

GÖĞÜS HASTALIKLARINDA BİLİRKİŞİLİK

GÖĞÜS HASTALIKLARINDA BİLİRKİŞİLİK



Editörler

Prof. Dr. Arzu Mirici

Dr. Öğr. Üyesi Esin Akgül Kalkan



Mirici ve Kalkan



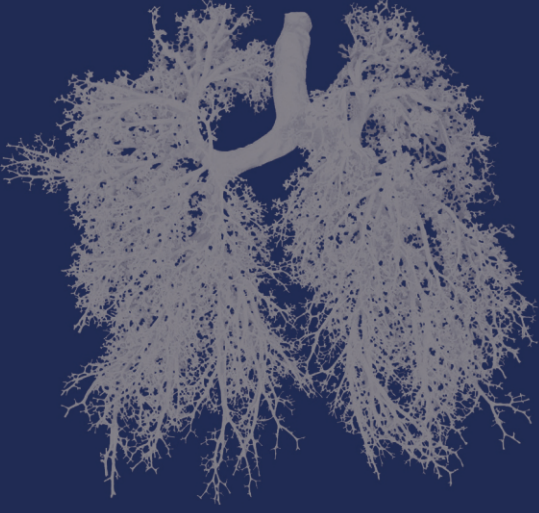
Türkiye
Solunum
Araştırmaları
Derneği

ISBN: 978-605-89519-3-8
> solunum.org.tr



TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi

GÖĞÜS HASTALIKLARINDA BİLİRKİŞİLİK



Editörler

Prof. Dr. Arzu Mirici

Dr. Öğr. Üyesi Esin Akgül Kalkan



TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi

© 2018 TÜSAD | Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği
TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi - 21

GöğüS HASTALIKLARINDA BİLİRKişİLİK

Editörler: Prof. Dr. Arzu Mirici, Dr. Öğr. Üyesi Esin Akgül KALKAN

Grafik-Tasarım: Kadir KUTMAR

Tüm hakları saklıdır. Telif hakkı sahibinin izni olmaksızın yayının hiçbir kısmı elektronik, mekanik, fotokopi ve benzeri yollarla aktarılamaz, yayımlanamaz ve yeniden kullanımını sağlayan bir sistemde saklanamaz.

Bu kitapta yer alan bilgilerin doğru olması için azami ęaba gösterilmiş olsa da, nihai sorumluluk yazara aittir. Kitaptaki bilgilerin kullanılmasından kaynaklanan hatalardan ya da herhangi bir sonuğtan yayımcılar ve yazarlar sorumlu değildir.

ISBN: 978-605-89519-3-8

Yayın Tarihi: Eylül 2018

Yazarlar

Dr. Öğr. Üyesi Esin Akgül KALKAN

*Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Adli Tıp Anabilim Dalı, Çanakkale*

Doç. Dr. Özlem Kar Kurt

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İş ve Meslek Hastalıkları BD, Ankara*

Prof. Dr. Arzu MİRİCİ

*Onsekiz Mart Üniversitesi,
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Çanakkale*

Prof. Dr. Işıl PAKİŞ

*Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi
Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul*

Prof. Dr. Oğuz POLAT

*Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi
Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul*

Av. Zeynep REVA

*LL.M. Acıbadem Sigorta - Hukuk, Uyum ve Rücu Müdürü,
İstanbul*

İçindekiler

| | |
|---|-----------|
| YAZARLAR | 3 |
| ÖNSÖZ | 4 |
| Bölüm 1: Tıbbi Uygulama Hataları | 7 |
| Prof. Dr. Oğuz Polat | |
| Bölüm 2: Göğüs Hastalıklarında Tanı ve Tedavi Hataları | 20 |
| Prof. Dr. Arzu Mirici, Dr. Öğr. Üyesi Esin Akgül Kalkan | |
| Bölüm 3: Aydınlatılmış Onam | 29 |
| Prof. Dr. Işıl Pakiş | |
| Bölüm 4: Yargıya Yansımış Göğüs Hastalıkları Olgularında | 44 |
| Uzman Görüşü Oluşturulması | |
| Prof. Dr. Oğuz Polat | |
| Bölüm 5: Göğüs Hastalıklarında Maluliyet Hesaplanması ve | 51 |
| Karşılaşılan Sorunlar | |
| Doç. Dr. Özlem Kar Kurt | |
| Bölüm 6: Tıbbi Uygulama Hatalarında Hukuksal Boyut ve | 57 |
| Bilirkişilik Düzenlenmeleri | |
| Av. Zeynep Reva | |
| Bölüm 7: Göğüs Hastalıklarında Adli Rapor Yazımı | 69 |
| Dr. Öğr. Üyesi Esin Akgül Kalkan | |

Önsöz

Değerli Meslektaşlarımız,

Bu kitap, farklı Üniversitelerin Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ve Adli Tıp Anabilim Dalları Öğretim Üyeleri ile bilirkişilik alanında uzman Avukat yazarların katkılarıyla hazırlanmıştır. Birçok farklı yazarın, geniş bir perspektif ile sundukları bilgi birikimi ve deneyimlerini içeren bu kitap, tıbbi açıdan oldukça zengin bir kapsama sahip olmuştur.

Mesleki yaşantımızda, klinik uygulamaların yanısıra, tıbbi uygulama hatalarının değerlendirilmesi ve adli rapor yazma gibi temel başlıklarda, bilirkişik hizmeti vermek de gerekli olabilmektedir. Bu kitapta, göğüs hastalıkları alanına özgü konularda bilirkişili incelemesi yapacak hekimlere, konuyla ilgili temel kavram ve yaklaşımlar disiplinler arası bir bakış açısıyla sunulmaya çalışılmıştır. Göğüs hastalıklarında bilirkişilik başlığı altında en sık karşılaşılabilecek konuları içeren ve alanında ilk olan bu kitabın, araştırma görevlileri ve uzman doktorlar için bir kaynak doküman olacağı inancındayız.

Göğüs Hastalıklarında Bilirkişilik kitabının ortaya çıkmasında, büyük gayret gösteren, çok değerli bilgi, birikim ve deneyimlerini bu kitaba aktaran, saygıdeğer yazarlarımıza çok teşekkür ediyoruz.

Bu kitap Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği Eğitim Kitapları Serisi içerisinde yer almaktadır. Kitabın çıkmasında maddi manevi desteklerini esirgemeyen Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği Merkez Yönetim Kurulu'na, İdari Yöneticisi Hatice Yıldırım Somuncu'ya teşekkür eder, kitabın Türk Tıbbına yararlı olmasını içtenlikle dileriz.

Dr. Öğr.Üyesi Esin Akgül Kalkan

Prof.Dr. Arzu Mirici



Tıbbi Uygulama Hataları

Prof. Dr. Oğuz Polat

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul.

Tıbbi uygulama hataları her geçen gün artarak karşımıza çıkan bir olgudur. Tıbbi uygulamada hekim başta olmak üzere sağlık personeli, hasta ve hastane veya sağlık kuruluşu olmak üzere temelde 3 aktör olduğu görülmektedir. Genel olarak malpraktis olarak isimlendirilen tıbbi uygulama hataları tıbbin temel ilkesi olan "önce zarar verme" ilkesine aykırı tüm davranışları kapsayan bir durumdur.

Malpractice Latince "Mala Praxis" sözcüklerinden köken alır. İlaç kullanımından hastane enfeksiyonlarına kadar tıbbi bakımın her aşamasında ortaya çıkabilecek ve hastaya zararı dokunan tıbbi kusur veya hataları kapsamına almaktadır. (1)

Dünya Tabipleri Birliği'nin (The World Medical Association) 1992 yılındaki 44. Genel Kurulu'nda "Tıpta Yanlış Uygulama" konulu bir tebliğ yayınlanmıştır. Bu tebliğde tıbbi uygulama hataları "hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar" olarak tanımlamıştır. Dünya Tabipleri Birliği bu açıklamayı bu konuya ilişkin davaların sayısının çok artması nedeniyle yapmak zorunda kalmıştır.(2)

Tıp uygulamalarında ilk kriter bu hizmeti almaya gelen hastanın durumudur. Hasta; iyileşebilir, aynı kalabilir ya da kötüleşebilir. Hekimin performansı ve kararları dışında değerlendirilecek başka faktörler de bu durumu etkileyebilmektedir. Negatif bir sonuç tek başına tıbbi uygulamada bir ihmal, hata olduğunu kanıtlamaya yeterli değildir. Bir olguyu tıbbi uygulama hatası kategorisinde değerlendirebilmek için Dünya Tabipleri Birliği'nin yukarıda da verilen tanımındaki; "hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar" kapsamında olması gerekmektedir.

Bu olgularda tıbbi bilirkişiler belirleyici görev yapmaktadır. Yapılan eylemin ve sonuçlarının standart uygulama prosedürleri kapsamında verilip verilmediğinin

değerlendirmesini objektif ve bilimsel çerçevede güncel bilgilere dayanarak yapmak tıp bilirkişisinin temel görevidir. Burada aranan hastada bir zarar ortaya çıktığında, bunun tıbbi uygulamadan kaynaklanıp kaynaklanmadığını ve bu uygulamanın kusurlu olup olmadığını belirlemektir.

Ortaya çıkan zarar, uygulamanın; "tıp biliminin bu gün ulaştığı bilimsel ve teknik düzeyi, uygulamanın yapıldığı ortamın koşulları, uygulamayı yapanın eğitim düzeyi göz önünde bulundurulduğunda; aynı ortam koşullarında, aynı yetkinlik düzeyinde bir hekimin göstermesi gereken özen gösterildiği halde" öngörülemez bir sonucu ise bu istenmeyen sonuçtur ve hekimin bunda sorumluluğu yoktur. (3)

Her uygulamada ve eylemde olduğu gibi tıbbi uygulamada da riskler bulunabilmektedir. Bu açıdan da tıbbi uygulamalar bu riskler göze alınarak, yarar - zarar dengesi gözetilerek yapılır. Kesin ortaya çıkacağı veya çıkma ihtimali bulunduğu bilinen yani öngörülebilir riskler, uygulama belirgin derecede hasta yararına ise uygulamanın yapılmasına engel kabul edilmez. Hekim, hastanın bilgisi dahilinde (aydınlatılmış onam) olması durumunda, bu zararların ortaya çıkmasından sorumlu değildir. Hukukta "izin verilen risk" olarak ifade edilen bu kavramın tıpta karşılığı komplikasyondur. Komplikasyon tıbbi uygulama hatalarında çok önemli bir kavramdır. Çünkü bilirkişinin ilk görevlerinden birisi ortaya çıkan zararın gerçekten hata mı yoksa komplikasyona mı bağlı olduğunu ortaya çıkartmak ve ortaya çıkan zararın beklenebilir ama önlenemeyen bir hata grubu kapsamında yani komplikasyon olduğunu referanslara dayanarak söyleyebilmesidir.(4)

Hekim ya da sağlık çalışanlarının, tıbbi uygulamaları sırasında hastada oluşturdukları her türlü zarar iyatrojenez olarak isimlendirilir. İyatrojenez kavramı içinde olmak üzere, tıbbi uygulamanın bakım standartlarına uygun olmasına rağmen ortaya çıkabileceği ilgili çevrelerce kabul edilmiş olan veya her türlü tedbirin alınmasına rağmen ortaya çıkmasından kaçınılamayan zararları komplikasyon olarak; ihmal, bilgi ve beceri eksikliği vb. nedenlerle ortaya çıkan bakım standartlarından sapmayı da içeren ve hastada bir zararla sonuçlanan, hatalı olduğu kabul edilen tıbbi uygulamaları ise tıbbi uygulama hatası olarak kabul etmek gerekmektedir. (5)

Bakım standardı ve özen eksikliği tıbbi uygulama hataları olgularında çok belirleyici kriterlerdir. Tıp biliminin ulaştığı bilimsel ve teknik düzey, uygulamanın yapıldığı ortamın koşulları, uygulamayı yapanın eğitim düzeyi göz önünde bulundurulduğunda, aynı ortam koşullarında, aynı yetkinlik düzeyinde bir hekimin göstermesi gereken özen, bakım standardı olarak adlandırılır. Hekim; görevlerini yerine getirmediği ve uygulamalarında bakım standardından saptığı durumlarda sorumlu olacaktır. (6)

Bakım standartlarının belirlenmesinde belli kriterler göz önüne alınır:

- 1-Ortam koşulları (uygulamanın yapıldığı yerin teknik donanım olarak uygulamanın yapılmasına uygun olup olmadığı),
- 2-Uygulamanın acil ya da elektif hangi koşulda yapıldığı,
- 3-Kişinin yetkinlik düzeyi göz önünde bulundurulur.

Kurumun sorumluluğu da hekim kadar fazladır. Hep hekim üzerinden bir tartışma yapılmaktaysa da tıbbi uygulamanın yapıldığı kurumun sorumluluğu da çok fazladır. Özellikle tazminat davalarında görüldüğü üzere hastanelerin sorumlulukları hukuksal metinlerde çok net olarak belirtilmektedir. (7)

Tıbbi uygulama hataları tıbbın her alanında ve hastanelerde, hemşirelik hizmeti ve ayakta tedavi hizmeti verilen bütün alanlarda görülebilmektedir. Bu yüzden de konu ile ilgili araştırmaların çok çeşitli metotlar kullanmaları ve geniş bir sonuç dizini bildirmeleri şaşırtıcı değildir. Tıbbi Uygulama hatalarına sıklıkla rastlanmaktadır ve bunlar her sağlık kuruluşunun en büyük sorunudur. (8)

Göğüs hastalıkları, özellikle kronik hastalıkların çok daha fazla görüldüğü bir uzmanlık alanıdır. Solunum gibi çok önemli bir fonksiyonu kısıtlayabilmesi hastayı konforsuz ve huzursuz konuma sokabilmektedir. O yüzden de hekimle iletişim ve bakım ve özen hastanın çok beklediği hekim yaklaşımlarının başında gelmektedir. (9)

Tıbbi uygulama hataları çok farklı şekillerde görülebilmektedir. Ancak başlıca hata tipleri olarak şunlar sıralanmıştır;

Başlıca şu tip hataların meydana geldiği görülmektedir: (3)

- 1-İletişim Eksiklikleri ve Kayıt Hataları
- 2-Yetki Sınırlarının Aşılması ve Konsültasyonda Hatalar
- 3-Aydınlatma ve Onamda Hatalar
- 4-Tanı Hataları
- 5-Hatalı Karar
- 6-Girişim Hataları ve Teknik Hatalar
- 7-Terk Etme ve Özen Eksikliği

1- İletişim Eksiklikleri ve Kayıt Hataları :

İletişim eksikliği çok temel bir problemdir. Her alanda olduğu gibi hekim ile hasta ilişkisinde iletişimin yetersizliği bir çok soruna yol açabilmektedir. Sadece hekim değil hemşire ile de iletişimde problem yaşanması sorunlara yol açabilmektedir.

Temel iletişim problemleri;

- 1-Hasta ile hekim arasında uyumlu ilişkinin olmaması,
- 2-Hasta ile bağlantının kopuk olması ve
- 3-Hasta ile ilgili diğer hekimler ve konsültanlarla bağlantının yetersiz olması

Hekimlerin çalıştıkları hastanelerdeki tıbbi uygulamaları belirleyen kuralları bilmeleri önkoşuldur. Bu kurallara uyulmaması, kötü sonuçlara yol açabilir. Günümüzde en büyük problemlerden birisi telefonla iletişim kurulmasıdır. Ancak bazı durumlarda hastaya tıbbi öneriler ve reçetelerin düzenlenmesiyle ilgili telefon konuşmaları yapmak gerekebilir. Bu da daha sonra problemlere yol açabilmektedir. Çoğunluğu kaydedilmeyen bu konuşmalar ve verilen talimatlarla ilgili iddialar ortaya çıkabilir. Bundan kaçınmak için hastaya yapılan açıklamalarla ilgili görüşmeler ses kaydına alınmalıdır. Diğer hastane personeli ya da tedavi ile ilgili personelle yapılan konuşmalar da yanlış anlaşılma ve yanlış uygulama durumlarında sorun yaratabilir. Bu nedenle verilen talimatların tam ve doğru olarak anlaşıldığı ve kaydedildiğinden emin olunmalıdır.

2- Yetki Sınırlarının Aşılması ve Konsültasyon:

Günümüzde tıp uzmanlık alanlarında çok detaylı çalışmalar yapmaktadır. Bu da ancak hekimlerin belli bir alanda bilgili ve yetkili olmalarına neden olmuştur. Bu sebeple hastada kendi bilgisinin dışında bir problemle karşılaşırsa konunun uzmanı başka hekime danışmalıdır. Bu konsültasyon aşaması önemlidir. Özellikle tıbbi uygulama hatalarında hukuk konsültan hekimin yaptığı hatalarda onu çağıran hekimin sorumlu olacağını ve cezai işleme tabi olacağını belirtmektedir. Hekim, kendi uzmanlık alanı dışındaki konularda yetki sınırlarını aşmamalıdır. Hekimler hastaları için seçtikleri konsültanların hatalarından sorumlu tutulabilir. Konsültanın görevi ve yorumları ile ilgili sorunlar ortaya çıktığında, konsültan ile birlikte ona başvuran hekimin de sorumluluğu bulunmaktadır.

3- Aydınlatma ve Onam:

Tıbbi uygulama hatalarındaki ilk aşama aydınlatılmış onam kısmıdır. Bu çok önemlidir. Hastanın kendisine yapılacak işlemler hakkında bilgilenmesi, anlayabilmesi ve kendi hür iradesiyle olur vermesi önemlidir. Bu aşamanın yapılmadığı olgularda tüm işlemlerin doğru yapılması halinde bile eğer imzalı aydınlatılmış onam belgesi alınmadıysa hekim ve hastane suçlu duruma düşecektir. Hasta planlanan tedavi hakkında yeterince aydınlatılmadığı gerekçesi ile dava açabilir. Örnek olarak, herhangi bir tıbbi sorun nedeniyle ilaç kullanan ve bu esnada gebe kalan bir kadın ilacın kullanımının yol açabileceği konjenital anomali riski konusunda bilgilendirilmelidir. Hekim hastasından ilaç kullanımı, sigara ve alkol alımı konusunda ayrıntılı bir anamnez almalı ve hastayı bu maddelerin kullanımının getirdiği riskler açısından uyarmalıdır. (10)

4- Tanı Hataları:

Hekim hastasına her durumda kesin tanı koyamayabilir. Ancak, eldeki olanaklarla tanı konulabilecek olan bir hastalığın tanısının konamaması önemli bir tıbbi hata uygulamasıdır.

5- Hatalı Karar:

Hekimin belki de en büyük sorumluluğu bu alanda olmaktadır. Özellikle cerrahi dallarda ameliyat kararlarında yanlış yapmamak önemlidir. Hasta için doğru karar verilmelidir. Dahili bilimlerde ise özellikle ilaç seçimlerinde ve birden fazla ilaç kullanımında ilaç etkileşimleri açısından dikkatli olunmalıdır.

6- Girişim Hataları ve Teknik Hatalar:

Bu kategorideki hatalar özellikle girişimsel tıp alanında görülen hataları kapsamaktadır. İkinci boyutu da tıp uygulamalarında kullanılan ekipmanlardan kaynaklanan hatalardır. Bu hatalar üretim aşamasında meydana gelebilmektedir. Ancak çok sayıda kullanım hatasına da bağlı oluşabilmektedir.

7- Terk Etme ve Özen Eksikliği:

Hastanın sadece teşhisini koyarak ilacını vermek hekimlik uygulamasında yeterli değildir. Sağlık bakımı sürekli olduğu için hekimin hastasıyla sürekli iletişim halinde olabilmesi takip sürecini önemsemesi gerekmektedir. Özellikle akciğer hastalıkları gibi kronik ve süregelen hastalıkların daha sık görüldüğü uzmanlık alanlarında bu daha da önem kazanan bir durumdur. Hasta bakımının sağlanamadığı, hekimine ulaşamadığını düşündüğü durumlarda şikayetçi olabilmektedir. Bu tip iddiaların temeli, tıbbi özenin devam etmesinin gerekli bulunduğu bir sırada hekimin geçerli bir bildirimde bulunmadan veya yerine yeterli bir tıbbi bakım sağlayacak olan birisini bırakmadan, hekim-hasta ilişkisini kesmesine dayanmaktadır. Mahkemeler, sürekli tedavi gereksinimi gösteren hastalarda bu durumdan şikayet eden hastaların şikayetlerine gerektiği şekilde karşılık vermeyen bir hekimi sorumlu tutma eğilimindedir. Hastanın durumu gerektirdiği halde hastayı başka bir hekime emanet etmeden ayrılmak, hemşire çağırdığı halde hastayı görmemek, hastayı gerekli acil müdahaleyi yapmadan veya hiç muayene etmeden sevk etmek de sık rastlanılan hatalardır.

Tıbbi uygulama hatalarıyla çok farklı boyutlarda ve her tür girişimde karşı karşıya gelinbilir. Bu konudaki olgulara bilimsel yaklaşımda hataların kategorize edilmesi ilk aşamayı oluşturmaktadır. Yapılan hataları daha genel olarak şu alt başlıklarda incelemek mümkündür:(3)

1-Yargı hatası: Bilgi eksikliği, kasıt ve ihmale bağlı hatalar

2-Mekanik Hatalar: Ekipmanla ilgili hatalar

3-Teknik hatalar: Tıbbi tekniği uygularken oluşan hatalar

4-Beklenti hataları: Hastaya olacakları anlatırken saptırarak veya saklayarak farklı beklentilere sokma

5-Sistem hataları: Kişiden değil uygulama şeklinden veya kurumlardan kaynaklanan hatalar

Tıbbi uygulama hataları, klinik, etik ve hukuksal boyutları ve klinik risk yönetimi boyutu ile, hekimlik mesleğinin çok kapsamlı, ama öte yandan bazı bakımlardan da belirsizliğini koruyan konularındandır. Konuya çok boyutlu bir perspektifle bakılmadıkça, sorunların doğru tanımlanması ve dolayısıyla doğru çözümler üretilmesi olanaksız olacaktır.

Bu konunun çok boyutlu ele alınmasını gerekli kılan başka karmaşık durumlar da bulunmaktadır. Bunların başında reklam konusu gelmektedir. Tıbbi uygulama ve ürünlerin reklam kampanyalarıyla kamuoyuna duyurulmasıyla giderek daha fazla karşılaşılmaktadır. Bu "reklam kampanyalarının" içeriklerindeki hata, eksiklik ya da saptırmalar, bu uygulamaları talep etmeye başlayan geniş kitleleri ilgilendirmekte ve bazı temel kavramları açığa çıkarmayı gerekli kılmaktadır. Tıbbi uygulama hataları olgularını hukuki, tıbbi etik, klinik ve sosyal prosedür açısından değerlendirmek önemlidir.

A- Hukuki Boyut

Bir tıbbi uygulama hatası davası hekimi iki şekilde ilgilendirir. Bunlardan en önemlisi, hekimin bu davanın taraflarından biri olarak dava edilen konumunda olduğu durumdur. Diğerisi ise hekimin bir tıbbi uygulama hatası davasında bilirkişi olarak görevlendirilmesidir. Her iki durumda da hekim, tıbbi uygulama hatasının ne olduğu konusundaki etik yargılar ve hukuki düzenlemeler konusunda bilgi sahibi olmalıdır. Bu bilgi aynı zamanda hekimin günlük uygulamalarında hatalardan ve dava edilmekten kaçınması için gerekli düşünsel yetiyi edinmesinde de gereklidir.

B- Etik Boyut

Etik açıdan hekimin hasta ile ilişkisinden doğan görevleri kısaca etik ilkelere uygun hareket etmek olarak tanımlanabilir. Başka bir deyişle hekimin etik görevleri etik ilkelere temel alan görevlerdir. Tıbbi uygulamanın etik bir uygulama olarak kabulü, etik ilkelere uygun olmasını gerektirir. Etik ilkeler kısaca; yararlılık ilkesi, zarar vermeme ilkesi, özerkliğe saygı ilkesi ve adalet ilkesi olarak sayılabilir.

Hekimin etik görevlerinden biri hastasına yararlı olmak, zarar vermemektir. Günümüzde yalnızca yararlı olmak değil, en az zararla en fazla yararı elde etmek çabasını gerektirir. Bilinen yerleşmiş uygulamalar arasından hasta için en yararlı ve en az zararlı olanı seçmeyi gerekli kılar. Hekim tıp uygulamasının yerleşmiş kurallarını öğrenmeli, bilmeli, bunlara uygun hareket etmeli, bunlar arasında duruma en uygun olanları seçip hastaya önerebilecek, hastanın onamını alarak doğru ve eksiksiz biçimde uygulayabilecek yetkinlikte olmalıdır. Toplum yaşantısı statik olmadığı gibi, tıbbi uygulamalar da statik değildir. (11)

“Hasta hakları” ile ilgili ilk çalışmaların 1970’lerde Amerika Birleşik Devletleri’nde başladığı görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri’nde 1970’li yılların başında mahkeme kararlarında hekim-hasta ilişkisinin bir iş ilişkisi olmadığı, güvene dayanan bir ilişki türü olduğuna değinilmektedir. Buna göre hasta, devlet tarafından tıbbi uygulama yetkisi verilmiş kişiden (hekim) yardım talep eder. Hekimin bu talebi karşılamak üzere faaliyetlerde bulunması sırasında hekime bazı sorumluluklar yüklenmektedir. (3)

Bu genel gelişmelerin ardından hasta hakları konusunda uluslararası bildirgeler de yayınlanmıştır: Dünya Tıp Birliği’nin Eylül-Ekim 1981’de Portekiz Lizbon’da gerçekleştirdiği 34. Genel Kurulu sonucu “Lizbon Bildirgesi”, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bürosu’nun 28-30 Mart 1994’te Amsterdam’da kabul edilen Avrupa’da Hasta Haklarını Geliştirilmesi Bildirgesi (Amsterdam Bildirgesi) ve Dünya Tıp Birliği’nin 1995’te Bali’de gerçekleştirdiği toplantı sonucu Lizbon Bildirgesi II Belgeleri bu konuda önemli belgelerdir (12).

Bu sorumlulukların içinde hekimin tıbbi müdahaleden önce hastayı girişilecek müdahale, bunun yarar ve sakıncaları konusunda aydınlatması da vardır. Hasta, aydınlatma sonucunda müdahaleye onam verirse tıbbi müdahalenin gerçekleştirilebileceği ifade edilmiştir. Böylece önemli bir hasta hakkı olan bilgilendirilmiş/aydınlatılmış onam hakkı, yargısal metinlerde yer almaya başlamıştır. Daha önceleri hekimler tarafından önemsenmeyen aydınlatılmış onam

hakkı, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki mahkeme kararları ile hasta ve hekimler tarafından bir etik kural olarak benimsenmiştir.

Tıbbi uygulama hatalarının ilk olarak gündeme geldiği Amerika'da şu andaki duruma baktığımızda ise, sigorta primlerinin aşırı artmasının ve doktordan alınan ağır tazminatların doktorluğun cazip bir meslek dalı olmaktan çıkardığı, özellikle tıp fakültesi mezunlarının riski yüksek ihtisas dallarını seçmekten kaçınmaları sonucunu yarattığı görülmektedir (13).

Hasta hakları konusunda yayınlanan bildirgeler bazı konularda farklı yaklaşım içerisinde olsa da aynı hakları korumaya yönelik amaçlar taşır. Bu bildirgelerin önemi, ülkelerin hasta haklarının sağlanması yönündeki çalışmalarına öneriler sunup, bu konuda yol gösterici olmalarıdır (14).

Hekim sorumluluğu tıbbi etiğin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Hekimin, mesleki uygulamalar sırasında sorumlu sayılabilmesi için, ödevlerini tanımlamak ve bu ödevlerin yerine getirilip getirilmediğini saptamak gerekecektir (15,16).

Bu ödevler şu şekilde özetlenebilir:

- Hekimin hukuksal bakımdan hastaya bakmaya "yetkili" olması,
- Hekimin mesleki ve bilimsel bakımdan hastaya bakmaya "yeterli" olması,
- Hekimin hastasıyla olan ilişkisinde tıbbi, etik ve hukuksal olarak mesleki ilkelere bağlı olması,
- Hekimin tıbbi girişimlerinde tıbbi, etik ve hukuksal olarak uygun ve doğru hareket etmesi,
- Her türlü girişim için hastasının aydınlatılmış onamını almış olması.

C- Klinik Boyut

Bir tıbbi uygulama hatası olgusunda, hekimin yaptığı uygulamayı değerlendirmede var olan tıbbi bilgi, beceri ve deneyim birikimi soruşturulurken, hekimin öncelikli olarak içinde bulunduğu durum da dikkate alınmalıdır. Bu konuda cevaplandırılması gereken bazı temel sorular şunlardır (16):

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

Bu sorular, konunun ele alındığı ayrıntı düzeyine bağlı olarak çok fazla artırılabilir. Burada en temel ve ilk cevaplanması gereken sorular tanımlanmıştır. Genel olarak değerlendirmek gerekirse, hekimin klinik olarak tanı ve tedaviye giden bu süreçte bir kaç noktada kritik önemde hata yapabileceği görülmektedir:

Hatalı Tanı

Bazı durumlarda hekim hastasına hatalı olarak, olmayan bir hastalığa ait bir tanı koyabilir; buna bağlı olarak yan etkilerini göze alarak bazı ilaçları uygulayabilir. Hatta hatalı biçimde daha büyük risk ve olumsuzluk taşıyan gereksiz bir ameliyat uygulayabilir. Ya da bunun tersi bir durum olabilir: Hekim hastasını aslında hasta olduğu halde hatalı olarak sağlıklı bulabilir, hasta eve gittikten bir süre sonra, bu hastalığın zamanında tanınıp tedavi altına alınmamış olmasından kaynaklanan bir olumsuzlukla karşılaşabilir.

Hatalı Tedavi

Bazı durumlarda tanı doğru olabilir, ama hekimin uygun bulduğu ve uyguladığı tedavi, geçerli tıbbi bilgiler ışığında uygunsuz ya da yetersiz olabilir. Bu durumda da hasta bu uygulamadan önemli zararlara uğrayabilir. Bu durumun da değişik olasılıkları bulunmaktadır: Bazen tedavi seçimi tümüyle yanlıştır. Bazense uygulanan tedavi de tedavi seçeneklerinden biri olabilir: Ama bu eski bir uygulama olabilir ya da hastanın durumunda başka bir tedavi daha öncelikli olarak seçilmek zorunda olabilir.

Önlenebilir Bir Olumsuzluğa Öngörememek, Tanıyamamak ya da Önleyememek

Bazı durumlarda tıbbi uygulamaların bazı olumsuz sonuçları olabileceği baştan bilinmektedir. Konuyu güçleştiren nokta da budur. Eğer bu olumsuzluklar göze alınamazsa, tıbbi uygulamaların neredeyse hiçbiri gerçekleştirilemez. Bu bir değerlendirme sorunudur. Ancak, ortaya çıkabilecek sorunların önceden kestirilebildiği durumlarda, mutlaka her bakımdan önlemler alınmalıdır. Hastadan yeterli bir öykü alındığını, yeterli fizik muayene yapıldığını, gerekli testlerin uygulandığını, teşhiste ve tedavi seçiminde hata yapılmadığını varsaysak bile, uygulanan ilacın çok nadir de olsa karşılaşılabilecek yan etkilerinin giderilebilmesi için gerekli bilgi, beceri, deneyim, alet ya da ilaçların hazır olmaması, hastanın zarar görmesine neden olabilir. Ancak bazı acil durumlarda hekim, yapacağı girişimin yaşam kurtaracağına hükmederse, muhtemel yan etkilerini ya da olumsuz sonuçları göze alarak, bu müdahaleyi uygulayabilir. Bu tür durumlarda bu riskler sonradan ortaya çıksa bile, hekimin haklılığı klinik olarak savunulabilecektir.(17)

Hekimin klinik olarak tanı ve tedaviye giden süreçte hangi noktalarda kritik önemde hata yapabileceği konusu, klinik alanlara göre tıbbi uygulama hataları bölümünde geniş olarak irdelenecektir.

