T.C.

DİCLE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ ADLİ TIP ANABİLİM DALI

"DİYARBAKIR İLİNDEKİ STAJYER AVUKATLARIN MALPRAKTİS-KOMPLİKASYON KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ"

DR. DUYGU CENGİZ DİNÇER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DOÇ. DR. CEM UYSAL

TEZ DANIŞMANI

DİYARBAKIR-2020

T.C.

DİCLE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ ADLİ TIP ANABİLİM DALI

"DİYARBAKIR İLİNDEKİ STAJYER AVUKATLARIN MALPRAKTİS-KOMPLİKASYON KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ"

DR. DUYGU CENGİZ DİNÇER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DOÇ. DR. CEM UYSAL

TEZ DANIŞMANI

DİYARBAKIR-2020

TEŞEKKÜR

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalındaki eğitim sürecimin ilk gününden son gününe kadar, her türlü yardım ve birikimlerini esirgemeyen, adli tıp uzmanı olarak yetişmemde emeği geçen başta tez danışman hocam Doç. Dr. Cem UYSAL olmak üzere, emekli öğretim üyesi sayın Doç. Dr. Yaşar TIRAŞÇI, Dr. Öğretim Üyesi Ertuğrul GÖK, adli toksikoloji alanında bilgilerinden istifade ettiğim Dr. Öğr. Üyesi Enes ARICA'ya,

Vakitlerini ayırıp ankete katılan tüm Diyarbakır Barosu'na kayıtlı stajyer avukatlara ve bu konuda desteğini esirgemeyen Baro Başkanı Cihan Aydın'a

Tezimin bilimsellik ve yararlılık derecesini artıran kaynak eserlerin yazarlarına,

Uzmanlık eğitimim süresince birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum Uzm. Dr. Übeydullah DURMAZ, Uzm. Dr. Aydın ALTINAL, Dr. Mustafa AKIN, Dr. Gürhan KOLLU, Dr. Ramazan BUĞDAYCI, Dr. Sezai YILMAZ, Dr. Özlem YÜREKLİ, Dr. Zeliha YILDIRIM, Dr. İlker GAZİOĞLU, Dr Orhan BÜDÜN, Dr. Muhammed İkbal YILDIRIM, Dr Ahmet Ufuk ÜNAL, Dr Tugay AKYIL'a,

Bugünlere ulaşmamda en büyük role sahip olan, her daim desteklerini ve sevgilerini esirgemeyen aileme,

Saygılarımı sunar, teşekkür ederim.

ÖZET

Giriş ve Amaç:

Son zamanlarda tıbbi uygulama hatası (malpraktis) iddialarında hızlı artış görülmektedir. Avukatlarında bu konuda dava açma sayıları giderek artmaktadır. Dolayısıyla tıbbi uygulama hataları hem sağlık hem hukuk bilimini yakından ilgilendirmektedir. Yüksek tazminatlar, uzun süren davalar nedeniyle hekimlerin tıbbi uygulama hatalarından kaçınmasının bir sonucu olarak da defansif tıp uygulamaları artmaktadır. Bu çalışmada bu konunun bir tarafı olan geleceğin avukat, savcı ve hakimlerin malpraktis komplikayon konusundaki mevcut bilgi düzeylerinin değerlendirmek, bilgi düzeylerini artırmak ve sürecin daha hızlı ve doğru ilerlemesine katkı sağlamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler:

Bu çalışmada 2019 yılında Diyarbakır Barosuna kayıtlı stajyer avukatlara bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla Malpraktis- Komplikasyon konularında eğitim öncesi anket uygulandı, sonrasında eğitim verildi ve eğitim sonrasında tekrar anket çalışması yapıldı. Çoktan seçmeli ve çok doğru yanıtlı toplam 12 sorudan oluşan anket hazırlandı. Anket sorularının içeriği; malpraktis nedenleri, malpraktis davalarının artmasının sonuçları, olgular üzerinden malpraktis ve komplikasyon ayrımının değerlendirilmesidir. 107 stajyer avukata eğitim öncesi anket dağıtıldı. Anketler doldurulduktan sonra stajyer avukatlara 4 grup halinde 4 saatlik teorik eğitim verildi. Eğitim sonunda tekrar anket dağıtıldı.

Bulgular:

Katılımcılar eğitim öncesi ve sonrasında doldurdukları anketlerde: artan malpraktis davaları ve dava açılma endişesinin hekimleri defansif tıpa yönlendireceği, mesleki sorumluluk sigortasının sağlık hizmetini olumlu etkileyeceği, Adli Tıp Kurumu'nda verilen malpraktis kararlarının objektif olduğunu, üniversitelerini ücreti karşılığında malpraktis davalarında bilirkişilik yapmaları gerektiği yönünde fikir beyan etmişlerdir. Olgu sorularında aydınlatılmış onam alınması gerektiği yönünde fikir beyan etmişlerdir.

Sonuç:

Çalışmamızda stajyer avukatların malpraktis-komplikasyon konusunda bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu görüldü. Son yıllarda bu konuya artan ilgi ve dava sayıları nedeniyle hukuk öğrencilerine mezuniyet öncesi bu konuda daha fazla eğitim verilmesi, mezuniyet sonrası da seminer ve konferanslarla desteklenmesinin uygun olacağı kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: malpraktis, komplikasyon, tıbbi uygulama hataları

ABSTRACT

Introduction and Aim:

Recently, there has been a rapid increase in claims for medical malpractice (malpractice). The number of lawsuits filed is gradually increasing. Therefore, medical malpractices are closely related to both health and legal science. Defensive medicine practices are increasing as a result of high compensation and long-term lawsuits as a result of physicians avoiding medical malpractices. In this study, it is aimed to evaluate the current knowledge levels of the future lawyers, prosecutors and judges, who are the parties of this subject, to increase their knowledge and contribute to the progress of the process faster and more accurately.

Materials and Methods:

In this study, pre-education questionnaire on Malpractice-Complication was applied to the trainee lawyers registered in the Diyarbakır Bar Association in 2019 to measure their level of knowledge. Afterwards, training was given and a survey was conducted again after the training. A questionnaire consisting of 12 questions with multiple choice and very correct answers was prepared. Content of the survey questions; Causes of malpractice, consequences of increased malpractice lawsuit, evaluation of the distinction between malpractice and complications. A pre-training questionnaire was distributed to 107 trainee lawyers. After the questionnaire was filled, trainee lawyers were given 4 hours of theoretical training. At the end of the training, the questionnaire was distributed again.

Results:

Participants who in the questionnaires they filled before and after the training: increased malpractice cases and anxiety about filing a lawsuit will lead physicians to defensive medicine, professional liability insurance will positively affect health services, decisions in the Forensic Medicine Institute about malpractice are objective, declared that universities should be experts in malpractice cases for a fee. They declared that their opinion that informed consent should be obtained in the case questions.

Conclution:

In our study, it was seen that trainee lawyers had insufficient knowledge about malpractice-complications. Due to the increasing interest and the number of lawsuits on this issue in recent years, law students should be given more education on this subject before graduation. We believe that it would be appropriate to support lawyers with seminars and conferences after graduation.

Key Words: malpractice, complication, medical malpraktice.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR……*i*

ÖZET……*ii*

ABSTRACT…….....*iv*

İÇİNDEKİLER……....*vi*

KISALTMALAR……....*viii*

2.1 Genel Tanım ……..…. 3

2.1.1 Malpraktis nedir?..... 3

2.1.2 Malpraktisin Tarihçesi……....4

2.2 Tıbbi Uygulama Hatalarında Kavramlar……....5

2.2.1 Tıbbi Standart……..…..5

2.2.2 İzin Verilen Risk(Komplikasyon)……..……6

2.2.3 Malpraktis(Tıbbi Uygulama Hatası)……..6

2.2.4 Tıbbi Uygulama Hatası- Komplikasyon Ayrımı……....7

2.3 Tıbbi Uygulama Hataları Nedenleri……..8

2.3.1 Teşhis Hataları……...8

2.3.2 Tedavi Hataları……..9

2.3.3 Organizasyon Hataları……..11

2.3.4 Aydınlatılmış Onam…….11

2.4. Hekim Sorumluluğu……13

2.4.1 Hekimin Cezai Sorumluluğu……13

2.4.2 Hekimin Hukuki Sorumluluğu…….15

2.4.3 Hekimin İdari Sorumluluğu……..17

2.4.4 Hekimin Mesleki Sorumluluğu……18

2.5.Tıbbi Uygulama Hatalarının Değerlendirilmesinde Bilirkişilik…….....20

2.5.1 Yüksek Sağlık Şurası…….21

2.5.2 Yüksek Öğretim Kurumları……...21

2.5.3 Adli Tıp Kurumu……...21

2.5.4 Tabip Odaları……23

2.6 Mesleki Sorumluluk Sigortası……...23

2.7 Defansif Tıp……..25

3. GEREÇ VE YÖNTEM……..26

4. BULGULAR……...27

5. TARTIŞMA ……47

6. SONUÇ VE ÖNERİLER……... 54

7. KAYNAKLAR……...56

8. ANKET……63

9. ETİK KURUL KARARI……...65

KISALTMALAR

TCK : Türk Ceza Kanunu

YÖK : Yüksek Öğretim Kurumu

YSŞ : Yüksek Sağlık Şurası

ATK : Adli Tıp Kurumu

TDK : Türk Dil Kurumu

TTB : Türk Tabipler Birliği

WMA :Dünya Tabipler Birliği (World Medical Association)

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Malpraktis sözcüğü, Latince'de *mala* ve *praxis* sözcüklerinden köken almaktadır."*Mala*" sözcüğü "kötü" ve "*praxis*" sözcüğü "uygulama, pratik" manasındadır. Malpraktis sözcüğünün Türkçe çevirisi ise kötü uygulamadır. Bir meslek grubunun kötü ya da hatalı işlemleri neticesinde, hizmete tabii olana zarar verme halidir. Tıbbi malpraktis ise sağlık hizmeti sunucularının kötü ve hatalı uygulamaları neticesinde hizmet alanın zarar görmesi halidir (1-4). Dünya Tabipler Birliği(WMA) malpraktisi "*doktorun tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarardır.*" şeklinde tanımlamakta olup Türk Tabipler Birliği (TTB) tarafından hazırlanmış Meslek Etiği kurallarının 13. Maddesinde malpraktis "*Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle hastanın zarar görmesi hekimliğin kötü uygulanması*" şeklinde ifade edilmiştir (5,6).

Sağlık çalışanının sorumluluğuna ilişkin hukuk sistemimizde kanun düzenlemesi bulunmamakla birlikte Ceza Hukuku, İdare Hukuku ve Medeni Hukuk'ta genel düzenlemeler bulunmaktadır. Ceza Hukuku bakımından doktorun tıbbi faaliyetini yerine getirirken ortaya çıkan suçlar ile tıbbi uygulamaları yerine getirince işleme ihtimali olan suçlar görülürken, Medeni Hukukta doktorun hukuka uygun olmayan tıbbi işlemler neticesinde kişinin zarara uğraması lazımdır. İdare Hukuku bakımından ise kamuda sağlık hizmeti sunan hekimlerin kurum amirinin izni ile soruşturulmak koşulu ile idari açıdan sorumlulukları bulunmaktadır. Kınama, uyarma, kademe ilerlemesinin durdurulması, maaştan kesme, hekimlikten men cezaları bulunmaktadır (7,8).

Tıbbi hizmet sunucuların kimler olduğu resmi gazetede yayınlaşmış olup bunlar tabip ve uzman tabip, diş tabibi ve uzman diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire, klinik psikolog, fizyoterapist, fizyoterapi teknikeri, odyolog, odyometri teknikeri, diyetisyen, dil ve konuşma terapisti, podolog, sağlık fizikçisi, radyoterapi teknikeri, anestezi teknisyeni ve teknikeri, tıbbi laboratuar teknisyeni, patoloji teknikeri, tıbbi görüntüleme teknisyeni ve teknikeri, ağız ve diş sağlığı teknikeri, diş protez teknikeri, tıbbi protez ve ortez teknisyeni ve teknikeri, ameliyathane teknikeri, adli tıp teknikeri, diyaliz teknikeri, perfüzyonist, ezcane teknikeri, iş ve uğraşı terapisti (ergoterapist) ve teknikeri, elektronörofizyoloji teknikeri, mamografi

teknikeri, optisyen, acil tıp teknikeri ve teknisyeni, hemşire yardımcısı, ebe yardımcısı, sağlık bakım teknisyenidir (9).

Tıbbi malpraktis ile ilgili açılan dava sayıları tıp eğitimindeki eksiklikler, tıp ve teknolojideki gelişmeleri hekimlerin takip etmedeki yetersizlikleri, medya organlarında artan haberler, tazminat miktarlarının yüksek rakamlar olması nedeniyle giderek artmaktadır (10,11). Artan malpraktis davaları ile birlikte, öncelikli hedefin hastayı iyileştirmek değil, bu davalardan kaçınmak olan defansif tıp uygulamaları artmaktadır. Defansif tıp uygulamalarında hekimin asıl amacı kendini korumaktır (12). Defansif tıp uygulamaları; tanı için yapılması gerekenden daha fazla laboratuar testi, tıbbi görüntüleme yapmak, gereksiz konsültasyon istemek, gereksiz girişimsel uygulamalar yapmak, yatış endikasyonu olmayan hastaları yatırarak tedavi etmek gibi pozitif savunmacı tıp davranışları olduğu gibi, riskli hastaları tedavi etmekten kaçınmak gibi negatif savunmacı tıp davranışlarını da kapsamaktadır (13, 14). Ayrıca hekimler kendilerini korumak adına mesleki sorumluluk sigortası yaptırmaktadırlar. Malpraktis suçlamasına bağlı ceza ve hukuk davaları sayısının artması hekimler arasında mesleki sorumluluk sigortasının yaygınlaşmasına neden olmuştur. Mesleki sorumluluk sigortası kamuda, özel sektörde ve serbest olarak çalışan hekimlere önceleri zorunlu değilken artık zorunlu hale gelmiştir ve uzmanlık alanı, risk faktörlerine göre ödenecek prim değişmektedir (15).

Bu çalışmada 2018-2019 yılları arasında Diyarbakır Barosuna kayıtlı stajyer avukatlara malpraktis konusundaki bilgi düzeylerini ölçmek için anket çalışması yapıldıktan sonra eğitim verilmiş olup eğitim sonunda tekrar anket çalışması yapılmıştır. Malpraktis davalarının artması ile, tıbbi ve hukuki boyutu olan bu konunun hukuki tarafının çalışanları hakim, savcı ve avukatların bilgi düzeylerini öğrenmek ve bu konuya daha fazla dikkat çekmek, bilgi düzeylerini artırmak, ülkemiz veri havuzuna katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Genel Tanım

2.1.1 Malpraktis nedir?

Türkçe karşılığı kötü uygulama olan malpraktis kelimesi Latince'de mala ve praxis kelimesinden türemiş olup; sırası ile "kötü" ve "uygulama, pratik" manasındadırlar. Malpraktis "Mesleğinde yetkin olan kişinin, uygulama esnasında evrensel kurallara uymaması neticesinde vukuu bulan ihmal ile o şahsın zarara uğramasıdır." denmektir ve burada mesleğinde yetkin olan kişi ifadesi kullanırken meslek adı kullanılmamış olup genel anlamda her meslek grubu için bu tanım geçerlidir. Hekimlerin veya sağlık çalışanlarının yaptığı iş sırasında bir ihmali neticesinde tedavi alanın zarar görmesi durumunda tıbbi malpraktisten söz edilebilir. Malpraktis denildiğinde sadece sağlık çalışanlarını anlamak yanlış bir tutum olacaktır (16). Dünya Tabipler Birliği 1992 yılında yapılan 44. Genel kurulunda tıbbi malpraktisi; "doktorun tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarardır." şeklinde, Türk Tabipler Birliği tarafından hazırlanmış Meslek Etiği kurallarının 13. Maddesinde ise malpraktis "bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle hastanın zarar görmesi, hekimliğin kötü uygulanması" şeklinde ifade edilmiştir (5, 6). Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısında "*Sağlık personelinin kasıt, kusur ve ihmali, 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, bilerek ya da bilmeyerek kişiye olması gereken tedaviyi uygulamaması ile kişiye verilen zarar*" olarak belirtilmiştir. Bu tanımlamalara baktığımızda malpraktisten bahsedebilmek için hekimin standart uygulamayı yapmaması ifadesi kullanılmış olup tıbbi standardı hekimin hastasını tedavi sürecinde o günkü ulaşılmış olan aşama şeklinde tanımlayabiliriz. Bugün için standart uygulama olmayan bir durum zamanla standart hale gelebilir. Uygulamanın yapıldığı tarihteki ulaşılabilir standart esas alınarak değerlendirme yapılmalıdır. Personel ve teknik bakımdan yetersiz olan küçük bir hastane ile çok daha gelişmiş imkanlara sahip olan hastanelerin standartları farklıdır. Bunları aynı değerlendirmek haksız bir uygulama olacaktır. Nitekim

ABD'de aynı şartlar altında yani; aynı bölgede çalışıp kaynaklar bakımından da aynı imkana sahip hekimlere göre tıbbi standart belirlenmektedir (17).

2.1.2 Malpraktisin tarihçesi

Malpraktis ile ilgili tarihteki ilk verilere bakıldığında Hammurabi Kanunlarında 218. maddede bir doktorun bistüri ile büyükçe bir kesi açıp, kişiyi öldürmesi veya neşter ile bir uru deşmesi neticesinde gözü keserse hekimin ellerinin kesileceği, 219. maddede doktorun neşter ile özgür bırakılmış bir kişinin kölesinde büyük bir yaraya neden olur ve köleyi öldürürse o özgür adama yeni bir köle vereceği, 220. maddede neşter ile bir tümörü deşer ve gözünü çıkarırsa kölenin ederinin bir kısmını ödeyeceği, 225. maddede veteriner cerrahın, bir merkep ya da bir inek üzerinde önemli bir operasyon yapması ve onu öldürmesi halinde kişiye ederinin yüzde 25'ini ödeyeceği, Hindistan da Manu kanunlarına göre mesleğini kötü uygulayan hekimin para cezası ile cezalandırılacağı, Zoroastre kanunlarında ise yetersiz olduğu jüri tarafından ispatlanan bir hekimin mesleğini uygulaması halinde parçalanarak öldürüleceği, Mısır da ise tıp kurallarının yazılı olduğu kitap haricinde doktorun hastasını tedavi etmesi ve hastanın da ölmesi durumunda doktorun cezalandırılacağı, idam edileceği, hastanı tedavi sonrası ölmesi eğer bu kitap dahilinde ise doktorun cezalandırılamayacağı şeklinde düzenlemeler bulunmaktaydı. Eski Yunan kanunlarında Hipokrat tarafından sağlanan bir düzen ile hekimin hastasına gerekli özeni göstereceği, hamile kadınlara çocuk düşürücü uygulamalarda bulunamayacağı, hastasına zehir veremeyeceği şeklinde kurallar bulunmaktaydı. Roma kanunlarında ise hekimler ihmal ve acemiliklerinden dolayı sorumlu tutulmaktaydı ve ağır kusur olarak değerlendirilmekteydi (18,19).

12. ve 13. yüzyıllarda Kudüs mahkemelerinde hekimin acemilik nedeni ile bir kölenin ölümüne sebep olması durumunda köle sahibine kölenin bedelini ödemesi ve hekimin bulunduğu şehri terk etmesi, hastasını sakat bırakması halinde elinin kesileceği, ölümü halinde hekimin ölüm cezası alacağı kararları alınmıştır. Avrupa da 1390 yılında bir cerrah bilgisizliğinden, Paris mahkemesinde 1427 de yüksek dozda ilaç verdiği için bir hekim sorumlu tutulmuştur. Sir William Blackstone'un 1768 tarihli İngiltere Kanunları Üzerine Yorumlar isimli eserinde malpraktisi "ihmal ya da beceri eksikliği olan hekimin, cerrahın ya da eczacının yönetimi ile hastanın zarara uğrayarak, hekime güvenin sarsılması" şeklinde tanımlamıştır. 1847'de Amerika'da The American Medical Association kurulmuş ve tıpta ilk standartlar oluşmaya başlamıştır. Tıbbın ilerlemesi, yeni tedavi yöntemlerinin gelişmesi ile birlikte hekimlerin şikayet edilme oranları artmış ve hekimler mesleki sorumluluk sigortası

yaptırmaya başlamıştır (18-20).Türkiye'de malpraktis ile ilgili mevzuat çalışmaları 2002'de başlamış, ancak tasarı olarak kalmış olmasına rağmen bu konunun gündeme gelmesi açısından önemli bir gelişme olmuştur (21).

2.2 Tıbbi Uygulama Hatalarında Kavramlar

2.2.1 Tıbbi Standart

Tıp alanında yaygın bir şekilde uygun görülmüş kurallar tıbbi standart olarak tanımlanmakta ve bunların ihlal edilmesi ile tıbbi uygulama hataları oluşmaktadır. Artık kullanılmayan çok eski bir yöntem ile hastayı tedavi etmeye çalışma gibi uygulaması gerekenin yani tıbbi standardın altında uygulama yapılması tıbbi uygulama hatası olarak değerlendirilir. Hekimden yapması beklenen tıbbi standart uygulamalar vardır. Bunlar anamnez alma, hastayı muayene etme, tanı koymak için gerekli tetkikleri yapma, hastalığın ve tedavinin komplikasyonları hakkında hastayı bilgilendirme ve yapılacak tıbbi uygulamalar için uygun bir şeklide hastanın onamını alma, hastanın düzenli takiplerini yapmadır (22).

