuruluşu kayıtları, hasta evrakı ve filmleri, laboratuvar incelemeleri, diğer bilirkişilerin görüşleri, varsa otopsi raporu vb. dikkate alınmaktadır (41,183).

Hukuk mahkemeleri için YSS'den görüş alma zorunluluğu bulunmamakla birlikte; 22.10.2010 tarih ve 27737 sayılı resmi gazetede yayınlanan Anayasa Mahkemesi Kararı ile Ceza davalarında da Yüksek Sağlık Şurasından görüş alma zorunluluğu ortadan kaldırılmıştır (101,184).

2.14.2 Adli Tıp Kurumu

14.04.1982 tarih ve 2659 sayılı ATK Kanunu ile ATK, Adalet Bakanlığına bağlı olarak adalet işlerinde bilirkişilik görevi yapmak amacıyla kurulmuştur. 19.02.2003 tarih ve 4810 sayılı ATK Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile de bilirkişilik görevine ek olarak 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 gibi yeni görevler tanımlanmıştır. ATK'nın idari yapılanması başkanlık, başkanlar kurulu, genel kurul, üst kurullar, ihtisas kurulları, ihtisas daireleri, grup başkanlıkları ve şube müdürlükleri şeklindedir (185).

ATK bünyesinde 7. ve 8. İhtisas Kurulu tıbbi uygulama hataları ile ilgili işlerde görev yapmaktadır. Başkan ve adli tıp uzmanı iki üye ile birlikte; 7. 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 işlerde görev yapar.

8. Adli Tıp İhtisas Kurulu ise 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 işlerde görev yapar (186).

Adli Tıp Genel Kurulu ile Üst Kurullar mahkemeler ve savcılıkların yeterince kanaat verici bulmadıkları ihtisas kurulları ve dairelerinin raporlarını karara bağlamaktadır. ATK çalışma yapısı itibarıyla YSS'dan farklı olarak gerek duyduğu takdirde ilgili kişileri dinleyip muayene edebilir (41,185).

Tıbbi uygulama hatalarına ilişkin olarak YSS'dan görüş alma zorunluluğunun ortadan kalkması ile birlikte savcılık ve mahkemelerin yönelimiyle bu konuda resmi bilirkişilik yapan diğer kurumlarda olduğu gibi ATK'da da tıbbi uygulama hatası ile ilgili dosya sayısında artış olmuştur.

2.14.3 Yükseköğretim Kurumları

Yüksek Öğretim Kanunu'nun 37. maddesi üniversitelerin uygulama alanına olan yardımlarını düzenlemektedir. Bu madde kapsamında Yükseköğretim kurumları dışındaki kuruluş veya kişilerce teknik ve uzmanlık isteyen her konuda üniversite ve bağlı birimlerinden yararlanabileceğini belirtilmektedir (133,164). Ayrıca ilgili kanunun 38/2. maddesi

Yükseköğretim Kurulunun isteği ve ilgili kamu kuruluşunun onayı ile yükseköğretim kurumları veya birimlerinin, ilgili adli mercilerin talebi ile adli tıp mevzuatı çerçevesinde adli tıp olaylarında ve diğer adli konularda resmi bilirkişi olarak görevlendirilebileceği yönündedir (164).

Yükseköğretim kurumlarının resmi bilirkişilik görevleri ile ilgili bir diğer düzenleme de ATK Kanunu'nun 31. maddesinde *“Diğer Adli Ekspertiz Kurumları”* başlığı altında *“Yükseköğretim Kurumları veya birimleri, adli tıp mevzuatı çerçevesinde adli tıp olaylarında ve diğer adli konularda Ceza Muhakemeleri Usulü Kanununa göre resmi bilirkişi sayılır. Bu birim ve kliniklerde tetkik edilecek adli tıp ile ilgili işler yönetmelikte belirlenir.”* şeklinde yer almaktadır (185).

2.14.4 Tabip Odaları Onur Kurulları

Tıbbi uygulama hatası iddiası ile kişi veya yakınları tarafından tabip odalarına ya da TTB Merkez Konseyine yapılan başvurular, TTB bünyesinde ilgili oda Onur Kurulları ve Yüksek Onur Kurulu tarafından ele alınmaktadır. Yüksek Onur Kurulu hekimleri mesleki uygulamaları nedeniyle TTB bünyesinde yargılayan en yüksek merciidir (171,187).

Tabip Odaları Onur Kurulları hekimlerin hatalı tıbbi uygulamaları sonucu öngörülen disiplin suçları ve cezalarını 2004 tarih ve 25446 sayılı TTB Disiplin Yönetmeliği'ne göre değerlendirip karara bağlamaktadır. Bu kapsamda verilen disiplin cezalarının amacı; hekimlerin davranış ve mesleki uygulamalarına özen göstermelerini sağlamak suretiyle hekimlik mesleğinin güvenilirliğinin ve saygınlığının korunması ve arttırılmasıdır (171,188).

2.14.5 Uzman Mütalaası/Bilimsel Mütalaa

2005 yılında yürürlüğe giren Ceza Muhakemesi Kanunu (CMK)'nın 67/f.6, 68/f.3, 178 ve 179 maddeleri uyarınca taraflara, cumhuriyet savcısı veya avukatlara mahkemelerce seçilmiş resmi bilirkişiler dışında, dava dosyasına girmek üzere konuyla ilgili uzman görüşü alma hakkı ve yetkisi verilmiştir. Taraflarca seçilen ve teknik görüş veren kişiler tarafından hazırlanan raporlar CMK kapsamında uzman mütalaası/bilimsel mütalaa olarak adlandırılmaktadır. Ayrıca 2010 yılında yürürlüğe giren 6100 sayılı Hukuk Muhakemeleri Kanunu'nun 293. maddesinde de uzman görüşü müessesesine yer verilmiştir (189,190).

Uzman mütalaası/bilimsel mütalaa kapsamında soruşturma veya dava konusu olayla ilgili olarak konuyla ilgili uzman kişi tarafından olay yeri incelemesinden başlayarak adli delillerin toplanması, taşınması ve analizine kadar olan tüm süreç ile mevcut dosyadaki diğer bilirkişi raporları ilgili literatür kapsamında değerlendirilmekte; var olan eksiklikler ve tarafların haklı/haksız yönleri ortaya konabilmektedir (190,191).

Bu bağlamda özellikle çok aşamalı, çok yönlü ve detaylı bir inceleme gerektiren tıbbi uygulama hatası iddialarının değerlendirilmesinde uzman mütalaası/bilimsel mütalaa müessesesi taraflarca bir çıkış yolu olarak görülmekte ve giderek artan oranda talep edilmektedir.

Ayrıca uzman mütalaası/bilimsel mütalaanın önemli kazanımlarından biri de dava süreci içerisinde tarafların tezlerini savunabilmesi amacıyla; resmi bilirkişi görüşü öncesi veya sonrası herhangi bir zamanda alınıp dosyaya sunulabilmesidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Türü

Araştırmamız anabilim dalımızca düzenlenen malpraktis raporlarının retrospektif olarak tarandığı ve incelendiği bir arşiv tarama çalışmasıdır.

3.2 Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEÜTF) Adli Tıp Anabilim Dalımızca 01.01.2014 – 31.12.2021 tarihleri arasındaki 8 yıllık süreç içerisinde tıbbi uygulama hatası iddiası nedeniyle medikolegal değerlendirmesi yapılan olgular (n:92) oluşturmaktadır.

3.3 Araştırmanın Örneklemi

01.01.2014 – 31.12.2021 tarihleri arasında DEÜTF Adli Tıp Anabilim Dalımıza tıbbi uygulama hatası iddiası nedeniyle resmi makamlarca ve bireysel başvuru yoluyla medikolegal değerlendirme yapılması amacıyla yönlendirilen olgular (n:92) çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmamızda tüm evrene ulaşılması amaçlandığından randomizasyon şeması bulunmamaktadır.

3.4 Araştırma Önerisinin Sunumu

Araştırma önerisi “Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Yönergesi” çerçevesinde Adli Tıp Anabilim Dalı Akademik Kuruluna sunuldu. DEÜTF Adli Tıp Anabilim Dalının Akademik Kurul kararıyla çalışmanın uzmanlık tezi olarak belirlenmesine karar verildi.

3.5 Etik Kurul Görüşü

Çalışma önerisi ve hazırlanan Veri Kayıt Formu Örneği (Ek.1) Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kuruluna sunuldu ve etik açıdan sakınca bulunmadığı ve çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğu konusunda onay verildi (Ek.2).

3.6 Verilerin Elde Edilmesi

Çalışmanın amacına uygun şekilde veri kayıt formu oluşturuldu (Ek.1). Anabilim dalımız arşivi taranarak 01.01.2014 – 31.12.2021 tarihleri arasında tıbbi uygulama hatası iddiası nedeniyle medikolegal değerlendirme yapılması istenen 92 olguya ulaşıldı. Belirlenen 92 olgu için veri kayıt formu doldurularak olguların; yaşı, cinsiyeti, ilk başvurduğu klinik birim, iddiaya konu sağlık birimi ve klinik birim, tıbbi uygulama hatası iddiası yöneltilen sağlık personelinin görevi, hekimlerin mesleki dereceleri, tıbbi uygulama hatası iddiasının konuları, aşaması ve nedeni, tarafımıza yapılan başvuru şekli, tarafımıza başvuru öncesi başka bir kurum tarafından rapor düzenlenip düzenlenmediği, bilirkişi görüşümüz ile diğer kurumların görüşlerinin karşılaştırılması ve tıbbi uygulama hatası kararına ilişkin bilgi elde edildi.

3.7 Verilerin Analizi

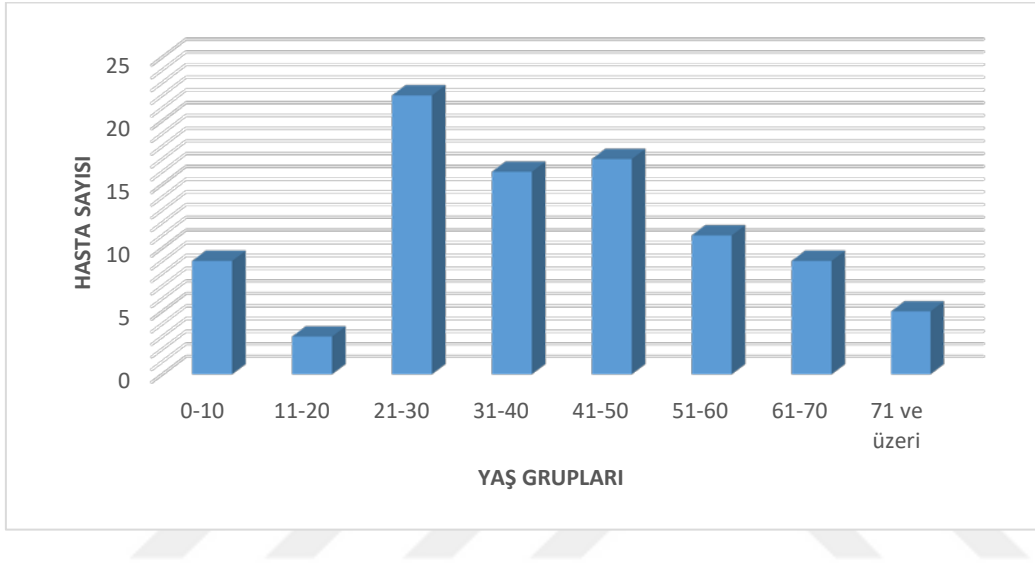
Verilerin istatistiksel analizi SPSS 26.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı bulgular için sayımla belirtilen değişkenler sayı ve yüzdelerle, ölçümle belirlenen değişkenler, ortalama±standart sapma, minimum değer ve maksimum değerle belirtilmiştir. Değişkenlerin birbiri ile ilişkisini değerlendirmede kategorik veriler için Pearson Ki-kare ve Fisher-Freeman-Halton Exact Testi kullanılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında, istatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bir arşiv taraması olan ve verilerin retrospektif olarak tarandığı ve incelendiği çalışmamızda; bazı olguların malpraktis değerlendirme raporlarının dosya üzerinden düzenlenmesi, tarafımızca ayrıntılı olarak muayene edilememesi, anamnez alınamaması ve malpraktis olgularının irdelenmesine olanak sağlayacak birtakım bilgilere (olay ile şikayet arasında geçen süre, iddia konusu tüm nedenler ve şikayette etkili diğer faktörler vb.) ulaşılamaması çalışmamızın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Hastaların yaşları 0 ile 87 arasında olup, yaş ortalaması $39,36 \pm 19,32$ 'dir. Medyan yaş 38 olarak saptanmıştır. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında; en büyük grubu % 23,9 (22 hasta) ile 21-30 yaş arası hastalar, ikinci büyük grubu % 18,4 (17 hasta) ile 41-50 yaş arası hastalar ve üçüncü büyük grubu ise % 17,3 (16 hasta) ile 31-40 yaş arası hastalar oluşturmaktadır. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı Grafik 1'de gösterilmektedir.



Grafik 1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı

Hastaların %56,5'nin (52 kişi) kadın, %43,5'inin (40 kişi) erkek olduğu görüldü. Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı Grafik 2'de görülmektedir.



Grafik 2: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı

Hastaların ilk başvuru yaptıkları ve iddialara konu olan sağlık birimlerine göre dağılımı Tablo 2’de görülmektedir. İddialara en sık konu olan sağlık biriminin %64,1 oranıyla (59 hasta) özel sağlık kuruluşları, ikinci sıklıkta %19,6 oranıyla (18 hasta) devlet hastaneleri olduğu gözlemlendi. Tabloda özel sağlık kuruluşu olarak sınıflandırılan gruptaki 40 hastanın (%43,4) özel hastanelere, 19 hastanın (%20,6) ise özel kliniklere başvurduğu görüldü.

Tablo 2. Hastaların ilk başvurduğu ve iddiaya konu sağlık birimlerine göre dağılımı

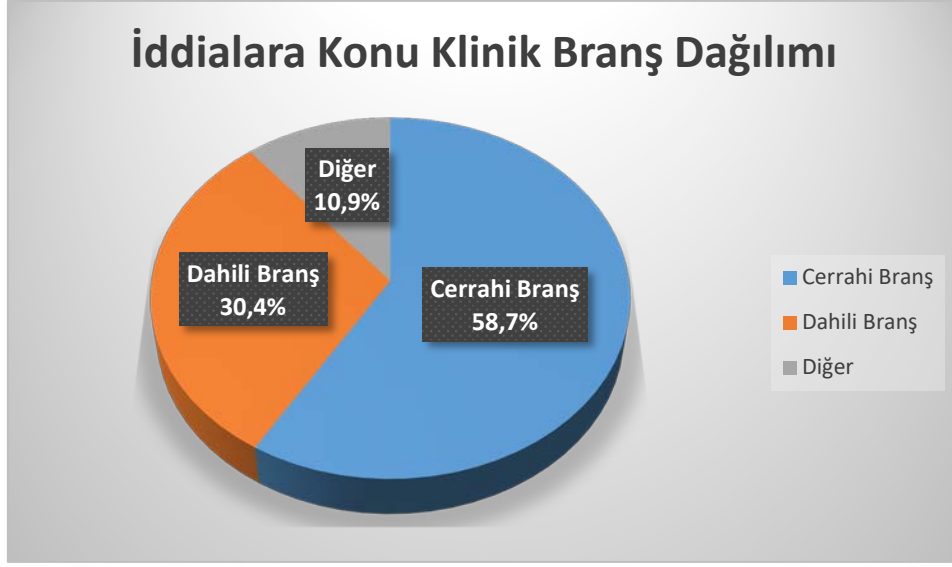
Sağlık Birimi	Hasta Sayısı	%
Aile Sağlığı Merkezi	2	2,2
Devlet Hastanesi	18	19,6
Özel Sağlık Kuruluşu	59	64,1
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	5	5,4
Üniversite Hastanesi	8	8,7
Toplam	92	100,0

Hastaların 25’i (%27,2) ilk olarak acil servise başvururken, 16’sı (%17,4) kadın hastalıkları ve doğum, 11’i (%12) ise genel cerrahi kliniğine başvurmuştur. Tabloda diğer olarak sınıflandırılan gruptaki 6 hastanın güzellik merkezine, 1 hastanın diyaliz merkezine, 1 hastanın özel ağız ve diş sağlığı kliniğine, 1 hastanın fitoterapi merkezine başvurduğu, 1 hastaya ise 112 ekibi tarafından sağlık hizmeti verildiği görüldü. Hastaların ilk başvurdukları klinik birimlere göre dağılımı Tablo 3’de gösterilmektedir.

Tablo 3. Hastaların ilk başvurdukları klinik birimlere göre dağılımı

Klinik Birim	Hasta Sayısı	%
Acil Servis	25	27.2
Aile Hekimliği	2	2.2
Beyin ve Sinir Cerrahisi	2	2.2
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	5	5.4
Çocuk Cerrahisi	1	1.1
Deri ve Zührevi Hastalıklar	3	3.3
Genel Cerrahi	11	12.0
Göğüs Cerrahisi	3	3.3
Göz Hastalıkları	1	1.1
İç Hastalıkları	3	3.3
Kadın Hastalıkları ve Doğum	16	17.4
Kalp ve Damar Cerrahisi	2	2.2
Kardiyoloji	1	1.1
Kulak Burun ve Boğaz	1	1.1
Ortopedi ve Travmatoloji	1	1.1
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	4	4.3
Üroloji	1	1.1
Diğer	10	10.9
Toplam	92	100.0

İddialara konu klinik branşlara göre dağılım incelendiğinde; % 58,7 (54 hasta) cerrahi branş, % 30,4 (28 hasta) dahili branş olduğu görülmektedir. Tablo 3 ile uyumlu olarak % 10,9'luk (10 hasta) grubun diğer olarak sınıflandırıldığı görüldü. İddialara konu klinik branşlara göre dağılım grafik 3'de gösterilmektedir.