Klinik Risk Yönetimi

Klinik risk yönetimi şekli ya da fonksiyonu ilgili terimler ile tanımlanabilir veya belirlenebilir. Klinik risk yönetimi üç ana aşama ile açıklanabilir.

- * Riskin tanımlanması
- * Riskin analizi
- * Riskin kontrolü

Sağlık hizmetlerinde risk yönetiminin, fonksiyon ile ilgili terimlerle tanımlanması daha uygundur. Bu fonksiyonun risk maliyetlerinin düşürülmesi ve organizasyonun kendisini korumaktan daha çok kalitenin geliştirilmesi ve hastaların korunmasına odaklanmasını sağlamak gerekir. Örneğin klinik risk yönetimi sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasını amaçlayan bir dizi organizasyonel sistemin ya da yöntemin bir parçası olarak görülebilir. Ancak öncelikli kaygısı bakımın güvenlik sistemlerinin tasarlanması ve korunmasıdır. Yöntemler aynı olsa da – riski tanımlama, analiz, ve kontrol – amaç çok farklıdır.

Klinik Risk Yönetiminin Gerekliliği

Amerika Birleşik Devletleri gibi gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinde risk yönetimi sistemleri otuzbeş yıldan beri yaygın olarak uygulanmaktadır. Gerçekten de son yirmibeş yıldır klinik risk yönetimine olan uluslararası ilgi artmıştır. Avrupa'nın pek çok ülkesinde ve başka yerlerde bu konuda bariz gelişmeler görülmüştür (18).

Klinik ihmal davalarındaki artan düzeyin, risk düzeyindeki artışı mı gösterdiği yoksa talihsiz olaylar sonucu yaralanan hastaların sayısındaki artışı mı işaret ettiğini söylemek çok zordur. Bakım sistemlerindeki karmaşıklığın arttığı ve bakım adımlarının hızlandığı (daha kısa kalış süreleri ve daha erken çıkışlar), ve terapötik ilerlemenin daha fazla yarar yanında daha fazla riski de beraberinde getiren daha karmaşık teknolojiler yarattığı kabul edilmektedir.

Yürürlükte olan kalite reformları "klinik yönetimi"nin konseptini oluşturmuştur. Resmi olarak bunun tanımı "NHS organizasyonlarının sürekli olarak servislerinin kalitesini geliştirmek ve klinik bakımda üstünlüğün ilerlediği bir ortam yaratarak yüksek standartları korumakla sorumlu olmalarını sağlayan bir sistemdir " şeklindedir. Klinik yönetim alanında, İngiltere ve başka yerlerde gittikçe artan oranda sağlık sistemi üzerinde etkili olan tüm sistem kalite geliştirme fikirlerinin onaylanmasıdır. Kalite geliştirme sistemlerine, risk yönetimi dahil, daha çok yatırım yapılması olasıdır (18).

Dava ve Şikayetlerin Araştırılması

Klinik olayların pozitif yönetimi ve aleyhte açılan güncel sivil hukuk davaları risk yönetimi uygulamalarının ayrılmaz bir parçasıdır. Bu olayların yönetimi dört amaca hizmet etmektedir:

- Olay ile ilgili mümkün olan en kısa sürede maddi kanıt ve şahit ifadeleri toplayarak dikkate değer ölçülerde tasarruf sağlar.
- Klinik bakımın standartların altında olduğu düşünüldüğünde, tercihen her iki tarafın avukatları olaya karışmadan önce, şikayetlerin makul bir çözümünü ya da daha erken çözümünü sağlar.
- Gerekli olduğunda kısa sürede bir uzman görüşü alarak hastane avukatının haksız davalarda daha güçlü bir savunma yapmasını sağlayarak daha az mahkemeye çıkmasını temin eder.
- Dava sürecinin hasta ve personel üzerindeki travmasını azaltır.

Amerika Birleşik Devletleri başta olmak üzere İngiltere, İspanya, Japonya, Finlandiya vb. pek çok gelişmiş ülkede olduğu gibi Türkiye'de de tıbbi sorumlulukla ilgili davalar artmaktadır. Dünya Tabipleri Birliği'nin (The World Medical Association) 1992 yılındaki "Tıpta Yanlış Uygulama" konulu tebliğinde, davaların artışına neden olarak, "tıbbi bilginin artması ve tıbbi teknolojinin gelişmesi sonucu hekimlerin geçmişte yapamadıkları bazı işlemleri yapmaya başlaması ve bu ilerlemelerin çoğunlukla ağır riskleri de içermesi" gösterilmiştir (19). Hekimler üzerinde, tıbbi hizmetlerin artan maliyeti ile ilgili baskı; medyanın hatalı tutumu, hasta ve hasta yakınlarının gerçekçi olmayan beklentiler içine girmeleri ve korumacı tıp uygulamasının etkileri de diğer nedenler olarak sayılmıştır.

Tıpta hataların kontrolü için gösterilen çabalar, tıpta uygulama hataları sistemi ve örnek gözden geçirme aracılığı ile bireysel sağlık hizmeti sunanlara odaklanmıştır. Ancak insanlar her zaman hata yapacaklardır. Ve bazı hatalar da organizasyonların karakteristiklerine bağlıdır. Hata ve talihsiz olayları önlemek için geliştirilen yöntemlerin temel hedefi her insanın görev tanımı içinde düzenlemeler yapmak ve buna bağlı sistemlerde iyileştirmeler yapmaktır.

Ülkemizde durumu değerlendirdiğimizde genel olarak şöyle bir tabloyla karşılaşmaktayız. Risk yönetimi sağlık sektöründe de diğer sektörlerde olduğu gibi belirli bir zaman aralığında, hedeflenen bir sonuca ulaşamama, kayba ya da zarara uğrama olasılığının temel alınarak çalışılmasıdır. En büyük avantajı gelecekte oluşabilecek potansiyel sorunlara tehdit ve tehlikelere işaret etmesidir.

Risk yönetimi yapılan bir kuruluşta şu temel yararlanımlar söz konusudur:

- İşletmelerin işlevleri sırasında ortaya çıkabilecek risklerin, önceden dikkatli bir biçimde ve ayrıntıları ile tanımlanıp değerlendirilmesi
- Bu riskleri minimize edecek veya tam olarak ortadan kaldıracak önlemlerin alınması

Ülkemizde durumu değerlendirdiğimizde genel olarak şöyle bir tabloyla karşılaşmaktayız. Risk yönetimi sağlık sektöründe de diğer sektörlerde olduğu gibi belirli bir zaman aralığında, hedeflenen bir sonuca ulaşamama, kayba ya da zarara uğrama olasılığının temel alınarak çalışılmasıdır. En büyük avantajı gelecekte oluşabilecek potansiyel sorunlara tehdit ve tehlikelere işaret etmesidir.

Özellikle son on yılda sigorta şirketleri sağlık sektöründe önemli ve belirleyici bir konuma yükselmişlerdir. Bu da risk yönetimini çok konuşulan, tartışılan bir konuma yükseltmiştir. Çünkü risk yönetimi aslında bugünde oluşan durumdan çok gelecekte olabilecek potansiyel riskleri bugünden görerek önlem almayı hedeflemektedir.

İdeal koşullarda risk yönetimi temel odak noktası olarak insanı koyarak planlama yapan ve buna göre davranan bir stratejik harekettir. Bu bakış açısıyla ilk prensip hasta güvenliğidir. Hastane ve diğer sağlık kurumlarında ilk yapılması gereken kurum çalışanlarında hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasıdır.

Tüm davranışların buna göre düzenlenmesi ve organizasyonun bunun ışığında yapılması gerekmektedir. Bunun için de hastanelerde, hastalara, ziyaretçilere ve çalışanlara zarar verebilecek çevrenin güvenlik ve emniyetini tehlikeye atabilecek tüm risklerin saptanarak bunların ortadan kaldırılması ilk hedef olmaktadır. Ayrıca hukuksal açıdan işletmeye finansal zarar verebilecek olası durumlardaki risklerin de tanımlanarak önlem alınmasını hedef koyan bir yönetim biçimi benimsenmelidir.

Temelde risk yönetimi yapılırken sırayla şu aşamalardan geçilmektedir:

1. Öncelikle risklerin belirlenerek listelenmesi,
2. Bu risklerin analizinin yapılarak değerlendirilmeleri,
3. Risk kontrolü çalışmasının yapılması,
4. Belirlenen risklerin önlenmesi çalışmalarının fizibilite ve finansmanı çalışmalarının yapılması,
5. Seçilen risk yönetimi tekniklerinin uygulanması,
6. Bu yöntemin uygulanışı sırasında kontrol ve denetimlerin yapılması,
7. Geri-dönüş (feed-back) ve iyileştirme

Risk yönetiminde ilk hedeflerden birisi hatalı bir tıbbi uygulama yapıldığında bunun önlenmesi ve tekrar etmemesinin sağlanması ilk hedef olmalıdır. Hatalı tıbbi uygulamada hasta ve hekim açısından zararın en aza indirilmesinin sağlanacağı bir programın oluşturularak uygulanması ideal çözüm yöntemini oluşturmaktadır.

Tıbbi uygulama hatalarında farklı soruların cevabını vermek gerekmektedir. İlk soru; hatalı uygulamada ortaya çıkan zararın neden kaynaklandığıdır. Bu saptandıktan sonra ise ortaya çıkan zararın kökeni araştırılmalıdır. Bu olayın hatalı bir tıbbi uygulama sonrası mı yoksa öngörülen bir zarar olarak nitelendirdiğimiz komplikasyon sonucu mu ortaya çıktığını saptamak gerekmektedir. Bu çok belirleyici bir durumdur. Ayrıca hekimlik uygulamalarında defansif tıp uygulamaları ile hastaya verilebilecek maksimum yarardan kaçınma söz konusu mudur ? Bu da ayrıca araştırılmalıdır.

Hatalı bir tıbbi uygulama karşısında şu aşamaların uygulanması doğru olacaktır (18):

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

Tıbbi uygulama hatalarından alınabilmesi için tüm önlemlerin alınması önemlidir. Ancak ilk sıraya eğitimin konması gerekmektedir. Eğitimin içeriği kadar öğretme yöntemlerinin de büyük önemi bulunmaktadır. Bu açıdan da bir sağlık kuruluşunda, hastanede olası hataların önüne geçebilmek için eğitim yöntemlerinin irdelenmesi, tartışılması ve herkese de öğretilmesi gerekmektedir. Bu yeterli değildir. Bunun yanısıra özel moniterizasyon aletleri ile de kontrol sağlanması hataları minimize edecektir. Genel yaklaşımın dışında yapılmış hataların irdelenmesi de önemlidir. Bu amaçla her olgunun tek tek değerlendirilmesi gerekir. Olgu analizi önemlidir. Ancak bunun göz ardı edildiği ve uygulanmadığını da belirtmek gerekir.

Tıbbi uygulama hataları, dünyada yaygın olarak üzerinde çalışılan ve özellikle gelişmiş ülkelerde yaklaşık 50 yıldır tartışılan bir konu olarak ön plana çıkmaktadır. Bu işi profesyonel olarak yapan kişilerin hatalı uygulamaları, bilgi, beceri ve özen eksiklikleri ya da ihmalleri sonucu hizmet alan zarar görmektedir. Etik, hukuki, tıbbi, eğitimsel ve yönetsel yönleriyle çok yönlü, çok boyutlu olarak karşımıza çıkan tıbbi uygulama hataları konusu, Türkiye'de de yaklaşık son 30 yıl içinde konu çeşitli boyutlarda tartışılmaya başlanmıştır. Günümüzde ise, çözüm arayışları süren dinamik bir sürecin yaşandığı izlenmektedir.

KAYNAKLAR

- 1) Kocatürk U. Açıklamalı Tıp Terimleri Sözlüğü. Dördüncü Basım, Ankara Üniversitesi Basımevi, 1989: 170.
- 2) Powers M, Harris N, Lockard-Mirams A. Eds. *Clinical Negligence, Third ed. Butterworths Law, London, 2000.*
- 3) Polat O. *Tıbbi Uygulama Hataları, Seçkin Yayıncılık, 2. Baskı, Ankara, Şubat, 2015: 21-22; 24-28.*
- 4) Büken E, Ornek Büken N, Büken B. *Obstetric and gynecologic malpractice in Turkey: incidence, impact, causes and prevention. J Clin Forensic Med 2004;11(5):233-47.*
- 5) Gore DC, Gregory SA. *Historical Perspective on Medical Errors: Richard Cabot and the Institute of Medicine. J Am Coll Surg 2003;197(4): 609-611.*
- 6) Hickson GB, Clayton WE, Entman SS, Miller CS, Githens PP, Goldstein WK, Sloan FA. *Obstetricians prior malpractice experience and patients satisfaction with care. JAMA 1994;272(20):1583-1587.*
- 7) Çankaya H. *Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğunun Temel Prensipleri ve Hekim Sorumluluğunda Kusurun Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Adli Tıp Kurumu, İstanbul, 1992.*
- 8) Studdert DM, Mello MM, Brennan TA. (2004) *Medical Malpractice. N Engl J Med 350: 283-293.*
- 9) Giray AÜ. *Malpraktis Açısından Hekimlerin Karakteristikleri ve İşyeri Fiziksel Koşullarının Akciğer Tüberküloz Hastalığı Teshisinde Kullanılan Muayene Protokolü Uygulama Yeterliliğine Etkisi: Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1999.*
- 10) Clark S, Oakley J. *Informed Consent and Clinician Accountability P 258, Cambridge University Press, Cambridge, 2007.*
- 11) Hope et al. *Medical ethics and law, Churchill Livingstone, London, 2000.*
- 12) *Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi: DTB tarafından 1981 yılında kabul edilmiştir; 1995 Eylül'ünde yapılan 47'inci Genel Kurul'da değişiklik yapılmıştır. http://www.ttb.org.tr/eweb/istanbul_prot/3.html (Son Erişim Tarihi: 15.07.2018)*
- 13) Madea B, Preuss J. *Medical malpractice as reflected by the forensic evaluation of 4450 autopsies. Forensic Sci Int 2009;10;190(1-3):58-66.*
- 14) *Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmî Gazete No: 23420. Resmî Gazete Yayın Tarihi: 01.08.1998.*
- 15) Koç, S. *İstanbul Tabip Odası'na Başvuran Tıbbi Uygulama Hataları; "Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi" Kitabı içinde (Editörler: G. Çetin, C. Yorulmaz), İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No: 48, 2006, 70-81.*

- 16) Koç S, Yorulmaz C. *Hekimin Yasal Sorumlulukları: Adli Tıp (Ed: Soysal Z, Çakalır C.), Cilt 1. İ. Ü. Basımevi ve Film Merkezi, İstanbul 1999; 45-49.*
- 17) Vincent C, Young M, Phillips A. *Why Do People Sue Doctors? A Study of patients and relative staking legal action. The Lancet 1994;343:1609-1613.*
- 18) Yaycı N. *Genel Cerrahide Tıbbi Uygulama Hataları: 1996-2000 Yılları Arasında Adli Tıp Kurumu'na Yansıyan Olgular; Türkiye Klinikleri J Foren Med 2004;1(1):12-7.*
- 19) Wilson J, Tingle J. *Clinical Risk Mangement. Butterworth-Heinemann, Glasgow, 1997.*
- 20) Rosenthal M, Sutcliffe KM. ed. (2002) *Medical error ,What do we know ? What do we do? John wiley and Sons, New York.*

Göğüs Hastalıklarında Tanı ve Tedavi Hataları

Dr. Öğr. Üyesi Esin Akgül Kalkan - Prof Dr. Arzu Mirici

*Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı,
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları*

Giriş

Göğüs Hastalıkları; geçtiğimiz yüzyılın ortalarından bu yana "İç Hastalıkları"ndan ayrı bir disiplin olarak ele alınmakta ve ayrıca eğitimi verilmekte olan bir uzmanlık alanıdır. Bu durum bundan 60-70 yıl önce, neredeyse yalnızca tüberkülozla sınırlı olan uğraşı alanını, yıllar içinde havayolu hastalıklarından kansere; akciğer enfeksiyonlarından meslek hastalıklarına; uyku bozukluklarından yoğun bakıma ve girişimsel pulmonolojiye kadar genişletmiştir. Uzmanlık alanının genişlemesiyle hem diğer tıp disiplinleri ile temaslar artmış, hem de yeni hibrid uzmanlık alanlarının kurulmasına zemin oluşturulmuştur. İlgili alanına giren konular arttıkça; tanısal araç ve yöntemler gibi tedavi modaliteleri de çeşitlilik kazanmıştır. Tıbbi uygulama hatalarını konu edinen literatürde, çalışmaların çoğu cerrahi branşlarla ilgili olup, göğüs hastalıkları uzmanlık alanına özgü tanı ve tedavi hatalarını ele alan makale çok az sayıdadır (1).

Bu bölümde, tanı ve tedavi hatalarına odaklanılarak göğüs hastalıklarında tıbbi uygulama hatalarını önlemeye yönelik yaklaşım ile konu tartışılmıştır. Bu bilgilerin, göğüs hastalıkları uzmanları tarafından daha geniş ölçekte ele alınması, tıbbi bilirdişlilik incelemelerinin önemine dikkat çekecek ve böylece bilimsel literatüre de katkı sağlayacaktır. Tıbbi uygulama tanımı, insan üzerinde tıp biliminin uygulanması ile bağlantılı olarak yapılan (2), her türlü tanı ve tedavi eylemini, işlemini ve sürecini içermektedir. Günümüzde tıbbi uygulama hatası iddiasıyla açılan davalar, giderek artan sayı ve kapsamdadır (3-6).

Bu artışın nedenleri tartışmaya açık olmakla birlikte, mesleki yeterlik ve uzmanlık alanına özgü tıbbi uygulama hataları hakkında güncel bilgilere sahip olmak önemlidir. Hekimlere karşı açılan davalarda çoğunlukla, tıbbi ihmal ve gerekli tedaviyi vermeme iddiaları söz konusudur (3). Bununla birlikte açılan davalarda gözlenen tıbbi uygulamada hata alanları: İletişim eksiklikleri, kayıt hataları, yetki sınırlarının aşılması ve konsültasyon, aydınlatma ve onam, tanı hataları, tedavi

hataları, hatalı karar, girişim hataları ve teknik hatalar, terk etme ve özen eksikliği olarak bildirilmektedir (3). Malpraktis iddiaların büyük kısmı, cerrahi branşlara yöneliktir (7,8,10); göğüs hastalıkları uzmanlık alanını ilgilendiren tıbbi uygulama hatalarının oldukça az olduğu bilinmektedir (7,8). Yargıtay'da karar bağlanmış 30 dava dosyasının incelendiği bir çalışmada, en sık görülen tıbbi uygulama hatası 14 olguda (%47) yanlış tedavi iken, sadece 2 olguda (%7) tanı hatası olduğu bildirilmektedir (4). Tıbbi malpraktis iddiası ile 2000-2011 yılları arasında değerlendirilmiş 330 olguyu inceleyen araştırmada ise, olguların %33,3'ünde "tıbbi uygulama hatası (malpraktis)" tespit edildiği ve bunların %14,2'sinde tedavi hatası; %9,7'sinde tanı hatası; %8,8'inde özen eksikliği, %0,3'ünde meslekte acemilik, %0,3'ünde sağlık sistemindeki aksaklıklar nedeniyle idare hatası olduğu bildirilmektedir (9). İnsan hatası sorunu, kişi yaklaşımı ve sistem yaklaşımı olmak üzere iki şekilde ele alınmaktadır (11). Reason; her iki yaklaşımın da, farklı nedensellik modeli ve hata yönetimi felsefelerine sahip olduğunu belirtmektedir. Bu yaklaşımların bilinmesi, klinik pratikte var olan hata riski ile başa çıkmak için önemlidir (11). Kişi yaklaşımı, sağlık personelinin hata ve prosedür ihlalleri gibi güvensiz davranışlarına odaklanmaktadır (11) ve bu davranışlar öncelikle, unutkanlık, özensizlik, kötü motivasyon, dikkatsizlik, ihmal ve tedbirsizlik gibi anormal zihinsel süreçlerden ortaya çıkmaktadır (3,11,12). Sistem yaklaşımında ise hatalar, sebeplerden ziyade sonuç olarak görülmektedir; bireylerin çalıştığı koşullara yoğunlaşan bu yaklaşım, hataları önlemek veya etkilerini hafifletmek için sistem savunması geliştirmeye çalışmaktadır (11). Reason hataları; aktif hatalar ve gizli hatalar olmak üzere sınıflandırmıştır (11-13). Aktif hatalar, sağlık çalışanları tarafından yapılan güvensiz davranışlar olup; kural ihlalleri, bireysel yetersizlikler, hasta kimliğinin yanlış kaydedilmesi ya da kontrol listelerindeki basamakları uygulamadan girişimsel müdahalelerde bulunmak gibi değişik nedenlerden kaynaklanmaktadır (11-13). Gizli/Latent hatalar ise, sistem kaynaklı olup; zaman baskısı altında çalışma, yetersiz personel sayısı, erken uyarı sistemlerinin olmayışı, kaynak dağıtımında etkinsizlik ve yönetim tarafından verilen yanlış kararlar ve benzeri faktörler sonucu ortaya çıkmaktadır (11-13). Bu tür hatalar, güvensiz çalışan sistem ile etkileşim sonucu meydana gelmekte ve aynı zamanda aktif hataların oluşmasına neden olmaktadır. Gizli/Latent hataların, önceden tespit edilmeleri, ortadan kaldırılmaları veya etkilerinin azaltılması mümkündür (11).

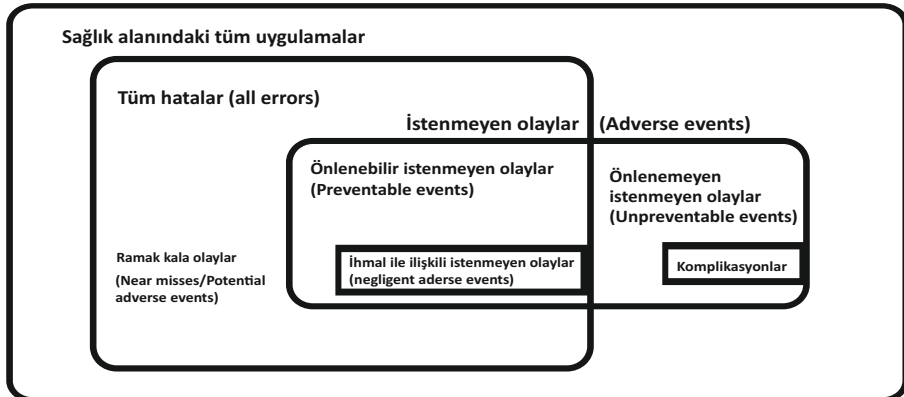
Dünya Tabipler Birliği tıbbi uygulama hatalarını (medical malpractice); "hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar" şeklinde tanımlamaktadır (3, 14). Amerikan Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) ise hataları, "planlanan bir eylemin istenilen şekilde tamamlanamaması ya da amaca ulaşmak için yanlış planlamanın yapılması" şeklinde tanımlamıştır (15). Sistem hatası yaklaşımına göre bu tanımlar, uygulama hatası ve planlama hatasının bir bileşeni olarak yorumlanmaktadır (13). Buna göre, insan ve sistem kaynaklı hatalar, her ne kadar birey kaynaklı olsalar da aslında sistem yetersizliği ya da yanlış sistem tasarımı nedeniyle oluşan insan faktörlü

hatalardır (13,16). Hastanelerde meydana gelen hataların %85-%95'inden fazlası sistem kaynaklıdır ve bu sonuçlara göre sağlık kurumlarında sistem yapılandırılması ihtiyacı bulunmaktadır (13). Tıbbi hataların farklı sınıflandırmaları bulunmaktadır. Leape ve arkadaşlarının 1993 tarihli “preventing medical injury” başlıklı makalesinden aktarılan sınıflama (12,13,15,17,18), tablo 1'de sunulmuştur.

| Tablo 1 : Tıbbi hataların sınıflandırılması (12,13,15,17,18) |
|--|
| Tanı Hataları: Tanıyı geciktiren hatalar, testlerdeki eksiklikler, eski testlerin kullanılması, sonuçların ve testlerin izlenmesindeki hatalar |
| Tedavi Hataları: Operasyon, prosedür veya testin başarıyla sonuçlanmasında görülen hatalar; tedavi yönteminde ilaç dozu veya metodu ile ilgili hatalar; uygunsuz bakım; anormal test sonuçlarına cevap verilmesi |
| Profilaksi Hataları: Profilaktik tedavilerde ve eksik izlem veya tedavinin takibinde görülen hatalar |
| Diğer Hatalar: İletişim hataları; ekipman yetersizlikleri ve diğer sistem eksiklikleri |

Tanı Hatası Boyutu

Hataların analizi açısından bakıldığında; istenmeyen olay (adverse event), önlenemeyen istenmeyen olay (unpreventable adverse event), ihmal ile ilişkili istenmeyen olay (negligent adverse event), ramak kala olay (near misses) ve benzeri tanımlar yapılmaktadır (15,19,20). Burada hatırlanması gereken önemli nokta; tüm istenmeyen olaylar hata kaynaklı olmayacağı gibi tüm hataların da zararlı sonuçlanmayacağıdır (9,15,16,20). Tıbbi standarda uygun bir müdahale yapılmasına rağmen, ortaya çıkabileceği tıp çevreleri tarafından kabul edilen ve her türlü tedbir alınmasına rağmen kaçınılmaz olarak meydana gelen zararlar ise komplikasyon olarak tanımlanmaktadır (23). Sonuç olarak, bir malpraktis iddiası adli tıp açısından incelendiğinde; bu hataların öngürülebilir ve önlenemez olmasının yanı sıra, iddia edilen kusurlu (ihmal ile ilişkili) eylem ve zarar arasında nedensellik ilişkisinin değerlendirilmesi zorunludur (7,9,10,24-26). Hata, ihmal ve komplikasyon kavramlarının birbirleriyle, olası ilişkisi yorumlanarak şekil 1'de gösterildi (20-22).



Şekil 1: Hata, ihmal ve komplikasyon kavramlarının birbirleriyle ilişkisi (20-22)

Tanı, “en doğru iyileştirme (tedavi) yolunu gösteren tıbbi işlemdir”(24). Tıbbi bilgi ve becerileri temel alan klinik muhakeme (usa vurma) ve tanısal karar verme süreci sonunda konulan tanı, tüm tedavi planını değiştirebilmekte ve tıbbi bakımın sonucunu etkileyebilmektedir (16). Bir tanı atlanmış, geç ya da yanlış konulmuş ise, tanı hatasından bahsedilmektedir (16,27,28). Tanı hatalarının sıklığı, %1'den %51'e değişen oranlarda bildirilmektedir (16). Yanlış veya geciken tedavi yüzünden tanı hataları, hastaya zarar verebilir (28). Öte yandan her yanlış tanı hastada zarar ile sonuçlanmamaktadır (16). Bununla birlikte son zamanlarda özellikle yaygın defansif tıp uygulamaları ile birlikte, overdiagnosis durumları yani, tanı konulmasa hastada herhangi bir belirti ve bulguya neden olmayacak bir hastalığın tanısının konması ve bununla ilgili olarak yapılan gereksiz tetkik, girişim ve tedaviler de söz konusu olabilmektedir (16, 29). Bir klinik karar verme sürecinde çoğu kez, sezgisel ve analitik yaklaşım bilişsel bir süreklilik içerisinde kullanılmaktadır (16). Tanı hatalarında her ne kadar bireysel bilişsel süreçlerin rol oynadığı düşünülse de, bilişsel hataya neden olan pek çok faktörün sistem ve süreç yönetimiyle ilgili olduğu belirtilmektedir (16).

Doğru tanının sınırının bulunduğu ve her zaman kesin ve doğru tanı konulamayabileceği bilinmektedir (3,16,24). Güncel tıp standartlarına uygun özenli bir yaklaşım ile gereken araştırma ve doğru nitelendirme yapıldığında “doktorun tanı hatasından sorumlu olmayacağı” kabul edilmektedir (24). Bununla birlikte, tanı koymak için zorunlu araştırmaların yapılmamış veya eksik yapılmış olması ve gerektiğinde konsültasyon yapılmaması durumunda; eksik araştırma söz konusu olmaktadır (3,24). Muayene ve tetkiklerden elde edilen veriler, tıp biliminin ortaya koyduğu bilgiler temel alınarak özenle değerlendirilmelidir. Aşçıoğlu'na göre; tıbbi veriler, bir hastalığın karakteristik belirtilerini açık olarak göstermesine rağmen doğru tanı konulamaması nitelendirme kusuru olup; farklı yorumlara uygun verilerin doğru tanımlanamaması nitelendirme kusuru olarak kabul edilmemelidir (24). Ancak yanlış, gecikmiş ya da hatalı tanının, tedavi sürecini etkileyip hastada zarara yol açtığı belirlenirse; hekimin sorumluluğu söz konusu olmaktadır (3).

Dünyada göğüs hastalıkları ile ilgili bildirilen tıbbi uygulama hataları arasında tanı hataları önemli yer tutmakta ve radyolojik patolojiyi tanımlamada, sepsise ilerleyecek enfeksiyon tablosunu da değerlendirme ve solunum yetmezliğini tanımlamadaki eksiklik en çok dikkati çeken başlıklar olmaktadır (1). Özellikle radyolojik incelemede malign hastalığın erken tanınmasını geciktğinde olası tedavinin sonucu da etkileyebileceği açıktır. Burada hem ulusal hem de uluslararası tanı-tedavi rehberlerinin hazırlanması ve uygulanması konusu ayrı bir öneme sahiptir. Halen göğüs hastalıkları alanında giren konularda yeterince rehber bulunmakta ve uygulanmaktadır. Ancak bu rehberler yaygın görüş birliği ile kabul edilmiş olsalar da tartışmalı konuları barındırmaktadır. Öte yandan son yıllarda kanserden solunum yetmezliğine pek çok olguda “kişiselleştirilmiş yaklaşım” gerekliliği gündeme gelmektedir. Başka bir konu da lisans ve uzmanlık eğitimi sırasında programların standart hale getirilmesidir.

Ülkemizde bu konuda çok kapsamlı çalışmalar yapılmakta ise de tam olarak bu süreç tamamlanmamıştır. Bu sürecin sonunda hekimin yetkinlik düzeyi ayrıntılı olarak belirlenecek ve yetkinliğin periyodik olarak sınanması söz konusu olacaktır. Tıbbi literatürü sistematik olarak izlemek, yetkinliğin devamlılığını sağlayacağı gibi hatalı süreçlerin tanınması ve önlenmesi konusunda da hekimi bilgilendirecektir.

