ISSN 1303-6343

TOTBİD DERGİSİ

Cilt (Vol.) 19, Sayı (Number) 1, Ocak (January) 2020

Sağlık Hukuku

TOTBİD Sağlık Hukuku Kurulu

Hukuka giriş – temel kavramlar

Ortopedi ve Travmatolojide hastaya yaklaşım ve iletişim

Tıbbi müdahalelerin hukuka uygunluk şartları

Tıbbi uygulama hataları açısından Ortopedi ve Travmatoloji kliniklerindeki tıbbi kayıtların değerlendirilmesi

Ortopedi ve Travmatolojide bilgilendirilmiş rıza

Ortopedi ve Travmatoloji uygulamaları açısından aydınlatılmış onam

Ortopedi ve Travmatolojide komplikasyon yönetimi

Ortopedi ve Travmatolojide malpraktis

Zorunlu mesleki sorumluluk sigortası

Ortopedi ve Travmatoloji uzmanlık alanına giren tıbbi uygulama hatalarına (malpraktis) ilişkin Adli Tıp deneyimlerimiz

Ortopedi ve Travmatolojide bilirkişilik

Ortopedi ve Travmatolojide ön inceleme ve muhakkik (ön incelemeci) değerlendirmesi

Yargıya yansıyan Ortopedi ve Travmatoloji vakaları

Bilgi ile enformasyon arasındaki fark: Ortopedi ve Travmatolojide sosyal medya kullanımı

Ortopedi ve Travmatolojide pazarlama: dün, bugün, yarın

Ortopedi ve Travmatoloji dalında iç rekabet

Ortopedi ve Travmatoloji dalının diğer tıp dalları ile rekabeti

Ortopedi ve Travmatolojide tıbbi malzeme yönetimi için yasal prosedürler ve kalite sorunu

Ceza infaz kurumlarında sağlık hizmetlerinin verilmesi

TOTBİD
Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği

bayt

ISSN - 1303 - 6343

TOTBİD DERGİSİ

TÜRK ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ BİRLİĞİ DERNEĞİ DERGİSİ

Yılda 4–6 kez yayımlanır / Published 4–6 times a year

Cilt (Volume) **19** • **Sayı** (Number) **1** • **Ocak** (January) **2020**

Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği'nin yayın organıdır.
The Official Journal of the Turkish Society of Orthopaedics and Traumatology

Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği adına / *on behalf of the Turkish Society of Orthopaedics and Traumatology*
Sahibi ve Yazı İşleri Müdürü / *Ownership and Accountability for Contents*
Halit Pınar

Editör / *Editor*
İrfan Esenkaya

Yardımcı Editörler / *Associate Editors*
Nurzat Elmalı
Ertuğrul Akşahin
Olcay Güler
Ali Turgut

Teknik Kurul / *Technical Board*
Bahadır Gökçen
Burak Özturan
Tayfun Bacaksız
Serkan Erkuş

Yayın Kurulu / *Editorial Board*
Halit Pınar
İrfan Öztürk
İrfan Esenkaya
Cem Nuri Aktekin
Ahmet Özgür Yıldırım
Ahmet Murat Bülbül
Önder Ersan
Volkan Öztuna
Kahraman Öztürk
Aykın Şimşek
Önder Kalenderer
Nurzat Elmalı
Ertuğrul Akşahin
Olcay Güler
Ali Turgut

Dergide yayımlanan malzemenin telif hakkı Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği'ne aittir. © 2020 Tüm hakları saklıdır.
Material published in the journal is covered by copyright © 2019 Journal of the Turkish Society of Orthopaedics and Traumatology. All rights reserved.

Yönetim yeri ve adresi / *Executive office:*
Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği
İkizdere Sok., No: 21/12, Bayraktar Mah.,
06670 Gaziosmanpaşa, Ankara, Türkiye
Tel: +90 312 - 436 11 40
Faks *(Fax)*: +90 312 - 436 27 16
E-posta *(e-mail)*: totbid@totbid.org.tr

Yayın hizmetleri / *Publishing services:*
BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın Tanıtım Ltd. Şti.
Ziya Gökalp Cd. 30/31, 06420 Kızılay, Ankara
Tel: 0 312 - 431 30 62
Faks *(Fax)*: 0 312 - 431 36 02
E-posta *(e-mail)*: info@bayt.com.tr

Yayın türü / *Type of publication:*
Süreli yayın / *Periodical*

Bu dergideki yazıların dergi standartlarına uygunluğunun kontrolü, dizimi, İngilizce/Türkçe özetlerin ve kaynakların denetimi, derginin yayına hazırlanması BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın Tanıtım Ltd. Şti. tarafından gerçekleştirilmiştir.

YAZARLARA BİLGİ

1. **TOTBİD Dergisi,** Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği'nin yayın organıdır.
2. Dergi, Ortopedi ve Travmatoloji alanında derlemeleri Türkçe yayımlar.
3. Dergi 2–3 ayda bir yayımlanır ve 4–6 sayıda bir cilt tamamlanır.
4. Yazılarda bildirilen görüşler ve sonuçlar yazarlara aittir. Dergide yayımlanan yazıların her türlü sorumluluğu (etik, bilimsel, yasal, vb.) yazarlara aittir. Dergide yayımlanan makaleler TOTBİD'in resmi görüşünü temsil etmez. Yayımlanmak üzere kabul edilen yazıların telif hakları TOTBİD Dergisi'ne aittir.
5. Derlemelerin TOTBİD'in Çekirdek Eğitim Programı ve Eğitim Konseyinin (TOTEK) belirlediği "100 Temel Seminer Konusu" ile ilintili olması tercih nedenidir.
6. **Yazının hazırlanması:** Bu derginin yazım kuralları, *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals - International Committee of Medical Journal Editors (http://www.icmje.org)* ile uyumludur.

   Yazı standart Word dosyasında, çift satır aralıklı olarak, kenarlarda en az 2,5 cm boşluk kalacak şekilde yazılmalıdır. Başlık sayfasından itibaren sayfalar numaralandırılmalıdır. Yazının her bölümü yeni bir sayfadan başlamalı ve şu sırayla olmalıdır: başlık sayfası, özet, metin, teşekkür, kaynaklar, tablo ve başlıkları, şekil altyazıları.

   Başlık sayfaları: İki başlık sayfası hazırlanması gerekmektedir. İlki, a) metnin özlü ve açıklayıcı bir başlığını, b) 35 harfi geçmeyen kısa başlığını, c) tüm yazarların tam isimleri, akademik ve kurumsal ünvanlarını, d) çalışmanın yapıldığı kliniğin veya kurumun adını, e) sorumlu yazarın adresi, telefonu, faks numarası ve e-posta adresini içermelidir. Danışmanlara iletilecek olan diğer başlık sayfası sadece metnin özlü ve açıklayıcı başlığını bulundurmalı, yazarlar ve kurumları hakkında bilgi içermemelidir.

   Özet: İkinci sayfa Türkçe ve İngilizce olarak 200 kelimeyi aşmamalıdır ve alt başlıksız (bütün) olmalıdır. Özet, çalışmanın amacını ve içeriğini kapsamalıdır. İngilizce özet başlık içermelidir. Özetlere anahtar sözcükler eklenmelidir.

   Metin: Yazılırken literatür gözden geçirilmeli ve konuyla ilgili önemli makalelerin kapsandığından emin olunmalıdır. Yazarların kişisel deneyimlerini orijinal çizim ve resimlerle aktarmaları önemli ve yol göstericidir.

   Kaynaklar: Metin içinde geçiş sırasına göre numaralandırılmalıdır. Yayımlanmamış sonuçlar ve kişisel görüşmeler kaynak olarak gösterilemez. Gerekli olmadıkça 30'dan fazla kaynak gösterilmemelidir. Kaynak kontrolü önem taşımaktadır ve yazarlardan herhangi bir kaynağın tamamının temini istenebilir. Kaynaklar şu şekilde düzenlenmelidir:

   Süreli yayından makale: Tüm yazarların soyadı, isim baş harfleri, makalenin adı, derginin Indeks Medicus'a göre kısaltılmış adı veya tam başlığı, yıl, cilt sayısı ve ilk ve son sayfa numaraları (Örnek: *Ramirez N, Johnston CE, Browne RH. The prevalence of back pain in children who have idiopathic scoliosis. J Bone Joint Surg Am 1997;79(3):364–8.*).

   Kitaptan bir bölüm: Tüm yazarların soyadı, isim baş harfleri, bölümün adı, editörlerin adı, kitabın adı, basım yeri, basımevi, yıl, bölüme ait ilk ve son sayfa numaraları (Örnek: *Milford L. Dislocations and ligamentous injuries. In: Crenshaw AH, editor. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: CV Mosby; 1987. p. 241-57.*).

   Kitap: Tüm yazarların soyadı, isim baş harfleri, kitabın adı, baskısı, basım yeri, basımevi, yıl (Örnek: *Colson JH, Armour WJ. Sports injuries and their treatment. 2nd ed. London: S. Paul; 1986.*).
7. **Tablolar:** Yazıda geçiş sırasına göre numaralandırılmalı, her tablonun aynı sayfa üstünde bir başlığı olmalı; tablo içeriğinde derginin sayfa boyutu göz önüne alınmalıdır.

   Resim ve şekiller: Orijinal olmalı, özenle çizilmeli veya yüksek çözünürlükte fotoğraflanmalıdır.
8. Yazılar elektronik posta ile **totbid@totbid.org.tr** adresine iletilmelidir.

İÇİNDEKİLER

Dernek Başkanından v
Editörden vi
Davetli Sayı Editöründen viii

DERLEME / REVIEW

TOTBİD Sağlık Hukuku Kurulu 1
TSOT Health Legislation Board
Ünal Kuzgun

Hukuka giriş – temel kavramlar 3
Introduction to law: notions
İlhan Açıkgöz

Ortopedi ve Travmatolojide hastaya yaklaşım ve iletişim 15
Approach to the patient, and communication in Orthopedics and Traumatology
Nezih Varol

Tıbbi müdahalelerin hukuka uygunluk şartları 19
The compliance of the medical interventions with law
İsmail Atak

Tıbbi uygulama hataları açısından Ortopedi ve Travmatoloji kliniklerindeki tıbbi kayıtların değerlendirilmesi 27
Evaluation of medical records in the orthopaedics and traumatology clinics for medical malpractice
Mehmet Mesut Sönmez

Ortopedi ve Travmatolojide bilgilendirilmiş rıza 32
Informed consent in Orthopedics and Traumatology
Nezih Varol

Ortopedi ve Travmatoloji uygulamaları açısından aydınlatılmış onam 38
Informed consent in Orthopedics and Traumatology
Emine Ahşen Oktay (Dinç)

Ortopedi ve Travmatolojide komplikasyon yönetimi 51
Complications management in orthopedics and traumatology
Hakan Kınık

Ortopedi ve Travmatolojide malpraktis 55
Malpractice in orthopaedics and traumatology
İbrahim Tuncay, Vahdet Uçan

Zorunlu mesleki sorumluluk sigortası 62
Compulsory professional liability insurance
İbrahim Erdem Esenkaya

Ortopedi ve Travmatoloji uzmanlık alanına giren tıbbi uygulama hatalarına (malpraktis) ilişkin Adli Tıp deneyimlerimiz 70
Forensic Medicine experiences related to malpractice in Orthopedics and Traumatology
Mehmet Akif Kaygusuz, Sevda Uzun Dırvar

Ortopedi ve Travmatolojide bilirkişilik 76
Legal expertise in orthopedics and traumatology
Mücahit Görgeç

Ortopedi ve Travmatolojide ön inceleme ve muhakkik (ön incelemeci) değerlendirmesi 84
Preliminary review and preliminary reviewer assessment in orthopedics and traumatology
İrfan Esenkaya

Yargıya yansıyan Ortopedi ve Travmatoloji vakaları 92
Orthopaedics and traumatology cases subject to jurisdiction
Serdar Şirazi

Bilgi ile enformasyon arasındaki fark: Ortopedi ve Travmatolojide sosyal medya kullanımı 122
Knowledge vs. information: use of social media in Orthopedics and Traumatology
Mehmet Ali Şehirlioğlu

Ortopedi ve Travmatolojide pazarlama: dün, bugün, yarın 127
Marketing in orthopaedics and traumatology: yesterday, today, tomorrow
Hakan Onmuş, Eren Dursun

Ortopedi ve Travmatoloji dalında iç rekabet 131
Competition in orthopedics and traumatology
Halit Pınar

Ortopedi ve Travmatoloji dalının diğer tıp dalları ile rekabeti 135
Competition of orthopedics and traumatology with other medical branches
Sait Ada

Ortopedi ve Travmatolojide tıbbi malzeme yönetimi için yasal prosedürler ve kalite sorunu 139
Legal procedures and quality problems for implant management in orthopedics and traumatology
Murat Altay, Mustafa Caner Okkaoğlu

Ceza infaz kurumlarında sağlık hizmetlerinin verilmesi 146
Providing health care services in penitentiaries
Mehmet Ali Tokgöz, Hilal Tokgöz, Yunus Emre Çakır

Toplantı ve Kongreler ..... a

TOTBİD Dergisi, 2019 Yılı 18. Cilt, DİZİN D1

DERNEK BAŞKANINDAN...

Değerli Meslektaşlarım,

Etik kavramı her türlü eğitimin olmazsa olmaz bileşenlerinden birisidir. Kavramın farkındalığını arttırmak için belirlediğim somut önerilerimi sizlerle paylaşmak isterim:

1- Uzmanlık eğitimi verilen kliniklerin eğitim programlarında etik konusundaki seminerlere de yer verilmelidir.

2- Klinikte eğitici pozisyonundaki kişilerin uzmanlık öğrencileri için rol model olduklarının farkında olmaları gerekir. Beş yıl boyunca eğiticilerin verebilecekleri en iyi eğitim kendi tavır, duruş ve söylemleridir.

3- TOTBİD ve diğer tüm branş dernekleri ulusal kongrelerinde eğitici ve farkındalığı arttırıcı seminerlere ve oturumlara yer vermelidir.

4- Yerel toplantı, kurs ve sempozyumlarda da konu seminer ve oturumlarla vurgulanmalıdır.

5- Tüm bu toplantılarda etik dışı uygulamaların yer aldığı olgu sunumlarını içeren oturumların düzenlenmesi yararlı olur. Oturumlara "Zor Olgular" veya "Tartışmalı Olgular" gibi adlar verilebilir.

6- Ortopedi alanında yayımlanmakta olan kitaplarda ve dergilerde etik ile ilgili bölümlerin yer alması sağlanabilir.

7- Aydınlatıcı ve önemli görülen bazı yazılar grup ile elektronik ortamda paylaşılabilir.

Ellinci kuruluş yıldönümümüzün bu ilk sayısında, "Sağlık Hukuku" gibi önemli bir konuyu planlayan ve gerçekleştiren konuk editör Sayın Prof. Dr. Ünal Kuzgun'u ve editörümüz Sayın Prof. Dr. İrfan Esenkaya'yı kutlar, kendilerine ve tüm yazarlarımıza teşekkür ederim.

Saygılarımla,

Dr. Halit Pınar
TOTBİD Yönetim Kurulu Başkanı

EDİTÖRDEN...

Sayın Meslektaşlarım,
TOTBİD Dergisi'nin Değerli Okurları,

Günümüzde tıp alanındaki çeşitliliğe ve gelişmelere paralel olarak karşılaşılan hukuksal sorunların boyutları ve bunlara çözüm arama yöntemleri de farklılık göstermektedir. Zaman içerisinde Sağlık Hukuku ve Tıp Hukuku gibi farklı hukuk alanları oluşmuştur. Yabancı olduğumuz hukuk sisteminde biz hekimlere ters gelse de, hekimin tıbbi müdahalesinin (girişim ve yaklaşımının) yaralama olduğu konusunda görüş birliği vardır. Ancak, bir başkasının vücut bütünlüğüne müdahalede bulunan hekimin yaptığı tıbbi müdahale nedeniyle ceza almama, yani yapılan girişimleri hukuka uygun kılan bazı nedenler vardır. Bu nedenleri beş ana başlık altında özetleyebiliriz; (1) Müdahalede bulunanın hekim olması, (2) Endikasyon dahilinde müdahalede bulunulması, (3) Usulüne uygun aydınlatılmış onam belgesinin (bilgilendirilme ve rızanın) alınması, (4) Hekimin tıp biliminin güncel gereklerine uygun, özen ve özveri göstererek müdahalede bulunması ve (5) Komplikasyon sürecinin yönetimidir.

Sağlık hizmetleri geçmişte "doktor merkezli" olarak verilirken günümüzde "hasta merkezli" olarak uygulanmaktadır. Sağlık kuruluşlarına ve hekime ulaşmanın geçmişe göre daha kolay olduğu günümüzde, hastalar sağlık hizmetlerini alırken haklarını veya hakları olarak akıllarından geçenleri daha arar olmuşlardır. Sonuç olarak karşılaştıkları olumlu / olumsuz, gerekli / gereksiz pek çok durum karşısında hekimleri şikayet etmeye başlamışlardır. Hasta mağduriyetini giderme adına hekimi yıpratan dava süreçleri açılır olmuştur. Komplikasyon ile malpraktisin (tıbbi uygulama hatasının) sınırlarını çizerken bazen yetersiz kalınmış, bu duruma hastaların şikayetçi ve memnun edilemez tavırları da eklenince mesleği uygularken bir davanın elemanı olmamak için komplikasyon oranı yüksek tedavi uygulamalarından ve riskli hastalardan kaçınılır olmuştur (defansif tıp uygulaması).

Hasta ile hekim arasındaki sözleşme, vekalet veya eser sözleşmesi şeklinde olup davalar Asli Hukuk Mahkemeleri yerine Tüketici Mahkemelerinde görülmektedir. Sağlık Hukuku veya Tıp Hukuku ile ilgili özel bir Kanun olmayıp ilgili davalarda Türk Ceza Kanunu, Türk Borçlar Kanunu ve Türk Medeni Kanunu'nun ilgili maddelerinden yararlanılmaktadır. Mevcut durumda zaten iş yükleri fazla olan Tüketici Mahkemeleri de konuya aşina olmadıkları için uzun süren davalar yıpratıcı olabilmektedir.

Yıllarca özveriyle çalıştıktan sonra yıpratıcı bir dava sürecine girmemek için, öncelikle bizlerin meslek etiğine ve mesleğimizin gereklerine uyarak görevimizi yerine getirmemiz gerekmektedir. Hastaların, hastalıkları ve sonuçlarıyla ilgili olarak bilgilendirilmelerini takiben anlaşılır ifadeler kullanılarak alınacak imzalı rıza belgesine (aydınlatılmış onam) ilaveten hasta kayıtlarını düzgün tutmamız ve gelişen komplikasyonları yönetmemiz, mesleğimizi uygulamamız esnasında karşılaşabileceğimiz hukuksal problemler karşısında yapacağımız savunmalarda bizi haklı çıkartacaktır.

Hukuk bilgimiz olmadığı için biz hekimlerin zaman zaman karamsarlığa sürüklendiği bir gerçektir. Aslında hukukun koruyucu özelliğinden yararlanarak, hekimlik mesleğimize tanınan hak ve yetki alanlarımızı da bilmemiz gerekmektedir. Konuyla ilgili hukuk derslerinin tıp fakültelerinin eğitim müfredatlarına konması hukuku tanıma açısından yararlı olabilir. 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 4. Maddesi "Ceza kanunlarını bilmemek mazeret sayılmaz." şeklindedir. Bu nedenle, mesleğimizle ilgili haklarımızı bilmek yanında, mesleğimizin gereklerini de bilmemiz bizlerin faydasına olacaktır. Mesleğimizle ilgili Kanun, Tüzük ve Yönetmelik'leri okumak ve öğrenmek, çalışma alanımızı belirleme açısından yararımıza olacaktır. Genç ve enerjik meslektaşlarımızın tezli ya da tezsiz Sağlık Hukuku ya da Tıp Hukuku alanlarında açılmış yüksek lisans programları ile Bilirkişi kurslarına katılmaları, alanda temsil edilmemiz açısından önemlidir.

2020 yılı TOTBİD'in kuruluşunun 50. yılı olup Ortopedi ve Travmatoloji ailesinin birer üyesi olarak, bu mutlu yılımızda, meslektaşlarımızın adli olaylardan uzak bir yıl geçirmesi bizlerin en büyük arzusudur. Mesleki başarı ve becerilerimiz yanında haklarımızı bilmek ve görevlerimizi tekrardan gözden geçirmek için, TOTBİD Dergisi'nin 2020-01. sayısı "Sağlık Hukuku" konusuna ayrıldı. Konuyla ilgili Kanun, Yönetmelik, Tüzük ve Sözleşme maddeleri üzerinde durularak biz hekimlerin dikkat etmesi gereken kural ve uygulamalardan hareket edilerek, açılan örnek davalardan örnekler verildi.

Bu sayının hazırlanmasındaki katkılarından dolayı, TOTBİD Sağlık Hukuku Kurulu başkanı olan davetli editörümüz sayın Prof. Dr. Ünal Kuzgun'a, Sağlık Hukuku Kurulu üyelerine, bilgi, birikim ve deneyimlerini bizlerle paylaşan ve konularının uzmanı olan değerli yazarlara çalışma ekibim adına teşekkür ederim.

Bu vesile ile Yeni Yılınızı kutlar, 2020'nin sizlere ve ailelerinize sağlık, huzur, mutluluk ve başarı dolu günler getirmesini dilerim.

En içten saygılarımla.

Prof. Dr. İrfan Esenkaya
TOTBİD Dergisi Editörü

DAVETLİ SAYI EDİTÖRÜNDEN...

Sevgili meslektaşlarımız,

Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği (TOTBİD) nin yayın organı olan TOTBİD dergimizin 2019 yılı ikinci yarısından itibaren editörlük görevini üstlenen değerli meslektaşım Prof. Dr. İrfan Esenkaya'nın derginin 2020'deki ilk sayısının Sağlık Hukuku konusuna ayrılması kararını alması ve bu amaçla TOTBİD sağlık hukukunu göreve çağırması ile derginin bu sayısının çalışmaları başlamış oldu. Konu seçimi Tıp Hukuku/Sağlık Hukuku konuları ile ilgilenen meslektaşlar açısından önemli olup Ortopedi ailemizin mensuplarını özellikle karşılaşabilecekleri idari ve hukuksal konular yönünden bilgilenmelerini sağlayabilecek değerdedir. D. Ünal Kuzgun, Dr. Mücahit Görgeç, Dr. Nezih Varol ve Av. E. Ahşen Oktay (Dinç)'ten oluşan Sağlık Hukuku kurulumuzda ilkin konu başlıkları belirlenmiş ve kurul üyelerimiz yazacakları konuları belirlemiş ve kalan 16 konunun yazımı için öncelikle Türk Orthopod'da duyuru yapılarak sağlık hukuku alanında çalışmaları ve yazıları olabilecek meslektaşlarımız belirlenmeye çalışılmıştır. Bu hususta yapılan tüm müracaatlar değerlendirilmiş ayrıca Adli Tıp, Tıp Hukuku, Sağlık Hukuku konusunda çalışmalarının olduğu bilinen meslektaşlarımızla da temas kurularak dergimizin bu sayısında yer alan yazıları yazmaları sağlanmıştır.

Her gün en az 50–60 poliklinik vakası ile ilgilenen, en az 3–4 ameliyat yapan meslektaşlarımızın bu uygulamalarında birtakım komplikasyonlarla karşılaşmaları olasıdır. Bu gibi durumlara karşı öncelikle tıbbi açıdan hazırlıklı olmak gereklidir. Bununla birlikte olayın bir tıbbi hataya dönmemesi için gayret sarf etmek, yaptıklarımızı kayıt altına almak, hasta ve hasta sahipleri ile etkili bir iletişim kurmak idari ve hukuksal sorunlarla karşılaşmamızı önleyebilecektir. Bu açıdan, derginin bu sayısında yer alan çeşitli konularda meslektaşlarımıza ışık tutulmaya çalışılmıştır. Meslektaşlarımızın mesleki bilgiler kadar bu bilgilere de her zaman için ihtiyaçları olabileceği inancındayız.

Bu düşüncelerle, derginin bu sayısının hukuksal konulara ayrılmasını sağlayan sayın Dr. İrfan Esenkaya'ya, dergide yazıları yer alan tüm yazarlara ve redaksiyon ve basım konusunda büyük titizlik gösterdiklerini gözlemlediğimiz teknik kurul üyelerine teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Ünal Kuzgun
Davetli Editör

TOTBİD Dergisi
Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği

TOTBİD Dergisi 2020;19:1–2
https://doi.org/10.14292/totbid.dergisi.2020.01
DERLEME

TOTBİD Sağlık Hukuku Kurulu

TSOT Health Legislation Board

Ünal Kuzgun

TOTBİD Sağlık Hukuku Kurulu Başkanı

TOTBİD Sağlık hukuku kurulunun kuruluş nedeni, amaçları ve yaptığı çalışmalar sunuldu.

Anahtar sözcükler: sağlık hukuku; TOTBİD

The purpose of the establishment of TSOT health law board and it's activities were presented.

Key words: health law; TSOT

Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği (TOTBİD) Sağlık Hukuku Kurulu, Ortopedi ve Travmatoloji ailesinde ortaya çıkabilecek idari ve hukuksal sorunlara kurumsal olarak yardımcı olmak amacıyla 2008 yılında kurulmuştur. Sağlık Hukuku Kurulu yönergesinde kuruluş amacı şu şekilde belirtilmiştir:

- Adli olguların çok görüldüğü Ortopedi ve Travmatoloji bilim dalı, tıbbın diğer dalları arasında, uygulamada mensupları en sık şikâyet ve davalarla karşılaşan dallardan birisidir.
- Camiamız mensupları, bu tür şikâyet ve davalarla karşılaştığında, çoğu kez çekingenlik ve bilgi eksikliğinden kaynaklanan olumsuz sonuçlarla karşılaşmaktadırlar. Gerek bu konuda yalnız kalmamaları gerekse bilimsel ve hukuki destekleri arkalarında hissedebilmeleri hayati önem taşımaktadır.
- Bu konuda dernek üyelerimize destek vermek yanında, iyi hekimlik uygulamalarındaki standartların ve sağlık hukuku kavramlarının öğretilmesi de bu kurulun temel amacıdır.

Kurul, çalışmaya başladığı ilk günden itibaren önceliğini eğitim çalışmalarına vermiştir. Kanunlarımızda ve yönetmeliklerde yapılan değişiklikler çerçevesinde; hasta hekim ilişkisinin hukuki temelleri, Borçlar Kanunu ve bundan kaynaklanan hekimin yetki ve sorumluluğu, tıbbi uygulamalarda komplikasyon ve malpraktis gibi kavramlar, muhakkik incelemesi, soruşturma ve kovuşturmalarda hekimlerin izlemesi gereken yollar gibi ana başlıklar, özellikle anlatılmaya çalışılmıştır.

2008–2012 yılları arasında yurdun çeşitli illerinde düzenlenen bölge toplantılarında gerçekleşen ve ortalama 30 meslektaşımızın katılım sağladığı konferansların sayısı 50'ye yaklaşmıştır. Konu ile ilgili olarak, meslektaşlarımız ulusal çaplı bilimsel toplantılarda aydınlatılmaya çalışılmaktadır.

Kanunu bilmemenin mazeret teşkil edemeyeceği kuralından hareketle, hukukun hekimlere yabancı gelen diline de aşinalık sağlanmaya çalışılmıştır.

Daha sonraki yıllarda da yinelenen bu interaktif toplantılar ile, 1500'den fazla meslektaşımızla yüz yüze eğitim çalışması yapılmıştır.

Başta Ulusal Ortopedi ve Travmatoloji Kongrelerimiz olmak üzere, düzenlenen bilimsel toplantılara davet üzerine katılarak çeşitli panel ve oturumlarda Sağlık Hukuku konusunda farkındalık yaratılmaya çalışılmıştır.

Bu toplantılara, kurul üyeleri ve meslektaşlarımız dışında, hukuk ve adli tıp alanında konuya aşina konuşmacıların katılımı da sağlanmıştır. 2013 yılı Ekim ayında Sağlık Hukuku El Kitabı yayımlanmıştır.

- İletişim adresi: Dr. Ünal Kuzgun, Nakiye Elgün Sok. No:46/8 Nilüfer Ap.Osmanbey İstanbul
  Tel: 0532 - 365 50 37 e-posta: ukuzgun@yahoo.com
- *Geliş tarihi: 16 Ekim 2019 Kabul tarihi: 13 Aralık 2019*

Editörlüğünü Dr. Ünal Kuzgun ve Dr. Nezih Varol'un yaptıkları bu kitapçıkta; Mesleki Sorumluluk, Hekimin Hukuki Sorumluluğu, Sağlık Çalışanlarının Hakları, Ortopedi ve Travmatoloji Uygulamalarında Standartlar, Hasta Hakları ve Sorumluluk, Mesleki Sorumluluk Sigortası, TOTBİD Sağlık Hukuku Yönergesi ve Sağlık Hukuku Uygulama Örnekleri gibi konulara yer verilmiştir.

Zorunlu Mesleki Sorumluluk Sigortası (ZMSS) çıkmadan önce TOTBİD tarafından yürütülmekte olan mesleki sorumluluk sigortası çalışmalarına destek verilmiş ve ZMSS'den önce ilk kez Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanlarının yararlanabildiği ve Anadolu Sigorta işbirliği ile sağlanan Mesleki Sorumluluk Sigortası hayata geçirilmiştir.

TOTBİD tarafından yayımlanan Komplikasyonlar kitabında Sağlık Hukuku açısından komplikasyon ve malpraktis kavramları irdelenmiştir.

Meslektaşlarımızın günlük hayatın akışı içerisinde karşılaştıkları idari ve hukuksal sorunlarda, doğrudan kurul üyelerini telefonla aramaları halinde destek verilmiştir.

İstanbul Barosu Sağlık Hukuku Merkezi tarafından düzenlenen toplantılara konuşmacı ve katılımcı olarak katkıda bulunulmuştur.

Türk Tabipler Birliği ile TOTBİD'in müştereken düzenlediği bilirkişilik kursunda, kurul üyeleri eğitimci olarak görev almışlar ve 25 civarında meslektaşımızın bilirkişi sertifikası almalarına katkıda bulunulmuştur.

Meslektaşlarımızın inceleme, soruşturma ve kovuşturma aşamasında bulunan hukuki sorunları ile ilgili olarak, müracaatları halinde ve dosyaları üzerinden gerekli incelemeler yapılarak, bilimsel mütalâa yazılmış ve meslektaşlarımızın bunları mahkemelerde delil olarak kullanmaları sağlanmıştır.

TOTBİD Dergisi
Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği

TOTBİD Dergisi 2020;19:3–14
https://doi.org/10.14292/totbid.dergisi.2020.02
DERLEME

Hukuka giriş – temel kavramlar*

Introduction to law: notions

İlhan Açıkgöz

Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı, Hastane ve Sağlık İşletmeleri Yöneticisi, Avukat, İstanbul

Bu çalışma, hukukla ilgili temel kavram ve bilgileri içermekte olup, sadece sağlık mesleği mensuplarının ihtiyaç duyabileceği düşünülen derinlikte sunulmaya gayret edilmiştir. Hukuk kitaplarında olması gereken atıflar ve doktriner tartışmalardan uzak durulması ve ihtiyaç kadarıyla sınırlı tutulması nedeniyle, hukuk öğretisi kapsamında tartışılan konulara da değinilmemiştir. Ancak, merak edilen hususlar hangi başlık altında aranmalıdır sorusuna bir ışık tutabileceği öngörülmüştür. Başvuru kitapları da bölüm sonunda sıralanmış bulunmaktadır. Hekim meslektaşlarımızın günlük uygulamalarında ihtiyaç duyacakları düşünülen temel bilgiler, en yalın biçimde arz edilmeye çalışılmıştır. Bu bilgiler, hukukun zamanla değiştiği de dikkate alınarak, mümkün olabildiğince doktriner terim ve tanımlamalardan uzak, bugünkü hayatın içinde kullanılan ve anlaşılan kelime anlamları ile kullanılmıştır.

Anahtar sözcükler: borç; dava; fiil ehliyeti; hak; hak ehliyeti; kusur; sağlık hukuku; sorumluluk; sözleşme; suç; tazminat; zaman aşımı

This study includes the basic concepts and knowledge of law and is intended to be presented at a depth that is considered necessary only by healthcare professionals. The issues discussed within the scope of the doctrine of law have not been mentioned, since the references to the law books and the doctrinal debates should be avoided and limited to the extent necessary. However, it is envisaged that it can shed light on the question of which topics should be sought. Reference books are also listed at the end of the chapter. It is tried to be presented in the simplest way with the basic information which is thought to be needed in the daily practice of our colleagues. Also, these are discussed with the meanings of words used and understood in today's life, as far as possible from the doctrinal terms and definitions, taking into consideration that the law changes over time.

Key words: liability; lawsuit; right; health law; contract; compensation; capacity to act; capacity to have rights and obligations; fault; crime; statute of limitations

HAK KAVRAMI

Hak, hukuk düzeni tarafından korunan ve kullanılıp kullanılmaması sahibinin iradesine bırakılmış olan menfaatlerdir. Haklar, öncelikle kamusal haklar ve özel haklar olmak üzere ikiye ayrılır. Kamusal haklar, "insan haklarının devlet otoritesinden istenebilecek olanları" olarak tanımlanabilir. Özel haklar ise kendi içerisinde, konusuna göre, niteliklerine göre, kullanabilecek kişiye göre, yenilik doğurup doğurmadığına göre bir takım sınıflamalara tabi tutulur.

Niteliklerine göre haklar, mutlak ve nisbi haklar olmak üzere ikiye ayrılır. Mutlak haklar herkese karşı ileri sürülebilen, nisbi haklar ise sadece belli kişilere karşı ileri sürülebilen haklardır. Sözgelimi; yaşama hakkı herkese karşı ileri sürülebilen mutlak haktır ve bu nedenle de hiç kimsenin yaşama hakkı ihlal edilemez. Alacak hakkı ise ancak borçluya karşı ileri sürülebilecek nisbi nitelikte bir haktır.

Konularına göre haklar, malvarlığı ve şahıs varlığı hakları olmak üzere ikiye ayrılır. Ekonomik bir karşılığı olabilecek haklara malvarlığı hakları, kişiye sıkı sıkıya bağlı olup para ile ölçülebilir değeri olmayan haklara da şahıs varlığı hakları denir. Kişilik hakkı, hayat, beden bütünlüğü gibi haklar, şahıs varlığı haklarına örnek gösterilebilir.

Kişilik hakları ancak kişinin kendisi tarafından kullanılabilir, devredilemez, ölüm ile mirasçılara intikal etmez. Bu nedenle, kişilik hakkı gibi ancak kişinin kendisi tarafından kullanılabilecek haklara "kişiye sıkı sıkıya bağlı haklar" denir. Buna karşın, malvarlığı hakları devredilebilir, mirasçıya intikal edebilir. Yani malvarlığı haklarının hak sahibince bizzat kullanılması zorunlu değildir.

• İletişim adresi: Av. Dr. İlhan Açıkgöz, Kartaltepe Mah. Başarı sok. No: 1, Altay Apt. B Blok, K:1, D:3, 34153, Bakırköy, İstanbul
Tel: 0532 - 590 90 81 e-posta: drilhanacikgoz@gmail.com
• *Geliş tarihi: 15 Ekim 2019 Kabul tarihi: 12 Kasım 2019*

* *Bu derleme, Türk Nöroşirurji Akademisi Yayınlarının Ekim 2018'de yayımlanan 'Hekimler İçin Hukuk Rehberi' isimli kitabının, İlhan Açıkgöz'ün yazdığı 'Hukuka Giriş – Temel Kavramlar' başlıklı bölümünden yeniden uyarlama ile hazırlanmıştır.*

Hakların Edinilmesi, Kullanılması ve Kaybedilmesi

Hakların kazanılması, kullanılması ve kaybedilmesi ile ilgili hükümler Türk Medeni Kanununun (TMK) ilk yedi maddesinde sıralanmıştır. Bu maddelerden 1., 4. ve 5. maddeler hukukun uygulanmasıyla ilgili, 3. madde hakların kazanılmasıyla ilgili, 2. madde hakların kapsamı, kullanılması ve borçların yerine getirilmesi ile ilgili ve 6. ve 7. maddeler de hak ve borçların varlığı konusundaki uyuşmazlıklarda ispat yükü ile ilgilidir.

Hakların kazanılması aslen, devren ve tesisen; kaybedilmesi ise devir ile veya hakkın mutlak kaybı ile olabilmektedir.

Hukukta süreler çok önemli olup hakkın kazanılması veya kaybedilmesi ile de yakın ilişkilidir. Sürelerin bir kısmı mahkemeler için olup diğer bir kısmı da taraflar içindir. Kişinin belirli bir zaman içerisinde yapması gereken bir davranışı belirlenen zaman içerisinde yapmaması nedeniyle hak kaybına yol açan süreye "hak düşürücü süre", bir hakkı edinmek için yapması gereken davranışı yapmaması halinde o hakkı edinememesi sonucuna yol açan süreye de "zaman aşımı" denir.

Hakların Kullanılması, İyi Niyet, Dürüstlük, Hakkın Kötüye Kullanılması

TMK madde 2'ye göre; "Herkes haklarını kullanırken ve borçlarını yerine getirirken dürüstlük kurallarına uymak zorundadır". Roma Hukukunda *"bonafides"* olarak adlandırılan kavram hukukumuzda objektif ve subjektif hüsnüniyet (iyi niyet) olarak karşılık bulmaktadır. Objektif hüsnüniyet, her kişiden beklenebilecek seviyede ahlâk ve toplum kurallarına uygunluk şeklindeki "dürüstlüğü"; subjektif hüsnüniyet ise kişilerin kendilerinden beklenen dürüstlük ve "iyi niyet"e uygunluğu ifade etmektedir.

Kanun maddesinin kendisine (iyi niyete) atıfta bulunduğu hallerde, kişinin, bir hakkı edinmesine veya kullanmasına engel olacak hukuki bir unsuru bilmemesi veya kendisinden beklenebilecek düzeyde bir araştırmayla öğrenemeyecek durumda olması (bilgisizliğin hoş görülebilir düzeyde kalması), iyi niyet olarak tanımlanır.

İyi niyet, toplum kuralları ve ahlak kurallarına göre her kişiden beklenebilecek davranıştır. Kanun maddelerinin yorumlanması ve tamamlanması sırasında hâkime yardımcı olur. Kanunların sert ve soyut özelliklerinin yumuşatılması ve somutlaştırılması işlevi görür.

Kişiler hukuk düzeni içerisinde, ancak yasal sınırlar içerisinde haklarını kullanabilirler. Sınırsız bir özgürlük söz konusu değildir. Bu sınırlar hakkın dışında veya içinde olabilir. Hakkın içindeki sınır "kötüye kullanım" sınırıdır. Hakkın kötüye kullanılmasını hukuk düzeni korumaz.

Hakkın Korunması

Kişi, hakkını talep veya dava yoluyla bizzat kendisi kullanabileceği gibi, sınırlı sayıda olmak üzere, kanunun müsaade ettiği alanlarda ve durumlarda güç kullanarak da koruyabilmektedir. Talep, bazen bir dilekçe ile, bazen idari yollarla, bazen de dava yoluyla ya da cebri icra yoluyla olabilmektedir.

Hukuk davaları eda, tespit ve yenilik doğuran davalar olmak üzere kategorize edilmektedir. Tazminat davaları (maddi tazminat, manevi tazminat, kazancın iadesi davası), eda davalarına örnektir.

Hukuk davalarındaki savunma, şeklî veya maddi olabilmektedir. Davanın usul işlemlerine karşı yapılan savunma, şeklî anlamda; dava içeriğine karşı yapılan itiraz ve def'iler de maddi anlamda savunma imkânlarıdır.

Maddi Tazminat Davası

Maddi zararın tazmin talebinin karşılanabilmesi için;

- Kişisel değerlere yönelik, hukuka aykırı bir saldırı,
- Saldırı ile zarar arasında nedensellik bağı,
- Zararın gerçekleşmesi,
- Kusur sorumluluğu veya kusursuz sorumluluk hali olmalıdır.

İSPAT YÜKÜ

İspat, bir davada ileri sürülen hakkın ve buna karşı yapılan savunmanın dayandığı vakaların gerçekten mevcut olup olmadıkları konusunda, bir takım araçlarla mahkemeye kanaat edindirme işlemidir. İspatın hukuk sahasında önemi büyüktür. Bu nedenle, birçok kanun maddesi içerisinde ispat için kurallar konmuş, ispat etme yükümlülüğünün kimde olduğuna dair göndermeler yapılmıştır. İspat etme yükümlülüğü hukuk düzeninde "ispat yükü" olarak adlandırılmaktadır. Aslında bu bir yükümlülük değil külfettir. Bu külfete katlanan sonucundan yararlanacak, katlanmak istemeyen ise yararlanamayacaktır.

İspat yükü hususunda en önemli iki genel kural:

- Doğruluğu ortaya konan hayat olayından yarar sağlayacak tarafın ispat ile yükümlü olması (Hukuk Muhakemeleri Kanunu [HMK], madde 190).
- İddiayı ileri süren tarafın ispat ile yükümlü olması.

Genel kurallar yukarıdaki iki kural olup kanun maddeleri içerisinde özel kurallar ve özel esaslar da yer almaktadır. Bir konuda özel kural var ise, özel kural genel kuraldan önce uygulanmak zorundadır.

İspat yükü ile ilgili özel esaslar sağlık mesleği mensupları için özellikle önemli olup, başlıca esaslar şunlardır:

- İleri sürülen iddianın karşı tarafça kabul edildiği olgular için ispat gerekmez.
- Hayatın olağan akışına uygun olanların ispatı gerekmez.
- Herkesçe bilinen olguların ispatı gerekmez.
- Kanuni bir faraziye veya karineye (ipucuna, belirtiye) dayanan kimse ispat yükünden kurtulur.
- Menfi olayların tespitinde ispat yükü ters döner; yani, bir olayın olmadığının ispatı beklenemez.

HMK'nin 219. maddesi; "dürüstlük kuralı gereği, kanıtları taraflardan hangisi daha kolaylıkla getirebilecek durumda ise, o taraf mahkemeye ibraz etmek zorundadır" demektedir. Bu ifadeden ispat yükünün hekime yüklendiğini çıkartmak mümkün olmamakla birlikte, belge ibraz zorunluluğunu yerine getirmeyen hekimin karşı tarafa ispat anlamında sağlam bir koz verdiğini söyleyebilmek mümkündür. Hasta-hekim ilişkilerindeki en önemli kanıtın da hasta dosyası, filmler, tetkikler, epikrizler olduğuna bu noktada dikkat çekmek gerekmektedir.

Türk Borçlar Kanununun 503. maddesi *"kendisine bir işin görülmesi önerilen kişi, bu işi görme konusunda resmi bir sıfata sahipse veya işin yapılması mesleğinin gereği ise ya da bu gibi işleri kabul edeceğini duyurmuşsa, bu öneri onun tarafından hemen reddedilmedikçe, vekâlet sözleşmesi kurulmuş sayılır"* demektedir. Bu madde "irade faraziyesi" olarak kabul edilmektedir. Yani, hekim muayene için gelen hastayı hemen reddetmedikçe hasta-hekim ilişkisi kurulmuş anlamına gelir. Aradaki ilişkinin "tedavi için vekâlet" ilişkisi olduğunun ispatlanması yükü hastanın üzerinden kalkar.

Kuralı kanun maddesinin belirlediği hallerde de ispat yükünün genel kurallarına bakılmaz. Örneğin haksız fiilde, fiilin hukuka aykırı olduğunu ispatlamak yükü zarar görendedir. Sözleşme ilişkisi içerisinde zarar söz konusu olursa, bu durumda sözleşmenin edim borçlusu, sözleşmeyi ifa ederken kusuru olmadığını ispatlamak durumundadır.

Hukuk doktrininde birçok yazara göre, hasta ile hekim arasında akdî bir ilişki olsun olmasın, zarar kusurla meydana gelmişse haksız fiil de vardır. Ancak, kamuda görev yapmakta olan hekimlere haksız fiilden dolayı direkt dava açılması mümkün değildir. Hekim kamuda çalışıyorsa, mesleği ile ilgili haksız fiil işlemiş olsa bile, ancak hekimin çalıştığı kamu kurumunun tüzel kişiliğine karşı dava açılabilir. Kamu tüzel kişiliği tazminat ödedikten sonra kusuru varsa hekime rücu edebilir. Özel hastanelerde çalışan hekimlere ise hastaneye kabul sözleşmesinin niteliğine göre, haksız fiilden dolayı direkt dava açılabilmektedir.

İspat yükü kendisinde olmayan tarafın olguyu ispat etmesi "karşı ispat" olarak adlandırılır. Karşı ispat HMK'nin 190. maddesinde açıklanmaktadır.

Karşı ispat ile aksine ispat birbirinden farklı kavramlar olup, örneğin, ovarium yaralanmasının tıp standartları içerisinde mümkün olmadığını, ancak hekim kusuru ile olabileceğini ispatlayabilen hasta, hekim savunmasının aksini ispat etmektedir.

Usul kanunu, bazı olguların ancak yazılı delille ispat edilebileceğini, bazılarının ise sözlü bir şekilde de ispat edilebileceğini belirtmektedir. Kanun, delilleri de belirtmiş ve belge, senet, yemin, tanık, bilirkişi incelemesi, keşif ve uzman görüşü olarak sıralamıştır. Kanunun "belirli bir delille ispat" zorunluluğu yüklemediği hallerde diğer delillere de başvurulabileceği belirtilmiştir. HMK'nin 187–198. maddeleri genel olarak ispat ve delillere ilişkin hükümleri içermektedir.

Belge, hukuk alanında delil olabilecek bilgi veya veriyi ihtiva eden her türlü fiziki varlığa verilen isimdir. Kişinin kendisi tarafından imzalanan ve aleyhine delil teşkil edebilecek nitelikte içeriğe ait her türlü belge de senet olarak adlandırılmaktadır. Senetler, taraflar arasında yapılan adi senet ve bir resmi merci katılımıyla yapılan resmi senet olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Burada dikkat edilmesi gereken husus, senedin de bir belge olduğudur. Ancak senedin ispat gücü, kanun koyucu tarafından "kesin" olarak kabul edilmiştir. "Her senet bir belgedir, ancak her belge bir senet değildir." Senet her ne kadar bir belge olsa da, "senetle ispat zorunluluğu"nun olduğu yerlerde, belge ile ispat mümkün değildir.

Bir belgenin kamu görevlisi tarafından görevi ile ilgili olarak düzenlenmesi ve varsa şekil kurallarına uyulması belgeye resmi belge, özel hukuk kişileri arasındaki hukuki bir işlemi yansıtması da özel belge niteliği kazandırmaktadır. Sağlık hakkının kamusal yanı, Anayasal bir hakkın devlet veya özel sektör eliyle gördürüldüğü gerçeği dikkate alındığında, hekim veya hastane işletmecisi tarafından doldurulan hasta dosyası ve ilgili evrakların resmi belge niteliğinde olduğu kolaylıkla söylenebilecektir. Belgelerin özel sektörde, özel bir ilişki içerisinde doldurulmuş olması halinde dahi –nadir durumlarda mümkün olabilmekle birlikte– belgenin resmi belge olmadığı, özel belge olduğu savı destek göremeyecektir.

HUKUKUN KAYNAKLARI – NORMLAR HİYERARŞİSİ

Hukukun kaynaklarına bakıldığında, TBMM, bakanlıklar ve kamu tüzel kişilikleri, hukuk normlarını yaratan kaynaklar olarak karşımıza çıkmaktadır. Hukukun yürütücü kaynakları ifadesi de yasa, kanun hükmünde kararname, yönetmelik, tüzük vb. düzenleyici işlemleri ifade etmektedir.

Normlar hiyerarşisi, hukuk kuralları arasındaki astlık-üstlük ilişkisini ifade etmektedir. Anayasa maddeleri yasaların üzerinde, yasalar da tüzüklerin üzerindedir. Daha alt sıralarda, yönetmelik, tebliğ, yönerge, genelge gibi düzenleyici işlemler bulunur. Bir başka yönden bakıldığında ise normlar hiyerarşisi şu anlama gelmektedir; yönetmelik tüzüğe, tüzük yasaya, yasa da anayasaya aykırı olamaz. Yasanın anayasaya aykırı olması, yahut yönetmeliğin yasaya aykırı olması gibi durumlarda kendiliğinden geçersizlik söz konusu olmaz. Aykırı norm, iptal edilene kadar geçerlidir.

Türkiye'nin taraf olduğu uluslararası sözleşmeler, normlar hiyerarşisinin neresinde sorusunun cevabı da şudur: Uluslararası sözleşmeler TBMM'de onaylanan kabul yasası ile kabul edilerek iç hukukumuzun bir normu haline getirilmekte, yani yasa (kanun) hükmünde olmaktadır.

ÖZEL HUKUK – KAMU HUKUKU

Hukuk düzenini Kamu Hukuku ve Özel Hukuk olmak üzere ikiye ayırmak mümkündür. Kamu Hukuku, devlet yapısı ve devlet-birey ilişkileri ile ilgili kurallar bütünüdür. Özel Hukuk ise kişiler arası ilişkileri düzenleyen hukuk kurallarıdır. Bu ayırım bazı alanlarda çok net olmamakla birlikte, hem kamu hukukunu hem de özel hukuku ilgilendiren normlar içeren alt disiplinler de vardır.

Kamu Hukuku denilince ilk akla gelen disiplinler; Anayasa Hukuku, İdare Hukuku, Vergi Hukuku, Uluslararası Kamu Hukuku ve Ceza Hukukudur. Ceza Hukuku da kendi içerisinde Ceza, Ceza Usul ve İnfaz gibi alt disiplinlere ayrılmaktadır.

Özel Hukuk; Medeni Hukuk, Kişiler Hukuku, Borçlar Hukuku, Eşya Hukuku, Miras Hukuku, Aile Hukuku ve Medeni Usul Hukuku gibi birçok alt dala ayrılmaktadır. Özel Hukukun, Ticaret Hukuku ve Milletlerarası Özel Hukuk gibi farklı alanları da mevcuttur.

İş Hukuku, Aile Hukukunun bazı konuları, Fikir ve Sanat Hukuku, Çevre Hukuku, Hava Hukuku ve Toprak Hukuku gibi içerik itibariyle hem kamusal hem özel hukuk normlarına haiz hukuk alt disiplinleri de mevcuttur.

YARGILAMA – YARGI DÜZENİ

Türkiye, yargı kolları ayrılığını benimsemiş ülkelerdendir. Her mahkeme kendi üst mahkemeleri ile birlikte bir yargı düzeni oluşturur. Anayasa Mahkemesi tüm mahkemelerin üzerindedir ve doğrudan görevli olduğu konular olduğu gibi, üst mahkeme sıfatıyla baktığı davalar da vardır. Adli Mahkemeler, Bölge Adliye Mahkemeleri ve üzerinde Yargıtay, İdari Mahkemeler, Bölge İdare Mahkemeleri ve üzerindeki Danıştay, hepsi birlikte bir yargı düzenini oluşturmaktadır.

Yargı Kolları

Adli yargı öncelikle ceza ve hukuk olmak üzere iki kola ayrılır.

İlk derece mahkemeleri olarak adlandırılan Asliye Hukuk, Sulh Hukuk, Ticaret Mahkemesi, Tüketici Mahkemesi ve İş Mahkemesi gibi mahkemelerin üzerinde Bölge Adliye Mahkemeleri, Bölge Adliye Mahkemelerinin de üzerinde Yargıtay görev yapmaktadır.

Ceza Mahkemelerinin ilk derece mahkemeleri Sulh Ceza, Asliye Ceza, Çocuk Ceza ve Ağır Ceza Mahkemeleri olup üzerinde Bölge Adliye Mahkemesi, Bölge Adliye Mahkemesi üzerinde de Yargıtay görev yapmaktadır.

Cumhuriyet Savcılıkları mahkeme olmayıp, ceza davasının açılabilmesinin ön şartı olan soruşturma evresini tamamlamak, gereğinde iddianame hazırlayarak mahkemeye sevk etmek, gereğinde kovuşturmaya yer olmadığı kararıyla soruşturmayı sonlandırmak üzere görevlendirilmiş yargılama süjeleridir.

İdari yargıda, İdare ve Vergi Mahkemeleri üzerinde Bölge İdare Mahkemesi, Bölge İdare Mahkemesi üzerinde de Danıştay görev yapmaktadır.

GÖREV VE YETKİ

Görev ve yetki kavramları uyuşmazlıkların çözümü ile ilgili usulî işlemlerle ilgili olup, uyuşmazlığa hangi mahkemenin bakacağı "görev", neredeki mahkemenin bakacağı konusu "yetki" sözüyle ifade edilmektedir.

Hasta-hekim veya hasta-hastane arasındaki tedavi sözleşmesine yönelik tıbbi uygulamalara ilişkin uyuşmazlıklarda görevli mahkeme "tüketici mahkemeleri"dir.

Yetki kuralları da uyuşmazlığın dayanağı işlemin hukuka uygun veya hukuka aykırı olmasına göre değişmekte olup, örneğin, hasta-hastane arasındaki tedavi sözleşmesine aykırılıktan doğan hukuk davası için yetkili mahkeme hastanenin yerleşim yerindeki mahkemedir. Özel bir yetki kuralı ya da yetki anlaşması yoksa, genel yetkili mahkeme "davalının yerleşim yeri" mahkemesidir.

ZAMAN AŞIMI – HAK DÜŞÜRÜCÜ SÜRE

Maddi veya manevi tazminat davalarında zaman aşımı için öngörülen süreler Türk Borçlar Kanunu (TBK) 72. ve 146. maddelerde karşılık bulmaktadır. Buna göre; haksız fiil ilişkisinde fiilin ve failin (zararın ve tazmin yükümlüsünün) öğrenildiği tarihten itibaren iki yıl ve her halde 10 yıl, sözleşmeye aykırılık halinde ise 10 yıldır.

Hasta-hekim ilişkisindeki vekâlet sözleşmesine aykırılık halinde bu süre beş yıl olarak belirlenmiş ve bu ilişkideki fiilin aynı zamanda Türk Ceza Kanununda (TCK) tanımlı bir suç olması durumunda zaman aşımının ceza davası zaman aşımına tabi olacağı hüküm altına alınmıştır.

Kişinin belirli bir zaman içerisinde yapması gereken bir davranışı belirlenen zaman içerisinde yapmaması nedeniyle hak kaybına yol açan süreye "hak düşürücü süre", bir hakkı edinmek için yapması gereken davranışı yapmaması halinde o hakkı edinememesi sonucuna yol açan süreye de "zaman aşımı" denir. "Zaman aşımı" ile "hak düşürücü süre" arasında çok önemli farklar vardır.

1) Zaman aşımı bir "defi hakkı" vermesine karşılık, hak düşürücü süreler "itiraz" niteliğindedir. Defi, borçluya tanınmış bir hak olduğu için, her hak gibi, defi hakkının kullanılmasından vazgeçilebilir. Buna karşılık "itiraz" bir hakkın doğumuna engel olan veya doğmuş bir hakkı ortadan kaldıran bir sonuç yarattığı için, borçlu bundan vazgeçemez.

2) Ayrıca zaman aşımı defi, borçlu tarafından ileri sürülmedikçe, hâkim tarafından kendiliğinden göz önüne alınamaz ve bir sonuç yaratmaz iken (TBK madde 161), itiraz ve hak düşürücü süre, hâkim tarafından doğrudan ve kendiliğinden göz önüne alınmak zorundadır.

3) Hak düşürücü sürelerde, zaman aşımındaki gibi, sürelerin durması ya da kesilmesi söz konusu değildir.

Haksız fiillere uygulanan TBK madde 72'deki iki ve on yıllık sürelerden üst sınır olan "on yıllık" süre, hak düşürücü süre değil, zaman aşımı süresidir. Bu nedenle davalı zaman aşımı savunması yapmadıkça, yargıç bunu kendiliğinden dikkate alamayıp (TBK madde 161) davayı sürdürmek ve sonuçlandırmak zorundadır.

TBK madde 146'nın hükmüne göre genel zaman aşımı süresi 10 yıldır. TBK madde 147'nin hükmü ise genel zaman aşımı süresinin istisnalarını düzenlemiştir. Buna göre; kira bedelleri, anapara faizi, ücret gibi dönemsel edimler ve vekâlet sözleşmesinden doğan alacaklar için zaman aşımı süresi beş yıldır. Tabipler, diş hekimleri, ebelerin ücret alacakları için iki yıl, simsarlık için beş yıl, ticari simsarlık için 10 yıl, eser sözleşmesinde beş yıl, ağır kusur varsa 10 yıl, taşınmaz eser sözleşmesinde ağır kusur varlığında 20 yıldır.

Hekim, diş hekimi ve ebelik faaliyetlerinden dolayı sağlık mesleği mensubunun karşısındaki hastadan alacağı ücret iki yıllık hak düşürücü süreye tabidir. Yani hekim, hastadan isteyeceği ücreti iki yıl içerisinde mahkeme önünde talep etmez ise, ücret isteme hakkı düşecektir.

YAPTIRIM TÜRLERİ

Hakkın tesliminin sağlanmasını "yaptırım" olarak nitelendirebiliriz. Ceza (disiplin, idari, mali, hapis, adli para cezası), tazminat (maddi, manevi), zorla yaptırma (cebri icra), yok sayma, geçersiz sayma ve iptal, bu yaptırımların başlıcalarıdır.

Önemi itibariyle maddi ve manevi tazminata hemen bu aşamada kısaca değinmek gerekmektedir.

Bir kişinin (fail), kusurlu ve hukuka aykırı bir eylemi ile bir zarar meydana gelirse ve bu eylem ile zarar arasında da doğrudan bir bağ varsa (illiyet bağı); yani, oluşan zarar kusurlu ve hukuka aykırı eylemin bir sonucu ise bu durumda oluşan zararın tazmini gündeme gelecektir. Bu zararın para ile ölçülebilen kısmına maddi zarar, para ile ölçülemeyen kısmına, kişinin psikolojik bütünlüğü üzerindeki kısmına da manevi zarar adı verilmektedir.

Zarar doğrudan olabileceği gibi, dolaylı da olabilmektedir.

Bazı davranışlar salt bir davranış olarak değerlendirildiğinde hukuk kurallarına aykırılık arz etmekte olup, olası başka durumların varlığında hukuka uygun hale gelebilmektedir. Bu tür olası durumlara, "hukuka aykırılığı ortadan kaldıran haller" denmektedir. Söz gelimi, bir insanın başka bir insanı neşter ile kesmesi hukuka aykırı olup, bu eylemin bir ameliyat amacıyla yetkili kişi tarafından ve ilgilinin de rızası ile yapılması durumlarında hukuka aykırı olmayan davranıştan söz edilir. Örnekleri çoğaltmak mümkündür. Hukuka aykırılığı ortadan kaldıran hallerin başlıca örnekleri; meşru müdafaa, kanunun emrinin yerine getirilmesi, amirin emrinin yerine getirilmesi, hakkın kullanılması ve ilgilinin rızası, hekimlik mesleğinin icrası, sportif faaliyetler sırasındaki yaralamalardır.

SUÇ-KUSUR AYRIMI

Kamu hukukunun bir alt disiplini olan ceza hukukuna göre, TCK'de açıkça, birebir tanımlanmış ve karşılığında ceza verilmesi hükme alınmış fiiller "suç" olarak tanımlanır. Suçun cezası hapis veya adli para cezasıdır. Bu yaptırım, devletin hukuk düzeni kurallarını çiğnemenin karşılığı olan yaptırımdır. Söz konusu cezai yaptırım, zarar gören kişinin zararının tazminine yönelik değildir. Kanunda yazan cezanın suçu işleyene verilebilmesi için, kişinin ceza ehliyetinin de olması, kanunda

tanımlanmış olan cezayı ortadan kaldıran durumlardan birine haiz olmaması gerekir.

Zarar görenin zararının tazmini konusu özel hukukun bir konusu olup, ancak zarar verenin kusuru durumunda (bazı özel durumlarda da kusursuz dahi olsa) gündeme gelir. Zarar verenin özen eksikliğini ve zarar görene karşı yükümlü veya borçlu olduğu bir davranışı gereği gibi veya hiç yapmamasını kusur olarak tanımlayabiliriz. Standart, ortalama bir hekimin yapması gereken bir davranışı yapmamak (ihmal etmek) ağır kusur, ancak standarttan daha fazla özenli bir hekimin yapabileceği bir davranışı yapmamak hafif kusur olarak adlandırılmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde devletin bireye karşı sorumluluğunun doğması için ağır kusur şartını arayan Yargıtay ve Danıştay görüşleri son zamanlarda genişlemiştir. Bu kararlara göre devlet, bireylere karşı hafif kusurun varlığı halinde de sorumlu olacaktır. Buna mukabil, tüm kişilerde olduğu gibi hekimlerin de sorumluluğu için hafif kusur yeterli görülmektedir. TBK'nin vekâlet sözleşmesi hükümleri bu sorumluluğun dayanağı olup, aynı hükümler Yargıtay kararlarının dayanağı olarak da karşımıza çıkmaktadır.

Özetle; suç kavramı ceza hukukunun, kusur kavramı ise hem ceza hem de özel hukukun bir konusu olarak karşımıza çıkmaktadır.

YÜKÜMLÜLÜK – SORUMLULUK

Yükümlülük, kişinin bir fiili, işi veya görevi yapıp yapmama konusunda aktif veya pasif şekilde yüklenmesi olarak adlandırılmaktadır. Yükümlülükler ahlâki, siyasi, idari, ceza hukuku ve bazen de özel hukuk kaynaklı olabilmektedir. Yükümlülük ile sorumluluk birbirinden farklı kavramlar olup, sorumluluk, kişinin, davranışının hukuki sonucuna katlanması anlamına gelmektedir. Davranış bir suç ise cezai sorumluluktan, hukuka aykırı davranış özel hukuk alanında ise hukuki sorumluluktan bahsedilir. Davranış idarenin normlarına aykırılık teşkil ediyor ise idari sorumluluk veya disiplin sorumluluğundan bahsetmek gerekir.

Altını özellikle çizmek gerekir ki, bazı istisnalar dışında, suç işleyen her kişi ceza hukuku anlamında sorumludur. Hekim de her kişiden biri olduğuna göre, suç işlerse cezai sorumluluk gündeme gelir. Hekimlerin yaygın olarak düşündükleri gibi, sağlık mesleği mensubunun suçu bildirmeme suçu, organ ticareti suçu ve kürtaj suçu gibi birkaç özel madde dışında hekimler yönünden ağırlaştırılmış bir ceza kanunu söz konusu değildir. Aksine, hekim olmayan bir kişinin suç olabilecek bir davranışını hekim yaptığında suç vasfı ortadan kalkabilmektedir. Hatta memur olan hekimler için öncelikle bir ön inceleme soruşturması ve valilik tarafından izin, 2547 sayılı Kanuna tabi veya vakıf üniversite personeli hekim için de öncelikle bir disiplin soruşturması ve sonrasında valilik tarafından izin verilmesi durumunda savcılık soruşturması yapılabileceği hükme alınıp, bir nev'i hekimlere ek bir koruma dahi sağlanmış durumdadır.

Ceza sorumluluğundan bahsederken suçun manevi unsurundan da bahsetmek gerekir. Suç olan fiilin işlenmesi ile ortaya çıkacak sonuç kişi (fail) tarafından biliniyor ve isteniyorsa kast, ortaya çıkabilecek sonuç kişinin (failin) de istemediği bir sonuç ise taksirden bahsedilir. Kişinin cezalandırılabilmesi için en azından taksir gereklidir. Ötenazi isteyen birine yardım ederek ilaç vermek kasta, dikkatsizlik veya tedbirsizlikle bir hastanın ölümüne yol açmak taksire örnektir.

Özel hukuk anlamındaki hukuki sorumluluk ise ortaya çıkan zararın tazminine yönelik olup kusur sorumluluğu ve kusursuz sorumluluk olarak ikiye ayrılmaktadır. Esas olan kusur sorumluluğu olup, kişinin hukuka aykırı ve kusurlu davranışının zarara neden olması durumunda gündeme gelir. Kusursuz sorumluluk istisna olup, ancak kanunda yazılı hallerde ve şartlarda uygulanabilmektedir. Kusursuz sorumluluk özen sorumluluğu, tehlike sorumluluğu ve hakkaniyet sorumluluğu başlıkları altında incelenir. Kusursuz sorumluluk hallerinde, kusur olmasa dahi zararın tazmini gerekmektedir. Devletin taraf olduğu sağlık hizmet ve uygulamaları sırasında zarar görenin zararını devlet ancak kusur varlığında karşılamakta ve uygulamada pek görülmese de, Anayasa 40. madde ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu 13. maddesi uyarınca kusuru olan memura rücu edebilmektedir.

Zarardan Birden Fazla Kişinin Sorumluluğu

Birden fazla kişi birlikte bir zarara sebebiyet verdikleri veya aynı zarardan çeşitli nedenlerden dolayı sorumlu oldukları takdirde, haklarında müteselsil (zincirleme) sorumluluğa ilişkin hükümler uygulanır (TBK, madde 61).

Buna göre;

- Sorumlulardan biri için zaman aşımı kesilince diğerleri için de kesilmiştir.
- Alacaklının zararını tazmin eden sorumlu, diğer sorumlulara rücu hakkına sahip olur (alacaklıya halef olur).
- Her bir sorumlu için olası indirim nedenleri de bireysel olarak ileri sürülemeyecektir.

Sorumsuzluk Anlaşması

TBK madde115,

"Borçlunun ağır kusurundan sorumlu olmayacağına ilişkin önceden yapılan anlaşma kesin olarak hükümsüzdür."

"Borçlunun alacaklı ile hizmet sözleşmesinden kaynaklanan herhangi bir borç sebebiyle sorumlu olmayacağına ilişkin olarak önceden yaptığı her türlü anlaşma kesin olarak hükümsüzdür."

"Uzmanlığı gerektiren bir hizmet, meslek veya sanat, ancak kanun ya da yetkili makamlar tarafından verilen izinle yürütülebiliyorsa, borçlunun hafif kusurundan sorumlu olmayacağına ilişkin önceden yapılan anlaşma kesin olarak hükümsüzdür."

demektedir.

ZARAR

Zarar, bir kimsenin malvarlığında rızası dışında meydana gelen azalmadır. Bir şahsın kişiliğine yapılan tecavüzden duyduğu elem ve keder manevi zarar kavramı ile ifade edilir. Manevi zararı karşılayan kavram da manevi tazminattır. Kişiliğe tecavüz, hem manevi hem de maddi zararlara yol açabilir. Kanunun ifadesiyle "bedensel zarara uğrayan" kimse için hem maddi zarar (TBK madde 54) hem de manevi zarar (TBK madde 56) söz konusu olabilir. Onur ve saygınlığa yönelik tecavüzlerde sadece manevi zarardan bahsetmek mümkündür.

Bedensel Zararların Kapsamı

Sorumluluk ile birlikte zararın tazmini gündeme geldiğine göre, hangi zararların tazmin edileceği sorusunu da cevaplamak gerekmektedir. Sağlık mesleği içerisinde önemli bir yer tutan "bedensel zararlar"dan örnek vermek gerekirse, manevi ve maddi zarar başlıkları karşımıza çıkmaktadır. Psikolojik bütünlük insan bedeninin bir parçası olduğuna göre, manevi zararlar da bedensel zararların bir bölümüdür. Daha somut olan bölüm ise maddi zararlardır ki onlar da;

- Tedavi giderleri,
- Tedavi süresince kazanç kaybı,
- Ekonomik geleceğin sarsılmasından doğan kayıplar,
- Çalışma gücü kaybı,
- Ölüm halinde ise,
  - Cenaze giderleri,
  - Destekten yoksun kalanların uğradıkları zararlar (yansıma zararlar)
  - Varsa, ölüme kadar (tedavi süresince) uğranılan bedensel zararlardan oluşmaktadır.

KİŞİ KAVRAMI

Borç altına girebilen ve haklara sahip olan varlıklara "kişi" denir. Kişiler gerçek kişi ve tüzel kişi olmak üzere ikiye ayrılırlar. Gerçek kişi insandır. Tüzel kişi ise vakıf, dernek, şirket, devlet gibi kendilerine kişilik tanınmış, belirli hukuki nitelik ve şartlara haiz, belirli bir amaca yönelmiş mal veya insan topluluklarıdır.

Kişiler Hukukunun Temel İlkeleri ve Sınırlamaları

Kişilik hakkı, kişiliği oluşturan değerlerin tümü üzerindeki haktır. Kişiliği oluşturan değerler tek tek sayılmamış, TMK madde 24'de "kişilik hakkı" şeklinde ifade edilmiştir. Hayat ve sağlık, vücut bütünlüğü (psikolojik bütünlük; tıbbi müdahaleye, organ nakline, üreme sağlığı ile ilgili müdahalelere izin verip vermeme hakkı; cinsel yönelim tercihi), hayat alanı (gizli, özel, kamuya açık), şeref ve haysiyet, resim ve ses, ad, meslek, sanat ve ticaret hayatı, karar verme özgürlüğü, ekonomik özgürlükler, bilgi edinme hakkı gibi diğer haklar kişilik hakkının başlıcalarıdır.

Kişilik hakkı ölümle son bulduğuna göre; ceset üzerinde kişinin hakkının devam edip etmediği, bu hakkın mirasçılara geçip geçemeyeceği konusu tartışmalı olup, ceset üzerindeki hakların ölenin mirasçılarına intikal ettiği varsayımından hareket etmek bugün için düşünülebilecektir.

Kişiler hukukunun temel ilkeleri eşitlik, özgürlük ve kişiliğe saygı ve kişiliğin korunmasıdır. Eşitlik, hak ehliyetinde eşitlik; özgürlük ise kişinin kamu hukukunun ve özel hukukun sınırlamaları içerisindeki tasarruf yetkisini ifade etmektedir. TMK madde 24 kişiliğe dışarıdan yapılacak saldırılara karşı bir koruma sağlamakta, madde 23 ise kişiliği kişinin kendisine karşı korumaktadır.

TMK madde 23,

"Kimse, hak ve fiil ehliyetlerinden kısmen de olsa vazgeçemez. Kimse özgürlüklerinden vazgeçemez veya onları hukuka ya da ahlâka aykırı olarak sınırlayamaz."

"Yazılı rıza üzerine insan kökenli biyolojik maddelerin alınması, aşılanması ve nakli mümkündür. Ancak, biyolojik madde verme borcu altına girmiş olandan edimini yerine getirmesi istenemez; maddî ve manevî tazminat isteminde bulunulamaz",

TMK madde 24 ise

"Hukuka aykırı olarak kişilik hakkına saldırılan kimse, hâkimden, saldırıda bulunanlara karşı korunmasını isteyebilir."

"Kişilik hakkı zedelenen kimsenin rızası, daha üstün nitelikte özel veya kamusal yarar ya da kanunun verdiği yetkinin kullanılması nedenlerinden biriyle haklı kılınmadıkça, kişilik haklarına yapılan her saldırı hukuka aykırıdır."

demektedir.

Kişiliğin dava yoluyla korunması TMK madde 25'te ifade edilmiş olup, bu davalar, koruyucu davalar ve tazminat davaları olarak sınıflandırılabilir. Saldırı tehlikesinin önlenmesi davası, saldırıya son verilmesi davası ve hukuka aykırılığın tespiti davası koruyucu davalardır. Tazminat davaları da maddi tazminat, kazancın geri verilmesi ve manevi tazminat olarak sınıflandırılabilir. Manevi tazminat için özel hüküm olmayan yerlerde TBK madde 58 hükmü uygulanır. Bu maddeye göre,

"Kişilik hakkının zedelenmesinden zarar gören, uğradığı zarara karşılık manevi tazminat adı altında bir miktar para ödenmesini isteyebilir. Hâkim, bu tazminatın ödenmesi yerine, diğer bir giderim biçimi kararlaştırılabilir veya bu tazminata ekleyebilir; özellikle saldırıyı kınayan bir karar verebilir ve bu kararın yayımlanmasına hükmedebilir."

Başkasının kişilik haklarına saldırarak bir kazanç elde eden kişi, bu kazancı saldırıya uğrayan kişiye iade etmekle yükümlüdür. Bu yükümlülüğün ifası, kazancın geri verilmesi davası ile istenebilmektedir. Bu davanın dayanağı TBK madde 530'da anılan vekâletsiz iş görme hükümleridir. Dolayısıyla, saldırının failinin kusuru aranmaz. İade miktarı TBK madde 50 ile, zaman aşımı süresi de TBK madde 72 ile belirlenmektedir.

Kişiliğin Başlangıcı - Sona Ermesi

Kişilik, çocuğun sağ ve tam doğmasıyla başlar ve ölüm ve gaiplik (kişinin ölüm tehlikesi içinde kaybolması veya kendisinden uzun süre haber alınmaması sonucu yargıç kararı ile varlığına son verilmesi) kararıyla son bulur; tüzel kişiler için de, tüzel kişiliğin niteliğine göre gerekli hukuki şartların yerine getirilmesiyle başlar ve tüzel kişiliğin sonlanması halleriyle son bulur.

Ceninin durumu özel hukuk ve ceza hukukunda farklıdır. Cenin, sağ doğmak koşuluyla ana rahmine düştüğü andan itibaren hak ehliyeti kazanır. Hatta miras hukukunda bazı hallerde henüz cenin olmamış, olası bir çocuğa dahi hak ehliyeti tanınmıştır. Ceza hukukunda ise çocuk düşürtme fiili yani ceninin yaşam hakkına karşı kastedilen fiil suç olarak tanımlanmıştır.

Hak Sahipliği - Hak Ehliyeti

Hak ehliyeti, kişinin hak sahibi olabilme ve borç altına girebilme ehliyetidir. Bazı haklar yaş sınırı ile, bazıları da cinsiyet, akıl hastalığı, ayırt etme gücü yoksunluğu, şeref ve haysiyet, soy bağı veya yabancılık ile sınırlandırılmıştır. Örneğin, vasi olabilmek, eşitlik ilkesi gereği her insanın hakkıdır. Ancak, haysiyetsiz hayat sürenlerin vasi olamayacağı kanun maddesi ile ifade edilmiştir (TMK madde 418)

İNSAN HAKLARI

İnsanların, sadece insan olmaları nedeniyle hiçbir ayırım gözetmeksizin doğuştan sahip oldukları haklar ve özgürlüklerdir. Yaşama hakkı, konut dokunulmazlığı, özel hayatın gizliliği gibi haklar temel haklara, din ve vicdan özgürlüğü, ifade özgürlüğü gibi özgürlükler ise temel özgürlüklere örnektir. Sağlık hakkı da insan haklarından köken almakta, önemi nedeniyle özel bir vurguya gerek olduğu için ayrı bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır.

HAKLARI KULLANMA YETENEĞİ – FİİL EHLİYETİ

Kişinin, kendi fiilleriyle hak edinebilmesi, borç altına girebilmesi, haklar ve borçlar üzerinde tasarrufta bulunabilmesi "fiil ehliyeti" olarak tanımlanmaktadır.

Hak ehliyeti doğuştan, insan olmakla kazanılır; ancak, fiil ehliyeti için kanunun aradığı, ergin olma, ayırt etme gücüne haiz olma ve mahkeme kararı ile kısıtlanmış olmamak şartlarını karşılıyor olma koşulları vardır.

Ergin Olmak

Başka ülkeler için farklılıklar da mevcut olup Türkiye için 18 yaşın doldurulması, evlenme veya mahkeme kararı ile ergin olunabilmektedir.

Evlenmek için yaş şartı on yedidir. Ancak, pek önemli neden varlığında ve hâkim kararı ile on altı yaşındaki bir kişi de evlenebilir. TMK madde 11, "evlenme kişiyi ergin kılar" dediğine göre evli kişi ergindir. Bir kez evlenmiş kişi, evlilik devam etmese dahi ergindir.

Kişi 15 yaşını doldurmuş ve kendi talebi de varsa, velayet altında ise ana-baba izni ve mahkemenin de geçerli göreceği önemli bir neden varsa mahkeme kararı ile ergin kılınabilir (kazai rüşt) (TMK madde 12).

On sekiz yaşını doldurmamış kişi TCK'ya göre "çocuk"tur. Ancak, mahkeme kararı veya evlenme yoluyla pekâlâ ergin de olabilir. Yani ergin olmak ile çocuk olmak kavramları birbirinin karşılığı olmamakta, farklı kavramlar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ayırt Etme Gücü

Bir kimsenin, yaptığı davranışların neden ve sonuçlarını kavrayabilme yeteneğine ayırt etme gücü denilmektedir. Ayırt etme gücü tayininde yaş bir kıstas değildir. Kişinin davranışı, bu davranışa iten saikler ve somut olaya göre değerlendirilmelidir.

4721 sayılı TMK madde 13 hükmüne göre, yaş küçüklüğü, akıl hastalığı, akıl zayıflığı, sarhoşluk ya da bunlara benzer nedenler akla uygun davranma yeteneğinden yoksunluk nedeni olarak kabul edilmektedir.

Kısıtlılık

Kişinin fiil ehliyetinin mahkeme kararı ile kaldırılması veya sınırlandırılmasıdır. Mahkeme, ancak kanunda yazılı nedenlere istinaden kısıtlılık kararı verebilmektedir. Akıl hastalığı, akıl zayıflığı, alkol ve uyuşturucu bağımlılığı, kötü yaşam, kötü yönetim, savurganlık, özgürlüğü bağlayıcı ceza (hapis) ve yaşlılık, sakatlık, deneyimsizlik, ağır hastalık gibi nedenlerle kişinin kendi talebi olması, kısıtlılık kararı için gerekçe olabilecek nedenlerdir (TMK madde 405 ve devamı maddeler).

Fiil Ehliyeti Yönünden Kişilerin Ayırımı

Kişi, kanunun aradığı ergin olmak, ayırt etme gücüne haiz olmak ve kısıtlı olmamak gibi şartları taşıyorsa ***tam ehliyetli***dir (TMK madde 10).

Bir kişi hakkında kısıtlılık kararı verilmesini gerektirecek neden yok fakat mahkeme tarafından bazı işlemler için yasal temsilci atanmış ise o kişi ***sınırlı ehliyetli***dir. Yasal danışman, kısıtlanması için yeterli neden bulunmamakla birlikte, korunması bakımından fiil ehliyetinin sınırlanması gerekli görülen ergin bir kişiye, bazı iş ve işlemlerde görüşü alınmak üzere, vesayet makamınca atanan kişidir (TMK madde 429 ve 431). TMK madde 429 uyarınca atanan yasal danışmanlar da, vasiler ve kayyımlar gibi vesayet organlarındandır.

Kişinin ayırt etme gücü yok ise ***tam ehliyetsiz***likten bahsedilir (TMK madde 14). Tam ehliyetsizin yaptığı işlemler hükümsüzdür. Kişinin yararına veya zararına olmasının önemi yoktur. Yine, tam ehliyetsizle yapılan işlemler, işlemin karşı tarafı açısından da hükümsüzdür. Hükümsüzlüğün ileri sürülmesi için davaya gerek yoktur. Tam ehliyetsizin işlemlerini sadece yasal temsilcisi yapabilir. Ancak, tam ehliyetsiz adına önemli bağışlamalarda bulunma, kefil olma ve vakıf kurma konusunda yasal temsilcinin de yetkisi yoktur. Yine, istisnaları olmakla birlikte, kişiye sıkı sıkıya bağlı haklar da yasal temsilci tarafından kullanılamaz.

Tam ehliyetsize zarar vermek maksadıyla yapılan tam ehliyetsiz lehine işlemler ehliyetli kişi ile yapılmış gibi sonuç doğurur. Tam ehliyetsiz kişi evlenmişse, hâkim kararı ile butlanına (geçersizliğine) karar verilene kadar geçerli bir evliliğin sonuçlarını doğurur. Tam ehliyetsizin yaptığı ölüme bağlı tasarruflar kendiliğinden iptal olmaz. Mahkeme önünde ileri sürülmesi gereklidir. Tam ehliyetsiz lehine yapılmış geçersizliği sonradan anlaşılmış olan bir hizmet sözleşmesi, hükümsüzlüğü tespit edilene dek geçerli bir hizmet sözleşmesinin hüküm ve sonuçlarını doğurur.

Tam ehliyetsiz kişi hukuka aykırı fiillerinden kural olarak sorumlu değildir. Ancak, kusursuz sorumluluk halleri ve hakkaniyet sorumluluğu gereği sorumluluk doğabilir (TMK m15). Ayırt etme gücünü örneğin bilerek ve isteyerek alkol almak gibi bir eylemle geçici olarak kendi kusuruyla kaybeden kimse sorumludur.

Kişinin ayırt etme gücü mevcut olup, kısıtlı olması, ergin olmaması veya kısıtlı olup ergin olmaması durumlarında ***sınırlı ehliyetsiz***lik söz konusudur. Sınırlı ehliyetsizler esasen ehliyetsizdirler. Ancak, karşılıksız kazanma, kişiye sıkı sıkıya bağlı hakları kullanmada ve haksız fiil sorumluluğunda ehliyetsizliği kaldırılmıştır, ehliyetlidirler. Başka her türlü tasarruf ve borçlandırıcı işlem için yasal temsilci izni/icazeti gereklidir. İzin/icazet olmaksızın yapılan işlem sınırlı ehliyetsizi bağlamaz, diğer taraf için bağlayıcıdır. Geri verme borcunda da sınırlı ehliyetsiz iyi niyetli ise sadece elinde kalanı iade etmekle, sınırlı ehliyetsiz ile işlem yapan taraf ise ediniminin tamamını iade etmekle yükümlüdür. Kural olarak, sınırlı ehliyetsiz ile işlem yapan tarafın iyi niyeti korunmaz. Ancak, kısıtlama kararının ilanından önce yapılan işlemler korunur. Sınırlı ehliyetsiz kişiler, TMK madde 462'deki işlemleri yasal temsilci izni ile, TMK madde 463'teki işlemleri ise ancak yasal temsilciye ilave olarak denetim makamının da izniyle yapabilirler. Önemli bağışlarda bulunmak, kefil olmak ve vakıf kurmak gibi işlemleri ise hiçbir şekilde yapamazlar.

Sınırlı ehliyetsizler kişiye sıkı sıkıya bağlı olan kişilik haklarını tek başına kullanabilir ve bu haklarla ilgili olarak tek başlarına dava açabilirler. Bunun istisnası ise evlenme ve evlatlık edinme işlemleridir. Ayırt etme gücü sınırlı ehliyetsizlerde tam olduğu için, haksız fiilden de, kusurdan da, kusursuz sorumluluk hallerinden de sorumludurlar (TMK madde 16).

Ehliyetsizlik konusunda hekimlerin en sık karşılaşacağı konu şüphesiz aydınlatılmış onam ve hastanın tıbbi müdahaleye rızası noktasında yoğunlaşmaktadır. Ergin olmayan (küçük veya çocuk), ayırt etme gücü olmayan veya kısıtlanmış kişilerin hangi konularda ehliyetli olduğu, tıbbi müdahaleye ne düzeyde rıza verebileceğinden kısaca bahsetmek gerekirse; küçük (çocuk) için tıbbi müdahaleye rıza yetkisi velayet, kısıtlı için vesayet makamındadır. Ancak, kişi ayırt etme yetisine haiz ise kişinin de rızasının alınması gerekmektedir. Ayırt etme gücüne haiz kişinin kendi lehine olabilecek, kişiye sıkı sıkıya bağlı haklarını kullanmasında kendi iradesinin geçerliliği konusunda duraksama yoktur. Küçüğün veya kısıtlının mutlak yararına olan bir tıbbi müdahalenin velayet sahibi tarafından reddedilmesi durumunda ise hekime düşen görev durumun mahkemeye bildirilmesi ve rıza halefine karşılık kişiyi koruma adına, tıbbi müdahale yetkisi içeren mahkeme kararı talep etmesidir.

HUKUKİ İŞLEM – HUKUKİ FİİL

Hukuki işlem, hukuk düzeninin öngördüğü sınırlar içinde hukuki sonuç doğurmaya yönelmiş irade beyanı veya beyanlarıdır. İrade açıklamasının yönelmiş olduğu hukuki sonuç bir hakkın veya hukuki ilişkinin kurulması, değiştirilmesi, devredilmesi veya ortadan kaldırılması şeklinde ortaya çıkabilir.

Gerekli irade beyanı sayısından açısından bakıldığında hukuki işlemleri tek taraflı, çift taraflı, kararlar ve müşterek hukuki işlemler olarak dörde ayırmak mümkündür. İrade beyanının karşı tarafa yöneltilmesi şart olabileceği gibi (sözleşme, yenilik doğuran hakkın kullanılması), karşı tarafa yöneltilmesi gerekmeyen hukuki işlemler de olabilir (örneğin; vasiyetname). Yine hukuki işlemler etki doğurduğu alan bakımından malvarlığını ilgilendiren veya kişiliği ilgilendiren olmak üzere; malvarlığını ilgilendirenler de, malvarlığını azaltan veya malvarlığını artıran işlemler olarak sınıflandırılabilir. Malvarlığını azaltan işlemler, borçlandırıcı işlem veya tasarruf işlemi olabilir.

Kişinin, malvarlığındaki bir hakkı değiştiren, devreden, sınırlayan külfet yükleyen veya sona erdiren işlemlere tasarruf işlemi denir.

Hüküm ifade edeceği an bakımından hukuki işlemler sağlar arası hukuk işlemler ve vasiyetname ve miras sözleşmesi gibi ölüme bağlı tasarruf işlemleri şeklinde düzenlenebilir.

Hukuki işlemler için temel kurucu unsur "irade beyanı"dır. Ancak, tek başına irade açıklaması yeterli olmaz. Aynı zamanda bu irade açıklamasının hukuki bir sonuca yönelik olması da gerekmektedir. Hukuki işlemin kural olarak irade beyanı ve hukuki sonuç şeklinde iki kurucu unsuru vardır. Bu iki unsur birlikte bulunmadığı sürece hukuki işlemden bahsedilemez. Kurucu unsurların eksiklik veya sakatlıklarında "hükümsüzlük" halleri gündeme gelir. Kurucu unsur eksikliğinin hükümsüzlük tipi "yokluk"tur.

Hukuki işlemin kurulmuş olması yeterli değildir; aynı zamanda geçerli bir şekilde hüküm ve sonuçlarını doğurması da beklenir. Hukuki işlemin geçerli olabilmesi için geçerlilik unsurlarında eksiklik olmaması gerekir. Hukuki işlemin geçerli olarak kurulmasını sağlayan unsurlara "geçerlilik unsurları" adı verilir. Hukuki işlemin öngörülen şekil şartlarına uygun yapılması geçerlilik unsurlarına örnek olarak verilebilir. Kurucu unsur tamam olup geçerlilik unsurlarının eksik olduğu durumlarda, hukuki işlem kurulmuştur ancak geçerli değildir. Sonradan geçerli hale gelmesi de imkânsızdır. Bu nedenle hukuki ilişki ölü doğmuş kabul edilir. Hukuk dilinde de buna "mutlak butlan" ile geçersiz işlem adı verilir. Geçerli olarak kurulan hukuki işlemin hüküm ve sonuç doğurabilmesi için geçerlilik unsurlarına ilaveten aranan bazı hususlar vardır ki bunlara da "etkinlik unsurları" adı verilir. Örneğin küçüğün tek başına yapmış olduğu işlemlere kanuni temsilcisinin icazet vermesi gibi. Hukuki işlem sakat doğmuşsa "iptal edilebilirlik" söz konusu olur. Hata, hile ve tehdit altında iken açıklanan irade beyanları "irade sakatlıkları" olarak adlandırılmaktadır.

Fiil ehliyeti, irade beyanının sağlıklı olması, muvazaalı olmaması ve işlemin konusunun kanunun emredici hükümlerine, kamu düzenine, genel ahlâka aykırı olmaması ve işlem konusunun imkânsız olmaması gibi şartlar her tür hukuki işlemde aranan geçerlilik şartlarıdır. Şekil şartına uyulmuş olması, tasarruf işlemlerinde kişinin tasarruf yetkisinin olması, nedene bağlı işlemlerde geçerli bir neden olması ve karşılıklı borç yükleyen işlemlerde gabin olmaması, uygunluğuna göre bazı hukuki işlemlerde aranması gereken geçerlilik şartlarıdır.

Bazı unsurlarda tamamlayıcı unsurlardır ki, geçerlilik şartının işlerliğini tamamlamaktadır. Fiil ehliyeti olmayan kişi için gerekli olan izin veya icazet, temsilci olabilmek için izin veya icazet, tasarruf yetkisini tamamlayan izin veya icazet, bir resmi makamın fiili, geciktirici şart veya geciktirici vade tamamlayıcı unsurlardır. Kurucu unsur tamam, geçerlilik unsuru tamam fakat tamamlayıcı unsurlar eksik ise bu defa hükümsüzlüğün türü "noksanlık"tır.

İstisnaları olmakla birlikte, yokluk ve mutlak butlan halleri kendiliğinden sonuç doğurur, hükümsüzlüğü ileri sürmek gerekli değildir. "İptal edilebilirlik" durumlarında (hata, hile, korkutma) işlemin iptalini istemek gerekir. Bu istek tek taraflı irade beyanının karşı tarafa ulaşması ile olur. Dava ile ileri sürülmesi gerekli değildir. Gabinde kısmi iptal edilebilirlik söz konusudur. Gabine maruz kalan kişi dilerse işlemin iptalini isteyebilecek, dilerse de tarafların borçları arasındaki orantısızlığın giderilmesini isteyebilecektir. Noksanlık hallerinde işlem askıda olup noksanlığın giderilmesi durumunda işlem geçerlilik kazanacaktır.

BORÇ KAVRAMI

Borç, bir işi yapma veya yapmama, bir davranışta bulunma veya bulunmama yükümlülüğünü ifade eden kelimedir. Yükümlü kişiye borçlu denir. Borçlunun yerine getirmesi gereken fiile edim denir. Eğer, kişiler arasında karşılıklı bir borç var ise bu durumda "borç ilişkisi"nden bahsedilir. Borç ilişkisinin kurulması bir hukuki işlemdir, başka bir ifadeyle, borç ilişkisinin doğması için hukuki bir neden olmalıdır. Borç ilişkisinde üç unsur vardır: borçlu, alacaklı, edim. Edimler karşılıklı olmakla birlikte, ilişki karakteristik edime göre isimlendirilmektedir. Örneğin, hasta-hekim

ilişkisinde bir taraf tedavi yapacak, diğer taraf ücret ödeyecektir. İlişki, tedavi ilişkisidir.

Borç ilişkisi doğuran nedenler, borcun kaynakları olarak adlandırılmaktadır. Sözleşme, haksız fiil ve nedensiz zenginleşme borç doğuran ilişkilerdir.

Borcun Kaynakları

Borç doğuran kaynaklar, haksız fiil, nedensiz zenginleşme ve sözleşmeye aykırılık olarak karşımıza çıkmaktadır.

Haksız Fiil

TBK madde 49'a göre yapılabilecek bir tanıma göre haksız fiil, hukuka aykırı ve kusurlu bir davranışla bir başkasının mal ya da şahıs varlığına zarar verilmesidir. Bazı durumlarda fiil –salt olarak değerlendirildiğinde– hukuka aykırı olup, bazı durumların varlığı nedeniyle hukuka uygun hale gelmektedir. Bu durumlara "hukuka aykırılığı ortadan kaldıran haller" denmektedir. Hukuka aykırılığı ortadan kaldıran haller sınırlı sayıda olmayıp, meşru müdafaa, kanunun emrinin yerine getirilmesi, amirin emrinin yerine getirilmesi, hakkın kullanılması ve ilgilinin rızası, hekimlik mesleğinin icrası, sportif faaliyetler sırasındaki yaralamalar ilk akla gelenlerdendir.

Örneğin, vücut bütünlüğüne yönelik tıbbi müdahale yetkisiz kişi tarafından yapıldığında hukuka aykırı bir fiil, haksız fiil olmakta; yetkili kişinin yapması durumunda ise hukuka aykırılığı ortadan kaldıran neden varlığı dolayısıyla hukuka uygun hale gelmektedir.

Haksız fiilden bahsedebilmek için, hukuka aykırı bir eylem, eylemin yol açtığı, neden olduğu bir zarar ve eylemi yapan failin kusuru gerekmektedir.

Hukukun genel ilkeleri uyarınca "zarar veren, zararı tazmin eder" şeklinde ifade edebileceğimiz bir sorumluluk doğmaktadır. Tazminat talebi dava yoluyla ileri sürülebilir. Zararın ve zarar sorumlusunun öğrenilmesinden itibaren iki yıl ve her halde olay tarihinden itibaren 10 yıl zaman aşımı söz konusudur. Fiil için, Ceza Muhakemesi Kanunu daha uzun bir zaman aşımı öngörüyorsa, hukuki sorumluluk için de ceza davasındaki zaman aşımı süresi uygulanır.

Sözleşme Kavramı

Hukuk düzeni tarafından korunan ve hukuki sonuç doğurmaya yönelik irade beyanına hukuki işlem denir. Sözleşme, karşılıklı örtüşen irade beyanları ile kurulan bir hukuki işlem türüdür.

TBK'da özel olarak düzenlenmiş sözleşmelere isimli sözleşmeler, özel olarak düzenlenmemiş sözleşmelere atipik sözleşmeler adı verilir.

Sözleşmede esas olan sözleşme özgürlüğüdür. Buna göre, kişiler diledikleri taraflarla, diledikleri konularda, diledikleri şekle bağlı olarak sözleşme yapabilirler. Ancak, kanundan doğan kısıtlamalar geçerlidir. Söz gelimi, kanunun şekil şartı koyduğu sözleşmeler ancak belirtilen şekilde yapılabilir aksi takdirde hükümsüzdür. Yine, sözleşmeler, kanunların emredici kurallarına, ahlâka ve adaba aykırı olarak düzenlenemez.

HUKUKİ TERİMLER SÖZLÜĞÜ

butlan: Geçersizlik, hükümsüzlük.

cebri icra: Kendi istekleriyle borçlarını ödemeyen borçluların, borçlarını devlet kuvveti ile ödemelerinin sağlanması; ilgili icra dairelerinin, (gereğinde) zor kullanarak, borçluyu borcunu ödemeye zorlamaları

def'i: Taraflardan birinin kendisine açılan davada, borçtan kurtulmak için başvurduğu her türlü yol.

eda: Verme, ödeme, yerine getirme

eda davası: Davalının bir iş yapmaya, bir ifada bulunmaya veya bir iş yapmamaya, bir ifada bulunmamaya mahkum edilmesinin istenildiği dava

edim: Aralarındaki borç ilişkisi dolayısıyla alacaklının isteyebileceği ve borçlunun yapmak zorunda olduğu davranış.

gabin: Bir sözleşmede taraflardan birinin özel durumundan; deneyimsizliğinden, düşüncesizliğinden veya zor durumda olmasından yararlanmanın bir sonucu olarak ortaya çıkan karşılıklı edimler arasındaki açık oransızlık hali. Karşı tarafın özel durumundan aşırı faydalanma.

gaiplik: Bir kimsenin ölüm tehlikesi içinde kaybolması veya kendisinden uzun süre haber alınmaması sonucu yargıç kararı ile kişiliğine son verilmesi.

hüsnüniyet: İyi niyet

karine: İpucu; belirti; bilinen bir olgudan bilinmeyen bir olgunun (sonucun) çıkarılması; aksi ispatlanana kadar kabul edilen.

müteselsil sorumluluk: Birden çok kimsenin, bir borcun veya zararın (tamamının) ödenmesinden, zincirleme olarak ve tek başına sorumlu olması.

ÖNERİLEN KAYNAKLAR

1. Akipek JG, Akıntürk T, Ateş Karaman D. Türk Medeni Hukuku Başlangıç Hükümleri Kişiler Hukuku, 13. Baskı. İstanbul: Beta Yayınları; 2017.
2. Eren F. Borçlar Hukuku Özel Hükümler, 5. Baskı. Ankara: Yetkin Yayıncılık; 2017.
3. Erlüle F. Bedensel Bütünlüğün İhlalinde Manevi Tazminat, 2. Baskı. Ankara: Seçkin Yayınevi; 2015.
4. Gökcen A, Yenidünya AC, Artuk ME. Ceza Hukuku –Genel Hükümler, 11. Baskı. Ankara: Adalet Yayınevi; 2017.
5. Artuk ME, Gökcen A, Çakır K, Alşahin ME. Ceza Hukuku Özel Hükümler, 16. Baskı. Ankara: Adalet Yayınevi; 2017.
6. Helvacı S. Gerçek Kişiler, 8. Baskı. İstanbul: Legal Hukuk Yayınları; 2017.
7. Gözler K, Kaplan G. İdare Hukukuna Giriş, 23. Baskı, Bursa: Ekin Yayınevi; 2017.
8. Nomer HN. Borçlar Hukuku Genel Hükümler, 15. Baskı, İstanbul: Beta Yayınevi; 2017.
9. Oğuzman MK, Öz TM. Borçlar Hukuku Genel Hükümler, Cilt I, 16. Baskı, İstanbul: Vedat Yayınevi; 2018.
10. Oğuzman MK, Öz TM. Borçlar Hukuku Genel Hükümler, Cilt II, 13. Baskı, İstanbul: Vedat Yayınevi; 2017.
11. Yücel Ö, Sert G. Sağlık ve Tıp Hukukunda Sorumluluk ve İnsan Hakları. Ankara: Seçkin Yayınevi; 2018.
12. https://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/kanunlar_sd.sorgu_baslangic Erişim tarihi: 09/11/2019
13. http://www.mevzuat.gov.tr/ Erişim tarihi: 09/11/2019
14. http://www.resmigazete.gov.tr/default.aspx Erişim tarihi: 09/11/2019

TOTBİD Dergisi
Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği

TOTBİD Dergisi 2020;19:15–18
https://doi.org/10.14292/totbid.dergisi.2020.03
DERLEME

Ortopedi ve Travmatolojide hastaya yaklaşım ve iletişim

Approach to the patient, and communication in Orthopedics and Traumatology

Nezih Varol

Halk Sağlığı ve Adli Tıp Uzmanı, TOTBİD Sağlık Hukuku Kurulu Üyesi

Sağlık hizmeti sunumu sırasında hastaya yaklaşım "Sağlık Hukuku" açısından ele alınırken "Hukuka Uygunluk" açısından farkı ortaya koyan ana temadır. Zira hasta yararına düşünme, hasta yerine düşünmek anlamına gelmediğinden tıbbi müdahalelerde hasta rızasının alınması, hastaya yaklaşım ve iletişim becerileri ile mümkün olabilmektedir. Hastanın hekime güveni, hasta memnuniyeti ile birlikte sinerji kazanır. Bu bağlamda hastaya verilen sağlık hizmeti bir ekip çalışması içinde olmalıdır. Yapılanların ispatı açısından kullanılan formlar, tıbbi belgeler ve buna yönelik oluşturulan prosedürler hekim ile hasta arasındaki hukuki niteliği belirler. Özellikle alanında branşlaşmış Ortopedi ve Travmatoloji uzmanının yapacağı tıbbi müdahale yanında var olan tıbbi durumu belgelemesi, "Adli Vaka" niteliği nedeni ile mağdur ve fail açısından hakların yarışmasına da katkı sağlayacaktır. Çok yönü olan hastaya yaklaşımı bu makalede Sağlık Hukuku boyutu ile ele alacağız.

Anahtar sözcükler: ortopedi ve travmatoloji; hastaya yaklaşım; hasta ile iletişim

Approach to the patient during the provision of health care is the main theme that makes the difference in terms of Compliance with the Law while being handled in terms of Health Law. Because thinking for the benefit of the patient does not mean thinking instead of the patient, obtaining patient consent in medical interventions is possible with approach and communication skills. The patient's trust in the physician gains synergy with patient satisfaction. In this context, the health care provided to the patient should be in a team work. Forms, medical documents and procedures used for the proof of the actions determine the legal quality between physician and patient. In addition to the medical intervention to be performed by the orthopedist specialized in the field of traumatology, documenting the existing medical condition will also contribute to the competition of rights for the victim and perpetrator because of its "Forensic Case" nature. In this article, the approach to the patient with multiple aspects will be discussed with the aspect of Health Law.

Key words: orthopedics and traumatology; patient approach; communication with the patient

HASTALIK DAVRANIŞI - HASTAYA YAKLAŞIM

Sağlığı bozulan kişi, o anda endişe duymakla birlikte kafasında da birçok soru oluşmaya başlar. Hastalık davranışı olarak tanımlanan bu durumu açıklamaya çalışılan modeller geliştirilmiştir.[1,2]

Bu sorular;

1. **Ne oldu?** *Belirti ve bulguları tanımlama çabasıdır.*
2. **Neden oldu?** *Etyolojiyi anlama çabasıdır.*
3. **Neden bana oldu?** *Kişinin rahatsızlığı ile davranışları, genetik yapısı, beslenmesi gibi çeşitli özellikleri arasında ilişki kurma çabasıdır.*
4. **Neden şimdi oldu?** *Rahatsızlığın zamanlamasını anlama çabasıdır.*
5. **Eğer hiçbir şey yapmaz isem bana neler olabilir?** *Olası tehlikeleri anlama çabasıdır.*
6. **Eğer hiçbir şey yapmaz isem çevremde ne gibi sonuçlar ortaya çıkabilir?** *Kişinin sorumluluklarının ve ilişkilerinin ne şekilde etkileneceğini anlama çabasıdır.*
7. **Ne yapmalıyım, ya da kimden nasıl yardım almalıyım?** *Yeni durum karşısında strateji belirleme çabasıdır.*

- İletişim adresi: Nezih Varol, Sahrayıcedid Mah. Şehit İlhanlar Sok. Dumlu Apt. 7/3, Kadıköy, İstanbul
  Tel: 0542 - 242 13 92 e-posta: nezihvarol@yahoo.com
- *Geliş tarihi: 25 Kasım 2019 Kabul tarihi: 13 Aralık 2019*

Yukarıdaki soruların cevaplarını hasta sormadan hekim yanıt verebiliyorsa bunu hastaya yaklaşım olarak değerlendirmeliyiz ancak pratikte bu kadar basit olmadığı görülmektedir. Zira özellikle travmaya maruz kalmış olan kişi, çocuk, genç, yaşlı, kadın, gebe, loğusa, erkek, işitme - konuşma - görme - zihinsel engelli, sarhoş, uyumsuz/saldırgan kişilikte, davranış bozukluğu olan, tutarsız/şaşkın hasta vb. olabilir.

Bu gibi durumlarda ilk temasta hasta yararını gözetebilmek, beceri ve yetenek istemektedir. Çünkü beşeri hukuk, olası durumlarda iyi niyetli yaklaşımı değil serbestlik ilkesi içinde dürüstlük kuralını gözetir.

4721 sayılı Türk Medeni Kanunu'nda (Resmi Gazete: 08.12.2001 Sayı: 24607) başlangıç hükümleri anlatılırken şöyle denmiştir.[3]

B. Hukukî ilişkilerin kapsamı

I. Dürüst davranma

Madde 2 - Herkes, haklarını kullanırken ve borçlarını yerine getirirken dürüstlük kurallarına uymak zorundadır. Bir hakkın açıkça kötüye kullanılmasını hukuk düzeni korumaz.

II. İyi niyet

Madde 3 - Kanunun iyi niyete hukukî bir sonuç bağladığı durumlarda, asıl olan iyi niyetin varlığıdır. Ancak, durumun gereklerine göre kendisinden beklenen özeni göstermeyen kimse iyi niyet iddiasında bulunamaz.

Ortopedi ve Travmatolojide hasta ile kurulan empatik yaklaşımı anlatan çeşitli yayınlar mevcuttur. Burada anlatılmak istenen konu Sağlık Hukuku boyutu ile hasta yararına verilecek kararın nasıl olacağıdır.

Hasta ile hekim arası ilişki güvene dayalı bir vekâlet sözleşmesi niteliği taşımaktadır ve bu güven karşılıklı iradenin ortaya konması ile sağlanır.

Hasta iradesinin ortaya konabilmesi için de onunla ve özellikle travma durumunda hasta yakınları ile iyi bir iletişim şarttır.

Hasta Hakları Yönetmeliği'ne (HHY) göre **sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kimse** olarak tanımlanan **HASTA** aslında bir kişidir.[4]

Hekimin yaptığı tıbbi müdahaleyi hukuka uygun bulma şartlarından, kişinin rızası işte bu noktada önem kazanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kimsenin bu sağlık hizmetine rıza verebilmesi için önce bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Dünya Tabipleri Birliği'nin uzun emeklerle ele aldığı ve sözleşmelere konu ettiği Hasta Hakları ülkemizde 1998 yılında yönetmelik olarak yayımlanmıştır. Buna göre bilgilendirmenin ve rızanın nasıl alınması gerektiğine yönelik şekil şartları oluşturulmuştur.

HHY Bilgi İsteme

Madde 7 - Hasta, sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda bilgi isteyebilir. Bu hak, hangi sağlık kuruluşundan hangi şartlara göre faydalanılabileceğini, sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilen her türlü hizmet ve imkânın neler olduğunu ve müracaat edilen kuruluşta verilen sağlık hizmetlerinden faydalanma usulünü öğrenme haklarını da kapsar.

Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastayı birinci fıkra uyarınca bilgilendirmek için yeterli teknik donanımı haiz birimi oluşturmak; bu birimde, hastaya kesin ve yeterli bilgi verebilecek nitelik ve ehliyete sahip personeli daimi olarak istihdam etmek ve hastanın ihtiyacı olan birimlere kolayca ulaşabilmesini temin etmek üzere, kuruluşun uygun yerlerinde bilgilendirici tabela, broşür ve işaretler bulundurmak gibi tedbirleri almak zorundadırlar.

HHY Sağlık Durumu İle İlgili Bilgi Alma Hakkı

Genel Olarak Bilgi İsteme

Madde 15- Hasta; sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usulleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir.

Sağlık durumu ile ilgili gereken bilgiyi, bizzat hasta veya hastanın küçük, temyiz kudretinden yoksun veya kısıtlı olması halinde velisi veya vasisi isteyebilir. Hasta, sağlık durumu hakkında bilgi almak üzere bir başkasına da yetki verebilir. Gerek görülen hallerde yetkinin belgelendirilmesi istenilebilir.

Hasta, tedavisi ile ilgilenen tabip dışında bir başka tabipten de sağlık durumu hakkında bilgi alabilir.

HHY Bilgi Vermenin Usulü

Madde 18- Bilgi, gerektiğinde tercüman kullanılarak, hastanın anlayabileceği şekilde, tıbbi terimler mümkün olduğunca kullanılmadan, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden ve hastanın ruhi durumuna uygun ve nazik bir ifade ile verilir.

HHY Bilgi Verilmesi Caiz Olmayan ve Tedbir Alınması Gereken haller

Madde 19- Hastanın manevi yapısı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimalinin bulunması ve hastalığın seyrinin ve sonucunun vahim görülmesi hallerinde, teşhisin saklanması caizdir.

Hastaya veya yakınlarına, hastanın sağlık durumu hakkında bilgi verilip verilmemesi, yukarıdaki fıkrada belirtilen şartlar çerçevesinde tabibinin takdirine bağlıdır.

Tedavisi olmayan bir teşhis, ancak bir tabip tarafından ve tam bir ihtiyat içinde hastaya hissettirilebilir veya bildirilebilir. Hastanın aksi yönde bir talebinin bulunmaması veya açıklanacağı şahsın önceden belirlenmemesi halinde, böyle bir teşhis ailesine bildirilir.

HHY Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası

Hastanın Rızası ve İzin

Madde 24- Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur [kısıtlı] *ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.*

Kanuni temsilci tarafından muvafakat verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; Türk Medeni Kanunu'nun 272'nci (Ana ve baba, vazifelerini ifa etmedikleri takdirde hâkim, çocuğun himayesi için muktazi tedbirleri ittihaz [gerekli tedbirleri alma] *ile mükelleftir) ve 431 inci (Sulh mahkemesi, azle tevessül ve inzibati cezadan maada, vesayet altındaki kimsenin menfaatı için muktazi tedbirleri de ittihaz ile mükelleftir.) maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır.*

Kanuni temsilciden veya mahkemeden izin alınması zaman gerektirecek ve hastaya derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı veya hayati organlarından birisi tehdit altına girecek ise, izin şartı aranmaz.

Üçüncü fıkrada belirtilen ve hayatı veya hayati organlardan birisini tehdit eden acil haller haricinde, rızanın her zaman geri alınması mümkündür.

Rızanın geri alınması, hastanın tedaviyi reddetmesi anlamına gelir.

Rızanın müdahale başladıktan sonra geri alınması, ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır.

HHY Tedaviyi Reddetme ve Durdurma

Madde 25- Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir.

Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz.

HHY Küçüğün veya Mahcurun Tıbbi Müdahaleye İştiraki

Madde 26- Kanuni temsilcinin muvafakatinin gerektiği ve yeterli olduğu hallerde dahi, mümkün olduğu ölçüde küçük veya mahcur olan hastanın dinlenmesi suretiyle tıbbi müdahaleye iştiraki sağlanır.

HHY Rızanın Kapsamı

Madde 31- Rıza alınırken hastanın veya kanuni temsilcisinin tıbbi müdahalenin konusu ve sonuçları hakkında bilgilendirilip aydınlatılması esastır.

Hastanın, uygulanacak tıbbi müdahale için verdiği rıza, bu müdahalenin gerektirdiği sair tıbbi işlemleri de kapsar. Ancak, tıbbi işlemlerin uygulanmasında, bu Yönetmelik'te ve diğer mevzuatta belirlenen hakların ihlal edilmemesi için azami ihtimam gösterilir.

Mevzuat bize bu konuda yol gösterici iken pratikte uygulama bulamamaktadır. Zira hasta yararına düşünme, hasta yerine düşünmek haline gelmesi günümüz pratiğinde görülen gerçeklerdir.

Böyle bir durumda hastaya yaklaşım, hastanın en kısa sürede en yüksek yararda hizmet alması değil, mevcut olanakların hastaya bir an önce kullanılması şekline dönüşmektedir.

Hastaya yaklaşımda esas olan hastalık davranışını bilmek ne kadar ütopik ise de mevcut olanakların da kullanılmasında hasta iradesini öne çıkarmak hukuki bir zorunluluktur.

Bu zorunluluğu tek başına hekime bırakmamak gerekir. Sağlık kurumunun ve Ortopedi ve Travmatoloji kliniklerinin yönetimi ile ekip çalışması içinde etkin iletişim becerilerinin kullanılması son yıllarda memnuniyet kriterlerini oluşturmaktadır.

Ortopedi ve Travmatoloji hastalarının hemşirelik bakımına ilişkin deneyim ve memnuniyetlerinin değerlendirilmesi amaçlı 2012 yılında yapılan bir araştırma sonucunda hastaların kendi sağlık bakımına katılmak ve karar sürecinde kendi durumlarını öğrenmek istedikleri tespit edilerek, çalışmaya katılan Ortopedi ve Travmatoloji hastalarının aldıkları hemşirelik bakımlarından çok iyi düzeyde memnun olduğu, hemşirelerin, hasta ve yakınlarına bakım uygulamaları, tanı-tedavi süreçleri ile ilgili endişeleri ve bilmedikleri konular hakkında bilgi vermelerinin hasta memnuniyetinin sağlanmasında önemli bir etken olduğu saptanmıştır. Hemşirelik hizmetlerinin değerlendirilmesinde hasta memnuniyeti araştırma verilerinin bir ölçüt olarak kullanılabileceği ve hemşirelerin bakım ile geliştirilmesi gereken yönlerinin farkında olmalarının sağlanabileceği görülmüştür.[5]

Uzmanların, ekip ile birlikte vereceği hizmette hasta bilgilendirmesi ve hizmete onu ortak edebilmesinde mutlaka aynı dili konuşmaları, hastalık davranışını dikkate alarak etkin bir iletişim becerisi göstermeleri gerekir.

Bir hekimin mesleki sorumluğunun sonradan irdelenmesinde ise en büyük zorluk, amaç ile ortaya çıkan sonucun ilişkilendirilmesidir. Hekim amaca ulaşırken dikkatsiz mi davranmıştır?, Gereken özeni göstermemiş midir?, Tıbbi bir hata mı yapmıştır?, Yoksa ortaya çıkan sonuç tüm gayretlere rağmen mi gelişmiştir?

Bu soruların yanıtlarını hukuk ararken ispat edecek prosedürler oluşturmalıyız. Bu bağlamda hastaya ve yakınlarına üç aşamada yaklaşım sergilemek gerek.

1. Aşama:

   Hastaya ilk yaklaşım...!
   (Muayene, tanı, onam vb.)

2. Aşama:

   Tedavi sırası veya sonrasında meydana gelen komplikasyona bağlı yaklaşım...!

3. Aşama:

   Malpraktis sonrası yaklaşım...!

Birinci aşama, güven ilişkisi kurulduğu zaman kolaylıkla sürdürülebilen bir durum iken, buyurgan özellikle tek taraflı bir iletişimde kolaylıkla kopabilen bir noktaya gelmektedir.

İkinci aşama, tecrübe isteyen bir durumdur. Ortaya çıkan komplikasyona öncesinde tedbir alınmak istenmiş ise ancak tüm gayrete rağmen meydana gelen komplikasyon kabul edilebilir risk olarak tahammül edilebilen bir durum olur. Ancak öncesinde tedbir alınmamış ise süreç kötü iletişime kadar gidebilmektedir.

Üçüncü aşama, hekimin korkulu rüyasıdır. Malpraktis olgusu saklanma eğiliminde olduğunda ortaya çıkaracağı zarar/lar daha kötü sonuçlar doğurabilmektedir.

Özellikle ikinci ve üçüncü aşamalarda komplikasyon/kriz yönetimi prosedürleri oluşturulmalı, hukuki mevzuat dikkate alınarak, hasta yararı ile birlikte hastanın zararının azaltmasına yönelik davranışları ortaya koymak gerekmektedir. Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası (ZMSS) olarak da bilinen hekim güvence sigortası hükümlerine yönelik hasta yaklaşımı sergilenmelidir. 21.07.2010 tarihinde 27648 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan "Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası" genel şartları kapsamında hekimlere ve çalıştıkları sağlık kurumlarına yükümlülük getirmiştir.

ZMSS Genel Şartları

B.3. Rizikoya İlişkin Olarak Sigortacının Hak, Borç ve Yükümlülükleri

B.3.1. Giderlerin Ödenmesi

Sigortacı, zararı önleme, azaltma, artmasına engel olma ve rücu haklarının korunmasına yönelik sigortalının yaptığı makul giderleri, bunlar faydasız kalmış olsalar bile, sigorta tazminatından ayrı olarak tazmin eder.

Sigortacı, sigorta ettirenin istemi üzerine giderlerin karşılanması amacıyla gerekli tutarı avans olarak ödemek zorundadır.

B.3.2. Tazminata İlişkin Avans Verilmesi

Sigortacı, sigortalının talebi üzerine, tazminat talebine ilişkin giderler için avans vermek zorundadır.

SONUÇ

Ortopedi ve Travmatoloji uzmanları yaptıkları sağlık hizmet sunumunu bir tıp sanatı olarak ele almalı ve hasta/hasta yakınları ile doğru zamanda doğru iletişim kurabilmelidir.

Hastaya yaklaşımı hastalık davranışları içinde ele almalı, hasta yararını hasta yerine geçme olarak kabul etmemelidir.

Sağlık iletişim becerileri konusunda kendisini geliştirmeli, ekibi ile birlikte ortak davranış sergilemelidir.

Ortopedi ve Travmatoloji alanında hastanın hizmete erişiminde kendi literatürüne uygun ortak dil geliştirmeli, hasta haklarını gözetmeli, prosedür oluşturmalıdır.

Hastanın kendi geleceğini belirleme hakkına saygı göstermeli, ölümcül hataları engellemede risklerini belirlemeli, komplikasyon/kriz yönetiminde ortak davranış belirlemelidir.

KAYNAKLAR

1. Helman CG. Disease versus illness in general practice. J R Coll Gen Pract 1981;31(230):548–52. Erişim: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1972172/pdf/jroyalcgprac00105-0038.pdf
2. Hayran O, Sur H, editörler. Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Örgütlenme - Finansman - Yönetim - Mevzuat. İstanbul: Yüce Yayınları; 1998. ss.6–7.
3. Türk Medeni Kanunu. Erişim tarihi: 24.10.2019. https://www.mevzuat.gov.tr/
4. Hasta Hakları Yönetmeliği. Erişim Tarihi: 24.10.2019. https://www.mevzuat.gov.tr/
5. Şendir M, Büyükyılmaz F, Yazgan İ, Bakan N, Mutlu A, Tekin F. Ortopedi ve Travmatoloji Hastalarının Hemşirelik Bakımına İlişkin Deneyim ve Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi; İÜFN Hem Derg 2012;20(1):35–42. Erişim: https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/95056

TOTBİD Dergisi
Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği

TOTBİD Dergisi 2020;19:19–26
https://doi.org/10.14292/totbid.dergisi.2020.04
DERLEME

Tıbbi müdahalelerin hukuka uygunluk şartları

The compliance of the medical interventions with law

İsmail Atak

Avukat

Bireyin maddi ve manevi dokunulmazlığı ile sağlık ve vücut bütünlüğüne yönelik müdahalelerin hukuka aykırılığı ve hukuk düzenlerinde yaptırıma tabi tutulmasına ilişkin yükümlülükler evrensel insan hakları kataloğunun ayrılmaz bir parçasını oluşturmaktadır. Vücut bütünlüğüne yapılan müdahalelerin yaptırım gerektirmeyecek ayrık hallerden birini de tıbbi müdahaleler oluşturmaktadır. Tıbbi müdahalenin hukuksal meşruluk taşıyabilmesi için gerekli hukuka uygunluk koşullarının uluslararası sözleşmeler, iç mevzuat ve hukuki uygulama düzleminde incelenmesi bu çalışmanın amacını oluşturmaktadır. Amaç kapsamında tıbbi müdahale ve hukuka uygunluk kavramları ile konumuz özelinde tıbbi müdahaleyi icra etme yetkisine sahip olanların bu faaliyetleri sürecinde uymaları gereken asgari şartlar olan; tıbbi müdahaleye yetkili olmak, aydınlatma yükümlülüğü, hastanın rızası kavramları hukuka uygunluk perspektifinde irdelenmektedir.