Önemli bir durumda; tıbbi standart değerlendirilirken uygulamanın yapıldığı zamanın tıbbi standartlarıdır. Hekimin sahip olması gereken bilgi düzeyi değerlendirirken uzmanlık dalı ve ülkemizde tıbbın ulaştığı düzey değerlendirilmelidir. Hekimin hangi tıp fakültesinden mezun olduğunun bir önemi yoktur. Ülkemizde hekimin tıp fakültesi diplomasını alması yeterli bilgi düzeyine sahip olduğu anlamına gelmektedir. Hekimin çalıştığı yerin olanakları da standartları belirlemede önem taşır. Nitekim küçük bir sağlık ocağında hizmet sunan bir doktor ile tam teşekküllü bir hastanede hizmet sunan bir doktorun yaptığı tıbbi uygulamalarda aynı standardı beklemek mümkün değildir (17).

Zayıflama merkezinde tedavi gören 44 günde 13,8 kg. zayıflayan, buna bağlı daha önce süregelen kardiyak rahatsızlığının aktif hale gelmesi neticesinde ölümün gerçekleştiği vakada, uygulama tekniğinin standartlara uygun olmadığı, olağan şartlarda kilo kaybının ayda 2-4 kg civarında olması gerekirken bu değerin üstünde olduğu, aşırı kilolu şahıslarda ani kilo kaybının süregelen kardiyak rahatsızlığını aktifleyebileceği tıbbi olarak bilindiği, perhiz ve egzersiz planının tekrar gözden geçirilmemesi ve tetkiklerinin tam yapılmaması, bu hatalı davranışların ölüme etkisinin olduğu ve bu ölümle illiyet bağının olması, ölümün komplikasyon olarak değerlendirilemeyeceği kararına varılmıştır (23).

Klinik uygulama rehberleri hazırlanması tıbbi uygulamalarda standardizasyon sağlanması için yararlı olabilecektir (24,25).

2.2.2 İzin Verilen Risk(Komplikasyon)

Komplikasyon kavramı Türkçe olmamasına rağmen Türk Tıp literatüründe de yaygın olarak kullanılmakta olup, bu kavram hukukta izin verilen risk olarak tanımlanmaktadır. Genel Türkçe sözlükte karmaşıklık, Veteriner Hekimliği Terimleri sözlüğünde "bir hastalığın devamı sırasında oluşan başka patolojik olaylar veya hastalıklar", Tıp Terimleri Kılavuzunda "ardıl sorun", İlaç ve Eczacılık Terimleri Sözlüğünde "bir hastalığın seyir veya tedavisi sırasında başka hastalık veya bozuklukların belirmesi" şeklinde tanımlanmıştır (26).

Tıbbi standartlara uygun yapılan bir tıbbi uygulama sonrasında kaçınılamayan bazı zararlar meydana gelebilir. Tıbbi uygulamalar sırasında olası birçok risk olmakla beraber yarar zarar dengesi temelinde bu uygulamalar yapılabilmektedir. Öngörülebilen riskler yani çıkma olasılığı olan veya kesin ortaya çıkacağı düşünülen risklerden hastanın onamının olması halinde doktor sorumlu tutulamaz. Tıbbi uygulamalar doğası gereği riskli işlemler olup ortaya çıkan her türlü istenmeyen durumu komplikasyon olarak değerlendirmek de yanlış olacaktır. Bugün komplikasyon olarak değerlendirdiğimiz bazı olayları ileride tıbbın daha da gelişmesiyle komplikasyon olarak değerlendiremeyebiliriz. Bundan dolayı olayları değerlendirirken önemli olan olay anındaki tıp bilgilerine göre değerlendirmektir (17).

Komplikasyon olarak değerlendirilen her durumda hekimin kusursuz olduğu sonucuna varılmamalıdır. Komplikasyon oluştuktan sonraki süreçte hekimin sorumluluğu gündeme gelmemesi için bu sürecin yönetiminin iyi olması gerekmektedir. Hastaya onamı dahilinde olası riskler de anlatıldıktan sonra gelişen komplikasyonun iyi yönetilmesi halinde hekimin sorumluluğu olmayacaktır (16).

Önemli bir konuda yapılan tıbbi uygulama ve sonrasında ortaya çıkabilecek bir komplikasyondan hekimin sorumlu tutulmaması için öncelikle hekim hastasını komplikasyonlar konusunda aydınlatması ve hastanın buna onam vermesi gerekmektedir. Bu durumda hekim aydınlatılmış onam almadığı için zarardan sorumlu tutulacaktır (17).

2.2.3. Malpraktis

Malpraktis kelimesi Tıp Terimleri Kılavuzunda "kusurlu uygulama", Veteriner Hekimliği Terimleri Sözlüğünde "itina göstermeden ya da hatalı yapılan tedavi neticesinde görülen, görevi kötüye kullanma manasında kullanılan hukuki terim", İlaç ve Eczacılık Terimleri Sözlüğünde "hekimin kabul edilmiş olan tanı ve tedavi yöntemlerine uymaması veya görevini ihmal etmesi sonucu, hastada geçici sağlık sorunlarına ve hatta ölüme yol açacak hatalı işlem yapması, bir hastalığın seyir veya tedavisi sırasında başka hastalık veya bozuklukların belirmesi" şeklinde tanımlanmaktadır (26). Bir başka tanımlamada ise

Malpraktis " meslek erbabının mesleğini, mesleğin ortalama ölçülü ve saygın bir meslek erbabının tüm koşullarda uygulaması gereken birikim ve yetenek ile yapmaması neticesinde hizmet alan şahsa zarar vermesi", Türk Tabipler Birliği ise "Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeni ile bir hastanın zarar görmesi; hekimliğin kötü uygulaması" şeklinde tanımlamıştır (17).

Dünya Tabipler Birliği 44. Genel Kurulunda "hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi uyulamaması ile oluşan zarardır. Tıbbi uygulama sırasında öngörülemeyen bilgi ya da beceri noksanlığı sonucu oluşan ise istenmeyen neticedir ve bundan hekimin sorumluluğu yoktur." denilmektedir (27).

Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanun Tasarısı'nda "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 (28). Olaylar değerlendirilirken şüphesiz tıp biliminin o ana kadar ulaşmış olduğu bilimsel ve teknik koşullar göz önüne alınmalı, uygulamayı yapan hekim ya da sağlık görevlisinin aynı yetkinlik düzeyindeki meslektaşının göstermesi gereken standart özeni gösterip gösteremediğine bakılır. Ayrıca bu tıbbi uygulamanın hangi koşullarda yapıldığı, acil şartlarda yapılıp yapılmadığı, yeterli donanımın olup olmadığı da göz önünde bulundurulmalıdır (17,29).

Yapılmış olan tıbbi uygulamanın uygulama hatası ya da komplikasyon olup olmadığı sonuçları açısından önemlidir.

2.2.4. Malpraktis- Komplikasyon Ayrımı

Malpraktis-komplikasyon ayrımını doğru bir şekilde yapmak sağlık hukuku açısından son derece önemli bir konudur. Hekimlik mesleği bir takım riskler içermekte ve hekimler yapacağı tıbbi müdahalelerde oluşma ihtimali öngörülen veya tahmin edilen olumsuz sonuçları hastasına anlatmalıdır. Yapılan tıbbi müdahalenin hukuka uygun olması için hastanın da bu riskleri anlayıp onam vermesi gerekmektedir. Hekim tarafından öngörülmüş ve hastaya uygun bir dilde bu risk anlatılmış, hastanın da kabul etmiş olduğu, ancak önlenemeyen sonuç komplikasyon olarak değerlendirilir ve hekimin sorumluluğu doğmaz. Önlenebilen sonuçlar ise malpraktis olarak değerlendirilir ve hekimin sorumluluğu doğar. Hekimin öngöremediği bir sonuç meydana gelmişse hekim sorumlu tutulamaz (22).

Tablo 1: Ortaya çıkan sonuca göre hekim sorumluluğu (22).

Ortaya Çıkan Sonuç		Sonucun Şekli	Sorumluluk Olup Olmayacağı
Tahmin edilemeyen	Engellenemeyen	Rastlantı, kaza	Hekimin sorumluluğu olmayacaktır.
Tahmin edilebilen	Engellenemeyen	Komplikasyon(İzin verilen risk)	Hekimin sorumluluğu olmayacaktır. (Bilgilendirilme yapılmış, onam alınmış ve hatalı bir tıbbi uygulama ile zarar oluşmamış ise)
Tahmin edilebilen	Engellenebilen	Malpraktis(Tıbbi uygulama hatası)	Hekim sorumlu olacaktır.

Sonucun öngörülebilir olup olmadığının (tahmin edilebilir) aydınlatılması önemli bir konudur. Mahkeme bu konuyu çözmek için bilirkişiye aynı nitelik ve şartlarda ki hekimin, yapılan tıbbi uygulama neticesinde meydana gelen sonucu öngörülüp öngörülemeyeceği (tahmin edip edemeyeceği) sorusunu sorar (30).

2.3 Tıbbi Uygulama Hataları Nedenleri

Hekimlerin yaptıkları hatalar teşhis, tedavi ve organizasyon hataları olarak sınıflandırabiliriz.

2.3.1 Teşhis Hatası

Geç teşhis koymak, yanlış teşhis koymakta hekimin yapabileceği teşhis hatalarındandır. Hekim gerektiğinde hastasını daha uzman bir hekime yönlendirebilmeli, teşhis koymak için gereğinden fazla vakit kaybetmemelidir. Hekimin çalıştığı kurumun şartları ileri tetkik yapmak için yeterli olmayabilir, mesela bir sağlık ocağı hekiminin ileri tetkikler sonunda teşhisi konulabilecek bir hastalığın tanısını koyamaması halinde yine hekim sorumlu tutulabilir; burada teşhis koyamadığı için değil hastasını sevk etmediği için hekim sorumlu tutulacaktır. Hekim yeterli bilgi, tecrübe ve araç gerece sahip olmaması nedeniyle tanı ve tedavide başarısız olacağı hastasını bir uzmana veya hastaneye sevk etmediği takdirde kusurlu olacaktır (17). Alkol intoksikasyonu tanısı ile sevkli gelen hastaya herhangi bir tıbbi müdahalede bulunmayarak hastayı kabul etmediği, ailenin hastayı başka bir hastaneye

götürmek zorunda kalması ve sonrasında öldüğü olayda, hastaneye yatırmadığı ve ilgili branşlara danışmadığı için hekim kusurlu bulunmuştur (31).

Hastaya teşhis koyarken hekimin ilk yapması gereken hastadan anamnez alması ve muayenesi yapmaktır. Bunları yapmadan teşhis koymaya çalışmak kabul edilemez bir hatadır. Bir hastaya tanı koymada en basit olan ama bir o kadar da en etkili yolu hastadan detaylı bir anamnez almaktır. Hekim hastadan anamnez alıp, muayenesini yaptıktan sonra düşündüğü ön tanı doğrultusunda tetkikler isteyebilir. Tetkik hatalarında gerekli tetkiklerin yapılmaması gibi gereksiz riskli tetkiklerin yapılması da olabilir. Gerekli tetkiklerin yapılmaması sonucu hastalığın tanısı konulamayabilir. Hastalığın tanısının konulamaması nedeniyle ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçtan hekim sorumlu olacaktır (17). 112 ekiplerince göğüs ağrısı olmayan, tansiyon hastası bir hastaya EKG çekilmeden antikoagülan ve antiagregan tedavi uygulanması sonrası serebral hemoraji gelişmesi örnek verilebilir (32).

2.3.2 Tedavi Hatası

Hekim hastasına tecrübesine dayanarak hastası için en iyisi olduğunu düşündüğü yeni bir tedavi yöntemi ya da daha geleneksel bir tedavi yöntemini seçmekte serbesttir. Önemli husus hastasına tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgiyi vermesidir. Hekim hastasına riskleri geniş bir şekilde anlatıp onam aldıktan sonra çok az denenmiş lakin hastasına çok fazla faydası olabilecek uygulama şeklini dahi tercih edebilir. Hekimin henüz deney aşamasındaki bir tedavini yöntemini seçmesi ise hata olarak değerlendirilecektir (17).

Hekimin tıbbi açıdan yapması gerekeni yapmaması ya da yapmaması gerekeni yapması, tıbbi müdahale sırasında ve sonrasında yanlış uygulamalar yapması tedavi hatası olarak değerlendirilebilir. Hekimin bilgi eksikliğinden, ihmalinden kaynaklanan hatalar olabileceği gibi ekipmandan, sistemden kaynaklanan hatalarda olabilir. Medyada da sıklıkla konu olan kompres, tampon gibi maddelerin hasta vücudunda unutulması da bir başka hata konusudur. Bu talihsiz olaylar sadece ülkemizde değil tüm dünyada olabilmektedir. Ameliyatın hangi şartlarda gerçekleştirildiği, hemşirenin malzeme sayımını doktorun denetleyip denetlemediği önem kazanabilir. Bütün ülkeler için uluslararası standartlar olmadığı için ülkelere göre benzer olaylarda farklı kararlar olabilmektedir. Nitekim hastanın vücudunda gazlı bez unutulması ile ilgili bir olayda ABD'de hekim sorumlu tutulurken, Rusya'da hemşire sorumlu tutulmuştur. Ülkemizde ise bu konunun bilirkişiye incelettirilmesine dahi gerek olmadığına dair yargıtay kararları bulunmakla beraber sadece hekimi, sadece hemşireyi ve her ikisini de sorumlu tutan kararlar bulunmaktadır (33, 34, 35).

Hekim hastasını tedavi ederken şüphesiz hastaya asgari acı verecek ve minimal riskli olan tedaviyi seçmelidir. konservatif yöntemler ile iyileşmesi mümkün olan bir hastalık nedeni ile hastayı ameliyat eden doktor tartışmasız suçlu bulunacaktır. Endikasyon olmadığı halde hastasının sezaryen ile doğumunu yaptıran hekimde benzer şekilde suçlu bulunacaktır (17). Hekim yanlış teşhis koyduğunda bunun sonucu olarak yanlış ilaç tedavisine yol açabilecektir. Hekim tanısını doğru koyduktan sonrada endikasyona uygun bir ilaç seçmeli ve ilacı doğru bir şekilde uygulamalıdır. İlaç uygulanırken veriliş şekli, uygulama dozu, kişinin böbrek karaciğer hastalığı gibi ilacın vücuttaki miktarını etkileyecek ek hastalığı olup olmadığı, ilaç etkileşimi açısından başka ilaç kullanıp kullanmadığı sorgulanmalıdır. İlaca karşı alerjisi olup olmadığı sorgulanmalıdır. Alerji riski taşıyan ilaçların uygulandığı yerlerde her an gelişebilecek alerjik durumlara müdahale edilebilecek uygunlukta olması gerekmektedir. Nitekim sünnet sırasında lidokain uygulanması sonrası gelişen alerjik durum nedeniyle, acil tıbbi müdahalenin sağlanamayacağı yerde alerjik bir ilaç vermesi nedeniyle hekim sorumlu tutulmuştur (36).Hastaya artık uygulanmayan eski bir tedavi yönteminin uygulanması, piyasadan çekilmiş bir ilacın uygulanması, hastaya etkisiz bir ilacın verilmesi de tedavi hatalarındandır.

Hastaların karıştırılması sonrası yanlış ameliyat yapılması uygulamada ağır hata olarak değerlendirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü "Güvenli Ameliyat Hayat Kurtarır " söylemi ile operasyonu yapan ekipler için operasyonlarda riskleri minimalize etmek amacıyla bir denetim listesi hazırlamıştır. Bunun için hastaya operasyon öncesi klinik hemşiresince kimlik doğrulaması yapılması, hastanın dosyası ile beraber yetkili kişi gözetiminde ameliyat odasına gönderilmesi, ameliyat odasına kabulü yapılırken de operasyon hemşiresi ve anestezi teknisyenince kimlik sorgulama işleminin yapılıp birlikte kabulü gerekmektedir (37).

Yanlış taraf cerrahisi uygulamada ağır hata örneklerindendir. Sağ dizindeki menisküs nedeniyle ameliyat olacak olan hastanın hiçbir şikayeti olmayan sol dizinden ameliyat edilmesi yanlış taraf cerrahisi nedeniyle yargıya taşınan olaylara örnek verilebilir (38). Operasyon öncesi klinikte hasta ile alakalı son kontroller klinik doktorunca yapılıp ameliyat olanın da onayı ile ameliyat yeri işaretlemesinin yapılması gerekmektedir. Yanlış taraf göz ameliyatı ile her iki gözünü de kaybettiği iddiası ile açılan hekimlerin suçlu bulunduğu davada hakim; hekimlerin kusurlu olup olmadıklarının tespitinin, hâkimlik mesleği genel ve hukuki bilgi ile çözümlenmesinin mümkün olmadığı, bilirkişi görüşü alınması gerektiği nedeni ile kararı bozmuştur (39).

Hekim uygulaması sırasında gelişen komplikasyondan sorumlu olmasa da bu komplikasyonun yönetiminden sorumludur. Komplikasyonu fark etmemesi, geç fark etmesi

ya da müdahalede bulunmaması da hekimi sorumlu kılacaktır. Bu durumda komplikasyondan değil artık malpraktisten söz edilecektir (40).

Teknik aletlerin kullanımında da hatalar olabilmekte, hekim bu konuda dikkatli olmalıdır. Alet ile ilgili bir problem olduğunda bunu yazılı bir şekilde gerekli yerlere bildirmelidir. Tıp bilimi her geçen gün hızla ilerlemekte ve uzmanlık alanları da artmaktadır. Bu durum hekimlere hastasını gerektiğinde ilgili branşlara danışması yükümlülüğünü getirmektedir. Nitekim üroloji ameliyatı öncesi konsültasyon istemediği için hastanın şeker komasına girmesi nedeniyle üroloji hekimi sorumlu tutulmuştur (17,41).

Hekim tedavinin yanı sıra hastasına gereken tavsiyelerde bulunmalı, yapması gereken ve yapmaması gerekenleri anlatmalıdır (17).

2.3.3 Organizasyon Hataları

Hastanede gerçekleşen bütün tıbbi müdahaleden öncelikle hastane yönetimi sorumludur. Hastanenin kamuya veya özel sektöre ait olması durumu değiştirmemektedir. İnsan Hakları Avrupa Sözleşmesi'nin 2. maddesine göre devletin yaşam hakkını korumak için gerekli çabayı göstermesi gerekmektedir. Hastanın bakımını sağlama, kayda geçirme, hastayı aydınlatma gibi görevleri yanı sıra bulaşıcı hastalıkları önleme, uygun hastane binaları sağlama gibi yan görevleri de bulunmaktadır. Nöbetle ile ilgili organizasyonu yapmak, hastanede kullanılan tıbbi malzemelerin denetimi, tıbbi gereçlerin bakımını sağlamak, teknik aletlerde gelişmeleri takip etmek, eskimiş bozulmuş aletleri yenilemek, çalışan sağlık personeli seçimi eğitimi ve denetlenmesini sağlamak hastanenin sorumluluklarındadır. Hastane hastaların ziyaretçi ve refakatçilerin can ve mal güvenliklerini korumakla da yükümlüdür (17,41,42).

2.3.4 Aydınlatılmış Onam

Hastanın kendisine yapılacak her tıbbi müdahaleyi bilme hakkı vardır. Yasaca yeterli olan bir kişi, bedenine yapılacak her türlü girişime kendisi karar verir, istemediği onamı olmayan herhangi bir tıbbi girişime zorlanmamalıdır (43). Hastadan alınan aydınlatılmış onam başlarda sadece öğretiden ibaret iken artık zorunlu bir hal almıştır. Uluslar arası düzenlemeler; Amsterdam Bildirgesi, Lizbon Bildirgesi, Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi, Hasta Hakları Avrupa Sözleşmesi olup ülkemizdeki yapılan düzenlemelerin ilki 1928 senesinde uygulamaya sokulan 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı icrasına Dair Kanundur.1960 senesinde düzenlenen Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, 1979 senesinde yürürlüğe giren 2238 sayılı Organ Ve Doku Alınması Saklanması,

Aşılanması Ve Nakli Hakkında Kanun, 1983'de yürürlüğe giren 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ve 1998 yılında Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün yeniden düzenlenmesi ile oluşturulan Hekimlik Meslek Etiği Kuralları bu konudaki diğer düzenlemelerdir (44).

Aydınlatılmış Onam Kılavuzuna göre "Aydınlatılmış onam kişinin tıbbi hali ve teşhisi,tavsiye edilen tedavi şekli, başarı oranı ve zamanı,uygulama tekniğinin barındırdığı riskler, uygulanan ilaçların nasıl kullanılacağı istenmeyen etkileri, kişinin tedaviyi ret etmemesi halinde hastalığın neden olacağı sonuçlar, diğer tedavi tercihleri ve risk durumunu" içermelidir (45).

Ülkemizde bu konu bakımından örnek teşkil edebilecek bir davada hekimin ambulansla doğumevine götürülmüş hastaya; dava açılan jinekolog tarafından rektal tuşe yapılması esnasında doktorun baş parmağının kızlık zarına değmesi sonucu himen yırtılması davasında, hekim aydınlatma yapıp yapmadığını ispatlayamadığı için aydınlatma görevini yerine getirmemekten dolayı sorumlu tutulmuştur (46).