Tedavi Hatası Boyutu

Göğüs hastalıkları ile ilgili tedavi hataları genellikle acil ve veya yoğun bakım gerektiren hallerde ortaya çıkmaktadır. Acil durumlarda göğüs hastalıkları ile ilişki kurulabilecek semptomlar; solunum arresti, hayati tehdit edecek boyutta dispne, hemoptizi ve solunum yetmezliği tablosu olmaktadır. Bu semptomların yol açabileceği ölümcül tabloların öngörülmesi ve uygun tedavi yaklaşımın sağlanması önemlidir. Yukarıda sayılan semptomlar, niteliği gereği tanı konulsun konulmasın tedavi edici girişim gerektiren hallerdir. Örneğin solunum arresti gelişen bir olguda sebep ne olursa olsun havayolu açıklığı sağlanmalı ve solunum devam ettirilmelidir. Benzer şekilde burada anılan diğer acil durumlarda da tanı koyma girişimleri bir taraftan sürdürülse de; önemli olan hastanın yaşamını sürdürmek ve bunun için damar yolu açmak, uygun ilaçları tedaviye eklemek ve /veya ventilatöre bağlamak gibi gerekli girişimlerde bulunmak olmalıdır. Tedavi hatalarını değerlendirmek için de rehberlerden yararlanılabilir. Ancak yine de kişiye ve klinik tabloya ait farklar ortaya çıkabilmektedir.

Hastalıkların sağaltımında en yaygın kullanılan tedavi şekli, ilaçlı tedavilerdir (10). İlaç tedavisiyle ilgili istenmeyen etkiler, iki başlıkta ele alınmaktadır: Bunlardan istenmeyen ilaç reaksiyonları (adverse drug reactions) daha sık görülürken; yanlış tedavi uygulandığı iddialarına sıklıkla konu olan başlık ise, istenmeyen ilaç olaylarıdır (adverse drug events) (10). İstenmeyen ilaç reaksiyonları klinik rutinde hastalığın önlenmesi, tanısı ve tedavisi veya bir fizyolojik fonksiyonun değiştirilmesi için yaygın olarak uygulanan normal dozlarda, hastalarda ortaya çıkan zararlı ve kasıtsız tepkiler olarak tanımlanmaktadır (30). İstenmeyen ilaç olayları, bir farmasötik ürünle tedavi sırasında ortaya çıkabilecek herhangi bir istenmeyen tıbbi durum olup; ancak bu istenmeyen sonuç ile tedavi arasında mutlak bir nedensellik ilişkisi bulunmaz (30). Assiri ve arkadaşlarının 2018 tarihli sistematik derlemesinde; reçete yazma hatalarının prevalansının %2 ile %94 arasında değiştiğini ve bildirilen en yaygın hata türünün uygunsuz reçete olduğu belirlenmiştir (31). Önlenebilir istenmeyen ilaç olaylarının insidansı ise, 15/1000 kişi-yıl olarak tahmin edilmiştir (31). İlaç-ilaç etkileşimi ile ilişkili istenmeyen ilaç reaksiyonlarının prevalansı %7 ve önlenebilir istenmeyen ilaç olaylarının prevalansı ise %0.4 olarak bulunmuştur (31). Ancak malpraktis iddiasına yönelik tıbbi bilirkişi incelemesinde, kritik öneme sahip olan nokta, istenmeyen ilaç olayı tanımında belirtilen nedensellik ilişkisi vurgusudur: İstenmeyen ilaç olayları, tedavi sırasında ortaya çıkabilecek herhangi bir istenmeyen tıbbi durum olup; ancak bu istenmeyen sonuç ile tedavi arasında mutlak bir nedensellik ilişkisi bulunmaz (30).

| Tablo 2 : İstenmeyen ilaç olaylarının klinik belirleyicileri, başlıca malpraktis sorunları ve önlemede önemli noktalar | | |
|---|---|---|
| İstenmeyen ilaç olaylarının klinik belirleyicileri | İlaç tedavisindeki başlıca tıbbi malpraktis sorunları | Önlenmede dikkat edilmesi gerekenler |
| <ul style="list-style-type: none"> • Uygulanan ilaç sayısı • Gastrointestinal hastalıklar • Malign hematolojik-onkolojik hastalıklar • Önceki istenmeyen ilaç reaksiyonu anamnezi • Bulaşıcı hastalıklar • Bozulmuş böbrek fonksiyonu • Karaciğer hasarı için sedatif ve trankilizan ilaç uygulaması, • Daha yüksek yaş | <ul style="list-style-type: none"> • Yanlış ilaç – (ilaç karışıklığı vb) uygulaması, • Yanlış dozaj (ağırlıklı olarak aşırı doz), • Yanlış uygulama tipi, • Bireysel kontrendikasyonların dikkate alınmaması, • İlaç etkileşimlerinin gözlenmemesi, • İlaç tedavisinin yan etkileri/komplikasyonlarının zamanında tanınmaması veya bilinmemesi, • İlaç tedavisinin ya da ilaç tedavisi davranışlarının riskleri ve yan etkileri hakkındaki eğitimi/bilgi vermeyi ihmal etmek | <ul style="list-style-type: none"> • Yanlış tanı, yetersiz ve/veya yanlış bir ilacın seçimine yol açar. • İlaçlar arasındaki etkileşimler ile hastalık ve ilaç arasındaki etkileşimler hatırlanmalıdır. • Bireysel kontrendikasyonlara dikkat edilmelidir. • Hastanın yaşı, kilosu, böbrek ve karaciğer fonksiyonlarına göre doz ayarı ve altta yatan klinik tabloya göre uygun doz verilmelidir. |
| <p>Kaynak: 10. Mühlbauer B, Madea B. Behandlungsfehlervorfälle bei Arzneimitteltherapie Gutachterliche Aspekte. Rechtsmedizin 2015;25:445.</p> | | |

İstenmeyen ilaç olaylarının klinik belirleyicilerine sahip olan hastaların daha sık ölümcül istenmeyen ilaç olaylarından etkilendikleri belirtilmektedir (10). Ölümcül istenmeyen ilaç olaylarının analiz edildiği, prospektif, 2 yıllık zamanda tedavi edilen 13.992 hastayı kapsayan bir çalışmada; postmortem kan örnekleri ve ilaç konsantrasyonları alınmış ve ayrıca çalışma döneminde ölen 732 hastanın % 78'inde otopsi yapılmış olup, 133 olguda saptanan istenmeyen ilaç olaylarının 64 olguda direkt ve 69 olguda ise dolaylı ölüm nedeni olarak tanımlandığı görülmektedir (32,33). Ayrıca, 133 ölümcül istenmeyen ilaç olayının (% 49,6'sı) 66'sının önlenabilir olduğu ve bu nedenle prensipte adli tıp boyutu bulunduğu; önlenabilir (kaçınılabılır) olguların üçte birinde ise (66 hastanın 24'ü) direkt ölüm nedeninin, ilacın doz aşımı olarak kabul edildiği bildirilmektedir (32,33).

Ölümcül istenmeyen olayların, tıbbi uygulama hatası açısından değerlendirilmesinde; adli tıp uzmanları, klinisyenler ve farmakologlar arasındaki yakın işbirliği önerilmektedir (10). Bu nedenle, göğüs hastalıkları uzmanlık alanında görülebilecek ilaç tedavileriyle ilgili tıbbi uygulama hatalarına yaklaşım ve yanlış tedavi uygulamalarının önlenmesi konusunda, disiplinler arası çalışmalar yapılması ve multidisipliner birliktirliği raporları hazırlanması yararlı olacaktır.

Proflaksi Hataları

Göğüs Hastalıklarındaki tıbbi uygulama hatalarının esas olarak; üç başlıkta toplanması uygun olacaktır. Bunlar profilaksi, tanı ve tedavi alanındaki hatalardır. Tıbbin gerçek uğraşı alanının "Koruyucu Hekimlik olması gereğinden hareketle Göğüs Hastalıklarında uygulanması beklenen koruyucu/önleyici işlemlere göz atmakta yarar görürüm. Tüberküloz profilaksisi; Trombo-emboli profilaksisi ve preoperatif değerlendirme yapmak suretiyle post-operatif komplikasyonları öngörme bu grupta sayılabilir. Profilaksi hataları; tanı ve tedavi hatalarına göre daha farklıdır. Burada varolan bir hastalığa tanı koyma ya da tedavi etme yerine hastalık halinin hiç oluşmaması durumu söz konusudur.

Tüberküloz profilaksisi, enfekte olmamış kişilerin aşı ile; enfekte kişilerin ise ilaçla korunma esasına dayanır. Bulaşıcı ve yaygın bir hastalık olması nedeniyle ulusal ve uluslararası düzenlemeler bu korumanın ne şekilde yapılacağını açıkça bildirmektedir. Profilaksiye alınan şahıs hem kendisi tüberkülozdan korunacak, hem de hasta olup etrafa basil yaymayacağı için toplum sağlığı açısından bir tehdit oluşturmayacaktır. Bu çok yönlü fayda için tüberküloz tanısı konulan olgular ile teması olana bireylerin muayenesi ve profilaksisi, görevli sağlık kuruluşları tarafından gerçekleştirilmelidir. Bu işlemin aksatılması halinde tüberküloz olgularının artış göstereceği aşikardır.

Benzer şekilde riskli olgularda trombo-embolik hastalıklar açısından profilaksi uygulanması da görece yakın zamanda başlatılmıştır. Pulmoner trombo-embolik hastalıklar açısından riskli durumları belirleyen çok sayıda rehber vb. bulunmaktadır. Özellikle operasyon öncesi konsültasyonlarda emboli profilaksisi sağlanması postoperatif emboli gelişimini belirgin bir şekilde azaltmıştır. Doksanlı yıllarda ortopedik, jinekolojik ve ürolojik cerrahiye takiben yaşanan pulmoner emboli olguları klinikleri doldururken, günümüzde özellikle düşük molekül ağırlıklı heparinin yaygın bir şekilde kullanıma girmesi ile post-operatif emboli olgularında hatırı sayılır bir azalma meydana gelmiştir.

Postoperatif komplikasyonu öngörme ve elbette önleme amacıyla yapılan pre-operatif değerlendirme; ameliyat ekibine yol göstermektedir. Post-operatif pulmoner komplikasyon riski, eşlik eden hastalıklara, kişinin mevcut solunum işlevine, ameliyatı süre ve niteliğine, anestezinin türüne hastanın yaşına ve vücut kitle indeksi (VKİ) değerlerine göre değişebilmektedir. Konsültan olarak Göğüs hastalıkları uzmanı bu riski tanımlamalı ve gerekirse olası komplikasyonları giderecek yaklaşımı da önermelidir. Bazı durumlarda operasyondan tamamen vazgeçilebileceği gibi, bazı durumlarda sorunun kısmen ya da tamamen giderilmesi sağladıktan sonra yapılabilir. Bazı durumlarda ise hastanın operasyon sonrası elde edeceği fayda ile olası post-operatif riski karşılaştırılarak karar verilebilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1) Luce JM. *Medical malpractice and the chest physician*. *Chest* 2008; 134:1044-1050.
- 2) Hakeri H. *Tıp hukuku*. Seçkin yayıncılık, 14.baskı, Ankara, 2018.
- 3) Polat O. *Tıbbi uygulama hataları*. Seçkin yayıncılık, 2.baskı, Ankara, 2015.
- 4) Can İÖ, Özkara E, Can M. *Yargıtayda karara bağlanan tıbbi uygulama hatası dosyalarının değerlendirilmesi*. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2011;25(2):69-76.
- 5) Tuğcu H, Yorulmaz C, Koç S. *Hekim Sorumluluğu ve Tıbbi Malpraktis*. Editörler: Koç S, Can M. *Birinci Basamakta adli tıp [içinde]*. İstanbul Tabip Odası Yayınları, 2.baskı, İstanbul, 2011.
- 6) Çetin G. *Tıbbi Malpraktis*. *Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu*. Editörler: Çetin G, Yorulmaz C. *Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi [içinde]*. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi, No:48, Cerrahpaşa Yayınları, İstanbul 2006; (48): 31-42.
- 7) Koç S. *Adli tıbbi açıdan malpraktis ve hekim sorumluluğu*. *Toraks Cerrahisi Bul* 2014;5:14–22.
- 8) Yazıcı YA, Şen H, Aliustaoğlu S, Sezer Y, İnce CH. *Evaluation of the medical malpractice cases concluded in the General Assembly of Council of Forensic Medicine*. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2015; 21(3): 204-208.
- 9) Mühlbauer B, Madea B. *Behandlungsfehlervorfälle bei Arzneimitteltherapie Gutachterliche Aspekte*. *Rechtsmedizin* 2015;25:445.
- 10) Reason, J. *Human error: Models and management*. *British Medical Journal*, 2000;320:768-770.
- 11) Saygın T, Keklik B. *Tıbbi hata nedenleri üzerine bir araştırma: Isparta ili örneği*. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2014;17(2): 99-118.
- 12) Aydemir İ. *Sağlık kurumlarında sistem kaynaklı tıbbi hataların analizi*. *DEÜ SBE Dergisi*, 201;19(4): 665-681.
- 13) *World Medical Association, Statement on Medical Malpractice 1992*. <http://hrlibrary.umn.edu/instreet/malpractice.html>, et: 12.07.2018.
- 14) *Institute of Medicine, To Err is Human: Building a Safer Health System*. Editors: Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. <http://www.nap.edu/download/9728>, et: 12.07.2018.
- 15) Tanrıöver MD, Serteser M, Ünsal İ, Akalın E. *Tanı Hataları: Güvenli ve Yüksek Kaliteli bir Sağlık Sistemi için Öncelikli bir İyileştirme Alanı*. *Acıbadem Üniversitesi Yayını*, İstanbul, 2016.
- 16) İntepeler ŞŞ, Dursun M. *Tıbbi hatalar ve tıbbi hata bildirim sistemleri*. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012; 15: 2: 129-135.
- 17) Özer Ö, Taştan K, Set T, Çayır Y, Şener MT. *Tıbbi hatalı uygulamalar*. *Dicle Tıp Dergisi*, 2015; 42 (3): 394-397.
- 18) *More than words. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.1. (ICPS Taxonomy) Final Technical Report*. WHO, 2009.
- 19) *Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya*. *Fusun Sayek TTB Raporları/Kitapları-2010*, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 2011.

- 20) Wachter RM. *Understanding patient safety*. 2nd ed. New York, NY: McGraw-Hill Medical; 2012.
- 21) To Tell or Not to Tell? *Disclosing Medical Errors*. Contributing Author Cherri Hobgood, MD, FACEP, Associate Dean, Curriculum and Educational Development UNC School of Medicine. CMS 3 disclosure didactic 5.2.08r_DOC021178.
- 22) Hakeri H. *Tıp hukukunda komplikasyon malpraktis ayrımı*. *Toraks Cerrahi Bülteni* 2014;5:23-28.
- 23) Aşçıoğlu Ç. *Tıbbi yardım ve el atmalardan doğan sorumluluklar*. *Tekışık ofset tesisleri*, Ankara, 1993.
- 24) Madea B, Doberentz E. *Häufigkeit letaler Behandlungsfehler in deutschen Kliniken*. *Rechtsmedizin* 2015 · 25:179–184.
- 25) Ferrara SD, Baccino E, Bajanowski T, Berto RB, Castellano M, De Angel R, Pauliukevi ius A, Ricci P, Vanezis P, Vieira DN, Viel G, Villanueva E. *Malpractice and medical liability. European Guidelines on Methods of Ascertainment and Criteria of Evaluation*. *Int J Legal Med* (2013) 127:545–557.
- 26) Graber ML, Franklin N, Gordon R. *Diagnostic error in internal medicine*. *Arch Intern Med* 2005;165(13):1493-9.
- 27) *Diagnostic Errors: Technical Series on Safer Primary Care*. Geneva: World Health Organization (WHO); 2016. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 28) Usubütün A. *Tıpta tanı hatalarını azaltmak mümkün mü?* <https://www.herkesebilimteknoloji.com/slider/tipta-tani-hatalarini-azaltmak-mumkun-mu>, et: 11.07.2018.
- 29) *The importance of pharmacovigilance Safety Monitoring of medicinal products*. World Health Organization, Geneva, 2002. <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4893e/s4893e.pdf>, et: 18.07.2018.
- 30) Assiri GA, Shebl NA, Mahmoud MA, Aloudah N, Grant E, Aljadhey H, Sheikh A. *What is the epidemiology of medication errors, error-related adverse events and risk factors for errors in adults managed in community care contexts? A systematic review of the international literature*. *BMJ Open* 2018;8:e019101. doi:10.1136/bmjopen-2017-019101.
- 31) Buajordet I, Ebbesen J, Erikssen J, Brors O, Hilberg T. *Fatal adverse drug events: the paradox of drug treatment*. *J Intern Med* 2001;250(4):327–341.
- 32) Ebbesen J, Buajordet I, Erikssen J, Brors O, Hilberg T, Svaar H, Sandvik L. *Drug-related deaths in a department of internal medicine*. *Arch Intern Med* 2001;161:2317–2323.

Aydınlatılmış Onam

Prof. Dr. Işıl Pakiş

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul.

Giriş

Günümüzde aydınlatılmış onam kavramı hukuki ve etik boyutu ile her geçen gün daha yoğun olarak tartışılmaktadır. Aydınlatılmış onam evrensel tıp etiğinin özerklik ilkesine dayanan, Türkiye'de de yasal düzenlemelerle uygulamaya konulmuş olan bir kavramdır. Son yıllarda bu konu ile ilgili hukuki düzenlemeler ve yaptırımlar, gerek hastalar gerekse sağlık çalışanları tarafından daha bilinir hale gelmiştir. Ülkemizde tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan davalar giderek artarken, son yıllarda sadece aydınlatmanın uygun yapılmaması ile ilgili olarak yüksek miktarda tazminat yaptırımları ile sonuçlanan davalar da görülmektedir.

Aydınlatılmış onam temel hasta haklarından olup, hekim ve hastanın, hasta için en uygun olacak kararı vermek için işbirliği ile ortaklaşa çaba harcadığı bir süreçtir. Bu sürecin hem tıbbi hem de hukuki sonuçları bulunmaktadır. Ancak pek çok hekim aydınlatma ile ilgili hukuksal yükümlülüklerinin tam olarak farkında değildir. Son yıllarda paternalist yaklaşımdan uzaklaşarak hasta özerkliğinin öncelendiği bir yaklaşımın benimsenmesi, yargıda aydınlatılmış onamın uygun alınmamasına bağlı olarak yüksek miktarlarda tazminata hükmedilmeye başlanması, konunun hem sağlık hem de hukuk alanında daha fazla tartışılmasına ve bu alandaki farkındalığın artışına yol açmıştır.

Tanım

Aydınlatılmış onam; bireyin kendi bedenine yapılacak olan her türlü tıbbi uygulamayı bilmesi ve karar verme hakkı olması görüşünü temel alan, hastalık anındaki kişilik haklarını koruyan, yasalarla da güvence altına alınmış bir kavramdır (1). Tıbbi uygulamalar öncesinde kişilerin hastalıkları ile ilgili olarak sosyo-kültürel seviyelerine uygun şekilde aydınlatılması ve onamlarının alınması temel hasta hakları kapsamındadır. Bu süreç kişinin özerkliğine saygı ilkesi ve hekimin sorumluluğu gereği olarak yasal ve etik açıdan güncel tıp yaklaşımının önemli bir unsurudur (2).

Aydınlatılmış onam, iyi hekimlik uygulamasının gereklerinden biridir ve tıp etiğinin özerklik ilkesine dayanmaktadır. Özerklik, bir kişinin kendisine ilişkin konularda, kendi değerlerine göre kararlar vermek ve bunları uygulamak üzere eylemlerde bulunma fırsatı olarak tanımlanabilir. Bu ilke sağlık açısından ele alınırsa, kişinin kendi sağlığına ilişkin alınacak tüm kararlarda sürece aktif katılımı ve söz sahibi olması anlamına gelmektedir. Aydınlatılmış onam süreci; hastanın kendisine uygulanacak herhangi bir tıbbi uygulamaya yönelik sosyokültürel seviyesine uygun olarak yeterince bilgilendirilmesi, aldığı bilgi üzerine düşünmesi, özgür seçimine dayalı kararını vermesi sürecidir. Uygulanacak tanı ve tedavi yöntemlerinin niteliği, beklenen yararları, olası yan etkileri, diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bunların özellikleri hastaya anlatılmalıdır. Hastadan onam alınırken bilgilerin sade ve anlaşılır bir dil ile açıklanması, bunların hasta tarafından anlaşılması, hastanın gönüllü olması ve onam verme yeterliliğinin olması gereklidir. Bu koşulların yerine getirilmesi, hekimin sorumluluğundadır (3).

Aydınlatılmış Onamın Standartları

Hastanın tanı ya da tedavi amaçlı girişim ve uygulamalara yönelik karar verebilmesi için aşağıdaki koşulların sağlanmış olması gerektiği belirtilmektedir (4,5).

1. Hekim müdahalede bulunacağı veya tedavi uygulayacağı hastaya yeterli bilgi vermelidir.
2. Hasta, kendisine uygulanacak işlem veya tedavi hakkında karar verebilmek için yeterli kapasiteye sahip olmalıdır. Yani ayırt etme gücüne ve davranışlarının hukuki anlam ve sonuçlarını değerlendirebilme yeteneğine sahip olmalıdır.
3. İzin ya da red eylemi hastanın özgür iradesiyle, herhangi bir zorlama olmadan gerçekleşmelidir.

Hekim bu koşulları yerine getirdiği durumlarda oluşabilecek komplikasyonlar nedeni ile yasal olarak sorumlu olmayacaktır. Ancak bu durum komplikasyon sürecinin yönetiminin doğru yapılması halinde geçerlidir. Hekim komplikasyonu zamanında tanımış ve gerekli müdahalelerde bulunmuş olmalıdır. Buna karşın hekimin yapmış olduğu hatalı tıbbi uygulamalardan dolayı yasal sorumluluğu bulunmaktadır (5).

Aydınlatılmış onam alınması sırasında aşağıdaki parametrelerin hastalara açıklanması önerilmektedir (5):

1. Hastaya uygulanacak işlem ya da tedavinin doğru tanımı, riskleri ve yararları
2. İşlem ya da tedavi sonucunda yarar görme olasılığı,
3. İşlemin ya da tedavinin yapılmaması durumunda oluşacak olası olumsuz ve olumlu sonuçlar
4. Alternatif tedavi yöntemleri, bu yöntemlerin yararları ve riskleri
5. İyileşme dönemi ve normal etkinliklerine kavuşacağı dönemle ilgili tahmini süre

Aydınlatılmış Onamın İçeriği

Aydınlatılmış onam; hastaya tanı ve/veya tedavi amacı ile önerilecek her türlü tıbbi girişimin yapısı, olası yararları, tehlikeleri, başarı şansı, varsa diğer tedavi yöntemleri, bunların yararları, zararları ve tedaviyi reddettiğinde ortaya çıkabilecek sonuçlar hakkında yeterli bilgiyi içermelidir (6).

Hastanın yazılı ve sözlü olarak aydınlatılmasında bulunması gereken bilgiler aşağıda sıralanmıştır:

- Hastalığın tanısı
- Hastalığın nedenleri
- Hastalığın seyri
- Önerilen tedavi veya uygulamanın yapısı ve amacı
- Tedavi için öngörölen uygulamanın süresi
- Önerilen tedavi veya uygulamanın riskleri, komplikasyonları ve sonuçları
- Önerilen tedavi veya uygulamaya alternatifler tedavi seçenekleri
- Önerilen tedavi veya uygulama reddedilirse hastalığın yaratabileceği sonuçlar
- Önerilen tedavi veya uygulama kabul edilirse avantajları ve beklenen sonuçları
- Tedaviyi ya da uygulamayı kimin gerçekleştireceği

Aydınlatılmış Onam Ne Zaman Yapılmalı?

Aydınlatılmış onamın uygun olarak alınmasının en önemli koşullarından biri hastaya aydınlatmadan sonra onam vermesi için yeterli sürenin tanınmasıdır. Hasta Hakları Avrupa Statüsü'nün 4. maddesinde; kişinin bilmesi gereken tüm bilgilerin, kişinin makul ve uygun bir değerlendirme yapabilmesini sağlamak amacıyla işlemden en az 24 saat önce verilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bu süre içinde hasta kendi geleceği hakkında sağlıklı bir şekilde düşünö, ailesinden ve başka hekimlerden göröş alabilecektir. Bu, özellikle acil olmayan cerrahi uygulamalar için önemlidir. Ayaktan tedavilerde ise aydınlatmanın tedavi gününde yapılması yeterli görölmektedir (7).

Aydınlatılmış Onam Kim Tarafından Yapılmalı ?

Aydınlatılmış onamın kimin tarafından alınması gerekliliği hakkındaki temel göröş, aydınlatmanın müdahaleyi uygulayacak hekim tarafından ya da müdahalenin yürütölmesi sorumluluğunu alan hekim tarafından yapılması gerektiği yönündedir. Başka bir hekimin aydınlatılmış onamı alması halinde, esas sorumlu hekim aydınlatmanın uygun olarak yapıldığını kontrol etmelidir (8). Hekim dışındaki sağlık personelinin tanı, tedavi vb. konularda hastayı aydınlatma gibi bir yükümlölüğü yoktur, ancak kendi sorumluluklarındaki ve uygulayacakları işlemler için hastaya bilgi vermeleri gereklidir (9).

Hem Amerikan hukuk sisteminde hem de Avrupa Birliği üye ölkelerinde onam alma, hastayı tedavi eden/edecek olan hekimin sorumluluğuna verilmiş olup, bu sorumluluğun diğer sağlık personeline (hemşire, teknisyen, asistan hekim, konsöltan hekim gibi) ya da hastane yönetimine bırakılamayacağı vurgulanmıştır (10,11).

Hastaya uygulanacak tedavi ve müdahaleler farklı uzmanlık alanlarından hekimler tarafından birlikte yapılacaksa, her bir uzmanlık alanındaki hekimin hastayı ayrı ayrı kendi uygulaması hakkında bilgilendirmesi gerektiği; ancak diğer alanları da kapsayan bilgilendirme yapılması halinde tek bilgilendirmenin yeterli olacağı belirtilmektedir. Tedavi ve müdahaleler aynı uzmanlık alanından birden fazla

hekim tarafından yapılacaksa aydınlatmanın -bu yükümlülüğü yerine getirme kapasitesine sahip olmak şartıyla- daha kıdemsiz hekime bırakılmasının mümkün olabileceği görüşü de savunulmaktadır (12).

New York'da mahkeme bir olguda müdahaleyi yapan hekimin değil, hastanın tedavisini sürdüren hekimin aydınlatmayı yapması gerektiği kararını vermiştir. Bu davada hasta tekrarlayan akut pankreatit nedeni ile gastroenteroloji uzmanı tarafından Endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP) amaçlı cerraha yönlendirmiştir. Hasta gastroenteroloji uzmanına allerjik reaksiyonu bulunduğunu söylemiştir. Hastada işlem sonrası pankreas zararı gelişmiştir. Mahkeme bu spesifik işlemi önermesi nedeni ile hastayı gastroenteroloji uzmanının aydınlatması gerektiğine karar vermiştir (13).

Uygulamada bazen kliniklerdeki yoğunluk nedeniyle hastadan aydınlatılmış onam alma görevi ilk yıl asistanlarına bırakılmaktadır. Yapılan bir çalışmada; ilk yıl asistanlarının hastaya, uygulanacak tedavinin riskleri, yararları ve tedavi seçenekleri hakkında yeterli düzeyde bilgi veremedikleri gösterilmiştir (1). Bu durum da göz önüne alındığında aydınlatmanın şartlar elverdiği ölçüde müdahaleyi yapacak hekim ya da uzmanlık alanında tecrübesi olan hekim tarafından yapılması daha uygundur.

Kim Aydınlatılmalı?

Hekimin aydınlatmayı hastanın kendisine yapması gerekliliği Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 18. maddesinde belirtilmiştir. Bu maddede '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.' denilmektedir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 24. maddesinde çocuklar için, "Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunmadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz." denilmektedir (14).

Çocuğun velayet hakkına sahip olan kişiye 'veli' denilmektedir. Çocuğun velayet hakkı, evli olan çiftlerde anne ve babaya, evlat edinme durumunda ise evlat edinene tanınmıştır. Çocuğun yakın akrabası bile olsa bu sayılanlar dışında kalan kişiler velayet hakkına sahip değildir. Dolayısı ile velayet tanımı dışında yer alan kişilerin (amca, dayı, teyze, öğretmen gibi) çocuğa yapılacak tedavi ve müdahaleler için onam verme yetkisi hukuken bulunmamaktadır. Vasi tayininde ülkemizde mahkemeler vasi tayinini genellikle birinci derece akrabalar arasından seçmekte, akraba olmaması halinde ise vesayet hakkını kişinin avukatına veya tüzel kişiliklere verme eğilimi göstermektedir. Anne ve babanın boşanmış olması durumunda onam verme yetkisi mahkemenin velayet hakkı tanıdığı kişiye aittir (15). Yasal temsilcinin izni olsa bile çocuğun da aydınlatma sürecine katılması çok önemlidir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 24. maddesinde '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' denilmektedir. Aynı durum uluslararası sözleşmelerde de vurgulanmaktadır. Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesinin (Amsterdam 1994) , 3. Maddesinde "Yasal temsilcinin onayı gerektiği zaman, hastalar (çocuk veya erişkin) durumlarının izin verdiği ölçüde yine de karar alma sürecine dahil edilmelidir." denilmekte, İnsan Hakları Ve Biyotıp Sözleşmesi'nin 6. Maddesinde ise, "Kanuna göre bir müdahaleye muvafakatini verme yeteneği bulunmayan bir küçüğe, sadece temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen makam, kişi veya kuruluşun izni ile müdahalede bulunabilir. Küçüğün görüşü, yaşı ve olgunluk derecesiyle orantılı bir şekilde, gittikçe daha belirleyici bir etken olarak gözönüne alınacaktır." denilmektedir.

Avusturya Yüksek Mahkemesi bir kararında, müdahale için 16 yaşındaki hastasına bilgi vermeyip, ailesi ile görüşen ve onların rızasını alan hekimi, hastasını aydınlatmadığı gerekçesiyle hatalı bulmuştur (16). Konu ile ilgili uluslararası uygulamalara baktığımızda, İngiltere'de, 16 yaşın altında yeterli anlama kapasitesine sahip çocuk onam verebilmekte, yerel etik kurulun farklı bir kararı yok ise velisinin onayına gerek olmamaktadır. 16 yaş üstündeki çocuklar ise tek başına onay verebilmektedir. İskoçya'da kızlarda 12, erkeklerde 14 yaşın altındaki çocuklar tek başına geçerli onam verememektedir. 12-14 yaş arasında geçerli onamın çocuğun yeterli anlama kapasitesine bağlı olduğu, 14 yaşından sonra ise velisi ya da yasal temsilcisinin önerilerde bulunabileceği ifade edilmektedir. Kanada'da 7 yaşına kadar yalnızca ebeveyn veya yasal temsilcilerinin, 7-14 yaş arasında ebeveyn veya yasal temsilciler ile birlikte çocuğun katılımı ile, 14 yaşından sonra ise, yalnızca çocuğun onamının hukuken geçerli olduğu belirtilmektedir (17,18). ABD'de birçok eyalette çocuğun kendisi onay verdikten sonra, ailesinin onayı olmadan tedavi edilebilecek tıbbi durumların yasalarca belirlendiği görülmektedir. Bu tıbbi durumlar arasında ilaç bağımlılığı, cinsel bulaşıcı hastalıklar, gebe olanlara tıbbi tedavi, doğum kontrolü, düşükler ve bazen akıl hastalıkları bulunmaktadır. Bu nedenle her hekimin kendi ülkesindeki yasal düzenlemelerden haberdar olması gerekliliği belirtilmektedir (19).

