

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
BİLGİ YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK HUKUKU PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÜROLOJİDE TIBBİ UYGULAMA HATALARI

Caner ALPTEKİN

Danışman
Prof. Dr. Onur ÖZVERİ

İZMİR-2019

TEZ ONAY SAYFASI



YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Ürolojide Tıbbi Uygulama Hataları” adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

.../.../2019

Caner ALPTEKİN



ÖZET
Yüksek Lisans Tezi
Ürolojide Tıbbi Uygulama Hataları
Caner ALPTEKİN

Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Bilgi Yönetimi Anabilim Dalı
Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Programı

Çağımızın getirdiği teknolojik gelişmeler, olumsuz sosyo-ekonomik şartlar ve yoğun çalışma temposu nedeniyle insanların sağlıklarını göz ardı ettikleri bir gerçektir. Sağlıklı yaşama hakkı; tüm insanların doğuştan sahip oldukları en temel hak olmakla birlikte sağlığın korunması sürecinde hekim ve hasta ilişkisi önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık hukukunun temel kavramlarından birisi olan malpraktis ise, bu hasta-hekim ilişkisinde sağlığın belirleyicileri arasına girmektedir. Sağlık çalışanları malpraktis vakaları sebebiyle büyük sorumluluk altındadırlar ve tıbbi müdahalelerin olumsuz sonuçlanması durumunda hukuki, ekonomik ve psikolojik açılardan haklı ya da haksız yargı kararları ile karşı karşıya kalabilmektedirler.

Türkiye’de özellikle üroloji alanında meydana gelen malpraktisler dikkat çekecek düzeydedir ve genellikle sünnetçilik hataları, hastanın bilgilendirilmemesi, yanlış tanı, eksik tedavi, hatalı ilaç kullanımı, dikkatsizlik ve tıbbi müdahale sırasında uzman hekimin bulunmayışı nedenleriyle meydana gelmektedir. Sakatlık oluşturan ya da ölümle sonuçlanan vakalarda hasta yakınlarına tazminat hakkı doğması en doğal hakları olmakla beraber malpraktisin gerçekten hekim hatası olup olmadığının kesin olarak tespit edilmesi gereklidir.

Üroloji literatüründe malpraktis konusunun diğer tıp alanlarına göre daha az işlenmesi nedeniyle çalışma konusu bu alanda seçilerek güncel veriler ışığında kaynak taraması metoduna göre malpraktis olgusu ve yargıya yansımaları ele alınmıştır. Çalışmada ürolojik malpraktis örnekleri incelenerek hukuki süreçte malpraktis vakalarının sonuçlarına değinilmiş ve ürolojide en sık meydana gelen malpraktislerin kaynaklarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi Uygulama Hataları, Üroloji, Hukuk.

ABSTRACT
Master's Thesis
Medical Malpractices in Urology
Caner ALPTEKİN

Dokuz Eylul University
Graduate School of Social Sciences, Department of Information Management
Medical Law Master Program

It is a fact that people ignore their health due to technological advances, adverse socio-economic conditions, and the intense pace of work of our era we have been living. The right to a healthy life that people are born with, is most fundamental right as well as a physician-patient relationship has an important place in in the process of protection of health. Malpractice which is one of the basic concepts of health law, counted as one of the determinants of health in this physician-patient relationship. Healthcare workers are under big responsibility due to malpractice lawsuits and they may be faced with right or wrong judgment legally, economically, and psychologically as a negative result of a medical intervention.

Malpractice especially occurring in the field of urology in Turkey is at a remarkable level and malpractice have usually occurred by the reasons of circumcising faults, misinformation, misdiagnosis, improper drug use, carelessness and lack of specialists during medical interventions. Although right to compensation forms as the most natural rights for patients and their relatives in the cases of injuries or fatalities, it should be determined precisely whether the malpractice is caused by physician faults.

The topic of this study has chosen as malpractice in urology, compared to other health issues, due to lack of data in literature, and malpractice cases and their reflections to the judiciary have been addressed by the method of literature review according to the recent data. Outcomes of legal process for urological malpractice has been mentioned by examining several cases and it is intended to determine the most common sources of malpractice occurring in urology.

Keywords: Medical Malpractices, Urology, Law.

ÜROLOJİDE TIBBİ UYGULAMA HATALARI

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI	ii
YEMİN METNİ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR LİSTESİ	xi
TABLolar LİSTESİ	xii

GİRİŞ	1
-------	---

BİRİNCİ BÖLÜM

TIBBİ MÜDAHALE VE HUKUKİ BOYUTU

1.1. TIBBİ MÜDAHALE KAVRAMI	2
1.1.1. Tıbbi Müdahalelerin Sınıflandırılması	4
1.1.1.1. Amaçlarına Göre Tıbbi Müdahaleler	4
1.1.1.2. Uygulanma Şekline Göre Tıbbi Müdahaleler	5
1.1.1.3. Uygulayan Kişinin Özelliğine Göre Tıbbi Müdahaleler	5
1.2. HUKUKA UYGUN TIBBİ MÜDAHALE VE UNSURLARI	6

İKİNCİ BÖLÜM

ÜROLOJİK TIBBİ UYGULAMALAR VE OLASI KOMPLİKASYONLAR

2.1. ÜROLOJİ KAVRAMI	8
2.2. ÜROLOJİK HASTALIKLAR	8
2.2.1. Üriner Sistemin Taş Hastalığı	9
2.2.1.1. Üriner Sistem Taş Hastalığında Tedavi Yöntemleri	10
2.2.1.1.1. ESWL(Taş Kırma) Tedavisi	10
2.2.1.1.2. Üriner Sistem Taş Hastalığında Açık Ameliyat	12
2.2.1.2. Üriner Sistem Taş Hastalığında Komplikasyonlar	12
2.2.1.2.1. ESWL Komplikasyonları	12

2.2.1.2.2. Açık Taş Cerrahisinin Komplikasyonları	13
2.2.2. Skrotum Kapsamı Ve Penis Hastalıkları	13
2.2.2.1. Varikosel	14
2.2.2.2. Hidrosel	14
2.2.2.3. İnmemiş testis	15
2.2.2.4. Testis tümörleri	15
2.2.2.4.1. Testis ve Skrotum Cerrahilerinin Komplikasyonları	16
2.2.2.5. Penis ve Erkek Üretrası Hastalıkları	16
2.2.2.5.1. Penis ve Üretra Cerrahilerinin Komplikasyonları	17
2.2.3. Prostat Hastalıkları	17
2.2.3.1. Benign Prostat Hastalıklarında Tedavi Yöntemleri ve Komplikasyonlar	18
2.2.3.1.1. Medikal Tedavi	18
2.2.3.1.2. BPH’ de Minimal İnvaziv Tedaviler	19
2.2.3.1.3. BPH Tedavisinde Standart Cerrahi Yöntemler	19
2.2.3.2. Prostat Kanserinde Tedavi Yöntemleri ve Komplikasyonlar	20
2.2.3.2.1. Lokalize Hastalıkta Başlıca Tedavi Yöntemleri	20
2.2.3.2.2. Lokal İlerlemiş (T3) Prostat Kanserinde	21
2.2.3.2.3. Yineleyen Prostat Kanserinde	21
2.2.3.2.4. Metastatik Prostat Kanserinde	21
2.2.3.2.5. Prostat Kanserinde Stratejiler	22
2.2.4. Mesane Hastalıkları	22
2.2.4.1. Mesane Kanseri	22
2.2.4.1.1. Mesane kanseri stratejileri	23
2.2.4.2. Aşırı aktif mesane (AAM)	23
2.2.4.2.1. Nöropatik Mesane Komplikasyonları	25
2.2.4.2.2. İdrar kaçırma Ameliyatları ve Komplikasyonları	25
2.2.4.2.3. İdrar Kaçırma Tedavisi Stratejileri	26
2.2.4.3. Üriner Diversiyon ve Mesane Replasmanı	26
2.2.4.3.1. Konduit Üriner Diversiyonun Komplikasyonları	27
2.2.4.3.2. Kontinan Üriner Diversiyon Komplikasyonları	27
2.2.4.3.3. Ortotopik Mesane Komplikasyonları	28

2.2.4.3.4. Mesane Ogmentasyonu Komplikasyonları	28
2.2.5. Endoüroloji ve Minimal İnvaziv Girişimler	28
2.2.5.1. PNL komplikasyonları	28
2.2.5.2. �reterorenoskopi komplikasyonları	29
2.2.6. �rolojik Laparoskopik Cerrahi	29
2.2.6.1. Komplikasyonları	29
2.2.7. İlaç Uygulamaları	29
2.2.8. Sünnet Uygulamaları	30
2.2.9. Hematüri ve Bakteriüri	31

       B    

TIBB  UYGULAMA HATALARI VE YARGIYA YANSIMASI

3.1. TIBB� MÜDAHALE HATALARI (MALPRAKT�S)	32
3.1.1. Tıbbi Hata �eřitleri	35
3.1.2. Türkiye’de Tıbbi Uygulama Hataları	36
3.1.3. Komplikasyon (İzin Verilen Risk)	38
3.1.4. Dünyada Tıbbi Hatalar	40
3.1.4.1. ABD	41
3.1.4.2. İngiltere	42
3.1.4.3. Hollanda	43
3.1.4.4. İsveç	44
3.1.4.5. Avustralya	44
3.1.4.6. Japonya	45
3.1.4.7. İspanya	46
3.2. TIBB� UYGULAMA HATALARINDA HUKUKSAL AÇIDAN CERRAH-HASTA İL�K�S�	46
3.2.1. Vekâlet Sözleşmesi	46
3.2.2. Eser Sözleşmesi	48

3.2.3. Tıbbi-Cerrahi İşlemlerin Hukuka Uygunluk Şartları	50
3.2.3.1. Yetkinlik	50
3.2.3.2. Hastanın Aydınlatılması ve Onayı	50
3.2.3.2.1. Hastanın Aydınlatılması	53
3.2.3.2.2. Hastanın Onamının (Rızasının) Alınması	56
3.2.3.2.3. Aydınlatılmış Onamda Karşılaşılan Sorunlar	58
3.3. HATALI TIBBİ UYGULAMA ÖRNEKLERİ	61
3.3.1. Teşhis Hatası	64
3.3.1.1. Eksik İlk Muayene ve Hastadan Yetersiz Anamnez Alma	65
3.3.1.2. Teşhis İçin Gerekli Tetkiklerin Yaptırılmaması	65
3.3.2. Tedavi Hatası	66
3.3.2.1. Müdahalenin Hiç Yapılmaması	66
3.3.2.2. Hastanın Vücudunda Yabancı Madde Bırakılması	67
3.3.2.3. Hatalı Tedavi Yöntemi Seçme	68
3.3.2.4. Yanlış İlaç, Hasta Karıştırma ve Yanlış Taraf Cerrahisi	69
3.3.2.5. Ölçüsüz Tıbbi Müdahale	69
3.3.2.6. Bir Komplikasyonun Fark Edilememesi	70
3.3.2.7. Hatalı Ameliyat Tekniği	70
3.3.2.8. Hastaneye Hemen Yapılması Gereken Sevin Yapılmaması, Uzman Hekim Konsültasyonunda Gecikme	70
3.3.2.9. Enfeksiyon Kontrolü ve Hijyen Kurallarına Uyulmaması	71
3.3.2.10. Üçüncü Kişileri Uyarmama	71
3.3.2.11. Kayıt ve Testleri İncelemeden Tıbbi Müdahale Yapılması	71
3.3.2.12. Konsültasyon İstenmemesi	72
3.3.3. Tedavi Sonrası Yükümlülüklerin İhlali	72
3.3.4. Organizasyon Kusuru	73
3.3.5. Üstlenme Kusuru	75
3.3.6. Uygulamadan Ağır Hata Örnekleri	77
3.3.7. Hekimin Yaptığı Uygulama Hatasını Hastasına Bildirme Yükümlülüğü	78
3.3.8. Hatalı Tıbbi Uygulamanın Belirlenmesi (Bilirkişi)	78
3.4. YARGIYA YANSIYAN TIBBİ MÜDAHALE HATALARININ SONUÇLARI	79

3.5. ÜROLOJİDE TIBBİ UYGULAMA HATALARI	82
3.6. ÜROLOJİDE MEYDANA GELEN TIBBİ UYGULAMA HATALARININ YARGIYA YANSIMASI	86
3.6.1. Cismen Eza Görme (Yaralanma, Acı çekme) ile Sonuçlanan Üroloji Tıp Alanı Hataları	86
3.6.2. Sünnetçilik Tıp Alanını İlgilendiren Kararlar	87
3.6.3. Üroloji Alanındaki Diğer Malpraktis Örnekleri	90
3.6.4. Komplikasyon Malpraktis Ayrımı Gerektiren Yüksek Mahkeme Kararları	94
3.6.5. Taksirli Suçlarla İlgili Ceza Mahkemeleri Kararları	95
SONUÇ VE ÖNERİLER	98
KAYNAKÇA	100

KISALTMALAR LİSTESİ

AAM	: Aşırı Aktif Mesane
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ABÜ	: Asemptomatik Bakteriüri
BCG	: Basil Calmet Guerin
BPH	: Benign Prostat Hiperplazisi
c.	: cilt
ESWL	: Vücut dışından şok dalgasıyla taş kırma
ICS	: Uluslararası Kontinans Cemiyeti
ISMP	: Institute for Safe Medication Practices
JCAHO	: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
KBB	: Kulak-Burun-Boğaz
md.	: madde
MSUG	: Miksiyo-sisto-üretrografi
NMSD	: Nöropatik Mesane Sfinkter Disfonksiyonu
NOMSD	: Nöropatik Olmayan Mesane Sfinkter Disfonksiyonu
NSH	: National Health Service
PCa	: Prostat Kanseri
PNL	: Perkutan Nefrolitotripsi
PSA	: Prostat Spesifik Antijen
S.	: Sayı
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TMK	: Türk Medeni Kanunu
TNM	: Tümör-Lenf nonu-Metastaz
TUMT	: Transüretal Mikrodalga Tedavisi
TUNA	: Transüretal İğne ile Ablasyon
TUR	: Transüretal Rezeksiyon
TUIP	: Transüretal Prostat İnsizyonu
TUVP	: Transüretal Prostat Vaporizasyonu
UP	. Üretero Pelvik
VUR	: Vezikoüreteral Reflü
vb.	: ve benzeri

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: Sünnetli çocuklardaki komplikasyonlar ve görülme oranları	31
Tablo 2: Amerika Birleşik Devletleri'nde ileri sürülen ölüm sebepleri ve sayıları	40
Tablo 3: 2007 verilerine göre tıbbi uygulama hatalarının tıp dallarına göre dağılımı	61
Tablo 4: Tıbbi uygulama hatalarının nedenleri ve oranları	62
Tablo 5: Tıp alanlarına göre malpraktis olgularının yüzde dağılımları	63
Tablo 6: Yapıldığı sağlık mesleklerine göre yargıya yansıyan tıbbi müdahale hatalarının dağılımı	80
Tablo 7: Tıbbi hataların sonuçlarına göre dağılımı	81
Tablo 8: Hekimlik faaliyetleri sırasında oluşan tıbbi müdahale hatalarının uzmanlık dallarına göre dağılımı	81
Tablo 9: Amerika'da ürolojiye ilişkin hatalı uygulamalar ve tazminatlar	83
Tablo 10: İspanya'daki ürolojik malpraktis iddialarının durumu	84

GİRİŞ

Ürolojik Hastalıklar ve uygulanan güncel tedavi yöntemleriyle, karşılaşılabilecek komplikasyonlar ve bunlardan kaçınmak için önemli tıbbi ve hukuki stratejilerden bahsedilen çalışmada; malpraktis ile komplikasyon arasındaki çizgide, Türk Üroloji Hekimlerine ışık tutmak amaçlamıştır.

Üroloji Tıp alanında, Yüksek Yargı Makamlarına yansıyan tıbbi müdahale hatalarını, sonuçlarını, malpraktis-komplikasyon ayrımını, tıbbi davaların seyri ve sonuçlarının ele alındığı bu çalışmada; sosyal bilimler ve sağlık bilimlerindeki bilgi ve deneyimler de kullanılmaya çalışılmıştır. Hem tıp hem de hukuk camiasının tıbbi hatalara bakışını inceleyerek ortak bir çözüm önerisi bulmak amacıyla birçok vakadan bahsedilmiştir.

Bir tıp müellifi, tıp kültürünün ana özelliklerini; *“tıbbi belirsizlik, bu belirsizlikten kaynaklanan meslektaşlık ruhu ve klinik çalışmalara karşı (potansiyel hatalar ya da kazalar da dâhil olmak üzere) alınan belli tavırlar”* olarak aktarmaktadır.

“Tıbbi uygulamadaki belirsizlik faktörü” konusunda tıp sosyologu Renee Fox’un Cornell Tıp Okulu’ndaki öğrenciler üzerinde yaptığı çalışmada tıp öğrencileri, karşılaştıkları belirsizlikleri şu şekilde 3 gruba ayırmışlardır:

1. Teori ve uygulamadaki eksiklikler ve sınırlamalar,
2. Mevcut bilginin eksik veya özensiz kullanımı,
3. Kişisel eksiklikler ile tıbbi sınırlamaların ayırt edilememesi.

Tıbbi belirsizlikler konusundaki başka bir çalışmada Paget, “tıp çalışmalarının birer keşif süreci olduğu” nu belirtmiştir. Doktorun bu süreçte devreye girme sebebi, zaten yanlış giden bir şey, birinin hastalanması yüzünden olmaktadır. Tıbbi müdahalede semptomlar ve bulgulardan yola çıkılarak değişik tedavi yöntemleri denenmektedir. Doktorlar belli bir olayı öngörmeye dayanan olasılıklar üzerinde çalışırlar”(Savaş,2013: 25).

Tıp; sürekli ilerleyen, değişmekte olan ve tam anlamıyla bilinmesi, araştırılması, belli başlı içeriklere sığması düşünülmeyen; aynı uygulamanın her bireyde değişik sonuç alınabileceği bir bilim dalıdır. Tıbbi uygulamalar esnasında ortaya çıkabilen ve istenmeden gerçekleştirilen hatalar, tam olarak bilinmeyen sebeplerden de kaynaklanabilir.

BİRİNCİ BÖLÜM

TIBBİ MÜDAHALE VE HUKUKİ BOYUTU

Bu bölümde tıbbi müdahale tanımı, tıbbi müdahalelerin sınıflandırılması, hukuka uygun tıbbi müdahalenin unsurlarına değinilmiştir. Ayrıca tıbbi müdahaleler sınıflandırılarak incelenmiştir.

1.1. TIBBİ MÜDAHALE KAVRAMI

Tıbbi müdahale dendiğinde ilk akla gelen durum, derinin bütünlüğünü bozarak gerçekleştirilmesi mümkün olan ameliyat gibi faaliyetlerdir. Ancak ameliyat kavramı, tıbbi müdahale çeşitlerinden bir tanesi olan cerrahi müdahaleyi içermektedir. Bir eylemin tıbbi müdahale olarak var olabilmesi için kesinlikle deri bütünlüğünün bozulması veya yıpratılması gerekmez. Tıbbi müdahaleler; vücudun (beden ve ruh) tümüne yönelik olarak, yetkili bireylerce, tıp bilimine ve tekniğine uygun bir biçimde gerçekleştirilen uygulamalar (ilaç kullanılması, psikoterapi süreci gibi eylemler) olarak ifade edilmektedir (Savaş, 2013:26).

Çilingiroğlu' na (1993) göre tıbbi müdahale kavramı; *“resmi belgeli bireyler ile insanın hayatını, sağlığını, vücut bütünlüğünü riske atan ruhsal ya da fiziksel birtakım anomalilerin teşhisinin konulması, tedavi süreci, önlem alınması ya da nüfus planlaması gibi hedeflere yönelerek, tıp biliminde kabul görmüş, genel olarak da kabul edilen kurallara ve teknik gereklere uygun bir şekilde gerçekleştirilen bir süreç”* olarak tanımlanmaktadır. Araştırmalarda genel olarak Tıbbi Müdahale adı altında vücudun tamamına etki eden eylemler doktrinde; *“Tıbbi Faaliyetler, Tıbbi Yardım ve El Atmalar, Tıbbi Uygulama, Tıbbi Girişim, Hekimlerin Mesleki Faaliyetleri, Teşhis Tedavi Edimi”* gibi farklı isimlerle de anılmaktadır. Cümlelerin sözlükteki anlamı incelendiğinde; kesin olarak tedaviye yönelmenin gerekli olmadığını, hastalığı önlemek için aşı yapılması ya da gebelikten korunmak için alınan doğum kontrol süreçleri de tıbbi müdahale olarak sayılmaktadır (Savaş, 2013:27).

Tıbbi müdahale tanımı; tıp mesleğini yürüten ve yetkisi olan birey (hekim) yoluyla, dolaylı veya doğrudan tedaviye yönelerek, uygulanan bir aktivite olarak ifade edilmektedir. Diğer bir ifadeyle, tıbbi müdahale, doktorun tedavi sürecini kapsayan

faaliyetleridir. Tıbbi müdahaleye dâhil olanlar ise herhangi bir rahatsızlığı, sağlıklı olmayan yapıyı veya noksanlığı gidermek amacıyla, durumu tamamen düzeltme ya da hastalığın olumsuz yanlarını minimum seviyeye düşürmek için yapılan her türlü eylemi kapsamaktadır. Bu etkinlikler, tam anlamıyla teşhis konulması ve tedavi edilmesinden en stabil cerrahi müdahalelere (ameliyatlara) kadar uzanmaktadır (Birtek, 2007).

Farklı bir tanıma göre tıbbi müdahale kavramı; *bireylerin beden ve ruh sağlığına hitap eden bir rahatsızlığa ya da hastalığa teşhis koyma, tedavi etme; tedaviye yanıt vermeyen veya imkânsız olan hastalığı azaltmak, gelişmesini ve daha kötü bir hal almasını önleyebilmek, sancı ve acıları bir nebze olsa bile dindirmeye çalışmak, daha ortaya çıkmayan ama çıkması da var gibi gözüken hastalıklara karşı önlem almak veya yasaya bakılarak nüfus planlaması hedefiyle yapılmakta olan, kanunun yetki verdiği insanlarca tıp biliminin dile getirdiği genel olarak bilinen esas ve kurallar uyarınca yürütülen her türlü etkinliktir*(Yılmaz,2012). Tıbbi müdahalenin amacı, benliğe sahip olan bir bireyin hayattaki sağlığını korumayı ve sürekliliğini getirmeyi hedeflemeye tabi olsa da özünde vücudun tamamını koruma olarak belirtilmiştir (<http://www.haksay.org/>).

Tıbbi müdahaleler, doktor ile ya da doktorun denetimi ve sorumluluğuyla beraber, yardım eden çalışanlar ile birlikte yapılmakta olan işlemlerdir. Tıbbi işlemler doktorun hasta olan bireyi muayene etmesi, teşhis koyması, reçete vermesi, ameliyata alması, doktorun direkt denetimi ve sorumluluğu ile, yardım eden çalışanının bireye enjeksiyon yapması da tıbbi işlem olarak sayılmaktadır. Diğer etkinlikler ise, hastane alanında yapılsa dahi tıbbi müdahale sayılmamaktadır. Örnek olarak; hasta olan kişinin yatağına uzandırılması, yerinden oynatılması, bakılması ve gıda verilmesi tıbbi etkinlikleri kapsamamaktadır (Birtek, 2007).

Hekim aracılığı ile yapılmasa bile, hekimin takibi ve izleminde olmasa dahi, hasta olan kişinin hayatına yönelik herhangi bir tehlike ve riskin önlenmesi amacıyla, şahsın eğitim aldığı uzmanlık alanında olmak şartıyla, yardımcı sağlık çalışanları (*hemşire, ebe, sağlık memuru, acil ve ilkyardım teknisyeni/teknikeri*)'nın acil yardım işlemleri de tıbbi müdahale olarak sayılmaktadır. “1219 Sayılı Tababet ve Şuabat ı Sanatların Tarz-ı İcrasına Dair Kanun” da yer alan ve tıbbi müdahale yapmak için yetkilendirilen bireyler sınırlı bir şekilde belirtilmiştir. Tıbbi müdahalede kanun ile

yetkilendirilen şahıslar: Doktorlar, dış doktorları, sağlık memurları, doğum yaptıran ebeler, hasta bakımını üstlenen hemşireler, dış protez teknisyenleri ve sünnetçiler olarak belirtilmektedir (Birtek, 2007).

Araştırmalar üzerine, bir girişimin tıbbi müdahale sayılabilmesi için **üç koşulun varlığı** olmak zorundadır: İlk olanı; müdahaleyi gerçekleştiren kişilerin anresmi olarak ehliyetli olması ve onun tarafından yapılabilmesi, ikincisi ise; dolaylı olarak ya da doğrudan doğruya hasta olan bireyin tedavisine yönelik olması, son aşamada; müdahale sırasında müdahaleyi gerçekleştiren bireyin mesleki yeterliliğinin kapsamında olmak zorundadır (Birtek, 2007).

1.1.1. Tıbbi Müdahalelerin Sınıflandırılması

Hukuk kaynaklarına bakıldığında, tıbbi müdahaleler üç başlıkta sınıflandırılmıştır. Bunlar; amaçlarına göre, uygulanma şekline göre ve uygulayan kişinin özelliğine göre tıbbi müdahaleler şeklindedir(Savaş, 2013:27).

1.1.1.1. Amaçlarına Göre Tıbbi Müdahaleler

Önleme Amaçlı Tıbbi Müdahaleler: Hastalık ve de istenilmeyen süreçleri riske atmadan tedbir altına alma hedefli tıbbi müdahalelerdir. Serum ve aşı, koruyucu olarak bilinen sağlık aşamaları, tecritte tutulma, gebeliği istemeyen bireyler için doğum kontrol yöntemleri gibi uygulamalar önleme amaçlı tıbbi müdahale örneklerindendir.

Teşhis Etme Amaçlı Tıbbi Müdahaleler: Önceden olmuş ve sakatlık aşamasını belirlemek için kullanılan tıbbi müdahalelerdir. Röntgen çekme, laboratuvar araştırmaları, vücuttan doku alınarak araştırma yapılması ve biyopsi gibi uygulamalar bu kapsama girmektedir.

Tedavi Etme Amaçlı Tıbbi Müdahaleler: Teşhisi konulan sakatlık veyahut hastalıkları tedavi etmek için uğraşılan tıbbi müdahalelerdir. Cerrahi müdahale, birden fazla krem, losyon ve ilaçlarla müdahale, fizik tedavisi gibi uygulamalar bu kategoride incelenmektedir(Savaş, 2013:27).

Estetiği içeren tıbbi müdahaleler ve bunun yanında eşey değişikliği müdahalelerinin tedaviyi kapsayıp kapsamadığı hala tartışma içermektedir. Estetik ameliyatlarının temel hedefi güzelleştirme olsa da psikolojik sağlığı tedavi etme

amaçlı olduğu da belirtilmektedir. Ruh ile beden dengesini kurmayı hedefleyen; eşey farklılığı, estetik ameliyat gibi ameliyatların, tedavi edici olduğu da söylenebilir.

Eğitim Amaçlı Tıbbi Araştırmalar: Tıp bilimini ve yöntemlerini geliştirebilme, eğitim hedefli tıbbi çalışmalar ve denemeler. Tıp bilim ve tekniğinin koşullarına uyarak, gerekli diğer hukuki ve etik şartların da göz önünde bulundurulması ile yapılmakta olan tıbbi denemeler ve çalışmalar da hukuka uygun tıbbi müdahaleyi içermektedir.

İyilik Halinin Devamı, Toplumsal Yaşantıya Alıştırma Amaçlı Tıbbi Müdahaleler: Tedavi sürecinden sonra gerçekleşen aşamada iyi olma halinin sürekliliği, toplum içerisinde hayatını devam ettirmeye alışma hedefli tıbbi müdahalelerdir. Fizik tedavi, rehabilitasyon, fizyoterapi gibi uygulamalar bu kapsamdadır(Savaş, 2013: 27).

1.1.1.2. Uygulanma Şekline Göre Tıbbi Müdahaleler

Vücut bütünlüğüne yönelik olan tıbbi müdahaleler: Bu müdahalelerin içerisinde olanlar cerrahi müdahaleler (ameliyat), sünnet olmak, kan almak, enjeksiyon aracılığı ile vücuda ilaç enjekte etme, kafaya saç ektirmek gibi uygulamalar bedenin tamamını kapsayan tıbbi müdahaleleri ifade etmektedir.

Vücut bütünlüğüne yönelik olmayan tıbbi müdahaleler: Deriye zarar gelmeden deri veya ağız aracılığıyla vücuda giren ilaçlarla iyileştirme, psikoterapiyle beraber psikolojik terapi gibi uygulamalar bu kapsama girmektedir(Savaş, 2013: 28).

1.1.1.3. Uygulayan Kişinin Özelliğine Göre Tıbbi Müdahaleler

Hekim tarafından uygulanması gerekli tıbbi müdahaleler: Hastalıklar sadece ehliyetli ve yetkili hekim tarafından tedavi edilebilir. Tababet Kanunu vb. birçok kanunda sadece hekimin hasta tedavi etme hak ve yetkisi bulunduğu belirtilmektedir. Örneğin, bir hemşire hastayı muayene edip, ilaç tavsiye edemez.

Hekime yardımcı personeller tarafından (hekim denetim ve gözetiminde) uygulanabilen tıbbi müdahaleler: Hasta kişiye idrar sondası takılması, ebeğin gebeyi takip etmesi gibi uygulamalar bu tür tıbbi müdahalelere örnek olarak verilmektedir.

Hekim dışı sağlık personelleri tarafından bizzat uygulanan tıbbi müdahaleler:

Fizyoterapistlerin fizik tedavi uygulaması, hemşirenin ise hasta bakımı yaparak hasta ile ilgilenmesi, psikoloğun tedavi etmesi, radyoloji teknisyenin röntgen filmi çekmesi gibi uygulamalar bu müdahalelere örnektir(Savaş, 2013).

1.2. HUKUKA UYGUN TIBBİ MÜDAHALE VE UNSURLARI

Yargıtay 4. Hukuk Dairesine göre hukuka uygun tıbbi müdahalenin şartları şu şekilde belirtilmiştir:

“... Tıbbi müdahalenin gerçekleştirilmesi için hukuka uygun olabilmesi nedeniyle bazı koşullar öne sürülmektedir. Bu şartlar;

1) *Hekimin tıptaki mesleğini icra edebilmesi için kanunen ve yasalarca yetkili olması gerekmektedir,*

2) *Hasta olan kişinin izni olması,*

3) *Gerçekleştirilecek eylemin tıp biliminin objektif ve sübjektif koşulları içerisinde süre gelmesidir(Yargıtay 4. Hukuk Dairesi E. 1976/6297, K. 1977/2541, T. 7.3.1977)”.*

Bazı yazarlar, tıbbi müdahalenin öğelerini, iki kısma bölerek incelemişlerdir. Bu unsurlar; “müdahalenin doktor aracılığıyla yapılması” ve “müdahalenin doğrudan ya da dolaylı olarak tedavi amacına yönelik olması” dır.

Müdahalenin tıbbi olmasındaki en önemli husus, vücuda yapılması gereken müdahale durumunda yetkili olan bireyin, tıp bilimine ve tekniğe uygun olarak müdahaleyi icra etmesidir. Halk arasındaki kırık-çıkıkçılar, kendi yaptıkları bitkisel kökenli ilaçları insanlar üzerinde uygulayan, lokman hekim olduğunu iddia eden vb. kişiler, hukuki anlamda tıbbi işlemlerde bulunma ehliyetini sahip kişiler değildir ve yaptıkları müdahalelerin de tıbbi olduğu söylenemez(Savaş, 2013).

Vücuda yapılan müdahalelerin, el atmaların tıbbi olması için, mevcut tıp bilimi ilkelerine uygun olması gerekir. Müdahalenin tıbbi koşullarla yapılması muhakkak hukuka uygun olmasını da gerektirmemektedir. Örnek verilecek olursa, ehliyetli ve yetkisi olan bir doktor, tıp bilimi ve kurallarına uygun olarak, bir kişinin böbreğini ameliyatla alabilir. Bu bir tıbbi müdahaledir. Ancak organı satıp para kazanmak amacıyla ameliyat yapılmış ise bu, hukuka uygun bir tıbbi müdahale değildir. Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğunun sağlanması için yasal yollarla yapılması

gerekmektedir. Bir tıbbi müdahale teşhis, iyileştirme, koruma, rehabilitasyon gibi farklı yasal hedeflerle yapılabilmektedir. Ayrıca, yasal bir yol ile fakat hukuk şartlarına uygun olmayan ve rızası alınmadan bir bireyin organı vücudundan alınmış ise yine tıbbi müdahale hukukuna aykırı olmaktadır. Çünkü bireyin isteği, tıbbi müdahalelerin hukuk şartlarına uygun olabilmesi için en temel öğelerdendir (Savaş, 2013).

Müdahale yapılmasının “tıbbiliği” kavramı ile “hukuka uyması” ayrı konu olarak bilinmektedir. Bireyin vücuduna yapılmış olan her işlemin hukuka uygun olması, müdahale aşamasının ise koşullarının gerekliliği tıbbi (tıp bilim ve tekniğine uygun) olmak zorundadır. Ülkemizde hastanın iyileştirilmesi ve diğer sebeplerle yapılan tıbbi müdahalelerin, bilgili ve deneyimli bireylerce yapılma zorunluluğu vardır; “1219 sayılı *Tababet ve Şuabat-ı Sanatların Tarz-ı İcrasına Dair Kanun*” un ilgili maddelerinde ve diğer ilgili mevzuatlarda belirtilmiş olan ve yetkisi olmaksızın hastayı iyileştirmeye çalışan, vücut üzerinde müdahale yapan bireyler cezalandırılmaktadır (Savaş, 2013).

İKİNCİ BÖLÜM

ÜROLOJİK TIBBİ UYGULAMALAR VE OLASI KOMPLİKASYONLAR

2.1. ÜROLOJİ KAVRAMI

Üroloji, üriner sistem ve erkek genital sistemi ile ilgilenen bir bilim dalıdır. Böbreğin toplayıcı sisteminden başlayıp, üretra measına kadar olan pelvis, üreter, mesane, prostatik üretra ve penil üretranın her türlü cerrahi hastalığı, ürolojinin konusuna girmektedir. Bundan başka, böbrek ve retroperitoneal alandaki girişim gerektiren hastalıklar, tümörler de ürolojinin ilgi alanıdır. Ürolojinin androloji, çocuk ürolojisi, kadın ürolojisi ve nöroüroloji, üroonkoloji, endoüroloji gibi alt birimleri vardır. Erkek üreme sistemi ile ilgili sorunlar ve infertilite ürolojinin androloji alt biriminin ilgi alanındadır. İnmemiş testis, hipospadias, vezikoüreteral reflü gibi ana konular çocuk ürolojisinin, kadında idrar kaçırma sorunu kadın ürolojisinin konusudur (Ateş ve diğerleri, 2013).

2.2. ÜROLOJİK HASTALIKLAR

Ürolojik sorunların yaşlı bireylerde daha fazla görüldüğü belirtilmektedir. Ürologların günlük pratiklerinin önemli bir kısmını rutin olarak geriatrik hastaların oluşturduğu ifade edilmiştir. Geriatrik yaş grubunda en sık karşılaşılan ürolojik sorunların üriner inkontinans ve işeme disfonksiyonu, noktüri, benign prostat hiperplazisi, prostat kanseri, üriner enfeksiyonlar ve geç başlayan hipogonadizmdir. Bunların birçoğu bilişsel fonksiyonlar, kan basıncı, kalp hızı ve ritmi haricinde dengeyi etkileyebilen ilaçlarla tedavi edilmektedir. Ürolojik hastalıklarda özellikle prostat hastalıkları için cerrahi müdahalelerin uygulandığı belirtilerek geriatrik hastalarda müdahale öncesinde dikkatli değerlendirmelerin yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (Akman ve Başar, 2012).

Ürolojik hastalıklar genel olarak; Üriner Sistem Taş Hastalığı, Skrotum Kapsamı ve Penis Hastalıkları, Prostat Hastalıkları, Mesane Hastalıkları, Erkek Cinsel Fonksiyon Bozuklukları, Erkek İnfertilitesi, İlaç Uygulamaları, Sünnet Uygulamaları, Hematüri ve Bakteriüri olarak sınıflandırılabilir.

2.2.1. Üriner Sistemin Taş Hastalığı

Üriner sistemin taş hastalığı insanlarda çok sık görülen ve eğer gereken tedbirler alınmadığı zaman, doğurduğu durumlar açısından hayatın kalitesini çok önemli biçimde bozabilen bir hastalıktır ve %4 ile %20 sıklıkta değişmektedir. Mısır mummyalarından alınan sonuçlara göre mısırdaki hayatını sürdüren insanlarda taşın varlığı gösterilmektedir. İnsanlığın en eski çağına kadar gelebilen bu hastalık etiyojisi ve patogenezi hala gizemini korumaktadır. Bu durumla beraber olarak üriner sistem taş hastalığı etiyojisinde yatan genetik, coğrafya, cinsiyet, beslenme düzeni, yaş, ırk ve meslek gibi bir çok unsurlarda etkili olduğu savunulmaktadır (Benli ve diğerleri, 2011).