Aydınlatılmış onam nedenli açılan davalardan en önemlilerinden biri yapılan intramuskuler enjeksiyon sonrası gelişen nöropati davalarıdır. Gluteal bölgeye yapılan enjeksiyon sonrası sinir yaralanması genelde akut olmakta, bazen de ilacın birikimi sonucunda geç ortaya çıkabilmektedir. Sinir yaralanması gelişmesinin bazı nedenleri gluteal bölgede kas yapısı zayıf olan yaşlılar veya henüz gelişmemiş olan küçük yaşta ki kişilere enjeksiyon yapmak, iğnenin boyunun seçiminde dikkatsiz özensiz davranmak, enjekte edilen ilaç dozunun fazla olması, çoklu ilaç yapılması, enjeksiyon yapılan kişinin boy kilo ve gluteal bölgesinin yapısı, enjeksiyon yapılma pozisyonu, enjeksiyon yapılan yerin enjeksiyon için uygun olmayan sinir hattınca yapılması sayılabilir.Bilirkişilere başvurularak malpraktis komplikasyon konusunda görüş istenmelidir (47). Komplikasyon olarak karar verilen bilirkişi görüşlerine rağmen aydınlatılmış onamın alınmaması gerekçesi ile hekimi kusurlu bulan yargıtay kararları bulunmaktadır (48). Bazı hastanelerde enjeksiyonun tanımı, enjeksiyonun hangi vücut bölgelerinden yapılabileceği, hangi hastalık için hangi amaçla uygulanacağı, işlem yapılmazsa olabilecek durumlar, enjeksiyon işleminin nasıl yapılacağı, yan etkileri, hastanın hekime açıklaması gereken kanama bozukluğu alerji gibi özel durumlar, enjeksiyondan sonra hastanın dikkat etmesi gerekenleri içeren aydınlatılmış onam formları kullanılmaktadır (49). 2019/11 sayılı Enjeksiyon Uygulamaları Hakkında Genelge yayınlanmıştır. Büyük cerrahi müdahalelerde yazılı rıza alınması gerektiği,bunun dışındaki diğer durumlarda, hastanın sözel olarak bilgilendirilmesinin gerekli ve yeterli olduğu yazılıdır (50).

Onam ile ilgili davaya konu başka bir olayda 8 haftalık gebe kadının apandisit teşhisi ile ameliyata alındığı, bu ameliyat esnasında bir yumurtalığının alındığı, doğurganlığını önemli derecede etkileyebilecek bu işlem için ne kendisinin ne de ailesinin onamı alınmadığı, bilgi verilmediğini söylediği, hekimlerin ise ameliyat esnasında spinal anestezi etkisindeki hastadan sözel onam alındığını söyledikleri davada ameliyat için alınan onamın yeterliliği ve uygunluğu konusunda rapor alınması gerektiği yönünde karar çıkmıştır (51).

2.4 Hekimin Sorumluluğu

Hekimin hastasına yapacağı herhangi bir tıbbi müdahale ile kişinin vücut bütünlüğünde yaralama yada öldürme ile müdahale söz konusu olabilir. Hekimin kusurlu olmaması için hekimin kendisine tedavi amaçlı gelen hastasının tanı ve tedavisi için çağdaş yöntemleri kullanmış olması, hastasına seçtiği tedavi yöntemi ve alternatif tedavi yöntemleri konusunda gereği kadar bilgilendirdikten sonra hastanın da buna onam vermiş olması gerekmektedir. Kusurlu bulunan hekime ceza mahkemelerince hapis, hukuk mahkemelerince tazminat cezaları verilebilirken; TTB Yüksek Onur Kurulunca meslekten atılma, doktor kamuda çalışıyorsa disiplin cezası görebilmektedir (52).

Hekimin bilerek ve isteyerek yapmış olduğu tıbbi uygulaması sonucu tahmin ettiği ancak istemediği bir sonuç ortaya çıkması ve yapılan uygulama ile netice arasında illiyet bağı olması halinde hekim sorumlu tutulacaktır.

2.4.1 Hekimin Cezai Sorumluluğu

Hukuk sisteminde bu konu ile özel kurallar bulunmamaktadır. Daha önceleri Türkiye'de doktorların yanlış uygulamalarına ilişkin kanun tasarıları düzenlenmiş, fakat bunlardan herhangi biri yasalaşmamıştır (52).

Kamuda çalışan hekime açılacak davada kamu görevlisinin muhakematına ilişkin yasasınca savcılık makamı görevsizlik kararına hükmeder. Hekimin çalıştığı kamu hastanesinden, soruşturma yapmasını talep eder. Kurum yöneticileri soruşturmacılar görevlendirilmekte, herhangi bir suç unsuru belirlenirse, savcılık makamına bildirilir. Aynı zamanda doktor disiplin kuruluna da gönderilebilir. Devlet kurumlarında çalışan şahısları ilgilendiren malpraktis nedenli tazminat davaları sadece kamu kurumuna açılabilmekte ve kamu kurumu tazminata hükmedilmesi halinde, tazminat kamu kurumunca ödenir daha sonra memurdan zararın karşılanmasını talep eder. Özel hastanelerdeki doktorlar bu süreç beklenmeden dava edilebilir. Direkt kişinin şikayeti ile görev yaptığı kurumu da hekimin kendisini de mahkemeye verebilir (53).

Hekimlerin hatalı tıbbi uygulamaları cezai sorumlulukları kapsamında taksirle veya kasten, öldürme ve yaralama ile alakalı maddelerce değerlendirilmekte ve genellikle de taksirli suçlardan dava açılmaktadır. Taksir; gerekli itina ve özen gösterilemediğinden, suçun yasada belirtilen sonucu kestirilmeden oluşmasıdır. Bu tanım TCK 22'de yapılmıştır. TCK 22. maddede ayrıca öngörülen netice istenmemesine rağmen neticenin meydana gelmesi durumunda bilinçli taksirden söz edilmektedir. Hekim yaptığı tıbbi uygulamaları sonucunda oluşabilecek sonuçları öngörmektedir. Hekim öngördüğü sonucu önlemek için gerekli tüm tedbirleri alıp almadığına göre değerlendirilmelidir (54).

TCK madde 21de suç tanımında belirtilen durumların bilerek ve istenerek gerçekleştirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Yasalara aykırı bir şekilde gerçekleştirilen küretaj ve organ transplantasyonu bu kapsamda değerlendirilir (54).

Taksirle yaralama; iş kazası, trafik kazası, hekim kusuru şeklinde birine zarar vermedir. Taksirle yaralamada failin dikkatsiz ve özensiz davranışı neticesinde yaralama gerçekleşmektedir. Mağdurun taksirle yaralama suçu işleyen faili mahkemeye verebilir. Şayet bu yaralama yanlış tıbbi girişimden olmuşsa, uygulamayı yapan hekimi malpraktis nedeniyle dava edebilir (52).

Türk Ceza Kanunu'nda(TCK) hekimlerle ilgili maddeler şunlardır.

- Taksirle yaralama TCK 89. madde,
- Taksirle öldürme TCK 85. madde,
- Kasten yaralama TCK 86. madde,
- Neticesi Sebebiyle Ağırlaşmış Yaralama TCK 87. madde,
- Kasten Yaralamanın İhmali Davranışla İncelenmesi TCK 88 madde,
- Kasten Öldürmenin İhmali Davranışla Gerçekleşmesi 83. madde,
- Bilinçli taksir 22/3. maddede
- Hakkın kullanılması ve ilgilinin rızası 26. maddede,
- Meslek ve sanatın gerektirdiği dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılıktan dolayı mahkûmiyet halinde belli bir süre meslek ve sanatın yasaklanması 53/6. maddede,

– Mesleğin zorunlu kıldığı yükümlülüğü ve görevi bilinçli olarak yapmayarak veya savsaklayarak ölüme neden olma 83. maddede,

– İvedi tıbbi yardım ve tedavi gerektiren durumlarda görev yapmayanların cezalandırılacağı 98. maddede,

– İnsanlar üzerinde deney yapma 90. maddede,

– Organ ve doku ticareti 91. maddede,

– Hiç gerekmediği halde sırf para kazanmak için hastayı ameliyat etme, yasalara aykırı olarak çocuk düşürtme (kürtaj yapmaya) 99. maddede,

– Kısırlaştırma 101. maddede,

– Belgelerde sahtecilik 204,205, 210/2.maddelerde,

– Görevi kötüye kullanma 257. maddede,

– Göreve ilişkin sırların açıklanması 258. maddede bulunmaktadır (55-,59).

Hekimlerin hangi TCK maddesince yargılanacağı konusunda bozulan kararlar bulunmaktadır. Yargıtay Ceza Genel Kurulu'nun karşıdan karşıya geçmek isterken araç dışı trafik kazası sonucu yaralanan ve Devlet Hastanesi acil servisine yaralı olarak getirilen hastanın röntgeni çekildiği, pansumanı yapıldığı, serum takıldığı ve sonrasında taburcu edildiği, yakınları tarafından eve götürüldükten sonra çok kısa bir zamanda bilincini kaybettiği ve hastaneye getirildiği, yapılan müdahalelere rağmen hayatını kaybettiği olayda; TCK 85/1. maddesince değerlendirmenin uygun olmadığı, TCK 257/2. maddesince görevi ihmal suçunu oluşturduğu yönünde kararı bulunmaktadır" (60).

2.4.2 Hekimin Hukuki Sorumluluğu

Tazminat sorumluluğu ceza sorumluluğundan çok daha etkili bir sorumluluk olup hekimler mali sorumluluk sigortası yaptırmak durumunda kalmışlardır. Hekimin sorumluluğu sözleşme veya haksız fiile dayanır. Kural olarak sorumluluk sözleşme sorumluluğu olsa da sözleşmenin olmaması durumunda haksız fiil sorumluluğu gündeme gelecektir. Borçlar Kanunu 60. maddesi birden çok sebebe dayandırılabiliyorsa bir kişinin sorumluluğu, hakimin

bu durumda zarar görenin aksini istememesi ya da yasada tersi öngörülmediği müddetçe mağdura en fazla yararlı olan durum göz önüne alınarak karar verileceği şeklindedir (52).

Hekimin sözleşme sorumluluğu için de haksız fiil sorumluluğu için de kusurlu olması gerekmektedir. Hekimin kusuru kast şeklinde de ihmal şeklinde de olabilir. Hekimin hukuki olarak sorumluluğundan bahsetmek için öncelikle zarar oluşması gerekmekte, bu zarar kişinin sağlığında yani maddi olabileceği gibi ruhsal yani manevi anlamda da olabilir. Haksız fiil ya da sözleşme ihlali olmasına rağmen zarar oluşmamışsa hekimin sorumluluğu söz konusu olamaz. Hekim hastasına sonucu garanti etmemekle birlikte hastanın iyileşmemesi durumunda, hekime yüklenebilecek bir kusur olması durumunda iyileşmeme zarar olarak kabul edilebilir ve hekimin tazminat sorumluluğu ortaya çıkabilir (61).

Ayrıca hekiminin meydana gelen zarardan mesul olması için tıbbi uygulama ve oluşan zarar neticesinde neden sonuç ilişkisi yani illiyet bağı olmalıdır. Hekimin sadece yapması gereken tedavilerin bir kısmını veya tamamını yapmammış olması hekimin sorumluluğu için yeterli değildir, önemli olan husus meydana gelen zararın hekimin eksik tedavi ve müdahalesinden kaynaklandığının yani illiyetinin net bir şekilde ortaya konması gerekmektedir. İlliyetin ortaya konması için bilirkişiye başvurmak gerekir. Adli Tıp Kurumundan ya da üniversitelerin anabilim dallarından illiyet konusunda rapor aldırılması gerekmektedir. Sonuç olarak hekimin meydana gelen olumsuz sonuçtan mesul tutulması için:

i. Yasaya uygun olmama,

ii. Hata,

iii. Maddi ve manevi zarar,

iv. Nedensellik bağı şartlarının olması gerekmektedir (62).

Hekim maddi tazminat ya da manevi tazminat ödemek durumunda kalabilir. Maddi tazminata yol harcamaları, tedavi, ilaç, tetkik, ameliyat, rehabilitasyon giderleri, çalışmamaktan doğan zararlar sayılabilir. Hastanın ölmesi halinde hekimden destekten yoksun kalma nedeni ile maddi destek istenebilir. Destek; eylemli destek ya da farazi destek olabilir. Bir eylem içerisinde ve belirli zamanlarda birinin ihtiyaçlarının bir kısmını ya da tamamını görmek eylemli destek iken ölüm gerçekleşmemiş olsa idi az çok yakın bir zamanda yardım edilecek olması farazi destek sayılır ve ölenin yakınları da bu kapsamda tazminat talep edebilirler. Hasta uğradığı kalıcı veya geçici bedeni zararlar için de tazminat talebinde bulunabilir.

Borçlar Kanunu 50/1 e göre zarar miktarını ispat sorumluluğu hastaya ait ise de Borçlar Kanunu 50/2'de zararın ne kadar olduğunun tespiti edilmesinin zor olması durumunda hakiminde uygun bir tazminat miktarı belirleyebileceği yazılıdır (109).

Bir diğer tazminat talebi olan manevi tazminat kişinin tıbbi uygulama nedeniyle yaşadığı acılar, ruhsal durumunda ki olumsuz etkiler iken manevi tazminatın hesaplanması tartışmalı bir durumdur. Manevi tazminatın amacı zarar görende huzur, rahatlama duygusu vermelidir. Miktarı zarar gören için zenginleşme sağlarken diğer taraf için ekonomik yıkım yapmayacak ölçüde olmalıdır.

Hukuk Muhakemeleri Kanunun 190. maddesinde ispat yükümlülüğü ile ilgili olarak ayrı bir düzenleme olmaması halinde hukuki sonuçtan kendi lehine hak çıkaran tarafın sorumluluğunda olduğu yazılıdır. Ancak bazı durumlarda ispat yükümlülüğü ters çevrilmiş olup hekimlere ait olup aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

Tablo 2: Tamamen kontrol edilebilir riskler ve İdare hukuku açısından tazminatın şartları

Tamamen kontrol edilebilen riskler	**İdare hukuku açısından tazminatın şartları**
Rıza almama ve aydınlatmanın yapılmaması ya da eksik alınması Tıbbi kayıtların tutulmaması ya da eksik tutulması Uzmanlık niteliklerinin eksiklikleri(ehil olmama) Ağır hata	Maddi ve manevi zarar Kusur Nedensellik bağı(İlliyet)

Meydana gelen zararda idarenin hizmet kusuru olabileceği gibi kusursuz sorumluluk kapsamında da değerlendirilebilir (28-30, 40). İdare ödemek zorunda kaldığı tazminatı kusura sebep olan hekimden isteyebilir. Bu duruma "rücu" denmektedir (64,65).

2.4.3 Hekimin İdari Sorumluluğu

657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 7. bölümünde 124-145. maddelerinde disiplin konusu ele alınmış olup devlet memurlarının hangi durumlarda ve ne tür disiplin cezası verileceği belirtilmiştir. Bunlar; uyarma cezası, kınama cezası, aylıktan kesme, kademe ilerletilmesinin durdurulması, kamu personelliğinden atılma şeklindedir (66,67).

Üniversitelerde çalışan akademik personel 2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanununa göre değerlendirilirler (68). Hem devlet hem de vakıf üniversitelerindeki öğretim elemanları, memur ve diğer personeline uygulanabilecek disiplin cezaları 2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanununun 9. bölümündeki Disiplin ve Ceza İşleri bölümünde ele alınmış olup bunlar; uyarma cezası, kınama cezası, aylıktan veya ücretten kesme cezası, kademe ilerlemesinin durdurulması veya birden fazla ücretten kesme cezası, üniversite öğretim mesleğinden çıkarma ve kamu görevinden çıkarma cezalarıdır (30).

Yüksek Öğretim Kurumları Yönetici, Öğretim Elemanı ve Memurları Disiplin Yönetmeliği de bulunmaktaydı ancak yürürlükten kaldırılmıştır (69).

2.4.4 Hekimin Mesleki Sorumluluğu

Hekimlerin tıp mesleğinin gerektirdiği toplumsal ve etik kurallar ışığında uyması gerekenler mesleki sorumluluktur (61). Bir şikayet olduğunda veya TTB'nin illerdeki şubeleri veya Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi'nce izin vermesi halinde soruşturma açılır, yönetim kurulu dosyayı onur kuruluna gönderdikten sonra kurul da dosya ile ilgili kararını verir. Ancak tarafların itirazı olması veya mesleği bir süreliğine yapması yasaklandığında Yüksek Onur Kurulu dosyayı değerlendirir. TTB değerlendirmesini idari ve adli yargılamalardan aksine kamu ile tıbbiye arasındaki toplumsal mutabakatın hekimlik mesleğine kattığı ahlak temelinde gerçekleştirir. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, Türk Tabipler Birliği'nin Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının yer aldığı mesleki ahlak kurallarını esas alır. Doktorların disiplin suçu sayılabilecek davranışları; Ahlaka ve etik değerlere uygun davranmamak, yasalara aykırı davranmak, gerçek dışı belge/rapor düzenlemek, haksız çıkar sağlamak, rekabete aykırı davranmak, hasta haklarını, görevi ihmal etmek,bilimsel olmayan müdahalelerde bulunmak ya da bu müdahaleleri tavsiye etmek, hastalara muayene ve uygulanan tedaviler esnasında inanış, siyasi görüş, ırk cinsiyet vb nedenlerden ötürü farklılık teşkil etmesi,hukuki olmayan yöntemler ile diğer canlıları denek olarak kullanmak, denek olmasına ön ayak olmak, hukuki olmayan yöntemler ile gebeliğe son vermek veya yasadışı organ transplantasyonu yapmak, hekimlik mesleğinin gerektirdiği bilgi ve beceriden yoksun, gerekli itina ve dikkati göstermediği durumlar nedeni ile hatalı tanı veya tedavi ile kişilere kalıcı zarar vermek, kanunlarda belirtilen kurum ve kişiler dışında gelen cinsel muayene istemlerin hekim tarafından uygulanması; istem uygun kişi veya kurumlar tarafından yapılmış olsa bile kişinin, velisinin ya da yasal temsilcisinin rızası olmadan muayene etmek, hekimlik

kimliğini amacı dışında kullanarak insan onurunu zedelemek,kötü muamelede bulunmak,işkence benzeri uygulamalarda bulunmak, işkencelerde kullanılan aletleri yok etmek ve işkencenin ortaya çıkmasını önlemeye yönelik rapor yazmak (63).

Hakkında TTB'ce dava açılan hekimlerin branşlara göre dağılımda ceza davalarına benzer şekilde olup Bursa'da yapılan bir çalışmada 1991- 2014 yılları arasında Bursa Tabip Odası (BTO)'na malpraktis iddiası ile başvurulan dosyaların incelenmesinde uzmanlık dallarına göre oranları ve yaptırıma uğratılma oranları aşağıda gösterilmiştir (70).

Tablo 3: Dava açılan malpraktis davalarının branşa göre dağılımı (70).

	Başvuruda bulunulan		Yaptırıma uğratılan	
Jinekoloji	59	% 13.1	9	% 5.4
Genel Cerrahi	50	% 11.1	15	% 9.0
Dahiliye	39	% 8.7	11	% 6.6
Ortopedi ve Travmatoloji	38	% 8.5	8	% 4.8
K.B.B	28	% 6.2	8	% 4.8
Oftalmoloji	27	% 6.0	6	% 3.6
Pediatri	22	% 4.9	8	% 4.8
Kalp hastalıklar	21	% 4.7	4	% 2.4
Plastik Cerrahi	21	% 4.7	5	% 3.0
Radyoloji	19	% 4.2	5	% 3.0
Kalp Damar Cerrahisi	18	% 4.0	7	% 4.2
Üroloji	17	% 3.8	5	% 3.0
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	15	% 3.3	6	% 3.6
Cildiye	13	% 2.9	4	%2.4
Anestezi	11	% 2.4	4	%2.4
Ruh ve Sinir Hastalıkları	11	% 2.4	2	%1.2
Diğer bölümler	40	% 8.9	12	%7.2
Toplam	449	% 100.0	119	% 100.0

İzmir Tabip Odasının 1989-2000 yılları arasındaki Onur Kurulu'na gelen dosyaların incelendiği çalışmasında da Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları ilk sırayı almıştır.

Disiplin suçu işleyen hekimlere, TTB Disiplin Yönetmeliği'ne dayanılarak çeşitli cezalar verilmektedir. Bunlar; uyarma cezası, para cezası, geçici süreli meslekten men cezasıdır. Ayrıca yerel bölgede üç kere meslek uygulamaları yapamama cezası alan hekimlere geçici olarak aynı cezayı alacak yeni bir durum meydana geldiğinde, aynı bölgede mesleğini bir daha yapamama cezası verilebilmektedir (71).

Bursa'da yapılan çalışmada 1991- 2014 yılları arasında Bursa Tabip Odası (BTO)'na malpraktis iddiası ile başvurulan dosyaların incelenmesinde % 65.7 para cezası, % 23.5 uyarı ve % 10.8 geçici süreli meslekten men cezaları verilmiştir. Benzer şekilde İzmir TBB'nin yaptığı çalışmada% 46.2 para cezası, % 32.1 uyarı ve % 21.7 geçici süreli meslekten men cezası, Antalya TBB'nin yaptığı çalışmada yaklaşık % 77 para cezası, % 20 uyarı ile % 5.6 geçici süreli meslekten men cezası verildiği belirlenmiştir (70,72).

2.5 Tıbbi Uygulama Hatalarının Değerlendirilmesinde Bilirkişilik

Bilirkişi; Türkçe Bilim Terimleri Sözlüğünde "özel bilgi ve deneyimi dolayısıyla soruşturma ya da duruşma sırasında ortaya çıkan ve özel bilgi gerektiren olay ve konularda, yargıcın, gerçeğin aydınlatılması için bilgisine başvurduğu uzman" olarak tanımlanmaktadır (73). Hakimin genel ve hukuki bilgisi ile çözebileceği hallerde bilirkişi görüşü istemesi kanunen yasak olup, özel veya teknik bilgiyi gerektiren bir durum halinde bilirkişiye başvurması gerekir (74). Bilirkişi raporunun hakim tarafından yeterli görülmemesi durumunda hakim mevcut eksikliklerin giderilmesini talep edebileceği gibi, başka bir bilirkişi incelemesi de talep edebilir. Adli Tıp Kurumu'nun raporunu inandırıcı ve tatminkâr bulmayıp, bu rapora göre karar verilemeyeceği, üniversiteden uzman bilirkişilerden rapor alınması gerektiği yönünde kararlar bulunmaktadır (75).