Acil Durumlarda Aydınlatılmış Onam

Acil yapılan müdahaleler öncesinde de aydınlatılmış onam alınması müdahalenin etik ve yasal geçerliliği için gereklidir. Koşullar elverdiği sürece acil hastalara da öngörülen acil girişimin ne olduğu, yararları ile olası zararları, tedavisiz kalınması halinde ortaya çıkabilecek sonuçları açıklanmalıdır. Hastanın tıbbi, psikolojik, hatta sosyal durumuna göre de farklılaşabilen, aydınlatılmış onam elde edilmeden acil müdahalenin yapılabildiği istisnai durumlar bulunmaktadır. İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi'nin 8. maddesinde, 'Acil bir durum nedeniyle uygun muvafakatın alınamaması halinde, ilgili bireyin sağlığı için tıbbi bakımdan gerekli olan herhangi bir müdahale derhal yapılabilir.' ifadesi kullanılmıştır. Aynı Sözleşme'nin 6. Maddesinde onam verme yeteneği bulunmayan kişiler hakkında, bu sözleşmenin 17. ve 20. maddelerinde de belirtildiği gibi kişinin menfaati göz önünde bulundurularak, muvafakat verme yeteneği bulunmayan bir küçüğe, sadece temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen yetkili makam, kişi veya kurumun izni ile müdahalede bulunulabileceği; bir yetişkin, yasal olarak akıl hastalığı, bir

hastalık veya benzer nedenlerden dolayı müdahaleye muvafakat etme yeteneğine sahip olmadığına, ancak temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen yetkili makam, kişi veya kurumun izni ile müdahalede bulunulabileceği açıkça belirtilmiştir (20).

Kanuni temsilciden veya mahkemeden izin alınması zaman gerektirecek ve hastaya acil girişimde bulunulmadığı takdirde hayatı ya da hayati organlarından biri tehdit altına girecekse izin şartı aranmamaktadır (Örneğin sarhoş, bilinci kapalı komadaki hastalar) (5). Yaşam kurtarıcı merkezli istisnalar dışında da, hastanın kendisi için karar veremediği durumda hekimin hastanın yararı ile çocuklarda çocuğun üstün yararını gözetecek şekilde acil müdahalede bulunabileceği belirtilmektedir (21). Bu durumda hekimlerin Acil Sağlıkta Doktrini tarafından korunduğu ifade edilmektedir (22). Acil Sağlıkta Doktrini hastadan insancıl gerekçelerle izin alındığını öngörmektedir. Bu konuda ülkemizde de yasal düzenlemeler bulunmaktadır. Hasta Hakları Yönetmeliğinin 24. Maddesinde 'Hastanın rızasının alınmadığı hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açacak durumun varlığı halinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmak rızaya bağlı değildir. Bu durumda hastaya gerekli tıbbi müdahale yapılarak durum kayıt altına alınır. Ancak bu durumda, mümkünse hastanın orada bulunan yakını veya kanuni temsilcisi; mümkün olmadığı takdirde de tıbbi müdahale sonrasında hastanın yakını veya kanuni temsilcisi bilgilendirilir. Ancak hastanın bilinci açıldıktan sonraki tıbbi müdahaleler için hastanın yeterliği ve ifade edebilme gücüne bağlı olarak rıza işlemlerine başvurulur.' ifadesi kullanılmıştır. Buna ek olarak Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın 26. maddesinde acil durumlara da işaret edilerek; "Acil durumlar ile hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcisinin izni alınır. Hekim temsilcinin izin vermemesinin kötü niyete dayandığını düşünüyor ve bu durum hastanın yaşamını tehdit ediyorsa, durum adli mercilere bildirilerek izin alınmalıdır. Bunun mümkün olmaması durumunda, hekim başka bir meslektaşına danışmaya çalışır ya da yalnızca yaşamı kurtarmaya yönelik girişimlerde bulunur. Acil durumlarda müdahale etmek hekimin takdirindedir. Tedavisi yasalarla zorunlu kılınan hastalıklar toplum sağlığını tehdit ettiği için hasta veya yasal temsilcisinin aydınlatılmış onamı alınmasa da gerekli tedavi yapılır." şeklinde bir ifadeye yer verilmiştir (23).

Göğüs Hastalıklarında Aydınlatılmış Onam

Göğüs Hastalıkları Uzmanlığı pratiğinde, gerek klinik uygulamalar, gerekse girişimsel uygulamalar nedeni ile aydınlatılmış onam alınmaktadır.

Tüm klinik branşlarda olduğu gibi Göğüs hastalıkları pratiğinde de, tedavi amaçlı verilen ilaçlara bağlı yan etkiler ortaya çıktığında, ilacın yan etkileri konusunda hastanın yeterince bilgilendirilmediği gerekçesi ile hastalar yargıya başvurabilmektedir. Danıştay 'intravenöz sulbaktam-ampisilin uygulaması sonrasında solunumun durması ve gelişen hipoksiye bağlı olarak hastanın yüzde doksan oranında engelli kalmasıyla sonuçlanan tıbbi tedavi uygulamasında riskli tedavide bilgilendirme eksikliği bulunmasını hizmet kusuru olarak' değerlendirmiş ve manevi tazminata hükmetmiştir. Bu kararın incelenmesinde, nefes darlığı,

bacaklarında şişlik yakınması nedeni ile kardiyoloji kliniğine yatan hastaya, sellülit ön tanısıyla öncesine dair ilaç alerjisi olmadığı teyit edilerek intravenöz sulbaktam ampisilin verildiği, sonrasında anaflaktik şok geliştiği, uygun tedavi yapıldığı, ancak hastanın %90 maluliyetine yol açan zarar geliştiği görülmüştür. Danıştay kararında 'Alerji yapabileceği bilinen ilaçların verilmesi durumunda, hastaya muhtemel sağlık geçmişinin sorulması, tedavi, fiziksel bütünlükle ilgili tahmin edilemez olası bir risk taşıdığına, hekimlerin, hastalarını aydınlatarak rıza göstermelerine imkan sağlayacak şekilde kendilerini önceden bu tedavi hakkında bilgilendirmeleri gerektiğini' ifade edilmiştir. (Danıştay 15.Daire E:2016/2124, K:2017/665). Mevcut olguda olduğu gibi mahkemelerce beklenen, hekimin yapılan ilaç uygulamasının yan etkileri ve gelişebilecek komplikasyonlar hakkında hastayı bilgilendirmesi ve hastanın sağlık geçmişinin de araştırılmasıdır. Mevcut olguda gelişen yan etkiler ilaca bağlı bir komplikasyon olup, komplikasyonun tedavi süreci de doğru yönetilmiştir. Ancak hekimden bunların yanı sıra hastayı tedavinin olası sonuçlarına karşı bilgilendirdiği ve hastanın tıbbi geçmişini sorguladığını ispat etmesi beklenmektedir. Bu amaçla mahkeme aşamasında kayıtlar incelenmekte ve tanık ifadelerine başvurulmaktadır. Bu nedenle hekimlerin hasta kayıtlarını düzgün ve eksiksiz tutmaları çok önemlidir.

Göğüs Hastalıklarında aydınlatılmış onamın gündeme geldiği diğer alan girişimsel uygulamalardır. Girişimsel uygulamalara yönelik hazırlanan aydınlatılmış onam formları tüm diğer tıbbi müdahalelerde olduğu gibi yapılacak işleme özel olarak hazırlanmalıdır. Trevisani ve ark. bronkoskopi için genel olarak hazırlanmış standart onam formlarının yeterli olmadığını, onam formunun endoskopik yöntemin şekli, amacı, endikasyonları, kontrendikasyonları, riskleri ve yararları, alternatif tanı ve tedavi yöntemlerini içermesi gerektiğini belirtmişlerdir (24).

Göğüs Hastalıklarında yapılan işlemler; Bronkoprovokasyon Testi, Bronkoskopi, Kardiyopulmoner Egzersiz Testi, Noninvaziv Mekanik Ventilasyon, Plevra Biyopsisi, Plevral Kateterizasyon-Plörodezis, Prick Test, Torasentez, Transtorasik İgne Aspirasyonu, Trombolitik Tedavi, Tüp Torakostomi olarak belirtilmektedir. Bronkoskopi için önerilen formda olduğu gibi bu işlemlerin de her biri için işleme yönelik hazırlanmış formların kullanılması uygun olacaktır. (25).

Aydınlatılmış Onam İle İlgili Çalışmalar

Çalışmalarda aydınlatılmış onam alma sürecinde yaşanan sorunlar arasında, hazırlanan onam belgesinin hasta tarafından okunması için gerekli sürenin ve ortamın sağlanmaması, onam belgesinin tam okunmadan ya da hiç okumadan alınması, okuma esnasında hastanın hekime aklına takılanları sorma fırsatı bulamaması, süreçte hekimin yeterince aktif olmaması, onamı imzalatma işleminin daha çok yardımcı sağlık personelleri tarafından gerçekleştirilmesi sayılmaktadır (26). Sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada, sağlık profesyonellerinin %47,6'sı onamın doğru uygulandığına kısmen katılmıştır. Aynı çalışmada sağlık çalışanlarının %33,6'sının onamın istenir düzeyde uygulanmamasının nedenini personel sayısının yetersizliğine, %23,8'inin olumsuz iş koşullarına bağladığı, %77,6'sının hastane yönetimi ve hukuki gerekçe nedeniyle onam aldığını belirttiği ifade edilmiştir. Bununla birlikte katılımcıların %56,6'sının onamı ispat güvencesi olarak değerlendirdiği, %62,2'sinin ise onam alma sorumluluğunun tüm ekibe ait olduğu görüşünü paylaştığı görülmüştür (27).

Karaman ve ark'nın (2015) aydınlatılmış onam hakkında hastaların bilgi düzeyini araştırdıkları çalışmasında, hastaların %54.5'unun cerrahi müdahale öncesi aydınlatılmış onam formunu okuduğu ancak %70'inin anlamadığı belirtilmektedir (28). Kalala (2011) çalışmasında hastaların %24'ünün aydınlatılmış onam formunu imzalamış olmalarına rağmen önemini bilmedikleri belirtilmiştir. (29). Turla ve ark'nın çalışmasında hastaların %85'inin ameliyat sonrası kaç gün hastanede kalacaklarını bilmedikleri, %83'ünün ameliyat sonrası yaşamlarında olabilecek değişiklikler konusunda ve %75,2'sinin de ameliyat türü ve bölgesi konusunda bilgisi olmadığı saptanmıştır. En fazla bilgilendirmenin (%67) ameliyattan başka tedavi alternatifleri olup olmadığı konusunda yapıldığı saptanmıştır. (30).

Ertem ve ark.'nın (2013) kardiyak cerrahi yapılan hastaların aydınlatılmış onam hakkındaki görüş ve önerilerini değerlendirdikleri çalışmalarında hastaların %76.1'inde onam formuna imzanın hemşireler tarafından alındığı saptanmıştır (31). İncesu'nun (2014) çalışmasında aydınlatılmış onam alma sürecinde, hekimin yeterince aktif olmadığı, onamı çoğunlukla kendisinin imzalatmadığı, imzalatma işleminin daha çok diğer sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirildiği, hazırlanmış onam belgesinin hasta tarafından okunması için uygun ortam-süre verilmediği ve hastanın onam hakkında aklına takılanları sorma fırsatı bulamadığı saptanmıştır (26). Çalışmalarda ameliyat öncesi dönemde yeteri kadar aydınlatılan ve cerrahi müdahaleye detaylı bir şekilde hazırlanan hastaların daha başarılı bir süreç geçirdiği ifade edilmektedir (31,32).

Hukuksal Boyut

Her tıbbî müdahale kural olarak, hastanın yaşamı, sağlığı ve bedensel bütünlüğüne yönelik bir ihlal olarak kabul edilmektedir. Hekimin tıbbî müdahalesi, ancak belirli şartların varlığı durumunda hukuka aykırı olmaktan çıkmaktadır. Tıbbî müdahalenin hukuka uygun olmasını sağlayan en önemli koşullardan biri hastanın aydınlatılmış onamının alınmış olmasıdır. Tıbbî müdahalenin hukuka uygun olması için ayrıca o alanda yetkili hekimlerce gerçekleştirilmesi, tıp mesleğinin kurallarına ve özen yükümlülüğüne uygun davranılması gereklidir.

Aydınlatma yükümlülüğünün ihlali halinde hekim, hukuka aykırı bir müdahalede bulunmuş olacağından, bundan kaynaklanan maddi ve manevi zararları tazmin ile yükümlü olduğu belirtilmektedir (33).

Uygulamada aydınlatma yükümlülüğünün ihlali nedeniyle gerek haksız fiil hükümlerine gerekse sözleşme hükümlerine aykırılık nedeniyle tazminat davaları açılmaktadır. Dava sürecinde aydınlatma yükümlülüğünün kim tarafından ispatlanacağı konusu gündeme gelmektedir. Aydınlatma yükümlülüğünün niteliğine göre ispat yüküne karar verilebilmektedir. Hekimin tıbbî müdahalesinin hastanın aydınlatılması ve devamında onamının alınmasından sonra hukuka uygun hale geleceği görüşü temel alındığında hukuka uygunluk nedeninin varlığını ispat hekime düşmektedir. Dava hekimin haksız fiil sorumluluğu üzerinden açılmışsa ispat yükü hastaya aittir. Tedavi aydınlatmasının söz konusu olduğu durumlarda, dava sözleşmeye dayanılarak açılmışsa hekimle hastası arasında vekâlet sözleşmesi bulunduğu kabul edilerek, BK.'nın 96. maddesi gereğince, borçlunun (hekimin) kusurlu olduğu karinesinden hareketle, kusurlu olmadığının ispatı yine hekime düşmektedir (34).

Uygulamada ispat kolaylığı açısından elverişli olduğu düşünülerek matbu formlar kullanılmaktadır. Yazılı aydınlatmaya ilişkin bu uygulamalar, aydınlatma yükümlülüğünün yerine getirildiğinin ispatında faydalı ise de, aydınlatma yükümlülüğü sözlü olarak da yerine getirilmelidir. Yine formların genel olarak hazırlanmış formlar değil, mevcut müdahaleye (işleme) yönelik hazırlanması önemlidir. Hastanın hastanede kaldığı süre içinde bildiği ya da bilmediği bütün işlemlere onam vermesi söz konusu olamaz. Onam yalnızca aydınlatılan konu üzerinde önerilen tedavi ya da işlem için geçerlidir. Ayrıca hekimin protokol defterine hastanın seyrini, gördüğü semptomları, teşhisini ve ilaçları kaydederek vekâlet sözleşmesinden kaynaklanan verileri kayıt altına alma yükümlülüğünün de yerine getirmesi gerekmektedir (32).

Hekimin tedavi sürecine ait gerekli belgeleri düzenlediğini göstermesi, hekimin aydınlatma yükümlülüğünü de yerine getirdiği konusunda bir delil olacaktır. Ayrıca, aydınlatma yükümlülüğünün yerine getirildiği tanıklarla da ispatlanabilmektedir. Hasta, isteği doğrultusunda aydınlatma sırasında bir yakını ya da yasal temsilcisi yanında bulunabilir ve bu kişilerin tanıklığına başvurabilirken, hekim de ispat kolaylığını sağlamak açısından hastayı önceden bilgilendirmek kaydıyla aydınlatma sırasında bir hekim ya da sağlık personelinin yanında bulundurup imzalarını alarak, tanıklıklarına başvurabilir. Ancak tarafsızlığı sağlamak amacıyla, hekimden bağımsız çalışan sağlık personelinin tanıklığı da esas alınabilmektedir. Yargıtay bir kararında hastane personelinin tanıklığına itibar etmemiştir (32). Ayrıca hekimin hastaya özenli davranma ve aydınlatma yükümlülüğünün ihlalinde kusurlu olup olmadığı konusunda, bilirkişi görüşüne başvurulabilir.

Bilirkişi bu konu ile ilgili değerlendirme yaparken konu ile ilgili görülen kişilerin ifadeleri, sağlık kuruluşu kayıtları, hastanın filmi, laboratuvar incelemeleri, varsa otopsi bulguları üzerinden inceleme yapmaktadır. Bu nedenle kayıtların düzgün zamanında ve düzgün tutulması çok önemlidir.

Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi (AİHM) 30 Haziran 2015 tarihli Altuğ ve diğerleri/Türkiye davasına konu olan başvuruda, hastada reçete edilen ampisilin injeksiyonundan sonra anaflaktik şoka bağlı kardiyak arrest gelişmiş, yeniden canlandırma yapılarak yoğun bakıma sevk edilmiş, ancak hasta yoğun bakımda hayatını kaybetmiştir. AİHM bu başvuru ile ilgili kararında; 'Taraflar devletler, yükümlülükleri uyarınca, hekimlerin, uygulanması düşünülen tıbbi müdahalenin hastaların fiziksel bütünlüğüyle ilgili olarak meydana getirebileceği öngörülebilir sonuçlar hakkında sorgulanmaları ve hastalarını aydınlatarak, rıza göstermelerini sağlayacak şekilde kendilerini bu tıbbi müdahale hakkında önceden bilgilendirmeleri amacıyla gereken düzenleyici yasal tedbirleri almakla yükümlüdür' ifadesini kullanmıştır. Yine kararda; 'Verilen yargı kararlarının ya da çeşitli elde edilen raporların hiçbirinde, sağlık ekibinin, anamnez çerçevesinde kendi sağlık geçmişi hakkında hastaya ya da yakınlarına soru sormadığı, ilgiliyi penisilin tedavisinin muhtemel risklerine dair bilgilendirmediğini' belirterek Türkiye'yi manevi tazminata mahkum etmiştir (35).

Aydınlatılmış Onamla ilgili Yasal Düzenlemeler

Aydınlatılmış onam evrensel tıp etiği belgelerinde tanımlanmış, ülkemizde ise yasal düzenlemelerle uygulamaya konulmuştur. Aydınlatılmış onamın tanımı, içeriği, standartları, kime ve kim tarafından yapılacağı, zamanı, acil durumlarda yaklaşım yasal düzenlemelerde bulunmaktadır. Bu alandaki yasal düzenlemeler aşağıda sıralanmıştır.

• 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun

(14.04. 1928) (Madde 70- Değişik: 5728 s. K. – 8.2.2008-26781)

Hekimler, diş hekimleri ve dişçiler yapacakları her çeşit ameliye için hastanın, hasta küçük veya hacir altında ise, veli veya vasisinin önceden rızasını alırlar. Büyük cerrahi ameliyeler için bu rızanın yazılı olması gereklidir. (Veli veya vasisi olmadığı veya bulunamadığı veya üzerinde ameliye yapılacak kişi görüş belirtecek durumda değil ise, rıza koşulu aranmaz).

• Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği (1998):

Madde 15- Bilgilendirmenin Kapsamı

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.

Madde 18- Bilgi Vermenin Usulü

Bilgi, mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheyi 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.

Madde 22- Rıza Olmaksızın Tıbbi Ameliyeye Tabi Tutulmama

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 vücutunda olduğu düşünölen hallerde; bu delillerin ortaya çıkarılması için sanığın veya mağdurun tıbbi ameliyeye tabi tutulması, hakimın kararına bağlıdır. Gecikmesinde sakınca bulunan hallerde bu ameliye, cumhuriyet savcısının talebi üzerine yapılabilir.

Madde 24- Hastanın Rızası ve İzin

Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz. Kanuni temsilcinin rızasının yeterli olduğu hallerde dahi, anlatılanları anlayabilecekleri ölçüde, küçük veya kısıtlı olan hastanın dinlenmesi suretiyle mümkün olduğu kadar bilgilendirme sürecine ve tedavisi ile ilgili alınacak kararlara katılımı sağlanır. Sağlık kurum ve kuruluşları tarafından engellilerin durumuna uygun bilgilendirme yapılmasına ve rıza alınmasına yönelik gerekli tedbirler alınır. Kanuni temsilci tarafından rıza verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; Türk Medeni Kanununun 346 ncı ve 487 inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır. Tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbi 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 nüşhası hastaya verilir.

Madde 25- Tedaviyi Reddetme ve Durdurma

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.

Madde 26- Rıza Formu

Mevzuatta öngörülen durumlar ile uyumsuzluğa 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.

Madde 31- Rızanın Kapsamı ve Aranmayacağı Haller

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.

• Biyotıp Sözleşmesi (2003): Bölüm 2 : Muvafakat (Madde 5,6,7,8,9) , Bölüm 3 : Özel yaşam ve bilgilendirilme hakkı (Madde 10)

Madde 5. (Genel Kural)- Sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden sonra yapılabilir. Bu kişiye, önceden, müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında uygun bilgiler verilecektir. İlgili kişi, muvafakatini her zaman, serbestçe geri alabilir.

Madde 6. (Muvafakat verme yeteneği bulunmayan kişilerin korunması)

1. Aşağıda, 17 ve 20. Maddelere tâbi olmak koşuluyla, muvafakat verme yeteneği bulunmayan bir kimse üzerinde tıbbî müdahale, sadece onun doğrudan yararı için yapılabilir.
2. Kanuna göre bir müdahaleye muvafakatini verme yeteneği bulunmayan bir küçüğe, sadece temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen makam, kişi veya kuruluşun izni ile müdahalede bulunabilir. Küçüğün görüşü, yaşı ve olgunluk derecesiyle orantılı bir şekilde, gittikçe daha belirleyici bir etken olarak gözönüne alınacaktır.
3. Kanuna göre, akıl hastalığı, bir hastalık veya benzer nedenlerden dolayı, müdahaleye muvafakat etme yeteneği bulunmayan bir yetiškine, ancak temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen kişi veya makamın izni ile müdahalede bulunulabilir. İlgili kişi mümkün olduğu ölçüde izin verme sürecine katılacaktır.
4. Yukarıda 2 ve 3. Paragraflarda belirtilen temsilci, makam, kişi veya kuruluşa, aynı şartlarda, Madde 5'te belirtilen bilgi verilecektir.
5. Yukarıda 2 ve 3. Paragraflarda belirtilen izin, ilgili kişinin en fazla yararı bakımından her zaman geri çekilebilir.

Madde 7. (Akıl hastalığı olan kişilerin korunması)- Gözetim, denetim ve başka bir makama başvurma süreçleri dahil, kanun tarafından öngörülen koruyucu şartlarla bağlı olmak üzere, ciddi nitelikli bir akıl hastalığı olan kişi, yalnızca böyle bir tedavi yapılmadığı takdirde sağlığına ciddi bir zarar gelmesinin muhtemel olduğu durumlarda, muvafakatı olmaksızın, akıl hastalığının tedavi edilmesini amaçlayan bir müdahaleye tâbi tutulabilir.

Madde 8. (Acil durum)- Acil bir durum nedeniyle uygun muvafakatın alınamaması halinde, ilgili bireyin sağlığı için tıbbî bakımdan gerekli olan herhangi bir müdahale derhal yapılabilir.

Madde 9. (Önceden açıklanmış istek)- Müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek bir durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbî müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekler gözönüne alınacaktır.

Madde 10. (Özel yaşam ve bilgilendirilme hakkı)

1. Herkes, kendi sağlığıyla ilgili bilgiler bakımından, özel yaşamına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahiptir.
2. Herkes, kendi sağlığı hakkında toplanmış herhangi bir bilgiyi öğrenme hakkına sahiptir. Bununla beraber, bireylerin, bilgilendirilmeme istekleri de gözetilecektir.
3. İstisnai durumlarda, 2 nci paragrafta belirtilen hakların kullanılmasında hastanın yararları bakımından kanun tarafından kısıtlamalar öngörülebilir.

• **Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları:**

Madde 26-Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır. Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmelidir. Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri, hasta kendisi belirler. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Alınan onam, baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir. Acil durumlar ile, hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcinin izni alınır. Hekim temsilcinin izin vermemesinin kötü niyete dayandığını düşünüyor ve bu durum hastanın yaşamını tehdit ediyorsa, durum adli mercilere bildirilerek izin alınmalıdır. Bunun mümkün olmaması durumunda, hekim başka bir meslektaşına danışmaya çalışır ya da yalnızca yaşamı kurtarmaya yönelik girişimlerde bulunur. Acil durumlarda müdahale etmek hekimin takdirindedir. Tedavisi yasalarla zorunlu kılınan hastalıklar toplum sağlığını tehdit ettiği için hasta veya yasal temsilcisinin aydınlatılmış onamı alınmasa da gerekli tedavi yapılır. Hasta vermiş olduğu aydınlatılmış onamı dilediği zaman geri alabilir.

KAYNAKLAR

- 1) Tümer AR, Karacaoğlu E, Akçan R. Cerrahide aydınlatılmış onam ile ilgili sorunlar ve çözüm önerileri. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2011; 27(4): 191-197
- 2) Güzeldemir ME. Hasta bilgilendirmenin önemi. *Sendrom Tıp Dergisi*. 2005; 1-28.
- 3) Aydınlatılmış Onam Kılavuzu. http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content
- 4) Bernat JL. Informed consent. *Muscle Nevre* 2001; 24(5):614-621
- 5) Erdoğan N, Kara M, Hızal A, Hızal SA. Aydınlatılmış Onam: Uygulama ve Tıp Hukuku Açısından Sorunlar. *Erciyes Tıp Dergisi* 2011;33(2):165-170.
- 6) Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 6th ed. New York: Oxford University Press Inc; 2009: 99-148.
- 7) European Charter Of Patients' Rights, Rome, November 2002. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf. Erişim tarihi:15.07.2018.
- 8) Erman B. Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu. Ankara:Seçkin Yayıncılık, 2003: 101-103.
- 9) Hakeri H. *Tıp Hukuku*. 1st ed. Ankara:Seçkin Yayıncılık, 2007: 93-185.
- 10) Teksas Statutes; Civil and Remedies Code; Title 4. Liability in Tort; Chapter 74. Medical Liability; Subchapter C. Informed Consent. <http://www.statutes.legis.state.tx.us/>. Erişim tarihi: 15.07.2018.
- 11) Goffin T, Zinovieva D, Pascal B et al. *Patient Rights in the EU – Bulgaria*. Leuven: European Ethical-Legal Papers N°8, 2007.
- 12) Özcan Fİ. Tıbbi müdahalede aydınlatılmış onam. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hukuk Anabilim Dalı Özel Hukuk Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi İstanbul, 2008.
- 13) Devlin MM. Obtaining Informed Consent: Whose Duty? *Clinical Pulmonary Medicine*: 1994; 178-180.
- 14) Hasta Hakları Yönetmeliği. <http://getatportal.saglik.gov.tr/TR,8468/hasta-haklari-yonetmeliği.html>. Erişim tarihi: 16.07.2018.
- 15) Akıntürk T, Karaman DA. *Medeni Hukuk*. 14th ed. İstanbul: Beta Basım Yayım, 2009: 279-302.
- 16) Hakeri H. *Tıp Hukuku*. 1st ed. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2007: 93-185.
- 17) Sarı İ, Aşirdizer M. Tıbbi Uygulamalar Ve Bilimsel Çalışmalarda "Çocuklarda Onam" Kavramı. *Adli Tıp Dergisi* 2006; (28)1 :60-72.
- 18) Öztürk Türkmen H. Çocuklarda aydınlatılmış onam almak. Ankara Etik Günleri, 30-31 Mart 2006.
- 19) Aydın E. Çocuklarda aydınlatılmış onam sorunu. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2003;46(2):148-52.
- 20) *Biyoloji Ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları Ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun*. : <https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5013.html>. Erişim tarihi: 15.07.2018.
- 21) Ersoy N, Şenses ÖM, Er RA. Acil tıp'ta aydınlatılmış onam. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2010;16 (1):1-8.

- 22) Bernat JL. *Informed consent. Muscle Nevre* 2001; 24(5):614-621.
- 23) Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. Yayın Tarihi: 01.02.1999.
http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=65:hekl-meslek-etkurallari&catid=4:t&Itemid=31 Erişim Tarihi: 15.07.2018.
- 24) Trevisani L, Sartori S, Abbasciano V. *Letters to the Editor. Respiratory Medicine* (1996) 90, 183-184.
- 25) Onam formları. <http://www.toraks.org.tr/upload.aspx?type=6&menu=179>.
- 26) İncesu E. Konya Seydişehir devlet hastanesinde yatan hastaların, bilgilendirilme ve aydınlatılmış onam alma sũreçlerinin değerlendirilmesi. *Adli Bilimler Dergisi* 2014; 13(1):16-27.
- 27) Yıldırım G, Bilgin İ, Tokgöz H. Cerrahi kliniklerdeki sağlık çalışanlarının aydınlatılmış onam hakkındaki gũrũsleriyle uygulamaları örtũřüyor mu?. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2014; 36: 451-458.
- 28) Karaman ZÖ, Kılıç M, Yayla A. Cerrahi Aydınlatılmış Onam Hakkında Hastaların Bilgi Dũzeyinin İncelenmesi. *HSP* 2015; 2(3):318-328.
- 29) Kalala WT. *Patients' perceptions and understanding of informed consent for surgical procedures, faculty of health sciences. Master of Medicine in Family Medicine, Johannesburg, 2011.*
- 30) Turla A, Karaarslan B, Kocakaya M, Peken Y. Hastalara Yeterince Aydınlatma Yapılıp-Yapılmadığı ve Onam Alınması Durumunun Saptanması. *Turkiye Klinikleri J Foren Med* 2005;2(2):33-8.
- 31) Ertem A, Yava A, Demirkılıç U. Kardiyak cerrahi yapılan hastaların ameliyat öncesi verilen aydınlatılmış onam hakkındaki gũrũs ve önerilerinin belirlenmesi. *Türk Gũęũs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 2013; 21(2):378-391.
- 32) Adıgũzel S. Hekimin Aydınlatma Yũkũmlũęũ TAAD 2014;5(19):943-995.
- 33) Wysong PR, Driver E. *Patients' perceptions of nurses' skill. Crit Care Nurse.* 2009;29:24-37.
- 34) Kaya M. Hekimin Hastayı Aydınlatma Yũkũmlũęũnden Kaynaklanan Tazminat Sorumluluğu. *TBB Dergisi* 2012(100):45-82.
- 35) Ozanoğlu HS. Hekimlerin Hastalarının Aydınlatma Yũkũmlũęũ. *Ankara Őniversitesi Hukuk Fakũltesi Dergisi* 2003;52(3)55-77.
- 36) http://www.inhak.adalet.gov.tr/ara/karar/Altug_vd_karar.pdf. Erişim tarihi:15.07.2018

Yargıya Yansımış Göğüs Hastalıkları Olgularında Uzman Görüşü Oluşturulması

Prof. Dr. Oğuz Polat

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı

Son yıllarda sağlık camiasının en önemli tartışma konularından birisi tıbbi uygulama hatalarıdır. Özellikle son yıllardaki açılan dava sayısının çok artması ve buna paralel olarak verilen cezalardaki ağır tazminatlar konu hakkında özellikle uygulayıcıları başta hekimleri kaygılandıran bir durumdur.

Hasta hakları yönetmeliğinin yayınlanmasının ardından başlayan tıbbi uygulama hataları davalarının sayısal fazlalığı hekimleri bir çok önlem almaya yöneltmiştir. Bunlar içinde çekinik tıp gibi uygulama boyutları bulunurken diğer boyutta da kanunlar ve prosedürler hakkında bilgilenmek de bulunmaktadır. Çünkü kanunu bilmemek suçu azaltmaz prensibinden dolayı hangi durumlarda ceza söz konusu olacaktır ve suç kapsamında değerlendirilen durumlar hangisidir bilmek yapmanın ilk koşulunu oluşturmaktadır (1).