Grafik 3: İddialara konu olan klinik branşlara göre dağılım

Cinsiyete göre iddialara konu klinik branş dağılımı incelendi. Kadınların % 67,3'ünde (n:35), erkeklerin ise %47,5'inde (n:19) iddialara konu klinik branşın cerrahi branş olduğu görüldü. Cinsiyet ve iddialara konu klinik branş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p=0,084$) (Tablo 4).

Tablo 4: Cinsiyete göre iddialara konu klinik branş dağılımı

	Dahili Branş	Cerrahi Branş	Diğer	p değeri
Kadın	11	35	6	>0,05
Erkek	17	19	4	

İddialara konu klinik birimlerin yüzde dağılımı Tablo 5'de gösterilmiştir. Tıbbi uygulama hatası iddiasına en sık konu olan klinik birimin % 17,4 (16 hasta) ile kadın hastalıkları ve doğum, ikinci sıklıkta % 16,3 (15 hasta) ile genel cerrahi kliniği olduğu, % 10,9'luk (10 hasta) grubun diğer olarak sınıflandırıldığı, % 6,5'lik (6 hasta) grupta ise birden fazla kliniğin olduğu görülmektedir. Tabloda diğer olarak sınıflandırılan grubun %6,5'nin (6 hasta) güzellik

merkezi, birden fazla olarak sınıflandırılan grup içerisinde ise 2’şer hasta ile en sık kadın hastalıkları ve doğum, genel cerrahi ve beyin ve sinir cerrahisi klinikleri olduğu görülmüştür.

Tablo 5. İddialara konu olan klinik birimlere göre dağılım

Klinik Birim	Hasta Sayısı	%
Acil Servis	5	5.4
Aile Hekimliği	2	2.2
Anesteziyoloji ve Reaminasyon	1	1.1
Beyin ve Sinir Cerrahisi	2	2.2
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	5	5.4
Çocuk Cerrahisi	1	1.1
Deri ve Zührevi Hastalıklar	3	3.3
Genel Cerrahi	15	16.3
Göğüs Cerrahisi	2	2.2
Göğüs Hastalıkları	2	2.2
Göz Hastalıkları	2	2.2
İç Hastalıkları	4	4.3
Kadın Hastalıkları ve Doğum	16	17.4
Kalp ve Damar Cerrahisi	2	2.2
Kardiyoloji	3	3.3
Kulak Burun ve Boğaz	3	3.3
Ortopedi ve Travmatoloji	3	3.3
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	3	3.3
Radyoloji	1	1.1
Üroloji	1	1.1
Birden Fazla	6	6.5
Diğer	10	10.9
Toplam	92	100.0

Hastalar tarafından ilk başvuru yapılan klinikte şikayetlerin hangi sistemleri ilgilendirdiği incelendiğinde; genitoüriner sistem şikayetlerinin %20,7 (19 hasta) ile ilk sırada olduğu görüldü. İkinci sırada kozmetik şikayetler %16,3 (15 hasta), üçüncü sırada ise gastrointestinal sistem şikayetleri %13 (12 hasta) bulunmaktadır. Diğer olarak sınıflandırılan gruptaki 1

hastanın ağız ve diş sağlığı şikayeti ile başvurduğu, 1 hastanın şikayetlerinin ise prenatal sistemi ilgilendirdiği görülmektedir. Birden fazla olarak sınıflandırılan grup içerisinde 3'er hasta ile en sık genitoüriner ve gastrointestinal sistem şikayetleri bulunmaktadır. Hastaların ilk başvuru kliniğinde şikayetlerinin hangi sistemleri ilgilendirdiğine göre dağılımı Tablo 6'da gösterilmektedir.

Tablo 6. Hastalar tarafından ilk başvuru kliniğinde şikayetlerin sistemlere göre dağılımı

Klinik Birim	Hasta Sayısı	%
Kozmetik Şikayetler	15	16.3
Endokrin Sistem Şikayetleri	3	3.3
Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları Şikayetleri	2	2.2
Genitoüriner Sistem Şikayetleri	19	20.7
Gastrointestinal Sistem Şikayetleri	12	13.0
Kardiyovasküler Sistem Şikayetleri	6	6.5
Hematolojik ve Onkolojik Şikayetler	2	2.2
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Şikayetleri	3	3.3
Solunum Sistemi Şikayetleri	6	6.5
Kas İskelet Sistemi Şikayetleri	10	10.9
Göz Hastalıkları Şikayetleri	2	2.2
Birden Fazla	8	8.7
Diğer	2	2.2
Belirtilmemiş	2	2.2
Total	92	100.0

İddiaya konu kliniğe konulan tanılarının sistemlere göre yüzde dağılımı Tablo 7'de gösterilmiştir. Birinci sırada genitoüriner sistem hastalıkları %20,7 (19 hasta), ikinci sırada gastrointestinal sistem hastalıkları %15,2 (14 hasta) ve üçüncü sırada ise %8,7 (8 hasta) dermatolojik hastalıklar tanısı yer almaktadır. Diğer olarak sınıflandırılan gruptaki 1 hastanın prenatal hastalıklarla ilgili 1 hastanın ise ağız ve diş sağlığı hastalıkları ile ilgili tanı aldığı

görülmektedir. 2 hastada tanı konulmadığı, birden fazla olarak sınıflandırılan grupta 3 hasta ile en sık kardiyovasküler sistem hastalıkları tanısı konulduğu görüldü.

Tablo 7. İddiaya konu klinikte konulan tanıların sistemlere göre dağılımı

Klinik Birim	Hasta Sayısı	%
Dermatolojik Hastalıklar	8	8.7
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Hastalıkları	7	7.6
Endokrin Sistem Hastalıkları	3	3.3
Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları	3	3.3
Genitoüriner Sistem Hastalıkları	19	20.7
Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	14	15.2
Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	5	5.4
Hematolojik ve Onkolojik Hastalıklar	4	4.3
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	3	3.3
Solunum Sistemi Hastalıkları	5	5.4
Kas İskelet Sistemi Hastalıkları	7	7.6
Göz Hastalıkları	1	1.1
Sinir Sistemi Hastalıkları	3	3.3
Birden Fazla	6	6.5
Diğer	2	2.2
Tanı Konulmamış	2	2.2
Toplam	92	100.0

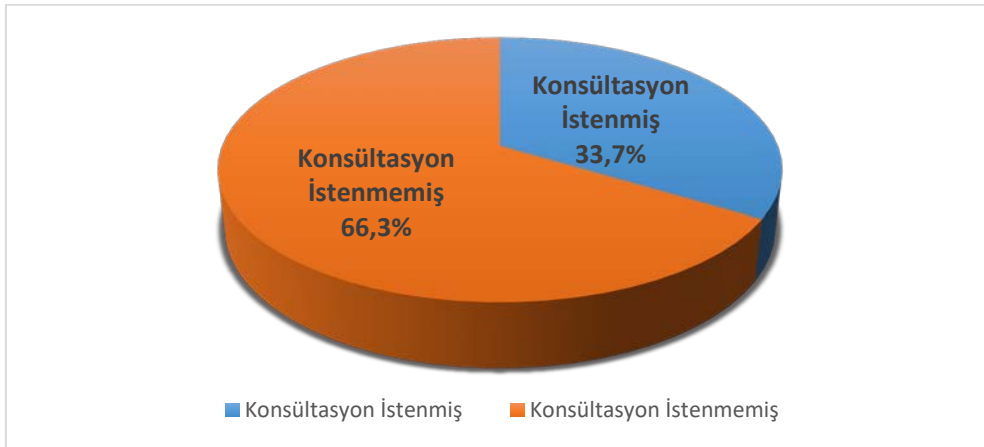
Hastalara iddialara konu klinikte uygulanan tedavi yöntemleri incelendiğinde; ilk sırada %28,3 (26 hasta) cerrahi operasyonların bulunduğu görüldü. İkinci sırada ise minimal invaziv girişim %23,9 (22 hasta) uygulanan hastalar bulunmaktadır. Minimal invaziv girişim olarak tanımlanan grup içerisinde; koroner anjiyografi, endoskopi, skleroterapi, lazer lipoliz, diyaliz, sünnet, süturasyon, minimal cerrahi girişimler vb. tedaviler yer almaktadır. Tabloda diğer olarak sınıflandırılan gruptaki 1 hastaya beslenme programı düzenlendiği, 1 hastaya resüsitasyon işlemi uygulandığı, 1 hastaya işitme testi yapıldığı, 1 hastaya diş kanal tedavisi ve protez uygulaması yapıldığı, 1 hastaya USG işlemi, 1 hastaya ise fitoterapi tedavisi uygulandığı

görülmektedir. 7 hastaya (%7,6) herhangi bir tedavi uygulanmamıştır. Hastaların iddialara konu klinikte uygulanan tedavi yöntemlerine göre dağılımı Tablo 8’de gösterilmektedir.

Tablo 8. İddiaya konu klinikte uygulanan tedavi yöntemlerinin dağılımı

Klinik Birim	Hasta Sayısı	%
İlaç tedavisi	8	8.7
Cerrahi operasyon	26	28.3
Yoğun bakım takibi	7	7.6
Sezeryan/Vajinal Doğum	6	6.5
Minimal invaziv girişim	22	23.9
Prp/Saç Ekimi	1	1.1
Lazer epilasyon /IPL	5	5.4
Enjeksiyon	3	3.3
Tedavi uygulanmamış	7	7.6
Diğer	7	7.6
Toplam	92	100.0

Hastaların tanı ve tedavi sürecinde %33,7’sine (31 hasta) ilk başvurdukları klinik tarafından başvuru şikayetlerine yönelik başka bir klinikten konsültasyon istendiği, %66,3’üne (61 hasta) ise konsültasyon istenmediği görülmektedir. Hastaların ilk başvurdukları klinik tarafından başka bir klinikten konsültasyon istenip istenmediğine göre dağılımı Grafik 4’te gösterilmiştir.



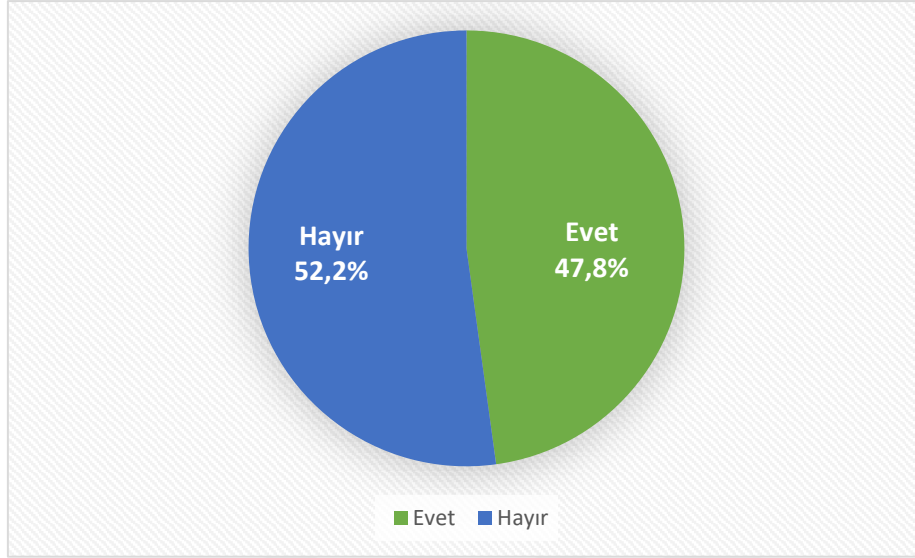
Grafik 4: Hastaların ilk başvurdukları klinik tarafından konsültasyon istenip istenmediğine göre dağılım

Hastaların tanı ve tedavi sürecinde ilk başvurdukları klinik tarafından başvuru şikayetlerine yönelik konsültasyon istenen diğer klinikler incelendiğinde; en sık %6,5 (6 hasta) ile birden fazla klinikten, ikinci sıklıkta ise %5,4 (5 hasta) ile genel cerrahi kliniğinden konsültasyon istendiği görülmüştür. Birden fazla olarak sınıflandırılan grupta en sık (4 hasta) kardiyoloji kliniğinden konsültasyon istendiği tespit edilmiştir. Hastaların ilk başvurdukları klinik tarafından konsültasyon istenen kliniklerin dağılımı Tablo 9’da gösterilmektedir.

Tablo 9. Hastaların ilk başvurdukları klinik tarafından konsültasyon istenen kliniklere göre dağılımı

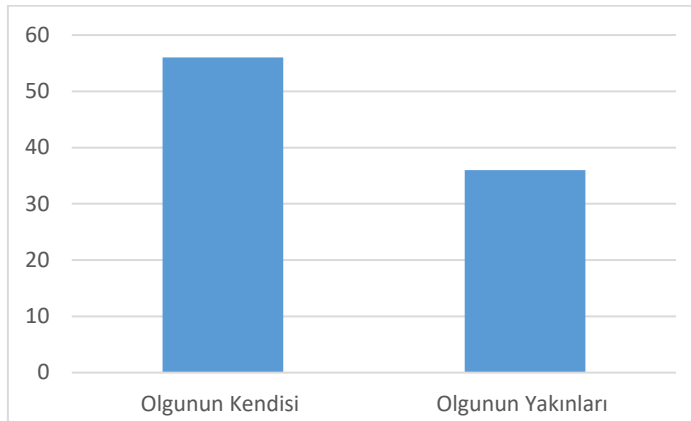
Klinik Birim	Hasta Sayısı	%
Anesteziyoloji ve Reaminasyon	1	1.1
Beyin ve Sinir Cerrahisi	1	1.1
Çocuk Cerrahisi	1	1.1
Deri ve Zührevi Hastalıklar	1	1.1
Genel Cerrahi	5	5.4
Göğüs Hastalıkları	3	3.3
Göz Hastalıkları	1	1.1
İç Hastalıkları	1	1.1
Kadın Hastalıkları ve Doğum	1	1.1
Kalp ve Damar Cerrahisi	3	3.3
Kardiyoloji	1	1.1
Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları	1	1.1
Ortopedi ve Travmatoloji	3	3.3
Radyoloji	1	1.1
Üroloji	1	1.1
Birden Fazla	6	6.5
Konsültasyon İstenmemiş	61	66.3
Toplam	92	100.0

Hastaların %47,8'nin (44 hasta) tanı ve tedavi sürecinde radyolojik görüntülemelerden yararlanılırken, 52,2'sinde (48 hasta) ise radyolojik görüntüleme istenmemiştir. Hastaların tanı ve tedavi sürecinde radyolojik görüntüleme istenip istenmemesine göre dağılımı Grafik 5'te gösterilmiştir.



Grafik 5: Hastaların tanı ve tedavi sürecinde radyolojik görüntüleme istenip istenmemesine göre dağılımı

Tıbbi uygulama hatası iddiasının %60,9 (56 hasta) oranında hastanın kendisi, %39,1 (36 hasta) oranında ise hastanın yakınları tarafından ortaya atıldığı görülmüştür. Tıbbi uygulama hatası iddiasını ortaya atan kişilerin dağılımı Grafik 6'da gösterilmiştir.



Grafik 6: Tıbbi uygulama hatası iddiasını ortaya atan kişilerin dağılımı

Tıbbi uygulama hatası iddiasının konularına bakıldığında %60,9 (56 hasta) ile en sık tedavi hataları, ikinci sıklıkta %13 (12 hasta) ile tanı hataları ve üçüncü sıklıkta ise %10,9 (10 hasta) ile tanı ve tedavi hatalarının olduğu gözlemlendi. Tabloda diğer olarak sınıflandırılan 1 hastada ise iddia konusunun hasta haklarına saygı göstermemek olduğu görüldü. Tıbbi uygulama hatası iddiasının konularına göre dağılımı Tablo 10’da gösterilmektedir.