Tıbbi uygulama hataları hakimin hukuki bilgisi ile çözemeyeceği durumlar olmasına rağmen, Yargıtay ameliyatta hastanın karnında 2 metre uzunluğunda gazlı bez unutulması nedeniyle açılan davada bilirkişiye başvurulmasına gerek olmadığı, tıbbi hata ve kusurun açıkça görüldüğü kararına vararak bazı tıbbi uyulama hataları davalarında bilirkişi görüşü alınmasına gerek olmadığına, hakimin yaşam tecrübesiyle değerlendirerek karar verebileceği yönünde kararları bulunmaktadır (76).

Tıbbi bilirkişilik kurumları olarak Yüksek Sağlık Şurası, Adli Tıp Kurumu, Tabip Odaları Onur Kurulları ve Yüksek Onur Kurulu sayılabilir.

2.5.1 Yüksek Sağlık Şurası

Yüksek Sağlık Şurasına 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile tıbbi bilirkişilik görevi verilmiştir. Yüksek Sağlık Şurası hekimlik mesleğini yerine getirirken meydana gelen adli olaylarda ceza davalarında bilirkişilik görevini yapmakta iken Kadirli 1.Asliye Ceza Mahkemesinin, kural olarak Yüksek Sağlık Şûrası raporunun gecikmesi üzerine davanın zaman aşımına uğramasına itiraz ederek, bunun Anayasa'ya aykırılığını belirtip iptali için Anayasa Mahkemesine başvurması üzerine mahkemenin 2010 yılında yayımlanan kararı ile Yüksek Sağlık Şurasından rapor bekleme zorunluluğuna dair madde iptal edilmiştir (77,78).

2.5.2 Yüksek Öğretim Kurumları

Yüksek öğretim kurumlarının adli tıp uygulamalarında bilirkişilik yapabileceğine dair; ATK Kanununda madde 31'de "YÖK'e bağlı kurumları ya da birimleri, Adli Tıp Kurumu mevzuatı gereğince adli vakalarda ve diğer adli işlemlerde Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu usulünce yasal bilirkişi kabul edilir. Bu kurumların kliniklerinde adli tıp alakalı hangi işlemlerin yapılacağı yönetmenlik ile düzenlenir" denilmektedir. Yüksek Öğretim Kanunu'nun da 37 ve 38/2. maddesi bilirkişilikle ilgili olup, Yüksek Öğretim Kanunu 37. maddesince "mahkemelerin tetkikler ve uzmanlık görüşü gerektirecek her konuda Yüksek Öğretim Kurumlarında ve ona bağlı birimlerden faydalanabileceği, adli konularda bilirkişi kabul edip görüş isteyebileceği", 38. maddesinin 2. fıkrasında "Yüksek Öğretim Kurulu'nun talebi ve muhatap resmi kurumun oluru ile üniversiteler veya ona bağlı birimleri, yasada belirtilen resmi makamların isteği ile adli tıp ile ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde, adli tıp ile diğer adli konularda yasal bilirkişi olarak atayabilecekleri yazılıdır (79,80).

2.5.3 Adli Tıp Kurumu

Adli Tıp Kurumu (ATK), Adalet Bakanlığına bağlı olarak adlî tıp ve yan dal uzmanlığı programları, görev alanına giren konularda diğer adlî bilimler alanlarında sempozyum, konferans ve benzeri etkinlikler düzenlemek ve bunlara ilişkin eğitim programları uygulamak, adalet işlerinde bilirkişilik yapmak üzere 19.02.2003 tarih, 4810 Sayılı Kanun'la değişik, 14.04.1982 tarih ve 2659 sayılı Kanun'la kurulmuştur. Kurum; Başkanlık, Başkanlık Kurulu, Üst Kurullar, İhtisas Kurulları, İhtisas Daireleri, Grup Başkanlıkları ve Şube Müdürlüklerinden oluşmaktadır. 8 Adli Tıp İhtisas Kurulu olmakla beraber 7. ve 8. İhtisas Kurullarının görevi yanlış tıbbi uygulamalar ile alakalı bilimsel ve teknik görüş rapor etmek

olup 7. Adli Tıp İhtisas Kurulu ölümle sonuçlanmayan, 8. Adli Tıp İhtisas Kurulu ölümle neticelenen tıbbi malpraktis vakalarına ilişkin tıbbi ve teknik görüş bildirmekle görevlidir.

7.Adli Tıp İhtisas Kurulu birer,

- Genel Cerrahi,
- Dahiliye,
- Jinekoloji,
- Pediatri,
- Anesteziyoloji ve Reanimasyon,
- Nöroşirürji,
- Ortopedi ve Travmatoloji,
- Oftalmoloji,
- Kalp Hastalıkları,
- K.B.B,
- Tıbbî Onkoloji,
- Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi,
- Bevliye,
- Kardiyovasküler Cerrahi,
- Diş Hekimliği,
- Cildiye uzmanından oluşur.

8. Adli Tıp İhtisas Kurulu birer;

- Genel Cerrahi,
- Dahiliye,
- Jinekoloji,
- Pediatri,
- Anesteziyoloji ve Reanimasyon,
- Kalp hastalıkları,
- Nöroşirürji,
- Acil Tıp,
- İntaniye uzmanından oluşur (81).

2.5.4 Tabip Odaları

6023 sayılı yasa ile kurulmuş bir sivil toplum örgütü olan Türk Tabipler Birliği'nin (TTB) kuruluş amacı Türkiye halkının rahat bir şekilde erişebileceği kaliteli ve düşük maliyette hizmet sunulması adına çalışmak, hekimlik mesleği onurunu korumak, tıp eğitiminde söz sahibi olmak, hekimlik mesleğinin menfaatini her alanda gözetmek, mesleğin ve üyelerin haklarını korumanın yanı sıra hatalı hekim uygulamalarında denetleme görevi bulunmaktadır. Bu görevini de 2004 yılında alınan 25446 sayılı Disiplin Yönetmeliği ve Tıbbi Deontoloji Tüzüğü gibi yasa ve yönetmeliklere dayanarak yerine getirmektedir (82).

2.6 Mesleki Sorumluluk Sigortası

Mesleki Sorumluluk Sigortası ile alakalı ortak bir uygulama bulunmamakta ve bazı ülkelerde mesleki sorumluluk sigortası zorunluluk iken bazı ülkelerde böyle bir zorunluluk olmayıp serbest bırakılmıştır (83). Ülkemizde 2006 yılında Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları ve Resmi Gazete'de yayımlanan 5947 no' lu Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Yasası ile ilgili kanun yürürlüğe girmiştir. Bu sigortanın amacı hekimlerin mesleklerini icra ederken hizmet alana hata, ihmal ya da kusur, özen göstermeme sonucu verecekleri zararları karşılamaktır. Mesleki sorumluluk sigortası sadece hekimler için değil eczacı, mimar, mühendis gibi mesleklerde de söz konusudur.

30 Temmuz 2010 tarihi itibari ile hekimlerin mesleki sorumluluk sigortası mecburi hale getirilmiş olup Tıbbi Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası şeklinde adlandırılmıştır. Teminat miktarı Sağlık Bakanlığına danışılarak Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenmektedir, poliçede belirlenen teminat limitlerine göre tazminat ödenmektedir (84, 85, 86).

Özel hastanelerde hizmet sunan hekimlerin sigortası çalıştığı kurum veya kuruluşlarca yapılırken sözleşmeli aile hekimleri, serbest olarak çalışan ve kamu kurum ve kuruluşlarda çalışan hekimler kendileri bizzat sigorta yaptırmak durumundadır (87). Aynı anda hem Sağlık Bakanlığı hem Üniversite, hem Adalet Bakanlığı, hem özel sağlık kurumu gibi farklı kuruluşlarda görev yapan hekimler her kuruluşta yapacakları tıbbi uygulamalar için ayrı ayrı sözleşme yapmaları gerekmektedir.

Sigorta kapsamında olan ve olmayan bazı durumlar vardır. Hekimin meslek uygulamaları dışındaki uygulamaları, hekimin kast ile yaptığı eylemler sonucu meydana gelen durumlar, hekimin alkol, uyuşturucu, narkotik gibi maddeleri kullanmış ve bunların etkisindeyken yaptığı uygulamalar sonucu olan durumlar sigorta kapsamı dışındadır.

Hekimler; branşlarına göre değerlendirilerek her branş için ayrı risk grupları belirlenmiş, primler bu risk gruplarına göre değişmekle birlikte aynı branşta farklı donanımlara ve riske sahip hastanelerde çalışan hekimler için prim farkı bulunmamaktadır. Risk gruplarına göre prim tutarı, azami teminat tutarı ve branşlar tabloda gösterilmiştir (88)

Tablo3: Risk gruplarına göre prim tutarı, azami teminat tutarı ve branşlar tablosu (88).

Risk Grubu	***Prim Tutarı TL***	***Azami Teminat Tutar TL***	***Branşlar***
1	150	200.000	Adli Tıp, Anatomi, Çevre Sağlığı, Epidemiyoloji, Fizyoloji, Halk Sağlığı, Histoloji ve Embriyoloji
2	300	400.000	Pratisyen Tabip, Aile Hekimliği, Çocuk Endokrinolojisi, Çocuk Genetik Hastalıkları, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Geriatri, İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları, İş ve Meslek Hastalıkları, Nükleer Tıp, Periodontoloji, Spor Hekimliği, Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp, Diş Tabibi, Dermatoloji
3	500	600.000	Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi, Algoloji, Çocuk Cerrahisi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, Çocuk Gastroenterolojisi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi, Çocuk Kardiyolojisi, Çocuk Nefrolojisi, Çocuk Nörolojisi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Ürolojisi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Endodonti, Gastroenteroloji, Göğüs Hastalıkları, Göz Hastalıkları, Hematoloji, İç Hastalıkları, Kardiyoloji, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Nefroloji, Nöroloji, Radyoloji, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Tıbbi Onkoloji
4	750	800.000	Acil Tıp, Ağız, Yüz ve Çene Cerrahisi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Cerrahi Onkoloji, Çocuk Acil, Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi, Çocuk Yoğun Bakımı, El Cerrahisi, Gastroenteroloji Cerrahisi, Genel Cerrahi, Göğüs Cerrahisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kalp ve Damar Cerrahisi, Neonatoloji, Ortopedi ve Travmatoloji, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Yoğun Bakım

2.7 Defansif Tıp

Hekimler artan tıbbi uygulama hatası davaları ve artan tazminat miktarları nedeniyle mesleklerini icra ederken yaptıkları tıbbi uygulamalar sonucu ortaya çıkabilecek olumsuz durumlardan kaçınmak amacıyla korumacı yaklaşmakta ve riskli olabilecek hastaların tedavilerden kaçınmaya başlamışlardır (89). Savunmacı ya da çekinik tıp ta diyebileceğimiz defansif tıp, hastaları gereksiz bir çok tetkike maruz bırakmak, ayakta tedavi edilebilecek bir hastayı hastaneye yatırarak tedavi etmek şeklinde pozitif defansif tıp ve riskli hastaları tedavi etmekten kaçınmak, riskli tedavi yöntemlerinden kaçınmak ve hastayı sevk etmek şeklinde negatif defansif tıp olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Hekim hastasına standart prosedürü uygulamamış ve bilimsel gereklerin ve standart prosedürlerin dışına çıkarak ta tıbbi uygulama hatası yapmış olur.

Hastaya fazla ilaç yazma, gereksiz konsültasyon ve tıbbi tahlil isteme, gereksiz görüntüleme tekniklerine başvurma (radyoaktif ışınlara maruz kalma), tıbbi endikasyonu olmayan girişimsel ve cerrahi yöntemlerin uygulanması (gereksiz sezeryan, biyopsi) gibi pozitif defansif uygulamalar hem maddi kayıp hem de zaman kaybına sebep olmaktadır (90).

Hekimleri savunmacı bir şekilde mesleklerini icra etmelerinin önüne geçmek için uzman bir kurulca kılavuzlar hazırlanmalıdır. Bu kılavuzlara kolay ulaşılabilmeli, kanıta dayalı bilgileri içeriyor olmalıdır. Böylece bu kılavuzlar sayesinde uygun olmayan tıbbi müdahaleler ve hekimlerin savunmacı tıp yaklaşımlarının da önüne geçilebilir (91).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada 2019 yılında Diyarbakır Barosuna kayıtlı stajyer avukatların Malpraktis-Komplikasyon konularında mevcut bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla Malpraktis-Komplikasyon konularında anket uygulanmış, sonrasında eğitim verilmiş ve eğitim sonrasında tekrar anket çalışması yapılmıştır. 2019 yılında Diyarbakır Barosuna kayıtlı 107 stajyer avukata malpraktis komplikasyon konularında anket çalışması yapılmıştır. Sonrasında anket yapılan avukatlara malpraktis konusunda eğitim verilmiştir. En son olarak stajyer avukatlara eğitim sonrası anket çalışması yapılmıştır. Stajyer avukatların malpraktis konusundaki mevcut bilgi düzeyleri ile eğitim sonrası bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir.

İstatistiksel Yorum:

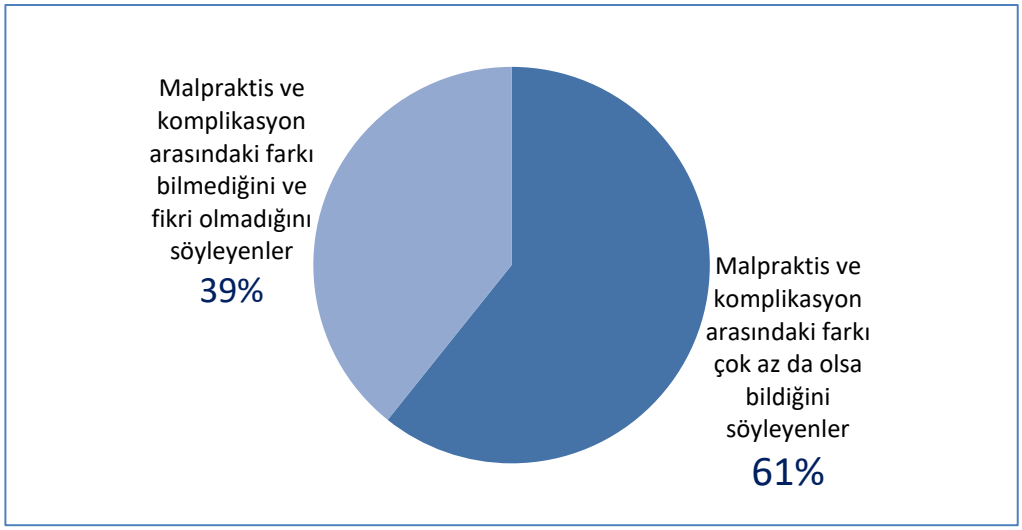
Çalışmamızda toplanan veriler SPSS 24.0 (Statistical Package for Social Science) istatistik programına aktarılarak analiz edildi. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama±standart sapma veya ortanca olarak belirtilirken kategorik değişkenler ise olgu sayısı ve yüzde olarak belirtildi. Verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare Testi kullanıldı ve sonuçlar % 95 güven aralığında değerlendirildi. Hipotezler çift yönlü olup p değerinin 0.05'den küçük olması "istatistiksel olarak anlamlı" kabul edildi.

4. BULGULAR

Eğitim öncesi katılımcıların "Malpraktis ve komplikasyon arasındaki farkı biliyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde % 26,2'si bildiğini, % 26,2'si kısmen bildiğini, %8,4 'ü çok az bildiğini, % 22,4'ü bilmediğini ve % 16,8'i fikri olmadığını bildirmişlerdir.

Tablo 4: Malpraktis ve komplikasyon arasındaki fark ile ilgili sorunun eğitim öncesi tablosu.

Malpraktis ve komplikasyon arasındaki farkı biliyor musunuz?	Evet biliyorum	n	28
		%	26,2
	Kısmen biliyorum	n	28
		%	26,2
	Çok az biliyorum	n	9
		%	8,4
	Bilmiyorum	n	24
		%	22,4
	Fikrim yok	n	18
		%	16,8



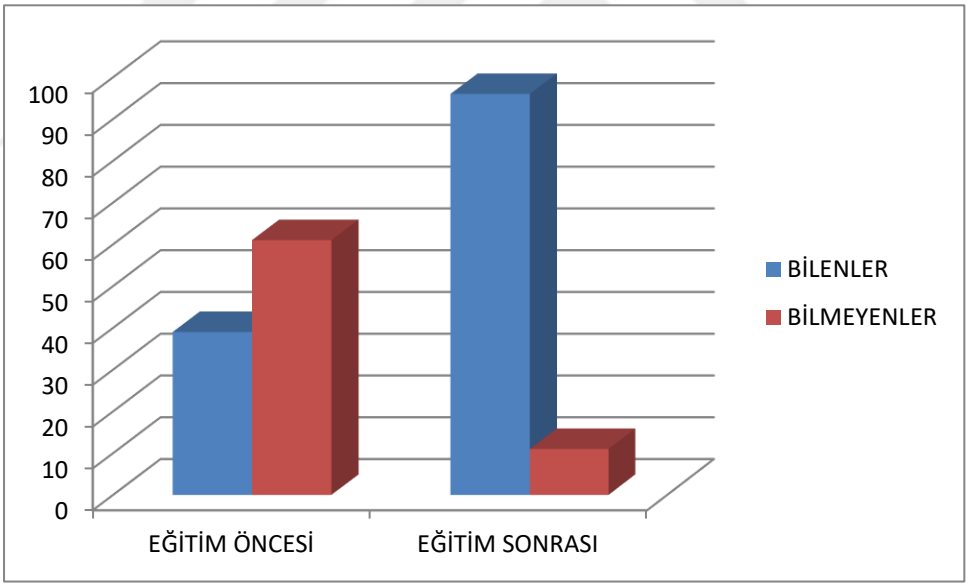
Şekil 1: Eğitim öncesi malpraktis ve komplikasyon arasındaki farkı çok az da olsa bildiğini söyleyenler, bilmediğini ve fikri olmadığını söyleyen katılımcıların dağılımı.

Eğitim sonrası katılımcıların" Malpraktis ve komplikasyon arasındaki farkı biliyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde % 74'8'i bildiğini, % 11,2'si kısmen bildiğini, % 3,7'si çok az bildiğini, % 7,5'i bilmediğini ve % 2,8'i fikri olmadığını bildirmişlerdir.

Tablo 5: Malpraktis ve komplikasyon arasındaki fark ile ilgili sorunun eğitim sonrası tablosu.

Malpraktis ve komplikasyon arasındaki farkı biliyor musunuz?	Evet biliyorum	n	80
		%	74,8
	Kısmen biliyorum	n	12
		%	11,2
	Çok az biliyorum	n	4
		%	3,7
	Bilmiyorum	n	8
		%	7,5
	Fikrim yok	n	3
		%	2,8

Şekil 2: Eğitim sonrası malpraktis ve komplikasyon arasındaki farkı çok az da olsa bildiğini ve bilmediğini, fikri olmadığını söyleyen katılımcıların dağılımı.



Şekil 3: Eğitim öncesi ve sonrası malpraktis ve komplikasyon arasındaki farkı çok az da olsa bildiğini söyleyen ve bilmediğini, fikri olmadığını söyleyen katılımcıların farkının dağılımı.

Tablo 6: Birinci sorunun istatistiksel veri tablosu

SORU 1 satır	sütun 1	sütun 2	P
1	39	61	0,007
2	96	11	

Eğitim öncesi malpraktis ve komplikasyon arasındaki ayrımı bilmediğini ve fikri olmadığını söyleyenlerin oranı %39 iken; bildiğini kısmen bildiğini ve çok az bildiğini söylerin oranı %61, eğitim sonrası malpraktis ve komplikasyon arasındaki ayrımı bilmediğini ve fikri olmadığını söyleyenlerin oranı %90 iken; bildiğini kısmen bildiğini ve çok az bildiğini söylerin oranı %10'dir. Stajyer avukatların verilen eğitim sonrası malpraktis komplikasyon arasındaki farkı bildiğini söyleyenlerin sayısında anlamlı artış olmuştur. İstatiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Eğitim öncesinde katılımcılar malpraktisin en sık nedenlerinin neler olabileceği sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde % 36,4'ü tıp eğitiminde yetersizlik olduğunu, % 37,3'ü alt yapının ve fiziki koşulların yetersiz olduğunu, % 52,3'ü hekimlerin çok sayıda hasta bakmak durumunda kaldığını, % 54,2'si hekimlerin kendisini yenileme ve geliştirme eksikliği olduğunu, % 16,8'i hekimler arası bireysel farklılıklar olduğunu bildirmişlerdir.

Tablo 7: Malpraktis nedenleri ile ilgili soruya eğtim öncesi verilen cevap dağılım tablosu.

	n	%
Tıp eğitiminde yetersizlik	39	36,4
Alt yapının ve fiziki koşulların yetersizliği	40	37,3
Hekimlerin çok sayıda hasta bakmak durumunda kalması	56	52,3
Hekimlerin kendisini yenileme ve geliştirme eksikliği	58	54,2
Hekimler arası bireysel farklılıklar	18	16,8

Eğitim sonrasında katılımcıların % 33,6'sı tıp eğitiminde yetersizlik olduğunu, % 39,3'ü alt yapının ve fiziki koşulların yetersiz olduğunu, % 58,9'u hekimlerin çok sayıda hasta bakmak durumunda kaldığını, % 46,7'si hekimlerin kendisini yenileme ve geliştirme eksikliği olduğunu, % 15'i hekimler arası bireysel farklılıklar olduğunu bildirmişlerdir.

Tablo 8: Malpraktis nedenleri ile ilgili soruya eğitim sonrası verilen cevap dağılım tablosu.

	n	%
Tıp eğitiminde yetersizlik	36	33,6
Alt yapının ve fiziki koşulların yetersizliği	42	39,3
Hekimlerin çok sayıda hasta bakmak durumunda kalması	63	58,9
Hekimlerin kendisini yenileme ve geliştirme eksikliği	50	46,7
Hekimler arası bireysel farklılıklar	16	15

Tablo 9: Malpraktisin nedenlerine ilişkin soruda verilen cevaplarda eğitim öncesi ve sonrası arasında istatistiki farkın gösterildiği tablo.