Burada ilk sorulması gereken sorunun "hastada bir zarar ortaya çıktığında, bu zararın tıbbi uygulamadan kaynaklanıp kaynaklanmadığını, uygulamanın kusurlu olup olmadığını belirlemektir." Bunun saptamasının da ancak tıbbi bilirkişilerin vereceği görüş ile mahkemelerde belirlenebileceği görülmektedir.

Tıbbi görüşüne başvuru kişi bu konuda eğitimli ve donanımlı olan bilirkişilerdir. Tıbbi uygulama hatalarında bilirkişinin fonksiyonu, tıbbi uygulama ve sorumluluk çerçevesinde, mahkemelerde hakimlere, savcılara ve avukatlara olgu bazında, bilimsel çerçevede kılavuzluk etmek şeklinde tanımlanabilir.

Eskiden olan uygulamada mahkemelerin Adalet Bakanlığının bağlı kuruluşu olan Adli tıp kurumuna dosyaları yollamaları ve oradan gelen görüşe kayıtsız şartsız uymak şeklinde bir pratik söz konusuydu. Ancak her geçen gün gelişen tıp çok daha detaylı ve derinlemesine bilginin kullanıldığı bir bilim olmasıyla oradaki kurulların hem nitelik hem nicelik açısından her zaman cevap veremiyor olması uygulama pratiğinin yavaş da olsa değişmesine neden olmuştur.

Yeni Ceza Muhakemesi Kanunu ile gelen çapraz sorgulama ve benzer yöntemler sonucu artık mahkeme tek başına bilirkişi ataması yapmamakta ve taraflar da bilirkişileri saptayarak onlardan görüş alabilmektedirler.

Bilirkişi görüşü verecek uzmanların konu hakkında bilgili olmaktan daha fazla özelliklere sahip olması gerekmektedir. Bu da bilimsel kaynak kullanarak elde edilen verileri değerlendirmek ve bunlara dayalı bir görüş oluşturmaktır. Öğretim üyeleri ya da üniversitelerin ilgili biriminden alınan bilirkişi raporları özellikle tıbbi uygulama hataları olgularındaki gibi kurumsal yapılara karşı bireyin açtığı davalarda büyük önem taşımaktadır. Bilirkişilikte bilimsel yaklaşım ve güncel objektif bilgi temeldir.

Bir davanın temel hedefi delil tespitinin yapılarak doğru yorumlanmasının sağlanması ve adil sonuca ulaşmaktır. Bu amaçla adli bilirkişiden rapor alınarak olayın doğru bir şekilde aydınlatılması hedeflenmektedir. Bu noktada uzman görüşünün alınması olayın doğru bir şekilde aydınlatılmasında en büyük rolü oynayacaktır.

Türk hukuk sisteminde bilirkişi uzun yıllardan beri mahkeme tarafından tayin edilmektedir. Hukuk Muhakameleri Kanunu (HMK)'nın (2) 293. maddesi ve 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu (CMK)'nın (3) 67. maddesine göre özel uzman görüşü mahkemede olayın aydınlatılabilmesi için kullanılmaktadır. CMK 68. maddesine göre özel bilirkişi sözlü olarak tanıklık yapabilir ve gerek mahkeme heyeti gerekse taraflar tarafından sorgulanabilir.

Mahkeme tarafından tayin edilen bilirkişiler ise Yüksek Sağlık Şurası, Adli Tıp Kurumu, üniversitelerin ilgili anabilim dalları veya önceden belirlenmiş bilirkişi listelerinden seçilmiş hekimler olabilmektedir. Yüksek Sağlık Şurası, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 75. maddesi gereğince resmi bilirkişi olarak düzenlenmişti ve buradan rapor alınmasını zorunlu idi. Ancak, Anayasa Mahkemesi'nin 03.06.2010 tarih ve E.2009/69 - K.2010/79 sayılı kararı ile bu madde iptal edilmiştir. Böylece Yüksek Sağlık Şurası 2010 yılı itibarıyla başvurulması zorunlu bir resmi bilirkişi olmaktan çıkmıştır (4).

Bazı tip olgularda mahkemenin karar verebilmesi için mutlaka konuyla ilgili uzmanın görüşüne ihtiyacı vardır. Tıbbi uygulama hataları olguları da bu tip olguların başında gelmektedir. Bu olguların yargıda doğru değerlendirilebilmesi ancak doğru tıbbi bilirkişilik uygulamaları ile mümkündür. Dünyada gelişmiş ülkelerdeki uygulama çapraz sorgulama ile tarafların bilirkişilik hizmetinden yararlanabilmesi ve kendi seçtiği bilirkişiden görüş alabilmeleri modeline dayanmaktadır.

Bu da konusunda uzman, eğitilmiş ve onanmış, daha doğru bir söyleyişle tescil edilmiş uzmanların bilirkişilik yapmaları anlamına gelmektedir. Konusunda yeterliliği ispatlanmış bilim adamlarının raporlarıyla olayların net olarak belirlenmesi yapılabilmektedir.

Son dönemde Yargıtay da raporun nereden alındığından ziyade raporun yeterliliğini kriter almaya başlamıştır. Böylelikle pratikte raporun içeriği değil, kim tarafından yazılmış olduğu kriterinin temel kriter olması ortadan kalkmıştır.

Adli Bilimler bilirkişiliği bu konuda bilimsel altyapıya sahip, objektif ölçülere bağlı standart bir çalışma modeline sahip kişi ve kurumlar tarafından yapılmalıdır. Özel ve üniversiter yapıların da bu konuda önde gelen yapılar olduğu ve olacağı tüm dünya uygulamalarında görülmektedir.

Bilirkişi görüşü, Dünya Bankası'nın 2009 tarihinde yayımlanan "Yargılamada bilirkişilik müessesesi hakkında karşılaştırmalı çalışma" isimli yayınında "mesleki, bilimsel ya da teknik bir konuyla ilgili olarak yasal kovuşturmada kanıt olarak sunulacak (yazılı veya sözlü) her hangi ifade "olarak tanımlanmaktadır (5).

Adli Tıp/bilimler bilirkişiliği için ise insanla ilgili olarak konusunda eğitimli ve bilgili olan kişi/kişilere yargıya yansımış olgularda sorulmuş olan sorulara cevap vermek olarak pratik bir tanım da yapmaktır mümkündür.

Bilirkişilik çalışmalarında temelde laboratuvarında ölçülen değerlerin ve/veya geçmişte yapılmış uygulamaların raporlarının incelenerek analizi ve değerlendirilmesi yapılmaktadır. Burada, uygulamada mahkemede ve yargıda, genel olarak kamuoyunda çok önemli bir boyutun gözden kaçtığını da hemen belirtmek isterim. O da adli bilirkişiliğin yoruma dayalı bir sistem olduğu için güvenilirliğinin tartışmalı olduğu görüşüdür. Bu yanlış bir görüştür.

Çünkü olgudan yapılan tüm çıkarımlar ve değerlendirme mutlaka dosyadaki geçmişte yapılmış çalışmaların ve laboratuvar sonuçlarının ve standart uygulamalar kapsamında bakılarak değerlendirilmesine dayanmaktadır. Sonuç yorumunun ise ancak bilimsel referanslar verilerek yapıldığında doğru uygulama olacağını da belirtmek gerekmektedir.

Bir olgu için verilen bilimsel görüşte yazılan sonuç mutlaka objektif, ölçülebilir olmalı ve bilimsel değerler ile standartlara dayanmalıdır.

Bilirkişi görüşü, olgu için adli kılavuzluk yapmakta, davanın doğru ve çabuk sonuçlanmasını sağlamaktadır. Zaten buradaki temel fonksiyonu yargıya yardımcı olmaktır.

Erken dönemde dava konusuyla ilgili uzmandan alınacak bilirkişi görüşü hem savunmayı çok güçlendirecek hem de mahkeme aşamasında bazı delillerin çok daha doğru yorumlanmasını sağlayacaktır. Bu, ancak son dönemde anlaşılmaya başlanan bir durumdur.

Adli tıp bilirkişiliği yargının tüm katmanlarında çok önemlidir. Özellikle bilimsel yaklaşımların adaletin terazisini her zaman doğru noktaya getirdiği tüm dünyadaki uygulamalarda görülmektedir. Adli tıp raporları her zaman hukukta vazgeçilmez bir fonksiyona sahiptir. Bilimsel yaklaşımlar her zaman doğruyu gösterecek en önemli araçtır.

Bilirkişiler, tıbbi uygulamanın anlatılması ve burada yapılan yanlış uygulamalara bağlı olarak hastada ortaya çıkan hastaya zarar ve hasarın belirlenmesinde kritik bir rol oynamaktadırlar.

Bilirkişiler, olguyu değerlendirirken yapılan tıbbi uygulamaları bilimsel çerçevede değerlendirmektedirler. Ancak bunun yanı sıra hukuki ve tıbbi tanımları kullanarak iki farklı alan olan tıp ve hukuku göz önünde bulundurarak görüşlerini oluşturmalı ve bunu iletmelidirler. İletilen bilirkişi görüşleri ve bilirkişinin sürece dair genel izlenimi dava sonucuna önemli derecede etki etmektedir.

Tıbbi uygulama hataları olgularında bilirkişilik yapacak kişilerin tıp uzmanı olmaları ilk koşuldur. Özellikle tıbbi uygulama hataları olgularında adli tıp uzmanı ve göğüs hastalıkları uzmanının birlikte çalışarak oluşturacakları bilirkişi görüşü en verimli sonucu verecektir. Adli tıp uzmanı tıp ve hukukun birlikte değerlendirildiği bir disiplinden yetişmelerinin avantajıyla olaya yaklaşımlarında sadece tıbbi değerlendirmeyi göz önüne almayacaktır. Ayrıca prosedürel boyuttan başlayarak diğer tüm boyutları da olgunun değerlendirmesinde göz önünde tutarak ona göre değerlendirme yapacaktır. O yüzden bilirkişi görüşünün oluşturulacağı tıbbi uygulama hataları olgularında adli tıp uzmanının yer alması raporun adli makamlar tarafından daha iyi anlaşılmasını ve hukuksal yaklaşımların da yer almasını sağlamaktadır. Göğüs hastalıkları uzmanı da tıbbi yaklaşım konusundaki bilgisini olgu bazında ortaya koyduğunda, bu iki uzmanlık alanının birlikte değerlendirdiği rapor, tüm boyutlarıyla olayı değerlendiren bir konumda olacaktır.

Frye Standardı ve 1993 yılından beri Amerikan mahkemelerinde yaygın olarak kullanılan Daubert standardı, bilirkişi görüşünün şu standartlarda olması gerektiğini ve dayanılan delillerin de bu standartları kapsamaması gerektiğini söylemektedir (5).

1. Mahkemeye delil tespitinde veya gerçeğin belirlenmesinde yardımcı olması,
2. Uygun olgu ve nedenlere dayalı olması,
3. Güvenilir ilke ve metotların ürünü olması,
4. Davanın unsurlarına, gereğine uygun olarak uygulanması.

Bilirkişiler görüşlerini, olgu ile en uygun bilimsel bilgilere, eğitimlere, deneyimlere ve tıbbi literatür araştırmalarına dayandırmaktadır. Tıbbi uygulama hatalarının değerlendirmesinde bakış açısının ne olduğu çok önemlidir. Çünkü olaya tıp boyutunda yaklaşımla hukuk boyutunda yaklaşım aynı olmayacaktır.

Tıbbi sorumluluk, haksız fiil hukuku altında toplanmıştır. Haksız fiil hukuku bireylerin birbirlerini yaralamaları şeklinde gerçekleşir. Zararın verdiği acının tazmini için, haksız fiili işleyen suçlanır. Örnek olarak, ıslak zeminden dolayı düşüp kalçasını kıran bir birey verilebilir. Hukuk sisteminde şikayetin doğruluğu, iki farklı tarafın dinlenmesi ile ortaya çıkar. Burada davacı, bu kırığın nedenini ıslak zemin; bunun sebebini de doğan zarardan sorumlu olacak olan bina sahibinin ihmali olarak savunacaktır. Davalı, davada karşı cephede yer alacak ve belki de mağdurun o sırada koşuyor olduğunu iddia edecek veya bir dökülme- akmanın sebep olduğunu veya başka sebepler ileri sürecektir; böylece suçlamaları bina sahibinden uzaklaştıracaktır. Mahkeme, her iki iddiayı da dinleyecek ve doğruyu tayin edecektir (6).

Tıbbi sorumluluk davalarında da aynı mantık kullanılır; ancak bakım standardı esası hakkında bilirkişi görüşü ile olayın aydınlatılması ve tıp dışındakilerin olayı kavramalarının sağlanması da ayrıca gerekmektedir.

Diğer tarafta, tıp; yalnızca bir gerçek olduğunu varsayan, dikkatli çalışmalar, deneyimler, teorilerin test edilmesi ve kademeli yaklaşım ile pozitif bilimlerin içinde yer almaktadır. Kanıtlar, ilk varsayımda ulaşılan sıfır hipotez sonucu ve hiçbir tedavi sürecinde farklılaşmayan metot ve stratejik analizler ile elde edilir. Bu süreçte, sonuçların geçerliliğinin kanıtlanması tekrarlanabilmektedir. Bilimsel görüş, kanıt destekli ve davacı veya davalı lehine olmasına bakılmaksızın tüm kanıtları barındırması gereken görüştür. Bilirkişiler raporlarını o yüzden hukuksal boyuta bakmadan sadece, pozitif bilimlerin doğrusunu temel alarak görüşlerini buna dayalı referanslarla oluştururlar.

Bilirkişi görüşünün hukuksal değerlendirilmesinde şunu da göz ardı etmemek gerekmektedir. Hukuk, bilimsel metotları hukuki normlar içinde düşünür. Bu ne demektir? Bilim ve tıp, fiziksel dünyanın belirsizliğini ve kesin olmayışını tanımakta ve bunu çözmek için araç ve yöntemler kullanmaktadır.

Bilirkişilikte temel ilke “Görüş verecek ve tanıklıkta bulunacak bilirkişi, uygulamalarının genellikle kabul edilen standartlarının değerlendirilmesi hususunda objektif, dürüst ve tarafsız olması konusunda etik bir sorumluluk sahibi olması gerekliliği şeklindedir.” Bilirkişi görüşünün etik olup olmaması hususunda belirleyici faktör “yanlış, yanıltıcı veya tıbbi temelden yoksun” standartların kullanılmasıdır.

Bilirkişi görüşü ve tanıklığının “kapsamlı, adil ve objektif şekilde ve davalı veya davacı lehine olmasına bakmadan hiçbir ilgili bilgiyi dışlamadan” araştırmaları kapsamalıdır. Bilirkişi görüşünü oluştururken, tıbbi olguyu mutlaka iyice özümlemeli ve uygun literatür ve bilimsel araştırmaları bularak çalışmalı, vaka bazında dava irdelenmelidir. Bu olgular irdelenirken, bilirkişi görüşlerinin farklı olabileceğini de unutmamak gerekmektedir.

Bu sürecin bilimsel görüş temelinde gelişimi ve bu davaların değerlendirilmesinde temel unsur olması nasıl sağlanabilir sorusunun cevabı “tıbbi uygulama hataları davalarıyla ilgilenen özel mahkemeler” olabilir. Bu mahkemelerde özel olarak tıbbi terminoloji konusunda bilgiye sahip hakimlerce yargılama süreci yürütülmektedir. İskandinavya ve Yeni Zelanda'da bu sistem başarılı olmuştur (5). Sağlık mahkemesinde olacağı gibi, bu tip sistem de daha bağımsız ve daha az önyargı barındıran bir yargılamayı sağlayacak ve gereksiz şikayetleri azaltarak dava sürecini kolaylaştıracaktır.

Bilirkişilik uygulamaları ülkeden ülkeye farklılıklar gösterebilmektedir. Ancak hepsinin birleştiği nokta bilirkişinin özellikle tıbbi uygulama hatası gibi bilgi ve beceriyi ilgilendiren olgularda çok belirleyici olduğu ve bu kişilerin mutlaka olması gereken donanım ve bilgiye sahip olmaları gerektiğidir. Burada ayrıca hekim ve hastanelerin tıbbi uygulama hatalarından kendilerini korumak ve bu hataları yapmamaları için dikkat etmeleri gereken temel noktalar şunlardır (7):

- Hekim hastasına yönelik olarak ilk aşamada mutlaka tanı veya ayırıcı tanıda gerekli olan hiçbir tetkik veya konsültasyonu atlamadan yapmalı ve hepsini gerçekleştirmelidir. Yapılması gereken tüm tetkikler eksiksiz yapılmalıdır.
- Karşılaşılan en önemli hataların başında hastayla hekim arasında mutlaka olması gereken, hastaya yapılacak işlemin onun anlayabileceği bir dille yapılması ve yazılı bir metin olarak imzalamasıdır. Hasta anladığını ve onayladığını belirtir yazılı belgeyi imzalayarak kuruma ve hekime verir. Bu aydınlatılmış onamdır. Aydınlatılmış onam prosedürlerine baştan sona ayrıntılı bir şekilde uyulmalıdır.
- Uygulama protokolü en önemli aşamalardan birisidir. Çünkü her olayda standart uygulama prosedürünü gösterir. Bunun var olması ve buna uyulması hatalardan koruyan en önemli aşamalardan birisidir. Sık yapılan ameliyatlar için uygulama protokolü basamaklar halinde hazırlanmalı ve bu basamaklara uyulmalıdır.
- Tüm tıbbi uygulama hataları olgularında yargı karşısında olayın aydınlatılmasında en önemli unsur yazılı olarak var olan belgelerdir. Bu yüzden özellikle en çok hatanın karşılaşıldığı cerrahi müdahalelerde ameliyat notu ameliyathaneden çıkmadan ayrıntılı bir şekilde yazılmalı, özellikle rutin dışı bulgu, işlem ve olaylar titizlikle belirtilmelidir.

Tıbbi uygulama hataları güncelliğini koruyan bir konudur. Toplumun bu konudaki bilinçliliğinin artması, yasal düzenlemeler, medyanın da etkisiyle hekimlere yönelik şikayetler de artmaktadır. Her hatanın temelinde uygulama yanlışlığı olması şart değildir. Bazı durumlarda komplikasyonlar da bu sonuca yol açabilmektedir. Bu yüzden de tıbbi uygulama hatalarında sorumluluk doğacağı için mutlaka bilirkişi görüşü ile meydana gelen olayın hata mı komplikasyon mu olduğu ortaya konmalıdır. Ancak bunun için hata ve komplikasyon kavramlarının ayrımı iyi yapılmalıdır.

Hekimler yasal sorumluluklarını ve yetkilerini iyi bildiklerinde hem hastaya daha çok yararlı olacaklar hem de yasalar önünde zor durumlara düşmeyeceklerdir. Bu sorumlulukların yeterince öğretilmediğini öne sürmek hekimin işini kolaylaştırmayacaktır. Çünkü Türk Ceza Kanunu'nun 4. maddesine göre, ceza kanunlarını bilmemek mazeret değildir (8).

Tıbbi uygulama hatalarında bilirkişi görüşü olayı net olarak ortaya koyan ve yargıya yol gösterici nitelikte uygulamalardır. Bilirkişi görüşü ile olayın teknik olarak aydınlatılması ve ortaya çıkması sağlanabilir.

Özetle hukukta bilirkişi görüşü çok belirleyici ve önemli bir metottür. Ama özellikle tıbbi uygulama hatası olguları gibi ihtisas ve bilgi birikimi gerektiren olgularda bilirkişi görüşü mutlaka olması gereken bir boyuttur. Bilirkişi görüşünün tıbbi uygulama hatası olgularında verilirken mutlaka belli normlara ve standartlara da uygun olması gerekmektedir. Bilirkişi görüşlerinin mutlaka objektif, bilimsel referanslara dayalı ve bilimsel olması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1) Polat O. *Uygulamada adli tıp ile ilgili sorunlar ve çözümleri. Adli Tıp Kurumu yayınları, İstanbul 2001.*

2) 04.02.2011 tarih ve 27836 sayılı Resmi Gazete.
<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6100.pdf> (Son Erişim Tarihi: 14.07.2018)

3) 17.12.2004 tarih ve 25673 sayılı Resmi Gazete.
<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5271.doc> (Son Erişim Tarihi: 14.07.2018)

4) 22.10.2010 tarih ve 27737sayılı Resmi Gazete.
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/10/20101022-10.htm> (Son Erişim Tarihi: 14.07.2018)

5) Polat O. *Adli Tıpta Bilirkişilik, Seçkin Yayıncılık, 1. Baskı, Ankara, Kasım, 2013: 9-24; 25-41.*

6) Gökcan HT. *Teori ve Yargı Kararları Işığında İdarenin Sorumluluğu ve Tazminat Davaları, Seçkin Kitabevi, Ankara, 2003.*

7) Polat O. *Tıbbi Uyulama Hataları, Seçkin Yayıncılık, 2. Baskı, Ankara, Şubat, 2015: 223-233.*

8) 12.10.2004 tarih ve 25611 sayılı Resmi Gazete
<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf>(Son Erişim Tarihi: 14.07.2018)

Göğüs Hastalıklarında Maluliyet Hesaplanması ve Sık Yaşanan Sorunlar

Doç. Dr. Özlem Kar Kurt

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları ABD,
İş ve Meslek Hastalıkları BD, Ankara*

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre sağlık, sadece hastalık ve engellilik olmama durumu değil tam bir fiziksel, mental ve sosyal iyilik hali olarak tanılanmıştır (1). Tanımda geçen iyilik hali hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi ile yakından ilişkilidir. Bu bağlamda koruyucu hekimlik uygulamaları önem kazanmaktadır. Ancak alınacak tüm önlemlere rağmen hastalık gelişimi sonucu özellikle de kronik hastalıkların yaygınlaşması ve doğumda beklenen yaşam sürelerinin uzamasının bir sonucu olarak, kişilerin günlük yaşamında ve çalışma kapasitesinde kısıtlılıklar ortaya çıkmaktadır. Bu kısıtlılıkların değerlendirilmesinde iki ayrı tanımlama söz konusudur. Fonksiyonel etkilenme/bozulma (impairment) objektif olarak belirlenmiş fonksiyonel kaybı ifade eder, ancak bu etkilenme kişinin günlük yaşam aktivitelerinde ve çalışma kapasitesinde bir azalmaya neden olmamış olabilir. Maluliyet (disability) ise daha çok çalışma hayatı ile ilişkili olmak üzere objektif olarak belirlenmiş yaşam aktivitelerinde kaybı tanımlamaktadır. Maluliyet geçici ya da kalıcı olabilir.

Kronik solunum sistemi hastalıkları, dünya çapında maluliyetin başlıca nedenlerinden biridir. Solunumsal maluliyetin sosyal güvenlik veya çalışanların tazminat işlemleri açısından değerlendirilmesi, sağlık hizmetlerinin önemli bir yönüdür.

2001 yılında DSÖ tarafından geliştirilen 'İşlevsellik, Maluliyet ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması' [International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)] bir bireyin sağlık durumu, işlevselliği ya da engelliliği ile çevre ve kişisel faktörler arasındaki karmaşık ve dinamik etkileşimleri vurgular (2). Amerikan Tıp Birliği'nin (American Medical Association, AMA) Kalıcı Fonksiyonel Kayıp Rehberlerinin 6.baskısı bu sınıflamayı benimsemektedir ve bu konuda en yaygın kullanılan kaynaktır (3). Bu rehber American Thoracic Society (ATS) solunumsal hastalıklar için fonksiyonel etkilenme için önerilerini (4), ATS\European Respiratory Society (ERS) spirometri performansına ilişkin standartları (5), solunum fonksiyon testi yorumlama önerilerini (6) temel alarak standartları tanımlamaktadır.

Hekimlerden, kantitatif objektif ölçümlere dayanan bir fonksiyonel etkilenme derecesi vermeleri istenir. Bu derecelendirme genellikle Sosyal Güvenlik Kurumuna, İşçi Tazminatına veya son karar sakatlık derecesini belirleyecek diğer idari organlara sunulur.

Genel Yaklaşım

Anamnez ve fizik muayene bulguları gibi yardımcı verilerin yanında solunum fonksiyon testleri, akciğer difüzyon kapasitesi ve gerekli durumlarda kardiyopulmoner egzersiz testleri temel alınır. AMA'nın bu konudaki rehberi, birçok ülkede yaygın olarak kullanılan ve benimsenmiş en temel rehberdir (3). Bu rehber göre bireydeki fonksiyonel kayıp yüzdesine göre 5 kategoride sınıflama yapılmıştır (Tablo 1).

Sınıf 0- Fonksiyonel kayıp yok ya da minimal

Sınıf 1- Fonksiyonel kayıp %2-10

Sınıf 2- Fonksiyonel kayıp %11-23

Sınıf 3- Fonksiyonel kayıp %24-40

Sınıf 4- Fonksiyonel kayıp %45-65

Solunum Sistemi Değerlendirmesi

Anamnez ve Fizik Muayene

Anamnez ve fizik muayene, iki açıdan önemlidir: Birincisi, akciğer hastalığı ile işyeri veya diğer maruziyetler arasında olası bir nedensel ilişkinin tanısı ve değerlendirilmesi ve ikincisi, semptomların ve fizik muayene bulgularının ciddiyetinin değerlendirilmesi solunum fonksiyon testleri ve kardiyopulmoner egzersiz testlerinin sonuçları gibi "anahtar" objektif faktörler temelinde oluşturulan fonksiyonel kayıp derecesini daha doğru belirlenmesi.

Semptomların başlangıcını ve paternini ve özellikle nefes darlığı, öksürük, göğüste sıkışma ve hırıltı gibi hastanın solunum semptomlarının tanımını ve süresini gösteren eksiksiz bir tıbbi öykü alınmalıdır. Tıbbi öykü, aynı zamanda var olan diğer hastalıkları, ilaçları ve alerjileri de içermelidir. Dispne olduğu gibi hafiften çok şiddetli olana göre kantitatif bir skalada sınıflandırmak için geliştirilmiş bir sınıflandırma şeması kullanılabilir. Çalışma yaşamına dair anamnezin de önemi büyüktür. Tüm işlerin, spesifik toksik maruziyetlerin, yoğunluğun, sürenin, maruz kalma sıklığının, işyerinde alınan önlemlerin niteliğinin kapsamlı bir iş geçmişi ile ortaya konulması gereklidir. Maruziyet ile semptomların başlangıcı ve süresi arasındaki zamansal ilişkinin sorgulanması ve semptomların işten uzak dönemlerde düzelme göstermesine dikkat edilmelidir. Sigara, evcil hayvan, hobiler gibi hastanın kliniğine katkıda bulunabilecek meslek dışı maruziyetlerin tanımlanması ile önceki değerlendirme ve tedaviler faydalı olacaktır. Solunumsal muayene tam bir muayene şeklinde olmalı, solunum sesleri, ek sesler ile olası kardiyak etkilenmeye yönelik muayeneyi de içermelidir.

Solunum Fonksiyon Testleri

Anahtar öneme sahip solunumsal fonksiyonel değerlendirme parametreleri, zorlu vital kapasite (FVC), zorlu ekspiratuar volümün 1. saniyesi (FEV1), FEV1/FVC ve karbon monoksit difüzyon testi (DLCO)' dir. FEV1 ve FVC değerlendirmesi solunumsal maluliyet değerlendirilmesinde temel belirleyicilerdir. DLCO ise özellikle olası interstisyel akciğer hastalığı ve amfizem düşünüldüğünde yararlıdır. FVC'nin beklenenin %50'sinin altında olması, FEV1'in %45'in altında veya DLCO'nun %45'inin altında olması ciddi fonksiyonel etkilenmeyi göstermektedir. Bunların dışında kalan parametreler AMA rehberinde zorunlu olmamakla birlikte klinisyene yararlı bilgiler sağlayacaktır. Akciğer hacim ölçümü, şüpheli bir restriktif patern, hiperinflasyon veya mikst restriktif/obstrüktif paterni olan hastalar için basit spirometrenin ötesinde bilgi sağlayabilir. Akciğer hacim ölçümünün sıklıkla spirometrenin ötesinde bilgi sağladığı hastalıklar arasında sarkoidoz, hipersensitivite pnömonisi, interstisyel akciğer hastalıkları, pnömokonyoz ve amfizem yer almaktadır.

Reversibilite ve bronş provokasyon testi astım değerlendirilmesine yardımcı tanısal testlerdir. Reversibilite testi astım ve KOAH'ın değerlendirilmesinin ve ayırıcı tanısının önemli bir bileşenidir. Prebronkodilatör FEV1'in tahmin edilenin %80'i olan hastalar için, postbronkodilatör spirometri ile değerlendirilme yapılması önerilmektedir (3). Normal SFT değerlerine sahip olan astım veya reaktif havayolu disfonksiyon sendromu (RADS) şüphesi olan hastalarda nonspesifik bronş provokasyon testi yapılmalı ve AMA'nın önerdiği havayolu aşırı duyarlılığı göstergesi olan PC20'ye göre fonksiyonel etkilenme belirlenmelidir.

Egzersiz Testleri

Fonksiyonel etkilenmenin değerlendirilmesinin rutin bir parçası olmamakla birlikte bazı durumlarda kullanımı yararlıdır. Dispne şikayetinin SFT ve difüzyon testindeki anormalliklerden daha belirgin olduğu, hastanın nefes darlığı nedeniyle belirli iş görevlerini yerine getiremediği durumlarda, beklenenin altında veya doğru olmayan SFT ve difüzyon testi değerleri varlığında, interstisyel akciğer hastalığı fonksiyonel değerlendirmesinde kullanılması önerilmektedir (3). Bununla birlikte SFT ve difüzyon testinde belirgin fonksiyonel kayıp saptanan hastalarda bu testlerin uygulanmasına ihtiyaç yoktur.

Göğüs Hastalıklarında Maluliyet Hesaplanmasında Sık Yaşanan Sorunlar

Göğüs hastalıklarında maluliyet hesaplanması yukarıda anlatılan nispeten kolay bir değerlendirme yöntemi ile yapılabilmektedir. Ancak her zaman klinikte izlenen hastalar ve uygulamada alınan esaslar bu kadar net ve kolay olamamaktadır. Tartışmaların yaşandığı alanlardan biri FEV1/FVC oranının yorumlanması konusudur. Örneğin hava akımı obstrüksiyonunu tanımlamak için sabit bir oran kullanan Küresel Obstrüktif Akciğer Hastalığı Girişimi (GOLD) tarafından önerilen strateji uzun yıllar eleştirilmiştir. Yaşlanmayla birlikte FEV1 ve FVC' nin azalması, yaşlı bireylerde obstrüktif hastalığın fazla teşhisine yol açmaktadır. Vaz Fragoso ve ark., sabit oranın özellikle fonksiyonel bozulma değerlendirmesinde yanıltıcı olabileceğini özellikle birçok yaşlı bireyin düşük oranlara sahip olmakla birlikte,

semptomlarında veya fonksiyonel kısıtlanmalarında artış olmadığını göstermiştir (7,8). Yaşa göre düzeltilmiş oranların fonksiyonel etkilenme ve mortalite ile daha etkili korele olabileceği vurgulanmıştır. Lambda-mu-sigma (LMS) ile hesaplanan Z skorları akciğer fonksiyonlarındaki yaşa bağlı değişikliklere göre tanımlanmış bir sistemdir. Hatta son yapılan çalışmalarda etnik farklılıkların da fonksiyonel etkilenmede önemli olduğu bildirilmektedir (9).