Tablo 10. Tıbbi uygulama hatası iddiasının konularına göre dağılımı

İddia Konusu	Hasta Sayısı	%
Aydınlatılmış onam ile ilgili eksiklikler	5	5.4
Tanı hataları	12	13.0
Tedavi hataları	56	60.9
Tanı ve tedavi hataları	10	10.9
Tedavi ve izlem hataları	2	2.2
Özen ve Dikkat Eksikliği	6	6.5
Diğer	1	1.1
Toplam	92	100.0

Tıbbi uygulama hatası iddiası yöneltelen sağlık personelinin görevlerine göre dağılımı incelendiğinde ilk sırada %67,4 (62 hasta) hekimlerin olduğu görüldü. İkinci sırada %23,9 (22 hasta) ile birden fazla sağlık personeli bulunmaktadır. Birden fazla olarak sınıflandırılan grup içerisindeki tüm olgularda hekimlerin bulunduğu, 5 olguda hekimlerle birlikte hastane yönetimi 4’er olguda ise hekimlerle birlikte hemşire ve güzellik uzmanlarının bulunduğu tespit edilmiştir. Diğer olarak sınıflandırılan grup içerisinde ise güzellik uzmanı (4 hasta) ve acil tıp teknisyeni (1 hasta) bulunmaktadır. Tıbbi uygulama hatası iddiası yöneltelen sağlık personelinin görevlerine göre dağılımı Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11. Tıbbi uygulama hatası iddiası yöneltilen sağlık personelinin görevlerine göre dağılımı

Görev Alanı	Hasta Sayısı	%
Hekim	62	67.4
Diş Hekimi	1	1.1
Hemşire	2	2.2
Birden Fazla	22	23.9
Diğer	5	5.4
Toplam	92	100.0

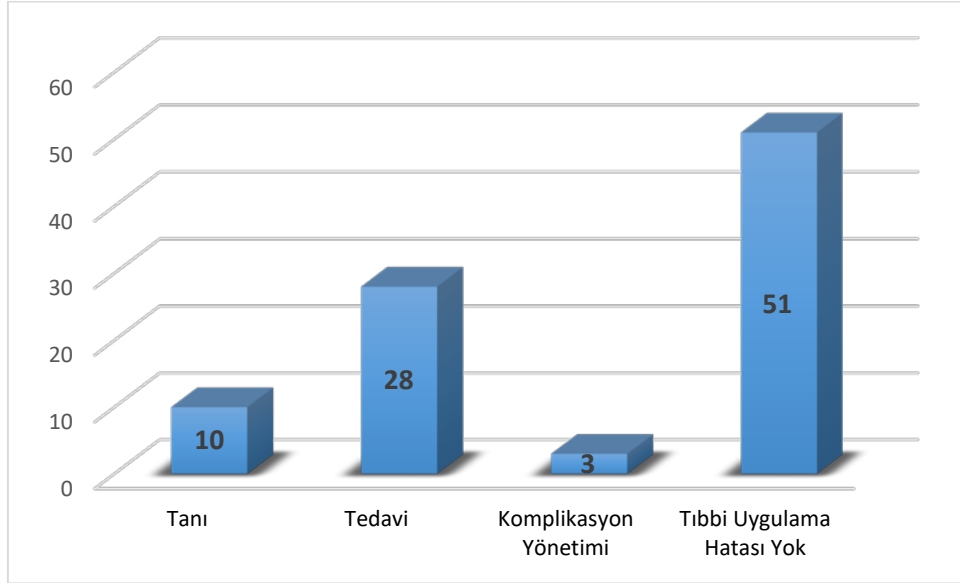
Tıbbi uygulama hatası iddiası yöneltilen hekimlerin mesleki derecelerine göre dağılımı incelendiğinde en büyük grubu %65,2 (60 hasta) uzman hekimlerin oluşturduğu görülmüştür. İkinci sırada %18,5 (17 hasta) ile öğretim üyeleri bulunmaktadır. Üçüncü sırada ise %7,6 (7 hasta) ile pratisyen hekimler bulunmaktadır. Tıbbi uygulama hatası iddiası yöneltilen hekimlerin mesleki derecelerine göre dağılımı Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12. Tıbbi uygulama hatası iddiası yöneltilen hekimlerin mesleki derecelerine göre dağılımı

Mesleki Dereceler	Hasta Sayısı	%
Pratisyen	7	7.6
Asistan	1	1.1
Uzman	60	65.2
Öğretim Üyesi	17	18.5
Hekim Dışı	7	7.6
Toplam	92	100.0

Tarafımızca verilen karar doğrultusunda tıbbi uygulama hatasının %30,4 (28 hasta) ile ilk sırada tedavi, ikinci sırada %10,9 (10 hasta) ile tanı ve son sırada ise %3,3 (3 hasta) ile komplikasyon yönetimi aşamasında meydana geldiği görülmektedir. Tıbbi uygulama hatasının aşamasına göre dağılımı Grafik 7’de gösterilmektedir.

Grafik 7: Tıbbi uygulama hatasının aşamasına göre dağılımı



Tıbbi uygulama hatası aşamasının hastaların ilk başvurdukları klinik tarafından konsültasyon istenip istenmemesine göre dağılımı incelendiğinde; tanı aşamasında meydana gelen tıbbi uygulama hatalarının %70'inde (n:7) ve tıbbi uygulama hatası olmayan olguların %33,3'ünde (n:17) konsültasyon istendiği, tedavi aşamasında meydana gelen tıbbi uygulama hatalarının ise %82,1'inde (n:23) konsültasyon istenmediği görüldü. Tıbbi uygulama hatası aşaması ve hastaların ilk başvurdukları klinik tarafından konsültasyon istenip istenmemesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p=0,011$) (Tablo 13).

Tablo 13: Tıbbi uygulama hatası aşamasının hastaların ilk başvurdukları klinik tarafından konsültasyon istenip istenmemesine göre dağılımı

	Konsültasyon İstenmiş	Konsültasyon İstenmemiş	p değeri
Tanı	7	3	<0,05
Tedavi	5	23	
Komplikasyon Yönetimi	2	1	
Tıbbi Uygulama Hatası Yok	17	34	

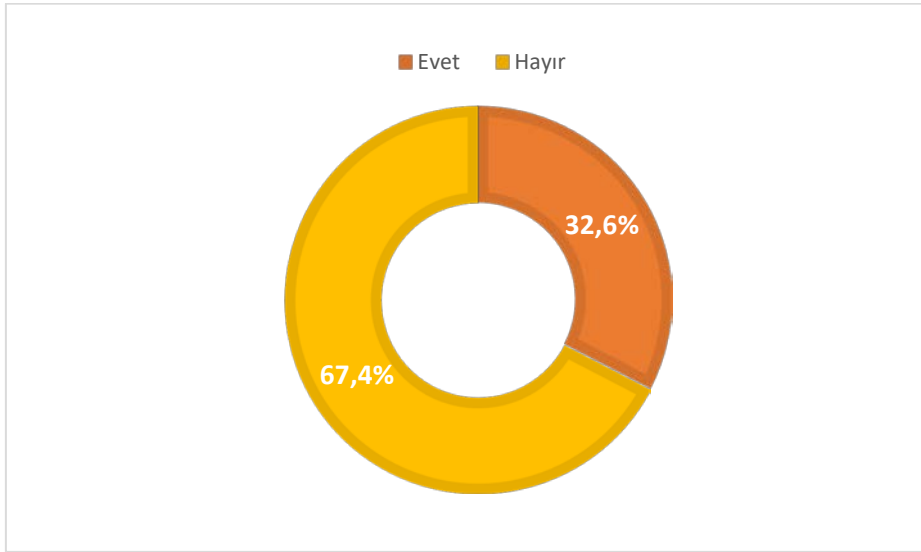
Tıbbi uygulama hatasının nedenlerine göre dağılımı Tablo 14’de gösterilmektedir. Tıbbi uygulama hatalarının en sık nedenlerinin 7’ser hasta (%7,6) ile tedavi hataları ile özen ve dikkat eksikliği olduğu görülmektedir. İkinci sırada %5,4 (5 hasta) ile yetkisiz uygulamalar yer almaktadır. Üçüncü sırada ise 4’er hasta ile tanı ve tedavi hataları ile tek başına tanı hataları yer almaktadır. Tabloda diğer olarak sınıflandırılan grupta tedavi hatası ile birlikte yetkisiz uygulama ve hasta haklarına saygı göstermemek bulunmaktadır.

Tablo 14: Tıbbi uygulama hatasının nedenlerine göre dağılımı

Uygulama Hatasının Nedeni	Hasta Sayısı	%
Aydınlatılmış onam ile ilgili eksiklikler	2	2.2
Tanı hataları	4	4.3
Tedavi hataları	7	7.6
Komplikasyon yönetimi	3	3.3
Özen ve Dikkat Eksikliği	7	7.6
Yetkisiz uygulama	5	5.4
Tanı ve tedavi hataları	4	4.3
Tedavi ve izlem hataları	1	1.1
Tedavi ve komplikasyon yönetimi	3	3.3
Tedavi-Özen ve Dikkat Eksikliği	3	3.3
Diğer	2	2.2
Tıbbi uygulama hatası yok	51	55.4
Toplam	92	100.0

Tıbbi uygulama hatası iddiasının ölümle sonuçlanıp sonuçlanmadığına göre dağılımı incelendiğinde; olguların %32,6’sında (30 hasta) tıbbi uygulama hatası iddiasının ölümle sonuçlandığı görülmüştür. Tıbbi uygulama hatası iddiasının ölümle sonuçlanıp sonuçlanmadığına göre dağılımı Grafik 8’de gösterilmektedir.

Grafik 8: Tıbbi uygulama hatası iddiasının ölümle sonuçlanıp sonuçlanmadığına göre dağılımı



Tıbbi uygulama hatası iddiasının ölümle sonuçlanıp sonuçlanmaması ve hastaların ilk başvurdukları klinik tarafından konsültasyon istenip istenmemesine göre dağılım incelendi. Tıbbi uygulama hatası iddiası ölümle sonuçlanan olguların %50'sinde (n:15) ilk başvuru klinik tarafından konsültasyon istendiği, %50'sinde (n:15) ise konsültasyon istenmediği, tıbbi uygulama hatası iddiası ölümle sonuçlanmayan olguların %74,2'sinde (n:46) ise konsültasyon istenmediği gözlemlendi. Tıbbi uygulama hatası iddiasının ölümle sonuçlanıp sonuçlanmaması ve hastaların ilk başvurdukları klinik tarafından konsültasyon istenip istenmemesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p=0,021$) (Tablo 15).

Tablo 15: Tıbbi uygulama hatası iddiasının ölümle sonuçlanıp sonuçlanmamasının hastaların ilk başvurdukları klinik tarafından konsültasyon istenip istenmemesine göre dağılımı

	Konsültasyon İstenmiş	Konsültasyon İstenmemiş	p değeri
Tıbbi uygulama hatası iddiası ölümle sonuçlanmış	15	15	<0,05
Tıbbi uygulama hatası iddiası ölümle sonuçlanmamış	16	46	

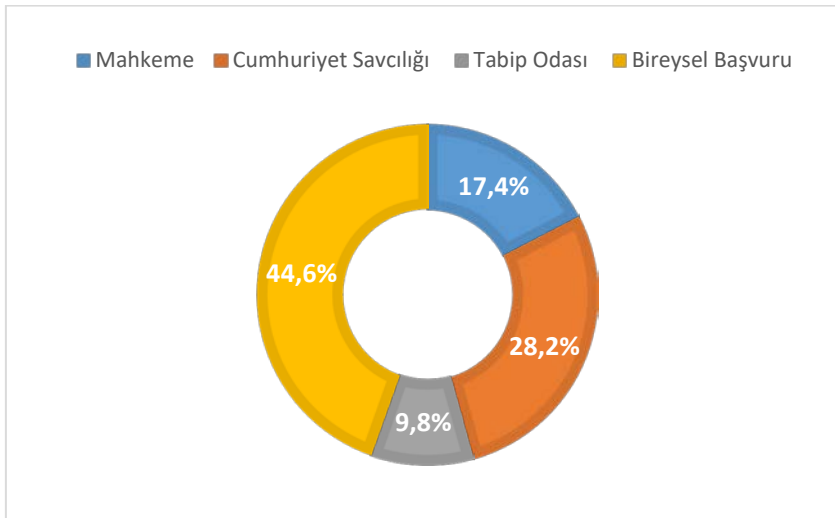
İddialara konu klinik branş ve tıbbi uygulama hatası iddiasının ölümle sonuçlanıp sonuçlanmamasına göre dağılım incelendiğinde; dahili branşların %53,6'sında (n:15), cerrahi branşların ise %22,2'sinde (n:12) tıbbi uygulama hatası iddiasının ölümle sonuçlandığı görüldü. İddialara konu klinik branş ve tıbbi uygulama hatası iddiasının ölümle sonuçlanıp sonuçlanmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0,016$) (Tablo 16).

	Tıbbi uygulama hatası iddiası ölümle sonuçlanmış	Tıbbi uygulama hatası iddiası ölümle sonuçlanmamış	p değeri
Dahili Branş	15	13	<0,05
Cerrahi Branş	12	42	
Diğer	3	7	

Tablo 16: İddialara konu klinik branş ve tıbbi uygulama hatası iddiasının ölümle sonuçlanıp sonuçlanmamasına göre dağılımı

Tıbbi uygulama hatası iddiasına yönelik tarafımıza yapılan başvuru şekline göre dağılım Grafik 9'da gösterilmiştir. En büyük grubu %44,6 (41 hasta) ile bireysel başvuruların, ikinci büyük grubu ise %28,2 (26 hasta) ile cumhuriyet savcılığında gelen istemlerin oluşturduğu görülmektedir.

Grafik 9: Tıbbi uygulama hatası iddiasına yönelik tarafımıza yapılan başvuru şeklinin dağılımı



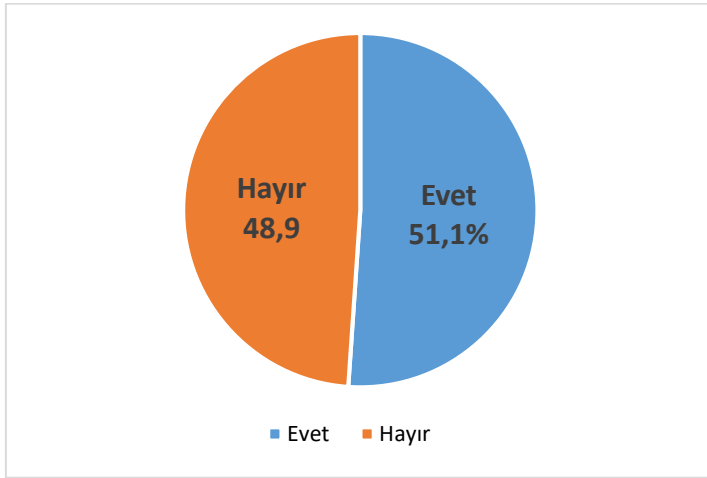
Tıbbi uygulama hatası iddiasının ölümle sonuçlanıp sonuçlanmamasının tıbbi uygulama hatası iddiasına yönelik tarafımıza yapılan başvuru şekline göre dağılımı incelendiğinde; tıbbi uygulama hatası iddiası ölümle sonuçlanan hastaların %76,7'sinde (n:23) tarafımıza bireysel başvuruda bulunulduğu, tıbbi uygulama hatası iddiası ölümle sonuçlanmayan hastaların %40,3'ünde (n:25) ise tarafımıza yapılan istemlerin cumhuriyet savcılığından geldiği görülmektedir. Tıbbi uygulama hatası iddiasının ölümle sonuçlanıp sonuçlanmaması ve tıbbi uygulama hatası iddiasına yönelik tarafımıza yapılan başvuru şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,001$) (Tablo 17).

Tablo 17: Tıbbi uygulama hatası iddiasının ölümle sonuçlanıp sonuçlanmamasının tıbbi uygulama hatası iddiasına yönelik tarafımıza yapılan başvuru şekline göre dağılımı

	Mahkeme	Cumhuriyet Savcılığı	Tabip Odası	Bireysel Başvuru	p değeri
Tıbbi uygulama hatası iddiası ölümle sonuçlanmış	3	1	3	23	p<0,05
Tıbbi uygulama hatası iddiası ölümle sonuçlanmamış	13	25	6	18	

Tarafımıza yapılan başvuru öncesi başka bir kurum tarafından rapor düzenlenip düzenlenmediğine ilişkin dağılım incelendiğinde; olguların %51,1'nde (47 hasta) tarafımıza başvuru öncesi başka bir kurum ya da kişi tarafından rapor düzenlendiği, %48,9'nda (45 hasta) ise tarafımıza başvuru öncesi başka bir kurum ya da kişi tarafından rapor düzenlenmediği tespit edilmiştir. Tarafımıza yapılan başvuru öncesi başka bir kurum tarafından rapor düzenlenip düzenlenmediğine ilişkin dağılım Grafik 10'da gösterilmiştir.

Grafik 10: Tarafımıza yapılan başvuru öncesi başka bir kurum tarafından rapor düzenlenip düzenlenmediğine ilişkin dağılım



Tıbbi uygulama hatası iddiasına yönelik tarafımıza yapılan başvuru şekli ve tarafımıza yapılan başvuru öncesi başka bir kurum tarafından rapor düzenlenip düzenlenmediğine ilişkin dağılım incelendiğinde; bireysel başvuruda bulunan olguların %68,3'ünde (n:28) tarafımıza yapılan başvuru öncesi başka bir kurum tarafından rapor düzenlendiği, cumhuriyet savcılığında gelen istemlerin ise %88'5'inde (n:23) tarafımıza yapılan başvuru öncesi başka bir kurum tarafından rapor düzenlenmediği gözlemlendi. Tıbbi uygulama hatası iddiasına yönelik tarafımıza yapılan başvuru şekli ve tarafımıza yapılan başvuru öncesi başka bir kurum tarafından rapor düzenlenip düzenlenmemesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,001$) (Tablo 18).

Tablo 18: Tıbbi uygulama hatası iddiasına yönelik tarafımıza yapılan başvuru şeklinin tarafımıza yapılan başvuru öncesi başka bir kurum tarafından rapor düzenlenip düzenlenmemesine göre dağılımı

	Başvuru Öncesi Başka Bir Kurumdan Rapor Düzenlenmiş	Başvuru Öncesi Başka Bir Kurumdan Rapor Düzenlenmemiş	p değeri
Mahkeme	12	4	p<0,05
Cumhuriyet Başsavcılığı	3	23	
Tabip Odası	4	5	
Bireysel Başvuru	28	13	

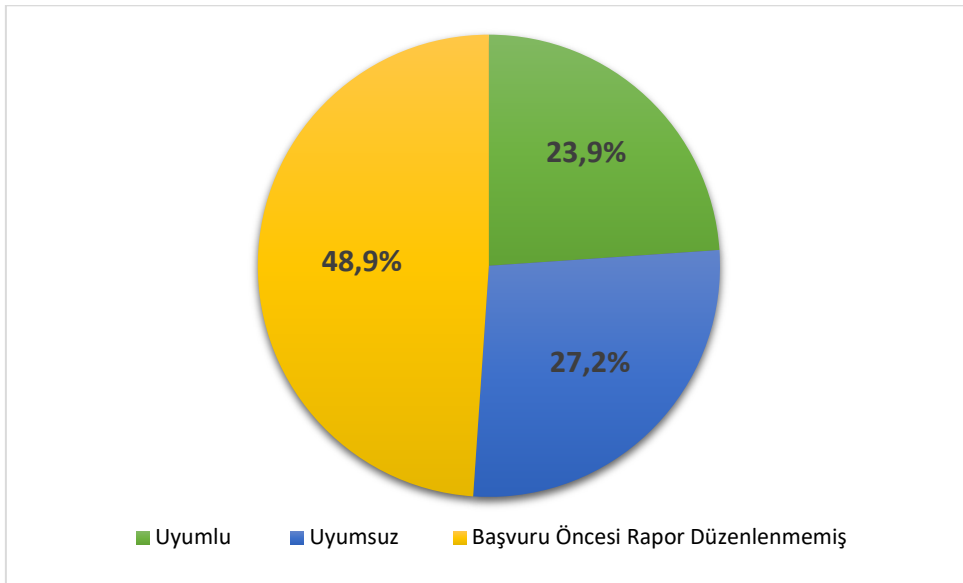
Tarafımıza yapılan başvuru öncesi rapor düzenlenen kişi/kurumların dağılımı Tablo 19'da gösterilmiştir. En büyük grubu %32,6 (30 hasta) ile adli tıp kurumu, ikinci büyük grubu ise %13 (12 hasta) ile ilgili branş hekimi oluşturmaktadır.