Soru	Medyan(Min-Max)	p
s2beö-s2bes	2(1-2)	0,03
s4eeö-s4ees	2(1-2)	0,008

Eğitim öncesi katılımcıların tıbbi uygulamadan kaynaklanan devam eden davaların olması ve dava açılma endişesi hekimin hastasına sunduğu sağlık hizmetini nasıl etkileyeeği sorusuna verdiği cevaplar incelendiğinde;% 45,8'i hekimin komplike hastalara bakmak istemeyeceğini, %10,3'ü sağlık hizmetinin maliyetinin artacağını, % 49,5'i hekim hasta arasındaki sağlık hizmetinin kötü etkileneceğini, hekimlerin hastalarını gereksiz sevk edebileceklerini, %4,7'si hekim ile hasta arasındaki sağlık hizmetinin etkilenmeyeceğini, %25,2 hem hekimin hem hastanın iyi yönde etkileneceğini bildirmişlerdir.

Tablo 10: Malparaktis davalarının sağlık hizmetini nasıl etkilediğine yönelik sorunun eğitim öncesi cevap dağılımı tablosu.

	n	%
Hekim komplike hastalara bakmak istemez.	49	45,8
Sağlık hizmetinin maliyeti artar.	11	10,3
Hekim hasta arasındaki sağlık hizmeti kötü etkilenir, hekimler hastalarını gereksiz sevk edebilirler.	53	49,5
Hekim ile hasta arasındaki sağlık hizmeti etkilenmez.	5	4,7
Hekim de hasta da iyi yönde etkilenir.	27	25,2

Eğitim sonrası katılımcıların % 50,5'i hekimin komplike hastalara bakmak istemeyeceğini, % 15'i sağlık hizmetinin maliyetinin artacağını, % 48,6'sı hekim hasta arasındaki sağlık hizmetinin kötü etkileneceğini, hekimlerin hastalarını gereksiz sevk edebileceklerini, % 10,3'ü hekim ile hasta arasındaki sağlık hizmetinin etkilenmeyeceğini, % 26,2'si hem hekimin hem hastanın iyi yönde etkileneceğini bildirmişlerdir.

Tablo 11: Malparaktis davalarının sağlık hizmetini nasıl etkilediğine yönelik sorunun eğitim sonrası cevap dağılımı tablosu.

	n	%
Hekim komplike hastalara bakmak istemez.	54	50,5
Sağlık hizmetinin maliyeti artar.	16	15
Hekim hasta arasındaki sağlık hizmeti kötü etkilenir, hekimler hastalarını gereksiz sevk edebilirler.	52	48,6
Hekim ile hasta arasındaki sağlık hizmeti etkilenmez.	11	10,3
Hekim de hasta da iyi yönde etkilenir.	28	26,2

Eğitim öncesi katılımcıların malpraktisin gündemde olma nedenlerine verdiği cevaplar incelendiğinde % 65,4'ü tıbbi uygulama hatalarının sayısının artması, % 56,1'i şikayet/dava sayısının artması, %18,7'si ceza alan sağlık çalışanı sayısının artması, % 8,4'ü tazminat miktarlarının giderek artması, % 37,4'ü medya, internet ve sosyal medyada bu konunun çok fazla tartışıyor olması, % 27,1'i hukukçuların bu konudaki bilgi düzeylerinin artması olduğunu bildirmişlerdir.

Tablo 12: Eğitim öncesi katılımcıların malpraktisin gündemde olma nedenlerine verdiği cevapların dağılım tablosu.

	n	%
Tıbbi uygulama hatalarının sayısının artması	70	65,4
Şikayet/dava sayısının artması	60	56,1
Ceza alan sağlık çalışanı sayısının artması	20	18,7
Tazminat miktarlarının giderek artması	9	8,4
Medya, internet ve sosyal medyada bu konunun çok fazla tartışılıyor olması	40	37,4
Hukukçuların bu konudaki bilgi düzeylerinin artması	29	27,1

Eğitim sonrası katılımcıların % 59,8'i tıbbi uygulama hatalarının sayısının artması, % 59,8'i şikayet/dava sayısının artması, % 13,1'i ceza alan sağlık çalışanı sayısının artması, % 19,6'sı tazminat miktarlarının giderek artması, % 43,9'u medya, internet ve sosyal medyada bu konunun çok fazla tartışıyor olması, % 29,9'u hukukçuların bu konudaki bilgi düzeylerinin artması olduğunu bildirmişlerdir.

Tablo 13: Eğitim sonrası katılımcıların malpraktisin gündemde olma nedenlerine verdiği cevapların dağılım tablosu.

	n	%
Tıbbi uygulama hatalarının sayısının artması	64	59,8
Şikayet/dava sayısının artması	64	59,8
Ceza alan sağlık çalışanı sayısının artması	14	13,1
Tazminat miktarlarının giderek artması	21	19,6
Medya, internet ve sosyal medyada bu konunun çok fazla tartışılıyor olması	47	43,9
Hukukçuların bu konudaki bilgi düzeylerinin artması	32	29,9

Tablo 14: Malpraktisin gündemde olma nedenlerine ilişkin soruda verilen cevaplarda eğitim öncesi ve sonrası arasında istatistiki farkın gösterildiği tablo.

Soru	Medyan(Min-Max)	p
s2beö-s2bes	2(1-2)	0,03
s4eeö-s4ees	2(1-2)	0,008

Eğitim öncesi katılımcıların mesleki sorumluluk sigortası uygulamasının sunulan sağlık hizmetini nasıl etkileyeceği sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde % 1,9'u cevap vermemiş olup, % 60,7'si doktoru da hastayı da olumlu etkileyeceğini, çünkü hem hekimin hem hastanın kendisini güvencede hissedeceğini, böylece daha nitelikli bir hizmet sunulabileceğini, % 8,4'ü doktorun mesleki sağlık sigortası yaptırması doktorun kendini güvende hissetmesi açısından olumlu, sağlık harcamalarını artıracağından hastayı olumsuz etkileyeceğini, % 10,3'ü hasta tazminat alabileceğini bildiğinden hastayı olumlu, hekimlerin sürekli ve gereksiz bir şekilde şikayetlerle ve davalarla uğraşmasından dolayı olumsuz

etkileyeceğini, % 8,4'ü her ikisini de olumsuz etkileyeceğini, çünkü sigorta uygulamasının malpraktisi azaltmayacağı, ayrıca hekimi artan tazminatlara karşı koruyamayacağı, bu nedenle hekimin uygulamalarının tazminat davalarının yarattığı kaygıdan etkileneceğini, %10,3'ü fikri olmadığını bildirmişlerdir.

Tablo 15: Eğitim öncesi katılımcıların mesleki sorumluluk sigortası uygulamasının sunulan sağlık hizmetini nasıl etkileyeceği sorusuna verdikleri cevapların dağılım tablosu.

	n	%
Doktoru da hastayı da olumlu etkiler. Çünkü hem hekim hem hasta kendisini güvencede hisseder. Böylece daha nitelikli bir hizmet sunulabilir.	65	60,7
Doktorun mesleki sağlık sigortası yaptırması doktorun kendini güvende hissetmesi açısından olumlu, sağlık harcamalarını artıracağından hastayı olumsuz etkiler.	9	8,4
Hasta tazminat alabileceğini bildiğinden hastayı olumlu, hekimlerin sürekli ve gereksiz bir şekilde şikayetler ile ve davalarla uğraşmasından dolayı olumsuz etkiler.	11	10,3
Her ikisini de olumsuz etkiler. Çünkü sigorta uygulaması malpraktisi azaltmaz, ayrıca hekimi artan tazminatlara karşı koruyamaz. Bu nedenle hekimin uygulamaları tazminat davalarının yarattığı kaygıdan etkilenir.	9	8,4
Fikrim yok.	11	10,3

Eğitim sonrası katılımcıların % 1,9 cevap vermemiş olup, % 65,4'ü doktoru da hastayı da olumlu etkileyeceğini, çünkü hem hekimin hem hastanın kendisini güvencede hissedeceğini, böylece daha nitelikli bir hizmet sunulabileceğini, % 10,3'üdoktorun mesleki sağlık sigortası yaptırması doktorun kendini güvende hissetmesi açısından olumlu, sağlık

harcamalarını artıracağından hastayı olumsuz etkileyeceğini, % 7,5'i hasta tazminat alabileceğini bildiğinden hastayı olumlu, hekimlerin sürekli ve gereksiz bir şekilde şikayetlerle ve davalarla uğraşmasından dolayı olumsuz etkileyeceğini, % 6,5'i her ikisini de olumsuz etkileyeceğini, çünkü sigorta uygulamasının malpraktisi azaltmayacağı, ayrıca hekimi artan tazminatlara karşı koruyamayacağı, bu nedenle hekimin uygulamalarının tazminat davalarının yarattığı kaygıdan etkileneceğini, % 8,4'ü fikri olmadığını bildirmişlerdir.

Tablo 16:Eğitim sonrası katılımcıların mesleki sorumluluk sigortası uygulamasının sunulan sağlık hizmetini nasıl etkileyeceği sorusuna verdikleri cevapların dağılım tablosu.

	n	%
Doktoru da hastayı da olumlu etkiler. Çünkü hem hekim hem hasta kendisini güvencede hisseder. Böylece daha nitelikli bir hizmet sunulabilir.	70	65,4
Doktorun mesleki sağlık sigortası yaptırması doktorun kendini güvende hissetmesi açısından olumlu, sağlık harcamalarını artıracağından hastayı olumsuz etkiler.	11	10,3
Hasta tazminat alabileceğini bildiğinden hastayı olumlu, hekimlerin sürekli ve gereksiz bir şekilde şikayetlerle ve davalarla uğraşmasından dolayı olumsuz etkiler.	8	7,5
Her ikisini de olumsuz etkiler. Çünkü sigorta uygulaması malpraktisi azaltmaz, ayrıca hekimi artan tazminatlara karşı koruyamaz. Bu nedenle hekimin uygulamaları tazminat davalarının yarattığı kaygıdan etkilenir.	7	6,5
Fikrim yok.	9	8,4

Eğitim öncesi katılımcıların Adli Tıp Kurumunda malpraktis dosyaları ile ilgili kararların objektif olup olmadığı sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde %1,9'u cevap vermemiş olup, tamamen objektif olduğunu düşünen olmadığını, % 29'u kısmen objektif olduğunu düşündüklerini, %40,2'si fikri olmadığını,% 18,7'si kısmen objektif olmadığını düşündüklerini, %9,3'ü tamamen objektif olmadığını düşündüklerini bildirmişlerdir.

Tablo 17 Eğitim öncesi katılımcıların Adli Tıp Kurumunda malpraktis dosyaları ile ilgili kararların objektif olup olmadığı sorusuna verdikleri cevapların dağılım tablosu.

	n	%
Tamamen objektif olduğunu düşünüyorum.	0	0
Kısmen objektif olduğunu düşünüyorum.	32	29,9
Fikrim yok.	43	40,2
Kısmen objektif olmadığını düşünüyorum.	20	18,7
Tamamen objektif olmadığını düşünüyorum.	10	9,3

Eğitim sonrasında katılımcıların % 1,9'u cevap vermemiş olup, % 5,6'sı tamamen objektif olduğunu düşündüklerini, % 37,4'ü kısmen objektif olduğunu düşündüklerini, % 31,8'i fikri olmadığını,% 18,7'si kısmen objektif olmadığını düşündüklerini, % 4,7'si tamamen objektif olmadığını düşündüklerini bildirmişlerdir.

Tablo 18:Eğitim sonrası katılımcıların Adli Tıp Kurumunda malpraktis dosyaları ile ilgili kararların objektif olup olmadığı sorusuna verdikleri cevapların dağılım tablosu.

	n	%
Tamamen objektif olduğunu düşünüyorum.	6	5,6
Kısmen objektif olduğunu düşünüyorum.	40	37,4
Fikrim yok.	34	31,8
Kısmen objektif olmadığını düşünüyorum.	20	18,7
Tamamen objektif olmadığını düşünüyorum.	5	4,7

Eğitim öncesi katılımcıların üniversitelerde ücreti karşılığında malpraktis dosyalarında bilirkişilik yapılması konusunda ne düşündükleri sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde % 0,9'u cevap vermemiş olup, %30,8'i kesinlikle bilirkişilik yapmalarını, %28'i bazen bilirkişilik yapmalarını %24,3'ü fikri olmadığını, %8,4'ü bazen bilirkişilik yapmamalarını, %7,5'i kesinlikle bilirkişilik yapmamalarını bildirmişlerdir.

Tablo 19: Eğitim öncesi katılımcıların üniversitelerde ücreti karşılığında malpraktis dosyalarında bilirkişilik yapılması konusunda ne düşündükleri sorusuna verdikleri cevapların dağılım tablosu.

	n	%
Kesinlikle bilirkişilik yapmalıdır.	33	30,8
Bazen bilirkişilik yapmalıdır.	30	28
Fikrim yok.	26	24,3
Bazen bilirkişilik yapmamalıdır.	9	8,4
Kesinlikle bilirkişilik yapmamalıdır.	8	7,5

Eğitim sonrasında katılımcıların % 2,8'i cevap vermemiş olup, % 36,4'ü kesinlikle bilirkişilik yapmalarını, % 24,3'ü bazen bilirkişilik yapmalarını % 7,5'i fikri olmadığını, % 5,6'sı bazen bilirkişilik yapmamalarını, % 2,8'i kesinlikle bilirkişilik yapmamalarını bildirmişlerdir.

Tablo 20: Eğitim sonrası katılımcıların üniversitelerde ücreti karşılığında malpraktis dosyalarında bilirkişilik yapılması konusunda ne düşündükleri sorusuna verdikleri cevapların dağılım tablosu.

	n	%
Kesinlikle bilirkişilik yapmalıdır.	39	36,4
Bazen bilirkişilik yapmalıdır.	26	24,3
Fikrim yok.	25	23,4
Bazen bilirkişilik yapmamalıdır.	8	7,5
Kesinlikle bilirkişilik yapmamalıdır.	6	5,6

Eğitim öncesi katılımcıların "38 yaşında bekar bir kadını kanamaları var, rahimde ur (myom) nedeniyle ameliyat öneriliyor. Hastaya onam formu imzalatılıyor, kanama nedeniyle açık ameliyata geçiliyor. Ancak kanama durmadığından rahim alınıyor (Histerektomi). Bekar olduğunu, çocuk sahibi olabilecek yaşta olduğunu belirtiyor. Bilirkişi komplikasyon olduğunu belirtiyor. Sizce bu durumda hekimin kusuru var mıdır?" sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde %2,8'i bu soruya cevap vermemiş olup, %48,6'sı doktorun kusuru olduğunu, %8,4'ü doktorun kusuru olmadığını, %18,7'si komplikasyon tanımı içinde böyle durumlar olabileceğini, dava açılmasına gerek olmadığını, % 11,2'si hem hekimde hem hastada eksiklikler söz konusu olduğunu, hatanın % 5 oranında her iki tarafa paylaştırılacağını, %10,3'ü fikri olmadığını bildirmişlerdir.

Tablo 21: Birinci olgu sorusuna katılımcıların eğitim öncesi verdiği cevapların dağılım tablosu.

	N	%
Evet, doktorun kusuru vardır.	52	48,6
Hayır, doktorun kusuru yoktur.	9	8,4
Komplikasyon tanımı içinde böyle durumlar olabilir, dava açılmasına gerek yoktur.	20	18,7
Hem hekimde hem hastada eksiklikler söz konusudur. Hata oranı %50 oranında her iki tarafa paylaştırılır.	12	11,2
Fikrim yok.	11	10,3

Eğitim sonrası katılımcıların % 1,9'u cevap vermemiş olup, % 66,4'ü doktorun kusuru olduğunu, % 7,5'i doktorun kusuru olmadığını, % 15,9'u komplikasyon tanımı içinde böyle durumlar olabileceğini, dava açılmasına gerek olmadığını, % 5,6'sı hem hekimde hem hastada eksiklikler söz konusu olduğunu, hatanın %50 oranında her iki tarafa paylaştırılacağını, % 2,8'i fikri olmadığını bildirmişlerdir.

Tablo 22: Birinci olgu sorusuna katılımcıların eğitim sonrası verdiği cevapların dağılım tablosu.

	n	%
Evet, doktorun kusuru vardır.	71	66,4
Hayır, doktorun kusuru yoktur.	8	7,5
Komplikasyon tanımı içinde böyle durumlar olabilir, dava açılmasına gerek yoktur.	17	15,9
Hem hekimde hem hastada eksiklikler söz konusudur. Hata oranı %50 oranında her iki tarafa paylaştırılır.	6	5,6
Fikrim yok.	3	2,8

Eğitim öncesi katılımcıların "Rahim ağzı girişi örneklemesinde erken evre tümör başlangıcı olduğu düşünülen şahsa rahim ağzı ameliyatı yapılıyor. Hekim ameliyattan çıkardığı parçayı hemşireye teslim ediyor. Ameliyat sonunda doktor başarılı bir şekilde ameliyatı tamamlıyor ve ameliyathaneden ayrılıyor. Ameliyathane personelinin yanlışlıkla parçayı atması sonucu alınan parça kayboluyor ve tümörün cinsi ve evrelemesi yapılamaması dolayısıyla hasta tazminat davası açıyor. Aşağıdakilerden hangisi ya da hangileri doğrudur?" sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde; % 22,4'ü hekimin sorumlu olduğunu, hekimin çıkardığı parçayı takip etmesi gerekirken etmediğini, %59,8'iameliyatın sorumlusunun hekim olduğunu, direkt olarak olmasa da ekibin başı olması dolayısıyla sorumlu olduğunu, %6,5'i hekimin sorumlu olmadığını, hemşirenin sorumlu olduğunu, %22,4'ü ameliyathane personelinin parçayı atması dolayısıyla sorumlu olduğunu, %1,9'u hiç kimsenin sorumluluğu olmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 23: İkinci olgu sorusuna katılımcıların eğitim öncesi verdikleri cevapların dağılım tablosu.

	n	%
Hekim sorumludur. Hekim çıkardığı parçayı takip etmesi gerekirken etmemiştir.	24	22,4
Ameliyatın sorumlusu hekimdir. Direkt olarak olmasa da ekibin başı olması dolayısıyla sorumludur.	64	59,8
Hekimin sorumluluğu yoktur. Hemşire sorumludur.	7	6,5
Ameliyathane personeli parçayı atması dolayısıyla sorumludur.	24	22,4
Hiç kimsenin sorumluluğu yoktur.	2	1,9

Eğitim sonrası katılımcıların % 34,6'sı hekimin sorumlu olduğunu, hekimin çıkardığı parçayı takip etmesi gerekirken etmediğini, % 50,5'iameliyatın sorumlusunun hekim olduğunu, direkt olarak olmasa da ekibin başı olması dolayısıyla sorumlu olduğunu, % 6,5'i hekimin sorumlu olmadığını, hemşirenin sorumlu olduğunu, % 15,9'u ameliyathane personelinin parçayı atması dolayısıyla sorumlu olduğunu belirtmişken hiç bir katılımcı kimsenin sorumluluğu olmadığını belirtmemiştir.

Tablo 24: İkinci olgu sorusuna katılımcıların eğitim sonrası verdikleri cevapların dağılım tablosu.

	n	%
Hekim sorumludur. Hekim çıkardığı parçayı takip etmesi gerekirken etmemiştir.	37	34,6
Ameliyatın sorumlusu hekimdir. Direkt olarak olmasa da ekibin başı olması dolayısıyla sorumludur.	54	50,5
Hekimin sorumluluğu yoktur. Hemşire sorumludur.	7	6,5
Ameliyathane personeli parçayı atması dolayısıyla sorumludur.	17	15,9
Hiç kimsenin sorumluluğu yoktur.	0	0

Eğitim öncesi katılımcıların "Kendisine sağ kalçasından kas içerisine (intramusküler) iğne yapılan şahıs hemen sonrasında sağ ayak bileğinde düşüklük, topallamaya başlama, sağ bacağında güç kaybı nedeniyle davacı olmuştur. Yargıtay davacının yapılan enjektör öncesi, enjektörün komplikasyonları konusunda bilgilendirildiğine dair aydınlatılmış onamın düzenlenmemiş olması gerekçesi ile uygun manevi tazminat takdiri gerektiğini ifade etmiştir. Sizce enjeksiyon öncesi hastadan aydınlatılmış onam alınmalımıdır? Böyle bir işlem öncesi onam almak sağlık hizmetini yavaşlatır mı? sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde %33,6'sı sağlık hizmetini yavaşlatmayacağını ve kesinlikle onam alınması gerektiğini, %48,6'sı enjeksiyon çok sık yapılan bir işlem olsa da ve sağlık hizmetini yavaşlatsa dahi onam alınması gerektiğini, % 6,5'i fikri olmadığını, %3,7'si sağlık hizmetini çok fazla yavaşlatacağını düşünse de onam alınmasının gerekli olmadığını, %1,9'u sağlık hizmetini yavaşlatacağını ve kesinlikle onam alınması gerekmeyeceğini bildirmişlerdir. Katılımcıların %5,6'sı bu soruyu boş bırakmışlardır.