Acil serviste en çok görülen hasta tiplerinden birisi renal kolik ile gelen üriner sistem taş hastasıdır. Bu hastalarda ilk yapılacak işlem idrar tahlili ve üriner sistemin görüntülenmesi amacıyla direk üriner sistem grafisi çekilmesidir. Yapılan tetkikte taş olduğu anlaşılır ve idrar tahlilinde hematüri, hafif dereceli pyüri dışında bulgu yok ise öncelikle hastanın ağrısının giderilmesi gerekir. Bazen taş ağrısı ile akut batın ağrısı karışabilir. Bunun ayrımının yapılmasında rebound hassasiyet varlığı da her zaman ayırıcı değildir. Üreter alt bölüm taşlarında rebound batın hassasiyeti olabilir. Hemogramda lökositöz varlığı ve rebound hassasiyetle birlikte diğer özel bulgular, akut batını ayırt etmede faydalıdır. Akut batında çoğu zaman hematüri olmaması da ayırıcı bir bulgudur. Taş saptandığında hastanın ağrısı giderildikten sonra ateşi veya pyürisi yok ise ertesi gün üroloji polikliniğine yönlendirilmelidir. Bu hastalara enfeksiyona ait bakteriüri, ciddi pyüri veya ateş gibi bir kanıt yok iken, doğrudan güçlü antibiyotikler başlanması doğru bir davranış değildir. Sadece analjezik veya birlikte üriner sistem antiseptiği verilmesi daha uygundur (Ateş ve diğerleri, 2013).

Bu hastalığın var olmasında ırklara yönelik sebepler de önemli bir rol oynamaktadır. Taş hastalığı prevalansı Avrupa'da % 1-5, ABD'de %2-8, Güney Kore'de %3.5, Japonya'da %7 olarak görülmektedir. Türkiye'de yapılan çok merkezli bir araştırmada, prevalansın %14.8 büyüklüğünde olduğu vurgulanmaktadır. Araştırmaya alınan deneklerin 84'ü (%40) kadın, 126'sının (%60) erkek olduğu belirtilmiştir. Bulunan olgularda ise, %48.5'inde üriner sistem taş hastalığı öyküsü vardır ve soy geçmişlerinde, üriner sistem taşı öyküsü olguların %40'ında tespit

edilmiştir. Çalışmada, üriner sistemin taş hastalığı bulunan kişilerin çoğunun düşük sosyoekonomik düzey ve eğitim seviyelerinde olduğu, genel olarak bir bölümünün Doğu Anadolu bölgesinden geldiği, soy geçmişlerinde sık sık taş hastalığının bulunduğu, gün boyu çok az miktarda su içtiği, aşırı derecede protein içeren ve tuz bulunduran besinleri tükettikleri ve yoğun bir fiziksel aktivitelerinin olmadığı saptanmıştır(Tefekli ve diğerleri, 2005).

Üreter taşlarında spazmolitik tedavi verilmesi peristaltizmi bozarak taşların düşmesini engelleyebileceği gösterildiği için uygun bir yaklaşım olmaktan çıkmıştır. Üroloğun değerlendirmesinde saptanacak taşın yeri ve büyüklüğü ile taşın mevcut yerinde kalma süresi tedavi şeklini değiştirecektir. Bunun yanında, akut kolik ile gelen hastalara daha erken müdahale etme, ESWL uygulama veya acil üreteroskopik litotripsi gibi işlemler yapma eğilimi başlamıştır. Bu nedenle hastaya belli bir süre ilacını kullanması, daha sonra yakınmasının geçmemesi halinde ürolojiye başvurmasının söylenmesi artık geçerliliğini yitirmektedir. Boyutları 5-10 mm arasındaki distal üreter taşı bulunan her birey için, medikal ekspulsif tedavi (alfa bloker, antiinflamatuvar ve diüretik) uygun olmayabilir. Böbrek fonksiyon bozukluğu, soliter böbreği, aktif üriner sistem enfeksiyonu, uzun süreli tıkanıklığa bağlı hidronefrozu, geçmeyen ağrısı ve ürosepsis tehlikesi var olan immün süpressif tedavi altındaki veya kanser hastalarında girişimsel tedaviler daha önce seçilmektedir. Nitekim pilot, gemi kaptanı vb. kritik rolü olan hasta gruplarında da uzun süreli medikal tedavi uygun görülmemektedir(Ateş ve diğerleri, 2013).

2.2.1.1.Üriner Sistem Taş Hastalığında Tedavi Yöntemleri

2.2.1.1.1. ESWL(Taş Kırma) Tedavisi

1980'lerin ortalarından bu zamana kadar üroloji pratiğinde bulunan, dışarıdan ses dalgaları ile taş kırma yöntemi (ESWL-“*Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy*”) taş tedavisinde devrim yaratmış, ürolojik uygulamalarda geniş kullanım alanı kazanmıştır. Fizik prensipleri yönünden incelendiğinde; ESWL’ de, kaynağından alınan enerjiyi taşa odaklayan mekanizma ve odaklamak için, x- ışını ya da ultrasonik görüntüleme sistemi bulunmaktadır.

ESWL ' nin bilimsel tanımı yaklaşık 20 yıl önce yapılıp klinik kullanıma girmiştir. Klinik kullanıma girdiğinde tıp biliminde devrim yaratan ESWL, hâlâ tek non-invazif tedavi yöntemidir. ESWL üroloji pratiğine girerken, diğer endoürolojik tedavi yöntemleri de beraberinde girmiştir ve bu durum ile üriner sistem taş hastalığı tedavisindeki endikasyonların klinik tecrübeler ile netleşme süreci başlamıştır. Gebelik, üriner sepsis ya da akut pyelonefrit, implante kardiyak cihazlar, düzeltilmemiş koagülopati ve kalsifiye vasküler anevrizmaların, ESWL tedavisinin mutlak kontrendikasyonları olduğu belirtilmektedir (Önder, 2009: 19-30).

Fiziki ve teknik açıdan bakıldığında zaman bazı durumların (taş kompozisyonu, morbid obezite ve distal üriner obstrüksiyon gibi) ESWL kullanımını kısıtladığı görülmektedir. Yeni teknoloji cihazlar ile çocuklarda tedavinin teknik sınırlaması kalkmıştır (Önder, 2009: 19-30).

Böbrek taşlarında ESWL tedavisinin başarı oranı 10 mm veya daha küçük taşlarda %53,-81, 11-20 mm taşlarda %28,1-83, alt kaliks taşlarında 20 mm taşlarda %81,9, %78 ve %52,5'tur. PNCL, koraliform taşlarda rest taş kalırsa ESWL ile devam edilmek kaydıyla ilk seçenektir.

Taşın boyutu, bileşimi, lokalizasyonu, hasta anatomisi ve daha önce taş tedavisi görüp görmediği gibi birçok faktöre bağlı olarak, üreter taşlarının tedavi endikasyonları değişebilmektedir. Genelde 5 mm ve daha küçük taşlar %90, 5-10 mm taşlar da %50 olasılıkla tedavi gerekmeden düşerler. Bu olasılıklardan yola çıkarak hasta ile konuşularak, konservatif veya girişimsel tedavi uygulanır. Olasılıklarda bahsedilen, taşın düşmesini bekleme süresi 4-8 haftadır. Ancak uzun süren veya şiddetli renal kolik semptomları, renal fonksiyon kaybı ve taş pasajı esnasında oluşan semptomların bulunması durumunda; nefrostomi kateteri veya üreteral kateterizasyon ile hastaya kalıcı tedavi uygulanıncaya kadar geçecek süre boyunca rahatlatılmalıdır (Önder, 2009: 19-30).

Pediyatrik Ürolitiazis: ESWL, çocuk hastalarda da üriner sistem taşını kırmada başarısı kabul görülmüş ve istenilen bir iyileştirme modeli olmaktadır. Uzun vadeli takip sonuçlarında; renal fonksiyon, morfoloji, büyüme ve gelişme oranları ve kan basıncının değişiklikleri gibi yan etkilerinin bulunmadığı saptanmıştır. Tek taşlı olgularda, koraliform olarak isimlendirilen, “büyük taşlara” göre, hastalıkta başarı

seviyesi %80-100 arasında farklılık göstermektedir. Prematüre hastalarda da başarı ile kullanılabilir (Önder, 2009: 26).

2.2.1.1.2.Üriner Sistem Taş Hastalığında Açık Ameliyat

1980 senesine kadar bakıldığında, böbrek taşı hastalığının tek tedavi yöntemi, açık olarak yapılan cerrahi müdahalelerdir. O dönemlerden, şimdiki günlere kadar Endoürolojik tedavi metodları ve ESWL çözümlerinin ürolojiye dâhil olmasıyla, açık cerrahi müdahalelerde belirgin düşüş olmuştur. Şimdiki durumda hala açık cerrahi endikasyonu alan olgular olabilir, fakat bunlar %1 ile %5 oranına gerilemiştir.

İnsizyon morbiditesi açık cerrahi ameliyatların dezavantajı olarak bilinmektedir. Bunun yanısıra, daha çok hastanede yatış süresiyle birlikte, analjezik kullanımına ihtiyaç vardır. Açık cerrahinin en önemli avantajı da, diğer metotlarla karşılaştırıldığında, daha yüksek seviyede taştan temizlenme sağlamasıdır.

Açık ameliyat yapılması sürecinde böbrek taşlarına yaklaşma şekli değişik bir yoldan geçmektedir. Genellikle uygulanan açık taş ameliyatı, pyelolitotomi olarak isimlendirilir. Pyelolitotomi, ekstrarenal pelvisi olan hastalarda uygulanan bir usüldür. Pelvis ve kaliks taşları bu yöntemle çıkarılmaktadır. Endoüroloji alanında tecrübeli olan kliniklerde, açık taş ameliyatı yapım yöntemi, genel olarak yalnız anatrofik nefrolitotomi ile sınırlandırılmıştır. Genellikle tam veya yarı-koraliform taşlarda başvuru bir yöntemdir. Diğer endoürolojik yöntemlerle veya ESWL ile başarı oranı az olan hastalarda tercih edilebilir.

Endoürolojik (üreterorenoskopi) ve ESWL tedavisi uygulandığında, olumlu sonuç alınmayan veya başarı seviyesi az olabilen üreter taşlarında; laparoskopik veya açık cerrahi (üreterolitotomi) ameliyatları uygulanabilir. Özellikle üreterde mevcut olan büyük taşların tedavisinde, açık ameliyat uygun bir seçenektir (Önder, 2009:27-29).

2.2.1.2.Üriner Sistem Taş Hastalığında Komplikasyonlar

2.2.1.2.1. ESWL Komplikasyonları:

ESWL işlemi sonrası kırılmış olan taş partiküllerinin yol açtığı obstrüksiyonun radyolojik tanımı “taş yolu” olarak isimlendirilmektedir. Taş kırma işlemi

gerçekleştikten sonra, 48 saat içerisinde alınması zorunlu olan filmlerde, %15 oranında taş yolu görülmektedir. Genellikle distal üreterde oluşur ve %50 oranında bir müdahale yapılması gerekmektedir. Geriye kalan %50'si ise kendiliğinden dışarıya atılabilir. Bazen double J üreteral kateter konması, nefrostomi drenajı veyahut tekrar edilen ESWL gerekebilir. İntrarenal, subkapsüler ve perinefritik yerleşimli perirenal hematomlar, bilgisayarlı tomografi çekilerek %30 saptanabilirken, bunların ancak %1 kadarı klinik açıdan önemli sonuç oluşturur. Akut üriner enfeksiyonlar, hipertansiyon ve kanama diyatezleri, hematoma oluşumu için risk faktörleridir. Uzun süreli çalışmalar sonucunda, ESWL'nin yeni gelişen hipertansiyona sebep olmadığı gösterilmiştir. Araştırmalar, ESWL'nin renal fonksiyonları bozucu bir etki göstermediği yönündedir.

2.2.1.2.2. Açık Taş Cerrahisinin Komplikasyonları:

Preoperatif Evrede; tüm idrar yolu enfeksiyonları açık cerrahi öncesi tedavi edilmelidir. Aksi takdirde, sepsis, apse oluşumu ve yara yeri enfeksiyonu gibi komplikasyonlar oluşabilir.

İntraoperatif ve Postoperatif Evrede ise; en sık görülen komplikasyon pulmoner disfonksiyondur(%5-10).Yan pozisyonunda yapılan cerrahi girişim ve flank insizyonu bunun hazırlayıcısıdır. Ayrıca pyelonefrit varlığında, böbrek üst polü diyaframa yapışıkça pnömotoraks gelişebilir. Ayrıca her cerrahi işlemden sonra gelişebilen; pulmoner emboli ve kardiyovasküler komplikasyonlar da görülebilir.

Açık böbrek cerrahisi sonrası ciddi hemoraji gelişme oranı %10'dan azdır. Ancak Üroloğun buna yol açmamak için, intrarenal arteriyal ve diğer vasküler anatomiye iyi bilmesi gereklidir. Taş migrasyonu, cerrahi sonrası taş fragmanı kalması ve böbrek fonksiyonlarında azalma karşılaşılabilecek diğer komplikasyonlardır (Taneja S.S.,2012:423-431).

2.2.2. SKROTUM KAPSAMI VE PENİS HASTALIKLARI

Varikosel, hidrosel, inmemiş testis hastalıkları, genital tümörler, penis ve erkek üretrası hastalıkları bu kapsamda incelenmektedir.

2.2.2.1. Varikosel:

Vasküler patolojidir. Spermatik korda ait testislerden kaynaklı venöz yapılarda dilatasyon meydana gelmekte, buna bağlı testiküler ısı artışı ve mikroçevrenin bozulması sonucu sperm üretimi ve hareket kabiliyeti olumsuz etkilenmektedir. Varikosel, klinik olarak saptanabilir olmasına göre üç dereceye ayrılmaktadır. Fiziki muayenede gözle görülebilen spermatik ven dilatasyonu, 3. derece varikoseli, palpasyonla hissedilen ise 2. Derece varikoseli gösterir. Varikosel tanısı, muayenenin zor olduğu kilolu hastalar ile nüksü belirlemenin zor olduğu sekonder vakalar hariç, fiziksel muayene ile yapılmalı, hastalar ultrasonografiye yönlendirilmemelidir. Üçüncü derece (ileri) varikoseli olan hastalar, sperm tahlilleri anormal ise, cerrahiden fayda görmektedir ve infertilite tedavisinde varikoselektomi ameliyatının önemli bir yeri vardır (Ateş ve diğerleri, 2013).

İnmemiş testis, “skrotum içerisinde testisin bulunmama” durumu şeklinde açıklanırken; Hidroset, testisin çevresindeki kesede (tunika vaginalis) sıvı birikmesi halidir. Muayene sırasında, skrotum içinde bir kitle varlığı ve skrotuma ışık tutularak görülmesi tanı koydurucudur. 6-17 yaş aralığındaki öğrenciler üzerinde yapılan bir tarama çalışmasında; 3500 öğrenciden 459’unda (%13) patoloji saptanmış; bunların sünnet komplikasyonu (%4.1), retraktıl testis (%3.1), inguinal herni (%1.8), hipospadias (%1.4), inmemiş testis (%1.3) ve hidroset (%1.1) olduğu tespit edilmiştir (Altunoluk ve diğerleri, 2010).

2.2.2.2. Hidroset:

Tunika vaginalis yaprakları arasında sıvı toplanmasıdır. Enfeksiyon, travma gibi nedenlerle gelişebileceği gibi, testis tümörü gibi malign bir duruma reaksiyon olarak da gelişebilir. Bu nedenle hafif düzeyde hidrosetli olan hastanın önemsiz kabul edilerek müdahale önerilmemesi, hızlı ilerleyen testis tümörü riski nedeniyle hayati tehdit unsuru olabilir. Bu nedenle hidroset varlığında mutlaka ultrasonografik olarak testislerin de değerlendirilmesi yapılmalıdır.

2.2.2.3. İnmemiş testis:

Erkek çocuklarda sıkça görülebilen bir durumdur. Normal intrauterin dönemde testislerin inişi belli bir zaman almakta, normalde ikinci trimesterde olması gereken iniş süreci son trimesterde veya doğumdan sonra tamamlanabilmektedir. İnmemiş testislerle yapılan çalışmalarda 9. aydan itibaren testis dokusunda değişiklikler başladığı ve infertilite gelişmesi riski nedeniyle bu çocuklara eskiden olduğundan daha erken müdahale edilmeye başlanmıştır. Bundan 10-15 yıl önce çocukların 5-6 yaşına kadar bekletilmesi alışkanlığının artık geçerli olmadığı, 6. aydan sonra bir ürologun kontrolünde olması, hormonal tedavi uygulanması veya gerekirse iki yaşından önce ameliyat edilerek testisin indirilmesi gerektiği görüşü kanıtlarıyla ortaya çıkmıştır (Ateş ve diğerleri, 2013).

2.2.2.4. Testis tümörleri:

100 bin erkekte 6 ile 11 arasında görülür. Genç erkek bireylerde en sıklıkla saptanan kanser türüdür. %95 oranında germ hücre tümörleri görülür. İlk teşhis edildiğinde, genel olarak tek taraflıdır. Nadiren (%1-2 kadar) iki taraflı görülebilir. Testis tümörü sebebiyle takibe alınan hastalarda, karşı taraf testiste % 2 ile 4 oranında tümörün oluşabileceği saptanmıştır. İnmemiş testisi olanlarda, normal kişilere göre 5 ile 10 kez daha sık oluşmaktadır.

Testis tümörlerinin %95'i germinal hücre kökenlidir. Bu tümörler de, seminomlar ve non-seminomatöz tümörler olarak sınıflandırılır. Embriyoner karsinom, bu tümörlerden en sık görülen histopatolojik tiptir. Germ hücreli tümörlerin % 40 'ı yalnızca tek hücre tipinden gelişirken, geriye kalanların büyük çoğunluğu ise, birden çok hücreli alt grubu içermektedir ve bunlar, mikst tip tümörler olarak adlandırılır. Mikst tümörlerde sıklıkla, embriyoner karsinom (%50) ve seminom (%30-40) izlenmektedir. Testis tümörlerinin tanısında, skrotal ultrasonografi ve kanda tümör belirleyici(AFP, beta-HCG, LDH) düzeylerine bakılır.

Testiste kitle oluşumu bulunan hastaların tedavisi, inguinal orşiektomidir. Evresinin tespit edilmesi, uygun olan tedavi süreci ve hastalığın seyri hakkında bilgilerin toplanması açısından büyük önem taşımaktadır. TNM evreleme sistemi, günümüzde tavsiye edilen evreleme sistemi olarak bilinmektedir. Tespit edilmesi zor

bir hastalık olmasa bile, orşiektomiden sonra, serum tümör belirleyicilerinin yüksek görülmesi, metastaz ya da rezidü hastalığı düşündürmelidir. Tümörün histopatolojik tipine ve evresine göre, kemoterapi ve radyoterapi uygulanabilir. Metastatik Non-seminomatöz germ hücreli tümörlerde ise, cerrahi tedavide retroperitoneal lenf nodu disseksiyonu (RPLND) uygulanabilir (Bozkurt, 2014: 1-3).

2.2.2.4.1. Testis ve Skrotum Cerrahilerinin Komplikasyonları

Varikozel cerrahisine bağlı görülebilen komplikasyonlar; hidrosel gelişimi, testis atrofisi ve rekürrens olmasıdır. Hidroselektomiye bağlı olarak; hematoma gelişimi, epididim ya da vas deferens yaralanması ve hidrosel nüksüne rastlanabilir. Diğer skrotal cerrahi uygulamalarda da en sık rastlanan komplikasyon, hematoma oluşumudur (Taneja ,2012: 627-639).

2.2.2.5. Penis ve Erkek Üretrası Hastalıkları:

Doğumsal anomaliler(apeni,megalopenis,mikropenis, posterior üretral valv,hipospadias, epispadias, kordiler gibi) ve edinsel hastalıklar(priyapizm, peyronie hastalığı, fimozis, parafimozis, üretra darlığı, üretral siğiller, üretral meatus stenozu gibi) şeklinde iki ana grupta incelenir (Tanagho ve McAninch, 2004: 612-624).

Doğumsal anomalilerden en sık görülen mikropenisin tedavisinde, testosteron replasman tedavisi kullanılır. Üretral valvlerin tedavisinde endoskopik yöntemle kapakçık yok edilir. Ancak, tanıda mevcut obstrüksiyonun ve hidronefrozun derecesine göre ek tedaviler gerekebilir. Hipospadias tedavisi, çocuk okul çağına gelmeden(çoğunlukla 2 yaşından önce) yapılmalıdır. Hipospadiasın cerrahi onarımı için, 150'den fazla yöntem tanımlanmıştır. Halen tek aşamalı ada flepi ve serbest deri greftleri kullanan yöntemler daha popülerdir. Tüm onarım yöntemlerinde, kordinin ortadan kaldırılarak penisin doğrultulması önceliklidir. Epispadiasın tedavisi cerrahidir. Ancak idrar inkontinansı ve mesane ekstrofisinin onarımı oldukça zordur. (Tanagho ve McAninch, 2004, 612-619)

Edinsel hastalıklardan priyapizm, bir ürolojik acildir. Bir uzamış ereksiyon halidir ve genellikle ağrılıdır. Kavernöz cisimlerdeki kanın, glansdan sokulan bir kanülle boşaltılması gerekir. Priyapizm saatler içinde tedavi edilmezse veya uzarsa,

empotans oluşabilir. Peyronie hastalığında; penis shaftında tunika albugineada oluşan plak nedeniyle, ereksiyon durumunda ağrı, peniste eğrilme ve koitusta zorlanma ortaya çıkar. İlaç tedavisi ve inatçı olgularda cerrahi tedavi yöntemleri uygulanabilir. Fimozis ve Parafimozis tedavisinde sirkumsizyon(sünnet) uygulanır. Üretra darlıklarında; buji dilatasyonu, endoskopik üretrotomi, veya açık cerrahi onarım uygulanabilir (Tanagho ve McAninch , 2004: 619-624).

2.2.2.5.1. Penis ve Üretra Cerrahilerinin Komplikasyonları

Üretra dilatasyonuna bağlı; yanlış yol oluşturulması, kanama, üretrada delinme ve rektal yaralanma gibi komplikasyonlar oluşabilir. En sık görülen komplikasyonu da, darlığın yenilenmesidir. İnternal üretrotomiye bağlı en sık görülen komplikasyon ise darlığın tekrarlamasıdır. Nadiren skrotum ya da penise, kan veya yıkama sıvısı sızıntısı olabilir.

Penis protez cerrahisi sonrası en önemli sorun enfeksiyon gelişimidir. Bu durumda protezin çıkarılması ve antibiyotik tedavileri sonrası tekrar takılması gereklidir. Protezde oluşan mekanik fonksiyon bozukluğu da ikinci bir cerrahi girişimi gerektirebilir. Aşınma ve krus perforasyonu da nadir komplikasyonlardır. Peyronie hastalığı cerrahisi için en uygun dönem; akut enflamasyon evresi bitimini takiben, 12 ile 18 ay sonradır. Cerrahi yöntem olarak penil plikasyon yapılırsa, buna bağlı en yaygın komplikasyon peniste kısalıktır. Plak ekizyonu ya da insizyonu yöntemi kullanılan hastalarda en yaygın olarak görülen komplikasyonlar; erektile fonksiyonda zayıflama ve duyu değışiklikleridir. Penil protez cerrahisi ise, saat camı deformitesi olan hastalarda uygun seçenek değildir. Ancak erektile disfonksiyonun eşlik ettiğı hastalarda en etkili çözümdür. Bütün yöntemlerde, hematoma oluşumu, azalmış penil duyarlılık, erektile fonksiyon bozukluğu, ele gelen sütür materyallerinden rahatsızlık, penil cilt nekrozu, penis boyu kısalması ve tekrar eğrilik gelişimi gibi komplikasyonlarla karşılaşılabilir (Taneja , 2012: 617-626).

2.2.3. Prostat Hastalıkları

Eskiden beri yalnızca salgılama özelliğı olan bir bez olarak kabul edilip ihmal edilen prostatın, yüksek oranda ekonomik ve sağlık problemlerine sebep olabilen

başlıca 3 önemli hastalığı vardır: Prostat Kanseri (*PrCa*), Benign Prostat Hiperplazisi (*BPH*) ve Prostat bezinin iltihabı (*prostatit*).

Etyolojiyle bağlantılı olarak tedavisi mümkün olan prostatit, sık rastlanan inflamatuvar ürolojik hastalıklardandır. **BPH** en az anlaşılmış, malign olmayan, proliferatif bir hastalıktır. Prostat kanseri erkeklerde en sık teşhis edilen kanserdir. Prostat kanserinin etiyolojisi kesin olarak ortaya çıkarılamadığı için tedavisi çok da iyi seviyelerde olmamakla birlikte, erkeklerde en çok ölüme sebep olan 2. kanserdir. Otopsi vakalarından çıkarılan sonuçlarda 80 yaş ve üstündeki erkeklerin %60- 70'inde, 50 yaş ve üstündekilerin ise %15- 30'unda mikroskopik seviyede kanser gözlenmiştir (Canatan ve diğerleri, 2004).

BPH, histolojik olarak 35 yaşından itibaren başlayan, yaşlanan erkeklerin en azından üçte birini etkileyen sık görülen bir durumdur. Histopatolojik ve klinik kriterlere dayalı olarak 60-70 yaşları arasında BPH prevalansı %40-70'dir. Toplumda orta veya ciddi alt üriner semptomları olan ve azalmış idrar akımı olanlarda %25 oranında büyümüş prostat vardır, 40-49 yaşları arasında bu oran %14 iken, 60-69 yaşları arasında %43'e çıkar (Ateş ve diğerleri, 2013).

Ürologların prostat kanserine güncel yaklaşımlarının konu alındığı bir çalışmada radikal prostatektominin, klinik lokalize prostat kanseri için en etkili tedavi yöntemi olduğu, ancak hastaların uzun süreli takiplerinde, %17- 60'ında biyokimyasal nüks gözleendiği ve bu hastaların da yaklaşık %30'unun metastatik hastalık sebebiyle öldüğü ifade edilmiştir. Cerrahi tedavi sonrasında görülen biyokimyasal nükste; extrakapsüler yayılım, cerrahi sınır pozitifliği, yüksek Gleason skoru ve seminal vezikül tutulumu gibi patolojik risk etmenleri çok önemlidir. Ayrıca operasyondan önce PSA değerinin yüksek olması da yüksek risk göstergesidir. Adjuvan hormon tedavisi verilmesi, yüksek risk değeri taşıyan hasta gruplarına radikal prostatektomi sonrası faydalı bulunmamıştır(Kozacıoğlu ve Günlüsoy, 2012).

2.2.3.1. Benign Prostat Hastalıklarında Tedavi Yöntemleri ve Komplikasyonlar

2.2.3.1.1. Medikal Tedavi:

Benign Prostat Hiperplazisi'nin ilaçla tedavisinde; Alfa blokerler, 5 alfa redüktaz inhibitörleri veya bu ikisinin kombinasyonu kullanılmaktadır. En çok tercih

edilenler alfa blokerlerdir. Prostat düz kası ve mesane boynunda yoğun olarak bulunan alfa 1 adrenerjik reseptörleri bloke ederek düz kaslarda gevşemeye yol açar. Günümüzde BPH tedavisi amacıyla kullanılan alfa blokerler Alfuzosin, Doksazosin, Tamsulosin, Terazosin ve Silodosin'dir. Hepsinde değişik derecelerde olmak üzere; halsizlik, baş dönmesi, baş ağrısı, hipotansiyon ve retrograd ejakulasyon gibi yan etkiler görülmektedir. 5 alfa redüktaz inhibitörleri ise testosterondan dihidrotestosteron oluşumunu azaltarak, prostat hacmini küçültmektedirler. Finasterid ilk kullanılan 5 alfa redüktaz inhibitörüdür. Dutasterid daha etkili olan formudur. En sık rastlanan yan etkileri, empotans, ejakulasyon bozukluğu, libido azalması ve jinekomastidir. Ayrıca bu iki grubun kombinasyonu olan tedaviler ve fitoterapiler (bitkisel tedavi) kullanılmaktadır (Kadıoğlu, 2009: 127-137).

2.2.3.1.2. BPH' de Minimal İnvaziv Tedaviler:

Minimal İnvaziv Tedavi Yöntemleri içerisinde; prostatik stentler(geçici veya kalıcı stentler), prostatın transüretal iğne ile ablasyonu(TUNA) ve transüretal mikrodalga tedavisi(TUMT-düşük veya yüksek enerji) sayılabilir. TUMT ve TUNA tedavileri, anestezi alamadığı için transüretal prostat rezeksiyonu uygulanamayan hastalarda seçenek olabilir. İki tedavi yönteminin de uzun dönemdeki tedavi başarıları düşüktür. Prostatik stentler ise günümüzde enkrustasyon, enfeksiyon, kronik ağrı ve idrar retansiyonu gibi komplikasyonları nedeniyle kullanılmamaktadır (Kadıoğlu, 2009: 138-145).

2.2.3.1.3. BPH Tedavisinde Standart Cerrahi Yöntemler:

Transüretal Prostat Rezeksiyonu(TURP) en yaygın kullanılan yöntemdir. Gelişmiş endoskopik cihazlar ve görüntüleme yöntemleri sayesinde yaygınlaşmıştır. 30 ml'den 100 ml rezeksiyon hacmine kadar prostat dokularında kullanılabilir bir seçenektir. Cerrahi sürenin 60 dakikadan kısa tutulması gereklidir. 100 ml'den büyük prostatlar,büyük mesane taşı veya divertikülü olan hastalar açık cerrahiye adaydır. En önemli peroperatif komplikasyon kapsül perforasyonudur. %2 oranında görülebilir. Gelişen ekstrevasyona bağlı; huzursuzluk, kusma, karın ağrısı görülebilir. Perforasyon ihtimalinde, hemostaz tamamlanıp, operasyon hızlıca

sonlandırılmalıdır. Diğer peroperatif komplikasyon TUR sendromudur. %2 oranında görülür. Bir sıvı intoksikasyonudur. Dilüsyonel hiponatremi ile sonuçlanır. Hastalarda, mental konfüzyon, bulantı, kusma, hipertansiyon, bradikardi ve görme bozukluğu oluşur. Uzun süren büyük prostatlarda serum sodyum düzeyi takibi, erken teşhis ve tedaviyi sağlar. TURP'nun en sık görülen erken postoperatif komplikasyonları uzamış idrar retansiyonu, kanama, pıhtı retansiyonu ve idrar yolu enfeksiyonudur. Geç postoperatif komplikasyonları ise üretra darlığı ve mesane boynu darlığıdır. TURP sonrasında %65 oranında retrograd ejakulasyon olmaktadır. Bundan kaçınmak için TURP sırasında mesane boynu rezeksiyonu yapılmamalıdır. Transüretral prostat insizyonu(TUIP) ve transüretral prostat vaporizasyonu(TUVP) klasik cerrahi yöntem olan TURP 'a alternatif olarak belirli vakalarda uygulanabilir (Kadioğlu, 2009:146-152).

2.2.3.2. Prostat Kanseri Tedavi Yöntemleri Ve Komplikasyonlar

2.2.3.2.1. Lokalize Hastalıkta Başlıca Tedavi Yöntemleri:

Radikal prostatektomi, radyasyon tedavisi ve dikkatli gözlem olabilir. Tümörün derece ve evresi, hastanın yaşam beklentisi, tedavilerin morbiditesi ve hasta-doktor tercihlerine bağlı olarak tedavi yöntemi belirlenebilir. Prostat kanserli hastalar genellikle yaşlıdır ve ilave başka hastalıkları olabilir. Kanser hücrelerinin büyüme hızları genellikle yavaştır. Bu yüzden seçilmiş uygun hastalarda tek başına dikkatli gözlem uygulanabilir.

Radikal prostatektominin en sık karşılaşılan komplikasyonları, idrar inkontinansı ve impotansdır. Prognoz hastalığın patolojik evresiyle ilişkilidir. Lenf nodu metastazı olan hastalarda, uzak metastazlar oluşabilir. Seminal vezikül tutulumu metastaz habercisi olabilir. Serum PSA düzeyi, klinik evre ve Gleason skoruna dayanarak nomogramlar belirlenmiştir. Pozitif cerrahi sınırı olan hastalarda tedavide, radyoterapi etkindir.

Radikal prostatektomiye bağlı intraoperatif komplikasyonlar cerrahın tecrübesiyle ilişkili olmakla birlikte; kan kaybı, rektal yaralanma ve üreter yaralanması görülebilir. Perioperatif komplikasyonlar ise; derin ven trombozu, pulmoner emboli, lenfösel oluşumu ve yara enfeksiyonudur. Geç postoperatif komplikasyonlar ise,

üriner inkontinans ve empotansdır.

Radyoterapi, geleneksel eksternal radyoterapi teknikleriyle uygulanabilir. Üç boyutlu konformal radyoterapi teknikleriyle sağ kalım avantajı sağlanmıştır. Brakiterapi, teknolojik gelişmelerle birlikte başarı oranları artan bir yöntemdir. Transrektal yolla radyoaktif çekirdek yerleştirilmektedir.

Kriyocerrahi, transrektal uygulamalardaki uzmanlığın artmasıyla birlikte popüler olmuştur. Prostatın kriyocerrahi problemleri kullanılarak dondurulması esasına dayanır. Kısa dönemdeki sonuçları başarılıdır (Tanagho ve McAninch , 2004: s.380-382).

2.2.3.2.2. Lokal İlerlemiş (T3) Prostat Kanseri:

Çoğu hasta neoadjuvan hormonal tedaviyi takiben, eksternal radyoterapi ile tedavi edilmektedir. Bu yaklaşımın yapılan birkaç çalışmada, tek başına radyasyon tedavisinden daha üstün olduğu gösterilmiştir (Tanagho ve McAninch , 2004: 382).

2.2.3.2.3. Yineleyen Prostat Kanseri:

Radikal prostatektomiye takiben, cerrahi sınır pozitifliği, ekstrakapsüler yayılım, seminal vezikül invazyonu ve yüksek dereceli hastalıkta rekürrens sık görülür. Cerrahiden sonra saptanabilir PSA düzeyi olanlarda, muhtemel lokal rekürrens saptanır. Radyoterapiyi takiben yükselen PSA düzeyleri, rekürrens göstergesidir. Kemik taraması ve BT taramasıyla uzak rekürrens saptanabilir (Tanagho ve McAninch , 2004: 383)

2.2.3.2.4. Metastatik Prostat Kanseri:

PSA nispeten ucuz bir testtir. Çoğu laboratuvar, bu test için 100 dolardan daha az ücret alır ve Medicare ve diğer çoğu özel sağlık sigortası testin maliyetini karşılar. Amerikan Üroloji Derneği'nin PSA kılavuzları, prostat kanseri tanısını kaçırmamak için en iyi önlem olarak bu testi sunmaktadır. Bu kılavuzlar, prostat kanserinin erken teşhisi için, 50 yaşın üzerinde olup, beklenen yaşam süresi 10 yıl ve üzerinde olan erkeklerde ve 40 yaşın üzerinde olup, beklenen yaşam süresi 10 yıldan fazla olan

ve ailesinde prostat kanseri tanısı almış birinci dereceden akrabası olan Afrika-Amerikan erkeklerinde bakılmasını önerir. Ayrıca Ürologlar bu kılavuzu, ziyaret nedeni ne olursa olsun tüm hastaları için uygulamalıdır.

Hastaların önemli bir kısmı prostat kanseri açısından tarama testinin önemini farkında değildir. Eğer hastanın aile hekimi; yıllık bir parmakla rektal muayenesini yapıyor ve yıllık PSA düzeyine bakıyorsa, sonuçların istenerek doğrulanması gereklidir. Eğer hastanın son PSA değeri elde edilemiyor veya son PSA tetkiki 1 yıldan önce olmuşsa, hasta ürolog tarafından prostat kanseri incelemesine alınmalıdır. Kabul etmediği takdirde, hasta kartında bu durum açıkça belirtilmelidir (Cohen, 2007: 421)

2.2.3.2.5. Prostat Kanseri Stratejiler:

PSA nispeten ucuz bir testtir. Çoğu laboratuvar, bu test için 100 dolardan daha az ücret alır ve Medicare ve diğer çoğu özel sağlık sigortası testin maliyetini karşılar. Amerikan Üroloji Derneği'nin PSA kılavuzları, prostat kanseri tanısını kaçırmamak için en iyi önlem olarak bu testi sunmaktadır. Bu kılavuzlar, prostat kanserinin erken teşhisi için, 50 yaşın üzerinde olup, beklenen yaşam süresi 10 yıl ve üzerinde olan erkeklerde ve 40 yaşın üzerinde olup, beklenen yaşam süresi 10 yıldan fazla olan ve ailesinde prostat kanseri tanısı almış birinci dereceden akrabası olan Afrika-Amerikan erkeklerinde bakılmasını önerir. Ayrıca Ürologlar bu kılavuzu, ziyaret nedeni ne olursa olsun tüm hastaları için uygulamalıdır.

Hastaların önemli bir kısmı prostat kanseri açısından tarama testinin önemini farkında değildir. Eğer hastanın aile hekimi; yıllık bir parmakla rektal muayenesini yapıyor ve yıllık PSA düzeyine bakıyorsa, sonuçların istenerek doğrulanması gereklidir. Eğer hastanın son PSA değeri elde edilemiyor veya son PSA tetkiki 1 yıldan önce olmuşsa, hasta ürolog tarafından prostat kanseri incelemesine alınmalıdır. Kabul etmediği takdirde, hasta kartında bu durum açıkça belirtilmelidir (Cohen, 2007: 421)

2.2.4. Mesane Hastalıkları

2.2.4.1. Mesane Kanseri

Mesane Kanseri, genitoüriner sistemin en sık görülen ikinci kanseridir. Yeni tanı konan mesane kanseri olgularının oranı, erkeklerde %7 ve kadınlarda %3'dür. Tanı konduğunda olguların yaklaşık %85'i mesanede lokalize olup, %15'i bölgesel lenf düğümlerine veya uzak bölgelere yayılmıştır. Etyolojide sigara içimi, erkeklerin %50'sinde, kadınların ise %31'inde sorumludur. Kimyasal maddeler, boya, kauçuk, petrol, deri ve basım işlerinde çalışanlar yüksek hastalık riski taşırlar. Evrelendirmede en sık TNM sistemi kullanılır. Histopatolojik olarak çoğu değişici epitel hücreli karsinom görülür. Hastaların büyük kısmında ağrısız hematüri görülür. Aralıklı olabilir.