Tablo 19: Tarafımıza yapılan başvuru öncesi rapor düzenlenen kişi/kurumların dağılımı

Rapor Düzenlenen Kurum/Kişi	Hasta Sayısı	%
Adli Tıp Kurumu	30	32.6
Yüksek Sağlık Şurası	2	2.2
İlgili Branş Hekimi	12	13.0
Birden Fazla	3	3.3
Başvuru öncesi rapor düzenlenmemiş	45	48.9
Toplam	92	100.0

Bilirkişi görüşümüz ile diğer kurumların görüşlerinin karşılaştırılmasına ilişkin dağılım Grafik 11'de gösterilmiştir. Hastaların %23,9'nda (22 hasta) bilirkişi görüşümüz diğer kurum/kişilerin görüşleri ile uyumlu, %27,2'sinde (25 hasta) ise uyumsuzdur.

Grafik 11: Bilirkişi görüşümüz ile diğer kurumların görüşlerinin karşılaştırılmasına ilişkin dağılım



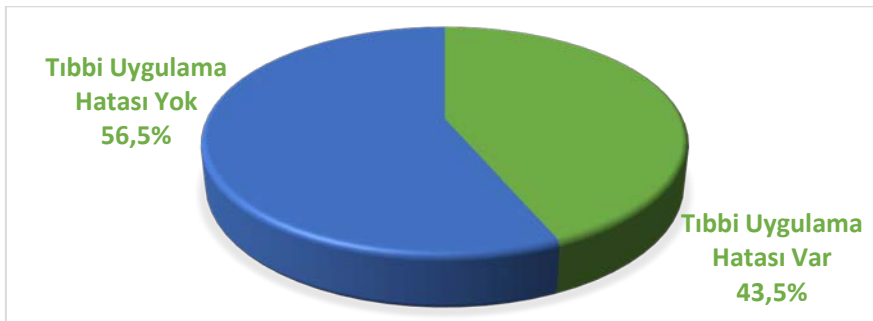
Tıbbi uygulama hatası iddiasına yönelik tarafımıza yapılan başvuru şekli ve bilirkişi görüşümüz ile diğer kurumların görüşlerinin karşılaştırılmasına ilişkin dağılım incelendi. Bireysel başvuruda bulunan olguların %53,7'sinde (n:22) görüşümüzün diğer kurum/kişilerin görüşleri ile uyumlu olmadığı, mahkemeden gelen istemlerin ise %56,3'ünde (n:9) görüşümüzün diğer kurum/kişilerin görüşleri ile uyumlu olduğu tespit edildi. Tıbbi uygulama hatası iddiasına yönelik tarafımıza yapılan başvuru şekli ve bilirkişi görüşümüz ile diğer kurumların görüşlerinin karşılaştırılması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0,001$) (Tablo 20). Başvuru öncesi rapor düzenlenmemiş olanlar dışlanarak bakıldığında farkın daha da anlamlı olacağı anlaşılmaktadır.

Tablo 20: Tıbbi uygulama hatası iddiasına yönelik tarafımıza yapılan başvuru şeklinin bilirkişi görüşümüz ile diğer kurumların görüşlerinin karşılaştırılmasına göre dağılımı

	Uyumlu	Uyumsuz	Başvuru öncesi rapor düzenlenmemiş	p değeri
Mahkeme	9	3	4	p<0,05
Cumhuriyet Başsavcılığı	3	0	23	
Tabip Odası	4	0	5	
Bireysel Başvuru	6	22	13	

Tıbbi uygulama hatası kararına yönelik dağılım incelendiğinde; hastaların %43,5'inde (40 hasta) tıbbi uygulama hatası olduğu, %56,5'inde (52 hasta) ise tıbbi uygulama hatası olmadığı tespit edilmiştir. Tıbbi uygulama hatası kararına yönelik dağılım Grafik 12'de gösterilmiştir.

Grafik 12: Tıbbi uygulama hatası kararına yönelik dağılım



Hastaların ilk başvurdukları klinik tarafından konsültasyon istenip istenmemesine göre tıbbi uygulama hatası kararı incelendi. Konsültasyon istenen hastaların %45,2'sinde (n:14) tıbbi uygulama hatası olduğu, konsültasyon istenmeyen hastaların %44,3'ünde (n:27) tıbbi uygulama hatası olduğu yönünde karar verildiği gözlemlendi. Hastaların ilk başvurdukları klinik tarafından konsültasyon istenip istenmemesi ve tıbbi uygulama hatası kararı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p=0,935$) (Tablo 21).

Tablo 21: Hastaların ilk başvurdukları klinik tarafından konsültasyon istenip istenmemesine göre tıbbi uygulama hatası kararı dağılımı

	Tıbbi uygulama hatası var	Tıbbi uygulama hatası yok	p değeri
Konsültasyon İstenmiş	14	17	>0,05
Konsültasyon İstenmemiş	27	34	

Hastaların tanı ve tedavi sürecinde radyolojik görüntüleme istenip istenmemesine göre tıbbi uygulama hatası kararı incelendiğinde; radyolojik görüntüleme istenen hastaların %54,5'inde (n:24), radyolojik görüntüleme istenmeyen hastaların ise %56,3'ünde (n:27) tıbbi uygulama hatası olmadığı yönünde karar verildiği gözlemlendi. Hastaların tanı ve tedavi sürecinde radyolojik görüntüleme istenip istenmemesi ve tıbbi uygulama hatası kararı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p=0,869$) (Tablo 22).

Tablo 22: Hastaların tanı ve tedavi sürecinde radyolojik görüntüleme istenip istenmemesine göre tıbbi uygulama hatası kararı dağılımı

	Tıbbi uygulama hatası var	Tıbbi uygulama hatası yok	p değeri
Radyolojik Görüntüleme İstenmiş	20	24	>0,05
Radyolojik Görüntüleme İstenmemiş	21	27	

5. TARTIŞMA

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de tıbbi uygulama hatası iddiaları ile yargıya başvuranların sayısı giderek artmaktadır (49,83,192).

Dr. Yorulmaz tıbbi uygulama hataları ile ilgili olarak İstanbul Tabip Odası Hekimlik Uygulama Bürosuna 1999-2003 yılları arasındaki dönemde başvuran olguların dosyaları üzerinde yaptığı doktora tezinde; 1999 yılından 2003 yılına kadar olan olgu sayısında % 42 oranında bir artış saptandığını bildirmiştir (12). 2002-2006 yıllarını kapsayan beş yıllık dönemde ATK 3. İhtisas Kurulunca tıbbi uygulama hatası yönünden değerlendirilen dosyalar üzerinde yaptığı yüksek lisans tez çalışmasında Özkaya, tıbbi uygulama hatası iddiası olan olgularda 2003 yılından itibaren önemli bir artış olduğunu bildirmiştir (11). Pakiş doktora tezi çalışmasında; 2001- 2005 yılları arasında ATK 1. ve 3. İhtisas Kurullarınca değerlendirilen tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan ve ölü doğum ya da ölümle sonuçlanan olguların dosyaları incelendiğinde 2001 ve 2005 yılları arasındaki olgu sayısında %160'lık bir artış olduğu saptanmıştır (83). Gürbeden yaptığı tez çalışmasında 2010-2014 yılları arasında tıbbi uygulama hatası iddiası ile ATK İzmir Grup Başkanlığında otopsi yapılan olguların dosyaları incelendiğinde; 2010-2014 yılları arasındaki olgu sayısında, 2001-2005 yılları arasına kıyasla 4,3 kat artış olduğunu bildirmiştir (4). Dr. Balıkcı'nın tez çalışmasında; 2013 ve 2014 yıllarındaki 2 yıllık sürede ATK 1. ve 2. İhtisas Kurullarına tıbbi uygulama hatası iddiası ile başvuran olguların toplam sayısının 1980 olduğu saptanmıştır (101).

Çalışmamızda 2014-2021 yılları arasında DEÜTF Adli Tıp Anabilim Dalımızca adli raporu düzenlenen malpraktis olgu sayısı 92 olarak bulunmuştur. Son yıllarda anabilim dalımızca değerlendirilen malpraktis olgu sayısında artış saptanmakla beraber özellikle ATK'da yapılan diğer çalışmalara kıyasla olgu sayısının az olduğu görülmüştür. Bu durumun ATK ve diğer kurumlara kıyasla genel olgu sayımızdaki azlıktan kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda hastaların yaş ortalaması 39,36 ($\pm 19,32$) ve medyan yaş 38 olarak saptanmıştır. Dr. Balıkcı'nın 2013 ve 2014 yıllarındaki 2 yıllık sürede ATK 1. ve 2. İhtisas Kurullarına tıbbi uygulama hatası iddiası ile başvuran olguların incelendiği tez çalışmasında; 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu'na başvuru yapılan olguların yaş ortalamasının 33,03 ($\pm 26,86$) ve medyan yaşın 34 olarak saptandığı bildirilmiştir (101). Çalışmamızda hastaların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; en büyük grubu 21-30 yaş arası hastalar, ikinci büyük grubu ise

41-50 yaş arası hastaların oluşturduğu görülmüştür. Gürbeden'in 2010-2014 yılları arasında tıbbi uygulama hatası iddiası ile İzmir'de otopsi yapılmış olguları incelediği tez çalışmasında; farklı olarak yaş gruplarına göre dağılım incelendiğinde en büyük grubu fetal ve perinatal ölümlerin, ikinci büyük grubu ise 51-60 yaş arası olgular ile 71 yaş ve üzeri olguların birlikte oluşturduğu bildirilmiştir (4).

Grafik 2'de hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı gösterilmiştir. Hastaların %56,5'nin kadın, %43,5'inin ise erkek olduğu saptanmıştır. Çalışmada kadın oranının erkek oranından daha fazla olduğu görülmüş olup; bu daha önce yapılmış çalışmalara kıyasla daha nadir görülen bir durumdur. Algan'ın 2006-2010 yılları arasında ATK 1. ve 3. İhtisas Kurullarına ait tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan ve otopsi İstanbul Morg İhtisas Dairesinde yapılmış olguları incelediği tez çalışmasında; erkek olguların kadın olgulardan yaklaşık % 50 oranla daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (81). Dr. Yaymaz 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 incelendiği tez çalışmasında; olguların %30,8'inin (n=40) kadın, %69,2'sinin (n=90) erkek olduğunu tespit etmiş (193), Dr. Çoban ise 2007-2011 yılları arasında Adli Tıp Kurumu 1. ve 3. İhtisas Kurullarında nöroloji ve nöroşirürji dallarında çalışan sağlık personeli hakkında açılan 257 olguyu incelendiği tez çalışmasında; olguların 156'sının (% 60,7) erkek, 101'inin (% 39,3) kadın olduğunu saptamıştır (194). Dr. Balıkçı'nın 2013 ve 2014 yıllarındaki 2 yıllık sürede ATK 1. ve 2. İhtisas Kurullarına tıbbi uygulama hatası iddiası ile başvuran olguların incelendiği tez çalışmasında; 1. Adli Tıp İhtisas Kuruluna başvuru yapılan olguların %39,4'ünün erkek, %60,6'sının kadın olduğunu belirtmiştir (101).

Çalışmamızda tıbbi uygulama hatası iddiasına konu sağlık birimlerinin dağılımı bakıldığında ilk sırada %64,1 oranıyla özel sağlık kuruluşları, ikinci sırada ise %19,6 oranıyla devlet hastaneleri yer almaktadır. Pakiş ve Algan tez çalışmalarında en sık devlet hastanelerinin, ikinci sıklıkta ise özel hastanelerin tıbbi uygulama hatası iddiasına konu olduğunu belirtmektedir (81,83). Gürbeden tez çalışmasında tıbbi uygulama hatası iddiası ile İzmir'de otopsi yapılan olguları incelemiştir ve iddiaya konu sağlık biriminin en sık devlet hastaneleri (%42,4) olduğunu belirtmiştir (4). Balıkçı tez çalışmasında ATK 2. Adli Tıp İhtisas Kuruluna başvuran olguların şikâyet edilen hastanelere göre dağılımını incelendiğinde; ilk sırada özel hastanelerin (%46,99) yer aldığını belirtmektedir (101). Dr. Khalil 2015-2020 yılları arasında

Yargıtaya intikal etmiş malpraktis dosyalarını incelediği tez çalışmasında; iddiaya konu sağlık biriminin en sık özel hastaneler (%50,8) olduğunu tespit etmiştir (195). Çarıkçı ve arkadaşlarının, günlük gazetelere yansıyan tıbbi uygulama hatalarını inceledikleri çalışmasında; malpraktis vakalarının en sık meydana geldiği sağlık biriminin özel hastaneler (%36,2) olduğu belirtilmiştir (196). Ertem ve arkadaşlarının, yaptığı bir başka çalışmada malpraktis vakalarının en sık özel hastanelerde meydana geldiği bildirilmiştir (90). Bu durumun hastaların ücret karşılığı başvurdıkları özel hastanelerden aldıkları sağlık hizmetinden beklentilerinin yüksek olmasına bağlanabileceği düşünülmüş olup, bu anlamda çalışmamız literatürle uyumlu bulunmuştur.

Son yıllarda tıbbi uygulama hatası iddialarında branşlara göre dağılıma bağlı olarak; tıp fakültesi öğrencilerinin tercihleri değişmektedir. Bu sebeple tıbbi uygulama hatalarının branşlara bağlı dağılımının analizi oldukça önemlidir. Ülkemizde tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan davaların incelendiği çalışmalarda; branşlara göre dağılıma bakıldığında cerrahi branşların üst sıralarda yer aldığı görülmektedir (13, 83). Studdert ve ark. çalışmalarında tıbbi uygulama hatası iddialarında cerrahi (%31) ile ilişkili iddiaların daha sık olduğunu belirtmektedir (197). Gürbeden ise tez çalışmasında tıbbi uygulama hatası iddialarına konu olan olguların %25,3 ile en sık cerrahi tedavi uygulanan olgular olduğunu bildirmiştir (4). Bizim çalışmamızda tıbbi uygulama hatası iddialarına konu klinik branşlara göre dağılım incelendiğinde; cerrahi branşların (%58,7), dahili (%30,4) branşlara kıyasla daha yüksek oranda olduğu, iddialara konu klinikte uygulanan tedavi yöntemleri incelendiğinde ise ilk sırada cerrahi operasyonların (%28,3), ikinci sırada minimal invaziv girişimlerin (%23,9) bulunduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızdaki bulgular cerrahi girişimlerin tıbbi uygulama hatası açısından daha riskli uygulamalar olduğu ve cerrahi girişimler sonrası tıbbi uygulama hatası iddiasıyla daha fazla dava açıldığı düşüncesi ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda cinsiyete göre iddialara konu klinik branş dağılımı incelendiğinde; kadınların % 67,3'ünde erkeklerin ise %47,5'inde iddialara konu klinik branşın cerrahi branş olduğu gözlenmiştir. Erkek ve kadınlarda iddialara konu klinik branş açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,084$).

Tablo 3'de hastaların ilk başvurdıkları klinik birimlere göre dağılımı gösterilmiştir. Hastaların %27,2'sinin ilk olarak acil servise, %17,4'ünün kadın hastalıkları ve doğum

kliniğine, %12'sinin ise genel cerrahi kliniğine başvurduğu görülmüştür. Acil servisin doğası gereği hasta sayısının diğer kliniklere kıyasla çok ve hastalar açısından daha kolay ulaşılabilir olması bu durumunu hiç de şaşırtıcı kılmamaktadır. Çalışmamızda tıbbi uygulama hatası iddiasına konu klinik birimlerin dağılımını incelendiğinde ise; en sık % 17,4 ile kadın hastalıkları ve doğum kliniği, ikinci sıklıkta % 16,3 ile genel cerrahi kliniği olduğu tespit edilmiştir. Khalil'in tez çalışmasında malpraktis meydana gelen klinikler içerisinde en sık kadın hastalıkları ve doğum (%17,2), ikinci sıklıkta acil servis (%10,5) ve üçüncü sıklıkta ise genel cerrahi kliniğinin (%9,7) olduğu bildirilmiştir (195). Can ve arkadaşları tarafından Yargıtay'a intikal etmiş malpraktis dosyalarının incelendiği bir çalışmada; vakaların %31 ile en sık genel cerrahi, ikinci sıklıkta ise kadın hastalıkları ve doğum (%21) kliniğinde meydana geldiği tespit edilmiştir (34). Elbüken çalışmasında 2002–2008 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası'nda karara bağlanmış olguları incelemiş ve malpraktis vakaların en sık kadın hastalıkları ve doğum (%49,3) kliniğinde meydana geldiğini belirtmiştir (198). Algan'ın tez çalışmasında tıbbi uygulama hatası davası açılan klinikler arasında ilk sırada çocuk sağlığı ve hastalıkları (%15,9), ikinci sırada ise kadın hastalıkları ve doğum (%15,1) olduğu bildirilmiştir (81). Balıkçı tez çalışmasında 1. ve 2. Adli Tıp İhtisas Kuruluna başvurusu yapılan olguların en çok şikâyetle bulunulan branşlara göre dağılımını incelediğinde; birinci sırada kadın hastalıkları ve doğum, ikinci sırada ise acil tıp kliniğinin olduğunu belirtmiştir (101).