Egzersiz testlerinin gerekli olduğu durumlarda bu teste erişilebilirlik ile ilgili sorunlar ülkemiz şartlarında halen karşılaşılan bir sorundur. Egzersiz testleri, uygun ekipman ve ekip ile yapılması gereken kendi içinde bazı komplikasyonları barındıran testlerdir. Bu testlere alternatif olabilecek 6 dakika yürüme testi gibi testler için bazı standartların geliştirilmesi ve bunların mevcut rehberlere entegre edilmesi maluliyet değerlendirmesinde bu basamakta işleri kolaylaştıracaktır.

Maluliyet değerlendirmesinde zorlukların yaşandığı bir diğer alan astım tanılı hastalardır. Astımda spirometri sonuçları tedavinin uygunluğuna ve hastanın tedavi uyumu gibi faktörlere bağlı yüksek değişkenlik göstermektedir. Astımda kalıcı maluliyet kararı vermeden önce hastanın optimal tedavi aldığı, çevresel ve mesleki risk faktörlerinin elimine edildiği ve klinik olarak stabil olduğu dönemde değerlendirme yapılmalıdır. Çünkü astımda maluliyet genellikle geçici ve kısmidir (10). Mesleksi astımda ise duyarlanmaya neden olan etkenden uzaklaşmadan itibaren en erken 2 yıl sonra değerlendirme yapılması önerilmektedir. Bu süre içinde düzelenin plato yapması beklenmektedir (11).

PNÖMOKONYOZ maluliyet değerlendirmesinde süregelen tartışmalara rağmen, fonksiyonel bulgular değerlendirmede ana kaynak, radyolojik değerlendirmeler ise yardımcı kaynak olarak önerilmektedir. Ayrıca Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Organization, ILO) standart grafipleri ile karşılaştırılarak yapılan rayyografi değerlendirmeleri tek başına maluliyet değerlendirmesi için uygun değildir. Ancak kategori 1 ve üzeri olan kişilerin erken dönemde saptanması ve erken dönemde etkenden uzaklaştırılması ile fonksiyonel kaybın ilerlemesinin ve kalıcı maluliyet oluşumunun önlenmesi sağlanabilmektedir.

| Tablo 1 : AMA Kalıcı Fonksiyonel Kayıp Rehberlerinin (6.baskı) Genel solunumsal maluliyet değerlendirme parametreleri | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------|--|--|--|---|-------|---|---|----|---|-------|----|----|----|---|-------|----|----|----|---|----|----|----|----|
| Sınıf | 0 | 1 | | | | | 2 | | | | | 3 | | | | | 4 | | | | | | | | |
| Maluliyet (%) | 0 | 2-10 | | | | | 11-23 | | | | | 24-40 | | | | | 45-65 | | | | | | | | |
| Şiddet Derecesi (%) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Yüzde | | | | | | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 | 11 | 14 | 17 | 20 | 23 | 24 | 28 | 32 | 36 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 |
| Derece | | | | | | A | B | C | D | E | A | B | C | D | E | A | B | C | D | E | A | B | C | D | E |
| Anamnez | Şu anda semptomu yok ve/veya tedavi gerektirmeyen ara sıra dispne | | | | | Tedavi ile kontrol altında dispne ya da tedaviye rağmen ara sıra dispne | | | | | Devamlı tedaviye rağmen hafif dispne ya da devamlı tedaviye rağmen aralıklı orta dispne | | | | | Devamlı tedaviye rağmen orta dereceli dispne ya da devamlı tedaviye rağmen aralıklı şiddetli dispne | | | | | Devamlı tedaviye rağmen şiddetli dispne ya da devamlı tedaviye rağmen aralıklı aşırı dispne | | | | |

| Tablo 1 : AMA Kalıcı Fonksiyonel Kayıp Rehberlerinin (6.baskı) Genel solunumsal maluliyet değerlendirme parametreleri (devamı) | | | | | |
|---|-----------------------------------|--|--|---|---|
| Fizik Muayene | Bulgu yok | Devamlı tedavi ile muayene bulgusu yok ya da aralıklı hafif bulgular | Devamlı tedavi ile hafif ya da aralıklı orta dereceli bulgular | Devamlı tedavi ile orta dereceli ya da aralıklı şiddetli bulgular | Devamlı tedaviye rağmen şiddetli ya da aralıklı çok ağır bulgular |
| Objektif Testler | | | | | |
| FVC(%) | ≥80 ve | 70-79 veya | 60-69 veya | 51-59 veya | 45-50 veya |
| FEV1 (%) | ≥80 ve | 65-79 veya | 55-64 veya | 45-54 veya | < 45 veya |
| FEV1/FVC (%) | ≥75 ve | 65-79 veya | 55-64 veya | 45-54 veya | < 45 veya |
| DLCO(%) | ≥75 ve | | | | |
| VO2maks | >25 ml/kg/dk veya >7,1 METs | 22-25 ml/kg/dk veya 6,3-7,1 METs | 18-21 ml/kg/dk veya 5,1-6,2 METs | 15-17 ml/kg/dk veya 4,3-5,0 METs | <15 ml/kg/dk veya <4,3 METs |

KAYNAKLAR

- 1) <http://www.who.int/about/mission/en/> Erişim tarihi 22.06.18
- 2) World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health ICF*, Geneva, Switzerland: World Health Organization 2001.
- 3) American Medical Association. *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, 6th ed*, American Medical Association, Chicago 2008.
- 4) *Evaluation of impairment/disability secondary to respiratory disorders. American Thoracic Society. Am Rev Respir Dis. 1986;133(6):1205.*
- 5) *Standardisation of spirometry. Miller MR, Hankinson J, Brusasco V, Burgos F, Casaburi R, Coates A, Crapo R, Enright P, van der Grinten CP, Gustafsson P, Jensen R, Johnson DC, MacIntyre N, McKay R, Navajas D, Pedersen OF, Pellegrino R, Viegi G, Wanger J, ATS/ERS Task Force Eur Respir J. 2005;26(2):319*
- 6) *Interpretative strategies for lung function tests. Pellegrino R, Viegi G, Brusasco V, Crapo RO, Burgos F, Casaburi R, Coates A, van der Grinten CP, Gustafsson P, Hankinson J, Jensen R, Johnson DC, MacIntyre N, McKay R, Miller MR, Navajas D, Pedersen OF, Wanger J Eur Respir J. 2005;26(5):948.*

- 7) Vaz Fragoso CA, Gill TM, McAvay G, et al. *Respiratory impairment in older persons: when less means more. Am J Med* 2013; 126:49–57.
- 8) Vaz Fragoso CA, Gill TM, McAvay G, et al. *Use of lambda-mu-sigma-derived Z score for evaluating respiratory impairment in middle-aged persons. Respir Care* 2011; 56:1771–1777.
- 9) Vaz Fragoso CA, McAvay G, Gill TM, Concato J, Quanjer PH, Van Ness PH. *Ethnic differences in respiratory impairment. Thorax. 2014 Jan;69(1):55-62.*
- 10) *Göğüs Hastalıklarında Maluliyet Değerlendirme Rehberi, TÜSAD ve TTD Göğüs Hastalıklarında Maluliyet Rehberi Hazırlama Görev Grubu, 2014.*
- 11) Kiefer EM, Hankinson JL, Barr RG. *Similar relation of age and height to lung function among Whites, African Americans, and Hispanics. Am J Epidemiol* 2011; 173:376.

Tıbbi Uygulama Hatalarında Hukuksal Boyut Ve Bilirkişilik Düzenlemeleri

Av. Zeynep REVA, LL.M.

Acıbadem Sigorta – Hukuk, Uyum ve Rücu Müdürü

Giriş

Dünya Tabipler Birliği'nin 1992 yılında yapılan 44. Genel Kurulu'nda "Bazı ülkelerde tıbbi yanlış uygulamalarla ilgili davalar artmaktadır ve ülke tabip birlikleri bu sorunu tartışmaktadır. Bir grup ülkede ise bu konu henüz gündemde değildir, ancak o ülkelerin tabip birlikleri de dikkatli olmalıdırlar" ifadesi ile başlayan ve "Malpraktis Bildirgesi" olarak da isimlendirilen sonuç bildirgesi tıbbi uygulama hatası konulu davaların aşağıdaki gerekçelerle arttığına işaret etmektedir; (1, 2)

- Tıbbi bilginin artması, tıbbi teknolojinin gelişmesi, hekimleri geçmişte yapamadıkları bazı işlemleri yapmaya itmektir, bu ilerlemeler, çoğunlukla ağır riskleri de içerir.
- Hekimler üzerinde, tıbbi hizmetlerin artan maliyeti ile ilgili baskı vardır.
- Elde edilebilir, var olan sağlık hizmetine ulaşma hakkı, garanti edilemeyen sağlıklı olma ve kalma hakkı ile karıştırılmaktadır.
- Medya; hekimlerin yeteneği, bilgisi, davranışı ve hastaya yaklaşımını sorgulayan olumsuz tutumu ile hastaları hekimlere karşı dava açmaya teşvik etmektedir.
- Artan davalar karşısında defansif (korumacı) tıp uygulamasının dolaylı olmayan sonuçları dava konusu olmaktadır.

Tıbbi uygulama hatası konulu davaların dünyadaki artışı ülkemizde de aynı şekilde gözlemlenmektedir. Öyle ki 2016 yılında 6754 sayılı Kanun (3) ile yapılan değişiklikle Adli Tıp Kurumu'nda görev yapan ihtisas kurulu sayısı altıdan sekizde çıkarılmış ve yeni açılan Adli Tıp 7. İhtisas Kurulu'nun görevi olarak "Ölümlerle sonuçlanmayan tıbbî uygulama hatalarına ilişkin işler" ve Adli Tıp 8. İhtisas Kurulu'nun görevi olarak ise "Ölümlerle sonuçlanan tıbbî uygulama hatalarına ilişkin işler" belirlenmiştir. Bu yasal değişikliğin gerekçesi olarak "mevcut iş yükünün paylaştırılması ve dosya yığılmalarının önlenmesi" (4) belirtilmiş olup, bu da tıbbi uygulama hatalarının iki ayrı kurul bünyesinde incelenmesini gerektirecek ölçüde özellik ve frekans oluşturduğunu ortaya koymaktadır.

Tıbbi uygulama hatası iddialarının en önemli boyutu, şikâyet konusu olan tıbbi uygulama sonucunda hastanın vücut bütünlüğünün bozulmuş olması ya da en iyimser ihtimalle hastanın maddi kayıplar yaşamasıdır. Dolayısıyla bu türden iddiaların yargı mercileri önünde irdelenmesi “cezai” açıdan hekimlerin yaralama ya da öldürme suçlarını işlediğine, hukuki açıdan ise hastanın maddi kayıplarının tazmin ettirilmesine hükmedilmesi şeklinde sonuçlanabilmektedir. Her iki durumda da tıbbi uygulama hatası davalarının hekimler üzerinde yarattığı etki tıbbi uygulamalarda hekimin hukuki ve cezai sorumluluğunun hem hukukçular hem de hekimler açısından ilgi çekici hale gelmesine neden olmuştur. (5)

Hukuki boyut kazanan tıbbi uygulama hataları; teşhis hatası, tedavi hatası, komplikasyon yönetimi, tedavi sorumluluklarının ihlali, organizasyon kusuru, üstlenme kusuru olarak sınıflandırılabilir. (6)

Yargıya yansıyan tıbbi uygulama hatası konulu 120 olgu üstünde yapılan analiz çalışmasının sonucu olan istatistiklere bakıldığında; mesleklere göre sıralamada “hekimlik” mesleğinin %82 ile birinci sırada olduğu, hataların sonuçlarına göre sıralamada ise ilk üç sırada “yaralanma”, “ölüm” ve “uzuv kaybının olduğu” görülmektedir. (7)

2. Hekimin Hukuki Sorumluluğu (Tazminat Sorumluluğu)

2.1. Hekimin Tazminat Sorumluluğu

Bir tıbbi uygulama hatası davası hekimi iki şekilde ilgilendirir. Bunlardan birisi hekimin bu davanın taraflarından biri olarak bulunduğu yani dava edilen konumunda olduğu durumdur. Diğeri ise hekimin bir tıbbi uygulama hatası davasında bilirkişi olarak görevlendirildiği durumdur. Her iki durumda da hekim, tıbbi uygulama hatasının ne olduğu konusundaki etik yargılar ve hukuki düzenlemeler konusunda bilgi sahibi olmalıdır. (5)

Kasıt, kusur ve ihmal ile tıp biliminin gerektirdiği standart uygulamayı yapmaması, bilgi ve beceri eksikliği ile yanlış ya da eksik teşhiste bulunması ya da hastaya tedavi vermemesi ile oluşan ve zarar meydana getiren fiil ve durumlar (1) hekimin sorumluluğunu gerektirecektir. Meydana gelen zararın finansal boyutunun olduğu hallerde hukuki sorumluluk yani tazminat sorumluluğu söz konusu olmaktadır. Tazminat sorumluluğu, tıbbi uygulama hatası yapan hekimin finansal açıdan yaşadığı sorumluluk olup, özellikle son zamanlarda hükmedilen yüksek tutarlı tazminatlarla bu sorumluluk gitgide önem kazanmaktadır.

Mevzuatımızda, hekimlerin hukuki sorumluluğunu düzenleyen özel bir hüküm olmamakla birlikte bu durum hekimlerin hukuki sorumlulukları bulunmadığı anlamına gelmez. Türk Ceza Kanunu ve Borçlar Kanunu gibi genel kanunlarda yer alan bazı hükümler hekimin sorumluluğunu düzenlemektedir(8). Hekimin sorumluluğu prensip olarak iki temel nedene dayanmaktadır: Sözleşme ve haksız fiil. (6)

Hekimin tıbbi uygulama hatası nedeniyle tazminat sorumluluğundan bahsedebilmek için aşağıdaki unsurların taşınması gerekmektedir:

a) Hukuka aykırılık: Tıbbi müdahalenin sözleşmeden kaynaklanıyor olması halinde sözleşmenin ihlali ile hukuka aykırılık unsuru gerçekleşmiş olacaktır. Hekim ile hasta arasında sözleşmenin türü de çokça tartışılan konular arasındadır. Yargıtay'ın yerleşik uygulamalarına göre estetik operasyonlar dışındaki hekimlik uygulamaları vekalet sözleşmesi olarak değerlendirilmekte, tıbbi estetik uygulamalar ise eser sözleşmesi kapsamında değerlendirilmektedir. Sözleşmenin ne şekilde nitelendirildiği şu açıdan farklılık içermektedir: Vekalet sözleşmelerinde sonuç garanti edilmezken, eser sözleşmelerinde hizmet değil eser yani sonuç taahhüt edilmektedir. Tıbbi müdahalenin bir sözleşmeye dayanmıyor olması halinde ise haksız fiil hükümleri çerçevesinde tazminat yükümlülüğü doğacaktır.

b) Kusur: Tıbbi uygulama hatası nedeniyle hekimi sorumlu tutabilmek için sözleşmenin ihlal edilmesinin yanı sıra hekimin de kusurlu olması gerekmektedir. Kusur; kast veya ihmâl şeklinde olabilmektedir. Buradan aranan kusur objektif kusurdur, yani insanlar (hekimler) arasındaki zihni, manevi ve ruhi farklılıklar kusurun belirlenmesinde dikkate alınmaz(9). Burada önemli olan aynı koşullarda bulunan ortalama seviyede bir kişiden beklenen ortalama davranıştır. (10)

c) Zarar: Sözleşme ihlal edilmiş olsa ve bunda hekimin kusur olsa bile ortada bir zarar yoksa hekim tazminat sorumluluğu doğmayacaktır. Buradaki zarar kavramının geniş yorumlanabileceğini dolaylı ve manevi zararın da istenebileceğini hatırd tutmakta fayda olacaktır. Örneğin; hekimin hatalı uygulaması nedeniyle vücut bütünlüğü ihlal edilen hasta maddi zararının yanı sıra manevi tazminat da talep edilebilecektir. Hastanın yaşadığı acı ve ıstırapı hafifletmeyi amaçlayan manevi tazminatın tutarını belirlemek hakimnin takdirine bırakılmıştır. Manevi tazminat karşı tarafa ödetilen bir ceza olmadığı gibi, kendisine ödeme yapılan kişi açısından da "iyi ki başıma bu olay gelmiş" dedirtecek miktarda da olmamalıdır. Hakimler uygulamada zarar görenin (hastanın), zarara sebebiyet verenin (hekimin) mali durumunu araştırarak, mali durumlarına ve yaşam standartlarına göre bir tutar belirlemektedirler.

d) Nedensellik (illiyet) bağı: Tıbbi uygulama nedeniyle tazminat sorumluluğundan bahsedebilmek için hekimin kusuru ile hastada oluşan zarar arasında nedensellik yani sebep sonuç ilişkisi olması gerekmektedir.

Hekimin tıbbın yerleşmiş kural ve uygulamalarını bilimin bilmesi doğru şekilde uygulaması gerekmektedir. Hekim, "ifa yardımcısı" olarak kullandığı personelin de bu uygulamaları bilmesi için gerekli tedbirleri almak zorunda olup ifa yardımcısının hatalarından da sorumlu olabilecektir. Değişen ve gelişen tıp uygulamalarını takip etmek ve bilgi ve becerisini bu çerçevede geliştirmek de hekimlerin sorumlulukları arasındadır. Hekim bununla birlikte uygun donanımı seçmek, bulundurmamak, uygun şekilde kullanmak, uygun donanımın kullanılabilir olarak bulunmasını temin etmek, bakımını yapmak, bakımının yapıldığını kontrol etmek, uygun ilacı bulundurmamak ve uygun şekilde kullanmak, miadı dolan ilacı kullanmamak, personelin eylemlerini kontrol etmek, gözetimi altında tutmakla yükümlüdür (5). Aksi halde tüm bu yükümlülüklerin ihlali nedeniyle oluşacak zararları tazminle sorumlu olabilecektir.

Tıbbi müdahalenin hukuka uygun olması için; tıbbi müdahalenin öncelikle yetkili bir sağlık çalışanı tarafından yapılmış olması, hastanın aydınlatılmış olması ve onamının alınmış olması, ve tıbbi müdahalenin tıp biliminin gereklerine uygun olarak ve özenle yapılmış olması gerekmektedir. (6)

Tıbbi müdahaleler genel olarak "izin verilen risk" kapsamında gerçekleştirilen müdahalelerdir. İzin verilen risk, hukuken müsaade edilen tehlike oluşturma alanı olarak tarif edilmektedir. Hekimin, tıbbi müdahale sırasında; standart uygulamayı yapmaması, bilgi, beceri veya deneyim eksikliği ile yanlış ya da eksik teşhis veya tedavide bulunması, gerektiği ölçüde ilgi ve itina göstermemesi veya hastaya gereken tedaviyi vermemesi neticesinde tehlike ve zarar oluşturan eylemleri tıbbi hata olarak kabul edilecektir. Tedavi sonrası bakım ve kontrol yükümlülüklerine aykırılıkların da bu bağlamda değerlendirilmesi gerektiği de gayet doğaldır. Ön muayenenin eksik yapılması, hastanın anamnezinin (geçmiş bilgisi) ya hiç ya da gerektiği gibi alınmaması veya gerekli tetkiklerin yapılmaması teşhis aşamasında; gereken tıbbi müdahalenin hiçbir şekilde yapılmaması, ameliyat sırasında hastanın vücudunda yabancı madde unutulması, yanlış tedavi yöntemi seçilmesi, yanlış ilaç verilmesi, hastanın veya müdahale edilecek uzvun karıştırılması, müdahalenin ölçüsüz bir şekilde yapılması, hijyen kurallarına dikkat edilmemesi veya hatalı ameliyat tarzının benimsenmesi de uygulamada tedavi aşamasında görülen tıbbi hata örneklerindedir(6, 11). Uygulamada; geçici veya kalıcı bedensel zararlar, yanlış teşhis ve tedavi yüzünden uğranılan zararlar, tedavinin olağandan fazla ve gereksiz yere uzatılması, hastayı aydınlatma yükümlülüğünün ihlali, hastanın veya yakınlarının onamı alınmadan tedaviye başlanması, veya ameliyat yapılması, sır saklama yükümlülüğüne aykırılık, acil durum gerektiren hallerde hekimin görevini yapmayarak hastanın ölümüne veya sakat kalmasına neden olması, acil durumdaki hastanın kapıdan çevrilmesi, tedavinin başka bir hastalığı tetiklemesi, gereksiz tetkik ve tedavi uygulanması, hastane enfeksiyonu denilen mikrobun kapılması gibi nedenlerle maddi ve manevi tazminat davası açıldığı belirtilmektedir. (12, 13)

Konuya göğüs hastalıkları özelinde baktığımızda; göğüs hastalıkları uzmanı hekimlerin de aynı şekilde yapacağı girişimlerde gerekli özen ve dikkati göstermesinin, mesleği ile ilgili son gelişmeleri ve yeni yöntemleri takip ederek tıp biliminin gereklerine uygun olarak uygulama yapmasının önemli olduğunu söylemek mümkün olabilecektir.

Akciğer kanserinin hekimin kusuru sebebiyle geç teşhis edildiği ve hatta teşhisin gecikmesinin hastanın durumunu etkilemeyecek olduğu bir olguda Yargıtay, aşağıdaki karar metninden de anlaşılacağı üzere hekim sorumlu tutmuştur;

"Davacı hastanın halsizlik şikayeti ile davalı tıp merkezine başvurduğu, akciğer filmi sonrası akciğer iltihabı teşhisi konulduğunu ve antibiyotik tedavisi uygulandığını, şikayetlerinin geçmemesi üzerine tekrar aynı yere başvurduğu ve yine aynı ilaçların verildiğini, bu ilaçların üst üste kullanılmaması gerektiğini dahi sonradan öğrendiğini, iyileşme sağlayamaması üzerine aradan 7,5 ay geçtikten sonra kızının ısrarı ile başvurduğuTıp Fakültesi Hastanesinde hastaya akciğer kanseri teşhisi konulduğu bir olayda; mahkemece Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Adli Tıp

Kurumundan alınan raporlarda teşhiste gecikilmeseydi dahi tedavinin nevinin değişmeyeceğinin belirtilmesi sonrasında eylemle zarar arasında illiyet bağının bulunmadığı gerekçesi ile davanın reddine karar verilmiştir. Yargıtay, doktorun hastasının zarar görmemesi için, mesleki tüm şartları yerine getirmek, hastanın durumunu tıbbi açıdan zamanında ve gecikmeksizin saptayıp, somut durumun gerektirdiği önlemleri eksiksiz biçimde almak, uygun tedaviyi de yine gecikmeden belirleyip uygulamak zorunda olduğunu, asgari düzeyde dahi olsa, bir tereddüt doğuran durumlarda bu tereddüdünü ortadan kaldıracak araştırmalar yapmak ve bu arada da koruyucu tedbirleri almakla yükümlü olduğunu belirterek ve ayrıca Avrupa Biyotıp Sözleşmesi'nin 4. maddesindeki "Meslek Kurallarına Uyuma" başlığı altındaki "Araştırma dahil, sağlık alanında herhangi bir müdahalenin, ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak yapılması gerektiği." ifadelerine de atıf yapmıştır. Yargıtay; her iki kurul raporunda da açıkça belirlendiği üzere davacının akciğer kanseri rahatsızlığı ilk grafinin çekildiği anda belli olduğunu, 1-1,5 cm lik kitlenin 7,5 ay içerisinde yaklaşık 5 katına çıktıktan sonra konulan doğru teşhisle kendisine özgü tedaviye ulaşabildiğini, bu süreç zarfında hastalıktan haberdar olmayan kişinin ilk anda teşhisin konulabilir olduğunu öğrenmesinin, bilhassa konu zaman kaybına tahammülü olmayan sağlık ise, ciddi travma yaratacak mahiyette olduğunu vurgulayarak vekalet sözleşmesinin tarafı olan doktorun neticeyi garanti edemese de bu yolda sarf ettiği çabalarındaki en hafif kusurundan dahi sorumlu olduğunu belirtmiş ve uygun ve makul miktarda takdir olunacak manevi tazminat isteminin kabulüne karar verilmesi gerektiğine hükmetmiştir." (14)

Kararda vurgulanan tıbbi uygulama hatası teşhis (tanı) hatasıdır. Akciğer kanseri rahatsızlığı ilk grafinin çekildiği anda bellidir ve teşhisi geç konulmuştur. 1-1,5 cm lik kitle, 7,5 ay içerisinde yaklaşık 5 katına çıktıktan sonra konulan doğru teşhisle kendisine özgü tedaviye ulaşabilmiştir. Hastalığının teşhisinin geç konulması hastanın durumunda etken olmasa dahi, bu süreç zarfında hastalıktan haberdar olmayan kişinin ilk anda teşhisin konulabilir olduğunu öğrenmesi ciddi travma yaratacak nitelikte görülmüş ve "hekim neticeyi garanti edemese de bu yolda sarf ettiği çabalarındaki en hafif kusurundan dahi sorumludur" denilmek suretiyle sorumlu tutulmuş ve manevi tazminat ödemeye mahkum edilmiştir.

2.2. Tıbbi Uygulama Hatasından Sorumlu Olunmayacağına Dair Sözleşmeler

Hekimler tıbbi uygulama hatalarında sorumlu olmayacaklarına hastalarında yazılı onam alsalar veya hastalarıyla sözleşme imzalamış olsalar dahi bu geçerli değildir. Çünkü, Türk Borçlar Kanunu'nun 115/3 maddesi "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." düzenlemesini getirmektedir.

2.3. Sağlık Kurumlarının Sorumluluğu

Her ne kadar hep hekim üzerinden bir tartışma yapılmaktaysa da tıbbi uygulamanın yapıldığı sağlık kurumunun sorumluluğu da söz konusudur. Özellikle tazminat davalarında görüldüğü üzere hastanelerin sorumlulukları hukuksal metinlerde çok net olarak belirtilmektedir. (15)

Hastanelerini sorumluluğunun yasal dayanağına gelince hastanın hekimi mi yoksa hastaneyi mi tercih ettiği sorusunun yanıtı bize yol gösterecektir. Hastanın hekime değil de özel hastaneye başvurması ve hastanenin hastayı kabul etmesi durumunda hasta ile hastane arasında vekalet sözleşmesi vekalet sözleşmesi kurulmuş sayılacak ve sorumluluğu da bu çerçevede belirlenecektir.

Yargıtay Hukuk Genel Kurulu bir kararında (16); "Dava; davacılarından E.K. ile davalı B. A.Ş.'ne ait sağlık kuruluşu arasındaki "tedavi amacına yönelik olan vekalet sözleşmesinden" kaynaklanan maddi ve manevi tazminat istemine ilişkindir. Bu sözleşme, hukuksal niteliğine göre BK.nun 386 vd. hükümlerine uyan bir vekalet sözleşmesidir. Davalı doktorlar C. ve E. ise B. A.Ş.'nin istihdam ettiği çalışanlarıdır (müstahdemleridir). Davacı E. ile anılan doktorlar arasında bir sözleşme ilişkisi yoktur. Bu nedenle davalı şirket, istihdam ettiği doktorların davacıya verdikleri zarar nedeniyle (yükümlülüğünü istihdam ettiği doktorlar eliyle gerçekleştirirken) BK.nun 100. maddesine göre sorumlu olacaktır. Zarara neden olan doktorlar ile zarar gören anne E. arasında bir sözleşme ilişkisi olmadığına göre; davalı doktorların sorumluluğu, sözleşmeye dayandırılmayacağından, ihmali ve özensiz davranışları nedeniyle haksız fiil hükmüne dayanmaktadır..." diyerek ve hastanın hekime değil hastaneye gittiği bir uyuşmazlıkta hasta ile hastane arasında sözleşmeden doğan sorumluluk olduğunu, hasta ile hekim arasında ise haksız fiil sorumluluğu olduğunu kabul etmiştir.

Kendisine başvuran hastayı kabul eden hastane hizmetlerinin gösterilmesi gereken özenle ifa edilmesini yükümlenmiştir. Hastanın barındırılması, yedirilip içirilmesi, korunması ve güvenliğinin temini gibi konular da hastanenin yükümlülüğüdür. Bu ve benzeri hizmetlerde meydana gelen aksamalardan hastane sorumludur. Kamu hastanelerinde de durum aynıdır(5).

Hastanın hekim başvurduğu ve hekimin de hastayı yapılacak operasyonlar için hastaneye yönlendirdiği ve operasyonun hastanın başvurduğu hekim tarafından hekimce yönlendirilen hastanede yapılması halinde hasta ile hem hekim hem de hastane arasında vekalet ilişkisi kurulduğu konusu doktrinde (5) savunulduğu gibi Yargıtay kararlarına (17) da konu olmuştur.

2.4. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un Ek 12 numaralı maddesine göre ister kamu ister özel sektörde çalışıyor olsun tüm hekimler ve diş hekimleri tıbbi kötü uygulama nedeniyle kendilerinden talep edilebilecek zararlara ve/veya rücu taleplerine karşı mali sorumluluk sigortası yaptırmak zorundadır. Tıbbi kötü uygulamaya ilişkin zorunlu mali sorumluluk sigortası da serbest ya da kamu veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimler, diş hekimleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanların

(sigortalının) police 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 ve bu taleple bağlantılı yargılama giderleri ile hükmolunacak faize ve sigortalı aleyhine ileri sürülen tazminat talebine ilişkin makul giderlere karşı policede belirlenen limitler dahilinde yaptırmakla yükümlü olduğu sigortalardır(18). Zorunlu mesleki mali sorumluluk sigortası, mesleklerini serbest olarak icra edenlerin kendileri, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışanlar için ilgili özel sağlık kurum ve kuruluşları tarafından yaptırılmaktadır. Zorunlu mesleki sorumluluk sigortasını yaptırmayanlara mülki idare amirince sigortası yaptırılmayan her kişi için 5.000 Türk Lirası idari para cezası uygulanmaktadır. (19)

2.5. Arabuluculuk

Hukuk Uyuşmazlıklarında Arabuluculuk Kanunu Yönetmeliği'ne (20) göre arabuluculuk "Sistemik teknikler uygulayarak, görüşmek ve müzakerelerde bulunmak amacıyla tarafları bir araya getiren, onların birbirlerini anlamalarını ve bu suretle çözümlerini kendilerinin üretmesini sağlamak için aralarında iletişim sürecinin kurulmasını gerçekleştiren, uzmanlık eğitimi almış olan tarafsız ve bağımsız bir üçüncü kişinin katılımıyla ve ihtiyarî olarak yürütülen uyuşmazlık çözüm yöntemi" olarak tanımlanmıştır. Arabuluculuk, yargı üzerindeki ağır iş yükünü azaltmanın yanı sıra taraflar arasındaki hukuki uyuşmazlıkları uzlaşarak ya da başka deyişle dostane yollar ile çözüme kavuşturulmasını hedefleyen alternatif bir çözüm yöntemidir. Tıbbi uygulama hataları konulu uyuşmazlıklarda yargı sürecinde belki de en çok duyulan cümle «Doktorum benimle konuşsaydı, beni aydınlatsaydı, keşke bana bu durumu açıklasaydı dava yoluna gitmezdim» cümlesidir. Yani, hekimin karşısında aslında iletişime ve uzlaşmaya açık bir taraf olduğu boyutu göz ardı edilmemelidir. Hekimlerin de aslen davayı kaybetmekten değil yargılama sürecinin yaşattığı stresten ve bunun getireceği itibar kaybı riskinden kaçınması en önemli boyuttur. Burada gizlilik ilkesinin hâkim olduğu arabuluculuk sisteminin tıbbi uygulama hatalarında önemli oranda etkili olabileceği söylenebilir. Böylece, hasta ile hekim veya sağlık kurumu ve kuruluşu arasındaki, tıp hukukundan doğan özel hukuk uyuşmazlıkları, davaya dönüşmeden arabuluculukla çözüme kavuşturulabilecektir.