Yüzeyel ve düşük dereceli tümörlerin tedavisi, sistoskopi ve tranüretral rezeksiyondur. Ardından mesane içine kemoterapi veya immunoterapi tedavisi eklenebilir. Daha invaziv, ancak lokalize tümörler parsiyel/radikal sistektomi ile tedavi edilebilir. Metastatik hastalıkta radyoterapi veya sistemik kemoterapi uygulanabilir (Tanagho ve McAninch , 2004: 324-336).

2.2.4.1.1. Mesane kanseri stratejileri:

Hematüri ve irritatif işeme yakınmaları ile başvuran hastaların mesane kanseri yönünden ayrıntılı incelenmesi önerilir. Israrlı hematürilerde üst üriner sistemin de incelenmesi ve eski tetkik sonuçlarıyla hastanın takibi gerekebilir (Cohen,2007: 426).

2.2.4.2. Aşırı aktif mesane (AAM)

Mesane duyularını taşıyan ve düz kasını uyaran periferik veya santral sinir sisteminin farklı düzeylerindeki inhibisyon kaybından veya anormal uyarılmadan kaynaklanan ve dünya üzerinde birçok insanın yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Aşırı aktif mesane, sık idrara çıkma (*urgency frequency syndrome*) ve ani idrara çıkma sendromu olarak da bilinmektedir. Uluslararası Kontinans Cemiyeti (ICS) tarafından, inkontinans ile birlikte olan veya olmayan, genel olarak sık idrara çıkma ve nokturi ile beraber olan, idrara sıkışma

durumunu da içeren semptomlar kompleksi olarak tanımlanan AAM' nin tanısında; ürodinamik incelemeler, doğru tedavi ve tanı için zorunlu olmasa da gereken olgulara uygulanmalıdır. AAM; davranış terapisi ve ilaçlarla, antimuskarinik ajanlarla tedavi edilebilmektedir (Güven ve diğerleri, 2008).

AAM'nin erkek ve kadınlarda benzer sıklıkta görüldüğü, tanı ve tedavi maliyetlerinin yüksek olduğu belirtilmektedir. Tedavi seçenekleri arasında, pelvik kas egzersizleri ve davranış tedavisi sık uygulanmakla birlikte, ilaç kullanılarak uygulanan tedavide de detrusor kasılmasını azaltıcı antikolinerjik ajanlar seçilmektedir. Bunlardan farklı olarak nöromodülasyon teknikleri, mesaneye nörotoksin uygulaması ve mesane kapasitesini arttırmayı hedefleyen cerrahi tedavilere başvurulabilir (Demirleğen ve Ekmekçioğlu, 2012).

Bireyin belirli bir yaşa geldiği halde, idrar kontrolünü sağlayamaması, yani idrarını kontrol edemeyip kaçırmaması durumuna inkontinans denir. Kadınlarda beş yaş üzerinde %8.5, erkeklerde beş yaş üzerinde %1.6 inkontinans prevalansı görülmüştür. Nöropatik olmayan mesane sfinkter disfonksiyonu (NOMSD), nöropatik mesane sfinkter disfonksiyonu (NMSD) ve yapısal nedenli inkontinans olmak üzere, idrar inkontinanslarının üç grup sebebi vardır. NOMSD, bireyin çocukluk döneminde inkontinans, üriner obstrüksiyon, reflüye veya enfeksiyona sebep olabilmekle birlikte gösterilebilir bir nöropatik ya da anatomik etiyolojinin olmadığı bir hastalık grubudur. Disfonksiyonel işeme ve aşırı- aktif mesane en fazla görülen NOMSD sebepleridir. Spinal kanal anomalilerine bağlı nörojenik mesane NMSD'nun en sık görülen sebebidir. Posterior üretral valv de yapısal inkontinansın en sık görülen sebebidir. Mesane sfinkter disfonksiyonu, vezikoüreteral reflüye (VUR) ve idrar yolu enfeksiyonuna sebep olabilen bir bozukluk olmakla birlikte, tedavi edilmediği süre boyunca renal parankim hasarına neden olabilmektedir. İdrar inkontinansına sahip olan çocuklara ilk aşamada fizik bakı, anamnez ve işeme davranışı sorgulaması yapılmalıdır. İkinci aşamada işeme sıklığı- hacim çizelgeleri, basit idrar tetkikleri ve ultrasonografi ile incelemeye devam edilmelidir. Miksiyon sistoüretrografi (MSUG), endikasyon gösteren olgularda çekilebilir. Tanı konulamıyor ve tedavi cevapsız kalıyorsa ürodinamik inceleme yapılmalıdır. Olgunun kliniğine göre tedavide farmakoterapi, sık işeme ve gerekli olursa cerrahi tedavi gibi seçenekler kullanılabilmektedir (Bak ve diğerleri, 2008).

2.2.4.2.1. Nöropatik Mesane Komplikasyonları

En önemli komplikasyonları mesane davranışına göre; üreter reflüsü veya obstrüksiyona ve taş oluşumuna sekonder gelişebilen hidronefroz ve tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonlarıdır. Bunların oluşumu primer olarak; rezidüel idrar varlığı, sürekli yüksek intravezikal basınç ve hareketsizlik sonucudur (Tanagho ve McAninch, 2004:449).

2.2.4.2.2. İdrar kaçırma Ameliyatları ve Komplikasyonları

Genelde idrar kaçırmanın cerrahi tamiri elektif bir işlemdir. Cerrahi dışındaki yöntemler etkili olmadığı zaman düşünülmelidir. Stres inkontinans cerrahilerinde amaç, artmış karın içi basıncı sırasında idrarın üretradan kaçışını önlemek için, üretral kapanma gücünü arttırmak ve mesanenin düşük basınçlı tam boşalma kabiliyetini korumaktır. Bu girişimler; Sling operasyonları, periüretral enjeksiyonlar (kollajen gibi) veya erkekte artifisiel sfinkter kullanılarak yapılabilir. Uygun cerrahi girişimin seçimi önemlidir.

Stres inkontinans cerrahisine bağlı en sık karşılaşılan intraopertaif komplikasyon kanamadır. Retropubik bölgeden yapılan girişimlerde büyük venlerden kaynaklanabilir. Pelvik yan duvarda bulunan obturatuvar fossa damarları veya iliak damarlardan da kaynaklanabilir. Ameliyat sırasında fark edilmezse, hayatı tehdit edici boyutta kanamalara yol açabilir. Transvaginal girişimlerdeki kanamalar daha sorunludur ve kontrolü zordur. Endopelvik fasyanın yırtılması da bol kanamaya neden olabilir. Ayrıca idrar yolu yaralanmaları(üretra, mesane veya üreter) görülebilir. Her vakada sistoskopi uygulanması tartışmalıdır. Ancak idrar yolu yaralanmalarının erken tanısı için önerilebilir. Barsak yaralanmaları da çok nadir olarak görülebilir.

Ameliyat sonrasında görülebilen en önemli komplikasyon; işeme disfonksiyonu ve idrar retansiyonudur. İşeme sonrası rezidü idrar hacminde artış ve obstrüktif semptomlarla karşımıza çıkabilir.4 haftadan uzun süren işeme zorluğunda, aralıklı üretral kateter uygulaması, sling kesilmesi veya üretrolizis düşünülmelidir. Ayrıca vaginal ameliyat materyalinin dışarıya çıkması, sinir yaralanması, cinsel fonksiyon bozukluğu gibi komplikasyonlar da görülebilir (Taneja , 2012: 580-592).

2.2.4.2.3. İdrar Kaçırma Tedavisi Stratejileri:

BPH cerrahi tedavisi sonrasında karşılaşılan üriner inkontinans, ciddi yaralanma ve can kaybı oluşturmaz, sadece yaşam kalitesi sorunları içerir. Tıbbi uygulama hatasını önlemek için; tedavi öncesinde hasta eğitime odaklanmak gereklidir. Tedavi öncesinde medikal ve cerrahi tedavi seçenekleri hastaya anlatılmalı, cerrahiye bağlı oluşabilecek komplikasyonlar konusunda yeterli bilgilendirme yapılmalıdır. Hastanın aciliyet, stres idrar kaçırma ve urge inkontinans arasındaki farkları anlaması gereklidir. Hastalar urge inkontinansda öncelikle antikolinergikler ve antispazmodiklerle tedavi edilir, stres tip kaçırılarda ise öncelikle cerrahi tedavi etkilidir. Bilgisiz bir hastanın tedavi başarısızlığında hayal kırıklığına uğrama ihtimali yüksek olur. Ürolog hastasına tedavi seçenekleri ve tedavilerin başarı oranlarıyla, komplikasyonları hakkında yeterli açıklamalarda bulunmalıdır. Amerikan Üroloji Derneği'nin hasta kılavuzları ürologlara yardımcıdır. İdrar kaçırma terminolojisi, anatomi ve fizyolojisiyle ilgili basit görseller, eğitsel çizimler içerir. Ameliyat sonrası gelişen bir komplikasyonda, ürolog bunun yaşam kalitesi üzerindeki etkisiyle ilgili empati yaparak, derhal tedavisi yoluna gitmelidir. Yeteneklerini aşan durumlarda, daha ileri merkezlere göndermelidir (Cohen, 2007: 424-425).

2.2.4.3. Üriner Diversiyon ve Mesane Replasmanı

Alt idrar yolları kanseri veya mesanede ciddi fonksiyonel veya anatomik bozuklukları olan hastalara üriner diversiyon gerekebilir. Üriner diversiyon idrar yoluyla deri yüzeyi arasında doğrudan bağlantı yapılarak yapılabilmesine karşın, sıklıkla değişik barsak segmentlerini idrar yollarına bağlayarak sağlanır. İdeal üriner diversiyon yöntemi; mesaneye en çok benzeyen, reflüye izin vermeyen, düşük basınçlı, kontinan ve geçirgenliği olmayan bir yapı oluşturmaya yönelik olmalıdır (Tanagho ve McAninch, 2004: 400).

Oluşan komplikasyonlar genellikle cerrahi teknik, altta yatan hastalığın süreci ve tedavisi, hastanın yaşı ve izlem süresiyle ilişkilidir. Sık görülmeyen (%10) erken postoperatif komplikasyonlar aşırı kanama, bağırsak obstrüksiyonu, idrar ekstravazasyonu ve enfeksiyondur. Hastalarda daha sık görülen(%10-20) geç komplikasyonlar metabolik bozukluklar, stoma stenozu, piyelonefrit ve taş

oluşumudur. Nadiren künt travma ya da aşırı distansiyona bağlı spontan rüptür görülebilir (Tanagho ve McAninch, 2004: 408).

2.2.4.3.1. Konduit Üriner Diversiyonun Komplikasyonları:

Alt idrar yolları kanseri veya mesanede ciddi fonksiyonel veya anatomik bozuklukları olan hastalara üriner diversiyon gerekebilir. Üriner diversiyon idrar yoluyla deri yüzeyi arasında doğrudan bağlantı yapılarak yapılabilmesine karşın, sıklıkla değişik barsak segmentlerini idrar yollarına bağlayarak sağlanır. İdeal üriner diversiyon yöntemi; mesaneye en çok benzeyen, reflüye izin vermeyen, düşük basınçlı, kontinan ve geçirgenliği olmayan bir yapı oluşturmaya yönelik olmalıdır (Tanagho ve McAninch, 2004: 400).

Oluşan komplikasyonlar genellikle cerrahi teknik, altta yatan hastalığın süreci ve tedavisi, hastanın yaşı ve izlem süresiyle ilişkilidir. Sık görülmeyen (%10) erken postoperatif komplikasyonlar aşırı kanama, bağırsak obstrüksiyonu, idrar ekstrevasyonu ve enfeksiyondur. Hastalarda daha sık görülen(%10-20) geç komplikasyonlar metabolik bozukluklar, stoma stenozu, piyelonefrit ve taş oluşumudur. Nadiren künt travma ya da aşırı distansiyona bağlı spontan rüptür görülebilir (Tanagho ve McAninch, 2004: 408).

2.2.4.3.2. Kontinan Üriner Diversiyon Komplikasyonları:

Konduit nekrozu, taş oluşumu, malign hastalık oluşumu, ileal rezeksiyon ve anastomozla ilgili komplikasyonlardan en sık görülenleri; malabsorpsiyon semptomları, daire, B12 eksikliğidir. Stoma komplikasyonları ise en sık zayıf kanlanma ile ilgilidir. Geç evrede parastomal herniasyonlar, prolaps, lokal dermatit ve stomal stenoz görülebilir. Üreterointestinal Anastomoz kaçakları veya anastomoz darlığı görülebilir. Ayrıca böbrekte pyelonefrit ve reflüye bağlı renal hasar oluşabilir (Taneja , 2012:533-546). Sistektomi ve kontinan diversiyon yapılan hastalarda gelişebilen bu komplikasyonlardan en sık karşılaşılanlar; erken evrede idrar kaçağı, pošta efferent bölge nekrozu, kateterizasyona bağlı problemler, üriner enfeksiyon, poş içerisine bağırsak fistülüdür. Geç postoperatif evrede ise; enfeksiyon, inkontinans, poş

taşları, böbrek taşları, üreteral poş obstrüksiyonu, kateterizasyon sorunları, akut poş rüptürü ve parastomal hernidir (Taneja , 2012: 547-557).

2.2.4.3.3. Ortotopik Mesane Komplikasyonları:

Preoperatif bağırsak hazırlığı yapılması; yara enfeksiyonu, intraperitoneal apse gelişimi ve bağırsak anastomoz kaçağının oluşumunu azaltır. Postoperatif erken evrede en sık bağırsak anastomoz kaçağı görülebilir. Ayrıca enterik fistül, bağırsak obstrüksiyonu ya da uzamış ileus görülebilir. Üretral anastomozdan idrar kaçağı ve drenajın uzamasıyla karşılaşılabilir. Geç dönemde de anastomoz darlıkları oluşabilir. Üreterointestinal kaçaklar ve darlıklar da görülebilir (Taneja , 2012: 559-570).

2.2.4.3.4. Mesane Ogmentasyonu Komplikasyonları:

Bilinen en erken komplikasyonu uzamış anastomoz kaçağıdır. Mesanenin devamlı boşaltılması ve mukusun alınması ile önlenabilir. Nadiren üst üriner sisteme perkutan diversiyon gerekebilir. Ogmente mesanelerde taş oluşabilir. Önlemenin yolu yine mukusun düzenli boşaltılmasına bağlıdır. Ogmente mesane perforasyonu ölümcül sonuç doğurabilir (Taneja , 2012: 577).

2.2.5. Endoüroloji ve Minimal İnvaziv Girişimler

Perkutan böbrek taşı cerrahisi(PNL), üreterorenoskopi(rijit/flexibl), retrograd intrarenal cerrahi, transüretral cerrahi(mesane/prostat) bu grupta sayılabilir. Değişik endikasyonlarda kullanılan bu cerrahi girişimler, Endoürolojinin son yıllardaki uygulama alanlarını genişletmiştir. Bütün yöntemler, özellikle enstrümanlar gerektirir (Tanagho ve McAninch, 2004: 121).

2.2.5.1. PNL komplikasyonları:

Kanama, sepsis, ateş, pelvis renalis laserasyonu, pnömotoraks-hidrotoraks, uretero-pelvik bölge darlığı, pseudoanevrizma, arteriyovenöz malformasyon veya fistül ve kalın barsak yaralanmasıdır (Taneja , 2012) .

2.2.5.2. Üreterorenoskopi komplikasyonları:

Ameliyat Esnasında: Kopma-Avülsiyon, İntussepsiyon: İnvajinasyon, iç içe girme, Perforasyon : Yırtılma, delinme, mukoza yırtıkları, kanama, Ekstravazasyon: Lümen içeriğinin dışarı sızması durumu, Taş migrasyonu: Taşların proksimale kaçması, Termal yaralanma: Lazer gibi enerji kaynaklarına bağlı yanmalardır. Ameliyat sonrası dönemde ise enfeksiyon, renal kolik(ödem, pıhtı, rezidüel taş parçaları nedeniyle), üreter darlığı, orifis darlığı, vezikoüreteral reflü(VUR) (Taneja , 2012) .

2.2.6. Ürolojik Laparoskopik Cerrahi

Ürolojik laparoskopi, 1990'dan itibaren, penoskrotal cerrahiler dışında, ürolojik ameliyatlarda neredeyse tümünde gerçekleştirilmeye başlanmıştır. Laparoskopik yöntemler ile açık yöntemler karşılaştırıldığında; etkinliklerinin benzer olduğu, çoğunluğunda komplikasyon oranının az olması, iyileşme süresi, kozmetik avantajları ve hastanede kalma süresinin kısa olması gibi sebeplerle laparoskopinin gittikçe popüler olduğu söylenebilir. Dezavantajları ise; tecrübe gerektirmesi, maliyetin cerrahiye göre çok fazla olması, enstrüman ve donanım zenginliği gerektirmesi ve eğitiminin uzun olmasıdır (Söylemez, 2016: 6).

2.2.6.1. Komplikasyonları:

İğneyle girişe bağlı olanlar, insüflasyona bağlı olanlar, trokar yerleştirilmesi sırasında oluşanlar, cerrahi prosedürle ilgili olanlar, karından çıkış ile ilişkili olanlar, postoperatif dönemle ilişkili olanlar şeklinde ayrılmaktadır (Taneja , 2012).

2.2.7. İlaç Uygulamaları

İlaç uygulamaları sırasında da çeşitli hatalar yapılabilir. Örneğin yüzeysel ama yüksek dereceli mesane tümörü nedeniyle intravezikal immünoterapi olarak BCG tedavisi alan hastanın tedavisi sırasında mutlaka idrar tahlili yapılmalı, hematürisi olan hastaya BCG verilmemelidir. Aksi halde sistemik tüberküloza yol açılabilir.

İntravezikal BCG tedavisi sonrası hastaların umumi tuvaletleri kullanmaması gerektiği belirtilmelidir. Tedavi sonrası idrar yapılan tuvalet çamaşır suyu ile yıkanmalı ve havalandırılmalıdır. Kullanılan tuvaletlerin temizliğinin çok iyi bir şekilde yapılması çevredeki insanların sağlığı açısından son derece önemlidir. Bunun gibi, erektil disfonksiyon nedeniyle kullanılan sildenafil, vardenafil, tadalafil gibi tip 5 fosfodiesteraz inhibitörü ilaçların nitrat grubu ilaçlarla birlikte kullanılmaması gerekir. Aile hekimi, kardiyak problemleri sorgulamadan erektil disfonksiyonlu hastaya bu tip bir ilaç önerir ise, ani kardiyak ölüme yol açabileceğini bilmelidir. Özellikle üriner enfeksiyonlarda sık rastlanan bakteri olan E.coli'ye etkinliği ve kullanım kolaylığı nedeniyle üriner enfeksiyon tedavisinde sık kullanılmakta olan fosfomisin, idrar sondası olan hastalarda tercih edilmemeli, tercih edilmesi gerekiyor ise sondanın klemplenip ilacın mesanede konsantre olması beklenmelidir (Ateş ve diğerleri, 2013).

2.2.8. Sünnet Uygulamaları

Ülkemizde ve dünyada en çok yapılan cerrahi girişimlerden biri sünnettir. Sünnet uygulamasında tıbbi endikasyonlar yanında, dini ve geleneksel etmenler de rol oynar. Ülkemiz ve doğu toplumlarında sünnet uygulamalarını tıbbi tecrübe ve bilgisi olmayan geleneksel sünnetçilerin yapıyor olması, komplikasyon riskinin artmasına sebep olmaktadır. Deneyimli sağlıkçılar tarafından yapıldığı sürece sünnet, güvenli bir uygulamadır (Turkan ve diğerleri, 2011).

Sünnetin penis kanserinden koruyucu etkisi, HIV bulaşma riskini azaltması, üriner enfeksiyondan koruyucu etkileri bulunmaktadır. Ancak sünnetin tek başına yapılmaması gereken bazı durumlar da vardır. Örneğin hipospadias veya epispadias gibi, onarım sırasında bazen sünnet derisinden yararlanmak durumunda kaldığımız durumlar vardır. Sadece sünnet yapılır ve hipospadias veya inmemiş testis gibi müdahale gereken durumlar ertelenir ise çocuk birden fazla anestezi almak durumunda kalabilir ve bu durum çocukta travma etkisi yaratabilir. Bu nedenle, sünnet isteği ile gelen çocukların tam bir ürolojik değerlendirmeden geçirilmesi, hipospadias veya inmemiş testis varlığı açısından gözden geçirilmesi de gereklidir (Ateş ve diğerleri, 2013).

Sünnet uygulaması geçirmiş çocuklarda rastlanan komplikasyonlar ve genital anomali oranlarının belirlenmesi konusunda yapılan bir çalışmada; çocukların

muayene edilmesi sonrasında prepisyumun fazlalığı, infantil varikosel, inmemiş testis, retraktil testis, hidrosel, penil rotasyon inguinal herni ve hipospadias olduğu belirlenmiştir. En az rastlanan anomali olan hipospadias olgularının hepsinin distal konumlu vakalar olduğu ifade edilmiştir. Çalışmada 992 olgunun 154'ünün uzman hekim tarafından, diğerlerinin ise uzman hekim dışı kişiler tarafından gerçekleştirildiği tespit edilmiştir. Uzman hekimlerin yaptığı sünnetlerin sadece 2 tanesinde (%1.2) prepisyum fazlalığı gözlenirken, uzman hekim olmayan kişilerin yaptığı sünnetlerde bu oran 126 (%15) olarak saptanmıştır. Sünnet uygulaması için ameliyathaneler (%14.3), muayenehane ve kliniklere göre daha az (%68.7) tercih edilmektedir (Turkan ve diğerleri, 2011). Sünnetli çocuklarda görülen komplikasyonlar ve oranları tabloda verilmektedir.

Tablo 1: Sünnetli çocuklardaki komplikasyonlar ve görülme oranları

Sünnet Derisi Fazlalığı	%12.9
Retraktil Testis	%4.6
İnguinal Hemi	%1.8
Hipospadias	%0.6
İnmemiş Testis	%3.2
Hidrosel	%1.4
Penil Rotasyon Anomalisi	%0.8
İnfantil Varikosel	%2.2

2.2.9. Hematüri ve Bakteriüri

Hematüri, bakteriüri ve proteinüriye neden olan hastalıkların mortalite ve morbiditede gözle görülür artışlara yol açtığı ileri sürülmektedir. Yetişkinlerde bakteriüri ve idrar yolları enfeksiyonu; böbrek yetmezliği, mortalite ve hipertansiyon artışına neden olurken; hamile bayanlarda bebekte prematürite ve düşük doğum ağırlığına sebebiyet vermektedir. Tekrarlayan bakteriüriye sahip çocukların %23-29'unda vezikoüreteral reflü, %13-17'sinde kronik piyelonefrit gelişmektedir. Bu durumda çocuklarda renal skarlaşma, hipertansiyon, obstrüktif atrofi ve renal atrofi riski artışı gözlemlenmektedir. İdrar analizinde pozitif sonuçların bulunması ile erken tanı ve tedavi mümkün olmakta, komplike tedavilerde ihtiyaç duyulan intravenöz

antibiyotik tedavisi ve hastanede yatış gibi yüksek maliyetli ve hastada yıpratıcı etki gösteren tedavi gereksinimleri de azaltılmaktadır (Ünalacak ve diğerleri, 2005).

Klinik semptom olmadan “erkeklerde bir bakteri türünün ≥ 105 cfu/mL olarak idrar kültüründe üremesi, kadınlarda ise aynı bakteri türünün en az 24 saat ara ile alınan idrar kültüründe üremesi” olarak tanımlanan asemptomatik bakteriüriyi (ABÜ) engellemenin en ideal yolunun, yatkınlık yaratan risk etmenlerini ortadan kaldırmak olduğu, ancak bunun her zaman uygulanamayacağı belirtilmiştir. Asemptomatik bakteriüri olan yaşlılarda ise antibiyotik tedavisinin, yalnızca mukozal kanamaya yol açacak, üriner sisteme yapılacak herhangi bir girişimden önce verilmesi önerilmektedir. Girişimden 12 saat önce, etkene karşı başlanan tedavi ile işlem esnasında oluşabilecek bakteriyemi önlenebilir (Başaran, 2014).

Hematürinin hastalar tarafından bazen önemsenmediği ve beslenmeye bağlanarak geçmesi beklenildiği belirlenmiş, bu konuda aile hekimlerinin dikkat etmesi gerektiği vurgulanarak özellikle sigara içicisi veya pasif içici olanlarda veya ailede kanser öyküsü olanlarda mesane veya böbrek kanseri olabileceği uyarısı yapılmaktadır (Ateş ve diğerleri, 2013).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TIBBİ UYGULAMA HATALARI VE YARGIYA YANSIMASI

3.1. TIBBİ MÜDAHALE HATALARI (MALPRAKTİS)

Tıbbi müdahaleler yetkili kişilerce, rıza dâhilinde, meşru sebeplerle gerçekleştirilse bile; tıp bilimine ve tekniğine, tıbbi standartlara aykırı bir biçimde, dikkatsiz, özensiz bir şekilde yapılmışlarsa tıbbi müdahale hatasının olduğu kabul edilir. Tıbbi müdahalenin, yetkisiz kişilerce veya yetki sınırları aşılarak (ebenin sezaryen ameliyatı yapması gibi), meşru olmayan amaçlarla (maddi çıkar sağlamak için gereksiz ameliyat yapılması gibi) veya kişinin rızası olmadan yapılması hallerinde, tıbbi müdahale hatasından ziyade, hukuka aykırı tıbbi müdahaleden bahsedilir. Her hukuka aykırı tıbbi faaliyet (organ ticareti gibi) tıbbi müdahale hatası sayılmayabilir. Bununla birlikte her tıbbi müdahale hatası hukuka aykırıdır. Tıbbi müdahale sırasında, tıp bilimine ve ilkelerine uygun davranılmış, en yüksek dikkatle ve itina ile performans gösterilmiş, ancak sonuç olumsuz olmuş ise, bu aşamada

müdahale yapmış bireyi sorumlu göstermek mümkün olmamaktadır. Çünkü bu durum, tıp biliminin riskli yapısına bağlı öngörülemez ya da öngörülebilse bile önlenemeyen bir zararlı sonuçtur (Savaş, 2013:43).

Malpraktis; “kanunlar çerçevesinde görevi kötüye kullanan veya görevini yerine getirmeyen, meslek sahibinin görev sürecinde genel olarak kabul edilen meslek standartlarını takip etmede başarısız olduğu haksız bir fiil şeklidir.” Tıbbi uygulama hatası bir başka deyişle; hastaların kendilerine yapılan hatalı uygulamalar ya da bir yan etkinin önlenmesi amacıyla yapılması gereken uygulamaların yapılmaması sonucu zarara uğramaları olarak tanımlanmaktadır. İngilizcede “malpractice” ve Latince “malapraxis” olarak kullanılan malpraktis sözcüğünün Türkçe karşılığı “tıbbi uygulama hatası”, “kötü tıbbi uygulama” ve “hekimliğin kötü uygulanması”dır. Hukuk terimi olan bu kavram İngilizce’de “tazminat davalarına giden hatalı ya da kötü uygulamaları” ifade eden bir sözcüktür (Özgönül, 2010).

1992 senesinde “*Dünya Tabipler Birliği’nin (The World Medical Association)*” Tıpta Yanlış Uygulama içerikli, 44. Genel Kurulunda yayımlanan bildiride; tıbbi uygulama eksiklikleri, doktorun iyileştirme aşamasında normal yöntemi uygulamaması, yetenek noksanlığı ya da hasta olan bireye tedaviyi gerek görmemesi ile doğan zararlar biçiminde tanımlanmaktadır. Tıbbi müdahalelerde rızanın bulunmaması ya da rızanın hukuka uygun olarak (gerekli aydınlatma ve diğer usuller gerçekleştirildikten sonra) alınmamış, ihmal edilmiş olması halleri, bazen tıbbi müdahale hatası sayılabilir. Hastanın aydınlatılmış onamını hukuka uygun şekilde almayan hekimin müdahalesi hatalı kabul edilir. Örneğin; bir ameliyata girmeden önce hastayı aydınlatan hekim, hastasına yeterli bilgi vermeyi ihmal eder ve sonuçta ihmal ederek söylemediği bir olumsuz sonuç oluşursa; burada hekimin hatası, ihmali vardır denilebilir. Tıbbi müdahale hatasından kastedilen muhakkak bir beceri eksikliği bulunması değildir. Tıbbi müdahalenin uygulanması sırasında gerçekleştirilmesi gereken asgari şartların ilgililerce oluşturulmaması da tıbbi müdahale hatası olarak değerlendirilebilir (Savaş, 2013:45).

Aydınlatma konusundaki yetersizlikler de tıbbi hatalar kapsamında sayılmaktadır. Aydınlatma en geniş tanımıyla; “doktorun kabul gördüğü bilgilerle (düşünülen tıbbi müdahalenin çeşidi, şekli, aciliyeti, yan tesirleri, yapılmasının zaruryeti, müdahale sırasında ortaya çıkması muhtemel tehlikeler ve bu tehlikelerin

nasıl bertaraf edileceği, müdahalenin yapılmaması durumunda hastanın karşılaşması muhtemel tehlikeler) hastanın teşhis konusunda şüpheyi yer kalmayacak şekilde bilgilendirilmesi ve uygulanması düşünülen tıbbi müdahalenin üzerinde serbestçe düşünüp karar verecek duruma getirtilmesidir.” (Yılmaz, 2015).

Aydınlatma, özellikle müdahaleyi uygulayacak kişi tarafından alınması gereken ve rızanın geçerlilik şartı olan önemli bir uygulama olduğundan; bu konudaki ihmali (dikkatsiz ve özensiz) davranışlardan kaynaklanan durumlar da tıbbi hata olarak kabul edilmektedir (Savaş, 2013:44).

Tıbbi müdahale hataları uygulamada genellikle, sonuçta zarar oluşmuşsa gün yüzüne çıkar. Tıp uygulamasında, yanlışlıkla yapılan bazı eylemlerin zararları, kendini belli etmez ya da bir şekilde yok olursa bunun tespiti mümkün olmaz. Hatanın gün yüzüne çıkmamış olması, yapılan işin hatalı olduğu gerçeğini değiştirmez ama hatalı işlemin sorgulanmaması sonucunu doğurur. Ceza ve disiplin sorumluluğu bakımından hekim ya da diğer sağlık mesleği mensuplarının yaptığı tıbbi müdahale hataları sonucunda fizyolojik ve psikolojik zarar oluşması şart değildir. Ceza Kanunu’na veya disiplin mevzuatına aykırı fiilin gerçekleştirilmiş olması yeterlidir. Ancak tazminat sorumluluğunun doğması için maddi ya da manevi zararın varlığı gerekir (Savaş, 2013:44,45).

Sonuç olarak; *tıbbi müdahale yanlışının oluşması için; müdahaleyi gerçekleştirecek bireyin, sahip olması gereken bilgi ve becerisinin olmadığı (bilgi eksikliği, tecrübesizlik) veya bilgili, yetenekli olduğu halde o anda dikkat edilmeyen ve itinasız davranışı (dikkatsiz ve itinasızlık) durumunda müdahaleyi, yapması gerektiği biçimde yapmaması gerekmektedir.* (Savaş, 2013:45).

Tıbbi müdahale hatalarını tespit edebilmek için, hatalı olduğu iddia edilen müdahale ile karşılaştırılabilir genel/geçer tıbbi uygulamalar ve geçerli kurallar (standartlar) bulunmalıdır. Tıbbi müdahalede yapılması gerekenler işleme alınırken, tıp biliminin ve tekniğinin her zaman değişmekte ve gelişmekte olan gerekliliği, tam anlamıyla belirtilmemektedir. Bu durum, tıbbi yanlışların hukuk açısından denetimini de güçleştirmektedir (Savaş,2013:45).

Tıbbi uygulama (müdahale) hatalarından kaynaklanan zararlara tıp terminolojisinde “*İyatrojenik Zararlar*” adı verilir.

Yanlış teşhis veya tıbbi özensizlik şeklinde de isimlendirilebilen tıbbi

yanlışlar, “*Türk Tabipler Birliği Etik Ögeleri*” nin “13. Maddesinde” yer alan; doktorluğun kötü kullanılması olarak sunulmuş ve bilgisiz olma, tecrübesizlik veya itinasızlık sebebiyle hasta olan kişinin zarar altında kalması olarak ifade edilmiştir.

Tıbbi hataların meydana gelme sıklığı ve maliyetleri oldukça yüksektir. Örnek olarak, Avustralya’da oluşmuş olan tıbbi hata olgularından 18.000 tanesi ölümle, 50.000 tanesi zarar görme ile sonuçlanmıştır. “1991’de Bedel ve Arkadaşları bir Eğitim-Araştırma hastanesinde yaptıkları araştırmada, ani kalp durmalarının analizini yapmışlardır. İlginç olan sonuç; bu çalışmada olguların % 64’ünde, hastaya zarar veren olayların önlenabilir veya kaçınılabilir olduğu sonucudur”(Savaş, 2013: 46).

3.1.1. Tıbbi Hata Çeşitleri

Çeşitli şekillerde sınıflandırılabilen tıbbi hatalar Savaş (2013)’a göre şu şekilde sınıflandırılmıştır:

Yargı Hataları: Bilgisizlik ve dikkat noksanlığı, maksat ve savsaklamaya bağlı yanlışlar,

Teknik Hatalar: Tıbbi müdahaleyi yaparken var olan yanlışlar,

Beklenti Hataları: Hasta olan kişiye olacak durumları ifade ederken yanlış bilgi ya da gizleme sonucu farklı bekleyişlere itme sonucunda oluşan hatalar,

Mekanik Hatalar: Ekipmanla ilgili hatalar,

Sistem Hataları: Bireylerden değil sistematik biçimde ya da kuruluşlarda meydana gelen yanlışlar.

Farklı bir duruma göre tıbbi hatalar; teşhis, tedavi ve profilaksi (koruma) yanlışları şeklinde üç ana başlık altında aşağıdaki şekilde gözlemlenmiştir:

Tanı hataları

- Hatalı teşhis,
- Tanıda geç kalınma,
- Gerekli testlerin yapılmaması,
- Hatalı veya kıymeti biten bilimsel nitelikte bulunmayan testlerin tabi tutulması,
- Testin yapılışında yanlışların bulunması,
- Monitorizasyon veya test sonuçlarına uygun davranılmaması.

Tedavi hataları

- Ameliyat veya işlem sürecindeki yanlışlıklar,
- İlaç verildiğinde metot veya doz yanlışı,
- Tedavi sürecinde geç kalınma,
- Tedavi tercihinde metot yanlışı,
- Gereksiz veya fazla tedavi,
- Uygunsuz tedavi.

Profilaksi (koruma) hataları ve diğerleri

- Gerekli profilaksinın uygulanmaması,
- Hatalı veya tam olmayan profilaksi uygulaması,
- Yetersiz monitörizasyon ve izlem
- Tedavi takibinin uygunsuz veya yetersiz yapılması,
- İletişim yanlışlığı,
- Cihaz/Ekipman veya sistem hatası.

Tıbbi hatalar, kaynakları yönünden; insan kaynaklı, teçhizat kaynaklı, sistem (organizasyon) kaynaklı olarak sınıflandırılabilir. Bireyden dolayı yanlışlar; yargı yanlışları, tekniksel sorunlar ve ifade (beklenti) yanlışları olarak üç grupta incelenirken, teçhizat kaynaklı olanlar ve sistem kaynaklı olanlar da kendi aralarında çeşitli alt bölümlere ayrılabilir (Savaş, 2013: 47,48).

3.1.2. Türkiye’de Tıbbi Uygulama Hataları

Türkiye’de kamuoyu ve medyanın ilk sıralarında yer alabilen yanlış tedavi iddialarının bir kısmı bazen yargıya da taşınmaktadır. Bu davalar ile genel kanılardan bazıları çok uzun sürmeleri, suçlunun cezasız kalması veya tazminatların yeterli olmayışı olmakla birlikte, bunlardan dolayı toplumda adaletin sağlanamadığına dair duygu ve düşünceler yoğun ve yaygındır.

Bu davalarda ceza ve borçlar hukukunun genel kuralları kullanılmaktadır. Hata veya ihmal kaynaklı zararların telafisi için akademik çevrelerde özel bir hukuk sisteminin gerekli olduğu uzun zamandır tartışılmaktadır. Diğer taraftan ayrı bir sorun alanı, iddia eden şahsın lehine sonuçlanan davalarda tazminatların ödenmesi konusudur (Güngör ve diğerleri, 2012).