Anahtar sözcükler: tıbbi müdahale; hukuka uygunluk; hasta hakları; aydınlatılmış onam; hasta rızası

All kinds of violations against individual's material and immaterial immunity along with their physical integrity are prohibited by enforcements created in all law systems, which have inseparable bonds with universal human rights. Medical interventions are one of the exceptional circumstances of interference of individual's physical integrity without punishment. The goal of this article is; to examine the legality of a medical intervention which has to be in compliance with the international conventions, domestic legislations and legal practices. We shall analyze the terms of our specific subject (i) to be authorized to practice medical interventions (ii) obligation to inform the patient (iii) the informed consent of the patient ; which are the minimum requirements to be obeyed by the ones who have the authority to practice medical interventions and medical interventions within the aim and the notions of compliance with laws, within the perspective of compliance of the law.

Key words: medical attention; compliance with law; patient rights; obligation to inform; patience's informed consent

GENEL OLARAK TIBBİ MÜDAHALE KAVRAMI

Evrensel hukuka paralel olarak hukukumuzda da insan sağlığına ve vücut bütünlüğüne yönelen her türlü müdahale, kişilik haklarının hukuka aykırı olarak ihlâli olarak kabul edilmektedir. Bu konuda normlar piramidinin en üzerinde yer alan Anayasamızın "Kişinin Dokunulmazlığı, Maddî ve Manevî Varlığı" başlıklı 17. maddesi de birinci fıkrasında yer alan "Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir." kapsayıcı ifadesi ile vücut bütünlüğüne dokunulamaması ilkesini en temel kişilik hakkı olarak koruma altına almış bulunmaktadır.[1] Bu temel hak çerçevesinde alt mevzuatta da kişinin maddi ve/veya manevi bütünlüğüne yönelik meşru kabul edilmeyen müdahaleler, niteliklerine göre çeşitli yaptırımlara tabi tutulmuş bulunmaktadır.

Kişi dokunulmazlığına ilişkin düzenlemelerin en temel istisnası ise yine Anayasanın 17. maddesinin 2. fıkrasında "Tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tâbi tutulamaz." denilmek suretiyle belirtilmiş ve insan hayatı, sağlığı ve vücut bütünlüğünü korumak için gerekli koşulların yerine getirilmesi halinde tıbbi müdahalenin hukuka uygun olabileceği kabul edilmiş bulunmaktadır.[1]

Öğretide birbiri ile uyumlu, ancak ilgili olduğu alana göre kapsam farklılıkları gösteren pek çok tanım da dikkate alındığında tıbbi müdahaleyi dar anlamıyla tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafından fiziksel ya da psikolojik rahatsızlıkların teşhisi, tedavisi ve/veya önlenmesine yönelik faaliyetler olarak tanımlamak mümkün bulunmaktadır. Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 13.

- İletişim adresi: Av. İsmail Atak, Hafta sokak 23/5 Gaziosmanpaşa/Ankara
  Tel: 0532 - 371 18 28 e-posta: iatak@yahoo.com
- *Geliş tarihi: 18 Ekim 2019 Kabul tarihi: 29 Kasım 2019*

maddesinin kapsamı itibarı ile tıbbi müdahaleyi teşhis, tedavi ve koruma gayesine yönelik faaliyet olarak belirlemiş bulunmaktadır.[2] Anayasa Mahkemesi'nin bireysel bir başvuru ile ilgili olarak verdiği 11.11.2015 tarih ve 2013/1789 sayılı kararında da tıbbi müdahale "hastalıkların teşhisi, tedavisi veya önlenmesi amaçlarına yönelik olarak tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafından gerçekleştirilen faaliyetler" olarak tanımlanmış bulunmaktadır.[3] Ancak sürekli gelişen teknoloji ve tıp bilimi çerçevesinde birey rızasına dayalı sterilizasyon, yapay döllenme, kürtaj, nakil amaçlı doku ve organ alınması gibi tedavi amacı dışındaki faaliyetlerin de tıbbi müdahale kavramı içerisinde değerlendirilmesi gerektiği öğretide ifade edilmektedir.[4]

Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokol madde 2/3 "*Bu protokolün amaçları bağlamında "müdahale" terimi, 1. Bir fiziksel müdahaleyi ve 2. İlgili kişinin psikolojik sağlığı açısından risk taşıyan herhangi bir müdahaleyi içerir.*" ifadelerine yer verilmiştir.[5] Hasta Hakları Yönetmeliği 4. maddesinde de tıbbi müdahale "*tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafından uygulanan, sağlığı koruma, hastalıkların teşhis ve tedavisi için ilgili meslekî yükümlülükler ve standartlara uygun olarak tıbbın sınırları içinde gerçekleştirilen fizikî ve ruhî girişimi ifade eder*" şeklinde tanımlanmıştır.[6]

Geniş anlamda bir tıbbi müdahale; kişilerin bedenseli fiziksel veya psikolojik bir hastalığını, noksanlığını teşhis ve tedavi etmek, bu mümkün olmadığında hastalığı hafifletmek veya acılarını dindirmek veyahut rahatsızlıktan korumak ya da nüfus planlaması amaçlarıyla tıp mesleğini icraya yasal olarak yetkili kimseler tarafından, tıp bilimince genel kabul görmüş kural ve esaslara uygun olarak gerçekleştirilen, en basit teşhis ve tedavi yöntemlerinden başlayarak en ağır cerrahi müdahalelere kadar uzanan her çeşit faaliyet olarak tanımlanabilir.[7,8] Bir başka tanımda ise teşhis, tedavi, korunma, ilaç yazılması, tahlil (laboratuvar, röntgen vb), estetik cerrahi, psikiyatrik müdahale, adli muayene gibi örneklerden hareketle "insan üzerinde tıp biliminin uygulanması ile bağlantılı olarak yapılan her türlü müdahale tıbbi müdahale olarak" ifade edilmektedir.[9]

Tüm bu tanımlamalar ışığında tıbbi müdahaleyi; yaşanan bilimsel gelişmeler ve ihtiyaçlara bağlı olarak oluşacak kavramsal örnekleme çeşitliliğine açık tutarak, teşhis tedavi ve koruma faaliyet süreçlerinin tamamı ya da bir kısmı olarak kabul edebiliriz.

TIBBİ MÜDAHALENİN HUKUKA UYGUNLUĞU

Tıbbi müdahalede bulunan kimselerin bu faaliyetleri nedeniyle hukuki, cezai, idari ya da mesleki bir sorumlulukla ve buna bağlı olarak herhangi bir yaptırımla karşılaşmamaları, eylemlerinin meşru kabul edilebilmesi için müdahalelerinin hukuka uygun olması gerekmektedir. İlgili mevzuat çerçevesinde; endikasyon ön koşuluna bağlı olarak yapılacak tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğu için esas itibarıyla gerçekleşmesi gereken koşulları şu şekilde sıralamak mümkün bulunmaktadır:

1. Tıbbi müdahaleyi icra eden kişinin somut olaydaki tıbbi müdahaleye yetkili olması
2. Hastanın aydınlatılmasına dayalı rızasının alınması
3. Tıbbi müdahalenin dikkat ve özen yükümlülüğüne uygun bir biçimde, tıp biliminin en son veri ve olanaklarına uyumlu olarak yerine getirilmesi

1. Tıbbi müdahaleyi icra eden kişinin somut olaydaki tıbbi müdahaleye yetkili olması

Bir tıbbi müdahalenin hukuka uygun kabul edilebilmesinin ilk koşulu tıbbi müdahalede bulunan kişinin söz konusu tıbbi müdahalede bulunmaya yetkili olması gerekmektedir. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 1. maddesinde "Türkiye Cumhuriyeti dâhilinde tababet icra ve herhangi surette olursa olsun hasta tedavi edebilmek için tıp fakültesinden diploma sahibi olmak şarttır." denmek suretiyle tıbbi müdahaleye yetkili olanların esas itibarı ile hekimler olduğu belirtilmiş bulunmaktadır. Anılan Kanunun 29-46. maddelerinde diş hekimlerine ilişkin düzenlemelere yer verilmiş; kanunun 3. maddesinde acil tıp teknikerleri ve sağlık astsubaylarının hastaya müdahale edebileceği belirtilmiş; 63- 68. maddelerinde hastabakıcı hemşireler ile ilgili düzenlemeler yapılmış; Ek 13. maddede ise diğer sağlık mesleği mensupları tek tek sayılmış olmakla birlikte madde metninde yer verilen "*Tabipler ve diş tabipleri dışındaki sağlık meslek mensupları hastalıklarla ilgili doğrudan teşhiste bulunarak tedavi planlayamaz ve reçete yazamaz*." hükmü ile madde metninde sayılan sağlık mesleği mensuplarının ancak bir hekimin teşhis ve tedavi planlamasına bağlı olarak faaliyette bulunabilecekleri ve tıbbi müdahaleye dâhil olabilecekleri açıkça belirlenmiş bulunmaktadır.[10]

Yasal düzenlemeler kapsamında hekimlerin durumunun incelenmesinde değinilmesi gereken diğer bir durumda müdahalenin gerektirebileceği uzmanlık yeterliliğidir. Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 3. maddesi ilk fıkrası ile (*Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, madde 3/1 "Yukarıdaki maddelerde zikredilen tabip diplomasını ve fennî, cerrahi veya şuabatında ihtisas sahibi olduğuna dair işbu kanunun tarifleri dairesinde vesaikı lâzimeyi* (gerekli belgeleri) *haiz olmıyan hiç bir kimse hiç bir ameliyei cerrahiye icra edemez*) cerrahi müdahaleler için uzmanlık belgesine sahip olma gerekliliği belirtilmiş; 23. maddesi ile de önemli cerrahi müdahalelerde mutlaka uzman hekimin bulunması şartı

hüküm altına alınmış bulunmaktadır (*23. madde düzenlemesine göre uzman bulunması veya çağırılması mümkün olmayan mahallerde yapılması zorunlu durumlar ile acil ve olağanüstü durumlar hükümden istisna tutulmuş bulunmaktadır*).[10]

Anılan Kanuna dayanılarak çıkartılan ve 26.04.2014 tarihinde yayınlanarak yürürlüğe giren Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'nde uzman, "sayılı kanun eki çizelgelerde yer alan dallardan birinde uzmanlık eğitimini tamamlayarak o dalda sanatını uygulama hakkı ve uzmanlık unvanını kullanma yetkisi kazanmış olanlar" şeklinde tanımlanmakta olup; yönetmeliğin "Uzmanlık Yetkisinin Kullanılması başlıklı 27. maddesinde yönetmelik hükümlerine göre uzmanlık belgesi almayanların, hiçbir yerde ve şekilde uzmanlık unvan ve yetkisini kullanamayacakları belirtilmiştir.[11] Mevzuatımızda yer alan düzenlemeler karşısında uzmanlık eğitimi ve belgesini almamış bulunan bir hekimin, müdahalenin gerektirdiği uzmanlık alanında zorunluluk halleri dışında tıbbi müdahalede bulunamayacağı; herhangi bir alanda uzmanlık belgesine sahip hekimin ise temel tıp bilgilerine sahip olması nedeniyle pratisyen hekimlerin icra edebileceği tıbbi müdahalelerde bulunmasında hukuka aykırılık olmayacağı söylenebilecektir.

İntörn hekimler henüz diploma almadıkları için hekim sayılmayacaklarından özel hukuk bakımından sorumlulukları yardımcı şahıs sorumluluğuna göre belirlenecek olup; ceza hukuku bakımından ise, ancak ilgili hekimin gözetimi altında yapacakları tıbbi müdahalelerden sorumlu tutulmayacaklardır.[9]

2. Hastanın aydınlatılmasına dayalı rızasının alınması

Nispî anlamda kişiye sıkı sıkıya bağlı haklardan biri olan vücut ve ruh bütünlüğü üzerinde tasarruf anlamına gelen tıbbi müdahaleye hasta rızasının bulunması gerekli olup; bireyin rızası alınmaksızın hayatına ve vücut bütünlüğüne yapılacak her türlü müdahale hukuka aykırı olacaktır.

Dünya Tabipler Birliği Lizbon (1981), Amsterdam (1994) ve Bali (1995) Bildirgeleri hastanın yeterli bilgileri aldıktan sonra tedaviyi kabul veya reddetme hakkına sahip olduğuna vurgu yapmaktadır. Kasım/2002 tarihinde Roma'da kabul edilen Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü kapsamında da hastanın bilgilenme ve rıza hakkı daha detaylı olarak irdelenmiştir.[12–15]

08.12.2003 tarihli Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiş ve iç hukukumuzun bir parçası haline gelmiş bulunan Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi (Avrupa Biyotıp Sözleşmesi)'nin "Amaç" başlıklı 1. maddesi sözleşmenin taraflarının, tüm insanların haysiyetini ve kimliğini korumak ve biyoloji ve tıbbın uygulanmasında, ayırım yapmadan herkesin, bütünlüğüne ve diğer hak ve özgürlüklerine saygı gösterilmesini güvence altına almakla yükümlü olduklarını ifade etmektedir.[16] Sözleşmenin 5. maddesinde ise "Rıza" konusu düzenlenmiştir. Madde düzenlemesine göre; "*Sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden sonra yapılabilir. Bu kişiye, önceden, müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında uygun bilgiler verilecektir. İlgili kişi muvafakatini her zaman serbestçe geri alabilecektir.*" Madde düzenlemesinden de anlaşılabileceği üzere tıbbi müdahalenin yapılabilmesinin ön koşulu ilgilinin kendisine uygulanacak ve tıbbi gereklilik arz eden müdahalenin amaç/nitelik ve sonuçları ile tehlikeleri hakkında uygun şekilde bilgilendirilmesi ve bunun sonrasında kendisinin hiçbir etki ve baskı altında olmaksızın özgür iradesi ile bu müdahaleye izin vermesidir. Bu fasılda belirtmek gerekir ki; tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk koşulu olan rızanın ön şartı da endikasyonun varlığıdır. Bu husus Hasta Hakları Yönetmeliği "Tıbbi Gereklilikler Dışında Müdahale Yasağı" başlıklı 12. maddesinde "Teşhis, tedavi veya korunma maksadı olmaksızın, ölüme veya hayati tehlikeye yol açabilecek veya vücut bütünlüğünü ihlal edebilecek veya akli veya bedeni mukavemeti azaltabilecek hiçbir şey yapılamaz ve talep de edilemez" denilmek suretiyle açıkça belirtilmiş bulunmaktadır.[6] Dolayısıyla hekim ancak endikasyonun varlığı halinde müdahale edebilir; yani endikasyon hukuka uygunluk nedeni, rıza hukuka uygunluk sınırıdır.[9]

Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 70. maddesi ile de tabipler, diş tabipleri ve dişçilerin yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde (kısıt altında) ise veli veya vasisinin muvafakatinin alınmasını, büyük cerrahi müdahaleler için bu muvafakatin yazılı olması gerektiği hususunu zorunlu kılmış bulunmaktadır.[10]

Hasta Hakları Yönetmeliği 24. ve 26. maddelerinde de genel mevzuata paralel biçimde tıbbi müdahale için hastanın rızasının gerekliliği ve bunun geçerlilik koşulları tadat edilmiş bulunmaktadır.[6]

Hasta rızasının hukuki geçerlilik taşıyabilmesi için öncelikle onun ayırım gücüne sahip olması, yani uygulanacak olan tıbbi müdahalenin önem, sebep ve sonuçlarını, kapsam ve etkilerini anlayabilme yeteneğine sahip olması, ayrıca küçük ya da kısıtlı olmaması, bir başka deyişle Medeni Kanun anlamında tam ehliyetli olması gerekmektedir. Tam ehliyetli kişiler, yani 18 yaşından büyük ve ayırım gücüne sahip kişiler fiil ehliyetine sahip olduklarından rıza gösterme yetenekleri konusunda bir problemle karşılaşılmamaktadır.

Rıza ehliyetine sahip olma konusunda küçüklerin ve kısıtlıların durumlarına ilişkin olarak da mevzuatımızda çeşitli hükümler yer almaktadır. 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 70. maddesi düzenlemesiyle hastanın küçük veya kısıtlı olması halinde veli veya vasisinin muvafakatinin alınmasını zorunlu kılmış olduğu gibi, Hasta Hakları Yönetmeliği 24. maddesi birinci fıkrası ile de kanuna paralel düzenleme yapılmış bulunmaktadır. (Hasta Hakları Yönetmeliği m. 24/1 "*Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur* (kısıtlı) *ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.*")[6,10] Yasal düzenlemeler kapsamında ayırım gücü olmayan, tam ehliyetsiz küçüklerin ve kısıtlıların durumları düşünsel herhangi bir tartışma içermemekte, bu durumda olanlara yönelik tıbbi müdahalede bulunabilmek için veli ya da vasilerinin rızasına başvurulmasının zorunlu olduğu açıktır. Ayırım gücüne sahip küçüklere tıbbi müdahale için de yasal temsilcinin rızası şart olmakla birlikte; Hasta Hakları Yönetmeliğinin 24. maddesinde yer alan " *Kanuni temsilcinin rızasının yeterli olduğu hallerde dahi, anlatılanları anlayabilecekleri ölçüde, küçük veya kısıtlı olan hastanın dinlenmesi suretiyle mümkün olduğu kadar bilgilendirme sürecine ve tedavisi ile ilgili alınacak kararlara katılımı sağlanır*." düzenlemesiyle küçüklerin de rızaya katılımlarının sağlanması amaçlanmıştır. Anılan maddede de belirtildiği üzere; küçüğün katılımı sadece gereklilik düzeyinde olup; hukuken geçerli olan ve hekimin almakla yükümlü olduğu rıza, yasal temsilcinin rızasıdır.[6]

Avrupa Biyotıp Sözleşmesi'nin "Muvafakat verme yeteneği bulunmayan kişilerin korunması" iç başlıklı 6. maddesinde de Kanuna göre bir müdahaleye muvafakatini verme yeteneği bulunmayan bir küçüğe ya da akıl hastalığı, bir hastalık veya benzer nedenlerden dolayı, müdahaleye muvafakat etme yeteneği bulunmayan bir yetişkine sadece temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen makam, kişi veya kuruluşun izni ile müdahalede bulunabileceği düzenlenmiş; ilgili kişinin mümkün olduğu ölçüde izin verme sürecine katılması gerektiği belirtilmiş bulunmaktadır.[16]

Hukukumuzda rızanın aranmadığı ayrık durumlar da mevcuttur. Kamu düzeninin gerektirdiği haller (Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, madde 57) dışında; hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı; hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açacak durumun varlığı halinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmak rızaya bağlı olmayıp ilgili bireyin sağlığı için tıbbî bakımdan gerekli olan herhangi bir müdahale derhal yapılabilir (Hasta Hakları Yönetmeliği madde 24; Avrupa Biyotıp Sözleşmesi madde 8).[6,16,17] Bu durumlarda hastaya gerekli tıbbi müdahale yapılarak durum kayıt altına alınacak; mümkünse hastanın orada bulunan yakını veya kanuni temsilcisi; mümkün olmadığı takdirde de tıbbi müdahale sonrasında hastanın yakını veya kanuni temsilcisi bilgilendirilecektir.

Gerek yukarıda anılan durumlar, gerekse örneğini Avrupa Biyotıp Sözleşmesi 9. maddesinde "Önceden açıklanmış istek" iç başlığı altında yer alan "*Müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek bir durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbî müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekler göz önüne alınacaktır.*" düzenlemesinde de söz konusu olan durumlar hukukumuzda yer alan "varsayılan rıza" kavramı ile açıklanmaktadır.[16] Tıbbi müdahalede bulunulma zorunluluğunda olan hastaya, kendisinde olmaması gibi nedenlerle önceden rıza alınamıyorsa dahi, hastanın sağlığı daha ön planda olduğu için müdahalede bulunulacaktır. Hekim, hastayı önceden tanımadığı için somut olarak hastasına göre değil, soyut olarak bilgi ve tecrübelerine dayanacaktır. Yani, hekimin rızayı varsayarken alacağı ölçüt, rızası alınamayan hasta değil; makul ve ortalama bir hasta olacaktır.[18] Varsayılan rıza bir hukuka uygunluk sebebi olup; hasta bakımından rızanın alınamaması durumunda varsayılan rızanın varlığından söz edilebiliyorsa, hekim hukuka uygunluk sebebi içinde hareket ediyor demektir.[9]

Rıza konusunda bir olasılık da "kanuni temsilcinin herhangi bir nedenle zorunlu olan tıbbi müdahaleye rıza göstermemesi" olarak karşımıza çıkabilmektedir. Kanuni temsilcinin hakkın kötüye kullanımı biçimindeki bu davranışı karşısında yapılabilecek olan ise Hasta Hakları Yönetmeliği madde 24/4'de düzenlenmiştir.[6] Düzenlemeye göre kanuni temsilci tarafından rıza verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; Türk Medeni Kanununun 346 ve 487. maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır.[19]

İfade edilen bu durumun, yani mahkeme kararına müracaat halinin az yukarıda açıklanan acil durumlar için geçerli bulunmadığı açıktır. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları 26. maddesi de "*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*." düzenlemesi ile konuya açıklık getirmektedir.[20]

Temel kural, 'tıbbi müdahalenin, hasta tarafından verilen rızanın sınırları içerisinde gerçekleştirilmesi" olmakla birlikte hastaya tıbbi müdahalede bulunulurken yapılan işlemin genişletilmesi gereği doğduğunda müdahale genişletilmediği takdirde hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açabilecek tıbbi zaruret hâlinde rıza aranmaksızın tıbbi müdahale genişletilebilir (Hasta Hakları Yönetmeliği madde 31/son).[6] Yukarıda anılan uluslararası ve ulusal mevzuat düzenlemeleri kapsamında, tıbbi müdahalenin hukuka uygun olduğundan söz edebilmenin temel koşullarından birini oluşturan hasta rızasının gereklilik ve şartları hüküm altına alındığı gibi; rızanın aydınlatmaya dayalı olmasının gerekliliği ve bu aydınlatmanın kapsamı da belirlenmiş bulunmaktadır.

Hasta Hakları Yönetmeliği "Bilgilendirmenin Kapsamı" başlıklı 15. maddesinde de belirtildiğine göre hastaya, hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği; tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi; diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri; muhtemel komplikasyonları; reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri; kullanılacak ilaçların önemli özellikleri; sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri; gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği hususlarında bilgi verilmesi gerekmektedir.[6]

Anılan düzenlemelere koşut olarak Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın "Aydınlatılmış Onam" başlıklı 26. maddesinde de detaylı olarak belirtildiği üzere hasta hekimi tarafından sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin onun için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatılmalıdır. Düzenlemeye göre yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalı, hasta tarafından anlaşılabilecek biçimde verilmelidir. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir ve alınan onam, baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersiz bulunmaktadır.[20]

Uygulamaya dönük olarak incelendiğinde de Yargıtay kararlarında istikrar kazanmış şekilde Avrupa Biyotıp Sözleşmesine ve diğer mevzuata atıf yapılarak rızanın kapsamı belirlenmekte ve bunun yanında salt müdahaleye rıza gösterilmiş olmasının yeterli olmadığı rızanın aydınlatmaya dayalı olarak alınması gerektiğine vurgu yapılmaktadır. Örneğin Yargıtay 13. Hukuk Dairesi'nin 04.07.2018 tarih E. 2016/25663K. 2018/7615 sayılı kararında "*..Salt ameliyata rıza göstermek yeterli değildir. Ayrıca, komplikasyonların da izah edilmesi gerekmektedir. Ancak bu rızanın da aydınlatılmış rıza olması gerekir. Nitekim Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının Aydınlatılmış Onam başlıklı 26. maddesinde düzenleme yapılmış ve "Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır. Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilecek biçimde verilmelidir. Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri, hasta kendisi belirler. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Alınan onam, baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir. Acil durumlar ile, hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcisinin izni alınır." düzenlemesiyle aydınlatmanın ne şekilde yapılacağı açıklanmıştır. Aydınlatılmış onamda ispat külfeti hekim ya da hastanededir."* denerek somut olay bazında *"davalılar, davacıya yapılan ameliyat sonucunda oluşabilecek olası komplikasyonların anlatıldığına ve davacının bu işleme rıza gösterdiğine dair aydınlatılmış onam alındığına dair bir delil sunmamışlardır. Muvafakatname başlığı altında dosyaya sunulan belge, gerekli aydınlatmayı içermediği gibi, yalnızca rıza mahiyetindedir. Aydınlatılmış onamda ispat külfeti hekim ya da hastanededir. Mahkemenin de kabulü bu şekildedir. Ancak, aydınlatma yükümlülüğünün yerine getirilmemiş oluşu, yapılan müdahaleyi hukuka aykırı hale getirdiğinden, davalıların manevi tazminat dışında maddi tazminattan da sorumlu olduklarının kabulü gerekir*." şeklinde karar gerekçesi oluşturulmuş bulunmaktadır.[21]

Hastanın aydınlatılması gereğinin tümüyle ortadan kalktığı durumlar da söz konusu olabilmektedir. Hasta Hakları Yönetmeliği 19. maddesi "*hastanın manevi yapısı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimalinin bulunması ve hastalığın seyrinin ve sonucunun vahim görülmesi hallerinde, teşhisin saklanması caizdir. Hastaya veya yakınlarına, hastanın sağlık durumu hakkında bilgi verilip verilmemesi, yukarıdaki fıkrada belirtilen şartlar çerçevesinde tabibinin takdirine bağlıdır. Tedavisi olmayan bir teşhis, ancak bir tabip tarafından ve tam bir ihtiyat içinde hastaya hissettirilebilir veya bildirilebilir. Hastanın aksi yönde bir talebinin bulunmaması veya açıklanacağı şahsın önceden belirlenmemesi halinde, böyle bir teşhis ailesine bildirilir*" hükmüne yer vermekte olup; 20. madde düzenlemesi çerçevesinde de hasta serbest iradesi ile ve yazılı olarak sağlık durumu hakkında kendisinin, yakınlarının ya da hiç kimsenin bilgilendirilmemesini talep edebilir.[6] Zaruret hali olarak nitelendirilebilecek girişimin

çok acil gerçekleştirilmesinin gerekmesi halinde aydınlatmadan vazgeçilebileceği gibi; hastanın aydınlatılması gereğinin ortadan kalkabileceği diğer bir durum da, uygulanması düşünülen tıbbi müdahale ile ilgili zaten bilgi sahibi olmasıdır, mesele hasta o anabilim dalında görev yapan bir hekim olabilir ya da hasta daha önce aynı müdahaleye uğradığından başka bir hekim tarafından daha önce aydınlatılmış olabilir.[22]

Aydınlatmaya dayalı rızanın alınma zamanı ve şekli de hukuka uygunluk anlamında önem arz etmektedir. Hastanın, tıbbi müdahale ile ilgili yapılacak bilgilendirmeyi algılayabileceği koşullarda aydınlatılması ve özgür iradesi ile karar verebileceği yeterli zamanın tanınması gerekmektedir. Tıbbi müdahaleden yeterli bir zaman önce gerçekleşmesi gereken aydınlatılmış rızanın alınma zamanına ilişkin mevzuatta tam bir netlik bulunmasa da; rızanın acil durumlar dışında her hâlükârda tıbbi müdahalenin başlamasından önce ve mümkün olduğunca hastanın düşünüp karara varmasına olanak verecek bir zaman aralığına sahip olmalıdır.

Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 70. maddesi büyük ameliyatlar için rızanın yazılı olmasını zorunlu kılmıştır.[10] Hasta Hakları Yönetmeliği 28. maddesi de mevzuatın öngördüğü istisnalar dışında (organ ve doku alınmasında yazılı rıza şartı gibi), rızanın herhangi bir şekle bağlı olmadığını belirlemiştir.[6] Sözlü olarak rıza gösterilebileceği gibi, kimi tahlil ve tetkiklere katılmanın zımni olarak rıza anlamına gelebileceği hususları öğretide tartışılıyor ya da kabul görüyor olsa da; olası ihtilaflarda ispat kolaylığı yönünden rızanın yazılı olarak alınması daha doğru olacaktır. Zira, Yargıtay 13. Hukuk Dairesi T. 18.9.2018 E. 2016/26894 K. 2018/8072; Yargıtay13. Hukuk Dairesi T. 5.4.2018 E. 2015/41712 K. 2018/4243; Yargıtay13. Hukuk Dairesi T. 15.9.2014 E. 2013/26330 K. 2014/27050 sayılı örnek Yargıtay içtihatlarında da belirlendiği ve istikrar kazanmış olduğu üzere aydınlatılmış onamın alındığının ispat külfeti hekime ve ilgili hastaneye ait bulunmaktadır.[23–25]

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 2014 yılında değişik "Rıza Formu" başlıklı 26. maddesi de yazılı rıza halinde alınacak forma ilişkin düzenlemeleri yapmış bulunmaktadır. Anılan madde metnine göre "*Mevzuatta öngörülen durumlar ile uyuşmazlığa mahal vermesi tıbben muhtemel görülen tıbbi müdahaleler için sağlık kurum ve kuruluşunca (bilgilendirmenin kapsamının düzenlendiği) 15 inci maddedeki bilgileri içeren rıza formu hazırlanır. Rıza formunda yer alan bilgiler; sözlü olarak hastaya aktarılarak rıza formu hastaya veya kanuni temsilcisine imzalatılır. Rıza formu iki nüsha olarak imza altına alınır ve bir nüshası hastanın dosyasına konulur, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilir. Acil durumlarda tıbbi müdahalenin hasta tarafından kabul edilmemesi durumunda, bu beyan imzalı olarak alınır, imzadan imtina etmesi halinde durum tutanak altına alınır. Rıza formu bilgilendirmeyi yapan ve tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından imzalanır. Verilen bilgilerin doğruluğundan ilgili sağlık meslek mensubu sorumludur. Rıza formları arşiv mevzuatına uygun olarak muhafaza edilir.*"[6]

Tüm bu açıklamalar kapsamında tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartlarından birisi olan rızanın geçerli olabilmesi için özetle; bir endikasyonun varlığı / rızanın ehliyetli hasta -küçük veya kısıtlı ise kanuni temsilcisi (veli/vasi)- tarafından verilmiş olması / rızanın müdahalede bulunmaya yetkili kişiye yönelmiş olması / iradeyi sakatlayan her hangi bir nedenin bulunmaması (hastanın rızasını gösterirken, herhangi bir hataya düşmemiş olması, aldatılmamış olması ve tehdit edilmemiş olması) / rızanın hekimin yaptığı aydınlatmaya dayanması / aydınlatmanın, gerekli kıldığı tüm bilgilendirme koşulları taşıması/ ahlaka, adaba ve hukuka aykırı olarak alınmaması gerekleri söylenebilecektir.

3. Tıbbi müdahalenin dikkat ve özen yükümlülüğüne uygun bir biçimde, tıp biliminin en son veri ve olanaklarına uyumlu olarak yerine getirilmesi

Tıbbi müdahalenin yetkili kişi tarafından ve hastanın aydınlatılmış rızası ile yapılması hukuka uygunluk şartı olmakla birlikte yeterli bulunmamaktadır. Hekim tıbbi uygulamalarda bulunurken tıp mesleğinin gerektirdiği şartları yerine getirmeli, tıp bilimi ve deontoloji kurallarını gözetip uygulamak zorundadır. Aksi halde eylem ve davranışları hukuka aykırılık nedeniyle sorumluluğunu gerektirecektir.

Avrupa Biyotıp Sözleşmesi'nin 4. maddesinde "Meslek Kurallarına Uyma" başlığı altında; *"Araştırma dahil, sağlık alanında herhangi bir müdahalenin, ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak yapılması gerekir."* denilmektedir. Anılan 4. madde kapsamı karşısında, her türlü tıbbi müdahalenin mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olması gerektiği benimsenmiştir.[16]

Hasta Hakları Yönetmeliğinin 11. maddesinde de hastanın, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını istemek hakkına sahip olduğu; tababetin ilkelerine ve tababet ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yapılamayacağı hüküm altına alınmış bulunmaktadır. Yönetmeliğin "Tıbbi Özen Gösterilmesi" başlıklı 14. maddesinde "*Personel, hastanın durumunun gerektirdiği tıbbi özeni gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmak zorunludur.*"

şeklindeki ifade ile genel bir tanımlama da yapılmış bulunmaktadır.[6]

Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 11 ve 13. maddeleri düzenlemeleri ile de tecrübe maksadı ile insanlar üzerinde hiç bir cerrahi müdahale yapılamayacağı gibi aynı maksatla kimyevî, fizikî veya biyolojik şekilde herhangi bir tedavi de tatbik edilemeyeceği; hekimin ilmî icaplara uygun olarak teşhis koyarak, gereken tedaviyi uygulayacağı belirtilmiş bulunmaktadır. 11. maddede ayrık bir durum olarak "evvelce tecrübe edilmiş olmamakla beraber, zarar vermesine ihtimal bulunmayan ve hastayı kurtarması kati görülen bir müdahale yapılabilir" ibaresine de yer verilmiştir.[2]

Yargıtay 4. Hukuk Dairesi'nin 7.3.1977 tarih 1976/6297 E. 1977/2541 K. sayılı kararında da "*Hekim, tababeti yerine getirirken, tıbbı uygularken kişinin yaşamasını düzenlemek, sağlığını sağlayabilmek amacıyla çeşitli faaliyetlerde bulunmaktadır. Bu faaliyetler hastalığın teşhisi, gerekli ilaçların verilmesi, cerrahi müdahalelerin yapılması, hastalığın devamlı olarak gözetilmesi, gerektiğinde yan etkili tedavi yollarına, yeni usullere başvurulması gibi çeşitli konuları kapsamaktadır. İşte hekim bu faaliyetlerde bulunurken bazı mesleki şartları yerine getirmek hastanın durumuna değer vermek ve geniş bir deyimle tıp biliminin kurallarını gözetip uygulamak zorundadır. Aksi halde hekim tıp biliminin verilerini yanlış ya da eksik uygulamışsa, mesleğine gerektirdiği özel görevlere gereği ve yeteri kadar uymamışsa mesleki kusuru var demektir ki, bu eylem ve davranışı da hukuka aykırılık nedeniyle sorumluluğunu gerektirecektir.*

Hekim ile hasta arasında sözleşme ilişkisi bulunması ve tıbbi müdahaleye hastanın rıza göstermesi ya da ıstırar hali asla durumu etkilemeyecektir. Çünkü, rızanın ya da ıstırar halin (zorunluluk) *varlığı halinde hekimin davranışının bütün sonuçlarının meşru sayılması, hukuka uygun addedilmesi düşünülemez. Davranışın ve illiyet bağının meşruluğu ancak kullanılan araç ve uygulanan metodun gerektirdiği bütün tedbirlerin alınmasında söz konusu olabilir. Tababette de aynı kural geçerlidir. Sorumsuzluktan yararlanabilmek için tıp sanatının kurallarına, gereken tedbirlere uymak ve bu sınırlar içinde hareket etmek gereklidir. Diğer bir deyimle şayet tıp ilmi hekimin yaptığı müdahalelere cevaz veriyorsa, bunu yapan hekim, tıp mesleğince tecviz edilen bir faaliyette bulunmuş demektir ki, hakkın icrası nedeniyle, eylemi hukuka aykırı sayılamaz. Keza hekim, hastanın daha az önemdeki bir hukuki menfaatini tehlikeye ya da zarara sokarken, daha büyük değerdeki bir hukuki yararı ancak bu şekilde kurtarabiliyorsa hukuka aykırı davranışta bulunmamış olacaktır. Söz gelimi; anneyi kurtarmak amacıyla çocuğun düşürülmesi, sıhhatin korunması ve düzeltilmesine yönelmiş tedavi ve müdahaleler böylece hukuka uygun hale gelmektedir. (Dr. Köksal Bayraktar - Hekimin tedavi nedeniyle cezai sorumluluğu - İstanbul 1972 Sayfa 71). Toplum yararının kişi yararına ağır bastığı durumlarda da kural aynıdır. Türk Doktrininde de üstün yarar görüşü olarak nitelenen bu görüşe rağmen, gerçekten zorunlu müdahale halleri dışında mağdurun rızasına önem verilmesi ile artık rıza teorisine dönüldüğü müşahede edildiğinden rıza konusu üzerinde kısaca durulmasında yarar görülmüştür. (Bayraktar - a.g.e. - 73, 78 vd.) (Sulhi Dönmezer/Sahir Erman - Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku - Cilt (II - 56) (Çetin Özek - Hekim ve Hukuk, Tıbbi Müdahalede Bulunmak Hakkının Sınırları - İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası 1965 - Cilt XXVIII, Sayfa - 4, Sayfa 449). Çünkü olayımızda da tıbbi müdahale, açık olmamakla beraber zımni ya da mefruz rızaya dayanmaktadır.*

Bayraktar'ın da belirttiği gibi, (a.g.e. - 83) kişinin hiçbir hakkı sınırsız değildir. Sağlık ve yaşama haklarının da bir sınırı bulunmaktadır, kişi ancak tedavi olmak, bir hastalığı önlemek için rızasını verebilir. Kişiler kendi vücutları üzerinde ayrık durumlar hariç ancak kendileri tasarrufta bunabilir ve tehlikelere karşı yine kendisi karar verebilir. Tıbbi müdahalelerde de bu genel kuruldan ayrılmamak gerekir. Tıbbi müdahaleler ve hekimin girişeceği diğer eylemler kişinin sağlığını, vücut bütünlüğünü ilgilendirdiği, muhtemel tehlikeleri meydana getirici nitelikte olduğu için, bunların gerçekleştirilmesine karar verme yetkisi hekime değil, müdahalelere maruz kalacak kişiye (hastaya) aittir. Yalnız bu rızanın hukuken geçerli olabilmesi için kişinin, sağlık durumunu, yapılacak müdahaleyi ve etkileri ile sonuçlarını bilmesi, (Bayraktar - a.g.e. - 125 vd.) bu konuda yeteri kadar aydınlanması ve iradesini bildirirken baskı altında kalmaması, serbest olması gerekir. Bu itibarladır ki ancak aydınlanmış ve serbest bir irade sonucu verilmiş rıza hukuken değeri olan bir rızadır. (Bayraktar - a.g.e. - 79-80 ve orada anılan eserler) Hatta C. Musotto; daha ileri gitmekte ve "kişi, sosyal fonksiyonlarını önemli ölçüde aksatacak müdahalelere razı olmak yetkisine sahip değildir" demek suretiyle 3. bir şart öngörmektedir. (Bayraktar - a.g.e. - 80, dip not 64; 104) Rızanın geçerli sayılabilmesi için ayrıca, tıp mesleğinin bu çeşit müdahalelere cevaz vermesi yani bu konuda bir müdahaleye hekimin hakkı olması gereklidir. (Çetin Özek - a.g.m. - 455). Nitekim Umumi Hıfzısıhha Kanununun 70. maddesinde de rızanın aranacağı ilke olarak belirtilmiştir. O halde yukarıdaki açıklamalardan çıkan sonuca göre; hastanın rızası ve hekimin tıbbi müdahalede bulunma hak ve görevine sahip oluşu, sonucu ne olursa olsun tıbbi müdahalenin hukuka uygun olduğunun kabulünü gerektirmez. Türk hukukunda da kabul edilen ve yukarıda kısaca değinilen karma görüşe göre; Hekim sağlıkla ilgili fiillerde, rızayı sağladıktan sonra tıp biliminin sınırları içinde hareket etmek yükümlülüğü altındadır ve hastanın rızasının kapsamına bağlı bulunmamaktadır" denilmektedir.[26]

Anılan Yargıtay kararından da açıkça anlaşılabileceği gibi; sadece hastanın rızasının varlığı ve hekimin tıbbi müdahalede bulunma hak ve görevine sahip oluşu müdahalenin hukuka uygunluğunu sağlamaya yetmemekte; aynı zamanda, hekimin teşhis ve tedavi yöntemlerini belirlerken ve uygularken tıp biliminin esasları ve ilkeleri çerçevesinde hareket etmesi de beklenmektedir.

Nitekim Yargıtay 13. Hukuk Dairesi 18.9.2018 tarih 2016/26894 E 2018/8072 K sayılı kararında "*Vekil, hastanın zarar görmemesi için, mesleki tüm şartları yerine getirmek, hastanın durumunu tıbbi açıdan zamanında ve gecikmeksizin saptayıp, somut durumunun gerektirdiği önlemleri eksiksiz bir şekilde almak, uygun tedaviyi de yine gecikmeden belirleyip uygulamak zorundadır. Asgari düzeyde dahi olsa bir tereddüt doğuran durumlarda, bu tereddütü ortadan kaldıracak araştırmaları yapmak ve bu arada da koruyucu tedbirleri almakla yükümlüdür. Çeşitli tedavi yöntemleri arasında bir seçim yapılırken, hastanın ve hastalığın özellikleri göz önünde tutulmak, onu risk altına sokacak tutum ve davranışlardan kaçınmak ve en emin yol seçilmek gerekir. Gerçekten de müvekkil (hasta) mesleki bir iş gören vekilden, tedavinin bütün aşamalarında titiz bir ihtimam ve dikkat beklemek hakkına sahiptir. Gereken özen görevini göstermeyen vekil, BK 394/1 maddesi hükmü uyarınca, vekaleti gereği gibi ifa etmemiş sayılmalıdır.*" gerekçesine yer vermiş bulunmaktadır.[27]

Bu çerçevede hukuka uygunluk koşullarına bağı olarak hareket eden hekim, aynı zamanda tıbbın gerek ve kurallarına da uygun davranmışsa, buna rağmen doğacak olumsuz sonuçlardan sorumlu tutulmayacaktır.[28]

Kısaltmalar

a.g.e., adı geçen eser.
a.g.m., adı geçen makale.

KAYNAKLAR

1. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası; Kanun Numarası : 2709 Kabul Tarihi : 18/10/1982 Yayımlandığı Resmî Gazete : Tarih : 9/11/1982 Sayı : 17863 (Mükerrer) Yayımlandığı Düstur: Tertip: 5 Cilt :22 Sayfa : 3 Erişim Tarihi: 16.10.2019 https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf
2. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi; Bakanlar Kurulu Kararının Tarihi : 13.1.1960, No: 4/12578 Dayandığı Kanunun Tarihi: 23.1.1953, No: 6023 Yayımlandığı R. Gazetenin Tarihi : 19.2.1960, No: 10436 Yayımlandığı Düsturun Tertibi : 3, Cildi: 41,S.164 Erişim Tarihi: 16.10.2019 https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/2.3.412578.pdf
3. Anayasa Mahkemesi Bireysel Başvuru Numarası : 2013/1789Karar Tarihi : 11/11/2015 Resmi Gazete Tarihi: 24 Aralık 2015 Resmi Gazete Sayısı: 29572 11.11.2015 tarih ve 2013/1789 sayılı kararı. Erişim Tarihi : 16.10.2019 http://www.kazanci.com/kho2/ibb/files/amkb2013-1789.htm
4. Demir S. Kamu Görevlisi Hekimlerin Tıbbi Müdahaleden Kaynaklanan Sorumluluğu Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2018, s.35.
5. Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokol; Bakanlar Kurulu Karar Tarihi: 05.05.2011 Karar Numarası: 2011/1827 Yayımlandığı Resmi Gazete Tarihi: 11.06.2011 Resmi Gazete Sayısı: 27961 (Mükerrer) Erişim Tarihi:16.10.2019 https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/06/20110611M1-4.htm
6. Hasta Hakları Yönetmeliği; Resmî Gazete Tarihi: 01.08.1998 Resmî Gazete Sayısı: 23420 Erişim Tarihi : 16.10.2019 https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hasta%20haklar%C4%B1
7. Hatırnaz Erol G. Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu ve Hasta Hakları, 5.Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2017. s.132.
8. Çakmut YÖ. Aydınlanma ve Rıza. Roche Sağlık Hukuku Günleri, Tebliğ. s.4.
9. Hakeri H. Tıp Hukuku, 1. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2007. ss.33-166.
10. Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun; Kanun Numarası : 1219 Kabul Tarihi : 11/4/1928 Yayımlandığı Resmî Gazete : Tarih : 14/4/1928 Sayı : 863 Yayımlandığı Düstur : Tertip : 3 Cilt : 9 Sayfa : 126. Erişim Tarihi: 16.10.2019 https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219.pdf
11. Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği; Resmî Gazete Tarihi: 26.04.2014 Resmî Gazete Sayısı: 28983. Erişim Tarihi: 16.10.2019 https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.19629&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=T%C4%B1pta%20ve%20Di%C5%9F%20Hekimli%C4%9Finde%20Uzmanl%C4%B1k%20E%C4%9Fitimi%20Y%C3%B6netmeli%C4%9Fi
12. Dünya Tabipler Birliği Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi -1981 ; Erişim Tarihi: 16.10.2019. https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/lizbon.htm
13. Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi Olarak 28-30 Mart 1994 Amsterdam Bildirgesi; Erişim Tarihi: 16.10.2019. https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/amsterdam.htm
14. Dünya Tabipler Birliği Bali Bildirgesi – 1995 ; Erişim Tarihi: 16.10.2019. https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/bali.htm
15. Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü (Ana Sözleşmesi) Temel Doküman – Kasım 2012; Erişim Tarihi: 16.10.2019. https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/avrupastatusu.htm
16. Biyoloji Ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları Ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları Ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun; Kanun No:5013 Kabul tarihi: 03.12.2003. Erişim Tarihi: 16.10.2019. https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5013.html
17. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu; Kanun Numarası : 1593 Kabul Tarihi : 24/4/1930 Yayımlandığı Resmi Gazete : 6/5/1930 Sayı : 1489 Yayımlandığı Düstur : Tertip : 3 Cilt : 11 Sayfa : 143. Erişim Tarihi: 16.10.2019. https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1593.pdf
18. Oral T. Ankara Barosu Dergisi 2011;2:203.
19. Türk Medeni Kanunu ;Kanun Numarası : 4721 Kabul Tarihi : 22/11/2001 Yayımlandığı Resmî Gazete : Tarihi : 8/12/2001 Sayı : 24607 Yayımlandığı Düstur : Tertip : 5 Cilt : 41. Erişim Tarihi: 16.10.2019. https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4721.pdf
20. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Yayın Tarihi : 01.02.1999. Son Güncelleme: 26 Ağustos 2015. Erişim Tarihi: 16.10.2019. https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=65&Itemid=31
21. Yargıtay 13. Hukuk Dairesi'nin 04.07.2018 tarih E. 2016/25663K. 2018/7615 sayılı kararı. Erişim Tarihi: 16.10.2019. http://www.kazanci.com/kho2/ibb/files/dsp.php?fn=13hd-2016-25663.htm&kw=+E.+`2016/25663+K.`+`2018/7615`+#fm
22. Polat O. Tıbbi Uygulama Hataları. Ankara: Seçkin Yayıncılık;2005, s.95
23. Yargıtay 13. Hukuk Dairesi'nin 18.9.2018 tarih E. 2016/26894 K. 2018/8072 sayılı kararı. Erişim Tarihi: 16.10.2019. http://www.kazanci.com/kho2/ibb/files/dsp.php?fn=13hd-2016-26894.htm&kw=E.+`2016/26894`+K.+`2018/8072`#fm
24. Yargıtay13. Hukuk Dairesi'nin 5.4.2018 tarih E. 2015/41712 K. 2018/4243 sayılı kararı. Erişim Tarihi: 16.10.2019. http://www.kazanci.com/kho2/ibb/files/dsp.php?fn=13hd-2016-26894.htm&kw=E.+`2016/26894`+K.+`2018/8072`#fm
25. Yargıtay13. Hukuk Dairesi'nin 15.9.2014 tarih E. 2013/26330 K. 2014/27050 sayılı kararı. Erişim Tarihi: 16.10.2019. http://www.kazanci.com/kho2/ibb/files/dsp.php?fn=13hd-2013-26330.htm&kw=`2013/26330`+K.+`2014/27050`++#fm
26. Yargıtay 4. Hukuk Dairesi'nin 7.3.1977 tarih 1976/6297 E. 1977/2541 K. sayılı kararı. Erişim Tarihi: 16.10.2019. http://www.kazanci.com/kho2/ibb/files/dsp.php?fn=4hd-1976-6297.htm&kw=`1976/6297`+#fm
27. Yargıtay 13. Hukuk Dairesi'nin 18.9.2018 tarih 2016/26894 E 2018/8072 K sayılı kararı. Erişim Tarihi: 16.10.2019 http://www.kazanci.com/kho2/ibb/files/dsp.php?fn=13hd-2016-26894.htm&kw=`2016/26894`+#fm
28. Yargıtay 13.Hukuk Dairesi'nin 5.4.2018 tarih 2015/41712 E. 2018/4243 K. sayılı kararı. Erişim Tarihi: 16.10.2019 http://www.kazanci.com/kho2/ibb/files/dsp.php?fn=13hd-2015-41712.htm&kw=`2015/41712`+E#fm

TOTBİD Dergisi
Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği

TOTBİD Dergisi 2020;19:27–31
https://doi.org/10.14292/totbid.dergisi.2020.05
DERLEME

Tıbbi uygulama hataları açısından Ortopedi ve Travmatoloji kliniklerindeki tıbbi kayıtların değerlendirilmesi

Evaluation of medical records in the orthopaedics and traumatology clinics for medical malpractice

Mehmet Mesut Sönmez

Şişli Hamidiye Etfal EAH, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul

Tıbbi kayıtlar, hastalar açısından öneminin yanı sıra, başta hekimler olmak üzere, diğer sağlık çalışanları, sağlık kuruluşları, adli tıp ve eğitim çalışmaları yönünden de büyük bir öneme sahiptir. Tıbbi kayıt sürecinin yönetiminde hedeflenen, tıbben kabul edilmiş standartlara uygunluğun denetim altına alınması, tanı ve tedavi sürecinde istenmeyen durumların ortaya çıkmasının önlenmesi ve sürecin aksayan yönlerinin iyileştirilmesidir. Tanı ve tedavi aşamasında hekimin mesleğini standartlara uygun olarak icra ettiği, ancak tıbbi kayıtlar aracılığıyla ispatlanabilir. Tıbbi açıdan "kayıt tutma yükümlülüğü" doğal bir tedavi yükümlülüğü olarak belirtilebilir. Dolayısı ile, kayıt tutmanın birinci amacı tedavi, ikinci amacı ise hizmet sunanların sundukları hizmetlerdeki sorumluluklarının sağlanmasıdır.

Anahtar sözcükler: tıbbi kayıtlar; ortopedi; tıbbi uygulama hatası

Medical records take an important role in patients' benefits but they also bear great importance in terms of physicians, other health professionals, health institutions, forensic medicine, and educational activities. The aim of the management of medical registration process is to check compliance with medically accepted standards, to prevent the occurrence of undesirable conditions in the diagnosis and treatment, and to improve the disruptive aspects of the process. It can be only proved through medical records that the physician performs his profession in accordance with the standards during diagnosis and treatment. From the medical point of view, the "medical records" can be defined as a natural treatment obligation. Therefore, the first aim of record keeping is the treatment, and the second is to ensure the responsibilities of the service providers in the services they provide.

Key words: medical records; orthopaedics; medical malpractice

GENEL BİLGİLER

İnsanın acılarını azaltmak ve hayatını uzatmak amacını güden tıp ve tıbbın uygulayıcısı olan hekim her şeyden önce insana zarar vermemekle yükümlüdür. "İyileştirme sanatının" uygulayıcısı; tarihsel gelişimini tamamlayarak "hekim" kimliği ile karşımıza çıkar. *"Primum nil nocere."*, "Önce, zarar verme." sözü, Hipokrat'ın binlerce yıl önce hekimlere öğütlediği meşhur aforizmasıdır. Her hekimin bu prensiple hareket ettiği kabul edilmekle beraber, tıbbi müdahaleler sonucunda istenmeyen ve zarar ile sonuçlanan durumlar ortaya çıkabilmektedir. İnsan sağlığına yararlı olduğu sürece toplum içinde saygınlık ve takdir gören hekim, zarar verdiği anda hastaya ve yaşadığı topluma karşı sorumlulukla tarih boyunca yüzleşmiştir. Zamanın akışı içerisinde, kusurlu tıbbi uygulamalar, doktorların sorumlu tutulduğu ve zaman zaman yasal yaptırımlarla karşılaştığı, mesleğin değişmez bir unsuru olarak, yasal düzenlemeler ile günümüzdeki halini almıştır.[1]

Son yıllarda, tıbbi uygulama hataları iddiasıyla hekimler aleyhine açılan davaların sayısı hızla artış göstermektedir. Hekimin sağlık hizmetini sunarken sahip olması gereken mesleki bilgi yanında, gerek kendisini gerekse hasta haklarını korumak açısından yasal düzenlemeleri bilmesi gerekir.

Tanım

Tıbbi kayıt, dinamik bir süreci tanımlar. Bu süreçte kullanılan materyallere tıbbi belge adı verilir ve tıbbi belgelerin bu sürece dâhil olması ve işleyişi ile ilerler. Tıbbi kayıt, genel anlamı ile hastanın kişisel bilgilerinin yanı sıra, tanı, tetkik ve tedavi süreci ile ilgili bilgilerinin usule uygun ortamda muhafaza edilmesidir. Bu belgelerin tümü yazılı ve/veya elektronik ortamda saklanabilir.

- İletişim adresi: Doç. Dr. Mehmet Mesut Sönmez, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
  Tel: 0532 - 334 11 55 e-posta: mdmesutsonmez@yahoo.com
- *Geliş tarihi: 14 Ekim 2019 Kabul tarihi: 12 Kasım 2019*

1219 sayılı ve 1928 tarihli Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun Türk Sağlık Hukuku mevzuatının temel kaynaklarından birini oluşturur. Kanunun 72. maddesinde, sağlık hizmeti sunan bireylerin hizmet verdiği kurumun vasfı gözetilmeksizin (bu, kamu veya özel sektör olabilir) "protokol defteri" düzenleme ve sağlık hizmeti verilen hastaların tıbbi kayıtlarının kayıt altına alınması zorunlu kılınmıştır. Kayıtların usulüne uygun olarak tutulması hekimin mesleğini özenli bir şekilde yerine getirmesi ile yakından ilişkilidir. "1 Haziran 2005" tarihinde yürürlüğe giren Türk Ceza Kanunu'nda, hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluklarında birçok yeni tanımlama ortaya çıkmıştır. Hekimlerin mesleklerini icra ederken hukuken sorumlu oldukları görevlerden biri de "kayıt tutma yükümlülüğüdür".

Tıbbi açıdan "kayıt tutma yükümlülüğü" doğal bir tedavi yükümlülüğü olarak belirtilebilir. Dolayısı ile, kayıt tutmanın birinci amacı tedavi, ikinci amacı ise hizmet sunanların sundukları hizmetlerdeki sorumluluklarının sağlanmasıdır.

Tıbbi Kayıtların Önemi

Tıbbi kayıtlar, sağlık personeli tarafından hastaların tedavilerine yönelik alınacak kararlarda temel araç olarak kabul edilir. Hastalara ait tıbbi bilgilerin sağlık çalışanları tarafından ayrıntılı olarak akıllarında tutulması mümkün değildir. Tıbbi kayıtlar, sağlık çalışanlarının, hastaların hastalık süreçlerine ait tüm tıbbi bilgileri gerektiğinde ve zamanında ulaşmasını sağlayarak, hem zaman kazandırır hem de hastanın tedavi sürecinin hatasız olarak yönetilmesini sağlar. Radyoloji ve laboratuvar hizmetleri gibi disiplinler arası iletişimin, çalışanlarının birebir iletişim kurması ile sağlanması imkân dahilinde değildir. Nitelikli ve amacına uygun sağlık hizmetinin sağlanması, disiplinler arası uyumlu çalışma, tıbbi kayıtların zamanında ve doğru şekilde paylaşılması ile sağlanabilir.[2] Hastaların tanı, tedavi ve bakım kalitesinin artırılması, sağlık çalışanları arasındaki bilgi alışverişinin en üst düzeyde tutulması ile sağlanır. Elde edilen tıbbi verilerin kayıt altına alınması ve saklanması, sağlık hizmetini sunan tüm kişilerin bu bilgilere ulaşmasını, dolayısıyla farklı kurumlarda çalışan sağlık çalışanlarının da bu bilgilerden yararlanmasını sağlar.[3] Sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetin, tanı ve tedavi süreçlerinin yönetilmesinde yüksek düzeyde güvenirlilik özelliği taşıması zorunludur. Tıbbi kayıt sistemi, sağlık kuruluşuna ait insan ve diğer kaynakların daha verimli kullanılmasına olanak verir.[4] Ayrıca, hekimler mevcut tıbbi bilgilerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi amacı ile de tıbbi okumalara ihtiyaç duyarlar.[5]

Özet olarak; tıbbi kayıtlar sayesinde:

- Hastalar için gereksiz yere tetkik ve tedaviler engellenerek kaynaklar verimli kullanılabilir.
- Uygulanan tedavilerin ve tedavi süreçlerinin başarısı hasta dosyalarındaki bilgilerden sağlanabilir.
- Kaynakların verimli kullanılması ile, ekonomik planlama ve sağlıklı finansal politikalar belirlenebilir.

Tıbbi kayıtlar gereken durumlarda mahkemelere sunulabileceğinden, son derece önemli belgelerdir. Bu nedenle, ayrıntılı ve düzenli tutulmalarında yarar vardır. Kayıt tutma, hukuksal bir zorunluluk olmasının yanı sıra, hekimleri bu davalar karşısında savunacak ve tıbbi uygulamalarının hukuka ve tıbba uygunluğunu objektif olarak ortaya koyabilecek yegâne unsurdur. Tıbbi uygulama hataları ile ilgili davalarda kayıtların yetersizliği, hekimlerin sundukları tıbbi hizmetlerin kanıtlarını yeterince ortaya koyamama sonucunu doğurur. Diğer yandan, tıbbi kayıtların yetersizliği, davacılar açısından hekimin sunduğu hizmetin güvenirliliği tartışmasını ortaya çıkarır.

Bu anlamda, tıbbi kayıtların önemi şu şekilde sıralanabilir:

- Yasal belge özelliğindedir.
- Sağlık hizmetini sunanları korur.
- Gerekli olan bilgilerin toplanmasını sağlar.
- Bilginin unutulmasını engeller.
- Bilginin toplanma süreçlerini hızlandırır.
- Tıbbi bilgileri birleştirerek veya ayrıştırarak daha sağlam sonuca ulaşılmasını sağlar.
- Personelin niteliğinin değerlendirilmesini kolaylaştırır.

Kayıtların doğruluğu ve özenli tutulması, sadece hukuksal açıdan önemli değildir; hekimin, hastasının tedavi sürecini daha iyi ve rahat değerlendirebilmesine olanak verecek, teşhis, tedavi ve hattâ tedavi sonrası süreçte hekime önemli katkılar sağlayacaktır.

HASTA DOSYASINDA BULUNMASI VE HEKİMLER TARAFINDAN DOLDURULMASI ZORUNLU EVRAKLAR

- Hasta yatış kağıdı
- Tıbbi müşahede ve muayene formu
- Aydınlatılmış onam ve rıza formu
- Güvenli cerrahi kontrol listesi
- Ameliyat notu
- Epikriz (çıkış özeti)

Hasta Yatış Kağıdı (Hasta Kabul ve İlk Giriş Formu)

Hastanın sağlık kuruluşuna başvurması ile birlikte, kurumun kabul birimleri tarafından tutulan bilgilerdir. Tedavi amacıyla sağlık kuruluşlarına müracaat eden hastaların yatarak tedavi edilmelerine karar verilmesi halinde, ilgili hekim tarafından kayıt altına alınan formdur. Bu formda, hastanın kimlik bilgileri, açık adresi, ulaşılabilecek telefon bilgileri, gereği halinde ulaşılabilecek hasta yakınının adresi ve telefon numarası ile birlikte, yatışı yapan doktorun adı, soyadı ve imza alanı bulunmalıdır.

Klinik uygulamada çoğunlukla adres ve telefon bilgileri yanlış doldurulmakta, özellikle telefon numarası kaydı, gerektiğinde ulaşılabilecek alternatif adres ve telefonlar kayıt altına alınmamaktadır. Bu, gerek hastaların takipleri sürecinde gerekse de eğitim ve çalışma sürecinde sıkıntılara neden olmaktadır.

Tıbbi Müşahede ve Muayene Formu

Tanı ve/veya sağlık kuruluşuna başvuran hastadan veya yakınından; sağlık durumu, hikâyesi, özgeçmişi, soy geçmişi ile ilgili elde edilen tüm bilgileri içerir. Anamnez bu formun temelini ve ilk kısmını içerir. Anamnezin en sağlıklısı ve en yol göstericisi, bizzat hastadan alınanıdır. Bununla birlikte, hastanın çocuk olması, demans gibi nedenler veya dil yetersizliği gibi durumlarda, hastanın bir yakınının bilgisine başvurulması gerekebilir. Hekim anamnez alırken, mümkün olduğunca tıbbi terimlerden uzak durarak, hastanın sosyo-kültürel seviyesine uygun anlatımlar seçmelidir. Anamnez, hekimlikte temel ve en değerli beceri olarak kabul edilir. Doğru tanı için, hekim ile hasta arasında kurulan iletişimin güçlü olması çok önemlidir.[6]

Anamnez sonrası, başvuran hastanın hastalığı ile ilgili ayrıntılı sistemik muayenesi, hastalığın tedavi seyrini etkileyebilecek diğer sistem muayeneleri de yapılır. Anamnezin alınması ve muayenenin yapılması sonrasında, hekimin olası ön tanısı ve bunları doğrulamak için istediği tetkiklerin de anamnez formuna işlenmesi gereklidir.[4]

Aydınlatılmış Onam ve Rıza Formu

Hekimin tüm tanı ve tedavi süreçlerinde, hastanın onayının alınması şarttır. Hastanın yeterince bilgilendirilmemesi (aydınlatılmaması) durumunda 'aydınlatılmış onam ve rıza formunun' onaylanmış olması bir anlam ifade etmez. Aydınlatılmış onam, kaliteli hekimlik uygulamasının ön koşulu olduğu gibi tıp etiğinin de en temel ilkelerindendir. Tıp mesleğini icra etmenin hukuksal olarak temel şartları, tıp diplomasına sahip olmak ve hastanın aydınlatılmış onam ve rızasını almaktır.

Aydınlatılmış onam ve rıza süreci; hastanın kendisine uygulanacak tıbbi işlemlere ait onay verme ya da reddetme yönünde karar verebilmesi için tıbbi işlem ile ilgili yeterince bilgilendirilmeyi, bilgiler üzerinde düşünülmeyi ve bağımsız olarak karar verme sürecini içerir. Kişilere uygulanacak tanı ve tedavi yöntemlerinin şekli, beklenen yararları, olası istenmeyen durumları, alternatif tanı ve tedavi yöntemleri konusunda, hasta anlaşılır şekilde ve yeterince aydınlatılmalıdır. Bilgilerin yalın ve anlaşılır bir şekilde açıklanması, bunların hasta tarafından yeterince anlaşılmış olması, hastanın gönüllü olarak onay vermesi sürecin ön şartıdır. Anılan şartların yerine getirilmesinde tedaviyi yöneten hekimin doğrudan sorumluluğu bulunmaktadır.[7]

Aydınlatılmış onam süreçleri tıbbi standartlara uygun tıp etiği kuralları dâhilinde tanımlanmış olup, ülkemizde de yasal düzenlemelerle uygulanmaktadır. Aydınlatılmış onam ile ilgili yasal süreç, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 70. maddesinde şöyle tanımlanmaktadır: Madde 70 (Değişik: 23/1/2008–5728/38 md.) "Tabipler ve diş hekimleri yapacakları her türlü müdahaleler için hastanın, hasta reşit değil ise velisinin onayını alırlar."

Aydınlatılmış onam belgesinde, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, açıkça belirtilmeli; önerilen tedavi seçeneği ve taşıdığı olası riskler, önerilen tedaviyi kabul etmemesi halinde hastalığının yaratacağı olası sonuçlar ve riskleri konularında hasta aydınlatılmalıdır.

Hastanın, hastalığı konusunda bilgilendirilecek hasta yakınlarını kendisinin belirleme hakkı vardır. Onam, baskı ve/veya eksik bilgilendirilme ile alınmış ise hükümsüzdür. Acil hallerde, hastanın reşit olmaması veya bilincinin karar veremeyecek durumda olması durumunda, hastanın yasal temsilcisinin onayı alınmalıdır. Hekim, yasal temsilcinin onay ya da ret kararının iyi niyetle alınmadığını düşünüyor ise, durum adli mercilere bildirilerek onay alınmalıdır. Bunun da mümkün olmaması hallerinde, tedaviyi yapan hekim bir meslektaşını bilgilendirerek hastaya gerekli müdahaleleri yapabilir. Acil hallerde müdahale etme takdiri hekime aittir. Hasta, müdahale edilmemiş olması şartı ile, vermiş olduğu onamı geri alma hakkına sahiptir.[7] Aydınlatılmış onamın temel bileşenleri şu şekilde sıralanabilir:

- Tanı ve tedavi ile ilgili bilgilerin hastaya tam olarak açıklanması
- Açıklanan bilgilerin hasta tarafından tam anlaşılır nitelikte ve anlaşılmış olması
- Aydınlatılmış onam belgesinin gönüllü olarak imzalanması

- Hastanın onam verme konusunda yeterliliğe sahip olması
- Hastanın açıklanan bilgileri anladığının, bilgilendirmeyi yapan tarafından onaylanması

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi

Güvenli cerrahi kontrol listesi, cerrahi öncesi süreçte hasta güvenliğini doğrudan etkileyen uygulamaları kapsar. Hastanın kimliği ve cerrahi alanın özellikle tarafın doğrulanması, cerrahi ekip üyelerinin belirtilmesi, profilaktik antibiyotiğin ameliyathanede uygulanması, kanama riskine karşı önlem alınması, alerjisinin ve kullandığı ilaçların değerlendirilmesi, cerrahi için gerekli malzemelerin hazır edilmesi ve cerrahi sonrası spanç ve aletlerin sayımı gibi birçok önemli basamakları içerir. Bu sistematik incelemeye rağmen yine de, yanlış tarafa cerrahi uygulama gibi istenmeyen durumlarla karşılaşılmaktadır.[8]

Ameliyat Notu

Cerrahi olarak tedavi edilen hastanın; adı, soyadı, yaşı, ameliyat öncesi tanısı, protokol numarası, yapılan ameliyat, ameliyat ekibinin adı soyadı ve anestezi ekibinin bilgilerini içerir.

Ameliyat zamanı ve süresi yanında, cerrahi uygulama hakkında ayrıntılı, anlaşılır ve sistematik bilgileri içermelidir. Cerrahi yaklaşımın başlangıcından sonuna kadar her aşamasındaki önemli ayrıntılar notta yer almalıdır. Ameliyat notundaki tıbbi kayıtların ayrıntılandırılması, hekimin mesleğini uygularken gösterdiği özenin ve tıbbi standartlara uygunluğunun en önemli göstergelerinden biridir. Örneğin, kalça protezi cerrahisi esnasında "katlar geçildi femur başı kesilerek çıkarıldı" şeklinde kaydedilen ameliyat notu, cerrahın uyguladığı cerrahide özenden uzak durduğu anlamına gelebilir. "Siyatik sinir korunarak dikkatlice ekarte edildi" ifadesi ise cerrahi sonrası gelişebilecek siyatik sinir arazının malpraktis yerine komplikasyon olarak değerlendirilmesi sonucuna vardırabilir.

Kullanılan cerrahi malzemeler, bu malzemelerin uygulanmasında kullanılan cerrahi setler titizlikle kayda alınmalıdır.

Ameliyat sonrası tanı zaman zaman değişebilmektedir; bunların "cerrahi sonrası tanı" olarak kaydı son derece önemlidir.

Epikriz (Çıkış Özeti)

Epikriz, sağlık kuruluşuna başvuran hastaya ilk başvuru anından taburcu olduğu ana dek yapılan her türlü tıbbi işlem ve uygulama süreçlerini belirten; konulan tanıyı, konsültasyonları, uygulanan cerrahi ve diğer tedavi yöntemlerinin bilgilerini içeren bir belgedir.[9]

Epikrizler tüm dal hekimlerinin anlayacağı dilde standart bir terminoloji kullanılarak yazılmalıdır. Hastanın taburcu olması ile birlikte, tüm tanı ve tedaviye yönelik yapılan uygulamalar kayıt altına alınmalıdır. Hastanın aynı veya başka bir sağlık kuruluşuna tekrar başvurması halinde, uygulanan tedavilere yönelik hazırlanan epikriz çok önemlidir.[10]

Hekim, epikriz ile hastaya uygulanan tüm tıbbi işlemleri denetime açmaktadır. İdari ve/veya hukuksal incelemeler daha çok epikriz üzerinde yer alan veriler üzerinden ilerler. Epikrizlerde, tanı ve tedavi süreci aşamaları belirtilmeli, tanıya yönelik tüm laboratuvar tetkiklerinin sonuçları, uygulanan cerrahi ve cerrahi dışı tedaviler, ilaç ve tıbbi malzemelerin süresi ve uygulanış şekilleri, hastanın taburcu olma şekli ayrıntılı olarak yazılmalıdır.[9]

Epikriz raporunda bulunması gerekenler:

- Hastanın kimlik bilgileri
- Yatış anında ve çıkış sonucundaki teşhisi (ICD-10 kodu)
- Yatış ve çıkış tarihleri
- Hastaya ait anamnez
- Tetkik sonuçları
- Konsültasyon istenen dallar ve sonuçları
- Ameliyat yapılmışsa yapılış tarihi ve çeşidi
- Hastanın yattığı süre içindeki günlük takip sonuçları
- Kullanılan sarf malzemelerinin türü ve kullanma gerekçeleri
- Kullanılan ilaçlar ve uygulanan doz miktarları
- Kullanılan kan ve kan bileşenleri
- Tedaviye yönelik yapılan işlemler ile öneriler

SONUÇ

Tıbbi kayıtların amacı, sunulan sağlık hizmetinin kime, ne zaman ve nasıl olduğunun ispatlanmasını sağlamaktır. Hasta dosyaları başta olmak üzere tüm tıbbi kayıtlar, hastaya sunulan sağlık hizmetinin değerlendirilmesinde önemli bir kaynak niteliğindedir. Sağlık hizmetini sunan sağlık profesyonelleri arasında iletişim sağlanması ve bilgi alışverişi, tıbbi kayıtlar sayesinde gerçekleşir. Bu kayıtlar aynı zamanda, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde de kullanılır. Sağlık eğitimleri, hasta, hekim ve sağlık kuruluşlarının yasal haklarının korunması, tıbbi araştırmalar, epidemiyolojik çalışmalar, maliyet ve finansal yönetim açısından, tıbbi kayıtlar büyük bir öneme sahiptir.

KAYNAKLAR

1. Sönmez MM. Kanunları Bilmemek Mazeret Sayılmaz. Ortopedi Forumu. Acta Orthop Traumatol Turc 2012;46(3):I–VI. Erişim: http://aott.org.tr/files/journals/1/articles/2389/public/2389-2809-1-PB.pdf
2. Işık O, Akbolat M. Bilgi Teknolojileri ve Hastane Bilgi Sistemleri Kullanımı: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. Bilgi Dünyası 2010;11(2):365–89.
3. Top M, Gider Ö, Ünalan D. Hastane Sektöründe İş Performansını Etkileyen Örgütsel Değişkenlerin (Faktörlerin) İncelenmesi. Kayseri ve Kocaeli İllerindeki Hemşireler Üzerine Bir Alan Araştırması. Yönetim 2010;21(66):71–96.
4. Doğan N. Sağlık Kuruluşlarında Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar, Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2014.
5. Sunay YM. Tıbbi Kayıtların Düzenlenmesi ve Saklanmasında Görülen Eksiklikler ve Hukuki Sonuçları. Türkiye Klin Cerrahi Tıp Bil Derg 2006;2(50):20–7.
6. Sümbüloğlu K, Akdağ B. Hasta Dosyaları "Bilimsel Yaklaşım". 1. Baskı. Denizli: Pamukkale Üniversitesi Yayınları; 2010.
7. Türk Tabipleri Birliği (TTB). Aydınlatılmış Onam Kılavuzu; 2013. Erişim: http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=983:onam&catid=26:etik&Itemid=65
8. Sönmez MM, Seçkin MF, Şen B, Ertan A, Öztürk İ. Adli Tıp Kurumu'ndan görüş sorulan ve ortopedi uzmanlık alanına giren tıbbi uygulama hatalarının gözden geçirilmesi. Acta Orthop Traumatol Turc 2009;43(4):351–8. **Crossref**
9. Özbabalık D, Arslantaş D, Arslantaş A, Adapınar B, Dündar E, Çetinkaya F. Tıbbi Dokümantasyon, 1. Baskı, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları; 2012.
10. TCHEALTH, Bilgi Teknolojileri Ltd. Şti. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirme Projesi; 2008. Erişim: **Crossref**

TOTBİD Dergisi
Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği

TOTBİD Dergisi 2020;19:32–37
https://doi.org/10.14292/totbid.dergisi.2020.06
DERLEME

Ortopedi ve Travmatolojide bilgilendirilmiş rıza

Informed consent in Orthopedics and Traumatology

Nezih Varol

Halk Sağlığı ve Adli Tıp Uzmanı, TOTBİD Sağlık Hukuku Kurulu Üyesi

Sağlık hizmet sunumunda hukuka uygunluk şartları arasında önemli obje olan "Bilgilendirme" kavramı hakkında doğru bilgilere ulaşmak gereklidir. Sağlık çalışanı olarak tarihten gelen bir anlayış ile insan bedenine dokunma hakkı mutlaka kişinin rızasına dayanmalıdır. Ancak hayati tehlike arz eden acil durumlarda bu hak izinsiz kullanmaya dönüşür ki bu hekimlere tanınan çok özel bir "hak"tır İzinsiz kullanma hakkına dayalı bile olsa "el atma sorumluluğu" mutlaka kişinin bilgilendirilmesine dayalı olmalıdır. Zira hasta yararına bir iş görme, bir risk üstlenme olarak kabul edilen hekim ile hasta arası ilişkideki vekalet sözleşmesinin ana unsuru yapılanların ispatı ile hasta yararıdır. Bu bağlamda yapılanların ispatı açısından tıbbi belgeler bilgilendirmenin ispatı için yeterli olabilir mi, bu konuda prosedürler nasıl hazırlanmalı, nasıl bir form kullanılmalı, imzalanan belgeler kim tarafından ne zaman imzalanmalı, içeriği nasıl olmalı? vb. sorulara yanıt arayarak konuyu Sağlık Hukuku boyutu ile ele alacağız.

Anahtar sözcükler: ortopedi ve travmatoloji; bilgilendirilmiş rıza

It is necessary to reach the right concepts about the concept of information, which is an important object among the conditions of compliance with the law in health service provision. As a health worker, the right to touch the human body with an understanding from history must be based on the consent of the person. However, in the case of life-threatening emergencies, this right becomes unauthorized use, a very special right granted to physicians. The responsibility for confiscation, even if it is based on the right of unauthorized use, must be based on the information of the person. This is because the main element of the power of attorney agreement in the relationship between the physician and the patient, which is considered to be a job for the benefit of the patient and to assume a risk, is the benefit of the patient with the proof of the actions taken. In terms of proof of this, medical documents can be sufficient for proof of information, how to prepare procedures, how to use a form, who signed the documents when, how the content should be? We will consider the law with its dimension.

Key words: orthopedics and traumatology; informed consent

BİLGİLENDİRME NEDİR?

Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan bir kişi, alacağı sağlık hizmetini bilmedir. Bununla birlikte en kısa sürede en yüksek yararda hizmetten yararlanma hakkı adına, hastanın alacağı sağlık hizmetindeki müdahalelere ortak olabilmesi için bilgilendirilmesi, hekimler için doğal bir güvence niteliğindedir.

Kişinin bilgilendirilmesi temel haklarından birisidir.

Zira;

Kişi hiç bilmediği, hiç güç yetiremediği bir konu olan sağlık hizmeti sunumunda tam bir teslimiyet içinde bile kalsa, vücut bütünlüğüne karşı yapılan her türlü müdahalede üç temel değer dikkate alınmalıdır.[1]

1. Sosyal devlet ilkesine bağlı "Sağlık Hakkı"
2. Vücut bütünlüğüne dokunmaya izin verme hakkı
3. Kendi geleceği üzerinde karar verebilme hakkı

Sağlık hakkı, Anayasa'mızın 56. maddesi ile güvence altına alınmıştır.[2]

A. Sağlık Hizmetleri ve Çevrenin Korunması

Madde 56 *- Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.*

Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir.

Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf

• İletişim adresi: Nezih Varol, Sahrayıcedid Mah. Şehit İlhanlar Sok. Dumlu Apt. 7/3, Kadıköy, İstanbul
Tel: 0542 - 242 13 92 e-posta: nezihvarol@yahoo.com
• *Geliş tarihi: 23 Aralık 2019 Kabul tarihi: 25 Aralık 2019*

ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.

10 Aralık 1948 tarihinde Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'da 217 sayılı karar ile kabul edilen "İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi" 25. maddede Sağlık Hakkı ifade edilmiştir.[3]

Madde 25

1. *Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir.*

2. *Anaların ve çocukların özel bakım ve yardım görme hakları vardır. Bütün çocuklar, evlilik içi veya evlilik dışı doğmuş olsunlar, aynı sosyal güvenceden yararlanırlar.*

Vücut bütünlüğüne dokunmaya izin verme hakkı da Anayasa tarafından 17. madde ile güvence altına alınmıştır.[2]

Kişinin Dokunulmazlığı, Maddi ve Manevi Varlığı

Madde 17 *- Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz. Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tabi tutulamaz.*

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 70. maddesi sağlık çalışanlarına her türlü müdahale de rıza şartı getirmiştir.[4]

Madde 70 *- **(Değişik: 23/1/2008-5728/38 md.)***

Tabipler, diş tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evvelemirde muvafakatini alırlar. Büyük ameliyei 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 ikiyüzelli Türk Lirası idarî para cezası verilir. Bu Kanunda yazılı olan idarî para cezaları mahallî mülkî amir tarafından verilir.

Ayrıca Hasta Hakları Yönetmeliği'nde (HHY) hasta tedavilerindeki tıbbi müdahalelerde rıza alınması gerektiği 24. madde ile belirtilmiştir.[5]

HHY Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası

Hastanın Rızası ve İzin

Madde 24 *- Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.*

Kanuni temsilci tarafından muvafakat verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; Türk Medeni Kanunu'nun 272'nci (Ana ve baba, vazifelerini ifa etmedikleri takdirde hâkim, çocuğun himayesi için muktazi tedbirleri ittihaz ile mükelleftir) ve 431'inci (Sulh mahkemesi, azle tevessül ve inzibati cezadan maada, vesayet altındaki kimsenin menfaati için muktazi tedbirleri de ittihaz ile mükelleftir.) maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır.

Kanuni temsilciden veya mahkemeden izin alınması zaman gerektirecek ve hastaya derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı veya hayati organlarından birisi tehdit altına girecek ise, izin şartı aranmaz.

Üçüncü fıkrada belirtilen ve hayatı veya hayati organlardan birisini tehdit eden acil haller haricinde, rızanın her zaman geri alınması mümkündür.

Rızanın geri alınması, hastanın tedaviyi reddetmesi anlamına gelir.

Rızanın müdahale başladıktan sonra geri alınması, ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır.

Hasta Hakları Yönetmeliği'ne göre sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kimsenin bu sağlık hizmetine rıza verebilmesi için önce bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Dünya Tabipleri Birliğinin uzun emeklerle ele aldığı ve sözleşmelere konu ettiği "Hasta Hakları" ülkemizde 1998 yılında yayınlanan Yönetmelik ile bilgilendirmenin ve rızanın nasıl alınması gerektiğine yönelik şekil şartları oluşturmuştur.

İKİNCİ BÖLÜM

Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı

Bilgi İsteme

Madde 7 *- Hasta, sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda bilgi isteyebilir. Bu hak, hangi sağlık kuruluşundan hangi şartlara göre faydalanılabileceğini, sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilen her türlü hizmet ve imkanın neler olduğunu ve müracaat edilen kuruluşta verilen sağlık hizmetlerinden faydalanma usulünü öğrenme haklarını da kapsar.*

Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastayı birinci fıkra uyarınca bilgilendirmek için yeterli teknik donanımı haiz birimi oluşturmak; bu birimde, hastaya kesin ve yeterli bilgi

verebilecek nitelik ve ehliyete sahip personeli daimi olarak istihdam etmek ve hastanın ihtiyacı olan birimlere kolayca ulaşabilmesini temin etmek üzere, kuruluşun uygun yerlerinde bilgilendirici tabela, broşür ve işaretler bulundurmak gibi tedbirleri almak zorundadırlar.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Sağlık Durumu İle İlgili Bilgi Alma Hakkı

Bilgilendirmenin Kapsamı

Madde 15 - (Başlığı ile birlikte değişik: RG-8/5/2014-28994)

Hastaya;

a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,
b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,
c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,
ç) Muhtemel komplikasyonları,
d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,
e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,
f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,
g) Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği, hususlarında bilgi verilir.

Kayıtları İnceleme

Madde 16 - Hasta, sağlık durumu ile ilgili bilgiler bulunan dosyayı ve kayıtları, doğrudan veya vekili veya kanuni temsilcisi vasıtası ile inceleyebilir ve bir suretini alabilir. Bu kayıtlar, sadece hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olanlar tarafından görülebilir.

Kayıtların Düzeltilmesini İsteme

Madde 17 - Hasta; sağlık kurum ve kuruluşları nezdinde bulunan kayıtlarında eksik, belirsiz ve hatalı tıbbi ve şahsi bilgilerin tamamlanmasını, açıklanmasını, düzeltilmesini ve nihai sağlık durumu ve şahsi durumuna uygun hale getirilmesini isteyebilir.

Bu hak, hastanın sağlık durumu ile ilgili raporlara itiraz ve aynı veya başka kurum ve kuruluşlarda sağlık durumu hakkında yeni rapor düzenlenmesini isteme haklarını da kapsar.

Bilgi Vermenin Usulü

Madde 18 - (Değişik: RG-8/5/2014-28994)

Bilgi, mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde verilir.

Hasta, tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından tıbbi müdahale konusunda sözlü olarak bilgilendirilir. Bilgilendirme ve tıbbi müdahaleyi yapacak sağlık meslek mensubunun farklı olmasını zorunlu kılan durumlarda, bu duruma ilişkin hastaya açıklama yapılmak suretiyle bilgilendirme yeterliliğine sahip başka bir sağlık meslek mensubu tarafından bilgilendirme yapılabilir.

Hastanın kendisinin bilgilendirilmesi esastır. Hastanın kendisi yerine bir başkasının bilgilendirilmesini talep etmesi halinde, bu talep kişinin imzası ile yazılı olarak kayıt altına alınmak kaydıyla sadece bilgilendirilmesi istenilen kişilere bilgi verilir.

Hasta, aynı şikayeti ile ilgili olarak bir başka hekimden de sağlık durumu hakkında ikinci bir görüş almayı talep edebilir.

Acil durumlar dışında, bilgilendirme hastaya makul süre tanınarak yapılır.

Bilgilendirme uygun ortamda ve hastanın mahremiyeti korunarak yapılır.

Hastanın talebi halinde yapılacak işlemin bedeline ilişkin bilgiler sağlık hizmet sunucusunun ilgili birimleri tarafından verilir.

Bilgi Verilmesi Caiz Olmayan ve Tedbir Alınması Gereken Haller

Madde 19 - Hastanın manevi yapısı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimalinin bulunması ve hastalığın seyrinin ve sonucunun vahim görülmesi hallerinde, teşhisin saklanması caizdir.

Hastaya veya yakınlarına, hastanın sağlık durumu hakkında bilgi verilip verilmemesi, yukarıdaki fıkrada belirtilen şartlar çerçevesinde tabibinin takdirine bağlıdır.

Tedavisi olmayan bir teşhis, ancak bir tabip tarafından ve tam bir ihtiyat içinde hastaya hissettirilebilir veya bildirilebilir. Hastanın aksi yönde bir talebinin bulunmaması veya açıklanacağı şahsın önceden belirlenmemesi halinde, böyle bir teşhis ailesine bildirilir.

Bilgi Verilmesini Yasaklama

Madde 20 - (Değişik: RG-8/5/2014-28994)

İlgili mevzuat hükümleri ve/veya yetkili mercilerce alınacak tedbirlerin gerektirdiği haller dışında; kişi, sağlık durumu hakkında kendisinin, yakınlarının ya da hiç kimsenin bilgilendirilmemesini talep edebilir. Bu durumda kişinin kararı yazılı olarak alınır. Hasta, bilgi verilmemesi talebini istediği zaman değiştirebilir ve bilgi verilmesini talep edebilir.

Rıza Olmaksızın Tıbbi Ameliyeye Tabi Tutulmama

Madde 22 - Kanunda gösterilen istisnalar hariç olmak üzere, kimse, rızası olmaksızın ve verdiği rızaya uygun olmayan bir şekilde tıbbi ameliyeye tabi tutulamaz.

Bir suç işlediği veya buna iştirak ettiği şüphesi altında bulunan kişinin işlediği suçun muhtemel delillerinin, kendisinin veya mağdurun vücudunda olduğu düşünülen hallerde; bu delillerin ortaya çıkarılması için sanığın veya mağdurun tıbbi ameliyeye tabi tutulması, hakimin kararına bağlıdır.

Gecikmesinde sakınca bulunan hallerde bu ameliye, cumhuriyet savcısının talebi üzerine yapılabilir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası

Hastanın Rızası ve İzin

Madde 24 - (Değişik: RG-8/5/2014-28994)

Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.

Kanuni temsilcinin rızasının yeterli olduğu hallerde dahi, anlatılanları anlayabilecekleri ölçüde, küçük veya kısıtlı olan hastanın dinlenmesi suretiyle mümkün olduğu kadar bilgilendirme sürecine ve tedavisi ile ilgili alınacak kararlara katılımı sağlanır.

Sağlık kurum ve kuruluşları tarafından engellilerin durumuna uygun bilgilendirme yapılmasına ve rıza alınmasına yönelik gerekli tedbirler alınır.

Kanuni temsilci tarafından rıza verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; Türk Medeni Kanununun 346'ncı ve 487'nci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır.

Tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbî müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri göz önüne alınır.

Yeterliğin zaman zaman kaybedildiği tekrarlayıcı hastalıklarda, hastadan yeterliği olduğu dönemde onu kaybettiği dönemlere ilişkin yapılacak tıbbi müdahale için rıza vermesi istenebilir.

Hastanın rızasının alınamadığı hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açacak durumun varlığı halinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmak rızaya bağlı değildir. Bu durumda hastaya gerekli tıbbi müdahale yapılarak durum kayıt altına alınır. Ancak bu durumda, mümkünse hastanın orada bulunan yakını veya kanuni temsilcisi; mümkün olmadığı takdirde de tıbbi müdahale sonrasında hastanın yakını veya kanuni temsilcisi bilgilendirilir. Ancak hastanın bilinci açıldıktan sonraki tıbbi müdahaleler için hastanın yeterliği ve ifade edebilme gücüne bağlı olarak rıza işlemlerine başvurulur.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında yatarak tedavisi tamamlanan hastaya, genel sağlık durumu, ilaçları, kontrol tarihleri diyet ve sonrasında ***neler yapması gerektiği gibi bilgileri içeren taburcu sonrası tedavi planı sağlık meslek mensubu tarafından sözel olarak anlatılır. Daha sonra bu tedavi planının yer aldığı epikrizin bir nüshası hastaya verilir.***

Tedaviyi Reddetme ve Durdurma

Madde 25 *- Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir.*

Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz.

Rıza Formu

Madde 26 - (Başlığı ile birlikte değişik: RG-8/5/2014-28994)

Mevzuatta öngörülen durumlar ile uyuşmazlığa mahal vermesi tıbben muhtemel görülen tıbbi müdahaleler için sağlık kurum ve kuruluşunca 15'inci maddedeki bilgileri içeren rıza formu hazırlanır. Rıza formunda yer alan bilgiler; sözlü olarak hastaya aktarılarak rıza formu hastaya veya kanuni temsilcisine imzalatılır. Rıza formu iki nüsha olarak imza altına alınır ve bir nüshası hastanın dosyasına konulur, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilir. Acil durumlarda tıbbi müdahalenin hasta tarafından kabul edilmemesi durumunda, bu beyan imzalı olarak alınır, imzadan imtina etmesi halinde durum tutanak altına alınır. Rıza formu bilgilendirmeyi yapan ve tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından imzalanır. Verilen bilgilerin doğruluğundan ilgili sağlık meslek mensubu sorumludur. Rıza formları arşiv mevzuatına uygun olarak muhafaza edilir.

Rızanın Şekli ve Geçerliliği

Madde 28 *- Mevzuatın öngördüğü istisnalar dışında, rıza herhangi bir şekle bağlı değildir.*

Hukuka ve ahlaka aykırı olarak alınan rıza hükümsüzdür ve bu şekilde alınan rızaya dayanılarak müdahalede bulunulamaz.

Rızanın Kapsamı ve Aranmayacağı Haller

Madde 31 - (Başlığı ile birlikte değişik: RG-8/5/2014-28994)

Rıza alınırken hastanın veya kanuni temsilcisinin tıbbi müdahalenin konusu ve sonuçları hakkında bilgilendirilip aydınlatılması esastır.

Hastanın verdiği rıza, tıbbi müdahalenin gerektirdiği sürecin devamı olan ve zorunlu sayılabilecek rutin işlemleri de kapsar.

Tıbbi müdahale, hasta tarafından verilen rızanın sınırları içerisinde olması gerekir.

Hastaya tıbbi müdahalede bulunulurken yapılan işlemin genişletilmesi gereği doğduğunda müdahale genişletilmediği takdirde hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açabilecek tıbbi zaruret hâlinde rıza aranmaksızın tıbbi müdahale genişletilebilir.

Mevzuat bize bu konuda yol gösterici iken pratikte uygulama bulamamaktadır. Zira hasta yararına düşünme, hasta yerine düşünmek haline gelmesi günümüz pratiğinde görülen gerçeklerdir.

Böyle bir durumda hastaya yaklaşım, hastanın en kısa sürede en yüksek yararda hizmet alması değil, mevcut olanakların hastaya bir an önce kullanılması şekline dönüşmektedir.

Hastaya yaklaşımda esas olan hastalık davranışını bilmek ne kadar ütopik ise de mevcut olanakların kullanılmasında hasta iradesini öne çıkarmak hukuki bir zorunluluktur.

Bu noktada Ortopedi ve Travmatoloji uzmanı bir hekimin bilmesi gereken ana kavram şudur;

Hastanın, yapılan bilgilendirilme ve beden bütünlüğüne müdahale edilirken vereceği rıza ile geleceğini belirleme hakkını kullandığıdır.

Hasta haklarını korumak ve geliştirmek bir hekimin esas ödevidir. Hasta haklarını korumak hekimin saygınlığını arttırır, hastanın/kişinin verdiği rıza ile tedaviye ortak olması ile hizmetin kalitesi artar, tedavide başarı şansı yükselir, oluşan hasta memnuniyeti ile sadık hastalar yaratılır.

Uluslararası karşılaştırmalı hukukta hasta bilgilendirmesinde ortak nokta hekimin yükümlülüğü olduğudur. Türkiye Cumhuriyeti Yüksek Mahkeme kararları da benzer şekilde aydınlatma yükümlülüğü olarak konuyu ele almış ve yüzlerce karar ile konunun önemine değinilmiş içtihatlar yaratılmıştır.

Bu noktada esas olan bu bilgilendirmenin nasıl yapılacağı, yapılan bilgilendirmenin her olguda yeterli olup olmadığına nasıl karar verilebileceği, ilerde bilgilendirmenin yeterli olmadığı iddiasına kimin karar vereceği gibi konular sağlık hukukunun tartışma konuları olmuştur.

Bu makalede özellikle bu konular ele alınarak bilgi vermek amaçlanmıştır.

Ortopedi ve Travmatoloji pratiğinde iki çeşit hasta vardır. Travmaya bağlı **acil** hastalar, hastalıklara bağlı **ağrı**/**uyuşma**/**hareket kısıtlığı** gibi şikayetler ile başvuran **terapötik** hastalar.

Acil hastalarda vakanın ağırlığı, hayati tehlikenin fazla oluşu ile bilgilendirme arasında ters orantı vardır. Bilgilendirme ile kaybedilen zaman hasta zararı olabilmektedir. Burada esas olan hasta yararı dikkate alınarak üstlenilen riskin niteliğidir.

Bilgilendirme ile hastanın iradesini hizmete ortak etmek yerine, hasta yerine bilgi sahibi olan hekimin hasta yararına hızlı karar vererek söz konusu "vekalet sözleşmesi" ile hareket etmesidir.

Vekalet sözleşmesinin hukuki şartlarını (hasta yararına ve hasta iradesine uygun iş görme, risk üstlenme, nispeten bağımsızlık vb.) bu noktada iş görme unsurunda öne çıkarıp hastanın öncelikli yarar göreceği tıbbi müdahaleleri onun adına yapması gerekmektedir. Bu durumda bile hastaya mümkün olan bilgi verilmeli, hasta yakınlarının endişesi giderilmelidir.

Terapötik amaçlı aydınlatmada, öncelikle hastaya sağlık durumu hakkında ve sağlıklı yaşam için davranış ölçütleriyle ilgili bilgiler verilmelidir. Tıbbi müdahaleye etkisi olacak yan konular (sağlık kaynakları, tedavinin mali içeriği, hastane fiziki yapısı vb.) hakkında da bilgi alması sağlanmalıdır.

BİLGİLENDİRMENİN ŞEKLİ

Hem ceza hukukunda hem de özel hukukta, tıbbi müdahalenin yapılmadan önce hasta rızasının alınması gereken şart olmakla birlikte, sözleşmesel sorumluluk açısından şekil şartı bulunmamaktadır. Özellikle özel hukukta iş görme bir edimi/borcu ifade ettiğinden Türk Borçlar Hukuku bu noktada yol gösterici olarak geçerlilik kuralının altını çizer.[6]

Türk Borçlar Kanunu

B. Sözleşmelerin şekli

I. Genel kural

Madde 12 *- Sözleşmelerin geçerliliği, kanunda aksi öngörülmedikçe, hiçbir şekle bağlı değildir. Kanunda sözleşmeler için öngörülen şekil, kural olarak geçerlilik şeklidir. Öngörülen şekle uyulmaksızın kurulan sözleşmeler hüküm doğurmaz.*

Sağlık hizmet sunumunda kalite standartlarını belirleyen prosedürler ve buna bağlı geliştirilmiş belgeler kliniklerin mevcut yapısı ile farklılıklar gösterebilmekle birlikte Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığının yayınladığı "Sağlıkta Kalite Standartları Hastane" SKS 5. versiyon ile konuya uygulama açısından şekil getirmiştir.[7]

TANIMLAR

Hasta Odaklılık: *Sunulan tüm hizmetlerde, istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak hastanın teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinde aktif katılımının sağlanmasıdır*

Rıza Belgesi: *Uygulanacak tıbbi işleme ilişkin, işlemi yapacak sağlık personeli tarafından hastaya aktarılan bilgilerin yer aldığı ve hastanın rızasını almak için oluşturulmuş dokümandır.*

Kod	***Standart 4***
HHD04 Çekirdek	*Hasta ve/veya hasta yakını, hastaya sunulabilecek teşhis, tedavi, bakım hizmetleri, hasta sorumlulukları ile diğer hizmetler hususunda bilgilendirilmelidir.*
Kod	***Değerlendirme Ölçütü***
HHD04.01	*Ayaktan ve yatan hastalarda bilgilendirmenin nasıl yapılacağı ve bilgilendirmeye ilişkin kurallar belirlenmelidir.*
HHD04.02	*Hasta/Hasta yakını, hastane tarafından belirlenen kurallar doğrultusunda, ilgili hekim tarafından sözlü olarak bilgilendirilmelidir.* *Hasta/Hasta yakını asgari aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir:* *o Hastanın genel durumu* *o Tedavi süreci* *o Bakım uygulamalarının seyri* *o Yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale*
HHD04.03	*Hasta/hasta yakınlarının bilgilendirilmesi sırasında hasta mahremiyeti sağlanmalıdır.*
HHD04.04	*Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda, hasta veya hasta yakınının nasıl bilgilendirileceği tanımlanmalıdır.*
Kod	***Standart 5***
HHD05	*Her türlü tıbbi müdahale öncesinde hasta rızası alınmalıdır.*
Kod	***Değerlendirme Ölçütü***
HHD05,01	*Sözlü olarak yapılan bilgilendirme sonrasında yazılı olarak hastanın rızası alınmalıdır.* *Rıza Formu asgari aşağıdaki bilgileri içermelidir:* *o İşlemin kim tarafından yapılacağı* *o İşlemden beklenen faydaları* *o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar* *o Varsa işlemin alternatifleri* *o İşlemin riskleri-komplikasyonları* *o İşlemin tahmini süresi* *o Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri* *o Hastanın sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri* *o Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği* *o Hastanın adı, soyadı ve imzası* *o İşlemi uygulayacak hekimin adı, soyadı, unvanı ve imzası* *o Rızanın alındığı tarih, saat gibi*

SONUÇ

Ortopedi ve Travmatoloji uzmanları; yaptıkları tüm sağlık hizmet sunumunda hasta katılımını sağlamak, ortak iradeye onların da girmesini sağlamak adına hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirmelidir.

Ortopedi ve Travmatoloji alanında uygulanan kalite standartlarını gözeterek hareket etmelidir.

Bu bağlamda kendi branşlarına yönelik prosedürleri bilmeli, güncellemeli, her olguda hasta yararını gözetmelidir.

Hastanın kendi geleceğini belirleme hakkına saygı göstermeli, hayati tehlikenin varlığında acil durumlarda bile hasta yararını düşünerek en hızlı kararı verirken mümkün olan bilgiyi hastaya verebilmelidir.[8]

KAYNAKLAR

1. Erman B. Tıbbi Müdahalelerin Hukuk Uygunluğu. Ankara: Seçkin Yayınları; 2003. s.57.
2. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. Erişim: https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf Erişim Tarihi: 24.10.2019.
3. BM İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/7217.pdf Erişim Tarihi: 24.10.2019.
4. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. Erişim: http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=1014:1219-tababet-ve-uabati-sanatlarinin-tarzi-crasina-dar-kanun&catid=1:yasa&Itemid=28 Erişim Tarihi: 24.10.2019.
5. Hasta Hakları Yönetmeliği. Erişim: https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hasta%20haklar%C4%B1 Erişim Tarihi: 24.10.2019.
6. Türk Borçlar Kanunu. Erişim: https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6098.pdf Erişim Tarihi: 24.10.2019.
7. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. Sağlıkta Kalite Standartları - Hastane, 1. Revizyon, 2. Baskı. Ankara: Pozitif Matbaa; 2016. https://dosyahastane.saglik.gov.tr/Eklenti/7273,sks-saglikta-kalite-standartlari-2pdf.pdf?0
8. Tacir H. Hastanın Kendi Geleceğini Belirleme Hakkı. İstanbul: Legal Kitabevi; 2011.

TOTBİD Dergisi
Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği

TOTBİD Dergisi 2020;19:38–50
https://doi.org/10.14292/totbid.dergisi.2020.07
DERLEME

Ortopedi ve Travmatoloji uygulamaları açısından aydınlatılmış onam

Informed consent in Orthopedics and Traumatology

Emine Ahşen Oktay (Dinç)

Türkyaman – Dinç Hukuk Bürosu, Beşiktaş, İstanbul

Bu çalışma tıbbi müdahaleyi hukuka uygun hale getiren aydınlatılmış rıza (aydınlatılmış onam) kavramı hakkındadır. Aydınlatılmış rıza aynı zamanda hastanın bilgilendirilme hakkıdır. Aydınlatma, hekim için bir borç, hasta için bir haktır. Hekimin geçerli bir rıza için hastayı, rahatsızlığı, tedavisi ve sonuçları konusunda ayrıntılı olarak aydınlatması gerekmektedir. Hukuken kabul edilebilir bir aydınlatılmış rıza için bilgilendirme ve rıza sürecinde önemli hususların neler olduğu bu çalışmada aktarılmıştır. Ayrıca bu makalede hastanın bilgilendirilmesi yükümlülüğü sonrası hastanın rızasının alınması anlatılmıştır. Bilgilendirme kapsamında; bilgilendirmenin temel özellikleri, bilgilendirmenin zamanı, bilgilendirmeyi yapacak kişi, bilgilendirilecek kişi, bilgilendirmenin şekli, şartı ve ispatı konuları irdelenmiştir. Bilgilendirme sonrası, rızanın temel özellikleri, kapsamı irdelenmiştir. Hasta hakkı ihlali hukuka aykırı eylem olacağından sorumluluğu gerektirmektedir. Geçerli bir aydınlatılmış onam alınmadan yapılan tıbbi müdahale hukuka aykırı olacak (bilgilendirilme hakkının ihlali söz konusu olacaktır) ve sorumluluğu gerektirecektir. Bu kapsamda bir hasta hakkı olan bilgilendirilme hakkının ihlalinde ve/veya rızasız tıbbi müdahale durumunda hastaya ya da hasta yakınlarına karşı hukuki, idari ve cezai olmak üzere hukuksal sonuçları bulunmaktadır. Son olarak da makalemizde aydınlatılmış onam kavramı Yargıtay Kararları ile örnekler verilerek aktarılmıştır.

Anahtar sözcükler: hasta hakkı; aydınlatılmış onam;bilgilendirilme hakkı; aydınlatma yükümü; hukuka uygun aydınlatılmış onam; onam formu

At present article deals with informed consent issue that could put medical interventions under legal frame. Informed consent is also the right of patient to be informed. Obligation to inform is an obligation of doctor also a right of patient. Doctors must clarify patient and / or patient relatives about detail information regarding the patient's health problem, therapy and the results of this therapy for valid consent. With this study, we want to explain the meaning of a valid informed consent under legal frame and in this context the important points of informed process and consent process. Also this article describes obligation of informed and then providing approval of the patient. Within scope of the information; the basic principles of the information, the time of the information, person to inform, person to be informed, informed form requirement and the proof of the information were examined. After process of informed of the patient, the basic principles and scope of consent issue were examined. Infringement on patients' rights is caused unlawful medical intervention and require liability. Medical treatment without valid informed consent is unlawful (infringement of right of patient to be informed) and require liability. Our criminal law, private law and also administrative law bear legal consequences to patient and patient relatives when the infringement of right of patient to be informed and/or lack of consent, as a patient's right infringement. Lastly, in our article, informed consent issue is discussed in light of Supreme Court of Appeals decisions.

Key words: right of patient; informed consent; obligation right of patient; burden of clarification; valid informed consent; consent form

Hekim ile hasta arasındaki ilişkinin paternalistik yaklaşımdan uzaklaşılarak hem hekim hem de hastanın karşılıklı hak ve yükümlülükleri olduğu vurgusu ile "sözleşmesel" ilişki kapsamında değerlendirilmeye başlanması sonucu hasta haklarının önemi artmıştır. Çünkü hekimlerin hastaların sağlığını koruyucu, önleyici, tedavi amacıyla tıbbi endikasyon ve tıbbi standartlara uygun olarak sağlık hizmeti sunmaları yani tıbbi edim yükümlülükleri gibi esas yükümlülükleri yanında hasta haklarına uygun davranmak gibi yan edim yükümlülükleri de mevcuttur.

- İletişim adresi: Av. Emine Ahşen Oktay (Dinç), Yönetici Ortak Avukat, Türkyaman – Dinç Hukuk Bürosu, Beşiktaş, İstanbul
  Tel: 0533 - 638 40 59 e-posta: ahsendinc@turkyaman-dinc.com
- *Geliş tarihi: 11 Aralık 2019 Kabul tarihi: 20 Aralık 2019*

Hukuk nezdinde tıbbi edim yükümlülüğüne aykırılık ile yan yükümlülük olan hasta haklarına aykırılık hukuka aykırı eylemin varlığını ortaya çıkaracağı için disiplin sorumluluğunu ve hastalara zarar verici sonuçları olması halinde ise tazminat hukuku ve ceza hukuku açısından sorumluluğunu ortaya çıkaracaktır. Mamafih hekim hastasına her türlü özen ve özveri ile gerekli tıbbi hizmeti sunmuş, hastanın hayatını kurtarmış yahut uzun süredir yaşadığı, hayat kalitesini düşüren sağlık şikâyetlerinin sona ermesini sağlamış olabilir, ama bu süreç içerisinde aydınlatıcı bilgilendirilmeme gibi hasta hakkı ihlali içeren bir davranış söz konusu ise hekimin hukuki sorumluluğu söz konusu olacaktır. Bu meyanda bir hasta hakkı olan bilgilendirilme hakkının önemi ortaya çıkmaktadır.

Diğer yandan, bir tıbbi müdahaleyi hukuk nezdinde kabul edilebilir kılan bazı unsurlar vardır. Bu unsurlardan birinin ya da birkaçının bulunmaması halinde hukuk nezdinde "hukuka aykırı eylem" oluşacaktır. Bu unsurlar tıbbi endikasyon (işlemin hasta için gerekliliği, hasta yararı), tıbbi standart (dünyada kabul edilen kurallara uygun tıbbi hizmet sunumu), yetki (konusunda uzman ve yetkili kişilerce müdahale yapılması) ve rıza (hastanın ve/veya yasal temsilcisinin onayı)'dır. Dolayısıyla hukuka uygun rızanın olmaması hekimin müdahalesini hukuka aykırı hale getirecek, hekimin eylemi hukuk nezdinde adam yaralama/adam öldürme olarak değerlendirilebilecektir.

Bu kapsamda "Aydınlatılmış Onam"; hukuka uygun rızaya ulaşmak için uygulanan sözlü ve yazılı prosedürler bütünüdür.

AYDINLATILMIŞ ONAM KAVRAMI NEYİ İFADE EDER?

"Aydınlatılmış Onam" kavramı, aydınlatıcı bilgilendirme ile tıbbi işleme ilişkin hastanın ve/veya yasal temsilcisinin onayını yani rızasını almak yani hukuka uygun rızaya ulaşma sürecidir. Kısaca "Aydınlatılmış Onam" kavramını, hasta hakkı olan "bilgilendirilme hakkı" ile hukuka uygunluk nedenlerinden olan "rıza" kavramlarının birleşmesi olarak tanımlayabiliriz.

Hasta hakları, yaşam hakkı ve sağlık hakkını da bütünen bünyesinde barındıran insan haklarının sağlık hizmetlerine yansımasıdır, kişilik hakları ile doğrudan bağlantılıdır. Kişiye sıkı sıkıya bağlı olan haklardandır. Yani devredilemez, mirasçılığa konu edilemez ve sadece ilgili kişi tarafından kullanılan haklardır.[1–3]

Anayasa[4] ile koruma altına alınan vücut bütünlüğü, kişinin kendi geleceğini tayin hakkı gibi kişilik hakları "Aydınlatılmış Onam" kavramının temelinde yer alan kişisel değerlerdir.

Kendi geleceğini belirleme hakkı, kişinin kendi farklılığını ortaya konulma olanağı tanıyarak kendisini gerçekleştirmesine, kendi geleceğini bizzat kendisinin belirlemesine, hayatını etkileyen kararların sorumluluğunu kendisinin taşımasına olanak sağlar.[5–6]

Ancak bu hususun da bir sınırı ve istisnası vardır. Kişilik hakları hem kişinin kendisinden hem de üçüncü kişilerden gelebilecek saldırılardan korunan haklardır.

Anayasa[4] m. 17/f. 2, tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı hâller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamayacağı hususunu düzenlemiş, Medenî Kanun[7] m. 24/f. 2'de de, üstün nitelikte özel veya kamusal bir yararın bulunması ya da kanunun verdiği yetkinin kullanılması sebeplerinden birinin varlığı ortaya konulmadığı müddetçe kişilik hakkı zarar gören kişinin rızası olması durumunu hukuka aykırılık olarak düzenlemiştir.

Kişiliğin kişinin kendisinden korunması hem rızanın serbestçe verildiği gibi serbestçe her zaman geri alınabilmesini güvence altına alır hem de kişinin kendisine ya da bir başkasına hiçbir yarar sağlamayacak bir müdahaleye göstereceği rızanın geçerli olmamasını güvence altına alır.[8]

Kişinin rızası, kişinin beden bütünlüğüne yönelik herhangi bir müdahalenin hukuka uygun olabilmesi açısından vazgeçilmez bir koşul olarak kabul edildiğinde, bu rızanın gerek rızayı gösterecek kişinin zihinsel yapısı, gerekse açıklama anında herhangi bir dış etken tarafından sakatlanmamış olması gerektiği açıktır. Ancak, sağlıklı bir iradeden söz edebilmemiz için öncelikle, kişinin bu iradesinin konusu ve sonuçları üzerinde tam bir bilgisi olması gerekecektir. Özellikle, tıbbi müdahaleler gibi teknik bir bilgiyi gerektiren, buna karşılık kendisine müdahalede bulunulan kişi üzerindeki sonuçları çok büyük olabilecek eylemlerde, müdahaleye rıza gösterecek kişinin gerek müdahalenin ne şekilde yapılacağı gerekse sonuçları konusunda yeterli şekilde aydınlatılmış olması gerektiği, tartışmasız kabul edilmektedir.[9]

Bu bağlamda hukuken geçerli bir aydınlatılmış onam için belli koşulların sağlanması gerekir. Serbest irade ile rıza verilmesi zaruridir. Serbest irade için öncelikle rızanın alınması gereken yetkili kişi yani doğru muhatabın kim olduğunun belirlenmesi, yani rıza vermeye yetkili doğru kişinin tespiti ve bu doğru kişinin tıbbi işlem hakkında doğru şekilde aydınlatılarak bilgilendirilmesi sonrası serbest irade ile rızası alınmalıdır.

Hukukumuzda aydınlatılmış onamın hukuki sonuçlarını düzenleyen özel bir düzenleme mevcut değildir. Türkiye'nin taraf olduğu ve imza attığı Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (kısaca "Biyotıp Sözleşmesi" olarak anılacaktır.)[10], Hasta Hakları Yönetmeliği'nde[11]

düzenlenen rıza ve aydınlatma hakkına ilişkin hükümler Türk Medeni Kanunu[7], Türk Borçlar Kanunu[12] ve Türk Ceza Kanunu[13] düzenlemeleri kapsamında değerlendirilerek hukuki sonuçları tespit edilmektedir.

Bu kapsamda;

Biyotıp Sözleşmesi[10] m. 5'te, "Sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden sonra yapılabilir. Bu kişiye, önceden, müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında uygun bilgiler verilecektir." düzenlemesi mevcuttur.

Hasta Hakları Yönetmeliği[11] m. 5/d'de "Tıbbi zorunluluklar ve kanunlarda yazılı haller dışında, rızası olmaksızın kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına dokunulamaz." düzenlemesi mevcuttur.

Hasta Hakları Yönetmeliği[11] m. 22'de "Kanunda gösterilen istisnalar hariç olmak üzere, kimse, rızası olmaksızın ve verdiği rızaya uygun olmayan bir şekilde tıbbi ameliyeye tabi tutulamaz." düzenlemesi mevcuttur.

Hasta Hakları Yönetmeliği[11] m. 31'de "Rıza alınırken hastanın veya kanuni temsilcisinin tıbbi müdahalenin konusu ve sonuçları hakkında bilgilendirilip aydınlatılması esastır." düzenlemesi ile aydınlatıcı bilgilendirme sonrası rıza alınması gerektiği, hukuken geçerli bir rıza için aydınlatıcı bilgilendirmenin zarureti belirtilmiştir.

HUKUKA UYGUN AYDINLATILMIŞ ONAM NASIL OLUR?

Hastanın kendi geleceğini belirlemesi açısından önem arz eden ve tıbbi müdahalenin hukuka uygun olması için aydınlatılmış onamın gerekliliğini ve önemini belirttikten sonra "Hukuka uygun aydınlatılmış onam nasıl olmalıdır?" sorusu karşımıza çıkmaktadır.

Tıbbi uygulama sürecinde, hekim ile hasta birlikte hareket etmeli ve birlikte sorumluluk almaları gerekmektedir. Burada bilgilendirme süreci karşılıklı olarak gelişim gösterir. Hasta, hekime sağlık durumu ile rahatsızlığın tüm seyri ile ilgili detaylı bilgi vermeli, hekim de hastasına hastalık, tedavi, teşhis, riskler, tıbbi uygulama süreci vb. konularda kapsamlı olarak bilgi sunmalıdır. Tıbbi uygulama sürecinin teknik yönleri hekim tarafından organize edilmektedir. Bu sürecin tüm aşamalarında, hekim hastasını tıbbi uygulamalar konusunda bilgilendirip, hastasının bu uygulamalarla ilgili rızasını almalıdır. Hastanın aydınlatılması, hekim ile hastanın ortak işlemleri ile gerçekleşmektedir.[14]

Hasta Hakları Yönetmeliği[11]'nde "Rıza"; Kişinin tıbbi müdahaleyi serbest iradesiyle ve bilgilendirilmiş olarak kabul etmesi olarak ifade edilmektedir.

Bu bağlamda hukuka uygun rıza için serbest irade ve bilgilendirilme kavramları önemlidir. Aydınlatılıp bilgilendirilen kişi serbest iradesi ile işleme rıza vermelidir.

Serbest irade sağlanması için öncelikle rıza vermeye yetkili kişinin belirlenmesi gerekir.

Burada ilk olarak sürece başlamadan önce tıbbi işlem yapılacak kişinin yani hastanın yaşı, ayırt etme gücü Medeni Hukuk ehliyet kavramları açısından değerlendirilmeli ve rızanın kimden alınacağı, bu kapsamda bilgilendirme sürecinin kime yöneltileceği (sadece hastaya mı yoksa hasta ile birlikte bir yasal temsilcisine mi?) tespit edilmelidir.

Sonrasında ise rıza aşamasında serbest iradenin bulunması için hastanın ve/veya yasal temsilcisinin baskı altında kalmadan, özgürce sürece dair değerlendirme yapıp, karar vermeleri sağlanmalıdır.

Serbest irade kavramı, yeterli ve uygun bilgilendirmeyi de içermektedir. Çünkü serbest bir iradeden bahsedebilmek için kişinin tıbbi işlem ve süreçler hakkında yeterli derecede bilgilendirilmesi şarttır.

Aydınlatıcı bilgilendirme yapılmadan hukuka uygun rızadan bahsedilemeyeceği için, Hasta Hakları Yönetmeliği'nde de öncelikle bilgi alma hakkı kapsamında bilgilendirme aşaması hakkında düzenlemeler yapılmış, bilgilendirme sonrası rıza aşaması ile "aydınlatılmış onam" süreci düzenlenmiştir.

BİLGİLENDİRME KİME YAPILMALI, RIZA KİMDEN ALINMALIDIR? YETKİLİ MUHATAP NASIL BELİRLENECEKTİR?

Bilgilendirmenin kime yapılacağı hususunda özel bir düzenleme Hasta Hakları Yönetmeliği[11]'nde yazılmamıştır. Ancak bilgilendirme sonrası rızanın kimden alınacağı Yönetmelik[11] m. 24'de düzenlenmiştir. Bu kapsamda ilgili maddeyle bilgilendirme yapılacak kişiyi de dolaylı olarak düzenlenmektedir. Bilgilendirme yapılacak kişi esas olarak hastanın kendisidir. Hasta sürece mutlaka dâhil edilmeli, hastanın küçük veya kısıtlı olduğu durumlarda ise hasta ile birlikte yasal temsilci (veli/vasi) bilgilendirilmelidir.

Bilgilendirme hakkı bir hasta hakkı olduğu için, hasta hakları da kişiye sıkı sıkıya bağlı bir hak olduğu için esas olan bilgilendirmenin hastaya yapılmasıdır. Çünkü kişiye sıkı sıkıya bağlı haklar sadece o kişi tarafından kullanılabilir, devredilemez, mirasa konu olamaz.[1–3] Ayırt etme gücüne sahip küçükler yani 18 yaşının altındaki bireyler ve kısıtlılar da kişiye sıkı sıkıya bağlı haklarını kendileri kullanabilirler. Peki, madem sadece o kişi tarafından kullanılıyor, ayırt etme gücü olmayan kişiler bu hakkı kullanamayacak mı?

Kişinin yüksek yararı bulunan durumlarda kişiye sıkı sıkıya hak niteliğinde olan hakların kişinin görüşü dikkate alınarak kanuni temsilci tarafından kullanılmasını kabul etmek uygun olacaktır. Örneğin kişinin vücut bütünlüğü ile bağlantılı olan sağlık hakkı, yaşam hakkı söz konusu olduğunda hastanın ayırt etme gücünden yoksun olması durumunda hasta yararına yasal temsilcisi onayı ile işlem yapılabilmektedir. Hasta Hakları Yönetmeliği[11]'nin "Hastanın Rızası ve İzni" başlıklı 24. maddesi kişiye sıkı sıkıya bağlı bir hak olan tıbbi müdahaleye karar verme hakkında yasal temsilcinin izninin alınmasını vurgulamıştır. Bu nedenle kişiye sıkı sıkıya bağlı hak değerlendirilmesinde temel kuralın kişi dışında temsilci tarafından kullanılamaması olduğunu ancak kişinin yüksek yararı ilkesi ile ayırt etme gücü bulunmayan durumlarda birey/kişi olarak hastanın mümkün olduğunca sürece görüş ve katkısı da sağlanarak bu hakkın kullanımının yasal temsilci aracılığı ile kullanılabileceğini belirtmek isteriz.

Sağlık hakkı Anayasa[4]'da düzenlenen üstün bir kişilik hakkı ve insan hakkı olduğu için ve kişinin kendisinden dahi korunduğu için hastanın yararı ilkesini dikkate alarak bu konuda bir istisna getirmiş ve hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır hükmünü düzenlemiştir. Mamafih bu düzenleme kapsamında dahi Hasta Hakları Yönetmeliği[11] m. 24 ile; kanuni temsilcinin rızasının yeterli olduğu hallerde dahi, anlatılanları anlayabilecekleri ölçüde, küçük veya kısıtlı olan hastanın dinlenmesi suretiyle mümkün olduğu kadar bilgilendirme sürecine ve tedavisi ile ilgili alınacak kararlara katılımı sağlanır hükmü getirilmiştir.

Ayrıca kişinin yüksek yararı ve/veya kamu yararı söz konusu olan durumlarda da kişiye sıkı sıkıya bağlı bir hak olan tedaviye başvurma hakkının yakınları ya da kamu görevlileri tarafından vesayet makamına yapılacak bildirim ile kullandırılabileceği ancak "hakimin karar verirken ilgili kişiyi mutlaka dinlemesi gerektiği" Türk Medenî Kanunu (TMK)[7] m. 432 ve devamı maddelerde de düzenlenmiştir. TMK[7] m. 432 ve devam hükümleri ile yasa koyucunun da düzenlemeyi yaparken mutlak ve nispi ayrımları dikkate aldığı açıktır.