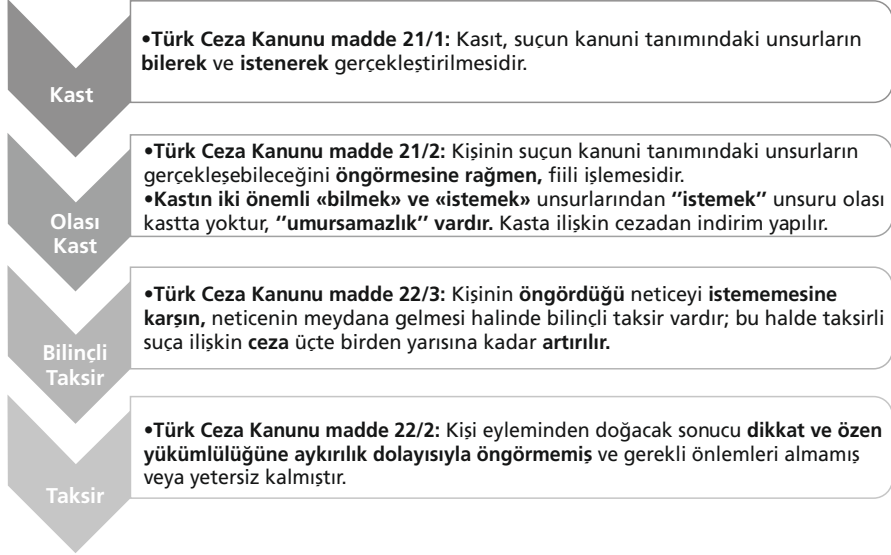
3. Hekimin Ceza Sorumluluğu

Hekimin tıbbi müdahalesi kişinin vücut bütünlüğünü bozan bir duruma neden olacağı için hekimin bu müdahalesinin aslında prensip olarak "yaralama" eylemi niteliği olduğu konusunda doktrinde görüş birliği (6, 21, 22, 23, 24, 25) vardır. Her ne kadar hekimleri tıbbi müdahalesi yaralama eylemi niteliğinde olsa da prensip olarak "hastayı tedavi etme amacı"yla yapıldığından hukuka uygunluk sebebi taşıyor olması ve suçun manevi unsurunu bulunmuyor olması nedeniyle cezalandırılmamaktadır (6, 26).

Hekimin tıbbi uygulama hatası nedeniyle cezai sorumluluğu olabilmesi için, hekimin kasti davranışının veya taksirinin olması gerekmektedir. Kast ve taksir arasında olası kast ve bilinçli taksir olmak üzere iki aşama daha mevcuttur. (6)

Yani hekimin tıbbi müdahalesi nedeniyle cezai sorumluluğundan söz edebilmek için kasttan taksire kadar 4 aşamalı bir yelpazedeki bahsedilebilir. (Şekil 1)

Şekil 1: Kusur Tipleri



Hekimin kusurunun “kast”a yaklaştığı noktadaki cezai sorumluluğu en yüksek derece iken “taksir”e yaklaşılan noktalardaki cezai sorumluluğu en düşük derecede olacaktır. Hekimin kusurunun bu yelpazede hangi noktaya yerleştiğini tespit etmek, konunun en can alıcı noktası olacaktır. Mahkemelerin sahip oldukları teknik bilgiyle bunu ölçme imkanları mümkün olmadığından bu konuda hekim bilirkişilerden yararlanılmaktadır. Bilirkişi görüşleri, hekimin cezai sorumluluğu dosyalarında son derece kritik bir önem taşımaktadır. Zira, davayla ilgili konuda sanık hekimin davranışının tıp biliminin gereklerine uygun olup olmadığı, ortada tıbbi uygulama hastası mı yoksa cezasızlık nedeni olan komplikasyon mu olduğuna dair hekim bilirkişinin görüşü, hekimi ceza alıp almayacağına en temel göstergesi olacaktır. Bu yüzden tıbbi uygulama hatalarındaki bilirkişiliğin objektif, bilimsel ve literatüre referans yapacak şekilde yürütülmesi son derece önemlidir. Hekimin tıbbi teşhisi ve tedavi esnasında gerekli özeni göstermediğinin tespit edildiği durumlarda hekimin cezai sorumluluğu doğabilecekken, hastada oluşan zararın “izin verilen risk” olarak da isimlendirilen “komplikasyon” niteliği taşıması halinde hekimin cezai sorumluluğu doğmayacaktır. Komplike halde dahi hekimin bu komplikasyonlar hakkında hastayı önceden usulüne göre bilgilendirdiğini ve aydınlatılmış onamını aldığını ispatlayamadığı hallerde hekimin sorumluluğu yine doğabilecektir. Şunu da belirtmek gerekir ki hastaların hepsine kendilerine özel durumlardan soyut olarak aynı aydınlatılmış onam metinlerinin imzalatılmış olması da yargı sürecinde tartışma konusu olmaktadır. (5, 27)

Ceza davasının hukuk davasına etkisi: Hekimin tıbbi müdahalesi nedeniyle hem ceza davasına hem de hukuk davasına konu olduğu hallerde en çok tartışılan konulardan birisi de ceza davasının sonucunun tazminat talep edilen hukuk davası için bağlayıcı olup olmadığı noktasıdır. Ceza hakiminin beraat kararı, hukuk hakimi yönünden bağlayıcı değil (28) ise de, ceza mahkemesince belirlenecek maddi olgular hukuki hakimi yönünden bağlayıcı olacaktır. Bu nedenle uygulamada hekim hakkında hem ceza davası hem de hukuk davası açılmışsa, hukuk mahkemesinin hakimi ceza mahkemesinin kararını bekletici mesele yapmakta ve ceza davasının sonucunu görerek karar vermektedirler (6, 29, 30). Yani, hukuk mahkemesi hakimi ceza mahkemesinin kararını bekleyecek ve sonucunu hukuk dosyasındaki diğer delillerle birlikte değerlendirerek karar oluşturacaktır. Örneğin, bir hekimin suç teşkil etmeyen hatalı bir davranışı, tazminat sorumluluğuna neden olabilecektir. Bunu belirleyen de her davanın özelinde ayrı ayrı değerlendirilecek olan olgular ve delillerdir.

Buna karşılık ceza davasında verilen kesinleşmiş mahkumiyet kararı hukuk hakimini bağlayacaktır (6, 31). Ceza hukuku sistemimizin yeni kurumlarında olan "hüküm açıklanmasını geri bırakılması"na dair karar verildiği hallerde ise, bu karar mahkumiyet kararı niteliğinde görülmediğinden hukuk hakimini bağlamayacak ve hukuk hakimi mevcut delillere göre karar oluşturacaktır. (6, 32)

4. Tıbbi Uygulama Hatalarında Bilirkişilik Düzenlemeleri

Tıbbi uygulama hatalarının yargıya taşındığı durumlarda, mahkemelerin sahip oldukları teknik bilgiyle bunu ölçme imkânları mümkün olmadığından mahkemeler bu konuda adli tıp bilirkişilerinden veya hekim bilirkişilerden yararlanmaktadır. Bilirkişi görüşleri hekimin hukuki ve cezai sorumluluğu dosyalarında son derece kritik bir önem taşımaktadır. Çünkü, hekimin tıbbi müdahalesinin ancak tıp biliminin gereklerine yani standart bakım kriterlerine aykırı olması ve oluşan zarar ile tıbbi uygulama hatası arasında nedensellik bağı olması halinde hekimin hukuki ve cezai sorumluluğu doğabilecektir. Ki bu konudaki standart bakım kriterlerine aykırılığı ve oluşan zarar ile tıbbi uygulama hatası arasında nedensellik bağına da ancak hekim bilirkişi tespit edebilecektir.

Tıbbi bilirkişilikte temel kriter, ortaya çıkan zararın objektif içerisinde bilimsel ölçütlerde uygulama uygulamayı yapanın eğitim düzeyini göz önünde bulundurarak, aynı ortak koşullarında, aynı yetkinlik düzeyinde bir hekimin göstermesi gereken özeni gösterip göstermediğine (bakım standardına) bakarak değerlendirilmesidir. (5, 33)

Hastada bir zarar ortaya çıktığında, bunun tıbbi uygulamadan kaynaklanıp kaynaklanmadığını, uygulamanın kusurlu olup olmadığını belirleme görevi, bilirkişilik kuruluşlarındadır. Bu kuruluşlar karar verirken bu konu ile ilgili görülen kişilerin ifadeleri, sağlık kuruluşu kayıtları, hasta evrakı, filmleri, laboratuvar incelemeleri ve varsa otopsi bulgularını dikkate almaktadır. Ülkemizde bilirkişilik yapan kurumları şu şekilde belirtmek mümkündür: 1. Yüksek Sağlık Şurası 2. Adli Tıp Kurumu 3. Üniversitelerin Adli tıp ve diğer ilgili Anabilim Dalları 4. Tabip Odaları Onur Kurulları. (34)

Hekimler hastalarının sağlığını düzeltmek için büyük bir çaba ile çalışmalarının yanı sıra, haksız suçlamalardan korunabilmek için, hukuksal açıdan görev, yetki ve sorumluluklarını da çok iyi bilmelidir(34). Olası bir ihtilafta adli bilirkişi, hekimin hastayı uygun biçimde bilgilendirip bilgilendirmediğini, hastanın kişisel verilerinin gizliliğinin korunup korunmadığını, tıbbi müdahalenin tıp biliminin gereklerine ve bakım standartlarına uygun olup olmadığını ve kayıtların özenle tutulup tutulmadığını inceleyecek ve görüş oluşturacaktır. Bu yüzden bu sorumluluklara uygun davranmak bir hekim için hem etik hem de hukuki bir zorunluluktur.

Uygulamada Tıp Hukukundaki gelişmelere paralel olarak taraflar, Hukuk Muhakemeleri Kanunu'nun 293. maddesine ve Ceza Muhakemeleri Kanunu'nun 67/6 maddesine dayanarak uzman görüşü/mütalaası (taraf bilirkişisi görüşü) alabilmektedir. Yani; tıbbi uygulama hatasına maruz kalmış bir kişi konunun uzmanı olan bir hekimden olguyla ilgili aldığı raporu delil olarak kullanarak mahkemeye başvurabilmekte ve olayın erken aşamasında aldığı raporla olayın net ve açık olarak yargıda değerlendirilmesini sağlayabilmektedir. Erken dönemde dava konusuyla ilgili uzmandan alınacak bilirkişi görüşü hem savunmayı çok güçlendirecek hem de mahkeme aşamasında bazı delillerin çok daha doğru yorumlanmasını sağlayacaktır. Bu, ancak son dönemde anlaşılmaya başlanan bir durumdur. (5)

İster adli mahkemenin atadığı bilirkişi olsun ister taraf bilirkişisi olsun hekimlerin kendilerine gelen tıbbi uygulama hatası konulu davada objektif, bilimsel gerekçeli ve literatüre dayalı bir görüş hazırlaması ve talep edilmesi halinde raporunu mahkeme önünde sözlü olarak savunabilmesi son derece önemlidir. Aksi halde hekim kendisini Türk Ceza Kanunu'nun 276. maddesi kapsamında "gerçeğe aykırı bilirkişilik suçu"nun ve hatta gerçeğe aykırı raporun maddi menfaat karşılığı yapılması iddiasıyla Türk Ceza Kanunu'nun 252. maddesi kapsamında "rüşvet" suçunun sanığı olarak bulabilecektir.

KAYNAKLAR

- 1) *Dünya Tabipleri Birliği 44. Genel Kurul Mapraktis Bildirgesi, 1992.*
- 2) <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/belgeler2009.pdf> (Son Erişim Tarihi: 06.07.2018)
- 3) 6754 sayılı Kanunu madde 31. Bakınız: 24 Kasım 2016 tarih ve 29898 sayılı Resmi Gazete.
- 4) *Bilirkişilik Kanunu Tasarısı (1/687) ve Adalet Komisyonu Raporu, Madde Gerekçeleri.* <https://www.tbmm.gov.tr/sirasayilidonem26/yil01/ss388.pdf> (Son Erişim Tarihi: 06.07.2018)
- 5) Polat O. *Tıbbi Uygulama Hataları, Seçkin Yayıncılık, 2. Baskı, Ankara, Şubat, 2015: 22; 217-272; 280; 281; 147-8, 223-31.*
- 6) Hakeri H. *Tıp Hukuku, Seçkin Yayıncılık, 10. Baskı, Ankara, Eylül, 2015: 635-90; 188; 703; 751; 752; 808; 726.*

- 7) Savaş H. *Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları*. Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2013: 77-8.
- 8) İpekyüz, F.Y. *Hekimin Tazminat Sorumluluğu*, *Dicle Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, Cilt: 20, Sayı: 33, Yıl: 2015: 22.
- 9) Koçhisarlıoğlu, C. *Kusur İşleme Ehliyeti Olarak Ayırt Etme Gücünün Haksız Eylem Alanında Derecelendirilmesi*", *AÜHF*, C.53, S.4, 2004: 1.
- 10) Eren, F. *Borçlar Hukuku Genel Hükümler*, B.18, Ankara 2015: 570.
- 11) Kayaer, N. *Ceza Hukukunda Hekimin Tıbbi Müdahalesi Çerçevesinde İşlenen Taksirle Öldürme Suçu* (yayınlanmamış doktora tezi), *Dokuz Eylül Üniversitesi Kamu Hukuku Anabilim Dalı*, İzmir, 2012: 237 ve devamı.
- 12) Çelik AÇ. *Hastanelerin ve Hekimleri Sorumluluğu*, *İstanbul Barosu Sağlık Hukuku Komisyonu'nun 28-29 Eylül 2007 tarihinde düzenlediği Meslekçi Semineri Notları*: 47-52.
- 13) Hatırnaz Erol G. *Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu ve hasta Haklar*, *Seçkin Yayıncılık*, Ankara, Nisan 2015: 399-400.
- 14) *Yargıtay 13. Hukuk Dairesi*, 25.04.2014 tarih ve 2014/10135 E.- 2014/29243 K. sayılı ilamı.
- 15) Çankaya H. *Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğunun Temel Prensipleri ve Hekim Sorumluluğunda Kusurun Değerlendirilmesi*, *Uzmanlık Tezi*, *Adli Tıp Kurumu*, İstanbul, 1992.
- 16) *Yargıtay Hukuk Genel Kurulu'nun 11.12.2002 tarih ve 2002/13-1011 E. - 2002/1047 K.sayılı ilamı*.
- 17) *Yargıtay 4. Hukuk Dairesi*, 07.10.2003 tarih ve 2003/1529 E.- 2003/11279 K. sayılı ilamı.
- 18) *Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları*, madde A.1. 21.07.2010 tarih ve 27648 sayılı Resmi Gazete. <https://www.tsb.org.tr/tibbi-kotu-uygulamaya-iliskin-zorunlu-mali-sorumluluk-sigortasi.aspx? pageID=521> (Son Erişim Tarihi: 06.07.2018).
- 19) 1219 sayılı *Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 115/3 maddesi kapsamında uygulanan bu para cezası her yıl yeniden değerlendirilme oranına göre artışa tabi tutulmaktadır*.
- 20) 26.01.2013 tarih ve 28540 sayılı *Resmi Gazete'de yayımlanmıştır*.
- 21) Centel, N, Zafer H, Çakmut Ö. *Kişilere Karşı İşlenen Suçlar*. Cilt 1, 2.Bası, İstanbul 2011: 135.
- 22) Önder, A. *Ceza Hukuku Genel Hükümler*. C.II, İstanbul 1989: 203.
- 23) İçel, K. *Hekimin Hukuki Sorumluluğu*, *Uluslararası Katılımlı 3. Ulusal Tıp Etiği Kongresi Kongre Kitabı*, Cilt 1, Bursa, 2003: 23.

24) Ünver, Y. *Sağlık Alanında Ceza Hukukunun Temel Prensipleri, Tıp Hukuku Dergisi, C.3 sayı 6: 50.*

25) Erman/Özek, Sahir Erman. *Ceza Hukuku Özel bölüm, Kişilere Karşı İşlenen Suçlar, İstanbul 1994: 105-106.*

26) Bayraktar, K. *Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu, İstanbul 1972: 65 ve devamı.*

27) Giray AÜ. *Malpraktis Açısından Hekimlerin Karakteristikleri ve İşyeri Fiziksel Koşullarının Akciğer Tüberküloz Hastalığı Teşhisinde Kullanılan Muayene Protokolü Uygulama Yeterliliğine Etkisi: Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1999.*

28) *Türk Borçlar Kanunu'nun 74. maddesi şu şekildedir: "Hâkim, zarar verenin kusurunun olup olmadığı, ayırt etme gücünün bulunup bulunmadığı hakkında karar verirken, ceza hukukunun sorumlulukla ilgili hükümleriyle bağlı olmadığı gibi, ceza hâkimi tarafından verilen beraat kararıyla da bağlı değildir.*

Aynı şekilde, ceza hâkiminin kusurun değerlendirilmesine ve zararın belirlenmesine ilişkin kararı da, hukuk hâkimini bağlamaz."

29) *Yargıtay 4. Hukuk Dairesi, 02.02.2012 tarih ve 2012/5075 E.- 2012/7708 K. sayılı ilamı.*

30) *Yargıtay 4. Hukuk Dairesi, 02.03.2010 tarih ve 2010/5639 E.- 2010/2114 K. sayılı ilamı.*

31) *Yargıtay 13. Hukuk Dairesi, 07.10.2008 tarih ve 2008/11477 E. - 2008/11825 K. sayılı ilamı.*

32) *Yargıtay 13. Hukuk Dairesi, 12.06.2012 tarih ve 2012/2423 E. - 2012/15261 K. sayılı ilamı.*

33) *Polat O. Adli Tıpta Bilirkişilik, Seçkin Yayıncılık, 1. Baskı, Ankara, Kasım, 2013: 32.*

34) *Polat O, Pakiş I. Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2011(2): 119-125.*

Göğüs Hastalıklarında Adli Rapor Yazımı

Dr. Öğr. Üyesi Esin Akgül Kalkan

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı,
Çanakkale

Giriş

Sağlık hizmeti kapsamında, tıbbi ve adli raporlar olmak üzere başlıca iki tür rapor düzenlenmektedir (1). Yapılan inceleme ya da soruşturmanın sonucu yazılı olarak bildirme anlamını taşıyan raporlamanın önemi, "hekimlik rapor yazma sanatıdır" görüşü ile dile getirilmiştir (2). Tıbbi raporlar genel olarak, bireylerin sağlık ve istirahat durumları ile bazı ilaçların kullanımı gibi konuları içermektedir. Adli raporlar ise, yargıya yansıyan ve bireyin sağlığını ilgilendiren her türlü olayda düzenlenebilmektedir (1). Esasen, içinde suç unsuru bulunan olgular, adli olgu olarak değerlendirilmektedir (3). Bir dış etki sonucunda oluşan Adli olgu için çoğu kez bir resmi yazı ile adli rapor yazımı istenilmektedir. Bu istemi temel alan doktor, kişinin tıbbi durumunu tespit ederek sorulan soruları yanıtlamakta ve olaya dair görüş ve kanaatini bildirmektedir (2). Olguların bir kısmının ilk tıbbi temas anında, adli nitelik taşıdığı açıktır. Ancak bazı olguların niteliği, daha sonra yapılan muayene ve tedaviler sırasında anlaşılmakta veya ortaya çıkmaktadır. Hatta bazı olgular hakkında, yıllar sonra ortaya çıkan adli boyut nedeniyle, adli rapor düzenlenmesi gerekebilir. Bu durumda tüm adli olgular için rapor yazımında en kritik nokta, "özenle kayıt altına alınmış tıbbi veriler" olabilmektedir (4). Sağlık hizmetlerinde adli hekimlik uygulamaları, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri ile birlikte hekimlerin temel görev ve sorumluluk alanı içerisinde yer almaktadır (1-3). Uzmanlık alanından bağımsız olarak tüm hekimlerin adli rapor hazırlamaları gerekebilmektedir. Ancak konuyla ilgili bilgi ve beceri eksikliği, adli raporlarda hatalı ve yanlış sonuçlara neden olmakta ve bu durum kimi zaman, yargılama süreçlerini olumsuz etkileyebilmektedir (1,5). Adli raporlarda kullanılan kavramların bilinmesi ve bulguların adli travmatolojik açıdan doğru yorumlanması, adli rapor yazımı için önemlidir. Bu nedenle bu bölümde, göğüs hastalıkları uzmanlık alanını ilgilendirebilecek temel adli travmatolojik kavramlar ve adli rapor yazımı üzerinde durulacaktır. Adli olaylarda bilgisinden yararlanan kişilere bilirkişi adı verilmektedir (4,6). Adli rapor ise hukuken, tıbbi bilirkişi tarafından bildirilen görüştür. Dolayısıyla bir "adli rapor yazımı", yürürlükteki hukuki mevzuat ışığında,

resmi makamların talebi üzerine gerçekleştirilen bir bilirkişi incelemesidir (1,4). Tıbbın uygulayıcıları olan doktorlardan, insanın biyolojik, psikolojik ve sosyal iyilik halini ve toplum ve çevre sağlığını ilgilendirebilen konularda bilirkişi olarak görüşleri sorulabilmektedir (7). Ülkemizde yürürlükte olan 1929 tarihli Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunu'nun 13.maddesinde; "Bir kişinin beden ve ruh durumu hakkında yalnızca, hekimler rapor düzenleyebilir" denilmektedir (8). Aynı kanunun 11. maddesi; "Mahkemeler bilirkişi olarak bu kanun ile Türkiye'de hekimlik yapma yetkisini haiz hekimlere başvurabilir." der (8). Görüldüğü üzere ülkemizde tüm hekimler, bilirkişilik hizmetinde bulunmaktadırlar. Türk hukuk sisteminde, bilirkişilik ile ilgili hükümler genel olarak tanımlanmaktadır, tıbbı özgü değildir. Tıbbi bilirkişi, hukuki ilişkinin özel ve teknik bilgi gerektiren boyutunda ve olguların nitelendirilmesinde, kendi uzmanlığı aracılığıyla hukuk sistemine yardımcı olmaktadır (1,6).

Göğüs Hastalıkları Acilleri ve Adli Rapor Yazımı

Acil olguların önemli bir kısmını oluşturan adli olgularla, acil servislerde görev yapan hekimler daha sık karşılaşmaktadır (9). Tüm acil servise başvuran adli olguların sıklığı % 2,1 ile 27,4 arasında bildirilmektedir (9-11). Acil serviste en sık karşılaşılan akciğer ilişkili semptom ise nefes darlığı olup tüm acil başvurularının yaklaşık %10'unda dispne tanımlanmaktadır (12). Akut dispne atağında öncelikle astım akut atak, pulmoner emboli, spontan pnömotoraks, akut akciğer ödemi, ağır pnömoni, ARDS, toraks travması, plörezi, alveolar hemoraji, ateletaksi, üst hava yolu patolojileri akla gelmelidir (13). Bunlar arasında, bir dış etkene bağlı olarak gelişen (14) patolojiler için, adli olgu olasılığını akla getirmelidir. Bununla birlikte acil servise, dispne dışında semptomlarla başvuran adli olgular olabileceği de hatırlanmalıdır. Acil adli olguların etiyojisine bakıldığında, trafik kazası (%21,4-68,3), darp (%4,6-18,2), iş kazası (%5,0-20,0), zehirlenme (%4,0-17,1), düşme-yüksekten düşme (%3,3-15,4), kesici delici alet yaralanması (%4,0-15,3), karbonmonoksit (CO) zehirlenmesi (%1,6), yabancı cisim aspirasyonu %2,7; kitle yaralanmaları %13,1; ateşli silah yaralanması %1,6-4,2; yanık %2,4-3,1; elektrik çarpması %0,6-1,0, boğulma %0,2, diğer %0,5-4,1 olarak bildirilmektedir (9,11,15-20). Acil servise başvurmuş çocuk adli olgularda (0-18 yaş arasında) ise etiyoloji, yanık %32,8; zehirlenme %5,9-17,9; yabancı cisim aspirasyonu %9,5; trafik kazası %10,5-50,3; düşme %11,6-18,3 ve diğer %9,4 oranları arasında değişmektedir. (21,22) Zehirlenme olguları içerisinde ilaç, koroziv madde, karbonmonoksit zehirlenmesi ile böcek sokmaları ve diğer etiyojiler bildirilmektedir (23). Bu verilere göğüs hastalıkları açısından bakıldığında; izole göğüs veya genel beden travması, CO zehirlenmesi, boğulayazma, yabancı cisim aspirasyonu, elektrik çarpması, toksik gaz inhalasyonu ve diğer dış etkenlere bağlı asfiktik etiyojilerin neden olduğu acil solunum sistemi sorunlarıyla karşılaşıldığında, daha sık olarak adli rapor düzenlenmek gerekeceği söylenebilir. Ancak adli olgular, acil solunum sorunlarıyla sınırlı değildir; olayın içeriği, seyri ve zaman gibi diğer faktörlere bağlı olarak, geç dönemlerde de adli rapor yazmak söz konusu olabilecektir. Bu tür olgularda, geç dönemde ortaya çıkabilen solunum sistemi sorunları ile olay arasındaki nedensellik bağı kritik önem taşır.

Türk Ceza Kanunu'nda Adli Rapor Yazımı İle İlgili Maddeler

Yaralama suçlarının adli tıp açısından değerlendirilmesi ve adli rapor yazımı, 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) bazı maddeleri çerçevesinde yapılmaktadır (24,25). Hazırlanan adli raporlarda; TCK'nun ilgili maddelerinde söz edilen kavramlara yer verilmesi nedeniyle bu Kanun maddelerinin bilinmesi önem taşımaktadır. TCK'nun, 86. ve 87. maddeleri, kasten yaralama; 88.maddesi, kasten yaralamanın ihmali davranışla işlenmesi; 89.maddesi, taksirle yaralama; 94. ve 95.maddeleri, işkence ve netice sebebiyle ağırlaşmış işkence ile ilgili olup, bu maddelerde geçen temel kavramlar aynıdır (24). Hazırlanacak adli rapor ile yaralanmanın ağırlığı ortaya konulduğunda, faile uygulanacak cezayı belirlemede yararlanılan objektif bir ölçüt olabilmektedir. İlgili kanun maddelerinde adli rapor yazımıyla ilişkili temel kavramlar aşağıdadır (Tablo 1).

| Tablo 1 : Türk Ceza Kanunu'nda adli rapor yazımı ile ilgili maddeler (24,25) |
|---|
| <p>Kasten yaralama: TCK Madde 86 - (1) Kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.</p> <p>(2) Kasten yaralama fiilinin kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbi müdahaleyle giderilebilecek ölçüde hafif olması hâlinde, mağdurun şikâyeti üzerine, dört aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunur.</p> |
| <p>Neticesi sebebiyle ağırlaşmış yaralama: TCK Madde 87 - (1) Kasten yaralama fiili, mağdurun;</p> <p>a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına, b) Konuşmasında sürekli zorluğa, c) Yüzünde sabit ize, d) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma, e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun vaktinden önce doğmasına, Neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, bir kat artırılır. Ancak, verilecek ceza, birinci fıkraya giren hallerde üç yıldan, üçüncü fıkraya giren hallerde beş yıldan az olamaz.</p> <p>(2) Kasten yaralama fiili, mağdurun;</p> <p>a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine, b) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine, c) Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına, d) Yüzünün sürekli değişikliğine, e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun düşmesine, Neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, iki kat artırılır. Ancak, verilecek ceza, birinci fıkraya giren hallerde beş yıldan, üçüncü fıkraya giren hallerde sekiz yıldan az olamaz.</p> <p>(3) Kasten yaralamanın vücutta kemik kırılmasına veya çıkığına neden olması halinde, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, kırık veya çıkığın hayat fonksiyonlarındaki etkisine göre, yarısına kadar artırılır.</p> |

Adli Rapor Yazımında Dikkate Alınan Rehber ve Temel Kavramlar

“Türk Ceza Kanunu'nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi” adlı rehber (25), adli raporlara dayanak oluşturan ilgili kanun maddelerini ve yaralanmanın ağırlığının nasıl değerlendirildiğine dair bilgileri ayrıntılı olarak ele almaktadır. Bu rehber 2005 yılında, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Adli Tıp Uzmanları Derneği ve Adli Tıp Derneği'nce hazırlanmış olup 2013 yılında güncellenmiştir (25). Aşağıdaki tabloda, 2005 yılı öncesi ve sonrasında adli rapor düzenlerken kullanılan yasa terimlerden birkaçına hatırlatma amacıyla yer verilmiştir (Tablo 2).

| Tablo 2 : Güncel rehber, 5237 sayılı TCK ve eski TCK'ya (756 sayılı) göre adli rapor yazımına temel alınan kavramlardan örnekler | |
|---|---|
| Güncel Kavramlar | Eski Kavramlar |
| Basit Bir Tıbbi Müdahale İle Giderilebilecek Ölçüde Hafif Olup Olmadığı | Mutad işgaline engel teşkil edip etmeyeceği (kaç gün) |
| Yaşamı Tehlikeye Sokan Durum | Hayati Tehlike |
| Yüzde Sabit İz-Yüzün Sürekli Değişimi | Cehrede Sabit Eser - Çehrenin Daimi Değişikliği |
| Organlardan veya Duyulardan Birinin İşlevinin Sürekli Zayıflaması / Yitirilmesi | Uzuv zaafı / Uzuv tatili |
| Vücutta Kemik Kırılmasına Neden Olup Olmadığı ve Kırığın Derecesi | |

Hazırlanacak olan adli raporda; anamnez, genel fizik muayene ve diğer sistem muayeneleri neticesinde saptanan bilgi ve bulgular, radyoloji ve diğer laboratuvar tetkikleri, konsültasyon sonuçları, tanı, uygulanan tedavi ve varsa diğer veriler, bir bütün olarak değerlendirilmelidir. Muayenede saptanan veya saptanmayan bulgulara dayanarak yazılan raporda sonuç olarak; hastanın vücudunda saptanan fiziksel ve ruhsal bulgu ve/veya tanılarının belirtilmesi ve irdelenmesi, yaralanmanın ağırlığının derecelendirilmesi ve gerekli tıbbi öneriler yer alacaktır.

Yaralanma Ağırlığının Belirlenmesi

TCK'da “fiilinin kişi üzerindeki etkisi basit bir tıbbi müdahale (BTM) ile giderilebilecek ölçüde hafif olan” yaralanmalar, rehberde “BTM ile giderilebilir” şeklinde değerlendirilmektedir. TCK'da “şahsın vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan” yaralanmalar ise, “BTM ile giderilemez” şeklinde değerlendirilir. BTM ile giderilip/giderilemeyeceği, yapılan tedaviye göre değil yaralanmanın niteliğine göre belirlenmektedir. Örneğin, travmaya maruz kalan kişinin vücudunda herhangi bir kırık meydana geldiğinde yaralanma, “BTM ile giderilemez” kabul edilmektedir. Bu bölümde, rehberden yapılan alıntılar eşliğinde, adli rapor yazımında yararlanılan temel kavramlar aşağıda belirtilmiş ve tablolarda gösterilmiştir.