Geçmiş 30 senede gelişmiş ülkelerde ve son senelerde de Türkiye'de etik, yasal ve tıbbi açıdan tartışılmaya başlayan hekimlik uygulama hataları (malpraktis) çok yönlü bir konudur. Yasal düzenlemeler yönünden malpraktis bağlamında, sağlık personelinin beklenen güncel standart uygulamayı yapmasıdır. Malpraktis kavramı üzerine yapılan tartışmalar gelişmiş ülkelerde hatanın oluşmasını engellemek üzerine iken; Türkiye'de malpraktis ve komplikasyon ayrımı üzerine olmakla birlikte, tıbbi standartlar tam belirlenmemiş ve yasal düzenlemeler yetersizdir. (Yıldırım ve diğerleri, 2009).

Türkiye’de tıbbi uygulamalarda hekimlerin özen yükümlülüklerini ihlal etmeleri ve kusurlu olmaları durumu Türk Ceza Kanununun 22. maddesi kapsamında taksir olarak tanımlanmıştır : *“Taksir, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyle gerçekleşmesidir.”* Hukuki açıdan taksir, failin tahmin edilebilir nitelikteki sonucu tahmin edememesi şeklinde olabileceği gibi, sonucu tahmin ettiği halde, bunu istememesi şeklinde de oluşabilir. Taksirli yaralama ile birlikte hastanın taksir sonucunda hayatını kaybetmesi, ceza hukukunda; *“failin ağır sonuçları ve hekimi tehdit eden cezai, mesleki ve sorumluluk hukukuna ilişkin neticeleri”* dolayısıyla tıp hukuku pratiğinde önemli rol oynamaktadır (Hakeri, 2014).

Özata ve Altuncan (2010) *“Konya’da faaliyet gösteren Üniversite, Sağlık Bakanlığı ve Vakıflara ait 4 farklı hastanede”* yaptıkları çalışmada, tıbbi hata kaynaklarının; sağlık çalışanı sayısındaki yetersizlik, iş yükünün çok olması, sağlık çalışanına görevin dışında işlerin yüklenmesi, yorgunluk, stres, uzun çalışma saatleri, aylık nöbet sayılarındaki fazlalık, yetki, görev ve sorumluluklarının tamamen belirlenmemiş olması, tükenmişlik duygusu, iletişim eksikliği, yöneticilerden memnun olmamak, olumsuz fiziksel ortam, doktor orderlarının anlaşılabilmesi (yazı veya dilin kötü olması), deneyimsizlik, sağlık personelinin çalıştıkları birimlerin sürekli değiştirilmesi, mesleki bilgi yetersizliği, sistemin hataları önleyecek yapıda olmaması, mesleğin sevilmemesi, protokol ve prosedürlerin hiç olmaması ya da anlaşılabilir olmaması, kayıtların düzenli tutulmaması, mesleki açıdan hizmet içi eğitimlerin yapılmaması, nöbet değişimlerinde dikkatsizlik, hastanın bakımı ve tedavisi hakkındaki bilgilerdeki eksiklikler olduğunu göstermişlerdir.

Ertem ve diğerleri (2009) tıbbi hataların senelere göre neler olduğunu, nasıl

sonuçlandığını ve yasal süreçlerinin nasıl işlediğini ortaya çıkarmayı amaçlamışlardır. Çalışma sonucu ile %65.2 oranında hekimlerin, %12.2 oranında da hemşirelerin tıbbi hataları yapan kişiler oluşturduğu belirlenmiştir. Klinik alanlara bakıldığında en çok hatanın olduğu %43.6'lık bir oranla ameliyathane cerrahi bölümüdür. %19,2 oranında tedbirsizlik, %8,7 oranında yanlış ilaç uygulaması, %17,4 oranında yanlış tedavi, %10,5 oranında yanlış tanı, %11,6 oranında dikkatsizlik hatalı tıbbi uygulamaların sebepleridir. Tıbbi hatanın kaynağına bakıldığında %62,1'i meslekte acemilikten-bilgi eksikliğinden, sonucuna bakıldığında %49,4'ünün ölüm, yargı yönünden bakıldığında %68'lik kısmının taşındığı, kurumlar açısından bakıldığında %38,4'ünün özel hastaneler olduğu, maruz kalanlar açısından bakıldığında hastanede kalma sürelerinin uzadığı gözlenmiştir.

Türkiye’de meydana gelen malpraktis olgularının genel olarak nedenleri; bilgi teknolojilerinden yeterince faydalanılmaması, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların yeterli olmayışı, fiziki ortamdan kaynaklanan sorunlar, cihazların yetersiz olması ve kalibrasyonlarının yapılmaması, stres, meslekten memnun olmama, yorgunluk, fazla sayıda hasta olması, vardiyalı çalışma sistemi, çalışma saatlerinin uzun olması, sağlık personelinin sayıca yeterli olmaması ve eğitim kurumlarının nitelsiz sağlık personeli yetiştirmesi gibi birden fazla faktörden oluşmaktadır (Güngör ve diğerleri, 2012).

Tıbbi maliyetler, maaş kaybı ve hayat bakımı maliyetleri gibi ekonomik zararlar, şiddetli ağrı ve duygusal bozukluklar ,uzuv ve organ kaybı, görme kaybı, sevgisizlikten veya yetersizlikten kaynaklı hayattan hoşlanmada azalma gibi psikolojik ve fiziksel bozukluklar malpraktiste oluşan zararlardır. Türkiye’de bu kayıpları azaltmak adına yapılan düzenlemeler; “*Türk Ceza Kanunu (TCK), Ceza Muhakemesi Kanunu, Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, Hasta Hakları Yönetmeliği, 2238 Sayılı Organ ve Doku Alınması Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun, Devlet Memurları Kanunu, Umumi Hıfzısıhha Kanunu, Hususi Hastaneler Kanunu, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ve 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun*” ve bazı yönetmeliklerdir (Yıldırım ve diğerleri, 2009).

3.1.3. Komplikasyon (İzin Verilen Risk):

Hekimlik uygulamalarında hastalar açısından belirli bir risk bulunmaktadır. Bu riskler, hekimlik uygulamalarının doğasında bulunmakta, büyük kısmı, hekim

tarafından yeterli dikkat ve özen gösterilmiş olsa bile, kaçınılmaz nitelik taşımaktadır. **Burada söz konusu riskler, izin verilmekte olunan risk çerçevesinde kaldığı sürece komplikasyon (istenmeyen durum) olarak adlandırılmaktadır. “Komplikasyon olduğu durumlarda; tıbbi uygulama hatasından, hekimin kusurlarından ve dolayısıyla hekim ve idarenin sorumluluklarından söz edilememektedir.”** Yapılan tıbbi müdahale, uygulanmakta olan klasik tıp bilgilerinde ve uluslararası literatürde komplikasyon adıyla geçmekteyse ve bu müdahale tıpta kabul edilen sapmalar ve normal risk çerçevesi içinde yapılmışsa, istenmeyen sonuçlar ortaya çıksa bile, hekime sorumluluk yüklenmemektedir (Biltek, 2007: 2001).

“Deneyimsizlik, ilgisizlik ya da bilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi, hekimin tanıda ya da tedavide, standart ve belirlenmiş olan davranış biçimlerine göre farklı davranması ya da görevi ihmali sonucunda, hastanın geçici olarak sağlığında bozulma yaşaması ve hatta hastanın ölümüne kadar giden bir süreçte zarara uğraması durumunda ise malpaktis (tıbbi uygulama hatası) söz konusu olmaktadır.” Zamanında fark edilememesi veya fark edilmesine rağmen hemen gerekli önlemlerin alınmaması ya da fark edilip gerekli önlemler alınmasına rağmen, yerleşmiş rutin tıbbi müdahalede bulunulmaması durumunda komplikasyon malpaktise dönüşmektedir.

Tıbben gerekli olan bir müdahalede, modern tıbbın gerektirdiklerine ve hekimlik mesleğinin ilkelerine uygun davranıldığı sürece, müdahaleyi yapan sağlık personelinin hiçbir hukuki sorumluluğu yoluna gidilememektedir.

Sağlık ocağında görevli pratisyen hekimin, hastanın sevki için yeterli zamanın bulunmadığı bir durumda, anne ve bebeğinin hayatı söz konusu olduğu durumlarda riskli bir doğum eylemine girişmesi,

Kafa içinde meydana gelen kanama sebebiyle, hastanın ameliyata alınması zorunluluğu olan durumda ve hastanın ameliyat sırasında veya sonrasında cerrahi girişimin büyüklüğüne bağlı olarak meydana gelen ikinci bir kanama sebebiyle yaşamını yitirmesi,

Bütün testleri ve ilgili uzman doktor konsültasyonları yapılmasına rağmen, kontrol altında tutulan pelvis kırığı (leğen kemiği) tanısı ile takip edilen bir hastanın, geçirdiği yaralanmanın bir komplikasyonu olan; yağ embolisi nedeniyle kaybedilmesi,

Lumbal (bel bölgesi) disk kayması operasyonlarında, gereken dikkat ve özenin gösterilmesine rağmen, hastanın ameliyat komplikasyonu olarak ayağında güç kaybının ortaya çıkması,

Fazla miktarda acil kanaması olması durumunda, mevcut steril malzemelerin yetersiz kalması sonucunda, steril olmayan malzemelerin kullanılmasına bağlı hastada enfeksiyon ortaya çıkması gibi durumlarda, izin verilen riskten bahsedilmektedir.

Yukarıda verilen örneklerdeki durumlarda, tıbbi girişimi yapan sağlık personeli sorumlu olmayacağı gibi, idarenin de sorumlu tutulmayacağı açıktır. Bu gibi durumlarda; kusurun olmadığı, sorumluluğun olmadığı ve tazmin yükümlülüğünün de olmadığı sonucuna varılmaktadır (Biltek, 2007: 2002).

3.1.4. Dünyada Tıbbi Hatalar

Dünyada, sağlık hizmeti sunan sistemlerdeki bilgi, beceri, tecrübe, özen eksiklikleri ya da ihmaller sonucunda insanlar zarar görebilmektedir. Farklı boyutlardaki her tür girişimde, tıbbi hatalarla karşılaşılabilir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1997 senesinde 44.000 insan önlenebilmesi mümkün olan tıbbi yanlışlar sonucunda hayatını kaybetmişlerdir. Tablo, tıbbi yanlışlardan dolayı olan ölümlerin, kaza sebebiyle oluşan ölümlerden daha fazla olduğunu göstermektedir (Savaş, 2013: 52,53).

Tablo 2: Amerika Birleşik Devletleri'nde ileri sürülen ölüm sebepleri ve sayıları

Kalp Hastalıkları	726,974
Kanser	539,577
Serebrovasküler Hastalıklar	159,791
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıkları	109,029
Tıbbi Hatalar (Malpraktis)	44,000-98,000
Kazalar	95,644
Motorlu taşıt kazaları	43,458
Pnömoni ve İnfluenza	86,449
Diyabet	62,636

3.1.4.1. ABD

ABD’de 19. Yüzyılın ikinci on yılında tıbbi uygulama hatası davaları oranı, yaklaşık 10 kat; nüfus ise %85 oranında artmıştır. Bu davalar, standart bir uygulamanın tespit edilmesi ve doktorların yargılanabilmesi için standart uygulamadan sapmanın gerektiğini göstermiştir. Tıbbi Uygulama Hatası Yasası’nın oluşturulması için de “ölçülebilen yanlışlara karşı standartlar oluşturulması” konusu gündeme gelmiştir. Bu durum, bakım standardını arttırırken; hekimler için de bağlayıcı olmuştur. 1847 ‘de yaşanmış, ilk ulusal düzeydeki tıbbi uygulama hatası krizi esnasında kurulan “Amerikan Tıp Derneği”, yüzyılın geri kalan yıllarında temel standartları belirlemiş, ardından tıbbi yönetmeliği oluşturmuş ve standartlara aykırı davranışlarda devlet yaptırımını kullanmayı sağlamıştır. *Amerikan Tıp Derneği* 19. yüzyılın sonlarına gelindiğinde, doktorların tıbbi uygulamalarını %80 oranında kontrol edebilmiştir.

1959’da Kaliforniya Eyaletinde, hekimlerin acil girişimleri nedeniyle kovuşturmayla uğramalarını önlemek için, hekimi koruyan bir kanun çıkarılmıştır. Bu kanun, acil durumlarda gerçekleştirilen iyi niyetli ve yaşam kurtarmaya yönelik girişimlerde ortaya çıkabilecek, sakatlık ya da ölüm durumlarında uygulanmıştır.

ABD’de 1969’da hastanelerle ilgili standartlar yeniden gözden geçirilmeye başlanmış ve tıbbi uygulamalarda gizlilik, bilgilendirme, hastaların birbiriyle eşit ve insancıl tedavi görmeleri gibi hususlar incelenmiştir. “*Amerikan Hastaneler Birliği*” 1972’de “*Hasta Hakları Beyannamesi*”ni yayımlanmıştır. Hasta hakları ile ilgili olarak yayımlanan ilk belgedir ve haklarla sorumluluklar açısından önemli kabul edilir.

ABD’de bir tıbbi ihmal olayı ortaya çıktığında, davalının (sağlık personelinin) davranışı, kabul edilen bakım standardı ile karşılaştırılır. İhmal ile ilgili yasalarda standart bakım, “*aynı ya da benzer bir durumda o durumdan sorumlu olan ortalama bir hekimin vermesi gereken bakım*” olarak kabul edilir. Amerikan adalet sisteminde, uzman tanık (Expert Witness) ifadesi, karar için çok önemlidir. Uzman tanık, kabul edilebilir tedavi modelleri sınırlarında standart bakım kriterlerini gösterip, tıbbi gerçekleri yorumlamadıkça jürinin; tıbbi uygulama hatasını, komplikasyondan ayıracak teknik bilgi ve donanıma sahip olması beklenemez.

ABD’de, tıbbi hatadan doğan zararların tazmininde, kusura dayanan tazmin esasının kabul edildiği; belirlenen tazminatın, hekimlerin mesleki sigorta primleri ile finanse edilen, özel sigortacılık sistemi aracılığı ile karşılandığı bilinmektedir.

Amerika’da 50 eyaletin 21’inde zorunlu bir raporlama sistemi vardır. Beklenmeyen ölümler, yanlış taraf cerrahisi gibi olaylar, zorunlu olarak bildirilmesi gerekenlere örnektir. Özel olarak geliştirilmiş raporlama sistemleri şunlardır:

“Institute for Safe Medication Practices (ISMP)”, ilaç hatalarının raporlanması için kurulmuş olan ulusal bir sistemdir.”

“Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), Sistem, gönüllü ve gizli bir sistemdir. Hastalığın seyrinden kaynaklanmayan bir olay veya beklenmeyen ölüm durumlarının ya da organ kaybı gelişmesi gibi olayların bildirilmesi gereklidir.”

“United States Pharmacopeia Medmarx, sistem zayıflıklarını saptar ve zararları tanımlayarak, iyi uygulamaları belirler. İlaç yan etkileri ve diğer hatalar Medmarx’ a kaydedilir. Her ay sisteme ortalama 20 bin raporun girildiği bildirilmiştir (Savaş, 2013: 53,54).”

3.1.4.2. İngiltere

1990 senesinin ilk yıllarında İngiltere, Ulusal Sağlık Hizmetleri’nde (National Health Service=NSH) yeniliklere yönelmiş ve hastaların haklarını kapsayan yenilikler yapılmıştır. Bilgisayar ortamındaki bilgilerin saklanması için 1987 yılında bir yasal düzenlemeye gidilmiş ve 1991 yılında da hastaların bilgilerine ulaşması hakkı tanınmıştır.

İngiltere’de sağlık hizmetlerinde tıbbi hata ya da istenmeyen sonuçlar doğuran olaylar üzerine önemli bir çalışma Brighton’da bir hastanede yapılmıştır. 1990 ve 1992 yılları arasında, 12 uzmanlık dalında hastaneye başvuran 15.000 hastanın bilgileri, hatalı uygulama olgularını saptamak amacıyla taranmıştır. Sonuçlar, uzmanlık alanları arasında farklılık göstermektedir.

İngiltere’de hastaneye sahip olan ve hekim çalıştıran 190 sağlık bölgesi bulunmaktadır. Hastane hekimleri genellikle sözleşmelidir. Ayaktan bakım hizmetleri için kişi başına geri ödeme uygulanmaktadır. Hastanelerin çoğunluğuna sahip olan NSH sistemi, kamuya ya da gönüllü kuruluşlara ait olup, toplam yatak kapasitesinin

%90'ını oluşturmaktadır.

İngiltere'de bulunan “*Ulusal Hasta Güvenliği Derneği (NPSA)*” tarafından “*Ulusal Raporlama ve Öğrenme Sistemi(NRLS)*” nin kuruluşu gerçekleşmiştir. Bu sistemin hedefi; vakaların bildirilmesiyle örnek gösterilen olayları tanımlamak, yan etkilerden çıkarımlar yapmak, majör donanım yanlışlarını tespit etmek, çözüm üretmek ve paylaşmak ve raporlama kültürünü geliştirmektir. Günümüzde, NRLS' ye sağlık kuruluşlarının %90'ı aktif olarak veri gönderiyor. Genellikle raporlanan durumlar, hastada gelişen beklenmeyen olaylar veya ortaya çıkan kazalardır(Savaş,2013: 55,56).

3.1.4.3. Hollanda

Hollanda'da hasta hakları ve tıbbi hatalar konusunda hastanelerdeki istenmeyen olayları irdeleyen, bazı mesleki veri tabanları ve komplikasyon kayıtları dışında kaynak bulunmamaktadır. Hasta şikâyetlerinin ve davaların ana sebepleri, zayıf iletişim ve hastanın ihtiyaçlarına yönelik yetersiz yaklaşımlar olarak belirlenmektedir. 1997'de Hollanda Cerrahi Derneği, ülke genelinde cerrahi şikâyetlerin bildirileceği bir kayıt sistemi kurmuştur. Hollanda'da, tıbbi hataları önleme amaçlı uygulamaları; cezalandırmaya yönelik olanlar ve eğitime yönelik olanlar şeklinde gruplandırmak mümkündür.

Hollanda, cezalandırmaya yönelik iki “*dış denetim mekanizmasına*” sahiptir. Birincisi, hasta şikâyetlerinin yapılabileceği, bir atanmış hekim olmak üzere iki hukukçudan oluşan (beş adet) **tıbbi kurul**; ikincisi ise, **medeni hukuk sistemidir**. İç denetim mekanizmaları; hastalar tarafından bildirilen şikâyetler, hata ve muhtemel hata bildirimlerine dayanır. Eğitime yönelik uygulamalarla da tıbbi hataların tespiti ve önlenmesi için çalışılmaktadır. Hastanelerde danışmanlık hizmeti veren tıbbi hata sigorta şirketleri, klinik risk yönetimi çalışmalarını teşvik etmekte, tıbbi bakımların uygun olup olmadığını izlemek yönünde çalışmalar yapmaktadırlar.

Aile hekimleri Hollanda sağlık sistemi içinde merkezi bir konuma sahiptir. Hollanda'da aile hekimlerine karşı tıbbi hata davası açılması alışılmış bir durum değildir(Savaş, 2013: 57,58).

3.1.4.4. İsveç

İsveç'te hasta haklarına yer verilen, sağlıkla ilgili bazı yasal düzenlemeler bulunmaktadır. Hasta hakları iki şekilde geliştirilmiştir: Bilgi verme, istek, bakım ve tedaviyi içeren yasal hakları, *“Sağlık ve Tıbbi Hizmetler Sözleşmesi”* ve *“Sağlık ve Tıp Personeli Görevleri Sözleşmesi”* nde bulunmaktadır.

Tüm sağlık hizmetlerinin (dış hekimliği ve özel sektör de dâhil) denetim mekanizması olan *“Ulusal Sağlık ve Refah Kurulu”*, sağlık hizmeti sunanların uyması için düzenli olarak rehberler, tavsiyeler ve diğer bilgiler yayımlar, şikâyetleri değerlendirir ve gerekirse hastaları, direkt başvurma imkanları da olan Tıbbi Sorumluluk Kurulu'na gönderir. Doktorlardan, hastanelerden, hastalardan raporlar alır.

İsveç'te, sağlık hizmeti sunanların tümü, sağlık hizmetleri kalitesinin iyileştirilmesi adına bütün istenmeyen olayları ya da bütün riskleri, *“Ulusal Sağlık ve Refah Kurulu”* na bildirmekle yükümlüdürler. Bildirilmesi gereken olaylar, bir hastanın sağlık hizmeti sunumundan zarar gördüğü olaylar ya da zarar görme riski bulunan olaylardır. Bildirilen tüm olaylar, ulusal bir sicile kaydedilmekte ve burada tanı-tedavi düzeyi, tıbbi, farmasötik hata olup olmadığı gibi bir dizi göstergeye göre sınıflandırılmaktadır. Bu veri tabanından hastanelere, primer bakım merkezlerine ve eğitim merkezlerine dağıtılmak üzere düzenli olarak anonim bilgi bültenleri yayımlanır. İsteyen herkes bu materyali kısıtlama olmaksızın kullanabilir.

İsveç'te 1997 yılında, Ulusal Sağlık Kurulu, sağlık hizmetleri ve dış hekimliğinde kalite sistemlerinin kullanılması konusunda yasal tedbirler almış, yönetmelik oluşturmuştur. Mevcut kalite sistemleri düzenlenip standardize edilmiştir. Ayrıca her il yönetimi, vatandaşları için, bir şikâyet kurulu oluşturmakla yükümlüdür. Medikal Sorumluluk Kurulu olarak da isimlendirilen kurul, bildirilen şikâyetlerdeki hataları analiz eder ve sonuçlarını halka açıklar (Savaş, 2013: 59,60).

3.1.4.5. Avustralya

1993 senesinde Avustralya Olay İzlem Sistemi oluşturulmuştur. Bu sistemin hedefi; yeni olaylardan, eğilimlerden ve tehlike faktörlerinden öğrenmeyi yaygınlaştırmaktır. Sistemde, geçmişten tanı konan vakalar, tüm yan etkiler, yanlışlar,

donanım sorunları, yeni tanımlanan zararlar, intihar gibi özellikli vakalar sunulmaktadır.

Avustralya, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında meydana gelen tıbbi hataların sayısı konusunda ciddi girişimlerde bulunmuş ve geniş kapsamlı çalışmalar yapmıştır. *“14000 hastane girişinin tıbbi kayıtlarının, geriye dönük olarak gözden geçirildiği, 1992 yılına dayanan çalışmada; hastane girişlerinin % 16’sının istenmeyen olay ilişkili olduğu belirlenmiştir.”* Avustralya Sağlık Hizmetlerinde Kalite Araştırması; istenmeyen olayların tespiti, sayısı ve önlenmesine yönelik sonuçları net olarak ortaya koymuş ve hangi alanlara yönelik çalışılması gerektiğini belirlemekte faydalı olmuştur.

Avustralya’da tıbbi hata kaynaklı zararlara bağlı sorumluluklarda, kusurun aranıp aranmaması noktasında, karma bir sistem benimsenmiştir. Zararlar, karma olarak (özel sigortalar ve kamu kurum-kuruluşları tarafından) karşılanmaktadır (Savaş, 2013: 61,62).

3.1.4.6. Japonya

Japonya’da 2004 yılında ulusal bir sistem kurulmuştur. *“Japonya Sağlıkta Kalite Konseyi”* açısından zorunlu olarak yapılmakta olan vaka bildirimleri, sistemde saklanmaktadır. Bu aşamada, eğitim hastanelerinin vaka bildiriminde bulunması mecburidir, farklı hastaneler de buna katılabilir.

Japonya’da, 1970’de 100 doktora 0,09 malpraktis davası düşerken, 1998 yılında, 100 doktora 0,25 dava düştüğü saptanmıştır. Bunun nedeni olarak, artan doktor sayısı, nüfustaki yaşlanma, tıbbi bakımdaki ilerleme ve teknolojik gelişmeler gibi faktörler sayılabilir. Japonya’da bir hasta, ilgisizlik nedeniyle doktora veya buna izin verdiği için de hastaneye tazminat davası açabilir. Aynı konuda ceza davası da açılabilir. Tıbbi hatalardan doğan zararların tazmininde sigortaların, sağlık kuruluşlarının ve bağımsız sağlık çalışanlarının ödemedede bulunduğu bilinmektedir.

Sağlık Bakanlığı doktorları değerlendirme yetkisine sahiptir. Sağlık Bakanlığı aşağıdaki durumlarda doktorluk yetkisini kaldırabilir ya da sürekli olarak dondurabilir:

- Doktor uyuşturucu bağımlılığı ya da ruhsal dengesizlik sebebiyle tıbbi uygulamalarını aksatıyorsa,

- Doktor hakkında bir mahkûmiyet kararı alınmışsa,
- Doktorun kriminal ya da sahtekâr tıbbi uygulamalar içinde olduğu tespit edilmişse(Savaş, 2013: 63).

3.1.4.7. İspanya

İspanya’da tıbbi uygulama hataları ile ilgili ilk davaların 1980’lerde ortaya çıktığı görülmektedir. Bu yıllarda geleneksel hasta-doktor ilişkisi; daha çok servis veren-müşteri ilişkisi şeklindeydi. Sağlık sektörünün endüstri boyutu kazanması, kurumsallaşmanın ön plana çıkması, hekim-hasta arasına diğer mekanizmaların girmesi müşteri-hizmet veren ilişkisinin gelişmesinde etkili olmuştur.

“*Barcelona Tabipler Birliği*” nin 20.000 üyesi mevcuttur. Bu hekimlerin hakları ve davalarının takibi ile ilgilenmektedir. Üyelerine ilişkin tüm tıbbi hata şikâyetleri ilk olarak bu birliğe ulaştırılır. 1986-1991 yılları arasında şikâyet dosyalarında % 232 oranında artış görülmüştür. Bu sayı, İspanya’da her 100 doktordan bir tanesinin tıbbi hatalar ile ilgili olduğunu göstermektedir. Doktorlar arasında en fazla tıbbi hata iddiası ile karşılaşanlar: Kadın doğum, ortopedi, plastik cerrahi, anestezi, beyin cerrahi ve göz hastalıkları uzmanlarıdır. İspanya’daki son durum, halkın tıp hizmeti alırken tıbbi hatalar konusunda normalin çok üstünde bir duyarlılık içinde olduğunu göstermektedir (Savaş,2013: 64).

3.2. TIBBİ UYGULAMA HATALARINDA HUKUKSAL AÇIDAN CERRAH-HASTA İLİŞKİSİ

3.2.1. Vekâlet Sözleşmesi

Vekâlet sözleşmesi, vekile (yani cerraha), müvekkilinin (yani hastasının) çıkarına ve iradesine uygun olacak bir sonucu hedefleyen bir iş görmeyi, bir zaman kaydına bağlı olmaksızın ve nispeten bağımsız olarak yapma borcunu ve sonucu elde etme riskini yüklemektedir. Vekâlet sözleşmesinin oluşması için gerekli unsurlar şunlardır: “Bir iş görmenin teşkil etmesi”, “işin hasta çıkarına ve iradesine uygun yapılması”, “iş görmenin zaman kaydına bağlı olmaması”, “sonucun elde edilememe riskinin bulunmaması”, “ tarafların her zaman sözleşmeden vazgeçebilmeleri” ve “işin

müvekkilin rızası sonucunda yapılması” olarak sıralanmaktadır (Tümer, 2013: 35).

Bir iş görmenin teşkil etmesi: Cerrah, hastanın tedavisini (ameliyatla ya da ilaçla), yani maddi bir eylemin yapılmasını üstlenmektedir. Borçlar kanununa göre hekimin hastasını tedavi etmesi bir “iş görmedir”.

İşin hastanın çıkarına ve iradesine uygun yapılması: Cerrahın gördüğü iş (teşhis, tedavi veya ameliyat) hastası olan kişinin yararına olmalı ve onun iradesine uygun olarak yapılmalıdır.

İş görmenin zaman kaydına bağlı olmaması: Vekâlet sözleşmesi ile hekim sadece hastasının iyileşmesi ve şifa bulması için gerekli tıbbi müdahaleleri yapmayı üstlenmiştir. Hekim, sözleşmenin ifası esnasında herhangi bir süreye bağlı değildir. Zaten söz konusu tıbbi müdahalelerin de ne kadar süreceğini önceden kestirmek mümkün değildir. Bir cerrah tedavi ettiği hastasına tedavi süresi ile ilgili bir taahhüt verir ise vekâlet sözleşmesi dışına çıkar. Örneğin, bir fıtık ameliyatından sonra üç gün içerisinde işe başlayacaksınız diye bir taahhüt verilmesi sözleşme kapsamı dışında bir işlemdir.

Sonucun elde edilememe rizikosunun bulunmaması: Hekimle hasta arasında yapılan sözleşmede, hekim hiçbir zaman işin sonucunu, yani hastasının iyileşmesini garanti etmemektedir. Bu nedenle tıbbi ya da cerrahi tedavi yönteminde, hekimin kusuru bulunmaksızın başarılı olamama rizikosu yoktur.

Cerrah hastasına yaptığı tedavi sonrasında iyileşme “garantisi” verebilir, bu durumda cerrah vekâlet sözleşmesinin dışına çıkar ve *eser sözleşmesi* kapsamı içerisine girer. Bu durumda hasta, vaat edilen “garanti” yerine gelmediği zaman cerrahtan bazı hukuki talepleri olabilir (Tümer, 2013: 36).

Bu nedenle cerrahların daha rahat çalışabilmeleri ve hukuki süreçler içerisinde yer almamaları bağlamında, yapacakları cerrahi ve tıbbi tedavilerde, sonucun iyi olacağı garantisinden kaçınmaları gerekmektedir.

Ücret: Vekâlet sözleşmesinin zorunlu unsuru değildir. Muayenehanede yapılan muayene ve karşılığında istenen tedavi ücretleri; ücretin ilan edilmesi niteliğinde olup, hasta hekime başvurmakla bu ücreti kabul etmiş sayılır.

Tarafların sözleşmeden (tedaviden) vazgeçebilmeleri: Borçlar kanuna göre, vekâletten azletme ve istifa etmek her zaman mümkündür. “*Tıbbi Deontoloji tüzüğü*nün 19. Maddesi; sözleşmeden istifayı (yani tedaviyi bırakmayı) hizmetin önemi

ile orantılı şekilde, haklı birtakım koşullara bağlamıştır. Buna göre; genel ahlak kurallarına aykırı bir şekilde hastayı terk etmek, hekimi ağır hukuki ve cezai sonuçlarla karşı karşıya bırakabilir.”

Hukuk açısından belki avukat- müvekkil ilişkisi bu şekilde tanımlanabilir iken tıp mesleğinde hem hastanın tedaviden vazgeçme şartları, hem de hekimin hastayı tedavi etmeme şartları mesleki kurallar ile tanımlanmıştır.

Hekimin, hastayı tedavi etmeyi kabul etmemesi: “*Tıbbi Deontoloji Tüzüğü’nün 18. Maddesi*” “hekim ya da diş hekimi acil yardım, resmi ya da insanı görevin yerine getirilmesi hariç olmak üzere mesleki ve kişisel sebeplerle hastaya bakmayabilir” şeklindedir(Tümer, 2013: 37).

3.2.2. Eser Sözleşmesi

“818 sayılı Borçlar Yasası”nın 355-371 maddeleri ve yeni “6098 sayılı Türk Borçlar Kanunu”nun 470-486 maddelerinde yer alan sözleşme türüne “Eser Sözleşmesi” denmektedir. Yasada eser sözleşmesi, “bir eser meydana getirme” olarak tanımlanmıştır. Bir eşyanın, bir motorlu aracın, bir aletin bakımı ve onarımı, bir yapının boya-badanası, binalardaki elektrik, su, kalorifer tesisatlarının bakımı ve onarımı, bir işin düzenlenmesi (organizasyonu) bu sözleşme türünün konuları arasındadır (Tümer, 2013: 44) .

Doktorluk mesleğinde özellikle, plastik cerrahi ve protez yapan diş hekimliği gibi uzmanlık dallarında, doktorlar hastalarına yapacakları eserleri önceden göstererek, belli bir taahhütün altına girebilirler. Bu durumda taahhüt eden hekim, “bir eser meydana getirme” konusunda hastası ile vekâlet sözleşmesi dışında farklı bir sözleşme yapmış olur ki bu sözleşme hukuk normlarında “eser sözleşmesi” olarak kabul edilir.

Yargıtay’ın bu konuda aldığı çok sayıda karar mevcuttur. “1993 yılında 2741 sayılı, Yargıtay 13. Hukuk Dairesi” kararında: “*Davada dayanan maddi olgu, burnun estetik ameliyat yapılmak suretiyle istenilen ve kararlaştırılan biçim ve şekle uygun güzel bir görünüm kazandırılmasıdır. Bu olgudan hareket edildiğinde, böyle bir sözleşmede sonucun ortaya çıkması yönünden teminat verilerek borç altına girildiği, diğer bir anlatımla belli bir sonucun elde edilmesinin kararlaştırıldığı kuşku ve duraksamaya yer olmayacak şekilde açıktır. O nedenle, bu tip sözleşmenin eser*

sözleşmesi olarak kabul edilmesi....Gerçekte de bu sözleşmedeki yükümlülük vekalet sözleşmesinin konusunu oluşturan bir iş görme niteliğinde değildir. Çünkü burada vekalet akdindeki unsurların aksine çalışma sonunda; istenilen belli bir sonucun mutlaka elde edilmesi amacı güdülmektedir. Eser sözleşmesinde yüklenici eseri meydana getirmekle ve onu teslim etmekle yükümlüdür Sadakat borcu iş görenin iş sahibinin yararına olacak şeyleri yapmak ve ona zarar verecek her türlü hareketten kaçınmak borcu anlamını taşır” diyerek, bir estetik ameliyatında ortaya çıkan istenmeyen durumun eser sözleşmesi kapsamında olduğunu belirtmiştir (Tümer, 2013: 45).

Tıp hukuku açısından değerlendirildiğinde, *“bir sözleşmesinin eser sözleşmesi olarak kabul edilebilmesi için; tarafların meydana getirilecek eser ve karşılığında ödenecek ücret konusunda anlaşmış olmaları ve doktorun belirli bir sonucu yaratmayı borçlanmış olması gerekmektedir.”* Hekimlik sözleşmesi açısından (vekâlet sözleşmesi) duruma baktığımızda ise; hekim hiçbir zaman hastasına bir eser meydana getirmeye söz vermemiş ve iyileşme garantisi vermemiştir(Tümer, 2013).

Bir cerrah kendi isteği ile vekâlet sözleşmesi kapsamı dışına çıkabilir. Bunun en önemli nedeni maddi kaygılardır. Özellikle muayenehane ve özel hastane gibi çalışma ortamlarında rekabetçi yaklaşımlar, cerrahları hastalarına bazı vaatler vermeye itebilir. Bilinmesi gereken husus, verilen vaat yerine getirilemediği durumlarda, hastanın doktor hakkında, vaadin yerine getirilmediği konuda, şikâyetçi olma hakkının doğmasıdır. Eser sözleşmesi niteliğindeki hekimlik sözleşmelerinde, kusurun hekimin kasıt veya ağır kusuru ile gerçekleşmesi durumunda 10(on) yıl, diğer hallerde 5(beş) yıl zaman aşımı süreleri vardır.

Doktorun hastası üzerinde uyguladığı tıbbi müdahalelerin hepsinin eser sözleşmesi niteliğinde kabul edilmesi mümkün değildir. Doktorun ancak sonuç taahhüdünde bulunduğu tıbbi müdahalelerde, eser sözleşmesi hükümleri uygulanabilir. Doktorlar için dikkat edilmesi gereken konu; tıbbi müdahaleler sırasında yapacakları işlemler için taahhütte bulunmamaları, bulundukları işi yerine getiremedikleri durumlarda da, eser sözleşmesi hükümlerine göre bir tazminat hakkının doğabileceğinin bilincinde olmalarıdır(Tümer, 2013: 46).

3.2.3. Tıbbi- Cerrahi İşlemlerin Hukuka Uygunluk Şartları

Tıbben gerekliliği tartışılmayan bir cerrahi-tıbbi işlemin, özenle yapılması durumunda, hukuka uygunluğu açısından üç önemli şart aranır. Bunlar cerrahın yetkinliği, hastanın yapılacak cerrahi-tıbbi işlem hakkında bilgilendirilmesi ve onay vermesidir.

3.2.3.1. Yetkinlik

Müdahaleyi yapan kişinin sağlık personeli olması ve yetkili olması yapılan cerrahi-tıbbi girişimlerin hukuka uygunluğu açısından önemlidir. Bazen hekimler kendi yetki alanları içerisinde olmayan cerrahi işlemleri veya tedavileri uygulayabilmektedirler, bu durumda yapılan işlemin hukuka uygunluğu ortadan kalkar. Yetkinlik, ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanan ve denetlenen uzmanlık eğitimleri ile kazanılır. Uzmanlık eğitimleri, hekime verilecek yetkinlikleri kendi eğitim müfredatlarında açıklar ve kendi uzmanlık alanından mezun olacak kişilerin hangi tıbbi ve cerrahi alanlarda müdahale yapabileceklerini belirler.

Uzmanlık sonrası veya öncesi alınan kurslar, yurt dışında alınan eğitim programları hekimlere kendi uzmanlık alanı dışında tıbbi ve cerrahi girişim yapma yetkisi vermez. Örneğin, bir genel cerrah kendini laparoskopik cerrahi konusunda çok iyi yetiştirebilir. Ancak cerrahın bu bilgisi, cerraha “elektif nefrektomi” yapma yetkisi vermez (Tümer, 2013: 46).

3.2.3.2. Hastanın Aydınlatılması ve Onayı

Aydınlatılmış onam(rıza), bilgilendirerek izin almak veya (Sağlık Bakanlığı’nın 2009 yılında hazırladığı yönetmeliğe göre); “*bilgilendirilmiş rıza*” anlamına gelir. Aynı anlamda kullanılan kelimeler olmakla birlikte, “**aydınlatma**” ve yapılan aydınlatmanın tam olarak anlaşılmasından sonra verilen “**rıza / onam**” anlamına gelen, iki kavram üzerine kurulmuştur.