Burada velayet makamının yahut vesayet makamının kötüye kullanılması durumu ile karşılaşılabilmektedir. Eğer hastanın kararı ile yasal temsilcisinin kararı arasında çelişki var ise veyahut hayatın olağan akışı içerisinde haklı bir neden olmadan rıza verilmiyorsa hekimin tıbben ilgili işlemi hasta yararına yapılmasını uygun gördüğü durumlarda TMK[7] m. 346 ve m. 487 kapsamında Sulh Hukuk Mahkemesi'ne başvurup mahkemeden izin alarak hastaya müdahale etme hakkı bulunmaktadır.

Hasta bilgilendirilme hakkından vazgeçebilir mi?

Yönetmelik[11]'te bilgilendirmenin hastanın kendisine yapılması gerektiği, hastanın kendisi yerine bir başkasının bilgilendirilmesini talep etmesi halinde, bu talep kişinin imzası ile yazılı olarak kayıt altına alınmak kaydıyla sadece bilgilendirilmesi istenilen kişilere bilgi verileceği vurgulanmıştır.

Yönetmelik[11] m. 20'de; "İlgili mevzuat hükümleri ve/veya yetkili mercilerce alınacak tedbirlerin gerektirdiği haller dışında; kişi, sağlık durumu hakkında kendisinin, yakınlarının ya da hiç kimsenin bilgilendirilmemesini talep edebilir. Bu durumda kişinin kararı yazılı olarak alınır. Hasta, bilgi verilmemesi talebini istediği zaman değiştirebilir ve bilgi verilmesini talep edebilir." hükmü düzenlenmiştir.

TMK[7] m. 23'te; "Kimse, hak ve fiil ehliyetlerinden kısmen de olsa vazgeçemez. Kimse özgürlüklerinden vazgeçemez veya onları hukuka ya da ahlâka aykırı olarak sınırlayamaz."

Yönetmelik[11] m. 19'da; "Hastanın manevi yapısı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimalinin bulunması ve hastalığın seyrinin ve sonucunun vahim görülmesi hallerinde, teşhisin saklanması caizdir." hükmü düzenlenmiştir. Bu düzenlemede de tedavisi olmayan bir teşhis ise, hastanın aksi yönde bir talebi yoksa ailesine ya da önceden belirlenen yetkiliye bildirim yapılacağı istisna olarak belirtilmiştir. Maddedeki "hastanın aksi yönde bir talebi bulunmaması" ibaresi de hastanın bilgilendirilme hakkından vazgeçebileceğini göstermektedir.

Tıbbi Deontoloji Tüzüğü[15] m. 14'te; "tabip ve diş tabibi, hastasına ümit vererek teselli eder. Hastanın maneviyatı üzerine fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimali bulunmadığı takdirde, teşhise göre alınması gereken tedbirlerin hastaya açıkça söylenmesi lâzımdır. Ancak, hastalığın, vahim görülen akıbet ve seyrinin saklanması uygundur." hükmü düzenlenmiştir.

Ancak her şekilde böyle bir durumda "bilgilendirilme hakkından vazgeçmenin" gerekçesinin ilgili hekim tarafından ayrıntılı değerlendirilmesi gerektiği kanaatindeyim. Keza bir hasta hakkı olan bilgilendirilmenin hastanın geleceğini belirleme ilkesi dikkate alındığında kişinin bu haktan vazgeçmesinin istisnai durumlar hariç kabul edilemeyeceği açıktır. İlgili hekimin gerekçeyi değerlendirdikten sonra şüphe içeren hallerde hastaya bizzat bilgilendirme yapılmadığı için işlemi yapmaması gerektiği görüşündeyim.

BİLGİLENDİRME SÜRECİ NASIL OLMALIDIR?

Hasta Hakları Yönetmeliği[11] m. 15'te bilgilendirmenin kapsamından bahsederek, hastanın yeterli derecede

aydınlatıldığının kabulü için asgari olarak hangi bilgilerin verilmesi gerektiği belirtilmiştir.

Bilgilendirmenin kapsamı en az aşağıdaki hususları içerecek şekilde olmalıdır;

- Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,
- Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,
- Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,
- Muhtemel komplikasyonları,
- Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,
- Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,
- Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,
- Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği.

Bu hususların somut hasta kıstası dikkate alınarak düzenlenmesi önemlidir. Bu nedenle her tıbbi işlem için hazırlanan matbu hususlar somut hastanın özellikleri dikkate alınarak değerlendirilmeli ve bilgilendirme taslağı oluşturulmalıdır. Aksi durum bilgilendirme hakkının amacına ve gerekçesine aykırı olacaktır.

Nitekim Yargıtay 13. Hukuk Dairesi 2015/32882 Esas, 2016/24003 Karar, 21.12.2016 Tarihli kararında[16] *". . . davalının ameliyat öncesi muhtemelen hasıl olabilecek sonuç ve komplikasyonlar hakkında hastasını bilgilendirmesi BK. 357. maddesine göre bir zorunluluktur. Öyle olunca dosyaya ibraz edilen onam formu matbu olup, davalı tarafın, davacıyı bu konuda bilgilendirdiği ve gerekçeli açıklamaları yaparak uyardığı hususu ve davacının yeterli derecede aydınlatılıp aydınlatılmadığı, operasyonun komplikasyonlarının bilinmesi halinde dahi bu operasyona davacının rıza gösterip göstermeyeceği konuları dosya içeriği ile anlaşılamamaktadır. Hal böyle olunca bu konudaki davalı delillerinin toplanarak gerekli inceleme ve araştırma yapıldıktan sonra sonucuna göre bir karar verilmesi gerektiği"* hususunu vurgulayarak matbu metinlerin hukuka uygun rıza için yeterli olamayacağını belirtmiştir.

Ayrıca bilgilendirme yapılırken bilgilendirme içeriğinde Yönetmelik[11] m. 15'te belirtilen bu hususlar yanında Yönetmelik'te düzenlenen tıbbi işlem sürecinde önem arz eden diğer hasta hakları (tedavinin ret hakkı ve sınırları, hastanın aksine bir talebi yoksa tıbbi kayıtlarını talep halinde hasta ve yasal temsilcisi ile paylaşılacağı vb.) ile bilgilendirme hakkı kapsamında bu bilgilendirmenin hastaya yapıldığı, bu bilgilendirme amacının hastayı ürkütmek olmayıp sürece dâhil etmek olduğunun, geçmiş hastalıklar ve tedavisi, kullandığı ilaçlar gibi tıbbi öyküsü hakkında hekime bilgi vermesinin önemli olduğunun, şikayeti ile ilgili olarak bir başka hekimden de sağlık durumu hakkında ikinci bir görüş alma hakkı bulunduğu ve benzeri hususların vurgulanması gerektiği kanaatindeyim.

Yine Yönetmelik[11] m. 24 düzenlenmesi dikkate alınarak, tedavi sonrası süreç ile ilgili hastadan beklenen hususlar (ne kadar süre kontrole gelmesi gerektiği, yeme, içme, spor, yıkanma hususlarında ne kadar süre nelere dikkat etmesi gerekebileceği gibi hususlar) hakkında da bilgilendirme yapılmalıdır.

Yönetmelik[11] m. 18'de aydınlatarak bilgilendirme aşamasında bilgi verme süreci hakkında düzenlemeler yapılmıştır. Bu kapsamda;

Bilgilendirme İçeriği-Yöntemi

Yönetmelik[11] m. 15'te belirtilen hususlar serbest iradeyi kullanmayı sağlayacak bir içerik ve yöntem ile kişiye aktarılmalıdır.

- Bilgilendirmenin sade, tereddüt ve şüpheye yer vermeden, somut hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun, somut hastanın anlayabileceği şekilde yapılması vurgulanmıştır. Tıbbi terimlerden uzak durularak yalın bir anlatımla bilgilendirme yapılması önemlidir.

Aydınlatılmış onam, hastanın kendisine yapılacak işlemleri onayladığını belirten imzasının alınmasından farklıdır. Temel amaç hastaya bilgi vermek ve bu bilgiyi anlamasını sağlamaktır. Bu nedenle form imzalatılmasından önce yapılması gereken, hastanın kendi kültürüne ve eğitim düzeyine uygun biçimde bilgilendirilmesinin sağlanmasıdır. Ayrıca hastanın verilen bilgileri anlamasının sağlanması ve anladığının denetlenmesi gerekir.[17] Kişinin zekâsı, eğitim ve kültür seviyesi, yaşam standardı değişiklik göstereceğinden "somut hasta kıstası" önemlidir.

- Bilgilendirme yapılırken hasta soru sorması hususunda cesaretlendirilmeli, soru işaretleri mümkün olduğunca giderilmelidir. Özgür iradeyi etkileyecek davranışlardan kaçınılmalıdır.

Tıbbi duruma ilişkin olarak bilgilendirme yapılırken hastanın kafasında karışıklığa, güvensizliğe yol açmamak son derece önemlidir. Zira bilgi asimetrisi ve hastalık sebebiyle dezavantajlı durumda olan hasta, serbestçe iradesini oluşturup kararını verirken, durumunu mümkün olduğunca net biçimde anlamalı, önünü görebilmelidir. Hastanın içinde bulunduğu tıbbi koşullar sebebiyle özellikle kırılgan ve hekime bağımlı, onun bakımına ve ilgisine muhtaç olduğu durumda iletişim yolu seçilirken göz ardı edilmemelidir.[8-18]

Özgür iradeyi olumsuz etkileyecek şeylere örnek olarak bilgiyi dağınık ve çok hızlı şekilde vermek, hastanın

düşünmesi için çok az zaman tanımak, soru sormasına izin vermemek gibi hususlar belirtilebilir.

Özgür iradenin sağlanması için hekimin hastasıyla hastasını tanıma amaçlı iletişim kurması, hastanın problemine tıbbi standart uygulamalar kapsamında çözüm ararken hastanın sosyal ve özel yaşantısındaki hususlarında (mesleği, düzenli alışkanlıkları gibi) olumlu olumsuz etkisini tartması, bilgilendirmeyi hastanın anlayabileceği bir dil, yöntem ve şekilde veriyor olması gerekir. Kişinin süreci anlaması sağlandığı zaman verilen bilgilendirme, aydınlatma içeren bir bilgi olacak ve kişinin kendi geleceği hakkında karar verme hakkına zarar verilmeyecektir.

Bilgilendirme Yükümlülüğünün Ortadan Kalktığı, Kapsamının Daraldığı-Genişlediği Durumlar

Acil ve hayati tehlike durumlarında hastanın rızası aranmaz, bu kapsamda hekimin bilgilendirme yükümlülüğü de ortadan kalkmaktadır.

Biyotıp Sözleşmesi[10] m. 8'de, "acil bir durum nedeniyle uygun muvafakat alınamadığında, ilgili kişinin sağlığı için gerekli olan herhangi bir tıbbi müdahale derhal yapılabilir." hükmü düzenlenmiştir.

Hasta Hakları Yönetmeliği[11] m. 24'te; "Hastanın rızasının alınamadığı hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açacak durumun varlığı halinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmanın rızaya bağlı olmadığı, bu durum kayıt altına alınarak hastaya gerekli tıbbi müdahale yazılacağı" düzenlenmiştir. Ancak mümkünse hastanın orada bulunan yakını veya kanuni temsilcisi; mümkün olmadığı takdirde de tıbbi müdahale sonrasında hastanın yakını veya kanuni temsilcisinin bilgilendirileceği belirtilmiştir.

Aydınlatmanın kapsamı, genel geçer bir kural koyarak değil, somut olayın özelliklerine göre ortaya konmalı ve bu bakımdan hastanın ne kadar bilmek istediği ve bu bilgilerden ne kadarını kaldırabileceği göz önünde tutulmalıdır. Bu noktada soyut bir varlık değil, bizzat somut hasta ele alınır. Genel olarak makul bir insanın ne kadar bilgi almak isteyeceği şeklinde genel bir ölçüt belirlenemez. Ölçü somut hastadır. Aydınlatmanın içeriği hekimin takdirine bırakılmamıştır. Bu husus, objektif kıstaslara ve hastanın beklentilerine göre belirlenir.[19]

İkinci olarak aydınlatmanın kapsamı müdahalenin gerekliliğine ve rizikonun ağırlığına göre belirlenecektir. Böylece müdahale gerekliliğindeki azalma, daha az ihtimal kapsamında olan sonuçlar konusunda dahi aydınlatmayı gerekli kılmaktadır.[19]

Bu kapsamda somut hasta kıstası dikkate alınarak kişinin aydınlatılacak konu hakkında bilgi sahibi olduğu durumlarda, tedavi amacı olmayan ancak psikolojik ve sosyal endikasyonu olan müdahalelerde aydınlatma yükümlülüğü kapsamının geniş tutulduğu öğretide kabul edilmektedir.

Bilgilendirme Şekli

Esas olan bilgilendirme şeklinin sözlü bilgilendirme olduğu vurgulanmıştır.

Bu husus aydınlatılmış onam sürecinin hastanın tıbbi sürece dâhil edilerek hasta ile hekim arasındaki güven ilişkisinin gereği olduğunun göstergesidir.

Aydınlatılmış Onam alma sürecini kolaylaştırıcı çeşitli araçlar kullanılabilir. Bunlar arasında en yaygın olanları bilgilendirici broşürler/kitapçıklardır. Bunların yanı sıra, çeşitli tablolar içeren kartlar veya konu ile ilgili kimi önemli bilgileri içeren CD'lerden de yararlanılabilir. Burada önemle üzerinde durulması gereken nokta, bunların sadece aydınlatılmış onam alma ve genel olarak hasta ve sağlık ekibi arasındaki iletişim sürecine yardımcı gereçler olmasıdır. Tek başına bu araçların kullanılması hiçbir zaman hasta için özgün ve insani bir nitelik taşıması gereken onam alma eyleminin yerine geçmez. Hekim (veya sağlık ekibinin diğer üyeleri) iletişimin kimi açılardan daha kolay yürütülebilmesi için bu araçlardan yararlanabilir, ancak bilgilendirme hasta birey ile uygun bir ortamda ve yeterli süre ayırarak yüz yüze görüşme ile yapılmalıdır. Bu koşul sağlanmadan alınmış onamlar geçersiz kabul edilmelidir.[17]

Bilgilendirme uygun ortamda ve hastanın mahremiyeti korunarak yapılmalıdır.

Bilgilendirme Kim Tarafından Yapılmalıdır?

Yönetmelik[11]'te bilgilendirmenin, tıbbi işlemi yapacak sağlık meslek mensubu tarafından yapılması gerektiği, istisnai hallerde bilgilendirme yeterliliğine sahip başka bir sağlık meslek mensubu tarafından yapılabileceği vurgulanmıştır.

Bilgilendirme Hakkından Vazgeçilebilir mi?

Yönetmelik[11]'te bilgilendirmenin hastanın kendisine yapılması gerektiği, hastanın kendisi yerine bir başkasının bilgilendirilmesini talep etmesi halinde, bu talep kişinin imzası ile yazılı olarak kayıt altına alınmak kaydıyla sadece bilgilendirilmesi istenilen kişilere bilgi verileceği vurgulanmıştır.

Ancak böyle bir durumda "bilgilendirilme hakkından vazgeçmenin" gerekçesinin ilgili hekim tarafından ayrıntılı değerlendirilmesi gerektiği kanaatindeyim. Keza bir hasta hakkı olan bilgilendirilmenin hastanın

geleceğini belirleme ilkesi dikkate alındığında kişinin bu haktan vazgeçmesinin istisnai durumlar hariç kabul edilemeyeceği açıktır. İlgili hekimin gerekçeyi değerlendirdikten sonra şüphe içeren hallerde hastaya bizzat bilgilendirme yapılmadığı için işlemi yapmaması gerektiği kanaatindeyim.

Bilgilendirme Zamanı

Acil durumlar dışında, bilgilendirmenin hastaya makul süre tanınarak yapılacağı düzenlenmiştir.

Makul sürenin yapılacak tıbbi işlem ile somut hasta kıstasına göre belirlenmesi gerekmektedir. Buradaki amaç hastanın vereceği/verdiği kararı çevresi ile, ailesi ve aile hekimi ile paylaşması, verdiği karardan emin olması, bilgilendirme anında gelmeyen fakat daha sonra aklına gelebilecek soruların cevaplarını alabilmesidir.

Makul sürenin ne olduğu her tıbbi müdahalenin niteliğine ve ciddiyetine göre değişik, Medeni Kanun[7] m. 2 gereğince dürüstlük kuralına göre belirlenmelidir.[8]

Aydınlatma ne çok erken ne de çok geç yapılmamalı, zamanında yapılmalıdır. Hekim aydınlatma konuşmasını, zaman baskı altında yapmamalı, hastasına da karar verme baskısı uygulamamalıdır. Acil bir durum söz konusu olmadığı sürece, hastaya düşünmesi için makul ve uygun bir süre tanımalıdır. Kural olarak aydınlatma, ameliyattan bir gün öncesinden daha geç yapılmamalıdır. Öğretide de bu konuda her hal ve şart için geçerli olabilecek genel bir kural konulmasının olanaksız olduğuna işaret edilmektedir.[19]

Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsünde[20]; "Sağlık hizmeti verenler ve profesyoneller (meslek sahipleri) gerçekleşecek herhangi bir ameliyat veya tedaviye ilişkin tüm bilgileri-*riskleri, sıkıntıları, yan-etkileri ve alternatif durumları ile ilgili bilgiler dahil olmak üzere*-hastalara vermek zorundadır. Bu bilgi önceden (en azından 24 saat önce) verilmeli ki hasta durumu konusunda kendi seçimini yapabilsin." denilerek bu süre en az 24 saat olarak belirtilmiştir.

Riski fazla olan büyük cerrahi işlemler ile tedavi amacı taşımayan özellikle yazılı rıza gereken işlemler açısından bu sürenin en az 24 saat ile 48 saat aralığında olması gerektiği kanaatindeyim.

RIZA SÜRECİ

Aydınlatıcı bilgilendirme sonrası rıza sürecine geçilecektir.

Hasta Hakları Yönetmeliği'nde "Rıza", kişinin tıbbi müdahaleyi serbest iradesiyle ve bilgilendirilmiş olarak kabul etmesi olarak tanımlanmıştır.

Rıza İçeriği

Hukuken geçerli bir rıza için hastanın tıbbi işlem ve süreç hakkında aydınlatılarak bilgilendirilmesi gerektiğinden rıza içeriğinde bilgilendirilen hususları değerlendirip, uygun bulduğu, tıbbi işlemi kabul ettiği belirtilmelidir.

Hukuka ve ahlaka aykırı bir rıza alınamayacağı düzenlenmiştir.

Rıza Şekli

Rızanın mevzuattın öngördüğü istisnalar dışında şekle bağlı olmadığı, yani sözlü ya da yazılı alınabileceği belirtilmiştir. Mevzuattaki bu istisna vurgusu herhangi bir işleme ilişkin yazılı rıza alınması gerektiğinin özel olarak düzenlendiği hususlardır. 1219 sayılı Kanunda büyük cerrahi ameliyeler açısından, Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük, Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği, İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik yazılı rıza alımına ilişkin hükümler içeren hukuki düzenlemelerden bazılarıdır.

Rıza herhangi bir şekle bağlı olmamakla birlikte bilgilendirme yapılarak rıza alındığı, yapılan bilgilendirmenin Yönetmelik[11] içeriğini içerdiği hususunu ispat için en kolay yöntem bilgilendirme ve bu bilgilendirme uyarınca alınacak rızanın yazılı olmasıdır.

Yargıtay 15. Hukuk Dairesinin 2018/5523 Esas, 2019/801 Karar, 26.02.2019 Tarihli kararında.[16] yazılı bir onam formu olmasına rağmen hasta tarafından eklendiği belirtilen beyanda hastanın imzası parafı olmadığı, hastanın el ürünü de olmadığı için ispatlanamadığı ve aydınlatmanın yeterli olduğundan bahsedilemeyeceği belirtilmiştir.

"Hasta Bilgilendirme ve Rıza Formunda "Kaşlarımdaki asimetrinin kısmen düzeltilebileceği bana anlatıldı. Ayrıca kaşlarımın fazla kaldırılmasını istemiyorum" yazısının birleşen dosya davacısı. . . 'ın eli ürünü olmadığı açıklanmıştır...iş sahibi yararına sonuç vermediği gibi, davacıdan alınan aydınlatılmış onam formuna eklenen, "Kaşlarımdaki asimetrinin kısmen düzeltilebileceği bana anlatıldı. Ayrıca kaşlarımın fazla kaldırılmasını istemiyorum" şeklinde ifade edilen kısım, iş sahibi tarafından yazılıp paraf edilmemiştir. Bu haliyle aydınlatmanın yeterli olduğundan söz edilemez..."

Yönetmelik[11] m. 26'da yazılı şekil şartı mevzuatta belirtilen uygulamalar ile uyuşmazlığa sebep olması muhtemel olan uygulamalar için Yönetmelik[11] m. 15 kapsamında belirtilen bilgileri içeren "rıza formu" hazırlanacağı belirtilmiştir.

Burada ilk olarak sözlü olarak rıza formu içeriğinin hastaya ve/veya yasal temsilcisine anlatıldıktan sonra imzaları alınacağı vurgulanmıştır.

Rıza formu alınan durumlarda iki nüsha olarak imza altına alınacağı ve bir nüshanın hasta dosyasına eklenirken, diğer nüshanın hastaya/temsilcisine teslim edileceği belirtilmiştir. Formu hasta ve/veya yasal temsilcisi yanında karşı taraf olarak bilgilendirmeyi yapan ve tıbbi işlemi yapacak olan sağlık meslek mensubu da imzalayacaktır.

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ UYGULAMALARINDA AYDINLATILMIŞ ONAM

Ortopedi ve Travmatoloji uzmanlık alanı cerrahi branşlar içerisinde tıbbi malpraktis iddialarının sık göründüğü branşlardan biridir.

Özellikle travma vakalarında, ortopedik olgulara göre hastaların beklentileri daha fazla olabilmektedir. Keza ortopedik olgularda hastalar, kalça veya diz artrozunda olduğu gibi hastalıklar nedeniyle zaten bozulmuş bir fonksiyona sahiptir. Geçirdikleri cerrahi müdahale sonrası mükemmel sonuç yerine, mevcut durumlarına göre daha iyi derecede bir işlevselliğe sahip olmaları hastaları memnun etmek için yeterli olabilmektedir. Ancak travma sonucunda hastalar sahip oldukları normal fonksiyonlarını kaybetmektedir. Hastaların beklentilerini buna göre oluşturmaması şikayet nedeni olabilmektedir. Travma tedavisi sonrasında tıp kurallarına göre mükemmel sonuçlar elde edilse de, anatomik bütünlüğün bozulduğu ortopedik travma olgularında yaralanma öncesi fonksiyonların tam olarak kazanılamaması olağan bir durumdur.[21]

Yine Ortopedi ve Travmatoloji uzmanlık alanı; hassas gruplar içerisinde yer alan 18 yaş altı ve ayırt etme gücü açısından sorun olan 65 yaş üzeri bireyler açısından da travma vakalarının sık göründüğü bir branştır. Diğer yandan yaş ve ayırt etme gücü açısından bir ayrım yapılmadan tüm birey grupları açısından ise travma vakalarının yoğun görüldüğü bir branştır. Uzuvların kaybedilmesi ya da fonksiyonlarında azalma olması yapılan tıbbi müdahale Ortopedi ve Travmatoloji alanındaki uygulamalar açısından başarılı olsa da anatomik bütünlük bozulmakta, hastaların hayatını olumsuz etkileyen sonuçlar ortadan kalkmamaktadır.

Ayrıca Ortopedi ve Travmatoloji branş alanındaki vakalar ve yapılan işlemler, hastanın mesleki faaliyetlerini etkileyebilecek sonuçlar yaratabilmektedir. Örneğin bir balerinin artık dans edememesi, sporcunun bir süre spor faaliyetlerinde bulunamaması gibi.

Ek olarak, yüksek riskli Ortopedi ve Travmatoloji branş alanındaki yaralanmalar beraberlerinde yol açabilecekleri damar, sinir hasarı nedeniyle özel dikkat, ilgi, yaklaşım ve hız gerektiren potansiyel komplikasyon taşıyan yaralamalar söz konusu olabilir.[22]

Sinir kesisi, hareket kısıtlılığı, kompartman sendromu gibi komplikasyon ihtimalleri tıbbi işlem öncesi bilgilendirmenin geniş kapsamlı yapılmasını gerektirebilecek sonuçlardır.

Bunlar yanında Ortopedi ve Travmatoloji branş alanındaki vakalarda yaşam kalitesini, konforunu arttırmakla birlikte tıbbi müdahale yapılmadan da kişilerin hayatına devam edebileceği şikâyetler söz konusu olabilmektedir. Aciliyet içermeyen tıbbi müdahalelerde hekimin bilgilendirme yükümlülüğünün kapsamı genişlemektedir ve ayrıntılı bir bilgilendirme yapılması gerekmektedir. Bu nedenle ayrıntılı bilgi vermesi söz konusu olduğu için hasta şahıs bütünlüğüne ilişkin tıbbi müdahalenin az zaruri olması nedeniyle tedaviden vazgeçip, günlük hayatını hasta şekilde sürdürebilmektedir.[23]

Yukarıda da bölümlerde izah ettiğimiz üzere bilgilendirmenin kapsamı kişiye ve kişinin özelliklerine göre ve tıbbi uygulamalar sonucunda oluşabilecek riske, zarara göre değişiklik gösterebilir. Örneğin bir piyanistin parmaklarını kullanamaması, bir fotomodelin yüzünde yara izinin kalabileceği mutlak surette hastaya bildirilmelidir. Başka bir söylemle, aydınlatmanın kapsamının bazen hastanın kişisel özellikleri ve tıbbi uygulamanın türü tayin eder.[14]

Ayrıntılı olarak izah ettiğimiz üzere, Aydınlatılmış Onam Anayasa[4]'da düzenlenen kişilik haklarından olan kişinin kendi geleceğini tayin hakkının gereği hasta ile hekim arasındaki güvene dayalı sözleşmesel ilişkide hastanın hekim karşısında bilgi asimetrisinin ortadan kaldırılması ve aydınlatıcı bilgilendirme sonrası sürece hâkim olarak kararına ilişkin irade beyanında bulunması için gerekli olduğundan, hukuka uygun bir aydınlatılmış onamın nasıl olması gerektiğini belirtirken branşlara göre ayrım yapmak çok doğru olmayacaktır. Ancak Ortopedi ve Travmatoloji uzmanlık alanının özellikle hastanın uzuvlarında araz bırakacak komplikasyonlara sebebiyet veren uygulamaların çok olduğu bir uzmanlık dalı olması, hassas gruplar olan çocukluk ve yaşlılık dönemindeki bireylerin başvurularının yoğun olduğu bir uzmanlık dalı olması sebebiyle ağırlıklı olarak "aydınlatma yükümlülüğünün kapsamının geniş olduğu " bir alan olduğundan bahsedebiliriz.

Hukuken geçerli bir tıbbi müdahaleden bahsedebilmek için hukuka uygun bir rızanın bulunması gereklidir. Hekimin aydınlatma yükümlülüğü ise hukuka uygun rızanın koşullarından biridir.

Öncelikle Hasta Hakları Yönetmeliği[11] m. 24 hükmü uyarınca rıza açıklama ehliyeti açısından ergin olmayan ya da ayırt etme gücü açısından sorun olan

hastaların yasal temsilcisi ile birlikte bilgilendirme sürecine ve tedavisi ile ilgili alınacak kararlara katımı hususuna dikkat edilmelidir. Anlatılanları anlayabilecekleri ölçüde, küçük veya kısıtlı olan hastanın dinlenmesi önemlidir.

Rızanın serbest irade ile verilmesi gerektiğinde bilgilendirme sürecinde serbest iradenin sağlanması için gerekli hususlara dikkat edilmelidir.

Bilgilendirme sürecinde hastanın geçmiş tıbbi öyküsü, yaşam tarzı, sosyal-kültürel durumu dikkate alınarak o hastaya özel bir bilgilendirme yapılmalıdır.

Hastanın tedavi öncesi başvuru nedeni dışındaki rahatsızlıkları kesinlikle göz ardı edilmemelidir. Örneğin romatoid artrit olan bir hastada kaynamanın gecikebileceği hastaya söylenmeli veya diyabeti olan bir hastada olağandışı yara sorunlarının ortaya çıkabileceği bildirilmelidir. Müdahale öncesinde sistematik yaklaşımda bulunulmalıdır.[21]

Hasta Hakları Yönetmeliği[11] m. 15'te belirtilen kapsamda soru-cevap şeklinde aydınlatıcı bilgilendirme yapılmalıdır. Keza hastanın tüm soru işaretlerinin giderildiği, tıbbi terimlerden uzak, anlayabileceği dilde yapılan bilgilendirmeler, aydınlatıcı kabul edilmektedir. Temel kural ise ancak aydınlatıcı bilgilendirme sonrası hastanın serbest iradesi ile karar verebileceği yönündedir.

Hastaya bu işlemi size neden uygulamayı öneriyoruz? İşlemi nerede, nasıl, ne kadar tahmini bir sürede yapacağız? Tedavi öncesi ve sonrası sizden beklediğimiz hususlar nelerdir? Bu işlemi yapmazsak yerine yapabileceğimiz alternatif bir işlem var mı? Bu iki süreç arasında fayda ve risk dengesi nedir? İşlemin yan etkisi, komplikasyonu var mı? Tedavinin başarı olasılığı nedir? Tedaviyi reddederseniz neler ile karşılaşabiliriz? Sorularının hastanın aklında hiçbir şüphe ve soru kalmayacak şekilde, hasta korkutulmadan ve baskı altında bırakılmadan karşılıklı sözlü görüşme ile cevaplanması önemlidir.

Unutulmamalıdır ki bilgiyi dağınık ve hızlı vermek, az zaman tanımak, hastanın soru sormasına izin vermemek, bilgiyi eksik vermek serbest iradeyi etkileyecek ve verilen rıza hukuka uygun bir rıza olmayacaktır.

Verilen bilginin hasta ve/veya yasal temsilcileri tarafından anlaşılıp anlaşılmadığının teyidi yükümlülüğü ilişkinin profesyonel tarafı olan hekim uhdesinde olduğu kabul edilmektedir.

Bu nedenle sözlü aydınlatma sonrası hekimin hastasının aydınlatıcı bilgilendirme aşamasına gelip gelmediğini bazı sorular sorarak teyit etmesi önemlidir.

- Size önerdiğimiz tedaviyi anlatabilir misiniz?
- Neden bu tedaviye karar verdiniz?
- Önerilen tedavinin yararı ve risklerini anlatabilir misiniz?
- Tüm bu hususlar sonrası bize iletmek istediğiniz merak ettiğiniz bir husus, sorunuz var mıdır?

Bilgilendirme süreci hekim ile hasta arasındaki güven ilişkisinin ayrılmaz parçası olması sebebiyle sözlü bilgilendirme esas olan yöntemdir. Hukuki düzenlemelerde de bilgilendirme sürecinin yazılı yapılması gerektiğine yönelik herhangi bir düzenleme bulunmamaktadır. Ancak olası bir şikayet incelemesi ya da yargı sürecinde "aydınlatıcı bilgilendirme yapıldığının" ve serbest irade ile rıza verildiğinin ispat yükü hekim uhdesinde olduğundan sözlü bilgilendirme sonrası bu sürecin yazılı metne aktarılmasını şiddetle tavsiye ediyorum.

Nitekim Yargıtay 13. Hukuk Dairesi'nin 2017/8664 Esas, 2019/6410 Karar, 22.05.2019 Tarihli kararında[16],

"Dosyadaki bilirkişi heyeti raporunda da açıklandığı gibi, aydınlatılmış onam formunda yapılan cerrahi girişime ait spesifik herhangi bir tıbbi bilgi bulunmadığı, hasta hakları yönetmeliğine ve etik ilkelere göre hastaya yeterince sözlü bilgi verilip verilmediği konusunda da ispatın olmadığı gözlemlenmiştir. Mahkemece, aydınlatılmış onamda ispat külfetinin hekim ya da hastanede olduğu gözetilerek davalıların sorumlu olduğu kabul edilmeli ve hasıl olacak sonuca uygun bir karar verilmeliyken, yanılgılı değerlendirmeyle, hüküm tesisi usul ve yasaya aykırıdır." denilerek işleme ilişkin spesifik tıbbi bir bilgi bulunmadığı için onam formunun geçerli olmadığı, yeterli sözlü bilgilendirme için başka bir delil bulunup bulunmadığının Yerel Mahkeme tarafından incelenmesi gerektiği hususu açıkça vurgulanarak, ispat yükünün hekimde olduğu belirtilmiştir.

Bu kapsamda sözlü ve yazılı bilgilendirme sürecinde hekimin ilk olarak hastasını tanımaya çalışması, mesleği, düzenli alışkanlıkları gibi tedavi süreci sonrası ortaya çıkabilecek komplikasyonlar sonrası değişebilecek/etkilenebilecek durumları tespit ederek bunları yazılı onam formuna aktarması, bu kapsamda bilgilendirme sürecinde hastanın hekime sorduğu bazı özellikli soruları yazılı forma aktarması matbu bir form ile bilgilendirme yapılmadığı ve serbest irade ile rıza alındığını gösterecektir.

Yoğunluk, yeterli süre bulunmaması ve sair sağlık işletmeciliği uygulamaları nedeniyle uygulamada matbu formların hazırlanması ve hastanın önüne bu formların imza için sunulması kabul edilebilir. Ancak bu formlar içeriğinin "somut hastaya" göre özelleştirilebilecek, bilgilendirme sürecinde ekleme ve revizyon yapılabilecek nitelikte olması önemlidir.

Tüm bu hususları Yargıtay kararları kapsamında incelediğimizde Yargıtay'ın yerleşik kararlarında tıbbi

hata olmasa da hasta hakkına aykırılık oluşturan bilgilendirilme hakkının yani yeterli ve geçerli aydınlatılmamış onam bulunmaması durumunu hukuka aykırılık olarak belirterek tazminata hükmedilmesi gerektiği yönünde kararları bozduğu görülmektedir.

Yargıtay 13. Hukuk Dairesi 2015/11729 Esas, 2016/9861 Karar, 07.04.2016 Tarihli kararında;

"hastanın düşerek kolunu kırması sonrası Ortopedi ve Travmatoloji doktorunun muayenesi sonucu kendisine iğne yapıldığını ve iğne yapılır yapılmaz o anda sağ ayak bileğinin düştüğünü, topallamaya başladığını, bacağında oluşan güç kaybı nedeni ile davalının sorumlu olduğunu ileri sürerek, fazlaya dair hakkı saklı kalmak kaydıyla, maddi ve manevi tazminat talep ettiği kararda, dosyaya kazandırılan adli tıp raporu ve üniversite öğretim üyelerinden oluşan bilirkişi heyetinden alınan raporda olayın komplikasyon sınırları içinde kaldığı belirtilerek davalının sorumlu olmadığı bildirilmiştir. Ayrıca bilirkişi raporunda, işlemi yapan doktorun işlemle ilgili hastasını bilgilendirmesinin tıbbi kurallara uygun olduğu da belirtilmiştir."

Yerel Mahkemede bilirkişi raporu doğrultusunda davayı reddetmiştir. Ancak Yargıtay incelemesinde,

" Biyotıp Sözleşmesinin 5. maddesinde "Rıza" konusu düzenlenmiş ve "Sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden sonra yapılabilir. Bu kişiye, önceden, müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında uygun bilgiler verilecektir. İlgili kişi muvafakatini her zaman serbestçe geri alabilecektir." düzenlemesiyle rızanın kapsamı belirlenmiş ve Dairemizin yerleşik uygulamalarına paralel düzenlemeler getirilmiştir. Salt yapılacak işleme rıza göstermek yeterli değildir. Ayrıca, komplikasyonların da izah edilmesi gerekmektedir. Ancak bu rızanın da az yukarıda vurgulandığı üzere aydınlatılmış rıza olması gerekir. Nitekim Hekim Etiği Yönetmeliği'nin 26. maddesinde düzenleme yapılmış ve "Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır. Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilecek biçimde verilmelidir. Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri, hasta kendisi belirler. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Alınan onam, baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir. Acil durumlar ile, hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcisinin izni alınır." düzenlemesiyle aydınlatmanın ne şekilde yapılacağı açıklanmıştır. Aydınlatılmış onamda ise ispat külfeti hekim ya da hastanededir." denilerek bilgilendirmenin bilirkişi tarafından uygun görünmesine rağmen davacının yapılan enjektör öncesi, enjektörün komplikasyonları konusunda bilgilendirildiğine dair aydınlatılmış onam düzenlendiğinin hekim tarafından ispat edilememesi sebebiyle vekilin özenli davranması zorunda olduğu, en hafif kusurundan sorumlu olacağı belirtilerek uygun miktarda bir manevi tazminata hükmedilmesi gerektiğini belirterek" Yerel Mahkeme kararını bozmuştur."[16]

Yargıtay 13. Hukuk Dairesi 2013/25653 Esas, 2014/7799 Karar, 19.03.2014 Tarihli kararında;

" davacıların 1997 doğumlu çocuklarına 03.08.2010 tarihinde " triple artrodez ameliyatı" yapıldığı, tıp kurallarına göre bu ameliyatın çocuklarda kemik gelişimi tamamlanmadan yapılmaması gerektiği, zira ameliyat sırasında ayak bileğindeki kıkırdakların alındığı, ayağın platinler ile sabitlendiği, kemik gelişimi tamamlanmadan yapıldığında kıkırdaklar olduğundan ameliyat edilen ayağın gelişmediğini, diğer ayağa oranla kısa kaldığını belirterek maddi ve manevi tazminat davası ikame etmişlerdir. Yerel Mahkeme incelemesinde alınan bilirkişi raporları doğrultusunda " triple artrodez ameliyatının uygun endikasyon olması durumunda 12 yaş üzerinde yapılması tavsiye edilmekle, hasta kimlik bilgilerine göre ameliyat olduğu tarih de 13 yaşında olduğundan uygun endikasyon ve yaşta yapıldığı, hekime atfedilecek bir kusur bulunmadığı " görüşü belirtilmiş, Yerel Mahkeme de bilirkişi raporları kapsamında davanın reddine karar vermiştir.

Yargıtay incelemesinde "*Biyotıp Sözleşmesinin 5. maddesinde "Rıza" konusu düzenlenmiş ve "Sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden sonra yapılabilir. Bu kişiye, önceden, müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında uygun bilgiler verilecektir. İlgili kişi muvafakatini her zaman serbestçe geri alabilecektir." düzenlemesiyle rızanın kapsamı belirlenmiş ve Dairemizin yerleşik uygulamalarına paralel düzenlemeler getirilmiştir. Salt yapılacak işleme rıza göstermek yeterli değildir. Ayrıca, komplikasyonların da izah edilmesi gerekmektedir. Ancak bu rızanın da az yukarıda vurgulandığı üzere aydınlatılmış rıza olması gerekir. Nitekim Hekim Etiği Yönetmeliği'nin 26. maddesinde düzenleme yapılmış ve "Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır. Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilecek biçimde verilmelidir. Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri, hasta kendisi belirler. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Alınan onam, baskı, tehdit,*

eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir. Acil durumlar ile, hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcisinin izni alınır." düzenlemesiyle aydınlatmanın ne şekilde yapılacağı açıklanmıştır." Denilerek ameliyat öncesi muhtemelen hâsıl olabilecek sonuç ve komplikasyonlar hakkında hastanın bilgilendirilmesinin bir zorunluluk olduğunu, dosyaya ibraz edilen bir onam belge bulunmadığını, dosya içeriğinde de hekimin hastayı ve ailesini bu konuda bilgilendirdiği ve gerekçeli açıklamaları yaparak uyardığı hususu ve davacının yeterli derecede aydınlatılıp aydınlatılmadığı, operasyonun komplikasyonlarının bilinmesi halinde dahi bu operasyona davacının rıza gösterip göstermeyeceği konuları dosya içeriği ile anlaşılamamaktadır. Hal böyle olunca bu konuda varsa davalı taraf delilleri toplanarak sonucuna göre karar verilmesi gerekirken eksik inceleme ile hüküm kurulması usul ve yasaya aykırıdır." diyerek kararı bozmuştur.[24]

Yine Ortopedi ve Travmatoloji branş alanı ile bağlantılı olmamakla birlikte "geçerli bir aydınlatılmış onam ve kapsamı açısından önemli olan" Yargıtay 13. Hukuk Dairesi 2014/46695 Esas, 2016/6790 Karar, 07.03.2016 Tarihli kararında[16];

"Biyotıp Sözleşmesinin 5. maddesinde "Rıza" konusu düzenlenmiş ve "Sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden sonra yapılabilir. Bu kişiye, önceden, müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında uygun bilgiler verilecektir. İlgili kişi muvafakatini her zaman serbestçe geri alabilecektir." düzenlemesiyle rızanın kapsamı belirlenmiş ve Dairemizin yerleşik uygulamalarına paralel düzenlemeler getirilmiştir. Salt ameliyata rıza göstermek yeterli değildir. Ayrıca, komplikasyonların da izah edilmesi gerekmektedir. Ancak bu rızanın da az yukarda vurgulandığı üzere aydınlatılmış rıza olması gerekir. Nitekim Hekim Etiği Yönetmeliği'nin 26. maddesinde düzenleme yapılmış ve "Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır. Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilecek biçimde verilmelidir. Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri, hasta kendisi belirler. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onam ile yapılabilir. Alınan onam, baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir. Acil durumlar ile, hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcisinin izni alınır. Düzenlemesiyle aydınlatmanın ne şekilde yapılacağı açıklanmıştır. Aydınlatılmış onam da ise ispat külfeti hekim ya da hastanededir. Somut olayda, mahkemece. . .'ndan alınan 22.03.2013 tarihli raporda tonsillektomi ameliyatından sonra 4. gün gibi geç oluşan kanamalarda kanamanın sebebinin ameliyat esnasında yapılan işlemler olmayacağı, ameliyat sonrası ameliyat sahasında gelişen nekrozdan dolayı kanamaların meydana geleceği, bunun da hekim tarafından öngörülemeyeceği kanaatinin belirtildiği, yine mahkemece, . . .'nden alınan 19.02.2014 tarihli raporda da ameliyat sonrası gerçekleşen kanamaların bu tür ameliyatların %1'i ile %10'u arasında oluşan komplikasyon niteliğinde olduğu, davalıların sorumluluğunun olmadığı kanaati belirtilmiştir. Mevcut durumda mahkemece alınan bilirkişi raporları ile ameliyat sonrası meydana gelen kanamaların komplikasyon niteliğinde olduğu anlaşılmakta ise de, yukarıda anlatılan bilgiler ışığında, ***davalıların komplikasyon sebebiyle sorumlu olmadığının kabulü için hastanın bu komplikasyon sonrası yaşadığı süreç ile ilgili ayrıntılı bir şekilde bilgilendirilmiş olması gerekmektedir.*** *Dosya içinde bulunan 29.03.2010 tarihli "****hasta onam formu" nun "ameliyatın riskleri" başlıklı bölümün a bendinde ameliyattan sonra ilk iki hafta içinde kanama oluşabileceği geç ortaya çıkan kanamalarda tekrar hastaneye yatırılarak müdahale edilebileceği, ameliyat edilebileceği ve kan kaybı sebebiyle de kan transfüzyonu gerekebileceği hususlarının açıkça yazılmış olmasına rağmen, davacının bu komplikasyon sonrası yoğun bakımda kalabileceği, sağ tarafını gereği gibi kullanamayabileceği, dilinin kesilip, dişlerinin sökülebileceği hususlarının formda açıkça yazılmadığı, bu durumda hastanın kanama sonrası yaşadığı sağlık sorunları ile ilgili yeterince aydınlatılmadığı ve hasta onam formunun yukarıda anlatılan sözleşme hükümlerine göre yetersiz olduğu anlaşılmaktadır."*** yönünde değerlendirme yapılarak, yerel mahkemenin yeterli kabul ettiği onam formu yetersiz ve geçersiz kabul edilmiştir.

Yargıtay 13. Hukuk Dairesi 2016/7094 Esas, 2019/3740 Karar, 21.03.2019 Tarihli kararında[16] makul süre öncesinden aydınlatma yapılmadığına vurgu yapılarak, tıbbi bilirkişi raporlarında tıbbi müdahalede bir hata olmadığının işaret edilmesinin bu açıdan tazminat sorumluluğunu engellemekle birlikte aydınlatma eksikliği nedeniyle tazminat yükümlülüğünü engellemediği gerekçesi tazminata hükmedilmesi gerektiğini belirtmiştir.

"Dosya kapsamından aydınlatmanın makul bir süre önce yapılmadığı, hastaya düşünmesi için makul bir süre verilmediği, Mahkemenin de kabulünde olduğu üzere aydınlatma yükümlülüğünün yerine getirilmediği anlaşılmakta olup, bu yükümlülüğün yerine getirilmemesinden her iki davalının da sorumlu olduğunun kabulü gerekir. Mahkemece, aydınlatıcı onam yükümlülüğünün yerine getirilmesinden hekim ve hastanenin birlikte sorumlu olduğu kabul edilerek hâsıl olacak sonuca göre bir karar verilmesi gerekirken, aksi düşünce ile yazılı şekilde karar verilmesi usul ve yasaya aykırı olup, bozmayı gerektirir."

Özetle; hastanın rızası alınırken aydınlatılarak bilgilendirme sürecinde bilgilendirmenin makul süre öncesinde yapılması, işleme ait risklerin hastaya mutlaka bildirilmesi hususları hukuka uygun rıza için gerekli olmanın yanında Yerleşik Yargıtay uygulamalarında özellikle dikkate alınan hususlardır ve hukuka uygun rıza için yani hukuka uygun aydınlatılmış onam varlığında ispat yükü hekim uhdesindedir.

SONUÇ

"Aydınlatılmış Onam", hasta hakkı olan "bilgilendirilme hakkı" ile hukuka uygunluk nedenlerinden olan "rıza" kavramlarının birleşmesinden oluşmaktadır. Tıbbi hata olmadığı durumlarda da hasta hakkı ihlali mevcut ise hukuka aykırılık oluşacak ve hekimlerin disiplin sorumluluğu başta olmak üzere ihlal içeren eylem sebebiyle ortaya zarar çıkması halinde tazminat hukuku ve ceza hukuku açısından sorumlulukları oluşabilecektir. Bu hususun ispat yükü hekim uhdesindedir. Hekim hastasına her türlü özen ve özveri ile gerekli tıbbi hizmeti sunmuş, hastanın hayatını kurtarmış yahut uzun süredir yaşadığı, hayat kalitesini düşüren sağlık şikâyetlerinin sona ermesini sağlamış olabilir ama bu süreç içerisinde aynı zamanda hasta hakkı ihlali olan bilgilendirme hakkına zarar verilmesi, aydınlatılmış onam bulunmadan tıbbi müdahale yapılması halinde hekimin eylemi hukuka aykırı olacaktır. Serbest irade ile aydınlatılarak bilgilendirme sonucu hastaların rızasının alınması önemlidir. Bilgilendirmenin kapsamını belirlerken özellikle risk bilgilendirmesi yapılırken gerçekleşme ihtimali olan riskin, ihtimalin sık görülen komplikasyon az görünen komplikasyon olmasından öte somut hasta için taşıdığı önem dikkate alınmalıdır. Örneğin işlem sonucunda az görünen bir komplikasyon somut hastanın özellikleri kapsamında bakıldığında o hasta için diğer kişilere istinaden daha önemli bir sonuç yaratacak ise (futbolcunun bir daha futbol oynayamaması gibi) bu bilgilendirmenin hastaya yapılması zaruridir. Son olarak, mevzuatın zorunlu tutmadığı haller dışında da hekimlerin ispat açısından somut hasta kıstasına göre yapılan aydınlatıcı bilgilendirme kapsamını gösteren metinlere süreci aktarmaları, bilgilendirme esnasında hastaya özel bilgiler ile hekime sorduğu sorular gibi hususları metne işlemeleri tavsiye edilmektedir. Kısaca, hekimin yükümlülüğü, hastanın hakkı olan hasta dosyasının en önemli tıbbi belgelerinden "aydınlatılmış onam", hekimin hastası yararına hukuka uygun rıza ile hareket ettiğini gösteren sözlü ve/veya yazılı süreçler bütünüdür.

KISALTMALAR

Biyotıp Sözleşmesi: Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi

f.: fıkra

m.: madde

s.: sayfa

TMK: Türk Medeni Kanunu

vb.: ve benzeri

Yönetmelik: Hasta Hakları Yönetmeliği

KAYNAKLAR

1. Zevkliler A, Acabey MB, Gökyayla KE. Zevkliler Medeni Hukuk Giriş – Başlangıç Hükümleri – Kişiler Hukuku – Aile Hukuku. Ankara: Seçkin Yayınevi; 6. Baskı, 1999.
2. Dural M, Öğüz T. Türk Özel Hukuku, Cilt II. Kişiler Hukuku. İstanbul: Filiz Kitabevi; 2002.
3. Oğuzman K, Barlas N. Medeni Hukuk / Giriş – Kaynaklar – Temel Kavramlar. İstanbul: Beta Yayınları; 9. Baskı, 2002.
4. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, Kanun No: 2709, Kabul Tarihi 18.10.982. http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.Aspx?MevzuatKod=1.5.2709&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=anayasa&Tur=1&Tertip=5&No=2709 Erişim Tarihi:16.10.2019.
5. Subaşı İ. Hekimin Aydınlatma Yükümlülüğü - Aydınlatılmış Onam - Tazminat Sorumluluğu. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2016.
6. Madder H. Existential Autonomy: Why Patients should make their own choices. J Med Ethics 1997;23–4:221–5. **Crossref**
7. Türk Medeni Kanunu. Kanun No: 4721.Kabul Tarihi: 22.11.2001. http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.Aspx?MevzuatKod=1.5.4721&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=medeni%20kanun&Tur=1&Tertip=5&No=4721 Erişim Tarihi: 16.10.2019.
8. Yücel Ö. Medeni Hukuk Bakış Açısıyla Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluğunun Koşulları. İçinde: Yücel Ö, Sert G, editörler. Sağlık ve Tıp Hukukunda Sorumluluk ve İnsan Hakları. Sağlık Hizmeti - Sağlık Hakkı ve Hasta Hakları - Medeni Hukuk, Ceza ve İdare Hukuku Yönünden Sorumluluk. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2018.
9. Erman B. Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2003.
10. Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun. Kanun No: 5013, Kabul Tarihi: 03.12.2003. https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5013.html Erişim Tarihi: 16.10.2019.
11. Hasta Hakları Yönetmeliği. Kanun No: 23420, Kabul Tarihi: 01.08.1998. http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hasta%20haklar%C4%B1 Erişim Tarihi: 16.10.2019.
12. Türk Borçlar Kanunu. Kanun No: 6098, Kabul Tarihi: 11.01.2011. http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6098.pdf Erişim Tarihi: 16.10.2019.
13. Türk Ceza Kanunu. Kanun No: 5237, Kabul Tarihi: 26.09.2004. http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf Erişim Tarihi: 16.10.2019.
14. Taşcan İ, Çalışkan S. Tıbbi uygulama Hataları ve Hekim Suçları. İstanbul: Yeditepe Üniversitesi Yayınevi; 2018.

15. Tıbbi Deontoloji Tüzüğü. Bakanlar Kurulu Kararının Tarihi: 13.1.1960, No: 4/12578 Dayandığı Kanunun Tarihi: 23.1.1953, No: 6023, Yayımlandığı Resmi Gazetenin Tarihi: 19.2.1960, No: 10436. http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.Aspx?MevzuatKod=2.3.412578&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=deontoloji&Tur=2&Tertip=3&No=412578 Erişim Tarihi: 16.10.2019.

16. Kazancı İçtihat Bankası. http://www.kazanci.com/kho2/ibb/giris.html Erişim Tarihi: 12.10.2019 - 14.10.2019.

17. TTB Aydınlatılmış Onam Kılavuzu. http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=983:onam&catid=26:etik&Itemid=65 Erişim Tarihi:10.10.2019.

18. Dieter G. Patient-Physician Communication and the Law's Requirements. In: Byrd BS, Hruschka J, Joerden, JC, editors, Jahrbuch für Recht und Ethik – Annual Review of Law and Ethics. Band 4 (1996), Themenschwerpunkt: Bioethik und Medizinrecht – Bioethik and the Law. Berlin: Duncker & Humbolt; 1996. pp.273–300.

19. Hakeri H. Tıp Hukuku Temel Bilgiler, İstanbul: Seçkin Yayıncılık; 2009.

20. Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü (Ana Sözleşmesi) Temel Doküman. Roma: Kasım 2002. https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/avrupastatusu.htm Erişim Tarihi:17.10.2019.

21. Sözmez MM, Seçkin FM, Şen B, Birgen N, Ertan A, Öztürk İ. Adli Tıp Kurumu'ndan Görüş Sorulan ve Ortopedi Uzmanlık Alanına Giren Tıbbi Uygulama Hatalarının Gözden Geçirilmesi. Acta Orthop Traumatol Turc 2009;43(4):351–8. **Crossref**

22. Demircan A. Yüksek Riskli Ortopedik Yaralanmalar. IV. Ulusal Acil Tıp Kongresi, 08-11 Mayıs, 2008, Antalya. http://file.atuder.org.tr/_atuder.org/fileUpload/14HKp78hw72D.pdf Erişim Tarihi: 11.10.2019.

23. Sarıtaş H. Hasta Hakları Açısından Hekimin Sorumluluğu. Ankara: Bilge Yayınevi; 2005.

24. Erdem Ü. Yargıtay 13 Hukuk Dairesi (2014–2016) Kararlarında - Özel Hastane ve Hekimin Tazminat Sorumluluğu. İstanbul: Legal Yayıncılık; 2016.

TOTBİD Dergisi
Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği

TOTBİD Dergisi 2020;19:51–54
https://doi.org/10.14292/totbid.dergisi.2020.08
DERLEME

Ortopedi ve Travmatolojide komplikasyon yönetimi

Complications management in orthopedics and traumatology

Hakan Kınık

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Ankara

Ortopedi ve Travmatoloji pratiğimizde görülebilen ve istenmeyen sonuç olarak tanımlanabilen komplikasyonlar gerek hasta gerekse hekim açısından büyük problemler oluşturabilmektedir. Bu sonuçlar hekimin eksik veya hatalı tutum, davranış veya uygulaması kaynaklı ise malpraktis olarak adlandırılır. Bu yazıda komplikasyon/malpraktis ayrımı, önleme yolları ve çözüm yolları tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: komplikasyon; malpraktis; hatalı tıbbi uygulama; ortopedi ve travmatoloji

Poor clinical outcomes and adverse events defined as complications in the field of orthopedics and traumatology have a great impact on both the patients and doctors. These complications are defined as malpractice, if they stem from the doctors' negligent, faulty or inappropriate diagnoses, treatments or aftercare. In this article, the definitions of complication and malpractice are given and we the precautions and management of these cases are discussed.

Key words: complication; malpractice; faulty medical treatment; orthopedics and traumatology

Ortopedi ve Travmatoloji pratiğimizde gerek konservatif gerekse cerrahi tedaviler sonrası, her an çeşitli komplikasyonlar ile karşılaşma riski altındayız. Bunların bir kısmı öngörülebilen nedenler ile gerçekleşebildiği gibi bazıları maalesef hekimi hazırlıksız yakalayabilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada ölüm nedenleri arasında tıbbi hatalar üçüncü sırada yer almaktadır.[1] Ortopedi ve Travmatoloji, ABD'de malpraktis nedeni ile en fazla dava açılan dalların arasında ilk beştedir.[2] Hekimin hastalarına en iyi şekilde sağlık hizmeti verebilmesi ve vicdanen rahat olabilmesi için tıbbi bilgi ve görgüsünün donanımlı olmasının yanı sıra cezai sorumluluklarını da bilmesinde yarar vardır. **Tıbbi hata, önlenebilir tıbbi hata, sekel, tedavi yetersizliği, malpraktis ve komplikasyon,** tıbbi tedavi sonrası ortaya çıkabilecek istenmeyen durumlar sayılır.

Tıbbi Hata

Tıbbi hata; hasta açısından herhangi bir olumsuz sonuç bulunup bulunmadığına bakılmaksızın, **potansiyel olarak** olumsuz sonuçları olan ihmal olarak tanımlanır. Yani tedavi sonucunda hasta zarar görmese bile tıbbi uygulama hatalı olabilir. Bunları en aza indirmek için hekim; hem bilgi ve görgü olarak kendini düzenli aralıklar ile güncellemeli, hem de içinde çalıştığı kurumdaki meslektaşları tarafından bilimsel yönden denetlenebilmelidir.

Önlenebilir Tıbbi Hata

Genellikle sistem düzeyinde bir problem sonucunda gelişir ve sağlık çalışanını olumsuz bir durum yaratmaya yatkın hale getirir. Sıklıkla aynı konuma farklı doktor veya sağlık çalışanı yerleştirildiğinde bu tip hatalar tekrarlanır. Malpraktisin önlenebilir tıbbi hatadan farkı, malpraktiste bireysel kusur daha ön plandadır ve hata sistemde bulunan işleyişteki bir soruna bağlı değildir.

Sekel

Yapılan tıbbi girişimin doğasından kaynaklanır. Total tiroidektomiden sonra hastanın hipotiroid olması, veya ampütasyon sonucu kişinin yürüyememesi birer sekeldir.

• İletişim adresi: Prof. Dr. Hakan Kınık, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ek Bina K Blok 1. Kat, Samanpazarı, Ankara
Tel: 0312 - 508 23 21 e-posta: hhkinik@gmail.com
• *Geliş tarihi: 9 Ekim 2019 Kabul tarihi: 16 Aralık 2019*

Tedavinin Yetersizliği

Yapılan tedavi şartlara uygun yapılsa bile, sonrasında hastanın durumunun değişmemesi şeklinde tanımlanabilir (örneğin tam yapılamayan tümör rezeksiyonu vb.).

Malpraktis

Malpraktis denince, tıp biliminin standartlarına ve deneyimlerine uygun gözükmeyen, bilgi ve beceri eksikliğinden kaynaklanan, yeterli tedavi özeninin bulunmadığı ve **sonucunda hastanın zarar gördüğü** her türlü hekim müdahalesi anlaşılır.[3]

Malpraktise engel olunabilmesi için:

1. Hekim hastanın tedavisi ile ilgili kendi kişisel tecrübesini, cerrahi yeteneğini, mesleki bilgisini, eğitiminin nitelik ve derecesine göre gereken tedaviyi yapıp yapamayacağını bilecek durumda olmalıdır.
2. Hasta için planlanacak tedavinin yapılması için gerekli klinik organizasyon (personelin niteliği, yeterli sayıda personel bulundurulması, gerekli konsültasyonların sağlanıp sağlanamayacağı, gereken teknik ekipman ve implantların bulunup bulunmayacağı) araştırılıp; bunlar eksik ise ve şartlar izin veriyor ise, hastayı kabul edebilecek merkezler ile konuşup onay alınarak hastanın sevki düşünülmelidir.
3. Tedavisinin eksiksiz yapılabileceği düşünülen hastanın anamnez ve öyküsü tam alınıp seçilen tedavinin tüm ayrıntıları, riskleri, avantaj ve dezavantajları hastaya anlatılıp, gereken **onam** alınmalıdır.
4. Hastanın tedavisinde doğru teşhis ve endikasyon konulmalı, tıbbi tedavi güncel tıbbi normlara uygun seçilmeli; seçilen tedavi doğru ve eksiksiz uygulanmalı, tedavi sonrası dönemde izlem ve bakım uygun olarak yapılmalıdır.

Yukarıda sayılan kriterlerdeki yetersizlikler sonucu doğabilecek istenmeyen sonuçlar, komplikasyon olarak değil, malpraktis olarak değerlendirilir. Bu aşamalarda gerçekleşen yanlış/hatalı uygulamalar sonucu hastanın zarar görmesi durumuna **'icrai malpraktis'**; yapılması gereken müdahalenin hiç yapılmaması nedeni ile oluşan zarara da '**ihmali malpraktis'** denir.

Türk Ceza Kanunu'nun 22. maddesinde "taksir tanımlanmıştır: "Taksir, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyerek gerçekleştirilmesidir".[4] Taksir; tedbirsizlik, dikkatsizlik, meslek ve sanatta acemilik ile kural ve emirlere uymama şeklinde gerçekleşebilir. Taksiri kasttan ayıran özellik, neticenin fail tarafından gerçekleşmesinin istenmemesidir.

Hekimin bu hatalı uygulamayı yapmasına yol açan pek çok neden olabileceği bilinmektedir. Fakat hukuken, bir hekimin kendisine tıp fakültesinde kötü eğitim verildiğini, gerekli tecrübeye sahip olmadığını, kendi alanındaki gelişmeleri yeteri kadar takip edemediğini ileri sürerek, tazminat sorumluluğundan kurtulamayacağı düşünülür. Buna karşılık ceza hukuku sorumluluğu açısından bunlar gerek kusurun belirlenmesinde ve gerekse cezaların bireyselleştirilmesinde göz önünde bulundurulabilir.

Bari ve ark. tarafından yapılan çalışmada, tıbbi hataların nedenleri; çalışma sürelerinin uzun olması (%65), deneyim yetersizliği (%52), denetim yetersizliği (%48) ve karmaşık olgular nedeni ile oluşan yorgunluk (%45) olarak belirtilmektedir.[5] Hataların çeşitli nedenleri olabilmektedir, öncelikle nedenlerin tespit edilerek hataların en aza indirilmesi üzerinde çalışılmalıdır.

Malpraktisin tespiti, çoğu kez hukukçular dışında bir bilirkişinin bilgisini gerektirir. Ülkemizde bu bilirkişi, uygulamada daha çok Adli Tıp Kurumu'dur. Bu kurum dışında özellikle üniversitelerin ilgili bölümlerinden öğretim üyelerine de bilirkişilik görevi verilebilmektedir. Önceden bu görevi yapabilen kurumlar arasında olan Yüksek Sağlık Şurası'nın bu görevi yeni kanun ile iptal edilmiş olup; bu yeni kanun gereği, kurumlar ve özel durumlar dışında, bilirkişi olabilmek için 24 saatlik Bilirkişi Temel Eğitimi almak ve UYAP üzerinden kaydolmak gerekmektedir.

Komplikasyon

Bunlar tıbbi girişim sırasında hastaya uygun tedavi yapılıp, gerekli özen ve dikkat gösterildiği halde öngörülemeyen, öngörülse bile önlenemeyen durum ve istenilmeyen sonuçlardır. Bu çeşit olumsuz neticeler tıbbi müdahalelerin normal sapmaları, riskleri olarak değerlendirilmektedir. Ancak bunun bilgi ve beceri eksikliği sonucu olmaması ve hastanın bu konularda bilgilendirilmiş olması gerekir. Komplikasyonlar nedeni ile hekimler hukuki olarak sorumlu tutulamaz. **Hekim, tedavisini ya da ameliyatını yaptığı hastayı yüzde yüz iyileştirme yükümlülüğü altında değildir. Önemli olan, hekimin "tıp kural ve gereklerine" uygun davranarak özenli bir tıbbi müdahale yapıp yapmadığıdır.**[6] Bu doğrultuda yapılan müdahalelerden sonra hasta iyileşmemiş olsa dahi hekimin bundan sorumlu tutulması mümkün değildir.

Dror Paley 1990'da uzun kemik uzatmaları ile ilgili yazdığı makalede, bu konuda yazılan literatürde, komplikasyon tanımının tam yapılmaması nedeni ile sonuçların karşılaştırılmasının zorluğundan bahsetmiştir. Komplikasyon olarak bildirilen olay sıklığının, bazen uzatma başına ortalama iki komplikasyon

gelişmesi nedeni ile %1'lerden %200'lere varan oranlarda değiştiğini, üstelik diğer ameliyatların aksine tedavinin cerrahi girişim bitiminden sonra fiksatör çıkana kadar devam ettiğinden bunlara farklı yaklaşılması gerektiğini vurgulamıştır. Yazar çıkabilecek istenmeyen olayları; **problem, engel ve komplikasyon** olarak üç ana grupta incelemiştir. Paley'e göre **problem**, tespit veya distraksiyon döneminde çıkabilen fakat tedavi bitimine kadar **cerrahi gerektirmeden** tam olarak düzelebilen ve önceden öngörülebilen potansiyel zorluktur. **Engel**, tespit veya distraksiyon döneminde çıkabilen, tedavi bitimine kadar ancak cerrahi yöntemler ile tam olarak düzelebilen ve yine önceden öngörülebilen potansiyel zorluktur. **Komplikasyon** ise ameliyat esnasında veya sonrası dönemde çıkabilecek lokal veya sistemik istenmeyen bir olay olup tedavinin bitiminde devam eder. Paley bunları da minör ve majör olarak ayırmış, yine majör komplikasyonları da (sekel), tedavinin asıl amacını etkilemeyen ve etkileyen olarak ikiye ayırmıştır. Yazar, bu sınıflamanın, hem hasta ve cerrahın bu riskleri önceden rahatça tartışabilip beraber karar vermelerini kolaylaştırdığını, hem de literatürde verilen sonuçların daha uyumlu olmasını sağlayacağını bildirmiştir.[7]

Hekim, hastasının tedavisinde bir komplikasyon ile karşılaştığında:

1. Komplikasyon ameliyat esnasında ise hemen en hızlı ve doğru şekilde gereken tedaviyi yapmalı, kendi yapabileceğinin dışında bir konu ise tedavi için gerekli ekipman ve yardımcı cerrahi ekibi çağırmalı ve yardım almalıdır.
2. Ameliyat sonrası dönemde tüm ameliyat edilen hastalar iyi izlenmeli ve gelişmiş olan komplikasyonlara hemen tanı konabilmelidir.
3. Komplikasyon varlığı kesinleştiğinde hasta ve yakınları onlar sormadan bilgilendirilmelidir. Hasta istenilmeyen bu olayı hekiminden duymalıdır.
4. Yoğun duygusal tepkilere karşı hazırlıklı olunmalıdır, hekimin üzüntüsünü bildirmesi ve sonuçların sorumluluğunu yüklendiğinin anlaşılması gereklidir.
5. Hekim sükûnetini bozmamalı, empati kurmalı ve doğruları söylemelidir.
6. Gerçekleşen hasarın onarılması ve tekrarının önlenmesi için gerekli önlemler alınarak gerekli tıbbi girişimler **tam olarak, doğru ve zamanında** yapılmalıdır.
7. Hasta, komplikasyonun tedavisi açısından ikinci bir fikir alınmasını istiyorsa yardımcı olunmalıdır.
8. Hekimin profesyonel sigortacısı bilgilendirilmelidir.
9. Yapılan tüm işlemler belgelenmeli, konsültasyonlar yazılı olarak alınmalı ve belgelerin muhakkak kopyası çıkarılmalıdır.
10. Hastanın, hem asıl tedavisi hem de gelişen komplikasyon için yapılan tedavilerin bitimine kadar doğru ve eksiksiz bir şekilde izlenmesi ve işlerinin kolaylaştırılması sağlanmalıdır.
11. Başka bir hekimin hastası bilerek veya bilmeyerek bize bir komplikasyon ile geldiğinde tedaviyi yapan hekim hemen suçlanmamalı, hastaya mümkün olduğunca yardımcı olunmalı, her cerrahide böyle komplikasyonlar çıkabileceği, hiçbir hekimin hastasının zarar görmesini istemeyeceği anlatılmalıdır. Gerekli sorgulama, muayene ve radyolojik değerlendirme sonrası tedaviyi yapan hekim ile konuşarak bilgi almak gerekli ise, bunu hasta çıktıktan sonra yapmak daha uygun olur. Hekimin ilk tedaviyi yapan meslektaşını bilgilendirmesi ve tedaviye kendisinin devam edeceğini söylemesi, etik açıdan gerekli olduğu gibi karşı taraftan alacağı bilgilerle kendi yapacağı tedavinin kolaylaşması açısından yarar da sağlayabilir.

Her tedavide komplikasyon çıkabilir, fakat komplikasyon zamanında fark edilmez, fark edilmesine rağmen gerekli önlemler alınmaz ya da fark edilip önlem alınmasına rağmen bu önlemler yerleşmiş standart tıbbi girişimler dışında ise malpraktisten söz edilir.

Böyle istenmeyen olaylar yaşandıktan sonra hasta hukuk yolu ile hakkını aramak isteyebilir. Maalesef hukuki süreçte de bazı zorluklar vardır. Tıbbi değerlendirme ile hukuki değerlendirme farklı olabilmektedir.

Özgönül ve ark. tarafından Antalya Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde yapılan 204 hekim ve 212 hukukçuyu kapsayan araştırmada, malpraktis ve komplikasyon kavramlarını içeren toplam 13 soruya verilen cevaplar doğrultusunda tüm katılımcılar malpraktis kavramını %27,36; komplikasyon kavramını ise %83,20 oranında doğru tanımlamışlardır. Araştırmaya katılanlar, Türkiye'de tıp alanında oluşan hataların nedenini %74,50 gibi bir oranla en çok sağlık sisteminin yetersizliklerinden kaynaklandığını düşünmekte; hemen hemen aynı oranda tıbbi hata iddiası ile açılan davanın hukuki sürecinin sağlıklı işlemediğine inanmaktadırlar. Bu çalışmanın sonucunda, hekimler ve hukukçular arasında tıbbi hata, malpraktis gibi temel kavramların tanımı ve anlamı üzerinde bir uzlaşının olmadığı görülmüştür.[8]

Ahmed ve ark.'nın makalesinde ABD'de 1988 ile 2015 yılları arasında ortopedik travma sonrası malpraktis nedeniyle açılan davalar araştırılarak, toplam 561 davadan 201 adedi çalışmaya alınmıştır. Davacıların ortalama yaşı 43 olup, dava nedeni olan

kırıklar arasında en sık görülenler, radius (44 adet), femur (32 adet), tibia (30 adet), ulna (29 adet), humerus (26 adet), omurga (24 adet), kalça (17 adet), ve fibula (15 adet) olarak bildirilmiştir. Davaların %64.2'si hekim lehine, %20.4'ü hasta lehine sonuçlanırken; %15.4'ü anlaşma ile sonuçlanmıştır. Kırık ile birlikte nörolojik defisit varlığında davanın hasta lehine dönme oranı anlamlı derecede artmıştır.[9]

Bhandari ve ark., genel popülasyonda mental bozukluklar ortalama %20'ler civarında iken; bu oranın travma sonrası hastalarda yükseldiğini bildirmişlerdir.[10] Yine McCarthy ve ark., şiddetli alt ekstremite yaralanması sonrası %42 oranında psikolojik bozukluklar çıktığı halde bunların sadece % 22'sinin tıbbi yardım aldığını bildirmişlerdir.[11] Post-travmatik dönemdeki hastaların (post-travmatik stres bozukluğu), gelişebilecek komplikasyonlar sonrasında daha sıklıkla hukuki sürece baş vurdukları bilinmektedir.

Marmor ve ark., diz artroskopisi sonrası gelişen enfeksiyon nedeni ile açılan 22 davayı incelemişler ve yapılan değişik artroskopik girişimler sonrası enfeksiyon tanısının ortalama 4,2 gün sonra konulması ve sonrasında ortalama 3,5 adet ek tıbbi girişim gereksinimi ile bağlantılı fonksiyonel sekeller çıktığını bildirerek bazı önlemler tavsiye etmişlerdir. Yazarlar, tanısal aspirasyon yapılmamasını, yapıldığında hızlı bir şekilde incelemeye gönderilmemesini, kültürde üreyen koagülaz negatif stafilokokların kontaminasyon kabul edilerek tedavi verilmemesini, önceden verilen uzun etkili kortikosteroidler sonrasında artroskopi yapılmasını enfeksiyon riskini artıran nedenler olarak belirtmişlerdir.[12]

Cichos ve ark., ABD'de 1988 ile 2013 yılları arasında açılmış 1562 ortopedik davayı araştırmışlar ve beş yıllık bölümlere göre incelemişlerdir. Bu davaların %30'u davalı lehine sonuçlanmış olup, ilk beş yıllık dönem ile son beş yıllık dönem karşılaştırıldığında açılan dava sayısının %215 oranında; ödenen tazminatların ise %280 oranında arttığı görülmüştür. En yüksek tazminat tutarları sırasıyla, pediatrik ortopedi, omurga ve onkolojiye verilirken, en sık açılan dava konuları ise kırık tespiti, artroplasti, ve omurga olarak bildirilmiştir.[13]

Görüldüğü gibi Ortopedi ve Travmatolojinin basit olsun kompleks olsun tüm tedavilerinde her çeşit komplikasyon çıkabilme riski bulunmaktadır. Bu nedenle hekim yanlış tedavi yapmamak için kendini yenilemeli ve bilgisini devamlı güncellemeli, sürekli eğitim programlarına katılmalı, hastaları ile tedaviyi bütün boyutları ile tartışarak onları gerekli bilgiyi vermeli ve empati kurmalıdır; hastanın tanı, gerekli tetkik ve konsültasyonlarının tam ve doğru olduğunu garantileyerek ameliyata hazırlamalı, ameliyathane şartlarını, ekibini ve ekipmanlarını kontrol etmelidir. Ameliyatı güncel standart uygulamaları kullanarak doğru olarak yapmalı, ameliyat sonrası dönemde hastasını yakından izlemelidir. Ameliyat öncesi, ameliyat esnası ve ameliyat sonrası dönemlerdeki tüm uygulamalar mümkün olduğunca belgelenmelidir. Bütün bunları yaptıktan sonra, yine de oluşabilecek komplikasyonları ise doğru ve uygun bir şekilde çözmeye çalışmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Makary MA, Daniel M. Medical error –the third leading cause of death in the US. BMJ 2016;353:i2139. Crossref
2. Bal BS. An introduction to medical malpractice in the United States. Clin Orthop Relat Res 2009;467(2):339–47. Crossref
3. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. N Engl J Med 2011;365(7):629–36. Crossref
4. Türk Ceza Kanunu. Kanun Numarası: 5237. Kabul Tarihi: 26/9/2004, Yayımlandığı R. Gazete Tarih: 12/10/2004 Sayı: 25611. Yayımlandığı Düstur: Tertip: 5 Cilt: 43.
5. Bari A, Khan RA, Rathore AW. Medical errors; causes, consequences, emotional response and resulting behavioral change. Pak J Med Sci 2016;32(3):523–8. Crossref
6. Hakeri H. Tıp Hukuku, 3. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2010.
7. Paley D. Problems, obstacles, and complications of limb lengthening by the Ilizarov technique. Clin Orthop Relat Res 1990;(250):81–104. Crossref
8. Özgönül ML, Arda B, Dedeoğlu N. Tıp Etiği ve Hukuk Açısından Tıbbi Hata, Malpraktis ve Komplikasyon Kavramlarının Değerlendirilmesi. Turkiye Klinikleri J Med Ethics 2019;27(1):48–56. Crossref
9. Ahmed SA, DeFroda SF, Naqvi SJ, Eltorai AEM, Hartnett D, Ruddell JH, Born CT, Daniels AH. Malpractice Litigation Following Traumatic Fracture. J Bone Joint Surg Am 2019;101(7):e27. Crossref
10. Bhandari M, Busse JW, Hanson BP, Leece P, Ayeni OR, Schemitsch EH. Psychological distress and quality of life after orthopedic trauma: an observational study. Can J Surg 2008;51(1):15–22. Erişim: http://canjsurg.ca/wp-content/uploads/2014/03/51-1-15.pdf
11. McCarthy ML, MacKenzie EJ, Edwin D, Bosse MJ, Castillo RC, Starr A. Psychological distress associated with severe lower-limb injury. J Bone Joint Surg Am 2003;85(9):1689–97. Crossref
12. Marmor S, Farman T, Lortat-Jacob A. Joint infection after knee arthroscopy: Medicolegal aspects. Orthop Traumatol Surg Res 2009;95(4):278–83. Crossref
13. Cichos KH, Ewing MA, Sheppard ED, Fuchs C, McGwin G Jr, McMurtrie JT, Watson SL, Xu S, Fryberger C, Baker DK, Crabtree RM, Murphy AB, Vaughan LO, Perez JL, Sherrod BA, Edmonds BW, Ponce BA. Trends and Risk Factors in Orthopedic Lawsuits: Analysis of a National Legal Database. Orthopedics 2019;42(2):e260–7. Crossref

TOTBİD Dergisi
Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği

TOTBİD Dergisi 2020;19:55-61
https://doi.org/10.14292/totbid.dergisi.2020.09
DERLEME

Ortopedi ve Travmatolojide malpraktis

Malpractice in orthopaedics and traumatology

İbrahim Tuncay, Vahdet Uçan

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Hukuki, tıbbi, etik, eğitimsel ve yönetimsel yönleriyle çok bileşenli bir konu olan "tıbbi malpraktis" hiç bir meslektaşımızın karşılaşmak istemeyeceği bir durumdur. Meslektaşlarımızın böyle bir durumda hastasının zarar görmesinden dolayı duyacağı vicdani azaba ek olarak; olası dava sonrasında alacağı hukuki ceza ile hem maddi hem psikolojik olarak zor bir sürece girmesi kaçınılmazdır. Ortopedi ve Travmatoloji cerrahi dallar içerisinde hekimin fiziksel olarak en çok yorulduğu alandır. Bu nedenle, malpraktis olgularının görülme ihtimali yüksektir. Mesleki tatmini son derece üst düzeyde olan Ortopedi ve Travmatoloji, ne yazık ki hatayı tolere etmeyen bir daldır. Tıbbi uygulama hatalarımızı en aza indirmek için, Ortopedi ve Travmatoloji standartlarını çok iyi şekilde bilmeli, mesleki bilgi ve becerilerimizi geliştirmeli, uygulama ve hasta ile ilişkili tüm bilgilerin kayıt altına alınmasına ve özellikle aydınlatılmış onama özen göstermeliyiz. En önemlisi ise hasta ile çok iyi iletişim içinde olmalıyız.

Anahtar sözcükler: malpraktis; ortopedi ve travmatoloji; tıbbi uygulama hatası

Medical malpractice, a multi-component issue with its legal, medical, ethical, educational and managerial aspects, is a situation that non of our colleagues would want to encounter. In addition to conscientious punishment of the clinician in such situation, it is also inevitable for him/her to enter a difficult process both financially and psychologically with the legal penalty after the possible litigation. Orthopaedics and Traumatology is the most physically challenging of all surgical departments, therefore malpractice cases are more likely to occur. It gives an extremely high level of occupational satisfaction, but unfortunately it is a department that does not tolerate the mistakes. To minimize our medical malpractice, we have to know the standards of Orthopaedics and Traumatology very well, develop our knowledge and skills, and take care of recording all practice and patient-related information, and especially should not neglect patient's informed consent. Most important of all is to be in good communication with the patient.

Key words: malpractice; orthopaedics and traumatology; medical malpractice

Tıbbi malpraktis; hukuki, tıbbi, etik, eğitimsel ve yönetimsel yönleriyle tüm dünyada tartışılan çok bileşenli bir konudur. Mesleklerini devlete bağlı sağlık kurumlarında kamu görevlisi olarak veya sözleşmeyle özel sağlık kuruluşlarında yerine getiren hekimler, yasalar çerçevesinde tıp biliminin gereklerine ve kurallarına uygun olarak tıp mesleğini icra etme ve tıbbi müdahalede bulunma yetkisi tanınmış, *"Primum non nocere"* (önce zarar verme) etik ilkesi ışığında insanları muayene ve tedavi etmeyi kendine meslek edinmiş kişilerdir.[1]

Malpraktis, Latince "Mala" ve "Praxis" kelimelerinden köken almış olup; uygun olmayan beceri eksikliği veya özen eksikliğinin olduğu tüm mesleki hataları kapsamaktadır. Aslında malpraktis denilince akıllara hemen 'doktor hatası' gelse de durum böyle değildir. Nasıl ki doktorların mesleki sorumlulukları varsa, avukatların, hâkimlerin, mühendislerin kısacası tüm meslek gruplarının da mesleki sorumlulukları vardır. Eğer bu mesleki hata, tıp alanında gerçekleşmiş ise "tıbbi malpraktis" veya "tıbbi uygulama hatası" olarak değerlendirilir. Tıbbi malpraktis ile ilgili çeşitli tanımlamalar mevcuttur.

Dünya Tabipler Birliği *(The World Medical Association)* 1992 yılındaki 44. genel kurulunda "Tıpta Yanlış Uygulama" konulu bir duyuru yayımlamış ve malpraktis, "Hekimin tedavi sırasında standart güncel uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar" şeklinde tanımlanmıştır.[2]

- İletişim adresi: Prof. Dr. İbrahim Tuncay, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Adnan Menderes Bulvarı, Vatan Caddesi, 34093 Fatih, İstanbul
Tel: 0532 - 411 61 83 e-posta: ituncay@gmail.com
- *Geliş tarihi: 9 Ekim 2019 Kabul tarihi: 20 Kasım 2019*

Türk Tabipleri Birliği Etik İlkeleri içerisinde; bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeni ile bir hastanın zarar görmesi "hekimliğin kötü uygulanması" anlamına gelir.[3]

Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısında ise Tıbbi Kötü Uygulama (malpraktis), "Sağlık personelinin kasıt veya kusur veya ihmal ile standart uygulamayı yapmaması; bilgi ve beceri eksikliği ile yanlış veya eksik teşhiste bulunması veya yanlış tedavi uygulaması veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan ve zarar meydana getiren fiil ve durum" olarak tanımlanmıştır.[4]

Tıbbi malpraktisin yeni bir kavram olmadığını tarihi belgelerden anlayabiliriz. Eskiden beri hekimler insanların hastalıklardan kurtulmasına ve sağlıklarına kavuşmasına yardım ettiklerinde takdir edilmişler, hastalarına zarar verdiklerinde ise bu zarardan sorumlu tutulmuşlardır. Tarihin en eski mesleklerinden olan hekimlikte, tıbbi uygulama hatalarına ilişkin kural ve ilkelerin tarihte ilk defa düzenlendiği yazılı metin Hammurabi Kanunları'dır. Bu kanunlarda; "bir doktor, operatör bıçağı ile derin bir yarık açarsa ve hastayı öldürürse ya da bıçak ile bir tümörü açıp gözü keser ise doktorun elleri kesilir", şeklinde yazılıdır.[5]

Ülkemizde ve dünyada son yıllarda tıbbi malpraktis dava sayısında önemli bir artış olmuştur. Bu artışın en önemli nedenleri; sağlıktaki teknolojinin gelişmesi ile hasta ve hasta yakınlarının artan beklentileri, artan iletişim, avukatların bu davaları bir kazanç unsuru olarak görmeleri ve medyanın olumsuz tutumu olarak özetlenebilir. Özellikle medya tarafından körüklenen olaylar "hasta-hekim" ilişkisini "müşteri-hekim" ilişkisi boyutuna getirebilmekte ve daha kötüsü "davacı-davalı" noktasına taşıyabilmektedir. 'Sosyal medya' denen kavramın hayatımıza girmesi ile bu tür durumlar çok daha hızlı sürede toplumun büyük bir kesimine ulaşabilmektedir.

Cichos ve ark. yapmış oldukları çalışmada, Amerika'da 1988–2013 yılları arasında ortopedi hekimlerine karşı açılmış 1562 malpraktis davasını incelediklerinde, en sık olarak kırık tespiti (363 olgu), artroplasti (290 olgu) ve omurga (231 olgu) olguları ile karşılaşmışlardır. Davacılar en sık fasyatomi (%48), enfeksiyon tedavisi prosedürleri (%43) ve karpal tünel gevşetme (%37) ile ilgili olguların davalarını kazanmışlardır. Hekim aleyhine sonuçlanan davalarda; pediatri olgularında 2,6 milyon dolar, vertebra olgularında 1,7 milyon dolar ve onkoloji olgularında 1,6 milyon dolar tazminat ödenmiştir. Son beş yılda açılan dava sayısında %215 artış ve ödenen tazminat tutarında %280 artış gözlenmiş.[6] Rynecki ve ark.'nın Amerika'da yapmış olduğu bir başka çalışmada 2010 ile 2016 yılları arasında ortopedi hekimlerine karşı açılan 81 malpraktis davası incelenmiştir. Bu davalarda, vertebra, diz ve kalça cerrahileri ilk sıraları almıştır. Jüri, 50 olguda (%61,7) hekimleri haklı bulmuştur.[7] Türkiye'de 1973 ile 2013 yılları arasında yargı kararlarına yansıyan tıbbi malpraktis dosyalarında dava edilen temel dalların dağılımları; Kadın Doğum %26,7, Genel Cerrahi %9,8, Anestezi %7,1, Ortopedi ve Travmatoloji %6,2 şeklindedir.[8] Başka bir çalışmada, 2010 ile 2017 yılları arasında 508 tıbbi malpraktis davası incelenmiştir. İnceleme sonucunda, bunlardan hukuk davalarında sadece %20 ,7'sinde, ceza davalarında ise %27,4'ünde sağlık personeli aleyhine karar verildiği, bu kararların %79'unun ise Yargıtay tarafından bozulduğu sonucuna ulaşılmıştır.[9] Benzer şekilde, Tümer'in 2002 yılında yaptığı araştırmada, Yüksek Sağlık Şurasına 1995 ile 2000 yılları arasında Ceza Mahkemelerinden gelen ve tıbbi malpraktis iddiasını taşıyan 540 dosya incelenmiştir. İnceleme sonucunda, şikâyet edilen hekimlerin %50'sinin herhangi bir temele dayanmayan, hastanın kızgınlığı nedeni ile açılan davalar olduğu sonucuna varılmıştır.[10]

Tıbbi malpraktis davalarının büyük bir kısmı hekimler tarafından kazanılmasına rağmen, bunların hekimler üzerinde bir korku oluşturduğu da bir gerçektir. Özellikle gelişmiş ve sorumluluk sigortası olan sağlık sistemlerinde, malpraktis korkusu ve bunun bir sonucu olan defansif uygulamalarının yaygın olduğu ifade edilmektedir.

Defansif Tıp

Defansif tıp kısaca; "hekimin ceza veya hukuk davalarıyla karşılaşmamak, tazminat ödememek, sigorta poliçe primlerini artırmamak amacıyla aşırı korumacı veya çekingen davranarak tanı ve tedaviye yönelik tıbbi uygulamaları gereksiz kullanması ve malpraktis davası ile sonuçlanma riski yüksek olan uygulamalardan kaçınması" şeklinde tanımlanabilir.[11]

Sağlık personeli tarafından uygulanan tıbbi müdahalelerde az ya da çok bir takım riskler vardır. Oluşabilecek risklere rağmen tıbbi müdahale eğer hasta yararına ise uygulanabilir, ancak bu durum hastaya anlatılmalı ve hastanın izni alınmalıdır. Hukuk terminolojisinde "izin verilen risk" denirken, bunun tıbbi karşılığı komplikasyondur.

Komplikasyon

Komplikasyon; bir hastalığın seyri veya tedavisi sırasında ortaya çıkan, hastalığın kendinden veya tıbbi müdahaleden kaynaklanan, tedbir alınmasına rağmen önlenemeyen, ortaya çıkabileceği o konu ile ilgili çevrelerde ve literatürde belirlenmiş ve kabul edilen, diğer hastalıklar veya bozukluklardır.[12] Doktor, bir

tıbbi müdahale öncesinde komplikasyonlar hakkında hastasını bilgilendirmiş ve hem sözel olarak hem de yazılı olarak iznini almışsa, hukuki olarak hiçbir sorumluluğu yoktur. Ancak, hasta açısından öngörülebilen komplikasyonlara yönelik tedbir alınmamışsa ve komplikasyon iyi yönetilmemişse, sorumluluktan bahsedilebilir.[13]

Mesleki Sorumluluk Sigortası

Meydana gelebilecek hekim hataları sonucu talep edilecek tazminatları karşılayabilmek maksadıyla, hekim mesleki sorumluluk sigortası günümüzde bir zorunluluk haline gelmiştir. Türkiye'de Zorunlu Mesleki Mali Sorumluluk Sigortası 21 Ocak 2010 tarihinde yürürlüğe giren "Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunu"nun 8. maddesinde "Kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbi kötü uygulama nedeniyle kendilerinden talep edilebilecek zararlar ile kurumlarınca kendilerine yapılacak rüculara karşı sigorta yaptırmak zorundadır." hükmü getirilmiştir. Bu kapsamda; kamu kurumlarında, özel hastanelerde ve serbest olarak çalışan tüm hekimlerin, zorunlu mesleki mali sorumluluk sigortası yaptırmaları gerekmektedir.[14]

21.07.2010 tarih ve 27648 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ" ile zorunlu mali sorumluluk sigortası ayrıntılı bir şekilde açıklanarak, risk durumlarına göre klinik dallar dört gruba ayrılmıştır. Riski en az olan bölümler Grup 1 (Anatomi, Adli Tıp, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon gibi), riski en fazla olan bölümler ise Grup 4'te (Ortopedi ve Travmatoloji, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Acil Tıp, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Göğüs Cerrahisi, Genel Cerrahi gibi) olacak şekilde sınıflandırılmıştır. Hekimlerin ödeyeceği primler, risk derecesiyle orantılı bir şekilde belirlenmiştir. Asistan hekimler, devam ettikleri uzmanlık eğitimi boyunca, eğitim aldığı uzmanlık alanının risk grubuna dâhil edilmektedir.[15]

Aydınlatılmış Onam

Üzerinde durulması gereken bir diğer konu olan aydınlatılmış onam; hastaya uygulanacak herhangi bir tıbbi müdahalenin ön koşuludur. Sağlık Bakanlığı'nın hazırladığı Tıbbi Müdahalelerde Bilgilendirilmiş Rıza Alınması Yönetmeliği Taslağı'nda; "aydınlatma (bilgilendirme, rıza): bireyin; sağlık durumu, kendisine uygulanacak vücut bütünlüğüne müdahale gerektiren tanı ve tedavi yöntemleriyle, bunların yararları ve muhtemel riskleri, diğer tıbbi müdahale ve tedavi yöntemleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri, neticeleri, öngörülemeyen acil durumlarda önerilen tedavinin dışına çıkma konularında ayrıntılı ve yazılı olarak bilgilendirilmesi" şeklinde tanımlanırken, aydınlatılmış onam (bilgilendirilmiş rıza, aydınlatılmış rıza); kişinin tıbbi müdahaleden önce ayrıntılı şekilde bilgilendirdikten sonra yine rızasının bilinçli, gönüllü ve yazılı olarak alınması olarak tanımlanmıştır.[16] Bazen, hastanın aydınlatılacak ve rıza verecek durumda olamayabileceği ve doktorun rıza beklemeden hastaya tıbbi müdahalede bulunması gerektiği durumlar olabilir. Zira, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 18. maddesine göre; hekim zorunlu ve acil durumlarda hastaya tıbbi müdahalede bulunmak yükümlülüğündedir. Hastaya acil müdahalede bulunulması gereken hallerde, hastanın kabul etmemesi veya müdahalede bulunulmaması sonucunda ölümü halinde, TCK 83. maddesine göre icrai davranışla müdahalede bulunması beklenen hekimin hakkında ihmali davranışla kasten adam öldürme suçu kapsamında dava açılabilmektedir.[17]

Günümüz uygulamalarında, hasta-hekim ilişkisinde hasta tarafında bir zarar ortaya çıktığında, uygulamanın kusurlu olup olmadığı ve bunun tıbbi uygulamalardan kaynaklanıp kaynaklanmadığı hususlarında bilirkişiden görüş istenmektedir. Bilirkişiler şahıs veya kurum niteliğinde olabilirler ve konuyla ilgili olarak ilgili kişilerin ifadelerini, sağlık kuruluşu kayıtlarını, hasta evrakını, laboratuvar sonuçlarını, çekilen grafileri ve varsa otopsi bulgularını dikkate alarak, tıbbi uygulama hatası yönünden rapor düzenlerler. Ülkemizde bilirkişilik hizmeti veren kurumlar; Adli Tıp Kurumu, Yüksek Sağlık Şûrası, Üniversitelerde bulunan Adli Tıp ve diğer Bilim Dalları, Tabip Odaları Onur Kurullarıdır.[18] Sağlık personelinin kusurlu olup olmadığı kararına, bu kurumların raporları sonucunda varılır. Kusur çeşitleri şunlardır:

Dikkatsizlik: Girişim sırasında yapılmaması gerekeni yapmaktır. Örneğin, diz protezi ameliyatı sırasında popliteal arterin kesilmesi.

Tedbirsizlik: Önlenebilir bir tehlikeyi önlemede yetersiz kalmak, geç kalmak, unutmak olarak tanımlanır. Örneğin, açık kırık tedavisinde antibiyotik profilaksisi yapmamak, kan rezervasyonu yapmadan ameliyata girmek.

Meslekte acemilik-yetersizlik: Meslek ve sanatın esaslarını ve optimal klasik bilgilerini bilmemek, temel beceriden yoksun olmak; güncel temel mesleki kitaplardaki bilgileri uygulayamamak.

Özen eksikliği: Dikkatsizlik ve tedbirsizlik dışında evrensel tıp değerlerini uygulamamak. Örneğin, yakın

izlem gerektiren hastayı gerekli zaman aralıklarında görmemek (alçı takibi), hastayı görmeden telefonla tedavi etmek.

Emir ve yönetmeliklere uymamak: Kanun, tüzük ve yönetmelikler ile yetkili idari ve mülki amirin verdiği emirlere uymamak. Örneğin, acil hastaya bakmamak, bilimsel tedavi dışındaki bir tedaviyi uygulamak, icap nöbetine çağrıldığında gelmemek, adli rapor ve kayıt hataları gibi. Tüm bu kusurlar "taksirli suç" kapsamına girmektedir.[19]

Sağlık personelinin tıbbi uygulama hatalarından korunması, hekimin mesleği alanındaki temel ilkeleri bilmesine ve bunları güncel bilgilerle pekiştirmesine bağlıdır. Hekim, mesleki tecrübe ve becerisinin yetersiz olduğunu düşündüğü karmaşık olgularda, hastayı üniversite veya eğitim-araştırma hastanelerine sevk etmekten kaçınmamalıdır. Hasta ile iyi bir iletişim kurulması şikâyetlerden korunmak için temel teşkil eden diğer bir unsurdur.[20] Tanı, tedavi ve takip aşamalarında hasta ile kurulacak iletişim; olası tedavi şekillerinin, komplikasyonların hasta ile ayrıntılı konuşulması, hasta-hekim ilişkisine güç kazandırır.[21] Hastanın şikâyetlerinin yeterince dinlenmemesi ve irdelenmemesi durumunda, teşhis ve tedavi hataları kaçınılmaz olabilir. Öte yandan, tedaviye katkısı olmayan diğer sağlık personelinin tedavi ve tedaviyi yapan personel hakkında olumsuz görüşler bildirmesi ve kötülemesi, hekim hasta ilişkilerinde gerginliğe neden olur. Sağlık personelinin kusuruna bağlı olan ya da olmayan durumlarda ortaya çıkan şikâyet olgularında, hekimin tek savunma kaynağı tıbbi kayıtlardır. Tıbbi kayıt, hastanın sağlık kuruluşuna başvurduğu andan itibaren özenli ve eksiksiz olarak yapılmalıdır. Hastaya müdahaleyi hukuka uygun hale getiren, hastanın aydınlatılması ve rızasının kayıt altına alınması olmazsa olmazdır. Müdahale öncesi hastaya sistematik yaklaşımda bulunulmalıdır. Lokal muayenesi ile ilgili tüm bilgiler eksiksiz kayıt altına alınmalı ve istenecek grafilerin tıp kurallarına uygun olmasına ve bunların kayıt altına alınmasına azami dikkat gösterilmelidir. Cerrahi müdahalenin kaydı eksiksiz olmalıdır. Örneğin, ekartörler yerleştirilirken nörovasküler yapılara dikkat edildiği ve korunduğunun yazılması, hekimin mesleki özenin gösterildiğinin tek kanıtı olabilir. Ameliyat sonrası fizik muayene bulgularının eksiksiz kaydedilmesine, ilaç ve diğer dal hekimlerinin kaydına (konsültasyon notları, vb.) önem verilmelidir. Örneğin, profilaksi amaçlı uygulanan düşük molekül ağırlıklı heparin preparatının kayıtlı olmaması, tromboemboli olgularında hekime doğrudan sorumluluk yüklenmesine neden olmaktadır. Hastanın taburcu olmasını takiben yapılan kontrollerin ve önerilerin (pansuman, yük vermeme, atel kullanma vb.) de kayıt altına alınması hekim sorumluluğundadır.[22]

Tıbbi uygulama hatalarını en aza indirmek için alınması gereken önlemlerin başında, hekimlerin mesleki bilgi ve becerilerini geliştirmek ve hasta ile kuracakları iletişimi en üst seviyede tutmak gelir. Uzmanlık derneklerinin bu konuda daha çok sayıda seminer düzenlemesi ve hekimleri aydınlatmasının yararlı olacağı açıktır. "Standart" olarak kabul edilenler, Ortopedi ve Travmatoloji alanındaki güncel referans kitaplarında yazılı olan tanı, tedavi ve takip şekilleridir.

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİDE STANDARTLAR

Türk Ortopedi ve Travmatoloji Eğitim Konseyi'ne (TOTEK) göre Ortopedi ve Travmatoloji uzmanı tanımı 'Hareket sistemini oluşturan kemikler, eklemler ve yumuşak dokulara ait doğumsal ve edinsel hastalıklar ile bu dokulara ait yaralanmaların tanı ve tedavisini kapsayan, hastalığın öyküsü, fizik muayene bulguları ve laboratuvar bulgularını birlikte değerlendirerek tedavi planlaması yapan kişi' şeklindedir.[23] Standartları belirlemede yöntem esastır. TOTEK standartları belirleme için uğraş vermiş, sonrasında Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü bünyesinde oluşturulan Eğitim Müfredat Komisyonları da (Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi –TUKMOS) çalışmalarını TOTEK'in yaptığı çalışmaları temel alarak sürdürmüştür. Bu standartlar, bu çalışmalar göz önünde tutularak belirlenmiştir. Tüm Ortopedi ve Travmatoloji konularıyla ilgili standartlar "Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı v.2.1"dan elde edilebilir.[24]

1. **Ortopedi ve Travmatolojiye Ait Bilgiler**
   - **A. Bireysel olarak rahatlıkla uygulayabileceği ve çok iyi düzeyde bilinmesi gereken bilgiler**
     - Burkulmalar, kırık ve çıkıklar
     - Ekstremite akut dolaşım ve nörolojik bozuklukları.
     - Temel sıvı-elektrolit tedavisi, şok tedavisi
     - Kas iskelet sistemi inflamatuvar, enfeksiyöz hastalıkları
     - Dejeneratif eklem hastalıkları
     - Ameliyat öncesi ve sonrası bakım
     - Temel adli tıp bilgileri, mesleği ile ilgili yasal düzenlemeler
   - **B. Yeterli düzeyde sahip olduğu veya iyi düzeyde bilmesi gereken bilgiler**
     - Kas iskelet sistemi anatomisi, fizyolojisi ve biyomekaniği
     - Politravmaya yaklaşım
     - Kas iskelet sistemini tutan tümörlerin tanısı

C. Başkasından izlediği ya da kuramsal olarak bilmesi gereken bilgiler

- Az görülen ortopedik hastalıklar
- İleri düzey ortopedik girişimler (pelvis, asetabulum kırıkları, revizyon cerrahisi...)

2. Ortopedi ve Travmatolojiye Ait Beceriler

A. Bireysel olarak rahatlıkla uygulayabileceği ve çok iyi bilmesi gereken beceriler

Acil durumlarda

- Temel osteosentez teknikleri
- Ekstremitenin nörolojik ve damarsal bozuklukları
- Akut kompartman sendromu
- Kas iskelet sitemi enfeksiyon ve inflamatuvar durumları
- Travmatik amputasyonlar

Acil olmayan durumlarda

- Kas iskelet sistemi dejeneratif ve enfeksiyöz hastalıkları
- Ameliyat öncesi ve sonrası bakım
- Sık görülen iskelet sistemi deformasyonları
- Diyabetin ortopedik komplikasyonları
- Osteoporoz ve ortopedik komplikasyonları
- Koruyucu ortopedi
- Eklem ponksiyonları

Temel ve sık ameliyatları uygulayabilme

- Üst ve alt ekstremite kırıkları
- Cilt grefti uygulamaları
- Kompartman sendromu
- Amputasyonlar
- Pelvis kırıklarında ilk stabilizasyon
- Gelişimsel kalça displazisinin konservatif tedavisi
- Doğumsal ayak deformitelerinin konservatif tedavisi
- Menisküs yaralanmaları artroskopi teknikleri
- Diz ve kalça osteoartriti tedavileri (osteotomiler ve primer artroplastiler)

B. Yeterli düzeyde deneyimi olması veya iyi düzeyde bilmesi gereken beceriler

Acil durumlarda

- Eklem içi kırıkların açık ve kapalı tedavisi
- Politravma hastası
- Spinal travma, omurga kırığı ve kırıklı çıkıkları
- Periferik sinir yaralanması

Acil olmayan durumlarda

- Psödoartroz
- Kronik osteomiyelit
- Gelişimsel kalça displazisi
- Doğuştan çarpık ayak (PEV) tedavisi
- Ekstremite uzatma-kısaltma
- Ön çapraz bağ tamiri
- Disk hernisi

C. Başkasından izlediği ya da kısmen bilmesi gereken beceriler

- Kalça ve diz protezi revizyon cerrahileri
- Diz eklemi dışı artroskopileri
- Adolesan ve erişkin kalça ve pelvik osteotomileri
- Fleksör tendon onarımı
- Majör doku kayıplarında tedavi ve replantasyon

Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü de TOTEK çalışmalarını esas alarak 11 ana başlık belirlemiştir.

1- Temel Kavramlar ve Uygulamalar

- Lökomotor sistemdeki temel anatomik oluşumların yaralanma mekanizmalarını, iyileşme süreçlerini ve iyileşmeye etki eden faktörleri öğrenir
- Klinik cerrahi anatomiyi öğrenir
- Biyomateryalleri öğrenir
- Biyomekaniği öğrenir
- Görüntüleme yöntemlerini öğrenir
- Ameliyat öncesi, ameliyat esnasında ve ameliyat sonrası hastaya genel yaklaşımı öğrenir

2- Çocuk Ortopedi ve Travmatolojisi

- Doğumsal ekstremite yoklukları ve eksikliklerini yönetir
- Çocuk kırıklarını yönetir
- Kemik displazilerini yönetir

3- Erişkin Eklem Rekonstrüksiyonu

4- İskelet Sistemi Enfeksiyonları ve Metabolik Hastalıklar

- Yumuşak doku enfeksiyonlarını bilir ve yönetir

- Septik artriti bilir ve yönetir
- Osteomiyeliti yönetir
- Metabolik kemik hastalıklarını yönetir

5- İskelet Sistemi ve Yumuşak Doku Tümörleri

- Tümörlerin tanı ve evrelemesini yönetir
- Bening/malign kemik, kıkırdak ve yumuşak doku tümörlerini yönetir

6- Spor Hekimliği

- Diz, omuz, dirsek, ayak bileği, kalça sorunlarını yönetir
- Spor hekimliğinin diğer tıbbi yönlerini yönetir

7- El ve Üst Ekstremite Hastalıkları

- Tendon yaralanmalarını yönetir
- Parmak ucu yaralanmalarını yönetir
- Sinir yaralanmalarını yönetir

8- Ayak Hastalıkları

- Diyabetik ayağı yönetir
- Topuk sorunlarını yönetir
- Ayak parmak sorunlarını yönetir

9- Omurganın Ortopedik Sorunları ve Omurga Travmatolojisi

- Skolyoz ve kifozu yönetir
- Disk patolojilerini yönetir
- Omurga kırıklarını (servikal, torakal, lomber) yönetir
- Omurga enfeksiyonlarını yönetir

10- Erişkin Ekstremite Travmatolojisi

- Politravmalı hastaya yaklaşımı yönetir
- Açık kırıkları yönetir
- Üst ve alt ekstremite tüm kırıklarını yönetir

11- İletişim Becerileri, Çalışma Esasları, Etik ve Medikolegal Konular

- Hasta hekim ilişkisini yönetir
- Tıbbi etiğe uyar
- Bilimsel araştırmayı yönetir
- Bilimsel etiğe uyar
- Adli olguları yönetir

Standartların daha ileri düzeyde belirlenmesinde farklı dal derneklerine görev düşmektedir. Tedavi protokolleri ve profilaksi şemalarının her bir hastalık tanı ve tedavisi için belirlenme çalışmaları komplikasyon ve malpraktis olaylarının değerlendirilmesi sürecinde bilirkişilere de yol gösterici olacaktır.

Sonuç olarak; tıbbi malpraktisin ne olduğu ve neden oluştuğu hususlarının derinlemesine irdeleneceği bilimsel ve akademik çalışmalar yapılırken, tıp ve hukuk çevrelerinin ayrı ayrı değil de bir arada bulunacağı platformlar oluşturulmalıdır; bu şekilde konuya ortak bir bakış açısı ile yaklaşılması amaçlanmalıdır. Uzmanlık derneklerinin, üyelerine tıbbi malpraktisle ilgili dönemsel kaçınma ve korunma eğitimleri vermeleri; başta her türlü aydınlatılmış onam formları olmak üzere tıbbi malpraktis davası sürecinde büyük önem arz eden tıbbi kayıtların usulüne uygun ve standart bir şekilde hazırlanması ve tutulması için yol gösterici olmaları gereklidir. Gerek eğitimlerin verilmesi gerekse ilgili belge ve formların hazırlanması aşamasında hukuki destek alınmasının ihmal edilmemesine özen gösterilmelidir. Hem hekimlerin hem de hukukçuların, her iki bilim dalını da entegre bir şekilde ilgilendiren tıbbi malpraktis konusuna rasyonel yaklaşımda bulunabilmesini sağlamak adına, daha eğitim aşamasında tıbbi malpraktis ve ilgili kavramlarla tanıştırılması için müfredata eklemeler yapılması planlanmalıdır. Defansif tıp uygulamalarının azaltılması amacıyla, hekimlerin kanıta dayalı tıp uygulamalarını tercih etmeleri, görev yaptıkları ortamlarda görev alanına yönelik olarak geliştirilmiş protokol ve hizmet standartlarının savunma sürecinde dayanak olacak şekilde geliştirilmesi, hekimlerin hasta ile iletişim bilinçlerinin ve iletişim usul ve yöntemlerinin sürekli geliştirilmesi ve güncellenmesi, karmaşık olmayan, etkin kayıt sistemleri oluşturulması, konsültasyon ve olgunun tartışılması uygulamalarının düzenli ve sistematik şekilde yapılması sağlanmalıdır. Özellikle özel sağlık kurum ve kuruluşları ile buralarda görev yapan hekimlerin etkin ve düzenli şekilde hukuki destek alması planlanmalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından tıbbi malpraktis oluşumuna neden olan faktörleri kontrol etmeye yönelik olarak geliştirilen kılavuz ve rehber gibi yardımcı ve yol gösterici kaynakların sürekli güncelleştirilmesi ve çeşitlendirilmesi sağlanmalı, bu kaynakların ülke çapında etkin şekilde kullanılması, bu amaçla teknolojik imkânlardan da yoğun şekilde yararlanılması sağlanmalıdır. Ülkemizdeki tıbbi malpraktisle ilgili istatistiksel veri miktarının gelişmiş ülkeler seviyesine çıkarılmasına yönelik olarak, tabip odalarının ve diğer sağlık mesleği dernek, örgüt ve kuruluşlarının daha aktif organizasyonlar oluşturmaları, elde edilecek veriler kamu verileri ile entegre edilerek ciddi bir veri tabanı oluşturulması planlanmalıdır.[25]

Özetle; tıbbi uygulama hatalarını en aza indirmek için, mesleki bilgi ve beceriler geliştirmeli, uygulama ve hasta ile ilişkili tüm bilgilerin kayıt altına alınmasına özen göstermeli ve hasta ile yakın iletişim içinde bulunulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Taşkın A. Organ ve Doku Nakillerinde Hekimin Cezai Sorumluluğu. Ankara: Adil Yayınevi; 1997. s.132.
2. Sayek F, editör. Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler. Ankara: TTB Yayınları; 1998. Erişim: http://www.ttb.org.tr/kutuphane/uluslararasi_belgeler.pdf
3. TTB. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. Yayın Tarihi 01.02.1999 http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=65&Itemid=31
4. Hancı GH. Malpraktis. Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu. Ankara: Seçkin Yayınları; 2006.
5. Gizli İlimler / Hukuk / Hammurabi Kanunlari (Hammurabi Yasalari - Hammurabis Code) II. Erişim: https://gizliilimler.tr.gg/Hammurabi-Kanunlari--k1-Hammurabi-Yasalari-_-Hammurabis-Code-k2--II.htm
6. Cichos KH, Ewing MA, Sheppard ED, Fuchs C, McGwin G, McMurtrie JT, Watson SL, Xu S, Fryberger C, Baker DK, Crabtree RM, Murphy AB, Vaughan LO, Perez JL, Sherrod BA, Edmonds BW, Ponce BA. Trends and Risk Factors in Orthopedic Lawsuits: Analysis of a National Legal Database. Orthopedics 2019;42:e260–7. **Crossref**
7. Rynecki ND, Coban D, Gantz O, Gupta R, Ayyaswami V, Prabhu AV, Ruskin J, Lin SS, Beebe KS. Medical Malpractice in Orthopedic Surgery: A Westlaw-Based Demographic Analysis. Orthopedics 2018;41(5):e615–20. **Crossref**
8. Gökcan HT. Tıbbi müdahaleden doğan hukuki ve cezai sorumluluk, 2. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2014.
9. Kırtışoğlu M. Yargıtay'da 2010-2017 Yılları Arasında Karara Bağlanan Hatalı Tıbbi Uygulama (Malpraktis) Dava Kararlarının Değerlendirilmesi. (Tıpta Uzmanlık), Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Adana; 2018.
10. Tümer AR. 1995-2000 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası tarafından değerlendirilen cerrahi vakalarının komplikasyon ve malpraktis yönünden araştırılması. (Tıpta Uzmanlık), T.C. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Ankara; 2002.
11. Aynacı Y. Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması. (Tıpta Uzmanlık), Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Konya; 2008.
12. Gülşen R. Hekimin Malpraktisten Kaynaklanan Cezai Sorumluluğu. Tıp Hukuku Derg 2012;1(1).
13. Hakeri H. Distinction between malpractice and complication in medical law. Bull Thorac Surg 2014;5(1):23–8. **Crossref**
14. Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Resmi Gazete Tarih: 30.01.2010. Resmi Gazete Numarası: 27478.
15. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ (2010/1) Resmi Gazete Tarihi: 21.07.2010 Resmi Gazete Sayısı: 27648.
16. Duysak M. Hekimin Tıbbi Uygulama Hatalarından Doğan Cezai Sorumluluğu. II Hukuk Gündemi Makaleler 2016:25–38. Erişim: http://www.ankarabarosu.org.tr/siteler/ankarabarosu/hgdmakale/2009-3/5.pdf
17. Tuğcu H. Acil Olgularda Hekim Sorumluluğu. Klinik Gelişim Derg Adli Tıp Özel Sayısı, 2009;22:85–8. Erişim: http://www.klinikgelisim.org.tr/eskisayi/klinik_2009_22/13.pdf
18. Polat O, Pakiş I. Tıbbi uygulama hatalarında hekim sorumluluğu. ACU Sağlık Bil Derg 2011;2(3):119–25. Erişim: http://acibadem.dergisi.org/uploads/pdf/pdf_AUD_83.pdf
19. Şuekinci S. Tıpta yanlış uygulamalar nedeniyle hekimin sorumluluğu ve mesleki sorumluluk sigortası. SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Derg 2007. Erişim: http://www.sdplatform.com/Dergi/38/Tipta-yanlis-uygulamalar-nedeniyle-hekimin-sorumlulugu-ve-mesleki-sorumluluk-sigortasi.aspx
20. Birgen N, Mahmutoğlu FS, İçmeli ÖS, Anolay NN, Kaptanoğlu K. Tıbbi uygulama hatalarını değerlendirmede karşılaşılan yasal sorunlar. İçinde: 11. Ulusal Adli Tıp Günleri Poster Sunuları; İstanbul: Adli Tıp Kurumu Yayınları; 2004. ss.303–6.
21. Nebel EJ. Malpractice: love thy patient. Clin Orthop Relat Res 2003;407:19–24. **Crossref**
22. Sönmez M, Seçkin FM, Şen B, Birgen N, Ertan A, Öztürk İ. Adli Tıp Kurumu'ndan görüş sorulan ve ortopedi uzmanlık alanına giren tıbbi uygulama hatalarının gözden geçirilmesi. Acta Orthop Traumatol Turc 2009;43(4):351–8. **Crossref**
23. Kuzgun Ü, Varol N. Sağlık Hukuku El kitabı. Ankara: TOTBİD Yayınları; BAYT Bilimsel Araştırmalar Basım, Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.; 2013.
24. Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı v.2.1. https://tuk.saglik.gov.tr/TR,31284/ortopedi-ve-travmatoloji.html Edinme tarihi: 15.11.2019
25. Barlıoğlu H. Defansif Tıp Unsuru Olarak Tıbbi Malpaktis. (Yüksek Lisans) Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuk Anabilim Dalı, Gaziantep; 2018.

TOTBİD Dergisi
Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği

TOTBİD Dergisi 2020;19:62–69
https://doi.org/10.14292/totbid.dergisi.2020.10
DERLEME

Zorunlu mesleki sorumluluk sigortası

Compulsory professional liability insurance

İbrahim Erdem Esenkaya

Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi, Teftiş Kurulu Başkanlığı, İstanbul

Teknolojik ve sosyal gelişmelere bağlı olarak, insanlık, modern bir dünyaya ulaşmıştır. Bu modern dünya içerisinde yaşadığımız, günlük hayatın ortak özelliklerinden biri de risk ve belirsizliklerle dolu olmasıdır. Risk, sigorta konusunun temel unsurlarından biridir. Tarih boyunca insanoğlu bu riski ortadan kaldırmak ya da azaltmak için mücadele etmiş, bireysel olarak karşılayamadığı kayıpları, paylaşarak azaltmak istemiştir. Bu paylaşma anlayışı, sigorta kavramının temelini oluşturmuştur. Mesleki sorumluluk sigortaları, sigorta kavramı kapsamında "Sorumluluk Sigortaları" alt başlığı içinde vücut bulmuş ve yıllar itibarıyla gelişme göstermiştir.

Anahtar sözcükler: risk; sigorta; mesleki sorumluluk sigortası

Due to technological and social developments, humanity has reached a modern World. One of the common features of daily life that we live in this modern World is that it is full of risks and uncertainties. Risk is one of the basic elements of insurance. Throughout history, human beings have struggled to eliminate or reduce this risk and wanted to reduce the losses that they cannot meet individually. This understanding of sharing formed the basis of the concept of insurance. Professional liability insurances are embodied in the "Liability Insurances" subtitle within the scope of the insurance and have improved over the years.

Key words: risk; insurance; professional liability

RİSK VE SİGORTA

Günlük hayat ve gelecek, birçok risk ve belirsizliklerle doludur. Risk, zarar ihtimali veya arzu edilmeyen bir olayın meydana gelme ihtimali olarak belirtilebilir. Kişi bu risklerden endişe duyduğundan bunları ortadan kaldırmayı dener.[1]

Belirsizlik, bir olayın sonucunun tahmin edilememesi veya olayın sonucunu etkileyen faktörlerin sonuç üzerindeki genel etkisinin bilinememesi halidir. Her olayı yaratan olumlu ve olumsuz faktörler vardır. Olumlu faktörlerin uygun birleşimi olayı istenen yönde geliştirirken, faktörler birleşiminin istenen yönde olmaması sonucun olumsuz biçimde ortaya çıkmasına yol açacaktır.[2]

Bu her iki kavram sigorta kavramının doğmasına temel teşkil etmiştir. Bu aşamada; sigorta, bir grubun (sigortacı) diğer bir gruba (sigortalı veya poliçe sahibi), sigorta edilende parasal bir kayıp meydana getiren bir şey vuku bulması durumunda toplam bir para ödeme sözü verdiği düzenlemelerdir. Böyle kayıpları ödemek için sorumluluk, poliçe sahibinden sigortacıya transfer edilir. Olay meydana geldiğinde, kayıpların ödeme yükünü kabullenmeye karşılık olarak sigortacı bir sigorta yapma bedeli talep eder, buna prim denir.[3]

Sigorta kavramı temelde hayat ve hayat dışı olmak üzere ikiye ayrılır. Hayat sigortalarının konusu doğrudan doğruya insan hayatıdır. Kişinin hayatta kalması veya ölümü onu fazlası ile ilgilendirir. Bu itibarla hayat sigortaları sınıflandırılırken temin etmiş olduğu hususlar dikkate alınır.[4]

Hayat dışı sigortalar; hayat branşı dışında, sigortalının varlığında, çeşitli risklerin sebep olacağı hasarlar ile meydana gelecek kayıpları sigorta teminatı altına almaktadır. Hayat dışı sigortalar sigortacılık terminolojisinde elementer sigortalar olarak isim alır ve genel olarak altı branş altında toplanır:

- Yangın
- Kaza
- Nakliyat
- Mühendislik
- Tarım
- Diğer

- İletişim adresi: Dr. İbrahim Erdem Esenkaya, Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi, Teftiş Kurulu Başkanlığı, Rüzgarlıbahçe mah. Kavak Sok. No:31, Kavacık, İstanbul Tel: 0553 - 351 12 51 e-posta: eesenkaya@anadolusigorta.com.tr
- *Geliş tarihi: 9 Ekim 2019 Kabul tarihi: 11 Kasım 2019*

MESLEKİ SORUMLULUK SİGORTASI

Mesleki sorumluluk sigortası, hayat dışı sigortalarda diğer branşlar arasında yer alan bir sigorta türüdür. Hukuk toplumsal yaşamın bir ürünü, sorumluluk da hukukun bir ürünüdür.[5]

Sorumluluk sigortası, poliçe sahibinin bir hatası ya da ihmali sonucunda diğer kişi ya da firmalarda meydana gelen zararı, kaybı, yasal sorumluluk gereği karşılayan, tazmin eden sigorta türüdür.[6] Mimarlık, muhasebecilik, emlakçılık, hekimlik gibi bir mesleğin icrası sırasında ihmal, hata ya da gereken özenin gösterilmemesi nedeniyle meydana gelen finansal ya da kişisel zararın tazmini için de mesleki sorumluluk sigortaları oluşturulmuştur.[7]

İngiltere'de 1980'lerin ortasında yaşanan krizin de etkisiyle mesleki sorumluk sigortalarına talep ve buna bağlı tazminat talebinin keskin bir şekilde arttığı; 1990'lı yıllara gelindiğinde tıp mesleğine yönelik olarak tazminat talebinin ikiye katlandığı görülmüştür.