Tablo 25:Üçüncü olgu sorusuna katılımcıların eğitim öncesi verdikleri cevapların dağılım tablosu.

	n	%
Sağlık hizmetini yavaşlatmaz ve kesinlikle onam alınması gereklidir.	36	33,6
Enjeksiyon çok sık yapılan bir işlem olsa da sağlık hizmetini yavaşlatsa dahi onam alınması gereklidir	52	48,6
Fikrim yok.	7	6,5
Sağlık hizmetini çok fazla yavaşlatacağını düşünmesem de onam alınması gerekli değildir.	4	3,7
Sağlık hizmetini yavaşlatır ve kesinlikle onam alınması gerekmez.	2	1,9

Eğitim sonrası katılımcıların % 26,2'si sağlık hizmetini yavaşlatmayacağını ve kesinlikle onam alınması gerektiğini, % 58,9'u enjeksiyon çok sık yapılan bir işlem olsa da ve sağlık hizmetini yavaşlatsa dahi onam alınması gerektiğini, % 2,8'i fikri olmadığını, % 4,7'si

sağlık hizmetini çok fazla yavaşlatacağını düşünse de onam alınmasının gerekli olmadığını, % 4,7'si sağlık hizmetini yavaşlatacağını ve kesinlikle onam alınması gerekmeyeceğini bildirmişlerdir. Katılımcıların % 2,8'i bu soruyu boş bırakmışlardır**.**

Tablo 26:Üçüncü olgu sorusuna katılımcıların eğitim sonrası verdikleri cevapların dağılım tablosu.

	n	%
Sağlık hizmetini yavaşlatmaz ve kesinlikle onam alınması gereklidir.	28	26,2
Enjeksiyon çok sık yapılan bir işlem olsa da sağlık hizmetini yavaşlatsa dahi onam alınması gereklidir	63	58,9
Fikrim yok.	3	2,8
Sağlık hizmetini çok fazla yavaşlatacağını düşünmesem de onam alınması gerekli değildir.	5	4,7
Sağlık hizmetini yavaşlatır ve kesinlikle onam alınması gerekmez.	5	4,7

Eğitim öncesi katılımcıların "3 kızı olan ve sosyal etkenlerden dolayı oğlu olmasını isteyen kadın hamile kalır. Doktora kontrollere gittiğinde olu olacağı söylenir. Ve kadın çocuğu doğurur. Ancak bu çocuk da sağlıklı kızdır. Anne gerçeği bilseydim, bu çocuğu doğurmazdım, aldırırdım diyerek hekimden tazminat talebinde bulunuyor. Böyle bir durum sizce nasıl yorumlanabilir?" sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde %4,7'si bu soruya cevap vermemiştir. Katılımcıların %11,2'si annenin haklı olduğunu, tazminat talep edebileceğini, % 21,5'i annenin haklı olmadığını, önemli olanın çocuğun sağlıklı olması olduğunu, %25,2'si annenin kontrollere gidip gitmediği tıbbi takiplerin düzenli yapılıp yapılmadığının önemli olduğunu, %33,6'sı annenin çocuğun cinsiyetini öğrendiği gebelik haftasının önemli olduğunu, %3,7'si fikri olmadığını bildirmişlerdir.

Tablo 27: Dördüncü olgu sorusuna katılımcıların eğitim öncesi verdikleri cevapların dağılım tablosu.

	n	%
Evet, anne haklıdır. Tazminat talep edebilir.	12	11,2
Hayır, anne haklı değildir. Önemli olan çocuğun sağlıklı olmasıdır.	23	21,5
Annenin kontrollere gidip gitmediği tıbbi takiplerin düzenli yapılıp yapılmadığı önemlidir.	27	25,2
Annenin çocuğun cinsiyetini öğrendiği gebelik haftası önemlidir.	36	33,6
Fikrim yok	4	3,7

Eğitim sonrası katılımcıların % 1,9'u bu soruya cevap vermemiştir. Katılımcıların % 7,5'i annenin haklı olduğunu, tazminat talep edebileceğini, % 36,4'ü annenin haklı olmadığını, önemli olanın çocuğun sağlıklı olması olduğunu, % 12,1'i annenin kontrollere gidip gitmediği tıbbi takiplerin düzenli yapılıp yapılmadığının önemli olduğunu, % 41,1'i annenin çocuğun cinsiyetini öğrendiği gebelik haftasının önemli olduğunu, % 0,9'u fikri olmadığını bildirmişlerdir.

Tablo 28: Dördüncü olgu sorusuna katılımcıların eğitim sonrası verdikleri cevapların dağılım tablosu.

	n	%
Evet, anne haklıdır. Tazminat talep edebilir.	8	7,5
Hayır, anne haklı değildir. Önemli olan çocuğun sağlıklı olmasıdır.	39	36,4
Annenin kontrollere gidip gitmediği tıbbi takiplerin düzenli yapılıp yapılmadığı önemlidir.	13	12,1
Annenin çocuğun cinsiyetini öğrendiği gebelik haftası önemlidir.	44	41,1
Fikrim yok	1	0,9

Eğitim öncesi katılımcıların "Kadın şahıs ilaçlı tomografi çekileceğinden gebelik testi yaptırmış, test sonucunun negatif olarak bildirilmesi üzerine, buna güvenerek şahıs tomografi çektirmiş, 15 gün sonra başka bir merkezde yaptırdığı test sonucu gebe olduğunu öğrenmiştir. Uzmanların bebeğin sakat kalabileceğini söylemeleri üzerine gebe olduğunu öğrendikten 25 gün sonra bebeğini aldırmak zorunda kalmıştır. Bu senaryodaki olayda hekim kusuruyla ilgili olarak ne düşünürsünüz?" sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde %12,1'i boş bırakmış olup %41,1'i testi yaptıran ve negatif olduğunu söyleyen hekimin sorumlu olduğunu, % 13,1'i tomografi çekiminden önce hamile ise tomografi çekilen hekiminde sorgulanması gerektiğini, % 27,1'i gebelik testi esnasında hamile olmayıp ta tomografi çekiminden hemen sonra hamile kaldıysa tomografi çeken hekimin hastayı yeteri kadar aydınlatıp aydınlatmadığının sorgulanması gerektiğini, %5,6'sı gebelik testini yaptıran ve tomografi çektiren hekimde de kusur atfedilemeyebileceği, çünkü her gebelikte bebeğin sakat doğma ihtimali olduğu, %0,9'u gebeliğin ne zaman oluştuğunu tam olarak araştırmadan bebeğin alınmasına sebep olan hekimin sorumlu olduğunu bildirmişlerdir.

Tablo 29 Beşinci olgu sorusuna katılımcıların eğitim öncesi verdikleri cevapların dağılım tablosu.

	n	%
Testi yaptıran ve negatif olduğunu söyleyen hekim sorumludur.	44	41,1
Tomografi çekiminden önce hamile ise tomografi çekilen hekiminde sorgulanması gerekmektedir.	14	13,1
Gebelik testi esnasında hamile olmayıp ta tomografi çekiminden hemen sonra hamile kaldıysa tomografi çeken hekimin hastayı yeteri kadar aydınlatıp aydınlatmadığı sorgulanmalıdır.	29	27,1
Gebelik testini yaptıran ve tomografi çektiren hekimde de kusur atfedilemeyebilir. Çünkü her gebelikte bebeğin sakat doğma ihtimali vardır.	6	5,6
Gebeliğin ne zaman oluştuğunu tam olarak araştırmadan bebeğin alınmasına sebep olan hekim sorumludur.	1	0,9

Eğitim sonrası katılımcıların % 4,7'si boş bırakmış olup % 51,4'ütesti yaptıran ve negatif olduğunu söyleyen hekimin sorumlu olduğunu, % 13,1'i tomografi çekiminden önce hamile ise tomografi çekilen hekiminde sorgulanması gerektiğini, % 21,5'i gebelik testi esnasında hamile olmayıp ta tomografi çekiminden hemen sonra hamile kaldıysa tomografi çeken hekimin hastayı yeteri kadar aydınlatıp aydınlatmadığının sorgulanması gerektiğini, % 3,7'si gebelik testini yaptıran ve tomografi çektiren hekimde de kusur atfedilemeyebileceği, çünkü her gebelikte bebeğin sakat doğma ihtimali olduğu, % 5,6'sı gebeliğin ne zaman oluştuğunu tam olarak araştırmadan bebeğin alınmasına sebep olan hekimin sorumlu olduğunu bildirmişlerdir.

Tablo 30: Beşinci olgu sorusuna katılımcıların eğitim sonrası verdikleri cevapların dağılım tablosu.

	n	%
Testi yaptıran ve negatif olduğunu söyleyen hekim sorumludur.	55	51,4
Tomografi çekiminden önce hamile ise tomografi çekilen hekiminde sorgulanması gerekmektedir.	14	13,1
Gebelik testi esnasında hamile olmayıp ta tomografi çekiminden hemen sonra hamile kaldıysa tomografi çeken hekimin hastayı yeteri kadar aydınlatıp aydınlatmadığı sorgulanmalıdır.	23	21,5
Gebelik testini yaptıran ve tomografi çektiren hekimde de kusur atfedilemeyebilir. Çünkü her gebelikte bebeğin sakat doğma ihtimali vardır.	4	3,7
Gebeliğin ne zaman oluştuğunu tam olarak araştırmadan bebeğin alınmasına sebep olan hekim sorumludur.	6	5,6

5. TARTIŞMA

Tıbbi uygulama hataları ile ilgili açılan dava sayıları tıp eğitimindeki eksiklikler, tıp ve teknolojideki gelişmeleri hekimlerin takip etmedeki yetersizlikleri, medya organlarında artan haberler, tazminat miktarlarının yüksek rakamlar olması nedeniyle giderek artmaktadır (10,11). Tıbbi uygulama hataları hem sağlık hem hukuk bilimini yakından ilgilendirmektedir.

Arıkan ve arkadaşları malpraktis komplikasyon ayrımında hukuk ve tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin bakış açılarını tespit etmek amacıyla yaptıkları çalışmada 10 olgu sorusu sormuşlar ve hukuk fakültesi öğrencilerinin sadece 3/10 oranında doğru cevap verdiklerini, hukuk fakültesi öğrencilerinin sağlıklı değerlendirmeler yapamadıklarını ve bunun sebebinin hukuk fakültelerinde malpraktis komplikasyon ayrımını yapabilecek kadar temel bir eğitimin olmaması olabileceğini söylemişlerdir (110). Bizim çalışmamızda ise stajyer avukatlara malpraktis komplikasyon ayrımını bilip bilmedikleri sorulmuş olup eğitim sonrası malpraktis komplikasyon arasındaki farkı bildiğini söyleyenlerin sayısında anlamlı artış olmuştur. Dicle Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nde seçmeli ders olarak 4. sınıfta haftada bir saat olmak üzere 30 saatlik Sağlık Hukuku ve haftada bir saat olmak üzere 30 saatlik Adli Tıp Eğitimi bulunmaktadır. Malpraktis komplikasyon konularında ise 1 saat eğitim verilmektedir (111). Eğitim öncesi oranların düşük oluşu hukuk fakültelerinde verilen genel Adli tıp Eğitimi'nin yeterli olmaması, malpraktis komplikasyon konularında da yeterli eğitim verilmemiş olması ile açıklanabilir. Bilirkişilik yolu ile konunun çözüme kavuştuğu, zaten Adli Tıp Kurumu yada Üniversitelerden bilirkişilik görüşü alındığı için bu konuda hukuk fakültelerinde eğitime gerek olmadığı görüşüne karşın, daha doğru kararların çıkması açısından hukuk fakültelerinde bu konularda bir eğitimin olması gerektiği düşünülebilir.

Malpraktisin nedenlerine ilişkin soruda verilen cevaplarda eğitim öncesi ve sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Eğitim sonrası alt yapının ve fiziki koşulların yetersizliği seçeneğinin sayısının artması hekime ait (eğitimsizlik, kendini yenilememesi gibi) nedenlerin azalması hukukçuların ilk bakışta hekimlere daha fazla sorumlu tuttuğu, hekim dışı alt yapı, fiziki koşullar gibi durumların göz ardı edildiği, eğitim sonrasında ise bu konuda farkındalık yaratılmış olmasına bağlı olabilir. Hemşirelerin tıbbi hata nedenlerine ilişkin yapılan Özdemir'in çalışmasında, Alemdar ve Aktaş'ın çalışmasında

tıbbi hata nedenlerinin; hemşirelerinin fazla iş yükü, hemşire sayısının az olması ve yorgunluk olduğunu belirtilirken, Mankan ve arkadaşlarının intörn ebelik ve hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada da tıbbi uygulama hata nedenleri olarak tecrübesizlik, yetersiz mesleki bilgi, olumsuz fiziksel ortam, fazla iş yükü, yetersiz çalışan, yorgunluk gibi nedenler başta bulunmaktadır (92-94). Teke ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada günlük bakılan hasta sayısının fazla olması, hastanelerde yeterli alt yapının bulunmaması en sık tıbbi hata nedenleri olarak belirtilmiştir (95). Yıldırım ve arkadaşlarının hekimler üzerine yaptığı çalışmada hekimlerin yaptığı tıbbi uygulama hatalarının en sık nedeni "Tıp eğitiminde yetersizlik" olarak ifade edilmiş olup diğer en sık nedenler kendini geliştirme yenileme eksikliği, çok sayıda hasta bakımı olarak bulunmuştur (96). Bizim çalışmamızda da tıp eğitiminde yetersizlik ve hekimlerin kendilerini yenileme ve geliştirme eksikliği ve hekimleri çok sayıda hasta bakmak durumunda kalması gibi sebepler başta bulunmuştur. Hukukçular sağlık meslek grubundan olmasa da tıbbi uygulama hatalarına verdikleri cevaplar literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda uygulanmış anket sonucunda tıbbi uygulamadan kaynaklanan devam eden davaların olması ve dava açılma endişesinin hekimin sunduğu sağlık hizmetini eğitim öncesinde de sonrasında da hekimin komplike hastalara bakmak istemeyeceği ve hekimlerin hastaları gereksiz sevk ederek sağlık hizmetinin kötü etkileneceği oranının yüksek olduğu, sağlık hizmetinin etkilenmeyeceği oranının ise eğitim öncesinde de sonrasında da düşük olduğu tespit edildi. İstatistiksel olarak eğitim öncesi ve sonrası arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Catino tarafından yapılan bir çalışmada hekimlerin % 52'sinin malpraktis suçlamasına maruz kalmaları sebebi ile savunmacı davranışlar sergilediği ortaya konulmuştur (97). Yıldırım ve arkadaşlarının hekimler üzerine yaptığı çalışmada da %69,7 oranında hekimlerin hastalara müdahalede çekinik davrandıkları, ayrıca dava açılma endişesinin çok yüksek oranda sağlık hizmetine zarar vereceği bulunmuş olup bizim çalışmamızda da benzer sonuç çıkmıştır (96).

TTB'nin hekimlere yönelik yaptığı çalışmada malpraktisin gündemde olma nedenleri incelendiğinde hekimlere karşı güven duygusunun azalması, hak arama iradesinin gelişmesi, hak aramayı hızlandıran düzenlenmeler, sivil toplum örgütlerinin oluşması gibi hastalarla ilgili unsurlar % 41.4, medyanın asıl sorumlu olarak sağlık çalışanlarını hedef alması, halkı provoke eden haberler gibi, hukukçuların hastaları suistimal etmesi hekimlere karşı olumsuz tutumları %37.9, sigorta şirketleri, hukukçular ve bankalar için yeni bir pazar, SGK'nın uyguladığı geri ödeme sisteminde ki eksiklikler, Performansa dayalı ödeme sistemi, Sevk

sisteminin kullanılamaması gibi özelleştirme politikaları % 37.6, sağlık kuruluşlarındaki altyapı yetersizlikleri, sağlık çalışanı sayısındaki yetersizlik, hasta sayısının çokluğu hataların bildirilmesine ve önlem alınmasına yönelik yöntem olmaması olumsuz çalışma koşulları % 20.7, tıbbi bilgi ve teknolojinin hızlı gelişimi, buna karşılık mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimin yetersiz kalması, hızla ve çok sayıda tıp fakültesi açılması, Tıp fakültesini seçenlerin niteliğindeki düşüş, hekimlerin kendilerini geliştirmek istememeleri gibi yetersiz tıp eğitimi %19.5 oranında ortaya konulmuş olup bizim çalışmamızda da tıbbi uygulama hatalarının sayısının artması, dava sayısının artması, medyada ve internet ortamında bu konunun çok tartışılıyor olması yüksek bulunmuştur (98).

Yıldırım ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hekimlere dava açılması durumunda mesleki sorumluluk sigortasının ne kadar koruyucu olduğu sorulduğunda katılımcıların %43,7'si sigortanın koruyucu olmayacağını ifade etmiş. Bizim çalışmamızda ise eğitim öncesinde ve sonrasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmayıp; mesleki sorumluluk sigortasının hem hastayı hem hekimi olumlu etkileyeceği, her ikisinin de kendisini güvende hissedeceği, daha nitelikli bir sağlık hizmeti sunulabileceği bulunmuştur (96). Bu iki çalışma sonuçlarının farklı olması grupların meslek farklılığı ve hekimlerin genel olarak davalı tarafta olmalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Adli Tıp Kurumu'nun malpraktis dosyaları ile ilgili kararlarının tarafsız olup olmadığı konusundaki düşünceleri sorgulandığında eğitim öncesinde tamamen objektif bulduğunu düşünen olmadığı eğitim sonrasında bu oranın arttığı görülmüştür. Ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamak ile beraber eğitim sonrası objektif olduğunu belirten katılımcı sayısı gözle görülür şekilde artmıştır. Bu da katılımcıların ATK hakkında yeteri bilgiye sahip olmadığı ya da ATK kararlarına karşı önyargılı olmalarına bağlanabilir. Meral ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hakimlerin bilirkişi tercih ederken kimleri tercih ettikleri sorulduğunda % 22,4 ATK, % 86,5 akademisyenleri tercih ettiklerini belirtmiş olup; üniversitelerin ücreti karşılığında malpraktis dosyalarında bilirkişilik yapmaları konusunda ne düşündüklerini sorduğumuz soruda eğitim öncesinde de sonrasında da bilirkişilik yapmaları gerektiği yüksek bulunmuş olup Meral ve arkadaşlarının çalışması ile uyumlu bulunmuştur (99). Ancak istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Katılımcıların ameliyatın genişletilmesinde onam alınması ve hekim sorumluluğu ile ilgili soruda katılımcıların verdikleri cevaplar incelendiğinde eğitim öncesinde de sonrasında da doktorun kusuru olduğunu söyleyenlerin oranı yüksek bulunmuştur. Bu durum yeteri kadar

aydınlatılma yapılmadığı gerekçesi ile yüksek çıkmış olabilir. Nitekim Yargıtay 13. Hukuk Dairesinin kolonoskopi yapılması sonrası bağırsak perforasyonu gelişmesi ve eşinden alınan izin ile kolon ameliyatı yapılan hastanın davasında yargıtay; hekimin hastaya kolon yaralanması konusunda yeterli bilgilendirme yapmadığı komplikasyonlar konusunda yeterli bilgi verilmediğinden bilgi verilse bile hastanın rıza gösterip göstermeyeceği belirtilmeden yapılan operasyona yönelik; yerel mahkemenin davanın reddi yönündeki kararını bozmuştur (107). Şüphesiz her hekim hastası için tıbbi standartlara uygun en doğru tedavi yöntemini uygulamak durumundadır. Her tıbbi girişimin bir takım riskleri bulunmaktadır. Bilirkişi incelemesinde ur (myom) ameliyatında kanamaların durmaması ve açık ameliyata geçilmesi sonrasında da rahmin alındığı olayı komplikasyon (izin verilen risk) olarak değerlendirmiştir. Hastanın imzaladığı onam formunda açık ameliyata geçilebileceği ve rahim alınması ihtimalinin olduğu açık net anlaşılır bir şekilde anlatılmış olmalı, hastada bunu anlayıp onayladıktan sonra onamı alınmış olunmalıdır (101). Hekimin yaptığı ameliyat tıp kurallarına uygun ve meydana gelen sonuç izin verilen risk çerçevesinde olsa bile usulüne uygun onam alınmaması halinde hekimin sorumluluğu söz konusu olacaktır.

Ameliyathanede alınan parçanın kaybolmasında hekimin sorumluluğunun sorgulandığı soruda katılımcıların verdikleri cevaplar incelendiğinde; eğitim öncesinde de sonrasında da ameliyatın sorumlusunun hekim olduğunu yüksek oranda işaretlenmiş olup bu olguda organizasyonda hata bulunmaktadır. Bir ekip işi olan ameliyatın sorumlusu şüphesiz hekimdir. Buna dayanarak her olayda hekimi sorumlu tutmak doğru olmayacaktır. Çıkarılan parçayı atan görevli personelin sorumlu tutulması daha doğru olacaktır. Ancak hekimin de ameliyatta gerekli takipleri ve denetimleri yapması gerekmektedir. Hekimin gerekli takip ve denetimi yapmaması hekimi sorumlu kılacaktır. Operasyon esnasında çıkarılan parçanın patolojik incelemesinin yaptırılması gerekirken bunun yapılmamış olmasının eksiklik olduğu, bu eksiklikten ameliyatta çıkartılan materyallerin kayıt edilmesi, patolojiye gönderilmesi veya hastaya verilmesi gerekiyorsa bunun doktor direktifi ile hastaya teslim edilmesi ve teslimin kayıt altına alınarak yapılması gerekirken yapılmamasından hastane idaresinin sorumlu olduğu belirtilmektedir (108). Katılımcılar hem tıbbi bilgilerinin az olması hem sağlık sistemindeki işleyişe tam hakim olmamaları neticesinde sorumluluğu hekim ile ilişkilendirmiş. Klinik işleyişin bir görev tanım ve paylaşımı olduğu konusunda katılımcıların yeteri bilgiye sahip olmamaları neticesinde organizasyon hataları da hekime bağlanmıştır. Verilen eğitimde hastane içi görev ve organizasyon ile ilgili verilere az değinmesi de eğitim öncesi ve sonrası arasında anlamlı fark oluşmamasına neden olmuş olabilir.