Aydınlatılmış onam, hastanın kendisine uygulanması önerilen tanı ve tedavi yöntemlerinin içeriğini, yararlarını, olası istenmeyen sonuçlarını, söz konusu yönteme alternatif olabilecek öteki yöntemleri ve bunların sonuçlarını bilerek, bu uygulamayı

kabul etmesidir. Bu durum, hastanın kendisi ile ilgili kararı kendisinin vermesi anlamına gelir (Tümer, 2013: 47).

Aydınlatılmış onam, hekimlik mesleğinin icrası aşamasında yasalar, etik kurallar, sosyal nedenler ile zorunlu hale gelmiş bir yükümlülüktür. Bunun yanında, “2005 yılında kabul edilen Türk Ceza Kanunu” nun taksirli suçlara ait olan, ceza maddelerinin ağırlaşması nedeniyle “Pozitif Çekinik Hekimlik” uygulaması karşımıza çıkmıştır. Aydınlatılmış onam uluslararası sözleşmelerde şu şekillerde yer almıştır:

“Lizbon Bildirgesi (1981): Dünya Tabipler Birliği’nin 1981 yılında Lizbon’da yayımladığı bildirge; 6 maddeden oluşmakla birlikte, hasta haklarının yazılı olduğu ilk uluslararası metin olma özelliğini taşımaktadır. Bildirgenin 3. maddesinde yer alan “Hasta, yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra tedaviyi kabul ya da ret etme hakkına sahiptir.” ifadesi ile aydınlatılmış onamın önemi belirtilmiştir.” (Tümer, 2013: 50).

“Amsterdam Bildirgesi: Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bürosu tarafından 1994 yılında, Avrupa’da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi (Amsterdam Bildirgesi) adıyla yayımlanan bildirgede; hastalara uygulanacak tanı, tedavi, muhtemel riskler, alternatif müdahaleler, hastalığın seyri, tedavinin yararları gibi tüm işlemler ve diğer tüm tıbbi konularda, hastanın eğitim düzeyine uygun bir dil ve düzeyde bilgilendirilmesi gerektiği belirtilmiş ve aydınlatılmış onamın herhangi bir tıbbi müdahalenin önkoşulu olduğuna” dikkat çekilmiştir (Tümer, 2013: 50).

“Bilincinin kapalı olması nedeniyle onamının alınmasının mümkün olmaması ya da acil müdahalenin gerekmesi durumlarında, eğer hastanın daha önceden, uygulanacak olan girişimi reddettiğine dair bir beyanı yoksa, onamının olduğu varsayılarak işlemin uygulanabileceği” belirtilmektedir.

“Lizbon Bildirgesi (1995): Dünya Tabipler Birliği’nin 1981 yılında yayınladığı Lizbon Bildirgesi, 1995 yılında Endonezya’da gerçekleştirilen bir toplantıda genişletilmiştir. Bildirgede önceki düzenlemelerden farklı olarak, bilinç kaybı gibi hastanın kendini ifade edemediği durumlar ile küçük yaşta olan ya da karar verme ehliyetine sahip olmayanlar için, hastanın yasal temsilcisinden onam alınması gerektiği bildirilmiştir. Acil durumlarda ise zamanında müdahalenin hayati önemine istinaden, daha önceden hastanın ya da kanuni temsilcisinin müdahalenin yapılmaması yönünde bir beyanı yoksa, onamının olduğu varsayılacaktır” denmiştir.

Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi: *“İnsan hakları ve temel özgürlüklerin sürdürülmesi ve hayata geçirilmesi amacıyla 1997 yılında, Avrupa Konseyi’ne üye ülkeler tarafından imzalanan ve 2003 yılında Türkiye tarafından da onaylanarak, Anayasa’nın 90. maddesi ile bağlayıcı özellik kazanan sözleşmede; insanın hem birey, hem de insan türünün bir üyesi olarak saygı görmesi gerektiğine inanarak ve insan haysiyetini güvence altına almanın önemi kabul edilerek”* vurgulanmıştır. Sözleşmenin 5. Maddesine göre; *“sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve aydınlatılmış olarak onam vermesinden sonra yapılabilir, bu kişiye müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında önceden uygun bilgiler verilmelidir ve ilgili kişi onamından her zaman serbestçe vazgeçebilir “* denmektedir.

“Hasta Hakları Avrupa Sözleşmesi: *Hasta haklarının belirlenmesi ve korunması amacıyla 2002 yılında Roma’da kabul edilen”* ve Avrupa Birliği’ne üye ülkelerin kendi anayasalarındaki söz konusu temel hakların korunduğu düzenlemelere de temel oluşturan *“Hasta Hakları Avrupa Sözleşmesi’nin 3 ve 4. Maddelerinde de; “bilgilendirilme ve onam hususlarına”* değinilmiştir. *“Hastaya uygulanacak tüm tıbbi müdahalelerin riskleri, yan etkileri, yararları ve alternatif tedavi yollarının müdahale öncesinde bildirilmesinin önemine dikkat çekilerek, hastanın kendisi için uygun olan tedavi seçeneklerini belirleyerek değerlendirmesi için aydınlatmanın müdahaleden en az 24 saat önce yapılmasının uygun olacağı da belirtilmektedir”* (Tümer, 2013: 51).

Cumhuriyet döneminden sonra Ülkemizde aydınlatılmış onam ile ilgili ilk düzenleme; *“1928 yılında yürürlüğe giren, 1219 sayılı Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun”* ile yapılmıştır. Bu kanunun 70. maddesinde; *“hekim ve dış hekimlerinin yapacakları her türlü müdahale için hastadan veya velisi/ vasisinden müdahale öncesinde rıza alması ve büyük cerrahi operasyonlar için bu rızanın yazılı olması gerektiği”* karara bağlanmıştır.

1960 yılında hazırlanmış olan Tıbbi Deontoloji Tüzüğü’nün 14. Maddesinde ise; *“bilgilendirmenin hasta üzerinde olumsuz etki oluşturup hastalığı artırması ihtimali bulunmadığı takdirde, teşhis ve alınması gereken önlemler hakkında hastaya açıklıkla bilgi verilmesi gerektiği”* ifade edilmiştir.

“1979 yılında yürürlüğe giren 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun’a göre; vericiye olası riskler,

tehlikeler ve ortaya çıkabilecek psikolojik, sosyal ve tıbbi durumlar hakkında ayrıntılı ve açık bir şekilde bilgi verilmesi; vericiden alınacak onamın iki tanık huzurunda yazılı ve imzalı olarak alınması gerektiği” ifade edilmiştir (Tümer, 2013: 52).

Hasta Hakları Yönetmeliği, hasta haklarının kapsamlı ve açık bir şekilde belirtildiği önemli düzenlemelerden biridir ve 1998’de yürürlüğe girmiştir. Yönetmeliğin 22. Maddesinde: *“Kanunda işaret edilen istisnai haller haricinde, kimseye onamı alınmaksızın veya verdiği onama uygun olmayan bir şekilde tıbbi müdahalede bulunulamayacağı; sonrasındaki maddelerde acil durumlarda ne şekilde hareket edileceği, hastanın rızasını geri çekme, tedaviyi reddetme veya durdurma hakkı, rızanın hukuka ve ahlaka uygun olmadığına geçerli olmayacağı açıklanmıştır” (Tümer, 2013: 53).*

Tıbbi Deontoloji Tüzüğü’nün yeniden düzenlenerek 1998 yılında kabul edilmesiyle oluşturulan *“Hekimlik Meslek Etiği Kuralları’nda; hekimin, hastasının bilgilendirilme, aydınlatılma, tedaviyi kabul ya da ret hakkı gibi kişilik haklarına saygı göstermek zorunda olduğu”* belirtilmiştir. Ayrıca *“aydınlatmanın kapsamına ve acil durumlarda nasıl hareket edilmesi gerektiğine değinilmiş; hasta yakınlarının bilgilendirilmesinin hastanın rızasına bağlı olduğu ancak bilinç kaybı gibi durumlarda bu hakkın hekimde olduğu belirtilmiştir. Tıbbi müdahaleler dışında cinsel muayeneler hakkında da bir madde içeren düzenleme; hekimin savcılık ve mahkemeler dışında herhangi bir kurum veya kişiden gelen cinsel muayene isteğini dikkate alamayacağını, bununla birlikte hastanın ya da vasisinin aydınlatılmış onamı olmadıkça yine muayenenin yapılamayacağını”* vurgulamıştır (Tümer, 2013: 53).

Aydınlatılmış onamın iki önemli basamağı vardır. Bunlar, aydınlatma/hastanın bilgilendirilmesi ve rızasının/onamının alınmasıdır. Cerrahların bazen aydınlatmayı çok iyi yapmalarına rağmen onamı yetersiz aldıkları veya onamı hukuki usullere uygun almalarına rağmen aydınlatmayı yapmadıkları belirtilmiştir.

3.2.3.2.1. Hastanın Aydınlatılması

Aydınlatma; kişinin kendisine uygulanacak, vücut bütünlüğüne müdahale niteliği taşıyan, tanı ve tedavi yöntemleriyle, bunların yarar ve olası riskleri, sağlık durumu, tedavinin reddi halinde ortaya çıkabilecek durumlar ve hastalığın seyri, önerilen tıbbi ve cerrahi müdahale ve tedavi yöntemlerinin alternatifleri, neticeleri ve

önerilen tedavinin dışına çıkma ihtimalleri hakkında bilgilendirilmesini içermelidir(Tümer, 2013: 54-55).

Aydınlatma mümkün olduğunca hastanın anlayabileceği ifadeleri kapsamalı, sadeleştirilmiş olmalı, hastanın ruhsal durumuna uygun ve nazik ifadeler ile uygun tedaviden korkutacak abartılı yorumlar içermemelidir. Hastaya anlatılanları ya da okuduklarını anlayıp anlamadığı sorularak, kendi ifadesiyle tekrar ettirilip anlamadığı konular tekrar anlatılmalıdır.

Cerrahi girişimlerde, aydınlatmayı yapacak kişi, mutlaka işlemi yapacak cerrah olmak zorundadır. Kliniklerde yanlış uygulama olarak, ameliyatı yapacak cerrah yerine; asistan, hemşire veya bilgi işlem sekreterleri aydınlatma işlemlerini yapmaktadırlar. Bu tür bir aydınlatma hem etik olarak, hem de hukuken usulüne uygun değildir. Aydınlatmayı mutlaka cerrahi işlemi yapacak olan cerrah yapmalıdır.

Cerrah, hastasına gösterilen müdahale seçenekleri arasından seçim yapabilmesine imkân tanınmalıdır. Aydınlatma, önerilen tedavinin;

- İçeriğini,
- Amacı ve başarılı olma şansını,
- Avantajları ve risklerini,
- Varsa alternatiflerini,
- Potansiyel sonuçlarını,
- Tedavinin kabul edilmemesi durumunda ortaya çıkabilecek riskleri ve yararlarını,
- Kullanılacak ilaçların özellikleri, süresi, yan etkileri, kullanım şekli, ve ilaçların etkileşimlerini,
- İyileştikten sonra beklenen problemleri ve hastanın normal yaşantısına ve günlük aktivitelerine dönebilmesi için gereken süreyi,
- Tedavi sonrasında gerekli olan yaşam tarzı ve evde bakım şeklini,
- İhtiyaç duyarsa, aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşacağını,
- Önerilen tedaviyi hastaya uygulayacak olan sağlık personelinin kimlik bilgileri ve profesyonel deneyimlerini içermelidir.

Hasta, şu durumlarda aydınlatılmayı cerrahı istemeyebilir: Hastanın başka bir sağlık kurumundan sevkli gelmesi ve orada yeterince bilgilendirilmiş olması, hastanın sağlık personeli olması veya kendi talebi ile aydınlatılmayı kabul etmemesi

şeklinde karşımıza çıkabilir. Her durumda cerrah, hastanın aydınlatılmayı, hasta tarafından istenmediğini kayıtlarına almalıdır (Tümer, 2013: 57).

Kişinin kendi sağlığı hakkında karar verebilme yeteneğini kullanıp kullanamayacağı konusundaki kriterimiz, hukuksal bir kavram olan bireysel yeterliktir. Yeterliğin olmadığı durumda, yasalar devreye girer ve en temel insan hakkının nasıl kullanılacağı hususunu düzenler. Türk Medeni Kanunu'nda kişinin yeterliliği; “yaş, akıl gücü ve medeni durumu” gibi somut belirleyiciler ile tespit edilmiştir.

Yaş; “4721 sayılı Türk Medeni Kanunu’nda (TMK) Fiil Ehliyeti adı başlığı altında belirtildiği gibi, kanunlarımız 18 yaşını bitirmiş kişileri ve mahkeme tarafında ergin kabul edilmiş ve 15 yaşından büyük kişileri ergin kabul eder ve kendi gelecekleri hakkında karar verme hakkına sahip olduklarını belirtir.” Mahkeme tarafından aksi belirtilmedikçe, 18 yaşından küçük kişilerin rızaları hukuk bağlamında geçersiz sayılmakla birlikte, etik olarak 15-18 yaş grubundaki çocuklara yapılacak cerrahi girişimler için, aydınlatmanın yapılması ve rızalarının alınması gereklidir.

18 yaşından küçük çocukların rızasını ancak anne, baba (ve eğer varsa yasal vasisi) verebilir. Teyze, amca, komşu, öğretmen gibi yakınları rıza verme konusunda hukuken yetkili değildir.

18 yaşını bitirmiş ve akıl gücü yerinde olan her yetişkin kişi bir tıbbi ve cerrahi müdahaleyi kabul etmek veya uygulanan bir tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını talep etmek hakkına sahiptir. Bu talep yazılı bir belgeyle alınmalıdır.

Yetişkin bir kişinin tedaviyi ret edebilmesi için aşağıda yer alan hususların yerine getirilmesi gerekir:

- Bu bilgiyi anlıyor olmalı,
- Tedaviyi reddetmesi sonucunda ne olacağını anlıyor olmalı,
- Kararı kendi hür iradesi ile vermeli,
- Hastanın, ciddi bir şekilde düşündükten sonra, önerilen tedaviyi gereksiz bulacağına inanması için mantıklı sebepleri olmalıdır.

Akıl sağlığının yerinde olmadığı durumlarda ise kişi hakkında karar verebilme hakkı, Türk Medeni Kanunu ile yasal temsilcisine (vasi) verilmiştir. Halen yasal temsilci atanmadıysa, hasta adına karar verebilecek kişiler sırasıyla; eşi, yetişkin çocuğu(çocukları), anne-babası, yetişkin kardeşi(kardeşleri) şeklinde olmalıdır. (Tümer, 2013: 57-58).

3.2.3.2.2. Hastanın Onamının (Rızasının) Alınması

Onam; hastaya uygulanacak müdahalenin aciliyeti, türü, hastanın yaşı ve özel durumlar dikkate alındığında, 4 başlıkta incelenebilir:

Zımnî onam, genellikle örtülü, üstü kapalı onam olarak açıklanmaktadır. Sözle, yazı ile veya işaretle dahi rızanın verilebilmesi mümkündür. Zımnî onam, zaman içerisinde cerrahi girişimler için sık kullanılmış ve mahkemeler tarafından da aynı oranda kabul edilmeyen bir onam çeşididir. Cerrahi girişimler açısından zımnî onam hukuken kabul edilemez.

Yazılı onam, mevzuatta yazılı onamın alınacağı durumlar; “*Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı icrasına Dair Kanun md. 70, Organ Ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması Ve Nakli Hakkında Kanun md. 6, Nüfus Planlaması Hakkında Kanun md. 5*” de belirtilmekte olup; yazılı ve imzalı bir tutanaktan veya izin belgesinden söz edilmektedir (Tümer, 2013: 59,60).

“MADDE 70- (Değişik: 5728 s. K. – 8.2.2008-26781) Tabipler, dış tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evveleminde muvafakatini alırlar. Büyük ameliye cerrahiyeler için bu muvafakatin tahriri olması lazımdır. (Veli veya vasisi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde ameliye yapılacak şahıs ifadeye muktedir olmadığı takdirde muvafakat şart değildir.) Hilafında hareket edenlere İki yüz elli Türk Lirası idarî para cezası verilir.”

Günümüz uygulamalarında -özellikle cerrahi müdahaleler için- uygulanacak tıbbi müdahale ve olası risklerinin yer aldığı yazılı formların hastalara imzalatılması ve hastaya ait kişisel özelliklerin de form üzerinde belirtilmesi, formun hastaya özel düzenlendiğini gösterse de; hastanın formda yazılan bilgileri tam olarak anladığı ya da yeterince aydınlandığı anlamına gelmez. Ayrıca, ülkemizde farklı uzmanlık branşlarındaki meslek örgütleri, çeşitli özel veya kamu hastaneleri tarafından hazırlanmış belli bir standardı olmayan ve birbirinden farklı içerikteki onam formlarının kullanıldığı görülmektedir. Buna ek olarak, bazı onam formlarında yüzeysel bir bilgilendirme yapılırken, bazılarının ise; en nadir komplikasyonları da kapsayacak şekilde detaylı bilgileri içerdiği görülmektedir

Aydınlatılmış onam içeriğinde; başarı beklentisi, tedavi seçenekleri ve

uygulanmadığı zaman hastalığın olası seyri hakkında bilgilerin, kişiye özgü özellikler de dikkate alınarak açıklanması gereklidir. “*Hasta Hakları Avrupa Statüsü ile Hekimlik Meslek Etiği Kurallarında da açıkça belirtilmekte olup, hekimin hastasını -ve gerekli durumlarda hastanın vasisini- hastanın entelektüel durumuna ve sosyokültürel özelliklerine uygun olarak anlaşılır bir dille, hastanın sağlığı hakkındaki sorularını yanıtlayacağı sözlü bir diyaloga girerek aydınlatmada bulunması* “ ile yerine getirilmiş olmaktadır (Tümer, 2013: 61,62).

Yazılı rıza, günümüzde hekimlik mesleğinin uygulanmasını engelleyecek konumlarda hekimlerden talep edilmektedir. Örneğin, reçetede yazılan ilaçların reçete arkasına yan etkilerinin yazılması, enjeksiyon öncesi yazılı onam alınması vb. mesleğin uygulanmasında önemli engeller getirecek talepler bazı hukukçular tarafından söz edilmekte ise de, Tababet ve Şuaba-tı Sanatları Kanunun’un 70. maddesi açık olarak cerrahi işlemler için alınan rızanın yazılı olmasını şart koşturmaktadır. Bu nedenle uygulanan ilaç enjeksiyonu, kan almak için yapılan enjeksiyonlar, rahim içi araç yerleştirilmesi, yara dikişlerinin alınması vb. işlemlerde yazılı onam istenmesine gerek yoktur. Ancak sık yapılan Apse açılması, yara ağzlarının birleştirilmesi amacı ile uygulanan sütür işlemleri gibi basit cerrahi işlemlerde bile yazılı onam alınması gerekir.

Sözlü onam, hasta rızası olarak açıklanabilir. Hastanın şuurunun kapalı olduğu acil haller dışında kullanılan “farazi rıza” ve “*Tababet ve Şuabatı Sanatları Kanunu 70.maddesinde*” belirtilen, cerrahi girişimler için gerekli olan “yazılı rıza” dışında, hasta hekim ilişkisi, sözlü rıza temeline dayanır.

Farazi (varsayılan) onam, hastanın rızasının alınmasının mümkün olmadığı acil durumlarda, “*hem ulusal hem de uluslararası mevzuatta bulunan şekliyle; kişinin ilgili tıbbi müdahale hakkında daha önceden verilmiş bir ret kararı yoksa onamının olduğu varsayılarak müdahalede bulunulabilir*” denmektedir. Benzer şekilde cerrahi müdahale esnasında ameliyat planının değişmesine bağlı olarak, ameliyatın genişletilmesinin zorunlu hale geldiği durumlarda; hekim hastanın rızasının olduğunu varsayarak ameliyatı genişletebilir.

Hastanın bilincinin olmadığı durumlar, müdahalenin çok hızlı olması gereken bazı acil durumlar, ameliyatın genişletilmesi durumları gibi hastanın rızasının alınmasının mümkün olmadığı durumlarda farazi (varsayılan) onam söz konusu

olmalıdır. Farazi onam; “hastanın müdahalenin risk ve tehlikelerini bilse dahi onam vermesi” düşüncesine dayanır. Hekim böyle anlarda; hastanın durumunu değerlendirmeli ve tıp biliminin kurallarına göre müdahalede bulunmalıdır. Farazi (varsayılan) onam, tıbbi müdahaleyi hukuka uygun hale getirir. Farazi (varsayılan) rızanın geçerli olabilmesi için iki mutlak şart gereklidir, Birincisi yapılan tıbbi işlemin mutlak hastanın yararına olması gerekir, ikincisi ise yapılan işlem tıp bilimi açısından tartışılmaz doğrulukta olmalıdır (Tümer, 2013: 64).

3.2.3.2.3. Aydınlatılmış Onamda Karşılaşılan Sorunlar

Hem uluslararası, hem de ulusal mevzuatlarla güvence altına alınmış olan aydınlatılmış onam kavramı ile ilgili olarak, uygulamalar sırasında çeşitli sorunlar yaşanabilmektedir. Bu sorunların bir kısmı, hekimlerin ve diğer sağlık personelinin konuyla ilgili mevzuatı yeterince bilmemesi sebebiyle olabileceği gibi, aydınlatmayı yapacak kişinin kim olması gerektiği ile ilgili de olabilmektedir(Tümer, 2013: 66).

Aydınlatılmış onam ne zaman alınmalıdır? Mevzuatta makul bir süre şeklinde belirtilmekte olup, aydınlatmanın ne zaman yapılması gerektiği konusunda pratik uygulamada farklı yöntemler uygulanmaktadır ve bu yöntemlerin bazıları hukuksuz sayılmaktadır.

Hukuken geçerli bir onamın alınmasının gereklerinden birisi de; aydınlatma sonrası onam vermesi için hastaya yeterli zamanın tanınmasıdır. Acil olmayan durumlarda ve karar verebilme yeteneğine engel olacak herhangi bir kanuni ya da tıbbi kısıtı bulunmayan hastalar için, cerrahi işlemler öncesinde, kişinin bilmesi gereken tüm bilgilendirme ve açıklamaların, kişinin makul ve uygun bir değerlendirme yapabilmesini sağlamak amacıyla, işlemten en az 24 saat önce verilmesi gereklidir. Bu durum, “*Hasta Hakları Avrupa Statüsünün 4. Maddesinde*” de vurgulanmıştır. Bu süre içerisinde, hastanın kendi geleceği hakkında sağlıklı bir şekilde düşünmesine, yakınlarına ya da başka hekimlerden tıbbi görüş almasına olanak verilmiş olacaktır. Bunun yanında, gününbirlik işlemlerde aydınlatmanın tedavi gününde yapılması da yeterli görülmektedir(Tümer, 2013: 67).

Kimin Aydınlatılması Gereklidir? Alınan onamın yeterli sayılması için, hastanın veya onun adına onam vermeye yeterli kişinin bilinçli, yasal açıdan onamı verme kapasitesine sahip, önerilen tıbbi veya cerrahi tedaviyi anlayabilecek ve

kendisine verilen bilgileri değerlendirebilecek durumda olması gerekir. Baskı altında alınan onam geçersizdir. Hekimin aydınlatma konusunda direkt muhatabının hastanın kendisi olduğu, “*Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 15. Maddesinde*” belirtilmiştir. Aynı yönetmelik maddesi çocuklar için, “*hastanın küçük, temyiz kudretinden yoksun veya kısıtlı olması halinde velisi veya vasisinden onam alınabilir*” demektedir.

Vasi tayininde, ülkemizdeki mahkemeler genellikle, birinci dereceden akrabaların arasından vasi seçmektedir. Akraba bulunmaması halinde ise vesayet hakkını, kişinin avukatına veya tüzel kişiliklere verme eğilimindedir. Anne ve babanın ayrılmış olması durumunda ise onam verme yetkisi, mahkemenin velayet hakkı tanıdığı kişiye aittir. Çocuğun bakıcısı, büyükanne ya da büyükbabasının, mahkeme tarafından atanmış yasal koruyucu olmamaları halinde, çocuk hakkında verecekleri onam geçersiz sayılır.

Ancak, hastanın yaşının küçük olması durumunda bile, “*Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 26. Maddesinde; küçüğün de dinlenmesi suretiyle tıbbi müdahaleye iştirak etmesinin gerektiği*” vurgulanmıştır. “*Türk Medeni Kanunu’nda; yasal yaş sınırı olarak on sekiz yaş kabul edilmiş olmakla birlikte, etik açıdan 15-18 yaş aralığındaki bir bireyin yasal yaş sınırının altında olan, ancak makul kararlar verebilecek düzeye erişmiş biri olduğu*” kabul edilmektedir.

“*Biyotıp Sözleşmesi’nin 9. Maddesinde; acil bir durum nedeniyle hastadan onam uygun şekilde alınamadığında; kişinin sağlığı için gereken tıbbi müdahalenin derhal yapılabilmesi*” ifade edilmiştir. Bu karara ilave olarak, “*Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının 26. maddesinde acil durumlara da işaret edilerek; acil durumlar ile hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcisinin izni alınır. Hekim, temsilcinin izin vermemesinin kötü niyete dayandığını düşünüyor ve bu durum hastanın yaşamını tehdit ediyorsa, durum adli mercilere bildirilerek izin alınmalıdır. Bunun mümkün olmaması durumunda, hekim başka bir meslektaşına danışmaya çalışır ya da yalnızca yaşamı kurtarmaya yönelik girişimlerde bulunur. Acil durumlarda müdahale etmek hekimin takdirindedir. Tedavisi yasalarla zorunlu kılınan hastalıklar toplum sağlığını tehdit ettiği için hasta veya yasal temsilcisinin aydınlatılmış onamı alınmasa da gerekli tedavi yapılır*” şeklinde bir ifadeye yer verilmiştir(Tümer, 2013: 67) .

Aydınlatmayı kim yapmalıdır? Aydınlatıcı bilginin operasyonu yapacak

cerrah tarafından verilmesi önemli bir husustur. Bu konudaki genel kabul, aydınlatmanın müdahaleyi bizzat uygulayacak hekim tarafından yapılması gerektiği şeklindedir. Ancak aydınlatmayı başka bir hekimin vermesi durumunda, tedaviyi uygulayacak hekimin de aydınlatma görevinin uygun bir şekilde yerine getirildiğinden emin olması gereklidir. “Amerikan hukuk sisteminde ise; onam alma görevinin, tamamen hastayı tedavi edecek olan hekimin sorumluluğunda olduğu; hemşire, teknisyen, hastane yönetimi, asistan hekim, ya da danışman hekime bırakılamayacağı özellikle belirtilmiştir”. Benzer şekilde, “Avrupa Birliği ülkelerinde de “hastadan aydınlatılmış onam alma” yükümlülüğü, tedavinin yürütücüsü olan hekime verilmiştir”.

Hekim dışındaki sağlık personeli ise, ancak kendi sorumluluk alanında bulunan ve kendi uygulayacakları işlemler için hastaya bilgi vermek zorundadır. Örneğin, kan alacak olan hemşire, hastayı bu işlem hakkında bilgilendirmekle yükümlüdür.

Uygulamada özellikle eğitim kliniklerinde iş yoğunluğu nedeniyle, hastadan aydınlatılmış onam alma görevinin, klinikteki asistanlara bırakıldığı görülmektedir. Uygulanacak tıbbi ve cerrahi müdahale farklı uzmanlık dalından hekimler tarafından ve birlikte yürütülecekse, her bir uzman hekimin hastayı ayrı ayrı kendi yapacağı uygulama hakkında bilgilendirmesi gereklidir(Tümer, 2013: 68,69).

Aydınlatılmış onam ne kadar geniş tutulmalı? Malpraktis kanunları bulunan ve bu sebeple –“sigorta–tazminat–“ dinamiklerini sağlık sistemlerinde uygulayan Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve bazı Avrupa Ülkeleri’nde; defansif tıp, en büyük sorunlardan birisidir.

Defansif tıp; “malpraktis dava olasılığını azaltmak amacıyla, hekim tarafından gerçekleştirilen, tıbbi olarak onaylanmamış uygulamaları içermektedir”. Defansif tıp en çok “pozitif defansif tıp” şeklinde karşımıza çıkmaktadır: “Hastaları malpraktis şikayetinde bulunmaktan vazgeçirmek veya yasal süreci yapılması gerekenin yapıldığı konusunda ikna etmek ve hoşnutsuzluktan kaynaklanabilecek olumsuz sonuçları azaltmak amacıyla marjinal ya da tıbbi değeri olmayan ilave tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanması” olarak açıklanabilir.

Pozitif defansif tıpta en sık görülen durumlardan biri Aydınlatılmış onam ile ilgili yapılan etik dışı tartışmalardır. Bu tartışmaların temelini, “Aydınlatma

kapsamının çok geniş tutulması ve hekim hatası ile olabilecek durumların aydınlatma kapsamı içerisine alınması” oluşturur. Bunun mantığı, “hastaya açıklanan her konudan hukuki olarak muaf tutulurum” düşüncesine dayanır. Ancak bu durum hukuken kesinlikle geçerli değildir (Tümer, 2013: 71).

Her tıbbi ve cerrahi uygulama için ayrı ayrı aydınlatılmış onam alınmalı mıdır?: Aydınlatılmış onam uygulamasında en sık karşılaşılan sorun, genel bilgiler içeren aydınlatma yolu ile alınan onamlardır. Özellikle hastaneye yatarken alınan “tarafıma yapılacak olan her türlü tıbbi müdahaleyi kabul ediyorum” şeklinde verilen onamlar; hem etik açıdan, hem de hukuki açıdan geçerli değildir. Aydınlatılmış onamın esasını “planlanan her tıbbi uygulama için ayrı ayrı aydınlatılmanın yapılması” oluşturur(Tümer, 2013: 72).

3.3. HATALI TIBBİ UYGULAMA ÖRNEKLERİ

Tıbbi malpraktis iddiasıyla açılan davalarda sağlık personelinin yargılandığı davaların yaklaşık %20’sinin ölümle sonuçlandığı bildirilmektedir. En sık görülen hekim hataları ise; *cerrahi müdahaleler, anestezi uygulamaları, ameliyat sonrası ortaya çıkan sorunlar ve ilaç reaksiyonları* oluşturmaktadır. Ayrıca *kan ürünleri transfüzyonu ve laboratuvar tetkikleri sırasında ortaya çıkan hataların* da oranı oldukça fazladır.

2005 yılı verilerine göre Yüksek Sağlık Şurası önüne gelen dosyaların %34.2 “kadın doğum uzmanları”, % 11.4 “genel cerrahi”, % 10 “pediatri”, %11 “ebe”, %6 “asistan”, %1.5 “diş hekimi” ile ilgilidir. 2007 yılı bakımından aynı veriler Tablo 3’ de gösterilmiştir (Hakeri, 2012: 532).

Tablo 3: 2007 verilerine göre tıbbi uygulama hatalarının tıp dallarına göre dağılımı

Pratisyen	359
Kadın doğum	341
Ebe-hemşire	314
Genel cerrahi	214
Ortopedi	130
Çocuk hastalıkları	101

Dâhiliye	87
Anestezi	74
Nöroşirurji	64
KBB	49
Üroloji	40
Kalp damar cerrahi	36
Anestezi teknisyenliği	32
Göz hastalıkları	32
Kardiyoloji	10
Nöroloji	24
Psikiyatri	20
Plastik cerrahi	16
Diş	17
Çocuk cerrahisi	13
Diğer	50

“1991-1995 yılları arasında Adli Tıp 1. İhtisas Kurulu önüne gelen kusurlu tıbbi uygulama sonucu ölen 58 olgudaki ölüm nedenlerinin oranları Tablo 4’te verilmiştir” (Hakeri, 2012: 534).

Tablo 4: Tıbbi uygulama hatalarının nedenleri ve oranları

Yetersiz gözlem, eve erken gönderme	%21
Tıbbi girişim yapmakta gecikme	%21
Yetersiz önlem ve tedavi	%16
Gecikmeli ve hatalı yapılan sevk	%10
Hatalı ve dikkatsiz uygulanan tedavi	%10
Yetersiz konmuş teşhis	%7
Yasalara aykırı yapılan tıbbi uygulama	%5

Sağlık Bakanlığı aleyhine açılan tazminat davaları nedeniyle en çok rastlanan tıbbi hata türleri şu şekildedir:

- Ameliyat öncesi ve sonrası gelişen komplikasyonlar,
- Hatalı teşhis ve tedavi,
- Hastane Yönetiminden kaynaklanan problemler,

- Doğum sırasında ve sonrasında gelişen komplikasyonlar,
- Hatalı laboratuvar incelemeleri,
- Acil servis hizmetlerindeki yetersizlikler.
- Hatalı enjeksiyon,
- Poliklinik ve sevk işlemlerindeki hatalı yönlendirmeler.

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 18.01.2005 tarihli yazısına göre; Yüksek Sağlık Şurası'nın 1996-2000 yılları arasında görüş bildirdiği 655 olguda dava edilen 912 kişiden 23'ünün idari görevlerini yerine getirmemekle suçlandıkları görülmektedir. Bu konudaki suçlamalar ise şöyledir:

- Yardımcı sağlık personelinin faaliyetlerini kontrol etmemek,
- Yetki sınırını aşmak,
- Uygun olmayan ortamlarda tıbbi müdahale yapmak,
- Acil müdahaleler için gereken donanımı bulundurmamak,
- İcap nöbetinde, nöbetçi hekim tarafından haber verildiği halde hastaneye gelmemek,
- İcap nöbetinde bizzat hastayı görmeden ve yeterli bilgi sahibi olmaksızın, telefonla tedaviyi düzenlemek,
- Mesai saatlerinde hastanede bulunmamak,
- Nöbetçi olduğu sırada hastaneye gelen ve acilen müdahale edilmesi gereken hastaya “uzmanlık alanı dışında olduğunu” gerekçe gösterip, muayene ve müdahale etmemek.

Tablo 5: Tıp alanlarına göre malpraktis olgularının yüzde dağılımları

Kadın Hastalıkları ve Doğum	%33
Genel Cerrahi	%29
Dahiliye	%17
Beyin Cerrahi	%7
Ortopedi ve Travmatoloji	%3
Nöroloji	%2
Kulak-Burun-Boğaz	%2
Diğer	%7

Tablo-5 de görüldüğü üzere; öğretilerde de tıbbi sorumluluk davaları açısından en

riskli alanların kadın hastalıkları ve doğum başta olmak üzere, genel cerrahi ve ortopedi gibi branşlar olduğu belirtilmektedir. Bir araştırmaya göre; *“tıbbi sorumluluk iddiası ile açılan 4000 davadan %20’si kadın hastalıkları ve doğum alanına ilişkindir.”* Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Derneği’nin yaptığı bir çalışmanın sonuçlarına göre; *“kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının %75’i hakkında en az bir dava açılmıştır ve bunların %12’si kadın-doğum alanında çalışmayı bırakmışlardır”*(Hakeri, 2012: 534,536)

3.3.1. Teşhis Hatası

Hekim, teşhis için gerekli bütün tıbbi girişimleri ve tetkikleri yapmalı, ardından elde ettiği sonuçları da tıp biliminin gereklerine göre doğru bir şekilde yorumlamalıdır. Bu yönde yapılan hatalar teşhis hatası olarak adlandırılmaktadır. Örneğin, kadın doğum alanında; anne ve bebeğin klinik durumunu yanlış değerlendirmek, konjenital anomalileri tanıyamamak veya yüksek riskli gebelikleri belirleyememek sık yapılan hatalar olarak bildirilmektedir(Hakeri, 2012: 536).

Uygulamada birçok teşhis hatasının hekime yüklenebilecek bir hatanın sonucu olmadığı görülmektedir. Semptomların her zaman açık olmaması ve değişik nedenlere işaret edebilmesi mümkündür. Dolayısıyla her teşhis hatası, mutlaka bir tedavi kusuru olarak nitelendirilemez. Teşhis için yapılan tetkikler neticesinde konulan teşhis ilk anda doğru görülebilir. Ancak sonradan bu teşhisin yanlışlığının anlaşılması, hekimin hata yaptığı anlamına gelmemelidir. Gerçekten de çoğu kez hastalık belirtileri çok açık olmamakta, çok değişik sebeplere işaret edebilmektedir.

Ancak hekimin başlangıçta koyduğu teşhisin ön tanı mahiyetinde olduğu bilinerek, bilahare yapılan tetkiklerle tanıda değişiklik yapabilmeli veya başka bir hastalığın söz konusu olabileceğini araştırmalıdır. Bu araştırmayı yapmaması durumunda, hekimin kusurlu hareketinden söz edilebilir. Hekimin tıbben gerekli olan tetkikleri yaptırıp, kesin teşhis için gerekli yollara başvurduğu veya konusunda daha uzman olan bir meslektaşına danıştığı durumda ise, artık teşhis hatasından bahsedilemez(Hakeri, 2012: 537,539).

Ürolojik hastalıklardan, özellikle kanser olgularında teşhiste gecikme, yapılması gerekli olan ve uluslararası meslek örgütlerinin kabul edilmiş kılavuzlarında da yapılması önerilen tetkiklerin istenmemesi, hastanın teşhisinde gecikmeye neden

olabilmektedir. Bu gecikme neticesinde hastada mevcut kanser, ileri evrede tespit edilmekte, ancak hastadan beklenen yaşam süresi kısalabilmektedir.