Yavuz ve arkadaşlarının sağlıkta dönüşüm programının hekimlerin uzmanlık tercihlerine etkisini araştırmak amacıyla 2007-2015 yılları arasında ÖSYM (Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi) resmi internet sayfasından TUS puanlarını inceledikleri bir çalışmada; riskli olarak görülen kadın hastalıkları ve doğum ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık alanlarında ortalama 5 puandan fazla değişim ile en fazla kaybın görüldüğü, buna karşılık çoğunluğu tanısal olan dahili branşlar ile temel bilimlerden; adli tıp, dermatoloji, radyoloji, nükleer tıp, spor hekimliği, tıbbi biyokimya ve tıbbi genetik gibi alanların puanlarının çok belirgin şekilde yükselmiş olduğu belirtilmektedir (22).

Tıbbi uygulama hatası iddialarının hekimler açısından bir diğer yansıması da defansif tıp uygulamalarıdır. Dr. Biçen tıpta uzmanlık öğrencilerinin defansif tıp konusundaki tutumlarını incelemek amacıyla 243 tıpta uzmanlık öğrencisini defansif tıp uygulamalarında tutum ölçeği kapsamında ele aldığı tez çalışmasında; katılımcıların %6,6'sının her zaman, %40,7'sinin sıkça hukuki sorunlardan korunmak amacı ile gelişebilecek komplikasyonlardan

çekindiği için diğer kliniklerden gerekli gördüklerinin dışında konsültasyon istediğini ifade ettiği, katılımcıların % 6,2'sinin her zaman, % 44'ünün ise sıkça hukuki sorunlardan korunmak amacı ile gerekli gördüklerinin dışında radyodiagnostik görüntüleme incelemesi istediğini ifade ettiği belirtilmektedir. (176). Dr. Banaz'ın hekimlerin defansif tıp ve tıbbi hata tutumlarını incelediği yüksek lisans tezinde; "Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum." maddesine katılımcıların %52,2'sinin tamamen katılıyorum veya çok katılıyorum cevabını verdiği, "Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum." maddesine ise katılımcıların %50,3'ünün tamamen katılıyorum veya çok katılıyorum cevabını verdiği bildirilmiştir (199). Bizim çalışmamızda hastaların %33,7'sinde tanı ve tedavi sürecinde başka bir klinikten konsültasyon istendiği, %47,8'nde ise radyolojik görüntüleme istendiği görülmüştür. Çalışmamızın bu anlamda literatür ile tam olarak paralellik gösterdiği söylenemez.

Gürbeden'in ve Pakiş'in tez çalışmalarında; tıbbi uygulama hatası iddia konuları değerlendirildiğinde en büyük grubun tedavi hataları olduğu bildirilmiştir (4, 83). ABD'de 1986-2010 yılları arasında yapılan bir başka çalışmada tıbbi uygulama hatası iddiaları içinde ilk iki sırada tanı (%28,6), ikinci sırada ise tedavi (%27,2) ilişkili iddialar olduğu belirtilmektedir (200). Dr. Balıkcı'nın tez çalışmasında en yüksek oranda izleme hatası (%15,9), ikinci sıklıkta ise eşit oranda (%11,2) tedavi hatası ile tanı ve tedavi hatası görüldüğü bildirilmiştir (101). Khalil'in tez çalışmasında malpraktis türleri incelendiğinde; en yüksek oranda tedavi hataları (%66,4), sonrasında sırasıyla ihmal durumu (%18,4) ve teşhis hatalarının (%11,2) olduğu saptanmıştır (195). Yine benzer şekilde Yargıtay'a intikal etmiş sezeryan malpraktis olgularının ve diğer dosyaların incelendiği iki ayrı çalışmada en sık malpraktis türünün tedavi hataları, ikinci sıklıkta ise tanı hataları olduğu bildirilmiştir (201, 202). Çalışmamızda tıbbi uygulama hatası iddialarının konularına bakıldığında literatürle uyumlu olarak %60,9 ile en sık tedavi hataları, ikinci sıklıkta tanı hataları (%13) olduğu saptanmıştır. Malpraktis olarak değerlendirilen vakaların ise; %30,4 ile en sık olarak tedavi, ikinci sıklıkta %10,9 ile tanı aşamasında meydana geldiği tespit edilmiştir.

Bizim çalışmamızda tıbbi uygulama hatası aşamasının hastaların ilk başvurdıkları klinik tarafından konsültasyon istenip istenmemesine göre dağılımı incelendiğinde; tedavi aşamasında meydana gelen tıbbi uygulama hatalarının %82,1'inde konsültasyon istenmediği

tespit edilmiştir. Bu durumun günümüzde klinik branşların kendi aralarında ayrışıp farklılaşması ile hastalara her klinik özelinde ayrı ve o kliniğine spesifik tedavilerin uygulanmasına bağlı olduğu düşünülmüştür. Tanı aşamasında meydana gelen tıbbi uygulama hatalarına bakıldığında %70'inde ve tıbbi uygulama hatası olmayan olguların ise %33,3'ünde konsültasyon istendiği saptanmıştır. Bu durum hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalar için daha fazla konsültasyon istenmesi düşüncesi ile çelişmemektedir. Çalışmamızda tıbbi uygulama hatası aşaması ve hastaların ilk başvurdıkları klinik tarafından konsültasyon istenip istenmemesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,011$).

Tıbbi uygulama hatası iddiası yöneltilen kişiler çeşitlilik göstermekle birlikte genellikle hekimlerin ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Her ne kadar günümüzde nitelikli sağlık hizmeti sunabilmenin temel koşullarından biri, alanında uzman hekim ve hekim dışı sağlık profesyonellerin ekip ruhu içerisinde bir arada ve uyumlu çalışmasına bağlı olsa da; hekimlerin sağlık sistemi içerisinde tıbbi uygulamalarda birinci derecede uygulayıcı ve sorumlu konumları göz önüne alındığında bu beklenen bir durumdur. Pakiş tez çalışmasında; 2001-2005 yılları arasında ATK 1. ve 3. İhtisas Kurullarına ait tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan dosyaları incelemiş ve %96,4'lük bir oranla tıbbi uygulama hatası saptanan olgular içerisinde hekimlerin ilk sırada olduğunu tespit etmiştir (83). Algan'ın tez çalışmasında ise bu oran %84,2 olarak belirtilmiştir (81). Gürbeden'in tez çalışmasında; hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan sağlık personelleri içerisinde ilk sırada (%78,5) hekimlerin, ikinci sırada (%8,5) sağlık memuru ve sağlık teknikerlerinin, üçüncü sırada (%6,8) hemşirelerin yer aldığı bildirilmiştir (4). Wallensten'in bir çalışmasında İsveç'te görülen yaklaşık yıllık 3000 tıbbi uygulama hatası iddiasına yönelik şikayetin %70'inin hekimleri, geriye kalan %30'unun ise diğ hekimleri, hemşireler ve diğ er sağlık personellerini kapsadığı belirtilmektedir (203). Çalışmamızda tıbbi uygulama hatası iddiası yöneltilen sağlık personelleri içerisinde ilk sırada (%67,4) hekimlerin, ikinci sırada ise (%23,9) birden fazla sağlık personeli olarak tanımlanan gurubun yer aldığı görülmüştür. Birden fazla olarak sınıflandırılan grup içerisindeki tüm olgularda hekimlerin bulunduğu, %22,7'sinde hekimlerle birlikte hastane yönetimi ve %18,8'inde ise hekimlerle birlikte hemşire veya güzellik uzmanlarının bulunduğu tespit edilmiştir. Güzellik uzmanlarının daha çok yetkisiz uygulama sebebiyle hatalı bulundukları görülmüştür.

Çalışmamızda tıbbi uygulama hatası iddiası yöneltilen hekimlerin mesleki derecelerine göre dağılımına bakıldığında ise; en büyük grubu (%65,2) uzman hekimlerin, ikinci büyük grubu (%18,5) öğretim üyelerinin ve üçüncü büyük grubu (%7,6) pratisyen hekimlerin oluşturduğu görülmektedir. Balıkçı'nın tez çalışmasında tıbbi uygulama hatasına yönelik şikayet edilen hekimler içerisinde en büyük grubu uzman hekimlerin, ikinci büyük grubu ise pratisyen hekimlerin oluşturduğu görülmektedir (101). Çalışmamızdaki bu bulgular literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda olguların %32,6'sında tıbbi uygulama hatası iddiasının ölümle sonuçlandığı, %67,4'ünde ise ölümün meydana gelmediği görülmüştür. Dr. Khalil 2015-2020 yılları arasında Yargıtaya intikal etmiş malpraktis dosyalarını incelediği tez çalışmasında; dava türlerinin %16,9'luk kısmını ceza davalarının oluşturduğu ve bu davaların çoğunun (%66,7) hastalarının ölümü sebebiyle açılmış olduğu belirtilmektedir (195). Dr. Balıkçı'nın tez çalışmasında; 2013 ve 2014 yıllarındaki 2 yıllık sürede ATK 1. ve 2. İhtisas Kurullarına tıbbi uygulama hatası iddiası ile başvuran olgular incelenmiş ve tıbbi uygulama hatası iddiasının olguların %41'inde ölümle sonuçlanmadığı, %59'unda ise ölümle sonuçlandığı bildirilmektedir (101). Çalışmamızda tıbbi uygulama hatası iddiası ölümle sonuçlanan olguların sayısı literatürle uyumlu olarak ölümle sonuçlanmayan olgulara göre daha düşük oranda bulunmuştur.

Çalışmamızda tıbbi uygulama hatası iddiasının ölümle sonuçlanıp sonuçlanmaması ve hastaların ilk başvurdıkları klinik tarafından konsültasyon istenip istenmemesine göre dağılım incelendiğinde; ölümle sonuçlanan olguların %50'sinde ilk başvuru klinik tarafından konsültasyon istendiği, %50'sinde ise konsültasyon istenmediği, tıbbi uygulama hatası iddiası ölümle sonuçlanmayan olguların ise %74,2'sinde konsültasyon istenmediği görüldü. Tıbbi uygulama hatası iddiasının ölümle sonuçlanıp sonuçlanmaması ve hastaların ilk başvurdıkları klinik tarafından konsültasyon istenip istenmemesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p=0,021$). Çalışmamızda konsültasyon istenmeyen olgularda tıbbi uygulama hatası iddiasının daha düşük oranda ölümle sonuçlanmasının nedeni; bu olguların kliniklerinin daha hafif seyretmesi ve şikayetlerine yönelik ilgili kliniklere direkt olarak başvurusu olduğu düşünülmüştür.

Bizim çalışmamızda tıbbi uygulama hatası iddiasının dahili branşlarda (%53,6), cerrahi branşlara kıyasla (%22,2) ölümle sonuçlanma oranı daha yüksek bulunmuştur. İddialara konu

klirik branş ve tıbbi uygulama hatası iddiasının ölümle sonuçlanıp sonuçlanmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,016$). Bu durumun hasta yakınları tarafından dahili branşlarda tanı ve tedavi sürecindeki tıbbi uygulamalarda ölüm beklentisinin düşük olmasına bağlı olduğu düşünülmüştür. Diğer bir ifadeyle dahili branşlarda daha çok ölümle sonuçlanmış vakaların şikayete konu olduğu söylenebilir.

Tıbbi uygulama hatası iddiasına yönelik olguların gönderildiği merciler ve yapılan başvuru şekilleri ülkelerin adli sistemi ve sosyal koşullarına göre değişiklik göstermektedir. Gürbeden'in tez çalışmasında tıbbi uygulama hatası iddiasını ortaya atan kişiler incelendiğinde ilk sırada büyük oranda (%76,7) hasta yakınlarının, ikinci sırada ise Cumhuriyet savcısının (%16,4) yer aldığı bildirilmiştir (4). Balıkçı'nın tez çalışmasında olguların gönderildiği adli merciler incelendiğinde ilk sırada (%50.55) Cumhuriyet Başsavcılığının, ikinci sırada (%14.15) ise idare mahkemelerinin olduğu tespit edilmiştir (101). Wamisho ve ark. 2011-2013 yılları arasındaki tıbbi uygulama hatası iddialarını inceledikleri çalışmalarında; olguların 1/3'ünde iddia sahibinin hasta ve/veya hasta yakınları, 1/3' nde ise polis ya da mahkeme olduğunu belirtmişlerdir (204). Bizim  alışmamızda literatürden farklı olarak tıbbi uygulama hatası iddiasına yönelik tarafımıza yapılan başvurular içerisinde en büyük grubu (%44,6) bireysel başvuruların, ikinci büyük grubu ise (%28,2) cumhuriyet savcılığının oluşturduğu görülmüştür.

Çalışmamızda tıbbi uygulama hatası iddiasının ölümle sonuçlanıp sonuçlanmamasına göre tarafımıza yapılan başvuru şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,001$). Tıbbi uygulama hatası iddiası ölümle sonuçlanan hastaların %76,7'sinde tarafımıza bireysel başvuruda bulunulduğu, ölümle sonuçlanmayan hastaların ise %40,3' nde tarafımıza yapılan istemlerin cumhuriyet savcılığından geldiği görülmektedir. Bu durumun nedeninin; konunun medyada ve hukuksal platformlarda gün geçtikçe daha fazla gündeme gelmesi ve yakınlarının ölümü ile kişilerin yaşadıkları duygusal süreçler neticesinde; eyleme geçme isteğinin bir sonucu olarak; bilirkişilik kanununda da yapılan değişiklik ile bireysel başvuru yolu ile "uzman mütalaasına" olan taleplerdeki artış olduğu düşünülmüştür.

Grafik 10'da tarafımıza yapılan başvuru öncesi başka bir kurum tarafından rapor düzenlenip düzenlenmediğine ilişkin dağılım gösterilmiştir. Olguların %51,1'nde tarafımıza başvuru öncesi başka bir kurum ya da kişi tarafından rapor düzenlendiği, %48,9'nda ise tarafımıza başvuru öncesi başka bir kurum ya da kişi tarafından rapor düzenlenmediği tespit edilmiştir. Başvuru  ncesi rapor düzenlenen kişi/kurumlara bakıldığında en büyük grubu

(%32,6) adli tıp kurumu, ikinci büyük grubu ise (%13) ilgili branş hekiminin oluşturduğu görülmektedir (Tablo 19).

Bilirkişi görüşümüz ile diğer kurumların görüşlerinin karşılaştırılmasına ilişkin dağılım ise Grafik 11’de gösterilmiştir. Tüm hastaların %23,9’nda bilirkişi görüşümüz diğer kurum/kişilerin görüşleri ile uyumlu, %27,2’sinde ise uyumsuz olduğu tespit edilmiştir. Bu oranların tarafımıza başvuru öncesi başka bir kurum ya da kişi tarafından rapor düzenlendiği hasta grubunda ise karşılıkları sırasıyla %47 ve %53 olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda tıbbi uygulama hatası iddiasına yönelik tarafımıza yapılan başvuru şekli ve tarafımıza yapılan başvuru öncesi başka bir kurum tarafından rapor düzenlenip düzenlenmemesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,001$). Tarafımıza bireysel başvuruda bulunan olguların %68,3’ünde başvuru öncesi başka bir kurum tarafından rapor düzenlendiği, cumhuriyet savcılığından gelen istemlerin ise %88’5’inde başvuru öncesi başka bir kurum tarafından rapor düzenlenmediği gözlemlendi.

Bizim çalışmamızda tıbbi uygulama hatası iddiası ile tarafımıza bireysel başvuruda bulunan olguların %53,7’sinde görüşümüzün diğer kurum/kişilerin görüşleri ile uyumlu olmadığı, mahkemeden gelen istemlerin ise %56,3’ünde görüşümüzün diğer kurum/kişilerin görüşleri ile uyumlu olduğu tespit edildi. Tıbbi uygulama hatası iddiasına yönelik tarafımıza yapılan başvuru şekli ve bilirkişi görüşümüz ile diğer kurumların görüşlerinin karşılaştırılması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0,001$).

Her ne kadar uzman mütalaası/bilimsel mütalaa dava süreci içerisinde tarafların tezlerini savunabilmesi amacıyla; resmi bilirkişi görüşü öncesi veya sonrası herhangi bir zamanda alınıp dosyaya sunulabilse de; bu durumun nedeninin tarafların diğer adli makamlarca düzenlenen bilirkişi raporunun iddia ettikleri ya da savundukları hususu desteklememesi durumunda uzman görüşü alma yoluna gitmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir (191). Bu durumun bir diğer nedeninin de bireysel başvuru sonucu uzman mütalaası/bilimsel mütalaa hazırlama sürecinde bilirkişinin adli mercilerden gelen resmi istemlerden farklı olarak sorulan soruyla bağlı kalmaması ve konuyu farklı açılardan ele alarak farklı değerlendirmeler yapabilme imkanı bulması olduğu düşünülmektedir.

2005 yılında yürürlüğe giren Ceza Muhakemesi Kanunu ve 2010 yılında yürürlüğe giren Hukuk Muhakemeleri Kanunu uyarınca taraflara, cumhuriyet savcısı veya avukatlara

mahkemelerce seçilmiş resmi bilirkişiler dışında, dava dosyasına girmek üzere konuyla ilgili uzman görüşü alma hakkı ve yetkisi verilmiştir (189,190). Bu bağlamda özellikle çok aşamalı, çok yönlü ve detaylı bir inceleme gerektiren tıbbi uygulama hatası iddialarının değerlendirilmesinde uzman mütalaası/bilimsel mütalaa müessesesi taraflarca bir çıkış yolu olarak görülmeye ve giderek artan oranda talep edilmeye başlanmıştır.

Özellikle çok aşamalı ve çok yönlü bir değerlendirme gerektiren tıbbi uygulama hatası iddialarına yönelik olarak yapılacak olan bilirkişilik incelemesinde; bilirkişiye gerekli incelemenin yapabileceği zamanın sağlanması doğru sonuca ulaşabilmek açısından büyük önem arz etmektedir. Ülkemizde başta ATK olmak üzere bilirkişilik hizmeti veren kurumların iş yükü düşünüldüğünde bu zamanın bulunması güçleşmekte ve bu durum tıbbi uygulama hatası iddialarına yönelik olarak yapılacak değerlendirmelerde kısıtlılıklar yaratmaktadır. Bu açıdan uzman mütalaası/bilimsel mütalaa konunun aydınlatılmasında ilgili literatür kapsamında değerlendirmeler yapmakla birlikte; diğer bilirkişi raporlarını kritik ederek var olan eksiklikleri ve tarafların haklı/haksız yönlerini ortaya koyabilmektedir (191). Bununla birlikte uzman mütalaası/bilimsel mütalaanın hakim ve/veya taraf vekillerince yöneltilen sorular ve karşı tarafın sunacağı uzman görüşü ile kritik edilmesi ve bu bağlamda objektifliğinin ve güvenilirliğinin artırılması gerektiği görüşündeyiz.