Günlük işleyiş esnasında sık yapılan tıbbi işlemlerde de onam gerekliliği üzerine stajyer avukatlara sorduğumuz soruda verdikleri cevaplar incelendiğinde eğitim öncesinde %82 sonrasında %85 oranında stajyer avukatların onam alınması gerektiği kanısında olduğu görülmüştür. Stajyer avukatlar sağlık hizmetini yavaşlatıp yavaşlatmamasına bakılmaksızın enjeksiyon işlemi gibi çok sık yapılan bir işlem için bile onam alınması gerektiği görüşündedirler. Acil servislerin yoğunluğu, çok fazla hasta bakmak durumunda kalınması, çoğu zaman hastalara enjeksiyonun yaratabileceği komplikasyonlar hakkında bilgi verilmesini mümkün kılmamaktadır. Enjeksiyon işlemi için aydınlatılmış onam alınmaması nedenli davalar artmaktadır. Gluteal bölgedeki kas yapısı zayıf, yaşlı ve küçük yaştaki kişilere yapılan enjeksiyon sonucu sinir yaralanması gelişme ihtimali yüksek olup, iğnenin boyu, yapılan ilacın fazla olması, çok ilaç enjekte edilmesi, yanlış yere enjeksiyon yapılması sinir hasarı riskini artırmaktadır (47).Yapılan enjeksiyon sonucu gelişen nöropatinin malpraktis mi komplikasyon mu olduğu konusunda bilirkişi görüşü alınması gerekmektedir. Cornwall'ın 58 hemşirelik öğrencisi ile yaptığı çalışmada öğrencilerden gluteal bölgede enjeksiyon uygulaması için en güvenli bölgeyi işaretlemeleri ve uygulamaları istenmiş. Öğrencilerin %33.3' ü üst dış kadran (güvenli bölge) dışında bir yer işaretlemiştir (102). Her gün binlerce enjeksiyon yapıldığı düşünülerek bunun çözümüne yönelik yeterli çalışma yapılıp sağlık uygulayıcılara yeterli eğitimin verilmesi gereklidir. Komplikasyon olarak karar verilen bilirkişi görüşlerine rağmen aydınlatılmış onamın alınmaması gerekçesi ile hekimi kusurlu bulan Yargıtay kararları bulunmaktadır. Bazı hastanelerde enjeksiyonun tanımı, enjeksiyonun hangi vücut bölgelerinden yapılabileceği, hangi hastalık için hangi amaçla uygulanacağı, işlem yapılmazsa olabilecek durumlar, enjeksiyon işleminin nasıl yapılacağı, yan etkileri, hastanın hekime açıklaması gereken kanama bozukluğu alerji gibi özel durumlar, enjeksiyondan sonra hastanın dikkat etmesi gerekenleri içeren aydınlatılmış onam formları kullanılmaktadır. Ancak hasta sayısının ve iş yükünün çok fazla olduğu hastanelerde sağlık çalışanlarının bu onam formunu hastaya anlatıp iznini almaya yetecek kadar vakti bulunmamaktadır. Medyada da çok fazla gündem de olan enjeksiyon sonrası gelişen nöropati olgularından dolayı sağlıkçıların; halkın böyle bir riski hastanın zaten bildiği yönünde düşünmelerine neden olmaktadır. Hangi hallerde onam alınması gerektiği, enjeksiyon gibi çok sık yapılan işlemler için onam alınması gerekip gerekmediği açıklığa kavuşturulmalıdır. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce 14500235-401.99 sayı ve 2019/11 no ile "Enjeksiyon Uygulamaları Hakkında Genelge" yayınlanmıştır. Bu genelge enjeksiyon uygulamalarında aydınlatılmış onam alınması konusundaki tartışmalara son verilmek için çıkarılmıştır. Bu genelge ile ancak büyük cerrahi işlemler için onam alınması gerektiği, bunun dışındaki

durumlarda yazılı onamın zorunlu olmadığı, hastayı sözel bilgilendirilmenin gerekli ve yeterli olduğu, yazılı onam alınması zorunluluğu olmadığı belirtilmiştir. Biyotıp Sözleşmesi (2003), 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanundan sonra kabul edilen bir yasa olduğundan Biyotıp Sözleşmesi'ne göre karar verilecektir. Avrupa Biyotıp Sözleşmesinin 5. maddesinde rıza konusuna değinilmiş olup "Sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden sonra yapılabilir. Bu kişiye önceden müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında uygun bilgiler verilecektir. İlgili kişi muvafakatini her zaman serbestçe geri alabilecektir." şeklinde düzenlenmiştir.(101) Kas içine (intramuskuler) enjeksiyon yapılması sonucu sağda düşük ayak gelişmesi nedeni ile açılmış olan davada adlı tıp raporun olayın komplikasyon olduğu belirtilmiş. Yerel mahkeme bu rapora istinaden davalının sorumlu olmadığı yönünde karar vermiştir. Yargıtay 13. Hukuk Dairesi ise davacının enjeksiyonun komplikasyonları konusunda yeterli aydınlatıldığını, davalının ispat edememesi nedeni ile yerel mahkeme kararını bozmuştur (103).Tümer ve arkadaşları yaptığı çalışmada Avrupa ülkelerinde çeşitli uygulamalar olduğunu, Danimarka'da hiçbir tıbbi girişim için yazılı onamın gerekli olmadığı, açıklayıcı bir sözlü onamın yeterli olduğu, Portekizde ise yazılı onam alınması gerektiğinin kanun maddesi ile düzenlendiğini belirtmiş olup basit işlemler için bile onam formu imzalatılmasının sağlık sisteminin işleyişini olumsuz etkileyeceğini belirtmiştir.

Yanlış bilgilendirme ve cinsiyet kaynaklı küretaj yapılıp yapılamayacağının sorgulandığı soruda eğitim öncesinde de sonrasında da çocuğun cinsiyetinin öğrenildiği gebelik haftasının önemli olduğu ve önemli olanın çocuğun sağlıklı olması yönünde fikir beyan edilmiştir. Eğitim öncesi ve sonrası arasında istatistiksel anlamda fark saptanmamıştır. Ülkemizde Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'a göre istek üzerine gebeliğin onuncu haftası doluncaya kadar annenin sağlığı açısından tıbbi sakınca yoksa rahim tahliyesi yapılabilir. On haftadan fazla olması durumunda; annenin yaşamını riske attığı veya doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır engel durumuna sebebiyet vereceği durumlarda kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve ilgili daldan bir uzmanın tarafsız muayene bulguları ile hazırlanan gerekçeli raporları ile rahim tahliyesi yapılabilir denilmektedir. Bu olguda annenin rahim tahliyesini gerektirecek herhangi bir hastalığı bulunmamaktadır (100). Ayrıca Avrupa Biyotıp Sözleşmesi'nin insan genomu başlıklı dördüncü bölümünde cinsiyetle ilgili kalıtsal hastalıklar hariç tutulmak kaydıyla doğacak çocuğun cinsiyetini belirlemek amacıyla suni döllenme tekniklerinin kullanılamayacağı belirtilmiştir. Bazı ülkelerde gen taraması ile

istedikleri cinsiyette döllenmenin sağlanması, gen testleri yapılması ve hamileliğin erken haftalarında cinsiyet tespiti, bebeğin istenilen cinsiyette olmaması durumunda hamileliğin sona erdirilmesi uygulamaları bulunmaktadır. Seçici kürtajın sık olduğu Hindistan' sosyoekonomik olarak yüksek gelirli yerlerinde kız bebek doğum oranında azalma dikkat çekici olmuş ve cinsiyet taraması yasaklanmıştır (104). Ülkemizde seçici küretaj uygulaması bulunmamaktadır ve annenin hamileliğinin sona erdirebilmesinin mümkün olduğu ilk 10 hafta içerisinde cinsiyeti tayini yapılamamaktadır. Efrat ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ultrason ile doğum öncesi cinsiyet tahminin 12-14. haftalarından sonra yüksek doğruluk oranı verebildiğine yöneliktir (105).

Test sonucu negatif olması üzerine tomografi çekilen ve daha sonra bebeği aldırmak zorunda olan hastanın yeterli bilgilendirilmesinin sorgulandığı soruda eğitim öncesi ve sonrasında da testi yaptıran ve negatif olduğunu söyleyen hekimin sorumlu olduğunu söyleyenlerin oranı yüksek bulunmuştur. Gebeliğin tespiti için idrar kan tahlili, usg gibi yöntemler kullanılmaktadır. Kan tahlilinde bakılan hormon HCG hormonudur. Gebeliğin oluşması ile birlikte 8.-9. günlerde salgılanmaya başlamaktadır. Beta HCG değerinin 10 mlU/ml üzerinde çıkması hamilelik ihtimalini güçlendirse de sadece kan HCG düzeyine göre hamilelik kararı verilmemekte, HCG'yi artıran başka sebepler de olabileceğinden USG yapılması daha doğru bir yöntem olacaktır. Gebelik gerçekleşmiş olsa bile ilk zamanlarda kan testi negatif sonuç verebilmektedir. Hastaya negatif sonuç verebilme ihtimalinden bahsetmeyen gebelik testini yapan hekim hastayı bu konuda bilgilendirmediği için sorumlu tutulacaktır. Nitekim Yargıtay 13. Hukuk Dairesi'nin bu konu ile ilgili vermiş olduğu karar; test sonucunun ilk 4 haftada net sonuç veremeyebileceği bu haftalarda diğer tanı yöntemlerinin de kullanılmasının gerekli olduğu ve hastanın bu konuda aydınlatılması gerektiği, bunun ispatının davalıya ait olduğu yönündedir.(106)

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Son yıllarda tıbbi uygulama hatası nedeni ile açılan dava sayısı; hastaların haklarını aramayı öğrenmeleri, hekimleri ve diğer sağlık çalışanlarını şikayet edebilmenin kolaylaşması, teknolojinin ve tıbbın gelişmesiyle beraber hasta ve yakınlarının tıptan artan beklentileri, hekimlerden ve diğer sağlık mensuplarından alınan yüksek tazminat miktarları, sigorta şirketleri ve avukatlar için yeni bir pazar ortaya çıkması, medyada hekimleri, sağlık çalışanlarını kötüleyen haberlerin artması, SGK sistemindeki noksanlıklar, performansa dayalı ödeme sistemi, artan hasta yükü ve yeterli sağlık çalışanının olmaması, sağlık çalışanlarının yoğun iş yükü, fazla nöbet sayıları ve stres altında çalışmaları gibi nedenlerle giderek hızlı bir şekilde artış göstermektedir.

Hekimler açılan davalar sonucu ödemek durumunda kaldıkları yüksek tazminatlar nedeniyle kendilerini sigortalatmak durumunda kalmaktadırlar. Hekimler haklarında malpraktis iddiası ile dava açılmaması, yüksek tazminat ödemeleri ile karşılaşmamak için riskli hastaları almaktan, riskli tedavi yöntemlerini uygulamaktan kaçınmaktadırlar. Ya da gereksiz bir şekilde sevk etmekte ve gereksiz tetkikler isteyebilmektedirler. Bu durum pozitif ve negatif defansif (çekinik) tıp uygulamalarına sebep olmaktadır. Ayrıca hekimlerin branş seçimlerine de yansımaktadır. Hekimler riskli bölümleri, şikayet edilme ihtimali yüksek olan bölümleri artık tercih etmemekte ve üniversitelerin bazı bölümleri özellikle en elzem bölümlerden olan cerrahi bölümlerde asistan eğitimi sekteye uğramakta ve bu da uzun vadede riskli bölüm uzmanlarının sayısının azalmasına yol açacaktır.

Her an şikayet edilme korkusu ile karşı karşıya olan hekimlerin yaptığı uygulamalar sırasında ortaya çıkan istenmeyen sonuçların hekim hatası; malpraktis mi, yoksa komplikasyon mu olduğunu belirleyecek olan tıbbi bilirkişiler tarafından yapılacak incelemedir. Bu konunun bir diğer muhatabı da şüphesiz hukukçulardır.Hukukçular tıbbi konularda karar verirken özel bilgi ve uzmanlık gerektiren diğer konularda bilirkişiye başvurmaları gerektiği gibi tıbbi konularda da tıbbi bilirkişiye başvurmaları gerekmektedir. Tıbbi uygulama hataları ile ilgili bilirkişilik görüşünü ATK ya da üniversitelerden isteyebilirler.

ATK' nun artan iş yükü nedeni ile 7. ve 8. İhtisas Kurulları kurulmuş olup 7. İhtisas Kurulu ölümle sonuçlanmayan tıbbi malpraktis vakalarına ilişkin, 8. Adli Tıp İhtisas Kurulu ölümle neticelenen tıbbi malpraktis vakalarına ilişkin tıbbi ve teknik görüş bildirmektedir. Bilirkişi raporları açık ve net olmalı, bilimsel verilere dayanmalı, tıp bilimine uygun

olmalıdır. Tedavi ve uygulanan ameliyatta gerekli özenin gösterilip gösterilmediği, eğer komplikasyon ise meydana gelen istenmeyen sonuca ne oranda ve ne gibi durumlarda rastlandığı, oluşma ihtimali olan komplikasyonlara karşı hastanın yeterli miktarda ve anlaşılır bir şekilde bilgilendirilip bilgilendirilmediği, onamının alınıp alınmadığı, tedavi ve ameliyatta herhangi bir kusur, ihmal bulunup bulunmadığı gibi hususlarda açıklama barındırmalıdır. Bilirkişi raporları herhangi bir şüpheye yer vermemelidir. Hukukçuların bilirkişi raporu aldırmaları, bu konuda bilgi sahibi olmaları gerektiğine bir engel olmamalıdır. Sağlık çalışanlarının da kendi hakları ve yükümlülükleri kapsamında bu alanda daha fazla bilgiye sahip olmaları ve hukukçularında bu davalarda daha doğru ve adil karar verebilmeleri adına tıp hukuku alanında daha fazla bilgi sahibi olmaları gerekmektedir.

Hukuk fakültelerinin yoğun ders müfredatları esnasında Adli Tıp ve Tıp Hukuku dersleri geri planda kalabilmektedir. Artan tıbbi uygulama hatası davaları nedeniyle hukuk fakültelerinde tıp hukuku, malpraktis komplikasyon konularında verilen eğitim saatlerinin artması, ayrıca bu konunun iki muhatabı olan tıp ve hukukçuların tıp ve sağlık hukuku alanında beraber iş birliği halinde olmaları, sempozyum ve kongrelerin ortak bir şekilde düzenlenmesi her iki meslek grubunu da olumlu yönde etkileyecektir.

7.KAYNAKLAR

1.Çetin G. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu. Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi- Tıbbi Malpraktis. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi 48, İstanbul,2006;21-42.

2.Serbest Olarak Ya Da Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hekimler Açısından Tıbbi Malpraktis Ve Sonuçları.http://www.turkhukuksitesi.com/makale_1183.htm Erişim Tarihi:22/10/2019

3. https://www.tipterimlerisozlugu.com/praxis.html Erişim Tarihi:22/10/2019

4. https://tr.glosbe.com/la/tr/mala Erişim Tarihi:22/10/2019

5.Sayek F. Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler 1. Baskı. Ankara. TTB Yayınları. 1998.

6.TTB ve Tabip Odalarının Tıbbi Etik ve Deontolojiyi Koruma Sorumluluğu. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara , Aralık 2018,s:1-265

7.Tıbbi Malpraktis ve Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Temmuz 2015, Cilt: 6 Sayı: 3 s:121-129

8.İpekyüz F, Hekimlerin Tazminat Sorumluluğu. Dicle Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi 2015, 20(33),s:19-61

9. Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik.https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140522-14.htm Erişim Tarihi:23/10/2019

10.Gökmen H , Güleç S. Tıbbi Malpraktis Riskinin Yönetiminde Bir Araç Olarak Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortaları. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 2010 cilt :1 sayı:1 s:9-16

11.Ertem G, Öksel E, Akbıyık A. Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme. Dirim Tıp Gazetesi 2009, sayı: 1 s:1-10

12. Başer A, Kolcu G, Çığırgil Y, Kadınkız B, Öngel K. İzmir Karşıyaka İlçesinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları ile İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi.Smyrna Tıp Dergisi, 2014, S:16-24.

13.Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DefensiveMedicineAmong High-Risk SpecialistPhysicians in a VolatileMalpracticeEnvironment*JAMA*. 2005; (21) 293: 2609-2617.

14.Başer A, Başer Kolcu M.İ, Kolcu G, Gök Balcı U, Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği: Ön Çalışma. Tepecik Eğit Hast Dergisi 2014; 24 (2) s: 99-102

15. Sungur C. Hekimlerde Tıbbi Hata Suçlamalarına Karşı Savunmacı Tıp Davranışları. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2019; 22(1): 191-206

16. Tümer A.R. Cerrahi Branşlar Açısından Hukuki Sorumluluklar ve Malpraktis, Ankara 2013.

17. Hakeri H. Tıp Hukuku. Onüçüncü Baskı: Seçkin Yayıncılık. Ankara. Şubat 2018.

18. Bayraktar K. Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Doktora Tezi, İstanbul

19. Bakar M. Türk Toplumunda Tıbbi Malpraktis, Hekimler ve Sağlık Personeline Güven. Sosyal Bilimler Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.2016

20.Altınok M. Perinatal Döneme Yönelik Tıbbi Malpraktis İddiası Bulunup Anne Ya Da Bebek Ölümüyle Sonuçlanmış Ve Adli Tıp Kurumu Tarafından Görüş Bildirilmiş Olguların Medikolegal Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul.2015

21.Özgönül L, Arda B, Dedeoğlu N. Tıp Etiği ve Hukuk Açısından Tıbbi Hata, Malpraktis ve Komplikasyon Kavramlarının Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri. 2019;27(1):48-56

22.Polat O. Tıbbi uygulama hataları. *Seçkin Yayıncılık*, 2005, s:117-131.

23.12. Ceza Dairesi'nin 11.06.2013 tarih 11225/15909 sayılı kararı

24.Gündoğmuş NÜ. Tıbbi malpraktis iddialarında hekim tutumu. Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi 2006;2:34-38.

25.Özer Ö, Taştan K, Set T. Tıbbi hatalı uygulamalar. Dicle Tıp Dergisi, 2015; 42 (3): 394-397

26.. https://sozluk.gov.tr/ Erişim Tarihi: 17/12/2019

27.Dünya TabiplerBirliği "Malpractice" Bildirgesi,http://www.ttb.org.tr/td/td59/597.html Erişim Tarihi:28.01.2020

28.Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı http://web.deu.edu.tr/radyolojiabd/malpraktis.html Erişim Tarihi:28.01.2020

29. Polat O. Tıbbi Uygulama Hataları. Seçkin yayınları, Ankara, 2005

30.Değdaş U. Hatalı Tıbbi Uygulamadan(Malpraktis)Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk. Hukuk Fakültesi Dergisi, cilt:1 sayı:6,2018 s:41-65

31.12. Ceza Dairesi'nin 13.05.2014 tarih ve 11633 sayılı kararı

32.12. Ceza Dairesi'nin 18.04.2019 tarih ve 5663/6577 sayılı kararı

33.Danıştay 15. Daire'nin 21.01.2016 tarih ve 1411/72 sayılı kararı

34.12. Ceza Dairesi'nin 31.05.2016 tarih 4017/9169 sayılı kararı
35.Cantürk G."TıbbiMalpraktis ve Tıbbi Bilirkişilik" Uluslararası Sağlık Hukuku Sempozyumu(Editör: Hakan Hakeri/Cahid Doğan)Ankara 2015 s:311-312
36.Yargıtay 13. Hukuk Dairesi'nin 2014/17432 esas ve 2015/8358 sayılı kararı
37.Van Gıersbergen M.Y. Dünya Sağlık Örgütü: "Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır" Projesi Nedir? Türkiye Klinikleri Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Özel Sayısı, 2016;2(3):1-9
38.13. Hukuk Dairesi'nin 24.09.2013 tarih 25915/22618 sayılı kararı
39.2. Ceza Dairesi'nin 24.04.1996 tarih ve 4493/4682 sayılı kararı
40.Tıp Hukukunda Malpraktis Komplikasyon Ayrımı https://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/173201492523-238.pdf Erişim Tarihi:28.01.2020
41.Uygur A. Hekimin Kusurunun Değerlendirilmesi, TBB Dergisi. 2019(144); s:355-381
42. Celbiş O, Keser H, Börk T, Öner B. Yüksek Yargı Kararlarında Tıbbi Uygulama Hataları. Akademisyen Kitabevi, Ankara,2018
43.Ersoy N. Aydınlatılmış Onam Öğretisinin Gelişimi. Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik 1995 (1), s:2
44. Tümer A.R, Karacaoğlu E, Akçan R. Cerrahide aydınlatılmış Onam İle İlgili Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Ulusal Cerrahi Dergisi 2011; 27(4) s: 192
45.Aydınlatılmış Onam Kılavuzu http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=983:onam&catid=26:etik&Itemid=65 Erişim Tarihi:27/01/2020
46.Yargıtay 4. Hukuk Dairesinin 07.03.1977 tarihli ve 6297/2541 sayılı kararı;
47.Enjeksiyon Sonucu Sakatlık/Yaralanma Davalarında Türk Yargı Pratiği ve Güncel Sorunların Tespitihttp://www.bulentmarakli.com.tr/tr/259-makale-detay-igne-sonucu-sakatligin-tazminat-boyutu Erişim Tarihi:03.02.2020
48.Yargıtay 13. Hukuk Dairesi'nin 11.04.2013 tarih, 2013/2273 esas, 2013/9491 karar sayılı kararı
49.Kas İçi (intramüsküler) Enjeksiyon İşlemi İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu http://www.atuder.org.tr/atuderData/Document/1322015142129-KAS-ICI-ENJEKSIYON.pdf Erişim Tarihi:03.02.2020
50. 2019/11 Sayılı Enjeksiyon Uygulamaları Hakkında Genelge https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/30902,enjeksiyon-uygulamalustyazi4f89a469-f7f7-439d-8c2b-84911a0f4fa2pdf.pdf?0 Erişim Tarihi:03.02.2020
51.13. Hukuk Dairesi'nin, 26.03.2015 tarih ve 18592/9714 sayılı kararı