3.3.1.1. Eksik İlk Muayene ve Hastadan Yetersiz Anamnez Alma

Hastalık öyküsünün alınması ve teşhise yönelik muayenesinin yapılması çok önemlidir. Bunların yeterli yapılmaması, doğrudan tıbbi uygulama hatası olarak kabul edilmektedir. Bir yargı kararında; *“hekimin aldığı eğitimin yetersizliği, eğitimcilerin de yetersizliği ve hekimin yeterli tecrübesinin olmamasının mazur görülebileceği, ancak muayene yapmadan tıbbi müdahale uygulamasının ise asla mazur görülemeyeceği belirtilmiştir.”*

Yargıtay; *“hekimin hastanın bünyesini, ışınlara karşı duyarlılığını, kişisel durumunu önceden tespit ederek, tedaviyi buna göre planlaması gerektiğini”* ifade etmektedir. Hastasına gerekli inceleme ve araştırmaları yapmaksızın röntgen çektiren hekim sorumlu olur. Aksi takdirde hekim ile teknisyen veya hizmetli arasında bir fark kalmayacaktır. Uzman hekim bütün tehlikeleri bertaraf edecek şekilde çalışmalıdır.

“Hususi Hastaneler Kanunu 43. maddesine bu konuya ilişkin açık bir hüküm konmuştur: Kanunun 29. maddesinde belirtilen cerrahi ameliyeleri aynı maddede yazılı tetkik ve tedaviler yapılmadan icra eden hekimler hakkında idari para cezası uygulanacak; eğer bu suretle hasta ölürse bu takdirde taksirle öldürmeye ilişkin ceza kanununun hükümleri uygulanacaktır” (Hakeri, 2012: 542).

3.3.1.2. Teşhis İçin Gerekli Tetkiklerin Yaptırılmaması

Hekimin hastanın yakınmalarına göre istemesi gerekli olan tetkikleri istememesi ve bu nedenle, hastada mevcut olan bazı hastalıkların tespit edilememesi ve bu hastalıklara bağlı oluşan acılar ve gecikmelerden ötürü hekim sorumlu tutulabilir. Kafa travması ile acil servise gelen hastaya kafa filmi çekilmemesi sebebiyle, kafatasındaki çökme kırığının tespit edilemeyip hastanın eve gönderilmesi, buna örnek olarak gösterilebilir.

Yüksek Sağlık Şurası da önüne gelen bir olayda, *“hastada patoloji tespit edildikten sonra, tedavi planının çok iyi yapılması gerekli olup, hastayı yeterince*

değerlendirmeden ameliyat endikasyonu koyduğu halde gerekli ön tetkikleri ve konsültasyonları yaptırmayan ve hastayı gecikerek ameliyata alan hekimi kusurlu bulmuştur.” Yargıtay da “ameliyat öncesi konsültasyon ve tetkiklerin yeterli düzeyde yapılmaması nedeniyle” hekimi sorumlu tutmuştur ((Hakeri, 2012: 543).

3.3.2. Tedavi Hatası

Tedavi hatasından anlaşılması gereken; tıp biliminin ilkelerine göre gerekli olan özen gösterilmeden gerçekleştirilen her türlü tıbbi müdahaledir. Hekimin tıbben gerekli olan bir eylemi yapmaması, tedavi hatası olabileceği gibi; tıbben gerekli olmayan bir eylemi yapması da tedavi hatasıdır.

Bilimsel kurallara uygun bir tedavi yapan hekimin, bu tedavi sırasında önlenemez bir hata yapması durumunda taksiri vardır.(Örneğin: Cerrahın yarada kompres unutması) Eskimiş ve riskli yöntemlerin teşhis veya tedavide kullanılması uygulama hatasıdır ve hekimin sorumluluğuna neden olur.

Hekim endikasyonun gerektirdiği hallerde teknik aletleri kullanmalıdır. Mevcut teknik tıbbi aletlerin tedavi için kullanılmaması ağır uygulama hatasıdır. Teknik aletlerin kullanımı hekimin özel dikkatini gerektirmektedir. Hekim, teknik aletleri kullanırken aletleri ve işleyişini daima kontrol etmek durumundadır. Teknik aletlerin hataları otomatikman onun sahibinin veya kullananın sorumluluğunu gerektirmez. Ancak teknik aletin hatalarını önlemek için gerekli tedbirlerin alınmış olması gerekir. Tıbbi aletin insan kusurunun sonucu olarak hatalı işlemesi, sorumlu kişinin (hekim, teknisyen ve/veya hastane) gerekli tedbirleri almamasından dolayı sorumlu tutulmasını gerektirir((Hakeri, 2012: 545).

3.3.2.1. Müdahalenin Yapılmaması

Tedavi hatası olarak kabul edilebilecek en temel hata, tıbbi müdahalenin gerekli olmasına rağmen hiç yapılmaması veya geç yapılmasıdır. Müdahalenin geç yapılması da bu kapsamda değerlendirilebilir. Hukuki açıdan, müdahalenin hiç yapılmaması, ihmali hareket olarak kabul edilir. “*Danıştay, acil serviste, hastaya zamanında tıbbi destek sağlanmamasında idareyi kusurlu saymıştır.*”

“Yargıtay, hekimin hastanın durumunu tıbbi açıdan zamanında ve

gecikmeksizin belirleyip, somut durumun gerektirdiği önlemleri eksiksiz biçimde almak, uygun tedaviyi de yine gecikmeden belirleyip uygulamak zorunda olduğuna işaret etmektedir.” Örnek yargı kararları aşağıda verilmiştir:

“Karın ağrısı şikâyetlerinin geçmemesi üzerine başvurduğu SSK hastanesinde nöbetçi olan genel cerrahi uzmanının, şikâyetleri geçmeyen hastayı her türlü olumsuz ihtimalleri düşünerek daha dikkatli muayene etmesi ve yatırarak gözlem altına almaması ve basit bir muayene ile genel cerrahi yönünden patoloji tespit edilmediğinin bildirilmesi, zaman kaybına ve patolojinin ağırlaşmasına neden olduğundan hekim kusurlu görülmüştür.”

“...Olayın cereyan tarzına göre, ateş ve lökosit miktarına nazaran, acilen müdahaleyi gerektiren bir vakada, hastanın nöbetçi tabip tarafından birisinin nezareti olmaksızın hariciye servisine gönderilmesinde, hastanın muayene edilmeyerek uzun süre bekletilip tekrar birliğine geri gönderilmesinde, hastaya ilgi ve ihtimam gösterilmemesinde, gerek personelin seçimi ve gerekse hizmetin tanzimi yönlerinden idarenin bariz bir hizmet kusuru bulunduğu...”

“Doğum sırasında bebeğin oksijen yetersizliğine bağlı beyin ölümü tanısıyla dünyaya gelmesi ile ilgili açılan bir tazminat davasında, Danıştay, hastada fetal kalp hızının çok düşmesine rağmen anestezi ekibi bulunamadığından, acil sezaryenin gecikmeli olarak gerçekleşmesine neden olduklarından anestezi ekibi ve nöbetçi doktorun 4/8 oranında kusurlu olduklarına karar vermiştir”(Hakeri, 2012: 547-549).

3.3.2.2. Hastanın Vücudunda Yabancı Madde Bırakılması

Hastanın vücudunda yabancı maddenin unutulması tedaviye eşlik eden hata olarak ifade edilmektedir. Hasta vücudunda unutulan maddeler kompres, tampon gibi maddelerdir ve bu maddeler hasta sağlığına ciddi zararlar verebilmekte hatta ölümle bile sonuçlanabilmektedir. Hasta vücudunda yabancı madde unutulmasının değerlendirilmesi konusuna hekimlerin iki farklı yaklaşımı vardır. Bir taraf, yabancı madde unutulmasının şanssızlık olduğunu ve çok tecrübeli, özenli hekimlerin bile başına gelebileceğini savunmakta, diğer taraf ise madde unutulmasının hekimlerin özensizliği olduğunu belirtmektedir.

Danıştay, ameliyatta hastanın vücudunda unutulan gazlı bezin ikinci ameliyatla alınana kadar hastanın çektiği acı ve bu süre içinde ailesine karşı

yükümlülüklerini yerine getirmemesi nedeniyle oluşan manevi zararın tazmin edilmesi gerektiğine karar vermiştir. ABD’de hastanın karnında gazlı bez unutulmasından, malzemeyi sayan hemşirenin değil, hekimin sorumlu olduğuna karar verilmiştir.

“Danıştay, bilirkişinin karın boşluğunda kompres unutulmasının hizmet kusuru sayılamayacağı yönündeki raporuna rağmen uygulamada kompreslerin sayılarak kullanıldığı ve bu nedenle ameliyattan sonra eksik olduğunun bilinebileceği, hizmet sunulurken dikkat ve özen gösterilmediği gerekçesiyle talep edilen maddi ve manevi tazminata hükmedilmesi gerektiği yönünde karar vermiştir.”

Yargıtay da gazlı bez unutulması nedeniyle hekimi sorumlu tutmuş ve hatta, bu bakımdan bilirkişiye de başvurulmasına gerek olmadığına karar vermiştir: *“Gazlı bezin vücutta unutulduğu çekişmesiz olduğuna göre bu açık olgu karşısında doktorun objektif ağır kusurunun varlığı kabul edilmeli, doktorun kusurlu olup olmadığının bilirkişiye incelettirilmesine gerek duyulmamalıdır”*. Hasta karnında unutulmuş malzemelerle ilgili olarak ortaya çıkan sorun, ekip çalışmasıyla yürütülen ameliyatta kimin bundan dolayı sorumlu olacağı noktasındadır (Hakeri, 2012: 549,550).

3.3.2.3. Hatalı Tedavi Yöntemi Seçme

Uygun tedavi; doğru yerde, doğru zamanda ve doğru kişi tarafından yapılmalıdır. Birisinde oluşan hata, hekimin kusurunu gösterir.

Hekim hastası için en az tehlikeli ve en az acı verecek olan yöntemi seçmek zorundadır. Bunun yanında, hekimin hastası için hastalığın özelliklerine göre, daha tehlikeli veya daha fazla acılara neden olabilecek bir yöntemi seçmesi de gerekebilir. Ancak somut olay bunları gerektirmiyorsa, hekimin bu yöntemleri seçmesi halinde, tedavi hatası olur. Nitekim *“alternatif ve daha tehlikesiz anestezi yöntemini kullanmak mümkün iken, aslında daha az yan etkilere sahip, fakat hasta bakımından kullanılması tavsiye edilmeyen yeni bir tür narkoz yöntemini kullanan hekim, bunun sonucunda hastanın kolunun gangren olarak kesilmesine neden olduğu için”* sorumlu tutulmuştur.

Hekimin ilaç tedavisi kullanarak iyileşmesi mümkün bir hastalık için, son seçenek olan ameliyata daha baştan başvurması durumunda, tıbbın gerekli gördüğü kurallara uymadığı söylenebilir. Aynı şeyin sezaryen için de geçerli olduğu aşikârdır.

“Mahkeme karın ağrısı durumunda, ağrının nedeni belirlenmeden ağrı kesici ve psikofarmatik ilaç verilemeyeceğinin temel tıbbi bilgiler arasında olduğu gerekçesiyle, hekimin kusurlu olduğuna karar vermiştir.”(Hakeri, 2012: 551).

3.3.2.4. Yanlış İlaç, Hasta Karıştırma ve Yanlış Taraf Cerrahisi

“Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ’de; ilaç güvenliğine ilişkin(md.6), yanlış taraf cerrahi uygulamalarıyla ilgili (md 13/1-b) ve hasta karıştırmalarla ilgili olarak da (md.7)” alınması gereken tedbirler belirlenmiştir

Ayrıca, aşağıdaki Yargıtay kararına konu olan olayda olduğu gibi çift organlarda organların karıştırılması da hekim hatasıdır: *“GÜTF hastanesinde doktor olan ve göz ihtisası yapmakta bulunan sanık A.nın diğer sanık ve ameliyathane sorumlusu R.nin görevlendirilmesi üzerine, mağdur ...’nın ameliyatını yaptığı, ancak sanık ...’nin hastaya ait dosyayı incelemeyen sol gözde retinoplastom olduğu halde yanlışlıkla sağ gözünü ameliyat suretiyle aldığı, daha sonra yanlış gözün alındığı anlaşıncı da diğer hasta gözün alındığı ve bu suretle mağdurun tamamen kör olduğu...”.*

ABD’de verilen bir mahkeme kararında, *“sağ eli yerine ameliyat sırasında hastanın sol elini ameliyat eden hekim kusurlu bulunmuştur. Olayda mahkeme, ameliyatın yapıldığı hastaneye herhangi bir kusur vermemiştir”(Hakeri, 2012: 554).*

3.3.2.5. Ölçsüz Tıbbi Müdahale

Gerek teşhisin ve gerekse de tedavinin ölçülü olması gereklidir. Gerekli olan ölçünün aşılması durumunda ise, tedavi hatası söz konusu olabilir. Vücuda dışarıdan verilen ışınlar, ilaçlar veya yapılan müdahaleler kontrollü olmalıdır. *“Yüksek miktarda penisilin verilmesi sonucu ayağı kesilmek zorunda kalan bebek ile ilgili olarak hekim kusurlu bulunmuştur.”* Keza safra kanalında safra taşının tespiti için röntgen çekmek üzere, safra kanalına sonda vasıtası ile radyoopakt ilaç göndermek isteyen hekimin, sondayı yanlış yere sokması nedeniyle, hastanın bir süre sonra hayati tehlike geçirmesi dolayısıyla hekim kusurlu bulunmuştur(Hakeri, 2012: 556).

3.3.2.6. Bir Komplikasyonun Fark Edilememesi

Yüksek oranda kanama gibi bir komplikasyonun fark edilmemesi veya verilen ilacın oluşturabileceği yan etkilerin dikkate alınmaması şeklinde görülebilir.

3.3.2.7. Hatalı Ameliyat Tekniği

Bir organa müdahale ederken, bir başka organa zarar verilmesi de tedavi hataları içinde incelenmektedir.

Uygulamada; koltuk altında saptanan kitlenin alınması için, hekim tarafından yapılan ameliyat sırasında, kitlenin alınması yanında bölgedeki sinirlerin de kesilmesi sonucu, sol kolun felç olması dolayısıyla görüşüne başvurulmuş Yüksek Sağlık Şurası'nın *"tümör alınmazsa giderek büyüyeceği ve bulunduğu yere baskı yaparak zamanla siniri atrofiye uğratacağı ihtimali"* dolayısıyla hekimin kusursuz olduğuna ilişkin raporunu, mahkeme kabul etmemiştir. Yüksek mahkeme, görüşünde, *"hasta mevcut durumda iken 3-5 yıl sonra gelebileceği konum ihtimaline göre kusur verilemez"* şeklinde karar vermiştir (Hakeri, 2012: 556).

3.3.2.8. Hastaneye Hemen Yapılması Gereken Sevkin Yapılmaması, Uzman Hekim Konsültasyonunda Gecikme

Geç sevk veya hatalı sevk de uygulamada çok sık karşılaşılan tedavi hatalarındandır. Yüksek Sağlık Şurası da *"...Hekimin kolik renal olarak kabul ettiği bu vakayı hastaneye sevk etmemesinden ötürü... sorumluluğu vardır"* şeklinde karar vermiştir.

Uzman hekime danışılmaması veya danışmada gecikme; hastanın ameliyat sonrası bakım odasından (uyanma odasından) normal odaya çok erken alınması da tedavi hatasıdır.

Hekimin branşı itibarıyla gerekli müdahaleyi yapacak imkanlara veya tecrübeye sahip olmaması durumunda, hastayı en kısa sürede sevk etmesi gerekir. Fransız Yargıtay'ının verdiği bir kararda, *"bir kaza sonucu vurgun nedeniyle dalgıcı tedavi eden hekime dalgıç, kendisine oksijen verilmesi gerektiğini belirtmişse de hekim hastayı bu konuyla ilgili özel kliniğe sevk etmeyi ihmal etmiş ve bunun sonucu olarak"*

dalgıç kısmen felç olmuştur. Yüksek mahkeme, hekimin sevki yapmaması dolayısıyla kusurlu olduğuna” karar vermiştir. (Hakeri, 2012: 557).

3.3.2.9. Enfeksiyon Kontrolü ve Hijyen Kurallarına Uyulmaması

Enfeksiyon oluşması da tedaviye eşlik eden hatalardandır. Enfeksiyona sebep olunması veya enfeksiyonun önlenmemesi şeklinde görülebilir. Hastanelerde enfeksiyonların önlenmesi de her zaman mümkün olmayabilir. Ancak enfeksiyona karşı gerekli tedbirlerin alınması da hekimin ve idarenin standart uygulamaları içerisinde olmalıdır. Bu nedenle *“enfeksiyon başlangıcından yaklaşık üç ay öncesine kadar ameliyathane ve yoğun bakım ünitelerinin havasının dezenfekte edilmediği, klinik şefinin de bu durumdan haberinin olduğu; klinik şef yardımcısının, “enfeksiyon var, ameliyathaneyi kapatalım” önerisine rağmen, ameliyatlara devam edildiği ve bunun sonucunda altı hastanın öldüğü olayda, klinik şefi kusurlu bulunmuştur.”*

“Ameliyat sonrasında bulaşıcı hastalığı bulunan başka bir hasta ile aynı odaya konan hastanın, bu hastalığı kapması nedeniyle hekim sorumlu bulunmuştur”(Hakeri, 2012: 558).

3.3.2.10. Üçüncü Kişileri Uyarmama

Hekimin taksir sorumluluğu ile ilgili olarak, hasta dışındaki kimseleri uyarmaması nedeniyle meydana gelen sonuçlardan dolayı sorumlu tutulup tutulmayacağı tartışmalıdır. Örneğin AIDS gibi hastalığı olan kişilerin durumunun yakınlarına bildirilmesinin *“kişisel verilerin açıklanması suçu”* (hekimin sır saklama yükümlülüğü) çerçevesinde değerlendirilmesi konusu tartışmalıdır(Hakeri, 2012: 558).

3.3.2.11. Kayıt ve Testleri İncelemeden Tıbbi Müdahale Yapılması

“Doğum sırasında bebeğin oksijen yetersizliğine bağlı beyin ölümü haliyle dünyaya gelmesi ile ilgili açılan bir tazminat davasında, Danıştay, hastaneye başvuran hastanın antenatal kayıtlarını ve testlerini incelemeden normal doğuma karar vererek, kaçınılmaz olarak fetal sıkıntıya neden olan doktorun 4/8 oranında

kusurlu olduğuna karar vermiştir”(Hakeri, 2012: 559).

3.3.2.12. Konsültasyon İstenmemesi

Tıp biliminin gün ilerlemesi ve uzmanlık alanlarının artması, hekimlerin ilgili uzmanlara danışması yükümlülüğünü de beraberinde getirmiştir. Konsültasyon sisteminin işletilmemesi, uygulama hatası olarak kabul edilmektedir.

“Yüksek Sağlık Şurası önüne gelen bir olayda; ameliyat endikasyonu koyduğu halde hastayı yeterince değerlendirmeden, gerekli ön tetkikleri ve konsültasyonları yaptırmayan hekimi kusurlu bulmuştur. Yargıtay da ameliyat öncesi konsültasyon ve tetkiklerin yeterli düzeyde yapılmaması nedeniyle hekimi sorumlu tutmuştur. Benzer şekilde, gerekli olduğu halde dâhiliye konsültasyonu istemeyip; hastanın diabet komasına girmesine yol açan üroloji uzmanı da suçlu bulunmuştur”(Hakeri, 2012: 559).

3.3.3. Tedavi Sonrası Yükümlülüklerin İhlali

Tıbbi müdahaleler açısından söz konusu olan özen yükümlülüğü sadece tedavi sırasında söz konusu olmayıp, tedavi sonrası için de geçerlidir. Hasta ile hekim arasındaki ilişki, tedavi tamamlanınca sona ermesine rağmen, hekimin tedavi sonrası da devam eden bazı yükümlülükleri olabilir. Örneğin, *“hastaya uygulanmış olan bir tıbbi cihazın, çeşitli risk ve yan etkilerinin olacağının sonradan anlaşıldığı durumlarda; hekimin hastaya ulaşması ve onu uyarmak için çaba göstermesi gerektiğine”* karar verilmiştir.

Hasta, tedavinin sadece bir objesi olmayıp, tedaviye katılmak durumunda olan ve kendini tedaviye göre ayarlaması gereken bir varlıktır. Bu nedenle, hekim hastasına önerilerde bulunmak, hastasını bilgilendirmek durumundadır. Hekimin hastasına; *“örneğin diyete girmesi gerektiği veya sigara içmemesi gerektiği”* gibi hususları belirtmemesi de tedavi hatasıdır. Hastaya *“hastalığının bulaşıcı olduğu, başka insanlara karşı dikkatli davranması gerektiğinin söylenmemesi”* de bu anlamda hekim kusuru sayılmaktadır.

Hastasına bir zarar verdiğini fark eden veya bir zarar vermiş olabileceğini düşünen hekim, tedavi ilişkisinin bitmesinden sonra dahi bu zararın etkilerini mümkün

olduğunca az tutabilmek için gerekeni yapmak zorundadır. Başarısız bir müdahaleden sonra yapılan karşı müdahale veya onarıcı müdahale, müstakil bir tedavi amaçlı müdahale niteliğinde olup, kural olarak diğer müdahalelerin tabi olduğu kurallara tabidir. Burada da hekimin aydınlatma yükümlülüğü bulunmaktadır (Hakeri, 2012: 560) .

3.3.4. Organizasyon Kusuru

“İnsan Hakları Avrupa Sözleşmesi’nin 2. maddesinde garanti altına alınan Yaşam Hakkı’nın, devletin kendi yetki alanı içindeki kişilerin yaşam hakkını korumak için gerekli çabayı göstermekle” de yükümlü olmasını gerektirmektedir. Bu husus, devletin sağlık konusunda tedbir almasını da içermekte, ayrıca devletin gerekli organizasyonu yaparak, hastaların hayatının korunması ve sağlıklı yaşamlarının temini için alınması gereken tedbirler konusunda, sağlık kuruluşlarının uyması gereken kuralları da koyması ve denetlemesi yükümlülüğünü ortaya çıkarmaktadır(Hakeri, 2012: 563).

Hastane işletmesi, özel sektöre veya kamuya ait olabilir. Kime ait olursa olsun hastanede gerçekleştirilen tüm tıbbi müdahalelerden birinci derecede hastane idaresi sorumludur. Danıştay, *“halkın sağlık hizmetlerini yürütmekle görevli olan idare, hastanelerde yapılacak tedavilerin ve cerrahi müdahalelerin tıbbi esaslarına uygun biçimde, hizmetin gerektirdiği yeterliğe sahip personelle ve gerekli dikkat ve özen gösterilerek yapılmasını sağlamakta yükümlüdür”* şeklinde bu konudaki prensipleri belirleyici bir karar vermiştir.

Hastane yönetiminin, organizasyon yükümlülüğü bulunmaktadır. Ayrıca, sözleşmeden kaynaklanan birtakım yükümlülükleri de vardır. Asıl yükümlülüğü, hastanın tedavisidir. Bunun dışında, hastayı aydınlatma, hastane bakımını sağlama, özen ve sadakat gösterme, sır saklama, kayda geçirme gibi yan yükümlülükleri de vardır.

Ayrıca hastaneler, tıp dışındaki yükümlülüklerini de yerine getirmelidir. Yemek ve barınma hizmetlerinin de amaca uygun olmasını sağlamalıdır. *“Örneğin, sağlıklı ve uygun yiyecek, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, hastaların yaralanmalardan ve düşmelerden korunması, hastaların acil çıkış ve havalandırma imkânlarıyla donatılmış sağlıklı binalarda bakımlarının yapılması gibi”*(Hakeri,

2012: 563,564).

Karşılaştırmalı hukukta da hastane yönetiminin görev ve sorumlulukları dört alanda incelenir:

1. Tesisin ve kullanılan ekipmanın güvenilirliği ve uygun bakımı için gerekli özeni göstermek.
2. Konusunda ehil ve yetenekli hekimleri seçmek ve çalıştırmak.
3. Tıp icrasında görev alan veya hasta bakımında çalışan tüm personeli denetlemek.
4. Hastalar için kaliteli sağlık bakımını sağlamak için, uygun kuralları ve politikaları belirleyip uygulamak(Hakeri, 2012: 565).

Hastane yönetiminin, **“hastane bakımı”** kavramı içinde yer alan görevlerini yerine getirmemesi; örneğin, *“gerekli testler yapılmadan hastalığın teşhisine gidilmesi, yeterli ısıtma yapılmaması sebebiyle hastalığın ağırlaşması veya yeni bir hastalığa sebep olunması, ameliyatı takiben kullanılan kompresin gereğinden fazla sıcak olması ve yanıklara neden olması, cerrahi müdahalede kullanılan araç ve gereçlerin arızalı olması, bozuk yiyecek verilmesi yüzünden zehirlenmelere yol açılması, hatalı kan grubu tespiti yapılması, psikiyatri hastasının kontrol edilememesi yüzünden intiharı, yangına karşı gerekli tedbirlerin alınmamış olması, yabancı kişinin hastanedeki kontrol eksikliğinden faydalanarak bebeği çalması”* gibi olaylarda hastane yönetimi kusurlu kabul edilebilmektedir.

Hastane yönetiminin özen gösterme borcunun gereği olarak, hastanede bulunması gereken asgari donanımı bulundurmak; tıp bilimi ve uygulamasındaki yeni gelişmeleri takip ederek, hastaneyi buna uydurmak yükümlülüğü vardır. Aynı şekilde tıbbi teknik aletler ve cihazlardaki yeni gelişmeleri takip ederek, eskiyen aletler yenileriyle değiştirilmelidir. Anayasada *“devletin, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamakla görevli olduğu belirtilmekle beraber, “bu görev mali kaynakların yeterliliği ölçüsünde yerine getirilir” hükmü nedeniyle; “devlet hastanesinde, göğüs cerrahi, beyin cerrahi kadroları ile tam teşekküllü yoğun bakım ünitesi, bilgisayarlı tomografi gibi ünitelerin bulunmaması nedeniyle hastanın öldüğü bir olayda, idarenin hizmeti gereği gibi yürütememesi dolayısıyla açılan tazminat davası haklı olarak reddedilmiştir.”* Burada sorumluluk ancak mali imkânlar olmasına rağmen söz konusu ünitelerin kurulmaması veya bu ünitelerin

bulunmamasına rağmen tedavinin üstlenilmesinden kaynaklanabilir(Hakeri, 2012: 565,566).

“Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 37. maddesine göre; herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu istemek hakları vardır. Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastaların ve ziyaretçi ve refakatçi gibi yakınlarının can ve mal güvenliklerinin korunması ve sağlanması için gerekli tedbirleri almak zorundadırlar”. Görüldüğü üzere, güvenlik konusu da idarenin organizasyon yükümlülükleri içerisinde.

“Çocukların ve akıl hastalarının hastanede güvenlik içinde olmalarını sağlayacak tedbirleri almak” da hastane yönetiminin sorumluluğu altındadır. Kan, doku ve organ çalınması, bebek hırsızlığı, diğer hırsızlıklar, muhtemel kavga ve çatışmalar için yeterli güvenlik personelinin bulundurulmaması gibi durumlarda da hastane yönetiminin organizasyon kusuru söz konusu olabilir. Yargıya intikal eden bir olayda, *“6 yaşındaki bir çocuğun hastaneden ayrılmasından”* hastane yönetimi sorumlu tutulmuştur. Hastane ortamını yeterli ölçüde gözetlemeli ve kontrol tedbirleri aldırmalıdır(Hakeri, 2012: 567-570).

3.3.5. Üstlenme Kusuru

Hekim, hastanın tedavisini üstlenirken; uygun olan tıbbi standardı sağlamak konusunda, yeterli bilgi ve tecrübeye sahip olup olmadığını değerlendirmek zorundadır. Hekimin bunu sağlayamayacağını anlaması durumunda; başka hekimlere danışması veya hastayı daha tecrübeli bir uzmana veya hastaneye sevk etmesi gerekir. Hekimin uzmanlık yetkisini aşması durumunda, “üstlenme kusuru” söz konusu olur. Hastalığın teşhisi aşamasında da hekimin konunun yeterince uzmanı olmamasına, yeterli araç ve gerece sahip olmaması ve dolayısıyla da güvenilir bir teşhise ulaşması mümkün olmamasına rağmen, hastayı başka bir hekim veya hastaneye de havale etmemesi durumunda, hekim, uygulama hatası işlemiş olur.

Hekimin, yeterli uzmanlığı olmamasına rağmen veya yeterli uzmanlığı olsa bile yorgunluk, sarhoşluk, hastalık gibi bir sebeple uzmanlığını gereğince yerine getiremeyeceği anlaşıldığı halde; bir faaliyeti üstlenmesi, özen yükümlülüğünün ihlaline yol açabilir. Gönüllü olarak bir görevi üstlenen kimsenin, o görevin

gereklerini yerine getirebilmesi gerekir. Kişisel olarak veya uzmanlığın gerektirdiği kabiliyeti haiz olmayan bir kimse, uzman kişinin yardımını almalı, kendi uzmanlık alanının veya müdahale yeteneğinin sınırlarına gelen kimse kendi faaliyetini sınırlamalıdır. Bu sınırlara gelen hekim, hastasını ya konunun uzmanı olan bir meslektaşına ya da o konuda daha bilgili ve tecrübeli hekime havale etmeli, duruma göre konsültasyon yapmalıdır (Hakeri, 2012: 577,578).

Bir hastanede, kuralına uygun tıbbi müdahale için; gerek hekimler açısından gerekse tıbbi teçhizat açısından uygun şartlar bulunmuyorsa, hastanın daha ilk başvuru anında bir başka hastaneye sevk edilmesi gerekebilir. Aksi durum üstlenme kusuruna yol açar(Hakeri, 2012: 579-581).

Üstlenme kusuruna ilişkin olarak uygulamadan birkaç örnek karar aşağıda verilmiştir:

**Henüz eğitim almakta olan asistan hekimin, tek başına kendi sorumluluğunda yürütülecek bir ameliyatta hastanın yüksek risk altında olacağını görmesi durumunda, gözetim altında olmaksızın böyle bir ameliyatı yapmayı reddetmesi gerekir. Bundan dolayı mesleki güçlüklerle karşılaşacak olmasının bu açıdan önemi yoktur.*

**Yönetici niteliğindeki hekimin, güvenilir bir asistana bir doğumu tek başına yaptırması konusunda yetki vermesi durumunda, herhangi bir komplikasyon halinde hemen müdahale edecek durumda ise herhangi bir sorumluluk bulunmamaktadır.*

**Ameliyatta, karın açıldığında, yapışıklıklar dolayısıyla bağırsaklarla genital sistemin bir kitle oluşturmaya rağmen bir genel cerrahi uzmanının çağrılmaması kusurlu bulunmuştur.*

**Davacıların çocuğunun hastaneye yatırılması gerektiği halde, yer olmadığı için yatırmayan ve başka yere de sevk etmeyerek ertesi gün çağıran hekim Adli Tıp tarafından kusurlu bulunmuştur. Mahkeme, olayda hizmet kusurunun olduğuna karar vermiş ve karar onanmıştır.*

**Avusturya'da gerçekleşen bir olayda, anestezi alanında uzmanlık eğitimi alan ve eğitimin ikinci ayında olan hekime, ameliyatı yapan cerrah, narkoz uygulayıp uygulayamayacağını sormuş, asistanın, uygulayabileceği cevabı üzerine, hocaya haber verilmeksizin, narkoz uygulanmıştır. Ameliyat cerrah açısından sorunsuz geçmişse de anestezi nedeniyle çıkan bir sorun nedeniyle hasta ağır bedeni ve ruhsal zararlara uğramıştır. Açılan davada, asistan, uzman bir anestezist gibi hareket etmiş*

olsaydı, ortaya çıkan netice oluşmayacağından, üstlenme kusuru nedeniyle sorumlu tutulmuştur (Hakeri, 2012: 581-583).

3.3.6. Uygulamadan Ağır Hata Örnekleri

Aşağıdaki örneklerde mahkemeler, hekimin hatasının ağır olduğuna karar vermiştir (Hakeri, 2012).

- Hastanın günlerce devam eden ağrılarına ve parmaklarındaki karıncalanmaya rağmen, alçının zamanında açılmaması,
- Henüz uzmanlık eğitimi gören asistan hekimin, daha önce hiç yapmadığı bir ameliyatı, tecrübeli bir cerrahın yönlendirmesi ve gözetimi olmaksızın yapması,
- Yüksek ateş, kusma gibi belirtilerin ve karnın sertleşmesi ve nabzın yükselmesi gibi alarm işaretlerinin görülmesine rağmen, enfeksiyonun fark edilememesi dolayısıyla; apandisit ameliyatı için çok geç bir tarih belirlenmesi,
- Röntgen, endoskopi gibi gerekli teşhis işlemlerinin yapılmaması dolayısıyla, hastada olumsuz sonuçların oluşması,
- Kalp krizi tehlikesine rağmen, hastaneye gitme uyarısında bulunulmaması,
- Sezaryende gecikme,
- Ceninin kalp atışındaki ciddi problemlere rağmen ebenin, doğuma hekim olmaksızın girişmesi,
- Riskli bir doğumun takibinin sadece ebeye bırakılması,
- Çocuğun derhal doğurtulmasına yönelik belirgin uyarılara rağmen, doğum odasının öğle tatili için terk edilmesi,
- Nefes alma güçlüğü devam eden hastanın ameliyattan sonra, yetkili bir hekim tarafından sorumluluğu henüz üstlenilmeden terk edilmesi,
- Erken doğan çocuğun ateşinin gerektiği gibi kontrol edilmemesi,
- Ameliyat sırasında delici cerrahi aletin bir parçasının kırılarak kemik içinde bırakıldığıının gizlenmesi,
- Bilincini kaybetmiş hastada sıtma hastalığına yönelik kan tahlilinin yapılmaması.
- Ayrıca; teşhis konulmadan tıbbi müdahalenin yapılması,
- Yanlış tarafın veya organın cerrahisinin uygulanması,

- Bağımlılık yapıcı ilaçların sürekli olarak yazılması da, tıbbi müdahale hatası olarak görülmektedir.

3.3.7. Hekimin Yaptığı Uygulama Hatasını, Hastasına Bildirme Yükümlülüğü

Hastanın sağlık durumu bunu gerekli kılıyorsa ve alınacak bazı önlemlerle hastanın sağlığına kavuşma ihtimali de varsa, hekim uygulama hatası yaptığını hastasına bildirmelidir.

3.3.8. Hatalı Tıbbi Uygulamanın Belirlenmesi (Bilirkişi)

Özen yükümlülüğünün ihlalinin belirlenmesi, çoğunlukla bir bilirkişinin görüşünü gerektirmektedir. Bilirkişi, genellikle uygulamada Adli Tıp Kurumu olmaktadır. Ancak bu kurum dışında özellikle üniversitelerin ilgili bölümlerinden öğretim üyelerinden de bilirkişi görüşü alınabilir. Yargıtay *“hekimin kusurlu bulunup bulunmadığının tespiti için uzman kişilerden oluşacak bilirkişi kurulu marifetiyle inceleme yaptırılmak ve gerektiğinde Adli Tıp Meclisi’nin düşüncesine de başvurmak”* gerektiğini söylemiştir.

Danıştay da *“ağır hizmet kusurunun belirlenebilmesi açısından; Adli Tıp Kurumu’ndan rapor alınması gerektiği”* görüşündedir. Bilirkişi, hekimin yapması gereken ile yapılanın ne olduğunu gösteren, nedenlerini açıklayan, hâkim ve Yargıtay denetimine elverişli bir rapor düzenlemelidir(Hakeri, 2012: 587).

Uygulamada Adli Tıp Kurumu raporlarına öncelik tanınması söz konusu değildir. Önemli olan bilirkişi raporunun içeriği ve niteliğidir. Yargıtay da kimi kararlarında Adli Tıp Kurumu veya uzmanlardan oluşturulacak bir bilirkişi kurulundan rapor alınması gerektiğini savunmaktadır.

Adli Tıp tarafından verilen rapor yetersiz görülürse; üniversite öğretim üyelerinden oluşan üç kişilik bir bilirkişi kurulu oluşturularak, dosya bu heyete gönderilmek suretiyle de rapor aldırılabilir. Aynı şekilde, Adli Tıp raporlarına itiraz edildiği takdirde; üniversite öğretim üyelerinden oluşturulan üç kişilik bir bilirkişi kurulundan rapor aldırılmalıdır. Yine, mahkeme tarafından atanan bilirkişi kurulu ile Yüksek Sağlık Şurası raporu arasında bir çelişkinin varlığı halinde de, üniversite

öğretim üyelerinden oluşturulan bir bilirkişi kuruluna danışılmalıdır(Hakeri, 2012: 588).

Sağlık personelinin hatalı tıbbi uygulamalarına ilişkin açılan ceza davalarında, *“Yüksek Sağlık Şurası’nın yasal bilirkişilik görevi, Anayasa Mahkemesi’nin ilgili kanun hükmünü iptaliyle birlikte”* sona ermiştir.