Literatürde malpraktis davalarına ilişkin yapılan çalışmalarda kusurlu bulunma oranları farklılık göstermekle birlikte genellikle düşük olduğu görülmektedir. Çalışmamızda olguların çoğunluğunda (%56,5) tıbbi uygulama hatası olmadığı, %43,5'inde ise tıbbi uygulama hatası olduğu yönünde karar verildiği görülmektedir. Çakmak ve arkadaşlarının Yargıtay'a intikal etmiş sezeryan malpraktis olgularını inceledikleri çalışmalarında; olguların %28,2'sinde kararın davacı lehine sonuçlandığı bildirilmiştir (202). Dr. Balıkcı'nın tez çalışmasında; 2. Adli Tıp İhtisas Kurulu'na başvuru yapılan olguların %9'unun kusurlu bulunduğu, 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu'na başvuru yapılan olguların ise %14,2'sinin kusurlu bulunduğu tespit edilmiştir (205). Algan'ın tez çalışmasında ise olguların %65'inde tıbbi uygulama hatası olmadığı, %26,5'inde ise tıbbi uygulama hatası olduğu yönünde karar verildiği belirtilmektedir (81). Çalışmamız literatürle uyumlu olmakla birlikte; tıbbi uygulama hatası olduğu yönünde karar verilen olguların yüzdesi bir miktar yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda konsültasyon istenen hastaların %54,8'sinde tıbbi uygulama hatası olmadığı, konsültasyon istenmeyen hastaların %55,7'sinde tıbbi uygulama hatası olmadığı

yönünde karar verildiği gözlemlendi. Hastaların tanı ve tedavi sürecinde radyolojik görüntüleme istenip istenmemesine göre tıbbi uygulama hatası kararı incelendiğinde ise; radyolojik görüntüleme istenen hastaların %54,5'inde, radyolojik görüntüleme istenmeyen hastaların %56,3'inde tıbbi uygulama hatası olmadığı yönünde karar verildiği görüldü. Tıbbi uygulama hatası kararı ile hastaların ilk başvurdıkları klinik tarafından konsültasyon istenip istenmemesi ($p=0,935$) ve tanı ve tedavi sürecinde radyolojik görüntüleme istenip istenmemesi ($p=0,869$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Her ne kadar günümüzde tıbbi uygulama hatası iddiası ile yargıya başvuranların sayısı giderek artsa da, yapılan çalışmalar tıbbi uygulama hatasına maruz kalanların az bir kısmının tazminat talebinde bulunduğu ve daha azının da tazminat aldığını belirtilmektedir (7,8, 49,83,192). Buna rağmen tıbbi uygulama hatası iddialarının hekim ve diğer sağlık personeli üzerindeki etkisi görünenden çok daha büyüktür. Hatasızlıkları tespit edilse dahi mesleklerine olan sevgi ve bağlılık duyguları zedelenmekte, hasta ile olan ilişkileri bozulmakta, kariyerlerine dair endişe yaşamakta ve psikolojik olarak olumsuz etkilenmektedirler (81). Dr. Erdem'in 753 katılımcı ile malpraktis iddiası ile hakkında soruşturma açılan hekimlerin depresyon ve tükenmişlik düzeylerini incelediği tez çalışmasında; idari soruşturması halen devam eden ve dava edilen hekimlerin duygusal olarak daha tükenmiş, hastalarına karşı daha duyarsızlaşmış olduğu ortaya konulmuştur (20).

Bu bağlamda sağlık sistemindeki tüm eksikliklerin sorumluluğunun sağlık çalışanlarına yüklenmemesi, sağlık personelinin çalışma koşullarının dünya standartları gözetilerek optimize edilmesi ve tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan davaların doğru ve ivedi bir şekilde sonlandırılarak hekim ve diğer sağlık personeli üzerindeki baskının azaltılması gerektiği, bu durumun ülkemiz koşulları dikkate alındığında; sağlık hizmetlerinin kaliteli bir biçimde yürütülmesindeki en temel faktörlerden biri olduğu görüşündeyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

2014-2021 yılları arasında anabilim dalımız tarafından adli raporu düzenlenen malpraktis olguları üzerinde, yapılan bu tez çalışmasında elde edilen sonuçlar aşağıda aktarılmıştır;

1. Son yıllarda anabilim dalımızca değerlendirilen malpraktis olgu sayısında artış saptanmakla beraber özellikle ATK'da yapılan diğer çalışmalara kıyasla olgu sayısının az olduğu görülmüştür. Bu durumun ATK ve diğer kurumlara kıyasla genel olgu sayımızdaki azlıktan kaynaklandığı düşünülmüştür.
2. İddialara konu klinik branşlara göre dağılım incelendiğinde; cerrahi branşların, dahili branşlara kıyasla daha yüksek oranda saptandığı, iddialara konu klinikte uygulanan tedavi yöntemlerine göre dağılım değerlendirildiğinde ise; ilk sırada cerrahi operasyonların bulunduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızdaki bu bulgular literatürle uyumlu olarak cerrahi girişimlerin tıbbi uygulama hatası açısından daha riskli uygulamalar olduğu ve cerrahi girişimler sonrası tıbbi uygulama hatası iddiasıyla daha fazla dava açıldığı düşüncesi ile paralellik göstermektedir.
3. İddiaya konu sağlık birimlerin dağılımı incelendiğinde; ilk sırada özel sağlık kuruluşlarının yer aldığı görülmüştür. Bu durumun son yıllarda hastaların özel sağlık kuruluşuna yönelmesi ve ücret karşılığı başvurdukları özel hastanelerden aldıkları sağlık hizmetinden beklentilerinin yüksek olmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür. Klinik birime göre dağılıma bakıldığında ise dünya literatürü ile uyumlu bir şekilde birinci sırada Kadın Hastalıkları ve Doğum, ikinci sırada ise Genel Cerrahi kliniklerinin yer aldığı görülmüştür.
4. Tıbbi uygulama hatası iddialarının konularına bakıldığında literatürle uyumlu olarak en sık tedavi hataları olduğu tespit edilmiştir. Yine literatürle uyumlu olarak çalışmamızda tıbbi uygulama hatası iddiası yöneltilen sağlık personelleri içerisinde ilk sırada hekimlerin yer aldığı görülmektedir.

5. Tıbbi uygulama hatası iddiası ölümle sonuçlanan olgu sayısının ölümle sonuçlanmayan olgu sayısına göre daha az olduğu saptandı. Çalışmamızda olguların çoğunluğunda tıbbi uygulama hatası olmadığı görüldü. Bu bulgular, literatür ile uyumludur.
6. Tıbbi uygulama hatası iddiasına yönelik tarafımıza yapılan başvurular içerisinde en büyük grubu bireysel başvuruların oluşturduğu görülmüştür. Tarafımıza yapılan başvuru öncesi başka bir kurum tarafından rapor düzenlenip düzenlenmediğine ilişkin dağılım incelendiğinde ise; olguların çoğunluğunda tarafımıza başvuru öncesi başka bir kurum ya da kişi tarafından rapor düzenlendiği tespit edilmiştir.
7. Tıbbi uygulama hatası iddiasının ölümle sonuçlanıp sonuçlanmamasına göre tarafımıza yapılan başvuru şekli değerlendirildiğinde; ilk sırada bireysel başvuruların olduğu, tarafımıza bireysel başvuruda bulunan olguların çoğunluğunda ise başvuru öncesi başka bir kurum tarafından rapor düzenlendiği tespit edilmiştir. Bu durumun konunun bilinirliğinin gün geçtikçe artması, yakınlarının ölümü ile kişilerin yaşadıkları duygusal süreçler neticesinde; eyleme geçme isteği ve tarafların diğer adli makamlarca düzenlenen bilirkişi raporunun iddia ettikleri ya da savundukları hususu desteklememesi durumunda uzman görüşü alma yoluna gitmelerinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Bu açıdan uzman mütalaası/bilimsel mütalaanın var olan eksiklikleri ve tarafların haklı/haksız yönlerini ortaya koymak açısından önemli olduğunu düşünmekle beraber, farklı kanallar aracılığıyla kritik edilmesi ve bu bağlamda objektifliğinin ve güvenilirliğinin artırılması gerektiği görüşündeyiz.
8. Tıbbi uygulama hatası davalarındaki artış hekimlerin TUS tercihlerini etkilemesinin yanı sıra hekimleri defansif tıp uygulamalarına yönlendirmektedir. Hekimler malpraktis yönünden riskli olarak gördükleri klinik branşları gün geçtikçe daha az oranlarda tercih etmektedir. Sağlık hizmetlerinin kaliteli bir biçimde yürütülebilmesi açısından bu sonuçlar gelecek için kaygı vericidir. Bu durumun önlenmesi için tıbbi uygulama hataları ile ilgili medyadaki dezenformasyonların önüne geçilmesi, çalışma koşullarının optimize edilmesi ve tıbbi uygulama hatası iddialarına yönelik

davaların doğru ve ivedi bir şekilde sonlandırılması ile sağlık çalışanlarının üzerindeki malpraktis baskısının azaltılması gerektiği düşüncesindeyiz.



KAYNAKLAR

1. Şahin D, Faikoğlu R, Şahin İ, Gökdoğan MR, Yaşar S, Alparslan N ve ark. Hemşirelikte malpraktis: olgu sunumları. Adli Tıp Bülteni. 2014;19(2):100–4.
2. Sayek F. Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler. 2. Baskı. Ankara: TTB Yayınları; 2009.
3. Kumral B, Özdeş T. Tekirdağ ilindeki hekimlerin tıbbi uygulama hatalarına (malpraktis) bakışı ve değerlendirmeler. Uluslararası Temel ve Klinik Tıp Derg. 2013;1(2):83–93.
4. Gürbenden B. 2010-2014 Yılları Arasında Tıbbi Uygulama Hatası İddiası İle Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığında Otopsis Yapılan Olguların Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı; İzmir: 2016.
5. Makary MA, Daniel N. Medical error – the third leading cause of death in the US. Br Med J 2016;353:i2139.
6. National Practitioner Data Bank. Medical Malpractice Payment Report. Erişim adresi: <https://www.npdb.hrsa.gov/analysistool/> Erişim tarihi: 17.04.2022
7. Shepherd, J. (2014). Uncovering the silent victims of the american medical liability system. Vanderbilt Law Review, 67(1), 151-196.
8. Naeyaert H. Medical errors and compensation under Belgian law. Erişim adresi: <http://www.eurojuris.net/en/node/41628> Erişim tarihi: 04.12.2021.
9. Tuğcu H, Yorulmaz C, Koç S. Hekim sorumluluğu ve tıbbi malpraktis. Klinik Gelişim Dergisi 2009;22:6-10.
10. Hakeri H. Yüksek Sağlık Şûrasının Resmi Bilirkişilik Görevi Sona Erdi Erişim adresi: <https://www.medimagazin.com.tr/authors/hakan-hakeri/tr-yuksek-saglik-srasinin-resmi-bilirkisilik-gorevi-sona-erdi-72-64-2592.html> Erişim tarihi: 04.12.2021
11. Özkaya N. 2002 – 2006 yılları arasında Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulunca görüş bildirilen pediatrik malpraktis iddiası içeren kararların incelenmesi ve tıbbi hataların tespiti. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü; İstanbul: 2008.
12. Yorulmaz C. İstanbul Tabip Odasına yansıyan hekim hatası iddiası bulunan olguların adli tıbbi açıdan irdelenmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü; İstanbul: 2005.

13. Yazıcı YA, Şen H, Aliustaoğlu S, Sezer Y, et al. Evaluation of the medical malpractice cases concluded in the General Assembly of Council of Forensic Medicine. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi* 2015;21(3):204-208.
14. Özkara E, Naderi S, Gündoğmuş ÜN, Arda MN. Yüksek Sağlık Şurasında 1994-1998 yılları arasında incelenen spinal cerrahi malpraktis olgularının değerlendirilmesi. *Türk Nöroşirürji Dergisi* 2004;14(3):151-158.
15. Aydaş, S. (2014). Hekimlerde malpraktis kaynaklı defansif tıp davranışları. (Yüksek Lisans Tezi), T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.
16. Başer, A., Kolcu, M. İ. B., Kolcu, G. ve Balcı, U. G. (2014a). Defansif tıp uygulamaları tutum ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği: Ön çalışma. *Tepecik Eğitim Hast Derg.*, 24 (2), 99-102.
17. Başer, A., Kolcu, M. İ. B., Kolcu, G., Tuncer, Ö. ve Altuntaş, M. (2014b). Diş hekimlerinin defansif diş hekimliği konusundaki görüşleri: Kesitsel bir çalışma. *Tepecik Eğitim Hast Derg* 24 (2), 103-109.
18. Solaroglu, I., Izci, Y., Yeter, H. G., Metin, M. M. ve Keles, G. E. (2014). Health transformation project and defensive medicine practice among neurosurgeons in Turkey. *PloS one*, 9(10), e111446.
19. Hirsh, H.L., Defensive medicine--friend or foe? *Legal medicine*, 1989: p. 145.
20. Erdem E. Ö. Malpraktis İddiası ile Hakkında Soruşturma Açılan Hekimlerin Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyleri. Uzmanlık Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı; Isparta: 2019.
21. Cansever H. İ., Metin A., Kişi M., Systematic Review On Factors Affecting Medical Students Preferences In Medical Specialization. *International Journal of Society Researches*. 2020; 27 (15) 791-812. DOI: 10.26466/opus.646193
22. Yavuz İ., Çamsarı M. U., Arısoy Y. Sağlıkta Dönüşüm Programının Tıpta Uzmanlık Tercihlerine Etkisi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 2017; 37(2): 53-60.
23. Özaslan A, Kolusayın 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.
24. Uz. Dr. H.Çetin Ketenci Erzurum Adli Tıp Şube Müdürlüğü. Tanı Atlamanın Adli Sorumluluğu Sigortalıyız; Ne Yapmalıyız? Erişim adresi:

- https://file.atuder.org.tr/_atuder.org/fileUpload/1C1P6UgTDKsY.pdf Erişim tarihi: 12.12.2021
25. Artemis Hukuk. Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluğunun Şartları Erişim adresi: <https://www.artemishukuk.com/makaleler/tibbi-mudahalenin-hukuka-uygunlugunun-sartlari/> Erişim tarihi: 12.12.2021
26. Hakeri H. Tıp Hukuku. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2019.
27. Mevzuat Bilgi Sistemi. 23.07.1965 tarih ve 12056 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=657&MevzuatTur=1&MevzuatTerTip=5> Erişim tarihi: 12.12.2021
28. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Tetkik Ve Teşhis Hizmetleri Dairesi Başkanlığı. 22.05.2014 tarih ve 29007 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş Ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140522-14.htm> Erişim tarihi: 12.12.2021
29. Mevzuat Bilgi Sistemi. 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTerTip=5> Erişim tarihi: 12.12.2021
30. Türk Dil Kurumu Sözlükleri. Hasta Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr> Erişim tarihi: 12.12.2021
31. Türkçe Ne Demek. Hasta ne demek Erişim adresi: <https://turkcenedemek.com/kelime/hasta/> Erişim tarihi: 12.12.2021
32. Hatemi, Hüseyin “Özel Hasta Gruplarının Hakları” *Sağlık Hakkı*, S.1, Nisan 2006, s:42.
33. Polat O. Tıbbi Uygulama Hataları. 2. Baskı. Ankara: Seçkin yayıncılık; 2015.
34. Can, İ.Ö., E. Özkara, and M. Can, Yargıtayda karara bağlanan tıbbi uygulama hatası dosyalarının değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2011. 25(2): p. 69-76.
35. Türk Tabipler Birliği. Türk Tabipler Birliği Etik İlkeleri-Tıbbi Uygulama Hataları Bildirgesi Erişim adresi: <https://www.ttb.org.tr/mevzuat/> Erişim tarihi: 12.12.2021

36. Akalın, H. Erdal, Tıbbi Hatalar: Nedir, Nasıl Önlenebilir?, ANKEM Dergisi, 15 (No:3): 244-246, 2001, s.244.
37. Güleç D., İntepeler Ş. S., Tıbbi hatalarda tutum ölçeğinin geliştirilmesi. *Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi* 2013; 15 (3): 26-41
38. Mil Hukuk & Danışmanlık. Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanunu Erişim adresi: <https://www.milhukuk.com/blog-detay/tip-hukuku/tibbi-hizmetlerin-kotu-uygulanmasindan-dogan-sorumluluk-kanunu> Erişim tarihi: 12.12.2021
39. Yüksel C. Tıbbi uygulama hatalarında bilirkişilik. Özel Hukuk Yüksek Lisans Tezi, Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; İstanbul.
40. Carstensen Gerd. V on Heilvursuch zum medizinische Standard. Dtsch Arztebl 1989;86(36):2431.
41. 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.
42. Weiss & Paarz. The History of Medical Malpractice Erişim adresi: <https://www.weisspaarz.com/history-of-medical-malpractice/> Erişim tarihi: 14.12.2021
43. Bayraktar K. Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu. İstanbul: Sermet Matbaası; 1972.
44. Aşçıoğlu Ç. Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar. Ankara: Tek Işık Ofset Tesisleri; 1993.
45. Yelmer NS. Hekimlerin Hukuki Mesuliyeti. İstanbul: Güven Basımevi; 1948.
46. Demirel B. Hekimin Yasal Sorumlulukları. Gazi Medical Journal 2005;16:99-106.
47. Mohr JC. American medical malpractice litigation in historical perspective. JAMA 2000;283:1731-7.
48. Hurwitz B. Learning from primary care malpractice: past, present and future. Qual Saf Health Care 2004;13(2):90-1.
49. Polat O. Tıbbi Uygulama Hataları. 1. Baskı. Ankara: Seçkin yayıncılık; 2005.
50. James JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. J Patient Saf 2013;9(3):122-8.

51. Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. BMJ 2016;353:i2139.
52. Olcay, A., Güler, G., & Güler, E. Türkiye'deki Malpraktis ve tazminat uygulamalarına alternatif bir öneri: Hasta Tazminat Sistemi. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/283713513_Turkiye%27de_Malpraktis_ve_tazminat_uygulamasina_alternatif_bir_oneri_HTS Erişim Tarihi: 20.12.2021.
53. OECD. Medical Malpractice-Prevention, Insurance and Coverage Options. Erişim adresi: https://read.oecd-ilibrary.org/finance-and-investment/medical-malpractice_9789264029057-en#page7 Erişim Tarihi: 20.12.2021.
54. Polat O. Tıbbi Uygulama Hataları. 3. Baskı. Ankara: Seçkin yayıncılık; 2019. ISBN:9789750253263
55. Türk Tabipleri Birliği. “Mesleki sorumluluk sigortalanmalıdır” Evet ama nasıl? “Hekim-Hasta-Toplum İçin Tıbbi Zararları (Nasıl) Karşılalım?” Erişim adresi: <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/malpraktis.pdf> Erişim tarihi: 27.12.2021.
56. Görkey Ş. Hasta hakları. Hatemi H, Doğan H, editörler. Medikal Etik, Tıp Organizasyonunda Etik ve Hukuk (Mediko-Legal). 1. Baskı. İstanbul: Yüce Yayın; 2003.
57. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Dünya’da Hasta Hakları’nın Tarihsel Gelişimi. Erişim adresi: <https://diskapieah.saglik.gov.tr/TR,318085/hasta-haklari-tarihsel-gelisimi.html> Erişim tarihi: 27.12.2021.
58. Robert F. Spetzler, Shelley A. Kick. (2010) The Status of Neurosurgery in the United State 2010 and Beyond World Neurosurgery 74 (1):32-40
59. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington: National Academies Press; 2000.
60. Patient Safety (2014). How many die from medical mistakes in U.S hospitals, Erişim adresi: www.propublica.org Erişim tarihi: 27.12.2021.
61. Studdert DM, Bismark MM, Mello MM, Singh H, et al. Prevalence and characteristics of physicians prone to malpractice claims. N Engl J Med 2016;374(4):354-62.
62. Sert G. Hasta Hakları: Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Çerçevesinde 1. Baskı. İstanbul: Babil Yayınları; 2004.

63. Troeng T, Janzon L, Bergqvist D. Adverse outcome in surgery for chronic leg ischaemia—risk factors and risk prediction when using different statistical methods. *Eur J Vasc Surg* 1992; 6 (6): 628-35
64. Madea B, Preuss J. Medical malpractice as reflected by the forensic evaluation of 4450 autopsies. *Forensic Sci Int* 2009;190(1-3):58–66.
65. Madea B, Preuss J. Medical malpractice as reflected by the forensic evaluation of 4450 autopsies. *Forensic Sci Int* 2009;190(1-3):58-66.
66. Di Nunno N, Dell’Erba A, Viola L, Vimercati L, et al. Medical malpractice: a study of case histories by the Forensic Medicine Section of Bari. *Am J Forensic Med Pathol* 2004;25(2):141-4.
67. Li H, Wu X, Sun T, Li L, et al. Claims, liabilities, injures and compensation payments of medical malpractice litigation cases in China from 1998 to 2011. *BMC Health Serv Res* 2014;14:390.
68. Wang D, Yang Y. Retrospective Analysis on 315 cases of medical dispute in a general hospital. *Sun Yatsen University Forum* 2007;27(11):32–36.
69. Zhu Z, Jiang B. To discuss the necessity of establishing a medical identification system of medical disputes- Report of 62 cases of medical dispute lawsuit case analysis. *Jiangsu Health Management* 2007;18(97):78–80.
70. Su Y, Hu Y, Yang J, Yan Z, et al. A retrospective analysis on 356 cases of forensic identification for medical dispute. *West China Med J* 2009;24(2):288–291.
71. Zheng L, Jin K, Yan X, Chen Y, et al. 111 case of the investigation and analysis of medical disputes. *Chin J Hosp Admin* 2006;22(4):250–252.
72. Li W. Analysis of 69 cases of medical disputes and protection. *J Qiqihar Med Coll* 2011;32(1):94–95.
73. Kong F, Bai R, Cui Z, Wang X, et al. Identificationg results of 254 cases of medical disputes. *Chinese Hospital Management* 2011;31(2):17–18.
74. Yahata S. A Study of Defensive Medicine in Japon. *Applied Ethics* P 175-186, Hokkaido Universty Press, Sapporo, 2011.
75. Maeda et all. (2003). Medical practice-related fatalities in forensic autopsy during the past 6 years in southern half of Osaka city and surrounding areas. *Legal Medicine* 5:322-324

76. Hagihara A, Hamasaki T, Abe T. Association between physician explanatory behaviors and substandard care in adjudicated cases in Japan. *Int J Gen Med* 2011;4:289-97.
77. Hanazaki K, Tominaga R, Nio M, Iwanaka T, et al. Report from the Committee for Improving the Work Environment of Japanese Surgeons: survey on effects of the fee revision for medical services provided by surgeons. *Surg Today* 2013;43(11):1209-18.
78. Sayek F. *Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya*. Ankara; Türk Tabipler Birliği; 2011. s.15, ISBN : 978-605-5867-51-5
79. Özkaya N, Özkaya H, Özkara E. Pediatric malpractice: an overview of Turkey. *Pediatr Int* 2013;55(5):637-40.
80. Barlıoğlu C. H. *Tıbbi Malpraktis*. (2.baskı) Ankara; Seçkin Yayıncılık; 2020. s.40, ISBN: 9789750261374
81. Algan B. İstanbul'da yapılan adli otopsilerin tıbbi malpraktis açısından irdelenmesi. Uzmanlık tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı; İstanbul: 2012.
82. Gökcan H. T. *Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk*, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 3. Baskı, 2017, ss. 283-284.
83. 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.
84. Büken E. 1990-2000 yıllarında Adli Tıp Kurumu 1. ve 2. İhtisas Kurullarına obstetrik ve jinekolojik tıbbi uygulama hatası iddiasıyla gönderilen olguların adli tıp açısından irdelenmesi. Uzmanlık Tezi, Adli Tıp Kurumu; İstanbul: 2002.
85. Baydar ÇL. 1990-2000 yıllarında Adli Tıp Kurumu ve Yüksek Sağlık Şurasına ortopedi dalında tıbbi uygulama hatası iddiasıyla gönderilen olguların değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Adli Tıp Kurumu; İstanbul: 2002.
86. Tüzün B, Aşçıoğlu F, Elmas İ, İnce H. Kusurlu tıbbi uygulamalara bağlı ölümler. *İstanbul Tıp. Fak. Mecmuası* 1997;60(4):468-474.
87. Tümer AR. 1995-2000 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurasına gelen ortopedi vakalarının değerlendirilmesi. *Artroplastik Artroskopik Cerrahi* 2003;14:182-7.
88. Güzel S, Yavuz MS, Aşırdizer M. Adli Tıp Kurumu ihtisas kurulları ile Yüksek Sağlık Şurası raporları arasında çelişki bulunan ve Adli Tıp Kurulunda görüşülen malpraktis olgularının irdelenmesi. *Adli Tıp Bülteni* 2002;7(1):14-20.

89. Güçhan AS, Özkara E. Approach Of Mass Media To Medical Malpractice. The 8th Congress of the Balkan Academy of Forensic Sciences, 02-05 June 2011, Phristina-Kosova. p. 51.
90. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. *Dirim Tıp Gazetesi* 2009;84(1):1-10.
91. Kaya A, Aktürk Z, Çayır Y, Taştan K. 2007-2013 arası tıpta uzmanlık sınavları: Bir trend analizi. *Ankara Med J* 2014;14(2):53-58.
92. Kasap H, Akar T, Demirel B, Dursun AZ ve ark. Tıbbi uygulama hatası riski yüksek olan uzmanlık dallarının Tıpta Uzmanlık Sınavında tercih edilme önceliklerinin yıllara göre değişimi. *Adli Tıp Bülteni* 2015;20(1):34-37.
93. Yılmaz A, Demiral G, Şahin G, Yener O ve ark. 2005 yılında yürürlüğe giren Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) cerrahi branş hekimleri üzerindeki etkisi. *Adli Tıp Dergisi* 2013;27(3):158-172.
94. Aynacı Y. Hekimlerde defansif (çekinik) tıp uygulamalarının araştırılması. Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı; Konya: 2008.
95. Yılmaz K. Defansif tıbbi uygulamaların hukuki açıdan yorumlanması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı; İstanbul: 2012.
96. Yıldırım A, Aksu M, Çetin İ, Şahan AG. Tokat ili merkezinde çalışan hekimlerin tıbbi uygulama hataları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *Cumhuriyet Med J* 2009;31(4):356-66.
97. Top, M., Gider, Ö., Taş, Y., Çimen, S. (2008). Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri: Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 161-200.
98. Dedeoğlu, A. K. (2012). Özel Hastanelerde Çalışan Hekimlerin Tıbbi Müdahale Ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki Ve Cezai Sorumluluklarına İlişkin Farkındalık Düzeylerinin Ölçümü: Ankara İli Özel Hastaneler Uygulaması. Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi, Ankara.
99. Verda Ersoy L. Tıbbi malpraktis. *Toraks Cerrahisi Bülteni* 2014;5(1):29-32.
100. Erişim adresi: <https://www.etimolojiturkce.com> erişim tarihi: 03.01.2022

101. Balıkçı B. M. (2019). Tıbbi Uygulama Hatası İddialarında Ölümle Sonuçlanan ve Sonuçlanmayan Olguların Karşılaştırılması. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp Ve Adli Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
102. Savaş H. Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları-Tıbbi Malpraktis-Tıbbi Davaların Seyri ve Sonuçları. 3. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2013.
103. Çelik F. Komplikasyon. Akyıldız S, Çelik F, Hakeri H, Somer P, editörler. Tıp Hukuku Atölyesi-I. 1. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2013. s. 78-103.
104. Özkara E. Tıbbi bilirkişilik. Kaynak S, Yazar Z, editörler. Oftalmolojide Malpraktis- Hekimin Yasal Hak ve Sorumlulukları. Türk Oftalmoloji Derneği Eğitim Yayınları No:14. 1. Baskı. İstanbul: Galenos Yayınevi; 2012. s. 71-6.
105. Özgür Tatlı. Acil Serviste Malpraktis ve Yasal Düzenlemeler Erişim adresi: https://file.atuder.org.tr/_atuder.org/fileUpload/VIjazufdCkNT.pdf Erişim tarihi: 14.12.2021
106. 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.
107. Koç S. Adli tıbbi açıdan malpraktis ve hekim sorumluluğu. Toraks Cerrahisi Bülteni 2014;5(1):14-22.
108. Rorat M, Jurek T. Sepsis: Medical errors in Poland. Med Sci Law 2016;56(1):30-5.
109. Hakeri H. Tıp Hukuku. 5. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2012.
110. Leape LL, Lawthers AG, Brennan TA, Johnson WG. Preventing medical injury. QRB Qual Rev Bull 1993;19(5):144-9.
111. Kaushal R, Bates DW, Landrigan C, McKenna KJ, et al. Medication errors and adverse drug events in pediatrics inpatients, JAMA 2001;285(16):2114-20.
112. Sharek PJ, Classen D. The Incidence of adverse events and medical error in pediatrics, Pediatric Clinics Of North America 2006;53(6):1067-77.
113. Grasso BC, Genest R, Jordan CW, Bates DW. Use of chart and record reviews to detect medication errors in a state psychiatric hospital. Psychiatric Services 2003;54(5):677- 681.

114. Tümer AR, Karacaoğlu E, Akçan R. Cerrahide aydınlatılmış onam ile ilgili sorunlar ve çözüm önerileri. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2011;27(4):191-197.
115. Kaya M. Hekimin Aydınlatma Yükümlülüğü ve Kişilik Hakkı İle İlişkisi. *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi* 2012;1(8):45-82.
116. Aydınlatılmış onam kılavuzu. Erişim adresi: http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=983:onam&Itemid=65 Erişim tarihi: 07.01.2022.
117. Roggo A. Aufklaerung des Patienten, Eine arztliche Informationspflicht, Bern, 2002, s.89.
118. Özsunay E. Alman ve Türk hukukunda Hekimin Hastayı Aydınlatma Ödevi ve istisnaları. Sorumluluk Hukukunda Yeni Gelişmeler V. Sempozyumu, Ankara, 1982.
119. Deutsch E, Spickhoff A, Medizinrecht, 6. Auflage, Berlin, Heidelberg, 2008, s.176-190.
120. Deutsch E; Matthies KH: Arzthaftungsrecht, Grundlagen, Rechtsprechung, Gutachterund Schlichtungsstellen, 3. Auflage, Köln, 1988.
121. 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.
122. Begglen S. Pflicht des Arztes zur Aufklärung über wirtschaftliche und versicherungsrechtliche Belange der Heilbehandlung, *ZBJW*, 1994.
123. Özkaya E. Vekâlet Sözleşmesi ve Kötüye Kullanılması, 2. Bası, Ankara, 2005.
124. Hinderling H. Die Aertzliche Aufklaerungspflicht: Ausgewaehlte Schriften, Zürich, 1982.
125. Aveyard H. The Requirement for Informed Consent Prior to Nursing Care Procedures. *Journal of Advanced Nursing*, 2003, Volume: 37, Issue: 3.
126. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. Kanun No: 2709, Kabul Tarihi: 7.11.1982.
127. Oğuzman K, Öz T. Borçlar Hukuku Genel Hükümler, İstanbul, 2005.
128. Öztürkler C. Hukuk Uygulamasında Tıbbi Sorumluluk, Teşhis Tedavi ve Tıbbî Müdahaleden Doğan Tazminat Davaları, Ankara, Kasım, 2003.
129. Akbaba M, Davutoğlu V. (2006). Sağlık ve hukuk kıskacında hekim: Ne yapmalı?. *Turk Kardiyol Dern Ars* 2016;44(7):609-616.

130. Sağlık Hukukunun Ceza Hukuku Açısından Değerlendirilmesi. Erişim adresi: https://cdnacikogretim.istanbul.edu.tr/auzefcontent/21_22_Guz/saglik_hukuku_ve_mevzuati/14/index.html Erişim tarihi: 10.01.2021
131. Hicks RW, Sikirica V, Nelson W, Schein JR, Cousins DD. Medication errors involving patient-controlled analgesia. *Am J Health-Syst Pharm* 2008;65:429-40.
132. Özata M, Altunkan H. Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. *TAD* 2010;8(2):100-11.
133. Polat O, Pakiç I. Tıbbi uygulama hatalarında hekim sorumluluğu. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011;2(3):119-25.
134. Gore DC, Gregory SA. Historical Perspective on Medical Errors: Richard Cabot and the Institute of Medicine. *J Am Coll Surg* 2003;197: 609-11.
135. 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.
136. Britton M. Diagnostic errors discovered at autopsy. *Acta Med Scand* 1974;196:203-10.
137. Koç S. Yasal düzenlemeler çerçevesinde hekimlerin sorumluluğu. *Türk Derm* 2007;41:33-8.
138. 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.
139. 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.
140. Surian G. Un procès en responsabilité médicale en 1390. Erişim: <http://www.histoire-genealogie.com/article> Erişim tarihi: 18.03.2019.
141. Değerli Ü. Genel Cerrahi-1. *Acar Matbaacılık Tesisleri, İstanbul*, 1988; 455-460.
142. İnce H, İnce N, Özyıldırım BA, Safran N. Hatalı tıbbi uygulama ve korunma yolları. *İst Tıp Fak Derg* 2005;68: 123-7.
143. Özkara E, Hamit İH. Türkiye’de nöroşirürjinin yasal sorumlulukları ve medikolegal sorunları. *Türk Nöroşirürji Dergisi* 2003;13:213-20.
144. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları Yayın Tarihi: 01.02.1999. Erişim: adresi: <http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index>. Erişim tarihi: 20.01.2022.

145. 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.
146. Hancı İH. Malpraktis: Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu. I. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2002.
147. Duysak M. Hekimin tıbbi uygulama hatalarından doğan cezai sorumluluğu. Hukuk Gündemi Dergisi 2009;3:25-38.
148. Adıgüzel R. Yeni Türk Ceza Kanunu'nda olası kast ve bilinçli taksir. Ankara Barosu Dergisi 2005;1:63-70.
149. Feyzioğlu M. Türk Ceza Kanunda Zorla Tedavi. Sağlık Hukuku Kurultayı, Ankara, 1-3 Kasım 2007. 1. Baskı. Ankara: Ankara Barosu Yayınları; 2008. s.311-319.
150. Hakeri H. Yeni TCK'da sağlık personelinin ilgilendiren en önemli madde. Erişim adresi: <https://www.medimagazin.com.tr/authors/hakan-hakeri/tr-yeni-tck8217da-saglik-personelini-ilgilendiren-en-onemli-madde-72-64-914.html> Erişim tarihi: 22.01.2022
151. Odabaşı AB, Tümer A. Çekinik (Defansif) hekimlik; Yeni Türk Ceza Kanunu'nun uygulanma aşamasında toplumu bekleyen tehlike. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2006;15(4):55-59.
152. Teke HY, Alkan HA, Başbulut AZ, Cantürk G. Tıbbi uygulama hataları ile ilgili kanuni düzenlemelere hekimlerin bakışı ve bilgilendirme düzeyi: Anket çalışması. Türkiye Klinikleri J. Foren. 2007;4:61-7.
153. Hakeri H. Diş hekimlerinin yasal sorumlulukları. Sağlık Hukuku Digestası, Ankara Barosu Yayınları, 2009;1(1):19-28.
154. 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.
155. Polat O. Tıbbi uygulama hatalarında adli tıp bilirkişiliği. Polat O, editör. Adli Tıpta Bilirkişilik. 1. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2013. s. 25-34.
156. Özbek VÖ. Tıbbi uygulama hatalarına ilişkin iddialarda hukuksal yaklaşım. Kaynak S, Yazar Z, editörler. Oftalmolojide Malpraktis-Hekimin Yasal Hak ve Sorumlulukları. Türk Oftalmoloji Derneği Eğitim Yayınları No:14. 1. Baskı. İstanbul: Galenos Yayınevi; 2012. s. 77-90.