HEKİM ZORUNLU MESLEKİ SORUMLULUK SİGORTASI

Ülkemizde hekimler için hekimler için zorunlu mesleki sorumluluk sigortası yapılması zorunluluğu getiren Kanun 30 Ocak 2010 tarih 27478 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmıştır.[8] Buna göre 5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un 8. maddesiyle, hekimler için mesleki sorumluluk sigortası yaptırma zorunluluğu getirilmiştir. Bu madde ile 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanuna "ek madde 12" eklenmiş ve söz konusu madde yayımından altı ay sonra yürürlüğe girmiştir.

Bu ek maddeye göre; kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimler, diş hekimleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbi kötü uygulama nedeniyle kendilerinden talep edilebilecek zararlar ile kurumlarınca kendilerine yapılacak rüculara karşı sigorta yaptırmak zorundadırlar. Bu sigorta priminin yarısı kendileri tarafından, diğer yarısı döner sermayesi bulunan kurumlarda döner sermayeden, döner sermayesi bulunmayan kurumlarda kurum bütçelerinden ödenir. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan veya mesleklerini serbest olarak icra eden hekim, diş hekimi ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar da tıbbi kötü uygulama sebebi ile kişilere verebilecekleri zararlar ile bu sebeple kendilerine yapılacak rücuları karşılamak üzere mesleki malî sorumluluk sigortası yaptırmak zorundadırlar. Zorunlu mesleki malî sorumluluk sigortası, mesleklerini serbest olarak icra edenlerin kendileri, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışanlar için ilgili özel sağlık kurum ve kuruluşları tarafından yaptırılır. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışanların sigorta primlerinin yarısı kendileri tarafından, diğer yarısı da istihdam edenlerce ödenir. İstihdam edenlerce ilgili sağlık çalışanı için ödenen sigorta primi, hiçbir isim altında ve hiçbir şekilde çalışanın maaş ve sair malî haklarından kesilemez, buna ilişkin hüküm ihtiva eden sözleşme yapılamaz.

21.07.2010 tarih ve 27648 sayılı Resmi Gazete'de 30 Temmuz 2010 tarihinde yürürlüğe giren Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları, Tarife ve Talimatları yayımlanmıştır.[9] Bu aşamada "tıbbi kötü uygulama" ifadesi "malpractise" ifadesinin Türkçe karşılığı olarak kullanılsa da diğer mesleki sorumluluk sigortalarında örneğin muhasebeciler için "kötü muhasebe uygulaması" ya da noterler için "kötü noter uygulaması" denmemektedir. Kişisel olarak bu ifadenin doğru olmadığını düşündüğüm için çalışma genelinde kanuni tanımlamalar dışında "hekim zorunlu mesleki sorumluluk sigortası" (HZMSS), ifadesi kullanılacaktır.

HZMSS, serbest ya da kamu veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimler, diş hekimleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanların poliçe kapsamındaki mesleki faaliyeti ifa ederken, sözleşme tarihinden önceki on yıllık dönemdeki veya sözleşme süresi içinde mesleki faaliyeti nedeniyle verdiği zararlara bağlı olarak sözleşme süresi içinde kendisine yapılan tazminat taleplerine, bu taleple bağlantılı yargılama giderleri ile hükmolunacak faize ve sigortalı aleyhine ileri sürülen tazminat talebine ilişkin makul giderlere karşı poliçede belirlenen limitler dâhilinde teminat sağlar. Ancak on yıllık dönemin başlangıcı 30 Temmuz 2009'u geçemez ve bir aydan fazla sigortasız kalınan dönemlerde meydana gelen olaylara bağlı olarak sigortalı dönemlerde yapılan ihbarlar için sigorta koruması yoktur. Poliçe yenilenmez ya da poliçelerin yenilenmesi arasında bir ayı aşan bir süre oluşursa bu döneme gelen tazminat talepleri sigorta şirketi tarafından karşılanmaz. Örneğin; 01.01.2010'dan itibaren yapılan bir HZMSS poliçesinin, 31.12.2018'de bir şekilde yenilenmediğini, 01.06.2019'da ise poliçenin tekrardan yapıldığını farz ettiğimizde; sonradan yapılan poliçe önceki sigortalı yıllara ilişkin korumayı yeniden tesis eder, ancak; sigortasız geçen altı aylık dönem içerisinde yapılmış tıbbi işlemlerden doğacak talepler kapsam dışında bırakılır. Dolayısıyla, sonradan bir mağduriyet yaşanmaması için poliçe yenilemelerindeki bu bir aylık süreye hekimlerimiz tarafından özellikle dikkat edilmesi gerekmektedir.

Sigortalının mesleki faaliyete son vermesi halinde, son sigorta sözleşmesi dönemindeki mesleki faaliyetinden dolayı sözleşmenin bitiş tarihinden iki yıl sonrasına kadar ortaya çıkabilecek talepler de teminat dahilindedir. Yukarıdaki örneğe devam edersek; 01.01.2010 yılında

yapılan bir HZMSS poliçesinin 31.12.2018 tarihine kadar devam ettiğini ve bu tarihten sonra hekimin mesleğini bıraktığını ve tıbbi faaliyetlerde bulunmadığını farz ettiğimizde; söz konusu hekimin 31.12.2018 ve öncesi dönemde yapmış olduğu tıbbi işlemler ve faaliyetlere bağlı olarak gelebilecek tazminat taleplerine karşı iki yıl daha herhangi bir poliçe olmadan ve ek bir prim ödemeden son poliçe ile koruma sağlanmaktadır.

Hekimlik, ömür boyu icra edilebilen bir meslek olmakla birlikte, bu aşamada hukuken muğlak olsa da idari bakımdan tıbbi mesleki faaliyete son verme üzerinde durmakta fayda görülmektedir. Buna göre; meslek odasından ayrılma (bunun istisnası olarak bazı hekimler mesleki faaliyet yürütmeseler dahi oda aidatlarını ödeyerek üyeliklerini korumayı tercih edebilirler), muayenehane hekimiyse, serbest çalışıyorsa, Ticaret Odası kaydından ayrılma; kamu hekimiyse, SGK provizyon sisteminden ayrılma tıbbi mesleki faaliyete son vermenin bir göstergesi ve idari bakımdan kanıt olarak değerlendirilmektedir. Bununla birlikte tıbbi müdahalelerin yansımalarının uzun süre sonra çıkabildiği dikkate alındığında mesleği bırakma ve iki yıl sonrasında gelebilecek tazminat talepleri hekimler bakımından ciddi bir risk oluşturmaktadır. Buna yönelik olarak mesleğin aktif olarak icra edilmeyen dönemine ilişkin olarak düşük primli bir koruma sağlanması önerilebilir. Bu sorun kamu otoritesi tarafından ele alınarak çözüm üretilmesi gereken bir konu olmakla birlikte mevcut koşullarda ihtiyatlılık gereği mesleği bıraktıktan sonra da bir müddet poliçeye devam edilmesinde fayda görülmektedir.

Sigorta sözleşmesi sigortalının tüm mesleki faaliyetini kapsar. Poliçede mesleki faaliyetin yerinin belirtilmemesi veya eksik belirtilmiş olması poliçe kapsamını etkilemez.

Genel Şartların uygulamasında kamu sağlık kurum ve kuruluşları, 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanununa[10] ekli cetveller kapsamındaki idare, kurum ve kuruluşlar nezdindeki sağlık kuruluşlarını kapsar. Kamu sağlık kurum ve kuruluşları için tümünü kapsayacak tek poliçe düzenlenir. Bu kuruluşlar bünyesinde görevli sigortalının naklen atama, geçici görevlendirme ve sair sebeplerle anılan kuruluşlar içinde mesleğini yürütmesi halinde ilave sözleşme düzenlenmez veya prim talep edilmez. Bu poliçe, kamu sağlık kurum ve kuruluşunda çalışan sigortalının kendi görev yeri ve branşı dışında da olsa ilgili mevzuat çerçevesinde görevlendirildiği yer ve branşlardaki faaliyetlerini de ilave sözleşme düzenlenmeksizin veya prim tahsil edilmeksizin kapsar. Ayrıca, ilgili mevzuat uyarınca, aile hekimlerinin acil sağlık hizmeti sunmak üzere görevlendirilmeleri durumunda sigortalının mevcut poliçesi, söz konusu mesleki faaliyetleri ilave sözleşme düzenlenmeksizin veya prim tahsil edilmeksizin kapsar.

Bu sigorta, sigortalının Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde ifa ettiği mesleki faaliyetleri için geçerlidir. Türk Silahlı Kuvvetlerinin kadrosunda görev yapan sigortalının yurt dışındaki mesleki faaliyetleri teminat kapsamındadır.

Aşağıdaki hâller teminat kapsamı dışındadır:

- Sigortalının, poliçe kapsamında yer alan ve sınırları hukuk kuralları veya etik kurallar ile tespit edilen mesleki faaliyeti dışındaki faaliyetlerinden kaynaklanan tazminat talepleri.
- İnsani görevin yerine getirilmesi hariç, sigortalının, poliçe kapsamındaki kuruluşların sorumluluk alanı dışındaki faaliyetlerinden kaynaklanan tazminat talepleri.
- İdarî ve adlî para cezaları dâhil her tür ceza ve cezai şartlar.
- İlgili mevzuatla belirlenen çerçevede tıbbi mesleki faaliyet gereği yapılanlar hariç her türlü deneyden kaynaklanan tazminat talepleri.

Sigorta sözleşmesinin konusuna ilişkin olarak sigortalının kendisine tazminat talebinde bulunulduğunu öğrendiği ya da zarar görenin doğrudan doğruya sigortacıya başvurduğu anda riziko gerçekleşmiş sayılır. Dolayısıyla poliçe olay esaslı değil talep esaslıdır. Bu esasta poliçenin her yıl yenileneceği esası hâkimdir. Bu nedenle yukarıda belirtildiği üzere poliçede boşluk bırakılmadan yenilenerek devam etmesi önem taşımaktadır.

HZMSS poliçesi, yıllar içinde farklı sigorta şirketlerinden düzenletilebilir. Bir tazminat talebi yapıldığında, talebe konu tıbbi işlem geçmiş yıllarda yapılsa bile, tazminat talebinin sigortalı hekime iletildiği tarihte yürürlükte bulunan poliçe üzerinden talep kabul edilir. Tazminat talebine yol açan hatalı işlemin hangi tarihte gerçekleştirildiği dikkate alınmaz. Şöyle ki; sigortalımız poliçesini 2016 yılında A Sigorta Şirketi'nden, 2017 yılında B Sigorta Şirket'inden 2018 yılında C Sigorta Şirket'inden ve 2019 yılında D Sigorta Şirket'inden yaptırdığını farz edelim. 2019 yılında, 2016 yılında yapılan bir tıbbi işlem nedeniyle doğan tazminat talebi sigortalıdan yapıldığında, sigortalı A Sigorta Şirketi'ne değil D Sigorta Şirketi'ne başvurmak ve söz konusu talebi iletmek durumundadır.

Sigorta ettiren, bir tazminat talebi ile karşılaştığında aşağıdaki hususları yerine getirmekle yükümlüdür:

- Haberdar olduğu andan itibaren rizikonun gerçekleştiğini derhal sigortacıya bildirmek,
- Sigortalının sorumluluğunu gerektirecek olayları, on gün içinde, sigortacıya bildirmek,

- Sigorta sözleşmesi yokmuş gibi, imkânları ölçüsünde zararın önlenmesi, azaltılması ve artmasının önlenmesi için gerekli her türlü önlemi almak ve bu amaçla sigortacı tarafından verilecek mesleki faaliyet dışındaki sigortacılıkla ilgili makul talimatlara uymak,
- Sigortacının talebi üzerine, olayın ve zararın nedeni ile hangi hâl ve şartlar altında gerçekleştiğinin ve sonuçlarının tespitine; tazminat yükümlülüğü ve miktarı ile rücu hakkının kullanılmasına yarayacak, elde edilmesi mümkün bilgi ve belgeleri makul sürede vermek,
- Zarardan dolayı, dava yolu ile veya başka yollarla bir tazminat talebi karşısında kaldığı veya aleyhine cezai kovuşturmaya geçildiği hâllerde, durumdan sigortacıyı derhal haberdar etmek ve tazminat talebine ve cezai kovuşturmaya ilişkin olarak almış olduğu ihbarname, davetiye ve benzeri tüm belgeleri gecikmeksizin sigortacıya vermek,
- Sigorta konusu ile ilgili başka sigorta sözleşmesi varsa bunları sigortacıya bildirmek.

Sigortacı, zararı önleme, azaltma, artmasına engel olma ve rücu haklarının korunmasına yönelik sigortalının yaptığı makul giderleri, bunlar faydasız kalmış olsalar bile, sigorta tazminatından ayrı olarak tazmin eder.

Sigortacı, sigorta ettirenin istemi üzerine giderlerin karşılanması amacıyla gerekli tutarı avans olarak ödemek zorundadır. Sigorta tazminatı, rizikonun gerçekleşmesini müteakip ve rizikoyla ilgili belgelerin sigortacıya verilmesinden sonra sigortacının edimine ilişkin araştırmaları bitince ve her hâlde rizikonun gerçekleştiğine ilişkin bildirimin yapılmasından kırk beş gün sonra muaccel (vadesi gelen, ödenmesi gereken) olur. Sigortacıya yüklenemeyen bir kusurdan dolayı inceleme gecikmişse süre işlemez.

Araştırmalar, rizikonun gerçekleştiğine ilişkin bildirimin yapılmasından ya da zarar görenin doğrudan sigortacıya başvurmasından başlayarak üç ay içinde tamamlanamamışsa; sigortacı, tazminattan mahsup edilmek üzere, tarafların mutabakatı veya anlaşmazlık hâlinde mahkemece yaptırılacak ön ekspertiz sonucuna göre süratle tespit edilecek hasar miktarının en az yüzde ellisini avans olarak öder.

Dava açılması halinde (idari davalar dâhil), sigortalının ihbarı ile sigortacı takip ve idare etmek üzere davaya her aşamada dahil olur. Sigortalı, sigortacının göstereceği avukata gereken vekâletnameyi vermek zorundadır. Sigortacı dava sonucuna göre yargılama giderlerini ve avukatlık ücretlerini genel hükümler çerçevesinde ödemekle yükümlüdür. Şu kadar ki, hükmolunan tazminat sigorta bedelini geçerse, sigortacı bu masrafları sigorta bedelinin tazminata oranı dâhilinde öder. Günümüzde sigorta şirketleri söz konusu davaları anlaştıkları hukuk büroları aracılığı ile takip etmektedir.

Sigortalı aleyhine cezai kovuşturmaya geçilmesi halinde, sanığın izni ile sigortacı da savunmaya iştirak eder. Bu takdirde, sigortacı yalnız seçtiği avukatın giderlerini öder.

Sigortalının sigortacının onayını almadan yaptığı sulh sözleşmesi, bildirimden itibaren on beş gün içinde onay verilmemişse, sigortacıya karşı geçersizdir; sigortacı haklı olmayan sebeplerle sulhe onay vermekten kaçınamaz. Sigortacı, sulhe bağlı usulüne uygun yapılmış giderleri ödemekle yükümlüdür.

Sigortacı, zarara sebep olan olayın ve zarar miktarının belirlenmesi amacıyla, zarar görenden bilgi isteyebilir. Zarar gören, sağlanması ihtimali bulunan ve istenilmesi haklı görülebilecek ilgili tüm belgeleri sigortacıya vermek zorundadır. Zarar görenin bu zorunluluğa uymaması hâlinde, durumun zarar görene yazılı bildirilmiş olması kaydıyla, sigortacının sorumluluğu, zorunluluk yerine getirilmiş olsaydı ödemek zorunda kalacağı miktarla sınırlıdır.

Sigortacı, ödediği tazminat tutarınca, hukuken sigortalının yerine geçer ki buna halefiyet denir.

Zarar gören, uğradığı zararın sigorta bedeline kadar olan kısmının tazminini, sigorta sözleşmesi için geçerli zamanaşımı süresi içinde kalmak şartıyla, doğrudan sigortacıdan isteyebilir.

Sigorta ettirene; mesleki faaliyetin ifası sırasında sigortalı tarafından kasten sebep olunan her tür olay ile davranışları; sigortalı veya çalıştırdığı kişilerin, poliçe kapsamındaki mesleki faaliyeti ifa ederken alkol, uyuşturucu ya da narkotik maddelerin tesiri altında bulunması sonucunda meydana gelen olaylar; sigortalının talebi üzerine zeyilname yapılması gereken durumlarda sigortalının bu talepte bulunmaması halinde ödenen tazminatın eksik prim oranına denk gelen kısmı rücu edilir.

Sigorta ettiren sözleşmenin yapılması sırasında bildiği veya bilmesi gereken tüm önemli hususları sigortacıya bildirmekle yükümlüdür. Sigortacıya bildirilmeyen, eksik veya yanlış bildirilen hususlar, sözleşmenin değişik şartlarda yapılmasını gerektirecek nitelikte ise önemli kabul edilir.

Sigortacı sigorta ettirene, cevaplaması için sorular içeren bir liste vermişse, sunulan listede yer alan sorular dışında kalan hususlara ilişkin olarak sigorta ettirene hiçbir sorumluluk yüklenemez; meğer ki, sigorta ettiren önemli bir hususu kötü niyetle saklamış olsun. Sigortacı için önemli olan bir husus bildirilmemiş veya

yanlış bildirilmiş olduğu takdirde, sigortacı on beş gün içinde prim farkı isteyebilir. Önemli hususun sigorta ettirenin kusuru sonucu öğrenilememiş olması veya sigorta ettiren tarafından önemli sayılmaması durumu değiştirmez.

Sigorta ettiren, sözleşmenin yapılmasından sonra, sigortacının izni olmadan rizikoyu veya mevcut durumu ağırlaştırarak tazminat tutarının artmasını etkileyici davranış ve işlemlerde bulunamaz.

Sigorta ettiren veya onun izniyle başkası, rizikonun gerçekleşme ihtimalini artırıcı veya mevcut durumu ağırlaştırıcı işlemlerde bulunursa yahut sözleşme yapılırken açıkça riziko ağırlaşması olarak kabul edilmiş bulunan hususlardan biri gerçekleşirse derhâl; bu işlemler bilgisi dışında yapılmışsa, bu hususu öğrendiği tarihten itibaren en geç on gün içinde durumu sigortacıya bildirir.

Sigortacı sözleşmenin süresi içinde, rizikonun gerçekleşmesi veya mevcut durumun ağırlaşması ihtimalini ya da sözleşmede riziko ağırlaşması olarak kabul edilebilecek olayların varlığını öğrendiği takdirde prim farkı isteyebilir.

Sigorta sözleşmesi; poliçede tanımlanan mesleki faaliyete son verilmesi, sigortacının iflası, sözleşmenin feshi ve sözleşmeden cayılma hâllerinde son bulur.

Mevzuattan kaynaklanan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla sözleşmenin son bulması durumunda işlemeyen günlere ait prim sigorta ettirene iade olunur.

Sigortacının iflası, konkordato ilan etmesi, ilgili sigorta dalına ilişkin ruhsatının iptal edilmesi veya sözleşme yapma yetkisinin kaldırılması gibi hâllerde; sigorta ettiren, bu olguları öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde, teminatsızlığa yol açmayacak şekilde yeni bir poliçe yapmak şartıyla sigorta sözleşmesini feshedebilir.

Sigorta ettiren, aciz hâline düşen veya hakkında yapılan takip sonuçsuz kalan sigortacıdan, taahhüdünün yerine getirileceğine ilişkin teminat isteyebilir. Bu istemden itibaren bir hafta içinde teminat verilmemiş ise sigorta ettiren, teminatsızlığa yol açmayacak şekilde yeni bir sigorta sözleşmesi yaptırabilir.

Sigorta sözleşmesinden doğan bütün istemler, alacağın vadesi gelmiş olduğu tarihten başlayarak iki yıl ve sigorta tazminatına ilişkin istemler her hâlde rizikonun gerçekleştiği tarihten itibaren on yıl geçmekle zamanaşımına uğrar.

16 Mart 2006 tarih ve 26110 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartlarına[11] bağlı olarak verilen bu kloz ile sigortacı, sözleşmedeki şartlara tabi olmak kaydı ile sigortalının poliçede konusu belirlenmiş mesleki faaliyeti ifa ederken neden olduğu zarar dolayısıyla ödemek zorunda kaldığı veya kalacağı tazminat tutarları ile kararlaştırılmışsa yargılama giderleri ve avukatlık ücretlerini poliçede yazılı limitler dâhilinde temin eder.

Her tür manevi tazminat talepleri, poliçede belirlenen teminat limitlerinin içinde kalmak ve bu teminat limitinin en fazla % 50'si ile sınırlı olmak kaydıyla teminat kapsamındadır.

Sigortacının, teminat verdiği dönem içinde karşılaştığı tüm taleplerle ilgili sorumluluğu poliçede belirtilen tazminat limitini aşamaz.

Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları'nın "A.3. Teminat Dışında Kalan Haller" maddesinde yer alan düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla;

- Ruhsatlı bir sağlık kurum veya kuruluşunda ve acil haller dışında yapılmadığı ve usulünce yetki verilmiş bir anestezi uzmanı gözetimi altında olmadığı sürece, diş hekimleri ve cerrahlar tarafından genel anestezi uygulanmasından kaynaklanan tazminat talepleri,
- İlk yardım ve acil müdahale hariç olmak üzere, meslekten geçici yasaklanılan dönem içinde verilen her tür tedavi ve sağlık hizmetlerinden kaynaklanan tazminat talepleri,
- İlk yardım veya acil yardım hizmetlerinin sunulduğu yerlerde, yeterli ve gerekli ekipman ile teçhizatın sigortalının kişisel kusuru ile bulundurulmamasından kaynaklanan tazminat talepleri,
- Tıbbi amaçlı kullanım dışında, radyoaktif, zehirli, patlayıcı veya herhangi bir patlayıcı nükleer bileşim veya bunun nükleer bir parçasının tehlikeli özellikleri sebebiyle talep edilen tazminat talepleri,
- Tıbbi amaçlı kullanım dışında, *diethylstibesterol* (DES), *dioxin*, *urea formaldehyde*, asbest, asbestli ürünler veya asbest içeren ürünlerin kullanımından kaynaklanan her tür hastalık (kanser dâhil) veya asbestten kaynaklanan bütün tazminat talepleri

teminat dışındadır.

Manevi tazminata ilişkin düzenleme haricinde Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları'nın "A.4. Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışında Kalan Haller, Tazminat Talepleri ve Ödemeler" maddesi saklı kalmak kaydıyla ek sözleşme ile teminat altına alınabilecek tazminat talepleri ve ödemeler[11];

- Genetik mühendisliği uygulamalarından kaynaklanan tazminat talepleri,
- Her türlü deney veya araştırmalardan doğan tazminat talepleri,
- Her tür kan bankası faaliyeti neticesinde doğrudan veya dolaylı olarak meydana gelen tazminat talepleri,

- Tanı veya tedavi amacı olmaksızın yapılan bütün tıbbi müdahaleler ile plastik cerrahların güzelleştirme amaçlı yaptıkları her tür estetik ameliyattan kaynaklanan tazminat talepleri,
- Üremeye yardımcı (kısırlık tedavisi) ya da üremeyi önleyici (kısırlaştırıcı tedavi) her tür sağlık hizmetinden kaynaklanan tazminat talepleri,
- Sigortalının fiillerinden sorumlu olduğu kişilerin kasıtlı hareketlerinden kaynaklanabilecek tazminat talepleri,
- AIDS veya onun patojenleri ya da hepatit A, B veya C'ye bağlı olabilecek yahut onlardan kaynaklanan veya onların katkıları ile oluşan her türlü zarar ile bunlar sonucu ortaya çıkan ruhsal rahatsızlıklara bağlı tazminat talepleri,
- İnsan ve hayvan organları, kanları, hücreleri, her türlü ifrazatı, türevleri, genleri, biosentez ve ilgili mamûllerin denenmesi, değiştirilmesi, elde edilmesi, kazanılması, hazırlanması, işlenmesi, elden geçirilmesi, dağıtımı, depolanması, ikame edilmesi, kullanılmasından kaynaklanan tazminat talepleri,
- Sigortalıya, bir sağlık kurumunda yönetici veya işletici olması nedeniyle yöneltilen tazminat talepleridir.
- 21.07.2010 tarih ve 27648 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Tarife ve Talimatı ile HZMSS'nin uygulanmasına ilişkin esaslar belirlenmiştir.[9]

Sigortasında her bir olay için azami teminat tutarları aşağıdaki tabloda yer almaktadır. Her durumda sözleşme kapsamında ödenecek tazminat miktarı 1.800.000 TL'yi aşamaz (Tablo 1).[12]

Teminat tutarı maddi, manevi tazminat ve yargılama giderleri için geçerlidir. Risk gerçekleşmiş olsa dahi, olay başı azami teminat miktarı sözleşme süresi boyunca aynı kalır.

Risk gruplarına göre hazırlanmış olan HZMSS primlerine ilişkin tarife aşağıdadır. İlk kez yapılacak sigortalarda bu prim tutarları uygulanır. Bu prim tutarlarına, acente komisyon bedeli ve üretim giderleri dâhildir (Tablo 2).[13]

Prim indirimi ve prim artırımı aşağıdaki tabloda yer alan basamak esasına göre uygulanır (Tablo 3).[13]

Bir önceki yıl ya da bir önceki sözleşme süresi içinde herhangi bir ihbar ya da tazminat ödemesi yapılmaması durumunda, sonraki sigorta sözleşmesinde uygulanacak prim indirimi oranı bir üst basamağa göre belirlenir. Eğer bir önceki yıl ya da bir önceki sözleşme süresi içinde tazminat ödenmişse, sonraki sözleşme süresi içinde tazminat ödeme sayısı kadar aşağı basamak tarife uygulanır. Üç ve daha fazla tazminat ödemesi için azami zamlı prim % 50, üç ya da daha fazla yıl tazminat ödenmemesi durumunda azami indirim % 20'dir. Sigorta süresinin bir yıldan kısa olduğu sigorta sözleşmelerinde prim indirimi uygulanmaz.

İlgili mevzuata göre izinli sayılması nedeniyle mesleklerini ifa edemeyen hekim, diş hekimi ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanların yeniden mesleki faaliyete başlamaları durumunda izinli sayıldıkları anda mevcut poliçelerindeki basamak esas alınır. Sigorta primleri peşin olarak ödenir.

Özel sağlık kurum ve kuruluşları için, sigortalının kurumlar arasında iş değişikliği yapması durumunda, önceki kurum tarafından yaptırılan sigorta sözleşmesinin teminatı devam ediyorsa, yeni kurumun sözleşme süresi sonuna kadar sigorta yaptırma sorumluluğu kalkar. Bu aşamada zeyilname ile yeni sağlık kuruluşunun ismine poliçe üzerinde yer verilmesinde fayda görülmektedir.

Tablo 1. Her bir olay için azami teminat tutarları

Risk grubu	Azami teminat tutarı (TL)
I. Grup	200.000
II. Grup	400.000
III. Grup	600.000
IV. Grup	800.000

Tablo 2. Risk gruplarına göre hazırlanmış prim tutarları

Risk grubu	Prim miktarı (TL)
I. Grup	150
II. Grup	300
III. Grup	500
IV. Grup	750

Tablo 3. İndirim ve prim artırım oranları

Basamak	İndirimli prim	Zamlı prim
7	%20	
6	%15	
5	%10	
4	-	-
3		%15
2		%30
1		%50

Ayrıca Tablo 1'de görüleceği üzere, 2015 yılından bu yana söz konusu teminatlarda bir değişiklik yapılmadığı dikkate alındığında açılacak bir davada hekimlerimizin teminat konusunda sıkıntı yaşamaması için Sigorta Şirketleri tarafından düzenlenen "tamamlayıcı hekim mali sorumluluk sigortası" yaptırmaları önerilmektedir.

Hekimler, diş hekimleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar için Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartlarına göre yaptırılmış ihtiyari sigorta var ise ve bu ihtiyari sigorta zorunlu sigortayla verilen teminatın üstü için yapılmamışsa, bu sigorta ile zorunlu sigorta arasında Türk Ticaret Kanununun birden çok sigorta hükümleri uygulanır.

HZMSS'nin yürürlüğünden önce Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartlarına göre yapılmış olan sözleşmeler, taraflar arasında düzenlenecek zeyilname ile zorunlu sigorta hükümlerine uyarlanabilir.

Süresinden önce sona eren sözleşmelerde işlemeyen günlere ait primler, sigorta şirketi tarafından gün esası üzerinden sigorta ettirene iade edilir.

HZMSS'ye dair sözleşmenin yapılması, sona ermesi, risk değişikliği gibi tüm bilgiler sözleşme bazında en geç yirmi dört saat içinde Sigorta Bilgi Merkezine iletilir. İletilen bilgilerin formatı Sigorta Bilgi Merkezi tarafından belirlenir. Gereken altyapıyı kurmamış olan sigorta şirketleri gerekli bilişim altyapısını oluşturana kadar bu sigortayı yapamaz. Sigorta Bilgi Merkezi, sigortasını yaptırmamış olanların tespitini teminen elektronik ortamda Sağlık Bakanlığına erişim sağlar.

HZMSS'ye ilişkin poliçeler tüm sigorta şirketleri tarafından belirlenen formata göre düzenlenir.

Kamu sağlık kurum ve kuruluşunda görev yapan sigortalının özel sağlık kurum ve kuruluşunda ve/veya mesleğini serbest olarak icra etmesi halinde bu husus poliçe başlangıcında biliniyor ise poliçe kişinin tüm mesleki faaliyetini kapsayacak şekilde düzenlenir. Bu durumda poliçe primi bu Tarife ve Talimat ile belirlenen prime %35'ten fazla olmamak üzere eklenen tutara göre belirlenir.

Kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan sigortalının poliçe yürürlükteyken ilgili mevzuata göre özel sağlık kurum ve kuruluşunda ve/veya mesleğini serbest olarak icra etmesi halinde tüm meslek faaliyetini içerecek şekilde tek zeyilname düzenlenir. Bu durumda nihai poliçe primi, bu Tarife ve Talimat ile belirlenen prime %35 tutarında kalan gün esasına göre ilave edilmek suretiyle belirlenir. Burada hekimin aynı zamanda birden fazla sağlık kuruluşunda çalışması riskin artmasına bağlı olarak ilave prim hesaplanır. Diğer taraftan hekimin birden fazla uzmanlık alanı olduğunda risk grubu hangisinde daha yüksek ise o risk grubuna uygun olarak poliçe düzenlenir. Poliçeye iki uzmanlık dalı girilemediği gibi özel şartlarda da belirtilememektedir.

Uzmanlık öğrencileri (asistanlar) devam ettikleri uzmanlık eğitimleri süresince, eğitimlerini bitirdiklerinde elde edecekleri uzmanlık dalı unvanına göre risk grubuna dâhil edileceklerdir. Örneğin; Ortopedi ve Travmatoloji uzmanlık öğrencisi, uzmanlık eğitimine başladığı andan itibaren Ortopedi ve Travmatoloji uzmanının risk grubu olan "risk grubu 4" ile değerlendirilecektir.

İlgili mevzuat uyarınca, il ve ilçe sağlık müdürlüğü, 112 acil sağlık hizmetleri başhekimliği ve bağlı istasyonları, halk sağlığı müdürlüğü, toplum sağlığı merkezleri ve kamu hastaneleri genel sekreterliklerinde görev yapan hekimler dâhil olmak üzere acil sağlık hizmeti sunmak üzere hastanelerde görevlendirilenlerin (uzmanlık dalı acil tıp olanlar hariç) poliçeleri ilgili risk tablosunda düzenlenen kendi risk gruplarına göre tanzim edilir.

TÜRKİYE'DE PRİM ÜRETİMİ ve HASAR ÖDEMESİ (Tablo 4)[14]

Görüldüğü üzere yıllar itibarı ile brüt prim üretim artış oranı, brüt ödenen tazminat artış oranının üzerindedir. İlk bakışta bu olumlu gibi görünmekle birlikte, muallak tazminat karşılığı diğer bir ifade ile gerçekleşmiş ve henüz ödenmemiş hasarlardan kaynaklı tazminat

Tablo 4. Branşa yönelik finansal değerler

	2016 - 12	2017 - 12	2018 - 12	2019 - 3
Brüt yazılan primler (TL)	17.188.605	21.175.949	24.905.208	4.177.627
Brüt ödenen tazminatlar (TL)	7.738.387	9.012.250	8.198.796	3.568.852
Muallak tazminat karşılığı (TL)	359.733.493	385.876.035	630.310.934	678.512.844
Alt branş teminat adetleri	128.721	130.023	*	21.092

* TSB tarafından 2018 yılı 12 aylık sonuçlarının resmi internet sitelerine ve resmi portala yüklenmemesi sebebiyle bu döneme ait sektör teminat adet verisine ulaşılamamıştır.[14]

dikkate alındığında muallak tazminat karlılığının alınan primin 20 ile 25 katı arasında olduğu, bunun da sigorta şirketleri bakımından sürdürülebilir ve kaldırılabilir bir yük olmadığı görülmektedir. Nitekim; kamu otoritesi bu olumsuz tablo karşısında bir havuz oluşturulmuş ve bununla ilgili olarak Tıbbı Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Prim ve Hasar Paylaşımı Esasları'nı[15] yayınlanarak HZMSS'ye ilişkin prim ve hasar paylaşımına dair kuralları ayrıca düzenlenmiştir. 1.7.2017 tarihinden itibaren düzenlenen poliçeler kapsam dâhiline alınmıştır. Bu esaslara ilişkin işlemler, Hazine Müsteşarlığı, Türkiye Sigorta, Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği ile prim ve hasar paylaşım sürecini yönetmekle Görevlendirilen Şirket yetkilisinden oluşan üç kişilik bir "Değerlendirme Komitesi" tarafından yürütülmektedir.

Dava başlangıç tarihi 2016 - 2017 olan ve 2019 yılında sonuçlanan Yargıtay kararları üzerinde yapılan sınırlı incelemede, 20 dosyanın tamamında şikayetçi hasta lehine alt mahkeme kararının bozulduğu görülmüştür. Bu sınırlı incelemede dahi HZMSS'ye bağlı davaların kazanma oranının çok düşük olduğu, dolayısıyla henüz ödenmeyen ve sigorta şirketleri tarafından karşılık ayrılan tutarların tazminat olarak ödeneceği; yukarıda tabloda belirtilen olumsuz tablonun artarak süreceği anlamına gelmektedir. Bu olumsuz tablonun düzeltilmesi ve sigorta sürecinin sürdürülebilirliğinin sağlanabilmesi için kamu otoritesi tarafından;

- Prim/teminat arasında dengenin sağlanması,
- Sonuçlanan davalara göre poliçe genel şartlarında ve diğer hukuksal konularda gerekli düzenlemelerin yapılması,
- Sigorta ile ilgili ihtisas mahkemeleri kurulması

gerektiği düşünülmektedir.

SONUÇ

HZMSS, hekimlerimizi tıbbi faaliyetleri kaynaklı karşılaşabilecekleri tazminat taleplerine karşı koruyan faydalı bir sigorta türüdür. Bu sigorta türünün sürdürülebilir olması için prim/teminat dengesinin kamu otoritesi tarafından, ayrıca teminat içeriği ve kapsamının da sonuçlanan mahkeme kararları ve oluşan içtihatlar çerçevesinde tekrardan ele alınmasında ve revize edilmesinde fayda görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Pekiner K. Sigorta İşletmeciliği (Prensipleri - Hesap Bünyesi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları; 1981. ss.3–27.
2. Erdoğan İ. İsteğe Bağlı Sigorta Hizmetlerine Karşı Tutum. İstanbul: Beta Yayıncılık; 1993. s.5.
3. Diacon SR, Carter RL. Success in Insurance, 2nd ed. London: John Murray; 1988. s.1.
4. Güven O. Açıklamalı Sigorta ve Reasürans Terimleri Sözlüğü, 1. Baskı. İstanbul: Ceyma Matbaacılık; 1995. s.43.
5. "Professional Indemnity and Medical Malpractice" eğitim notları. Swiss Re Academy.
6. Bennett CSC. Insurances of Liability. London: Witherby & Co. Ltd.; ss.96–9.
7. Smyth C. Insurances of Liability, Foxton, Cambridge: The Burlington Press; 1988. Chap. 14/1, 14/3.
8. Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/01/20100130.htm
9. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ (2010/1) kapsamında Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları, Tarife ve Talimatı. https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/07/20100721-17-1.htm
10. 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu. http://www.tki.gov.tr/depo/2017/5018SayiliKamuMaliYonetimiveKo.pdf
11. Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları. https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/03/20060316.htm
12. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul Esaslara Dair Tebliğ (2010/1) 'de Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/10/20151028-1.htm
13. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul Esaslara Dair Tebliğ (2010/1) 'de Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/07/20140726-9.htm
14. Türkiye Sigorta Birliği İstatistikleri. https://www.tsb.org.tr/resmi-istatistikler.aspx?pageID=909
15. Tıbbi Kötü Uygulamaya ilişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Hakkında Sektör Duyurusu. https://www.tsb.org.tr/images/Documents/2017-4%20Sekt%C3%B6r%20Duyurusu.pdf

TOTBİD Dergisi
Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği

TOTBİD Dergisi 2020;19:70–75
https://doi.org/10.14292/totbid.dergisi.2020.11
DERLEME

Ortopedi ve Travmatoloji uzmanlık alanına giren tıbbi uygulama hatalarına (malpraktis) ilişkin Adli Tıp deneyimlerimiz

Forensic Medicine experiences related to malpractice in Orthopedics and Traumatology

Mehmet Akif Kaygusuz[1], Sevda Uzun Dırvar[2]

[1]S.B. İstanbul Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul
[2]S.B. İstanbul Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Yönetimi Doktora Öğrencisi, İstanbul

2016–2019 yılları arası Adli Tıp Kayıtları incelendiğinde Ortopedi ve Travmatoloji alanında yoğunlaşan şikayetlerin alçı uygulamalarından el kesilerine; ekstremite, pelvis ve omurga kırıklarının takip ve tedavisinden ortopedik elektif cerrahi girişimlere kadar uzanan bir yelpazede çeşitlilik arz ettiği görülmektedir. Ortopedi ve Travmatoloji alanını ilgilendiren cerrahi girişimlerde adli dava dosyaları genellikle damar ve sinir yaralanmaları, aşırı kan kaybına neden olan kırıklar, alçı uygulamalarına bağlı sorunlar, el ve ekstremite kesiklerinin ve yabancı cisim retansiyonlarının tanı ve yönetimi, artroskopik girişimler ile ilgili problemler, omurga kırıkları ve yaralanmaları, kırık tespiti ve eklem protezi uygulamaları ile ilgili şikayetler, komplikasyonlar ve komplikasyon yönetimi konularında yoğunlaşma göstermektedir. Ortopedi ve travmatoji uzmanlarının tedavi süreçlerinin bizzat içerisinde olması, alçı takibini ciddiyetle yapması, hastayı multidisipliner yönetmesi ve gerekli konsültasyonları istemesi gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: malpraktis, adli tıp, ortopedi ve travmatoloji

Forensic Medicine Records complaints concentrated in the field of orthopedics and traumatology were examined between 2016–2019, It is seen that there is a wide range of complaints from plas-ter applications to hand cuts; extremity, pelvic and spine fractures treatment and follow-up and orthopedic elective surgery. Forensic case files in orthopedic surgery are usually vascular and nerve injuries, fractures that cause excessive blood loss, problems related to plaster applications, diagnosis and management of hand and limb cuts and foreign body retention, problems with arthroscopic procedures, fractures and injuries of the spine, fracture fixation and joint prosthesis complaints, complications, and complication management. Orthopaedics and traumatology specialist should be involved in the treatment process personally, follow the plaster cast seriously, manage the patient multidisciplinary and ask for the necessary consultations.

Key words: malpractice, forensic medicine, orthopaedics and traumatology

2659 sayılı Kanunu'na göre; Adli Tıp Kurumu, adalet işlerinde bilirkişilik yapmakla görevlendirilmiştir. Adlî Tıp Genel Kurulu, Adlî Tıp Kurumu Başkanı'nın başkanlığında, Adlî Tıp İhtisas Kurulları başkan ve üyelerinden oluşur. Mesleki kusurlara 7.ve 8.üst kurul bakmaktadır. Bunlardan 8.üst kurul ölümle sonuçlanan dosyalara, 7.üst kurul ise ölümlü olmayan tıbbi kusur dosyalarına bakmaktadır. Bu Kurullar, bir başkan ve adlî tıp uzmanı iki üye ile birer Ortopedi ve Travmatoloji, Radyoloji, Göz Hastalıkları, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Genel Cerrahi, Göğüs Cerrahisi, Kalp ve Damar Cerrahisi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Nöroloji, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarından oluşmaktadır.[1] Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın 13. maddesinde; hekimliğin kötü uygulanması (malpraktis) belirtilmiş, madde içeriğinde ise bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle hastanın zarar görmesi şeklinde açıklama yapılmıştır.[2]

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması ve sosyokültürel yapıdaki değişmeler ister istemez hasta-hastane ve hasta-hekim arasındaki ilişkileri, iletişimi ve davranışı etkilemiştir. Özellikle 2000'li yıllardan itibaren hastalar hekimleri ve hizmet aldıkları sağlık kurumlarını daha fazla sorgular hale gelmişlerdir ve daha önceleri çok rastlamadığımız bu durumlar giderek artmaktadır.

- İletişim adresi: Prof. Dr. Mehmet Akif Kaygusuz, S.B. İstanbul Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul Tel: 0532 - 523 13 83 e-posta: makifkaygusuz@gmail.com
- *Geliş tarihi: 13 Aralık 2019 Kabul tarihi: 19 Aralık 2019*

2016–2019 yılları arası üç yıllık Adli Tıp Kurumu Kayıtları incelendiğinde Ortopedi ve Travmatoloji alanında yoğunlaşan şikayetlerin alçı uygulamalarından el kesilerine; ekstremite, pelvis ve omurga kırıklarının takip ve tedavisinden ortopedik elektif cerrahi girişimlere kadar uzanan bir yelpazede çeşitlilik arz ettiği görülmektedir. Hastaların şikâyetleri teşhiste yanlışlık olduğu iddiaları ile olabildiği gibi uygulanan tedavinin iyileştirici etkisinin olmaması ve/veya yanlış tedavi yapıldığı iddiası ile de olabilmektedir. Hastaların şikâyetlerinin büyük bir kısmında yapılan teşhis ve uygulanan tedavinin eksik ve yanlış olduğuna dair kanaat belirten başka bir hekimin yorumlarının büyük etkisinin olduğu gözlenmektedir. Açılan davaların çoğunda genellikle hastane ve hekim kusur (malpraktis) yönünden itham edilmekte ve kusur olup olmadığı sorulmaktadır. Hukuki süreç maddi delille anlam kazandığından, karar aşamasında verilen ifadeler kadar dosya içeriğindeki tıbbi kayıtlar ve belgeler de çok önem kazanmaktadır. Bu nedenle teşhis ve tedavi süreçlerinin kayıtlarının yeterli şekilde muhafaza edilmesi oldukça önemlidir. Hekim doğru hastaya doğru teşhisi ve tedaviyi uluslararası rehberlere uygun olarak, güncel ve modern teşhis ve tedavi metodolojisini kullanarak yaptığını kayıt altına almalıdır. Eğer hekim bu ölçülerde bir teşhis ve tedavi sürecini yönetmişse, ayrıca tedavi sürecinde çıkan komplikasyonları da bu prensipler dâhilinde çözmüşse veya çözmeye çalışmışsa mesleğinin gereğini yerine getirmiş olmaktadır.

Ortopedi ve Travmatoloji branş alanındaki cerrahi uygulamalarda adli dava dosyaları genellikle belli konularda yoğunlaşma göstermektedir. Bunlar;

- Damar ve sinir yaralanmaları,
- Aşırı kan kaybına neden olan kırıklar,
- Alçı uygulamalarına bağlı sorunlar,
- El ve ekstremite kesiklerinin ve yabancı cisim retansiyonlarının tanı ve yönetimi,
- Artroskopik girişimler ile ilgili problemler,
- Omurga kırıkları ve yaralanmaları,
- Kırık tespiti ve eklem protezi uygulamaları ile ilgili şikayetler,
- Komplikasyonlar ve komplikasyon yönetimidir.

Bu başlıklara geçmeden önce bilinmesi gerekir ki; bir hekim bir hastayı muayene etmeye başladıktan itibaren, tedavi sürecini tamamlayana kadar bazı yükümlülüklerin altına girmektedir. Bu yükümlülükler;

1. Klinik muayeneyi yapmak ve kayıt etmek.
2. Gerekli laboratuvar testlerini yaptırmak.
3. Teşhis kesinleştikten sonra hastaya yapılacak tedaviyi teklif etmek, tedavinin faydalarını ve komplikasyonlarını anlatarak alternatif tedavilerden de bahsederek hastanın onayını ve onamını almak.
4. Evrensel kabul edilen tedaviyi uygulamak.

Hekim bu süreçlerde modern tıp biliminin belirlediği araç ve yöntemleri kullanmak durumundadır. Bu süreçlerde bir eksiklik, bir yanlışlık, bir hata olduğu takdirde hasta-hekim ilişkisi bozulabilmekte ve adli davalara şikâyet konusu olabilmektedir. Hekimler tedavi sürecini eksiksiz ve doğru bir şekilde tamamladıkları takdirde süreç tamamen bitmiş olmamaktadır. Tedavi ve takip süreçlerinde ortaya çıkan komplikasyonlar aslında tedavinin devamı gibi kabul edilebilir. Bu nedenle hekimler komplikasyon yönetimini yine uluslararası rehberler ve uluslararası standartlar çerçevesinde yapmak durumundadırlar. Komplikasyonun iyi yönetilmemesi durumu kusura (malpraktise) dönüşebilmektedir. Bir komplikasyonun ne zaman ve hangi durumlarda kusur olduğu ülkelerin sağlık hukuku ve bununla ilgili oluşturulan kurullar tarafından bazen farklı tanımlanabilmektedir. Ülkelerin sağlık standartları yükseldikçe sağlık hukuku tarafından komplikasyon olarak tanımlanan bir süreç veya patoloji bir süre sonra malpraktis kavramı içinde değerlendirilebilir. Örneğin, bizim adli hukukumuzda cerrahi tedavi esnasında gelişen bir sinir hasarı komplikasyon olarak değerlendirilebilirken, Avrupa veya Amerika Birleşik Devletleri sağlık hukuku sisteminde malpraktis olarak tanımlanabilir.

Ortopedi ve Travmatoloji Pratiğinde En Sık Rastlanan Problemlerle İlgili Örnekler

Damar ve sinir yaralanmaları

Dava dosyalarından elde ettiğimiz tecrübelerimize göre; genellikle Ortopedi ve Travmatoloji uzmanlarımız ekstremite kırıkları ile beraber olan damar ve sinir yaralanmalarının hem teşhisinde hem de yönetiminde zorlanmakta ve bu konuda ciddi şekilde adli davalara konu olmaktadırlar. Dosya içeriklerinden gördüğümüz kadarıyla, hekimler kırık ekstremitede damar ve sinir muayenesi yaptıklarına dair hiçbir bilgiyi ve kaydı hasta dosyasına işlememekte ve hastanın sağlık kurumuna başvurduğu tarihteki kayıtlar incelendiğinde genellikle hekimlerin damar sinir lezyonu olup olmadığına dair bir kayıt ve bildirimde bulunmadıkları görülmektedir. Bu durumda hasta geldiği anda olmuş olan veya sonradan gelişen bir damar sinir yaralanması hekime kusur olarak yansımaktadır. Halbuki Ortopedi ve Travmatoloji uzmanı damar ve sinir yaralanmasını mutlak tedavi etmekle yükümlü değildir. Teşhis edip veya şüphelendiği takdirde

gerekli konsültasyonları yapıp kayıt altına aldığı takdirde sorumluluktan kurtulacaktır. Adli dava dosyaları içinde, bu şekilde tanımlanmamış veya ameliyat sırasında gelişip geç fark edilen bu nedenle ekstremite kaybı ile sonuçlanan azımsanmayacak sayıda dosya mevcuttur. Sinir yaralanmalarında ise sinir tamiri geç de yapılabileceğinden, en azından kırığa müdahale eden Ortopedi ve Travmatoloji uzmanının muayene ettiğini, muayene esnasında hastanın koopere olup olmadığını ve yeniden muayenesinin gerektiğini belirten bir kayıdın bulunması halinde, hekimin görevini yaptığı ve kusura yol açacak bir eylem bulunmadığı sonucu çıkacaktır.

Örnek Olgu 1: Otuz altı yaşında erkek hasta, motosiklet kazası sonucu tibia kırığı, subtotal ampütasyon (diz altı) nedeniyle büyük bir kentimizin eğitim ve araştırma hastanesine getirilir. Hastayı Ortopedi ve Travmatoloji ile kalp damar cerrahisi uzmanı görür. Kalp damar cerrahisi uzmanı sevkini ister ancak dosyada sevk gerekçesinin belirtilmediği tespit edilir; muhtemelen replantasyon yapılan bir merkeze sevki kastedilmektedir. Hasta sevk için beklerken *exitus* (ölüm) olur. Bu olguda;

- İlgili hastanenin kalp damar cerrahisi uzmanı aktif olarak bulunmaktadır. Ancak muayene dışında vakayı üstlenmemiştir.
- Hastane üst düzey bir hastanedir. Sevk edilmesi uygun değildir.
- Sevk kararı yanlışlıkla bile verilmiş olsa sevk için bekleyen hastanın durumu stabil hale getirilmelidir. Ne yazık ki bunların hiçbiri yapılmamıştır.

Örnek Olgu 2: Kırk iki yaşında erkek hasta fibula kırığı teşhisi ile bir üniversite hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğine yatırılır. Yatırıldığı anda hastanın dizinde ve bacağında şişlik, ekstremite çapında artma mevcuttur. Hastanın tansiyonunda 2–3 saat sonra düşme olur. Nöbetçi Ortopedi ve Travmatoloji asistan hekimi hemoglobin ve hematokritteki düşmeyi ve tansiyondaki düşüklüğü *whatsapp* görüntüsü ve telefonla icap nöbetçisi Ortopedi ve Travmatoloji uzmanına iletir. Uzman tarafından "takip edin kan transfüzyonuna gerek yok" denir. Altı saat sonra hasta *exitus* (ölüm) olur. *Exitus* nedeni popliteal arter yaralanması ve buna bağlı kanamadır. Muhtemelen hastada diz çıkığı olmuş, hastaneye geldiğinde çıkık redükte olmuştur. Bu olguda;

- Hematokrit, hemoglobin ve tansiyon düşüklüğü ile seyreden hasta bizzat uzman tarafından görülmeli ve takibi sık aralıklarla yapılmalıydı.
- Daha önemlisi her türlü ekstremite yaralanmasında, vasküler muayene ve izlem mutlaka yapılması gereken bir işlemdir.

Aşırı kan kaybına neden olan kırıklar

Ne yazık ki pelvis kırıkları acil tıbbımızın ciddi bir kara deliğidir. Adli Tıp'ta pelvis kırığı nedeniyle hastanelerin aciline müracaat edip saatler içinde hipovolemi nedeniyle *exitus* olan azımsanmayacak sayıda olgu vardır. 6–9 ünite kan transfüzyonu ve geçici tespit ile stabil hale gelebilecek bir çok hasta, adli dosyalara giren otopsi raporlarında büyük damar yaralanması olmadan kaybedilmektedir. Burada yine maalesef acil tıp uzmanı (varsa eğer), genel cerrahi uzmanı, ortopedi ve tavmatoloji uzmanı ile üroloji uzmanı arasında hastalar sahipsiz kalmakta ve sonuçta bir *exitus* olayında her üçü de kusurlu duruma düşmektedir. Bu nedenle pelvis kırıkları ve yönetimi bir Ortopedi ve Travmatoloji uzmanı tarafından çok iyi bilinmeli, mutlaka bu tür hastalar yatırılarak yoğun bakım şartlarında takip edilmeli, yeterli kan ve sıvı transfüzyonu yapılmalı, basit bir hamak veya pelvik bandajlama ile müdahale edilmelidir. Adli dosyalarda genellikle bu süreçlerin bazı hekimler tarafından yapılmadığı ve hastaların acile müracaatlarından 6–8 saat sonra ani tansiyon düşmesi ile kaybedildikleri gözlenmektedir. Hâlbuki hastaların yukarıda bahsettiğimiz şekilde temel bazı uygulamalarla müdahalesi hem hayat kurtarıcıdır hem de hekimi açılacak bir malpraktis davasından koruyacaktır.

Örnek Olgu 1: Otuz iki yaşında genç erkek hasta, göçük altında kalma sonucu bir üniversite hastanesinin acil servisine müracaat eder. Hastanın geldiği anda vital bulguları stabildir. Genel cerrahi, Ortopedi ve Travmatoloji ile üroloji konsültasyonları yapılır. İnstabl bir pelvis kırığı şüphesi mevcut. Ürolojik muayenede üretradan kanama tespit edilir. Ortopedi ve Travmatoloji uzmanı, üroloji uzmanı tarafından yatırılmasını, üroloji uzmanı ise Ortopedi ve Travmatoloji uzmanı tarafından yatırılmasını talep eder. Hasta acil müşahedede iken sekiz saat sonra hipovolemiden *exitus* olur. Bu olguda;

- Hastanın mutlaka bu iki hekimden birisi tarafından yatırılması ve stabil hale getirildikten sonra esas tedavisinin yapılması gerektiğinden bunları yapmayan hem Ortopedi ve Travmatoloji hem de üroloji uzmanı hatalı davranmıştır.
- Acil serviste müşahede altındaki hastayı stabil hale getirmekle görevli acildeki uzmanlar gereken tıbbi takip ve özeni göstermemişlerdir.

Örnek Olgu 2: Altmış yaşında bayan hasta, trafik kazası sonucu bir devlet hastanesinin acil ünitesine müracaat eder, muayenesinde oksipital bölgedeki 12 cm'lik yarasına sütür atılır, pelvis kırığı teşhis edilir. Geldiği andaki vital bulguları stabildir. Bütün konsültasyonları yapıldıktan sonra Ortopedi ve Travmatoloji uzmanının taburcu olabilir yazısıyla hasta acilden evine yollanır. Hasta 4 gün sonra evinde *exitus* olur.

Yapılan otopsisinde pelvis ve kafa travmasına bağlı *exitus* olarak rapor edilir. Bu olguda;

- Pelvis kırıklarının yatırılarak takip edilmesi gerekmektedir.
- Otopsi raporunda mesanede 300–400 cc hematom görüldüğü belirtilen hastanın hem değerlendirmesinin hem de takibinin eksik ve yanlış yapıldığı anlaşılmaktadır.

Alçı uygulamalarına bağlı durumlar

Çok problemli bir alan da hala alçı uygulamalarıdır. Birçok hastane alçı teknisyeni statüsünde personel çalıştırmaktadır. Bu nedenle artık hekimler alçı sarmamakta ve alçı uygulamaları alçı teknisyenlerine bırakılmaktadır. Alçı teknisyeninin alçı sarmasının yanlış olduğunu iddia edemeyiz. Buradaki problem genellikle; hekimin röntgen kontrolü dışında hiçbir şekilde alçı uygulama prosedürlerine dâhil olmaması, tecrübeli personel ile acemi personel arasındaki farklara dikkat etmemesi, alçı sonrası dolaşım takibini de çoğunlukla alçı teknisyenlerine bırakmasından kaynaklanmaktadır. Halen adli tıp dosyaları arasında kötü ve yanlış alçı uygulamalarına bağlı büyük kentteki hastanelerden taşra hastanelerine kadar azımsanmayacak kadar dosya mevcuttur. Maalesef hekimlerimiz alçı uygulamasına nezaret etmedikleri gibi, alçıdaki ekstremitenin son kontrol ve muayenesini yapmamakta, alçıya bağlı kompartman sendromu belirtileri ile gelen hastaların alçılarının gevşetilmesi görevini bile alçı teknisyenlerine bırakmakta, yeterince gevşetilip gevşetilmediğini kontrol etmemekte, yatırılarak müşahede altına alınıp ekstremitenin rahatlamasını izlememektedirler. Sonuçta Wolkmann kontraktürü ve açık kırıklarda gazlı gangren halen dava dosyalarında bir problem olarak devam etmektedir.

Örnek Olgu 1: Altı yaşında kız çocuğu, büyük bir kentimizin büyük bir eğitim araştırma hastanesine ön kol kapalı çift kırığı nedeniyle müracaat eder. Hastaya kapalı redüksiyon ve alçı uygulaması yapılır, ardından takip ve kontrollere çağırılır. Hastada 4. gün kompartman sendromu ve devamında Wolkmann iskemik kontraktürü gelişir. Bu olguda;

- Alçının önce ön kol kısmının sarıldığı, bu sarılan kısmın ön kol 1/3 proksimal kısmına baskı yaptığı ve onun üzerine ikinci bir kat alçı sarılarak dirsek üstüne çıkıldığı röntgenlerde açıkça görülmüştür.
- Bu hatalı alçı uygulaması maalesef hiçbir asistan veya uzman hekim tarafından takiplerde fark edilmediği gibi, hasta bu şekilde eve yollanmıştır. Daha sonraki günlerde de takibi yeterli şekilde yapılmadığından hatalı alçı uygulamasına bağlı komplikasyonlar ortaya çıkmıştır.

El ve ekstremite kesiklerinin ve yabancı cisim retansiyonlarının tanı ve yönetimi

Çoğunlukla el ve ekstremite kesileri muayene edilmeden, röntgen çekilmeden, acil teknisyenlerine "şuraya bir sütur at" talimatı verilerek herhangi bir tendon damar sinir yaralanması olup olmadığına dair bir kayıt konulmadan ve hastanın koopere olup olmadığına dair bilgi verilmeden gönderilmektedir. Daha sonraki muayenelerde özellikle elde tendon ve sinir kesisi olduğu anlaşılan hastalar ilk tedavi eden hekimi ve kurumu şikâyet etmektedirler. Aslında hekim hastanın ilk müracaatında tendon tamirini veya sinir tamirini neden yapmadığı konusunda sorgulanmamaktadır. Hekimin bunu gördüğü anda yapmaması da kusur değildir ancak hekim tendon, damar ve sinir muayenesi yapıp bir patoloji olduğunu veya olmadığını belirledikten sonra hastayı tedavisi için yönlendirdiği takdirde kusurdan muaf olacaktır. Ancak çoğunlukla hekimler hastayı muayene etmemekte, muayene etse de muayene kaydı koymamakta, bu durumda da daha sonra fark edilen patolojilerden dolayı kusurlu duruma düşmektedirler. Bir diğer yaygın durum cam kesileri sonucu yara içinde kalan cam parçaları veya iğne batmalarıdır. Yara içinde kalan cam parçacıkları çekilecek iki yönlü röntgende yüksek oranda görülebilmesine rağmen, çoğunlukla karşılaştığımız dava dosyalarında hastalara hiçbir şekilde röntgen çektirilmediği, hatta iğne batmalarında bile hasta dosyalarında ve hastane verilerinde bir röntgen veya röntgen istemi yapıldığına dair belge bulunmamaktadır. Bu durumda tedavide ilk müdahaleyi yapan hekim ve sağlık ekibi kusurlu duruma düşmektedir.

Örnek Olgu 1: Yirmi yedi yaşında bayan hasta bastığı cam sehpanın kırılması sonucu uyluğunun ön tarafında kesi oluşup cam parçaları girdiği ifadesiyle acil ünitesine başvurur. Yara yıkanır, görülen parçalar çıkarılır ve yaraya dikiş atılır. Aradan 3 ay geçtikten sonra başka bir hastanede yaradan 7 cm'lik cam parçası çıkarılır. Bu olguda;

- Konvansiyonel bir radyolojik tetkikte kalan cam parçası görülebilecekken acil başvurusu esnasında hiçbir şekilde hastaya radyolojik tetkik yapılmamıştır.

Tendon kesileri ile ilgili çok sayıda olgu bulunmaktadır; avuç içi kesilerinde acil kliniklerinde görevli hekimler tendon muayenesi yapmamakta veya yapılamadığına dair bir kayıt ve bilgi yazmamakta veya hastayı muayene olması için bir el ve mikrocerrahisi uzmanına yönlendirme yapmamaktadırlar. Bu durumlarda da hekim kusurlu atfedilmektedir.

Artroskopik girişimler ile ilgili problemler

Artroskopik girişimlerdeki problemler; yanlış taraf cerrahisinden, yapılan artroskopik rekonstrüksiyon, bağ onarımı ve menisektomi işlemlerinden fayda görmemekten, artroskopik işlem sırasında eklem içinde kırılan enstrüman parçalarına kadar değişen bir yelpazede olmaktadır. Bu nedenle cerrahi sonrası gelişen komplikasyonlarda hastalar tarafından şikâyete neden olmaktadır. Yanlış taraf cerrahisi ile ilgili Sağlık Bakanlığı'nın prosedürleri oldukça iyidir, buna rağmen bu prosedürler uygulanmamakta, taraf işareti uygun şekilde konulmamakta, ameliyata başlamadan önce yapılması gereken *time-out* (güvenli cerrahi uygulama prosedürleri) çoğunlukla uygulanmamaktadır. Bu da çoğunlukla yanlış taraf cerrahisi ile sonuçlanmaktadır. Yapılan cerrahi işlemden fayda görmemek konusu ise, bütün diğer başlıklarda da geçerli olan, hastanın tedavi ve tedavi sonucu ile ilgili yeterince bilgilendirilmemesinden kaynaklanmaktadır. Hastalar genellikle menisküs ve çapraz bağ patolojileri ile birlikte olan kıkırdak yaralanmaları konusunda bilgilendirilmemekte veya anlayabilecekleri şekilde açıklamaların yapılmamasından kaynaklı yüksek beklenti içerisine girmektedirler. Bunun sonucunda yeterince geçmeyen ağrı ve şikayetlerden hekimin uyguladığı tedavinin yanlış olduğu sonucunu çıkarmaktadırlar. Bu durumu hastanın muayene için gittiği başka cerrahların sözleri ve ifadeleri de büyük ölçüde tetiklemektedir. Artroskopik girişimler esnasında bazen enstrüman uçları kırılmakta, hekimler bu durumu hastaya söylememekte ve aslında çıkarılması gerekmeyen ve hastaya da zararı olmayan küçük bir enstrüman parçası başka bir hekim tarafından görüldüğünde 'burada parça kalmış' şeklinde ifade edilmekte ve bu durumda hastalar sonuçta hekimi şikayet etmektedirler.

Omurga deformiteleri ve kırıkları

Omurga deformitelerinin düzeltilmesi ve kırıklarının tedavisindeki problem, genellikle cerrahi esnasında veya cerrahi sonrası gelişen nörolojik sorunlar ve kanamaya bağlı *exitus* vakalarında yoğunlaşmaktadır. Bugün için standart yaklaşım, deformitelerde spinal kord nöromonitörizasyonunun uygulanması, eğer herhangi bir nedenle yapılamıyorsa uyandırma testi ile nörolojik durumun test edilmesi, herhangi bir komplikasyon varlığında da; yanlış vida uygulaması, hematom veyahut aşırı gerginlik ve katlanmaya bağlı spinal kord problemlerinde geri dönüşümü olacak uygun sürede komplikasyonun yönetilmesidir. Büyük damar yaralanmalarında bu durum komplikasyon olarak kabul edilmekte, yaralanmanın erken teşhisi ve komplikasyona uygun şekilde müdahale edilip edilmediği adli tıp tarafından sorgulanmaktadır.

Kırık Tespiti ve Eklem Protezi Uygulamaları ile İlgili Şikayetler

Kırık tespitlerinde Ortopedi ve Travmatoloji uzmanlarının en çok dikkat etmesi gereken konu; kırığın cerrahi tedavisinde evrensel olarak kullanılması gereken tespit materyalinin uygun teknikle yapılmasıdır. Uygun tespit materyali uygun teknik ile uygulanmışsa tespit kaybı ve *pseudoartroz* (kaynamama) çoğunlukla kusur olarak kabul edilmemektedir. Protez uygulamalarında özellikle şikayetler kalça protezlerinde yoğunlaşmakta, diz protezinde daha ziyade cerrahi endikasyonun doğru olup olmadığı konusunda adli tıpa müracaatlar yapılmaktadır. Kalça protezinde uzunluk kısalık farkları, siyatik sinir yaralanması ve femoral arter yaralanması daha çok şikayet konusu olmaktadır. Bu durumlarda hastanın ameliyat öncesi yeterince bilgilendirilmesi önemlidir. Özellikle displazik ve yüksekte kalçalarda, asetabuler parçanın vidalanması esnasında büyük damar yaralanmasına bağlı exitus olguları da şikayet konusu olmaktadır. Bu nedenle zor vakaların deneyimli ekip tarafından yapılması ve damar yaralanması ile ilgili anestezi ve reanimasyon ekibi ile diyalog önemlidir.

Örnek Olgu 1: Elli yaşında bayan hastanın yüksekte kalça çıkığı nedeniyle 2. revizyon ameliyatında yerleştirilen protezde 6–8 ay sonra *stem* kırığı gelişir. Bunun üzerine cerrahi ekip kırık protezi üretici firması kanalıyla teknik üniversiteye incelemeye yollar. Teknik üniversite protezin üretimle ilgili yapısal bir hata içermediğini, protez kırığının ameliyat tekniği ile olabileceğini rapor eder. Bu olguda;

- Yüksekte kalça çıkığı ve revizyon cerrahisi sonrası bu tür komplikasyonların gelişme ihtimali yüksektir. Bu olgudaki cerrahi ekip komplikasyon ve komplikasyon yönetiminde eksiksiz davranmıştır ancak bu tür talep ve isteklerde dikkatli olunması gerekmektedir. Teknik üniversiteye *stem* kırığının neden olabileceği yönünde bir soru sorulmadığı halde "yapısal bir hata tespit edilmemiştir" cümlesi ile yetinecekken ne yazık ki teknik üniversite ameliyat tekniğini sorumlu tutan bir ifadede bulunmuştur. Bu olgudaki hekimlerde kusur olmasa bile bu durumların olabileceği göz önünde tutularak, hem hasta hem de başka disiplinler yeterince bilgilendirilmelidir.

Komplikasyonlar ve Komplikasyon Yönetimi

Komplikasyon yönetiminin ilk ve en önemli aşaması bilgilendirme ve onam formudur. Maalesef bugün hastalarımızın teşhis ve tedavi süreçleri ile ilgili bilgilendirmelerinde ve onamlarda ciddi problemler vardır. Yeterince iyi bir şekilde bilgilendiren ve her aşamada ilgisi hasta tarafından hissedilen hekimlerle ilgili şikâyet

olmamaktadır. Bilgilendirme ve ilgi eksikliği üzerine komplikasyon da eklenince problemli durumlar meydana gelmektedir. Bir Ortopedi ve Travmatoloji uzmanı tedavi sürecinde gelişen damar sinir yaralanmaları, kaynamamalar, eklem çıkıkları, hematom oluşumu, enfeksiyon gelişimi gibi süreçlerde; hem hastayı bilgilendirdiği hem de evrensel takip ve uygulama süreçlerini izlediği takdirde, hekim gelişen komplikasyonları yeterli bir şekilde yönetmiştir kararına varılmaktadır. Bu süreçlerde bir eksiklik olursa hekim komplikasyonu yönetememiştir ve kusurludur denilmektedir.

SONUÇ

Yukarıda özetlediğimiz ve son üç yılda karşılaştığımız Ortopedi ve Travmatoloji branş alanı ile ilgili adli tıp dosyalarının bize sağladığı deneyimler çerçevesinde;

1. Hekim hastayı teşhis ve tedavisinde mutlak bilgilendirmeli ve yapacağı uygulamalarla ilgili açık rızasını (aydınlatılmış onamını) almalıdır.
2. Hekim hastayı mutlaka kendisi değerlendirmeli ve takip etmelidir, tedavi süreçlerinin içinde olmalıdır.
3. Hekim hastayı görmeden *whatsapp* görüntüsü veya telefondan aldığı bilgilerle hastanın tedavisini ve takibini yönlendirmemelidir.
4. Hekim kendi alanı dışındaki konularda mutlaka gerekli konsültasyonları istemeli ve takip etmelidir.
5. Cerrahi tedavi uygulanmış hastanın takiplerini hekim mutlaka kendisi yapmalıdır.
6. Özellikle büyük damar yaralanması (popliteal arter, femoral arter ve ven) ve kanamalı kırıklarda mortalite riskini düşürerek hastayı multidisipliner yönetmelidir.
7. Alçı uygulaması ve takibini mutlaka ciddiyetle yapmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Adli Tıp Kurumu Kanunu. http://www.atk.gov.tr/mevzuat-veri-tabani.html#tuzukler Erişim tarihi: 01 Kasım 2019.
2. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. https://www.ttb.org.tr/kutuphane/h_etikkural.pdf Erişim tarihi: 01 Kasım 2019.

TOTBİD Dergisi
Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği

TOTBİD Dergisi 2020;19:76-83
https://doi.org/10.14292/totbid.dergisi.2020.12
DERLEME

Ortopedi ve Travmatolojide bilirkişilik

Legal expertise in orthopedics and traumatology

Mücahit Görgeç

Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı, Serbest

Bir Ortopedi ve Travmatoloji uzmanı adli makamlar tarafından görevlendirildiği zaman, geçerli bir mazeret bildirmedikçe, bilirkişilik yapmak zorundadır. Bilirkişilik yapabilmek için, öncelikle Adalet Bakanlığının yetkilendirdiği kurumların (yetkili kurum, Türk Tabipleri Birliği'dir) açtığı kurslara katılıp sertifika sahibi olmak ve "bilirkişilik bölge kurulları"na kayıt yaptırmak gerekir. Ama kişi, kaydı olmadan da adli makamlar tarafından bilirkişi olarak görevlendirilebilir. Bu görev ifa edilirken, Resmi Gazetenin 03.08.2017/30143 sayısında yayımlanan "bilirkişi yönetmeliği" okunmalı ve kılavuz edinilmeli, önceki örneklerden yararlanılmalıdır.

Anahtar sözcükler: ortopedi; bilirkişilik; yönetmelik; bilirkişi raporu

For an orthopedics and traumatology specialist, it is a duty to be a legal expert unless he/she reports a valid excuse. In order to be an expert, first of all, it is necessary to attend the courses opened by the institutions authorized by the Ministry of Justice (the authorized institution is the Turkish Medical Association) and to have a certificate, and to register for the "regional councils of experts". However, the person can be appointed as an expert by the judicial authorities without registration. In carrying out this task, the "expert regulations" published in the Official Gazette No. 03.08.2017 / 30143 should be read and taken as a guide, and the previous examples should be referred.

Key words: orthopedics; legal expertise; regulations; expert report

Bir ortopedi uzmanı, adli makamlar tarafından görevlendirildiği zaman, geçerli bir mazeret bildirmedikçe bilirkişilik yapmak zorundadır. Bilirkişilik yapabilmek için öncelikle Adalet Bakanlığı nezdinde başvuru yapıp kayıt yapılması gerekir. İlgili makam, Adalet Bakanlığı'nın yetkilendirdiği kurslarda bilirkişi eğitimi almış sertifikalı ve kayıtlı kişiler arasından bilirkişi ataması yapar; ama kişi, kaydı olmadan da adli makamlar tarafından bilirkişi olarak görevlendirilebilir. Bu makalenin amacı, bu şekilde görevlendirilen ama sertifika programına ve üç yılda bir yenileme programlarına katılmamış bir Ortopedi ve Travmatoloji uzmanı meslektaşımızı bilgilendirmektir.

BİLİRKİŞİLİK VE MEVZUATI

24/11/2016/29898 tarih sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 6754 sayılı Bilirkişilik Kanununun[1] 18'inci maddesine dayanılarak hazırlanan ve yine Resmi Gazetenin 03.08.2017/30143 sayısında yayımlanan "bilirkişi yönetmeliği"nin 20/1 maddesine göre, her bölge adliye mahkemesinin kurulu bulunduğu yerde "bilirkişilik bölge kurulları" oluşturulur. Madde 21/b'ye göre, bölge kurulları her yıl belirli bir tarihe (15 Ekim) kadar bilirkişi olmak isteyenlerin başvurusunu alır, bilirkişiliğe kabule, bilirkişilerin sicile ve listeye kaydedilmesine karar verir ve listeler oluşturur. Madde 30'a göre, bilirkişilerin eğitim alma zorunluluğu vardır ve şekli belirlenmiştir; üç yılda bir "yenileme eğitimi"ne de katılma zorunluluğu vardır. Madde 33'e göre, eğitim veren yetkili kuruluşlardan biri de Türk Tabipleri Birliğidir. Madde 38, bilirkişiliğe başvuru ve kabul şartlarını içerir. Madde 44'e göre, bilirkişiliğe kabul edilenlerin yemin etmesi gerekmektedir. Madde 45'e göre bilirkişilere bir sicil numarası verilir. Madde 50/1'e göre, bilirkişi, resen veya talep üzerine ilgili makam tarafından görevlendirilebilir. 50/2'ye göre, bilirkişiler bölge kurullarınca düzenlenen listelerden seçilir. İşin mahiyetine göre, gerekçesi açıkça gösterilmek kaydıyla, birden fazla bilirkişi görevlendirilebilir. 50/4'e göre, Bölge

• İletişim adresi: Prof. Dr. Mücahit Görgeç, Hasırcıbaşı Cad. Birlik Apt. 22/4 Kadıköy, İstanbul
Tel: 0542 - 234 56 66, 0216 - 336 25 55 e-posta: mucahitgorgec@gmail.com
• *Geliş tarihi: 9 Ekim 2019 Kabul tarihi: 11 Kasım 2019*

Kurulunun hazırladığı listede bilgisine başvurulacak uzmanlık alanında bilirkişi bulunmaması hâlinde, diğer bölge kurullarının listelerinden, burada da bulunmaması halinde listelerin dışından bilirkişiliğe kabul şartlarını haiz kişiler arasından görevlendirme yapılabilir. Listelerin dışından görevlendirilen bilirkişiler, bölge kuruluna bildirilir. Liste dışından görevlendirilen bilirkişinin, bilirkişilik yapma şartlarını taşımadığının bölge kurulu tarafından tespiti halinde, bu kişi UYAP'a (Ulusal Yargı Ağı Bilişim Sistemi) kaydedilmez ve durum görevlendirmeyi yapan makama bildirilir. Madde 51/1'e göre, görevlendirilen bilirkişiye, inceleme yaptırılacak konunun kapsamı ve sınırları yazılı olarak bildirilir ve açıkça anlatılır.

Bu yazıda;

a) İnceleme konusunun bütün sınırlarıyla ve açıkça belirlenmesi

b) Bilirkişinin cevaplaması gereken sorular

c) Takdir edilen bilirkişi ücreti

ç) Raporun verilme süresi

d) Gerçeğe aykırı mütalaada bulunması halinde 26/9/2004 tarihli ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun 276'ncı maddesi uyarınca cezalandırılacağı hususlarına yer verilir.[2]

Madde 52'nin fıkralarında, bilirkişinin görevlendirmeyi yapan makam tarafından verilen süre içinde raporunu hazırlayarak sunmakla yükümlü olduğu, bunun için ek süre isteyebileceği, raporunu tamamlamadığı zaman da karşılaşacağı yaptırımlar yazılıdır. Bilirkişi tayin edilen kimse, madde 53/1'e göre, kendisine verilen görevin, uzmanlığı, özel veya teknik bilgiyi gerektirmediğini, temel ve alt uzmanlık alanına girmediğini, inceleme konusu iş ve işlemlerin açıklığa kavuşturulması için alanında uzman başka bir bilirkişi ile işbirliğine ihtiyaç duyduğunu veya varsa görevden çekinmeyi haklı kılacak bir mazeretinin bulunduğunu ileri sürerek görevin kendisine verilme tarihinden veya çekinmeyi gerektirecek durumun sonradan öğrenilmesi halinde bu tarihten itibaren en geç bir hafta içinde görevlendirmeyi yapan makama görevden çekileceğini bildirir. Madde 54, bilirkişinin yetki alanını belirlemiştir. Buna göre; bilirkişi, yapacağı ön incelemede, incelemeyi gerçekleştirebilmesi için bazı hususların önceden araştırılması ve tespiti ile kendisine teslim edilen dosya ve belgelere ilave olarak başka kayıt ve belgelere ihtiyaç duyması halinde bir hafta içinde görevlendirmeyi yapan makamdan talepte bulunur ve görev alanı veya sınırları hakkında tereddüde düşerse, görevlendirmeyi yapan makamdan bunun giderilmesini her zaman talep edebilir. Madde 55'te, bilirkişi raporunda yer alması gereken hususlar maddeler halinde sıralanmıştır. Madde 56, ilgili mahkemenin bilirkişi raporunu değerlendirmesi hususuna değinir, buna göre, görevlendirmeyi yapan makam, bilirkişi raporundaki eksiklik yahut belirsizliğin tamamlanması veya açıklığa kavuşturulmasını sağlamak için, bilirkişiden, yeni sorular yöneltmek suretiyle ek rapor isteyebilir. Bilirkişi raporunda eksik veya anlaşılmaz hususların bulunması halinde; görevlendirmeyi yapan makam tarafından belirlenen süre içinde bilirkişiden yazılı açıklama istenir. İhtiyaç duyulduğu takdirde, bilirkişinin oy ve görüşünü sözlü olarak açıklamasına karar verilirse, açıklamaları tutanağa geçirilir ve bilirkişinin de imzası alınır. Kurul hâlinde görevlendirme söz konusu ise, bilirkişilerin bilgilerine başvurulan hususu hemen aralarında müzakere etmelerine imkân tanınır ve müzakere sonucunda açıklanan oy ve görüş, tutanağa geçirilerek bilirkişilere imza ettirilir. Madde 58, bilirkişinin cezai ve hukuki sorumluluğunu hatırlatır. Buna göre; bilirkişi, Türk Ceza Kanunu anlamında kamu görevlisidir, kasten gerçeğe aykırı mütalaada bulunması halinde, Türk Ceza Kanununun 276'ncı maddesi uyarınca sorumlu tutulur. Bilirkişinin kasten veya ağır ihmal suretiyle düzenlemiş olduğu gerçeğe aykırı raporun, hükme esas alınması nedeniyle zarar görmüş olanlar, bu zararın tazmini için Devlete karşı tazminat davası açabilirler. Devlet, ödediği tazminatı sorumlu bilirkişiye rücu eder.

BİR ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ UZMANI BİLİRKİŞİ DONANIMINI NASIL ELDE EDER?

Bunun için, Adalet Bakanlığı tarafından yetkilendirilen kuruluşlara başvurarak "bilirkişi sertifika programı"na katılmalı ve sertifika almalıdır. Yukarıda zikredilen ilgili yönetmelik ve kanunları bilmelidir. Bunlardan ayrı olarak, Adalet Bakanlığı sitesinden ulaşılabilen ve sertifika programlarında okutulan temel eğitim kaynak[3] ve katılımcı[4] kitaplarını okumalıdır.

Temel eğitim katılımcı kitabında bilgiler soru-cevap şeklinde düzenlenmiştir. Bazı soru ve cevapları son derece öğreticidir[3]:

Soru: *Bilirkişi, davanın tarafları ya da üçüncü kişilerin bilgisine başvurabilir mi?*

Cevap: *Hukuk yargısı bakımından, bilirkişi incelemesini gerçekleştirirken ihtiyaç duyarsa, mahkemenin de uygun bulması kaydıyla tarafların bilgisine başvurabilir. Bilirkişinin hâkim gibi, tanık beyanlarının değerini değerlendirme yetkisi yoktur. Burada tanıkların dinlenilmesi salt bilgilenme, bilirkişinin uyuşmazlık konusu hakkındaki teknik kanaatini güçlendirme amaçlıdır. Bilirkişi, raporunu dinlediği tanıkların beyanlarına dayandıramaz. Keşif ya da*

duruşma sırasında bilirkişi hangi soruları yöneltmek istediğini hâkime bildirir. Hâkim bunu serbestçe değerlendirdikten sonra sorunun yöneltilip yöneltilmeyeceğine karar verecektir.

Ceza yargısı bakımından da bilirkişi, ilk olarak gerekli olması hâlinde, mağdura, şüpheliye veya sanığa soru yöneltebilir. Bilirkişi, saydığımız kişilere, mahkeme başkanı, hâkim veya Cumhuriyet savcısı aracılığı ile soru sorabilecektir. Ancak mahkeme başkanı, hâkim veya Cumhuriyet savcısının, bilirkişinin doğrudan soru sormasına da izin vermesi mümkündür. Bilirkişinin soru sorma yetkisi onun ifade alma veya sorgu yetkisine sahip olduğu anlamına gelmemektedir.

Soru: *Bilirkişi ek dosya ya da belge isteyebilir mi?*

Cevap: *Bilirkişi, yapacağı ön incelemede, incelemeyi gerçekleştirebilmesi için bazı hususların önceden araştırılması ve tespiti ile kendisine teslim edilen dosya ve belgelere ilave olarak başka kayıt ve belgelere ihtiyaç duyması halinde, bir hafta içinde görevlendirmeyi yapan merciden talepte bulunur.*

Soru: *Bilirkişi raporunun formatı nasıl olmalıdır?*

Cevap: *Bir bilirkişi raporunda yer alması gereken hususlar ve bunların içeriği şu şekildedir:*

- ***Kapak sayfası:*** *Bilirkişi raporunun, bir kapak sayfasıyla başlaması gerekmektedir. Bu kapak sayfasında şunlar yer alacaktır:*
- *Görevlendirmeyi yapan merci (örneğin, T. C. Ankara 6. Asliye Ceza Mahkemesi; T. C. İzmir 3. Asliye Ticaret Mahkemesi gibi. . .)*
- *Dosya numarası (örneğin, 2017/26 Esas)*
- *Yargılamanın taraflarına ait bilgiler*
- *Bilirkişinin adı soyadı, unvanı, sicil numarası; tüzel kişiyse, ticaret unvanı, kanuni temsilcisinin adı ve soyadı, tüzel kişi adına raporu tanzim eden gerçek kişinin adı ve soyadı ile sicil numarası*
- ***İçindekiler:*** *Bu kısımda bilirkişinin, raporun içeriğinde yer alan hususları sırası ile göstermesi ticaret unvanı, kanuni temsilcisinin adı ve soyadı, tüzel kişi adına raporu tanzim eden gerçek kişinin adı ve soyadı ile sicil numarası sırası ile göstermesi gerekir. İçindekiler kısmının raporda yer alan temel başlıkların tümünü içermesi gerekir.*
- ***Görev tanımı:*** *Burada bilirkişi ilk olarak kendisini görevlendiren merciye ve taraflar hakkındaki bilgilere bir kez daha işaret edecektir. Bunu takiben, hangi konuda, ne yapmak için görevlendirildiğinin açık şekilde gösterilmesi gerekmektedir. Buna göre bu kısımda incelemenin konusu ve bilirkişinin gözlemlemesi ve incelemesi istenen maddi unsurlara yer verilecektir. Bu hususlar, bilirkişinin görevlendirilmesine ilişkin kararda bilirkişiye yöneltilen sorular şeklinde somutlaşmaktadır. İşte, bilirkişi de bu soruları, kendisine yöneltilen sırayla, tek tek belirtecektir. Bilirkişi bu hususları henüz baştan belirttiğinde, vakaların tespitinden veya bunların değerlendirilmesinden sonra, sonuçlarını soruları ile karşılaştırabilecektir. Bu yönüyle daha raporu teslim etmeden, öz denetimini gerçekleştirebilecektir.*
- ***Bilirkişi raporundaki sonuçların dayandığı literatür, veriler ve diğer materyaller:*** *Bilirkişi, görüşünü oluştururken yararlandığı tüm kaynaklara işaret etmek durumundadır. Bu görev nedeniyle incelenen bir taşınır veya bir taşınmaz yahut temin edilen bir kayıt veya belge olabilir. Bunların ayrı ayrı gösterilmemesi, raporun hükme esas alınmaması sonucunu doğurabilir. Bilirkişi incelemesi sırasında bilimsel veya teknik kaynak ve görüşlerden yararlanmışsa, bu kaynak ve görüşleri, hangi nedenle bu kaynaklardan yararlandığı açıkça gösterilmelidir.*
- ***Bilirkişinin yaptığı çalışmanın ve yöntemlerin ayrıntılı olarak belirtilmesi:*** *Burada bilirkişinin inceleme yöntem ve usulünü açıklaması gerekmektedir. Örneğin; bilirkişi incelemesinin konusunu bir yazı veya imza oluşturmaktaysa, bu yazı veya imzanın incelenmesinde ya da tıbbi bir incelemede hangi yöntemlerin uygulandığı açıklanmalıdır. Bilirkişi, bu yöntemlerin teknik karşılığını belirtebilir. Bununla birlikte, yöntemin içeriği ilgililerin anlayabileceği şekilde aktarılmalıdır. Bilirkişi ayrıca, incelemeyi belli bir yerde yaptıysa bunun zamanını, taraflar ya da üçüncü kişilerle iletişime geçtiyse bunun biçimini göstermelidir.*
- ***Analiz:*** *Bilirkişiye yöneltilen sorular ve sıra numarası altında bunlara verilen yanıtlar ve bu yanıtların gerekçeleri: Raporun maddi içeriği, bu başlık altında yer alır. Burada bilirkişi tarafından kendisine yöneltilen sorular, bu sefer yanıtlarıyla birlikte sunulacaktır. Bu zorunluluk bilirkişi raporunun denetimine yöneliktir. Bu sayede, tüm soruların yanıtlanıp yanıtlanmadığı, taraflar ve mahkeme tarafından görülebilecektir. Bu başlık, aslında bir sonraki başlık olan "Sonuç" ile bir bütün teşkil eder. Analiz aşaması, bilirkişi incelemesinin konusunu oluşturan maddî vakalar ile bilirkişinin gözlem ve tespitlerini içerir. Öte yandan, görevlendirmenin konusunu oluşturmaktaysa, bu gözlem ve tespitlere ilişkin nitelendirme ve değerlendirmeler bu başlık altında yer alacaktır. Hemen akabinde,*

her bir soruya verilen yanıta bir sonuç şeklinde yer verilecektir. Bilirkişi her halükârda sunduğu raporu gerekçelendirmelidir. Aksi takdirde bilirkişi raporu, ne taraflar ve hâkim tarafından anlaşılabilir, ne de onun inandırıcılığından söz edilebilir. Diğer taraftan, bilirkişinin incelediği konu hakkında farklı bir takım bilimsel veya teknik görüşler bulunmaktaysa, bilirkişi bunlardan birini diğerine neden tercih ettiğini açıklamalıdır. Burada gerek görüşe dayanak yapılan gerek aksi yöndeki kaynaklar belirtilmelidir. Bilirkişi, değerlendirmede bulunurken ikilemde kaldıysa, bu durumu, temel etik kurallardan dürüst davranmanın bir gereği olarak görevlendiren merciye bildirmelidir.

- ***Sonuç:*** *Bilirkişinin ulaştığı sonuç, bir önceki başlık olan "Analiz" ile bir bütün teşkil eder. Özellikle, bilirkişi incelemesinin konusunu, birden fazla maddi mesele meydana getirmekteyse, bu hususlar, farklı başlık ve paragraflar altında yer almalı, her biri için ulaşılan sonuç da mutlaka ayrı ayrı gösterilmelidir.*

- ***Bilirkişilerin imzası:*** *Bilirkişi, raporu düzenlediği tarihte imza eder. Öte yandan bilirkişi raporu birden fazla sayfadan oluşuyorsa tüm sayfalar imzalanmalı yahut ayırt edici şekilde paraf edilmelidir. İmzasız bir rapor, hiçbir surette mahkeme tarafından dayanak alınamaz; imza edilmek üzere geri çevrilmesi gerekir. Bilirkişi raporu imza edildikten sonra, artık üzerinde bir değişiklik yapılmaması gerekir. Ancak, zaruri bir sebeple değişiklik yapıldıysa, bu tahrifat anlamına geleceğinden, bu değişikliğin sebebinin gösterilmesi ve değişiklik yapılan yerin de imza edilmesi gerekir.*

- ***Karşı oy ve gerekçesi:*** *Bilirkişi incelemesi amacıyla birden fazla bilirkişi görevlendirilmişse, bu bilirkişilerin inceleme konusu vakaları tespit ettikten sonra farklı sonuçlara ulaşmaları da pekâlâ mümkündür. Diğer bilirkişilerden farklı sonuca ulaşan bilirkişinin bu azınlık görüşü, raporun sonunda ayrıca belirtilir ve imza edilir. Öte yandan, azınlıkta kalan bilirkişinin oy ve görüşünü ayrı bir rapor hâlinde mahkemeye sunması mümkündür.*

- ***Maddi unsurları belgeleyen ve sonuçların açıklanmasına yardımcı olan şema, kroki, fotoğraf, tablo vs.:*** *Bilirkişi raporuna, incelemeye esas maddi unsurları belgeleyen ve sonuçların açıklanmasına yardımcı olan şema, harita, kroki, fotoğraf, tablo ile diğer kayıt ve belgelerin de eklenmesi gerekir.*

Soru: *Bilirkişinin görevlendirilmesinden rapor yazımına ve teslimine kadar geçen sürede neler yapılır?*

Cevap: *Bu süreç aşağıdaki şekilde gösterilmektedir (Şekil 1).*[3]

BİR ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ UZMANI NASIL BİLİRKİŞİLİK YAPAR?

Hekimin yaptığı uygulamanın hukuka uygunluğu esastır ve ilgili mahkeme bazen hukuka uygunluğu da sorabilir. Tıbbi uygulamanın hukuka uygunluğunun üç şartı vardır: Bu şartlar;

1) Hekimin yaptığı uygulamada yeterliliğinin olması,
2) Uygulama hakkında hastayı aydınlatmış ve rızasını almış olması,
3) Uygulamanın tıp biliminin verilerine uygun ve zorunlu olmasıdır.

Hekim eğitimini almadığı, uzmanlık alanı içerisinde olmayan bir uygulamayı hastasını bilgilendirmeden, aydınlatmadan ve rızasını almadan yaparsa, bir de bu uygulama, tıp verilerine uygun olmayan ve zorunlu olmayan bir uygulama ise, hukuka aykırı bir eylemde bulunmuş olur. Hasta şifa bulmuş olsa bile şikâyet hakkını kullanıp, hekimi mahkûm ettirebilir. Genellikle hekimler taksirli suç kapsamında yargılanmakla birlikte, bu üç hususu yerine getirmemiş bir hekim, hukuka aykırı bir eylem nedeniyle, kasıt unsuru ileri sürülerek bile yargılanabilir.

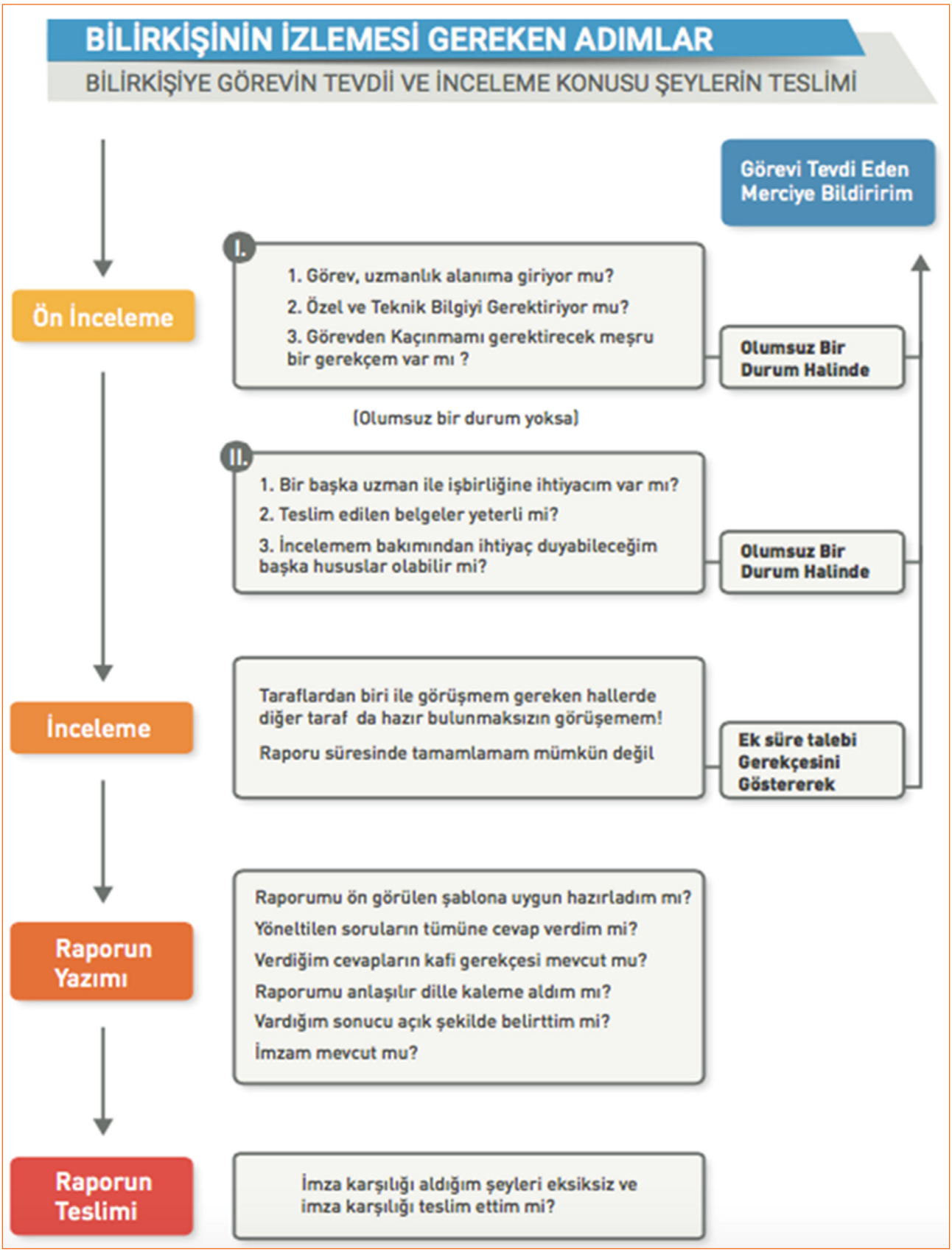
Hekimin yaptığı tıbbi uygulama şifa ile sonuçlanmamış ve sonuçta hastada bir sakatlık veya ölüm husûle gelmiş ise; uygulamada hata, acemilik, ihmal gibi bir kusurun olup-olmadığı ve bu kusur ile sonuç arasında illiyet bağı kurulup-kurulamayacağı sorulur.

Bilirkişi bu soruya cevap verirken, Dünya Tabipler Birliğinin, 1992 yılı 44. Genel Kurulunda "Tıbbi Uygulama Hatası (Malpraktis)" kavramını;

"hekimin, tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya uygun tedavi verememesi neticesi oluşan zarar"

şeklinde tanımladığını göz önüne alarak, somut olayı aşağıdaki şekilde irdeleyebilir:

1. Hukuka uygunluk şartları yerine getirilmiş midir?
2. Tıbbi uygulama ve takibi usulüne uygun yapılmış mıdır? Hastaya konan teşhis doğru mudur? Endikasyon doğru mudur? Yapılan tedavi tıbbi standartlara uygun mudur?
3. Ortaya çıkan olumsuz sonucun nedeni komplikasyon mu? Tıbbi bir hata mı (malpraktis)?
4. Hastayı ölüme veya sakatlanmaya götüren süreç komplikasyon veya tıbbi hata ile mi başlamıştır? Araya giren başka faktörler var mıdır? Nasıl gelişmiş ve seyretmiştir?
5. Bu sürece hangi noktalarda müdahale edilseydi olumlu seyredebilir ve hasta hayatta kalır veya eski fonksiyonel hale dönebilirdi?



Şekil 1. Bilirkişinin izlemesi gereken adımlar.[3]

6. Yapılması gereken bu müdahale, yapılmamış mıdır?
7. "Süreç içerisinde yapılan hiçbir müdahale, gidişatı olumlu bir yöne sevk etmez ve hastanın hayatta kalmasına veya eski fonksiyonel hale dönmesine imkân vermezdi" denebilir mi? Yani, "Süreç ile sonuç arasında illiyet bağı kurulamaz" denebilir mi?

TOTBİD'in Sağlık Hukuku Komisyonu olarak, bu başlıklara dikkat ederek tıbbi görüşümüzü yazmaktayız. Aşağıda örnek bir rapor, yer ve kişi isimleri ve tarihler çıkarılarak kopyalanmıştır.

DOSYA İNCELEMESİ

A. Tarafımıza Sunulan Belgeler

... 2. Asliye Ceza Mahkemesi'nin ... esas sayılı ceza dava dosyası sureti tarafımıza sunulmuştur. Dilekçeler, duruşma tutanakları ve sair yazışma müzekkereleri yanında;

- Devlet Hastanesi sayılı ve tarihli epikriz ve tıbbi kayıtları.
- ... Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, ... tarihli epikriz, Ortopedi ve Travmotoloji Anabilim Dalı giriş-çıkış tarihli epikrizleri,
- ... Valiliği İl İdare Kurulu tarafından başlatılan incelemeye istinaden ... tarihli üst yazı ile ibraz edilen Uzm. Dr. ... tarafından düzenlenen ... tarihli Ön İnceleme Raporu ve ilgili raporda atıf yapılan Dr. ... tarafından tanzim edilen ... tarihli Bilirkişi Raporu.
- ... Kaymakamlığı'nın konunun Savcılık açısından soruşturma gerektirecek nitelikte olduğu kanaati ile Dr. ... hakkında verilen, ... tarihli "soruşturma izni verilmesi" kararı.
- Adli Tıp Kurumu 2. İhtisas Kurulu'nun, ... tarih, 6181 sayılı mütalaası.
- Cumhuriyet Başsavcılığı'nın ... numaralı iddianamesi.
- Adli Tıp Kurumu ... Adli Tıp Şubesi'nin ... karar sayılı raporu.
- Adli Tıp Kurumu Genel Kurulu'nun ... karar sayılı raporu.

B. Dosyanın Özeti

... isimli hasta traktöre kütük yüklerken sağ ayağına kütük düşmesinden üç gün sonra ... Devlet Hastanesi Acil Bölümüne başvurmuş, çekilen film sonrası Ortopedi ve Travmatoloji polikliniğine başvurması belirtilmiştir.

Hasta ... tarihinde aynı hastanenin Ortopedi ve Travmatoloji polikliniğine başvurmuştur. Hastanın Dr. ... tarafından yapılan muayenesi ve tetkikleri sonucunda yumuşak doku travması teşhisi ile alçı atel yapılmıştır. Şişliğin inmesi için anti-infalamatuvar tedavi uygulanmıştır.

Kayıtlarda, acilde kısa bacak atel yapıldığı, poliklinik kaydında ise uzun kol-bacak alçı yapıldığı belirtilmiştir.

Aradaki çelişki, Dr. ... tarafından açıklanarak, kendisi hastaya kısa bacak atel yaptığını ve kayıtların sehven yazıldığını belirtmiştir.

Hasta sonrasında ... tarihinde ağrı şikayeti ile Dr. ... başvurmuş, yaraya debridman ameliyatı yapılmış, yeniden filmi çekilmesi istenmiştir. Hasta filmi çektirmemiş, ertesi gün, bu defa ayağında yumuşak doku bozukluğu, ayak bileği ve ayakta morluk, şişlik, soğukluk bulguları ile başvurmuştur.

Tekrar alçı atel uygulaması yapılarak, hasta ... Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezine yönlendirilmiştir. Hasta, ... Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezine ... tarihinde başvurmuştur.

Hastanın, ilgili üniversite hastanesinde Tip 2 Diabetes Mellitus (DM) hastası olarak kötü kokulu akıntılı yaraya yapılan tedavisinde, ... tarihinde bacağının kesilmesine karar verilmiştir. Hasta ilgili hastanede ... tarihine kadar tedavi görmüş, taburculuk sonrası kontrollerinde tekrar ameliyat gerekliliği saptanmış, ... tarihinde ikinci, ... tarihinde ise üçüncü ameliyatını olmuştur.

Hastanın, uzuv kaybı nedeniyle ... Kaymakamlığı'nın soruşturma izni sonrası, Adli Tıp Kurumu 2. İhtisas Kurulu'nun ... tarih ... sayılı mütalaasına atıf yapılarak, ... Cumhuriyet Başsavcılığı'nın ... soruşturma numaralı ... iddianame numaralı iddianamesi ile "Taksirle Bir Kişinin Yaralanmasına Neden Olma Suçu"nun oluştuğu iddialarıyla ... 2. Asliye Ceza Mahkemesi'nin ... Esas sayılı ceza yargılama süreci başlatılmıştır.

Tartışma

Tarafımıza sunulan belgeler dikkate alınarak tarafımızdan inceleme talep edilen husus, sağlık hukuku boyutunda hasta ...'ya verilen sağlık hizmeti ve hekimin ceza sorumluluğunun irdelenmesidir.

Somut olayda, Op. Dr. ...'nın iddianame ile cezalandırılmasının talep edildiği suç, Türk Ceza Kanunu Madde 89'da düzenlenen "taksirle bir kişinin yaralanmasına sebep olma" suçudur. Hasta yararına mesleki faaliyetini yerine getiren hekimin bu suçun faili olabilmesi için, suçun unsurlarının failin "gerekli dikkat ve özen yükümlülüğüne" aykırılığı nedeniyle ortaya çıkması gerekmektedir. Dikkat ve özen yükümlülüğünün tespiti ise, ceza yargılaması kapsamında, her somut olaydaki nesnel koşullara göre yapılmalıdır.

Somut olayda hasta ...'nın sağ bacağını kaybetmesi hususunda Dr. ...'nın kusur içeren etkili bir eylemi olup olmadığının tespiti için, iddia edilen suçun unsurlarını belirlemek, eylem ile sonuç arasında illiyet bağını aramak ve varsa kusur derecesinin ceza sorumluluğuna etkisini belirlemek gerekmektedir.

Bu nedenle; ceza sorumluluğunun belirlenmesi açısından unsurların varlığını ortaya koyabilmek için yapılacak irdelemede yargıya yol gösterecek tıbbi durumun bilimsel açıklamasını yapabilmek için, bu aşamada irdelenmesi ve cevaplandırılması gereken sorular şu şekildedir;

- Dr. ... tarafından uygulanan tedavi nedir ve tıbbi standartlara uygun mudur?
- Hastanın ayağını kaybetmesi sonucunu doğuran süreç nasıl gelişmiş ve seyretmiştir?
- Bu sürece belli noktalarda müdahale edilseydi hastanın bacağının kurtarılması mümkün olur muydu?

Hasta yaşadığı travmadan üç gün sonra başvurduğu acil servis hekimi tarafından muayene edilmiş, grafileri istenmiş, Ortopedi ve Travmatoloji konsültasyonu ile Op. Dr. ... tarafından görülmesi sağlanmıştır.

Op. Dr. ... tarafından hastaya uzun bacak ateli mi yoksa kısa bacak ateli mi uygulandığı hususu tartışma konusu olmuştur; ancak Op. Dr. ..., tıbbi kayıtlara sekreterlik tarafından yapılan yanlışlık ile metatarsal kemik kırığı bulunduğu ve uzun-kol bacak alçı olduğu yazılmasına rağmen, kırık olmadığı ve hastaya kısa bacak ateli uyguladığını belirtmektedir.

Hastaya ait filmler incelendiğinde hastada kırık bulunmadığı anlaşılmakta olup, bu yöndeki acil muayene kaydı da dikkate alındığında; kırık olmayan, ezilme tarzındaki yaralanmalarda sirküler alçı değil, alçı atel uygulaması yapıldığından, hastaya uygulanan atelin "kısa bacak ateli" olduğu da tıbben anlaşılmaktadır.

Bu nedenle hastaya yapılan ilk müdahalenin tıbbi standartlara uygun, hasta yararına yapılan bir işlem olduğu görülmektedir.

Hasta, travmadan yani ayağına kütük düşmesinden üç gün sonra hastaneye başvurmuştur. Bu gecikmenin neden kaynaklandığı tarafımızca anlaşılamamıştır.

Yine hasta ...'de ayağında morarma, şişlik, soğuma gibi bulgular olmadan ağrı şikayeti ile Dr. ...'ya başvurduğunda, ayağına debridman yapılıp hastadan yeniden film tetkiki istenmiş ancak hasta ilgili tetkiki yaptırmamıştır.

Ertesi gün Dr. ...'ya başvurduğunda ise ayağında farklı bulgular tespit edilmiş ve hasta ... Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezine sevk edilmiştir.

Hastanın acile ve ortopedi-travmatoloji kliniğine müracaatında hiçbir şekilde diyabet hastalığı öyküsünden bahsedilmediği görülmektedir. Üç gün önce travma anamnezi ile müracaat eden hasta, şeker hastası olduğunu belirtmediğinden, rutin olarak şeker hastası olup olmadığının sorgulanmamış olması veya dahiliye konsültasyonu istenmesi standart bir işlem olmadığından, eksiklik olarak değerlendirilmesi doğru bir yaklaşım değildir.

Nitekim, tıbbi kayıtlar incelendiğinde, hastada nekroz gelişmesi üzerine sevk edildiği ... Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniğinde yapılan tetkikler ile kontrolsüz diyabet hastası olduğunun ortaya çıktığı anlaşılmaktadır.

Ayrıca, Adli Tıp Kurumu raporunda belirtildiği gibi kontrolsüz diyabeti olan kişilerde uygun takip ve tedaviye rağmen amputasyon oranının yüksek olduğunun tıbben de bilindiği görüşü yerinde bir tespittir:

> *" ... ancak, mevcut olguda kontrolsüz DM hastalığı bulunduğu, söz konusu hastalıkta yara iyileşmesinin güçlüğünün göz önüne alınmasının gerekli olduğu, kan şekeri kontrolü amacıyla iç hastalıkları konsültasyonu yapılabileceği ..."*

> *" ... travma esnasında meydana gelen cildin hasarlı bölgesinde enfeksiyonu önlemek maksadıyla alçıya kapak açılıp kısa aralıklarla pansuman yapılmasının gerekli olduğu, bununla birlikte ilgili hekimin bunlara dikkat etmediğinin anlaşıldığı ... "*

görüşleri yukarıda belirttiğimiz hususlar ile doğru değerlendirilmediği kanaatindeyiz.

Çünkü; hastanın diyabet hastalığı hakkında kendisinin de bilgisi olmadığı gibi hekimlere iletildiği yönünde bir belge de bulunmamaktadır. Hekimin kişide diyabet bulunup bulunmadığını anlaması, tespit etmesi gerektiği yönünde de tıbbi standart uygulama mevcut değildir. Ancak hastada klinik belirtilerin (çok su içme, idrara çıkma, ağız kuruluğu vb.) olması halinde araştırma yapması gerekir ki bunu gösteren klinik bir bulgu da yoktur.

Hastaya yapılan alçı, yumuşak doku travması nedeni ile standart olarak yapılan alçı atel uygulamasıdır. Hastaya sirküler alçı yapılma ihtimali de olmadığından, alçıdan kapak açılıp yara kontrolü yapılması yönünde bir işlem/uygulama da söz konusu değildir.

Bu bağlamda, Dr. ...'nın kusurlu eylemi olup olmadığı hususunun, hastaya uygulanan işlemin yani atelin ne olduğuna kesin olarak karar verilmesi yanında, hastanın travmadan üç gün sonra hastaneye başvurması, süreç içinde kontrol muayenelerine gelip gelmediği hususlarının değerlendirilmesi gerekir. Nitekim bu hususlar, illiyet bağının varlığı, var olduğu kabul edilmesi halinde de illiyet bağının kesilmesi ya da kusurluluk oranı açısından önem arz etmektedir.

Açıkladığımız nedenlerle tarafımıza sunulan belge ve tıbbi kayıtların incelenmesinden Dr. ...'nın şüpheden uzak kusurlu bir eyleminin bulunduğu yönünde kesin bir kanaate varılamayacağını belirtmek isteriz.

Sonuç

Hasta ...'nın sağ bacağının kaybedilmesi ile Dr. ... tarafından sunulan tıbbi işlemlerde illiyet bağı olup olmadığı, Dr. ...'nın eylemlerinin kusurlu kabul edilip edilemeyeceği hususları, tarafımıza verilen dosyadaki tıbbi bilgi ve belgeler, Sağlık Hukuku Kurulumuzca değerlendirilmiştir.

- **Hastanın travmadan üç gün sonra hastaneye başvurması, başvurusunda şeker hastalığı öyküsüne değinmemesi yanında hastada kırık olmaması sebebiyle hekim tarafından belirtildiği gibi kısa atel uygulaması yapıldığının kabulü gerektiği,**
- **Kapak açılmasını gerektiren sirküler alçı yapılmadığından, enfeksiyon kontrolü için alçıya kapak açma gibi bir uygulamanın tıbbi standartlarda bulunmadığı, zaten alçı atel uygulamasının doğasında yara ve dolaşım kontrolünün var olduğu,**
- ***Crush* (ezilme) yaralanmalarında, kontrolsüz diyabeti olan kişilerde uygun tedavi uygulansa da takip ve tedaviye rağmen amputasyon oranının yüksek olduğu,**

dikkate alındığında;

- **Ceza hukukunda önemli unsurlardan olan uygun illiyet bağının somut olayda varlığından bahsedilemeyeceği, kontrolsüz bir diyabet hastasında ağır bir yumuşak doku travmasının hastanın kaderini belirlediği ve bu nedenle geçirilen travma sonucu üç gün gecikme ile gelen olguda uygulanan tedavi ile ortaya çıkan sonuç arasında bir illiyet bağı kurulamayacağı,**

kanaatimizi, takdiri ilgili makama ait olmak üzere altı sayfadan oluşan işbu "Bilimsel Görüş"ü Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Sağlık Hukuku Kurulu olarak saygı ile sunarız.

TOTBİD Sağlık Hukuku Kurulu

Başkan Üye Üye Üye

KAYNAKLAR

1. BİLİRKİŞİLİK KANUNU. Kanun Numarası: 6754 Kabul Tarihi: 3/11/2016 Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 24/11/2016 Sayı: 29898 Yayımlandığı Düstur: Tertip: 5 Cilt: 58. https://mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6754.pdf
2. TÜRK CEZA KANUNU Madde 276. Kanun Numarası: 5237 Kabul Tarihi: 26/9/2004 Yayımlandığı Resmi Gazete: Tarih: 12/10/2004 Sayı: 25611 Yayımlandığı Düstur: Tertip: 5 Cilt: 43. https://bilirkisilik.adalet.gov.tr/dokumanlar/ddmenukanunlar/T%C3%BCrk%20Ceza%20Kanunu.pdf
3. Erdoğan E, Toraman B. Bilirkişilik Temel Eğitimi, Kaynak Kitabı. Editör: Canbolat T. Ankara: T.C. Adalet Bakanlığı, Bilirkişilik Daire Başkanlığı; 2017. Erişim: https://bilirkisilik.adalet.gov.tr/dokumanlar/bilirkisiliksempozyumkitaplari/temelegitimkaynak.pdf
4. Bilirkişilik Temel Eğitimi, Katılımcı El Kitabı. Ankara: T.C. Adalet Bakanlığı, Bilirkişilik Daire Başkanlığı; 2017. Erişim: https://bilirkisilik.adalet.gov.tr/dokumanlar/bilirkisiliksempozyumkitaplari/katilimcielkitabi.pdf

TOTBİD Dergisi
Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği

TOTBİD Dergisi 2020;19:84–91
https://doi.org/10.14292/totbid.dergisi.2020.13
DERLEME

Ortopedi ve Travmatolojide ön inceleme ve muhakkik (ön incelemeci) değerlendirmesi

Preliminary review and preliminary reviewer assessment in Orthopedics and Traumatology

İrfan Esenkaya*

Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı, Emekli Öğretim Üyesi

4483, 657 ve 2547 sayılı Kanunların ilgili maddelerine göre soruşturma yapılırken ön inceleme aşamasında muhakkik (ön incelemeci) görevlendirilir. Ayrıca, farklı kurumlar kendi bünyelerinde disiplin soruşturmaları yaparken ön incelemeci görevlendirir. Bazı kurumlar da kendilerine özgü iş akış süreçleri oluşturur. Yazının birinci bölümünde; 4483 sayılı Kanuna göre memurlar ve diğer kamu görevlilerinin görevleri sebebiyle işledikleri suçlardan dolayı yargılanabilmeleri için izin vermeye yetkili mercilerin (makamların) belirlenmesi ve izlenecek usul (yol) ile ilgili Kanun maddeleri değerlendirildi. Daha sonra, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Disiplin Şube Müdürlüğünce yayımlanan iş akış süreci gözden geçirildi. Yazının ikinci bölümünde; 657 ve 2547 sayılı Kanunların ve diğer yönetmeliklerin disiplinle ilgili bölümlerindeki ilgili maddeler değerlendirildi. SABİM ve CİMER kanallarıyla veya değişik kurumlar aracılığı ile İl Sağlık Müdürlüğüne gelen ihbar ve şikâyetlerin değerlendirilmesinin nasıl yapıldığı gözden geçirildi. Daha sonra konuyla ilgili olarak İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Disiplin Şube Müdürlüğünce yayımlanan iş akış süreci gözden geçirildi.

Anahtar sözcükler: ortopedi ve travmatoloji; ön inceleme; ön incelemeci

When conducting an investigation in accordance with the relevant clauses of the Laws 4483, 657, and 2547, the institution appoints a preliminary reviewer (examiner) at the initial stage. In addition, different institutions appoint preliminary examiners while conducting disciplinary investigations within their organizations, and some institutions create their own workflow processes. In the first section of this article; we evaluated the provisions of the Law 4483 on the determination of the authorities authorized to give trial permission for the crimes committed by civil servants and other public officials due to their duties, and the procedure to be followed. Then, the workflow process published by the Istanbul Provincial Health Directorate Discipline Department was reviewed. In the second part of the article; the relevant clauses in the disciplinary sections of Laws 657 and 2547, and other regulations (by-laws) were evaluated, and we reviewed how the complaints and notices received through SABİM and CİMER channels or various institutions are examined by the Provincial Health Directorate. Then, the workflow process published by the Istanbul Provincial Health Directorate Discipline Department was analyzed.

Key words: orthopedics and traumatology; preliminary review; preliminary reviewer

Gerek 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkındaki Kanun, gerekse 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ile 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun ilgili maddelerine göre soruşturma yapılırken, ön inceleme aşamasında muhakkik (ön incelemeci) görevlendirilir.[1–3] Ayrıca; Yükseköğretim Kurumları Yönetici, Öğretim Elemanı ve Memurları Disiplin Yönetmeliği ile Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği esaslarına göre soruşturma yapılırken de soruşturmacı görevlendirilir.[4,5] Belirtilen Kanun ve Yönetmeliklere göre yapılan görevlendirmede süreçler farklı işleyebilmektedir. Bu nedenle, farklı kurumlar kendi bünyelerinde disiplin soruşturmaları yaparken kendi iş akış süreçlerini oluşturur.[6,7]

Her ne kadar konumuz ön inceleme ve muhakkik (ön incelemeci) değerlendirmesi ise de, çalıştığımız kurumlar ve konumumuz gereği ön incelemeci olarak görevlendirilebildiğimiz gibi, bazen şikâyet edilen de olabiliriz. Türk Ceza Kanunu, Madde 4'e göre, "Ceza kanunlarını bilmemek mazeret sayılmaz."[8] Bu nedenle, ilgili Kanunların ilgili maddelerinin bilinmesi gerekir. Yazı içerisinde konu iki bölüm halinde gözden geçirilmiş ve değerlendirilmiştir.

- İletişim adresi: Prof. Dr. İrfan Esenkaya, Sante Tıp Merkezi, Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü. Fener Kalamış Cad. No: 32. Kalamış - Kadıköy, İstanbul Tel: 0532 - 321 86 81, 0532 - 863 27 86 e-posta: iesenkaya@hotmail.com
- *Geliş tarihi: 9 Ekim 2019 Kabul tarihi: 6 Kasım 2019*

* Tıp Hukuku Yüksek Lisansı, MA.

Birinci bölümde; 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkındaki Kanuna göre, memurlar ve diğer kamu görevlilerinin görevleri sebebiyle işledikleri suçlardan dolayı yargılanabilmeleri için izin vermeye yetkili mercilerin (başvurulacak yerlerin, makamların) belirlenmesi ve izlenecek usul (yol) ile ilgili Kanun maddeleri değerlendirildi.[1] Daha sonra, T. C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Disiplin Şube Müdürlüğünce yayımlanan iş akış süreçleri gözden geçirildi.[6]

İkinci bölümde; 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu ile 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu ve diğer yönetmeliklerin disiplin soruşturmaları ile ilgili maddeleri değerlendirildi.[2–5] SABİM ve CİMER kanallarıyla veya değişik kurumlar aracılığı ile İl Sağlık Müdürlüğüne gelen ihbar ve şikâyetlerin değerlendirilmesinin nasıl yapıldığı gözden geçirildi. Daha sonra, konuyla ilgili olarak T. C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Disiplin Şube Müdürlüğünce yayımlanan iş akış süreçleri gözden geçirildi.[6]

4483 SAYILI KANUN[1]

4483 Sayılı Kanunun Amaç ve Kapsamı[1]

Memurlar ve diğer kamu görevlilerinin görevleri sebebiyle işledikleri suçlardan dolayı yargılanabilmeleri için izin vermeye yetkili mercilerin (makamların) belirlenmesi ve izlenecek usul (yol), 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkındaki Kanunun birinci maddesiyle düzenlenmiştir. Madde 2'de, bu Kanunun; devletin ve diğer kamu tüzel kişilerinin genel idare esaslarına göre yürüttükleri kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevleri ifa eden (yapan, yerine getiren) memurlar ve diğer kamu görevlilerinin görevleri sebebiyle işledikleri suçlar hakkında uygulandığı belirtilmiştir. Ayrıca, ağır cezayı gerektiren suçüstü durumların genel hükümlere tabi olduğu ifade edilmiştir.

İzin Vermeye Yetkili Makamlar, Soruşturma İzni Yetkisi *(4483 Sayılı Kanun, Madde 3)*[1]

Soruşturma izni yetkisi; ilçede kaymakam, ilde ve merkez ilçede vali tarafından verilir. Yetkili makamların saptanmasında, memur veya kamu görevlisinin suç tarihindeki görevi esas alınır. Ast memur ile üst memurun aynı fiile (olaya) iştirakı halinde izin, üst memurun bağlı olduğu makamdan istenir.