Yargıtay, Yüksek Sağlık Şurası kararlarının bağlayıcı olmadığını vurgulamakta ve özellikle de tereddüt edilen hallerde Adli Tıp Kurumu’ndan bilirkişi raporu alınması gerektiğine hükmetmektedir. Örnek bir kararda;

“Yüksek Sağlık Şurasının raporunda; sanığın 2/8 oranında kusurlu olduğu belirtilip 6/8 oranındaki kusurun sanığa izafe edilemeyeceğine dair kararın sebebinde kuşkuya düşüldüğünden, Adli Tıp Kurumu ilgili ihtisas kurulundan kusur oranına yönelik alınacak rapora göre sanığın hukuki durumunun tayin ve takdiri gerekirken, noksan araştırmaya dayalı olarak hüküm tesisi kanuna aykırıdır” denmiştir(Hakeri, 2012).

Yargıtay Hukuk Daireleri açısından da Yüksek Sağlık Şurası raporunun bağlayıcılığı söz konusu değildir. Bir kararında Yargıtay, gerekçeli olmayan ve inandırıcı bulunmayan raporla hâkimin bağlı bulunmadığını özellikle vurgulamıştır. Bazı kararlarında ise Yargıtay, Adli Tıp Genel Kurulu raporunu dahi inandırıcı bulmamaktadır. Keza net, tartışmasız görülen beceri kusurlarında, bilirkişiye başvurmaya gerek dahi olmadığı belirtilmektedir. Örneğin, sezaryen ameliyatında uterusun kesilmesi gibi.

“Yüksek Sağlık Şurası raporu ile Adli Tıp Kurumu raporları arasında çelişki olması durumunda ise; Adli Tıp Genel Kurulu’ndan görüş alınması gerektiği” içtihat edilmektedir (Hakeri, 2012: 593,594).

3.4. YARGIYA YANSIYAN TIBBİ MÜDAHALE HATALARININ SONUÇLARI

Yargı mercileri tarafından yapılan tanımlamalar dikkate alınarak, tıbbi müdahale hatalarının sonuçları değerlendirildiğinde; cismen eza görme (yaralanma, ruhen ve bedenen acı çekme), uzuv zaafı, uzuv kaybı, ölüm, yüzde veya vücutta sabit eser kalması, engelli bebek doğması, doğuştan anomalili bebek doğması, bitkisel

hayata girme, bebek karışması, kullanılamaz (ayıplı) protez yapılması şeklinde belirlenmiştir(Savaş,2013: 80).

Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hatalarının Yapıldığı Tıp Meslekleri, belirlenirken; Tababet Kanunu'nda belirtilen tıp dalları(sağlık meslekleri) esas alınmıştır. Bu suretle hekimlik faaliyetleri, hemşirelik faaliyetleri, eczacılık faaliyetleri, sünnetçilik faaliyetleri çerçevesinde bir ayrıma gidilmektedir.

Yargı kararlarındaki mahkeme ve bilirkişi görüşlerine dayanılarak tıp dalı belirlemesi yapılmakla birlikte; dava edilen sağlık mesleği mensubunun hangi branştan olduğu, hastalığın hangi tıp dalına girdiği gibi konulara da bakılarak, Yargı Mercilerinin bakış açısıyla ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Tablo 6: Yapıldığı sağlık mesleklerine göre, yargıya yansıyan tıbbi müdahale hatalarının dağılımı(Savaş,2013)

SAĞLIK MESLEKLERİ	n	%
1. Hekim	112	%82
2. Hemşire (ebelik)	20	%14.5
3. Sünnetçilik faaliyetleri	3	%2.1
4. Eczacılık faaliyetleri	2	%1.4
TOPLAM	137	%100

Tablo 6'da görüleceği üzere; en fazla hekimlik faaliyetleri sırasında tıbbi müdahale hatası oluşmuştur. Sıralamada hekimleri, hemşireler, sünnetçiler ve eczacılar izlemektedir (Savaş, 2013: 80).

Ele alınan tıbbi müdahale hatası sonuçlarında ağırlıklı olarak cismen eza görme durumu söz konusudur. Uzun kaybı, uzun zaafı, sabit eser bırakma gibi sonuçların olduğu tıbbi hatalarda da doğal olarak yaralanma, ruhen ve bedenen acı çekme durumları söz konusu olur. Ancak, uzun kaybı, uzun zaafı gibi haller, yaralama suçunun ağırlaştırıcı sebebi (daha ağır cezayı gerektiren hali) olduğundan ve bu durum karar üzerinde birinci derecede etkili olduğundan bu hataların sonuçları, cismen eza görme olarak değil, uzun kaybı, uzun zaafı vb. olarak gösterilmiştir(Savaş,2013).

Tablo 7: Tıbbi Hataların Sonuçlarına Göre Dağılımı

SONUÇLAR	n	%
Cismen Eza Görme (yaralanma, ruhen-bedenen acı çekme)	34	%28
Ölüm	32	%26.4
Uzuv Kaybı	28	%23.1
Uzuv Zaafı	12	%10
Vücutta,Yüzde Sabit Eser Bırakma	4	%3.3
Engelli Bebek Doğması	4	%3.3
Doğuştan Anomalili Bebek Doğması	3	%2.4
Bitkisel Hayata Girme	2	%1.6
Bebek Karışması	1	%1
Ayıplı Protez Yapılması	1	%1
TOPLAM	121	%100

Sağlık mesleklerinden hekimlik mesleği, uzmanlaşma nedeni ile ayrı ayrı dallara ayrılmıştır. Ülkemiz hukuk uygulamasında, 21 ayrı uzmanlık dalı ile ilgili hataların yargıya yansıtıldığı görülür. Yargıya yansıyan tıbbi hataların yapıldığı uzmanlık dalları arasında 1. sırada, Kadın Hastalıkları ve Doğum branşının bulunduğu tespit edilmiştir.

Başka bir araştırmada; “*tıbbi sorumlulukla ilgili açılan 4000 davadan yaklaşık %20’sinin kadın hastalıkları ve doğum alanını ilgilendirdiği, yine Türkiye’de yapılan başka bir çalışmada ise, tıbbi uygulama hatası iddiası ile Adli Tıp Kurumu’na gönderilen olguların yine yaklaşık %20’sinin kadın hastalıkları ve doğum alanı ile ilgili olduğu bildirilmiştir.*” Tıbbi sorumluluk davaları açısından en riskli alanlar, Kadın Hastalıkları ve Doğum başta olmak üzere, Genel Cerrahi, Anestezi ve Ortopedidir. Üroloji alt sıralarda yer almaktadır (Savaş,2013: 85).

Yüksek Mahkeme kararlarına göre dava konusu olan uzmanlık dalları ve bu uzmanlık dallarının dava edilme oranları Tablo 8’de verilmiştir (Savaş,2013: 86,87).

Tablo 8: Hekimlik faaliyetleri sırasında oluşan tıbbi müdahale hatalarının uzmanlık dallarına göre dağılımı(Savaş,2013)

UZMANLIK DALI	n	%
Kadın Doğum	30	%26.7
Genel Cerrahi	11	%9.8
Anestezi	8	%7.1
Ortopedi	7	%6.2
Göz	7	%6.2

Diş	6	%5.3
Acil	5	%4.4
Çocuk	5	%4.4
KBB	5	%4.4
Uzmanlık dalı karardan anlaşılamayan	5	%4.4
Üroloji	4	%3.5
Kalp damar cerrahisi	3	%2.6
Beyin Cerrahi	3	%2.6
Plastik Cerrahi	3	%2.6
Kardiyoloji	2	%1.7
Psikiyatri	2	%1.7
Dahiliye	2	%1.7
Cildiye	1	%0.8
Göğüs cerrahisi	1	%0.8
Radyoloji	1	%0.8
Göğüs Hastalıkları	1	%0.8
TOPLAM	112	%100

3.5. ÜROLOJİDE TIBBİ UYGULAMA HATALARI

Tıbbi malpraktis, ürologlara arzu edilmeyen, duygusal ve ekonomik bir yük oluşturmaktadır. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda; ürolojiye ilişkin tıbbi malpraktis konusunda yetersizlik bulunmaktadır. Tıbbi malpraktiste sosyal amaçlar arasında; güvenli olmayan uygulamaların önlenmesi, hataların tazmin edilerek tam düzeltici hukukun sağlanması yer almaktadır. Malpraktisin kanıtlanması amacıyla bir davacının ya da şikâyetçinin 4 kriteri sağlaması gereklidir:

- Hekimin fiili bir görevinin bulunması,
- Hekimin bu görevi ihlal etmesi,
- Davacı ya da şikâyetçinin zarardan dolayı acı çekmesi,
- Çekilen acının görev ihlali nedeniyle meydana gelmiş olması.

Malpraktisteki bu geleneksel çerçeve, farklı çeşitteki yorumlamalara yol açmaktadır. Bu arada maliyetler ve sağlık bakım sisteminin karmaşıklığı, malpraktis ortamında dengesizliklere yol açmaktadır (Sherer ve Coogan, 2015). Literatürde ürolojiye ilişkin tıbbi uygulama hatalarına yol açabilecek durumları ele alan çalışmalar yer almaktadır:

Kasimi (2014) “*ürolojik laparoskopik cihazların temizliği ve devamlılığının sağlanmasının hasta bakımında önemli olduğunu belirtmiştir.*” Artan olgu sayısı ve laparoskopik aletlerin yetersiz kalması, devam eden ürolojik olgularda hızlı ve etkili dekontaminasyon işlemini gerekli kılmaktadır. Sterilize edilen aletlerin bir sonraki kullanıma kadar saklanması sırasında da dikkatli olmak gerekir. Tekrar kullanılabilen laparoskopik aletlerin temizliğinin yetersiz yapılmasının bir malpraktis olduğu bildirilmiştir.

Shearer ve Coogan (2015); Amerika’da 1985-2012 yılları arasında Hekim Sigortacıları Derneği tarafından toplanan en geniş uzmanlık verilerinden elde edilen 6249 kapanmış ürolojik iddiayı analiz etmişlerdir. Risk yönetimi ve geliştirilmiş hasta bakımı için fırsatların belirlenmesinde ürologlara yardımcı olurken, ürolojik cerrahiye ilişkin malpraktis ortamında mevcut trendlere olan farkındalığın artırılması amaçlanmıştır. 2003-2012 yılları arasında ürolojik malpraktis sonucu meydana çıkan ortalama tazminatın 319.052 dolar, toplam tazminatın 206.433.352 dolar, toplam kapanan iddianın 2434 ve en yüksek ödemenin 3.200.000 dolar olduğu tespit edilmiştir. Verilere bakıldığında ürolojik malpraktisin ekonomik açıdan getirdiği yük dikkat çekicidir ve bu malpraktislerin diğer tıp dallarında da meydana geldiği düşünüldüğünde sağlık maliyetlerinin ne kadar yüksek olduğu tahmin edilebilmektedir (Sherer ve Coogan, 2015).

Tablo 9: Amerika’da Ürolojiye ilişkin hatalı uygulamalar ve tazminatlar

Hatalar	Kapanan	Ödenen	Toplam Tazminat(\$)	Ortalama Tazminat(\$)
Prosedürün uygunsuz gerçekleştirilmesi	880	240	78.458.964	326.912
Tıbbi kazanın olmaması	449	30	6.881.060	229.369
Tanı hataları	329	116	52.815.813	455.309
Komplikasyonları tanımlamada başarısızlık	141	37	13.464.810	363.914
Olguyu denetlemede başarısızlık	130	38	10.078.208	265.216
Cerrahi yabancı cisim	99	33	4.524.171	137.096

Belirtilmeyen prosedür	81	40	8.385.742	209.644
İlaç tedavisi hataları	74	20	4.215.700	210.785
Hastayla iletişimde/ hastayı bilgilendirmede başarısızlık	53	19	6.289.045	331.002
Gerçekleştirilmeyen prosedür	41	17	5.725.000	336.765

Vargas-Blasco ve diğerleri (2015) İspanya'daki ürolojik malpraktislerin mevcut durumunu konu almışlar ve Katalonya'da 25.000'den fazla hekimin sigortasını yapan şirketin verilerini kullanmışlardır. 1986-2005 dönemi süresince yapılan analizlere göre; ürolojinin tıbbi uzmanlık dalları arasında 10'uncu sırada olduğu belirlenmiştir. Her yıl ortalama 6.63 sayıda olgu meydana geldiği, olguların %19.84'ünün tazminat ödemesiyle sonuçlandığı ve bu tazminatın ortalama 39.231 Euro olduğu belirtilmiştir. Sonuçlara göre ürolojinin orta-yüksek riskli bir uzmanlık alanı olarak görüldüğü tespit edilmiştir. Ürolojik malpraktis olgularının sınıflandırılması tabloda gösterilmektedir.

Tablo 10: İspanya'daki ürolojik malpraktis iddialarının durumu

Durum	Kapanan	Ödenen	Toplam Tazminat(€)	Ortalama Tazminat(€)
Böbrek/üreter taşı	25	10	1.087.818	108.781.8
Prostat kanseri	12	2	83.855	41.927
İnkontinans	4	2	9.669	4.834
Benign prostat hiperplazisi	31	5	226.780	45.356
Üretra bozukluğu	1	0	-	-
Böbrek tümörü	2	1	153.725	153.725
Penis bozukluğu	9	2	24.514	12.257
Testis bozukluğu	25	7	156.102	22.300
Vazektomi	40	11	620.375	56.397
Diğerleri	23	0	-	-
TOPLAM	182	40	2.362.838	59.070.95

Genellikle acil değerlendirme isteyen ürolojik olgulardan birisi, testis torsiyonudur. 25 yaş altındaki erkeklerde testis torsiyonu görülme sıklığının 4000’de 1 olduğu tahmin edilmektedir. Tanı ya da tedavideki başarısızlık; hem klinik açıdan, hem de sağlık hukuku açısından ciddi sonuçlar meydana getirebilir. Ağrının başlangıcından sonraki 4-8 saat arasındaki sürede, tanı konulmadıysa ya da tedavi gerçekleştirilmediyse testis kaybının sık olduğu belirtilmektedir. Semptomlardaki varyasyonlar ve tanısal görüntüleme sonrası sonuçsuz raporlar klinik karar vermeyi daha da karmaşık hale getirebilir. Testis torsiyonunun atipik belirtileri, yüksek orandaki hatalı tanımlar ve bunu izleyen malpraktis iddiaları ile ilişkilidir. Birçok örnekte kapsamlı bir öykü alma ve fiziksel muayene, tecrübeli bir hekim tarafından yürütüldüğü takdirde, testis torsiyonu tanısı için yeterli olabilmektedir. Şüphe fazla olduğunda cerrahi müdahale gerçekleştirilmelidir. Bununla birlikte tanıda zorlanıldığında, tanısal ultrason göz önünde bulundurulmalıdır. Torsiyon için nispeten duyarlı olan yalancı negatiflikler mümkün olabilir ve bazı lokasyonların istenen görüntülemeye erişimi olmayabilir. Bu nedenle akut skrotumun ultrasonik değerlendirilmesi için; torsiyonu diğer akut testis ağrılarının etiyojilerinden ayırt edebilen ve ameliyat endikasyonlarının farkında olan tecrübeli bir hekim tarafından gerçekleştirilebilir (Colaco ve diğerleri, 2015).

Sunaryo ve diğerleri (2014), olgularda tanıklık etmek için seçilen ürolog hekimlerin kimliklerinin bilirkişi olarak değerlendirilmelerini konu almışlardır. Malpraktis olgularında genellikle hekimlerin bilirkişiler olarak tanıklık etmeleri amacıyla seçildikleri bilinmektedir. Bir bilirkişiyi nelerin oluşturduğunun belirlendiği çalışmada hekimlerin çalışma tecrübelerinin kaç yıl olduğu ve bilirkişi olarak kaç davada yer aldıkları ön plana çıkmıştır. Amerikan Üroloji Birliğine göre üroloji alanında asistanlık ya da burslu eğitimden sonra en az 5 yıllık uzmanlık tecrübesi olan ve dergi, kılavuz ve bazı metinlerde editörlük gösterme niteliklerine sahip hekimlerin, davalarda yeterli olabilecekleri belirtilmiştir. Bunlara ek olarak ürologların tarafsız ve adil bir biçimde davranarak özellikle diğer ürolojik bakış açılarından farklılaştıkları, kişisel görüşlerini belirtebilecekleri ifade edilmiştir. Ayrıca çalışma verilerine göre davacılar için, tanıklık eden ürologların alanlarında 3.5 yıl ve üzeri tecrübesi olduğu, toplam davalarda ise tanıklık eden ürologların 30 yıl ortalama ile önemli düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir.

3.6. ÜROLOJİDE MEYDANA GELEN TIBBİ UYGULAMA HATALARIN YARGIYA YANSIMASI

Üroloji tıp alanında meydana gelen hatalı uygulamalara ilişkin kararlar, cismen eza görme ile sonuçlanan tıbbi hatalar ve sünnetçilik tıp alanını ilgilendiren kararlar şeklinde incelenmiştir.

3.6.1. Cismen Eza Görme (Yaralanma, Acı çekme) ile Sonuçlanan Üroloji Tıp Alanı Hataları

- “gerektiği halde dâhiliye konsültasyonu istemeyip hastanın şeker komasına girmesine yol açan bevliye uzmanı doktorun ...”.¹
- “18.4.1962 tarihinde böbrek taşı ve böbrek kisti teşhisiyle... Hastanesi’ne yatırılan ve Op. Dr. ... tarafından Nefrektomi ameliyatı yapılarak 30.4.1962 tarihinde taburcu edilen davacı S. ’de, takriben 10 yıl sonra hipokondrium’ da ağırlı bir şişlik husule geldiğinden, 19.7.1972 tarihinde... Numune Hastanesi ’nde yapılan ameliyatta, ilk ameliyatta unutulmuş metre uzunluğunda gaz tamponunun çıkartıldığı, ancak bundan sonra sağlığına kavuşabildiği dosyadaki delillerle çok açık belirlenmiştir”.²

¹ SONUÇ: “... kusurlu eylemi ile sonuç arasında illiyet bağı bulunduğundan 459. madde uygulanmalıdır...” (Yargıtay 4. Ceza Dairesi 20.12.1994, 1993/8852-1994/1197).

² SONUÇ: “Öyleyse, gazlı bezin vücutta unutulduğu çekişmesiz olduğuna göre bu açık olgu karşısında, döktürün objektif ağır kusurunun varlığı kabul edilmeli, doktorun kusurlu olup olmadığının bilirkişiye inceletirilmesine ihtiyaç duyulmamalıdır. Bütün bunlara ek olarak, esasen 1219 sayılı Yasanın 75. maddesi tıbbi konularda Yüksek Sağlık Şurası düşüncesinin (ceza mahkemesini) bağlayacağı belirtilmiştir. Bu durumda bu mercii düşüncesinin hukuk mahkemesini bağlayacağı da düşünülemez. Yasa hükmü bu doğrultuda olduğuna göre Usulün 276/II. maddesine dayanılarak Yüksek Sağlık Şurası’nın hukuk davalarında, çözümlenmesi gerekli tıbbi sorunlar için seçilmesi ve düşüncesine başvurulması zorunlu bilirkişi kurulu olduğu da kabul edilemez.

Dosya kapsamına ve oluşan kanıtlara göre, davacının davalı hastaneye ameliyat olmak için yattığı, geçici de olsa; belli olayın (ameliyatın) yürütülmesi amacıyla davalı doktoru hastanenin çağırdığı, operasyonun birlikte yürütüldüğü anlaşılmaktadır. Bu durumda, davalı hastanenin sorumluluğu, kusursuz sorumluluk olup; Borçlar Yasasının 55. maddesine ilişkindir. Davacı, davalı hastaneye yatmakla, diğer davalı doktor ile olan ilişkisi değişir, doktor artık hasta ile hastanenin işçisi (kullandığı kişi) olarak ilgilenir. Bir anlamda, doktor ile olan hukuki ilişki, hastane ile olan hukuki ilişkiye dönüşmüştür.

Bu nedenle hastane, doktorun gerekli özeni göstermemesinden ve ihmalden dolayı BK. m. 55 uyarınca davacıya karşı sorumludur. Çünkü davalı hastaneye yükletilen borç, kendi hastanesinde fennin ve tıbbın gerektirdiği bütün işlemleri, fen kuralları, doğruluk içerisinde yapılmasını gerektirir. Davacının maddi tazminat istemi iki bölümde toplanmaktadır. ... lira tedavi gideri ve diğer zararlar ile ... lirası da çalışmamaktan doğan (iş gücü kaybı) zararıdır, şartlar oluştuğunda, davacının bu zararlarının giderilmesini BK. m. 46 uyarınca isteyebileceğinde asla duraksamaya yer yoktur. Ne var ki, 19 Nisan

- “Davacı ...tarafından, ...verilen dilekçe ile davalı doktorun meslekteki acemiliği nedeniyle yaptığı ameliyat sonrası hastanın üreterinin bağlanması nedeniyle maddi ve manevi tazminat istenmesi... ,”³

- “Davacı, rahatsızlığı nedeniyle 13.09.2003 tarihinde davalı hastanede diğer davalı doktor tarafından muayene edilip, tahlil ve film sonuçlarına göre reçete yazılıp, ilaçların kullanılarak on gün sonra kontrole gelmesinin söylendiğini, ancak 9. günde kullandığı ilaçlar nedeniyle mide kanaması geçirdiğini, ardından ameliyat olmak durumunda kaldığını ileri sürerekTL maddi.....TL manevi tazminatın davalılardan tahsilini istemiştir.

Davalılar, davacıya idrar tahlili sonrası iltihap ya da taş teşhisi konulup kombine olarak 10 günlük bir ilaç tedavisine başlandığını, antienflamatuvar ilaçların mide hassasiyeti olan hastalarda ekşime, yanma ve ağrı yapabildiğini, ancak bu tür etkilerin tedavinin erken döneminde ortaya çıktığını ve mide kanaması için hastanın hassasiyetinin son seviyesinde olmasının gerektiğini, 9 gün boyunca doktora gidilmemesinde davacının ihmalinin olduğunu, ayrıca kendisine mide şikayeti olup olmadığının sorulduğunu, ancak davacının böyle bir şikayeti olduğunu bildirmediğini, mide kanaması geçirmesinde kusurlarının olmadığını savunarak davanın reddini dilemişlerdir.

Davacının, rahatsızlığı nedeniyle davalı hastanede görevli diğer davalı doktor tarafından muayene edilip, yazılan reçetede ilaçları kullandıktan sonra mide kanaması geçirdiği ve buna bağlı olarak ameliyat olduğu hususu tüm dosya

1982 tarihli Adli Tıp raporuna göre iş gücü kaybına ilişkin zararın olmadığı tespit edildiğine göre mahkemenin bu bölüme ilişkin gerekçesi dava reddedilmekle sonucu bakımından doğru bulunmuştur. ... Yukarıda açıklamaların ışığı altında mahkemece yapılacak iş, kural olarak davalıların sorumlulukları kabul edilmeli, iş gücü kaybı dışında kalan maddi tazminat miktarı ile olayın işleniş şekil ve özelliği, davalıların ağır kusuru (ihmal); davacının olayda müterafik kusurunun bulunmayışı gibi olgular dosyadaki diğer delillerle HUMK. nün 240. maddesi doğrultusunda değerlendirilerek manevi tazminatın kapsamı takdir ve tayin olunmalı sonra hükmedilmelidir. Mahkemenin anlatılan yönleri gözden kaırması usul ve yasaya aykırı olup hükmün bozulmasını gerektirir” (Yargıtay 13. Hukuk Dairesi E. 1982/7237 K. 1983/1783 T. 14.3.1983).

³ **SONUÇ:** “Mahkemece bilirkişi raporuna dayanılarak mide kanaması ile tedavi arasında illiyet bağı olmadığı gerekçesi ile davanın reddine karar verilmiş; hüküm, davacı tarafından temyiz edilmiştir. (...) ... dosya içeriği ile uyuşmamaktadır. Mahkemece davacıya uygulanan tedavide, doktor hata ve kusuru bulunup bulunmadığı, Üniversiteden seçilecek üroloji, gastroenteroloji, dahiliye uzmanlarının bulunduğu üç kişilik bilirkişi heyetinden alınacak açıklamalı, gerekçeli, denetime elverişli raporla belirlenip, sonucuna uygun karar verilmesi gerekirken, yeterli açıklamayı taşımayan bilirkişi raporuna dayanılarak yazılı şekilde karar verilmesi usul ve yasaya aykırı olup, bozma nedenidir” (Yargıtay 13. Hukuk Dairesi E. 2006/10057 K. 2006/13842 T. 19.10.2006).

*kapsamından anlaşıldığı gibi, taraflar arasında da çekişmesizdir”.*⁴

3.6.2. Sünnetçilik Tıp Alanını İlgilendiren Kararlar

Sünnetçilik, ülkemize özel bir sağlık mesleğidir. Önceden Tababet kanununda yer alan sünnetçilik, küçük cerrahi operasyon olan sünnet cerrahi müdahalesini yapmak için; sağlık memurlarına yetki vermektedir. “18/01/2014 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe giren 6514 sayılı Kanuna göre”; sünnet işlemi hekim tarafından veya hekim gözetiminde yetkili kişilerce yapılabilir.

*“... düzenlenen iddianamede, sanığın mesleğinin gerektirdiği dikkat ve özeni göstermeden mağdurlar G. ve E.’ı hatalı sünnet etmesi sonucu her iki mağdurun yaralanmasına neden olduğu iddia edilmiş ve sanık hakkında tedbirsizlik ve dikkatsizlik sonucu yaralamaya neden olma suçlarından dolayı TCY’nin 459/2. maddesinin iki kez uygulanması istemi ile iki ayrı kamu davası açılmıştır”*⁵

*“... Davaya konu olayda, davalının sünnet işini tıbbi şartlara uymadan, özensiz ve dikkatsiz bir biçimde yaptığı iddia edilmektedir. Bu durumda davalının eylemi kamu hukukundan doğan yetkisinin kullanılması ile ilgili olmayıp, kişisel kusurunu oluşturur...”*⁶

⁴ **“SONUÇ:** “Mahkemece 31.10.2005 tarihli Adli Tıp Raporu gereğince davanın reddine karar verilmişse de, anılan rapor, davacının ameliyatı sırasında vücudunda, operasyonda kullanılan bir maddenin unutulmuş olması nedeniyle davalıların kusurlu olup olmadıklarının tespitine yeterli değildir. Bu rapora dayanılarak hüküm kurulamaz. O halde mahkemece, hastanın her iki ameliyatına ilişkin ameliyat ve tabela kağıtları, çekilen tüm filimler, epikriz ve Adli Tıp Raporları da birlikte gönderilerek, üniversite Öğretim üyelerinden oluşturulacak, konusunda uzman, akademik kariyere sahip üç kişilik bilirkişi kurulundan, hastanın vücudunda sargı bezinin işaretlenmesinde kullanılan radyoopak maddenin unutulmasında davalı doktorlara atfı kabil bir kusur olup olmadığı konusunda nedenlerini açıklayıcı, taraf, mahkeme ve Yargıtay denetimine elverişli rapor alınarak davalı doktorların az yukarda açıklanan ilke ve esaslara göre kusurlu olup olmadığı belirlenmeli, sonucuna göre karar verilmelidir. Eksik inceleme ile yazılı şekilde hüküm kurulmuş olması usul ve yasaya aykırı olup bozmayı gerektirir” (Yargıtay 13. Hukuk Dairesi E.2006/6704 K. 2006/9459 T. 12.6.2006).”

⁵ “Sünnetçilik faaliyeti sırasında oluşan hata sonucu iki ayrı mağdurun cismen eza görmesi (yaralanması, acı çekmesi) durumu ortaya çıkmıştır. Sünnetçi sağlık mesleği mensubunun ceza mahkemesinde yargılanması için, taksirle yaralama suçundan hakkında iki ayrı kamu davası açılmıştır. Sanık sağlık mesleği mensubu o tarihte ki kanuna göre belli miktar paranın ödenmesi ile bu suçtan açılan kamu davasını ortadan kaldıran bir müessese olan ön ödeme önerisinde bulunmuştur. İlk derece mahkemesi ön ödeme talebini kabul ederek davayı ortadan kaldırmış, Yargıtay 2. ceza dairesi de bu kararı onamıştır. Daha sonra Yargıtay Cumhuriyet Başsavcılığının itirazı üzerine dosya Ceza Genel Kurulu’na gelmiş ve sanık sünnetçinin iki ayrı taksirli fiili ve aleyhine açılmış iki dava olmasına ve sadece birisi için ön ödeme müessesesini işletmesine karşın; iki davanın da ortadan kaldırılmış olması usule aykırı bulunarak itiraz kabul edilmiş, onama kararı kaldırılmış ve yerel mahkeme hükmü bozularak dosya mahkemesine gönderilmiştir “

⁶ **“SONUÇ:** “Davacı, davalının oğlu M. D.’yi sünnet ederken kusurlu davranışıyla penisinin baş kısmını keserek kopardığını, bu şekilde hayatı boyunca erkekliğini kaybetmesine neden olduğunu ileri

“Olay tarihi 10.8.1985 gününde davalının davacının Oğlu M.D.’yi sünnet ederken 8/8 oranında kusurlu davranışıyla uzuv tatili niteliğinde olmak üzere totale yakın penis amputasyonuna neden olduğu ve ceza mahkemesince de tedbirsizlik sonucu yaralamaya sebebiyet verme suçundan mahkûmiyetine karar verildiği uyuşmazlık konusu değildir.

“Davacılar, çocuğu E. K.’ı 04.08.2004 tarihinde davalı belediyenin toplu sünnet için anlaştığı, ... Tic. Ltd. Şti.nin sağlık hizmetlerini sunduğu, Y. H. Polikliniği adlı polikliniğe götürerek davalı Doktor B. B.’ın nezaretinde sağlık memuru E. A.’ya sünnet ettirdiklerini, aynı gece küçük E. idrarını yapamama ve penisinde morarma ve şişmeyle karın bölgesinde meydana gelen ağrıların oluşması nedeniyle, ertesi gün polikliniğe geri götürdüklerinde, ancak, şikayetlerinin giderilmediğini, bunun üzerine S.’de davalı şirkete ait veya ortak iş yaptıklarını bildikleri özel bir polikliniğe götürdüklerini, S.’deki özel klinikteki yetkililerinde, çocuğu 06.08.2004 sabahı ... Tıp Fakültesi’ne sevk ettiklerini, davacı E. fakültede yaklaşık bir ay kadar yatarak tedavi görmesine rağmen, penisinin vücudundan koptuğunu, ileri sürerek fazlaya dair hakları saklı kalmak kaydıyla davacı E. için 10.000,00 TL. maddi, olay nedeniyle duymuş olduğu elem ve ızdırabın karşılığı olarak da 300.000,00 TL. manevi; davacı anne H. için 100.000,00 TL., davacı baba Z. için 100.000,00 TL. manevi tazminat olmak üzere, toplam 510.000,00 TL. tazminatın, olay tarihi olan 04/08/2004 tarihinden itibaren yasal faiziyle birlikte, davalılardan müştereken ve müteselsilen tahsilini istemişler, birleşen dava dosyasında ise, şirket yetkilisi S. K. ve sünneti yapan

sürerek 30.000.000 TL. manevi tazminatın ödetilmesine karar verilmesini istemiştir. Davalı bu olayın kısac piminin kırılması sonucu meydana geldiğini, bunun bir teknik arıza olduğunu, olayda kusuru bulunmadığını, esasen çocuğun erkeklik gücünü kaybetmediğini savunmuş, mahkemece 5.000.000 TL. manevi tazminatın ödetilmesine, karar verilmiş, karar taraflarca temyiz edilmiştir.

Olay tarihi 10.8.1985 gününde davalının davacının oğlu M. D. ’yi sünnet ederken 8/8 oranında kusurlu davranışıyla uzuv tatili niteliğinde olmak üzere totale yakın penis amputasyonuna neden olduğu ve ceza mahkemesince de tedbirsizlik sonucu yaralamaya sebebiyet verme suçundan mahkûmiyetine karar verildiği uyuşmazlık konusu değildir. Öte yandan mahkemece yaptırılan araştırmaya göre davacının hiç bir gelirin bulunmadığı, davalının ise sağlık memurluğundan emekliye ayrılıp sünnetçilik yaptığı, tarla ve evinin bir bölümünün kiraya verdiği saptanmıştır. Bilindiği gibi manevi tazminata temel olan ana düşünce, bozulmuş olan ruh ve bedeni huzurun kısmen ve imkan dairesinde elde edilmesini sağlamaktır. Manevi tazminat yalnız olay sırasında duyulan değil, bütün hayatı boyunca çekilmiş ve çekilecek elem ve ezaya karşılık olarak takdir olunan bir paradır.

Davacının oğlu M. D., 1972 doğumludur. Olayda penisi tüme yakın kesilmiş ve uzuv tatiline uğramıştır. Diğer bir anlatımla erkeklik organını kesmiştir. Hayatı boyunca bunun elem ve ızdırabını çekecektir. Gerek bu yönler ve gerek tarafların biraz yukarıda belirtilen sosyal ve ekonomik durumları ile davalının olaydaki kusur derecesi gözetildiği takdirde mahkemece takdir olunan manevi tazminat miktarı az bulunmuştur. O halde mahkemece bu yönler gözetilerek daha ılımlı bir tazminata hükmedilmek üzere karar BOZULMALIDIR.” (Yargıtay 13. Hukuk Dairesi E.6626, K. 6518, T.25.12.1987).”

E. A. hakkında açılan davada aynı olay nedeniyle, küçük E. K. için 50.000,00 TL. maddi olay nedeniyle duymuş olduğu elem ve ızdırabın karşılığı olarak da 300.000,00 TL. manevi; çocuklarının vücudundaki bu araz nedeniyle duymuş oldukları elem ve ızdıraplarının karşılığı olarak davacı anne H. için 100.000,00 TL., davacı baba Z. için 100.000,00 TL. manevi tazminat olmak üzere, toplam 550.000,00 TL. tazminatın, olay tarihi olan 04/08/2004 tarihinden itibaren yasal faiziyle birlikte, 28/09/2011 tarihli ıslah dilekçesi ile 104.408, 00 TL. maddi tazminatın davalılardan tahsiline karar verilmesini istemişlerdir” (Yargıtay, 2013).⁷

3.6.3. Üroloji Alanındaki Diğer Malpraktis Örnekleri

“Davacı, davalı doktor’e muayene olduğunu, doktorun rahimde kist bulunması nedeniyle yaptığı ameliyattan sonra şiddetli ağrıları ve idrar kaçırma şikayeti başladığını, davalının kendisi ile ilgilenmediğini, gittiği diğer doktorların kist ameliyatı sırasında mesanede fistül (yırtık) olduğunu söylediklerini, 3 kez ameliyat olmasına rağmen halen iyileşemediğini, davalıların dikkatsizliği ve ihmalkarlığı nedeniyle zarara uğradığını ileri sürerek 7.000.000.000 TL maddi, 20.000.000.000 TL manevi tazminatın tahsiline karar verilmesini istemiştir” (Yargıtay, 2006).⁸

“Davacı, davalı hastaneye böbrek ameliyatı olmak için anlaşarak yattığını, 20.4.1962 tarihinde davalı doktorun operasyonu tamamladığını, ne var ki, uzun yıllar ağrılarının kesilmemesi üzerine 22.7.1971 günü ... Numune Hastanesi'nde tıbbi zorunlulukla ikinci defa ameliyat olduğunda, ilk ameliyat işleminde vücudunda (2) metre uzunluğunda gazlı tampon unutulduğunun, bezin alınması ile tespit edildiğini,

⁷ “**SONUÇ:** Küçük E. mevcut durum nedeniyle ömür boyu taşıyacağı ızdırap, manevi huzursuzluk boyutuyla mevcut durumun küçük üzerinde gösterdiği ve göstereceği fiziki ve psikolojik etkiler dikkate alınarak mahkemece takdir edilen manevi tazminatın az olduğu, yine anne ve babasının mevcut durum nedeniyle duydukları elem ve ızdırap gözetilerek takdir edilen manevi tazminatın da az olduğu dikkate alınarak sonucuna göre karar verilmesi gerekirken aksi düşüncelerle yazılı şekilde karar verilmesi usul ve yasaya aykırı olup bozma gerektirir.

Yukarıda açıklanan nedenlerle davalı B. B.'in temyiz dilekçesinin reddine, ... bentte açıklanan nedenlerle davacıların sair, diğer davalıların tüm temyiz itirazlarının reddine, ... bentte açıklanan nedenlerle kararın davalı S. K.'nin yararına bozulmasına, ... bentte açıklanan nedenlerle temyiz edilen kararın davacıların yararına BOZULMASINA, 990,00 TL duruşma avukatlık parasının davalılardan alınarak davacılar için ödenmesine, 8.689.00 TL kalan harcın davalılardan E. Belediye Başkanlığı ile ... Ltd. Şti'nden alınmasına, peşin alınan 2.901.00 TL. temyiz harcının istek halinde davalılardan S. K. ile B. B.'a iadesine, 09.09.2013 tarihinde oybirliği ile karar verildi.”