157. Mihci Hukuk & Danışmanlık. Vekalet Sözleşmesi Erişim adresi: <https://mihci.av.tr/vekalet-sozlesmesi/> Erişim tarihi: 25.01.2022.
158. Çelik A. Hekimlerin ve hastanelerin sorumluluğu. Erişim adresi: http://www.tazminathukuku.com/dosyalar/465_hekimlerin-ve-hastanelerin-sorumlulugu.pdf Erişim tarihi: 24.01.20122.
159. Bilge Y., Gündoğmuş N. Ü., Gündüz T. Hekimlerin Yasal Sorumlulukları. Erişim adresi: <https://www.ttb.org.tr/eweb/adli/1.html> Erişim tarihi: 25.01.2022.
160. Türk Borçlar Kanunu. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6098.pdf> Erişim tarihi: 25.01.2022
161. Arısoy Y. Sağlık çalışanlarının hukuki sorumlulukları. DEUHYO ED 2009;2(4);183-187.
162. Canbolat F. Kamu hastanesinde yapılan tıbbi müdahalede hekimin özel hukuktan doğan sorumluluğunun dayanağı. TBB Dergisi 2009;80:156-181.
163. Hakeri H. Sağlık personelinin tazminat sorumluluğu. Erişim adresi: <http://www.medimagazin.com.tr/authors/hakan-hakeri/tr-saglik-personelinin-tazminat-sorumlulugu-72-64-1170.html> Erişim tarihi: 25.01.2022.
164. 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2547.pdf> Erişim tarihi: 25.01.2022.
165. Yükseköğretim Kurumları Yönetici, Öğretim Elemanı ve Memurları Disiplin Yönetmeliği. Erişim adresi: [http://www.ybd.yildiz.edu.tr/images/files/dis_yon\(1\).pdf](http://www.ybd.yildiz.edu.tr/images/files/dis_yon(1).pdf) Erişim tarihi: 22.01.2022.
166. Yükseköğretim Kanunu İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/04/20200417-1.htm> Erişim tarihi: 22.01.2022.
167. Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4483&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> Erişim tarihi: 22.01.2022.
168. Hakeri H. Kamu Görevlisi Sağlık Personelinin İşlediği Suçlardan Dolayı Soruşturma ve Kovuşturma Usulü. Erişim adresi: <http://www.medimagazin.com.tr/authors/hakan-hakeri/tr-kamu-gorevlisi-saglik-personelinin-isledigi-suclardan-dolayi-sorusturma-ve-kovusturma-usulu-72-64-1128.html> Erişim tarihi: 25.01.2022.

169. Tümer AR. Cerrahi Branşlar Açısından Hukuki Sorumluluklar ve Malpraktis. İstanbul: Matsis Matbaa Sistemleri; 2013.
170. Türk Tabipleri Birliği Kanunu. Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.6023.pdf> Erişim tarihi: 29.01.2022.
171. Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği. Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=125:tk-tablerbldl-yetmel&catid=2:ymelik&Itemid=33 Erişim tarihi: 29.01.2022.
172. Türk Tabipler Birliği Üyelik İşlemleri Yönergesi. Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/menu_goster.php?Guid=a98208e6-1115-11ea-934f-8246d66163ca Erişim tarihi: 29.01.2022
173. Studdert, D.M., et al., Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *Jama*, 2005. 293(21): p. 2609-2617.
174. Hershey, N., The defensive practice of medicine: myth or reality. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1972. 50(1): p. 69-97.
175. Klingman, D., et al., Measuring defensive medicine using clinical scenario surveys. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1996. 21(2): p. 185-220.
176. Biçen E. Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Defansif Tıp Konusundaki Tutumlarının Araştırılması. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı; İzmir: 2018.
177. Aksigorta. Zorunlu Hekim Sorumluluk Sigortası. Erişim adresi: <https://www.aksigorta.com.tr/yardim-merkezi/sigorta-sozlugu/zorunlu-hekim-sorumluluk-sigortasi> Erişim tarihi: 30.01.2022.
178. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ'de Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/10/20151028-1.htm> Erişim tarihi: 30.01.2022.
179. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ (2010/1). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=14124&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5> Erişim tarihi: 30.01.2022.
180. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ (2010/1)'de Değişiklik Yapılmasına Dair

- Tebliğ. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/05/20200523.pdf>
Erişim tarihi: 30.01.2022.
181. Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219.pdf> Erişim Tarihi: 31.01.2022.
182. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1593.pdf> Erişim tarihi: 31.01.2022.
183. Gündoğmuş Ü, Bilge Y, Kendi Ö, Hancı İ. Hekimlerin yasal sorumluluğunun Yüksek Sağlık Şurası açısından irdelenmesi. Adli Tıp Bülteni 1999;2(3):127-30.
184. Anayasa Mahkemesi Kararı. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/10/20101022-10.htm> Erişim tarihi: 31.01.2022.
185. Adli Tıp Kurumu Kanunu. Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2659.pdf> Erişim tarihi: 01.02.2022.
186. Adli Tıp Kurumu Başkanlığı. İdari Yapı-İhtisas Kurulları. Erişim adresi: <https://www.atk.gov.tr/adli-tip-ihhtisas-kurulu.html> Erişim tarihi: 01.02.2022.
187. Yorulmaz C, Kır Z, Ketenci Ç. Tıbbi uygulama hataları ve bilirkişilik. Yorulmaz C, Çetin G, editörler. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No: 48. İstanbul: 2006. s. 55-69.
188. Koç S. İstanbul Tabip Odasına başvuran tıbbi uygulama hataları. Yorulmaz C, Çetin G, editörler. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No: 48. İstanbul: 2006. s. 70-81.
189. Özkara E, Kureş A. Bilirkişilik ve Adli Tıp Bilirkişiliği. Hukuk Öğrencileri ve Uygulayıcıları İçin Adli Tıp. Özkara E. (Ed.). Ankara, Seçkin yayıncılık, 3. baskı (2020). ISBN: 978-975-02-3498-9. Sayfa: 35-57
190. Bilimsel Mütalaa/Uzman Görüşü. Erişim adresi: <https://www.yorulmazmedikolegal.com/bilimsel-mutalaa/> Erişim tarihi: 08.02.2022.

191. Faruk Aşıcıoğlu. Uzman Mütalaası ve Bilirkişilik Raporu. Erişim adresi: <https://adlitip.istanbulc.edu.tr/tr/content/hizmetlerimiz/uzman-mutalaasi-ve-bilirkisilik-raporu> Erişim tarihi: 08.02.2022.
192. 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.
193. 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.
194. Çoban İ. Adli Tıp Kurumu'na Görüş Bildirilen Nöroloji ve Nöroşirürji Dalında Tıbbi Uygulama Hatası (Uzmanlık Tezi). Adli Tıp Kurumu. İstanbul. 2013.
195. Khalil K. E. 2015-2020 Yılları Arasında Yargıtay'a İntikal Etmiş Malpraktis Dosyalarının Sağlık Yönetimi Açısından Analizi. Yüksek Lisans Tezi, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı; Ordu: 2022.
196. Çarıkçı F, Eslek S, Kırbaş Ç, Aktaşçı B, Baştımur F. (2021). Günlük gazetelere yansıyan tıbbi uygulama hataları üzerine retrospektif bir inceleme. Journal of Medical Sciences, 2(4), 59-66.
197. Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Gandhi TK, et al. Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. New Engl J Med 2006;354(19):2024-33.
198. Elbüken B. (2010). Sağlık Profesyonellerine Yönelik Tıbbi Uygulama Hata İddiası ile Yüksek Sağlık Şurasına Gönderilen Olguların İrdelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
199. Banaz M. Hekimlerin Defansif Tıp ve Tıbbi Hata Tutumlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Programı; Ankara: 2020.
200. Saber Tehrani AS, Lee H, Mathews SC, Shore A, et al. 25-Year summary of US malpractice claims for diagnostic errors 1986-2010: an analysis from the National Practitioner Data Bank. BMJ Qual Saf 2013;22(8):672-80.
201. Artar C. (2020). Sağlık işletmelerinde yanlış tedavi sonucu hasta mağduriyetleri ve hukuki boyutunun incelenmesi. Aydın Sağlık Dergisi, 6(3), 235-247.

202. Çakmak C, Balçık P. (2019). Sezaryen yöntemi ile gerçekleştirilen doğumlarda ortaya çıkan malpraktis olgularının Yargıtay kararları ile incelenmesi. Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi,16(3), 155-159.
203. Wallensten, R. (2006, March). Legislation Covering All Medical Malpractice in Sweden. In Orthopaedic Proceedings (Vol. 88, No. SUPP_I, pp. 14-14). The British Editorial Society of Bone & Joint Surgery.
204. Wamisho BL, Abeje M, Feleke Y, Hiruy A, et al. Analysis of medical malpractice claims and measures proposed by the Health Professionals Ethics Federal Committee of Ethiopia: review of the three years proceedings. Ethiop Med J 2015;53(1):1-6.
205. 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.

Ek 1: Çalışmamıza ait veri kayıt formu

1. Hastanın yaşı:

2. Hastanın cinsiyeti:

1. Kadın
2. Erkek

3. Hastanın ilk başvurduğu ve iddiaya konu sağlık birimi:

1. Aile Sağlığı Merkezi
2. Devlet Hastanesi
3. Özel Sağlık Kuruluşu
4. Eğitim ve Araştırma Hastanesi
5. Üniversite Hastanesi

4. Hastanın ilk başvurduğu klinik birim:

1. Acil Servis
2. Aile Hekimliği
3. Beyin ve Sinir Cerrahisi
4. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
5. Çocuk Cerrahisi
6. Deri ve Zührevi Hastalıklar
7. Genel Cerrahi
8. Göğüs Cerrahisi
9. Göğüs Hastalıkları
10. Göz Hastalıkları
11. İç Hastalıkları
12. Kadın Hastalıkları ve Doğum
13. Kalp ve Damar Cerrahisi
14. Kardiyoloji
15. Kulak Burun ve Boğaz
16. Ortopedi ve Travmatoloji
17. Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
18. Üroloji

19. Diğer

5. İddiaya konu klinik branş:

1. Dahili Branş
2. Cerrahi Branş
3. Diğer

6. İddiaya konu klinik birim:

1. Acil Servis
2. Aile Hekimliği
3. Anesteziyoloji ve Reaminasyon
4. Beyin ve Sinir Cerrahisi
5. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
6. Çocuk Cerrahisi
7. Deri ve Zührevi Hastalıklar
8. Genel Cerrahi
9. Göğüs Cerrahisi
10. Göğüs Hastalıkları
11. Göz Hastalıkları
12. İç Hastalıkları
13. Kadın Hastalıkları ve Doğum
14. Kalp ve Damar Cerrahisi
15. Kardiyoloji
16. Kulak Burun ve Boğaz
17. Ortopedi ve Travmatoloji
18. Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
19. Radyoloji
20. Üroloji
21. Birden Fazla
22. Diğer

7. İlk başvuru kliniğinde şikayetlerin hangi sistemleri ilgilendirdiği:

1. Kozmetik Şikayetler
2. Endokrin Sistem Şikayetleri

3. Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları Şikayetleri
4. Genitoüriner Sistem Şikayetleri
5. Gastrointestinal Sistem Şikayetleri
6. Kardiyovasküler Sistem Şikayetleri
7. Hematolojik ve Onkolojik Şikayetler
8. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Şikayetleri
9. Solunum Sistemi Şikayetleri
10. Kas İskelet Sistemi Şikayetleri
11. Göz Hastalıkları Şikayetleri
12. Birden Fazla
13. Diğer
14. Belirtilmemiş

8. İddiaya konu klinikte konulan tanının hangi sistemleri ilgilendirdiği:

1. Dermatolojik Hastalıklar
2. Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Hastalıkları
3. Endokrin Sistem Hastalıkları
4. Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları
5. Genitoüriner Sistem Hastalıkları
6. Gastrointestinal Sistem Hastalıkları
7. Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları
8. Hematolojik ve Onkolojik Hastalıklar
9. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
10. Solunum Sistemi Hastalıkları
11. Kas İskelet Sistemi Hastalıkları
12. Göz Hastalıkları
13. Sinir Sistemi Hastalıkları
14. Birden Fazla
15. Diğer
16. Tanı Konulmamış

9. İddiaya konu klinikte uygulanan tedavi yöntemi:

1. İlaç tedavisi

2. Cerrahi operasyon
3. Yoğun bakım takibi
4. Sezeryan/Vajinal Doğum
5. Minimal invaziv girişim
6. Prp/Saç Ekimi
7. Lazer epilasyon /IPL
8. Enjeksiyon
9. Tedavi uygulanmamış
10. Diğer

10. İlk başvuru olan klinik tarafından başka bir klinikten konsültasyon istenmiş mi?

1. Konsültasyon istenmiş
2. Konsültasyon istenmemiş

11. Konsültasyon istenen diğer klinikler:

1. Anesteziyoloji ve Reaminasyon
2. Beyin ve Sinir Cerrahisi
3. Çocuk Cerrahisi
4. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
5. Deri ve Zührevi Hastalıklar
6. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon
7. Genel Cerrahi
8. Göğüs Hastalıkları
9. Göz Hastalıkları
10. İç Hastalıkları
11. Kadın Hastalıkları ve Doğum
12. Kalp ve Damar Cerrahisi
13. Kardiyoloji
14. Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları
15. Ortopedi ve Travmatoloji
16. Radyoloji
17. Üroloji
18. Birden Fazla

19. Konsültasyon İstenmemiş

12. Hastanın tanı ve tedavi sürecinde radyolojik görüntüleme istenmiş mi?

1. Evet
2. Hayır

13. Tıbbi uygulama hatası iddiasını ortaya atan kişi:

1. Olgunun kendisi
2. Olgunun yakınları

14. Tıbbi uygulama hatası iddiasının konuları:

1. Aydınlatılmış onam ile ilgili eksiklikler
2. Tanı hataları
3. Tedavi hataları
4. Tanı ve tedavi hataları
5. Tedavi ve izlem hataları
6. Özen ve Dikkat Eksikliği
7. Diğer

15. Tıbbi uygulama hatası iddiası yöneltlen sağlık personelinin görevi:

1. Hekim
2. Diş Hekimi
3. Hemşire
4. Birden Fazla
5. Diğer

16. Tıbbi uygulama hatası iddiası yöneltlen hekimlerin mesleki dereceleri:

1. Pratisyen
2. Asistan
3. Uzman
4. Öğretim Üyesi
5. Hekim Dışı

17. Tıbbi uygulama hatasının aşaması:

1. Tanı

2. Tedavi
3. Komplikasyon yönetimi
4. Tıbbi uygulama hatası yok

18. Tıbbi uygulama hatasının nedeni:

1. Aydınlatılmış onam ile ilgili eksiklikler
2. Tanı hataları
3. Tedavi hataları
4. Komplikasyon yönetimi
5. Özen ve Dikkat Eksikliği
6. Yetkisiz uygulama
7. Tanı ve tedavi hataları
8. Tedavi ve izlem hataları
9. Tedavi ve komplikasyon yönetimi
10. Tedavi-Özen ve Dikkat Eksikliği
11. Diğer
12. Tıbbi uygulama hatası yok

19. Tıbbi uygulama hatası iddiası ölümle sonuçlanmış mı?

1. Evet
2. Hayır

20. Tıbbi uygulama hatası iddiasına yönelik tarafımıza yapılan başvuru şekli:

1. Mahkeme
2. Cumhuriyet Savcılığı
3. Tabip Odası
4. Bireysel Başvuru

21. Tarafımıza başvuru öncesi başka bir kurum tarafından rapor düzenlenmiş mi?

1. Evet
2. Hayır

22. Tarafımıza başvuru öncesi rapor düzenlenen kurum/kişi

1. Adli Tıp Kurumu
2. Yüksek Sağlık Şurası

3. İlgili Branş Hekimi
4. Birden Fazla
5. Başvuru öncesi rapor düzenlenmemiş

23. Bilirkişi görüşümüz ile diğer kurumların görüşlerinin karşılaştırılması:

1. Uyumlu
2. Uyumsuz
3. Başvuru öncesi rapor düzenlenmemiş

24. Tıbbi uygulama hatası kararı:

1. Tıbbi uygulama hatası var
2. Tıbbi uygulama hatası yok

**Ek 2: Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun
27.04.2022 tarih ve 2022/16-12 numaralı kararı**

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI**

Sayın Prof.Dr. Yücel Arısoy

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	goack@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	7173-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☒ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☐ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	2014-2021 Yılları Arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Tarafından Adli Raporu Düzenlenen Malpraktis Olgularının Değerlendirilmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr. Yücel Arısoy Adli Tıp A.D.
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ		Karar No:2022/16-12	Tarih:27.04.2022		
Prof.Dr. Yücel Arısoy'un sorumlusu olduğu "2014-2021 Yılları Arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Tarafından Adli Raporu Düzenlenen Malpraktis Olgularının Değerlendirilmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın mevcut haliyle etik yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
ÇALIŞMA ESASI		ETİK KURUL BİLGİLERİ			
Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?	
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Emel Çalikoğlu (Başkan Yardımcısı)	Preventif Onkoloji	Onkoloji Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Suna Asilsoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Nil Hocaoglu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Aliye Akcalı	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒
Dr.Öğr.Üyesi Özlenen Şimşek Papur	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒
Dr.Öğr.Üyesi Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç Yüksel	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