Olayın Yetkili Makama İletilmesi, İşleme Konulmayacak İhbar ve Şikayetler *(4483 Sayılı Kanun, Madde 4)*[1]

Cumhuriyet başsavcıları, memurlar veya diğer kamu görevlilerinin bu Kanun kapsamına giren suçlarına ilişkin herhangi bir ihbar veya şikâyeti aldıklarında veya böyle bir durumu öğrendiklerinde, ivedilikle (acele olarak) toplanması gerekli ve kaybolma ihtimali bulunan delilleri toplamaktan başka hiçbir işlem yapmazlar. Hakkında ihbar veya şikâyette bulunulan memur veya diğer kamu görevlisinin ifadesine başvurmadan topladıkları evrakın bir örneğini ilgili makama göndererek soruşturma izni isterler.

Cumhuriyet başsavcıları dışındaki diğer makamlar ile memurlar ve kamu görevlileri de, bu Kanun kapsamına giren bir suç işlendiğini ihbar, şikâyet, bilgi, belge veya bulgulara dayanarak öğrendiklerinde durumu izin vermeye yetkili makama iletirler.

Bu Kanuna göre memurlar ve diğer kamu görevlileri hakkında yapılacak ihbar ve şikayetlerin somut ve özel niteliklerde olması, ihbar veya şikayetlerde kişi veya olay belirtilmesi, iddiaların ciddi bulgu ve belgelere dayanması, ihbar ve şikayet dilekçesinde dilekçe sahibinin doğru ad, soyad ve imzası ile iş veya ikametgah adresinin bulunması zorunludur *(Değişik üçüncü fıkra: 17/7/2004-5232/2 md.)*.

Yukarıdaki şartları (üçüncü fıkradaki) taşımayan ihbar ve şikâyetler Cumhuriyet başsavcıları ve izin vermeye yetkili kurumlar tarafından işleme konulmaz. Durum, ihbar ve şikâyette bulunana bildirilir. Ancak, iddiaların doğruluğunun şüphe yaratmayacak belgelerle ortaya konulmuş olması durumunda ad, soyad ve imza ile iş veya ikametgah adresinin doğruluğu şartı aranmaz. Başsavcılar ve yetkili makamlar ihbarcı veya şikâyetçinin kimlik bilgilerini gizli tutmak zorundadırlar *(Değişik dördüncü fıkra: 17/7/2004-5232/2 md.)*.

Ön İnceleme *(4483 Sayılı Kanun, Madde 5)*[1]

Ön incelemeye izin vermeye yetkili makam, bu Kanun kapsamına giren bir suç işlendiğini bizzat veya yukarıdaki maddede yazılı şekilde öğrendiğinde bir ön inceleme başlatır.

Cumhuriyet başsavcılıkları ile izin vermeye yetkili makamlar, ihbar ve şikâyetler konusunda daha önce sonuçlandırılmış bir ön inceleme olması halinde başvuruyu işleme koymazlar. Ancak ihbar veya şikayet eden kişi ya da kişilerin konuyla ilgili olarak daha önceki ön incelemenin neticesini etkileyecek yeni belge sunması halinde başvuruyu işleme koyabilirler *(Ek fıkra: 17/7/2004-5232/3 md.)*.

Ön inceleme, izin vermeye yetkili makam tarafından bizzat yapılabileceği gibi, görevlendireceği bir veya birkaç denetim elemanı veya hakkında inceleme yapılanın üstü konumundaki memur veya kamu görevlilerinden biri veya birkaçı tarafından yaptırılabilir.

İnceleme yapacakların, izin vermeye yetkili makamın bulunduğu kamu kurum veya kuruluşunun içerisinden belirlenmesi esastır. İnceleme konusunun özelliğine

göre bu makam, yapılacak incelemenin başka bir kurum veya kuruluşunun elemanlarıyla yaptırılmasını ilgili, kuruluştan isteyebilir.

Ön inceleme ile görevlendirilen kişiler birden fazla ise, içlerinden biri başkan olarak belirlenir.

Ön İnceleme Yapanların Yetkisi ve Rapor *(4483 Sayılı Kanun, Madde 6)*[1]

Ön inceleme ile görevlendirilen kişi veya kişiler, bakanlık müfettişi ile kendilerini görevlendiren makamın bütün yetkilerine sahip olup, bu Kanunda hüküm bulunmayan konularda Ceza Muhakemeleri Usulü Kanununa göre işlem yapabilirler.

Hakkında inceleme yapılan memur veya diğer kamu görevlisinin ifadelerini de almak suretiyle yetkileri dâhilinde bulunan gerekli bilgi ve belgeyi toplayıp, görüşlerini içeren bir rapor düzenleyerek durumu izin vermeye yetkili makama sunarlar.

Ön inceleme birden çok kişi tarafından yapılmışsa, farklı görüşler raporda gerekçeleriyle ayrı ayrı belirtilir.

Yetkili makam bu rapor üzerine soruşturma izni verilmesine veya verilmemesine karar verir. Bu kararda gerekçe gösterilmesi zorunludur.

Ön İnceleme Süresi ve Uzatma Süresi *(4483 Sayılı Kanun, Madde 7)*[1]

Yetkili makam, soruşturma izni konusundaki kararını, suçun 5'inci maddenin birinci fıkrasına göre öğrenilmesinden itibaren ön inceleme dâhil en geç otuz gün içinde verir. Bu süre, zorunlu hallerde on beş günü geçmemek üzere bir defa uzatılabilir.

İtirazlar ve İtiraz Süresi *(4483 Sayılı Kanun, Madde 9)*[1]

Soruşturma izni verilmesine ilişkin karara karşı, hakkında inceleme yapılan memur veya diğer kamu görevlisi itiraz yoluna gidebilir. Aynı şekilde, soruşturma izni verilmemesine ilişkin karara karşı da Cumhuriyet başsavcılığı veya şikâyetçi itiraz edebilir. İtiraz süresi, yetkili makamın kararının tebliğinden (bildirilmesinden) itibaren on gündür.

İtiraza, il veya ilçedeki görevli memurlar ve diğer kamu görevlileri için, yetkili makamın yargı çevresinde bulunduğu Bölge İdare Mahkemesi bakar. İtirazlar öncelikle incelenir ve en geç üç ay içerisinde karara bağlanır. Verilen kararlar kesindir.

T. C. SAĞLIK BAKANLIĞI İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ DİSİPLİN ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜNCE YAYIMLANAN İŞ AKIŞ SÜREÇLERİ[6]

İstanbul için ele alındığında; 4483 sayılı Devlet Memurlarının Yargılanması Usulü Hakkında Kanun kapsamında işlenen suçlar sebebiyle gerek re'sen (kendi başına, kendiliğinden) idarece başlatılan, gerekse savcılık talebiyle yapılmakta olan ön incelemeler, sürenin kısıtlı olması, sonuçlarının ağır olabilmesi ile daha teknik ve ayrıntılı bir çalışma gerektirmesi sebebiyle T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü bünyesindeki Disiplin Şube Müdürlüğünce takip edilmektedir. Konuyla ilgili iş akış süreçleri belirlenmiştir.[6] Aşağıda bu süreçler bildirilmiştir.

4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkındaki Kanuna göre ön inceleme yapılması talebiyle gelen yazıların değerlendirilmesi[1,6]

- Savcılıktan gelen 4483 sayılı Kanuna göre işlem yapılması talepli yazı değerlendirilir.
- Şikâyet konusu ile ilgili bilgi ve belgelerin temin edilmesi için ilgili kurumlardan bilgi istenir.
- Gelen bilgi ve belgeler değerlendirilir.
- Ön inceleme yapılmasına engel bir durum var ise, savcılığa ön inceleme başlatılmadığı bildirilir.
- Hakkında soruşturma izni istenen görevlinin üniversite personeli olması durumunda, dosya ilgili rektörlüğe gönderilir ve Savcılığa bu yönde bilgi verilir.
- Ön inceleme başlatılmasını gerektirecek bir durum var ise, Valilik oluru ile muhakkik (ön incelemeci) görevlendirmesi işlemine geçilir.

4483 sayılı Kanuna göre Valilik Oluru ile muhakkik (ön incelemeci) görevlendirilmesi[1,6]

- Ön inceleme yapması için uygun bir ön incelemeci araştırması yapılır. Şikâyet konusuna uygun branşta ve idari kadroda bir ön incelemecinin tayin edilmesi (atanması, belirlenmesi) gerekir.
- Değerlendirmeler yapılarak uygun bir ön incelemeci atanır. Uygun unvan, kadro ve branş olması dışında üzerinde halen incelemesini yaptığı bir görevlendirmenin bulunup bulunmadığı, ön inceleme eğitimi alıp almadığı, daha önce verilen görevlendirmeleri usulüne uygun yapıp yapmadığı gibi özellikler göz önünde bulundurulur.
- Valilik Oluru hazırlanarak Valilik Makamına sunulur.
- Valilik Oluru imzalandıktan sonra İl Sağlık Müdürlüğü Disiplin Şube Müdürlüğüne ulaştıktan sonra ekleriyle birlikte ön incelemecinin kurumuna gönderilir.

Ön incelemecinin raporunu hazırlama süresince yapılan işlemler[6]

- Ön inceleme için süre, olayın öğrenildiği tarih olan Valilik Olur tarihinden itibaren başlar. Ön

incelemenin 30 gün içinde tamamlanması gerekmektedir. Bu süreye ek olarak en fazla 15 gün verilebilmektedir. Yoğun olan illerde bu ek süre talep edilmeden, Valilik Olurunda baştan verilebilmektedir.

- Valilik Olur tarihinden itibaren 30 gün ve 40 gün dolduğunda ön incelemeciye hatırlatma yazıları, 45 gün dolduğunda yasal sürenin dolduğuna dair hatırlatma yazıları yazılır.
- Ön inceleme raporu teslim edilene kadar İl Sağlık Müdürlüğü Disiplin Şube Müdürlüğü tarafından dosyanın takibine devam edilir. Rapor teslim edildiğinde de kriterlere uygunluğu değerlendirilir.

Ön incelemeci tarafından düzenlenen ön inceleme raporuna dayanarak yapılan işlemler[6]

- Ön incelemeci tarafından hazırlanarak teslim edilen ön inceleme raporunda tespit edilen bir eksiklik saptanırsa rapor iade edilir ve belirtilen eksiklikler giderilerek ön inceleme raporunun yeniden düzenlenmesi istenir.
- Formata uygun olarak hazırlanan ön inceleme raporuna, 4483 sayılı Kanuna göre karar yazılır ve imza için Valilik Makamına sunulur.

Valilikçe ön inceleme raporuna istinaden 4483 sayılı Kanuna göre alınan karar ile ilgili işlemler[1,6]

- 4483 sayılı Kanuna göre alınan karar Valilik makamından geldiğinde Savcılığa, müştekiye (şikâyette bulunana) ve hakkında karar alınan görevliye tebliğ (bildirmek, haber vermek için) için yazışmalar yapılır.
- Tebligatlar yapıldıktan sonra itiraz süreleri beklenir.
- İtiraz olması durumunda karar ile ilgili dosya Bölge İdare Mahkemesine sunulur.
- İtiraz olmazsa kesinleşen karar ile ilgili Savcılığa bilgi verilerek soruşturmanın seyri takip edilir.

4483 sayılı Kanuna göre alınan kararın kesinleşmesini takiben yapılan savcılık/mahkeme yazışmaları[1,6]

- Alınan kararlara 10 gün içinde itiraz edilmediği takdirde ilgili karar kesinleşmiş olur.
- İtiraz olduğu durumlarda ise, Bölge İdare Mahkemesince verilen karara itiraz hakkı bulunmadığı için, 4483 sayılı Kanuna göre verilen karar kesinleşmiş olur.
- Soruşturma izni verilmemesi olarak kesinleşen karara dayanarak Savcılıktan bilgi istenir. Savcılık kovuşturmaya yer olmadığına dair karar vererek, ilgili kararı ön incelemeyi başlatan kuruma (burada İl Sağlık Müdürlüğüne) gönderir. Savcılık kararı, ilgililerin dosyasına konulmak üzere kurumlarına gönderilir.
- Soruşturma izni verilmesi olarak kesinleşen karara dayanarak, Savcılık soruşturma izni verilenler hakkında iddianame düzenler.
- İddianame ilgili Mahkemede kabul edilirse hakkında dava açılanların safahatı (süreci) başlamış olur.

Soruşturma: Suçun işlenmesinden başlayarak yargı verilinceye dek, kolluk, savcı, yargıç yönünden yapılan inceleme, araştırma ve kanıtların toplanması işleminin tümü.[9]

Yargı: Hukuk kurallarının bağımsız ve tarafsız mahkemelerce belli bir olaya uygulanmasıdır.[9]

Kovuşturma: İddianamenin savcılık aşamasından sonra mahkemenin kabul etmesiyle savcılıktan sonra karar verilmesine kadarki süreç.[9]

657 SAYILI DEVLET MEMURLARI KANUNU[2]

Disiplin suçu, iş hayatında bir kimsenin disiplin yönetmeliğine aykırı davranışıdır. Disiplin cezası ise, disiplin suçlarından birisini işleyen kimseye davranışının ağırlık derecesine göre verilen cezadır.[7]

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na göre, disiplin rejiminin genel amacı, kamu hizmetlerinin gereği gibi yürütülmesini sağlamaktır. Cezaya konu edilen eylem ve durumlar incelendiğinde, kurulan sistemin iki amaca yönelik olduğu görülmektedir; [2,7]

1. Kamu kurumunda iç çalışma düzenini, memurun ihmal (kayıtsızlık gösterme, düzensiz davranma), kusur ve kasıt yoluyla yaptığı eylemleri cezalandırarak korumak,
2. Görev ve yetkinin özel çıkar amacıyla kullanılmasını önlemektir.

Disiplin soruşturmasında uygulanması gereken temel mevzuat 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun disiplinle ilişkili hükümleridir.[2] Ayrıca farklı kurumların kendi Disiplin Yönetmelikleri ve iş akış süreçleri vardır.[4–7]

657 sayılı Devlet Memurları Kanununun Disiplinle ilgili bölüm 7'deki ilgili 124'üncü maddeye göre; "Kamu hizmetlerinin gereği gibi yürütülmesini sağlamak amacı ile Kanunların, Cumhurbaşkanlığı kararnamelerinin ve yönetmeliklerin Devlet memuru olarak emrettiği ödevleri yurt içinde veya dışında yerine getirmeyenlere, uyulması zorunlu kıldığı hususları yapmayanlara, yasakladığı işleri yapanlara durumun niteliğine ve ağırlık derecesine göre 125'inci maddede sıralanan disiplin cezalarından biri verilir." 125'inci maddede, devlet memurlarına verilen disiplin cezaları ile her bir disiplin cezası gerektiren durumlar ayrıntılarıyla belirtilmiştir.[2]

2547 SAYILI YÜKSEKÖĞRETİM KANUNU[3]

2547 sayılı Yükseköğretim Kanununda madde 53/A'da disiplin soruşturmasında uyulacak esaslar bildirilmiştir. Buna göre; (a) Disiplin cezası verilmesini gerektiren bir fiilin işlendiğini öğrenen disiplin amiri yazılı olarak disiplin soruşturması başlatır. (b) Bilimsel araştırma ve yayın etiğine ilişkin disiplin cezası verilmesini gerektiren fiiller açısından soruşturma başlatılmadan önce bilimsel araştırma ve yayın etiği kurullarınca inceleme yapılması zorunludur. (c) Disiplin amiri soruşturmayı kendisi yapabileceği gibi soruşturmayı yapmak üzere birim içerisinden soruşturmacı veya komisyon görevlendirebilir. Ancak zorunlu hallerde rektörlük aracılığıyla diğer birimlerden soruşturmacı talep edilebilir. (d) Soruşturmacının görev ve unvanı, soruşturulanın görev ve unvanının üstünde veya onunla aynı düzeyde olmalıdır. (e) Fiilin ast ile üst tarafından birlikte işlenmesi hâlinde soruşturma usulü ve disiplin cezası verme yetkisi üste göre belirlenir. (f) Soruşturulanın disiplin cezası verilmesini gerektiren fiili işlediği ve disiplin soruşturmasının başlatıldığı tarihteki görev veya unvanının farklı olması hâlinde disiplin soruşturması, üst görev veya unvanı esas alınarak yürütülür. Disiplin amirinin belirlenmesi ve uygulanacak diğer disiplin hükümleri, görev yapılan kurumun tabi olduğu mevzuata göre belirlenir. (g) Soruşturmacı, disiplin soruşturmasıyla ilgili bilgi ve belgeleri toplama, ifade alma, tanık dinleme, bilirkişiye başvurma, keşif yapma, inceleme yapma ve ilgili makamlarla yazışma yetkisine sahiptir. (h) Soruşturmacının, görevlendirme kapsamında talep ettiği bilgi ve belgeler gecikmeksizin kendisine verilir. (ı) Soruşturmacı, görevlendirildiği konuda soruşturma yürütür; soruşturma sırasında disiplin soruşturmasına konu olabilecek başka fiillerin ortaya çıkması durumunda bunları gecikmeksizin disiplin amirine bildirir. (j) Soruşturma işlemleri bir tutanakla tespit olunur. (k) Soruşturmanın gizliliği esastır. (l) Soruşturma, görevlendirme yazısının tebliğ tarihinden itibaren iki ay içinde tamamlanır. Soruşturma bu süre içinde tamamlanamaz ise soruşturmacı gerekçeli olarak ek süre talep edebilir, disiplin amiri gerekçeyi değerlendirerek ve zaman aşımı sürelerini dikkate alarak karar verir. (m) Fiili işleyenin emeklilik veya başka nedenlerle görevinin sona ermesi, hakkında soruşturma açılmasına ve soruşturmanın devamına engel olmaz. Bu durumda soruşturma sonunda verilen disiplin cezası, özlük dosyasında saklanır. Aylıktan veya ücretten kesme ve kademe ilerlemesinin durdurulması veya birden fazla ücretten kesme cezaları ilgilinin kamu görevine dönmesi ya da bir vakıf yükseköğretim kurumunda göreve başlaması halinde uygulanır. (n) Bir fiilden dolayı ilgili hakkında ceza soruşturması veya kovuşturması yapılıyor olması, aynı fiilden dolayı disiplin soruşturması yapılmasına, ceza verilmesine ve bu cezanın yerine getirilmesine engel değildir. Gerektiğinde ceza kovuşturması bekletici mesele yapılabilir. Bu durumda disiplin soruşturmasına ilişkin zaman aşımı süreleri durur. (o) Bir fiilin diğer Kanunlar uyarınca idari yaptırıma bağlanmış olması, aynı fiile bu Kanun kapsamında disiplin cezası verilmesine engel teşkil etmez.

Savunma hakkı kapsamında gözetilecek hususlar şunlardır: (a) Soruşturulana, iddialar hakkında savunma imkânı tanınmadan disiplin cezası verilemez. Soruşturmayı yapanın yedi günden az olmamak üzere verdiği süre içinde veya belirtilen tarihte geçerli bir mazereti olmaksızın savunmasını yapmayan, savunma hakkından vazgeçmiş sayılır. (b) Savunmaya davet yazısında hakkında disiplin soruşturması açılan fiilin neden ibaret bulunduğu, savunmasını belirtilen sürede yapmadığı takdirde savunmasından vazgeçmiş sayılacağı bildirilir. (c) Disiplin cezası vermeye yetkili makamlar gerek görürse, isnat edilen fiil ve soruşturma raporunda önerilen disiplin cezasını da belirtmek suretiyle, bu maddedeki esaslar çerçevesinde (a) ve (b) bentlerindeki usule göre tekrar savunma isteyebilir. Hakkında üniversite öğretim mesleğinden çıkarma ve kamu görevinden çıkarma cezası istenenler soruşturma evrağını inceleme, tanık dinletme, disiplin kurulunda sözlü veya yazılı olarak kendisi veya vekili vasıtasıyla savunma yapma hakkına sahiptir.

T. C. SAĞLIK BAKANLIĞI İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ DİSİPLİN ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜNCE YAYIMLANAN İŞ AKIŞ SÜREÇLERİ[6]

SABİM ve CİMER kanallarıyla veya değişik kurumlar aracılığı ile İl Sağlık Müdürlüğüne gelen ihbar ve şikâyetlerin kayıt edilip mevzuata uygunlukları değerlendirildikten sonra da disiplin soruşturması başlatılabilmektedir.[6]

Gelen ihbar ve şikâyete dayanarak inceleme ve soruşturmanın başlatılması[6]

- İl Sağlık Müdürlüğüne gelen şikayet veya ihbar başvuruları kriterlere uygunluk ve kapsam yönünden değerlendirilir. Eğer inceleme/soruşturma başlatılmasına karar verilirse uygun bir muhakkik (ön incelemeci) belirlenir. Disiplin Şube Müdürlüğü tarafından İl Sağlık Müdürlük Makamına sunulur.
- Şikâyet konusuna ve şikayet edilen bölgeye uygun ön incelemeci atanması için araştırma yapılır. Uygun unvan, kadro ve branş olması dışında üzerinde halen incelemesini yaptığı bir görevlendirmenin bulunup bulunmadığı, ön incelemeci eğitimi alıp almadığı, daha önce verilen görevlendirmeleri usulüne uygun yapıp yapmadığı gibi özellikler göz önünde bulundurulur.

- Muhakkik (ön incelemeci) tayin edildikten sonra Müdürlük Oluru hazırlanarak Müdürlük Makamına sunulur.
- Müdürlük Oluru imzalanarak ekleriyle birlikte en kısa sürede ön incelemeciye teslim edilmesi için ön incelemecinin kurumuna sevk edilir.

Muhakkikin inceleme/disiplin soruşturma raporunu hazırlama süreci[6]

- İnceleme/disiplin soruşturmalarında, ön incelemecinin görevlendirmeyi tebliğ ettiği tarihten itibaren 30 gün içerisinde incelemeyi tamamlaması istenilmektedir. Dosyanın içeriğine göre ön incelemeci ek süre isteyebilir. Raporun tamamlanması, dosyadaki zaman aşımı süresine göre iki yıla kadar çıkabilmektedir.
- Ön incelemecinin ek süre talep ettiği durumlarda dosyada zaman aşımı olup olmadığı değerlendirilir. Duruma göre ek süre verilebilir veya ek süre verilmeyeceğine dair ön incelemeciye bilgi verilir.
- Ön incelemeci gerekçe göstererek görevlendirmeden affını isteyebilir. Bu talep Müdürlük Makamı Oluru ile olumlu ya da olumsuz olarak değerlendirilip kendisine bildirilir.
- İnceleme/disiplin soruşturma raporu Müdürlüğe teslim edilene kadar dosya takip edilir.

Ön incelemeci tarafından teslim edilen inceleme/disiplin soruşturma raporuna dayanarak yapılan işlemler[6]

- Teslim edilen rapor mevzuata uygunluk yönünden değerlendirilir.
- Usulüne uygun olarak hazırlanan inceleme/disiplin soruşturma raporu, belirtilen kanaate istinaden, hakkında inceleme yapılanın disiplin amirine gönderilir.
- Disiplin soruşturma raporunda "kademe ilerlemesinin durdurulması" cezası teklifi bulunması halinde rapor ve ekleri İl Disiplin kuruluna sunulur.
- Disiplin soruşturma raporunda "devlet memurluğundan çıkarma" cezası teklifi bulunması halinde rapor ve ekleri Yüksek Disiplin kuruluna sunulur.

Disiplin soruşturma raporuna istinaden verilen cezaya yapılan itirazlar[2,6]

- 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 125'inci maddesi gereğince verilen cezalara itiraz süresi 7 gündür. Bütün disiplin cezalarına karşı idari yargı yolu açıktır.
- İtiraz makamları, itiraz dilekçesi ile ceza ve eklerinin kendilerine intikalinden itibaren 30 gün içerisinde kararlarını vermek zorundadırlar.

Disiplin soruşturma raporunun düzenlenmesi[7]

Soruşturma tamamlandığında bu konuda bir rapor düzenlenmesi zorunludur. Soruşturma raporu:

- Soruşturma onayının tarih ve sayısı,
- Soruşturmaya başlama tarihi,
- Disiplin amirinin isnat edilen fiil ve hali öğrenme tarihi,
- Muhbir veya müştekinin kimlik bilgileri,
- Hakkında soruşturma yapılanın kimliği ve resmi sıfatı,
- İddia konusu olay,
- Fiil veya halin gerçekleştiği tarih ve yer,
- Soruşturma maddeleri,
- Savunma,
- Leh ve aleyhe olan deliller,
- Delillerin tartışılması,
- Sonuç

bölümlerinden oluşur.

İsnat: Bir düşünceyi, bir konuyu bir kişi veya nedene dayandırma, yükleme, atfetme.[9]

YÜKSEKÖĞRETİM KURUMLARI, YÖNETİCİ, ÖĞRETİM ELEMANI VE MEMURLARI DİSİPLİN YÖNETMELİĞİ[9]

Yükseköğretim Kurumları, Yönetici, Öğretim Elemanı ve Memurları Disiplin Yönetmeliği'nin 17'inci maddesinde; disiplin suçunu soruşturmaya yetkili amirin, sıralı disiplin amirleri olduğu belirtilmiştir. Aynı maddeye göre; "Öğretim elemanlarından soruşturmacı tayin edilmesi halinde, bu soruşturmacıların sanığın akademik unvanına veya daha üst akademik unvana sahip olmaları şarttır. Yöneticiler hakkındaki soruşturmalarda unvan eşitliği veya üstlüğü aranır." denmektedir. Madde 20'de, aynı olaydan dolayı yönetici, öğretim elemanı, memur veya diğer görevliler hakkında ceza muhakemesinde kovuşturmaya başlanmış olması, disiplin kovuşturmasını geciktirmediği belirtilmiştir. Madde 22'de soruşturma süresine değinilmiştir; "Soruşturmanın soruşturmacı tayini suretiyle yapılması halinde, soruşturma kararı gecikilmeksizin soruşturmacıya bildirilir. Soruşturmacı, soruşturmayı kararın kendisine tebliğinden itibaren iki ay içerisinde bitirir. Bu süre içerisinde soruşturma bitirilmiyor ise soruşturmacı, gerekçeli olarak ek süre talebinde bulunur. Disiplin amiri, ek süre vermesi halinde, durumu bir üst disiplin amirine bilgi olarak sunar." Madde 23'te soruşturmanın yapılış şeklinden bahsedilmiştir; "Soruşturmacı tanık dinler, keşif

yapabilir ve bilirkişiye başvurabilir. Her soruşturma işlemi bir tutanakla tespit olunur. Tutanakta, işlemin nerede ve ne zaman yapıldığı, işlemin mahiyeti, kimlerin katıldığı, ifade alınmış ise, soruları ve cevapları belirtecek şekilde düzenlenir ve soruşturmacı, kâtip ile ifade sahibi veya keşif sırasında hazır bulundurulanlar veya belge sorumlularınca imzalanır. Sorulacak sorular dikkatle tespit olunur. Şahide yemin ettirilmesi hususu belirtilir ve yaptırılacak yeni şekli de yazılır." Aynı maddeye göre; "Yükseköğretim Kurumlarının bütün personeli veya diğer kamu veya özel kuruluş yetkilileri disiplin soruşturmacılarının istedikleri her türlü bilgi, dosya ve başka belgeleri hiçbir gecikmeye mahal bırakmaksızın vermeye ve istenecek yardımları yerine getirmeye mecburdurlar."[4]

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ (TTB) DİSİPLİN YÖNETMELİĞİ[5]

TTB Disiplin Yönetmeliğinin 13'üncü maddesinde ilk inceleme ve soruşturmacı atanmasının nasıl yapılacağı belirtilmiştir.[5,10] Madde 13'e göre; [5,10]

- Oda yönetim kurulu, bildirim veya yakınmanın yapılmasından sonra bir ay içinde konuyu inceler.
- Yönetim kurulu bildirim veya yakınmayı değersiz görürse, soruşturma açılmasına yer olmadığına dair kararını şikâyet eden tarafa bildirir.
- Bildirim veya yakınma soruşturmaya değer görüldüğünde ise, yönetim kurulu; 1) İlgiliye yakınma veya bildirim konusunu yazılı olarak bildirerek tebliğinden itibaren en geç 15 gün içinde savunmasını ve varsa kanıtlarını bildirmesini ister. Ya da; 2) Yönetim kurulu, bildirim veya yakınmayı inceleyerek gerekli gördüğü durumlarda oda üyelerinden birini veya birkaçını soruşturmacı olarak atar. Soruşturmacı yönetim kurulu kararı ile atanır. Soruşturmacı, bu kararın örneğini veya tarih ve sayısını, hakkında suçlamada bulunulan kişiye bildirir. Soruşturmacı olarak atanan hekim haklı sebeplerle görevi kabul etmeyebilir. Yönetim kurulu tarafından tabip odası sınırları içinden soruşturmacı atanması uygun görülmediği takdirde soruşturmacı belirlenmesi Merkez Konseyi'nden istenebilir.

TTB Disiplin Yönetmeliğinin 14'üncü maddesinde soruşturmanın yapılış biçimi belirtilmiştir. Madde 14'e göre; [5,10]

- Soruşturmacı, hakkında soruşturma açılan kişiye suçlamayı açık ve anlaşılır bir biçimde yazılı ve "gizli" ibareli olarak tebliğ ederek, tebliğden itibaren 15 gün içinde savunma yapılmasını ister. Bu süre içinde savunmasını vermeyen kişi, savunma hakkından vazgeçmiş sayılır. Gerekli görülen durumlarda suçlanan kişinin sözlü savunması da istenebilir.
- Soruşturmacı, kişinin leh ve aleyhindeki bütün kanıtları toplamakla yükümlüdür. Bu nedenle olayla ilgili tüm kişilerin ya da kuruluş yöneticilerinin bilgilerine başvurabilir, resmi makamlardan belge isteyebilir, tanıkların sözlü anlatımlarına da başvurabilir. Soruşturmacı, ilgili birimlerle yazışmasını "gizli" ibareli olarak yapar.
- Soruşturmacı her türlü ifade ve benzeri tutanağı kendisi yazabileceği gibi, tabip odası yönetim kurulunca görevlendirilecek bir yeminli sekretere de yazdırabilir.
- Soruşturmacı, suçlanan kişinin beyanının alınmasından veya bunun için öngörülen sürenin dolmasından ve delillerin toplanmasından itibaren 20 gün içinde soruşturma dosyasını tamamlayarak fezlekesi ile birlikte yönetim kuruluna sunar.
- Gerekli ifadeleri ve belgeleri toparlayan soruşturmacı, bir fezleke düzenler. Fezlekede suçlama konusu olay ile lehte ve aleyhteki tüm belge ve ifadeler tartışılır. Soruşturmacı fezlekenin sonuç bölümüne, kişinin kusurlu olup olmadığı ve verilmesini uygun gördüğü ceza konusunda kendi kişisel yargısını da ekler. Ancak bu yargı yönetim kurulu ve onur kurulu açısından bağlayıcı değildir.
- Yönetim kurulu, soruşturma raporunu eksik görürse, eksikliği en çok iki ay içinde tamamlatır.
- Soruşturmacının ilk inceleme sırasında yapacağı tüm harcamalar belge ile kanıtlanmak koşuluyla tabip odası bütçesinden ödenir, gerektiğinde avans da verilebilir. Soruşturmacıya mesaisi ile orantılı olarak oda bölgesinde geçerli asgari muayene ücretinin bir ila beş katı tutarında; soruşturma öncesinde veya soruşturma sürecinde görevlendirilen bilirkişilere, verdikleri emek ve raporun kapsamına göre, asgari muayene ücretinin bir ila üç katı tutarında bir ücret, yönetim kurulunca takdir edilebilir.
- Soruşturmanın en kısa süre içinde tamamlanması için yönetim kurulu her türlü önlemi almak, gerektiğinde soruşturmacıyı görevden alarak yeni bir soruşturmacı ile soruşturmayı yürütmek zorundadır.

Fezleke: Bir tahkikat veya muhakeme tutanağının özeti demektir. Bunda tafsilata (ayrıntıya) girişilmeden işin ana hatları gösterilir. Bir teftiş raporunun kısaltılması halinde iktisab ettiği şekle de denir.[9]

İktisab: Kazanma ile ilgili; edinme ile ilgili.[9]

Yapılan ön incelemelere istinaden alınan kararların İstanbul Bölge İdare Mahkemesi tarafından bozulabilme nedenleri

Yapılan ön incelemelere dayanarak alınan kararların İstanbul Bölge İdare Mahkemesi tarafından bozulma nedenlerinin bir kısmının bazı usul (yöntem) hatalarından kaynaklandığı bildirilmiştir. Bu nedenle ön inceleme yaparken belirtilen hususların dikkate alınmasını ilgili makamlarca önerilmektedir:

1- Müşterek olarak yapılan incelemelerde ifadeler başkan dâhil ön incelemeciler tarafından birlikte alınmalıdır. İfade tutanakları ve düzenlenecek raporlar birlikte imzalanmalı ve sayfalar paraflanmalıdır.

2- Valilik Onayında belirtildiğinde veya gerekli görüldüğünde alınan bilirkişi görüşleri "Bilirkişi Raporu" başlığında hazırlanmalıdır ve sadece bilirkişi tarafından imzalanmalıdır.

3- Müştekinin (şikâyette bulunanın) dilekçesinde belirtilen tüm hususların dikkate alınarak ön inceleme yapılmalıdır.

4- Müştekinin ifadesinin alınması sonrası ve ifadelerde "hakkında ön inceleme yapılan ile tanık olarak alınan ifadelerin" ayrımı iyi yapılmalıdır. Ayrım, hem ifade tutanağı başlığında hem de ön inceleme raporunda belirtilmelidir.

5- Ön inceleme ve inceleme raporlarının sayfaları paraflanmalı, imzalanmalı ve ifade tutanakları eksiksiz imzalanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun. Kanun Numarası: 4483, Kabul Tarihi: 2/12/1999. Yayımlandığı Resmî Gazete; Tarih: 4/12/1999, Sayı: 23896. Yayımlandığı Düstur; Tertip: 5, Cilt: 39. https://mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4483.pdf Alınma tarihi: 01.09.2019.
2. Devlet Memurları Kanunu. Kanun Numarası: 657, Kabul Tarihi: 14/7/1965. Yayımlandığı Resmî Gazete: Tarih: 23/7/1965, Sayı: 12056. Yayımlandığı Düstur; Tertip: 5, Cilt : 4, Sayfa: 3044. https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.657.pdf Alınma tarihi: 01.09.2019.
3. Yükseköğretim Kanunu. Kanun Numarası: 2547, Kabul Tarihi: 4/11/1981. Yayımlandığı Resmî Gazete; Tarih: 6/11/1981, Sayı: 17506. Yayımlandığı Düstur; Tertip: 5, Cilt: 21, Sayfa:3. https://mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2547.pdf Alınma tarihi: 01.09.2019
4. Yükseköğretim Kurumları Yönetici, Öğretim Elemanı ve Memurları Disiplin Yönetmeliği. https://dosya.marmara.edu.tr/ydyo/Formlar%20ve%20Raporlar/Y_KSEK_RET_M_KURUMLARI_D_S_PL_N_Y_NETMEL_.pdf Alınma tarihi: 01.09.2019.
5. Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği. Resmî Gazete: Tarih 28.04.2004, Sayı 25446. http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=125:tk-tablerbldl-yetmel&catid=2:ymelik&Itemid=33 Alınma tarihi: 01.09.2019
6. T.C. Sağlık Bakanlığı, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Disiplin Şube Müdürlüğü, İş Akış Süreçleri. http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/anasayfalinkler/belge/disiplin_sb.pdf Alınma tarihi: 01.09.2019.
7. T.C. Adalet Bakanlığı, Aday Memur Hazırlayıcı Eğitimi, Disiplin Soruşturması Ders Notu. https://edb.adalet.gov.tr/e-book/9-DİSİPLİNSORUŞTURMASI.PDF Alınma tarihi: 01.09.2019.
8. Türk Ceza Kanunu. Kanun Numarası: 5237, Kabul Tarihi: 26/9/2004. Yayımlandığı Resmî Gazete; Tarih: 12/10/2004, Sayı: 25611. Yayımlandığı Düstur; Tertip: 5, Cilt: 43. https://mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5237.pdf Alınma tarihi: 01.09.2019
9. T.C. Adalet Bakanlığı Hukuk Sözlüğü. https://sozluk.adalet.gov.tr/ Alınma tarihi: 01.09.2019
10. Hakeri H. Tıp Hukuku, 10. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2015. ss.63–72.

TOTBİD Dergisi
Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği

TOTBİD Dergisi 2020;19:92-121
https://doi.org/10.14292/totbid.dergisi.2020.14
DERLEME

Yargıya yansıyan Ortopedi ve Travmatoloji vakaları

Orthopaedics and traumatology cases subject to jurisdiction

Serdar Şirazi

Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı – Hukukçu, Özel İstanbul Şafak Hastanesi – Şahin Avukatlık Bürosu, İstanbul

Sağlık hizmetlerinin ana sunucularından olan hekimler ile hastalar arasında son dönemlerde artan sayıda davalar olmaktadır. Ortopedi ve Travmatoloji uzmanlarının sağlık hizmetinde önemli bir yere sahip olması nedeniyle, yazımızda yargıya yansıyan davaların bir kısmına yer verdik. Bu çalışma, Ortopedi ve Travmatoloji uzmanlarının hukuki olarak ne tür problemlerle karşı karşıya kalabilecekleri konusunda fikir sahibi olunması yönünde katkı sağlayacaktır.

Anahtar sözcükler: ortopedi ve travmatoloji; sağlık hukuku; malpraktis

There has been an increase in number of legal cases between patients, and physicians as the main providers of healthcare services. Since orthopedics and traumatology specialists have an important place in healthcare, we have included some of the cases reflected in the judiciary in our article. This study will contribute to the understanding of the legal problems that orthopedics and traumatology specialists may encounter.

Key words: orthopaedics and traumatology; health law; malpractice

Günümüzde sağlık hizmetlerine daha fazla ulaşılmasıyla birlikte bu hizmeti sağlayanlarla bu hizmetten faydalananlar arasında vuku bulan ihtilafların da artması görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin ana sunucularından olan hekimler ile hastalar arasında son dönemlerde artan sayıda davalar olmaktadır. Haklı veya haksız açılan bu davaların sayısının artması hekimlerin çalışma motivasyonunu da ne yazık ki oldukça olumsuz şekilde etkilemektedir. Elbette ki hukuk hayatın her anında olmalıdır, ancak bu belirli bir kesime menfaat sağlanması amacıyla da kullanılmamalıdır. Verilen hizmette bir kusur olduğu durumda hizmeti veren kurum ve kişilerin objektif bir değerlendirmeye tabi tutularak bu yönde hukuki bir adım atılması sağlık hizmeti sunucularının gereksiz dava yükü ile uğraşmalarının ve mahkemelerin de dosya yükünün artmasının önüne geçecektir.

Ortopedi ve Travmatoloji hekimlerinin sağlık hizmetinde önemli bir yere sahip olmaları nedeniyle yazımızda yargıya yansıyan davaların bir kısmına yer vermekle, bu konuda ortopedistlerin hukuki olarak ne tür problemlerle karşı karşıya kalabilecekleri konusunda fikir sahibi olunması yönünde katkı sağlayacağı kanaatindeyim. Birinci derece mahkemelerin yani yerel mahkemelerin kararları herhangi bir platformda yayınlanmadığı için söz konusu çalışmamız yüksek mahkeme kararlarını inceleyerek bu kararların da sadece bir kısmını içermektedir. Büyük bir kısmı Ortopedi ve Travmatoloji hekimlerinin lehine sonuçlanan mahkeme kararlarına yer kısıtlılığından dolayı tam olarak yer verilememekle birlikte fikir sahibi olmaları için aleyhe de sonuçlanan hatta eksik inceleme sonucu bozulan kararların da bir kısmı yazımızda yer almıştır.

Yüksek mahkemeler sınıfında olan Askeri Yargıtay ve Askeri Yüksek İdare Mahkemesi OHAL(Olağanüstü Hal) kapsamında çıkarılan 694 sayılı kanun hükmünde kararname ile kapatıldı. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 75. maddesi hükmü gereğince tıbbi müdahalelerden kaynaklanan uyuşmazlıklarla ilgili olarak resmi bilirkişi olarak belirlenen ve özellikle ceza davaları açısından bilirkişiliğine başvurulan Yüksek Sağlık Şurası'ndan rapor alma zorunluluğunu öngören madde Anayasa Mahkemesi'nin 03.06.2010 tarih E. 2009/69, K. 2010/79 sayılı kararı ile iptal edildi. Karar 22.10.2010 tarihinde Resmi Gazetede yayınlandı.

Her ne kadar kaldırılmış olsa da Askeri Yüksek İdare Mahkemesi'nin vermiş olduğu karara yer vermek doğru olacaktır kanaatindeyim.

- İletişim adresi: Dr. Serdar Şirazi, Özel İstanbul Şafak Hastanesi, Hürriyet Mah. Eski Edirne Asf. No:124/B, 500 Evler, Gaziosmanpaşa, İstanbul Tel: 0536 - 681 11 87 e-posta: drserdarsirazi@yahoo.com
- *Geliş tarihi: 18 Kasım 2019 Kabul tarihi: 17 Aralık 2019*

Askeri Yüksek İdare Mahkemesi 2. Daire'sinin 01.12.2004 tarihli E: 2002/959, K: 2004/905 sayılı kararında müteveffa çavuşun askerlik hizmetini yaparken 15 Nisan 2000 günü sabah sporunda uzun atlama esnasında düştüğü ve L3 vertebra kemiğinin kırıldığı, aynı gün sevk edildiği ... Asker Hastanesi acil polikliniğinde doktor tarafından muayene edildikten sonra sevk kâğıdına Baştabipliğe, mekanik bel ağrısı, müşahede edildi, tedavi düzenlendiği, 3 gün istirahat verildiği, beyin cerrahi servisine kontrole gelecek yazılarak birliğine geri gönderildiği, müteveffanın... Asker Hastanesi Nöroşirürji polikliniğine sevk edildiği, çekilen MR filmi ile birlikte tekrar Mareşal Fevzi Çakmak Asker Hastanesi Beyin Cerrahi polikliniğine gelen müteveffanın, yatarak tedavi uygulandığı, Sağlık Kurulunun raporu ile L3 kompresyon kırığı, hastanın THY (Türk Hava Yolları) uçağı ile yatarak hemşire refakatinde sevk edildiği... Ortopedi Kliniğinde alçı korse uygulandığı, hava değişiminde iken... Tıp Fakültesinde iki kez ameliyat uygulandığı, 08 Şubat 2001 tarihinde ... başvurusu üzerine Ewing sarkomu teşhisi konarak kemoterapiye başlandığı, daha sonra kompresyon fraktürü nedeni ile operasyon uygulandığı, operasyondan sonra progresyon saptanması üzerine yeni tedavi rejimi düzenlendiği ve son kemoterapinin uygulanmasından sonra hava değişimindeyken vefat ettiği, davacı vekilinin müvekkillerinin ölüm olayının görev sırasında meydana gelen sakatlanmadan kaynaklandığı, spor yapılan yerin idare tarafından temizlenmediği için düşme ve L3. vertebra kırığının meydana geldiği, kırığın tedavisinin yeterli yapılmadığı, ilk müdahalede yanlış teşhis konduğu, hatta kırığın dahi tespit edilmediği, tıbbi tedavide gerekli özenin gösterilmediği, idarenin yeterli tedavi yapmayarak hizmet kusuru işlediği iddiasında bulunmuştur. Ewing sarkom tedavisinde tıbben ihmal ya da hata bulunup bulunmadığı, meydana gelen ölüm olayının yapılan tüm tedavilerdeki ihmal ve gecikmelerden kaynaklanıp kaynaklanmadığı uzmanlardan oluşan bilirkişiden sorularak aydınlatılmıştır. Bilirkişi raporunda; sonuç olarak, **düşme sonucu meydana gelen vertebra kırığı ile 8 ay kadar sonra ortaya çıkan Ewing sarkomu arasında bir ilişkinin olmadığı**, Ewing sarkom hastalığının tedavisinde herhangi bir ihmal veya hatanın söz konusu olmadığı, Ewing sarkomun erişkin yaş gurubunda prognozu kötü olan bir hastalık olduğu ve hastaların büyük oranda bu hastalık nedeni ile kaybedildiği, çavuşun hastalığının tanı ve tedavisinde herhangi bir ihmal veya hatanın olmadığı yapılan tedavinin yeterli ve uygun olduğu bildirilmiştir. Davacı taraf bilirkişi raporuna itiraz etmiş ancak aynı bilirkişi raporu tekrar mahkemeye sunulmuştur. Söz konusu davada davacının yakınının ölümünün idarenin kusurlu bir davranışından kaynaklanmadığı bilirkişi raporu ile kanıtlandığından davalı idarenin zararlardan sorumlu olamayacağı sonuç ve kanaatine varılarak **davacıların maddi ve manevi tazminat istemlerinin reddine karar vermiştir**.

* * *

Anayasa Mahkemesine bireysel başvuru sonucunda 15.03.2018 tarihli E: 2014/19349 K. 2018/Genel Kurul kararında başvurucunun yakınının bir hastaneden başka bir hastaneye yapılması planlanan sevk işleminin kabul edilmemesi sonrasında ölüm olayının meydana gelmesi ve bu olay ile ilgili olarak başlatılan ceza soruşturmasının etkili bir şekilde yürütülmemesi nedenleriyle **yaşam hakkının ihlal edildiği iddiasına** ilişkin davada davacının yakınının motosiklet kazası sonucu 112 acil ambulansıyla multitravma tanısıyla bilinci açık bir şekilde... Devlet Hastanesi Acil Polikliniğine götürüldüğü, yapılan tetkikler neticesinde kırıklar tespit edildiği ve genel cerrahi uzmanından, beyin ve sinir cerrahisinden ve ortopedi uzmanından konsültasyon istendiği, genel cerrahi ve beyin ve sinir cerrahisi konsültasyonunda, hastanın sağlık durumunda acil cerrahi müdahale gerektirecek patolojik bir durum saptanmadığı ortopedi konsültasyonunda ise hastanın sağlık durumunun yoğun bakım şartlarını gerektirdiği, ileri tetkik ve tedavi için hastanın başka bir hastaneye sevk edilmesi gerektiği değerlendirilmiştir. Hastanın sağlık durumunun yoğun bakım şartlarını gerektirdiğinin anlaşılması üzerine ... Devlet Hastanesi yetkililerince ... Hastanesi Ortopedi servisindeki nöbetçi doktorlarla görüşülmüştür. Yapılan görüşmelerde ... Hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde boş yer olmadığı belirtilmiştir. Bunun üzerine hasta ... Tıp Fakültesi Hastanesine sevk edilmiş, bilinci bulanık şekilde giriş yapan hastanın, saat 00:25'te arrest olması üzerine 02:25'te öldüğü kabul edilmiş. Ceza soruşturmasında... Cumhuriyet Başsavcılığı, ... Üniversitesi Hastanesinin olayla ilgili personeli hakkında Yüksek Öğretim Kanunu uyarınca görevsizlik kararı vermiş ve bu kişiler hakkındaki soruşturma dosyasını ... Üniversitesi Rektörlüğüne göndermiştir. ... Cumhuriyet Başsavcılığının anılan kararı üzerine ... Üniversitesi Hastanesinin olayla ilgili personeli hakkında Üniversite Rektörlüğü tarafından soruşturma başlatılmıştır. Bu kapsamda **soruşturmacı doktorların cezai sorumluluğunu gerektirecek herhangi bir fiilinin bulunmadığı yönünde kanaat bildiren bir rapor hazırlanmıştır**. ... Üniversitesi Rektörlüğü, anılan soruşturma dosyasını dikkate alarak sevki kabul etmeyen doktorların kusurunun bulunmadığı kanaatine varmış ve 21.10.2008 tarihli kararla men-i muhakeme kararı vermiştir. Başvurucunun bu karara itiraz etmesi üzerine **Danıştay Birinci Dairesi** 16.01.2009 tarihli ilam ile men-i muhakeme kararının bozulmasına karar vermiş, gerekçe olarak da *yoğun bakım ünitesinde boş yer olmaması*

gösterilmiş ise de ***yoğun bakım ünitesine ek yatak konulması, başka servislerden yatak ayarlanması veya kısa bir süre için dahi olsa yoğun bakım ünitesinden çıkarılabilecek hastalarla yer değiştirilmesi gibi alternatif çözümlerin aranmadığı, hastanenin fiziki şartları da dahil olmak üzere hastanın hastaneye kabul edilmemesi için hiçbir mazeret ileri sürülemeyeceği belirtilmiştir***. Bunun üzerine Cumhuriyet Başsavcılığınca doktorlar hakkında iddianame düzenlenerek 3. Asliye Ceza Mahkemesinde kamu davası açılmıştır. Mahkeme, yaşanan olayla ilgili olarak Yüksek Sağlık Şurasından bilirkişi raporu almıştır. Yüksek Sağlık Şurası'ndan alınan raporun sonuç kısmı şöyledir: "Dosyadaki bilgi, belge ve bulgular değerlendirildiğinde; hastanın ilk müracaat ettiği hastanede değerlendirilmesi sırasında gerekli olduğu halde akciğer grafisinin çekilmediğinin (dosyada mevcut olmadığının) anlaşıldığı, hastanın toraks incelemesinin yeterli düzeyde yapılmadığı, bunun bir kusur olduğu, diğer branş konsültasyonlarının uygun olarak yapıldığı ve yaralanmanın ciddiyeti nedeniyle yoğun bakım ünitesinde bakımının zorunlu olduğu, yoğun bakımda yer olmaması nedeniyle hastayı kabul etmeyen doktorların eylemlerinde kusurlu **olmadıklarına**, hastanın sevk edildiği... Üniversitesi Hastanesinde yapılan işlemlerin **tıp kurallarına uygun olduğuna, şuramızca oy birliği ile karar verildi**." ... 3. Asliye Ceza Mahkemesi, gerek tarafların beyanlarını gerekse hasta hakkındaki tıbbi belgeler ile raporları dikkate alarak sevki kabul etmeyen doktorlar hakkında **beraatına** karar vermiştir. Temyiz talebini inceleyen Yargıtay 12. Ceza Dairesi ilk derece mahkemesi kararının onanmasına karar vermiş ve başvurucu bireysel başvuruda bulunmuştur. Adli Tıp Kurumu Birinci İhtisas Kurulundan, akabinde ise Adli Tıp Kurumu Genel Kurulundan bilirkişi raporu düzenlenmesini istemiştir. Her iki raporda da davalı hastanenin hastayı kabul etmemesinde kusurunun bulunmadığı yönünde görüş bildirilmiştir. ... 2. İdare Mahkemesi 26.06.2015 tarihli kararla her ne kadar Adli Tıp Kurumu Genel Kurulu tarafından, hastayı kabul etmemesiyle ilgili olarak hastanenin kusurlu olmadığı yönünde görüş beyan edilmiş ise de hastaneler arasındaki koordinasyonsuzluk ve yoğun bakımda yer olmadığı gerekçesiyle hastanın kabul edilmemesi ve o gün ***nöbetçi olan doktorun hastanede bulunmayarak asistanı yönlendirmeye çalışması***, davalı idarenin üzerine düşen yükümlülüğü yerine getirmediğini gösterdiğinden tazminat sorumluluğunun koşullarının oluştuğu sonucuna varmıştır. Mahkeme, maddi tazminatın başvurucu ve eşine müştereken ödenmesine karar vermiştir. Taraflarca temyiz edilen karar, Danıştay Onbeşinci Dairesinin 21.04.2016 tarihli ilamı ile dava konusu olayda ... Üniversitesi Hastanesinin tespit edilmiş herhangi bir kusurlu tıbbi uygulamasının bulunmadığı gerekçesiyle bozulmuştur. Başvurucunun karar düzeltme talebi, aynı dairenin 13.12.2016 tarihli ilamı ile reddedilmiştir. Başvuru konusu olay ağır kişisel kusur veya kasıttan ziyade sadece idarenin işleyişindeki veya düzenlenmesindeki nesnel bir hatadan, aksaklıktan veya öngörüsüzlükten kaynaklanmışsa tazminat yolunun yeterli olabileceği ve bu yolun ölen kişinin yakınlarının mağduriyetini ortadan kaldırabileceği düşünülebilir. Bu durumda başvurucunun bu yolu tüketmesi ondan beklenebilir. Bununla birlikte önümüzdeki olay Anayasa Mahkemesinin başvuru yolları tüketilmediği gerekçesiyle kabul edilemezlik kararları verdiği tıbbi hataya ilişkin diğer başvurulardan farklılık göstermektedir. Anayasa Mahkemesine göre yaşam hakkının veya vücut bütünlüğünün ihlaline kasten sebebiyet verilmediği durumlarda tüketilmesi gereken uygun hukuki çare tazminat yoludur. Dolayısıyla **Anayasa Mahkemesi yaşam hakkının ihlal edildiğine ilişkin iddianın başvuru yollarının tüketilmemesi nedeniyle kabul edilemez olduğuna oy çokluğuyla karar vermiştir**.

* * *

Ankara Bölge Adliye Mahkemesinin aydınlatılmış onam ile ilgili bir kararında;

Mahkemece; davanın doktor hatasına dayalı maddi ve manevi tazminat istemine ilişkin olduğu, davacının ameliyatını servikal disk hernisi nedeniyle davalı doktor ve ekibi tarafından yapılmış ise de anılan doktorun ameliyatı davalı şirkete ait hastanede yaptığı, hastanenin ameliyathane, muayene odası gibi mekânlarını ve imkânlarını kullandığı, davalı hastanenin doktor ile birlikte hastalara karşı müteselsil sorumlu olduğunun kabulünün gerektiği, davalılar arasında hastaların ve üçüncü kişilerin uğrayacağı zarardan doktorun sorumlu olacağı yönünde hüküm mevcut ise de, bunun davalılar arasındaki iç ilişki ile ilgili olduğu ve davacı tarafı bağlamayacağı, davanın vekâlet sözleşmesinden kaynaklandığı ve BK'nun 126/4. (TBK'nun 147/5.) maddesi uyarınca 5 yıllık zamanaşımına tabi olduğu ve ameliyat tarihinden dava tarihine kadar öngörülen zamanaşımı süresinin dolmadığı, her ne kadar davacının Cumhuriyet Başsavcılığı'na doktorunun suçsuz olduğunu, bu nedenle şikâyetinden vazgeçtiğini ve ayrıca yine İlgili Makama" başlıklı belgede özetle, doktor hakkındaki şikâyetimden vazgeçiyorum, şahsi hakkım olan maddi ve manevi tazminat taleplerimden gayri kabil-i rücu feragat ediyorum" şeklinde beyanda bulunmuş ise de davacının ilk ameliyattan sonra boynundan aşağı felç kaldığı ve davalı doktor ile ilişkilerinin sürdüğü ve daha sonra davacının aynı hastaneye yatarak davalı doktor tarafından kök hücre ameliyatı yapıldığı anlaşıldığından bu feragatnamenin davacının özgür iradesi ile verilmediği, davacının bunu manevi baskı altında verdiği benimsenerek yapılan yargılama neticesinde; toplanan tüm kanıtlar ve birbiri ile uyum halinde olan

bilirkişi raporlarına göre, davaya konu boyun fıtığı ameliyatının yapılması ve sonrasında doktora izafe edilebilecek bir kusur ve özen eksikliği bulunduğunun kanıtlanamadığı...” kanaatiyle davanın reddine karar verilmiştir. 1. derece mahkemenin vermiş olduğu bu karar sonrasında davacı vekili tarafından istinafa gidilmiş Bölge Adliye Mahkemesi davayı inceleyerek “Somut olayda davalılar arasında doktorlarının davalı şirketin faaliyet gösteren hastanelerinde ameliyatın davalı doktor tarafından gerçekleştirildiği ve davacının ameliyat sonrası felç kaldığı sabit olup dava konusu olaya ilişkin olarak dosyada mevcut tıbbi belge ve raporlara göre; evrak arasında mevcut olan ... Hastanesinin davacı doktor adına kayıtlı dosyasında; davacı doktor adına düzenlenen **hasta yatış formunda tarih olmadığı**, ön tanı olarak servikal disk hernisi yazıldığı, yatışı **yapacak doktorun ve yatıran doktorun farklı kişiler olduğu**, söz konusu formun “HASTA ONAYI” kısmında yazılı olan “Ben ... ... (bosluk) ... ... Hastanesi doktorlarının ve çalışma ekibinin uygulayacağı tedaviyi bilincim yerinde olarak kabul ediyorum. Hastalığımın teşhis ve tedavisi için gerekli olan ilaçların, tetkik ve girişimlerin tümünün tatbikine izin veriyorum. Cerrahi girişimlerin uygulanmasını gerektiren sebepler bana açıklanmıştır. Riskler ve komplikasyonlar anlatılmıştır. Olumsuz gelişmelerden de haberdar olarak tedavimin ... . Hastanesi’nde yapılmasını onaylıyorum.” sözlerinin hemen altındaki **hastanın imzası ve tarih kısımlarının doldurulmamış olduğu**, hasta yakını kısmında ise arkadaşı olarak ... . adlı kişinin adres ve iletişim bilgileriyle altında imza bulunduğu görülmüştür. Adli Tıp 3. İhtisas Kurulu raporunda; davacıya uygulanan diskektomi operasyonlarında oluşan tablonun manüplasyonlar (posterior osteofit rezeksiyonu ve diskin çıkarılması) sırasında oluşabileceği gibi *cage* takoza bağlı olarak veya greftin medullaya basısı ile de oluşabileceği, **komplikasyon** olarak kabul edildiği, doktorun tanı ve tedavisinin tıp kurallarına uygun olduğu oy birliği ile mütalaa edilmiştir. Adli Tıp Genel Kurulu’ndan alınan raporda; bunun bir **komplikasyon** olarak kabul edildiği, durum fark edilip hastanın 2. ameliyata alındığı, kişinin plejik hale geldiği, bunu gidermek için kök hücre uygulamasının ...tarihinde yapıldığı... hastada yapılan kök hücre tedavisi ile hastaya yarar sağlanamadığı...” oy birliği ile karar verilmiş. Mahkemece farklı hastanelerden konusunda uzman bilirkişilerden alınan raporda da komplikasyon olduğu...” yönünde görüş bildirilmiştir. Yapılan tedavinin başarı ile sonuçlanmaması ve hatta çok ağır bir araz ile son bulması yanlış tedavi veya kusur yerine tedavi sonrası gelişmiş olası komplikasyon olarak değerlendirilebileceği yönünde...” görüş bildirilmiştir. İtirazlar üzerine mahkemece aynı bilirkişilerden alınan ek raporda; “... hasta dosyasında aydınlatılmış onam formunun da yer aldığı, hastanın ameliyat öncesinde aydınlatılması görevinin gereği gibi yerine getirildiği, ameliyatta doktor hatası, kusuru, gerek ameliyat esnasında, gerek ameliyat sonrasında özen eksikliği bulunmadığı... hastanın tıp biliminin kurallarına uygun olarak bilgilendirildiği, olası risk ve komplikasyonların anlatıldığı, operasyon sonrasında *carbon-cage*’in kaymasının ve gelişen nörolojik tablonun komplikasyon olarak değerlendirildiği ve doktorun tanı ve tedavisinin tıp kurallarına uygun olduğu yönünde...” görüş bildirilmiştir. Somut olayda mahkemece, ortaya çıkan sonucun bir komplikasyon olduğunu, ameliyat sırasında ve sonrasında yapılan tedavinin tıbba ve fenne uygun olduğunu, davalı doktorun uygulamalarının tıp kurallarına uygun bulunduğunu belirten raporlara dayanılarak; “... davaya konu boyun fıtığı ameliyatının yapılması ve sonrasında doktora izafe edilebilecek bir kusur ve özen eksikliği bulunduğunun kanıtlanamadığı...” kanaatiyle davanın reddine karar verilmiştir. Ancak, bilirkişi raporlarına göre ameliyat sırasında konulan implantın kayarak omuriliğe basmasının komplikasyon niteliğinde olduğu anlaşılmakta ise de yukarıda anlatılan bilgiler ışığında, **davalıların *komplikasyon nedeniyle sorumlu olmadığının kabulü için hastanın bu komplikasyon sonrası yaşadığı süreç ile ilgili ayrıntılı bir şekilde bilgilendirilmiş olması gerekmektedir*.** Mevcut durumda onam formu olarak dosyaya ibraz edilen tarihsiz hasta yatış/onay formunda hastanın, ilgili doktorun tüm cerrahi ve tıbbi işlemlerine müsaade ettiği ve davalı şirketin hastanesinde tedaviye onay verdiği yazılıdır. Her ne kadar risklerin ve komplikasyonların anlatıldığı ibaresi var ise de **bahsedilen bu form davacıya yapılan ameliyatın niteliği, karşılaşılması muhtemel riskler konusunda davacıya gerekli bilginin verildiğini gösterir nitelikte değildir**. Kaldı ki söz konusu belgede hastanın imza kısmı da boş bırakılmıştır. Hastanın ameliyat sırasında ve sonrasında yaşadığı sağlık sorunları ile ilgili olarak aydınlatılmadığı anlaşılmaktadır. **Yapılan ameliyat konusunda davacıya yeterli bilgi verildiğini ispat yükü davalı tarafa aittir.** Yazılı şekilde hatalı değerlendirme ve eksik inceleme ile davanın reddine karar verilmiş olması usule ve yasaya aykırı” değerlendirmesinde bulunularak yerel mahkemenin vermiş olduğu davanın red kararını Ankara Bölge Adliye Mahkemesi 01.03.2018 tarihli E: 2017/1404, K: 2018/334 sayılı kararıyla iptal etmiştir.

* * *

Gaziantep Bölge İdare Mahkemesi 3. İdari Dava Dairesi’nin 14.01.2019 tarihli E: 2018/2060 K: 2019/41 sayılı kararında davacıların yakını müteveffa’nın geçirmiş olduğu trafik kazası nedeni ile devlet hastanesine getirilerek acil hekimi tarafından çağırılan ortopedi doktoru tarafından pelvis kırığı tanısıyla, stabilizasyonun sağlanarak taburcu edildiği, Adi Tıp Kurumu 1.

İhtisas Kurulunun kişinin geçirdiği trafik kazasına bağlı yaralanması ile ölümü arasında illiyet bağının olduğu, tespit edilen pelvis kırığının ağırlığı ve özellikleri dikkate alındığında, doktor tarafından taburcu edilmesinin tıp kurallarına uygun olmadığı, ancak hastanın yakınları tarafından ... Devlet Hastanesinden taburcu edilmesi sonrası hemen ...Eğitim Araştırma Hastanesi'ne götürüldüğü, burada yapılan tetkiklerle, kişinin uygun takip ve tedavisine rağmen üç gün sonra hastanede öldüğü cihetle; kişinin ölüm olayında ...Devlet Hastanesi'nden taburcu edilmesinin etkisinin ve katkısının olduğunun tıbbi delillerinin bulunmadığı, yönünde görüş belirtilmiştir. Uyuşmazlıkta, Adli Tıp Kurumunca düzenlenen bilirkişi raporunda da belirtildiği gibi davacılar murisinde tespit edilen **pelvis kırığının ağırlığı ve özellikleri dikkate alındığında, doktor tarafından tabucu edilmesinin tıp kurallarına uygun olmadığı**, hastanın yakınları tarafından ...Devlet Hastanesi'nden taburcu edilmesi sonrası kendi araçlarıyla ...Eğitim Araştırma Hastanesi'ne götürülmüş olmasının davalı idarenin hizmet kusurunu ortadan kaldırmayacağı, idari hizmetin kötü işletildiğinin açık olduğu görülmekle, ölüm olayının gerçekleşmesinde %100 kusurlu olan idarece davacıların maddi ve manevi tazminat taleplerinin karşılanması gerektiği sonucuna varılmaktadır. Yetersiz sağlık hizmeti nedeniyle duyulan sıkıntı ve üzüntünün kısmen de olsa hafifletilebilmesi amacıyla davacılar lehine manevi tazminata hükmedilmesi gerektiği, olayın oluşumu ve niteliği dikkate alınarak takdiren toplam 165,000-TL manevi tazminatın idareye başvuru tarihinden itibaren işletilecek yasal faiziyle birlikte ödenmesine karar verilmiş. Bölge İdare Mahkemesi de davacıların manevi tazminat ödenmesi istemine ilişkin olarak, İdare Mahkemesi kararının manevi tazminata ilişkin kısmını hukuka uygun bulup, kaldırılmasını gerektiren bir neden bulunmadığından kararın bu kısmına yönelik tarafların istinaf başvurusunun reddi gerektiği sonucuna varmıştır.

* * *

Dava; Ankara 14. İdare Mahkemesi'nce; düşme sonucu sol humerus alt ucunda kırık meydana gelen ve başvurduğu ... Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde opere edilen ve sonrasında hareket kısıtlılığı ile ağrısı olan ve bu nedenle üçüncü bir kez başka bir merkezde opere edilen davacı kolundaki platinlerin çıkarılmasına ait tıbbi bilgi ve belgelerin ve buna ilişkin hasta dosyasının aslı veya onaylı örneği istenilmiş olup, davalı idarece gönderilen cevabi yazıda, bu tür ameliyatlarda kullanılan K tellerinin ameliyattan 3–6 hafta sonra poliklinik şartlarında çıkarılacağı, davacının da K tellerinin (3 adet) poliklinik şartlarında çekildiği, bahsedilen şikayetlerin bu tellerin çekilmesi sırasında olması beklenen bir komplikasyon olmadığı belirtilmiştir. Adli Tıp Kurumu 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu'nun hastaya yapılan operasyonun tıp kurallarına uygun olduğu, gelişen lezyonların bu ameliyatın bir komplikasyonu olduğu, kişinin kurulda yapılan muayenesi sonucunda, sol dirsek hareketlerinin tam olduğu ve atrofi (kas erimesi) olmadığı, 5. parmak adduksiyonu hafif kısıtlı olduğu dikkate alındığında gelişen mevcut komplikasyonların sekelsiz iyileşmiş olduğu anlaşılmakta olup idareye atfı kabil bir kusur bulunmadığı belirtilmiştir. Davacıya platin, asistan doktor ve uzman doktor eşliğinde takılmış, dosyadaki ifadelerden ise tellerin uzman doktorun önerisi ile asistan doktor tarafından çıkarıldığı anlaşılmaktadır. K tellerinin çıkarılması uzmanlık bilgi ve deneyimi gerektiren işlerden olup olmadığı, asistan doktorun, uzman doktorun önerisi ile uzman doktor gözetimi olmadan K tellerini tek başına çıkarıp çıkaramayacağı hususları ile davacının rahatsızlığının teşhis ve tedavi sürecinde hizmet kusuru bulunup bulunmadığına ilişkin Adli Tıp Genel Kurulundan rapor alındıktan sonra bir karar verilmelidir. Ayrıca Adli Tıp Kurumu 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu'nun 26.07.2013 tarih ve 2912 sayılı raporunun da özel hastanede yapılan ameliyat ve tedavilerden sonra kurulda davacının muayene edilerek tanzim edildiği göz önüne alındığında, davacıda meydana gelen durum bile, komplikasyonla mücadelede davalı idarenin üzerine düşeni yapmadığı anlaşıldığından, davacıların özel hastanede ameliyat olmak zorunda kalmaları nedeniyle yaptıkları harcamaların ve davacıların olay nedeniyle duydukları ızdırabın kısmen de olsa giderilebilmesi için manevi zararlarının tazmini gerekmektedir. (Danıştay 15. Daire 10.03.2016 tarihli E: 2014/5674, K: 2016/1586 sayılı kararı)

* * *

Danıştay 10. Daire 31.03.1997 tarihli E: 1995/7754, K: 1997/1071 sayılı kararında;

...Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Başkanlığınca dava ve hastane dosyalarının incelenip, davacının da muayene edilmesinden sonra düzenlenen rapordan hastanın ayak bileği hareketlerinde hafif kısıtlılık olmasına karşın rahat yürüyebildiğini, hastanın geçirdiği trafik kazası sonucunda sağ bacağında fascia yırtığı meydana geldiğini, ... Hastanesinde yapılan fascia tamiri sonucu bu bölgenin özelliği nedeniyle akut kompartman sendromu geliştiğinin, bu olasılık göz önüne alınarak tamir sütürlerinin hemen alınması halinde komplikasyonların önlenmesinin mümkün olduğunu, yalnız sargıların alınmasının gelişmiş kompartman sendromunda yeterli olmayacağının, dolayısıyla gelişen olaylarda davalı idarenin kusurlu olduğunun, ...Hastanesinde yapılan debridman ameliyatları ve tendon transferinin başarılı olması nedeniyle bugünkü sonucun alınabildiğinin belirtildiği, bu durumda hizmeti kusurlu yürüten idarenin

meydana gelen zararı tazmini gerektiği, ancak hafif kısıtlılığa karşın rahat yürüyebilen ve davalı idarede memur olması nedeniyle tüm tedavi giderleri karşılanan davacının maddi bir zararının bulunmadığı, meydana gelen olay ve ayak bileğindeki kısıtlılık nedeniyle atlanılan sıkıntıyı kısmen de olsa gidermek için takdir edilen 30,000,000 liranın manevi tazminat olarak davacıya ödenmesi gerektiği gerekçesiyle, 30,000,000 lira manevi tazminatın davalı idarece davacıya ödenmesine, temyiz isteminin reddine ve anılan kararın onanmasına, 31.03.1997 tarihinde oy birliği ile karar verilmiş.

* * *

Erzurum İdare Mahkemesince verilen kararda dava, davacıların yakını R. K.'ın kifoskolyoz şikâyeti nedeniyle 16.11.2005 ve sonraki tarihlerde ...hastanesinde yapılan ameliyatlar neticesinde felç kalması nedeniyle davacılardan toplam 2,460,000.-TL tazminatın yasal faizi ile birlikte ödenmesine karar verilmesi istemiyle açılmış. Söz konusu olayda, mahkemeye sunulan Adli Tıp Kurumu 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu'nun raporunda özetle; davacıların yakınının T5-L4 arasına posterior enstrümantasyon, T10–11'e laminektomi, T9–10–11'den kama osteotomi yapıldığı, postop paraplejik olduğunun saptandığı, serviste izlendiği postop 3. gün ameliyata alınarak ameliyat sahasında gözlem yapıldığı, problem görülmediği düşünülerek ameliyatın sonlandırıldığı beyanları bulunmakla birlikte, bu ifadeleri doğrulayan tıbbi belgelerin mevcut olmadığı, postop erken dönemde parapleji görülmesine rağmen gerekli tetkiklerin yapılmayıp zaman kaybedilmesi, ikinci ameliyatın hasta açısından çok önemli olmasına rağmen sadece asistanlar tarafından yapılmış olması, ikinci ameliyat ile ilgili tıbbi belgelerin olmaması, ameliyattan yaklaşık 1 ay sonra yaptırılan torakolomber BT'de birçok seviyede vidaların kanalın içinden geçtiği ve T11 seviyesinde kord bası olduğu raporu ile belirtilmesine rağmen herhangi bir işlem yapılmamasının bu olayda ihmal ve özen eksikliğinin olduğunu gösterdiği, bu arada sorumluluğun 1. derecede ameliyatı yapan doktora ait olmakla birlikte anılan kişinin talimatıyla yalnızca kendi başlarına ameliyat yetkisi olmayan asistanların girmiş olduğu ameliyatta söz konusu grafilerin incelenmesinde bu 2. ameliyatta asistanların stabilizasyon yapısını değiştirdiklerinin anlaşıldığı ve bu durumun da bir uzmanın gözetiminde olmaması nedeniyle yetkilerini aştığı için izin veren kurum yetkililerinin de sorumlu olduğu saptanmış. Uyuşmazlık konusu olayda, dosyadaki bilgi ve belgelerle yukarıda yer verilen Adli Tıp Kurumu raporundaki açıklamaların birlikte değerlendirilmesinden; davacıların çocuğunun ameliyatlarının gerçekleştirilmesi esnasında yapılması gereken işlemlerin tam ve eksiksiz olarak yapılmayarak gerekli dikkat ve özenin gösterilmemesi nedeniyle davalı idarenin tam olarak (%100) kusurlu olduğu ve hizmet kusuru doğrultusunda davalı idarenin tazmin borcunun doğduğu ve olay neticesinde, davacının yürüyemez hale gelmesi, bir başka ifade ile felç kalması nedeniyle meydana gelen zararın hukuki sorumluluk kapsamında davalı idare tarafından karşılanması gerektiği sonucuna varılmıştır. Toplam zararın 861,968,50.-TL maddi tazminata hükmedilmesi, geriye kalan 1,088,031,50.-TL miktarın reddi, kabul edilen tazminat miktarına ise davalı idareye başvurunun yapıldığı 28.09.2006 tarihinden itibaren yasal faiz uygulanması gerekmektedir.

Davacıların manevi tazminat talebine gelince; takdiren toplam 310,000,00.-TL manevi tazminatın davalı idarece davacılara ödenmesi, fazlaya ilişkin manevi tazminat talebinin ise reddi gerektiği sonuç ve kanaatine varılmıştır. Açıklanan nedenlerle; toplam 1,171,968,50.-TL tazminatın davalı idareye başvuru tarihi olan 28.09.2006 gününden itibaren işletilecek yasal faizi ile birlikte davacılara ödenmesine, 30.09.2011 tarihinde oybirliği ile karar verildi (Erzurum 1. İdare Mahkemesi E: 2007/53, E: 2011/1256 sayılı karar).

Kararın temyiz edilmesi üzerine Danıştay'ın ilgili dairesinin raporunda Adli Tıp Kurumu Üçüncü Adli Tıp İhtisas Kurulunun temyiz istemine konu karara esas alınan rapor doğrultusunda temyiz isteminin reddi ile idare mahkemesinin onanmasına oyçokluğuyla karar verilmiş. Ancak Danıştay'ın ilgili dairesindeki karşı oyların gerekçesi de burada oldukça önem arz etmektedir. Azlık oy'da skolyoz hastası olan davacının ameliyat olmadan önce iş gücü kaybının bulunup bulunmadığı hususunun ek bilirkişi incelemesi yaptırılmak suretiyle açıklığa kavuşturulması gerekmekte olduğunu, bu husus açıklığa kavuşturulmadan davacının %100 işgücü kaybına uğradığı kabul edilerek hesaplanan maddi zararın tazmin edilmesi yolunda verilen mahkeme kararının eksik inceleme nedeniyle bozulması gerektiği görüşü ile idare mahkemesi kararının bu kısmının onanmasına ilişkin çoğunluk kararına katılınmadığı ifade edilmektedir. (Danıştay 10. Daire 28.03.2012 tarihli E. 2011/11311, K: 2012/1213 sayılı kararı). Söz konusu azlık oyu belirtilmiş ancak Danıştay Erzurum İdare Mahkemesi'nin vermiş olduğu kararı onamıştır.

* * *

Danıştay 15. Dairesinin 10.11.2016 tarihli E: 2013/4097, K: 2016/5327 sayılı kararında;

İdare Mahkemesi'nce; dosyadaki bilgi ve belgelerin incelenmesi sonrası idarenin yürüttüğü sağlık hizmetindeki eksiklikler nedeniyle meydana gelen zarardan sorumlu olduğu gerekçesiyle davanın kabulüne, hatalı iğne uygulaması sonucu oluşan iş gücü kaybına karşılık 80,000,00.-TL maddi ve 20,000,00.-TL manevi tazminatın davanın açıldığı 16.01.2003 tarihinden

itibaren işletilecek yasal faizi ile birlikte davalı idarece davacıya ödenmesine karar verilmiştir. Davalı tarafça, temyizen incelenip bozulması istenilmiş, dosyadaki belgeler ile temyiz dilekçesindeki iddiaların incelenmesinden, temyiz istemine konu kararın hukuka ve usule uygun olduğu, kararın bozulmasını gerektirecek yasal bir sebebin bulunmadığı sonucuna varılmıştır. İdare Mahkemesi kararının, maddi tazminat kabulüne ilişkin kısmının incelenmesi; dava dosyasının incelenmesinden; davacının sağ ayak 5. parmak lateralinde şişlik, ayakkabı giyememe, ayakta şekil bozukluğu şikayetleri ile 28.11.2001 tarihinde ..... Hastanesi'ne müracaat ettiği, Ortopedi ve Travmatoloji uzmanı Dr... ... . tarafından yapılan muayenesinde sağ ayak 5. metatars lateralinde sert kitle ele geldiği, nörovasküler muayenesinin normal olduğu, radyolojisinde sağ ayağın 5. metetarsal distal kısmının genişlemiş olduğu, halluks valgus + bunionette ön tanısıyla eksizyon ve traşlama önerisiyle aynı tarihte ortopedi servisine yatırıldığı, yapılan ameliyatla sağ ayak 5. metatarsal distal uç traşlama ve buniektomi uygulanarak taburcu edildiği, davacının ameliyat sonrası sol bacağında kuvvetsizlik, ağrı ve uyuşma şikâyetleri nedeniyle aynı hastanenin nöroloji kliniği raporunda "sol siyatik sinir lezyonu" tanısı koyulduğu, davacı tarafından meydana gelen sinir lezyonunun yapılan hatalı iğne sonucu oluştuğunun öğrenilmesi üzerine açılan tazminat davasının meydana gelişi yukarıda ayrıntılı olarak açıklanan tazminat istemine konu olayda; kişide meydana gelen sol ayaktaki güçsüzlüğün enjeksiyon nöropatisi ile uyumlu olduğu, enjeksiyonun yanlış yere yapıldığına dair tıbbi bir belge mevcut olmadığı, enjeksiyonun doğru yere yapılmış olduğu durumlarda da sinire hasar verebileceği, mevcut tablonun komplikasyon olduğu anlaşıldığından, davalı idarenin hizmet kusurundan söz edilmesi mümkün değildir. Bu durumda, davacının sol ayağında meydana gelen güçsüzlüğün enjeksiyon sonucunda meydana geldiği görülmekte ise de, idarenin maddi tazmin sorumluluğundan bahsedebilmek için hizmet kusuruna ilişkin eylem ile zarar arasında illiyet bağının tespit edilmesi gerektiği, olayda enjeksiyonun yanlış yere veya hatalı uygulandığı yolunda bir tespit yapılmadığı görüldüğünden, olayda davalı idarenin maddi zararı tazmine ilişkin sorumluluğunun bulunmadığı açık olup, idare mahkemesi kararının maddi tazminat talebinin kabulüne ilişkin kısmında hukuki isabet bulunmamaktadır. Açıklanan nedenlerle; temyiz isteminin kısmen kabul kısmen reddine, Ankara 15. İdare Mahkemesi'nin 31.12.2009 tarih ve manevi tazminatın kabulüne ilişkin kısım yönünden onanmasına, maddi tazminatın kabulüne ilişkin kısım yönünden bozulmasına oyçokluğuyla karar verilmiş. Karşı oyda ise İdare Mahkemesi'nce verilen karar ve dayandığı gerekçe hukuk ve usule uygun olup bozulmasını gerektirecek bir sebep de bulunmadığından temyiz isteminin reddi ile İdare Mahkemesi kararının onanması gerektiği görüşüyle çoğunluk kararına katılmadığı şerh düşülmüş.

Danıştay 15. Daire 10.11.2016 tarihli E: 2013/4251 K: 2016/5328 sayılı kararı;

Uyuşmazlık konusu olayda; dosyadaki belgelerin incelenmesinden davalı idareye bağlı hastanede pratisyen hekimin davacıların çocuğunun ilk muayenesini yaptıktan sonra pansuman, yara bakımı ve dikiş için teknisyene yönlendirdiği, parmağa dikiş atılırken hekim hastanın başında bulunmamış olup dikiş sayısının miktarı ve ne kadar sıklıkla atılacağı konusunda teknisyeni yönlendirmemiş olduğu ve küçük bir alana 10 telin sık bir şekilde atılması ve bu durumun parmağın demir kapıya sıkışması sonucu oluşan damar zedelenmesi sonucu oluşan dolaşım bozukluğu durumunu daha da arttırdığı ve parmağın bir kaç gün içinde dolaşım bozukluğu neticesinde kangren olmasına sebebiyet verdiği anlaşılmıştır. Ayrıca idare dikiş atan personelin kim olduğunu da hastane kayıtlarından kayıtların tam olarak tutulamaması nedeniyle tespit edememiştir. Dikiş atan kişinin dikiş atmaya ehil biri olup olmadığı da dosya kapsamından anlaşılamamaktadır. Atanan muhakkik raporunda da bu husus, hastanın başvurusu esnasında hasta acil kayıt defterine kayıt yapılarak uygulanan tedavilerin yazılması gerektiği, bu defterlerin doktorun denetim ve sorumluluğunda olduğu, davacıların çocuğu hakkında bu defterin tutulmadığı ve kayıtların yapılmadığı dolayısıyla savcılığa intikal eden durumlarda kayıtların tutulmaması hangi personelin ne işlem yaptığının tespitinde sorunlar çıkardığı, bunun bir eksiklik olduğu şeklinde vurgulanmıştır. **Davacıların çocuğuna hangi personelin dikişi attığının tespit edilemediği gibi, hasta acil konsültasyon formunun dahi düzenlenmediği görülmüş olup hastane kayıtlarını eksik tutan idarenin bu eylemi de sağlık hizmetinin eksik işletildiğini göstermektedir**. Olaya ilişkin olarak sorumlu hekimler hakkında açılan ceza davasında alınan 2011 tarihli Yüksek Sağlık Şurası raporunda da hastaya kim tarafından dikiş atıldığının belli olmadığı, atılan dikiş tekniğinin doğru olmadığı, hekimin tedaviye yaklaşımının doğru olmadığı bu tarz yaralanmalarda dikişten önce grafi istenilmesi gerektiği hususları ayrıca vurgulanmış ve ceza yargılamasında hekimler kusurlu bulunmuşlardır. Öte yandan röntgen çekilmediği, röntgen çekilip sonuç görülmeden ve doktor gözetimi ve yönlendirmesi olmadan personelce hastanın parmağına uygulanan telle 10 adet dikiş işleminin bu kadar küçük bir alana sık olarak sayıca fazla dikiş atılmasının yerinde olup olmadığı, zaten var olan dolaşım bozukluğuna etkisi, kişideki dolaşım bozukluğu durumunu daha da ağırlaştırabileceği hususunun irdelenmediği, hekim

tarafından işlem yapılmadan önce parmağın röntgeninin çekilmesinin talep edilip hastanın parmağının durumu görüldükten sonra ortopedi konsültasyonu da yapılarak ortopedist hekiminin önerisi de alınarak birlikte dikiş işlemine geçilmesinin daha uygun olacağının bu hususların tıbbi uygulamada eksik bırakıldığı görülmüş olup, İdare Mahkemesi tarafından bu hususların açıklığa kavuşturularak gerekirse yeni bir Adli Tıp Raporu alınarak yeni bir karar verilmesi gerektiği, eksik incelemeye dayalı mahkeme kararında bu yönlerden hukuka uyarlık bulunmadığı sonucuna oy birliği ile karar verilmiş.

* * *

Bir diğer Danıştay 15. Dairesi 23.05.2016 tarihli E: 2013/4474, K: 2016/3697 sayılı kararı incelendiğinde davacıların kızının kolunun kırılması üzerine, ... Hastanesi'ne başvurdukları, SSK'lı olmaları nedeniyle hastanın SSK ...Hastanesi'ne sevk edildiği, burada ortopedi doktoru tarafından ameliyata gerek görülmeyerek kolunun alçıya alındığı, iyileşmeyince... . Hastanesi'ne başvurdukları, burada da ameliyat edilmeyerek konservatif tedaviye devam edildiği, kazanma gücünü kaybedecek şekilde uzuv zaafının meydana geldiği, Trabzon 2. Asliye Hukuk Mahkemesi'nin 2002/117 sayılı dosyasında yapılan incelemede, Yüksek Sağlık Şurası'nın kararı ile hastaya ilk defa müdahale eden doktorun 2/8 kusurlu olduğunu, konservatif tedavilere devam eden... Hastanesi'nin 2/8 kusurlu olduğuna karar verildiği, yaptırılan bilirkişi incelemesi sonucunda 25,832,98-TL'nin doktor ve... Üniversitesi Rektörlüğü'nden zararın tazminine karar verildiği, kararın temyizi üzerine Yargıtay 4. Hukuk Dairesi'nin 06.10.2008 tarih ve E: 2008/241, K: 2008/11172 sayılı kararıyla doktor yönüyle; her türlü tedavi olanaklarının kullanılması halinde dahi tam iyileşme sağlanmasının her zaman mümkün olmadığına ilişkin itirazları da dikkate alınarak ilk anda ameliyat uygulanmış olsaydı tam iyileşmenin mümkün olup olmadığı konusunda rapor alınarak tüm deliller dikkate alınıp bir karar verilmesi gerektiğinden bahisle, davalı ...Rektörlüğü yönüyle; husumetin kuruma yöneltilme sebebinin hizmet kusuru olduğu, hizmet kusurundan doğan zararların giderilmesinin de idari yargının görevinde olduğundan bahisle kararın bozulduğu, mahkemenin görev ret kararı üzerine davacılar tarafından ...Rektörlüğü hasım gösterilmek suretiyle 25,832,97-TL maddi tazminat ile 4,000,00-TL manevi tazminatın ödenmesine karar verilmesi istemiyle görülmekte olan davanın açıldığı anlaşılmaktadır. Davacının tedavisinde hizmet kusuru olup olmadığına ilişkin Yüksek Sağlık Şurası ve Adli Tıp Kurumu 3. Adli Tıp İhtisas Kurulunca düzenlenen ve birbiri ile çelişen iki rapor bulunmaktadır. *Yüksek Sağlık Şurası tarafından düzenlenen raporda*, düşme sonucu oluşan sağ ulna kemiği kırığında çocuğun kolunu alçıya alan, bir gün sonra parmaklardaki şişme ve ödem sebebiyle alçıyı açarak kolu atele alan ancak, ikinci gelişinde hastaneye yatırılması gereken hastayı hastaneye yatırmayan ve konservatif tedavilere devam eden doktorun 2/8 oranında kusurlu olduğu, hastanın sevk edilmesinden sonra konservatif tedavilere devam eden ... Hastanesi'nin 2/8 oranında kusurlu olduğu belirtilmiştir. *Adli Tıp Kurumu 3. Adli Tıp İhtisas Kurulunca düzenlenen raporda* ise 02.08.2001 tarihinde kolunun kırılması nedeniyle alçı tedavisi uygulandıktan sonra 14.08.2001 tarihinde müracaat ettiği... Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji servisinde yapılan muayenesinde, kolunun wolkman iskemik kontraktürü gelişmiş olarak müracaat ettiğinin anlaşıldığı, tedavi programına alındığı, tedavi programına alınarak tenoliz ve FDP(Fleksör Digitorum Profundus) uzatılması ve FDP-BR(Brakioradialis) transferi, daha sonra tenoliz ve ECRL-FPL transferi ve sonrasında da tenoliz yapılarak brakioradialisin FPL transferi, Ekstansör karpi radialis longusun (ECRL) 4. parmak derin fleksörlerine transferi uygulandığı hususları dikkate alındığında kişiye ...Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji kliniğinde yapılan tüm tedavilerin tıp kurallarına uygun olduğu, ayrıca konuyla ilgili ...Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Başkanının yazısında, hastanın kurumlarına kırık olduktan 12 gün sonra geldiği, sağ radius ve ulna kırığı ile kompartman sendromu sekeli tanıları ile takibe alındığı, kompartman sendromunda acil müdahalenin ilk gün yapılması gerektiği, bu süreden sonraki ameliyatların sekonder girişimler olduğu ve 3–4 aydan sonra yapılmasının uygun olduğu, kurumlarındaki ameliyatların da bu kapsamda 2002, 2003 ve 2005 yıllarında nöroliz, tenoliz, tendon transferi ameliyatları şeklinde yapıldığı belirtilmiştir. Bu durumda, davacının tedavisinde hizmet kusuru olup olmadığına ilişkin birbiri ile çelişen iki rapor bulunması nedeniyle, taraf iddiaları da dikkate alınmak suretiyle alçı ve atel uygulamasının operasyonu geciktiren tıbbi bir müdahale olup olmadığı, *Adli Tıp Genel Kuruluna gönderilerek saptanmasından sonra uyuşmazlığın çözümlenmesi gerekirken*, eksik inceleme sonucu verilen kararda hukuki isabet bulunmamaktadır. Açıklanan nedenlerle, Trabzon İdare Mahkemesi'nin kararının bozulmasına 23.05.2016 tarihinde oybirliği ile karar verilmiş.

* * *

Yine Danıştay 15. Daire 23.05.2016 tarihli E: 2013/5356, K: 2016/3705 sayılı kararında;

Dava dosyasının incelenmesinden; davacının araç dışı trafik kazasına bağlı sol bacakta ağrı şikâyetiyle ...Hastanesi Acil Polikliniği'ne müracaat ettiği,

davacıda sol tibia proksimal kırığı tespit edilerek ameliyat edildiği, davacının ameliyat olan bacağında ateş ve ağrı şikâyeti ile hastaneye müracaat etmesi üzerine enfeksiyon bulguları saptanarak yatışının sağlandığı, durumuna uygun tedavi sonucunda şikâyetlerinde gerileme ve iyileşme olması nedeniyle kontrole gelmek üzere taburcu edildiği, davacının daha sonra hastaneye çağrıldığı ve yapılan muayene sonrasında hastanın ayağındaki dril parçasının ameliyatla çıkarılmasına karar verildiği ancak, yüzeysel enfeksiyon olduğu için ameliyatın konsey kararı ile ertelendiği, davacının ise özel bir hastaneye başvurduğu ve burada yapılan ameliyat ile ayağındaki dril parçasının çıkarılması sonrasında ... Hastanesi'nde gerçekleştirilen ameliyatın hatalı yapıldığı ileri sürülerek 10,319,24 TL maddi ve 20,000 TL manevi olmak üzere toplam 30,319,24 TL zararın tazmini istemiyle bakılan davanın açıldığı anlaşılmıştır. Uyuşmazlıkta, Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulu'nca yapılan inceleme sonucunda, ameliyat bölgesinde bir adet matkap ucu çıkarıldığı bildirilen davacıda ortaya çıkan tablonun metal yorgunluğuna bağlı ortopedik ameliyatlarda görülen komplikasyonlardan olduğu, hastaya davalı idareye bağlı hastanede konulan tanı ve yapılan ameliyatın tıp kurallarına uygun olduğunu belirtilerek olayda davalı idarenin hizmet kusuru bulunmadığı gerekçesiyle mahkemece davanın reddine karar verilmiştir. Davacı tarafından, hukuka aykırı olduğu ileri sürülerek, anılan İdare Mahkemesi kararının temyizen incelenerek bozulması istenilmektedir. Danıştay'ın incelemesi sonucunda: ... Hastanesinde konulan tanı ve yapılan ameliyatın tıp kurallarına uygun olduğu belirtilerek, olayda davalı idarenin hizmet kusuru bulunmadığından davanın reddine karar verilmiş ise de; davacının sol bacağında ... Hastanesinde Ortopedi ve Travmatoloji servisinde yapılan ameliyatında matkap ucunun kırılması suretiyle kırılan parçanın yerinde bırakıldığı anlaşılmaktadır. Bu itibarla, her ne kadar kırılan oyucu matkap ucunun çıkarılmamasının kırık iyileşmesine etkisinin olmayacağı ve eksremitede kısalma veya sakatlığa neden olmayacağı belirtilmekte ise de davacı hastanın vücudunun bir bölgesinde böylesi bir yabancı cisim ile yaşamaya katlanması beklenemeyeceğinden bu yönüyle davacıya uygulanan tıbbi müdahalede sağlık hizmetinin kusurlu işletildiği sonucuna ulaşılmaktadır. Buna göre, İdare Mahkemesince; **gerek hastane idaresince temin edilen dril adlı parçanın metal yorgunluğu nedeniyle kırılması gerekse kırılan parçanın ameliyat bölgesinde bırakılması, olayda sağlık hizmetinin kusurlu işletildiğini gösterdiğinden**, davacının tazminat istemi hakkında bir değerlendirme yapılarak karar verilmesi gerekirken davanın reddi yolunda verilen kararda hukuki isabet görülmemiştir. Açıklanan nedenlerle, İstanbul 8. İdare Mahkemesi'nin kararının bozulmasına oy birliği ile karar verilmiştir şeklinde sonuç çıkmıştır.

* * *

Bir diğer karar örneğinde Danıştay 15. Dairesi'nin 22.10.2015 tarihli E: 2014/9309, K: 2015/6400 sayılı kararında davacının 02.09.2003 tarihinde ağaçtan düşerek yaralanması sonucu kaldırıldığı ...Hastanesi'nde hatalı tedavi uygulanarak %40 oranında sakat kalmasına neden olunduğundan bahisle uğradığını iddia ettiği maddi ve manevi zararlarının tazmini istemiyle açılmıştır. Samsun 2. İdare Mahkemesi'nce, ... Hastanesi'nde uygulanan tedavi süreciyle ilgili olarak tedavi sürecini yürüten doktor hakkında Samsun Cumhuriyet Başsavcılığına yapılan şikâyet sonrasında Adli Tıp Kurumu'na yaptırılan bilirkişi incelemesi sonucu düzenlenen rapor ile dosyada bulunan bilgi ve belgelerin birlikte değerlendirilmesinden, davacının tedavisinde sunulan sağlık hizmetinin kusurlu olduğu sonucuna varılarak, maddi tazminat isteminin kabulü, manevi tazminat isteminin kısmen kabulü, kısmen reddine karar verilmiştir. Olayda, mahkeme kararına dayanak alınan 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu'nun raporunda özetle, davacının kalça ve el bileğindeki kırıklar nedeni ile hastaneye yatırıldığı, el bileğine konservatif tedavi uygulandığı, kalçadaki lateral kollum femoris kırığına ise Smith Peterson plak vida uygulandığı, kalçada femur başı nekrozuna bağlı komplikasyonlar geliştiği anlaşılmış olup, düşme sonucu meydana gelen el bileğindeki kırık için gerekli tedavinin yapıldığı ve iyileşmiş olduğu, sağ lateral kollum femoris kırığında bölgenin damarsal yapısı itibariyle özellikle ileri yaşlarda kaynamanın mümkün görülmediği, başlangıçta parsiyel protez konmasının daha uygun olacağı, kaynamanın olmayacağını fark edip uygun osteosentez materyali ile gereken tedavisini gerçekleştirmediği cihetle tedaviyi gerçekleştiren doktorun kusurlu olduğu belirtilmiştir.

Davalı idare ve müdahil tarafından, karar düzeltme aşamasında dosyaya sunulan TOTBID (Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği) bilimsel görüş incelemesinde, 44 yaşındaki bir kişide lateral kollum femoris kırıklarında parsiyel protez uygulamasının gerektiği seklindeki bir görüşün kesinlikle doğru olmadığının belirtildiği, 44 yasındaki bir kişide, CHS (DHS) çivisinin lateral kollum femoris kırıklarında kullanılmasının doğru bir uygulama olduğu, Smith Peterson çivisinin, CHS (DHS) çivisi olarak değerlendirilmesinin kesinlikle eksik bilgiden kaynaklandığı, söz konusu olan şahıstaki arazın istenmeyen tıbbi bir komplikasyon olduğunun ifade edildiği hususu göz önüne alınarak, davacıya ilişkin dosya yeniden incelenmiştir.

Sağ kollum femoris kırığı sonrasında DHS (Richard çivisi) çivisi ile tespit edildiği halde diğer mütalaada

sehven Smith Peterson plak vida uygulandığı görüşünden hareketle, doktora kusur izafe edildiği ancak dosyanın yeniden incelenme neticesinde, gerçekte DHS çivisinin kullanıldığı ve şahsın ameliyat olduğunda 44 yaşında olması nedeniyle DHS çivisinin kullanılmasının doğru bir endikasyon olduğu anlaşılmıştır. Bu yaşta parsiyel protez uygulamasının gerektiği şeklindeki görüşün doğru olmadığı, söz konusu CHS (DHS) çivi uygulamasının cari ve tıbbi tedavi yöntemlerinden olduğu dikkate alındığında tedaviyi gerçekleştiren doktora kusur atfedilmediğinin belirtildiği görülmektedir. Bu durumda, davacıya sunulan sağlık hizmetinde kusur olup olmadığı yönünden çelişkili raporlar mevcut olup, davacıya parsiyel protez uygulamasının gerekli olup olmadığı ile davacıya uygulanan tedavide idarenin hizmet kusurunun bulunup bulunmadığının, 2659 sayılı Kanun hükümleri uyarınca dosyanın Adli Tıp Genel Kuruluna gönderilerek saptanmasından sonra karar verilmesi gerekmektedir. Açıklanan nedenlerle, davalı idarenin temyiz isteminin kabulü ile dosyanın yeniden bir karar verilmek üzere adı geçen mahkemeye gönderilmesine oy birliği ile karar verilmiş. **TOTBİD'in burada bilimsel görüş bildirerek hatalı bilgi ile ilerleyen davanın seyrini nasıl değiştirdiği açıkça görülmektedir.**

* * *

Başka bir davada İstanbul Anadolu 40. Sulh Ceza Mahkemesi'nce Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'ndan alınan raporunda "davacı hakkında düzenlenmiş adli ve tıbbi belgelerde bildirilen veriler Genel Kurulca tekrar değerlendirildiğinde, hastanın... . Hastanesi'ne sağ ayak bilek ağrısı şikâyeti ile başvurduğu, sağ ayak bileğinde talus iskemik nekrozu bulunduğu, tibiotalar, subtalar, talonavikular eklemlerinde artroz tespit edildiği ve doktor tarafından pantalar sağ ayak bilek artrodezi planlanarak yatırıldığı, tetkiklerinin yapıldığı, onam alındığı, anestezi tarafından görüldüğü, allogreft kullanılarak ayak bilek pantalar artrodez ameliyatı uygulandığı, ameliyat sonu alçı tespiti yapıldığı, yara takibinin düzenli yapıldığı, koltuk değnekleri ile yürütüldüğü, pansumanının temiz olduğu, ... tarihinde sorunsuz dikişlerinin alındığı kontrollere gelmek üzere taburcu edildiği, kişiye primer ayak bilek kireçlenmesi (artroz) teşhisi ile ortopedi kaynak **kitaplar ve literatür dışında** kemik allogreft kullanılarak artrodez ameliyatı yapıldığı, kişiye konulan ameliyat endikasyonu doğru olmakla birlikte uygulanan tekniğin güncel tıbbi uygulamalar içerisinde yer almadığı, yapılan ameliyatta allogreft kullanılmasının uygun olmadığı, doktorun bu yönden kusurlu bulunduğu, ancak bu ameliyatın ardından kişiye uygulanan ameliyatlarla hedeflenen amaç olan artrodezin elde edildiği" belirtilmektedir. Dava konusu olayda; davacının maddi tazminat istemi zarara uğradığına ilişkin bilgi ve belge bulunmadığından reddedilmiş ise de; uzuv yitirmesine bağlı oluşan iş gücü kaybından kaynaklı maddi zararının, iş gücü kaybının sağlık kurulu raporu ile tespit edildikten sonra zarar tespit bilirkişi raporu ile hesaplanarak maddi tazminat istemi hakkında bir karar verilmesi gerekirken, bu yönde bir araştırma yapılmadan eksik inceleme sonucu verilen kararda hukuki isabet bulunmamaktadır. Açıklanan nedenlerle; davalı idarenin esasa ilişkin temyiz istemi ile davacının manevi tazminatın reddine ilişkin kısmına yönelik temyiz isteminin reddiyle, İstanbul 2. İdare Mahkemesi'nin 24.11.2014 tarih ve E: 2013/2338; K: 2014/2284 sayılı kararının davanın esas ile kabul ve reddedilen manevi tazminata ilişkin kısmının onanmasına, davacının temyiz isteminin kısmen kabulüyle, reddedilen maddi tazminata ilişkin kısmının bozulmasına 04.02.2016 tarihinde oy birliği ile karar verildiği görülmektedir. (Danıştay 15. Daire 04.02.2016 tarihli E: 2015/4695, K: 2016/585 sayılı kararı).

* * *

Dava...hastanesinde yapılan ameliyatlarda davalı idarenin hizmet kusuru bulunduğundan bahisle uğranıldığı ileri sürülen 50,000,00-TL maddi ve 60,000,00-TL manevi olmak üzere toplam 110,000,00-TL zararın olay tarihinden itibaren işleyecek yasal faiziyle birlikte ödenmesine karar verilmesi istemiyle açılmıştır. Zonguldak İdare Mahkemesi'nce; Adli Tıp Kurumu 2. İhtisas Kurulu raporunun sonuç kısmında; gonartroz tanısıyla sağ dize total diz protezi uygulandığı, daha sonra iki defa sağ dizde kontraktür gelişmesi nedeniyle önce kapalı, sonra açık mobilizasyonun (gevşetme) yapıldığı, daha sonra başka bir sağlık kuruluşunda yara yerinde detaşman gelişmesi nedeniyle debridman ve hiperbarik oksijen tedavisinin uygulandığı, ardından enfekte olan implantın çıkarıldığı, antibiyotikli *spacer* konulduğu, sonrasında diz eklem arasındaki çimento *spacer* çıkartılarak debridmanı takiben antibiyotikli çimento ile revizyon diz protezinin yapıldığı, kişiye ait sağ diz MR incelemesinin istenilmesine rağmen gönderilmediği, operasyon öncesi yapılan sağ diz MR raporu ve ilgili hekimin ifadesi birlikte değerlendirildiğinde, total diz protezi operasyonu endikasyonunun bulunmadığı dolayısıyla, Ortopedi ve Travmatoloji uzmanının bu yönden kusurlu olduğu, endikasyonu bulunmayan ameliyat sonrası gelişen klinik tablonun kişinin yaşamını tehlikeye sokan bir durum olmadığı, kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olmadığı, sağ dizde protez uygulanmasının organlarından birinin işlevinin yitirilmesi niteliğinde olduğu ... ... " şeklinde mütalaa belirtildiği, ... Engelli Sağlık Kurulu Raporu ile bu operasyonlar sonucunda davacının %38 oranında engelli kaldığı, olayda davalı idarenin hizmet kusuru bulunması nedeniyle davacının iş gücü kaybı zararına ilişkin bilirkişi

incelemesi yaptırıldığı, taraflarca aleyhlerine ilişkin hükümler yönünden hukuka aykırı olduğu ileri sürülerek, anılan İdare Mahkemesi kararının temyizen incelenerek bozulması istenilmektedir. Danıştay 15. Daire 13.06.2016 tarihli E: 2016/2846, K: 2016/4378 sayılı kararında davalı idarenin temyiz isteminin kısmen kabulüyle Zonguldak İdare Mahkemesi'nin, miktar artırım dilekçesiyle artırılan tazminat miktarına idareye başvuru tarihinden itibaren faiz işletilmesine ilişkin bölümünün bozulmasına oy çokluğuyla, davalı idarenin temyiz isteminin kısmen reddi, davacının temyiz isteminin reddi ile anılan kararın, diğer kısımlarının onanmasına oy birliğiyle, bozulan kısım hakkında yeniden bir karar verilmek üzere dosyanın anılan mahkemeye gönderilmesine karar verilmiş.

* * *

Yapılacak her girişim için aydınlatma ve bunun sağlık çalışanı tarafından ispatlanması gerektiğine dair Yargıtay'ın vermiş olduğu bir kararda davacı, düşerek kolunu kırması ile davalı şirketin işlettiği hastaneye tedavi amacıyla gittiğini, ortopedi doktorunun muayenesi sonucu kendisine iğne yapıldığını ve iğne yapılır yapılmaz o anda sağ ayak bileğinin düştüğünü, topallamaya başladığını, bacağında oluşan güç kaybı nedeni ile davalının sorumlu olduğunu ileri sürerek, fazlaya ilişkin hakkı saklı kalmak kaydıyla, 20,000TL manevi 10,000TL maddi tazminatın faizi ile davalıdan tahsiline karar verilmesini istemiştir. Dava, davacıya davalının işlettiği hastanede hatalı enjeksiyon yapılması nedeniyle oluşan hasar nedeniyle istenilen maddi-manevi tazminata ilişkindir. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Alınan onam, baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir. Acil durumlar ile hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcisinin izni alınır." düzenlemesiyle aydınlatmanın ne şekilde yapılacağı açıklanmıştır. **Aydınlatılmış onamda ise ispat külfeti hekim ya da hastanededir**. Somut olayda, dosyaya kazandırılan adli tıp raporu ve üniversite öğretim üyelerinden oluşan bilirkişi heyetinden alınan raporda olayın komplikasyon sınırları içinde kaldığı belirtilerek davalının sorumlu olmadığı bildirilmiştir. Ayrıca bilirkişi raporunda, işlemi yapan doktorun işlemle ilgili hastasını bilgilendirmesinin tıbbi kurallara uygun olduğu da belirtilmesine karşın, az yukarıda belirtilen şekilde, davacının yapılan enjeksiyon öncesi, **enjeksiyonun komplikasyonları konusunda bilgilendirildiğine ilişkin aydınlatılmış onam düzenlendiği davalı tarafça ispat edilememiştir**. Vekil özenle davranma zorunda olup, en hafif kusurundan bile sorumludur. O nedenle davalı hastanenin meslek alanı içinde olan bütün kusurları, hafif de olsa sorumluluğun unsuru olarak kabul edilmelidir. O halde, mahkemece bu yön gözetilerek uygun miktarda manevi tazminat takdiri gerekirken, davanın tümden reddi usul ve yasaya aykırı olup, bozmayı gerektirdiği oybirliğiyle karar verildi. (Yargıtay 13. Hukuk Dairesi 07.04.2016 tarihli E: 2015/11729, K: 2016/9861 sayılı kararı)

* * *

Kamuda çalışan bir hekimin girişiminin hizmetten sayılıp sayılmaması ile ilgili bir kararda...Devlet Hastanesi'nde görevli ve memur olan davalı doktorun hastası olan davacıya zamanında ve gerekli tedaviyi yapmayarak bir kolunun omuzdan kesilmesine neden olduğu ve doktorun bu eyleminin görevinden ayrılabilir salt kişisel kusura dayandığı iddiası ile eldeki davanın açıldığı, Sağlık Bakanlığı'ndan müfettiş görevlendirilmesinin talep edildiği, müfettişlerce yapılan inceleme sonucunda "diğer iddiaların kanıtlanamadığı, ancak açık kırıklarda ilk 6–8 saat içinde ameliyathane ortamında debridman gerekli olduğu, bunda gecikildiği ve uygulanan antibiyotik tedavisinin de yetersiz kaldığı, doktor hakkında TCK'nın 459. maddesi ile yargılanmak üzere ceza davası açılması gerektiği" görüşüyle fezleke hazırlanıp, verilen 24.11.1994 gün ve 1994/52 sayılı lüzumu muhakeme kararı üzerine de ... Asliye 1. Ceza Mahkemesinin 06.05.1997 gün ve 1995/37 E. 1997/314 K. Sayılı kararıyla Türk Ceza Kanununun 459. maddesi gereğince cezalandırıldığı, bu kararın denetimden geçerek onandığı dosya kapsamı ile bellidir. **Ceza mahkemesi kararının dayanağı Yüksek Sağlık Şurası'nın davalı doktor hakkındaki kararın debridmanında gecikilmekle birlikte antibiyotik tedavisinde de geç kalındığı, bu nedenle 2/8 kusurlu olduğu" yönündeki kararıdır.** Unutulmamalıdır ki davacı ceza davasına müdahil olarak katılmış ve orada şahsi hak talebinde bulunabilecekken ceza yargılamasının devamı sırasında eldeki davayı açmıştır. *Bu olgular karsısında davalı doktorun salt idari bir görevin yerine getirilmesi sırasında zarara yol açmayıp, idari görevi cümlesinden olmakla birlikte hekimlik sanatının icrası sırasında hakkında verilip kesinleşen mahkûmiyet kararıyla da belirlenen ve görevinden ayrılabilen salt kişisel kusuru ile davacı zararına yol açtığında duraksama bulunmamaktadır.* Bir başka bakış açısıyla doktorla hasta arasındaki ilişki yönünden olay ele alındığında ise; öğretide ve yargı kararlarında memur ve kamu görevlisi doktorla hasta arasında kabul edilen iki çeşit ilişki söz konusudur. Bunlardan ilki kamusal ilişkidir. Bu ilişkide memur olan doktor görevini yaparken bir takım idari kurallarla bağlıdır ve bu bağlılık hastayı tedavi zorunluluğunun kişinin rızasını gerektirmediği tıbbi el atmalar (zorunlu aşı gibi ya da aids hastalığında olduğu gibi kamu sağlığının gerektirdiği hallerde) ve tıbbi el atma ve yardımı gerektirmeyen rapor düzenlenmesi gibi hallerde söz konusudur. Bu gibi idari görev ve yetkilerini

kullanırken doktor kusurlu eylemiyle bireylere zarar vermişse burada Anayasa'nın 129/5 maddesinin uygulanacağından kuşku bulunmamaktadır. Ancak somut olay bu yönü ile de ele alındığında davalı doktor kusurlu hareketiyle bireye zarar vermesi eylemi nedeniyle ceza mahkemesinde yargılanmış ve ceza almıştır. Doktor ceza mahkemesinde yargılanıp mahkûm olduğuna göre artık Anayasa'nın 129/5. maddesindeki memuru korumak amacı ortadan kalkmış, diğer taraftan da zarar gören kişi memura karsı kişisel sorumluluğa giderek dava açmıştır. Bu noktada sorunun anılan maddeye göre çözümlenmesi özsel olmaktan çok biçimsel bir yorum olur. Yeri gelmişken şunu hemen ifade etmek gerekir ki, memurun kasıtlı eylemi ile taksirli eylemi arasında kişisel kusurun varlığı noktasında bir farklılık bulunmamaktadır. İkinci ilişki ise sözleşme ilişkisi olup, bunun üzerinde de durmakta yarar vardır. Kişinin yaşam ve sağlığı onun kişisel değerlerini oluşturur. Kişilik hakkının korunduğu bu değerlere el atılması ancak tıbbi tedavi amacıyla ve doktorla hasta arasında oluşturulan bir sözleşmeyle yani izinle mümkündür. *Doktorla hasta arasındaki sözleşme ilişkisi kurulduktan sonra Anayasa'nın 129/5. maddesinin uygulanmaması ve doktora karşı doğrudan dava açılabilme olanağının varlığının kabulü gerekir. Çünkü zarar, memur ya da kamu görevlisi olan doktorun idari yetkilerini kullanırken değil tıp bilimi kurallarına göre yapılan tıp sanatının uygulanması sırasında meydana gelmektedir.* Tüm bu açıklamalar ışığında mahkemece **davalı doktorun eyleminin görevinden ayrılabilir bir eylem olmadığı, bu nedenle hakkında dava açılamayacağı, husumet ehliyetinin bulunmadığı gerekçesiyle verilen direnme kararı usul ve yasaya aykırı olup**, bozulması gerekmiştir. (Yargıtay Hukuk Genel Kurulu 26.09.2001 tarihli E: 2001/4–595, K: 2001/643 sayılı kararı).

Yukarıdaki kararla farklılığı bulunan bir karar da Yargıtay 4. Hukuk Dairesi tarafından 2012 yılında verilmiştir. Bu kararda dava, hatalı tedavi nedeniyle uzuv zaafi oluşmasından dolayı uğranılan maddi ve manevi zararın tazmini talebine ilişkindir. Davacı, ayağına dikiş iğnesi battığından tedavi için başvurduğu... Hastanesi ortopedi servisinde davalı doktorun müdahale ve tedavileri sonucunda bacağının sakat kaldığını belirterek tazminat talebinde bulunmuş; davalı Anayasa'nın 129. maddesi gereği kendisine husumet yöneltilemeyeceğini savunmuş, mahkemece dava kısmen kabul edilmiştir. **Kamu görevlilerinin yetkilerini kullanırken veya görevlerini yaparken kişilere zarar vermesi ilgili kamu kurumunun hizmet kusurunu oluşturur. Bu durumda sorumlu, kamu görevlisinin emrinde çalışmakta olduğu kamu kurumu olup dava o kurum aleyhine açılmalıdır**. (T. C. Anayasası 40/III, 129/V, 657 Sy. K. 13, HGK 2011/4–592 E., 2012/25 K.) Bu konuda yasal düzenlemeler emredici hükümler içermektedir. Diğer yandan sorumluluk hukukunun temel ilkeleri açısından bakıldığında da bu şekilde düzenlemenin mevzuatta yer almış olması zarar görenin zararının karşılanması yönünde önemli bir teminattır. Davaya konu edilen olayda; ... Hastanesi'nde uzman hekim olan ve kamu görevlisi sıfatını taşıyan davalının, görevini yerine getirmediği ileri sürülerek tazminat isteminde bulunulmuştur. Yukarıda açıklanan ilkeler ışığında, davanın idari yargı yerinde ve idareye karşı açılması gerekir. Davalıya husumet yöneltilemez. Husumet yokluğu nedeniyle davanın reddi yerine, işin esasının çözümlenmesi doğru görülmemiş ve bozmayı gerektirmiştir (Yargıtay 4. Hukuk Dairesi 09.10.2012 tarihli E: 2012/8855, K: 2012/14694 sayılı kararı).

* * *

Yargıtay 13. Hukuk Dairesi 08.02.2001 tarihli E: 2001/380, K: 2001/1303 sayılı kararında davacı, sağ kol bilek kısmında meydana gelen kırık sebebiyle tedavi için davalı şirkete ait... hastanesine başvurduğunu, kolunun ameliyat edilip 5 gün hastanede tutulmasına rağmen gereken tıbbi tedavi yapılmadığından kolunun şişip kangrene dönüştüğünü, hastaneden ayrılıp... . Tıp Fakültesi Hastanesi'ne gittiğini, orada kangren teşhisi konulup kolunun bilek ile dirsek arasından kesildiğini, zararlı sonucun davalı işletmenin kusur ve ihmalinden kaynaklandığını ileri sürerek fazlaya ilişkin hakları saklı kalmak kaydı ile iyileştirme giderleri, iş ve beden gücü kaybı karşılığı ve protez için şimdilik 250,000,000 TL. tazminatın olay tarihinden itibaren reeskont faizi ile birlikte davalıdan tahsiline karar verilmesini istemiştir. Davalı, olayın 1995 yılında meydana geldiğini, davada bir yıllık zaman aşımı süresinin gerçekleştiğini, öncelikle davanın bu yönden reddine karar verilmesini, esas yönden de davalının kolunu patoza kaptırdığını, meydana gelen kırıklar nedeniyle hastaneye başvurduğu tarihte kolunun kesilmesi gerektiğini, ancak inceleme sonucu gazlı gangren hücrelerine rastlanmadığından kolun tedavi ile kurtarılmaya çalışıldığını, ancak dokuda beslenme olmadığından kolun kesilmesinden başka çare kalmadığını, durum kendisine bildirildiğinde davacının buna razı olmadığını, amcasının gelip röntgen filmleri ile birlikte davacıyı alarak Ankara'ya götürdüğünü, görevin gereği gibi yerine getirildiğini, kusur bulunmadığını beyan ile davanın esas yönden de reddini savunmuştur. Yerel mahkemece, olayda davalının kusurunun bulunmadığı, özen görevinin tam olarak yerine getirildiği kabul edilerek dava reddolunmuş; hüküm davacı tarafından temyiz edilmiştir. Davacının kolunu patoza kaptırması sonucu kırıldığı, davalıya ait... hastanesinde cerrahi müdahalede bulunulduğu, kolunun kötüleşmesi nedeniyle hastaneden ayrılıp... . Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvurduğu, burada kolunun kesildiği uyuşmazlık konusu değildir. Uyuşmazlık davalıya ait

hastanedeki ilk tedavinin tıbbın gereklerine uygun yapılıp yapılmadığı, olayda doktor hatası olup olmadığı noktasında toplanmaktadır. Taraflar arasındaki ilişki bir vekâlet ilişkisidir. Dava özen borcuna aykırılık iddiası ile açılmıştır. **Vekil (doktor) işini yaparken bir işçi gibi özen göstermek zorundadır. (BK: s. 386–390, 321) bu nedenle en hafif kusurundan dahi sorumludur.** Doktor hastalığa tıbbı açıdan zamanında ve gecikmeksizin doğru teşhisi koymalı, önlemleri eksiksiz biçimde ve gecikmeksizin almalı, olayın gerektirdiği uygun tedaviyi gecikmeden belirleyip uygulamalıdır. **Tıbbın gerek ve kurallarına uygun davranılmakla birlikte sonuç değişmemiş ise doktor sorumlu tutulamaz**. Mahkemenin kararına dayanak yaptığı 23.06.2000 tarihli el cerrahisi, Ortopedi ve Travmatoloji uzmanlarından oluşan bilirkişi kurulu raporunda, olayın oluşumu ve uygulanan tedaviden söz edilip, ... bunun ortopedi uzmanlığını almış her ortopedist tarafından yapılabilmesi nedeni ile tıbbi hata düşünülmemiştir denilmiştir. Raporda, somut olaydaki gibi bir kırıkta, tıbbın gereklerine ve kurallarına uygun teşhis ve tedavi yöntemlerinin uygulanıp uygulanmadığı, bu konuda yukarıda açıklanan ilkeler doğrultusunda özen gösterilip gösterilmediği, yapılması gerekenle, yapılanın uyuşup uyuşmadığı açıklamalarına yer verilmemiştir. Açıklanan hususlar gözetilmeksizin eksik araştırma ve incelemeye, yetersiz bilirkişi raporuna dayanılarak yazılı biçimde hüküm kurulması usul ve yasaya aykırı olup bozmayı gerektirir.

* * *

Yargıtay 4. Ceza Dairesi 11.02.2004 tarihli E: 2003/1064, K: 2004/2055 sayılı kararında;

Trafik kazası sonucu hastane acil servisine getirilen ölenin, yapılan ilk müdahaleden sonra yatırıldığı ortopedi servisinde görevli sanık doktor ile hemşirenin uzun süre geçmesine rağmen zamanında ve yeterli kontrolmuayene ile ölende gelişen klinik bulgulara uygun gerekli müdahaleyi yapmak ya da yapılmasını sağlamaları gerekirken bunu yapmamaları nedeniyle Yüksek Sağlık Şurası'nın kararı ile ölüm olayında her bir sanığın 4/8 oranında kusurlu bulunduğunun belirtilmiş olması karşısında; dosya ile birlikte, ölen ile ilgili tüm raporlar ile hastane kayıt ve belgeleri gönderilmek suretiyle, Adli Tıp Kurumu'ndan sanıkların tedavide kusur veya savsamalarının bulunup bulunmadığı, bulunduğu saptandığı takdirde yükletilen savsama niteliğindeki eylemler ile ölüm arasındaki illiyedin belirlenmesine yönelik olarak, sanıkların kendilerine yasal normlar çerçevesinde yükletilen sorumluluklarını yerine getirmeleri durumunda dahi ölüm olayının gerçekleşip gerçekleşmeyeceğine ilişkin görüş alınarak; sanıkların bu yöndeki sorumluluklarını yerine getirmiş olmaları halinde yine de ölüm olayı kaçınılmaz biçimde gerçekleşeceği sonucuna varılması durumunda, eylemlerinin görevi savsama suçunu; ölüm olayının gerçekleşmesinde, sanıkların kendilerine yükletilen sorumluluklarını yerine getirmemelerinin etkili olduğu sonucuna varılması durumunda da taksirle ölüme neden olmak suçunu oluşturacağı ve kusur oranlarına göre cezalandırılmaları gerekeceği gözetilmeden, eksik soruşturmayla görevi savsama suçundan hüküm kurulması, yargılamanın bozma öncesi aşamadan başlayarak sürdürülüp sonuçlandırılmak üzere dosyanın esas/hüküm mahkemesine gönderilmesine oybirliği ile karar verildi.