⁸ “**SONUÇ:** Yukarıda açıklanan nedenlerle temyiz olunan kararın davacı yararına BOZULMASINA, peşin harcın istek halinde iadesine, 450 YTL duruşma avukatlık parasının davalıdan alınarak davacıya ödenmesine, 06.07.2006 gününde oybirliği ile karar verildi.

ancak bundan sonra sağığına kavuştuğunu söz ederek maddi ve manevi giderim isteminde bulunmuştur. Davalı doktor, zamanaşımı def'i ile kasıt ve ihmalinin olmadığını savunmuştur. Davalı hastane vekili ameliyatı yapan Dr. (Y.L.)'nin müvekkili hastanenin görevli doktoru olmadığını, adam kullanan sıfatıyla çalıştırmadıklarını savunarak husumet yönünden davanın reddini dilemiştir”(Yargıtay, 1983).⁹

“... Hatalı tıbbi tedavi uygulanıp uygulanmadığı hizmete ilişkin hususlardan olup hizmet kusuru olup olmadığı idari yargıda araştırılacaktır. Davacıların diğer davalılara yönelik temyiz itirazlarına gelince; Davacılar, eşi ve anneleri olan ...'ın hamileliğinin 7. ayında gittiği özel doktor tarafından gebelik zehirlenmesi teşhisi ile doğumunun riskli olacağını söylenmesi üzerine ... ısrarlara rağmen önce normal doğum yaptırılmaya çalışıldığını daha sonra acele sezaryenle ameliyata alındığını ve bu sırada çok kan kaybettiğini 20.04.1999 tarihindeki doğumun ardından birkaç ünite kan verilmesine rağmen kan değerleri normal seviyeye gelmeden 28.04.1999 tarihinde taburcu edildiğini, ancak fenalaşması üzerine aynı hastanenin acil servisine kaldırıldığını, bu kez akut böbrek yetmezliği teşhisi ile dâhiliye katına yatırıldığını ve

⁹ 18.4.1962 tarihinde böbrek taşı ve böbrek kisti teşhisiyle Hastanesi'ne yatırılan ve Op. Dr. (Y.L.) tarafından mefrektomu ameliyatı yapılarak 30.4.1962 tarihinde taburcu edilen davacı Servet'de, takriben 10 yıl sonra hipokodrium'da ağırlı bir şişlik husule geldiğinden, 19.7.1972 tarihinde Numune Hastanesi'nde yapılan ameliyatta, ilk ameliyatta unutulmuş (2) metre uzunluğunda gaz tamponun çıkartıldığı, ancak bundan sonra sağığına kavuşabildiği dosyadaki delillerle çok açık belirlenmiştir. Mahkemenin talimatı üzerine önüne getirilen dava dosyasını inceleyen Yüksek Sağlık Şurası, 19 Kasım 1975 günlü kararı ile "ameliyat sırasında vücutta gazlı bez unutulması nadirde olsa mümkün olaylardan olup, büyük ameliyatların görülebilen ihtilaflarındandır. Bu itibarla ilk ameliyat sahasında gaz tamponu bırakan Op. Dr. (Y.L.)'ye atfı kabil bir hata yüklenemez" mütalaasında bulunmuş; mahkemede bu görüşü benimseyerek davayı red etmiştir. Bütün sorun, hekimin tıp kural ve gereklerine uygun davranıp davranmadığı yönünü tespit etmekte toplanmaktadır.

Kusur sorumluluğun sübjektif şartıdır. BK. kusuru kasıt ve ihmâl olmak üzere ikiye ayırmıştır (818 S. K. m. 41). İhmâlde; bir kimse hukuka aykırı bir sonucun meydana gelmesini istememiştir, buna rağmen böyle bir sonucun meydana gelmesi, onun gereken dikkati sarf etmemesi veya tedbiri almaması yüzünden vuku bulmuştur. İhmâlinde; hafif ve ağır olmak üzere iki derecesi vardır anlayışlı; normal ve dikkatli her insanın aynı durum ve şartlar altında apaçık bulacağı en ilkel dikkat ve tedbirlerin ve özen görevini yerine getirilmemesi durumunda ihmâl ağırdır. Bu ayırım özellikle tazminatın kapsamı ve türünü tayin ederken önem kazanır. Şu yönü önemle vurgulamakta yarar vardır; doktorun meslek alanı içinde ola bütün kusurları (hafif de olsa) sorumluluğun unsuru olarak kabul edilmelidir.

Davacının maddi tazminat istemi iki bölümde toplanmaktadır. 15.000 lira tedavi gideri ve diğer zararlar ile 25.00 + 400.000 = 425.000 lirası da çalışmamaktan doğan (iş gücü kaybı) zarardır. Şartlar oluştuğunda, davacının bu zararlarının giderilmesini BK. m. 46 uyarınca isteyebileceğinde asla duraksamaya yer yoktur. Ne var ki, 19 Nisan 1982 tarihli Adli Tıp raporuna göre iş gücü kaybına ilişkin zararın olmadığı tespit edildiğine göre mahkemenin bu bölüme ilişkin gerekçesi dava reddedilmekle sonucu bakımından doğru bulunmuştur.”

“**SONUÇ:** Temyiz olunan hükmün davacı yararına BOZULMASINA, istek olursa peşin harcın iadesine ve 1000 lira duruşma avukatlık parasının davalıdan alınarak davacıya ödenmesine 14.3.1983 gününde oybirliği ile karar verildi.

diyaliz uygulandığını, 14.05.1999 tarihinde diyalize bağlı iken, kalp krizi geçirerek yoğun bakıma alındığını ve 27.05.1999 tarihinde hayatını kaybettiğini beyan etmişler ve murislerinin ölümüne neden olan hastanenin bağlı olduğu bakanlık, hastanede görevli klinik şefi, sorumlu uzman doktor ve klinikte asistan olarak görev yapan davalılardan maddi ve manevi tazminat talep etmişlerdir.” (Yargıtay, 2008).¹⁰

“Sigortalı ...'nin davalıya ait bina inşaatı işyerinde işçi olarak, çalışırken işçi sağlığı ve iş güvenliği mevzuatı gereğince rapor alınmadığı, işyerinde bekçilik yaptığı, bu işin ağır ve tehlikeli işlerden olmadığı, işyerinde girişten önce mevcut olan kronik böbrek hastalığının 5.2.1989 da nüksetmesi nedeniyle davacı Kurumun sigortalıya 1.165.135 lira hastalık yardımı yaptığı dosyadaki bilgi ve belgelerden anlaşılmaktadır.

Anılan maddeye göre işverenin kuruma karşı parasal sorumluluğunun doğması için,

1. Çalışma mevzuatına (çalışma hayatını düzenleyen Yasa, Tüzük, Kararname ve Yönetmelik hükümlerine göre; işçi yönünden sağlık raporu alınması gerektiği halde rapora aykırı olarak "Bünyeye Elverişli Bulunmadığı Bir İşte Sigortalı Çalıştırılmış Olması"

2. Sigortalının hastalığının bu işe girişinden önce var olduğunun saptanması veya, böyle bir işte çalıştırılması sonucu meydana gelmesi,

3. Bu hastalık nedeniyle kurumca hastalık sigortası hükümleri gereği masraf yapılmış olması...” (Yargıtay, 1991).¹¹

¹⁰ “**SONUÇ:** Mahkemece, önce ceza davasının kesinleşmesi beklenmiş ise de daha sonra beklenmesinden vazgeçilerek beraat kararı gerekçesinde belirtilen hususların bozma doğrultusunda gerçekleştiği, bu haliyle beraat kararının hukuk hâkimini bağlayacağı kabul edilerek davanın reddine karar verilmiştir. Temyiz olunan kararın yukarıda 1 sayılı bentte gösterilen nedenlerle davalı Sağlık Bakanlığı'na yönelik bölümünün, 2-b sayılı bentte gösterilen nedenlerle davalılardan ... ve ...'e ilişkin bölümünün BOZULMASINA davacıların davalı ...'e yönelik temyiz itirazının 2-a sayılı bentte gösterilen nedenle reddine ve temyiz eden davacıların peşin alınan harcın istek halinde geri verilmesine 04.12.2008 gününde oybirliği ile karar verilmiştir.”

¹¹ “**SONUÇ:** Tarafların karşılıklı iddia ve savunmalarında, dosyadaki tutanak ve kanıtlara, bozma kararında açıklanan gerektirici nedenlere ve özellikle HGK'nin 14.4.1982 gün 1679-360, 29.11.1989 gün 376-620, 31.1.1990 gün 597-37 sayılı kararlarında da vurgulandığı üzere, davanın yasal dayanağını teşkil eden 506 sayılı SSK'nin 41. maddesinin getirdiği, düzenlemenin başlığında da belirtildiği üzere (bünyeye elverişli olmadıkları işlerde çalıştırılanlar) ile ilgili bulunduğu göre, Hukuk Genel Kurulu'nca da benimsenen Özel Daire bozma kararına uyulmak gerekirken, önceki kararda direnilmesi usul ve yasaya aykırıdır. Bu nedenle direnme kararı bozulmalıdır. Davalı vekilinin temyiz itirazlarının kabulü ile, direnme kararının Özel Daire bozma kararında gösterilen nedenlerden dolayı BOZULMASINA, 05.06.1991 tarihinde oyçokluğuyla karar verildi.”

“Davacılar, yeni doğmuş bebeklerinin tedavi amacıyla SSK Genel Müdürlüğüne ait hastanede üç gün yatarak tedavi gördüğünü, daha sonra Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesine sevk edildiğini ve burada diğer davalı doktor tarafından dört kez ameliyat edildiğini, fakat davalı doktorun tıbbi yöntemlere aykırı olarak yaptığı ameliyatlara ile küçüğün böbreğini ve bir kısım bağırsaklarını kaybettiğini belirterek uğradıkları maddi ve manevi zararın ödettilmesini istemişlerdir.

Davacılar dava dilekçesinde davalı doktorun tıp deontolojisine ve tıbbi yöntemlere aykırı olarak ameliyat yaptığını ameliyat sırasında idrar yolunu parçaladığını, yanlış tedavi uygulandığını savunarak adı geçen davalının kişisel kusuruna dayanarak dava açmışlardır. Memurlara bir güvence olmak üzere Anayasa'nın 129. maddesinin 5. fıkrasıyla memurların ve diğer kamu görevlilerinin yetkilerini kullanırken işledikleri kusurlardan doğan tazminat davalarının, kendilerine rücu edilmek kaydıyla ve kanunun gösterdiği şekil ve şartlara uygun olarak ancak idare aleyhine açılabilceği hükmü kişisel kusura dayanan hallerde uygulanamayacağından adı geçen davalı yönünden işin esasına girilerek inceleme yaparak varılacak sonuca göre hüküm kurmak gerekirken bu davalı hakkındaki davanın husumetten reddi usul ve yasaya aykırı görüldüğünden kararın bozulması gerekmiştir” (Yargıtay, 2002).¹²

“Davacı, ürolog olan davalı D.E. tarafından mesanede taş teşhisiyle tedavi edildiğini ve üreterden alınan parçanın patalog olan diğer davalı A.E. tarafından incelenmesiyle verilen raporda papillom tanısı konulduğunu, ancak daha sonraki tetkiklerde kanser olduğunun anlaşıldığını ileri sürerek, 25.000 TL maddi, 100.000 TL manevi tazminatın tahsiline karar verilmesini istemiştir.

Davacının, ürolog olan davalı D. E. tarafından mesanede taş teşhisiyle tedavi edildiği, ameliyat ile üreter içinden alınan parçanın patalog olan diğer davalı A. E. tarafından incelenmesi sonucunda verilen 13.6.2003 tarihli raporda “papilom” tanısı konulduğu, daha sonra yapılan ameliyat ile alınan dokunun yine aynı davalı tarafından incelenmesi ile düzenlenen 1.4.2004 tarihli raporda “şüpheli hücre kümesi” bulunduğunun bildirildiği, bunun üzerine ilk olarak alınan dokunun bu kez

¹² **“SONUÇ:** Temyiz olunan kararın nedenlerle davacılar yararına, ... bentte gösterilen nedenle davalı SSK Genel Müdürlüğü yararına BOZULMASINA, tarafların diğer temyiz itirazlarının... bentte gösterilen nedenlerle reddine ve temyiz eden davacılarından peşin alınan harcın istek halinde geri verilmesine 31.1.2002 gününde oyçokluğuyla karar verildi.”

dava dışı ... Patoloji Laboratuvarında incelenmesi sonucu düzenlenen 11.8.2004 tarihli raporda “Karsinom” tanısı konulduğu, yani davacının kanser olduğunun anlaşıldığı ve yapılan bir ameliyat ile mesanenin çıkartılarak, ince bağırsaktan alınan parça ile yeni mesane oluşturulduğu, dosyadaki delillerden anlaşılmıştır. Davacı, yanlış teşhis ile tedavi nedeniyle kanser hastalığının ilerlediğini bu arada iki kez ameliyat edildiğini belirterek maddi ve manevi tazminat talepli bu davayı açmıştır. Yargılama sırasına alınan Adli Tıp raporunda 13.6.2003 tarihli rapora esas olan 11.6.2003 tarihli sağ üreterden alınan biyopsinin incelenmesinde, Karsinom (kanser) düşündürecek bulgular olduğu, davalı A. E. tarafından patolojik tanının konulmamış olduğu bu hekimin eksik eylemi bulunduğu, İlk biyopsi sonucu (ürotelyal karsinom) tanısı konulması halinde dahi, kişiye uygulanan cerrahi tedavi seçeneğinin değişmeyeceği belirtilmiştir. Görüldüğü gibi Adli Tıp Raporu kendi içinde çelişkilidir. Hem davalı doktor A. E.'in yanlış tanı koyduğundan ve eksik eyleminden, hem de doğru tanı konulması halinde dahi kişiye uygulanan cerrahi tedavinin değişmeyeceğinden bahsedilmektedir. Doğru teşhis konulana kadar kaybedilen sürede, davacıda bulunan kanser hastalığının ilerleyip ilerlemeyeceği ve kansere yönelik tedavi yerine hatalı taş tedavisine devam edilmesinin, mesane alınmadan da davacının iyileşme ihtimaline etkisi üzerinde durulmadığı gibi, tam tersine kendi içinde çelişkili olan yetersiz bir rapor verilmiştir. Bu rapora dayalı olarak hüküm kurulamaz. Öyle olunca mahkemece, “üniversitelerden seçilecek konusunda uzman bilirkişilerden oluşacak heyetten alınacak rapor ile yukarıdaki hususlara açıklık getirilmeli ve doktor olan her iki davalının kusurlu olup olmadıkları araştırılarak sonucuna uygun bir karar verilmelidir. Eksik inceleme ile yazılı şekilde davanın reddi, usul ve yasaya aykırı olup, bozma nedenidir” (Yargıtay, 2009).¹³

¹³ **SONUÇ:** ... bentte açıklanan nedenlerle temyiz edilen kararın davacı yararına BOZULMASINA, ... bentte açıklanan nedenlerle davalıların temyiz itirazlarının incelenmesine yer olmadığına, peşin alınan temyiz harcının istek halinde davacıya iadesine, 07.12.2009 gününde oybirliği ile karar verildi. (YARGITAY 13. Hukuk Dairesi E:2009/4670, K:2009/14116 Karar Tarihi: 06.12.2009)

3.6.4. Komplikasyon Malpraktis Ayrımı Gerektiren Yüksek Mahkeme Kararları

“YARGITAY 13. Hukuk Dairesi. Esas No: 2013/27507, Karar

No:2014/7577, Karar Tarihi: 18.03.2014)

.....Mahkemece yapılması gereken iş, Üniversitelerin ilgili ana bilim dallarından seçilecek, konularında uzman bilirkişilerden oluşacak bir kurul aracılığı ile, dosyadaki tedavi evrakları ve kayıtlar, taraf savunmaları, tüm deliller birlikte değerlendirilerek, dava konusu olayda meydana gelen ?komşuluk nedeni ile gelişen üreter ligasyonu? durumunun bir komplikasyon mu yoksa bir hata mı olduğu, bir komplikasyon ise davacının bu husustaki onamının alınıp alınmadığı, ayrıca aydınlatmanın yeterli olup olmadığı ve bu husustaki ispat külfetinin davalı yanda olduğu kabul edilerek, bu konuyla ilgili delilleri de toplamak suretiyle tıbbi kurallara göre olayda doktor ve hastaneye kusur izafe edilip edilmeyeceğini gösteren açıklayıcı, taraf, mahkeme ve Yargıtay denetimine elverişli rapor alınarak hasıl olacak sonuca uygun karar vermektir. Eksik inceleme ve mevcut delileri değerlendirmede yanılgiya düşölerek karar verilmesi usul ve yasaya aykırıdır.

Açıklanan nedenlerle, mahkemece yapılması gereken iş, Üniversitelerin ilgili ana bilim dallarından seçilecek, konularında uzman bilirkişilerden oluşacak bir kurul aracılığı ile, dosyadaki tedavi evrakları ve kayıtlar, taraf savunmaları, tüm deliller birlikte değerlendirilerek, dava konusu olayda meydana gelen komşuluk nedeni ile gelişen üreter ligasyonu? durumunun bir komplikasyon mu yoksa bir hata mı olduğu, bir komplikasyon ise davacının bu husustaki onamının alınıp alınmadığı, ayrıca aydınlatmanın yeterli olup olmadığı ve bu husustaki ispat külfetinin davalı yanda olduğu kabul edilerek, bu konuyla ilgili delilleri de toplamak suretiyle tıbbi kurallara göre olayda doktor ve hastaneye kusur izafe edilip edilmeyeceğini gösteren açıklayıcı, taraf, mahkeme ve Yargıtay denetimine elverişli rapor alınarak hasıl olacak sonuca uygun karar vermektir. Eksik inceleme ve mevcut delileri değerlendirmede yanılgiya düşölerek, yazılı şekilde karar verilmesi usul ve yasaya aykırıdır. Bozma nedenidir.

Sonuç: Yukarıda açıklanan nedenle davacıların temyiz itirazının kabulü ile hükmün davacılar yararına BOZULMASINA, peşin alınan harcın istek halinde iadesine, 18.03.2014 gününde oybirliği ile karar verildi.”

3.6.5. Taksirli Suçlarla İlgili Ceza Mahkemeleri Kararları

“YARGITAY 12. Ceza Dairesi. Esas:2012/1415, Karar: 2012/21130 Karar

Tarihi: 09.10.2012

TAKSİRLE YARALAMA SUÇU - SANIK DOKTORUN MESLEĞİNİN GEREKTİRDİĞİ OBJEKTİF ÖZEN VE DİKKAT YÜKÜMLÜLÜĞÜNÜ YERİNE GETİRMEDİĞİ - TESTİS KAYBININ MAĞDURDA ÇOCUK YAPMA YETENEĞİNİN KAYBOLMASINA YOL AÇIP AÇMADIĞINA DAİR RAPOR ALINMASI GEREĞİ.

ÖZET: Genel cerrahi uzmanı sanık doktorun, mesleğinin gerektirdiği objektif özen ve dikkat yükümlülüğünü yerine getirmemek suretiyle mağdurun yaralanmasına neden olduğu anlaşılmakla; mağdurda meydana gelen testis kaybının, çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına yol açıp açmadığına dair rapor alınarak, sanığın sabit olan taksirle yaralama suçundan mahkumiyetine karar verilmesi gerekir.

Sonuç: Kanuna aykırı olup, Mahalli Cumhuriyet savcısının temyiz itirazları bu itibarla yerinde görülmemiş olup, hükmün bu sebepten dolayı 5320 sayılı Kanunun 8. maddesi uyarınca halen uygulanmakta olan 1412 sayılı CMUK'un 321. maddesi gereğince isteme uygun olarak BOZULMASINA, 09.10.2012 tarihinde oybirliğiyle, karar verildi.”

“YARGITAY 12. Ceza Dairesi. Esas:2013/18184, Karar:2014/2055 Karar

Tarihi: 29.01.2014

TAKSİRLE YARALAMA SUÇU - SANIK HAKKINDA TAYİN OLUNAN TEMEL CEZADA KATILANDA ORGANLARDAN BİRİNİN YİTİRİLMESİNE NEDEN OLMASI NEDENİYLE CEZA ARTTIRIMI YAPILMASI

ÖZET: Sanık hakkında tayin olunan temel cezada katılarda organlardan birinin yitirilmesine neden olması nedeniyle ceza artırımı yapılırken uygulama maddesi olarak TCK'nın farklı maddesinin gösterilmesi bozmayı gerektirmiştir.

(5237 S. K. m. 83, 89)

“Dava: Taksirle yaralama suçundan sanığın mahkumiyetine ilişkin hüküm, sanık müdafii tarafından temyiz edilmekle, dosya incelenerek gereği düşünüldü:”

“İstanbul Adli Tıp Kurumu 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu tarafından düzenlenen 23.12.2009 tarihli raporda, sanık Dr. A. T. tarafından yapılan muayene sonucunda,

prostatik ön tanısı ile üroloji polikliniğın eğitmesi önerilen 1 gün sonra üroloji uzmanı ve radyoloji uzmanı tarafından yapılan muayene ve tetkiklerde testis torsiyonu olduğu anlaşılan vakada, Dr. A. T.'ın uygulamasının, 1994 doğumlu olan hastada bu yaş grubunda testis ağrısına sebep olabilecek ihtimaller arasında ilk akla gelmesi gereken ihtimalin "testis torsiyonu" olduğu böyle acil bir durumda hastanın zaman geçirilmeden ağrı kesici uygulanıp üroloji polikliniğı yerine acil cerrahi girişim ve radyolojik tetkikin yapılabileceğı bir hastaneye sevk edilmesinin gerektiğı, bu nedenle ilgili hekimin yaptığı işlemlerin tıp kurallarına uygun olmadığının belirtilmesi karşısında sanığın eyleminin taksirle yaralama suçu kapsamında değerlendirilmesi gerektiğı, bu kapsamda eylemi taksirle yaralama suçu olarak değerlendiren yerel mahkeme hükmünde bir isabetsizlik bulunmadığı,”

“Karar: Yapılan yargılamaya, toplanıp karar yerinde gösterilen delillere, mahkemenin kovuşturma sonuçlarına uygun olarak oluşan kanaat ve takdirine, incelenen dosya kapsamına göre, sanık müdafinin, eksik incelemeye ve cezanın fazla olduğuna ilişkin yerinde görülmeyen temyiz itirazlarının reddine,”

“Sonuç: Kanuna aykırı olup, hükmün bu nedenlerle 5320 sayılı Kanunun 8. maddesi gereğince halen uygulanmakta olan 1412 sayılı CMUK'un 321. maddesi uyarınca BOZULMASINA, ancak yeniden yargılamayı gerektirmeyen bu konuda, aynı Kanunun 322. maddesi gereğince karar verilmesi mümkün bulunduğundan, aynı maddenin verdiği yetkiye istinaden hüküm fıkrasının 3. bendinin hükümden çıkartılması, 4. bendindeki 300 gün ibaresinin 200 gün şeklinde, 5. ve 6. bentlerindeki 9.000 TL ibaresinin 6.000 TL şeklinde düzeltilmesi, hüküm fıkrasının ikinci bendindeki TCK' nun 83/3-b ibaresinin TCK'nın 89/3-b şeklinde düzeltilmesi suretiyle, sair yönleri usul ve kanuna uygun bulunan hükmün isteme uygun olarak düzeltilerek ONANMASINA, 29.01.2014 tarihinde oybirliği ile karar verildi.”

SONUÇ ve ÖNERİLER

Türkiye’de Üroloji tıp alanında karşılaşılan tıbbi uygulama hatalarının incelendiği bu tez çalışmasında; öncelikle tıbbi müdahale kavramı, hukuka uygun tıbbi müdahalenin ilkeleri ve tıbbi uygulama hataları genel hatlarıyla değerlendirilip, temel hukuk bilgileri de ortaya koyulduktan sonra, üroloji pratiğinde karşılaşılan hastalıklar ve bunlara uygulanan güncel cerrahi yöntemler ve olası komplikasyonlarına değinilmiş, ayrıca komplikasyonlardan kaçınmak için stratejiler yabancı literatür bilgileri ışığında ortaya konmuştur. Ayrıca Türkiye’de bu konuda yapılmış çalışmalardan da faydalanılmıştır. Sağlık Hukuku alanında yazılmış temel kaynaklar incelenerek; Yüksek Yargı Makamları tarafından verilmiş kararlar da çalışmaya dahil edilmiştir.

Malpraktis- komplikasyon arasındaki ince çizgi; zamanında ve uygun müdahale edilmediği takdirde, komplikasyonun malpraktis olarak karşımıza çıkabileceği unutulmamalıdır.

Çalışma sonucunda, yargıya yansıyan malpraktis kararlarında da görüldüğü üzere; üroloji alanında en sık karşılaşılan malpraktisler; hukuken geçerli olacak aydınlatılmış onamın alınmaması, sünnet hataları, testis torsiyonlarına zamanında tanı konamaması, ürolojik kanserlerde eksik tanı/tedavi, jinekolojik girişimlerde ureter/mesane yaralanması, ameliyat sahasında yabancı cisim(gaz tampon, cerrahi alet) unutulması gibi konularda yoğunlaşmaktadır. Malpraktis vakalarında kimi hastaların tekrar eski sağlıklarına kavuştukları, kimi hastaların yaşamlarının sonuna kadar mağdur kaldıkları, kimilerinin de vefat ettikleri görülmektedir.

Malpraktise genel tıp alanları kapsamında bakıldığında kadın doğum ve genel cerrahinin en başta geldiği, ürolojinin orta sıralarda yer aldığı belirtilmektedir. Ancak üroloji alanındaki malpraktisin getirdiği manevi ve maddi yükün göz ardı edilmemesi gerektiğini istatistiksel veriler göz önüne sermektedir. Malpraktis vakalarının en olası sonuçlarının cismen eza görme (yaralanma, ruhen-bedenen acı çekme), ölüm ve uzuv kaybı olduğu bu yargıyı kanıtlar niteliktedir.

Türkiye’de meydana gelen malpraktis vakalarının yargıya taşınmasında genel olarak hekimlerin kusurlu bulunduğu ancak bazı durumlarda uzman kişiler ve

akademik kariyere sahip bilirkişilerce yeniden gözden geçirmeye gereksinim duyulduğu tespit edilmiştir.

Ülkemizde hekim hatalarını değerlendiren özel bir Malpraktis yasası yoktur. Şu anda geçerli olan yasal süreçler de oldukça yavaş işlemekte, malpraktis davaları yıllarca sürebilmektedir. Bu konuda hem işleyişi hızlandıracak, hem de bilirkişilik yapan makamların daha objektif çalışmasını sağlayacak uygun yasal düzenlemelerin yapılmasına gereksinim duyulmaktadır.

Çalışmanın, Türk Üroloji Hekimlerine yol gösterici olması en büyük dileğimdir.



KAYNAKÇA

Adayener, C., F. Ateş, H. Soydan, L. Türk, T. Şenkul, K. Baykal (2010), “Türkiye’de 13-15 yaş arası ergen erkek çocuklarda dış genital organ hastalığı oranları”, *Türk Üroloji Dergisi*, c.36, S.2, ss.155-159.

Akman, R.Y., M.M. Başar (2012), “Yaşlı toplumda ürolojik sorunlar”, *Türk Geriatri Dergisi*, c.15, S.4, ss.455-462.

Altunoluk, B., V. Bakan, A. Özer, Ö. Malkoç, A.B. Gül, E. Efe, A. Mil (2010), “Kahramanmaraş ilköğretim okullarına devam eden erkek öğrencilerde dış genital organ anomali prevalansı”, *Türk Üroloji Dergisi*, c.36, S.1, ss.87-90.

Ateş, F., Z. Aktaş, E. Malkoç (2013), “Ürolojik hastalıklar ve yanlış uygulamalar”, *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği Dergisi*, c.4, S.2, ss.58-62.

Bak, M., C. Açar, E. Serdaroğlu (2008), “Çocuklarda idrar inkontinansı ve nöropatik olmayan mesane sfinkter disfonksiyonu”, *Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi*, c.17, S.4, ss.257-270.

Başaran, S (2014), “Geriatrik hastalarda asemptomatik bakteriüriye yaklaşım”, *ANKEM Dergisi*, c.28, S.2, ss.244-247.

Benli, E., O. Koca, İ. Geçit (2011), “Bingöl çevresinde üroloji polikliniğine başvuran hastalardaki ultrasonografik böbrek taşı saptanma sıklığı”, *Yeni Üroloji Dergisi*, c.6, S.2, ss.13-16.

Birtek, Fatih (2007), “Tıbbi müdahaleler açısından komplikasyon-malpraktis ayrımı”, *İstanbul Barosu Dergisi*, c. 81, S.5, ss.1997-2006.

Bozkurt, Y. (2014), “*Testis Tümörleri*” 5. Sınıf Ders Notları, <http://www.dicle.edu.tr/Contents/c8c04e38-aa9a-479b-9ab9-8f463c37156f.pdf>, (26.04.2016), s.1-3.

Can, İ.Ö., E. Özkara, M. Can (2011), “Yargıtayda karara bağlanan tıbbi uygulama hatası dosyalarının değerlendirilmesi”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, c.25, S.2, ss.69-76.

Canatan, H., İ. Halifeoğlu, M.F. Gürsu, A. Ardıçoğlu, D. Dinçoğlu, İ. Bakan (2004), “Serum Leptin Düzeylerinin Prostat Kanseri ve Benign Prostat Hiperplazili Hastalarda ve Sağlıklı Kontrollerde (Genç ve Yaşlı) Saptanması”, *Fırat Tıp Dergisi*, c.9, S.4, ss.112-115.

Chason, J., J. Sausville, A.C. Kramer (2009), “Penil protez implantasyonu konusunda şikayet sonuçları diğer ürolojik prosedürlerden farklı değildir: Bir malpraktis sigortası veritabanından bulgular” *J Sex Med.*, S.6, ss.2111–2114.

Cohen, S.D. (2007), “*The Medical Malpractice Survival Handbook*”, (Ed.Couchman R.), American College of Legal Medicine, Mosby Elsevier, Chapter 37: Urology, Philadelphia-USA.

Colaco, M., M. Heavner, P. Sunaryo, R. Terlecki (2015), “Malpractice litigation and testicular torsion: a legal database review”, *The Journal of Emergency Medicine*, c.49, S.6, ss.849–854.

Çetin, G., A. Kaya (Ed.) (2012), *Hekimlik Uygulamalarının Adli Tıbbi Güncellemesi*, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No: 78, İstanbul.

Çınarlı, S. (2013). *İdarenin Sağlık Hizmetinin Sunumundan Kaynaklanan Hukuki Sorumluluğu*, Ankara: Orion Kitabevi.

Çilingiroğlu, C. (1993), *Tıbbi Müdahaleye Rıza*, İstanbul: Filiz Kitabevi.

Demirleğen, A., Ekmekçioğlu O. (2012), “Aşırı aktif mesane”, *Türkiye Klinikleri Özel Üroloji Dergisi*, c.5, S.2, ss.33-38.

Deryal, Y. “Tıbbi Müdahale İçin Hastanın Aydınlatılması ve Onayının Alınması”, www.haksay.org/files/yahya02.doc [12.02.2016].

Ertem, G., E. Oksel, A. Akbıyık (2009), “Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme”, *Dirim Tıp Gazetesi*, c.84, S.1, ss.1-10.

Güngör, P., Merih, Y.D. Kocabey, M.Y. (2012), “Farklı Ülkelerin Malpraktis Konusunda Yasal Düzenleme Girişimleri, Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası”, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, c.43, S.4, ss.128-138.

Güven, M.A., A. Coşkun, A. Güngören, Ö. Özdemir, Ö. Ercan, S. Karakuş (2008), “Aşırı aktif mesane tedavisinde, Trospiyum Klorid ve Tolterodin’in tedavi etkinlikleri ve yan etkilerinin karşılaştırılması”, *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, c.5, S.2, ss.118-122.

Kadıoğlu, A.(Ed), 2009, “*Prostatın Benign Hastalıkları*”, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, , s.127-137.

Hakeri, Hakan (2012), *Tıp Hukuku*, 5. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Hakeri, Hakan (2014), “Tıp Hukukunda Malpraktis Komplikasyon Ayrımı”, ss.23-28.

Işık Yılmaz, Ş. Berfin (2012), Tıbbi Müdahalelerde Hekimin Aydınlatma Yükümlülüğü”, *TBB Dergisi*, S.98, ss.389-410.

Kozacıoğlu, Z., B. Günlüsoy (2012), “Lokal İleri Evre Prostat Kanserinde Güncel Tedavi Yaklaşımları: Ürolog Yaklaşımı”, *Üroonkoloji Bülteni*, c.11, S.2, ss.124-128.

Localio, A.R., A.G. Lawthers, T.A. Brennan, ve diğerleri (1991), “Relation Between Malpractice Claims and Adverse Events Due to Negligence”, *The New England Journal of Medicine*, c.325, S.4, ss.245-251.

Meng, M.W., M.H. Hsieh (2010), “Medicolegal Aspects of Minimally Invasive Urologic Surgery”, *Complications of Laparoscopic and Robotic Urologic Surgery*, ss.293-306.

Önder, A.U. (2009), “*Üriner Sistem Taş Hastalığında Açık Cerrahi ve ESWL*”, Üriner Sistem Taş Hastalığı, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, (Ed: Armağan ÖNER),No: 68, ss. 19-30.

Özata, M., H. Altunkan (2010), “Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği”, *Tıp Araştırmaları Dergisi*, c.8, S.2, ss.100-111.

Özgönül, M.L. (2010), “Türkiye’de Tıp Etiği ve Hukuk Açısından Tıbbi Hata Kavramı”, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Özlü, Z.K., Kılıç M., Yayla A. (2015), “Cerrahi Aydınlatılmış Onam Hakkında Hastaların Bilgi Düzeyinin İncelenmesi”, *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, c.2, S.3, ss.318-328.

Savaş, H.(2011). “Tıbbi malpraktis ve komplikasyondan doğan sorumluluklar”, Sağlık Hukuku Makaleleri, Orhan Apaydın Konferansı, 10-17 Eylül, ss.259-293.

Savaş, H.(2013). *Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları*, 3. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Sherer, B.A., Coogan C.L. (2015), “The current state of medical malpractice in urology”, *Urology*, c.86, ss.2-9.

Söylemez, H. “*Ürolojide Minimal İnvaziv Cerrahi Girişimler*”
www.dicle.edu.tr/Contents/77e9036c-4093-4adf-8101-56148eafb4b8.pdf,
(07.06.2016)

Studdert, D.M., M.M. Mello, A.A. Gawande, ve diğerkleri, (2006), “Claims, Errors, and Compensation Payments in Medical Malpractice Litigation”, *The New England Journal of Medicine*, S:324, ss.2024-2033.

Sunaryo, P.L., P.F. Svider, I. Jackson-Rosario, J.A. Eloy (2014), “Expert Witness Testimony in Urology Malpractice Litigation”, *Urology*, c.83, S.4, ss.704-709.

Tanagho, E.A., McAninch, J.W.(2004), “*Smith Genel Üroloji*”, (Çev.Ed: Gürkan Kazancı), Nobel Tıp Kitabevi, 16. Baskı, İstanbul.

Taneja, S.S. (2012), “*Ürolojik Cerrahinin Komplikasyonları-Önleme ve Yönetim*”, Çev.Ed.Önder YAMAN, Güneş Tıp Kitabevi, 4.Baskı, ss.423-431.

Tefekli, A., Tok A., Altunrende F., Barut M., Berberoğlu Y., Müslümanoğlu A.Y. (2005), “Üriner Sistem Taş Hastalarında Yaşam Tarzı ve Beslenme Alışkanlıkları”, *Türk Üroloji Dergisi*, c.31, S.1, ss.113-118.

Türkan, S., Kalkan M., Şahin C. (2011). “Kastamonu bölgesinde sünnet olmuş çocuklarda saptanan komplikasyon ve genital anomali oranları”, *Türk Üroloji Dergisi*, c.37, S.1, ss.43-46.

Tümer, A.R. (2013). *Cerrahi Branşlar Açısından Hukuki Sorumluluklar ve Malpraktis*, İstanbul: Matsis Matbaa Hizmetleri Ltd. Şti.

Ünalacak, M., Armutcu F., Demirel F., Gürel A., Demircan N., Aktunç E. (2005), “Okul çağı çocuklarda mikroskopik idrar incelemesi ile asemptomatik bakteriüri sıklığı”, *Tıp Araştırmaları Dergisi*, c.3, S.2, ss.30-32.

Vargas-Blasco, C., Gomez-Duran E.L., Martin-Fumado C., Arimany-Manso J. (2015), “Current State of Urologic Malpractice in Spain”, *Urology*, c.86, S.4, ss.845-846.

Yıldırım, A., Aksu M., Çetin İ., Şahan A.G. (2009), “Tokat ili merkezinde çalışan hekimlerin tıbbi uygulama hataları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları”, *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, S.31, ss.356-366.

Yılmaz, A. (2015), *Hekimin Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğü*. (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Çankaya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yargıtay Hukuk Genel Kurulu, Esas No: 1991/10-249, Karar No: 1991/336, Karar Tarihi: 04.06.1991.

Yargıtay 4. Hukuk Dairesi, Esas No: 2007/15039, Karar No: 2008/15194, Karar Tarihi: 03.12.2008.

Yargıtay 4. Hukuk Dairesi, Esas No 2002/252, Karar No: 2002/1112, Karar Tarihi: 30.01.2002.

Yargıtay 13. Hukuk Dairesi, Esas No: 2009/4670, Karar No: 2009/14116, Karar Tarihi: 06.12.2009.

Yargıtay 13. Hukuk Dairesi, Esas No: 2013/6217, Karar No: 2013/20874, Karar Tarihi: 08.09.2013.

Yargıtay 13. Hukuk Dairesi, Esas No: 1982/7237, Karar No: 1983/1783, Karar Tarihi: 13.03.1983.

Yargıtay 13. Hukuk Dairesi, Esas No: 2006/5554, Karar No: 2006/11186, Karar Tarihi: 05.07.2006.

Yargıtay 13. Hukuk Dairesi, Esas No: 2013/27507, Karar No:2014/7577, Karar Tarihi: 18.03.2014.

Yargıtay 12. Ceza Dairesi. Esas:2012/1415, Karar: 2012/21130 Karar Tarihi:
09.10.2012.

Yargıtay 12. Ceza Dairesi. Esas:2013/18184, Karar:2014/2055 Karar Tarihi:
29.01.2014.