52.Polat O,Pakiş I. Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Temmuz 2011 Cilt: 2 Sayı: 3
53.İpekyüz F.Y. Hekimin Tazminat Sorumluluğu. Dicle Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi 2015, cilt: 20, sayı: 33, s:119-61
54.Aşçıoğlu Ç. Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar. Ankara, 1993.
55. Türk Ceza Kanunu'nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi Rehberi, Haziran 2019, https://www.atk.gov.tr/tckyaralama24-06-19.pdf Erişim tarihi:06/01/2020
56.5237 sayılı Türk Ceza Kanunu (2004). T.C. Resmi Gazete 25611, 12 Ekim 2004.
57. Türk Ceza Kanunu. http://www.ceza-bb.adalet.gov.tr/mevzuat/5237.htm Erişim Tarihi:06/01/2020
58. Gökçen A, Balcı M. Kasten Yaralama Suçunun Neticesi Sebebiyle Ağırlaşmış Halleri,http://dergipark.gov.tr/download/article-file/273401 Erişim Tarihi: 06/01/2020
59.Çelik Ç.A. Hekimlerin ve Hastanelerin Sorumluluğu.s:12
https://www.tazminathukuku.com/dosyalar/465_hekimlerin-ve-hastanelerin-sorumlulugu.pdf Erişim Tarihi:27/01/2020
60.Yargıtay Ceza Genel Kurulu, 16/05/2017 tarih 2017/12-271 esas, 2017/278 karar no'lu kararı
61.Tuğcu H, Yorulmaz C, Koç S. Hekim Sorumluluğu ve Tıbbi Malpraktis. Klinik Gelişim 2009; 22: 6-10.
62.Günday R. Tıbbi Müdahale ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki Sorumluluk.Özel Hukuk Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Ankara.2009 s:34
63. Koç S. İstanbul Tabip Odası'na Başvuran Tıbbi Uygulama Hataları. "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 48, İstanbul,2006, s:70-81.
64. Erer S. Sağlık Hizmetlerinde Sorumluluğun Paylaşılması. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 36 (1) 33-38, 2010
65.Özçetin S. Sağlık Hizmet Kusurunda Rücû, Uluslararası Sağlık Hukuku Sempozyumu. Ekim 2014 s:366
66.Devlet Memurluğu Kanunu https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.657.pdf Erişim Tarihi:08/01/2020
67.657 Sayılı Devlet Memurluğu Kanunu

http://www.istanbulsaglik.gov.tr/ahweb/belge/mevzuat/657_sayili_devlet_memurlari.pdf Erişim Tarihi:08/01/2020
68.Yüksek Öğretim Kanunu https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2547.pdf Erişim Tarihi:08/01/2020
69.Yükseköğretim kurumları yönetici, öğretim elemanı ve memurları disiplin yönetmeliğinin yürürlükten kaldırılmasına dair yönetmelik https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/10/20171020-5.htm Erişim Tarihi:08/01/2020
70.Pala K, Çakır R, Civaner M. Sağlık politikaları ile meslek ahlakı arasında ilişki var mı? Bursa Tabip Odası'na yapılan başvurular örneğinde bir değerlendirme. Turk J PublicHealth 2016;14(3) 135-150
71.Türk Tabipler Birliği Disiplin Yönetmeliği http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=125:tk-tablerbldl-yetmel&catid=2:ymelik&Itemid=33 Erişim Tarihi:07/01/2020
72.Civaner. Bir Metropol Tabip Odasının Onur Kurulu Dosyaları .Türkiye Klinikleri J MedEthics, LawandHistory 2002,10(3) s:202-213
73.Türkçe Bilim Terimleri Sözlüğü http://www.tubaterim.gov.tr/Erişim tarihi:13/01/2020
74.https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/02/20110204-2.htm Erişim Tarihi:13/01/2020
75.13.Hukuk Dairesi'nin 06.03.2003 tarihli 2002/13959 esas, 2003/2380 karar sayılı kararı
76.13.Hukuk Dairesi'nin 14.03.1983 tarihli, 1983/7237 esas, 1983/1783 karar sayılı kararı
77.Yüksek Sağlık Şûrasının Resmi Bilirkişilik Görevi Sona Erdi https://www.medimagazin.com.tr/authors/hakan-hakeri/tr-yuksek-saglik-srasinin-resmi-bilirkisilik-gorevi-sona-erdi-72-64-2592.html Erişim Tarihi:13/01/2020
78.22Ekim 2010 tarih ve 27737 sayılı Anayasa Mahkemesi Kararı https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/10/20101022-10.htm Erişim Tarihi:13/01/2020
79.PakişI. Ölüm ya da Ölü Doğumla Sonuçlanan Tıbbi Uygulama Hatalarına Yaklaşımda Adli Otopsinin Rolü, Doktora Tezi, Adli Tıp AD., İstanbul 2006, s.37
80. Yüksel C. Tıbbi Uygulama Hatalarında Bilirkişilik.Özel Hukuk Yüksek Lisans Tezi. s:32
81. Adli Tıp Kurumu İhtisas Kurulları. https://www.atk.gov.tr/adli-tip-ihtisas-kurulu.html Erişim Tarihi:13/01/2020
82.Türk Tabipler Birliği https://ttb.org.tr/menu_goster.php?Guid=706e317c-7698-11e7-9986-54b29146220c Erişim Tarihi:15/01/2020
83.Kerç E, Akpınar Ö. Türkiye'de Uygulanmakta Olan Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortalarına Yönelik Bir Araştırma. Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi, cilt 13, sayı 50, 2018, s: 229-246

84.Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları ve Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası Klozu - 26 Mayıs 2013 tarihli http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=958:meslek-sorumluluk-sgortasi-genel-artlari-ve-meslek-sorumluluk-sgortasi-genel-artlari-hekm-meslek-sorumluluk-sgortasi-klozu-2013&catid=3:tebligenelge&Itemid=35 ErişimTarihi:15/01/2020
85. 21 Eylül 2006 tarihli Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası Klozu https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/09/20060921-8.htm Erişim Tarihi:15/01/2020
86.Güleç S, Gökmen H. Tıbbi Malpraktis Riskinin Yönetiminde Bir Araç Olarak Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortaları. Sağlıkta performans ve Kalite Dergisi,2010,sayı:1 s:13-16
87.Yıldırım İ.Malpraktis ve Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi cilt:6, sayı:3. Temmuz 2015
88. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Tarife ve Talimatıhttps://www.tsb.org.tr/default.aspx?pageID=654&yid=120Erişim Tarihi:16/01/2020
89. Aynacı Y. Hekimlerde Defansif (çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması Uzmanlık Tezi. Konya - 2008
90. Reva Z, Türkiye'de Defansif Tıp Uygulamalarının Sigortacılık Boyutu. BSAD Bankacılık ve Sigortacılık Araştırmaları Dergisi sayı 12, s.23-32
91. Sungur C. Hekimlerde Tıbbi Hata Suçlamalarına Karşı Savunmacı Tıp Davranışları. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2019; 22(1) s:191-206
92.Alemdar D.K, Aktaş Y.Y. Türkiye'de hemşirelik hizmetlerinde tıbbi hata türleri ve nedenleri. TAF Preventive Medicine Bulletin 2013.12(3).s:307-314
93. Şahin Akgün Z, Özdemir Karadaş F. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi.2015.12(3) s:210-214
94.Mankan T, Bahçecioğlu Turan G, Polat H, Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinde Malpraktis. HSP Dergisi.2017.4(2) s:98-104
95. Teke HY, Alkan HA, Başbulut AZ, Cantürk G. Tıbbi Uygulama Hataları ile İlgili Kanuni Düzenlemelere Hekimlerin Bakısı ve Bilgilenme Düzeyi: Anket Çalışması. Türkiye Klinikleri Adli Tıp 2007; 4: 61
96. Yıldırım A, Aksu M, Çetin İ, Şahan AG. Tokat İli Merkezinde Çalışan Hekimlerin Tıbbi Uygulama Hataları ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2009; 31 s: 356-366
97. Catino M. Why Do DoctorsPracticeDefensiveMedicine? The Side-Effects of Medical Litigation. Safety Science Monitor. 2011. 15(1): 1-12.

98. Civaner M, Yürür K, Pala K,.Sağlık Alanında "Hizmet Kaynaklı Zarar": Hekimler Ne Diyor? Birinci Baskı, Haziran 2011, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları
99. Meral O, Çınarlı S, Aktaş EÖ.İdari Yargıda Tıbbi Uygulama Hatalarından Kaynaklanan Davalarda Bilirkişi Raporlarının İncelenmesi. Tıp Hukuku Dergisi, cilt.1, s:.117-175, 2016
100. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun
https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2827.pdf Erişim Tarihi:18/02/2020 101.
https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/biyotipsozlesme.htm Erişim tarihi:11.06.2020
102. Cornwall J. Are nursing students safe when choosing gluteal intamuscular injection locations? Australas Med J 2011; 4: 315-321.
103.Yargıtay 13. Hukuk Dairesinin 2015/11729 esas ve 2016/9861 sayılı kararı
104. Sağlık Hukuku Makaleleri, Biyoetik ve Hukuk Yönünden Gen Bilimi s:55-78
105.Z Efrat,T Perri, D Tugendreich, I Meizner, Fetal Gender Assignment by First-Trimester Ultrasound Ultrasound Obstet Gynecol.2006 Jun;27(6):619-21.
106.Yargıtay 13. Hukuk Dairesinin 2013/33451 esas ve 2014/13461 sayılı kararı
107. Yargıtay 13. Hukuk Dairesinin 2013/26330 esas ve2014/27050 sayılı karar
108.Tıp hukuk Vaka Okumaları (Editör:Prof. Dr. Ali İhsan TAŞÇI) s:61-63
109. https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/02/20110204-1.htm Erişim Tarihi:15/06/2020
110. Arıkan M, Kalkan M. Erdi F, Deniz M, İzci E. Tıp Hukukunda Olgularla Malpraktis-Komplikasyon Ayrımı: Tıp Fakültesi Ve Hukuk Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Konuya Bakış Açısı, Sorunlar Ve Çözüm Önerileri Türk Nöroşirürji Dergisi 26(1):40-48, 2016
111. http://www.dicle.edu.tr/Dosya/2019-10/2019-2020-egitim-ogretim-yili-ders-programi_4491.PDF Erişim Tarihi:15/06/2020

8. ANKET

STAJYER AVUKATLARIN MALPRAKTİS-KOMPLİKASYON KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ (Eğitim Öncesi)

1-Malpraktis ve komplikasyon arasındaki farkı biliyor musunuz?

O Evet biliyorum
O Kısmen biliyorum
O Çok az biliyorum
O Bilmiyorum
O Fikrim yok

2-Malpraktisin en sık nedenleri sizce nelerdir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

O Tıp eğitiminde yetersizlik
O Alt yapının ve fiziki koşulların yetersizliği
O Hekimlerin çok sayıda hasta bakmak durumunda kalması
O Hekimlerin kendisini yenileme ve geliştirme eksikliği
O Hekimler arası bireysel farklılıklar

3-Tıbbi uygulamadan kaynaklanan devam eden davaların olması ve dava açılma endişesi hekimin hastasına sunduğu sağlık hizmetini sizce nasıl etkiler? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

O Hekim komplike hastalara bakmak istemez.
O Sağlık hizmetinin maliyeti artar.
O Hekim hasta arasındaki sağlık hizmeti kötü etkilenir, hekimler hastalarını gereksiz sevk edebilirler.
O Hekim ile hasta arasındaki sağlık hizmeti etkilenmez.
O Hekim de hasta da iyi yönde etkilenir.

4-Sizce malpraktisin gündemde olma nedenleri neler olabilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

O Tıbbi uygulama hatalarının sayısının artması
O Şikayet/dava sayısının artması
O Ceza alan sağlık çalışanı sayısının artması
O Tazminat miktarlarının giderek artması
O Medya, internet ve sosyal medyada bu konunun çok fazla tartışılıyor olması
O Hukukçuların bu konuda ki bilgi düzeylerinin artması

5-Sizce mesleki sorumluluk sigortası uygulaması sunulan sağlık hizmetini nasıl etkiler?

O Doktoru da hastayı da olumlu etkiler. Çünkü hem hekim hem hasta kendisini güvencede hisseder. Böylece daha nitelikli bir hizmet sunulabilir.

O Doktorun mesleki sağlık sigortası yaptırması doktorun kendini güvende hissetmesi açısında olumlu, sağlık harcamalarını artıracağından hastayı olumsuz etkiler.

O Hasta tazminat alabileceğini bildiğinden hastayı olumlu, hekimlerin sürekli ve gereksiz bir şekilde şikayetlerle ve davalarla uğraşmasından dolayı olumsuz etkiler.

O Her ikisini de olumsuz etkiler. Çünkü sigorta uygulaması malpraktisi azaltmaz, ayrıca hekimi artan tazminatlara karşı koruyamaz. Bu nedenle hekimin uygulamaları tazminat davalarının yarattığı kaygıdan etkilenir.

O Fikrim yok.

6-Adli Tıp Kurumu'nda verilen malpraktis dosyaları ile ilgili kararlarının objektif olduğunu düşünüyor musunuz?

O Tamamen objektif olduğunu düşünüyorum.
O Kısmen objektif olduğunu düşünüyorum.
O Fikrim yok.
O Kısmen objektif olmadığını düşünüyorum.
O Tamamen objektif olmadığını düşünüyorum.

7-Üniversitelerde ücreti karşılığında malpraktis dosyalarında bilirkişilik yapması konusunda ne düşünüyorsunuz?

O Kesinlikle bilirkişilik yapmalılar.
O Bazen bilirkişilik yapmalılar.
O Fikrim yok.
O Bazen bilirkişilik yapmamalılar
O Kesinlikle bilirkişilik yapmamalılar.

8-38 yaşında bekar bir kadın kanamaları var. Rahimde ur(myom) nedeniyle ameliyat öneriliyor. Tek bir myomun laparoskopik çıkarılacağı söyleniyor. Hastaya onam formu imzalatılıyor. Kanama nedeniyle açık ameliyata geçiliyor, ancak kanama durmadığından rahim alınıyor(histerektomi). Hasta açık ameliyata geçilebileceğini kabul ettiğini ancak rahminin alınmasının hiç söz konusu edilmediğini söylüyor. Bekar olduğunu, çocuk sahibi olabilecek yaşta olduğunu belirtiyor. Bilirkişi bunun komplikasyon olduğunu belirtiyor. Sizce bu durumda doktorun kusuru var mıdır?

laparoskopi: Genel anestezi altında yapılan ve göbek deliğinden ince bir teleskopun karın içine sokularak karın içi organların görüntülenmesi prensibine dayanan bir ameliyattır.

O Evet. Doktorun kusuru vardır.
O Hayır. Doktorun kusuru yoktur.
O Komplikasyon tanımı içinde böyle durumlar olabilir, dava açılmasına gerek yoktur.
O Hem hekimde hem hastada eksiklikler söz konusudur. Hata oranı % 50 oranında her iki tarafa paylaştırılır.
O Fikrim yok.

9-Rahim ağzı girişi örneklemesinde erken evre tümör başlangıcı olduğu düşünülen şahsa rahim ağzı ameliyatı yapılıyor. Hekim ameliyatta çıkardığı parçayı hemşireye teslim ediyor. Ameliyat sonunda doktor başarılı bir şekilde ameliyatı tamamlıyor ve ameliyathaneden ayrılıyor. Ameliyathane personelinin yanlışlıkla parçayı atması sonucu alınan parça kayboluyor ve tümörün cinsi ve evrelemesi yapılamaması dolayısıyla hasta tazminat davası açıyor. Aşağıdakilerden hangisi ya da hangileri doğrudur?

O Hekim sorumludur. Hekim çıkardığı parçayı takip etmesi gerekirken etmemiştir.
O Ameliyatın sorumlusu hekimdir. Direkt olarak almasa da ekibin başı olması dolayısıyla sorumludur.
O Hekim sorumluluğu yoktur. Hemşire sorumludur.
O Ameliyathane personeli parçayı atması dolayısı ile sorumludur.
O Hiç kimsenin sorumluluğu yoktur.

10-Kendisine sağ kalçasından (intramusküler:kas içerisine) iğne yapılan şahıs hemen sonrasında sağ ayak bileğinde düşüklük, topallamaya başlama, sağ bacağında güç kaybı nedeniyle davacı olmuştur. Yargıtay "davacının yapılan enjektör öncesi, enjektörün komplikasyonları konusunda bilgilendirildiğine dair aydınlatılmış onamın düzenlenmemiş olması" gerekçesi ile uygun manevi tazminat takdiri gerektiğini ifade etmiştir. Sizce enjeksiyon öncesi hastadan aydınlatılmış onam alınmalı mıdır? (Böyle bir işlem öncesi onam almak sağlık hizmetini yavaşlatır mı?)

O Sağlık hizmetini yavaşlatmaz ve kesinlikle onam alınması gereklidir.
O Enjeksiyon çok sık yapılan bir işlem olsa da sağlık hizmetini yavaşlatsa dahi onam alınması gereklidir.
O Fikrim yok.
O Sağlık hizmetini çok fazla yavaşlatacağını düşünmesem de onam alınması gerekli değildir.
O Sağlık hizmetini yavaşlatır ve kesinlikle onam alınması gerekmez.

11-3 kızı olan ve sosyal etkenlerden dolayı oğlu olmasını isteyen kadın hamile kalır. Doktora kontrollere gittiğinde oğlu olacağı söylenir. Ve kadın çocuğu doğurur. Ancak bu çocuk da sağlıklı kızdır. Anne gerçeği bilseydim, bu çocuğu doğurmazdım, aldırırdım diyerek hekimden tazminat talebinde bulunuyor. Böyle bir durum sizce nasıl yorumlanabilir?

O Evet, anne haklıdır. Tazminat talep edebilir.
O Hayır, anne haklı değildir. Önemli olan çocuğun sağlıklı olmasıdır.
O Annenin kontrollere gidip gitmediği tıbbi takiplerin düzenli yapılıp yapılmadığı önemlidir.
O Annenin çocuğun cinsiyetini öğrendiği gebelik haftası önemlidir.
O Fikrim yok.

12- Kadın şahıs ilaçlı tomografi çekileceğinden gebelik testi yaptırmış, test sonucunun negatif olarak bildirilmesi üzerine, buna güvenerek şahsın tomografi çektirmiş, 15 gün sonra başka bir merkezde yaptırdığı test sonucu gebe olduğunu öğrenmiştir. Uzmanların bebeğin sakat kalabileceğini söylemeleri üzerine gebe olduğunu öğrendikten 25 gün sonra bebeğini aldırmak zorunda kalmıştır.
Bu senaryodaki olayda hekim kusuruyla ilgili olarak ne düşünürsünüz?

O Testi yaptıran ve negatif olduğunu söyleyen hekim sorumludur.
O Tomografi çekiminden önce hamile ise tomografi çekilen hekiminde sorgulanması gerekmektedir.
O Gebelik testi esnasında hamile olmayıp ta tomografi çekiminden hemen sonra hamile kaldı ise tomografi çeken hekimin hastayı yeteri kadar aydınlatıp aydınlatmadığı sorgulanmalıdır.
O Gebelik testini yaptıran ve tomografi çektiren hekimde de kusur atfedilemeyebilir. Çünkü her gebelikte bebeğin sakat doğma ihtimali vardır.
O Gebeliğin ne zaman oluştuğunu tam olarak araştırmadan bebeğin alınmasına sebep olan hekim sorumludur.

9. ETİK KURUL KARARI

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

DİCLE UNIVERSITY MEDICAL FACULTY ETHICS COMMITTEE FOR NONINTERVENTIONAL STUDIES

301

KARAR

Doç. Dr. Cem UYSAL, Arş. Gör. Dr. Duygu CENGİZ DİNÇER isimli araştırmacılar tarafından planlanan "Malpraktis ve komplikasyon konusunda stajyer avukatlara eğitim verilmesi ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi" başlıklı araştırmaya *Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'u* tarafından toplantıda hazır bulunan üyeler tarafından oy birliği ile onay verilmiştir.

Klinik araştırma tamamlanıp yayın aşamasına geldiğinde, yayına sunulan bildiri veya makalenin bir örneğinin Etik Kurul'a verilmesi zorunludur.

DECISION

The project titled as "Training of trainee lawyers about malpractice and complications and evaluation of their knowledge level" planned by Cem UYSAL, Duygu CENGİZ DİNÇER has been approved by Ethics Committee of Dicle University Faculty of Medicine.

Oturum No (Meeting number) :	Tarih (Date): 20.12.2018	Saat (Hour): 14:00-15:00
KURUL BAŞKANI (CHIEF)	Prof. Dr. Hüseyin BÜYÜKBAYRAM	

KURUL ÜYELERİ / MEMBERS

	ÜNVANI	ADI-SOYADI	KURUMU	BRANŞI	İMZA
1	Prof. Dr.	Hüseyin BÜYÜKBAYRAM	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Patoloji	
2	Prof. Dr.	Levent ERDİNÇ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyokimya	
3	Prof. Dr.	Aziz KARABULUT	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Kardiyoloji	
4	Prof. Dr.	Cihan AKGÜL ÖZMEN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Radyoloji	
5	Prof. Dr.	Haktan KARAMAN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	
6	Doç. Dr.	İlker KELLE	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Farmakoloji	
7	Doç. Dr.	Zülfükar YILMAZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	İç Hastalıkları	
8	Doç. Dr.	M. Veysi BAHADIR	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Genel Cerrahi	
9	Doç. Dr.	Ezeli AZARKAN	Dicle Üniversitesi Hukuk Fakültesi	Öğretim Üyesi	İzinli
10	Dr. Öğretim Üyesi	İsmail YILDIZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Biyoistatistik	
11	Dr. Öğretim Üyesi	Diclehan ORAL	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyoloji	

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası Zemin Kat 21280 Kampüs/DİYARBAKIR
Telefon:+90.412 . 248 80 01-16/4631 Faks:+90.412. 248 84 40 kuruletikdiyar@gmail.com