* * *

Yargıtay 5. Ceza Dairesi 30.01.2014 tarihli E: 2012/11042, K: 2014/1038 sayılı kararında;

İddianame içeriğinde özetle "Suç tarihinde... Devlet Hastanesi'nde ortopedi uzmanı olarak görev yapan sanığın, geçirdiği trafik kazası nedeniyle hastaneye getirtilen katılanın vücudundaki yara ve kemik kırıklarının bir kısmını teşhis edip tedavi etmekle birlikte, sol femur boynu kırığını muayene ve röntgen filmiyle tespit edemediği, katılanın taburcu olduktan sonra ağrılarının devam etmesi üzerine... Üniversitesine giderek muayene olduğu ve sanığın tespit edemediği kırık nedeniyle ameliyat geçirdiği, sanığın katılanın muayenesi sırasında gerekli dikkat ve ihtimamı göstermeyerek görevini ihmal ettiği" iddia edilmiş ve sevk maddesi olarak 5237 sayılı TCK'nın 257/2, 53. maddeleri gösterilmiş ise de, Adli Tıp Kurumu İhtisas Kurulu raporunda katılanın tedavisi sırasında pelvis filmi çektirilmesi halinde parçalı intertrokanterik kırığın tespitinin mümkün olduğu, söz konusu filmin çekilmemesinin tıp kurallarına uygun olmadığı kanaatinin bildirildiği, ihmal suretiyle görevi kötüye kullanma suçunun kasıtla işlenebileceği, iddianame anlatımının ise taksirle yaralama suçuna uyduğu, Yargıtay Kanununun 14. maddesi ve yukarıda açıklanan Ceza Daireleri Başkanlar Kurulu kararlarında ortaya konan ilkeler doğrultusunda, tesis edilen hükmün incelemesini yapmakla görevli dairenin belirlenmesinde, yanlış gösterilen sevk maddelerinin değil vasfi iddianame metninde açıkça anlatılan suçun dikkate alınması gerektiği ve bu durumda temyiz inceleme görevinin Yüksek 12. Ceza Dairesine ait olduğu anlaşıldığından dairemizin görevsizliğine, dosyanın ilgili daireye gönderilmesine, 30.01.2014 tarihinde oybirliğiyle karar verildi. Söz konusu karar Yargıtay'ın ilgili dairesinin görevsizliği üzerine verilmiş olmakla birlikte hekime atfedilen suç açısından önem arz etmektedir.

* * *

Yargıtay 12. Ceza Dairesi 30.06.2014 tarihli E: 2013/16064, K: 2014/16108 sayılı kararında;

Ölenin trafik kazası sonucu, ... Hastanesi'ne yatırıldığı, burada tedavisi için gerekli ekipman bulunmadığı

gerekçesi ile sevki için... Üniversitesi Hastanesi ortopedi servisinin nöbetçi asistanı sanığın arandığı, sanığın da icapçı doktor sanığı telefonla aradığı, yoğun bakımda boş yatak olmadığının anlaşılması üzerine, sanığın hastanın... Hastanesinde yoğun bakım şartlarında bakılmasının iyi olacağı, boş yatak olmadığından sevkinin uygun olmayacağı, İzmir'e gönderilmesi halinde yolda ölebileceğini söylediği, sanığın bu görüşleri... . Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji bölümünde görevli doktora aktardığı, hastanın durumunun kötüleşmesi üzerine... Hastanesi'nden... Tıp Fakültesi Hastanesi'ne sevk edildiği, buradaki müdahalelerin ardından hastanın öldüğü; olay nedeni ile düzenlenen Yüksek Sağlık Şurası'nın raporu gereğince, yoğun bakım servisinde boş yatak bulunmaması nedeni ile üniversite hastanesinde görevli olan sanıkların kusurlarının bulunmadığına ilişkin mahkemenin kabulünde isabetsizlik görülmediğinden tebliğnamedeki bozma düşüncesine iştirak edilmemiştir.

Sonuç: Yapılan yargılama sonunda, suç açısından faillerin taksirinin bulunmadığı gerekçeleri gösterilerek mahkemece kabul ve takdir kılınmış olduğundan, katılan vekilinin, **1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 75. maddesinin Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmesi nedeni Yüksek Sağlık Şurası tarafından düzenlenen raporun hükme esas alınamayacağına**, eksik incelemeye, kusurlu olan sanıkların eylemlerinin *TCK'nın 83. maddesinde düzenlenen suçu oluşturduğuna* ilişkin temyiz itirazlarının reddiyle, sanıkların beraatlarına ilişkin hükümlerin isteme aykırı olarak onanmasına oy birliği ile karar verildi.

* * *

Adli Tıp Kurumu'nun iki ihtisas kurulu arasındaki birbirinden farlılık arz eden raporuna istinaden Yüksek Sağlık Şura'sına gönderilen bir dosyada; katılanın geçirmiş olduğu trafik kazası nedeniyle sağ femur orta diafiz ve sol femur kırığı tanısı ile kaldırıldığı hastaneden acil patoloji düşünülmediğinden kendi isteği ile sanığın çalıştığı... Hastanesine sevk edildiği, ortopedi uzmanı olan sanık tarafından ameliyata alınarak katılanın, sol femur suprakondiler kırığı için kapalı redüksiyon ve uzun bacak alçı, sağ femur diafiz kırığına kilitli intramedüller çivi uygulaması yapılıp önerilerle birlikte taburcu edildiği, kontrol muayenelerinin sanık tarafından yapıldığı, ancak sanığın işine son verilmesi nedeni ile hastaneden ayrılmasından sonra, katılanın kontrolünün belirtilen hastanede yeni göreve başlayan doktor tarafından 15 gün süre ile yapıldığı, katılana sağ bacaktaki kırığın kaynamaya başlaması nedeniyle koltuk değneklerini tamamen bırakması ve sağ bacağının üzerine tek değnekle basarak yürümesi gerektiği şeklinde öneride bulunulduğu, katılanın sağ bacağındaki ağrı ve şişlik nedeniyle aynı hastaneye gitmek istediğinde, önce adı geçen doktorun izinli olduğunun, sonra da görevden ayrıldığının belirtilmesi üzerine 10 gün süreyle yeni bir doktorun gelmesini beklediği, 18.03.2008'de fizik tedavi uzmanınca yeni bir kırıktan şüphelenilerek ortopedi uzmanına yönlendirildiği, evvelce konulan implantın kırılmış olduğu saptanarak ameliyat önerisi üzerine, ... Hastanesinde yeniden ameliyat edilmesi neticesinde; katılanın organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflaması niteliğinde yaralandığı, kusur durumuna ilişkin Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulu tarafından 21.06.2010 tarihinde düzenlenen raporda, kusur değerlendirmesi yapılmaksızın 10 mm (olması gerekenden ince) çivi çakıldığı bilateral femur kırığı olması nedeniyle sola da operatif tedavinin tercih edilmesinin gerektiği, ancak alçılı tedavi tercih edildiği, takiplerinde solda alçı olması nedeniyle sağa ister istemez yük vermek zorunda kaldığı, postop 7. ay içinde tek değneğe geçilerek yön verildiği, bu esnada sol alt ekstremite gerektiği biçimde kullanılamadığı için implantın distal çivi seviyesinden kırılması sonucu sağda refraktür meydana geldiği, kırığın iki taraflı olması, soldan gerektiği gibi destek alınamaması ve sağda implant kırılması ve refraktür meydana gelmesi hususunun kırık sonrası görülmesi beklenir komplikasyonlar arasında sayılmasının uygun görüldüğü şeklinde görüş bildirdiği, Adli Tıp Kurumu 2. İhtisas Kurulu'nca düzenlenen sağ femur diafiz kırığına kilitli intramedüller çivi, sol femur kırığı için kapalı redüksiyon ve alçı tespiti girişimlerinin endikasyonu bulunduğu ve yapılan tedavi yönteminin usule uygun olduğu, takiplerde sağ femur kırığındaki kaynamanın yetersiz olduğu, soldaki kırık nedeniyle sol uyluğun alçı içinde oluşunun ayakta durma ve özellikle yürüme esnasında sağ tarafa daha fazla yük bindirmeyi gerektirdiği, metal implantlarda yorgunluğun söz konusu olduğu ve tüm bu nedenlerle sağ femurdaki çivinin kırılabileceği, ayrıca çivinin kırıldığı dönemde bu hastanedeki görevinin sona ermesi nedeniyle... . doktorun hastasını takip ve kontrol imkânının bulunmadığı ya da kısıtlı olduğu, femur ameliyat materyalinin kırılması sonucu farklı bir klinikte ameliyat edildiği, oluşan plak kırılmasının kırığın bir komplikasyonu olduğunun ve kırık kaynamasına sistemik ve genel faktörler olarak çoklu faktörlerin etki ettiğinin bilindiği, kaynama durumuna kadar kullanılan ameliyat malzemelerinin yük taşıdığı, zamanla kaynama gerçekleşmezse tüm ameliyat malzemelerinin kırılabileceği cihetle doktora atfedilebilecek ihmal ya da kusur bulunmadığı, daha sonra yapılan ameliyat ve tedavilerin tıp kurallarına uygun olduğu şeklindeki görüşü ile sanığın kusurunun bulunmadığının bildirildiği hususu nazara alınarak, raporlar arasındaki çelişkinin giderilmesi için tüm dosyanın Yüksek Sağlık Şurası'na gönderilerek, sanık tarafından katılana uygulanan tedavinin yerinde olup olmadığı, katılanın sağ ayağına takılan

implantın kalınlığının yaralanma niteliği için yeterli olup olmadığı, sanığın hastaneden ayrılmasının netice üzerinde etki oluşturup oluşturmadığı da belirlenmek suretiyle düzenlenecek raporun sonucuna göre sanığın hukuki durumunun takdir ve tayini gerekirken, yazılı şekilde eksik inceleme ile hüküm kurulmasından dolayı hükmün bu sebepten dolayı bozulmasına oy birliği ile karar verildi (Yargıtay 12. Ceza Dairesi 19.06.2014 tarihli E: 2013/17828, K: 2014/15298 sayılı kararı).

* * *

Yargıtay 13. Hukuk Dairesi 13.12.2013 tarihli E: 2013/29954, K: 2013/31321 sayılı kararında;

Davacı yüksekten düşme sonucu, ayağında kırık olması nedeniyle tedavi amacıyla... Hastanesi'ne başvurduğunu ve acil servisinde çekilen röntgenlerle birlikte daha iyi bir tedavi göreceği umuduyla, davalı özel hastaneye yatırıldığını, davalı doktor tarafından ameliyat edildiğini, ameliyattan bir süre sonra yürümek istetildiğinde yürüyemediğini, tekrar çekilen filminde femur boyun kırığının tespit edildiğini, doktorlara danışıldığında, sakat kalma tehlikesinin bulunduğunu, bunun üzerine... Hastanesine gittiğini, yapılan kontrollerde ameliyatta gerekli dikkat ve özenin gösterilmediğini, özellikle çekilen tomografilerde ayak bileği kemiklerinden talus kemiğindeki kırığın görülemediğini, yapılan yanlış ameliyat sonucu ayağını kaybetme tehlikesi bulunduğunu, ayrıca ameliyatta orijinal çivi kullanılmadığını ileri sürerek fazlaya dair haklarının saklı kalmak kaydıyla 10,995,00 TL maddi ve 5,000,00 TL manevi tazminatın davalılardan müştereken ve müteselsilen tahsiline karar verilmesini dilemiştir. Davalı doktor davacıya ameliyatın kendi tarafından yapılmadığını, aynı hastanede çalışan ortopedi uzmanı diğer doktor tarafından gerçekleştirildiğini, davanın husumet nedeniyle reddini, esas yönünden de reddini dilemiştir. Davalı ... Sağlık Hizmetleri Ltd. Şti. nde, davacının hastaneye geldiğinde çekilen röntgenlerden anlaşılacağı üzere, femur boynunda herhangi bir kırık ya da çatlak bulunmadığını, daha sonraki röntgen görüntülerinde böyle bir kırığın ikinci bir darbeye maruz kaldığını gösterdiğini, talus kırığına ilişkin beyanlarının gerçeği yansıtmadığını, yapılan ameliyatla da ilgisi bulunmadığını, sahte çivi kullanıldığı iddialarının da doğru olmadığını, davanın reddini dilemiştir. Yerel mahkemece, davalı ... hakkında açılan davanın feragat nedeniyle reddine, diğer davalı hastane işleticisi olan şirket hakkındaki davanın ise, adli tıp raporu nazara alınarak kusur izafe edilemeyeceğinden bahisle reddedilmiş, hüküm davacı tarafından temyiz edilmiş, verilen karar dairemizce onanmış, davacı bu kez karar düzeltme isteminde bulunmuştur. Sağlık memuru ve hastanenin meslek alanı içinde olan bütün kusurları, hafif de olsa, sorumluluğun unsuru olarak kabul edilmelidir. Somut olayda Adli Tıp raporunda, (sh. 6), şahsın dosyada olan grafide kalça ve femurun görüldüğü, femur diafizde kırığın mevcut olduğu, kollum femoriste kırık hattının tespit edilemediği, yine diğer bir grafide femur boynunda kırık hattının görülemediği, intramedüler çivinin üzerinde olduğu grafi resminde kollum femoriste kırık hattının görülemediği, femur diz dahil grafisinde intramedüler çivinin alt ucunun görüldüğü, ayak bilek AP-Lat grafide ayak bileğin alçı atel ile tespitli olduğu, lat grafide talus kırığının görüldüğü, AP grafide alçı ile süperpoze olduğundan talus kırığının seçilemediği, ayak bilek BT'sinde talus kırığı kaynamasının yeterli olmadığının görüldüğü, dosyadaki iki adet kalça dahil femur grafilerinde her ikisinde de intramedüler çivinin görüldüğü, grafilerden bir tanesinde femur boynuda kırık hattının görülemediği, diğerinde femur boynunda kırık hattının görüldüğü belirtilmiş, sonuçta ise ameliyattan 45 gün sonrası çekildiği ifadelerde belirtilen, üzerinde çivi olan kalça dahil femur grafisinde kırık kenarlarının küntleştiği ve minimal kaynamanın başladığı ve aynı filmde kollum femoriste ayrılmış kırık hattının görüldüğü, kollum femoriste oluşan kırığın, ameliyattan 45 gün sonrası çekildiği ifadelerde belirtilen grafide görülmesi kırığın ameliyat sonrası maruz kalınabilecek herhangi bir travma ile oluşabileceğinin kabulü gerektiği, üzerinde kod numarası bulunan çivinin femur ve humerus kırıklarında kullanıldığı, sahte olup olmadığının imalatçı veya ithalatçı firmadan araştırılabileceği, *davalı doktora ve hastaneye kusur izafe edilemeyeceği* mütalaa olunmuş ve mahkemece de bu rapora itibar edilerek hüküm tesis edilmiştir. Oysa az yukarıda da açıklandığı üzere, **hastane yönetimi kayıtların tutulmasından sorumlu olup**, ibraz olunan ve tarihsiz çekilen filmlerin hangi hastanede çekildiğinin araştırılmak suretiyle, davalı hastanede çekildiğinin anlaşılması durumunda üzerinde tarih bulunmamasının hastanenin kusurundan kaynaklandığının kabul edilmesi gerektiği gibi, Adli Tıp raporunda, ameliyattan 45 gün sonra çekildiği ifadelerde belirtildiğinden, bu ifadelerin davalı tanıklarının beyanlarına göre bu saptamanın yapıldığı, oysa tanıkların ifadelerine itibar edilemeyeceği, davacı tarafın Adli Tıp raporuna itirazları da dikkate alınarak gerekirse üniversitelerin ilgili kürsülerinden (Ortopedi ve Travmatoloji, radyoloji) seçilecek akademik kariyere sahip bilirkişi heyetinden rapor alınarak, kayıtların düzenli tutulmasından davalı hastanenin sorumlu olduğu da gözetilerek hasıl olacak sonuca uygun bir rapor alınması gerekirken, eksik incelemeyle ve yetersiz Adli Tıp raporuna dayalı olarak hüküm tesisi usul ve yasaya aykırı olup, bu sebeple kararın bozulmasına karar verilmiştir.

* * *

Yargıtay Genel Kurulu'nun vermiş olduğu bir kararda sıkışarak yaralanma üzerine sanık doktorların görevli olduğu... Hastanesi'ne kaldırıldığı, burada çeşitli branşlarda asistan veya uzman doktor olarak görev yapan

sanıklarca çeşitli tetkik ve değerlendirmelerden sonra aynı gün saat 18:00 sıralarında hastaneden taburcu edildiği, yakınlarının hastanın durumunun kötü olduğunu söyleyerek karşı çıkmaları üzerine acil serviste görevli sanık tarafından ortopedi ve üroloji bölümlerine yönlendirildikleri, ortopedi bölümünde ortopedik olarak acil cerrahi bir müdahaleye gerek olmadığından yatış yapamayacaklarının söylendiği, akabinde gittikleri üroloji bölümünde de üroloji uzmanının bulunmaması nedeniyle sonuç alamadıkları, hastanın yakınları tarafından kiralanan bir ambulansla önce polis merkezine götürülüp orada ifadesinin alınmasından sonra evine ulaştırıldığı, eve varmalarından sonra, hastanede iken öleni muayene eden üroloji uzmanı sanık doktorun telefonla hasta yakınlarını arayıp hastanın idrar yapıp yapmadığını sorduğu, ona hastanın henüz idrar yapmadığını üroloji bölümündeki doktorlarca görülmeden hastaneden çıkartıldıklarını anlattıkları, onun da hastanın idrarını kendisinin yapabileceğini bir sorun olursa pazartesi günü polikliniğe getirmelerini söylediği, sonra hastanın evde yediği yemeği istifra ederek çıkarması nedeniyle yakınlarının hastaneye ulaşmaya çalıştıkları, tam bu sıralarda kazaya karışan kamyonun sahibi olan şirketin görevlilerinin öleni ziyarete geldikleri ve kendi şirketlerinin doktorundan faydalanabileceklerini söyledikleri, şirket doktorunun bulantıya ilişkin verdiği ilaçlar kısa süreli rahatlama sağlasa bile yemek yediğinde aynı sorunu yaşadığı, ölenin yakınlarının gece 01:00 sıralarında... Hastanesi'ni arayıp hastanın kusmalarının ara ara devam ettiğini ve idrarının kanlı geldiğini söyledikleri, hastane görevlisinin onlara o an için üroloji doktoru olmadığını gerekirse başka bir hastaneye götürebileceklerini ifade ettiği, daha sonra tekrar rahatsızlanması üzerine ölenin yakınlarının tekrar ...Hastanesini aradıklarında görevlinin hastayı daha önce götürmüş oldukları hastaneye götürmelerini tavsiye ettiği, ...Hastanesine ulaşmaya çalıştıkları sırada hastanın kötüleştiği ve gözlerinin kaydığı, ancak bu durumun hastanın önceden müptela olduğu epilepsi hastalığından kaynaklanmış olabileceğini düşündükleri ve 112 acil servisi arayıp ambulans istedikleri, saat 10:00 sıralarında eve gelen ambulans görevlilerinin hastanın öldüğünü tespit edip şok tedavisi ile hayata döndürmeye çalıştıkları ancak sonucun değişmediği, ölü muayene işleminde klasik otopsi yapılmasına karar verildiği, klasik otopsi işleminde "sağ akciğerin kaplan postu görünümde olduğu, sol akciğerin ise soluk olup yüzey ve kesitlerinde bir özellik görülmediğinin ve kişinin ölümünün, trafik kazasıyla husule gelmesi mümkün künt genel beden travması sonucu çok sayıda kot ve etraf kırıklarıyla karakterli iç organ yaralanmalarından gelişen iç kanama sonucu meydana geldiği" hususunun tespit edildiği, Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu tarafından düzenlenen raporda; otopsideki makroskopik akciğer bulgularına göre kişinin ölümünün göğüs ve batın travmasına bağlı kot fraktürleri, pelvis fraktürü ve gelişen komplikasyonlar (akciğer embolisi) sonucu meydana gelmiş olduğunun bildirildiği, olay tarihinde genel cerrahi açısından acil operasyon endikasyonu yoktu, hastaya ortopedi, üroloji, beyin cerrahi konsültasyonları önerildiği bilgilerine yer verildiği, üroloji uzmanı hastanın ortopedi veya genel cerrahi tarafından eksplore edilirse sistostomi açık olarak konulabileceğinin önerildiği, saat 18:30'da da hastanın idrar durumunu öğrenmek için doktorun acil servise geldiği hususlarının yer aldığı, beyanlarına göre hastanın hem ortopedi uzmanı sanık doktor hem de ortopedi asistanı sanık doktor tarafından muayene edilmesinden sonra düzenlenen konsültasyon notunda; bilinç açık oryante ve koopere, TA 11/60, Nb 70, pelvik instabil, bilateral alt ekstremite motor muayene (+), nörolojik defisit (0), sol pubis inferior kenar ve sol asetabulum ön duvarda fraktür (+), olup ortopedik olarak hastaya cerrahi müdahale düşünülmediği, ortopedik cerrahi endikasyonu olmamakla beraber, bir buçuk ay yatak istirahatının uygun görüldüğü açıklamasının yapıldığı, doktor olarak görev yapan sanıkların ölen üzerinde gerçekleştirdikleri tetkik, teşhis ve tedaviye ilişkin uygulamalarının tıp kuralları bakımından değerlendirilmesine ilişkin olarak alınan çeşitli raporlarda sanıklarca yapılan işlemlerin ve verilen kararların etraflıca değerlendirmeye tabi tutulduğu, **sonuç olarak sanıkların branşlarına ilişkin inceleme ve teşhis noktasında tıp kurallarına uygun hareket ettikleri, ancak genel beden travmasına maruz kalmış olan ölenin en az 24 saat müşahede altında tutulması gerekirken hastaneye başvurusundan 6–7 saat kadar sonra taburcu edilmesinin tıp *kurallarına uygun olmadığı sonucuna varıldığı,*** *otopsi raporları ile Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu raporlarına göre ölümün* "göğüs ve batın travmasına bağlı kot fraktürleri, pelvis fraktürü ve gelişen komplikasyonlar (akciğer embolisi) sonucu meydana gelmiş olduğunun" tespit edildiği, yine Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu raporunda "ölüm nedeni olan akciğer embolisinin önceden öngörülecek ve engellenebilecek bir sebep olmadığı da tıbben bilindiğinden bu eksikliğin ölüme katkısı bulunmadığının mütalaa edildiği, bu itibarla alınan raporlarda bir eksikliğin bulunmadığı ve bu raporların sanıkların hukuki durumlarını tereddütsüz bir şekilde tespit etmeye elverişli oldukları anlaşıldığından eksik araştırmayla hüküm kurulmadığının kabulü gerekmektedir. Danıştay'ın ilgili dairesinin vermiş olduğu bu çoğunluk görüşüne katılmayan Genel Kurul Başkanı ve üç Genel Kurul Üyesi; "Ölenin genel beden travması sonucu gelişen akciğer embolisi nedeniyle öldüğü raporlarda bildirildiğine göre, sanıklar tarafından 24 saat müşahede altına alınmış olması halinde, emboli gelişmesinin önüne geçilip geçilemeyeceği veya emboliden sonra derhal teşhis ve müdahale edilerek ölüme engel olunup olunamayacağı hususunda rapor alınması gerektiği bu itibarla eksik araştırma ile hüküm

kurulduğundan yerel mahkeme hükmünün öncelikle bu yönden bozulmasına karar verilmesi gerektiği" düşüncesiyle karşı oy kullanmışlardır. Eksik araştırma ile hüküm kurulmadığının kabul edilmesi nedeniyle sanıkların olayda görevlerinin gereklerini yapmada ihmal gösterip göstermedikleri, ihmal gösterdiklerinin kabulü halinde ise gerçeklesen ölüm neticesi ile eylemleri arasında nedensellik bağı bulunup bulunmadığı, buna bağlı olarak da eylemlerinin taksirle ölüme neden olma suçunu mu, yoksa TCK'nun 257/2. maddesi kapsamında görevi ihmal suçunu mu oluşturacağının belirlenmesine, doktor olarak görev yapan sanıkların, 24 saat müşahede altında tutmaları gerekirken 6–7 saat içinde taburcu etmeleri nedeniyle olayda görevlerinin gereklerini yapmakta ihmal gösterdikleri, ancak bu davranışları ile meydana gelen ölüm neticesi arasında nedensellik bağının bulunmadığı, başka bir anlatımla sanıklarının ihmali davranışlarının ölüme neden olacak nitelikte bulunmadığı, zira ölümün genel beden travması nedeniyle öngörülemeyecek ve engellenemeyecek biçimde ortaya çıkan akciğer embolisi komplikasyonu nedeniyle gerçekleştiğinin bilirkişi raporlarıyla kesin olarak belirlendiği, bu nedenle *sanıkların ölüm sonucundan sorumlu tutulamayacakları*, bununla birlikte genel beden travmasına maruz kalmış öleni erken taburcu etmek suretiyle görevlerinin gereklerini yerine getirmekte ihmal gösterdikleri, bu ihmal nedeniyle ölenin ölüm anına kadar yaşadığı çeşitli sıkıntılara maruz kalmasına diğer bir deyişle mağduriyetine sebep oldukları anlaşıldığından, *sanıkların eylemlerinin TCK'nun 257/2. maddesi kapsamında görevi ihmal suçunu oluşturduğu* ve bu suçtan mahkûmiyetlerine karar verilmesi gerektiği gözetilmeden beraatlarına karar verilmesinde isabet bulunmamaktadır" denilmektedir (Yargıtay Ceza Genel Kurulu 09.12.2014 tarihli E: 2014/12–103, K: 2014/552 sayılı kararı).

* * *

Yargıtay'ın Ceza Dairesinin vermiş olduğu bir kararda dosya içeriği, Adli Tıp Kurumu 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu'nun ve Yüksek Sağlık Şurası'nın raporlarına göre; 22.11.2005 tarihinde meydana gelen trafik kazası nedeni ile yaralanan katılanın, aynı gün getirildiği ... Hastanesinde Ortopedi ve Travmatoloji doktoru olan sanık tarafından muayenesi yapıldıktan sonra "sağ asetabulum, femur kırığı ve dolaşım bozukluğu tanısı" ile yatışının yapıldığı, ayağı alçıya alınan katılanın kalp damar uzmanının muayenesi sonrasında "alt ekstremite dolaşım bozukluğu" nedeni ile ...Hastanesine sevk edildiği ve buradaki tedavisi sırasında katılana sağ diz altı ampütasyonu yapıldığı, mevcut arter ve ven yırtığının fark edilmemiş olması, katılanın yeterince takibinin yapılmamış olması ve **kalp damar cerrahi konsültasyonunun geç yapılması nedenleri** ile sanık doktorun, mesleğinin gerektirdiği objektif özen ve dikkat yükümlülüğünü yerine getirmemek suretiyle katılanın yaralanmasına neden olduğu anlaşılmakla; ***sanığın sabit olan taksirle yaralama suçundan mahkûmiyetine karar verilmesi gerekirken*; görevi kötüye kullanma suçundan hüküm kurulmasının kanuna aykırı olduğuna oybirliği ile karar verildi** (Yargıtay 12. Ceza Dairesi 23.06.2014 tarihli E: 2014/28, K: 2014/15418 sayılı kararı).

* * *

Yargıtay 13. Hukuk Dairesi 05.11.2014 tarihli E: 2014/8036, K: 2014/34353 sayılı kararında;

Davacı, 2010 yılının Ekim ayında sağ bacağında menüsküs ve kıkırdak bölümünde kireçlenme olduğundan ...Tıp Merkezi'ne başvurduğunu, Ortopedi ve Travmatoloji uzmanı olarak görev yapan doktorun bir takım tetkiklerin ardından sağ bacağından ameliyat olması gerektiğini söylediğini, ameliyat öncesinde davalı anestezi ve reanimasyon uzmanı doktorun belinden iğne vurarak sağ bacağını uyuşturmaya çalıştığını, operasyonu gerçekleştirecek olan davalı doktorun hastanın tepkime vermesi sebebiyle bacağın uyuşmadığını fark ettiğini, ikinci iğnenin yapıldığını, yine uyuşmadığı fark edilince tekrar iğne yapıldığını, son iğnenin ardından kendinden geçtiğini ve uyandığında servise indirilmiş olduğunu, aynı gece kendine geldiğinde sol elinden dirseğine kadar karıncalanma ve uyuşma olduğunu fark ettiğini, ameliyat sonrası olduğu için durumun normal olduğu belirtilerek ağrı kesici iğne yapıldığını ve ertesi gün taburcu edildiğini, 15 gün sonra kontrole gittiğinde sol kolundaki şikâyetin aynen devam ettiğini bildirdiğini, ancak önemli bir durumun bulunmadığı ve geçeceğinin söylendiğini, aralık ayında davalı doktordan tekrar randevu aldığını ve sorunun halen devam ettiğini, bunu aşırı şekilde hissettiğini belirttiğini, davalı tarafından EMG çekilmesi istenerek bir sorun olmadığının belirtildiğini ve nöroloji doktoruna sevk edildiğini, nöroloji bölümünde yapılan tetkiklerde sol elinin avuç içinde 10 cm, dirseğinde ise 20 cm sinir sıkışması olduğu sonucuna ulaşıldığını, ardından davalı doktorun elinden ve kolundan olmak üzere iki yerinden cerrahi operasyon yapılması gerektiğini belirterek iki gün sonra ameliyata aldığını ve taburcu edildiğini, ertesi günü çok yüksek oranda ağrı ve sancı şikâyeti ile karşılaştığını ve derhal aynı hastanenin acil servis bölümüne başvurduğunu, nöbetçi doktorun kolunun şiştiğini ve parmaklarının morardığını gözlemleyip hemen davalı doktora ulaşılması gerektiğini söylediğini, ancak kendisine ulaşılamayınca aynı hastanede görevli diğer ortopedi uzmanı tarafından elinin yarım alçıya alındığını, 15 gün sonra dikişlerin alındığını, elinin ve parmaklarının şiştiği fark edilince yapılan tetkiklerde halen sinir sıkışması bulunduğunun tespit edildiğini, nisan ayında tekrar davalı doktora başvurduğunda, tekrar bir cerrahi operasyon gerektiğini, önceki hatalı uygulama sebebiyle

bu kez para alınmayacağını bildirerek kendi kusurunu ortaya koyduğunu, şikâyetlerinin aynen devam ettiğini, hiçbir düzelme olmadığını sağ bacağından ameliyat olmak için başvurduğu hastanede sol kolundan sakat kaldığını, bu duruma özensiz ve yanlış uygulamalar ile hatalı işlemlerin sebebiyet verdiğini, sol kolunda bariz bir fonksiyon kaybı bulunduğunu, ayrıca dış görünüş itibariyle de sakatlığın kolaylıkla tespit edilebildiğini, bu durumun ... Üniversitesi tarafından verilen sağlık kurulu raporu ile de belli olduğunu, maddi ve manevi olarak büyük zarar gördüğünü ileri sürerek, fazlası saklı kalmak üzere 1,000,00 TL maddi, 50,000, 00 TL manevi tazminatın olay tarihinden itibaren faiziyle tahsiline karar verilmesini istemiştir. Davalılar, davacının tedavisinde yapılması gereken her türlü tıbbi işlem ve müdahalenin yapıldığını, hiçbir kusurun bulunmadığını savunarak davanın reddini dilemiştir. Mahkemece, davanın reddine karar verilmiş; hüküm, davacı tarafından temyiz edilmiştir. Davacı, davalı hastanede görevli diğer davalı doktorlar tarafından sağ bacağında menüsküs ve kıkırdak bölümünde kireçlenme nedeniyle yapılan ameliyat sonrasında sol kolundan sakat kaldığını, hem bedensel hem de ruhsal olarak büyük üzüntü ve çöküş yaşadığını, ameliyatlardan sonra sol kolunda bariz bir fonksiyon kaybı bulunduğunu, ayrıca dış görünüş itibariyle de sakatlığın kolaylıkla tespit edilebildiğini ileri sürerek, maddi ve manevi zararının tahsili istemi ile eldeki davayı açmıştır. Somut olaya bakılacak olursa; davalı doktorların cerrahi müdahalede bulunduğu davacının iki kez ameliyat, tedavi ve müdahalelere maruz kaldığı anlaşılmaktadır. Adli Tıp Kurumu 2. İhtisas Kurulu'nun 08.02.2013 tarihli raporuna göre;"... davacıya konulan tanılar, yapılan ameliyatlar ve uygulanan anestezi yöntemlerinin tıp kurallarına uygun olduğu, davacıda ameliyat sonrası oluştuğu iddia edilen sol kolda sinir sıkışması (kubital tünel ve karpal tünelde) ile spinal anestezi arasında illiyet bağı bulunmadığı ... " açıklanmış ise de, hükme esas alınan bu raporu hazırlayan heyette anestezi uzmanının bulunmadığı görülmektedir. O halde mahkemece, üniversiteden anestezi uzmanı öğretim üyesinin de bulunduğu konusunda üç kişilik bilirkişi kurulundan rapor alınarak, sonucuna göre bir karar vermelidir. Mahkemenin bu yönleri göz ardı ederek, eksik incelemeyle yazılı şekilde hüküm kurmuş olması usul ve yasaya aykırı olup bozmayı gerektirir.

* * *

Yargıtay Ceza Dairesi'nin bir diğer kararında mağdurun ağaçtan düşmesi sonucunda sol kolunun kırılması neticesinde ambulansla ... Devlet Hastanesi'ne götürüldüğü, ilk müdahalenin burada yapılmasından sonra icap nöbetçisi olan sanığın gelerek kolu alçıya aldığı, mağduru hastaneye yatırdığı, hastanede yattığı sırada pazar günü öğleden sonra elde morarma olduğu, koldan kötü koku geldiği, pazartesi günü sabah ameliyata alınarak kırığa tel konulduğu, aynı gün öğleden sonra ise elde morarmanın artması üzerine tekrar ameliyata alınarak fasyotomi yapıldığı, devamında ertesi sabah ...Üniversitesi Hastanesi'ne sevk edildiği, burada tedavisine devam edildiği ancak kolunun kurtarılamayarak organ işlevinin yitirilmesine neden olunması şeklindeki olayda, Adli Tıp Kurumu'nun raporunda açık kırığın tabii bir komplikasyonu olarak gazlı gangren meydana gelebileceği enderde olsa bilindiğinden ilk müdahale eden ortopedi uzmanının sanata uygun olarak açık yaraya müdahale edip eksizyon sütürünü hastayı görür görmez yapması ve ondan sonra takip altına alması gerektiği, ayrıca ampirik olarak tek başına hastaya verilen **antibiyotiğin açık kırıktaki yaralanmaların proflaksisinde kullanımı uygun olmayıp antiaerobik etkisi bulunmadığı da dikkate alındığında**, sanığın uygulamalarının *tıp kurallarına uygun olmadığına oy birliğiyle karar verilmiş*, Yüksek Sağlık Şurası'nın raporunda da mağdurun ön kol kırığına ilk müdahalede alçı ve yara bakımı yapılmasının uygun olduğu, ancak devamında dolaşım kontrolü, alçının kama şeklinde açılmasında gecikilmesi, yara bakımı ve kontrolü ile gelişen enfeksiyonun tespitinde geç kalınması ve anaerob enfeksiyonlarda ilk tercih edilen penisilin ve klindamisin seçilmeyerek *uygun olmayan antibiyotik tedavisi verilmesi* neticesi oluşan uzuv kaybında sanığın kusurlu olduğunun belirlenmesi karşısında sanığa *taksirle yaralama suçundan* mahkûmiyet kararı verilmesine 06.11.2014 tarihinde oybirliğiyle karar verildi. (Yargıtay 12. Ceza Dairesi 06.11.2014 tarihli E: 2014/10845, K: 2014/22094)

* * *

Katılanın 04.07.2006 tarihinde cam kesiği nedeniyle sanıkların nöbetçi ortopedi asistanı olarak çalışmakta olduğu hastaneye başvurduğu, burada yarasının pansuman edilerek elindeki kesiğe dikiş atılıp gönderildiği, mağdurun çeşitli yerlerde pansuman yaptırdıktan sonra... Polikliniğinde dikişlerini aldırdığı, dikişleri aldırmasından sonra dahi ağrılarının geçmemesi ve 5. parmakta his kaybı olması nedeniyle aynı polikliniğe başvurarak elinin grafilerini çektirdiği, doktorun elinde cam kırığının kaldığını söylemesi üzerine... Tıp Merkezinde elinden 2x3,5 cm ebatlarında 1,5 mm kalınlığında cam parçasının çıkarıldığı, dosya içinde bulunan sağlık raporuna göre, bu kırık cam parçası nedeniyle sol elde ulnar sinir alanında yüzeyel duyu kusuru saptandığı, sol el 4. ve 5. parmakta abdüksiyon ve addüksiyon 4/5 düzeyinde olduğu, yapılan EMG de solda lezyon düzeyi altında ulnar sinirin hafif parsiyel aksonal dejenerasyonu saptandığı, etkilenmenin *bilek düzeyindeki kesiden ya da eldeki yabancı cisimden mi kaynaklandığının kesin olarak ayırt edilemeyeceği*, EMG'de rejenerasyon bulgularının

olması nedeniyle üç ay sonra kontrol muayenesi gerektiği, Yüksek Sağlık Şurası'ndan alınan raporda ise; *eldeki kesi nedeniyle başvuran hastada grafi alınması gerekirken grafi almadan girişimde bulunulmasının tıbbi bir eksiklik olduğu*, ancak kesi içerisindeki cam parçasının ebatlarının büyüklüğü dikkate alındığında, fiziki muayene ile de tespit edilebileceği ve hastanın kendisi tarafından da fark edilebileceği halde, olaydan sonra üç ay boyunca hastanın herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmamış olmasının düşünülemeyeceği ve olayı şüpheli hale getirdiğinin belirtilmesi gerektiğinin bildirilmesine göre, eylemin görevi ihmal olarak nitelendirilmesinde bir isabetsizlik bulunmadığı anlaşılmakla yapılan sanığın eyleminin görevi ihmal olarak değerlendirilmesine karar verilmiş. Karara muhalefet şerhi olarak da sanığın beraatine yönelik bozma sebebine katılmakla birlikte sanığın eyleminin taksirle yaralama yerine görevi ihmal olarak değerlendiren sayın çoğunluğun görüşüne katılınmadığı, dosya kapsamı ve mahkemenin kabulüne göre "Eldeki kesi nedeniyle acil servise başvuran mağdurda grafi alınması gerekirken grafi alınmadan girişimde bulunulmasının tıbbi bir eksiklik olduğu, ancak kesi içerisindeki cam parçasının ebatlarının büyüklüğü dikkate alındığında, fiziki muayene ile de tespit edilebileceği ve hastanın kendisi tarafından da fark edilebileceği" şeklindeki kabulü, eylemin taksirle işlendiğini göstermektedir. Sanık doktor Ortopedi ve Travmatoloji asistanıdır. Hastanede nöbetçi olduğu acil serviste mağdur hasta ile ilgilenmiş ve tedavisini yapmıştır. Ancak bu tedavi sırasında gerekli dikkat ve özeni göstermeyerek hastanın elinde cam parçasının kalmasına neden olmuştur. Sanığın eylemi 765 sayılı Kanunda "Tedbirsizlik veya dikkatsizlik veya meslek ve sanatta acemilik" ve 5237 sayılı Kanunda ise "dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık" olarak gösterilen taksirdir. Sanık biraz daha dikkatli ve özenli olsaydı belki cam parçası mağdurun elinde kalmamış olacaktı. Adli Tıp Kurumu'ndan rapor alınarak sanığın taksirli davranışı sonucu oluşan yaralama arasındaki illiyet bağının olup olmadığının tespit edilmesi gerekir. Eğer cam parçasının unutulması sonucu etkili olmamışsa sanığın taksirli hareketi ile oluşan netice arasında illiyet bağı kurulamayacak olduğundan sanık hakkında beraat kararı verilecektir. ***Hastane acil servislerinin nasıl bir yoğunlukta olduğu ve burada görev yapan personelin fedakârlıkları ile işlerin yürütüldüğü de nazara alınarak bir değerlendirme yapılması gerekir.*** En son düşünülebilecek olan görevi kötüye kullanma olarak değerlendirilebilecek bir hareketi dosyaya yansımayan sanığın görevi kötüye kullanma suçundan da cezalandırılmaması gerekir. Yukarıda açıkladığımız ve mahalli mahkemece nazara alınacak olguyu düşündüğümüz bu gerekçelerle sayın çoğunluğun sanık hakkındaki suç vasıflarına yönelik görüşlerine katılmıyoruz. (Yargıtay 12. Ceza Dairesi 14.01.2015 tarihli E: 2014/18700, K: 2015/319 sayılı kararı). Söz konusu kararda muhalefet şerhi burada oldukça dikkat çekici özelliktedir. Hastanedeki yoğunlukların da göz önünde bulundurulması gerektiğinin şerh olarak düşülmesi önem arz etmektedir.

* * *

Yargıtay 12. Ceza Dairesi'nin 13.06.2019 tarihli E: 2017/11226, K: 2019/7286 kararında;

Katılanın iş yerinde çalışırken geçirdiği kaza sonucu sol kolunun kırılması üzerine ...Hastanesi'ne kaldırıldığı, burada ortopedi uzmanı olan sanık doktor tarafından humerus şaft kırığı tespit edilerek ameliyat edildiği, üç gün sonra kolda ağrı mevcut olduğu halde hastanın taburcu edildiği, şikâyetleri geçmediği için tekrar aynı hastaneye müracaat eden hastaya doktorun EMG tetkiki yaptığı, hastayı fizik tedaviye yönlendirdiği, şikâyetleri geçmeyen hastanın daha sonra başka bir hastaneye giderek yatırıldığı ve üst kol düzeyinde radial sinir yaralanması tanısıyla ameliyat edildiği, bu ameliyatta tespit edilen sinir hasarının sanık tarafından yapılan ilk ameliyatta meydana geldiğinin iddia edildiği olayda; Yüksek Sağlık Şurası'nın raporunda; doktorun yaptığı ameliyat sonrası ortaya çıkan sinir kesisine bağlı tablonun ameliyatın *beklenen bir komplikasyonu olduğunu*, *ancak bu komplikasyonun takip ve tedavisinde doktorun özensiz davrandığının* ve dolayısıyla kusurlu olduğunun belirtildiği; bilirkişi raporunda tıbben gerekenlerin yapıldığı ve tedavide gecikme söz konusu olmadığı belirtilmiş ise de, Adli Tıp 2. İhtisas Kurulu'nun ve sonrasında alınan Adli Tıp Genel Kurulu'nun raporlarında benzer şekilde; humerus şaft kırıklarında radial sinir felcinin %6–15 oranlarında görülebildiği, bu olguların birçoğunda sinir hasarının yaralanma anında oluştuğu, daha az oranda da tedavinin devamı esnasında sonradan geliştiğinin tıbben bilindiği, kişide çalıştığı işyerinde geçirdiği kaza sonucu sol humerus şaft kırığı oluştuğu, ameliyata alındığı ve kırığın intramedüler çivi ile redükte edildiği, ameliyat sonrası takiplerinde kişide radial sinir hasarı oluştuğunun tıbbi belgelerde kayıtlı olduğu, yine tıbbi belgelerde ameliyat öncesi yapılan muayenesinde parsiyel radial sinir hasarını düşündüren bulguların bulunduğunun kayıtlı olduğu, fakat radial sinir paralizisi ifadesinin veya tanısının geçmediği bu tür kırıklarda ortopedi literatüründe altın standart olarak kabul edilen açık redüksiyon ve plak fiksasyon yerine intramedüller çivi uygulamasının cerrahın tercihinde olduğu, ancak ameliyat esnasında radial sinir hasarının nedeninin ortaya konulması için sinir eksplorasyonu yapılmamasının ve **ameliyat sonrasında ise radial sinir paralizi bulgularının artmasına rağmen sinir eksplorasyon yapılmamasının tıp biliminin genel kabul görmüş ilke ve kurallarına uygun olmadığı** görüşlerine yer verilmiş olması, söz konusu raporların

dosya kapsamı ve maddi vakıa ile uyumlu olması karşısında, sanığın tıp kurallarına aykırı işlemde bulunarak katılanın yaralanmasına sebebiyet verdiği ve bu suretle kusurlu olduğu anlaşılmakla; yapılan yargılamaya, toplanıp karar yerinde gösterilen delillere, mahkemenin kovuşturma sonuçlarına uygun olarak oluşan kanaat ve takdirine, incelenen dosya kapsamına göre, sanık ve sanık müdafinin yerinde görülmeyen sair temyiz itirazlarının reddine, sair yönleri usul ve kanuna uygun bulunan hükmün düzeltilerek onanmasına oy birliğiyle karar verildi.

Yargıtay 12. Ceza Dairesi 09.04.2019 tarihli E: 2017/6800, K: 2019/4748 ölenin yüksekten düştüğü, ... Hastanesine kaldırıldığı, acil serviste nöbetçi hekim olan doktor tarafından ilk muayenesinin yapıldığı, çekilen grafilerinde nöbetçi hekim tarafından sol ön kol açık kırığı ve sol femur kırığı görüldüğünden, acil servis hekiminin nöbetçi ortopedi uzmanı olan sanık doktoru telefon ile bilgilendirdiği, ancak sanığın hastaneye gelemeyeceğini, hastanın bir üst merkeze sevk edilmesini söylediği, bunun üzerine hastanın bir ambulansla ... Hastanesine sevk edildiği, hastanın yanında yakınları olmadığı için hastanenin röntgen teknisyeninin kendisine refakatçi olarak verildiği, ... Hastanesi'nin ise belgelerinde, otomasyon sisteminde, acil polis defterinde, hastanın kaydına rastlanmadığı, ilk başvurduğu hastaneye geri getirilen ölenin tekrar müşahede odasına alındığı, acil nöbetçi hekimi tarafından yeniden ortopedi uzmanı olan sanığın telefon ile bilgilendirildiği, onun da hastanın acil müşahede odasında tutulması gerektiğini belirterek hastaneye ancak sabahleyin geleceğini söylediği, müşahede odasında tansiyon ve vital bulgu takibi yapılırken durumu kötüleşen hastanın sabahleyin hayatını kaybettiği olayda; Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Dairesi ve Yüksek Sağlık Şurası tarafından düzenlenen raporlarda pelvis ve femur kırığı olan ölenin muayenesi için ortopedi konsültasyonu istenmesine rağmen **ortopedi icapçı uzmanı olan sanığın hastayı muayene etmek için hastaneye gelmemesinin eksiklik olduğu hususunda, görüş birliğine varılarak, meydana gelen olayda sanığın kusurlu hareket ettiğini kabulde zorunluluk bulunmakla birlikte, sanığın eylemi ile netice arasında illiyet bağının kesin bir şekilde kurulamadığı, bu nedenle sanığın taksirle öldürme suçundan sorumlu tutulamayacağı**, ancak bahsedilen raporlar ve tüm dosya kapsamından sanığın üzerine düşen görevleri yerine getirmediği ve eyleminin, 5237 sayılı TCK'nın 257/2 maddesi kapsamında "görevinin gereklerini yapmakta ihmal veya gecikme gösterme" fiili olarak ortaya çıktığı anlaşılmakla; sanık müdafinin zaman aşımına yönelik temyiz itirazları bu itibarla yerinde görülmüş olup, hükmün gerçekleşen zamanaşımı nedeniyle 5320 sayılı Kanunun 8/1. maddesi gereğince halen uygulanmakta olan 1412 sayılı CMUK'un (Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu) 321. maddesi uyarınca bozulmasına, aynı kanunun 322. maddesinin verdiği yetkiye dayanılarak 5237 sayılı TCK'nın 66/1-e ve 5271 sayılı CMK'nın (Ceza Muhakemesi Kanunu) 223/8. maddeleri gereğince sanık hakkındaki kamu davasının düşmesine oy birliğiyle karar verildi.

* * *

... Hastanesinde ortopedi uzmanı olarak görev yapan sanığın, katılanın kolundaki rahatsızlığın tedavisiyle ilgilendiği ancak yaptığı operasyon ve tedavi yöntemleri nedeniyle katılanın sağ kolunda uzuv zaafı oluşmasına neden olduğu iddiasıyla görevi kötüye kullanma ve taksirle yaralama suçlarından hakkında açılan kamu davasında, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı 2. İhtisas Kurulu'nun raporuna göre, yapılan ameliyatın niteliği ve ameliyat bölgesinin özelliği nedeniyle sinir lezyonları oluşabileceği ve bu durumun ameliyatın komplikasyonu olarak nitelendirildiği, ancak ameliyat sonrası yapılan tıbbi kontrollerde ulnar sinir kesisinin fark edilerek tedaviye zaman geçirilmeden başlanması gerektiği, tedavinin zamanında yapılması halinde kesiye bağlı ortaya çıkan hasarın daha hafif olabileceği, sanık *hekimin ameliyattan sonraki komplikasyon yönetiminde eksiklik olduğu* ve bu yönden kusurlu olduğu tespit edildiğinden eyleminin kül halinde görevi kötüye kullanma suçunu oluşturduğu anlaşılmakla, suç vasfından dolayı beraat kararı verilemeyeceği gözetilmeden aynı eylem nedeniyle görevi kötüye kullanma suçundan beraat, taksirle yaralama suçundan da hüküm açıklanmasının geri bırakılmasına karar verilerek çelişkiye yol açılmasından dolayı bozulmasına oy birliğiyle karar verildi. (Yargıtay 5. Ceza Dairesi 29.01.2019 tarihli E: 2017/997, K: 2019/919 sayılı kararı)

* * *

Yargıtay 12. Ceza Dairesi 29.11.2018 tarihli E: 2017/3368, K: 2018/11418 sayılı kararında;

Ölenin yüksekten düşme nedeniyle ... Hastanesi'ne ambulansla getirildiği, PA Akciğer grafisi, AP pelvis grafisi, iki yönlü servikal grafi istendiği, hasta adına düzenlenen adli muayene raporunda; "bilinci açık, koopere ve oryante, şahsın sağ bacağında hareket kısıtlılığı gözlendiği, çekilen pelvis grafisi net olmamakla beraber simfisis pubiste ayrışma olduğunun gözlendiği, şahsın pelvis kırığı ön tanısı ile... Devlet Hastanesi Acil Polikliniğine sevkinin uygun görüldüğü" belirtilerek sevk edildiği, acil hekimi tarafından çağırılan ortopedi uzmanı sanık doktorun hastayı ilk değerlendirmesinde sol kalça hareketlerinin ağrılı olduğunun, BT istendiği, röntgenin normal olduğunun; ikinci değerlendirmesinde; normal muayene, X-Ray ve BBT normal olduğunun belirtildiği, hasta adına düzenlenen adli muayene

raporlarında herhangi bir patolojiye rastlanmadığı belirtilerek hastanın aynı gün eksterne edildiği, hastanın evinde fenalaşması üzerine... Devlet Hastanesi'ne 112 acil ekibi tarafından getirildiği, nabız ve KTA(Kalp tepe atımı) alınamadığı CPR'a (Kardiyopulmoner Resüsitasyon) cevap verilememesi üzerine eksitus kabul edildiği; Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu raporunda; zamanında otopsi yapılarak iç organ değişimleri araştırılmamış olmakla birlikte tıbbi belgelerdeki bulgular, grafi bulguları ve olayın gelişimi birlikte değerlendirildiğinde, kişinin ölümünün L5 ve sakrum kırıklarından gelişen komplikasyonlar sonucu meydana geldiği görüşüne yer verildiği; Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulu raporunda; kişinin sevk edildiği... Hastanesi'nde yapılan ortopedi konsültasyonunda çekilen pelvis AP grafisinde ve pelvik tomografide patoloji bulunmadığı kayıtlı ise de, aynı grafilerin tetkikinde, parçalı sakrum kırığı L5 vertebrada 3 kolon kırığı ile sağ sakroiliak eklemde ayrılma görüldüğü, bu lezyonları bulunan kişinin hastaneye yatırılarak müşahede altında tutulması ve yakından takip edilmesi gerektiği, *bunların yapılmamasının eksiklik olup tıp kurallarına uygun olmadığı* görüşünün belirtildiği; yine Yüksek Sağlık Şurası'nın raporunda; ... Devlet Hastanesi acil servisinde yüksekten düşme şikâyeti olan hastaya göğüs travması yönünden değerlendirilmesi için genel cerrahi ve göğüs cerrahisi konsültasyonlarının istenmemesinin eksiklik olduğu, konsültasyona gelen *ortopedi uzmanı doktorun hastanın fizik muayenesini tam yapmayarak özensiz davrandığı*, grafilerde de vertebra ve parçalı sakrum kırığının atlanmış olduğu dikkate alındığında grafilerin iyi değerlendirilmemiş olduğu anlaşılmakta d*oktorun kusurlu olduğunun belirtildiği* anlaşılmakla yapılan incelemede; yapılan yargılamaya, toplanıp karar yerinde gösterilen delillere, mahkemenin kovuşturma sonuçlarına uygun olarak oluşan kanaat ve takdirine, incelenen dosya kapsamına göre, sanık müdafinin yerinde görülmeyen sair temyiz itirazlarının reddine; ancak; s*onuç olarak iki yıl hapis cezasına mahkûm edilen ve bu cezası ertelenen sanık* hakkında TCK'nın 51/7 maddesi uyarınca denetim süresi içinde sanığın kasıtlı bir suç işlemesi halinde cezanın kısmen veya tamamen infazına karar verileceği ihtarına, yerel mahkemenin kararının düzeltilerek onanmasına oy birliği ile karar verilmiş.

* * *

Yargıtay 12. Ceza Dairesi 27.09.2018 tarihli E: 2018/5197, K: 2018/8786 sayılı kararında;

Trafik kazası nedeniyle... Hastanesi'ne başvuran katılanın, ortopedi asistanı sanık doktor tarafından muayene edilerek sağ bacağının atele alındığı, yaklaşık 15 gün sonra katılanın sol bacağındaki dinmeyen ağrılar nedeniyle... . Hastanesi'ne başvurduğu, burada yapılan tetkikler sonucu katılanın sol bacağının kırık olduğunun tespit edildiği olayda, Adli Tıp Kurumu 2. İhtisas Dairesi'nin raporunda...Hastanesi'nin genel adli muayene formunda belirtildiği üzere ortopedi uzmanının hastaya gerekli muayeneyi yapıp gerekli grafiyi istediğinin anlaşıldığı, çoklu yaralanmaları olan hastaların muayenesinin ve ayrılmamış olan kırıklarının klinik muayene ile ayrımının yapılmasının zor olduğu, rutin röntgen çekimlerinde belli bir tarafa konan *sağ ve solu belirtir işaretin çekilen iki adet bacak grafisinde ters konulduğunun*, bunun da ortopedi uzmanını yanlış yönlendirdiğinin anlaşıldığı, mevcut bulgularla ortopedi uzmanının kırığın sağ veya sol ayrımını klinik bulgular ile yapmasının tıbben beklenmediği, dolayısıyla bu yönden atfi kabil kusuru bulunmadığı; grafiyi çeken radyoloji teknisyeninin grafi taraf işaretlemesini doğru yapmamasının eksiklik olduğu, ancak hasta sayısının çok fazla olduğu hastanelerde acil şartlarda çekilen grafilerde

yoğunluğa bağlı taraf işareti hatalarının görülebildiği, kısa sürede fark edilip şahsa gereken tedavinin yapıldığı, gecikmenin sonuca katkısının olmadığı oy birliği ile mütalaa olunduğu"belirtilmiş ise de; katılanı ilk muayene eden olay günü acil nöbetçi doktoru tarafından düzenlenen genel adli muayene raporunda, "katılanın sol diz lateralde abrazyon, gövde ön yüz tarafında yaygın abrazyonların mevcut, sol 8. kot hizasında lateralde ekimoz, sağ dirsekte ekimoz, şuurunun açık, sağ fibula başı kırık, sakrum ve pubiste kırık"olduğunun belirtildiği, sanık doktor tarafından olay günü düzenlenen genel adli muayene raporunda, katılanın bilincinin açık olduğu, çekilen x-ray grafilerinde sağ fibula başı kırığı ve sol sakrum ve pubiste fraktür tespit edildiğinin, sağ fibula kırığına yönelik uzun bacak atel uygulandığının, hastanın sakrum kırığına yönelik ise hemogram takibi önerildiğinin belirtilmesi ile sanığın aşamalarda verdiği benzer beyanlarında da sol pubis kemiği kırığının cerrahi müdahaleyi gerektirecek bir kırık olmadığını bu sebeple cerrahi müdahale planlanmadığını ifade etmesi karşısında, ortopedi asistanı *sanık doktorun görevinin gereklerini yerine getirmek hususunda ihmalinin bulunduğu* gözetilerek, yapılan yargılamaya, toplanıp karar yerinde gösterilen delillere, mahkemenin kovuşturma sonuçlarına uygun olarak oluşan kanaat ve takdirine, incelenen dosya kapsamına göre, sanık müdafinin, mahkûmiyet kararının kanuna aykırı olduğuna, katılan vekilinin, olayda TCK'nın 257/1 maddesi koşullarının oluştuğuna ilişkin temyiz isteminin reddine, ancak; sanık hakkında tayin edilen hapis cezası adli para cezasına çevrilmesi esnasında uygulanan kanun maddesinin gösterilmemesi suretiyle CMK'nın 232/6 maddesine aykırı davranılması, kanuna aykırı olup, sanık müdafinin temyiz itirazları bu itibarla yerinde görüldüğünden, hükmün bozulmasına; yasaya uygun bulunan hükmün

isteme aykırı olarak düzeltilerek onanmasına oy birliği ile karar verildi.

* * *

Yargıtay 12. Ceza Dairesi 12.06.2018 tarihli E: 2016/8142, K: 2018/6663 sayılı kararında;

Olay günü iş kazası sonucu mermer bloğun üzerine düşmesi nedeni ile yaralanan çalışanın kaldırıldığı ... Hastanesi'nde ortopedi uzmanı olarak görev yapan sanık tarafından müdahale edildiği, bilahare ilk olarak buradan genel cerrahi konsültasyonu için ... Hastanesi'ne, buradan da ... Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne sevk edildiği, yolda genel beden travmasına bağlı sağ femur kırığı ile karakterli büyük damar (sağ femoral arter ve sağ femoral ven) yaralanmalarından gelişen iç kanama sonucu öldüğü anlaşılan olayda; Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Dairesi'nin raporuna göre, genel beden travması sonucu femur kırığı nedeni ile götürüldüğü ...Devlet Hastanesi'nde, genel cerrahi ve kalp damar cerrahi konsültasyonları istenmeden ve hasta stabil hale getirilmeden sevk edilmesinin tıp kurallarına uygun olmadığının belirlendiği, *sanığın bu eylemi ile ölüm arasında uygun illiyet bağının bulunup bulunmadığı tespit edilemese de*, sanığın ihmal göstererek görevinin gereklerini usulüne uygun bir şekilde yapmadığının sabit olduğu cihetle, sanığın eyleminin ihmal sureti ile görevi kötüye kullanmak suçunu oluşturduğunun kabulü ve TCK'nın 257/2. maddesi uyarınca cezalandırılmasına karar verilmesi gerekirken, eylemin TCK'nın 257/1. maddesinde belirtilen görevi kötüye kullanmak suçunu oluşturduğunun kabulü ile sanığın mahkûmiyetine karar verilmesi, sanık hakkında hükmolunan hapis cezasının adli para cezasına çevrildiği aşamada bir gün karşılığı miktarın belirlenmesine ilişkin uygulama maddesinin gösterilmemesi sureti ile CMK'nın 232/6. maddesine aykırı davranılması, kanuna aykırı olup, sanık müdafiinin temyiz itirazları bu nedenle yerinde görüldüğünden, hükmün 5320 sayılı Kanunun 8. maddesi gereğince halen uygulanmakta olan 1412 sayılı CMUK'un 321. maddesi gereğince isteme uygun olarak bozulmasına oy birliğiyle karar verildi.

* * *

Davacı, 2000 yılında geçirdiği trafik kazası sonucu sol kolunu kaybettiğinden yaklaşık 12 yıldır yaşamını sağ eli ile sürdürdüğünü, davalının sahibi olduğu dükkânda sağ el işaret parmağından yaralandığını, ... Hastanesi'nde yanlış tedavi edildiğini ve parmağında kalıcı hasar meydana geldiğini, birleşen davada ise davalı hastanede davalı doktorlar tarafından uygulanan yanlış tedavi nedeni ile parmağını hareket ettiremediğini ileri sürerek ve fazlaya ilişkin hakları saklı kalmak kaydı ile 2,000,00 TL maddi ve 100,000,00 TL manevi tazminatın davalılardan ortaklaşa ve zincirleme olarak tahsilini istemiştir. Mahkemece, asıl ve birleşen davanın reddine karar verilmiş; hüküm, davacı tarafından temyiz edilmiştir.

Mahkemece, alınan bilirkişi raporlarının birbirini teyit ettiği, yapılan tedavinin tıp kurallarına uygun olduğunun ve hekimlere kusur atfedilemeyeceğinin tespit edildiği gerekçesi ile ret kararı verilmiştir. ... Üniversitesi'nden alınan bilirkişi heyet raporunda acilde görevli doktor davalı tarafından davacı yeterli muayene edilmiş olsa idi, hastadaki tendon kesisinin fark edileceği; hastanın beş gün sonra aynı hastanedeki ortopedi polikliniğinde davalı doktor tarafından yeterli muayene yapılmadığı için tendon kesisinin tespit edilemediği, her iki doktorun da yeterli muayene yapmadığından tendon kesisini saptayamadıkları yönünde görüş bildirilmiştir. Buna karşın alınan Adli Tıp raporunda tedavi seyrinin tıp kurallarına uygun olduğu, hekimlere kusur atfedilemeyeceği bildirilmiş olup, dosyada mevcut iki rapor arasında çelişki oluşmuştur. Mahkemece, gerekçede hangi rapora üstünlük tanındığı açıklanmamış, raporlar birbirini teyit etmediği halde teyit ettiği kabul edilerek hüküm kurulmuştur. Mahkemece, birleşen davada alınan bilirkişi raporları arasında çelişki oluştuğu gözetilerek ve çelişkinin giderilmesi amacı ile uzman bilirkişiden rapor alınarak hasıl olacak sonuca göre bir karar verilmesi gerekirken, eksik inceleme ile yazılı şekilde karar verilmesi usul ve yasaya aykırı olup, bozmayı gerektirir (Yargıtay 13. Hukuk Dairesi 10.05.2018 tarihli E: 2015/28490, K: 2018/5701).

* * *

Yargıtay 13. Hukuk Dairesi 09.05.2018 tarihli E: 2015/40782, K: 2018/5451 sayılı kararında davacı, davalı şirketin işlettiği hastanede, davalı şirket doktorları tarafından bel fıtığı ameliyatı olduğunu ve taburcu edildiğini, ameliyattan iki hafta sonra başlayan şiddetli ağrı sebebi ile hemen kendisini ameliyat eden doktora başvurduğunu, şiddetli ağrıları olduğunu, yapılan tetkiklerde şikayetlerinin nedeninin bir türlü bulunamadığını ve yaklaşık altı ay boyunca böyle devam ettiğini, bu sırada davalı şirket hastanesinde görevli ortopedi doktoru tarafından rahatsızlıklarından dolayı kalça eklemlerinde kireçlenme olabileceği düşüncesi ile her iki kalçasından iğneler yapıldığını, bu süreçten sonra ağrıların nedeni olarak enfeksiyon teşhisi konulduğunu ve enfeksiyon tedavisine başlandığını, uzun süren ilaç tedavisinden sonuç alınamadığını malulen emekli olduğunu, çalışma gücünü kaybettiğini ve maddi zarara uğradığını ileri sürerek fazlaya ilişkin hakları saklı kalmak kaydıyla çektiği elem ve acılar için 50,000,00 TL manevi tazminatın ameliyat tarihinden itibaren, iş gücü kaybı nedeniyle uğradığı 15,000,00 TL maddi zarar için emekliye ayrıldığı tarihten itibaren işleyecek yasal faizi ile birlikte davalılardan müştereken ve müteselsilen tahsiline karar verilmesini talep etmiştir. Davalılar, yapılan işlemde hekime

yüklenebilecek kusur olmadığını savunarak davanın reddini dilemiştir. Mahkemece davanın reddine karar verilmiş; hüküm, davacı tarafından temyiz edilmiştir. Mahkemece alınan Adli Tıp Kurumu raporunda; semptomatik bel fıtığının tedavisinde cerrahinin kullanılabileceği, diskitisin, disk aralığının enfeksiyonu olduğu, primer olarak çocukluk çağında diskin kanlanma özelliklerine bağlı görüldüğü, erişkin yaşta daha çok diskektomi sonrası gelişen enfeksiyon olarak ortaya çıktığı, bazı risk faktörleri taşıyan hastalarda kendiliğinden de gelişebileceği, kişinin bel fıtığı tanısı ile... Hastanesi'nde ameliyata alındığı, sağ L4–5 diskektomi yapıldığı, ameliyat sonrası takiplerinde diskitis geliştiğinin tıbbi belgelerden anlaşıldığı, kişinin... Hastanesi'nde yapılan bel fıtığı ameliyatı sonrası ortaya çıkan durumun bu tür ameliyatlardan sonra her türlü özene rağmen oluşabilen herhangi bir tıbbi kusur ya da ihmal izafe edilemeyen *"komplikasyon"* olarak nitelendirildiği ve ameliyatı gerçekleştiren sağlık çalışanlarına atfi kabil kusur bulunmadığı belirlenmiş, mahkemece bu rapor esas alınarak davanın reddine karar verilmiştir. Somut olaya bakılacak olursa; mahkemece Adli Tıp Kurumu raporu esas alınarak hüküm verilmiş ise de raporda enfeksiyonun yarada mı omurgada mı oluştuğunun belirlenmediği, hastanenin gerekli hijyen koşullarına sahip olup olmadığının değerlendirilmediği, hastada oluşan enfeksiyonun zamanında teşhis edilip edilmediği, edildi ise gerekli tedaviye derhal başlanıp başlanmadığı hususlarında yeterli açıklamayı içermediği anlaşılmaktadır. O halde mahkemece bilirkişi kurulundan, özellikle enfeksiyonun nerede oluştuğu, bu oluşumda hastanenin hijyen koşullarına dikkat edip etmediği, oluşan enfeksiyonun zamanında teşhis edilerek doğru tedaviye başlanıp başlanmadığı hususları nazara alınarak davalı doktora yüklenebilecek atfi kabil bir kusur olup olmadığı hususlarında, nedenlerini açıklayıcı, davacı tarafın itirazlarını karşılayacak mahiyette, mahkeme ve Yargıtay denetimine elverişli rapor alınarak, davalıların kusurlu olup olmadığının belirlenmesi, sonucuna göre karar verilmesi gerekirken, bu yön göz ardı edilerek, eksik incelemeye dayanılarak, yazılı şekilde hüküm kurulmuş olması usul ve yasaya aykırı olup bozmayı gerektirir.

* * *

Yargıtay 11. Ceza Dairesi 25.12.2017 tarihli E: 2017/2560, K: 2017/9305 sayılı kararında sanık hakkında taksirle yaralama suçundan kurulan beraat hükmüne yönelik katılan vekilinin ve Cumhuriyet Savcısının temyiz itirazlarının incelenmesinde ise; ...Hastanesi'nde Ortopedi ve Travmatoloji uzmanı olan sanığın "girişimsel artroskopi" ameliyatı yaptığı sırada gereken dikkat ve özeni göstermemesi nedeniyle katılanın damarlarının yaralanmasına sebep olduğunun, ameliyattan sonra katılanın sol bacağında şişme ve ağrı gibi bir takım komplikasyonlar gelişmesine rağmen gerekli tedbirleri almadığının, katılanın ameliyattan uzunca bir süre sonra bir başka merkeze sevkini yaptığının, bu şekilde ameliyat sırasında ve sonrasında özensiz, dikkatsiz ve kayıtsız davranışları ile katılanın sol ayağının kesilmesine sebep olmak suretiyle üzerine atılı taksirle yaralama suçunun işlendiğinin iddia olunduğu somut olayda; sanık üzerine atılı suçu kabul etmemiş ise de; katılanın **ameliyatından sonra turnike uygulamasına bağlı damar yapısında hasar olup olmadığını ameliyat bitiminde kontrol etmesi gerektiği, bu yönde vasküler yapılar açısından damar yapısının fonksiyonunun normal olduğuna dair herhangi bir tıbbi kaydın bulunamaması**, dosya içerisinde mevcut raporlardan ilk 4–6 saatlik dönemin akut bir arteriyal yaralanmada veya dolaşım bozukluğunda tekrar kanlanmayı sağlayıp, etkilenen uzvu kurtarmak için müdahalenin yapılmasının gerekli olduğunun ve bu sürenin "altın zaman" olduğunun anlaşılması; sanığın, katılanı yakın olan ...Tıp Fakültesi'ne sevki gerekirken uzak olan ... . Tıp Fakültesi'ne sevk ederek bu sevk sırasında da zaman kaybına neden olduğunun belirlenmesi karşısında; gerçeğin kuşkuya yer vermeyecek şekilde tespiti bakımından; öncelikle sanığın, katılanı ... Üniversitesine sevk etmiş olmasına yönelik savunmasında ...Üniversitesini meslektaşının orada çalışan eşini aradığını ve bu hastanenin müsait olmadığının tespiti üzerine katılanı ... Üniversitesine sevk ettiğini savunması nedeniyle, öncelikle hasta sevk protokolleri celp edilip incelenerek sanığın bu işleminin usule uygun olup olmadığının araştırılması, ameliyat sonrası gerekli dikkat ve özeni gösterip göstermediğinin bilirkişi aracılığı ile tespit edilmesi; hastanın başka bir hastaneye sevki konusunda genelge ve benzeri bir kural olup olmadığının il sağlık müdürlüğünden sorularak, varsa onaylı bir örneğinin istenmesi; katılanın sevk edildiği ...Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde ameliyatını yapan hekimlerin yeniden tanık olarak dinlenmesi ve kendilerinden, hastanın daha erken sevk edilmiş olması durumunda, ayağının kesilmesinin önlenip önlenemeyeceğinin sorulması; sonucuna göre tüm deliller birlikte tartışılarak sanığın hukuki durumunun belirlenmesi gerekirken, eksik araştırma ile beraat hükmü kurulması yasaya aykırı, katılan vekilinin ve Cumhuriyet Savcısının temyiz itirazları bu itibarla yerinde görülmüş olduğundan, hükmün bu sebeplerden dolayı bozulmasına oy birliğiyle karar verildi.

* * *

Yargıtay 5. Ceza Dairesi 20.12.2017 tarihli E: 2017/1445, K: 2017/5484 sayılı kararında;

Sanığın ...Hastanesi'nde ortopedi, diğer sanığın ise aynı hastanede dahiliye uzmanı olarak görev yaptıkları, sanıkların hastalara koydukları tanıyla uyumsuz olacak şekilde tıbbi gerekliliği ve yerindeliği olmayan tetkikler istemek suretiyle görevi kötüye kullanma suçunu

işledikleri iddia olunan olayda; bilirkişi raporunda her iki sanık bakımından, sekreterlerin sehven yaptığı kodlama hatalarına dikkat çekilmekle birlikte, sanığın bir kısım hastaları gereksiz yere MR tetkikine gönderdiği kanaati oluştuğunun bildirilmesi karşısında; ... Teftiş Kurulu'nun ön inceleme raporu ve ekleri de dosyaya eklenip sanıkların hastalara koydukları tanıyla uyumsuz olacak şekilde tıbbi gerekliliği ve yerindeliği olmayan tetkikler isteyip istemediklerine dair savunmalarını da irdeler şekilde konusunda uzman bilirkişi heyetinden denetime imkân verecek nitelikte rapor alındıktan sonra sonucuna göre sanıkların hukuki durumunun tayin ve takdir edilmesi gerektiği gözetilmeden yetersiz bilirkişi raporuna dayanılmak suretiyle ve eksik incelemeyle yazılı şekilde hüküm kurulması yasa gereğince bozulmasına oy birliğiyle karar verildi.

* * *

Yargıtay 13. Hukuk Dairesi 05.07.2017 E: 2016/5064 K: 2017/8070 sayılı kararında;

Davacı, bel ağrıları nedeni ile ... Tıp Merkezi'ne başvurduğunu, muayene ve teşhisin davalı doktor tarafından yapılarak bel fıtığı teşhisi konulduğunu ve ameliyat olması gerektiğinin bildirildiğini, doktorun el becerisi iyi olan profesör doktoru tavsiye ederek, ameliyatı davalı... Hastanesi'nde bu hocanın yapacağı bilgisini verdiğini, bu duruma güvenerek ameliyat olmayı kabul ettiğini ancak ne ameliyat öncesinde ne de sonrasında profesör doktor ile görüşme imkânının olmadığını, bu nedenle ameliyatı bu doktorun yapmadığından şüphelendiğini, ameliyattan sonra da iyileşmenin olmadığını, önerilen ve uygulanan fizik tedavilerin de işe yaramaması nedeniyle başvurduğu başka bir ortopedi akademisyeninin, kanalın tıkalı olduğunu, ameliyat bölgesinde ameliyat edilmiş bir görünüm izlenmediğini, bu koşullarda fizik tedaviye başlanamayacağını belirttiğini ve ikinci kez ameliyat olmak zorunda kaldığını, yapılan ikinci ameliyattan sonra ağrılarının dindiğini, bu süreçte büyük acı ve ızdırap yaşamış olduğunu ileri sürerek, maddi manevi tazminat isteminde bulunmuştur. Davalılar, davanın reddini dilemişlerdir. Mahkemece, davanın reddine, karar verilmiş; hüküm davacı tarafından temyiz edilmiştir. Mahkemece, dosyaya kazandırılan, Adli Tıp Kurulu 2. İhtisas Kurulu Başkanlığı'nın raporunda "Semptomatik bel fıtığının tedavisinde cerrahinin de bir seçenek olduğu, bel fıtığı ameliyatı esnasında fıtık tamamen çıkarılamayabileceği gibi yapılan ameliyat sonrasında da bel fıtığının tekrarlayabileceği, nüks bel fıtığı nedeniyle tekrar ameliyata alınmak zorunda kalınabileceği, çekilen lomber MR ve yapılan muayenesi ile bel fıtığı tanısı konulduğu, ameliyata alındığı, sağ L4–5 parsiyel hemilaminektomi yapıldığı, protrude stenotik mesafenin açıldığı ve sinir kökünün serbestleştirildiği, ameliyat sonrası takiplerinde kişinin ağrılarının devam etmesi üzerine lomber MR çekildiği, sonrasında fizik tedavi uygulanmasına karar verildiği ve fizik tedavi uygulandığı, kişinin ağrılarının uygulanan fizik tedaviye rağmen devam etmesi üzerine... Hastanesi'ne başvurduğu, burada nüks bel fıtığı tanısı ile ameliyata alındığı, yapılan bu ameliyat sonrasında ağrılarının azaldığı ve nörolojik sekelinin bulunmadığının anlaşıldığı, *kişiye konulan tanı ve yapılan ameliyatların tıp biliminin genel kabul görmüş ilke ve kurallarına uygun olduğu*, kişide... Hastanesi'nde yapılan bel fıtığı ameliyatı sonrası ortaya çıkan tabloların bu tür ameliyatlardan sonra her türlü özene rağmen oluşabilen her hangi bir tıbbi kusur ya da ihmal izafe edilemeyen *"komplikasyon"* olarak nitelendirildiği, *kişinin ameliyatını gerçekleştiren sağlık çalışanlarına atfi kabil kusur tespit edilmediği*" belirtilmiş; daha sonra alınan ek raporda da, aynı görüş yinelenmiştir. Hükme esas alınan rapor ve ek rapor incelendiğinde, olaya ve tüm iddialara ilişkin yeterli açıklamayı içermediği görülmekle birlikte, mahkemece davacının, profesör doktorun, ameliyatına girmediği iddiasının incelenmediği, bu iddianın karşılanmadığı anlaşılmaktadır. Hal böyle olunca, mahkemece, dava konusuna ilişkin tüm hastane evrakı getirtilmek suretiyle, davacının iddialarının eksiksiz karşılanması, ayrıca üç kişilik bilirkişi kurulundan rapor alınarak, davalıların ayrı ayrı kusurlu olup olmadığının belirlenmesi, sonucuna göre karar verilmesi gerekirken, bu yönler göz ardı edilerek eksik incelemeye dayanılarak yazılı şekilde hüküm kurulmuş olması usul ve yasaya aykırı olup bozmayı gerektirir.

* * *

Yargıtay 12. Ceza Dairesi 18.05.2017 tarihli E: 2015/14937, K: 2017/4112 sayılı kararında;

Olay tarihinde iki yaşlarında olan çocuk hastanın iki taraflı doğuştan kalça çıkığı tanısı ile ...Hastanesi'ne ailesi tarafından götürüldüğü, anemnezinde altı ay önce iki taraflı doğuştan kalça çıkığı tanısı ile kapalı redüksiyonla her iki bacak pelvipedal alçıya alındığının, alçısı açıldığında tedavi sonrası sol kalçasının lukse olduğunun tespit edildiği ve operasyon için "Sol DKÇ (Doğumsal Kalça Çıkığı)" tanısı ile temyize gelmeyen sanık ortopedi uzmanı tarafından hastaneye yatırıldığı, ameliyat öncesi çocuk hastalıkları ve anestezi uzmanları tarafından konsültasyonların yapıldığı, anestezi uzmanı sanık doktor tarafından görülüp opere olabileceğine karar verildiği, bunun üzerine operasyona alındığı, ameliyatın ortopedi uzmanı tarafından yapıldığı, anestezi ekibi olarak da ameliyata anestezi uzmanı ve anestezi teknisyenlerinin katıldığı, beyanlara göre hastanın uyutulması ve operasyona başlanmasından sonra anestezi uzmanı sanık doktorun aynı anda başka ameliyatlarda da görevli olması sebebiyle hastanın başından ayrıldığı, ancak anestezi teknisyeni sanığın

ameliyatın başından sonuna kadar hastanın başında bulunduğu, sanık doktor tarafından ameliyata başlandığında 160 civarında olan nabzın ameliyatın 15. dakikasında 80'e düştüğü, ameliyatta iki kez sevofluran gazı verildiği, ikincisi verildikten sonra hastanın kalbinin durduğu, hastanın kardiak arest olup resüsitasyonla saat 11:00 sularında döndürüldüğü, bu aşamada sanık doktor tarafından operasyonun durdurulduğu, ancak hastanın geri dönmesi ile ve anestezi uzmanlarının ameliyata devam edilmesi kararı ile sanık tarafından hızlı bir şekilde açık olan yerler kapatılıp ameliyatın sonlandırıldığı, ameliyat sonrası yoğun bakımda takip edilen hastaya şuur bulanıklığı nedeniyle aynı gün ...Tıp Fakültesi Hastanesi'ne sevk edildiği, geldiğinde şuur kapalı olup havalesi bulunan hastaya yapılan tetkikler sonucu hastada beyin hasarı meydana geldiğinin anlaşıldığı ve hastaya ileri derecede mental motor retardasyon, tedavi ile mümkün olmayan kronik nörolojik hastalık ve epilepsi teşhisleri konulduğu, bu aşamadan sonra hastanın iyileşemediği ve kalça çıkığı nedeniyle operasyonlar geçirdiği, olaydan yaklaşık yedi yıl sonra vefat ettiği, Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu raporuna göre ölümün ameliyat sırasında ortaya çıkan nedeni belirlenemeyen bradikardi ve kardiak arrest sonrası gelişen iskemik hipoksik ensefalopati ve komplikasyonlarından meydana geldiğinin tespit edildiği, henüz ölüm olayı gerçekleşmeden yapılan soruşturma sonucu sanıklar hakkında taksirle yaralama ve sanık hakkında ayrıca ölenin babasından yapmaya mecbur olduğu işi yapmak için para aldığı iddiaları ile rüşvet suçlarından kamu davası açıldığı, burada yapılan yargılama sırasında alınan Yüksek Sağlık Şurası'nın raporunda; sanık ortopedi doktorunun kusursuz, hastaya entübasyon yaptıktan sonra görevi arkadaşına devreden ve olayda sorumluluğu bulunmayan anestezi teknisyeni sanığın kusursuz, hastanın yeterli oksijenle ventilasyonunun sağlanamaması sonucu hipoksi oluşmasına sebep olan anestezi teknisyeninin 1/8 oranında kusurlu, anestezi teknisyenlerinin çalışmalarını yeterince takip etmeyen sanık doktorun 2/8 oranında kusurlu olduklarının belirtildiği, bu dosyada yapılan yargılamada sanıklara taksirle yaralama suçundan mahkûmiyetlerine karar verildiği, hükmün temyizi üzerine dosyanın Yargıtay'a gönderildiği, Yargıtay 5. Ceza Dairesi'nin 07.12.2011 tarihli kararı ile açılan kamu davasının zamanaşımı nedeniyle düşmesine karar verildiği, hastanın 25.06.2009 tarihinde ölmesi üzerine iş bu dosyaya konu sanıkların tamamı hakkında taksirle öldürme suçundan açılan kamu davasının yapılan yargılaması sırasında alınan Yüksek Sağlık Şurası'nın raporunda; "otopsi bulgularına göre, ölümün aspirasyon sonucu gelişen bronkopnomöniye başlı olarak meydana gelmiş olabileceği ve bu duruma daha önce yaşadığı olay neticesinde gelişen nörolojik hasar ve mental retardasyonun sebebiyet vermiş olabileceği, aspirasyon ve bronkopnömoninin pek çok nedenle ortaya çıkabileceği, önceki sekelin ne ölçüde etkilediğinin belirlenemeyeceği, mental retardasyonu olmayanlarda da aynı sürecin gelişebileceği, fark edilmeden gelişebilen pnomönilerde her türlü tedaviye rağmen ölüm oranının yüksek olduğu (%5–40) göz önüne alındığında; *meydana gelen ölümle operasyon sırasında gelişen sekeller arasında illiyet bağı kurulmasının mümkün olamayacağı"* görüşünün belirtildiği anlaşılmakla; dosya kapsamından sanıklara isnat edilen ve daha ağır bir suçu oluşturma ihtimali bulunmayan eylem taksirle öldürme olup, temel sorun suç tarihinin tespiti noktasında toplanmaktadır. Yapılan ameliyat sırasında beyin hasarı meydana gelen hastanın, iyileşmesi gerçekleşmeden ve ameliyatta gelişen iskemik hipoksik ensefalopati, yani beyine yeterli kan ve oksijen gitmemesi nedeni ile yedi yıl sonra ölümü gerçekleşmiştir. Dolayısıyla Kanun'un cezalandırdığı, sanıkların eylemlerini icra ettikleri, yani ameliyatı yaptıkları tarih ile ölüm tarihinin suç tarihi olarak esas alınması ve gerek zaman aşımı gerekse uygulanacak kanun hükümlerinin bu tarih nazara alınarak saptanması gerekir. Bu suretle eylemin icra edildiği yani suç tarihi olan tarih itibariyle sanıklara isnat edilen ve daha ağır bir suç oluşturma ihtimali bulunmayan eylem 765 sayılı TCK'nın 455/1. maddesinde yaptırıma bağlanmış olup, anılan suç aynı kanunun 102/4. maddesi uyarınca beş yıllık zaman aşımına tabidir. Sanıklar müdafilerinin temyiz itirazları bu itibarla yerinde görülmüş olup, hükmün gerçekleşen zamanaşımı nedeniyle bozulmasına oy birliğiyle karar verildi. Söz konusu kararda Yüksek Sağlık Şurası'nın raporu oldukça önemli bilgiler vermektedir.

* * *

Yargıtay 13. Hukuk Dairesi 05.04.2017 tarihli E: 2015/15335, K: 2017/4016 sayılı kararında;

Davacı, ayağının kırılması üzerine davalı hastanede davalı doktor tarafından gerçekleştirilen ameliyat ve yaranın takibi sırasında uygulanan tedavi nedeniyle ayağında enfeksiyon olduğunu ve bir türlü iyileşmediğini ileri sürerek, duyduğu üzüntü ve uğradığı zarar nedeniyle maddi ve manevi tazminat talebinde bulunmuştur. Uyuşmazlık, davacının ayağında oluşan enfeksiyon sorununda davalı doktorun herhangi bir kusurunun olup olmadığı noktasında toplanmaktadır. Somut olayda, davacının ayağında meydana gelen kırık nedeniyle davalı hastaneye yatırıldığı ve tedavisinin davalı doktor tarafından gerçekleştirildiği sabittir. Mahkemece alınan Adli Tıp Kurumu raporunda, düşme sonucu ... Hastanesi'ne getirildiği, çekilen grafilerinde sol tibia 1/3 distal diafiz kırığı ve fibula 1/3 proksimal diafiz kırığı saptandığı, ortopedi uzmanı tarafından plak vida takılarak ameliyat edildiği ve yara takibinin yapıldığı, ameliyat yerinde enfeksiyon geliştiği, kültürde bakteri

ürediği, tedaviye rağmen yaranın kapanmadığı, daha sonra ...Hastanesi'nde flep yapılarak tedavi edildiği, her ne kadar dosyadaki hastane evrakında yapılan işleme ait hasta onamına rastlanmamış olsa da tüm ortopedik operasyonlarda en sık komplikasyon enfeksiyon olarak kabul edildiğinden, *doktora atfi kabil kusur bulunmadığı belirtilmiştir*. Mahkemece bu rapora itibar edilerek hüküm kurulmuş ise de rapor hükme elverişli değildir. Anılan rapor, yaranın açık kalması durumunda ortaya çıkacak sonuçlar ve yaranın takibine ilişkin olarak davalı doktorun sorumluluğu noktasında yeterli bir açıklama içermediğinden, olayda davalıların kusurlu olup olmadığının tespitinde yeterli değildir. O halde mahkemece üç kişilik bilirkişi kurulundan, davacının itirazları da karşılanmak suretiyle olayda yapılan ameliyat ile sonrasında davacının ayağında meydana gelen enfeksiyonun takibi sırasında herhangi bir hata, ihmal olup olmadığı konusunda, nedenleri açıklayıcı, rapor alınarak sonucuna göre karar verilmelidir. Mahkemece bu yönler göz ardı edilerek eksik inceleme ile yazılı şekilde hüküm kurulmuş olması usul ve yasaya aykırı olup bozmayı gerektirir.

* * *

Yargıtay 12. Ceza Dairesi 17.10.2016 tarihli E: 2015/14353, K: 2016/11954 sayılı kararında;

Yere düşerek sol kol dirsek kemiğinde parçalı kırık meydana gelen hastanın... Hastanesi'ne götürüldüğü, hastane görevlileri tarafından gerekli tetkikler yapılarak kırığın damar sinir yaralanması yapabilecek nitelikte olması nedeniyle acil opere edilmesi gerektiğinden bahisle ameliyat edilmesine karar verildiği, sanığın anestezi uzmanı doktor olarak ameliyatta yer aldığı, ameliyattan sonra ilgili servisine götürülen hastada aynı gün saat 21:45 sıralarında kardiyopulmoner arrest gelişmesi üzerine görevliler tarafından gerekli tıbbi müdahalelerin yapıldığı, hastanın yoğun bakım servisine yatırılarak solunum cihazına bağlandığı ve takibinin sürdürüldüğü ancak gece saat 03:00 sıralarında tekrar fenalaşan hastanın, solunum ve kalp atımlarının durduğu, hastaya görevliler tarafından yoğun bakımda kalp masajı ile canlandırma işlemleri yapıldığı fakat bu işlemlerden olumlu yanıt alınamadığı ve hastanın hayatını kaybettiği olayda Adli Tıp Kurumu Genel Kurulu tarafından düzenlenen raporda "Otopsi ve klinik bulgular birlikte değerlendirildiğinde küçüğün ölümünün kendinde mevcut akciğer hastalığının (pnömoni) humerus kırığı nedeniyle uygulanan anestezi ve ameliyatın yükü sonucu ortaya çıkan oksijensizlik ve gelişen komplikasyonlardan ileri geldiğinin kabulü gerektiği, dosyada preoperatif anestezi vizit fişi olmamakla birlikte anestezi uzmanının hastaya ameliyat öncesi gördüğünü belirttiği ve dosyadan hastaya ait tetkikler incelendiğinde ameliyat öncesi hastaya yaptırılan laboratuar tetkiklerinin yeterli ve normal olduğu, anestezi fişi incelendiğinde hastaya anestezi sırasında kullanılan ilaçların doz ve niteliklerinin uygun olduğu, çocukta tespit edilen kırığın damar sinir yaralanması yapabilecek, acil opere edilmesi gereken bir kırık olduğu, akciğerde bronkopnömoni tespit edilmiş olup, bu bronkopnömoninin en az bir haftalık olduğunun anlaşıldığı dikkate alındığında, küçükte ameliyat öncesinde bronkopnömoninin mevcut olduğu, anestezi uzmanı tarafından değerlendirme sırasında fark edilmemiş olduğu, bu durumun bir eksiklik olduğu ancak çocukta tespit edilen humerus kırığının acilen ameliyat edilmesi gerektiğinden tanı konulmuş olması durumunda da ameliyatın acil yapılmasının zorunlu olduğu, ölüm meydana gelmesinden dolayı anestezi, ortopedi uzmanına kusur atfedilemeyeceği oy birliği ile mütalaa olunur." şeklinde görüş içeren rapora itibarla, atılı suçtan kusuru bulunmayan sanık hakkında beraat kararı verilmesine dair yerel mahkemenin kabulünde bir isabetsizlik görülmemiştir.

* * *

Yargıtay 12. Ceza Dairesi 21.06.2016 tarihli E: 2016/3825, K: 2016/10579 sayılı kararında;

... Hastanesi'nin muayene raporu ve reçetesinde; üç gün önce kolunun üzerine birisinin düşmüş olduğu ifadesiyle geldiği, sol dirsek eklem içi kırığı teşhis edildiği, genel durumunun iyi, sol dirsek palpasyonu ağrılı, dirsek hareketleri ağrılı, el ve ön kolda yumuşak dokuda ödem olduğu, dolaşım problemi olmadığı, sinir problemi olmadığı, el parmaklarına ve el bileğine hareket yaptırılabildiği, grafisinde sol dirsek eklem içi kırığı (nondeplase) saptandığı, dirsek üstü alçı atel yapıldığı, medikal tedavi başlandığı, ağrı kesici ve ödem geriletici, elevasyon ve takibe alındığı, kontrolde BT çekilip sonucuna göre tedavisinin devamına karar verileceği, Apranax® tb 2x1, Minoset® tb 2x1 reçete edildiği, şeklinde belirtildiği, her ne kadar dosya içerisinde herhangi bir hastane evrakı mevcut olmasa da taraf ifadelerine göre çocuğun ağrısının artması, sırt ve karın ağrısı olması üzerine tekrar aynı hastaneye götürdükleri, doktorun alçısını kısalttığını eve gönderildiğini, şikâyetleri devam eden ve mide bulantıları başlayan çocuğun hastaneye götürüldüğü, Apranax® isimli ilacı keserek diğer ilaçlarını içmesi önerilerek eve gönderildiği, akşam sırtının acıdığını ve karnının ağrıdığını söylemesi üzerine hastaneye götürmek istediklerini ancak çocuğun gitmek istemediğini, daha sonra fenalaşması üzerine... . Hastanesi'ne götürdüklerini, nöbetçi doktor olmadığı söylenerek hastaneye kabul edilmediklerini, bunun üzerine başka hastaneye gittiklerini, buradaki geçici raporunda; üç gün önce düşmüş olduğu, sol kolda çatlak olduğu ve alçıya alınmış olduğu, önceki akşam terleme ve üşümeleri olduğu, sabah kalktıklarında

kusmuş ve baygın halde buldukları, bilincinin kapalı, oryantasyon ve kooperasyonun olmadığı, IR(Işık refleksi)-/-, pupilleri fix dilate olduğu, ağrılı uyaranlara cevap vermediği, patolojik refleksin olmadığı, tansiyon ve nabız alınamadığı, solunumu olmadığı, ex duhul olarak geldiği, 30 dakika kardiopulmoner resüsitasyon uygulandığı, ancak solunum ve kalp tepe atımının geri dönmediği, 07:45'te ex kabul edildiği, ölüm nedeninin anlaşılamadığı, şeklinde belirtildiği, Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi'nin otopsi raporunda "Sol radius kemiğinde kırık ve kırık çevresinde yoğun iltihap görülen kişinin ölümünün nekrozlaşan taze lobüler pnömoni, irinli fibrinli plörite bağlı solunum yetmezliği sonucu meydana gelmiş olduğunun" belirtildiği, Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu'nun mütalaasında tıbbi belgeler ve otopsi raporuna göre; çocuğun ölümünün künt travmaya bağlı yumuşak doku zedelenmesi ile bu bölgede oluşan enfeksiyona bağlı komplikasyonlar sonucu meydana gelmiş olduğunun" belirtildiği, Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulu'nun mütalaasında " doktor tarafından ilk görüldüğü gün kırığa yapılan tedavinin uygun olduğu, ancak otopsisindeki bulguların yaygın enfeksiyon göstergesi olduğu, ölümden bir gün önce muayene eden aynı hekimin mevcut bulguları tespit edememiş olmasının eksik bir eylem olduğu, yeterli takip ve tedavi yapmamış olması nedeniyle doktorun eyleminin tıp kurallarına uygun olmadığının" belirtildiği, Yüksek Sağlık Şurası'nın raporunda "Dosyadaki bilgi, belge ve bulgular değerlendirildiğinde; hastanın doktor tarafından ilk görüldüğü gün kırığa yapılan tedavinin uygun olduğu, ancak ölümünden bir gün önce karın ve sırt ağrısı olan hastayı muayene eden doktorun hastada sepsise yol açacak pnömoni bulgularını tespit edememiş olmasının eksiklik olduğu, ölüm sebebinin sepsis olduğu, yeterli takip ve tedavi yapmamış olmasından dolayı doktorun özen ve dikkat eksikliğinin olduğuna, bilinçli taksirinin ise söz konusu olmadığına şuramızca oy birliği ile karar verildiği, şeklinde belirtildiği, Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu'nun mütalaasında "çocuğun başvuru şikâyetlerine göre konulan tanının ve yapılan tedavinin uygun olduğu, karın ve sırt ağrısı şikâyetleri ile getirildiğinde herhangi bir muayene ve tetkik yapılmadan veya çocuk hastalıkları konsültasyonu istemeden şikâyetlerini Apranax® adlı ilaca bağlamış olması nedeniyle doktorun kusurlu olduğu, **doktorun karın ve sırt ağrısı şikâyetlerinin ilaca bağlanmış olması nedeniyle kusurlu olmakla birlikte hasta yakınının çocukta öksürük, ateş, solunum sıkıntısı gibi yakınmalarının bulunduğuna dair anamnez vermemiş olması ve muayeneden bir gün sonra ölmüş olması nedeniyle ölümünün tek başına hekim kusuru nedeniyle meydana geldiğinin söylenemeyeceği**, doktorun kusurunun ölüm meydana gelmesindeki etkisi 8/8 üzerinde değerlendirildiğinde 2/8 olarak kabulünün uygun bulunduğu, kusurlu eylem sorulduğu üzere bilinçli taksir olarak değerlendirilemeyeceğinin" mütalaa edildiği ve son olarak bozma ilamına uyularak yapılan yargılama sırasında alınan Adli Tıp Grup Başkanlığı Genel Kurul kararında da başvuru şikâyetlerine göre konulan tanının ve yapılan tedavinin uygun olduğu, karın ve sırt ağrısı şikâyetleri ile getirildiğinde herhangi bir muayene ve tetkik yapılmadan veya çocuk hastalıkları konsültasyonu istemeden şikâyetlerini Apranax® adlı ilaca bağlamış olması nedeniyle doktorun kusurlu olduğu, karın ve sırt ağrısı şikâyetlerinin ilaca bağlanmış olması nedeniyle kusurlu olmakla birlikte hasta yakınının çocukta öksürük, ateş, solunum sıkıntısı gibi yakınmalarının bulunduğuna dair anamnez vermemiş olması ve çocuğun muayeneden bir gün sonra ölmüş olması nedeniyle *ölümünün tek başına hekim kusuru nedeniyle meydana geldiğinin söylenemeyeceği oy birliği ile mütalaa olunur*" şeklinde rapor verildiği ve sanığın kusurlu olduğu anlaşılmakla; incelenen dosya kapsamına göre, sanık müdafiinin eksik inceleme ile hüküm verildiğine ve kusura, katılanlar vekilinin ise eylemin bilinçli taksirle işlendiğine ve adli para cezasının az takdir edildiğine ilişkin temyiz itirazlarının reddiyle, hükmün isteme uygun olarak onanmasına oy birliği ile karar verildi.

* * *

Yargıtay 12. Ceza Dairesi 31.05.2016 tarihli E: 2016/2176, K: 2016/9149 sayılı kararını muhalefet şerhi önem arz ettiği için burada yer vermek doğru olacaktır. "Taksirle yaralama suçundan sanığın mahkûmiyetine ilişkin hüküm eksik kovuşturmaya dayalı olarak verildiğini düşündüğümüzden sayın çoğunluğun onama yönündeki görüşlerine katılmıyoruz. Şöyle ki: düşme nedeniyle ... Hastanesi Acil Servis polikliniğine getirilen hastanın yapılan muayene ve tetkiklerinde femur boyun kırığı tespit edildiği, opere edilerek bipolar protez yerleştirildiği, anestezi önerisiyle takip amaçlı cerrahi yoğun bakıma alındığı ve izlenimde ek problem olmayan hastanın taburcu edildiği, sol kalçada ağrı ve üzerine basamama şikâyetleri devam eden hastanın, ilk ameliyattan yaklaşık 2 yıl sonra tarihinde ... Hastanesi'ne müracaat ederek burada ortopedi uzmanı olan sanık tarafından yapılan muayenede iç dış rotasyonları ağrılı olması protez gevşemesi olarak değerlendirildiği, yapılan kan tahlilleri ve çektirilen kemik sintigrafisi neticesi gevşemenin enfeksiyondan kaynaklanmadığı önceki ameliyat tekniğinden kaynaklandığı sonucuna varılarak, gerekli pelvis grafisi ve serolojik tetkikler ile kardiyoloji konsültasyonunun yapılmasının ardından epidural anestezi ile sanık tarafından revizyon total kalça protezi ameliyatına alındığı, salah halinde bir hafta sonra kontrol önerisi ile taburcu edildiği, sol kalçada ağrı şikâyetinin devamı üzerine sanık tarafından hasta tekrar görülerek yapılan tetkiklerin ardından

kalça femoral sitemin distale migre olduğunun tespiti ile tekrar ameliyat edildiği, bu operasyonda distal femoral sitemin çıkartıldığı, çimentolu olarak yerleştirildiği, taburcu edildikten iki gün sonra sol kalçada ağrı ve yürüyememe şikâyeti ile hasta ... Hastanesi'ne yatırılarak burada yapılan tetkiklerin ardından geniş femoral kemik destekli uzun stemli revizyon protez ameliyatının yapıldığı ve taburcu edildiği, Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulu'nca düzenlenen raporda sanık tarafından yapılan 2. operasyon sırasında periprostetik kırık oluştuğu, bu durumun ameliyat sırasında meydana gelebilecek bir komplikasyon olduğu, önlem alınması gerektiği, hekim tarafından fark edilip edilmediğinin kayıtlarda bulunmadığı, fark edildiyse ne tür bir önlem alındığının kayıtlı olmadığı cihetle sanık tarafından yapılan eylemin tıp kurallarına uygun olmadığı ifade edilmiş ise de, sanık savunmasında operasyon sonrası çekilen grafilerde kırığı tespit ettiğini ve bu hususta hasta ve yakınlarına bilgi verdiğini, hasta yakınlarının da önlem almasına müsaade etmeden onların zorlaması ile hastanın başka bir hastaneye sevkini sağladığını ileri sürdüğü ve bu savunmanın ölenin oğlu tanık tarafından da kısmen doğrulandığı da nazara alınarak gerekli araştırmanın yapılıp ardından dosyanın Adli Tıp Kurumu Genel Kurulu'na gönderilerek, sonucuna göre hukuki durumunun tayin ve takdiri gerekir. Açıkladığımız bu gerekçelerden dolayı hükmün eksik inceleme ile verildiğini düşündüğümüzden bozulması gerekirdi. Bu nedenlerden dolayı sayın çoğunluğun mahkûmiyet hükmünü onama yönündeki görüşlerine katılmıyoruz.

* * *

Yargıtay 13. Hukuk Dairesi 04.04.2016 tarihli E: 2015/11423, K: 2016/9370 sayılı bir başka kararında davacı, hamileyken yere düştüğünü, sol kolunun bilek ve dirsekten kırıldığını, davalı şirkete ait ... Hastanesi'ne kaldırıldığını, davalı doktorun önerisiyle ameliyat olduğunu, ameliyattan sonra iyileşmeyince aynı doktora müracaat ettiğinde kolunun matkapla dirsek ve bilekten delinerek tavana asılması gerektiğini söylediğini, hamileliği nazara alınarak bu işlemin uyuşturulmadan gerçekleştirildiğini, 2. müdahale esnasında dayanılmaz acılar çektiğini, kırıkların yine iyileşmemesi ve kolundaki yaradan ağır bir koku ve akıntı gelmesi üzerine davalı doktor tarafından 3. kez ameliyat edildiğini, kırıklar yine iyileşmeyince ... Üniversitesi Hastanesi'ne müracaat ederek oradaki ortopedi doktoru tarafından yapılan ameliyatların tamamen yanlış olduğu ve kolunun düzelme ihtimalinin neredeyse bulunmadığının söylenerek son çare olarak ... Hastanesi'nde bir doktora gönderdiğini, o doktorun da kolun düzelme ihtimalinin çok düşük olduğunu, bir çare olarak ameliyat olabileceğini söylediğini, ameliyatı müteakip iltihabın steril olmayan hastane odasındaki matkapla delme sırasında oluşabileceğini beyan ettiğini, kolun iyileşmesi için bir başka doktor tarafından da ameliyat edildiğini, hatalı ve özensiz tıbbi müdahaleler sonucu sakat kaldığını, ruh sağlığının aşırı derecede bozulduğunu ileri sürerek, fazlaya ilişkin hakları saklı kalmak kaydıyla ameliyat, ilaç, ulaşım, iş ve kazançtan yoksun kalma zararlarının tazmini için 10,000,00 TL maddi, 15,000,00 TL manevi tazminatın işleyecek yasal faizi ile birlikte davalılardan müştereken ve müteselsilen tahsiline karar verilmesini istemiş, ıslahla maddi tazminat talebini 167,621,22 TL'ye yükseltmiştir. Davalı doktor ve davalı şirket, davanın reddini dilemişlerdir. Mahkemece, davalı doktor hakkında açılan ceza dava dosyası esas alınmak suretiyle, ceza dosyasında alınan *Yüksek Sağlık Şurası raporunda özensiz ve yetersiz yaklaşımından dolayı davalı doktorun 4/8 oranında kusurlu olduğu*, mahkemece alınan Adli Tıp 3. İhtisas Kurulu raporuna göre de davacının yüksekten düşme olayına bağlı humerus suprakondiler kırığı nedeniyle %50 oranında meslekten kazanma gücünden kaybetmiş sayılacağının belirlendiği, bu miktarın 83,684,61 TL'sinin davalılardan ayrı ayrı tahsiline karar verilmiş; hüküm, taraflarca temyiz edilmiştir. Davalı doktor vekili tarafından dilekçe ile davalı doktorun vefat ettiği, yasal mirasçılarının da mirası reddettiğine dair İzmir 4. Sulh Hukuk Mahkemesi'nin 2015/1347 Esas, 2015/1335 Karar sayılı mirasın reddi kararının dosyaya sunulduğu anlaşılmaktadır. Hal böyle olunca; mahkemece, davalı doktorun veraset ilamı ile mirasın reddi kararının incelenip, taraf teşkili sağlanarak sonucuna göre bir karar verilmek üzere, hükmün bozulmasına karar vermek gerekmiştir.

* * *

Yargıtay 12. Ceza Dairesi 17.03.2016 tarihli E: 2015/14783 K: 2016/4357 sayılı kararında;

Adli Tıp Genel Kurulu'nun raporunun sonuç bölümünde konjenital kifoz nedeniyle üç kez ... Ortopedi ve Travmatoloji bölümünde opere edildiği, son operasyonda kullanılan vidaların uçlarının ciltten çıkması üzerine ...Ortopedi ve Travmatoloji bölümüne yatırıldığı, gerekli hazırlıkları takiben ameliyata alındığı, ancak işlem tamamlanmak üzere iken cilt dikişlerine geçildiği sırada aniden kardiyak arrest geliştiği, hemen resüsitasyona başlandığı, yaklaşık bir saat resüsite edildikten sonra kalbinin çalışmaya başladığı, ancak olay sırasında gelişen hipoksiye bağlı olarak nörolojik problemler ile yaklaşık üç ay sonra bu haliyle taburcu edildiği anlaşılan hasta hakkında düzenlenmiş adli ve tıbbi belgelerin incelenmesi sonucunda kardiyak arrest nedeni kesin olarak bilinememekle beraber yüzükoyun pozisyonunda yapılan skolyoz cerrahisinde sırtta bulunan ve cerrahi için açılan bölgedeki venlerden hava embolisinin oluşabileceği, bu nedenle de kardiyak arrest gelişebileceği, bu tür vakaların literatürde bulunduğu,

hastanın ameliyat öncesi dekstrokardisi bulunduğunun kayıtlı olduğu, anestezi ekibinin çabasıyla kalbin yeniden atmasının sağlandığı ve hastanın yaşama döndürüldüğü, her hastada kalbin niye durduğunun bilinemeyebileceği, çünkü saptanamayacak ve öngörülemeyecek nedenlerle de kalbin ani olarak durabileceğinin tıbben bilindiği, ameliyat sırasında yapılan işlemlerin tıp kurallarına uygun olduğunun mütalaa edildiği anlaşılmakla, yapılan yargılama sonunda, yüklenen suç açısından faillerin kusurunun bulunmadığı gerekçesi gösterilerek mahkemece kabul ve takdir kılınmış olduğundan, katılan vekilinin sanıkların kusurlu olduğuna, eksik inceleme ile beraat kararı verildiğine ilişkin temyiz itirazlarının reddine oy birliği ile karar verildi.

* * *

Yargıtay 12. Ceza Dairesi 08.03.2016 tarihli E: 2015/4088, K: 2016/3539 sayılı kararında;

Ağırlık düşmesi sonrası burun ve sol diz yaralanması yaşayan mağdurun sol fibula ve tibia kemik kırıklarının hayat fonksiyonlarını 3. derecede etkileyecek şekilde yaralandığı, kaldırıldığı hastanede yapılan ameliyat ve alçı uygulamasından sonra salah bularak taburcu edildiği, evinde istirahat halinde ve sıkıntısız şekilde iyileşme süreci devam ederken taburcu olduktan 18 gün sonra bacağındaki ağrı ve nefes almakta zorlanma şeklinde gelişen şikâyetleri ile ani biçimde fenalaşması sonucu ölümü ile sonuçlanan olayla ilgili Adli Tıp Kurumu tarafından düzenlenen raporda ölüm nedeninin kesin olarak tespitine imkân bulunmadığı, bununla birlikte ölüm belgesinde yazılı bulunan ölüm nedeni (emboli ve tromboz) doğru olarak kabul edildiği takdirde; bu tablonun ekstremite kırıklarını müteakip immobilizasyona bağlı olarak meydana gelmesinin tıbben mümkün olduğunun kabulü gerektiğinin ifade edildiği; Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu'nun talebi doğrultusunda ölenin sol tibia ve fibula kemikleri 04.07.2012 tarihli fethi kabir işlemi suretiyle incelenmek üzere Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi'ne gönderilerek burada sol tibianın alt 1/3 hizasında oblik seyirli, ayrıklı kırık vaziyette olduğu ve bu kırık hatlarında yer yer iyileşmeye bağlı kaynama noktalarının mevcut olduğu, bunun dışında tibiada bir adet medüller çivi ile iki adet proksimalde ve iki adet distalde olmak üzere toplam dört adet plak vidanın mevcut olduğu, fibulanın ise alt 1/3 hizasında kelebek seklinde üç parçaya ayrılacak vaziyette kırılmış olduğunun tespit edildiği, Morg İhtisas Dairesi'nin yaptığı bu makroskobik incelemenin ardından Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu tarafından düzenlenen 26.09.2012 tarihli raporda; zamanında otopsi yapılarak iç organ değişimleri araştırılmamış olmakla birlikte tıbbi belgelerinde iş kazası sonucu yaralanma ile ölümü arasında illiyet bağı bulunduğunun ifade edildiği, Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu'nca düzenlenen raporda kişinin ölümünün genel beden travmasına bağlı tibia ve fibula kırıkları ile birlikte gelişen komplikasyonlar sonucu meydana gelmiş olduğunun kabulü gerektiği, muayene takip ve tedavisine katılan ilgili hekimlerin atfı kabil kusuru bulunmadığı, ölene ameliyat sonrası atel ve sonrasında alçı yapıldığı ve antikoagülan tedavi verilmediğinin hastane kayıtlarında görüldüğünün ifade edildiğinin anlaşılması karşısında; mezar açılma sonrası kalp ve akciğer üzerinde inceleme yapılmadığı hususları ve taburcu işlemi sonrası reçete edilen ilaçlarda dikkate alınarak ve Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu'nun illiyet bağına ilişkin raporlarını düzenleyen heyetler arasında Ortopedi ve Travmatoloji uzmanı ile kalp damar cerrahisi ve göğüs hastalıkları uzmanlarına yer verilmemesi ve bilimsel mütalaalarda ileri sürülen hususlarla bu raporlar arasındaki çelişkilerin giderilip olay ile ölüm arasında illiyet bağının, bulunup bulunmadığı ve ölüm nedeninin duraksamaya yer vermeyecek şekilde tespiti bakımından bir de Adli Tıp Kurumu Genel Kurulu'ndan rapor alınarak sonucuna göre sanıkların hukuki durumunun takdir ve tayini gerekirken, eksik incelemeyle yazılı şekilde sanıkların mahkûmiyetlerine karar verilmesi, kanuna aykırı olup hükmün bozulmasına oybirliğiyle karar verildi.

* * *

Yargıtay 12. Ceza Dairesi 04.06.2015 tarihli E: 2014/21000, K: 2015/9863 numaralı kararı... Hastanesi'nde Ortopedi ve Travmatoloji uzmanı olarak çalışan sanık doktorun, olay günü sol kolu üzerine odun yığının devrilmesi neticesinde, hastanenin acil polikliniğine başvuran katılanı muayene ettiği, çekilen iki yönlü röntgen filminde, hastada sol kol dirsek çıkığı, eklem bütünlüğünün bozulduğu, ekleme komşu yumuşak dokularda kalınlık artışının mevcut olduğunun tespit edildiği ve hastanın kolunun alçı ateline alındığı, bir gün sonra taburcu edildiği ve iki hafta sonra kontrole gelmesinin sanık doktor tarafından söylendiği, hastanın şiddetli ağrı şikâyeti ile bir hafta sonra tekrar sanık doktora gittiği ve doktorun ağrı kesici verip gönderdiği, hastanın iki hafta sonra tekrar geldiğinde, sol kolda kararma ve su toplamasının tespit edildiği, koldaki su boşaltıldıktan sonra plastik cerrahiye sevk edildiği, ameliyat olması gerektiği söylendiği, bu süreç içinde hastanın kendi isteği ile... Tıp Fakültesi tarafından takip edildiği, kalp hastası olması nedeni ile ameliyat edilemediği, tedavilerinin kalp damar cerrahisi ve plastik cerrahi tarafından birlikte yürütüldüğü, sol kol serçe parmağının damar ve sinirlerdeki ezilme nedeni ile ampute edildiği, sol el parmaklarındaki his kaybı ve %40 doku kaybının, hasta katılanda sol kol işlev kaybına, duyulardan ve organlardan birinin işlevinin yitirilmesine neden olduğu olayda Yüksek Sağlık

Şurası'nın oybirliği ile verdiği "...dirsek çıkığı tanısıyla gelen hastayı damar yaralanmasını göz önüne alarak radial ve ulnar damar muayenesi yapmadığı ve hastayı eksik değerlendirdiği ve buna bağlı olarak hastanın kolundaki arızaya sebebiyet verdiği " şeklindeki raporu ve Adli Tıp İhtisas Kurulu'nun oybirliği ile verdiği "... dirsekten el bileğine uzanan doku kaybı ulnar arterde tam kayıp radial arterin kollateral damarlarla beslendiği, volkman iskemik kontraktürü teşhisi konulduğu belirlenmiş olup bu tip bir yaralanma ile gelen hastada bölge damarları açısından yaralanma olup olmadığı yönünden çok dikkatli muayene ve klinik gözlem yapılması gerektiği, ayrıca alçı atel uygulanması sonrası oluşabilecek komplikasyonlar yönünden de hastanın aydınlatılması ve ortaya çıkan klinik şikâyetlerde her türlü ihtimalin göz önüne alınmasının tıbbi bir gereklilik olduğu, olayda ise aynı hal ve şartlarda bir *Ortopedi ve Travmatoloji uzmanından beklenen özenin gösterilmediği*, teşhisteki gecikme nedeniyle kişide yaygın doku kaybı ile karakterize klinik tablonun ortaya çıktığı ve adı geçen doktorun kusurlu olduğu" yönündeki raporların, dosya oluş ve kapsamına uygun olduğu ve söz konusu raporların hükme esas alınmasında bir isabetsizlik bulunmadığı anlaşılmakla; sanığın müdafiinin kusura ilişkin temyiz itirazlarının reddiyle, hükmün isteme uygun olarak onanmasına oy birliğiyle karar verildi.

* * *

Yazıda yer verilen kararlarda da görüldüğü gibi birçok dava eksik inceleme sonucu tekrar yerel mahkemeye gönderilmiş, kısmen veya tamamen bozulmuştur. Mevcut bu durum davaların sonuçlanma süresini uzatmakla birlikte gerek davacılar gerek davalılar açısından oldukça yıpratıcı olmaktadır. Hekimlerin yaptıkları her uygulamaları kayıt altına almaları ve bu kayıtların dava aşamasında sunulması pek tabidir ki bu sürelerin kısalmasına neden olacaktır. Bununla birlikte oluşan uyuşmazlıkların taraflar açısından daha iyi değerlendirilmesinden ve gerekli ön hazırlıkların yapılmasından sonra dava sürecine girilmesi daha efektif bir sistemin oluşmasına zemin hazırlayacaktır.

KAYNAKLAR

* İlgili yazıda bulunan yüksek mahkeme kararları mevzuat bilgi bankalarından alınmıştır.

TOTBİD Dergisi
Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği

TOTBİD Dergisi 2020;19:122–126
https://doi.org/10.14292/totbid.dergisi.2020.15
DERLEME

Bilgi ile enformasyon arasındaki fark: Ortopedi ve Travmatolojide sosyal medya kullanımı

Knowledge vs. information: use of social media in Orthopedics and Traumatology

Mehmet Ali Şehirlioğlu

Özel Lösante Çocuk ve Yetişkin Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü, Ankara

Her geçen gün yenilenen ve değişen teknoloji dünyasında sosyal medya nedir ve bilimsel bilgiye ulaşmak amacıyla nasıl kullanılmaktadır? Bu anlamda sosyal gürültü kavramı, bilgiye ulaşmada engel midir? Sosyal medya, kullanımı sağlık alanını nasıl etkiler? En önemlisi Ortopedi ve Travmatoloji, sosyal medyada nasıl yer almalıdır? Bu yazıda tüm bu sorulara yanıt aranmaya çalışılmıştır.

Anahtar sözcükler: sosyal medya; bilimsel bilgi; enformasyon; sosyal gürültü; kişisel verilerin korunması kanunu; ortopedi ve travmatoloji

What is Social media in the ever changing and rejuvenating world of technology, and how is it utilised to reach scientific information? In this sense is the concept of social noise an obstacle in reaching information? How does the utilisation of social media effect medicine? Most importantly, how should Orthopaedics and Traumatology be included in social media? This article tries to find answers to all these questions.

Key words: social media; scientific knowledge; information; social noise; the law on the protection of personal data; orthopaedics and traumatology

BİLİMSEL BİLGİ Mİ ENFORMASYON MU?

Bilimsel bilgi ile enformasyon uzun zamandır birbirine karıştırılmaktadır. Bilimsel bir verinin bilimsel bilgiye dönüşebilmesi için yine bilimsel başka verilere dayanarak açıklanmış olması gerekir. Enformasyon ise ham verinin bir üst seviyesinde, işlenmiş veri olarak düşünülebilir. En yalın haliyle bilimsel bilginin oluşabilmesi için dayanması gereken; olgu, tez, sentez gibi uzun ve zorlu bir yol söz konusuyken, enformasyon güncel ve hızla iletilen dolayısıyla üzerinde fazlaca araştırma, bilimsel çalışma ve veriye dayanmak zorunda olmayan bir yere tekabül etmektedir.

Bugün internet, özellikle web ve sosyal medya, bilginin eş zamanlı ve çift yönlü yayılmasıyla tüm dünya üzerinde bulunan kullanıcılara etkisini kanıtlayan insanlık tarihinin önemli icatlarından sayılmakta ve bir iletişim devrimi olarak nitelendirilmektedir.[1] Sosyal medya, insanların düşüncelerini, bilgi ve deneyimlerini, yorumlarını diğer insanlarla paylaştığı teknolojik online ortamların tümünü kapsayan genel bir tanımlamadır.[2] Sosyal medya iletişiminin en önemli unsuru olan içerik; gerek bireysel boyutta gerekse kurumsal boyutta dikkat edilmesi ve değere dönüştürülmesine yönelik stratejiler geliştirilmesi gereken bir konudur. *'Digital in 2018'* raporu verilerine göre, dünya nüfusunun %53'ü internet kullanıcısı, %42'si ise sosyal medya kullanıcısıdır. Dünya genelinde aktif olarak kullanılan sosyal medya siteleri ise sırasıyla *Facebook, Youtube, Instagram, Tumblr* ve *Qzone, Sina Weibo, Twitter* ve *LinkedIn* olarak belirtilmiştir.[3]

Her geçen gün hayatımıza daha fazla giren sosyal medya, bilimsel bilgi ve enformasyondan hangisine daha çok yer vermektedir? Bunun için sosyal medya kavramını biraz açmak gerekir. En yalın anlatımla sosyal medya, bireylerin internet üzerinden yer ve zaman sınırlaması olmaksızın fikirlerini ve görüşlerini belirtmelerine olanak sağlayan, internetin sunduğu multimedya özelliklerini sınırsız bir şekilde kullanım imkanı tanıyan, aynı zamanda başka bireyler ile karşılıklı görüş alışverişine ve paylaşıma dayalı bir interaktif ortamın varlığını hayata geçiren geniş tabanlı bir platform olarak tanımlanabilir.[4]

- İletişim adresi: Prof. Dr. Mehmet Ali Şehirlioğlu, Kızılcaşar Mah. 2705. Cad. No:20 İncek, Gölbaşı, Ankara
  Tel: 0312 - 666 76 66 e-posta: sehirliogluali@yahoo.com
- *Geliş tarihi: 22 Kasım 2019 Kabul tarihi: 25 Aralık 2019*

Günümüz sosyal medyası, "naif" ve romantik bir duyguyla eski okul arkadaşları, aile dostları ve uzak diyar arkadaşlıkları pekiştirmeye çalışırken (Örneğin *Facebook*); yaş ayırt etmeksizin cep telefonlarımıza kadar erişilebilir noktaya geldiğinde, "bilgi" son derece kritik hale gelmiştir. Her paylaşılan haberin gerçek olmadığını, her gerçek dışı haberin de (Örneğin Zaytung) bir nebze sarkazm barındırdığını bilen eğitimli zihinlerden çok, bu okumayı yapamayan zihinler için bir anda bilgi kirliliği riskini de beraberinde getirmiştir. Sosyal medya iletişiminde "sosyal gürültü" olarak yer alan bu tanım, *Facebook, Instagram* ve *Twitter* gibi internetin önemli köşelerini tutan sosyal ağlarda topluluklarca kalabalık mesajın iletilmesini güçleştiren içerikler oluşturulmasıdır.[5] Üstelik sosyal medya sadece bireylerin kullanımına açık değildir. Çoğu şirket/marka tarafından bir çeşit halkla ilişkiler aracı olarak da kullanılmaktadır. Bu doğrultuda şirketler için her zaman olumlu dönüş alınmaz, bireylerin negatif düşüncelerine de maruz kalınmaktadır.[6] Dolayısıyla internet kullanıcıları, sosyal medya üzerinden pozitif düşüncelerini ve deneyimlerini paylaşabildiği gibi bunun tam aksi durumların yaşanabileceğini de düşünmek gerekir. Bugünün ağ tabanlı ekonomisi, durum güncellemeleri ve aktif sosyal medya araçlarını kullanmalarıyla bireyleri binlerce hatta milyonlarca kişiye ulaştırabilecek güçte olup bir markanın ürünlerinin satın alınmaması veya herhangi bir marka hakkında eleştirel paylaşımlarda bulunulması, bahsi geçen markanın sürdürülebilirliğine, kârlılığına ve hatta pazardan silinmesine neden olacak kadar etkilidir.[7]

Bugün hepimizin kullanmış olduğu sosyal medya mecraları, sektör ayrımı da yapmadığından, sağlık hizmetleri gibi çok kritik bir konunun da zemininde tartışmaya açılmıştır. Ülkemizde çeşitli özel sağlık kuruluşlarından feyz ile yapılan sosyal medya araştırmaları bile söz konusudur.[8] Sosyal medya temel kaynakları kimlik, sohbet, toplum, topluluk, paylaşma, erişim/erişilebilirlik, bağlantılılık, bilinirlik, ilişki, kalıcılık ve itibardan oluşmaktadır.[9,10] Sosyal medya iletişimi zaman ve mekân sınırı olmadan teknoloji tabanlı gelişmiş, gerçek dünya sahnesinde yer alan kaynak, hedef, sosyal topluluk, fikir liderleri, mesaj (içerik), mecradan (kanal) oluşan eşzamanlı paylaşım ve tartışma ortamı sağlayan bir iletişim biçimidir.

Her yönüyle, sosyal medya bağımlıları yukarıda sözünü ettiğimiz bilimsel bilgi ve enformasyon arasındaki farkı göz ardı ederek, bir anlamda kötü niyetli paylaşımcıların alana sızmasına da imkân vermiştir. Artık internet denilen ağ, sadece "sörf yapmak" için değil kullanıcıların da aktif olarak ağda içerik paylaşabildiği, yorum yazabildiği interaktif ancak sanal bir ortam da yaratmıştır. Çeşitli internet uygulamalarının çok hızla erişilebilir olması, işleri bir anlamda kolaylaştırmıştır. Toplumun tüm kesimlerine bu denli hızla ve denetimsiz olarak ulaşabilme olanağı sağlayan sosyal medya çok çeşitli yapısal riskleri de beraberinde getirmektedir, sosyal medya risklerini diğer risk türlerinden ayıran kilit nokta, bilginin bu hızla ulaşılabilir ve aynı hızda yayılabilir olmasıdır.[11] Kişisel bilgilerin güvenliğinden, sağlık bilgilerine, fikri sınai mülkiyet haklarından müşteri bilgilerine kadar birçok bilgi usulsüz şekillerde ifşa edilebilmektedir. Kişisel olarak ciddi maddi ve manevi zararlara sebep olabilen bu bilgi sızıntısı, iş hayatında da rekabet avantajının kaybına, itibar kayıplarına ve hatta yasal birçok yaptırıma sebep olabilmektedir.

Gerçek zamanlı üretilen içeriğin ne kadar gerçek ve kaliteli olduğu bireysel veya kurumsal strateji planlamada ve karar verme sürecinde bu verilerin güvenilirliğine yönelik varsayımlar tüm tarafların riskini artırmakta ve denetim ihtiyacını doğurmaktadır.[12–14] Birçok önde gelen sosyal medya mecrasının da uluslararasılığı, denetim konusunu karmaşık ve kullanıcı temelli hale getirmiştir.

Sağlık alanında sosyal medyanın etkisi ve kullanım özellikleri de araştırmacıların ilgisini çeken yeni bir çalışma alanı olmuştur.[2] Ortopedi ve Travmatoloji için de sosyal medya yeni bir konudur. Aslında Ortopedi bilimi teknolojik anlamda yeniliklerle hep iç içe geçmiş, tıp alanında önde gelen uzmanlık alanlarından biridir.[15–17] Dolayısıyla sanal âlemde de, Ortopedi ve Travmatolojinin hak ettiği yüksek seviyeye gelmesi beklenir. İnternet kullanımı ile pek çok yayına ulaşabilirsiniz, aynı zamanda sayısız mesleki kaynak kullanıma sunulmuştur. AAOS (*American Academy of Orthopedic Surgeons* – Amerikan Ortopedi Cerrahları Birliği) yıllık toplantılarında, uzun süredir her yıl elektronik ve teknolojik gelişmelerin ele alındığı ayrı bir sunum ve paylaşım merkezi kurulmaktadır.[2]

Tıp etiği ve kişisel verilerin korunması açısından peki bizler neredeyiz? Eski deyimimizle "hasta mahremiyeti" çerçevesinde tartışılması ve kat edilmesi gereken oldukça fazla konu olduğuna dikkat çekmek gerekiyor. Ülkemizde *Kişisel Verilerin Korunması Kanunu* ile de güvence altına alınan bu hususa, özel nitelikli kişisel verilerin işlenmesi başlığı altında yer verilmiştir. Kanunun 6. maddesinde "Sağlık ve cinsel hayata ilişkin kişisel veriler ise ancak kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbî teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi, sağlık hizmetleri ile finansmanının planlanması ve yönetimi amacıyla, sır saklama yükümlülüğü altında bulunan kişiler veya yetkili kurum ve kuruluşlar tarafından ilgilinin açık rızası aranmaksızın işlenebilir." şeklinde özetlenmiştir.

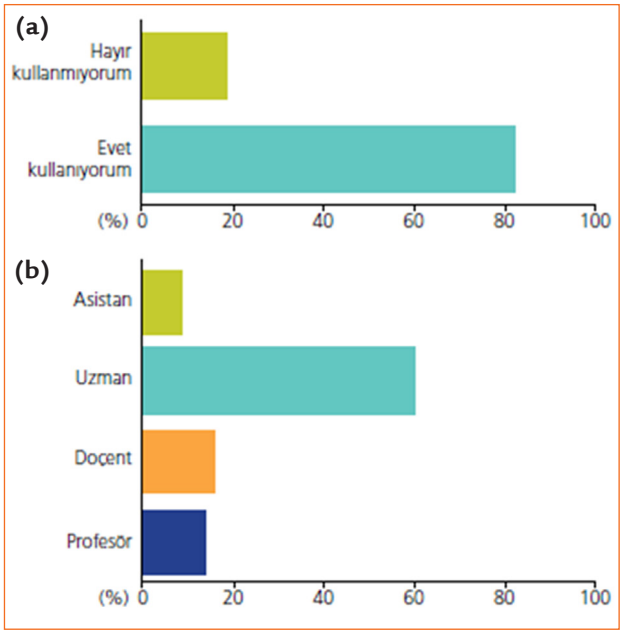
Bazı araştırmacıların dikkatini çeken benzer bir konu[1] örnekte yer aldığı gibi yaş, cinsiyet, etnisite, eğitim durumu gibi bir çok parametre ile sosyal medya kullanımı ve sağlık arasında ilişki kurmaya çalışmaktadır (Tablo 1).[18]

Ülkemizdeki Ortopedi ve Travmatoloji uzmanlarının sosyal medya ağlarını kullanım özelliklerini araştırmak amacıyla *turk orthopod* e-posta grubu (Şekil 1)[2] üzerinde kısa bir anket çalışması yapan Prof. Dr. Mehmet Arazi ve ark.'nın Şekil 1'de yer

Tablo 1. Bivariate associations between three types of social media and use and study variables: weighted results[18]

Characteristics	Online Support Group Users (N=232)	Bloggers (N=356)	Social Networking Site Users (N=1159)
Percent of Internet users	4.6%	7.1%	23.0%
Age[a]	*P*<0.001	*P*<0.001	*P*<0.001
18–24	1.4%	21.3%	74.0%
25–34	7.8%	16.3%	52.1%
35–44	6.7%	8.2%	30.4%
45–54	5.3%	4.7%	17.5%
55–64	3.6%	3.2%	9.2%
65+	2.0%	1.3%	5.5%
Gender	*P*=0.02	*P*=0.12	*P*=0.005
Male	4.0%	9.3%	35.9%
Female	5.9%	10.6%	32.7%
Education[a]	*P*=0.02	*P*=0.12	*P*=0.005
High school or less	3.5%	8.4%	35.4%
Some collage	6.7%	12.0%	36.8%
Collage graduate	4.2%	8.8%	29.7%
Race/ethnicity[a]	*P*=0.81	*P*=0.43	*P*<0.001
Non-Hispanic white	5.0%	8.9%	31.2%
Hispanic	3.5%	9.1%	41.3%
Black/African American	5.2%	12.9%	42.8%
Other[b]	4.9%	12.9%	44.7%
General Health[a]	*P*=0.003	*P*=0.82	*P*=0.70
Excellent, very good or good	4.1%	9.7%	33.8%
Fair or poor	10.8%	10.2%	35.2%
Psychological distress[a]	*P*=0.01	*P*=0.45	*P*=0.06
Yes	15.7%	13.5%	44.6%
No	4.2%	9.6%	33.4%
Cancer experience[a]	*P*<0.001	*P*<0.001	*P*<0.001
No personal experience with cancer	2.6%	8.1%	36.5%
Have family with cancer	5.4%	11.0%	35.0%
Cancer survivor	8.1%	3.5%	10.2%
Have regular health care provider[a]	*P*=0.83	*P*=0.02	*P*<0.001

[a]Variables that are significantly associated one or more of the social media variables at *P*<0.05 level.
[b]Other includes American Indian, Asian American, Pasific Islander, Native Hawaiian, Alaskan Native, and multiple races mentioned.



Şekil 1. a, b. Kısa anket çalışmasında "Sosyal medya ağlarını (*Facebook, Twitter, VuMedi,* blog sayfaları gibi) kullanıyor musunuz?" Sorusuna katılımcıların yanıtı (n=300) **(a)**. Katılımcıların akademik unvanlarına göre dağılımları (n=300) **(b)**.[2]

aldığı üzere ankete yanıt veren 300 katılımcının %20'sinin sosyal ağları kullanmadığı, %80'inin ise *Facebook, Twitter, YouTube* ve *VuMedi*, blog sayfaları gibi en az bir ortamda kayıtlı hesapları olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Açıkça görüleceği üzere bu konuda yeni bir çalışma yapılması gerektiği ve genç asistanlarımızı e-posta grubu hakkında haberdar etmemiz gerektiği bir gerçektir.

Hastaların sıklıkla sağlık sorunlarına ilişkin cevaplar aradığı sosyal medya sitelerinde, bloglarda veya çeşitli kanallar aracılığıyla bilimsel bilgiyi aktüaliteden ayıramadığı biz hekimler açısından da tecrübe edilmektedir. Günümüzde "Bel fıtığına sarımsakla çözüm" önerileri getirilen sosyal medyada, sağlığa ilişkin doğru bilgiye ulaşılabilecek kanallar yaratmak gerekmektedir. Sosyal medyanın faydasız içeriklere zemin hazırlayabilme kapasitesini tüm gerçekliğiyle göz önünde bulundurmakla birlikte, ısrarla ve aktif bir biçimde bilimsel temele oturtulan sağlık içeriklerinin paylaşılması gerekmektedir.

Sosyal medya, aynı zamanda yeni bir yazarlık şeklini de ortaya çıkarmıştır.[19] Buna sosyal medya yazarlığı diyenler de vardır. Bir anda tüm okuyucular birer potansiyel yazar durumuna gelmişlerdir. Sosyal medya yazarlığı bilimsel alanda çalışan sağlık profesyonellerini de ilgilendirmektedir. Bugüne kadar bir akademisyen ya da bir cerrahın bilimsel aktiviteleri değerlendirilirken, yazdığı kitaplar, bilimsel makaleler, yapmış olduğu konuşmalar dikkate alınmakta iken, artık belki de sosyal medya üzerinde yapmış olduğu aktiviteleri de değerlendiren yeni bir değerlendirme sistemine ihtiyaç olacağını söylemek yanlış olmaz. Kişi net üzerinde ne kadar yazı okumuş? Neler yazmış? Hangi yorumları yapmış ve bu yorumlara nasıl bir cevap almıştır? Tüm bunlar akademisyen ya da Ortopedi ve Travmatoloji uzmanının sosyal medya aktivitesi olarak değerlendirilebilir ve yeni bir puanlama sistemi ile kayıt edilebilir. Benzer şekilde Bernstein ve ark.[19], AAOS gibi yetkin derneklerin, kişilerin internet aktivitelerini izlemeyi ve belgelendirmelerini önermiştir. Benzer gereksinimler ve öneriler TOTBİD (Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği) ve TOTEK (Türk Ortopedi ve Travmatoloji Eğitim Konseyi) için de düşünülebilir. Bu gibi değerlendirmelerin kısa zamanda gündemimize geleceği inancındayız. Belki de "*impact factor*" benzeri bir değerlendirme sistemi bizleri beklemektedir.[2]

Sonuç olarak; internet çok hızlı hayatımızı değiştirmektedir. Hastalarımız da interneti her geçen gün daha çok kullanmaktadırlar. Artık sağlıkla ilgili ister sunucu olsun, ister doktor veya yardımcı sağlık elemanları olsun, bizim de internetteki bu yeni iletişim ortamının içinde etkin bir şekilde olmamız kaçınılmazdır. Sosyal medya ortamları kolay kullanılabilirlik, erişilebilirlik, hız, ücretsiz olma ve dünya çapında kullanılabilirlik özellikleri nedeniyle Ortopedi ve Travmatoloji alanında da etkin ve yaygın bir şekilde kullanılmalıdır. İster eğitici konumunda isterse eğitilen konumunda olsun, hem kıdemli hem de genç meslektaşlarımızın, bu yeni iletişim ve eğitim ortamında aktif olarak yer alması gerekmektedir.[2]

Başta TOTBİD ve TOTEK olmak üzere tüm özel dal derneklerimizin mesleki farkındalık ve toplum bilinçlendirmesi açısından kritik rol oynadığı bir gerçektir. Hekimlerin ve özel sağlık kuruluşlarının sosyal medya paylaşım ve uygulamalarını daha fazla kullanmaya başladığı bu dönemde denetim yoksunluğu nedeniyle haksız rekabete ve bilgi kirliliğine yol açan bir sosyal medya sisteminde, en iyisinin doğru bilimsel bilgi paylaşımı ve uygulamaların teşviki olduğu düşünülebilir. Doğru içeriklerin, etik sağlık çalışanları ve akademisyenler tarafından daha aktif paylaşılmasıyla etik dışı paylaşım ve uygulamaların azalması sağlanabilir. Böylece Ortopedi ve Travmatolojinin oldukça geniş yelpazede içeriğe sahip olduğundan hareketle "sosyal gürültü"den uzak, sağlık araştırmacıları ve akademisyenler ile en önemlisi de doğru sağlık hizmetine ulaşmaya çalışanlar için yalın ve gerçek bilgiye erişim mümkün olabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Neumann M, O'Murchu I, Breslin JDS, Hogan D, MacDonaill C. Semantic Social Network Portal for Collaborative Online Communities. J Eur Industrial Training 2005;29(6):472–87. Crossref
2. Arazi, M. Ortopedi ve Travmatolojide Sosyal Medya Kullanımı. Acta Orthop Traumatol Turc, Ortopedi Forumu 2014;I–IV. http://aott.org.tr/files/journals/1/articles/2847/public/2847-3623-1-PB.pdf
3. Kemp S. We are Social and Hootsuit. Digital in 2018. https://wearesocial.com/blog/2018/01/global-digital-report-2018
4. Bulunmaz B. Otomotiv Sektöründe Sosyal Medyanın Kullanımı ve Fiat Örneği. Global Media J 2019;2(3):19–50. http://globalmediajournaltr.yeditepe.edu.tr/sites/default/files/Bar%C4%B1s%CC%A7%20BULUNMAZ_0.pdf
5. Beyazıt Z, Biçer AA. Sosyal Medya İletişiminde Sosyal Medya Denetiminin Önemi. Muhasebe ve Denetime Bakış 2019;57:141–64.
6. Yavuz MC, Haseki MD. Konaklama İşletmelerinde E-Pazarlama Uygulamaları: E-Medya Araçları Temelinde Bir Model Önerisi. Çağ Üniv Sos Bil Derg 2014;9(2):116–37.
7. Kumar V, Petersen JA, Leone RP. Driving Profitability by Encouraging Referrals: Who, When, and How. J Market 2010;74(5):1–17. Crossref
8. Işık T. Sağlık İletişiminde Dijital İletişim Kanallarının Kullanımı: Sektör aktörlerinden Acıbadem Hastanesi'nin Dijital İletişim Kanalı ve Sosyal Medya Hesaplarının İncelenmesi. CİDER 2019;1(2):147–62. https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/742091
9. Mayfield A. What is Social Media?. Icrossing e-book, London 2018. https://www.icrossing.com/uk/sites/default/files_uk/insight_pdf_files/What%20is%20Social%20Media_iCrossing_ebook.pdf
10. Paniagua J, Sapena J. Business Performance and Social Media: Love or Hate? Business Horizons 2014;57(6):719–28. Crossref
11. Lodhia SK, Stone G. Integrated Reporting in an Internet and Social Media Communication Environment: Conceptual Insights. Australian Account Rev 2017;27(1):17–33. Crossref
12. Chen H, Chiang RHL, Storey VC. Business Intelligence and Analytics: From Big Data to Big Impact. MIS Quarterly 2012;36(4):1165–88. Crossref
13. Arnaboldi M, Busco C, Cuganesan S. Accounting, Accountability, Social Media and Big Data: Revolution or Hype? Accounting, Auditing and Accountability Journal, AAAJ 2017;30(4):762–76. Crossref
14. Scott PR, Jacka JM. Auditing Social Media: A Governance and Risk Guide. USA: John Wiley & Sons, Inc.; 2011.
15. Saleh J, Robinson BS, Kugler NW, Illingworth KD, Patel P, Saleh KJ. Effect of social media in health care and orthopedic surgery. Orthopedics 2012;35:294–7. Crossref
16. Badarudeen S, Sabharwal S. Assessing readability of patient education materials: current role in orthopaedics. Clin Orthop Relat Res 2010;468(10):2572–80. Crossref
17. Sechrest RC. The internet and the physician-patient relationship. Clin Orthop Relat Res 2010;468(10):2566–71. Crossref
18. Chou WS, Hunt YM, Beckjord EB, Moser RP, Hesse BW. Social media use in the United States: implications for health communication. J Med Internet Res 2009;11(4):e48. Crossref
19. Bernstein J, Ahn J, Veillette C. The future of orthopaedic information management. J Bone Joint Surg Am 2012;94(13):e95–1. Crossref

TOTBİD Dergisi
Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği

TOTBİD Dergisi 2020;19:127-130
https://doi.org/10.14292/totbid.dergisi.2020.16
DERLEME

Ortopedi ve Travmatolojide pazarlama: dün, bugün, yarın

Marketing in orthopaedics and traumatology: yesterday, today, tomorrow

Hakan Onmuş[1], Eren Dursun[2]

[1]Plato Medikal Sistemler Sanayi Ltd. Şti., İstanbul
[2]Renomed Co. Ltd., Ankara, Turkey

Ortopedi ve Travmatoloji alanında medikal ürünlerin pazarlanması, diğer mal ve hizmetlerin pazarlanmasından farklılık gösterir. Geleneksel pazarlamada hedef, seçimi ve ödemeyi yapan ihtiyaç sahibi tüketicidir. Tıbbi malzemelerde ise ihtiyaç sahibi (hasta) seçimde ve ödemede esas olarak rol almaz. Dolayısıyla, hastanın korunması endüstri, ödeyici kurum ve hekimin ortak sorumluluğu haline gelir. Doktorların, malzeme seçiminde fiyat-yarar oranını değerlendirmeleri, malzemenin hasta yararına en iyisi olacağına karar vermeleri, yeni ürünlere hem güvenli hem de yeniliklerin önünü kapamayacak şekilde makul yaklaşmaları, etik kurallara uygun hareket etmeleri gereklidir. Endüstri yeni teknolojiler başta olmak üzere tüm ürünleri piyasaya sunarken hasta hakları ve karlılık arasındaki dengeyi çok iyi kurmalı ve bu yolda tüm hekim ilişkilerini etik kurallar dâhilinde tutmalıdır. İlgili devlet kurumlarının ise, fiyatların kalite, yararlılık ve dayanıklılık açısından doğru belirlenmesi ile başlayan ve endüstri hekim ilişkilerinin etik kurallara uygunluğunu kontrol etmeye kadar giden ciddi sorumlulukları vardır. Sonuç olarak, tıbbi pazarlama yapılırken temel amaç; hastanın hakları korunurken, katma değeri en yüksek ürüne ulaşmasını sağlamak ve bu süreçte kamu yararının korunmasını önde tutmak dolayısı ile bu yolda kanıtlanmamış yeni teknolojilerin ve kalitesiz ürünlerin piyasaya arzının önlenmesi olmalıdır. Günümüzde internet ve sosyal medya platformlarının gelişmesi ile birlikte pazarlama hekim odaklılıktan hasta odaklı tarafa kayma eğilimindedir. Bu yeni gelişmelere ayak uyduran taraflar avantaj sağlayacaktır.

Anahtar sözcükler: ortopedik malzeme; pazarlama; tıbbi etik

Marketing in orthopedics and traumatology, in fact in all medical devices, is totally different from the marketing processes of other products and services. In conventional marketing, the target is the consumer who choses the product and as well pays for it. However, in medical devices market, the consumer (patient) has basically no role in the selection and payment process therefore industry, medical doctors and the state authorities take all together a responsible role for the protection of patient. Medical doctors should evaluate the price-benefit ratio in material selection, decide that the material will be the best for the benefit of the patient, approach the new products in a safe and reasonable way, and act in accordance with the ethical rules. Industry should establish the fine balance between patient rights and profitability, keep all physician relations within the ethical rules when introducing new technology products to the market. State institutions also have great responsibility starting with the definition of the price according to quality, durability and efficiency, bundled with controlling the relations of industry and healthcare professionals. As a result, the aim in medical device marketing should be to protect patient rights while providing the best proven, value added technology with reasonable prices as well as restraining the launch of unproven technologies and low quality products to the market. Today, with the development of internet and social media platforms, marketing of medical products tends to shift from physician-focused to patient-oriented. Those who keep up with these new developments and changes within ethical values will benefit.

Key words: orthopedic device; marketing; medical ethics

Pazarlama faaliyetleri pazarlamanın "4P"si denen bileşenlere ayrılır. Bu bileşenlerden Fiyat (Price), Promosyon ve Pazarlanan Yer (Place) ortopedik pazarlamada farklılık göstermektedir.

Geleneksel pazarlamada, müşteri hedeflenirken genelde malı satın alan da seçimi yapan da aynı kişidir. Ortopedi ve Travmatoloji alanındaki ürünlerin pazarlanmasında ise hasta seçimde ve ödemede rol almaz. Hedef kitle hekim ve cerrahlardır. Aynı şekilde, geleneksel pazarlamada genellikle kullanıcı ürünün bedelini öder. Fiyat satıcı tarafından pazar koşullarına göre belirlenir. Ortopedi ve Travmatoloji alanında ürün

- İletişim adresi: Dr. Hakan Onmuş, Aykan Sokak 26/5 Emirgan, İstanbul
  Tel: 0533 - 515 86 69 e-posta: honmus@platogrup.com
- *Geliş tarihi: 9 Ekim 2019 Kabul tarihi: 13 Kasım 2019*

pazarlamada ise fiyat geri ödeme kurumlarınca belirlenir. Dolayısı ile satıcı (firma) bu değişkeni kontrol edemez. Pazarlama aktiviteleri (promosyon) genellikle sağlık çalışanlarını hedeflemektedir. Kongreler, eğitim toplantıları, bilimsel çalışmalar ve satışa yardımcı olan tüm harcamalar pazarlama aktivitesi olarak kabul edilebilir.

Ortopedi ve Travmatoloji dalı, teknolojik ürünlerin ve tedavilerin yaygınlaşmasıyla beraber yüksek bütçeli bir disiplin haline dönüşmüştür. Dolayısı ile, pazarlama aktiviteleri de yüksek bütçelere sahiptir.

Yıllar içinde, endüstrinin sunduğu bu bütçenin kullanımını düzenleme ve denetleme gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu amaçla ülke ve bölge bazında kurulan yapılar, zaman içinde üye sayılarının artması ile güçlenmiş, koydukları kurallar ile piyasalara yön vermeye başlamışlardır.

Bu gelişmeye paralel olarak, devlet kurumları da benzer kuralların takipçisi olmuşlardır. Bu aktivitelerin temelinde hasta hakları, kamu yararının korunması ve tıbbi etik kuralların uygulanması vardır. Hasta haklarının korunması hekim, endüstri ve devlet kurumlarının sorumluluğu altındadır.

Yeni teknolojik implantların ilk kullanılmaya başlandığı dönemde, endüstrinin gelişme olarak sunduğu ürünler sağlık çalışanları tarafından hiçbir kısıtlama olmadan kullanılabiliyordu. Zaman içinde bu ürünlerin kullanımının devlet bütçelerinde yarattığı yükün artmasıyla birlikte, fiyatlar devlet tarafından belirlenir olmuştur. Her yeni teknolojinin kolayca pazarlanıp hastalarda kullanılması nedeni ile oluşan olumsuz sonuçlar ve revizyon oranlarının artması, piyasaya arz konusunun ciddi kurumlar tarafından düzenlenmesi gerekliliği getirmiş, klinik öncesi testler ve uzun dönem sonuçlar ürünlerin pazarlamasında önem arz etmeye başlamıştır. Yeni teknolojik ürünlerin gelişmesi için endüstri, hekim işbirliği ve hastanın bilgilendirilerek bazı aşamalarda rol alması kaçınılmazdır. Bu konu da deneysel çalışmalarda etik kurulların kurulması ile çözümlenmiştir.

Günümüzde, Ortopedi ve Travmatoloji dalında ürün pazarlaması yanında sağlık kurumlarının ve hekimlerin tanıtım ve pazarlama aktivitelerinden de bahsetmek mümkündür. Yerel kanunların uygun olduğu bazı ülkelerde bu standart pazarlama aktivitesi olarak sürerken, kanunların izin vermediği ülkelerde, pazarlama ve tanıtım faaliyeti belli sınırlar dâhilinde sosyal medyada yürütülmektedir. Günümüzde hasta, internet sayesinde dünya üzerindeki tüm yeni teknolojiler hakkında bilgi edinebilmekte ve hekimden bunu talep edebilmektedir. Fertler hasta hakları konusunda daha bilgili ve bilinçli hale gelmişlerdir.

DÜZENLEYİCİ KURALLAR

Pazarlama aktiviteleri, satışı artırmak için kullanılan yöntemlerden birisidir. Ortopedi ve Travmatoloji alanında hedef kitle hekimler olduğu için, pazarlama faaliyetleri de kongreler, eğitim toplantıları, bilimsel çalışmalar olarak kendini göstermektedir. Bu yüzden Ortopedi ve Travmatoloji alanında pazarlama başlığını tıbbi etik kurallardan bağımsız düşünmek imkânsızdır. Bu kurallar, Hammurabi kurallarından (M.Ö. 1760) başlayarak, daha sonra Hipokrat'ın "Önce zarar verme *(primum non nocere)*" prensibi ile devam etmiş ve *"American Academy of Physicians' First Code of Ethics (1847)"* olarak vücut bulmuştur.[1] Yirminci yüzyılın başlarında hasta onayı olmadan yapılan Nazi deneyleri sonrası, Nurenberg 1947 kurallarında hasta hakları öne çıkmıştır. Bu konuda basılı birçok yayın vardır. 2011'de revize edilen *"AAOS Code of Ethics and Professionalism for Orthopaedic Surgeons"* ile günümüze en uygun hale gelmiştir.[2]

Günümüzde, çok küçük değişiklikler ve eklemeler ile benzer kuralları uygulayan yerel ve bölgesel birçok endüstri bazlı kurum yardımı ile, endüstri ve hekim ilişkileri düzenlenmeye, hasta hakları öne çıkarılmaya ve etik bir kültür yaratılmaya çalışılmaktadır.

Hekim Birlikleri de benzer kurallar yayımlamışlardır. EFORT (Avrupa Ulusal Ortopedi ve Travmatoloji Birlikleri Federasyonu) 2013'te yayımladığı *"Ethical Ortopedics for EFORT"*[3] bildirgesinde bu kurallara ayrıntılı olarak değinmiş, hasta-hekim ve hekim-endüstri ilişkisini ayrıntılı olarak incelemiştir. Bu kurallar, hasta haklarını öne çıkartırken, hasta ve toplum ilişkilerinde tam şeffaflık ve dürüstlük gerekliliğini vurgulamaktadır. Hasta onayı alınırken, tedavinin riskleri yanında, eğer varsa endüstri ile ilişkileri ve herhangi bir çıkar çatışması durumu da şeffaf olarak paylaşılmalıdır.

Günümüz koşullarında, kısıtlı özel veya devlet kaynakları yararlılığı ispat edilmemiş pahalı tedaviler için kullanılmamalıdır.[4] Eğer hekim bir deneysel çalışmaya katılmış ve bir ürün veya teknik geliştirmede rol almışsa, endüstri tarafından anlaşmalarla belirlenmiş ödemeler alması doğaldır. Ancak, sadece ismi kullanılarak pazarlama yapıldığı durumlarda, çalıştığı kurumun desteklenmesi daha doğrudur. Her durumda, hasta konu hakkında bilgilendirilmelidir. Ürünlerin satışlarını etkileyebilecek bilimsel sunumlarda tüm endüstri ilişkileri sunum öncesi ifşa edilmelidir. Devletler, profesyonel gruplar ve tıbbi yayıncı kuruluşlar çıkar çatışmalarını açıklama konusunda ikna edilmelidir.[5]

Endüstri-hekim ilişkileri şeffaf, dürüst ve açık olmalıdır. Bu ilişkiler belli kurallara bağlıdır. Hekimler

bağımsız olmalıdır, endüstri ile yapılan cerrahi ve reçete yazma alışkanlıklarını içeren anlaşmalar kabul edilemez. Bu tip ilişkilerden hasta bilgilendirilmelidir. Endüstrinin ürün tanıtma toplantıları ve eğitimlere sponsorluk yapması doğaldır. Ancak, makul masrafların ödemelerinin hekim yerine kurumlarına yapılması gerekir.

Hekim ve kurumların kendilerini tanıtmak için yaptıkları tanıtım ve pazarlama aktivitelerinde, Amerikan Medikal Derneklerinin kuralları basitçe, hekimlerin toplumu yanlış bilgilendirmemesi gerektiğini söylemektedir: Günümüzün rekabet ortamında, ürün pazarlama yanında sağlık çalışanları ve kurumlar da kendi reklamlarını yapmaktadır. "Eğer bir hekim herhangi bir yöntemle (dergi, gazete sosyal medya) reklamını yaparsa, verilen bilgiler yanlış şekilde yönlendirici olmamalıdır".[6] Hekimler, günümüzde hastalar, diğer hekimler ve endüstri ile, konvansiyonel yöntemlerin yanı sıra sosyal medya üzerinden de ilişki kurabilmektedir.[7,8] Bu yöntemlerde de hasta gizliliğine önem verilmeli, yanlış yönlendirmelerden kaçınılmalı, bilgiler güncel tutulmalı ve bu iletişimin pozitif kadar negatif sonuçları olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.[9]

Hekimler gibi endüstri için de, iç işleyiş ve üçüncü taraf ilişkilerini düzenleyen kurallar, endüstri firmalarının üyesi olduğu gruplar tarafından uygulamaya koyulmuştur. Bu topluluklardan SAMED (Güney Afrika Medikal Cihazlar) yayımladığı "Code"[10] ile etik pazarlama ve iş pratikleri konusunda ayrıntılı bir yönlendirme sunar. Vizyonu, hastaların yenilikçi tıbbi cihazlara ulaşabildikleri sürdürülebilir bir endüstri yaratmaktır. Endüstri olarak hasta özelinde toplumsal sorumlulukları olduğunu kabul eder. Amaçlarını sağlık hizmeti sağlayıcıları ile uyum içinde verimli, efektif ve şeffaf sağlık hizmeti sunmak olarak tanımlar.

Ürün geliştirme, verimli, güvenli uygulama ve eğitim aşamalarında, endüstri ve sağlık çalışanı etkileşimi kaçınılmazdır. Tüm bu aşamalarda, üye firmalar sağlık çalışanlarının seçimlerine saygılı davranmak ve iş dürüstlüğünü korumak durumundadır.[10] Advamed, Medtech ve benzer topluluklar, küçük farklılıklar ile aynı prensipleri üye firmalara uygulamaktadır.

Devletler de lokal kanun ve hükümler yanında bu kuruluşları desteklemektedir. Artık bu kuruluşlar birçok ülkede referans olarak alınmaya başlanmıştır. Devletler yenilikçi ve kanıtlanmış teknolojileri en uygun fiyata toplum adına satın almaya çalışırken, piyasa düzenleyici olarak kalitesiz ürün ve servislerin piyasaya arzını önlemelidir.

PAZARLAMANIN GELECEĞİ

Günümüzde uygulanan ortopedik pazarlama yöntemleri zamanın gerisinde kalmıştır. 1900'lü yıllarda olduğu gibi, odaklanılan ürün özellikleridir. Bütçelerin büyük kısmı materyaller, paketleme, kongre standları, ürün numuneleri ve verimsiz internet sitelerine harcanmaktadır. Artık "Benim ürün özelliklerim seninkinden iyi" söylemi önemini kaybetmiştir.

Satış hâlâ bir ilişki satışıdır. Kârlılık hâlâ birçok sektörden yüksek olduğu için pazarlamada rekabet azdır.

Yarınlarda pazarlama tümüyle dijital olacaktır. Gerçek insanların sosyal medya ağlarına 24 saat bağlı olduğu günümüzde, hastalar ve hekimler internetten öğrenmekte, beraber çalışmakta ve paylaşmaktadırlar. Tıp, hasta odaklı ve hastalar tarafından yönlendirilir olmaya başlamıştır. İnterneti bilinçli kullanan hastalar gereğinden fazla bilgiye sahiptir. Doktora körü körüne teslim olan hasta profili giderek azalmaktadır. Hasta ve hasta yakınları günümüzde klinik çalışmalara, implant performans sonuçlarına, cerrahi tekniklere ve hastane performanslarına kolayca ulaşabilmektedir.

Firmalar, hastalarca kolayca anlaşılabilir bir yarar sunuyorlarsa, hekim yerine hastaya ulaşmalıdır. İnternette sunulan içerik önemlidir. Eğer içerik değerli ve ilgi çekici ise işe yarar. Bunun için tüm platformları kullanmak gerekir. Dijital pazarlama ile yapılabilecekler geleneksel yöntemle imkânsızdır. Örneğin, belli bir hasta profiline yönelik içerik hazırlamak ve ulaştırmak çok kolaydır. Gelenekselin aksine, firma her hafta kampanya değiştirebilir ve bu pazarlama aktivitesi her durumda şu andakinden daha az maliyetli olacaktır. Dijital pazarlama klinik çalışmalarda güçlü bir kaldıraç olmuştur. İleride denek seçimleri %100 internet üzerinden yapılacaktır. Böylece, kabul ret kriterleri hassasiyetle takip edilebilecek, daha ucuza mal edilecek ve çalışmayı genişletmek istenirse kolayca yapılabilecektir.

Yakın gelecekte klinik veri geçer akçe olacak, nesnelerin interneti ve giyilebilir cihazlar ile hem hasta hem de firmalar veri toplayacak ve bu verileri satarak veya pazarlayarak avantaj edineceklerdir.

SONUÇ

Endüstri, yeni teknoloji ürünleri piyasaya sunarken hasta hakları ve kârlılık arasındaki dengeyi çok iyi kurmalı ve bu yolda tüm hekim ilişkilerini farklı bölgesel kurumlarca belirlenmiş ve kabul edilmiş kurallara uygun sınırlarda tutmalıdır.

Ödeyici olarak ilgili devlet kurumlarının ise, fiyatların kalite, yararlılık ve dayanıklılık açısından doğru belirlenmesi ile başlayan ve endüstri-hekim ilişkilerinin etik kurallara uygunluğunu kontrol etmeye kadar giden ciddi sorumlulukları vardır.

Endüstri günümüzde, Ortopedi ve Travmatoloji alanındaki pazarlamada cerrahları ve meslek derneklerini hedeflemektedir. Bu yüzden, bu konuda şeffaflık ve hasta haklarının öne çıkartılması daha da önem kazanmaktadır. Bu yolda endüstri ve meslek dernekleri kurallar belirlemişler, devletler de kanun ve yönetmelikler hazırlamışlardır. Bu ayrıntılı kurallar yanında, tüm fertlerin vicdanları işleyişte en önemli faktör olmaya devam etmektedir.

İnternet ve sosyal medyanın yaygınlaşması ile birlikte, pazarlama günümüzde hekim odaklı olmaktan çıkıp hasta odaklı hale gelmeye başlamıştır. Hastalar, her türlü bilgiye internet üzerinden kolayca ulaşıp talep edebilmekte ve daha belirleyici olabilmektedir.

Hekimler ve kurumlar da aynı yöntemle hastalara kolayca ulaşabilmekte, kendi çalışmalarını tanıtabilmekte ve iyi sonuçları paylaşabilmektedir. Yakın gelecekte, daha az maliyetli dijital pazarlama giderek daha önemli hale gelecektir. Bu gelişmeye ayak uydurabilen paydaşların öne çıkması kaçınılmazdır.

KAYNAKLAR

1. American Academy of Physicians. Code of ethics. American Medical Association, Chicago; 1847. Erişim: http://ethics.iit.edu/ecodes/sites/default/files/Americaan%20Medical%20Association%20Code%20of%20Medical%20Ethics%20%281847%29.pdf
2. American Academy of Orthopedic Surgeons & the American Association of Orthopedic Surgeons. Code of ethics and professionalism for orthopedic surgeons (Adopted: October 1988. Revised: 1991, 1995, 2001, 2002, 2004, 2005, 2009, 2011)
3. Ethical Orthopedics for EFORT; 2013. Erişim: https://www.efort.org/wp-content/uploads/2014/09/Ethical_orthopaedics_2014report.pdf
4. Lie RK. Research ethics and evidence based medicine. J Med Ethics 2004;30(2):122–125. **Crossref**
5. Okike K, Kocher MS, Wei EX, Mehlman CT, Bhandari M. Accuracy of conflict-of-interest disclosures reported by physicians. N Engl J Med 2009;361(15):1466–74. **Crossref**
6. Havard JD. Advertising by doctors and the public interest. BMJ 1989;298(6678):903–4. **Crossref**
7. Estroff SE, Walker RL. Confidentiality: concealing "things shameful to be spoken about". Virtual Mentor 2012;14(9):733–7. **Crossref**
8. American Academy of Orthopedic Surgeons & the American Association of Orthopedic Surgeons. Social media in healthcare –a primer for orthopaedic surgeons; 2012.
9. Timimi FK. Medicine, morality and health care social media. BMC Med 2012;10:83. **Crossref**
10. Medical Device Code of Ethical Marketing and Business Practice "The Code" Version 3 (SAMED); 2017. Erişim: http://www.samed.org.za/Filemanager/userfiles/Medical%20Device%20Code%20of%20Ethical%20Marketing%20and%20Business%20Practice%20July%202017.pdf

TOTBİD Dergisi
Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği

TOTBİD Dergisi 2020;19:131–134
https://doi.org/10.14292/totbid.dergisi.2020.17
DERLEME

Ortopedi ve Travmatoloji dalında iç rekabet

Competition in orthopedics and traumatology

Halit Pınar

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İzmir

Rekabet temel toplumsal etkileşim biçimlerinden birisidir. Aynı amacı güden kimseler ve kuruluşlar arasındaki çekişme, yarışma olarak tanımlanır. Bu, daha iyiye ulaşmak için üstün olma mücadelesidir. Rekabet üretken olabildiği gibi yıkıcı da olabilir; yani, "olumlu" ve "olumsuz" rekabetten söz edilebilir. Ortopedi ve Travmatolojide de –her tıp dalında olduğu gibi– rekabetin genel koşullarının yanında özel koşulları da mevcuttur. Aslında işbirliği ve dayanışma, egemen olması gereken daha değerli iki davranış biçimidir. Ortopedi ve Travmatolojide rekabetin nedensel olarak başlıca üç alanda olduğu görülür: mesleki, akademik ve ekonomik. Bunlardan ilk ikisi belli oranda üçüncüsü yani ekonomik rekabet ile ilişkilendirilebilir. Mesleki ve ekonomik rekabette performans sisteminin ve özel kurumların kendine özgü koşullarının negatif etkileri yadsınamaz. Akademik rekabetin olumlu etkileri yanında, haksız rekabet koşulları ve yayın etiği ihlalleri gibi olumsuzlukları da irdelenmelidir. Hekim-hekim, hekim-hasta, hekim-endüstri arasındaki etik olmayan ilişkiler, tanıtım kuralları ihlalleri, endikasyon hataları gibi olumsuzluklar, ekonomik rekabetin aşılması gereken ciddi sorunları olarak önümüzde durmaktadır.

Anahtar sözcükler: ortopedi; travmatoloji; rekabet

Competition is one of the many ways of social interaction. The struggle among people and organizations having the same purpose is defined as competition. It is a struggle to reach a better outcome. It may have a productive effect, but at times it may be disruptive; so there are two types: positive and negative competition. Indeed, solidarity and collaboration should be the dominant behaviours instead of negative competition. As in every medical branch, general conditions and unique individual factors play role in orthopedics and traumatology. In general, competition may be divided into three areas: professional, academic and economic. To a certain degree, the first two may be related to the last one. The negative role of official regulations and unique conditions of private health organizations in professional and economic competition should be emphasized. Besides positive effects of academic competition, unfair competitive conditions and infringement of publishing ethics are well-known problems to be solved. Unethical interphysician, physician-patient, physician-industry relations, overtreatment, and violation of advertisement regulations are the serious problems ahead of us.

Key words: orthopedics; traumatology; competition

Rekabetin Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğündeki karşılığı şöyle: "aynı amacı güden kimseler arasındaki çekişme, yarışma, yarış". Sosyoloji biliminde ise, aynı işi yapan kimseler ya da kuruluşlar arasındaki daha iyiye ulaşma yarışması, bu uğurda sürdürülen üstün olma mücadelesi diye tanımlanır.

Toplum yaşamında bireyler veya gruplar farklı şekillerde karşı karşıya gelirler. Sosyolojide bu karşılaşma biçimleri "toplumsal etkileşim" olarak adlandırılır. Sosyolojide, tüm toplumlarda geçerli olan ve bu nedenle evrensel süreçler olarak kabul edilen temel toplumsal etkileşim biçimlerinden birisidir rekabet. Diğer etkileşim biçimleri ise işbirliği, mübadele, çatışma, baskı, uyum, uyarlama ve benzeştirmedir.

Rekabet yaşamın bir gerçeğidir; üretken olabildiği gibi yıkıcı da olabilir. O halde, "olumlu" ve "olumsuz" rekabetten söz edilebilir.

Aslında "rekabet" sözcüğüne olumlu anlam yüklemeliyiz. Olumlu rekabette kişi tamamen kendi yetenek ve değerlerine odaklanır, başkalarının ne yaptığı ile ilgilenmez; başkalarının kaybetmesi ile değil, kendisinin kazanması ile ilgilidir; kazanmak için uygun olmayan yöntemler kullanmak ve başkalarına kötülük etmek dâhil her yolu denemek gibi bir düşünce içerisinde olmaz; kazanmak gibi kaybetmenin de normal karşılanması gerektiğinin bilincindedir. Kaybetmek onu kötü ve değersiz bir kişi yapmayacaktır. Sonuç ne olursa olsun, tüm taraflar ilerleme kaydetmiş olacaktır.

- İletişim adresi: Prof. Dr. Halit Pınar, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Balçova, İzmir
  Tel: 0532 - 416 55 46 e-posta: halit.pinar@deu.edu.tr
- *Geliş tarihi: 9 Ekim 2019 Kabul tarihi: 11 Kasım 2019*

Normalde yenilenme ve gelişme getirmesi beklenen rekabet bazen olumsuzluklar doğurabilir; aşırı hırs ve bencillik gibi bireysel özelliklerin güdümünde ilişkileri olumsuz etkiyebilir, hattâ çatışmaya neden olur. Burada, diğer kişi veya kişilerin adeta yok olması pahasına bir kazanma arzusu söz konusudur. Neye mal olursa olsun ben kazanmalıyım şeklindeki bir anlayışın o kişiye iç huzurunu getirmeyeceği açıktır. "Hırçın" rekabet olarak da tanımlayabileceğimiz bu davranış biçimi, yüksek ego, kibir ve hasetlik gibi kavramlarla da el ele gider. Bir kurum veya topluluk içinde düşünüldüğünde, olumlu rekabet o yapıyı yüceltirken, olumsuz rekabet topyekûn bir gerilemeye neden olabilecektir. Olumsuz (yıkıcı) rekabet, birisinin başarısızlığı ile mutlu, başarısıyla da mutsuz olma ile karakterizedir.

İnsanlık tarihinde geriye doğru gittikçe rekabet yıkıcı bir durum gibi görünürken, modern toplum kültüründe rekabetin bir çözüm ve motivasyon aracı olarak sunulmaya başlandığını görmekteyiz. Ancak, durum tam olarak da böyle midir, tartışılır.

Ortopedi ve Travmatoloji dalında iç rekabetten söz edersek, öncelikle rekabetin genel koşullarının elbette burada da geçerli olduğunu belirtmeliyiz. Doğallıkla, sağlık bilimi olmanın getirdiği özel koşullar da etkilidir. Sağlıkla ilgili bir kurumda, herhangi bir kurumsal yapının iç dinamiklerinden daha fazlası vardır; hekimlerin meslektaşları, hastaları ve endüstri ile ilişkileri ve etkileşimleri söz konusudur. Dolayısıyla, farklı kesimlerden bireylerin varlığının rekabet sıklığını artırıcı, alanlarını ve tiplerini çeşitlendirici etki yapması beklenmelidir. Rekabeti etkileyen başlıca faktörler içsel (bireysel) ve dışsal (kurumsal ve kurallara bağlı özellikler) olarak ikiye ayrılabilir. Dışsal faktörler ile kastedilen kurum içi dengeler ve çalışma koşullarımızı düzenleyen kanun ve yönetmeliklerdir.

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİDE REKABET

Biz hekimlerin başta gelen görevi, hastaya en iyi hizmeti sunmaktır. Bu öncelikli amacımıza ulaşmak için sağlık bilimlerini ilgilendiren tüm dallarda olduğu gibi Ortopedi ve Travmatolojide de rekabetten daha değerli olan iki davranış biçimi, işbirliği ve dayanışma olmalıdır. Yine de rekabet, yaşamın ve toplumsal etkileşimin bir gerçeği olarak önümüzde durmaktadır. Her meslek grubu veya popülasyonun kendi iç dinamikleri ve özelliklerinden kaynaklanan farklı rekabet şekilleri vardır. Örneğin; ticaret yaşamında rekabet hekimlikte olandan çok farklı şekillerde ortaya çıkabilir.

Ortopedi ve Travmatolojide rekabetin nedensel olarak başlıca üç alanda olduğu görülür: mesleki, akademik, ve ekonomik. Hemen –ayrıntıya girmeden– belirtmek isterim ki, aslında ilk ikisi belli oranda ekonomik rekabet ile ilişkilendirilebilir.

Mesleki Rekabet

Ortopedi ve Travmatoloji uzmanları olarak, öncelikli işimiz şüphesiz insan sağlığıdır. Hastalara daha iyi hizmet verebilmek her hekimin öncelikli hedefi olmalıdır. Bu da dalın uzmanları arasında ön plana çıkma güdüsü ile paraleldir; burada bir rekabetten söz edilebilir. Genel Ortopedi ve Travmatoloji pratiği için bu rekabetin olumsuz bir etkileşim olması pek beklenmeyebilir. Uzman kişi sadece kendisine odaklı olmalı ve diğer meslektaşlarının durumu ile ilgilenmemelidir. Ne var ki, dallanmanın uzmanlar arasında tercih edilir olma güdüsünü artırdığını ileri sürmek pek de yanlış olmayacaktır. Özellikle dar iş çevresinde (il, ilçe, bölge) hastalar tarafından olduğu kadar özel sağlık kuruluşları tarafından da tercih edilir olma çabası, rekabetin olumsuz yönünü de bazen ortaya çıkarabilmektedir. Özel sağlık kuruluşundan söz etmişken; burada "daha iyi" olmak, uzmanın konumunu sağlamlaştırıcı etki yapacaktır. Resmi sağlık kuruluşlarında da –performansa dayalı hizmet sisteminde– "daha iyi" olmak daha fazla hasta anlamına gelip, bu da daha fazla puan getirecektir.

Aslında sadece daha iyi hekim olma ve hastalara daha iyi hizmet verme hedefine yönelik olumlu (tatlı) rekabet, günümüz sağlık sisteminde, iş güvencesi sağlama ve daha fazla puan toplama adına daha hırçın bir hal alabilmektedir. Hırçın rekabet dememizin nedeni, kişinin sadece kendi gelişimine odaklı olmayıp, diğer hekimlere odaklandığı bir yarış içine girebilmesidir. Dayanışmacı bir tavır, yerini kolayca ekonomik çıkarların güdülediği farklı bir etkileşime bırakabilir.

Akademik Rekabet

Her dalda olduğu gibi bizim dalımızda da, bazı uzmanlar mesleklerini akademik ortamda yürütmeyi tercih etmektedirler. Bu durumda, meslek pratiğine ek olarak, araştırma yapmak ve ders vermek gibi görevleri de üstlenirler. Her üç görev de birlikte olarak üniversite çatısı altında yürütülür.

Akademik yaşam için, ilerlemenin, daha iyiye ulaşmanın ana unsurudur demek yanlış olmaz. Burada, esas hedefin insan sağlığı olduğunu bir kez daha anımsatmak isterim. Akademisyenliği seçen bireylerin bu hedefe ulaşmak için araştırmalar ve bilimsel çalışmalar yapmaları beklenir. Aslında bilimsel rekabetin daha iyiye ulaşmada olumlu etkisinden söz etmek gerekir. Önemli oranda doğru olmakla birlikte, bunun bazı olumsuzlukları da beraberinde getirdiğine tanıklık etmekteyiz.

Akademik yaşama başlamanın ve bu yolda ilerlemenin bazı kriterler olmaksızın gerçekleştirilmesi

düşünülemez. Bu durumun da yarışmacı bir ortamı beraberinde getirmesi doğaldır. Bu noktada herkesin çevresi yerine kendisine ve kendisini öne taşıyacak çalışmalara odaklanması gerekir; sonunda başarı gelecektir. Kişinin kendisine avantaj sağlamak için kendi bilimsel çalışmalarına odaklanmak ve çalışmak yerine başka yolları da devreye sokma çabası, bilim ve yayın etiğine aykırılıkları ortaya çıkarabilmektedir.

Yurtiçi ve yurtdışında örneklerini gördüğümüz üzere, yayın etiği ihlalleri pek çok farklı şekillerde karşımıza çıkabilmektedir; konu ayrı bir yazının başlığı olmayı hak edecek kadar geniştir. Ülkemizde bu tip olumsuz rekabeti en çok doçentlik sınavları için hazırlanan dosyalarda görmekteyiz.

Rekabette olumsuz koşulların en az görüldüğü alanın akademik rekabet olması beklenir, çünkü en net değerlendirme kriterleri akademik yükseltmelerde mevcuttur. Ancak, objektif kriterlerin varlığına rağmen değerlendiricilerin subjektif davranması haksız rekabetin önemli ve azımsanmayan sıklıkta görülen bir nedeni olmaktadır.

Haksız akademik rekabet koşullarını ayrıca kadro ilanlarında da görebilmekteyiz. Olağan koşullar altında ilanlardaki özel tanımlamalarla olumlu ve geliştirici rekabet şartları bazen daha baştan ortadan kaldırılmış olabilmektedir. Kişileri idari makamlar nezdinde bireysel kadro arayışlarına iten norm kadro uygulamasından da –olağan koşulları ortadan kaldırması nedeniyle– olumsuz bir faktör olarak burada söz etmek isterim.

Akademik rekabette haksızlığa uğramış bireylerin varlığının o dal için mutsuzluk nedeni olması gerekir. Herkes bu konuda duyarlı olup, bu durumu en aza indirmek için üzerine düşeni yapmalıdır. Uygun rekabet koşullarının sağlanamamasının, yaralayıcı olma yanında, o dalın ileriye gitmesinin önünde önemli bir engel olduğu da bilinmelidir. Bu olumsuzluğun, sonunda hastalarımızın sağlığına da yansıması beklenir.

Ekonomik Rekabet

Mesleki ve akademik rekabette ulaşılmak istenen hedefte, herkes için değişen oranlarda ekonomik getirinin de bulunduğu saptamasını yapmak pek de yanlış olmasa gerektir. Yani, diğer iki rekabetin içinde ekonomik rekabetin de bulunduğunu vurgulamak gerçekçi olacaktır. Doğru olan, mesleki ve akademik rekabetin, ekonomik rekabetin araçları olmamasıdır. Her birey mesleğinde yetkin ve donanımlı olmayı hedefleyerek hastasına daha yararlı olmak ister. Daldaki uzmanlar içinden bir grup ek olarak eğitim vererek ve bilimsel çalışmalar da yaparak alanına katkı vermeyi düşünebilir ve bir rekabet içine girebilir. Burada söz edilen olumlu rekabettir. Bunun sonucunda, ekonomik kazanımlar ekonomik bir rekabetin içinde olmaksızın zaten elde edilmiş olur.

Ekonomik avantaj sağlama isteği kişiyi doğrudan bir rekabetin içine çekiyorsa, bu durumda olumsuz tavırlar ortaya çıkabilmektedir. Burada ekonomik getiri öncelikli hedef olmuştur; hastalara yararlı olmak, araştırma yapmak gibi olumlu unsurlar söz konusu değildir. Mesleki değerler ve bilimsel özellikler geri plana itilince, "hırçın" bir ekonomik rekabetin çeşitli unsurları belirginleşir.

Burada, sağlık sisteminin rolünü daha en başta net olarak ortaya koymak gerekir. Performansa dayalı sistemin hekimlik uygulamalarına olumsuz etkileri çeşitli platformlarda yeterince irdelenmiş olup bu yazıda ayrıntılı olarak ele alınmayacaktır. Resmi kurumlarda hekimlik uygulamalarında puan toplama kaygısının ne yazık ki gereksiz ameliyatlara yol açabildiğini görmekteyiz. Bazı ameliyatlarda endikasyon geniş tutulurken, bazıları da yapılmak istenmemektedir. Bazı özel hastanelerde ise hekim, üstü kapalı da olsa, daha fazla ameliyat yapması yönünde baskı hissedebilmektedir.

Günümüzde sosyal medyanın yaygınlaşmasıyla birlikte, tanıtım kuralları ihlalleri ekonomik rekabetin dikkat çekici (olumsuz) araçları haline gelmiştir. Hekimin internet ortamında kendisini tanıtması doğaldır; hastalar da giderek daha sıklıkta internette hekim araştırması yapmaktadır. Hekimin kendisi ile ilgili bilgileri abartması, değerini artırmak amacıyla gerçek dışı beyanlarda bulunması en sık karşılaştığımız durumlardır. Kişinin bir etkinlikte eğitici olarak görev aldığını duyuruş şekli bile ekonomik getirinin ana beklenti olduğuna dair ipucu verebilir.

Son yıllarda dalımızda önemli bir gelir kaynağı olarak öne çıkan rejeneratif tıp ve alternatif tıp uygulamaları üzerine internet ortamında yer alan bilimsellikten uzak bilgiler dikkat çekicidir, üzücüdür. Aslında tanıtım ilke ve kuralları Türk Tabipleri Birliği (TTB) tarafından net bir şekilde ortaya konmuştur.[1]

Doğrudan bir rekabet tavrı olmasa da, ekonomik getiri söz konusu olduğunda, zaman zaman örneklerine rastladığımız iki olumsuzluğa da konu bütünlüğü için yer vermekte yarar görmekteyim. Bunlardan birisi hekimin resmi kurum çatısı altında hasta ile doğrudan ekonomik ilişki içine girmesidir. Bunun, mesleğimiz için en alçaltıcı davranışlardan birisi olduğunu düşünmekteyim. Olumsuz rekabet koşulları içinde değerlendirebileceğimiz bir diğer durum da, hekimin endüstri ile doğrudan ekonomik ilişki içinde olmasıdır. Bu durumun hekimin endikasyonlarını etkilemesi olasılığına dikkat çekmek isterim.

NE YAPMALI?

Rekabetin geliştirici ve verim artırıcı yönde kullanılması, o kişiye olduğu kadar ülkemizin Ortopedi ve Travmatoloji pratiği, dolayısıyla hastalarımız için en iyi sonuçları verecektir. Olumsuz rekabeti geri plana itmek için hem bireysel hem de çevresel faktörlerin aşılması gerekir. Bireylerin sadece kendilerine odaklanarak mesleklerinde iyiye ulaşmaları, zaten –istedikleri takdirde– akademik hedeflerine ulaşmalarını da mümkün kılacaktır. Olumsuz rekabet koşullarını tetikleyen çevresel koşullarla (kanunlar, kararnameler, vb.) mücadele hepimizin ortak görevi olmalıdır. Ekonomik hedeflere olumsuz rekabet koşullarında ulaşmaya çalışmak o kişi için pek çok olumsuzluğu beraberinde getirecektir. Önce iyi bir birey, sonra iyi bir hekim olmakla –çevresel koşulların da izin vermesi ile– diğer hedeflere zaten ulaşılacaktır.

KAYNAKLAR

1. Ersoy V, Güler M, Giritlioğlu H Sağlık Hizmeti Sunumunda Reklam ve Tanıtım. Türk Tabipleri Birliği Yayınları. 1. Baskı, Ankara: Mayıs 2008. ss.10–2.

TOTBİD Dergisi
Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği

TOTBİD Dergisi 2020;19:135-138
https://doi.org/10.14292/totbid.dergisi.2020.18
DERLEME

Ortopedi ve Travmatoloji dalının diğer tıp dalları ile rekabeti

Competition of orthopedics and traumatology with other medical branches

Sait Ada

EMOT Hastanesi Kurucusu, Genel Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı, El Cerrahisi Uzmanı, İzmir

Tıp insan sağlığının farklı sorunları ile uğraşırken, bazen aynı sorun farklı uzmanlık dallarının ortak alanı olabilir. Bu nedenle örtüşen hastalık gruplarının tanı ve tedavisinde, farklı dallar birbiri ile rekabete girebilir. Rekabetin bilimsel düzeyde ve işbirliği içinde olması çok önemlidir, ancak pratik yaşamda bu rekabet genellikle olumsuz şekilde olmakta ve ekonomik rekabete dönüşebilmektedir. Ortopedi ve Travmatolojinin de kesiştiği uzmanlık dalları, özellikle El Cerrahisi ve Spinal Cerrahidir. Ayrıca, bazı dâhili dallar ve son zamanlarda Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp gibi yöntemleri uygulayanlarla da konularımız örtüşmektedir. Burada, hastanın dallar arasında ne zaman kime yönlendirilmesi gerektiği, en kritik noktadır. Hastanın, durumuna ve hastalığına göre diğer uzmanlık dalına veya konu kendi uzmanlık alanımızda olsa bile yeterli eğitim veya koşullarımız yoksa başka bir meslektaşımıza yönlendirilmesi çok önemlidir. Sonuç olarak; tüm dallar arasında rekabetin hasta ve halk sağlığı yararına olması gerekir. Hekimliğin temel ilkeleri olan bilimsel ilkeler ışığında çalışma ve etik kurallara uyma en büyük rehberimiz olmalıdır.

Anahtar sözcükler: rekabet; ortopedi ve travmatoloji; diğer uzmanlık dalları

While the branches of specialty in medicine deal with different problems of human health, sometimes the same problem can be common areas of different specialties. Different branches may compete with each other in the diagnosis and treatment of these overlapping disease groups. It is very important for competition to be scientific and to cooperate, but in general practical life, this competition is generally negative and can turn into a form of economic competition. The competitiveness of Orthopedics and Traumatology with its specialties is particularly in the areas of hand surgery and spinal surgery. In addition, some internal branches overlap our patients. This is the most critical point when to refer the patient to the branches. It is very important to refer the patient to the other specialty according to the condition of the disease and the patient, or to refer to another colleague if there is not enough training or conditions, even if it is in our own field of expertise. As a result; competition between all branches must be for the benefit of patients and public health. In the light of scientific principles, which are the basic principles of medicine, working and obeying ethical rules should be our biggest guide.

Key words: competition; orthopaedics; medical branches

Rekabet, ilk bakışta yeniliğe açık olma ve iyiye ulaşmanın yöntemi olarak tanımlanmasının yanı sıra, çağımızda neoliberal yapının olmazsa olmazıdır. Neredeyse tüm dünyaya hâkim olan neoliberal düzen, iş ve sosyal yaşamın her alanında, akademik yaşamda ve daha birçok konuda –dijital çağın getirdiği olanaklarla– müthiş bir rekabet ortamı yaratarak yaşamı ve dünyayı şekillendirmektedir. Mesleğimiz de bundan etkilenmiş ve hekimler bireysel veya kurumsal rekabet içine girmişlerdir. Bu rekabet, akademik açıdan olumlu olmasına rağmen, ekonomik açıdan olumsuzluklar içermektedir. Ortopedi ve Travmatoloji ile ortak hasta grubu olan dallar arasında; Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Algoloji, Romatoloji ile Geleneksel, Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp (GATT) bulunmaktadır. Bu dallarla Ortopedi ve Travmatoloji arasındaki rekabet alanları ve sorunlarını üç bölümde inceleyeceğiz.

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ İLE DİĞER CERRAHİ DALLAR ARASINDA REKABET

Ortopedi ve Travmatoloji ile en fazla rekabet El Cerrahisi ve Spinal Cerrahi alanlarında olmaktadır.

- İletişim adresi: Prof. Dr. Sait Ada, EMOT Hastanesi 1418 Sok. No:14 Kahramanlar, İzmir
  Tel: 0532 - 771 68 48 e-posta: sait_ada@yahoo.com
- *Geliş tarihi: 9 Ekim 2019 Kabul tarihi: 11 Kasım 2019*

El Cerrahisi

El Cerrahisi, ekip çalışması gerektiren, gece ve gündüz acil karşılaması ve uzun ameliyat süreleri olan bir daldır. El cerrahisinin dünyada ve ülkemizdeki gelişiminde Ortopedi ve Travmatoloji ile Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi dallarının büyük katkıları olmuştur. Her iki dalın olumlu rekabeti sonucu, bugün el cerrahisi yapan meslektaşlar arasında akademik ve hastaya yönelik olumlu bir rekabet vardır. Kongre ve dernek çalışmalarında, meslektaşların hak ve hukukunun savunulmasında, genel olarak yardımlaşma, etik kurallara saygı ve sevgi olduğu söylenebilir.

El Cerrahisi yan dalının kurulması sonucu, yan dal eğitimi ile her iki dalın uzmanları kendi alanlarındaki eksikliklerini tamamlamakta ve el cerrahı ünvanını almaktadırlar. Ancak, ülkemizdeki sağlık sistemi ve acil organizasyonundaki sorunlar, ciddi özlük sorunları (ana dalda ve özel sektörde aynı zamanda çalışamamaları gibi vb.), çok önemli alt yapı ve organizasyon yetersizlikleri El Cerrahisi yan dalının en önemli sorunlarıdır. El cerrahisi uzmanları; gerek ekonomik gerekse çalışma koşulları nedeniyle bugün çok mutsuzdurlar. Uzmanlıklarını almadan istifa etmektedirler ve yerlerine yeni el cerrahları gelemeyebilir. Tüm bu nedenlerle, el cerrahisi alanında olumsuz rekabetin olmaması, yan dalın getirdiği olumsuzluklara bağlı olması gibi ironik bir durum olabilir. Yani tersten okuyunca, cazibenin kalkması olumlu bir ilişki yaratsa da, koşulların düzeltilmemesi meslektaşları mutsuz etmekte ve El Cerrahisi, gerek ana dallarda gerekse yan dal olarak ilgi kaybetmektedir. Sonuçta, esas etkilenen elbette hastalarımız olmaktadırlar.

Spinal Cerrahi

Omurga Derneğinin başkanlığını da yapmış olan Prof. Dr. Teoman Benli'nin konu ile ilgili görüşleri şöyledir: Ortopedi ve Travmatoloji ile Beyin ve Sinir Cerrahisi de aralarında rekabet yaşanan dallardır. Tarihsel olarak bakıldığında çocuk cerrahisinden ayrılarak kurulan Ortopedi, çocuk omurga hastalıkları ve başta skolyoz olmak üzere omurga deformitelerinin tedavilerini baştan beri üstlenmiş durumdadır. Birçok toplumda olduğu gibi ülkemizde de, bel ağrısı olan hastaların, bu bir bel fıtığı olabilir diye yönlendirildikleri hekimler ise beyin ve sinir cerrahlarıdır.

Ortopedistler 1960'lardan sonra, skolyotik deformitelerin tedavisinde Harrington rodları ve çengeller kullanmaya başladılar. Sadece füzyon yaptıkları Pott hastalığında geç kifoz deformitesinin önlenmesi için de enstrümantasyon uyguladılar. Hem skolyoz gibi koronal hem de kifoz gibi sagittal plan deformiteler, 1980'lerin sonlarında daha modern sistemler (Cotrel-Dubousset –CD) kullanıma girdikten sonra daha başarılı olarak düzeltilmeye başlandı. Sonraları, servikal ve lomber spinal stenoz, spondilolistezis, omurga enfeksiyonları ve tümörleri konusunda da enstrümantasyon kullanarak tedavi etmeyi uygulamaya soktular. Beyin cerrahları, bu dönemde, disk cerrahisi ve spinal stenozda laminektomi ile dekompresyon dışında bir şey yapmıyorlardı.

Birçok beyin cerrahı, enstrümantasyon yapmayı 1990'lardan sonra ortopedistlerden öğrendi. Beyin cerrahları bu dönemde skolyoz hastalarına pek dokunmadılar ama "biz de omurga hastalıkları için cerrahi tedavi uyguluyoruz" diyerek, kendilerini doğal omurga cerrahı saydıklarını ifade ettiler. Yabancı şirketler, "pazar" payını artırmak için, gittikçe daha çok beyin cerrahının eğitimi için çaba gösterdi.

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) benzer gelişmeler yaşandı: "omurga cerrahisi" 1980'lerde bir üst ihtisas alanı *(fellowship)* haline geldi; üniversiteler, Skolyoz Araştırma Derneği (SRS) gibi dernekler ihtisas programları düzenleyip, sertifikalar vermeye başladı. Ortopedistlerin %80 gibi bir çoğunluğa sahip oldukları SRS ve beyin cerrahların %80 çoğunluğa sahip oldukları Kuzey Amerika Omurga Derneği (NASS) gibi iki meslek örgütü kuruldu. Bu dernekler omurga cerrahisi eğitimi vermeye ve sertifikasyona başladı. Halen özellikle bu iki dal arası çekişme Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'da sürmektedir.

Kuruluşunda üyelerin tamamı Ortopedi ve Travmatoloji uzmanı olan Türk Omurga Derneği, yaklaşık 14 yıl boyunca TOTBİD ile yakın ilişkiler içinde omurga cerrahisi kongreleri ve kurslar düzenledi, ulusal kongrelerdeki Omurga Oturumlarını organize etti. İlk defa 2003 yılında, birkaç beyin ve sinir cerrahı Türk Omurga Derneği'ne üye olarak alındı ve kurslara katılmaları sağlandı. Yönetim Kurulundaki iki dalın temsil hakları, 2011 yılında %50-%50 olarak sınırlandı. 2015 yılında, Türk Tabipleri Birliği (TTB) ikna edilerek, beyin cerrahisi ile Ortopedi ve Travmatoloji listeleri dışında ayrı bir omurga cerrahisi başlığı altında, eksik girişimler tamamlanarak bir TTB listesi yapılması sağlanmıştır. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ise bir revizyon yapmayarak bazı kalemlerin Ortopedi ve Travmatoloji, bazı kalemlerin ise Beyin ve Sinir cerrahisinde kalması durumunu değiştirmemekte ve olumsuz bir rekabete neden olmaktadır.

Sonuç olarak; spinal cerrahide öğrenme eğrisinin uzun olması ve çoğu eğitim kliniğinde omurga cerrahisi yapılmaması, spinal cerrahi ile ilgilenen Ortopedi ve Travmatoloji uzmanı sayısının azalmasına yol açmıştır. Buna karşılık, spinal cerrahi ile uğraşan beyin ve sinir cerrahisi uzmanlarının sayısı artmakta ve spinal cerrahi Beyin ve Sinir Cerrahisinin alanıymış gibi bir algı

oluşmaktadır. Bu konudaki çözüm ise omurga cerrahisinin Anabilim Dalı haline gelmesi, hem Ortopedi ve Travmatoloji hem de Nöroşirurji Asistan Eğitimi programlarından çıkartılmasıdır. Ya da diğer bir çözüm, ABD'de olduğu gibi en az iki yıllık yan dal eğitim programının kurulmasıdır.

Dışardan gözlemci olarak görüyorum ki; spinal cerrahi ile uğraşan Ortopedi ve Travmatoloji uzmanı sayısı azalmaktadır. Beyin ve Sinir cerrahları lehine asimetrik bir rekabet vardır. Akademik ve tarihsel olarak bizlerin deformite düzeltmeye daha yetkin olduğumuz ve skolyoz, kifoz cerrahisindeki alanımızı bırakmamamız gerektiğini düşünüyorum. Bu konuda yan dal uygulaması iyi bir çözüm olabilir; ancak, El Cerrahisinde olduğu gibi zorunlu hizmet, ana dalda çalışma kısıtlaması ve özel sektörde çalışamama gibi sorunlar doğurabilir. Bu sorunların sağlık otoriteleri tarafından çözülmesi gerekmektedir.

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ İLE DÂHİLİ BRANŞLAR ARASI REKABET

Uzmanlık dalımızın; Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (FTR), Romatoloji, Endokrinoloji ve Nöroloji ile rekabeti mevcuttur. Ortak alanlarımız olarak; osteoporoz tedavisi, tuzak nöropatileri, romatolojik hastalıklar, serebral felç ilk akla gelenlerdir. Asıl sorun ortak hastalıklar değil, bu hastalıklarda tedaviye hangi dalda başlanıp, hastanın daha sonra ne zaman diğer ilgili dala sevk edileceğidir. Aşağıda, kişisel görüşlerim olarak, dâhili dallardaki bazı ortak alanların sorunlarına değinmek istiyorum.

Osteoporoz tedavisinin, Ortopedi ve Travmatoloji veya FTR alanında olmadığını ve Endokrinoloji dalının bu konuda daha yetkin olduğunu düşünüyorum. Çünkü osteoporoz, primer ya da sekonder olsun, sonuçta bir hormonal değişim sonucu oluşmaktadır. Bizlerin, cerrahi tedavi yoğunluğumuz içinde, osteoporozun etiyolojisini araştırmak ve ilaç kullanımını planlamakta bazı zorluklarımız olduğunu düşünüyorum. Bazı meslektaşlarımız bu konuda kendini çok iyi yetiştirmiş olsa da, dalımızın genel yoğunluğu içinde bu tedaviyi Endokrinoloji dalına terk edebiliriz düşüncesindeyim.

Yaygın veya bölgesel artroz, tuzak nöropatileri, tetik parmak, tenisçi dirseği vb. olayların erken dönemlerinin FTR uzmanlarınca izlenip, konservatif tedavilerinin yapılabileceğini düşünüyorum. Ancak, cerrahi endikasyon sınırına gelmiş hastaların bizlere sevk edilmemesinin de olumsuz bir rekabet biçimi olduğu ortadadır. İleri artrozların Ortopedi ve Travmatoloji uzmanı görüşü alınmadan konservatif tedaviye devam ettirilmesi, tuzak nöropatilerinde kas atrofileri sonrası hastanın sevki gibi olumsuz durumlar sıkça karşımıza çıkmaktadır. Serebral palsi de, hem FTR hem de Ortopedi ve Travmatoloji uzmanlarının ortak izlemesi gereken hastalıklardandır. Oluşturulan ortak çalışma grupları ile çok iyi izlenen bir hastalık türü olsa da, serebral palsi çoğunlukla sadece fizik tedavi ile izlenir ve cerrahi tedavi yapılmaz diyen bir FTR uzmanı grubu da vardır.

Benzer sorun Romatoloji ile Ortopedi ve Travmatoloji dallarının ortak hasta grubunda da vardır. Romatoloji dalının tanı ve medikal tedavide önemi büyüktür ve bu tedavi onlar tarafından düzenlenmelidir. Ancak, atellemeler ve gerekirse cerrahi tedavi ile hastanın fonksiyonel ilerlemesinin sağlanması için, iyi bir işbirliğine gereksinim vardır. Bazı üniversite ve eğitim hastanelerinde bu işbirliği konseyler aracılığı ile ortak protokollerle sağlanırken, özel hekimlik ve özel hastanelerde bu konuda önemli sorunlar vardır ve hastalar olumsuz rekabete örnek olacak uygulamalara maruz kalmaktadırlar. Romatoloğun, deformite gelişmiş bir hastada Ortopedi ve Travmatoloji uzmanının görüşünü istememesi veya FTR uzmanının cerrahiden daha fazla yarar görecek hastayı Ortopedi ve Travmatoloji uzmanına göndermemesi gibi örnekler verilebilir. Aynı durum tersine şekilde, FTR'den ya da medikal tedaviden yarar görecek bir hastaya cerrahi tedavi yapanlar için de geçerlidir. Bu örnekler çok artırılabilir, ancak esas önemli olan, hekimin kendi uzmanlık dalındaki endikasyonu dışında, hastayı doğru zamanda ve doğru endikasyonu ile, onun lehine başka bir uzmanlık dalına yönlendirmesini sağlamaktır. "Hasta kaybı" (ekonomik rekabet) gibi olumsuz bir rekabet içerisinde olmak, hastaya zarar veren etik dışı bir durumdur.

GELENEKSEL, TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIP İLE REKABET

Sağlık Bakanlığı'nın yönetmeliği ile yürürlüğe giren Geleneksel, Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp (GATT) uygulamaları her alanla çakışan ciddi bir olumsuz rekabet yaratmıştır. Bu yöntemi uygulayan meslektaşlarımız, kısa süreli kurslarla sertifika da almakta ve bu alanda "tedavi" uygulamaktadırlar. Bu uygulamalar için çok geniş endikasyonlar belirlenmiştir. Örneğin, ağrı bu tip uygulamalar için en sık endikasyondur. Ağrının nedenleri anlatmaya sayfalar yetmez iken, malign bir kemik tümörünün ilk belirtisinin hafif bir ağrı olduğunu hepimiz bilmekteyiz. Ancak, yönetmelikteki endikasyonların çoğunda, kas, eklem ağrıları ve genel ağrılar gibi genel tanımlarla, her alanda ve özellikle alanımızı ilgilendiren semptomlar bulunmaktadır. Bu yöntemler maalesef bazı Sağlık Bakanlığı hastanelerinde ve özel hekimlikte sıkça kullanılmaya başlamıştır; ayrıca, medya ve sosyal medya reklamları ile de yaygın hale gelmektedir. Kupa, hacamat, sülük ve birçok GATT yöntemi bilimle çelişmektedir.

Konunun TTB ve Uzmanlık Dernekleri tarafından izlenmesi halk sağlığı açısından çok önemlidir. Bu konuda TTB'nin 2017 yılında bastırdığı "Tıbbın Alternatifi Olmaz! Geleneksel Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları" kitapçığını okumanızı öneririm.

SONUÇ

Ülkemizdeki tıp uygulamaları içinde dallar arası rekabet genel olarak olumsuz niteliktedir ve sıklıkla ekonomik rekabet örnekleridir. Bu olumsuzluktan Ortopedi ve Travmatoloji uzmanları da nasiplerini almaktadırlar. Performans Sistemi ve Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) konularındaki sorunlar, özel hekimlik ve özel hastane koşulları bu olumsuz rekabeti körüklemektedir. Hasta-hekim ilişkisinde, hastanın anlama ve karşılaştırma gücü sınırlıdır. Hekimin hastasına yarar sağlayacağını bilmediği ve/veya bilimsel olarak kanıtlanmamış tedavileri uygulaması, kendi uzmanlık alanına girmeyen hastalıkları veya alanında deneyimsiz olduğu hastaları tedavi etmesi uygun değildir. Bu nedenle, hekimlikte meslek etiği kuralları her dönemde önemli olmuştur.

Aslında Tıp Etiği en eski ve hâlâ en yaygın olan etik konusudur. Koslowski bunu; "Hekimlik etkinliği sadece teknik bilgi ve beceriyi yerine getirmekle kalmamalı, aynı zamanda hem pragmatik buyruklar ve hem de hastanın birey olarak tanınmasının getirdiği hakları içeren bir etik buyruk olarak yapılmalıdır." ifadesiyle belirtmiştir.[1] Yani hekimlik; hem teknik (bilgi ve beceri) hem pragmatik (çözümcü) hem de etik boyutları olan bir meslektir, teknisyenlik değildir. Özellikle meslek etiğinde, belirli bir mesleği icra ederken ne yapılması gerektiğine dair sorulara mesleğin bazı normlar getirmesi gereğidir. Kuşkusuz her sorunun bir normu oluşmamış olabilir; kişinin bunu yaşam boyu elde ettiği etik kavramlara ve bilimsel verilere göre değerlendirmesi gerekir. Bunu sağlamak için; iyi bir standart eğitim müfredatı, meslek sonrası düzenli eğitim ve etik dışı olayların sorgulanıp cezalandırılmasını sağlayacak kontrol sisteminin olması gerekmektedir.

KAYNAK

1. Koslowski P. Etik ve Hekimlik Sanatı. İçinde: Tepe H, editör. Etik ve Meslek Etikleri –Tıp, Çevre, İş, Basın, Hukuk ve Siyaset. Hacettepe, Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları; 2001. ss. 47–56.

TOTBİD Dergisi
Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği

TOTBİD Dergisi 2020;19:139–145
https://doi.org/10.14292/totbid.dergisi.2020.19
DERLEME

Ortopedi ve Travmatolojide tıbbi malzeme yönetimi için yasal prosedürler ve kalite sorunu

Legal procedures and quality problems for implant management in orthopedics and traumatology

Murat Altay, Mustafa Caner Okkaoğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Ortopedi ve Travmatoloji alanındaki cerrahi yaklaşımlarda tıbbi malzemeler önemli yer tutmaktadır. Bir Ortopedi ve Travmatoloji uzmanı hastası için en uygun malzemeyi seçerken; yeni teknolojiyi takip etmeli, hastası için en uygun tıbbi malzemeyi tercih etmelidir. Ancak bu tercihi yaparken, ülkemizdeki yasal prosedürleri, sigorta kurumlarının kısıtlamalarını ve hasta ile ilgili faktörleri de göz önünde bulundurmak durumundadır. Bu çalışmada; özellikle kamu hastanesinde çalışan bir Ortopedi ve Travmatoloji uzmanının hastası için en uygun tıbbi malzemeyi kullanırken, Sağlık Uygulama Tebliğini (SUT) göz önüne alarak, dikkat etmesi gereken yasal prosedürlerin vurgulanması amaçlanmıştır. Ülkemizde malzeme kullanımını belirleyen en önemli faktörlerden biri Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) geri ödeme kısıtlamaları ve fiyatlandırma politikalarıdır. İlk olarak 2010 yılında yayımlanan ve daha sonra ihtiyaca göre güncellenen SUT; özellikle kamu hastanelerinde çalışan ortopedistlerin geri ödeme kapsamında kullanabilecekleri tıbbi malzemelerin sınırlarını belirler. SUT listelerindeki bazı ürünlerin kullanımı özel şartlara bağlanmaktadır. Bu nedenle, hekimin malzeme seçimi yaparken her zaman SUT'un güncel halini takip etmesi gerekmektedir. Artan firma giderlerine karşın (hammadde, kur, maliyet, istihdam, sigorta gibi) yeteri kadar artmayan fiyatlandırmalar ve kalite ayrımı yapmaksızın aynı SUT koduna tek fiyat verilmesi, özellikle dünya pazarında önemli yer işgal eden, pazar lideri, kaliteli ürün sunmaya çalışan firmaların ülke pazarından çekilmesine yol açmaktadır. Bu da kullanılan malzemelerin kalitesinde düşmeye, yapılan ameliyatların başarısının azalmasına ve revizyon oranlarının günden güne artmasına yol açmaktadır. Bu konuda özellikle yerli üretimlerin desteklenmesi, kalitelerinin artırılması, araştırma-geliştirme birimlerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Tüm kullanılan malzemelerin denetim ve kalite kontrol sistemlerinden geçirilmesi önem arz etmektedir. Hekim bir tıbbi malzemeyi seçerken; ülkenin şartlarını, hastasının beklentilerini ve yaşam standartlarını göz önünde bulundurarak, yasal prosedürlere (SUT hükümlerine) dikkat ederek, maliyet-yarar oranı en uygun, en kaliteli malzemeyi hastalarında kullanmaya dikkat etmelidir.

Anahtar sözcükler: ortopedi ve travmatoloji; malzeme; yasal prosedürler; maliyet-yarar; kalite

Medical implants take an important place in orthopaedic surgeries. An orthopaedic physician has to follow latest technology while choosing the most suitable implant for his/her patient. However, in this preference, the legal procedures in our country, the limitations of the insurance institutions, and the patient-related factors must also be taken into account. In this study, it is aimed to emphasize the legal procedures that should be taken into consideration with Health Application Communiqué (SUT) when using the most appropriate medical implants by an orthopedic physician specifically working in a public hospital. One of the most important factors determining the use of medical implants in our country is the Social Security Institution's (SGK) reimbursement restrictions and pricing policies. The SUT, which was first published in 2010 and then updated according to the needs, sets the limits of the medical devices that orthopedists working in public hospitals can use for reimbursement. The use of certain products in the SUT lists is subject to special conditions. For this reason, the physician should always follow the current SUT when selecting medical implants. Inadequate pricing in spite of the increasing firm expenses (raw material, exchange rate, cost, employment, insurance etc.), and giving one price to the same SUT code without any distinction of quality, causes especially the firms that occupy an important place in the world market, which are trying to offer quality products, to withdraw from the country market. This leads to a decrease in the quality of the implants used, a decrease in the success of the operations performed, and an increase in the revision rates day by day. In this regard, especially domestic productions should be supported, their quality should be improved, research and development units should be developed. It is important that all implants or devices are passed through inspection and quality control systems. The physician has to take into account the conditions of the country, the expectations and life standards of the patient, paying attention to the legal procedures (SUT provisions) and the use of the highest quality and the most cost-effective one while choosing the appropriate implant.

Key words: implants in orthopaedics and traumatology; legal procedures; cost-effectiveness; quality

- İletişim adresi: Op. Dr. Mustafa Caner Okkaoğlu, Sanatoryum Cad. Pınarbaşı Mah. Ardahan Sok. No:25 Pınarbaşı, Keçiören, Ankara
  Tel: 0507 - 958 82 85 e-posta: canerokkaoglu@yahoo.com
- *Geliş tarihi: 9 Ekim 2019 Kabul tarihi: 19 Aralık 2019*

Gelişen teknoloji ve tıbbi malzemeler sayesinde hastaların tedavilerindeki sonuçlar olumlu yönde etkilenmektedir, fakat bu durum özellikle Ortopedi ve Travmatoloji alanındaki cerrahları tıbbi malzemelere ve cihazlara daha bağımlı hale getirmektedir. Bir hekim hastası için en uygun tıbbi tedaviyi uygularken; hastanın yaşına, aktivite düzeyine, sosyoekonomik yaşam standartlarına göre kaliteli ve maliyet-yarar oranı en uygun malzemeyi seçmeli, bulunduğu ülkenin şartlarını, yasal prosedürleri de göz önünde bulundurmalıdır. Ortopedi ve Travmatolojide doğru malzeme yönetimi için dikkate alınması gereken durumları üç başlık altında toplayabiliriz.

1. Ortopedi ve Travmatoloji alanında malzeme seçimi ve etkileyen faktörler
2. Ülkemizde malzeme kullanımı için yasal prosedürler
3. Ülkemizde malzeme kullanımında yapılan hatalar, Sağlık Uygulama Tebliği'ndeki (SUT) eksiklikler ve kaliteyi artırmak için çözüm yolları

Bu çalışmada amaç; yasal prosedürlere uygun şekilde bir tıbbi malzemenin kullanımı için dikkat edilmesi gereken kuralları sunmaktır.

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ ALANINDA MALZEME SEÇİMİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

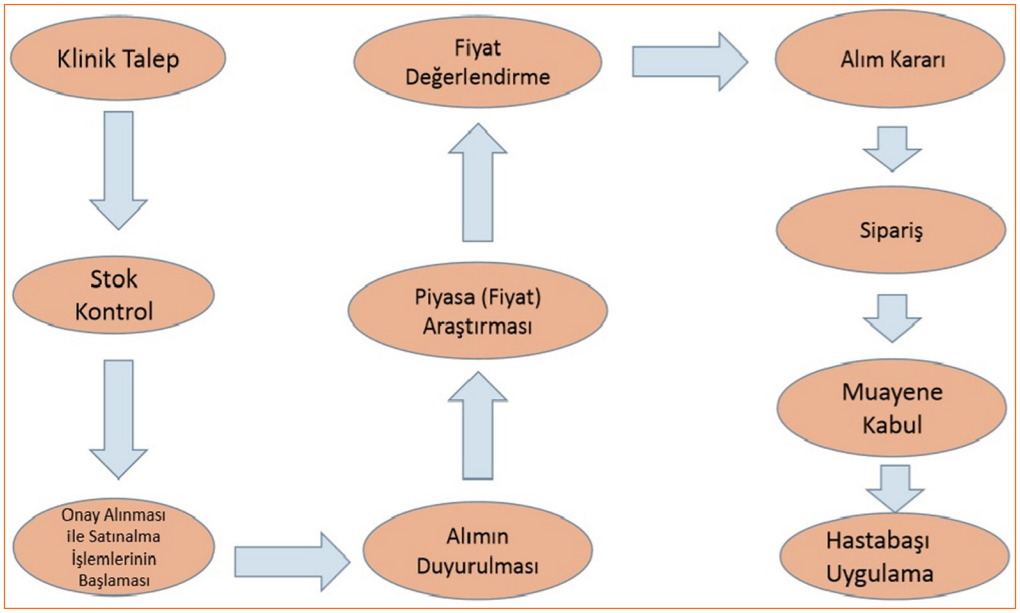
Ortopedik cerrahide kullanılacak ideal bir implantın; yumuşak dokular tarafından fiziksel olarak etkilenmemesi, yabancı cisim reaksiyonuna, inflamasyona, alerji ve aşırı duyarlılığa neden olmaması, kimyasal olarak *inert* olması, karsinojenik olmaması, yapısını ve devamlılığını vücut içinde de koruyabilmesi, istenilen şekli alabilmesi, sterilize edilebilmesi ve yeterli mekanik özelliklere sahip olması gerekmektedir.[1,2] Ortopedi ve Travmatoloji alanında implant üretimi yapılırken, cinsi ne olursa olsun malzeme bu özelliklere sahip olmalıdır. Bu özelliklere sahip metaller, seramikler, polimerler ve kompozitlerin üretimi, araştırma geliştirme aşamaları yüksek maliyetler altında yapılmaktadır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yılda yapılan sağlık harcamaları 3,3 trilyon doları geçmiş durumdadır, bunun ise 2025'e kadar her yıl ortalama %5,6 kadar artması beklenmektedir.[3,4] Bu harcamalar içinde ortopedik cerrahi, sigorta sistemleri için büyük mali yüklere neden olmaktadır. Genel sağlık hizmetleri kapsamında ABD'de en fazla harcama ortopedik cerrahi prosedürlere gitmektedir. Bu cerrahilerde de en büyük maliyet kalemi kullanılan malzemelerdir. Son yıllarda yapılan bir çalışmanın bulgularına göre, total kalça ve diz artroplastisi ameliyatlarında kullanılan implantın maliyeti tüm cerrahi prosedürün fiyatının ortalama %43–50'sine ulaşmaktadır; bazı cerrahilerde bu oran %87'ye kadar çıkabilmektedir.[5] Aslında Amerikan Ortopedi Cerrahları Derneği (*American Academy of Orthopaedic Surgeons* –AAOS) dâhil birçok otorite, malzeme yönetiminde cerrahların maliyetleri göz önüne alması gerektiğini, karar aşamasında bunun da etkili olması gerektiğini önerse de pratikte, cerrahların çoğu kullanılan malzemelerin fiyatlarını dahi bilmemektedirler.[6–8]

Westerlain ve ark., yaptıkları bir çalışmada; 223 ortopedi uzmanının üst ekstremite kırıklarında kullanacakları malzeme seçiminde dikkat ettikleri faktörleri araştırmıştır. Uzmanlara malzeme seçimini etkileyebilecek faktörlerin olduğu bir anket verilmiş ve en çok dikkat ettikleri üç faktör sorulmuştur (Tablo 1). Anket sonuçlarına göre, malzeme seçiminde en etkili üç faktör sırasıyla; 1) o implanta aşinalık ve kullanım alışkanlığı, 2) kanıta dayalı kılavuzlara ve literatüre göre seçim, 3) en güvenli kırık iyileşmesi sağlayan malzemeler olarak

Tablo 1. Westerlain ve ark. çalışmasındaki ankette yer alan malzeme seçimini etkileyen faktörler[9]

Üstlerinin öğrettiği tıbbi malzemeleri kullanma
Belli bir implanta aşinalık
Meslektaşlarının önerisi
Kolay uygulanabilirliği
Yeni teknoloji veya orijinal tasarım özellikleri
Kurumun sözleşmesi sebebiyle önerilen
Tıbbi malzeme temsilcisi ile olan ilişki
Daha kısa cerrahi süresi
Daha az invaziv (daha küçük ve az sayıda skar)
En güvenilir kırık iyileşmesi
Daha az komplikasyon veya 2. cerrahiye ihtiyaç gerektiren
Maliyet-yarar oranı daha uygun olan
Cerraha daha yüksek geri ödeme sağlayan



Şekil 1. Kamu İhale Kanunu'nun 22/F maddesine göre alımların kısa özeti.

bulunmuştur. Yine bu çalışmada, malzeme seçiminde implant fiyatları önemli bir faktördür diyenlerin oranının sadece %11 olduğu bildirilmiştir.[9] Aslında, bu çalışmada sunulan malzeme seçiminde ortopedi uzmanlarının tercih nedenleri Türkiye'de de kısmen geçerlidir diyebiliriz. Fakat, ülkemizde özellikle kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin tercih nedenlerini etkileyen en önemli faktörlerden biri de Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) geri ödeme hükümleri ve fiyatlandırmalarıdır.

ÜLKEMİZDE MALZEME KULLANIMI İÇİN YASAL PROSEDÜRLER

Ülkemizde Ortopedi ve Travmatoloji ile Beyin Cerrahisi gibi bölümlerin ameliyatlarında kullanılan malzemelerin temini, bu dallardaki cerrahi malzemelerin çeşitliliği ve malzeme kullanımlarının artmasına bağlı olarak, sigorta kurumlarına artan bir maliyet yüklenmesine neden olmuştur. SGK da, malzeme temini ve geri ödeme için bugüne kadar farklı yöntemler benimsemiştir. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT); 5502 sayılı SGK Kanunu, 5510 sayılı Kanun ve "Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği" hükümleri çerçevesinde düzenlenmiş ve Ortopedi alanında 2010 yılında ilk olarak yayımlanmıştır. SUT ile, yatan hastalarda kullanılan tıbbi malzemeler için hastanelere bunları temin etme sorumluluğu verilmiştir.[10] Fakat, sorumluluğu kullanırken bu teminlerin Kamu İhale Kanunu uyarınca yapılması istenmiştir. Teminlerin mümkün olduğunca açık ihale sistemine göre yapılması istenmişse de, bunlar ülkemizin büyük kısmında Kamu İhale Kanunu'nun 22. madde F bendi uygulanarak yapılmaktadır. Bu maddeye göre; "özelliğinden ve belli süre içinde kullanılma zorunluluğundan dolayı stoklanması ekonomik olmayan veya acil durumlarda kullanılacak olan ilaç, serum, anti-serum, kan ve kan ürünleri ile ortez, protez gibi uygulama esnasında hastaya göre belirlenebilen ve hastaya özgü tıbbi sarf malzemeleri, test ve tetkik sarf malzemeleri alımları, ilan yapılmaksızın ve teminat alınmaksızın doğrudan temin ile alınabilir" uyarısı gereğince işlem yapılmaktadır.

Mevcut durumda Ortopedi ve Travmatoloji alanındaki malzemelerin temin şekilleri hastaneden hastaneye değişebilmektedir. Bazı hastane veya il sağlık müdürlükleri kendi açık ihale sistemleri, ya da "belirli süreli 22/F sözleşmesi" ile malzeme alımlarını yapmaktadır ve burada çalışan cerrahlar da, istisnai durumlar olmadığı takdirde, bu malzemeleri kullanmaktadırlar. Fakat ülkemiz genelinde sıklıkla kullanılan yöntem, yukarıda da bahsedildiği gibi, teminlerin Kamu İhale Kanunu'nun 22/F maddesi kullanılarak hasta başı yapılmasıdır. Bu da, hasta bazlı olarak gereken malzemenin SUT fiyatlandırmasına uygun şekilde doğrudan firmalardan ya da bayilerden pazarlık yöntemi ile temin edilmesidir. Malzemelerin 22/F üzerinden temin süreci Şekil 1'de kısaca gösterilmiştir.

Temin edilen tıbbi malzemelerin ödemeleri, SGK tarafından her malzeme grubuna özel SUT kodlarına göre fiyatlandırmalar üzerindendir. Hastane yönetimleri belli bir ürün kodunda olan malzeme için SUT fiyatı üzerinden en fazla indirimi yapan firmadan

ürünü temin etmeye çalışır. İlgili koda uyan malzemelerin SGK'dan geri ödemelerinin alınması için SUT'ta belirlenmiş olan temel kurallar şu şekilde özetlenebilir:

1. Kullanılan malzemelerin Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz (TİTCK) Ulusal Bilgi Bankasına (TİTUBB)/Ürün Takip Sistemi (ÜTS)'ne kayıtlı olması gereklidir.
2. Tıbbi malzeme alan tanımları (SUT kodları), SUT eki EK-3 listelerinde yer almaktadır. Tıbbi malzemeler bu SUT kodları ile Kuruma fatura edilebilir.
3. Tıbbi malzeme imal veya ithal eden firmalar tıbbi malzemelerini; Kurumca duyurulan yöntemlerle ve/veya Kurumca yayımlanan Tıbbi Malzeme Başvuru Kılavuzu kapsamında SUT eki EK-3 listelerindeki tıbbi malzeme alan tanımlarına, küresel ürün numarası (barkod) bazında tanımlar. SUT kodları bazında MEDULA (MEDikal+ULAk) sisteminde işlem tarihinde tanımlı olmayan tıbbi malzemelerin bedelleri Kurumca karşılanmamaktadır.
4. Barkod - SUT kodu eşleştirmelerinin hatalı olduğunun herhangi bir şekilde tespit edilmesi veya tıbbi malzemelerin Kurumca belirlenen kural ve/veya kriterlere uygunsuz bir şekilde fatura edilmesi halinde, söz konusu tıbbi malzeme bedelleri ödenmez, ödenmiş ise ilgililerden yersiz ödeme kapsamında tahsil edilir.
5. Ödeme kural ve/veya kriterlerinde sağlık hizmet sunucusu kısıtı bulunan tıbbi malzemelerin faturalandırıldığı SUT eki işlem bedellerinin ödemesinde de aynı kısıt aranır. Tıbbi malzemelerdeki sağlık hizmet sunucusu kısıtına uymayan işlemlerin bedelleri ödenmez.
6. Adetleri günlük/haftalık/aylık vb. olarak reçetelendirilebilen tıbbi malzemelerin, SUT'ta belirtilen miktarlardan fazla reçetesi durumunda, SUT'ta belirtilen kullanım adetleri doğrultusunda bedelleri Kurumca karşılanır.

Ortopedi ve Travmatoloji alanındaki cerrahi ile ilgili SUT tıbbi malzeme listelerinin hangi ekte olduğu Tablo 2'de verilmiştir.[10]

Bu malzeme istemlerinde SGK tarafından geri ödeme alınabilmesi için SUT güncellemelerini, özellikle kamu hastanelerinde çalışan Ortopedi ve Travmatoloji uzmanlarının takip etmeleri gerekmektedir. Yapılan güncellemelerde bazı malzemelerin geri ödeme kapsamında olması için ek şartlar getirilebilmekte, belli malzemelerin sadece 3. basamak hastanelerde kullanılmasına izin verilebilmekte, ek sağlık kurulu raporları istenebilmektedir. Özellikle kamu hastanesinde çalışan bir Ortopedi ve Travmatoloji hekiminin, SUT hükümleri doğrultusunda hangi malzemeyi ne miktarda kullanabildiğini bilmesi; ameliyat sonrası üç imzalı malzeme kullanım raporlarını imzalarken, fatura içeriğinin SUT hükümlerine uygun, SUT kodlarıyla eşleştirmelerinin doğru olduğundan emin olması gerekir.

SUT'taki kısıtlamalara örnek greftler üzerinden verilebilir (Tablo 3).[10] Bu hükümlere aykırı kullanımlarda SGK tarafından greftlerin geri ödemesi yapılmamaktadır. Eşleştirme yapılan ürünün doğruluğundan emin olunmalıdır. Gerek endikasyon kurallarına uyma gerekse yanlış eşleştirme nedeniyle hatalar en fazla greft kullanımlarında olmaktadır. Viskosuplementler 2008 yılından itibaren SGK tarafından geri ödeme kapsamından çıkarıldığı halde, yanlış eşleştirme nedeniyle fatura edilebilmektedir. Kollajen adı altında bazı ürünler bu kısma eşleştirilerek greft endikasyonlarına aykırı bir şekilde kullanılabilmektedir.

SUT hükümlerine göre, bazı tıbbi malzemeler sadece eğitim verme yetkisi olan 3. basamak resmi sağlık kurumlarında kullanılması halinde geri ödeme kapsamına alınmıştır (Tablo 4).[10] Ayrıca, bu malzemelerin kullanımı için SUT'ta özel şartlar da yer almaktadır. Bu malzemelerin diğer sağlık kurumlarında kullanılması durumunda, hem hekim hem de tedarikçi firma zor durumda kalacak ve ürün geri ödemesi olmayacaktır.

Bunların dışında belirli malzemelerin kullanımlarında, sadece Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan "Ortopedi Bilimsel Danışma Kurulu" adlı komisyon tarafından onay alınması şartı ile bunların bedelleri karşılanır (Tablo 5).[10] Bu malzemeler kullanılmadan önce, hasta bilgilerinin yer aldığı bir dosya hazırlanarak bu komisyona başvurulur ve sonucuna göre malzeme kullanımına izin verilir.

Sonuç olarak; burada verilen örnekler SUT'taki özel şartların bir kısmıdır. Bu nedenle, bir kamu hastanesinde çalışan Ortopedi ve Travmatoloji uzmanı, hastanenin satın alma birimi ve tedarikçi firma; bunların her üçünün de yasal prosedürlere hakim olması, SUT hükümlerini iyi bilmesi gerekir. Bu, ileride oluşabilecek ihtilaflı durumların oluşmasına, soruşturmalara belki de alınabilecek hukuki cezalara engel olacaktır. SGK; SUT hükümleriyle yanlış kullanımları, fahiş fiyatları engellemeye çalışmakta, hasta için en uygun malzemeyi en uygun fiyata temin etmeye çalışmaktadır.

ÜLKEMİZDE MALZEME KULLANIMINDA YAPILAN HATALAR, SUT'TAKİ EKSİKLİKLER VE KALİTEYİ ARTIRMAK İÇİN ÇÖZÜM YOLLARI

SUT'taki Tablo 6'da verilen uygulama hataları nedeniyle, ülkemizde düşük kalite tıbbi malzemelerin kullanımı artmaktadır. SUT; her bir tıbbi malzemenin bir SUT koduna eşleştirilmesini istemekte ve her SUT

Tablo 2. Ortopedik cerrahi ile ilgili SUT Listeleri

Omurga Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/E-1)

Artroplasti Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/F-1)

Artroskopi ve Eklem Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/F-2)

Tümör Rezeksiyon Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/F-3)

Travma ve Rekonstrüksiyon Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler (EK-3/F-4)

Xenogreft Ürün Grubu (EK-3/N-2)

Sentetik Greft Ürün Grubu (EK-3/N-3)

Allogreft Ürün Grubu (EK-3/N-1)

Tablo 3. SUT'a göre greftler ile ilgili kısıtlamalar

1. Sentetik greftler ve xenogreftler tıbbi cihaz yönetmeliği kapsamında oldukları için TİTUBB/ÜTS'ye kayıtlı olması gerekir.

2. Epifiz hattı açık olan patolojik olmayan primer kırıklarda greft bedelleri karşılanmaz.

3. Sentetik greft, allogreft ve xenogreftlerin birbirleriyle kombine edilerek kullanımları kurumca karşılanmaz.

4. Sentetik greftler olgu başına en fazla 30 cc, allogreft ve xenogreftler ise en fazla 60 cc kullanılabilir.

5. Spinal cerrahide greft kullanılması için en az üç seviye füzyon olması gerekir.

6. Allogreft ve xenogreftler büyük kemik kistlerinde aksiyel ve koronal kesitlerine ait raporlarla belgelendirilmek kaydıyla 120 cc'ye kadar kullanılabilir.

7. Tendon greftleri eğitim verme yetkisi olan üçüncü basamak hastanelerde kullanılabilir.

8. Revizyon rekonstrüksiyon ameliyatlarında en fazla bir, çoklu bağ yaralanmalarında en fazla iki adet allogreft tendon kullanılabilir; primer olgularda kullanılamaz.

Tablo 4. Sadece eğitim verme yetkisi olan üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında bedeli karşılanacak olan malzemeler

1. Taze donmuş (fresh frozen) allogreft

2. Tümör rezeksiyon protezi

3. Menteşeli diz protezi

4. Teleskopik çiviler

5. Proksimal femur başlı/başsız ile femoral baş allogreftler

6. Tendon allogreftleri

7. Kortikal şaft allogreftler

8. Sinus tarsi vidası

9. Bilgisayar destekli / Uzaysal eksternal fiksatörler

10. Bilgisayar destekli intramedüller uygulamalar

11. Sentetik menisküs implantları

12. Hücresiz kıkırdak matriksleri

13. Hücresiz menisküs implantları

14. Absorbe olabilir omuz balon spacer

15. Rijit olabilen intramedüller elastik çiviler

16. Uzatma yapabilen intramedüller çiviler –motorlu/manyetik

17. Yüzey yenileme implantları

Tablo 5. Ortopedi Bilimsel Danışma Kurulu tarafında onay alınması gereken malzemeler

a) Kişiye özel tasarımlı üretilen protezler

b) Tümör dışı endikasyonlarda kullanılan tümör rezeksiyon protezleri, interkalar segmentler ve artrodez aparatları

c) Manyetik/mekanik olarak uzatılabilen tümör rezeksiyon protezleri

d) Kıkırdak hücre kültürleri

Tablo 6. Ülkemizde düşük kalite tıbbi malzemelerin kullanımlarının artma nedenleri

1. SGK'nın her SUT koduna kalite ayrımı yapmaksızın sabit - tek fiyat politikası

2. CE ve ISO belgelerinin yeterli olduğunun düşünülmesi, ancak bunların kalite göstergesi olmaması

3. İhale sisteminin yanlış uygulanması; satın alma birimlerinin yeterli bilgiye sahip olmaması

4. Eşleştirme hataları

5. SGK'nın ve TİTCK'nın denetim/gözetim görevini yerine getirememesi

koduna da kalite ayrımı yapmaksızın tek bir fiyat vermektedir. SGK'nın SUT'u bu şekilde yayımlamasındaki temel amaç; benzer tıbbi malzemeleri aynı kodlar etrafında toplayarak, faturalandırmayı daha basite indirgemek ve kullanıcı hekimleri SUT fiyatını aşmayacak şekilde tıbbi malzeme kullanımlarında özgür bırakmak gibi görünmektedir. Hastane Satınalma Birimleri bu tıbbi malzemeleri alırken, firma ile ister açık, isterse çerçeve, isterse de doğrudan alım şeklinde olsun pazarlık ederek SUT fiyatı üzerinden iskonto yaptırmaya çalışmaktadır. Ancak, Satınalma Birimlerinde çalışan görevlilerin tıbbi malzemeleri bilmemesi, firmaların kendi ürünlerini yüksek kalitelilerle eş görmesi, bu ürünlerin tamamının benzer iskonto oranlarıyla temin edilmesine neden olmaktadır. Bundan da en büyük zararı, tedavisinde düşük kalite malzeme kullanılan hasta görmektedir. Ne yazık ki, bazı hekimlerimiz de bu düşük kalite tıbbi malzemeleri hastalarına kullanmaktadırlar. Oysa ki, tüm dünya tarafından kabul görmüş, uzun dönem sonuçları olan, biyomekanik sonuçları belli yüksek kaliteli ürünlerle, bu düşük kalite malzemelerin fiyatı SGK tarafından eşit olarak ödenmektedir. Malzeme fiyatı bir hastanede düşük verildiğinde, bu düşük fiyat tüm ülke genelinde MEDULA Sistemi'nde görüldüğü için, bu ürünleri hastane bazında dahi olsa pazarlayan firmalar buna uyarak fiyat düşürmek istememektedir.

Ülkemizde kullanılan tıbbi malzemelerin kalitesini inceleyen kalite kontrol laboratuvarları işlevsel değildir. Tıbbi malzemelerin kalitesinin, bu malzeme örnekleri çeşitli ölçü ve test aletlerinden geçirilerek yapılan biyomekanik inceleme sonucu, bu laboratuvarlarda belirlenmesi gerekir. Normalde, yüksek kaliteli bir tıbbi malzemenin üretiminde; hammaddeden sterilizasyon koşullarına, etiketten taşıma koşullarına, klinik araştırma ve biyomekanik çalışmalardan toksik duyarlılığa kadar tüm standartlara dikkat edilir. Ancak, atölye tarzı yerlerde üretilen ve asgari özellikleri sağlayarak TSE, CE belgesi alan düşük kalite tıbbi malzemelerin üretim maliyetini artırıcı işlemlerden kaçınılmakta ama SUT'ta kalitesi yüksek ürünlerle eş tutulmakta ve aynı fiyatı almaktadır. Sonuç olarak; kısa dönemde gevşeyerek revizyona giden, ameliyat esnasında ya da tedavi süresince kırılan, uygulama setleri kalitesiz implantlarla yapılan ameliyatların sayıları sürekli artış göstermektedir. Komplikasyonlar, iyileşme sürecini uzatarak uzun hastane kalım süresi, enfeksiyonlar, fizyoterapi ve yeniden implant kullanımı gibi nedenlerle tedavi maliyetlerini ciddi oranda artırmaktadır.

SGK'nın yanlış SUT fiyat politikası sonucunda, öncü firmaların tasarımlarını taklit ederek piyasaya giren firmalar, ürününü kopyaladıkları firmalarla eşit fiyat aldıkları için pazardan ciddi pay almaktadır. Bunlar, yeni teknolojileri geliştirmek için ARGE (Araştırma ve Geliştirme)'ye ve eğitime kaynak ayıran firmalar karşısında, düşük maliyetle ve düşük kalitede ürettikleri ürünlerle avantajlı duruma geçmektedir.

Yeni teknolojik ürünler, SUT'un bu eşit fiyat politikası sonrasında ya pazardan çekilmiş ya da bunları pazara sürmekten vazgeçilmiştir. Artık, kaliteli kabul edilen markalar dahi, yeni nesil değil önceki nesil ürünleri piyasaya arz etmektedir. Son yıllarda yeni bir ürün piyasaya sürülmemiştir. Yüksek kalite ürünlerin pazar paylarının da giderek azaldığı dikkat çekmektedir.

ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

1. Ürünlerin mutlaka bir kalite sınıflandırmasına tabi tutulması ve fiyatlandırmanın SGK tarafından kaliteye göre yapılması. Yüksek kalite sınıfında olabilmek için;

a. Ürünün patentli tasarım olması,

b. ABD, Batı Avrupa ve Japonya gibi standartları yüksek ülkelerde satışının yapılıyor olması,

c. SCI/Pubmed'deki bilimsel dergilerde yayımlanmış kısa-orta-uzun dönem sonuçları içeren çalışmalarının olması,

d. Sadece TSE, CE belgesinin değil, beraberinde biyomekanik çalışmaları da içeren bir dosyasının, kurulacak olan bilimsel komisyon tarafından değerlendirilmesi,

2. Üniversitelerin Tıp, Biyomekanik, Makine Mühendisliği, Metalurji gibi bölümleri ile Tıbbi İlaç ve Cihaz Kurumu ve sektör Sivil Toplum Kuruluşlarının bir araya gelerek milli kalite standardımızı oluşturması ve bu standarda göre Piyasa Denetim ve Gözetimi sağlanarak kaliteli tıbbi malzeme kullanımının sağlanması,

3. Düşük kalite olduğu bilinen, ancak hekimlerce tercih edilen ve SUT'ta yüksek kalite malzemelerle fiyat anlamında eş kabul edilen düşük kalite ürünlerin tercih sebeplerinin ortaya konulması gerekmektedir.

Bu sorunların çözümü yolunda girişimlere başlanılmadığı takdirde; komplikasyonların çok artması nedeniyle, yakın zamanda maliyetlerimizin çok daha arttığını görmek zorunda kalacağımızı söylemek doğru olacaktır.

SONUÇ

Sonuç olarak Ortopedi ve Travmatolojide malzeme seçimi yaparken öncelikle literatüre ve kanıta dayalı en kaliteli malzemeyi kullanmak ilk hedef olmalıdır. Fakat bu hedef doğrultusunda seçim yaparken, hastanın beklentilerini ve yaşam standartlarını,

maliyet-yarar analizini, yasal prosedürleri, etik gereklilikleri de göz önüne almamız gerekmektedir. Bununla ilgili, yasa koyucuların da gerekli önlemleri alarak kaliteyi artırmaya yönelik çaba içinde olmaları önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Park BJ, Bronzino JD, editors. Biomaterials: Principles and Applications. New York: CRC Press; 2003. Erişim: https://archive.org/details/0849314917.CRC.Biomaterials.Principles.and.Applications.Aug.2002
2. Altıntaş M. Klinik gelişim. İstanbul Tabip Odası 1994;12:3408–12. http://www.klinikgelisim.org.tr/eskisayi/arsiv.html
3. Center for Medicare & Medicaid Services (CMS). National Health Care Spending In 2016. Highlights 2016. pp.10–18. Erişim: https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/Downloads/NHE-Presentation-Slides.pdf
4. Center for Medicare & Medicaid Services (CMS). 2016–2025 Projections of National Health Expenditures Data Released. Erişim: https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/2016-2025-projections-national-health-expenditures-data-released
5. Robinson JC, Pozen A, Tseng S, Bozic KJ. Variability in costs associated with total hip and knee replacement implants. J Bone Joint Surg Am 2012;94(18):1693–8. **Crossref**
6. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Value Driven Use of Orthopaedic Implants. Erişim: http://www.aaos.org/uploadedFiles/PreProduction/About/Opinion_Statements/position/1104%20Value%20Driven%20Use%20of%20Orthopaedic%20Implants(1).pdf
7. Okike K, O'Toole RV, Pollak AN, Bishop JA, McAndrew CM, Mehta S, Cross WW, Garrigues GE, Harris MB, Lebrun CT. Survey finds few orthopedic surgeons know the costs of the devices they implant. Health Aff (Millwood) 2014;33(1):103–9. **Crossref**
8. Streit JJ, Youssef A, Coale RM. Carpenter JE, Marcus RE. Orthopaedic surgeons frequently underestimate the cost of orthopaedic implants. Clin Orthop Relat Res 2013;471(6):1744–9. **Crossref**
9. Wasterlain AS, Melamed E, Bello R, Karia R, Capo JT; Science of Variation Group. The effect of price on surgeons' choice of implants: a randomized controlled survey. J Hand Surg Am 2017;42(8):593–601. **Crossref**
10. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT). Erişim: http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/d9874908-6a4e-4756-96dd-7268f09e0793/duyuru_20190913_11.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=url&CACHEID=d9874908-6a4e-4756-96dd-7268f09e0793

TOTBİD Dergisi
Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği

TOTBİD Dergisi 2020;19:146–149
https://doi.org/10.14292/totbid.dergisi.2020.20
DERLEME

Ceza infaz kurumlarında sağlık hizmetlerinin verilmesi

Providing health care services in penitentiaries

Mehmet Ali Tokgöz[1], Hilal Tokgöz[2], Yunus Emre Çakır[3]

[1]Ankara Ceza İnfaz Kurumları Kampüs Devlet Hastanesi, Ankara
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Ankara
[3]İstanbul Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul

Tutuklu ve hükümlülerin sağlık bakımı, tıbbi, mali ve güvenlik konularını içeren karmaşık bir durumdur; dolayısıyla, genel nüfustan niteliksel ve niceliksel olarak farklıdır. Yapılan bir çalışmada, tutuklu ve hükümlülerin %65–81'inin bir veya daha fazla sağlık probleminden muzdarip olduğu bildirilmiştir. Tutuklu ve hükümlünün muayenesine makul bir zaman ayırmalı, muayene notları ve tedavi kararı özenli bir şekilde, UYAP (Ulusal Yargı Ağı Projesi) sistemine de işlenen, şahsi sağlık dosyasına ayrıntılı olarak not düşülmelidir. Kontrol muayenesi için yeniden çağırılacaksa veya girişimsel bir işlem planlandıysa tarih net bir şekilde yine sağlık dosyasına yazılmalıdır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada tutuklu ve hükümlülerin acil servise başvuru nedenleri incelenmiş ve %15,6'sının spor yaralanmalarına bağlı olduğu ve spor yaralanmalarının acil servise en sık başvuru nedeni olduğu bildirilmiştir. Tutuklu ve hükümlülerin tedavisine karar verirken, cezaevinin sosyal ve fiziki koşulları da kararda etkili olmalıdır. Cezaevinde hastaların çoğunlukla kendi başına kişisel bakımını yapması gerektiği (bakım veren eksikliği) ve uygun fiziki şartların sağlanmasında zorlukların olduğu (klozet tarzında tuvalet yokluğu gibi) bilinmelidir. Bu nedenle, özellikle alt ekstremite problemleri ile gelen tutuklu ve hükümlülerin, eğer tıbbi olarak imkân dâhilinde ise, bir an önce mobilize edilmesini sağlayacak tedavilerin tercih edilmesi uygundur. Cezaevlerinde yapılacak keşif çalışmaları ile, mevcut alt yapı ve insan gücünün doğru şekilde yönlendirilmesi, daha etkili ve verimli bir sağlık hizmeti verilmesi sağlanacaktır.

Anahtar sözcükler: ceza infaz kurumları; tutuklu-hükümlü sağlık hizmetleri; Türkiye'de mahkum sağlığı

Health care of detainees and convicts is a complex situation involving medical, financial and security issues. It is qualitatively and quantitatively different from general population. It was reported that 65–81% of detainees and convicts suffer from one or more health problems. A reasonable time should be allocated to examination of detainees and convicts, and examination notes and treatment decision should be carefully noted in his personal health file, which is also processed in the "UYAP" (National Judicial Network Project) system. If patient is recalled for the control examination or an interventional procedure is planned, date have to be clearly written in personal health file. In a study which was conducted in our country, the reasons for the application of detainees and convicts to emergency were investigated and it was reported that 15.6% of them were due to sports injuries, and it was the most common reason for referring to emergency department. Social and physical conditions of penitentiaries should be a part of decision for treatment decision of detainees and convicts. It should be noted that patients in penitentiaries have to take care of themselves (lack of caregivers) and that there are difficulties in providing appropriate physical conditions (such as absence of proper toilet facilities). Especially detainees and convicts who suffer from lower extremity problems should be treated most appropriately for immediate mobilization. Surveillance studies to be carried out in penitentiaries can ensure that existing infrastructure and manpower are guided correctly, and that more effective and efficient health service is provided.

Key words: penitentiaries, health care services for detainees and convicts, the health of prisoners in Turkey

Tutuklu ve hükümlülerin sağlık bakımı, tıbbi, mali ve güvenlik konularını içeren karmaşık bir durumdur ve dolayısıyla genel nüfustan niteliksel ve niceliksel olarak farklıdır.[1] Birleşmiş Milletler kararına göre, tüm tutuklu ve hükümlüler yeterli sağlık hizmetine erişme hakkına sahiptir.[2] Dünya çapında cezaevi nüfusu son on yılda önemli ölçüde artmıştır. Bu artış ve cezaevi koşulları nedeniyle, tutuklu ve hükümlüler topluma kıyasla sağlığa erişim konusunda daha fazla sorun yaşamaktadır.[3–5] Buna ek olarak; çok sayıda çalışma, tutuklu ve hükümlülerin bulaşıcı ve fiziksel hastalıklar için topluma kıyasla daha yüksek riskli olduğunu göstermektedir.[6–8] Yapılan bir çalışmada, tutuklu ve hükümlülerin %65–81'inin bir veya daha fazla sağlık probleminden muzdarip olduğu bildirilmiştir.[9]

• İletişim adresi: Dr. Mehmet Ali Tokgöz, Adalet Mah., Ankara Ceza İnfaz Kurumları Kampüs Devlet Hastanesi, Adalet Cd., 06946 Sincan, Ankara
Tel: 0554 - 873 85 51 e-posta: m.alitokgoz@gmail.com
• *Geliş tarihi: 9 Ekim 2019 Kabul tarihi: 11 Kasım 2019*

Ülkemizde Adalet Bakanlığı verilerine göre iki yüz altmış bin (100.000 nüfus için 318 kişi) tutuklu ve hükümlü vardır. Bu sayının %4,2'sini kadınlar ve %1,2'sini on sekiz yaş altı kişiler oluşturmaktadır.[10] Ceza infaz kurumlarında bulunan tutuklu ve hükümlülerin beden ve ruh sağlığının korunması ile muayene ve tedavi başta olmak üzere sağlık hizmetlerinden yararlandırılması devletin ve dolayısıyla ceza infaz kurumu idaresinin sorumluluğu altındadır.

ÜLKEMİZDE MEVCUT DURUM

Tutuklu ve hükümlülerin birinci basamak muayene ve tedavileri aile hekimleri tarafından yapılmaktadır. Hükümlü ve tutuklular ile personel ve ailelerinin toplam nüfusu 5000'i geçen ceza infaz kurumlarında sunulan sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak faaliyet gösteren ve cezaevi kampüsü içerisindeki hastanelerde verilmektedir. Ülkemizde Ankara-Sincan, İstanbul-Silivri, İstanbul-Maltepe ve İzmir-Aliağa Ceza İnfaz Kurumları bünyesinde bulunan dört adet kampüs hastanesi vardır.[11]

Kampüs dışı hastaneye sevki zorunlu görülen hükümlü veya tutukluların hastanelerdeki muayene ve tedavileri, en yakın Devlet veya Üniversite Hastanesinin hükümlü koğuşlarında ve firara karşı engellerin bulunduğu muhafazalı odalarda yapılır. Jandarma muayene esnasında oda dışında bulunur ve gerekli güvenlik tedbirlerini alır. Doktorun yazılı olarak talep etmesi halinde, muayene odasında güvenliği jandarma sağlar. Eğer sağlık tesisinde muhafazalı oda yoksa jandarma muayene odası içinde bulunur ve doktorla hasta arasında geçecek konuşmaları duymayacak uzaklıkta koruma tedbirini alır.

Ceza İnfaz Kurumlarının Yönetimi ile Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Tüzük'ün 155 maddesi gereğince kelepçe ve bedensel hareketleri kısıtlayıcı araçlar çocuk hükümlülerde kullanılmamakta, erişkin kapalı cezaevinde kalan tutuklu ve hükümlülerde ise cezaevinden muayene odasının güvenliği sağlanana kadar geçen sevk süresinde kaçmayı veya kaçırılmayı engellemek amacıyla bağlı tutulmaktadır. Muayene odasında ise bu konuda yetki hekime bırakılmakta ve aynı tüzükte *"Kelepçe ve bedensel hareketleri kısıtlayıcı araçlar'ın kurum revirinde veya sağlık kuruluşunda hükümlü hakkında uygulanacak muayene, teşhis ve tedavi sırasında, muayene, teşhis ve tedavi işlemlerinin güvenli bir şekilde yerine getirilmesi için zorunlu görülmesi hâlinde cezaevi tabibi veya hekimin talep ve gözetiminde kullanılabilir."* hükmü yer almaktadır. Yine kişinin kendisine veya başkalarına zarar vermesine veya eşyayı tahrip etmesine engel olmak için kurum en üst amirinin emriyle kelepçe kullanılabilir.[12]

Zorlayıcı araçların muayene sırasında kullanımı konusunda sorumluluğu 5275 sayılı ceza ve güvenlik tedbirlerinin infazı hakkında kanunun 50. maddesi de yine hekime vermektedir. Bu gereçler hekimin talimat ve gözetiminde olmak üzere tıbbî nedenlerle kullanılabilir.[13]

Hastaneye sevk edilen hükümlü ve tutuklular, yatarak tedavi edilmeleri gerektiği takdirde, hükümlü koğuşu bulunan hastanelere yönlendirilirler. Hastanede hükümlü koğuşu olmadığı takdirde, jandarma tarafından gerekli güvenlik tedbirleri alınarak oluşturulacak geçici hükümlü koğuşlarında tedavileri yapılmaktadır. Tedaviyi yapan hekimin raporuyla zorunlu olduğunun bildirilmesi hâlinde, hükümlü koğuşunda yatarak tedavileri yapılan hükümlü ve tutukluların yanında eşi, annesi, babası, kardeşi, çocuğu, bunların olmaması hâlinde Cumhuriyet başsavcılığının uygun gördüğü bir aile yakını refakatçi olarak bulundurulabilir. Açık cezaevi ile çocuk eğitimevi hükümlülerinin kurum dışında yatarak tedavileri, tedavi eden kurumun bulunduğu yerdeki kurumun iç güvenlik görevlileri gözetiminde ve hükümlü koğuşu dışındaki bir bölümde yapılır.[14]

Bu hastanelere gönderilen hükümlülerin başka yerlerdeki hastanelere sevki, sağlık kurulu raporuyla mümkündür. Ancak acil ve yaşamsal tehlikesi bulunması hâlinde, varsa biri hastalığın uzmanı olmak üzere iki uzman hekim tarafından verilip, başhekim tarafından onaylanan ve hastalığın nedeni, tedavinin hangi nedenle bulunduğu hastanede gerçekleştirilemediği, hastaya nerede ve ne tür bir tedavi gerektiğini açıkça belirten bir rapor yeterlidir. Bu durumda da en yakın ve hükümlü koğuşu bulunan Devlet veya Üniversite Hastanesi tercih edilir. Cumhuriyet Başsavcılıkları aracılığıyla yapılan bildirimler doğrultusunda; 2014 yılı verilerine göre ülkemizde, 336 Devlet Hastanesinde hükümlü koğuşu bulunduğu; bunların yatak kapasitesinin toplam 1184 olduğu belirlenmiştir.[11]

5275 sayılı Kanun'un beşinci fıkrası ise tutuklu ve hükümlülerin sağlık nedeniyle başka bir ceza infaz kurumuna nakledilmesini düzenlemektedir. Buna göre, kurum idaresi veya hükümlünün talebi üzerine, sağlık nedenleriyle bulunduğu kurumda kalmasının uygun olmadığı, kurum hekiminin önerisi ve en üst amirinin isteği üzerine alınacak sağlık kurulu raporuyla belirlendiği takdirde, hükümlü, cezasının infazı veya en yakın sağlık kuruluşunda tedavisinin yapılabilmesi amacıyla başka kurumlara nakledilebilir.[11,13]

Tutuklu ve hükümlülerin hastaneye sevki sırasındaki araç temini ve eşlik edecek personel Ceza ve Tevkif Evleri Genel Müdürlüğü tarafından sağlanırken;

muayene, tetkik kontrol ve tedavi bedelleri Sağlık Bakanlığı bütçesine konulan ödenekten karşılanmaktadır.[15] Bir tutuklu ve hükümlünün kampüs dışarısında bir hastaneye sevki, çok sayıda personelin görev yaptığı, idari ve mali açılardan karmaşık bir süreçtir.

Bu nedenlere, tutuklu ve hükümlünün muayenesine makul bir zaman ayırmalı, muayene notları ve tedavi kararı özenli bir şekilde, UYAP (Ulusal Yargı Ağı Projesi) sistemine de işlenen, şahsi sağlık dosyasına ayrıntılı olarak not düşülmelidir. Kontrol muayenesi için yeniden çağırılacaksa veya girişimsel bir işlem planlandıysa, tarih net bir şekilde yine sağlık dosyasına yazılmalıdır.

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ'NİN YERİ

Ortopedi ve Travmatoloji polikliniğine başvuran tutuklu ve hükümlülerin önemli bir kısmı minör travmalar sonrası gelişen ayak bileği, el bileği ve parmak eklemlerinin burkulması gibi şikâyetler ile gelmektedirler. Kırıkların büyük çoğunluğunu da ayağın ve elin küçük kemik kırıkları oluşturmaktadır. Travmalar dışında ise, en sık eklem (özelikle el - el bileği, diz ve ayak - ayak bileği) ağrıları nedeniyle hastaneye başvuru yapılmaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada bu bilgileri destekler bir sonuca erişilmiştir. Tutuklu ve hükümlülerin acil servise başvuru nedenleri incelenmiş ve %15,6'sının spor yaralanmalarına bağlı olduğu ve spor yaralanmalarının acil servise en sık başvuru nedeni olduğu bildirilmiştir.[16] Yapılan bir çalışmada ise cezaevinde gerçekleşen yaralanmalar değerlendirilmiş ve başvuruların %55'ine yumuşak doku bozukluğu tanısı konulurken, %28'inin kırık şüphesi ile sevk edildiği bildirilmiştir.[17] Cezaevindeki hastalık çeşitlerini araştıran başka bir çalışmada ise artrit prevalansı %20,5 olarak belirlenmiştir.[9]

Tutuklu ve hükümlülerin tedavisine karar verirken, cezaevinin sosyal ve fiziki koşullarının da kararda etkili olması gerekir. Cezaevinde hastaların çoğunlukla kendi başlarına kişisel bakımlarını yapmaları gerektiği (bakım veren eksikliği) ve uygun fiziki şartların sağlanmasında zorlukların olduğu (klozet tarzında tuvalet yokluğu gibi) bilinmelidir. Bu nedenle, özellikle alt ekstremite problemleri ile gelen tutuklu ve hükümlülerin, eğer tıbbi olarak imkân dâhilinde ise, bir an önce mobilize edilmesini sağlayacak tedavilerin tercih edilmesi uygundur.

Tek başına öz bakımını yapamayan ve başkasının bakımına muhtaç olan hasta tutuklu ve hükümlülerin barındırılması, rehabilite ve tedavilerinin sağlanması amacıyla rehabilitasyon tipi cezaevleri de bulunmaktadır. Sağlık kurullarının ve savcılığın uygun gördüğü durumlarda, tutuklu ve hükümlülerin bu tip cezaevlerine nakli sağlanabilir. Yine, maruz kaldığı ağır bir hastalık veya engellilik nedeniyle, mahkumun ceza infaz kurumu koşullarında hayatını yalnız idame ettiremeyeceği ve toplum güvenliği bakımından ağır ve somut tehlike oluşturmayacağı değerlendirilmişse, cezasının infazı, iyileşinceye kadar Adlî Tıp Kurumunca düzenlenen ya da Adalet Bakanlığınca belirlenen ve tam teşekküllü hastanelerin sağlık kurullarınca düzenlenip Adlî Tıp Kurumunca onaylanan bir raporun varlığı halinde, Cumhuriyet Başsavcılığınca birer yıllık dönemlerde geri bırakılabilir.

Hükümlülerin, bunlara ek olarak, Cumhurbaşkanlığı affından yararlanma amacıyla Cumhuriyet başsavcılığına direkt olarak başvurma hakları da bulunmaktadır. Başvurusunu direkt olarak yaptıktan sonra; hastanın tam teşekküllü bir hastaneye sevki sağlanarak ve hakkında ayrıntılı bir muayene sonucu gönderilecek rapor ile birlikte Adli Tıp Kurumu'nca tekrar muayenesi yapılarak, Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 104. Maddesine göre sakatlık ve kocama halinin teşkil edip etmediği cevaplanmaktadır. Ceza infaz tehiri bulunan hükümlülerin üçer aylık dönemlerle tekrar muayene edilerek raporların süresi uzatılabilir ya da infaz tehiri kaldırılabilir.[11]

Ülkemizde tutuklu ve hükümlüler arasındaki hastalık yükü ve hastane başvuruları ile ilgili yapılan çalışmalar son derece yetersizdir. Cezaevlerinde yapılacak keşif çalışmaları, mevcut alt yapı ve insan gücünün doğru şekilde yönlendirilmesini, daha etkili ve verimli bir sağlık hizmeti verilmesini sağlayacaktır. Tutuklu ve hükümlülerin Acil Servise ve Polikliniklere başvuru nedenlerinin önemli bir kısmı kas iskelet sistemi hastalıklarından dolayıdır. Ortopedi ve Travmatoloji uzmanları, bu özel hasta grubunun tedavisinde önemli bir paydaştır ve tedavi kararları verilirken hasta grubunun özel durumu muhakkak göz önünde bulundurulmalıdır. Tutuklu ve hükümlüler tedavi sonrasında bir an önce öz bakımını yapabilecek ve ihtiyaçlarını karşılayabilecek duruma gelebilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Shalit M, Lewin MR. Medical care of prisoners in the USA. Lancet 2004;364(Suppl 1):34–5. Crossref
2. Vetter C, Robert-Tissot L, Cottagnoud P, Stucki A. [Working under pressure]. Praxis (Bern 1994) 2008;97(8):437–42. Crossref
3. Watson R, Stimpson A, Hostick T. Prison health care: a review of the literature. Int J Nurs Stud 2004;41(2):119–28. Crossref
4. Butler T, Kariminia A, Levy M, Murphy M. The self-reported health status of prisoners in New South Wales. Aust N Z J Public Health 2004;28(4):344–50. Crossref
5. Harel N, Moskovitch JT, Weiland TJ, Augello MR. Review article: Common emergency department presenting complaints of prisoners: A systematic review. Emerg Med Australas 2019;31(2):183–92. Crossref

6. Stone J, Fraser H, Lim AG, Walker JG, Ward Z, MacGregor L, Trickey A, Abbott S, Strathdee SA, Abramovitz D, Maher L, Iversen J, Bruneau J, Zang G, Garfein RS, Yen YF, Azim T, Mehta SH, Milloy MJ, Hellard ME, Sacks-Davis R, Dietze PM, Aitken C, Aladashvili M, Tsertsvadze T, Mravík V, Alary M, Roy E, Smyrnov P, Sazonova Y, Young AM, Havens JR, Hope VD, Desai M, Heinsbroek E, Hutchinson SJ, Palmateer NE, McAuley A, Platt L, Martin NK, Altice FL, Hickman M, Vickerman P. Incarceration history and risk of HIV and hepatitis C virus acquisition among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. Lancet Infect Dis 2018;18(12):1397–409. **Crossref**
7. Ahmed R, Angel C, Martel R, Pyne D, Keenan L. Access to healthcare services during incarceration among female inmates. Int J Prison Health 2016;12(4):204–15. **Crossref**
8. Harris JB, Siyambango M, Levitan EB, Maggard KR, Hatwiinda S, Foster EM, Chamot E, Kaunda K, Chileshe C, Krüüner A, Henostroza G, Reid SE. Derivation of a tuberculosis screening rule for sub-Saharan African prisons. Int J Tuberc Lung Dis 2014;18(7):774–80. **Crossref**
9. Rosen DL, Hammond WP, Wohl DA, Golin CE. Disease prevalence and use of health care among a national sample of black and white male state prisoners. J Health Care Poor Underserved 2012;23(1):254–72. **Crossref**
10. World Prison Brief - Prison brief data of Turkish Ministry of Justice 2018. Erişim: https://www.prisonstudies.org/country/turkey
11. Türkiye Büyük Millet Meclisi İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu, Ceza İnfaz Kurumlarında Hükümlü ve Tutuklulara Sunulan Sağlık Hizmetleri Hakkında İnceleme Raporu; 2015. Erişim: https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/docs/2015/saglik_hizmetleri_hakkinda.pdf
12. Ceza İnfaz Kurumlarının Yönetimi ile Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Tüzük; 2006. Erişim: https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/2.5.200610218.pdf
13. 5275 sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin Infazı Hakkında Kanun; 2004. Erişim: http://www.ceza-bb.adalet.gov.tr/mevzuat/5275.htm
14. Ceza İnfaz Kurumlarının Yönetim, Dış Koruma, Hükümlü ve Tutukluların Sevk ve Nakilleri ile Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Protokol; 2017. Erişim: http://www.cte.adalet.gov.tr/Resimler/Dokuman/592019112913p47.pdf
15. Ceza İnfaz Kurumlarına Gönderien Ödeneklerin Kullanımı Genelgesi; 2006. Erişim: https://www.adalet.gov.tr/Genelgeler/genelge_pdf/47.pdf
16. Koc B, Tutal F, Urumdas M, Ozkurt Y, Erus T, Yavuz A, Kemik O. The preliminary experience in the emergency department of a newly opened penitentiary institution hospital in Turkey. N Am J Med Sci 2014;6(9):460–5. **Crossref**
17. Ludwig A, Cohen L, Parsons A, Venters H. Injury surveillance in New York City jails. Am J Public Health 2012;102(6):1108–11. **Crossref**

TOPLANTI, KURS ve KONGRELER

İLERİ TRAVMA KURSU
Geriatrik Alt Ekstremite

10 - 11 Ocak 2020
Ankara

Kayıt - İletişim:
Emre Aktuna
Tel: +90 312 436 11 40
Faks: +90 312 436 27 16
E-posta: emre@totbid.org.tr

AOTravma
Temel Kursu

17 - 19 Ocak 2020
The Ankara Hotel, Ankara

http://aotraumaturkiye.com/ao-kurslari

Organizasyon: Konsept Organizasyon
İletişim: Gül Hacer SÖNMEZ
E-posta: gul@konseptorganizasyon.com.tr
Tel: 0232 462 44 64 – 0533 723 33 82
Faks: 0232 462 44 65
Web: www.konseptorganizasyon.com.tr

X. İntramedüller Çivileme Kursu

14 - 16 Şubat 2020
İstanbul

Kayıt - İletişim:
Emre Aktuna
Tel: +90 312 436 11 40
Faks: +90 312 436 27 16
E-posta: emre@totbid.org.tr

19. TEMEL BİLİMLER ve ARAŞTIRMA OKULU

28 Şubat - 1 Mart 2020
İzmir

Kayıt - İletişim: Selin Sümer
Tel: 0312 436 11 40 (203)
Faks: 0312 436 27 16

E-posta: selin@totbid.org.tr

VI. SPOR TRAVMATOLOJİSİNDE DİZDE İLERİ CERRAHİ TEKNİKLER UYGULAMALI EĞİTİM TOPLANTISI

28 - 29 Şubat 2020
Ankara

Kayıt - İletişim:
Davut Avcı
Tel: 0312 436 11 40 - 204
Faks: 0312 436 27 16
E-posta: davut@totbid.org.tr

IV. GAZİ AYAK BİLEĞİ ARTROSKOPİSİ KADAVRA KURSU

6 - 7 Mart 2020
Ankara - Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

www.gaziomuzartroskopisi.com
Organizasyon: Konsept Organizasyon
İletişim: Gül Hacer SÖNMEZ
E-posta: gul@konseptorganizasyon.com.tr
Tel: 0232 462 44 64 – 0533 723 33 82
Faks: 0232 462 44 65

10. KEMİK VE YUMUŞAK DOKU TÜMÖRLERİ TEMEL KURSU

13 - 14 Mart 2020
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir

Kayıt - İletişim:
Davut Avcı
Tel: 0312 436 11 40 - 204
Faks: 0312 436 27 16
E-posta: davut@totbid.org.tr

XI. PELVİS-ASETABULUM KIRIKLARI CERRAHİ TEDAVİSİ UYGULAMALI EĞİTİM TOPLANTISI

18 - 21 Mart 2020
Antalya

Kayıt - İletişim:
Emre Aktuna
Tel: +90 312 436 11 40
Faks: +90 312 436 27 16
E-posta: emre@totbid.org.tr

3. Ulusal Çocuk Ortopedisi Kongresi

20 - 22 Mart 2020, Ankara - Swissotel

www.cocukortopedi2020.org/
Organizasyon:
Ege Kongre Turizm & Organizasyon
İletişim: Ege Kongre
E-posta: info@egekongre.com
Tel: 0 232 464 13 51
Faks: 0 232 464 29 25

8. Ortopedi ve Travmatoloji İstanbul Buluşması

9 - 11 Nisan 2020
İstanbul

Kayıt - İletişim:
Türk Ortopedi ve Travmatoloji Derneği (TOTDER)
E-posta: info@totder.org.tr
Telefon: 0212 530 15 08
Faks: 0212 530 15 21

AIOT Ortopedik Travma Kursu

(Alliance of International Organizations of Orthopaedics and Traumatology)

14 - 17 Nisan 2020
Rixos Sungate Vega Kongre Merkezi
Antalya

VI. Ayak ve Ayak Bileğinde Cerrahi Kesiler Osteotomi ve Artrodez Eğitim Toplantısı

17 - 18 Nisan 2020
Ankara

İletişim: TOTBİD
Tel: 0312 436 11 40
Faks: 0312 436 27 16

9. Ulusal Rekonstrüktif Mikrocerrahi Kongresi

23 - 26 Nisan 2020
Bodrum - Hilton Türkbükü

www.elmikro2020.org
Organizasyon:
Ege Kongre Turizm & Organizasyon
İletişim: Ege Kongre
E-posta: info@egekongre.com
Tel: 0 232 464 13 51
Faks: 0 232 464 29 25

17. Ulusal Türk El ve Üst Ekstremite Cerrahisi Kongresi

10 - 13 Mayıs 2020

elcerrahisi2020.org/

Organizasyon:
Ege Kongre Turizm & Organizasyon
İletişim: Ege Kongre
E-posta: info@egekongre.com
Tel: 0 232 464 13 51
Faks: 0 232 464 29 25

2020 UEGS SINAVI

2020 Uzmanlık Eğitimi Gelişim Sınavı

16 Mayıs 2020 Cumartesi

İletişim: TOTBİD

Temel Artroplasti Kursu

29 - 30 Mayıs
Yeditepe Üniversitesi Koşuyolu Hastanesi, İstanbul

www.artroplasti.org.tr

Organizasyon:
Kalça Diz Artroplasti Derneği
İletişim : Pınar Demir
E-posta: dernek@artroplasti.org.tr
Tel: 0312 988 17 92
Faks: 0312 236 27 69

XVII. Temel Ortopedik Travma Eğitim Toplantısı

4 - 5 Eylül 2020
Ankara

Kayıt - İletişim:
Emre Aktuna
Tel: +90 312 436 11 40
Faks: +90 312 436 27 16
E-posta: emre@totbid.org.tr

XI. ÇEP KLİNİK BİLGİ YENİLEME KURSU

13 - 15 Eylül 2020

Kayıt - İletişim:
Selin Sümer
Tel: 0312 436 11 40
Faks: 0312 436 27 16
E-posta: selin@totbid.org.tr

28. EORS KONGRESİ
(European Orthopaedic Research Society)

16 - 19 Eylül 2020
İzmir, Türkiye

Kayıt - İletişim:
http://www.eors2020.org/registration-accommodation/

6. EWAS EL BİLEK ARTROSKOPİK CANLI CERRAHİ KURSU

18 - 19 Eylül 2020
Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Konferans Salonu

İletişim - Organizasyon:
S.B.Ü. Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi El Cerrahisi Kliniği
Yetkili kişi:
Prof. Dr. Kahraman Öztürk
E-posta:
kahraman_ozturk@hotmail.com, ewas@baltalimani.gov.tr
Tel: 0 212 323 70 75, Faks: 0 212 323 70 82

http://www.wristarthroscopyturkey.org

TOTEK YETERLİK SINAVI 1. AŞAMA

20 Eylül 2020
Ankara, İstanbul, İzmir

Kayıt - İletişim:
Selin Sümer
Tel: 0312 436 11 40
Faks: 0312 436 27 16
E-posta: selin@totbid.org.tr

21. APOA KONGRESİ
(ASIA PACIFIC ORTHOPAEDIC ASSOCIATION)

24 - 26 Eylül 2020
Kuala Lumpur, Malezya

Kayıt - İletişim:
https://apoa2020malaysia.org/registration/

15. AYAK ve AYAK BİLEĞİ CERRAHİSİ KURSU

24 - 26 Eylül 2020

Kayıt - İletişim:
Davut Avcı
Tel: 0312 436 11 40 - 204
Faks: 0312 436 27 16
E-posta: davut@totbid.org.tr

30. ULUSAL TÜRK ORTOPEDİ ve TRAVMATOLOJİ KONGRESİ

3 - 8 Kasım 2020

Antalya

TOTBİD - TOAK 7. DENEYSEL ARAŞTIRMA EĞİTİMİ KURSU

20 - 21 Kasım 2020
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir

Kayıt / İletişim: Davut Avcı
Tel: 0312 436 11 40 - 204
Faks: 0312 436 27 16
E-posta: davut@totbid.org.tr

TOTBİD Dergisi
2019 Yılı 18. Cilt

DİZİN

TOTBİD Dergisi
2019 Yılı 18. Ciltte Yer Alan Yazıların Listesi

Sayfa no.	Yazının başlığı	Yazar	Türü
Sayı 1			
1–10	**Akut çıkıklara genel yaklaşım**	Elmalı N *ve ark.*	Derleme
11–15	**İhmal edilmiş travmatik eklem çıkıkları**	Çopuroğlu C *ve ark.*	Derleme
16–31	**Çocuklarda akut çıkıklara yaklaşım**	Erkuş S *ve ark.*	Derleme
32–37	**Omurganın travmatik çıkıkları**	Erdem MN *ve ark.*	Derleme
38–47	**Omuzun travmatik çıkıkları**	Kanatlı U *ve ark.*	Derleme
48–51	**Dirseğin travmatik çıkıkları**	Baykal YB *ve ark.*	Derleme
52–66	**El ve el bileğinin travmatik çıkıkları**	Özaksar K *ve ark.*	Derleme
67–70	**Kalçanın travmatik çıkıkları**	Atay T	Derleme
71–88	**Dizin travmatik çıkıkları**	Mermerkaya MU *ve ark.*	Derleme
89–101	**Ayak ve ayak bileğinin travmatik çıkıkları**	Irgıt KS *ve ark.*	Derleme
Sayı 2			
102–107	**Total diz protezi komplikasyonlarının epidemiyolojisi ve sınıflaması**	Basa CD	Derleme
108–113	**Mortalite ve medikal komplikasyonlar**	Sözbilen MC	Derleme
114–127	**Derin ven trombozu ve pulmoner emboli**	Özcan S *ve ark.*	Derleme
128–137	**Primer total diz artroplastisi sonrası yara yeri sorunları ve yüzeyel enfeksiyon**	Özkurt B *ve ark.*	Derleme
138–150	**Primer total diz artroplastisi sonucu oluşan derin enfeksiyonun oluş nedenleri ile güncel tanı ve tedavi yaklaşımları**	Karatosun V *ve ark.*	Derleme
151–155	**Ağrılı total diz protezinde değerlendirme ve yönetim**	Özkan İ	Derleme
156–162	**Total diz artroplastisi sonrası diz eklem sertliğinin tanısı ve tedavi seçenekleri**	Hürel C *ve ark.*	Derleme
163–169	**Aseptik gevşeme**	Işık Ç *ve ark.*	Derleme
170–178	**Total diz artroplastisi ile ilişkili periprostetik kırıklar**	Özkayın N *ve ark.*	Derleme
179–185	**Total diz protezi sonrası instabilite**	Akel İ *ve ark.*	Derleme
186–189	**Total diz artoplastisi sonrası ekstansör mekanizma komplikasyonları: patella tendon yırtığı; kuadriseps tendon yırtığı; patella kırıkları**	Başarır K *ve ark.*	Derleme
190–200	**Primer total diz artroplastisinde karşılaşılan patello-femoral sorunlar ve çözümleri**	Sur H *ve ark.*	Derleme
201–212	**Metal duyarlılığı ve metalloz**	Günsen FD *ve ark.*	Derleme
213–219	**Total diz artroplastisi nörovasküler komplikasyonları**	Karahan HG *ve ark.*	Derleme
220–236	**Total diz artroplastisinde dizilim, komponent boyut ve yerleşim sorunları**	Kayaokay K *ve ark.*	Derleme
237–241	**Primer total diz artroplastisinde hastalığa özgü komplikasyonlar**	Özdemir E *ve ark.*	Derleme
Sayı 3			
242–245	**Artroplastide kemik çimentosunun geçmişi ve geleceği**	Altıntaş F *ve ark.*	Derleme
246–249	**Total kalça artroplastisinde güncel çimentolama tekniği**	Pestilci F	Derleme
250–257	**Günümüzde total diz artroplastisinde uygulanan çimentolama yöntemleri**	Örs Ç *ve ark.*	Derleme
258–261	**Diz ve kalçada antibiyotikli çimentodan spacer hazırlama tekniği**	Kaynak G *ve ark.*	Derleme
262–267	**Antibiyotikli kemik çimentosu hazırlama tekniği**	Gemalmaz HC *ve ark.*	Derleme
268–270	**Çimentolu femoral komponent, tasarım ve uygulama**	Gürbüz H *ve ark.*	Derleme
271–277	**Çimentolu asetabular komponent ve kafes uygulamaları**	Bakırcıoğlu S *ve ark.*	Derleme
278–282	**Total kalça protezinde çimentolu ve çimentosuz tespit yöntemlerinin başarısı arasında fark var mıdır?**	Özbek EA *ve ark.*	Derleme
283–289	**Total diz artroplastisinde çimentolu veya çimentosuz uygulamalar arası başarı kıyaslaması**	Bilgen ÖF *ve ark.*	Derleme
290–295	**Osteoporotik kemikte çimento kullanımı**	Şimşek ME *ve ark.*	Derleme

Sayfa no.	Yazının başlığı	Yazar	Türü
Sayı 4			
296–300	**Çocuk kırıklarının biyolojik yönü**	Akpınar E *ve ark.*	Derleme
301–304	**Çocuk kırıklarının özellikleri**	Sarıkaya İA	Derleme
305–307	**Çocuk kırıklarının etiyolojisi ve epidemiyolojisi**	Özyalvaç ON *ve ark.*	Derleme
308–312	**Fiziyel yaralanmalara genel yaklaşım**	Özkazanlı G	Derleme
313–319	**Çocuklarda çoklu travmaya yaklaşım ve skorlama sistemleri**	Yılmaz G	Derleme
320–326	**Çocuklarda açık kırıklar ve ateşli silah yaralanmalarına yaklaşım**	Ünlü S *ve ark.*	Derleme
327–332	**Çocuklarda kompartman sendromu**	Öner M *ve ark.*	Derleme
333–339	**Çocuklarda patolojik kırıklar**	Yıldırım C *ve ark.*	Derleme
340–349	**Omuz kuşağı ve humerus diyafiz kırıkları**	Kılınçoğlu V *ve ark.*	Derleme
350–368	**Çocuklarda dirsek çevresi kırıkları**	Kalenderer Ö *ve ark.*	Derleme
369–374	**Çocuklarda radius başı ve olekranon kırıkları**	Bilgili F *ve ark.*	Derleme
375–386	**Çocuk önkol kırıkları**	Yıldız C *ve ark.*	Derleme
387–398	**Pediatrik hastalarda distal radius ve ulna kırıklarının tanı ve tedavisi**	Çetin BV *ve ark.*	Derleme
399–405	**Karpal kemikler ve el (metakarp ve falanks) kırıkları ve çıkıkları**	Kılınç S	Derleme
406–416	**Çocuklarda omurga kırıkları ve tedavisi**	Akman YE	Derleme
417–424	**Çocuklarda pelvis ve asetabulum kırıkları**	Erkuş S *ve ark.*	Derleme
425–430	**Çocukluk çağı proksimal femur kırıkları ve travmatik kalça çıkıkları**	Günay H	Derleme
431–442	**Pediatrik femur diyafiz ve distal femur kırıkları**	Muratlı HH *ve ark.*	Derleme
443–449	**Proksimal tibia ve tibia diyafiz kırıkları**	Çamurdan B *ve ark.*	Derleme
450–459	**Çocuklarda ayak bileği kırıkları**	Ertürk C *ve ark.*	Derleme
460–468	**Pediatrik ayak kırıklarının değerlendirilmesi ve tedavisi**	Talmaç MA *ve ark.*	Derleme
Sayı 5			
469–472	**Venöz tromboembolizm tanımı ve fizyopatolojisi**	Şener EE *ve ark.*	Derleme
473–481	**Venöz tromboembolizm risk faktörlerinin değerlendirilmesi**	Koçyiğit A *ve ark.*	Derleme
482–485	**Venöz tromboembolizmde tanı yöntemleri**	Çepni Ş *ve ark.*	Derleme
486–488	**Tromboemboli profilaksisinde mekanik yöntemler**	Beksaç B	Derleme
489–499	**Ortopedik cerrahi ve venöz tromboembolizm profilaksi ajanları: farmakolojik yöntemler**	Ceylan HH *ve ark.*	Derleme
500–504	**Venöz tromboemboli - güncel kılavuz önerileri**	Altıntaş F *ve ark.*	Derleme
505–513	**Derin ven trombozu ve pulmoner emboli tedavisinde temel prensipler**	Bengisun U	Derleme
Sayı 6			
514–522	**Kemik metastazının mekanizmaları**	Yalçınkaya M	Derleme
523–533	**Metastatik hastalarda tanısal algoritmalar**	Civan M *ve ark.*	Derleme
534–537	**Patolojik kırık öncesi değerlendirme**	Er T *ve ark.*	Derleme
538–543	**Omurga metastazları**	Çiftdemir M *ve ark.*	Derleme
544–548	**Metafiz yerleşimli metastazlar**	Keçeci B *ve ark.*	Derleme
549–555	**Uzun kemik diyafizer metastazları**	Başarır K *ve ark.*	Derleme
556–565	**Pelvis metastazları**	Erol B *ve ark.*	Derleme
566–572	**Meme kanseri kemik metastazlarının tanı ve tedavisi**	İnan U *ve ark.*	Derleme
573–577	**Prostat kanseri kemik metastazları**	Yalçınozan M *ve ark.*	Derleme
578–584	**Akciğer kanseri kemik metastazları**	Coşkun HS *ve ark.*	Derleme
585–591	**Böbrek hücreli karsinomda kemik metastazı**	Gürkan V *ve ark.*	Derleme
592–598	**Tiroid karsinomlarında kemik metastazlarına yaklaşım ve güncel tedaviler**	Göker B *ve ark.*	Derleme
599–606	**Kemiğe nadir metastaz yapan tümörler**	Arıkan ŞM *ve ark.*	Derleme
607–613	**Kemik metastazlarında sistemik tedaviler**	Şanlı UA *ve ark.*	Derleme
614–621	**Metastatik kemik lezyonlarında radyoterapinin yeri**	Özkan K *ve ark.*	Derleme
622–626	**Bisfosfonatlar**	Deveci MA *ve ark.*	Derleme
627–637	**İskelet metastazlarında minimal invaziv tedaviler**	Ofluoğlu Ö *ve ark.*	Derleme

TOTBİD Dergisi
2019 Yılı 18. Cilt Konu Dizini

açık kırık *bkz.* 2019;18:320
ağrı *bkz.* 2019;18:151
akciğer kanseri *bkz.* 2019;18:578
akut
bkz. 2019;18:16
bkz. 2019;18:32
bkz. 2019;18:67
alçı *bkz.* 2019;18:375
alerji *bkz.* 2019;18:201
ameliyat dönemi komplikasyonlar *bkz.* 2019;18:469
anestezi altında manipülasyon *bkz.* 2019;18:156
anjiyoembolizasyon *bkz.* 2019;18:592
antibiyotik *bkz.* 2019;18:320
yüklü çimento spacer *bkz.* 2019;18:258
antibiyotikli çimento *bkz.* 2019;18:262
artroplasti
bkz. 2019;18:128
bkz. 2019;18:138
bkz. 2019;18:242
bkz. 2019;18:268
artroplasti
bkz. 2019;18:469
bkz. 2019;18:500
artroplastiler *bkz.* 2019;18:186
artroskopi *bkz.* 2019;18:38
artroskopik gevşetme *bkz.* 2019;18:156
aseptik gevşeme
bkz. 2019;18:163
bkz. 2019;18:283
asetabulum *bkz.* 2019;18:271
asetabulum kırıkları *bkz.* 2019;18:417
ayak
bkz. 2019;18:89
bkz. 2019;18:460
bileği *bkz.* 2019;18:89
açısal deformiteleri *bkz.* 2019;18:450
bar rezeksiyonu *bkz.* 2019;18:308
Batson venöz pleksusu *bkz.* 2019;18:538
benign *bkz.* 2019;18:333
bisfosfonatlar *bkz.* 2019;18:622
böbrek kanseri *bkz.* 2019;18:585
büyüme plağı yaralanmaları *bkz.* 2019;18:450
cerrahi *bkz.* 2019;18:48
yara enfeksiyonu *bkz.* 2019;18:128
çimento
bkz. 2019;18:271
bkz. 2019;18:290
penetrasyonu *bkz.* 2019;18:250
çimentolama *bkz.* 2019;18:250
çimentolu
kalça artroplastisi *bkz.* 2019;18:268
protez *bkz.* 2019;18:283
total kalça protezi *bkz.* 2019;18:278
çimentosuz
protez *bkz.* 2019;18:283
total kalça protezi *bkz.* 2019;18:278
çıkık *bkz.* 2019;18:1
bkz. 2019;18:16
bkz. 2019;18:32
bkz. 2019;18:52
bkz. 2019;18:67
bkz. 2019;18:89
çıkıklar *bkz.* 2019;18:38
bkz. 2019;18:399
çocuk *bkz.* 2019;18:16
bkz. 2019;18:313
bkz. 2019;18:350
bkz. 2019;18:375
bkz. 2019;18:399
bkz. 2019;18:406
bkz. 2019;18:417
bkz. 2019;18:425
bkz. 2019;18:431
ayak bileği kırıkları *bkz.* 2019;18:450
kırıkları
bkz. 2019;18:296
bkz. 2019;18:301
çocuklar
bkz. 2019;18:333
bkz. 2019;18:369
çocukluk çağı *bkz.* 2019;18:327
kırıkları *bkz.* 2019;18:305
kırıklarının epidemiyolojisi *bkz.* 2019;18:305
kırıklarının etiyolojisi *bkz.* 2019;18:305
çoklu bağ yaralanmaları *bkz.* 2019;18:71
çoklu travma *bkz.* 2019;18:313

damarsal komplikasyonlar *bkz.* 2019;18:213
debridman *bkz.* 2019;18:320
derin
enfeksiyon *bkz.* 2019;18:138
ven trombozu
bkz. 2019;18:114
bkz. 2019;18:469
bkz. 2019;18:482
bkz. 2019;18:505
dirsek
eklemi *bkz.* 2019;18:48
kırıkları *bkz.* 2019;18:350
distal radius *bkz.* 2019;18:387
diyafiz
bkz. 2019;18:443
bkz. 2019;18:549
diz *bkz.* 2019;18:128
artroplastisi
bkz. 2019;18:114
bkz. 2019;18:220
bağ yaralanmaları *bkz.* 2019;18:71
çıkıkları *bkz.* 2019;18:71
protezi *bkz.* 2019;18:179
replasman *bkz.* 2019;18:186
revizyon artroplastisi *bkz.* 2019;18:156
yaralanmaları *bkz.* 2019;18:186
dorsolomber *bkz.* 2019;18:406
eklem *bkz.* 2019;18:52
çıkığı *bkz.* 2019;18:1
bkz. 2019;18:48
sertliği *bkz.* 2019;18:156
el *bkz.* 2019;18:399
bilek *bkz.* 2019;18:52
endokondral *bkz.* 2019;18:296
endoprotez *bkz.* 2019;18:592
enfeksiyon
bkz. 2019;18:128
bkz. 2019;18:138
epidemiyoloji *bkz.* 2019;18:102
esnek intramedüller çivileme *bkz.* 2019;18:375
femur
bkz. 2019;18:425
bkz. 2019;18:431
fizis *bkz.* 2019;18:431
fiz
kırık tedavisi *bkz.* 2019;18:308
yaralanmaları *bkz.* 2019;18:308
fonksiyonel sonuç *bkz.* 2019;18:278
gecikmiş eklem çıkıkları *bkz.* 2019;18:11
geçiş dönemi kırıkları *bkz.* 2019;18:450
geriatri *bkz.* 2019;18:290
hasar kontrollü ortopedi *bkz.* 2019;18:313
hastalığa özgü *bkz.* 2019;18:237
ihmal edilmiş çıkıklar *bkz.* 2019;18:11
iki aşamalı revizyon cerrahisi *bkz.* 2019;18:258
instabilite
bkz. 2019;18:38
bkz. 2019;18:179
intramembranöz *bkz.* 2019;18:296
iskelet metastazı *bkz.* 2019;18:523
kafes *bkz.* 2019;18:271
kalça *bkz.* 2019;18:425
artroplastisi
bkz. 2019;18:268
bkz. 2019;18:271
eklemi *bkz.* 2019;18:67
kalkaneus *bkz.* 2019;18:460
kanser *bkz.* 2019;18:573
karsinom *bkz.* 2019;18:544
metastazı *bkz.* 2019;18:538
kemik
bkz. 2019;18:544
bkz. 2019;18:556
bkz. 2019;18:573
bkz. 2019;18:585
çimentosu
bkz. 2019;18:242
bkz. 2019;18:268
enjeksiyonu *bkz.* 2019;18:627
çivileri *bkz.* 2019;18:549
doku tümörleri *bkz.* 2019;18:549
metastazı
bkz. 2019;18:514
bkz. 2019;18:523
bkz. 2019;18:534
bkz. 2019;18:578
bkz. 2019;18:622
metastazları
bkz. 2019;18:614
bkz. 2019;18:627
tümörleri
bkz. 2019;18:599
bkz. 2019;18:607
tümörü *bkz.* 2019;18:333
kemikleşme *bkz.* 2019;18:296
kılavuz *bkz.* 2019;18:500
kırık
bkz. 2019;18:170
bkz. 2019;18:350

bkz. 2019;18:375
bkz. 2019;18:425
bkz. 2019;18:431
kırıklar
bkz. 2019;18:369
bkz. 2019;18:399
ve çıkıklar *bkz.* 2019;18:32
kırıklı çıkıklar *bkz.* 2019;18:16
klavikula kırığı *bkz.* 2019;18:340
klinik
seyir *bkz.* 2019;18:566
sonuç *bkz.* 2019;18:283
kompartman sendromu *bkz.* 2019;18:327
komplikasyon
bkz. 2019;18:102
bkz. 2019;18:114
bkz. 2019;18:237
bkz. 2019;18:98
komplikasyonlar
bkz. 2019;18:108
bkz. 2019;18:151
bkz. 2019;18:163
bkz. 2019;18:179
komponent
seçimi *bkz.* 2019;18:220
yerleşimi *bkz.* 2019;18:220
kriyoablasyon *bkz.* 2019;18:627
kuadriseps femoris *bkz.* 2019;18:186
malign *bkz.* 2019;18:333
malpraktis *bkz.* 2019;18:98
medikal komplikasyonlar *bkz.* 2019;18:108
mekanik *bkz.* 2019;18:486
eksen *bkz.* 2019;18:220
meme kanseri *bkz.* 2019;18:566
metafiz
bkz. 2019;18:431
bkz. 2019;18:544
metal duyarlılığı *bkz.* 2019;18:201
metastatik
kemik hastalığı *bkz.* 2019;18:566
spinal kord basısı *bkz.* 2019;18:538
metastaz
bkz. 2019;18:544
bkz. 2019;18:556
bkz. 2019;18:573
bkz. 2019;18:585
metastazlar *bkz.* 2019;18:578
mortalite *bkz.* 2019;18:108
nadir kemik metastazları *bkz.* 2019;18:599
olekranon *bkz.* 2019;18:369
omurga *bkz.* 2019;18:32
kırıkları *bkz.* 2019;18:406
metastazı *bkz.* 2019;18:538
omuz *bkz.* 2019;18:38
kuşağı kırıkları *bkz.* 2019;18:340
önkol *bkz.* 2019;18:375
kırığı *bkz.* 2019;18:387
ortopedi *bkz.* 2019;18:375
ortopedik implantlar *bkz.* 2019;18:201
osteoblastik *bkz.* 2019;18:514
osteoklastogenezis *bkz.* 2019;18:514
osteolitik *bkz.* 2019;18:514
osteoporoz *bkz.* 2019;18:290
parmak *bkz.* 2019;18:52
patella *bkz.* 2019;18:186
patellar
instabilite *bkz.* 2019;18:220
tendon *bkz.* 2019;18:186
patello-femoral
ağrı *bkz.* 2019;18:190
instabilite *bkz.* 2019;18:190
patolojik kırık
bkz. 2019;18:333
bkz. 2019;18:549
riski *bkz.* 2019;18:534
pediatri
bkz. 2019;18:320
bkz. 2019;18:443
pediatrik
bkz. 2019;18:387
bkz. 2019;18:460
humerus diyafiz kırığı *bkz.* 2019;18:340
pelvis *bkz.* 2019;18:556
kırıkları *bkz.* 2019;18:417
periprostetik *bkz.* 2019;18:170
enfeksiyon *bkz.* 2019;18:138
plastik deformasyon *bkz.* 2019;18:301
primer total diz
artroplastisi *bkz.* 2019;18:108
protezi *bkz.* 2019;18:283
profilaksi
bkz. 2019;18:469
bkz. 2019;18:486
bkz. 2019;18:500
bkz. 2019;18:489
prognoz *bkz.* 2019;18:566
proksimal
bkz. 2019;18:425
bkz. 2019;18:443
prostat *bkz.* 2019;18:573

protez *bkz.* 2019;18:138
çevresi enfeksiyonları *bkz.* 2019;18:258
tespit *bkz.* 2019;18:250
tespiti *bkz.* 2019;18:246
pulmoner emboli
bkz. 2019;18:114
bkz. 2019;18:469
bkz. 2019;18:473
bkz. 2019;18:482
bkz. 2019;18:505
pulsatil lavaj *bkz.* 2019;18:250
radius başı *bkz.* 2019;18:369
radyofrekans ablasyon *bkz.* 2019;18:627
radyoterapi *bkz.* 2019;18:614
redüksiyon *bkz.* 2019;18:1
rekonstrüksiyon *bkz.* 2019;18:271
remodelasyon *bkz.* 2019;18:301
revizyon
bkz. 2019;18:262
bkz. 2019;18:271
risk faktörleri
bkz. 2019;18:128
bkz. 2019;18:473
rotasyonel sorunlar *bkz.* 2019;18:220
Salter-Harris *bkz.* 2019;18:450
sekonder osteoartrit *bkz.* 2019;18:237
sementleme *bkz.* 2019;18:246
servikal *bkz.* 2019;18:406
sinir komplikasyonları *bkz.* 2019;18:213
sistemik
komplikasyonlar *bkz.* 2019;18:108
tedavi *bkz.* 2019;18:607
sınıflama *bkz.* 2019;18:102
skapula kırığı *bkz.* 2019;18:340
sorafenib *bkz.* 2019;18:592
spinal kord yaralanması *bkz.* 2019;18:406
suprakondiller *bkz.* 2019;18:350
talus *bkz.* 2019;18:460
tanısal algoritma *bkz.* 2019;18:523
tedavi
bkz. 2019;18:417
bkz. 2019;18:505
bkz. 2019;18:556
tekrarlayan instabilite *bkz.* 2019;18:38
tibia kırıkları *bkz.* 2019;18:443
tiroid karsinomu *bkz.* 2019;18:592
torus kırığı *bkz.* 2019;18:301
total
diz
artroplastisi
bkz. 2019;18:156
bkz. 2019;18:170
bkz. 2019;18:190
bkz. 2019;18:213
protezi
bkz. 2019;18:102
bkz. 2019;18:151
bkz. 2019;18:163
bkz. 2019;18:250
kalça protezi
bkz. 2019;18:246
bkz. 2019;18:278
travma *bkz.* 2019;18:1
skorları *bkz.* 2019;18:313
tromboemboli
bkz. 2019;18:482
bkz. 2019;18:486
bkz. 2019;18:505
tromboembolizm *bkz.* 2019;18:473
tümör
karşıtı etkiler *bkz.* 2019;18:622
metastazı
bkz. 2019;18:549
bkz. 2019;18:599
bkz. 2019;18:607
venöz
tromboemboli *bkz.* 2019;18:500
tromboembolizm
bkz. 2019;18:469
bkz. 2019;18:473
venöz tromboembolizm
bkz. 2019;18:489
VTE *bkz.* 2019;18:489
yara iyileşmesi problemleri *bkz.* 2019;18:128
yeniden şekillenme *bkz.* 2019;18:375
yeşil ağaç kırığı *bkz.* 2019;18:301

TOTBİD Dergisi
2019 Yılı 18. Cilt Yazar Dizini

Akel İ (*bkz.* Bakırcıoğlu S *ve ark.*) 2019;18:271–277

Akel İ, Atilla B. **Total diz protezi sonrası instabilite** 2019;18:179–185

Akman YE. Çocuklarda omurga kırıkları ve tedavisi 2019;18:406–416

Akpınar E (*bkz.* Özyalvaç ON *ve ark.*) 2019;18:305–307

Akpınar E, Özyalvaç ON. **Çocuk kırıklarının biyolojik yönü** 2019;18:296–300

Almuradova E (*bkz.* Şanlı UA *ve ark.*) 2019;18:607–613

Altay M (*bkz.* Çetin BV *ve ark.*) 2019;18:387–398

Altıntaş F, Kocadal O. **Artroplastide kemik çimentosunun geçmişi ve geleceği** 2019;18:242–245

Altıntaş F, Kocadal O. **Venöz tromboemboli - güncel kılavuz önerileri** 2019;18:500–504

Arıkan ŞM, Tolunay T, Öztürk R. **Kemiğe nadir metastaz yapan tümörler** 2019;18:599–606

Atay T. Kalçanın travmatik çıkıkları 2019;18:67–70

Atilla B (*bkz.* Akel İ *ve ark.*) 2019;18:179–185

Atilla B (*bkz.* Bakırcıoğlu S *ve ark.*) 2019;18:271–277

Atilla B (*bkz.* Koçyiğit A *ve ark.*) 2019;18:473–481

Aydın BK (*bkz.* Erol B *ve ark.*) 2019;18:556–565

Aydoğdu S (*bkz.* Sur H *ve ark.*) 2019;18:190–200

Aydoğdu S (*bkz.* Kayaokay K *ve ark.*) 2019;18:220–236

Ayvaz M (*bkz.* Göker B *ve ark.*) 2019;18:592–598

Azboy İ (*bkz.* Ceylan HH *ve ark.*) 2019;18:489–499

Bakırcıoğlu S, Akel İ, Atilla B. **Çimentolu asetabular komponent ve kafes uygulamaları** 2019;18:271–277

Basa CD. Total diz protezi komplikasyonlarının epidemiyolojisi ve sınıflaması 2019;18:102–107

Başarır K, Karaca MO. **Total diz artoplastisi sonrası ekstansör mekanizma komplikasyonları: patella tendon yırtığı; kuadriseps tendon yırtığı; patella kırıkları** 2019;18:186–189

Başarır K, Karaca MO. **Uzun kemik diyafizer metastazları** 2019;18:549–555

Baykal YB, Kırdemir V. **Dirseğin travmatik çıkıkları** 2019;18:48–51

Beksaç B. Tromboemboli profilaksisinde mekanik yöntemler 2019;18:486–488

Bengisun U. Derin ven trombozu ve pulmoner emboli tedavisinde temel prensipler 2019;18:505–513

Biçer E (*bkz.* Özcan S *ve ark.*) 2019;18:114–127

Bilgen ÖF, Yaray O. **Total diz artroplastisinde çimentolu veya çimentosuz uygulamalar arası başarı kıyaslaması** 2019;18:283–289

Bilgili F, Demirel M. **Çocuklarda radius başı ve olekranon kırıkları** 2019;18:369–374

Bozkurt M (*bkz.* Şimşek ME *ve ark.*) 2019;18:290–295

Ceylan HH, Azboy İ. **Ortopedik cerrahi ve venöz tromboembolizm profilaksi ajanları: farmakolojik yöntemler** 2019;18:489–499

Cırdı YU (*bkz.* Öner M *ve ark.*) 2019;18:327–332

Civan M, Eralp L. **Metastatik hastalarda tanısal algoritmalar** 2019;18:523–533

Coşkun HS, Dabak N. **Akciğer kanseri kemik metastazları** 2019;18:578–584

Çağlar Ö (*bkz.* Özdemir E *ve ark.*) 2019;18:237–241

Çakar M (*bkz.* Gürbüz H *ve ark.*) 2019;18:268–270

Çamurdan B, Korkmaz T, Şeker A. **Proksimal tibia ve tibia diyafiz kırıkları** 2019;18:443–449

Çeliksöz AH (*bkz.* İnan U *ve ark.*) 2019;18:566–572

Çepni Ş, Tecimel O. **Venöz tromboembolizmde tanı yöntemleri** 2019;18:482–485

Çetin BV, Altay MA, Sarıkaya B. **Pediatrik hastalarda distal radius ve ulna kırıklarının tanı ve tedavisi** 2019;18:387–398

Çiftdemir M, Erem M. **Omurga metastazları** 2019;18:538–543

Çopuroğlu C, Çölbe SA. **İhmal edilmiş travmatik eklem çıkıkları** 2019;18:11–15

Çölbe S (*bkz.* Çopuroğlu C *ve ark.*) 2019;18:11–15

Dabak N (*bkz.* Coşkun HS *ve ark.*) 2019;18:578–584

Daldal İ (*bkz.* Şener EE *ve ark.*) 2019;18:469–472

Demirel M (*bkz.* Bilgili F *ve ark.*) 2019;18:369–374

Deveci MA, Özbarlas S. **Bisfosfonatlar** 2019;18:622–626

Dinçtürk Ü (*bkz.* Karatosun V *ve ark.*) 2019;18:138–150

Diril SK (*bkz.* Ertürk C *ve ark.*) 2019;18:450–459

Elmalı N, Uçan V, Kapıcıoğlu M. **Akut çıkıklara genel yaklaşım** 2019;18:1–10

Emre F (*bkz.* Işık Ç *ve ark.*) 2019;18:163–169

Er T, Özer D. **Patolojik kırık öncesi değerlendirme** 2019;18:534–537

Eralp L (*bkz.* Civan M *ve ark.*) 2019;18:523–533

Erdem MN, Tezer M. **Omurganın travmatik çıkıkları** 2019;18:32–37

Erdem Y (*bkz.* Yıldız C *ve ark.*) 2019;18:375–386

Erdemli B (*bkz.* Özbek EA *ve ark.*) 2019;18:278–282

Erdoğan Ö (*bkz.* Gürkan V *ve ark.*) 2019;18:585–591

Erem M (*bkz.* Çiftdemir M *ve ark.*) 2019;18:538–543

Erkuş S (*bkz.* Kalenderer Ö *ve ark.*) 2019;18:350–368

Erkuş S, Kalenderer Ö. **Çocuklarda akut çıkıklara yaklaşım** 2019;18:16–31

Erkuş S, Turgut A. **Çocuklarda pelvis ve asetabulum kırıkları** 2019;18:417–424

Erler K (*bkz.* Yalçınozan M *ve ark.*) 2019;18:573–577

Erol B, Aydın BK. **Pelvis metastazları** 2019;18:556–565

Ersan Ö (*bkz.* Ünlü S *ve ark.*) 2019;18:320–326

Ertaş E (*bkz.* Işık Ç *ve ark.*) 2019;18:163–169

Ertürk C, Diril SK. **Çocuklarda ayak bileği kırıkları** 2019;18:450–459

Gemalmaz HC, Şener EE. **Antibiyotikli kemik çimentosu hazırlama tekniği** 2019;18:262–267

Göker B, Ayvaz M. **Tiroid karsinomlarında kemik metastazlarına yaklaşım ve güncel tedaviler** 2019;18:592–598

Görgel MA (*bkz.* Talmaç MA *ve ark.*) 2019;18:460–468

Gümüştaş SA (*bkz.* Ofluoğlu Ö *ve ark.*) 2019;18:627–637

Günay H. Çocukluk çağı proksimal femur kırıkları ve travmatik kalça çıkıkları 2019;18:425–430

Günsen FD, Sin AZ. **Metal duyarlılığı ve metalloz** 2019;18:201–212

Gürbüz H, Çakar M. **Çimentolu femoral komponent, tasarım ve uygulama** 2019;18:268–270

Gürkan V, Erdoğan Ö. **Böbrek hücreli karsinomda kemik metastazı** 2019;18:585–591

Hancıoğlu S (*bkz.* Özaksar K *ve ark.*) 2019;18:52–66

Hız M (*bkz.* Keçeci B *ve ark.*) 2019;18:544–548

Hürel C, Yercan HS. **Total diz artroplastisi sonrası diz eklem sertliğinin tanısı ve tedavi seçenekleri** 2019;18:156–162

Irgıt KS, Onay T. **Ayak ve ayak bileğinin travmatik çıkıkları** 2019;18:89–101

Işık Ç, Emre F, Ertaş ES. **Aseptik gevşeme** 2019;18:163–169

İnan U, Çeliksöz AH. **Meme kanseri kemik metastazlarının tanı ve tedavisi** 2019;18:566–572

Kalenderer Ö (*bkz.* Erkuş S *ve ark.*) 2019;18:16–31

Kalenderer Ö, Erkuş S. **Çocuklarda dirsek çevresi kırıkları** 2019;18:350–368

Kanatlı U, Özer M. **Omuzun travmatik çıkıkları** 2019;18:38–47

Kapıcıoğlu M (*bkz.* Elmalı N *ve ark.*) 2019;18:1–10

Karaca M (*bkz.* Başarır K *ve ark.*) 2019;18:186–189

Karaca MO (*bkz.* Başarır K *ve ark.*) 2019;18:549–555

Karahan HG, Kayalı C. **Total diz artroplastisi nörovasküler komplikasyonları** 2019;18:213–219

Karateke M (*bkz.* Şanlı UA *ve ark.*) 2019;18:607–613

Karatosun V, Dinçtürk ÜA. **Primer total diz artroplastisi sonucu oluşan derin enfeksiyonun oluş nedenleri ile güncel tanı ve tedavi yaklaşımları** 2019;18:138–150

Kayaalp A (*bkz.* Mermerkaya MU *ve ark.*) 2019;18:71–88

Kayalı C (*bkz.* Karahan HG *ve ark.*) 2019;18:213–219

Kayaokay K, Aydoğdu S. **Total diz artroplastisinde dizilim, komponent boyut ve yerleşim sorunları** 2019;18:220–236

Kayıkçı K (*bkz.* Sur H *ve ark.*) 2019;18:190–200

Kaynak G, Ulutaş S. **Diz ve kalçada antibiyotikli çimentodan spacer hazırlama tekniği** 2019;18:258–261

Keçeci B, Hız M. **Metafiz yerleşimli metastazlar** 2019;18:544–548

Kılınç S. Karpal kemikler ve el (metakarp ve falanks) kırıkları ve çıkıkları 2019;18:399–405

Kılınçoğlu V, Mert A. **Omuz kuşağı ve humerus diyafiz kırıkları** 2019;18:340–349

Kırdemir V (*bkz.* Baykal YB *ve ark.*) 2019;18:48–51

Kocadal O (*bkz.* Altıntaş F *ve ark.*) 2019;18:242–245

Kocadal O (*bkz.* Altıntaş F *ve ark.*) 2019;18:500–504

Koçyiğit A, Atilla B. **Venöz tromboembolizm risk faktörlerinin değerlendirilmesi** 2019;18:473–481

Korkmaz T (*bkz.* Çamurdan B *ve ark.*) 2019;18:443–449

Mermerkaya MU, Polat M, Tanrıöver A, Tandoğan R, Kayaalp A. **Dizin travmatik çıkıkları** 2019;18:71–88

Mert A (*bkz.* Kılınçoğlu V *ve ark.*) 2019;18:340–349

Muratlı HH, Selçuk E. **Pediatrik femur diyafiz ve distal femur kırıkları** 2019;18:431–442

Ofluoğlu Ö, Gümüştaş SA. **İskelet metastazlarında minimal invaziv tedaviler** 2019;18:627–636

Onay T (*bkz.* Irgıt KS *ve ark.*) 2019;18:89–101

Öner M, Cırdı YU. **Çocuklarda kompartman sendromu** 2019;18:327–332

Örs Ç, Sarpel Y. **Günümüzde total diz artroplastisinde uygulanan çimentolama yöntemleri** 2019;18:250–257

Özaksar K, Hancıoğlu S. **El ve el bileğinin travmatik çıkıkları** 2019;18:52–66

Özbarlas S (*bkz.* Deveci MA *ve ark.*) 2019;18:622–626

Özbek EA, Erdemli B. **Total kalça protezinde çimentolu ve çimentosuz tespit yöntemlerinin başarısı arasında fark var mıdır?** 2019;18:278–282

Özcan S, Biçer EK, Taşkıran E. **Derin ven trombozu ve pulmoner emboli** 2019;18:114–127

Özdemir E, Çağlar Ö. **Primer total diz artroplastisinde hastalığa özgü komplikasyonlar** 2019;18:237–241

Özer D (*bkz.* Er T *ve ark.*) 2019;18:534–537

Özer M (*bkz.* Kanatlı U *ve ark.*) 2019;18:38–47

Özkan İ. Ağrılı total diz protezinde değerlendirme ve yönetim 2019;18:151–155

Özkan K, Sarı T. **Metastatik kemik lezyonlarında radyoterapinin yeri** 2019;18:614–621

Özkayın N, Yener C. **Total diz artroplastisi ile ilişkili periprostetik kırıklar** 2019;18:170–178

Özkazanlı G. Fiziyel yaralanmalara genel yaklaşım 2019;18:308–312

Özkurt B, Utkan A. **Primer total diz artroplastisi sonrası yara yeri sorunları ve yüzeyel enfeksiyon** 2019;18:128–137

Öztürk R (*bkz.* Arıkan ŞM *ve ark.*) 2019;18:599–606

Özyalvaç ON (*bkz.* Akpınar E *ve ark.*) 2019;18:296–300

Özyalvaç ON, Akpınar E. **Çocuk kırıklarının etiyolojisi ve epidemiyolojisi** 2019;18:305–307

Pestilci F. Total kalça artroplastisinde güncel çimentolama tekniği 2019;18:246–249

Polat M (*bkz.* Mermerkaya MU *ve ark.*) 2019;18:71–88

Rodop O (*bkz.* Yalçınozan M *ve ark.*) 2019;18:573–577

Sarı T (*bkz.* Özkan K *ve ark.*) 2019;18:614–621

Sarıkaya B (*bkz.* Çetin BV *ve ark.*) 2019;18:387–398

Sarıkaya İA. Çocuk kırıklarının özellikleri 2019;18:301–304

Sarpel Y (*bkz.* Örs Ç *ve ark.*) 2019;18:250–257

Selçuk E (*bkz.* Muratlı HH *ve ark.*) 2019;18:431–442

Sin AZ (*bkz.* Günsen FD *ve ark.*) 2019;18:201–212

Sözbilen MC. Mortalite ve medikal komplikasyonlar 2019;18:108–113

Sur H, Kayıkçı K, Aydoğdu S. **Primer total diz artroplastisinde karşılaşılan patello-femoral sorunlar ve çözümleri** 2019;18:190–200

Şanlı UA, Karateke M, Almuradova E. **Kemik metastazlarında sistemik tedaviler** 2019;18:607–613

Şeker A (*bkz.* Çamurdan B *ve ark.*) 2019;18:443–449

Şener EE (*bkz.* Gemalmaz HC *ve ark.*) 2019;18:262–267

Şener EE, Daldal İ. **Venöz tromboembolizm tanımı ve fizyopatolojisi** 2019;18:469–472

Şimşek ME, Bozkurt M. **Osteoporotik kemikte çimento kullanımı** 2019;18:290–295

Talmaç MA, Görgel MA. **Pediatrik ayak kırıklarının değerlendirilmesi ve tedavisi** 2019;18:460–468

Tandoğan R (*bkz.* Mermerkaya MU *ve ark.*) 2019;18:71–88

Tanrıöver A (*bkz.* Mermerkaya MU *ve ark.*) 2019;18:71–88

Taşkıran E (*bkz.* Özcan S *ve ark.*) 2019;18:114–127

Tecimel O (*bkz.* Çepni Ş *ve ark.*) 2019;18:482–485

Tezer M (*bkz.* Erdem MN *ve ark.*) 2019;18:32–37

Tolunay T (*bkz.* Arıkan ŞM *ve ark.*) 2019;18:599–606

Turgut A (*bkz.* Erkuş S *ve ark.*) 2019;18:417–424

Uçan V (*bkz.* Elmalı N *ve ark.*) 2019;18:1–10

Ulutaş S (*bkz.* Kaynak G *ve ark.*) 2019;18:258–261

Umur FL (*bkz.* Yıldırım C *ve ark.*) 2019;18:333–339

Utkan A (*bkz.* Özkurt B *ve ark.*) 2019;18:128–137

Ünlü S, Ersan Ö. **Çocuklarda açık kırıklar ve ateşli silah yaralanmalarına yaklaşım** 2019;18:320–326

Yalçınkaya M. Kemik metastazının mekanizmaları 2019;18:514–522

Yalçınozan M, Rodop O, Erler K. **Prostat kanseri kemik metastazları** 2019;18:573–577

Yaray O (*bkz.* Bilgen ÖF *ve ark.*) 2019;18:283–289

Yener C (*bkz.* Özkayın N *ve ark.*) 2019;18:170–178

Yercan H (*bkz.* Hürel C *ve ark.*) 2019;18:156–162

Yıldırım C, Umur FL. **Çocuklarda patolojik kırıklar** 2019;18:333–339

Yıldız C, Erdem Y. **Çocuk önkol kırıkları** 2019;18:375–386

Yılmaz G. Çocuklarda çoklu travmaya yaklaşım ve skorlama sistemleri 2019;18:313–319

TOTBİD Dergisi
2019 Yılı 18. Cilt Atıf Dizini

Atıfta bulunulan yazar	Çalışma adı	Yıl	Atıfta bulunan yazar(lar)	Atıf yeri
Adıyeke L	(*bkz.* Bombacı H *ve ark.* [2])		**Özyalvaç ON** *ve ark.*	2019;18:305–307
Ağuş H	(*bkz.* Kalenderer Ö *ve ark.* [1])		**Özyalvaç ON** *ve ark.*	2019;18:305–307
Ağuş H	(*bkz.* Kalenderer Ö *ve ark.* [2])		**Kalenderer Ö** *ve ark.*	2019;18:350–368
Ağuş H *ve ark.*	Skeletal traction and delayed percutaneous fixation of complicated supracondylar humerus fractures due to delayed or unsuccessful reductions and extensive swelling in children.	2002	**Kalenderer Ö** *ve ark.*	2019;18:350–368
Akalın Y	(*bkz.* Şahin N *ve ark.*)		**Yıldız C** *ve ark.*	2019;18:375–386
Akgülle AH	(*bkz.* Yıldırım Y *ve ark.*)		**Irgıt KS** *ve ark.*	2019;18:89–97
Akgün I	(*bkz.* Altıntaş F *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Akın Ü	(*bkz.* Eser S *ve ark.*)		**Göker B** *ve ark.*	2019;18:592–598
Akkaya G	(*bkz.* Okçu G *ve ark.*)		**Erdem MN** *ve ark.*	2019;18:32–37
Akman YE	(*bkz.* Azar N *ve ark.*)		**Atay T**	2019;18:67–70
Akmeşe R	(*bkz.* Işık C *ve ark.*)		**Kayaokay K** *ve ark.*	2019;18:220–236
Akşit S	(*bkz.* Koç F *ve ark.*)		**Yıldız C** *ve ark.*	2019;18:375–386
Aksoy M	(*bkz.* Sağlam Y *ve ark.*)		**Erkuş S** *ve ark.*	2019;18:417–424
Aksoy M *ve ark.*	İliofemoral derin ven trombozlu olguların tedavisinde trombektomi.	2003	**Bengisun U**	2019;18:505–513

Atıfta bulunulan yazar	Çalışma adı	Yıl	Atıfta bulunan yazar(lar)	Atıf yeri
Aksu G	(*bkz.* Sürenkök S *ve ark.*)		**Arıkan ŞM** *ve ark.*	2019;18:599–606
Aksu S	(*bkz.* Şahin V *ve ark.*)		**Günay H**	2019;18:425–430
Akyüz M	(*bkz.* Mahiroğulları M *ve ark.*)		**Kanatlı U** *ve ark.*	2019;18:38–47
Alparslan AM *ve ark.*	Total diz artroplastisi komplikasyonları (II). İçinde: Tandoğan R, Alpaslan AM, editörler. Diz Cerrahisi.	1999	**Özkurt B** *ve ark.*	2019;18:128–137
Alpaslan M	(*bkz.* Atilla B *ve ark.*)		**Özdemir E** *ve ark.*	2019;18:237–241
Altay M	(*bkz.* Demirkale İ *ve ark.*)		**Basa CD**	2019;18:102–107
Altay M	(*bkz.* Tarğal A *ve ark.*)		**Özyalvaç ON** *ve ark.*	2019;18:305–307
Altıntaş F	(*bkz.* Öngen G *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Altıntaş F *ve ark.*	Majör ortopedik cerrahilerde venöz tromboemboli profilaksisi: Çok merkezli, prospektif, gözlem çalışması.	2008	**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Anadol E *ve ark.*	Septik tromboflebit. İçinde: Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M, editörler. İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi Kitabı.	2002	**Bengisun U**	2019;18:505–513
Anbarcıoğlu Z	(*bkz.* Eser S *ve ark.*)		**Göker B** *ve ark.*	2019;18:592–598
Arazi M *ve ark.*	The Monteggia lesion and ipsilateral supracondylar humerus and distal radius fractures.	1999	**Bilgili F** *ve ark.*	2019;18:369–374
Argün M	(*bkz.* Altıntaş F *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Arıkan M	Kemikteki metastatik tümörler.	2014	**Arıkan ŞM** *ve ark.*	2019;18:599–606
Arıkan SM	(*bkz.* Öztürk R *ve ark.*)		**Arıkan ŞM** *ve ark.*	2019;18:599–606
Arseven O *ve ark.*	Türk Toraks Derneği Pulmoner Tromboembolizm Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu Cep Kitabı (editörler)	2015	**Bengisun U**	2019;18:505–513

Atıfta bulunulan yazar	Çalışma adı	Yıl	Atıfta bulunan yazar(lar)	Atıf yeri
Arslandemir C *ve ark.*	F-18 NaF PET for detection of bone metastases in lung cancer: accuracy, cost-effectiveness, and impact on patient management.	2003	**Civan M** *ve ark.*	2019;18:523–533
Ateş A	(*bkz.* Tarğal A *ve ark.*)		**Özyalvaç ON** *ve ark.*	2019;18:305–307
Atıcı T	(*bkz.* Bilgen O *ve ark.*)		**Karatosun V** *ve ark.*	2019;18:138–150
Atilla B	(*bkz.* Alparslan AM *ve ark.*)		**Özkurt B** *ve ark.*	2019;18:128–137
Atilla B	(*bkz.* Altıntaş F *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Atilla B *ve ark.*	Pre-operative flexion contracture determines the functional outcome of haemophilic arthropathy treated with total knee arthroplasty.	2012	**Özdemir E** *ve ark.*	2019;18:237–241
Atlıhan D	(*bkz.* Şahin V *ve ark.*)		**Günay H**	2019;18:425–430
Avcı Ç	(*bkz.* Kuru İ *ve ark.*)		**Kayaokay K** *ve ark.*	2019;18:220–236
Avkan MC	(*bkz.* Başaran SH *ve ark.* [1])		**Erkuş S** *ve ark.*	2019;18:16–31
Avkan MC	(*bkz.* Başaran SH *ve ark.* [2])		**Günay H**	2019;18:425–430
Avkan MC	(*bkz.* Başaran SH *ve ark.* [3])		**Erkuş S** *ve ark.*	2019;18:417–424
Ayaz T	(*bkz.* Kızılgül M *ve ark.*)		**Arıkan ŞM** *ve ark.*	2019;18:599–606
Aydemir AN	(*bkz.* Erol B *ve ark.*)		**Erol B** *ve ark.*	2019;18:556–565
Aydın N *ve ark.*	Anterior instabilite. İçinde: Atalar AC, Güneş T, editörler. A'dan Z'ye Omuz İnstabilitesi.	2018	**Kanatlı U** *ve ark.*	2019;18:38–47
Azar N *ve ark.*	Asimetrik İki Taraflı Travmatik Kalça Çıkığı: Olgu Sunumu.	2010	**Atay T**	2019;18:67–70
Azboy I	(*bkz.* Azboy N *ve ark.*)		**Ceylan HH** *ve ark.*	2019;18:489–499

Atıfta bulunulan yazar	Çalışma adı	Yıl	Atıfta bulunan yazar(lar)	Atıf yeri
Azboy N *ve ark.*	The changes in preferences for venous thromboembolism prophylaxis after total joint arthroplasty in Turkey: A survey.	2018	**Ceylan HH** *ve ark.*	2019;18:489–499
Babay A	(*bkz.* Bombacı H *ve ark.* [1])		**Günay H**	2019;18:425–430
Bademler S	(*bkz.* Sağlam Y *ve ark.*)		**Erkuş S** *ve ark.*	2019;18:417–424
Balkan M	(*bkz.* Sürenkök S *ve ark.*)		**Arıkan ŞM** *ve ark.*	2019;18:599–606
Barış S	(*bkz.* Dabak N *ve ark.*)		**Arıkan ŞM** *ve ark.*	2019;18:599–606
Başal Ö	Alt Ekstremite Kırıkları/Kalça ve Femur. İçinde: Atay T, editör. Ortopedi ve Spor Yaralanmaları Asistan Kitabı.	2015	**Atay T**	2019;18:67–70
Başaran SH *ve ark.* **[1]**	Treatment and results in pediatric traumatic hip dislocation: case series and review of the literature.	2014	**Erkuş S** *ve ark.*	2019;18:16–31
Başaran SH *ve ark.* **[2]**	Treatment and results in pediatric traumatic hip dislocation: case series and review of the literature.	2014	**Günay H**	2019;18:425–430
Başaran SH *ve ark.* **[3]**	Çocuklarda asetabulum kırığı: ender bir olgu sunumu.	2013	**Erkuş S** *ve ark.*	2019;18:417–424
Başarır K	(*bkz.* Erdemli B *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Başarır K	(*bkz.* Özkurt B *ve ark.*)		**Özkurt B** *ve ark.*	2019;18:128–137
Baştacı N	(*bkz.* Öngen G *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Bayrak A	(*bkz.* Başaran SH *ve ark.* [1])		**Erkuş S** *ve ark.*	2019;18:16–31
Bayrak A	(*bkz.* Başaran SH *ve ark.* [2])		**Günay H**	2019;18:425–430
Bayrak A	(*bkz.* Başaran SH *ve ark.* [3])		**Erkuş S** *ve ark.*	2019;18:417–424
Bayram H	(*bkz.* Altıntaş F *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481

Atıfta bulunulan yazar	Çalışma adı	Yıl	Atıfta bulunan yazar(lar)	Atıf yeri
Baysal G	(*bkz.* Özben H *ve ark.*)		**Ofluoğlu Ö** *ve ark.*	2019;18:627–637
Bengisun U	(*bkz.* Anadol E *ve ark.*)		**Bengisun U**	2019;18:505–513
Berk A	Total diz protezi orta dönem sonuçları.	2008	**Özkurt B** *ve ark.*	2019;18:128–137
Beyzadeoğlu M	(*bkz.* Sürenkök S *ve ark.*)		**Arıkan ŞM** *ve ark.*	2019;18:599–606
Biçimoğlu A	(*bkz.* Muratlı HH *ve ark.*)		**Günay H**	2019;18:425–430
Bilgen MS.	(*bkz.* Bilgen O *ve ark.*)		**Karatosun V** *ve ark.*	2019;18:138–150
Bilgen O *ve ark.*	C-reactive protein values and erythrocyte sedimentation rates after total hip and total knee arthroplasty.	2001	**Karatosun V** *ve ark.*	2019;18:138–150
Bilgen ÖF	(*bkz.* Altıntaş F *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Bilgen S *ve ark.*	Surgical site infection after total knee arthroplasty: A descriptive study.	2016	**Özkurt B** *ve ark.*	2019;18:128–137
Bilgili MG	(*bkz.* Başaran SH *ve ark.* [1])		**Erkuş S** *ve ark.*	2019;18:16–31
Bilgili MG	(*bkz.* Başaran SH *ve ark.* [2])		**Günay H**	2019;18:425–430
Bilgili MG	(*bkz.* Başaran SH *ve ark.* [3])		**Erkuş S** *ve ark.*	2019;18:417–424
Bombacı H *ve ark.* **[1]**	Evaluation of complications of femoral neck fractures in children operated on at least 24 hours after initial trauma.	2006	**Günay H**	2019;18:425–430
Bombacı H *ve ark.* **[2]**	Childhood injuries, their etiologies, and preventive measures.	2008	**Özyalvaç ON** *ve ark.*	2019;18:305–307
Bozkurt AK *ve ark.*	Periferik Arter ve Ven Hastalıkları Tedavi Kılavuzu.	2008	**Özcan S** *ve ark.*	2019;18:114–127
Bozkurt M	(*bkz.* Çiçek H *ve ark.*)		**Özkayın N** *ve ark.*	2019;18:170–178
Bozkurt M	(*bkz.* Işık C *ve ark.*)		**Kayaokay K** *ve ark.*	2019;18:220–236

Atıfta bulunulan yazar	Çalışma adı	Yıl	Atıfta bulunan yazar(lar)	Atıf yeri
Bulut EK	(*bkz.* Öztürk R *ve ark.*)		**Arıkan ŞM** *ve ark.*	2019;18:599–606
Bulut G	(*bkz.* Mayadağlı A *ve ark.*)		**Arıkan ŞM** *ve ark.*	2019;18:599–606
Büyükaşık Y	(*bkz.* Atilla B *ve ark.*)		**Özdemir E** *ve ark.*	2019;18:237–241
Çağlar O	(*bkz.* Atilla B *ve ark.*)		**Özdemir E** *ve ark.*	2019;18:237–241
Çakar M	(*bkz.* Eren A *ve ark.* [2])		**Kalenderer Ö** *ve ark.*	2019;18:350–368
Çamurcu Y	(*bkz.* Sofu H *ve ark.*)		**Erkuş S** *ve ark.*	2019;18:16–31
Can IÖ *ve ark.*	Yargıtayda karara bağlanan tıbbi uygulama hatası dosyalarının değerlendirilmesi.	2011	**Bengisun U**	2019;18:505–513
Can M	(*bkz.* Can IÖ *ve ark.*)		**Bengisun U**	2019;18:505–513
Çankaya D	(*bkz.* Özkurt B *ve ark.*)		**Özkurt B** *ve ark.*	2019;18:128–137
Cansü E	(*bkz.* Yıldırım Y *ve ark.*)		**Irgıt KS** *ve ark.*	2019;18:89–97
Çay N	(*bkz.* Işık C *ve ark.*)		**Kayaokay K** *ve ark.*	2019;18:220–236
Cebesoy O	(*bkz.* Subaşı M *ve ark.*)		**Erkuş S** *ve ark.*	2019;18:417–424
Çelebi F	(*bkz.* Öztürk R *ve ark.*)		**Arıkan ŞM** *ve ark.*	2019;18:599–606
Çeliktaş M	Total kalça artroplastisi femoral komponent uygulama teknikleri.	2013	**Gürbüz H** *ve ark.*	2019;18:268–270
Çentel T	(*bkz.* Bombacı H *ve ark.* [1])		**Günay H**	2019;18:425–430
Çepni Ş	(*bkz.* Fırat A *ve ark.*)		**Kılınçoğlu V** *ve ark.*	2019;18:340–349
Çetinus E	(*bkz.* Uyar M *ve ark.*)		**Irgıt KS** *ve ark.*	2019;18:89–97

Atıfta bulunulan yazar	Çalışma adı	Yıl	Atıfta bulunan yazar(lar)	Atıf yeri
Çiçek H *ve ark.*	An alternative treatment for osteoporotic Su Type III periprosthetic supracondylar femur fractures: Double locking plate fixation.	2018	**Özkayın N** *ve ark.*	2019;18:170–178
Çimen Ö	(*bkz.* Azboy N *ve ark.*)		**Ceylan HH** *ve ark.*	2019;18:489–499
Çimşit M	Osteomiyelit ve hiperbarik oksijen tedavisi. İçinde: Çimşit M, editör. Hiperbarik Tıp.	2009	**Özkurt B** *ve ark.*	2019;18:128–137
Çırak AK	(*bkz.* Öngen G *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Çırak B *ve ark.*	Spinal injuries in children.	2004	**Akman YE**	2019;18:406–416
Çıraklı A	(*bkz.* Dabak N *ve ark.*)		**Arıkan ŞM** *ve ark.*	2019;18:599–606
Cort A	(*bkz.* Özben H *ve ark.*)		**Ofluoğlu Ö** *ve ark.*	2019;18:627–637
Dabak N	(*bkz.* Altıntaş F *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Dabak N *ve ark.*	Distribution and evaluation of bone and soft tissue tumors in the middle Black Sea Region.	2014	**Arıkan ŞM** *ve ark.*	2019;18:599–606
Dağlı C	(*bkz.* Muratlı HH *ve ark.*)		**Günay H**	2019;18:425–430
Daşar U	(*bkz.* Işık C *ve ark.*)		**Kayaokay K** *ve ark.*	2019;18:220–236
Demir A	(*bkz.* Öngen G *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Demir M *ve ark.*	Ulusal Venöz Tromboembolizm Profilaksi ve Tedavi Kılavuzu –2010 (editörler).	2010	**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Demiralp B *ve ark.*	Acute traumatic open posterolateral dislocation of the ankle without tearing of the tibiofibular syndesmosis ligaments: a case report.	2008	**Irgıt KS** *ve ark.*	2019;18:89–97
Demirkale İ	(*bkz.* Tarğal A *ve ark.*)		**Özyalvaç ON** *ve ark.*	2019;18:305–307

Atıfta bulunulan yazar	Çalışma adı	Yıl	Atıfta bulunan yazar(lar)	Atıf yeri
Demirkale İ *ve ark.*	Nondrainage decreases blood transfusion need and infection rate in bilateral total knee arthroplasty.	2014	**Basa CD**	2019;18:102–107
Demirkılıç U	(*bkz.* Bozkurt AK *ve ark.*)		**Özcan S** *ve ark.*	2019;18:114–127
Demirtaş A	(*bkz.* Azboy N *ve ark.*)		**Ceylan HH** *ve ark.*	2019;18:489–499
Demirtaş N	(*bkz.* Öngen G *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Dikici F	(*bkz.* Sağlam Y *ve ark.*)		**Erkuş S** *ve ark.*	2019;18:417–424
Dikmen G	(*bkz.* Sağlam Y *ve ark.*)		**Erkuş S** *ve ark.*	2019;18:417–424
Dilege Ş	(*bkz.* Aksoy M *ve ark.*)		**Bengisun U**	2019;18:505–513
Doğan M	(*bkz.* Demirkale İ *ve ark.*)		**Basa CD**	2019;18:102–107
Doğan S *ve ark.*	Thoracolumbar and sacral spinal injuries in children and adolescents: a review of 89 cases.	2007	**Akman YE**	2019;18:406–416
Durak K	(*bkz.* Bilgen O *ve ark.*)		**Karatosun V** *ve ark.*	2019;18:138–150
Durakbaşa O *ve ark.*	The volar surgical approach in complex dorsal metacarpophalangeal dislocations.	2009	**Özaksar K** *ve ark.*	2019;18:52–66
Eken G	(*bkz.* Bilgen S *ve ark.*)		**Özkurt B** *ve ark.*	2019;18:128–137
Ekici K	(*bkz.* Mayadağlı A *ve ark.*)		**Arıkan ŞM** *ve ark.*	2019;18:599–606
Ekşioğlu MF	(*bkz.* Türker M *ve ark.*)		**Elmalı N** *ve ark.*	2019;18:1–10
Elçi S	(*bkz.* Azboy N *ve ark.*)		**Ceylan HH** *ve ark.*	2019;18:489–499
Eralp L	(*bkz.* Özben H *ve ark.*)		**Ofluoğlu Ö** *ve ark.*	2019;18:627–637
Eralp L	(*bkz.* Salduz A *ve ark.*)		**Civan M** *ve ark.*	2019;18:523–533

Atıfta bulunulan yazar	Çalışma adı	Yıl	Atıfta bulunan yazar(lar)	Atıf yeri
Erçin E	(*bkz.* Başaran SH *ve ark.* [1])		**Erkuş S** *ve ark.*	2019;18:16–31
Erçin E	(*bkz.* Başaran SH *ve ark.* [2])		**Günay H**	2019;18:425–430
Erdemli B	(*bkz.* Altıntaş F *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Erdemli B	(*bkz.* Demir M *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Erdemli B *ve ark.*	Venöz Tromboemboli.	2010	**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Erden F	(*bkz.* Öngen G *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Eren A	(*bkz.* Güven M *ve ark.*)		**Bilgili F** *ve ark.*	2019;18:369–374
Eren A *ve ark.* **[1]**	Posterior omuz instabilitesi. İçinde: Kanatlı U, editör. Omuz Hastalıkları ve Artroskopisi.	2017	**Kanatlı U** *ve ark.*	2019;18:38–47
Eren A *ve ark.* **[2]**	Delayed surgical treatment of supracondylar humerus fractures in children using a medial approach.	2008	**Kalenderer Ö** *ve ark.*	2019;18:350–368
Ergin ÖN	(*bkz.* Öztürk İ *ve ark.*)		**Karatosun V** *ve ark.*	2019;18:138–150
Ergün S	(*bkz.* Yıldırım Y *ve ark.*)		**Irgıt KS** *ve ark.*	2019;18:89–97
Erhan B	(*bkz.* Hancı M *ve ark.*)		**Erdem MN** *ve ark.*	2019;18:32–37
Erkan S	(*bkz.* Okçu G *ve ark.*)		**Erdem MN** *ve ark.*	2019;18:32–37
Erler K	(*bkz.* Demiralp B *ve ark.*)		**Irgıt KS** *ve ark.*	2019;18:89–97
Erler K	Metastatik Tümörlere Ortopedik Yaklaşım.	2005	**Arıkan ŞM** *ve ark.*	2019;18:599–606
Erol B	(*bkz.* Eren A *ve ark.* [2])		**Kalenderer Ö** *ve ark.*	2019;18:350–368
Erol B *ve ark.*	Reconstruction of advanced periacetabular metastatic lesions with modified Harrington procedure.	2016	**Erol B** *ve ark.*	2019;18:556–565

Atıfta bulunulan yazar	Çalışma adı	Yıl	Atıfta bulunan yazar(lar)	Atıf yeri
Erşen A *ve ark.*	İlk omuz çıkığına yaklaşım. İçinde: Atalar AC, Güneş T, editörler. A'dan Z'ye Omuz İnstabilitesi.	2018	**Kanatlı U** *ve ark.*	2019;18:38–47
Ersoy CY	(*bkz.* Öngen G *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Eryanılmaz G.	(*bkz.* Ağuş H *ve ark.*)		**Kalenderer Ö** *ve ark.*	2019;18:350–368
Eser S *ve ark.*	Cancer incidence rates in Turkey in 2006: a detailed registry based estimation.	2010	**Göker B** *ve ark.*	2019;18:592–598
Fırat A *ve ark.*	Çocuk alçısı, askılı alçı, humerus cisim kırıklarında alçılama teknikleri.	2018	**Kılınçoğlu V** *ve ark.*	2019;18:340–349
Gerçekcioğlu A	(*bkz.* Subaşı M *ve ark.*)		**Erkuş S** *ve ark.*	2019;18:417–424
Göğüş A	(*bkz.* Altıntaş F *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Görgeç M	(*bkz.* Bombacı H *ve ark.* [2])		**Özyalvaç ON** *ve ark.*	2019;18:305–307
Görmeli G	(*bkz.* Eren A *ve ark.* [1])		**Kanatlı U** *ve ark.*	2019;18:38–47
Gülcek M	(*bkz.* Ünal VS *ve ark.*)		**Muratlı HH** *ve ark.*	2019;18:431–442
Gülman B	(*bkz.* Dabak N *ve ark.*)		**Arıkan ŞM** *ve ark.*	2019;18:599–606
Günaydın B	(*bkz.* Turgut A *ve ark.*)		**Erkuş S** *ve ark.*	2019;18:417–424
Güneri B	(*bkz.* Durakbaşa O *ve ark.*)		**Özaksar K** *ve ark.*	2019;18:52–66
Güney A	(*bkz.* Mahiroğulları M *ve ark.*)		**Kanatlı U** *ve ark.*	2019;18:38–47
Güngör BS	(*bkz.* Öztürk R *ve ark.*)		**Arıkan ŞM** *ve ark.*	2019;18:599–606
Gürbüz A	(*bkz.* Bozkurt AK *ve ark.*)		**Özcan S** *ve ark.*	2019;18:114–127
Gürbüz H	(*bkz.* Altıntaş F *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481

Atıfta bulunulan yazar	Çalışma adı	Yıl	Atıfta bulunan yazar(lar)	Atıf yeri
Gürcü T	(*bkz.* Kalenderer Ö *ve ark.* [1])		**Özyalvaç ON** *ve ark.*	2019;18:305–307
Gürsu S	(*bkz.* Sofu H *ve ark.*)		**Erkuş S** *ve ark.*	2019;18:16–31
Güven H	(*bkz.* Öngen G *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Güven M	(*bkz.* Eren A *ve ark.* [2])		**Kalenderer Ö** *ve ark.*	2019;18:350–368
Güven M *ve ark.*	The results of treatment in pediatric Monteggia equivalent lesions.	2008	**Bilgili F** *ve ark.*	2019;18:369–374
Güven Platformu	Ulusal Venöz Tromboembolizm Profilaksi ve Tedavi Kılavuzu –2010.	2010	**Bengisun U**	2019;18:505–513
Haberal B	(*bkz.* Kuru İ *ve ark.*)		**Kayaokay K** *ve ark.*	2019;18:220–236
Haberal B	(*bkz.* Tarğal A *ve ark.*)		**Özyalvaç ON** *ve ark.*	2019;18:305–307
Hakeri H	Tıp Hukuku.	2007	**Kuzgun U**	2019;18:98–101
Halıcı M	(*bkz.* Şahin V *ve ark.*)		**Günay H**	2019;18:425–430
Halıcıoğlu O	(*bkz.* Koç F *ve ark.*)		**Yıldız C** *ve ark.*	2019;18:375–386
Hamzaoğlu A	(*bkz.* Tezer M *ve ark.*)		**Günsen FD** *ve ark.*	2019;18:201–212
Hancı İH	Malpraktis.	2005	**Kuzgun U**	2019;18:98–101
Hancı M *ve ark.*	Omurga ve Omurilik Yaralanmaları. Üst servikal travmalarda tedavi algoritması.	2013	**Erdem MN** *ve ark.*	2019;18:32–37
İlyas AM *ve ark.*	Radiocarpal Fracture-dislocations.	2008	**Özaksar K** *ve ark.*	2019;18:52–66
İlyas G	(*bkz.* Turgut A *ve ark.*)		**Erkuş S** *ve ark.*	2019;18:417–424
İpci FB	(*bkz.* Turgut A *ve ark.*)		**Erkuş S** *ve ark.*	2019;18:417–424

Atıfta bulunulan yazar	Çalışma adı	Yıl	Atıfta bulunan yazar(lar)	Atıf yeri
Irgit KS *ve ark.*	Tendon transfers for peroneal nerve injuries in the multiple ligament injured knee.	2012	**Mermerkaya MU** *ve ark.*	2019;18:71–88
Işık C *ve ark.*	The relationship between incorrect restoration of the joint line and lateral knee pain in patients undergoing total knee arthroplasty.	2014	**Kayaokay K** *ve ark.*	2019;18:220–236
Işık D	(*bkz.* Işık C *ve ark.*)		**Kayaokay K** *ve ark.*	2019;18:220–236
Işık M	(*bkz.* Subaşı M *ve ark.*)		**Erkuş S** *ve ark.*	2019;18:417–424
İşler M	(*bkz.* Uyar M *ve ark.*)		**Irgıt KS** *ve ark.*	2019;18:89–97
Kabukçuoğlu F	(*bkz.* Tezer M *ve ark.*)		**Günsen FD** *ve ark.*	2019;18:201–212
Kabukçuoğlu YS	(*bkz.* Azar N *ve ark.*)		**Atay T**	2019;18:67–70
Kadıoğlu B	(*bkz.* Güven M *ve ark.*)		**Bilgili F** *ve ark.*	2019;18:369–374
Kalenderer Ö	(*bkz.* Ağuş H *ve ark.*)		**Kalenderer Ö** *ve ark.*	2019;18:350–368
Kalenderer Ö	(*bkz.* Turgut A *ve ark.*)		**Erkuş S** *ve ark.*	2019;18:417–424
Kalenderer Ö *ve ark.* **[1]**	Acil servise kırık nedeniyle başvuran çocuk hastalarda kırıkların sıklık ve dağılımı.	2006	**Özyalvaç ON** *ve ark.*	2019;18:305–307
Kalenderer Ö *ve ark.* **[2]**	How should one treat iatrogenic ulnar injury after closed reduction and percutaneous pinning of paediatric supracondylar humeral fractures?	2008	**Kalenderer Ö** *ve ark.*	2019;18:350–368
Kanatlı U	(*bkz.* Eren A *ve ark.* [1])		**Kanatlı U** *ve ark.*	2019;18:38–47
Kanatlı U *ve ark.*	Anterior omuz instabilitesi. İçinde: Kanatlı U, editor. Omuz Hastalıkları ve Artroskopisi.	2017	**Kanatlı U** *ve ark.*	2019;18:38–47
Kapıcıoğlu MS	(*bkz.* Arazi M *ve ark.*)		**Bilgili F** *ve ark.*	2019;18:369–374
Kara S	(*bkz.* Bombacı H *ve ark.* [2])		**Özyalvaç ON** *ve ark.*	2019;18:305–307

Atıfta bulunulan yazar	Çalışma adı	Yıl	Atıfta bulunan yazar(lar)	Atıf yeri
Karaeminoğulları O	(*bkz.* Bilgen O *ve ark.*)		**Karatosun V** *ve ark.*	2019;18:138–150
Karahan M	Anterior omuz instabilitesi: Akut ilk çıkık.	2013	**Kanatlı U** *ve ark.*	2019;18:38–47
Karaismailoğlu B	(*bkz.* Aydın N *ve ark.*)		**Kanatlı U** *ve ark.*	2019;18:38–47
Karakaş E	(*bkz.* Şahin V *ve ark.*)		**Günay H**	2019;18:425–430
Karakılınç H	(*bkz.* Eser S *ve ark.*)		**Göker B** *ve ark.*	2019;18:592–598
Karakuyu A	(*bkz.* Ünal VS *ve ark.*)		**Muratlı HH** *ve ark.*	2019;18:431–442
Karaoğlanoğlu O	(*bkz.* Eser S *ve ark.*)		**Göker B** *ve ark.*	2019;18:592–598
Kayaalp A	Çoklu diz bağ yaralanmalarında ilk değerlendirme ve acil tedavi. İçinde: Tandoğan NR, editör. Diz Bağ Yaralanmaları.	2013	**Mermerkaya MU** *ve ark.*	2019;18:71–88
Kayalı C	(*bkz.* Ağuş H *ve ark.*)		**Kalenderer Ö** *ve ark.*	2019;18:350–368
Kaynar L	(*bkz.* Öngen G *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Kekeç AF	(*bkz.* Öztürk R *ve ark.*)		**Arıkan ŞM** *ve ark.*	2019;18:599–606
Kendir S	(*bkz.* Özkurt B *ve ark.*)		**Özkurt B** *ve ark.*	2019;18:128–137
Kılıçarslan K	(*bkz.* Demirkale İ *ve ark.*)		**Basa CD**	2019;18:102–107
Kılınçoğlu V	(*bkz.* Güven M *ve ark.*)		**Bilgili F** *ve ark.*	2019;18:369–374
Kınık H	(*bkz.* Altıntaş F *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Kızılgül M *ve ark.*	Sakroiliak kemik metastazı ile tanısı konulan hepatosellüler karsinom.	2009	**Arıkan ŞM** *ve ark.*	2019;18:599–606
Koç F *ve ark.*	Which Findings May Suggest Physical Abuse?	2014	**Yıldız C** *ve ark.*	2019;18:375–386

Atıfta bulunulan yazar	Çalışma adı	Yıl	Atıfta bulunan yazar(lar)	Atıf yeri
Kömürcü M	(*bkz.* Demiralp B *ve ark.*)		**Irgıt KS** *ve ark.*	2019;18:89–97
Konal A	(*bkz.* Altıntaş F *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Korkmaz M	(*bkz.* Turgut A *ve ark.*)		**Erkuş S** *ve ark.*	2019;18:417–424
Küçüker ŞA	(*bkz.* Bozkurt AK *ve ark.*)		**Özcan S** *ve ark.*	2019;18:114–127
Kunat C	(*bkz.* Kanatlı U *ve ark.*)		**Kanatlı U** *ve ark.*	2019;18:38–47
Kural C	(*bkz.* Başaran SH *ve ark.* [3])		**Erkuş S** *ve ark.*	2019;18:417–424
Kurtoğlu M	(*bkz.* Demir M *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Kuru İ *ve ark.*	Patellofemoral biyomekanik.	2012	**Kayaokay K** *ve ark.*	2019;18:220–236
Kuşkucu M	(*bkz.* Mahiroğulları M *ve ark.*)		**Kanatlı U** *ve ark.*	2019;18:38–47
Kuzgun U	(*bkz.* Tezer M *ve ark.*)		**Günsen FD** *ve ark.*	2019;18:201–212
Kuzgun Ü *ve ark.*	Sağlık Hukuku El kitabı.	2013	**Kuzgun U**	2019;18:98–101
Mahiroğulları M *ve ark.*	Comparison between the results of open and arthroscopic repair of isolated traumatic anterior instability of the shoulder.	2010	**Kanatlı U** *ve ark.*	2019;18:38–47
Marangoz S	Kemik çimentosu.	2011	**Altıntaş F** *ve ark.*	2019;18:242–245
Mayadağlı A *ve ark.*	Metastatik Kemik Tümörlerine Yaklaşım.	2011	**Arıkan ŞM** *ve ark.*	2019;18:599–606
Memik R	(*bkz.* Altıntaş F *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Muratlı HH *ve ark.*	Recurrent traumatic hip dislocation in a child.	2004	**Günay H**	2019;18:425–430
Müsellim B	(*bkz.* Arseven O *ve ark.*)		**Bengisun U**	2019;18:505–513

Atıfta bulunulan yazar	Çalışma adı	Yıl	Atıfta bulunan yazar(lar)	Atıf yeri
Ofluoglu O	Minimally invasive management of spinal metastases.	2009	**Ofluoğlu Ö** *ve ark.*	2019;18:627–637
Ofluoğlu O *ve ark.*	Diagnosis and planning in the management of musculoskeletal tumors: surgical perspective.	2010	**Arıkan ŞM** *ve ark.*	2019;18:599–606
Öğün TC	(*bkz.* Arazi M *ve ark.*)		**Bilgili F** *ve ark.*	2019;18:369–374
Oğur HU	(*bkz.* Çiçek H *ve ark.*)		**Özkayın N** *ve ark.*	2019;18:170–178
Oğuzkurt L *ve ark.*	Manual aspiration thrombectomy with stent placement: rapid and effective treatment for phlegmasia cerulea dolens with impending venous gangrene.	2008	**Bengisun U**	2019;18:505–513
Okçu G *ve ark.*	Omurga çıkıkları.	2011	**Erdem MN** *ve ark.*	2019;18:32–37
Okumuş NG	(*bkz.* Arseven O *ve ark.*)		**Bengisun U**	2019;18:505–513
Olgun ZD *ve ark.*	Management of Pediatric Ankle Fractures.	2018	**Ertürk C** *ve ark.*	2019;18:450–459
Ömeroğlu H	Basic principles of fracture treatment in children.	2018	**Özkazanlı G**	2019;18:308–312
Ömeroğlu H	(*bkz.* Özçelik A *ve ark.*)		**Kalenderer Ö** *ve ark.*	2019;18:350–368
Onay T	(*bkz.* Erol B *ve ark.*)		**Erol B** *ve ark.*	2019;18:556–565
Önder Ç	(*bkz.* Altıntaş F *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Öneş HN	(*bkz.* Başaran SH *ve ark.* [1])		**Erkuş S** *ve ark.*	2019;18:16–31
Öneş HN	(*bkz.* Başaran SH *ve ark.* [2])		**Günay H**	2019;18:425–430
Öngen G	(*bkz.* Arseven O *ve ark.*)		**Bengisun U**	2019;18:505–513
Öngen G	(*bkz.* Demir M *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481

Atıfta bulunulan yazar	Çalışma adı	Yıl	Atıfta bulunan yazar(lar)	Atıf yeri
Öngen G *ve ark.*	Venous thromboembolism risk and thromboprophylaxis among hospitalized patients: data from the Turkish arm of the ENDORSE study.	2011	**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Özalan S	(*bkz.* Eser S *ve ark.*)		**Göker B** *ve ark.*	2019;18:592–598
Ozbaydar M *ve ark.*	Results of arthroscopic capsulolabral repair: Bankart lesion versus anterior labroligamentous periosteal sleeve avulsion lesion.	2008	**Kanatlı U** *ve ark.*	2019;18:38–47
Özbaydar MU	(*bkz.* Yurdoğlu C *ve ark.*)		**Arıkan ŞM** *ve ark.*	2019;18:599–606
Özben H *ve ark.*	Cisplatin loaded PMMA. mechanical properties, surface analysis and effects on Saos-2 cell culture.	2013	**Ofluoğlu Ö** *ve ark.*	2019;18:627–637
Özben T	(*bkz.* Özben H *ve ark.*)		**Ofluoğlu Ö** *ve ark.*	2019;18:627–637
Özcan D	(*bkz.* Yurdoğlu C *ve ark.*)		**Arıkan ŞM** *ve ark.*	2019;18:599–606
Özçelik A *ve ark.*	Correlation between iatrogenic ulnar nerve injury and angular insertion of the medial pin in supracondylar humerus fractures.	2006	**Kalenderer Ö** *ve ark.*	2019;18:350–368
Özçelik S	(*bkz.* Kızılgül M *ve ark.*)		**Arıkan ŞM** *ve ark.*	2019;18:599–606
Özdemir R	(*bkz.* Eser S *ve ark.*)		**Göker B** *ve ark.*	2019;18:592–598
Özen E	(*bkz.* Eser S *ve ark.*)		**Göker B** *ve ark.*	2019;18:592–598
Özet A	(*bkz.* Sürenkök S *ve ark.*)		**Arıkan ŞM** *ve ark.*	2019;18:599–606
Özgül N	(*bkz.* Eser S *ve ark.*)		**Göker B** *ve ark.*	2019;18:592–598
Öziç U	(*bkz.* Altıntaş F *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Özkan H	(*bkz.* Mahiroğulları M *ve ark.*)		**Kanatlı U** *ve ark.*	2019;18:38–47
Özkan K	(*bkz.* Güven M *ve ark.*)		**Bilgili F** *ve ark.*	2019;18:369–374

Atıfta bulunulan yazar	Çalışma adı	Yıl	Atıfta bulunan yazar(lar)	Atıf yeri
Özkan U	(*bkz.* Oğuzkurt L *ve ark.*)		**Bengisun U**	2019;18:505–513
Özkara E	(*bkz.* Can I⊠Ö *ve ark.*)		**Bengisun U**	2019;18:505–513
Özkaya G	(*bkz.* Şahin N *ve ark.*)		**Yıldız C** *ve ark.*	2019;18:375–386
Özkurt B *ve ark.*	The medial and lateral epicondyle as a reliable landmark for intra-operative joint line determination in revision knee arthroplasty.	2016	**Özkurt B** *ve ark.*	2019;18:128–137
Özkurt B. [1]	Ortopedi ve Travmatoloji'de kronik ilaç kullanımı olan hastaların perioperatif dönemde medikal tedavilerinin yönetimi. İçinde: Özkurt B, editör. Ortopedi ve Travmatoloji'de Kronik İlaç Kullanımı Olan Hastaların Perioperatif Dönemde Medikal Tedavilerinin Yönetimi.	2016	**Özkurt B** *ve ark.*	2019;18:128–137
Özkurt B. [2]	Preventing late hematogenous periprosthetic infections.	2016	**Özkurt B** *ve ark.*	2019;18:128–137
Özturan K	(*bkz.* Demiralp B *ve ark.*)		**Irgıt KS** *ve ark.*	2019;18:89–97
Öztürk C	(*bkz.* Demiralp B *ve ark.*)		**Irgıt KS** *ve ark.*	2019;18:89–97
Öztürk C	(*bkz.* Tezer M *ve ark.*)		**Günsen FD** *ve ark.*	2019;18:201–212
Öztürk İ	(*bkz.* Altıntaş F *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Öztürk İ *ve ark.*	Periprostetik eklem enfeksiyonları (giriş, tanımlama ve sınıflamalar).	2016	**Karatosun V** *ve ark.*	2019;18:138–150
Öztürk R	Kemik ve Yumuşak Doku Tümorleri. İçinde: Atay T, editör. Ortopedi ve Spor Yaralanmaları Asistan Kitabı.	2015	**Arıkan ŞM** *ve ark.*	2019;18:599–606
Öztürk R *ve ark.*	Distribution and evaluation of bone and soft tissue tumors operated in a tertiary care center.	2019	**Arıkan ŞM** *ve ark.*	2019;18:599–606
Pekmezci M	(*bkz.* Atilla B *ve ark.*)		**Özdemir E** *ve ark.*	2019;18:237–241
Pestilci F	(*bkz.* Altıntaş F *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481

Atıfta bulunulan yazar	Çalışma adı	Yıl	Atıfta bulunan yazar(lar)	Atıf yeri
Polat O	Tıbbi Uygulama Hataları.	2005	**Kuzgun U**	2019;18:98–101
Reisoğlu A	(*bkz.* Kalenderer Ö *ve ark.* [1])		**Özyalvaç ON** *ve ark.*	2019;18:305–307
Reisoğlu A	(*bkz.* Kalenderer Ö *ve ark.* [2])		**Kalenderer Ö** *ve ark.*	2019;18:350–368
Sağlam Y *ve ark.*	Analysis of the cause, classification, treatment, outcome and associated injuries of pediatric pelvic ring fractures.	2015	**Erkuş S** *ve ark.*	2019;18:417–424
Şahin A	(*bkz.* Fırat A *ve ark.*)		**Kılınçoğlu V** *ve ark.*	2019;18:340–349
Şahin K	(*bkz.* Erşen A *ve ark.*)		**Kanatlı U** *ve ark.*	2019;18:38–47
Şahin N *ve ark.*	ESIN and K-wire fixation have similar results in pediatric both-bone diaphyseal forearm fractures.	2017	**Yıldız C** *ve ark.*	2019;18:375–386
Şahin V	(*bkz.* Sofu H *ve ark.*)		**Erkuş S** *ve ark.*	2019;18:16–31
Şahin V *ve ark.*	Traumatic dislocation and fracture-dislocation of the hip: a long-term follow-up study.	2003	**Günay H**	2019;18:425–430
Salduz A *ve ark.*	The Local Management of Bone Metastases. In: Aydiner A, İgci A Soran A, editors. Breast Disease, Management and Therapies, Vol 2.	2019	**Civan M** *ve ark.*	2019;18:523–533
Şarkalkan N	(*bkz.* Özben H *ve ark.*)		**Ofluoğlu Ö** *ve ark.*	2019;18:627–637
Şavk Ö	(*bkz.* Altıntaş F *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Selçuk MB	(*bkz.* Dabak N *ve ark.*)		**Arıkan ŞM** *ve ark.*	2019;18:599–606
Şen T	(*bkz.* Özkurt B *ve ark.*)		**Özkurt B** *ve ark.*	2019;18:128–137
Serin E	(*bkz.* Altıntaş F *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Şeşen H	(*bkz.* Demirkale İ *ve ark.*)		**Basa CD**	2019;18:102–107

Atıfta bulunulan yazar	Çalışma adı	Yıl	Atıfta bulunan yazar(lar)	Atıf yeri
Şeşen H	(*bkz.* Tarğal A *ve ark.*)		**Özyalvaç ON** *ve ark.*	2019;18:305–307
Seyfettinoğlu F	(*bkz.* Çiçek H *ve ark.*)		**Özkayın N** *ve ark.*	2019;18:170–178
Sezgin EA *ve ark.*	Nonagenarians qualify for total knee arthroplasty: a report on 329 patients from the Swedish Knee Arthroplasty Register 2000–2016.	2018	**Karatosun V** *ve ark.*	2019;18:138–150
Şimşek A	(*bkz.* Altıntaş F *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Şirvancı M	(*bkz.* Tezer M *ve ark.*)		**Günsen FD** *ve ark.*	2019;18:201–212
Sofu H *ve ark.*	Pure elbow dislocation in the paediatric age group.	2016	**Erkuş S** *ve ark.*	2019;18:16–31
Solakoglu C *ve ark.*	Bilateral traumatic dislocation without fracture of the lumbosacral junction: case report and review of the literature.	2011	**Erdem MN** *ve ark.*	2019;18:32–37
Subaşı M *ve ark.*	Çocukluk çağı pelvis kırıkları.	2008	**Erkuş S** *ve ark.*	2019;18:417–424
Süğün TS	(*bkz.* Yercan HS *ve ark.*[1])		**Akel İ** *ve ark.*	2019;18:179–185
Süğün TS	(*bkz.* Yercan HS *ve ark.*[2])		**Akel İ** *ve ark.*	2019;18:179–185
Süğün TS	(*bkz.* Yercan HS *ve ark.* [3])		**Hürel C** *ve ark.*	2019;18:156–162
Sürenkök S *ve ark.*	Kemik Metastazlı Duodenal Adenokarsinom, Olgu Sunumu.	2005	**Arıkan ŞM** *ve ark.*	2019;18:599–606
Sürer L	(*bkz.* Kalenderer Ö *ve ark.* [2])		**Kalenderer Ö** *ve ark.*	2019;18:350–368
Tabak AY	(*bkz.* Muratlı HH *ve ark.*)		**Günay H**	2019;18:425–430
Tabak Y.	(*bkz.* Özkurt B *ve ark.*)		**Özkurt B** *ve ark.*	2019;18:128–137
Tahta M	(*bkz.* Işık C *ve ark.*)		**Kayaokay K** *ve ark.*	2019;18:220–236

Atıfta bulunulan yazar	Çalışma adı	Yıl	Atıfta bulunan yazar(lar)	Atıf yeri
Tan A	(*bkz.* Uyar M *ve ark.*)		**Irgıt KS** *ve ark.*	2019;18:89–97
Tarğal A *ve ark.*	Pediatrik Yaş Grubunda Acil Serviste 1 Yılda Tespit Edilen Ekstremite Kırıklarının Etiyoloji ve Epidemiyolojisi: 1878 Çocuk İle Çalışma.	2018	**Özyalvaç ON** *ve ark.*	2019;18:305–307
Taşatan E	(*bkz.* Demiralp B *ve ark.*)		**Irgıt KS** *ve ark.*	2019;18:89–97
Tecimel Ö	(*bkz.* Demirkale İ *ve ark.*)		**Basa CD**	2019;18:102–107
Tekcan A	(*bkz.* Özçelik A *ve ark.*)		**Kalenderer Ö** *ve ark.*	2019;18:350–368
Tercan F	(*bkz.* Oğuzkurt L *ve ark.*)		**Bengisun U**	2019;18:505–513
Tezer M *ve ark.*	Intraspinal metalloma resulting in late paraparesis.	2005	**Günsen FD** *ve ark.*	2019;18:201–212
Tokgözoğlu AM	(*bkz.* Atilla B *ve ark.*)		**Özdemir E** *ve ark.*	2019;18:237–241
Topçuoğlu Ş	(*bkz.* Bozkurt AK *ve ark.*)		**Özcan S** *ve ark.*	2019;18:114–127
Topkar MO	(*bkz.* Erol B *ve ark.*)		**Erol B** *ve ark.*	2019;18:556–565
Tözün R	(*bkz.* Altıntaş F *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Tuhanioğlu Ü	(*bkz.* Çiçek H *ve ark.*)		**Özkayın N** *ve ark.*	2019;18:170–178
Tuncer İ	(*bkz.* Kızılgül M *ve ark.*)		**Arıkan ŞM** *ve ark.*	2019;18:599–606
Tuncer M	(*bkz.* Eser S *ve ark.*)		**Göker B** *ve ark.*	2019;18:592–598
Turgut A *ve ark.*	Demographic characteristics of paediatric pelvic fractures:10-years' experience of single paediatric orthoaedics clinic.	2015	**Erkuş S** *ve ark.*	2019;18:417–424
Türk C	(*bkz.* Şahin V *ve ark.*)		**Günay H**	2019;18:425–430

Atıfta bulunulan yazar	Çalışma adı	Yıl	Atıfta bulunan yazar(lar)	Atıf yeri
Türker M *ve ark.*	Diz Çıkıkları: Güncel Kabuller ve Tedavi.	2011	**Elmalı N** *ve ark.*	2019;18:1–10
Türker O	(*bkz.* Şahin N *ve ark.*)		**Yıldız C** *ve ark.*	2019;18:375–386
Türkmen İM	(*bkz.* Bombacı H *ve ark.* [1])		**Günay H**	2019;18:425–430
Uçaner A	(*bkz.* Ünal VS *ve ark.*)		**Muratlı HH** *ve ark.*	2019;18:431–442
Üçüncü N	(*bkz.* Eser S *ve ark.*)		**Göker B** *ve ark.*	2019;18:592–598
Uğraş AA	(*bkz.* Mahiroğulları M *ve ark.*)		**Kanatlı U** *ve ark.*	2019;18:38–47
Ülkü K	(*bkz.* Bombacı H *ve ark.* [2])		**Özyalvaç ON** *ve ark.*	2019;18:305–307
Ünal VS *ve ark.*	Blood loss evaluation in children under the age of 11 with femoral shaft fractures patients with isolated versus multiple injuries.	2006	**Muratlı HH** *ve ark.*	2019;18:431–442
Ünveren Z	(*bkz.* Ünal VS *ve ark.*)		**Muratlı HH** *ve ark.*	2019;18:431–442
Ustaoğlu RG	(*bkz.* Altıntaş F *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Uyar M *ve ark.*	Closed posteromedial dislocation of the tibiotalar joint without fracture in a basketball player.	2004	**Irgıt KS** *ve ark.*	2019;18:89–97
Üzümcügil O	(*bkz.* Azar N *ve ark.*)		**Atay T**	2019;18:67–70
Varol N	(*bkz.* Kuzgun Ü *ve ark.*)		**Kuzgun U**	2019;18:98–101
Yakut C	(*bkz.* Eser S *ve ark.*)		**Göker B** *ve ark.*	2019;18:592–598
Yalçınkaya M	(*bkz.* Azar N *ve ark.*)		**Atay T**	2019;18:67–70
Yavuz U	(*bkz.* Güven M *ve ark.*)		**Bilgili F** *ve ark.*	2019;18:369–374
Yazıcıoğlu L	(*bkz.* Bozkurt AK *ve ark.*)		**Özcan S** *ve ark.*	2019;18:114–127

Atıfta bulunulan yazar	Çalışma adı	Yıl	Atıfta bulunan yazar(lar)	Atıf yeri
Yercan HS *ve ark.* **[1]**	Tibiofemoral instability in primary total knee replacement: A review, Part 1: Basic Principles and classification.	2005	**Akel İ** *ve ark.*	2019;18:179–185
Yercan HS *ve ark.* **[2]**	Tibiofemoral instability in primary total knee replacement: A review, Part 2: Diagnosis, patient evaluation and treatment.	2005	**Akel İ** *ve ark.*	2019;18:179–185
Yercan HS *ve ark.* **[3]**	Stiffness after total knee arthroplasty: prevalence, management and outcomes.	2006	**Hürel C** *ve ark.*	2019;18:156–162
Yıldırım C	(*bkz.* Öngen G *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Yıldırım S	Total diz protezi komplikasyonları.	2007	**Özkurt B** *ve ark.*	2019;18:128–137
Yıldırım T	(*bkz.* Sofu H *ve ark.*)		**Erkuş S** *ve ark.*	2019;18:16–31
Yıldırım Y *ve ark.*	Calcaneocuboid joint dislocation: a case report.	2014	**Irgıt KS** *ve ark.*	2019;18:89–97
Yılmaz A	(*bkz.* Öngen G *ve ark.*)		**Koçyiğit A** *ve ark.*	2019;18:473–481
Yöney A	(*bkz.* Yurdoğlu C *ve ark.*)		**Arıkan ŞM** *ve ark.*	2019;18:599–606
Yorulmaz E	(*bkz.* Kızılgül M *ve ark.*)		**Arıkan ŞM** *ve ark.*	2019;18:599–606
Yurdoğlu C *ve ark.*	Uzak kemik metastazı görülen bir medullablastom olgusu.	1996	**Arıkan ŞM** *ve ark.*	2019;18:599–606
Zemheri E	(*bkz.* Kızılgül M *ve ark.*)		**Arıkan ŞM** *ve ark.*	2019;18:599–606
Zümrüt M	Epidemiological Evaluation of Fractures in Children Presenting to the Emergency Service.	2014	**Özyalvaç ON** *ve ark.*	2019;18:305–307