Türk Ceza Kanunu'nda Adli Rapor Yazımı İle İlgili Maddeler

Tablo 3 : Yaşamı Tehlikeye Sokan Bir Duruma Yol Açan Yaralanmalar (25)

- Kafatası kırıkları (Lefort 3 ve orbita tavan kırığı gibi kemikleri de içerir);
- İlk üç servikal vertebra kırığı;
- Kafa içi kanama, kontüzyon, laserasyon;
- Klinik bulgu veren beyin ödemi ve başlangıç Glasgow Koma Skoru'nun 8 ve altında olduğu bilinç kapalılığı;
- İç organ yaralanmaları;
- Büyük damar yaralanmaları;
- Büyük damar veya iç organ yaralanması olmasa bile %20'den fazla kan kaybına işaret eden klinik tabloya yol açan yaygın ekimoz, hematom ve laserasyonlar;
- Medulla spinalis lezyonu;
- İç organ lezyonu olmasa dahi göğüs ve batin boşluğuna penetre yaralanmalar;
- 2. derece yanık (%20'den fazla);
- 3. derece yanıklar (%10'dan fazla);
- Kuduz hayvan ısırığı;
- Elektrik çarpması (giriş ve/veya çıkış lezyonu bulunması veya vücuttan elektrik akımının geçtiğini gösteren klinik bulguların varlığı);
- Ağır klinik tabloya yol açan zehirlenmeler;
- Asfiktik bir durumdan kurtulanlar;
- Travma sonrası gelişen, klinik bulgu ve tetkiklerle tanısı konan emboliler (trombüs, yağ vb.);
- Travma sonrası 12 saat içinde ortaya çıkan stresör faktörlerin tetiklediği myokard enfarktüsleri.

Travmatik femur kırığına bağlı pulmoner yağ embolisi olgusu aşağıda sunulmuştur.

Örnek Olgu 1: Posttravmatik Pulmoner Yağ Embolisi* (Meral ve ark.2014)

Araç dışı trafik kazası sonucu yaralanan 30 yaşındaki erkek olgunun acil serviste yapılan muayenesinde; bilinci açık, koopere, oryante, sol uylukta ağrı ve şişlik mevcut olup, diğer sistem muayeneleri normaldir. Femur grafisinde; sol femur orta 1/3'te şaft kırığı saptanmış ve Ortopedi ve Travmatoloji Servisinde operasyon öncesi takibinde ilk 72 saat içerisinde (30. saatten itibaren) yüksek ateş (38,5 derece), taşikardi (istirahat halinde Nb:108/dk), hipoksemi-hipokapni ve konfüzyon tablosu gelişmiş olan olgunun ertesi gün yapılan solunum sistemi muayenesinde; öksürük ve bilateral akciğer bazallerinde ince raller, nörolojik muayenesinde ise bilinçte dalgalanma saptanmış. Olgunun laboratuvar testlerinde; anemi (Hb:15,2'den 9,6 g/dL'ye, Hct: %43,2'den %27,6'ya), trombositopeni (Plt: 262 10³/μL'den 147 10³/μL'ye), hipokalsemi (Ca: 7,8 mg/dL) ve sedimentasyon yüksekliği (>140 mm), arter kan gazında hipoksemi ve hipokapni

Örnek Olgu 1: Posttravmatik Pulmoner Yağ Embolisi* (Meral ve ark.2014) (devamı)

bulguları (oksijen inhalasyonu altında Ph:7.45, PaO₂:96.2, PaCO₂:31.3), akciğer grafisinde ve toraks Bilgisayarlı Tomografi (BT)'sinde bilateral akciğer parankiminde yaygın buzlu cam alanlar ve akciğer ödemi saptanmış. Yaralanmadan 34 saat sonra istenen Göğüs Hastalıkları konsültasyonu sonucunda pulmoner yağ embolisi ön tanısı konularak tedavi (analjezik, antipiretik, mukolitik, antibiyotik) başlanmış. Tedavi sonrası klinik şikayetleri gerileyen olgu kazadan on bir gün sonra femur kırığı nedeniyle opere edilmiş ve dört gün takip edilen olgu genel durumunun iyi ve vital bulgularının stabil olması, ayrıca ek patoloji gelişmemesi üzerine önerilerle taburcu edilen olgu için kazadan 71 gün sonra, kesin (adli) raporunun düzenlenilmesi talep edilmiş. Adli tıp uzmanı tarafından muayene öncesi tıbbi kayıtları incelenen olgunun evrakında, mevcut kemik kırığının yanı sıra pulmoner yağ embolisi ön tanısı bulunduğu görülmesi üzerine istenilen Göğüs Hastalıkları konsültasyonunda; Ortopedi ve travmatoloji servisindeki izleminde saptandığı belirtilen muayene bulguları (taşikardi, ateş yüksekliği, nörolojik değişiklikler, solunum sıkıntısı) ve laboratuvar sonuçlarının (anemi, trombositopeni) yağ embolisi tanısı koymak için yeterli olduğu belirtilmiştir.

Sonuç: Kişinin 2014 tarihinde geçirdiği araç dışı trafik kazası sonucunda, femur (kapalı) shaft kırığına bağlı olarak gelişen pulmoner yağ embolisine neden olan yaralanmasının:

- 1-) Yaşamı tehlikeye sokan bir duruma neden olduğu,
- 2-) Basit bir tıbbi müdahaleyle giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olmadığı,
- 3-) Vücuttaki kemik kırıklarının hayat fonksiyonlarına etkisi Hafif (1), Orta (2-3) ve Ağır (4-5-6) olarak sınıflandırıldığında; kişide tanımlanan femur shaft kırığının, hayat fonksiyonlarını AĞIR (4) derecede etkileyecek nitelikte olduğu kanaatini bildirir adli rapordur.

Kaynak: Meral O, Erdoğan N, Güler H, Kaya A, Koçak A. Posttravmatik yağ embolisi ve adli tıbbi değerlendirmesi: olgu sunumu. Adli Tıp Bülteni, 2014;19(3):185-189.).

Olgunun analizinde, rehberde yer verilen kavramlar yardımcı olacaktır. Göğüs bölgesindeki lezyonların adli travmatolojik yorumunu tablo 3'te görebilirsiniz.

| Tablo 3. Göğüs Bölgesi (Rehberden Örnektir) | |
|---|---------------------|
| Memede Avülsiyon | BTM ile Giderilemez |
| Göğüs Bölgesindeki Organ Lezyonları | |
| Organ Lezyonu Oluşmamış Lokal Cilt Altı Amfizemi | BTM ile Giderilemez |
| Geniş Cilt Altı Amfizemi | Yaşamsal Tehlike |
| Klinik Bulgularla Desteklenen Solunum Yollarına Yabancı Cisim Aspirasyonu Ya Da Yutulması | Yaşamsal Tehlike |

| Tablo 3. Göğüs Bölgesi (Rehberden Örnektir) (devamı) | |
|--|---------------------|
| Trakea ve Bronşlarda, Laserasyon, Perforasyon, Parçalanma (crush), Rüptür, Ayrılma (transection) ve Fraktürler | BTM ile Giderilemez |
| Trakeostomi Zorunluluğu | Yaşamsal Tehlike |
| Diyafragmada Laserasyon ve Rüptür | Yaşamsal Tehlike |
| Özefagusta her dereceden laserasyon, perforasyon, parçalanma (crush), rüptür ve ayrılma | Yaşamsal Tehlike |
| Özefagusta Korozif Madde Yaralanmaları | Yaşamsal Tehlike |
| Perikard Tamponadı | Yaşamsal Tehlike |
| Kalpde Kontüzyon, Laserasyon, Perforasyon | Yaşamsal Tehlike |
| Korda Tendinea Laserasyonu | Yaşamsal Tehlike |
| Akciğerlerde Kontüzyon ve Laserasyon | Yaşamsal Tehlike |
| Hemotoraks, pnömotoraks/tansiyon pnömotoraks, pnömomediastinum, hava embolisi | Yaşamsal Tehlike |
| Yelken Göğüs | Yaşamsal Tehlike |

Vücutta Kemik Kırılmasının Değerlendirilmesi

Vücuttaki kemik kırıkları, kırığın hayat fonksiyonlarına etkisine göre hafif (1), orta (2-3) ve ağır (4-5-6) olarak sınıflandırılmıştır. Çıklıklar da dahildir. Birden fazla kırık varsa, skorlanmaktadır. Buna göre: Her bir kırığın derecesi rehberden bulunup kareleri alınıp toplanacak ve çıkan toplamın karekökü alınacaktır. Sonuç 0,5'den yüksek ise bir üst derece alınacaktır.

| Tablo 4. Göğüs Bölgesi Kırıklarının Derecesi | |
|--|---|
| Klavikula kırığı (2) Klavikula açık kırığı (3) Sternoklavikular çıkık (2) Akromioklavikular çıkık (2) Akromion kırığı(2) Sternumda kırık (3) Sternum ayrıklı kırığı(4) | Kaburga kırığı (lineer/ayrıklı/açık) (2) Skapulada kırık (çatlak, kopma kırığı, ayrıksız kırıklar) (2) Skapula kırığı (parçalı/ayrıklı/açık) (3) Glenoid ve boyun kırığı (2) Glenoid eklem içi kırığı (3) |

Tablo 5 ve 7, Yaralama Suçlarıyla İlgili TCK'da Geçen Kavramları Açıklamaktadır.

| Tablo 5. Yaralanmaların Tanımlanması (25) |
|---|
| Yaşamı Tehlikeye Sokacak Derecede Yaralanma (TCK Madde 87/1-d) |
| TCK Madde 87/1-d'de yer alan bu kavram, ceza itibarı ile en ağır yaralanma grubunu ifade etmektedir. Yaşamı tehlikeye sokacak derecede yaralanmalarda, bu yaralanma sonrası kişinin yaşamının mutlak suretle tehlikeye maruz kalması söz konusudur. Bu tür durumlarda sonuç olarak ölüm meydana gelebileceği gibi, kişinin gerek kendi vücut direnci ve gerekse tıbbi yardımla kurtulması söz konusu olabilmektedir. Yani "olay sırasında" yaşamsal tehlikenin oluşmuş olması önemlidir. Kişinin sonradan iyileşmesi, yaşamını tehlikeye sokacak derecede bir yaralanma geçirdiği sonucunu değiştirmez. |

Tablo 5. Yaralanmaların Tanımlanması (25) (devamı)**Basit Bir Tıbbi Müdahale İle Giderilebilecek Ölçüde Hafif Yaralanma (TCK Madde 86/2)**

TCK Madde 86/2'de yer verilen bu kavram, ceza itibarı ile en hafif yaralanma grubunu ifade etmek için kullanılmıştır. "Basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde yaralanma" kavramı, hekimler tarafından farklı algılanabilecek, kişisel değerlendirme farklılıkları yaratacak bir durum gibi gözükmektedir. Adli yönden, hangi travmatik değişimlerin basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ya da giderilemeyecek nitelikte olduğu konusunda tüm hekimler tarafından kullanılabilir bir listeye ihtiyaç vardır. Bu Rehberde yer verilen liste oluşturulurken, basit tıbbi müdahalelerin ne olduğu ve nelerin basit tıbbi müdahale ile giderilebileceğinden öte, hangi travmatik değişimlerin hafif derecede yaralanmalar içinde yer alması gerektiği gözetilmiştir.

Yaralamanın Vücutta Kemik Kırılmasına Neden Olması (TCK madde 87/3)

TCK madde 87/3'de yer alan bir kavramdır. Kırığın kişinin hayat fonksiyonlarındaki etkisine göre ceza öngörülmektedir. Yaralamanın vücutta kemik kırılmasına veya çıkığına neden olması halinde verilecek cezanın, kırık veya çıkığın hayat fonksiyonlarındaki etkisine göre, yarısına kadar artırılması söz konusudur.

Duyularından Veya Organlarından Birinin İşlevinin Sürekli Zayıflaması / Yitirilmesi (TCK Madde 87/1-a) / (TCK Madde 87/2-b)

İşlev zayıflaması kavramı, TCK madde 87/1'de; işlev yitimi kavramı ise, TCK madde 87/2'de yer almaktadır. Yaralanmadan sonra bu durumun varlığının kabul edilebilmesi için, duyu veya organlardan birinin işlevindeki zayıflamanın sürekli olması gerekmektedir. İşlev zayıflaması veya yitimi; kişideki görme, işitme, koklama, tatma ve dokunma duyuları ile organlar ve ekstremitelerde (el, ön kol, kol, omuz, ayak, bacak, uyluk, kalça) oluşan anatomik kayıp ve/veya fonksiyonel bozukluk, her bir duyu, organ veya ekstremitenin kendi anatomik yapı veya fonksiyonuna göre değerlendirilmelidir. Protez takılması durumunda da anatomik kayıp değerlendirilecektir. Vücutta çift olarak bulunan organlardan birinin işlevini tamamen yitirmesi halinde, diğer organ fonksiyon görmeye devam edebilir. Ancak, bu durumda da organın işlevinin zayıflaması değil, işlevin yitilmesi söz konusudur. Çünkü Kanun metninde duyu ve organlardan birinin işlevinden söz edilmektedir. Organdaki veya ekstremitedeki anatomik kayıp ve/veya fonksiyonel bozukluğun o organ veya ekstremitenin kendi anatomik yapısı ve/veya fonksiyonuna göre %10-50 arasındaysa işlevin sürekli zayıflaması, % 50'nin üstünde ise işlevin yitilmesi olarak değerlendirilmelidir.

Başkasının Vücuduna Acı Veren / Sağlığının Ya da Algılama Yeteneğinin Bozulmasına Neden Olan Yaralanma (TCK Madde 86/1)

TCK madde 86/1'de yer alan bu kavram, öngörülen ceza itibarı ile orta derece yaralanma grubunu tanımlamaktadır. Kişinin sağlığını ya da algılama yeteneğini bozacak derecedeki yaralanma tanımı, travmanın ruhsal etkilerini de kapsamaktadır. Kişilerin uğradığı travma sonrası oluşan ruhsal sağlık zararı da TCK kapsamında tanımlanmıştır. Hazırlanan Rehberde, travma sonrası oluşan ruhsal zararın belirlenmesine yönelik kriterler, liste içinde ayrı bir başlık altında değerlendirilmiştir.

Örnek Olgu 2: Bir İş Kazası Olgusu; Kafa Travması ve Yabancı Cisim Aspirasyonu Şüphesi

Bir adli olgunun adli travmatolojik açıdan değerlendirilmesi sırasında; öncelikle olgu bir bütün olarak ele alınmalıdır. Örneğin; öyküsünde çalıştığı inşaatta yemek yerken dengesini kaybederek yüksekte düştüğü belirtilen bir hasta acil servise getirilmiş olsun. Öyküyü veren iş arkadaşları, hastanın yemek yerken birden zor nefes aldığını, öksürmeye başladığını ve bu sırada inşaatın 3. katından aşağı düştüğünü bildirmektedir. Kafa travması ve üst solunum yollarında yabancı cisim şüphesi olan bu olguda, beyin kanaması saptanmış ancak göğüs hastalıkları uzmanı tarafından yapılan bronkoskopide solunum yollarında herhangi bir yabancı cisim saptanmamıştır. Adli raporu yazan göğüs hastalıkları uzmanının, olgunun solunum yollarında asfiksi bulgularına neden olabilecek herhangi bir yabancı cisim saptanmadığını ve bu nedenle olgunun yaralanmasının, göğüs hastalıkları açısından yaşamı tehlikeye sokacak bir duruma neden olmadığı şeklinde bir rapor yazmış olduğunu var sayalım. Öte yandan bu olguda, yapılan beyin cerrahisi konsültasyonunda, kranial bilgisayarlı tomografide frontal kontüzyon ve subaraknoidal kanama saptandığı rapor edilmiş olsun. Bu durumda, olgunun adli travmatolojik değerlendirmesinde yapılan hata; farklı branşlar tarafından sadece o branşla ilgili sistem sorunları dikkate alınarak rapor düzenlenmiş olmasıdır. Doğru değerlendirme ise; bu olgu için adli rapor göğüs hastalıkları uzmanı tarafından yazılmış olsa bile, beyinde kontüzyon ve kanama nedeniyle bu yaralanmanın yaşamı tehlikeye sokan bir duruma neden olduğunun belirtilmesidir.

Sonuç: Kişinin, 01.01.2018 tarihinde iş yerinde yüksekte düşme sonucu gelişen beyinde frontal kontüzyon ve subaraknoidal kanamaya neden olan yaralanmasının:
 1-) Yaşamı tehlikeye sokan bir duruma neden olduğu,
 2-) Basit bir tıbbi müdahaleyle giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olmadığı kanaatini bildirir adli rapordur.

Duyu veya Organların İşlevinin Sürekli Zayıflaması ya da Yitilmesi

Vücutta duyu veya organların işlevinin sürekli zayıflaması ya da yitilmesine yol açan durumlar sadece bu rehberdeki listelerle sınırlı değildir (Tablo 6). Vücutta kalıcı anatomik veya fonksiyonel işlevselliğe dair değerlendirme adli tıp uygulamalarında, iyileşme süreci dikkate alınarak yaralanmadan 18 ay sonra yapılmaktadır (25).

| Tablo 6. Duyu veya Organların İşlevinin Sürekli Zayıflaması ya da Yitilmesi Açısından Değerlendirme (25) | |
|---|---------------------------|
| Göğüs Organları | |
| Lobektomi | İşlevde Sürekli Zayıflama |
| PNömonektomi | İşlev Kaybı |

Örnek Olgu 3: Ateşli Silah Yaralanmasına Bağlı Lobektomi

Ateşli silah yaralanması nedeniyle acil servisine getirilen hastanın vücudunda, sağ hemitoraks arka alt dış yandan girip önde sol alt dış yan kısımdan çıkan bir adet ateşli silah mermi çekirdeği yarası (ASMC) mevcuttur. Çekilen grafilerinde; sağ hemitoraks ASMC giriş deliği bölgesinde 9. ve 10. kotlarda ayrıklı kırıklar görülmüştür. Acilen ameliyata alınan hastada, sağ hemitoraks alt dış yandan giren ASMC'nin, sağ akciğerin alt lobunda meydana getirdiği yaygın harabiyet nedeniyle sağ akciğerde lobektomi uygulanmıştır.

Sonuç: 01.01.2018 tarihinde, ateşli silah yaralanması sonucu haricen, sağ hemitoraks arka alt dış yandan girip önde sol alt dış yan kısımdan çıkan bir adet ateşli silah mermi çekirdeği yarası saptanan hastada, sağ hemitoraks ASMC giriş deliği bölgesinde 9. ve 10. Kotlarda ayrıklı kırıklar ile birlikte sağ akciğer alt lobunun yaygın harabiyeti gelişmiş olup sağ akciğerde lobektomi uygulanmış olduğundan yaralanmasının:

- 1-) Yaşamı tehlikeye sokan bir duruma neden olduğu,
- 2-) Basit bir tıbbi müdahaleyle giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olmadığı,
- 3-) Vücuttaki kemik kırıklarının hayat fonksiyonlarına etkisi Hafif (1), Orta (2-3) ve Ağır (4-5-6) olarak sınıflandırıldığında; kişide tanımlanan 9. ve 10. açık ayrıklı kot kırıklarının; hayat fonksiyonlarını ORTA (3) derecede etkileyecek nitelikte olduğu,
- 4-) Organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına neden olduğu,
- 5-) Olayla ilgili başkaca bir bilgi ve bulgu bulunması veya gereği halinde yeniden değerlendirme yapılabileceği kanaatini bildirir adli rapordur.

Sunulan olguda, kot kırıklarının skorlanmış derecesi şöyle hesaplanır: Açık parçalı kot kırığının derecesi: 2'dir. İki kot kırığı olduğundan; $2+2= 4+4= 8=2,8$ 3 derece olur. Kırığın hayat fonksiyonlarına etkisi, yaşamsal tehlikeden farklı bir kavramdır. Göğüs hastalıkları uzmanlarının daha az sıklıkta karşılaşılabilecekleri durumlar olmakla birlikte, adli raporlarda yer verilebilen aşağıdaki terimler de açıklanmıştır. Gerektiğinde hastayı doğru yönlendirmek, uygun konsültasyonların istenilmesi ve adli raporlardaki eksik ve yanlışların önlenmesi bakımından bu genel bilgiler yardımcı olacaktır.

Tablo 7. Yaralanmaların Tanımlanması (25) (devamı)

Yüzde Sabit İze - Yüzün Sürekli Değişikliğine Neden Olma
(TCK madde 87/1-c) – (TCK madde 87/2-d)

Oluşan yara az ya da çok iz bırakır; ancak, her iz yüzde sabit iz niteliğinde değerlendirilmez. Yaralanma esnasında, yüz sınırları içerisinde oluşan yaranın iyileştikten sonra bıraktığı iz, gün ışığında veya iyi aydınlatılmış bir ortamda, insanlar arası sözel diyalog mesafesinden (1-2 metre) ilk bakışta belirgin bir şekilde fark edilebilir durumda ise "yüzde sabit iz"den bahsedilir. İzin, sabit iz olup olmadığının değerlendirilmesi açısından iyileşme sürecinin tamamlanmış olması gerekir. Bu nedenle, adli tıp uygulamalarında, bu konudaki değerlendirme yaralanmadan en az altı ay sonra yapılmaktadır. Hekim gerek görürse bu süre uzayabilir. Eğer, yüz sınırları içinde oluşan yaralanmanın bıraktığı iz, o kişiyi önceden tanıyanların onu tanımasında duraksamaya yol açacak şekilde yüzün

| |
|---|
| Yüzde Sabit İze - Yüzün Sürekli Değişikliğine Neden Olma (TCK madde 87/1-c) – (TCK madde 87/2-d) (devamı) |
| doğal görünümünü bozmuş ise bu durumda “yüzde sürekli değişiklik”ten bahsedilir. Buna örnek olarak ağır yanıklar ya da yüze kezzap atılması gibi kimyasal yanıklar verilebilir. TCK'ya göre “yüz sınırları”; “kişiye cepheden bakıldığında üstte saçlı deri sınırı (saçı dökülen ya da azalan kişilerde görülebilen frontal bölge dahil), yanlarda kulaklar dahil olmak üzere kulakların arkasından inen hayali düz çizgilerin her iki klavikula ile kesiştiği noktalar ile altta fossa jugularisten başlayıp yanlara doğru klavikularları takip eden çizgiler arasında kalan bölge” olarak anlaşılmalıdır. |
| Konuşmada Sürekli Zorluk - Konuşma Yeteneğinin Kaybı (TCK madde 87/1-b) – (TCK madde 87/2-c) |
| Konuşma fonksiyonunu etkileyen kafa içi değişimler ile dil ve ses telleri gibi konuşmaya yardımcı yapılarda yaralanma olması durumunda bu değerlendirme yapılır. |
| Çocuğunun Vaktinden Önce Doğmasına / Çocuğun Düşmesine Neden Olma (TCK madde 87/1-e) – (TCK madde 87/2-d) |
| Bu değerlendirme yapılırken, gebe kadının erken doğum ya da düşük durumunun travma ile ilişkisinin (nedensellik bağının) kurulması esas olacaktır. |
| İyileşmesi Olanağı Bulunmayan Bir Hastalığa / Bitkisel Hayata Girmesine Neden Olma (TCK madde 87/2-a) |
| Cezayı arttıran hallerden biridir. Travma sonrası gelişen ve iyileşme olanağı bulunmayan akli arızaları da içermektedir. |
| Cocuk Yapma Yeteneğinin Kaybolması (TCK madde 87/2-c) |
| Her İki Cinsiyet Açısından; Uterus ve Ovaryumlar veya Testisler Gibi Üremeye Yardımcı Organları İçine Alan Yaralanma Durumlarında Değerlendirilir. |

Zehirlenmelerde Yaralanma Ağırılığının Değerlendirilmesi

Zehirlenme olgularında yeni TCK kapsamında “yaşamsal tehlike” kıstasları ve yaralanma düzeyinin standart bir şekilde belirlenebilmesine yardımcı olabilecek ölçütler tablo 8’de gösterilmektedir (25).

| |
|--|
| Tablo 8. Yaşamsal Tehlike Oluşturan Zehirlenme Olguları (25) |
| Yaşamsal Tehlike Kriterleri |
| a) Dozaj: Toksik doz biliniyor ve güvenilir verilere dayanıyorsa, maddenin kan düzeyinin toksik dozda olması, |
| b) GKS: 8 ve altındaki değerler yaşamsal tehlikenin varlığı açısından gösterge olmakla birlikte, 9 ve üzerindeki değerler negatif bir gösterge olarak kabul edilmemelidir, |
| c) Entübasyon endikasyonu, |
| d) Hekim tarafından CPR (Cardio-Pulmoner Resusitasyon) uygulanması. İleri yaşam desteği uygulanarak kalp-akciğer-beyin canlandırma işlemi uygulanması, |
| e) Dializ, hemoperfüzyon, hemofiltrasyon, plazmoferez uygulanmış olması, |

| |
|---|
| Tablo 8. Yaşamsal Tehlike Oluşturan Zehirlenme Olguları (25) (devamı) |
| f) Metabolik değerlendirmede: Açıklanamayan anyon açığı yüksek metabolik asidoz durumlarında intoksikasyon düşünülmelidir. pH değerinin 7,2'nin altında olması, pCO ₂ değerinin 45 mmHg'dan yüksek olması, K değerinin 6.4mEq/L'nin üzerinde ve 2mEq/L'nin altında olması, g) Konvülzyonları olması, h) Tansiyon arteriyel sistolik komponentin 80mmHg'nın altında olması, i) Sinüs ritmi dışında ritmi olan ve blok bulunan olgular. |
| Basit Tıbbi Müdahale İle Giderilebilecek Nitelikteki Zehirlenme Olguları |
| Yalnızca semptomatik tedavi ile yetinilen olgular; gözlem süresince her hangi bir komplikasyon saptanılmayan olgular; gastrik lavaj ve aktif kömür dışında tedavi gerektirmeyen olgular. |
| Vücuda Acı Veren veya Sağlığının ya da Algılama Yeteneğinin Bozulmasına Neden Olan Durumlar |
| Belirlenen yaşamsal tehlike ölçütlerinin bulunmadığı, ancak basit tıbbi müdahale ile giderilemeyecek ölçüde klinik bulgusu olan olgular bu gruptadır. |

Zehirlenme olguları değerlendirilmesi sırasında öncelikle, yeterli miktarda kan ve/veya diğer vücut sıvılarının alınarak, uygun koşullarda saklanması gereklidir. Olguları değerlendirirken, zehirlenme olgularında da diğer hastalıklarda olduğu gibi kişisel bulgular, hastanın klinik durumu ve toksik maddenin özel etkileri öncelikle dikkate alınmalıdır. Yaşamsal tehlike açısından özel gruplar ile ilgili kriterler tablo 9'da gösterilmiştir.

| |
|---|
| Tablo 9. Yaşamsal Tehlike Açısından Özel Gruplar (25) |
| Tıbbi Tedavide Kullanılan İlaçların Doz Aşımının Söz Konusu Olduğu Olgularda |
| İlacın özel toksik etkisi (kardiyotoksik etki, aritmi, hemotoksik etki vb) ayrıca göz önüne alınması gereken bir durumdur. Örneğin trisiklik antidepresanlar santral sinir sistemi ve kardiyak ileti sistemine olan toksik etkileri nedeni ile belirlenen kriterler dışında özel değerlendirme gerektirmektedir. |
| CO Zehirlenmelerinde |
| Olgunun ilk bulunduğu bilinç bozukluğu olması, HbCO düzeyinin %20'nin üzerinde olması, Hiperbarik oksijen tedavisine gerek duyulması, 4 saatten uzun süren oksijen tedavisi gereksinimi, Spesifik BT ya da MR bulguları, beyin dışı organ bulguları [(miyokart enfarktüsü, rabdomyoliz (CPK, LDH, ALT yükselmesi)] gibi durumlar dikkate alınmalıdır. |
| Mantar Zehirlenmelerinde |
| Serum transaminazlarının yükselmesi, ikter, karaciğer matitesinin küçülmesi ve hepatik ensefalopati bulguları değerlendirmede önem taşımaktadır. |
| Etil Alkol Zehirlenmelerinde |
| Klinik bulguların da desteklemesi şartıyla, kan alkol düzeyinin 200mg/dl ve üzerinde olması gerekmektedir. |

| |
|--|
| Metil Alkol Zehirlenmelerinde |
| Klinik bulguların da desteklemesi şartıyla, kan düzeyinin 30 mg/dl (%80mg letal doz) ve üzerinde olması ve görme fonksiyonuna ait problemlerin olması, yaşamsal tehlike değerlendirmesinde dikkate alınan bulgulardır. |
| Tarım İlaçları ile Zehirlenmelerde |
| Antikolinesteraz enzim düzeyi ve diğer spesifik enzim düzeyleri ile ilgili bilgi ve kayıt mevcutsa ve bu düzeyler literatürde belirlenen kritik düzeyler ise “yaşamsal tehlike”nin varlığından bahsedilebilir. |
| Tarım İlaçları ile Zehirlenmelerde |
| Antikolinesteraz enzim düzeyi ve diğer spesifik enzim düzeyleri ile ilgili bilgi ve kayıt mevcutsa ve bu düzeyler literatürde belirlenen kritik düzeyler ise “yaşamsal tehlike”nin varlığından bahsedilebilir. |
| Asfiksiden Kurtulan Olgularda |
| <ul style="list-style-type: none"> • Olayı takiben şuur kaybı oluşması; acil servise gelişte bilinç kaybı, pupillerde fiksasyon ve dilatasyon ile konvülsiyon, flask paralizi yada ağrılı uyaranlara cevap vermeme gibi nörolojik bulgulardan herhangi birisinin bulunması, • Olay yerinde ya da acil serviste kardiyo pulmoner resusitasyon uygulanması, • Takibinde aspirasyon bulguları ve nörolojik bulgular gibi asfiksi komplikasyonlarının gelişmesi (pnömoni, amnezi vb.) |
| Alt Solunum Yollarını İlgilendiren Durumlar |
| <ul style="list-style-type: none"> • Alt solunum yollarını ilgilendiren bronkoscopi ile yabancı cisim çıkartılması ve /veya yoğun bakım şartlarında tedavi gerektiren katı, sıvı aspirasyonu; duman ya da alev inhalasyonu durumlarında; yaşamsal tehlike söz konusudur. |

Ruhsal Değerlendirme

Travmaya maruz kalan bireylerde gözlenen ruhsal etkiler, olayın özellikleri, yaş ve bireysel özellikler gibi faktörlere bağlı olarak değişmektedir. Travmanın özellikleri, travma öncesi ve sonrası yaşantılar değerlendirilerek, bireyde oluşan ruhsal etkiler anlaşılabilir. Aradan geçen zaman ve diğer bazı faktörler nedeniyle fiziksel bulgu saptanamayan olgularda, ruhsal bulguların değerlendirilmesi önem kazanır. Bu olgular için psikiyatrik değerlendirme yapılması gereklidir. Travma sonrası gelişen ruhsal bozukluklara yaklaşım, tablo 9’da gösterilmiştir.

| |
|---|
| Tablo 9. Travma Sonrası Gelişen Ruhsal Bozuklukların Değerlendirilmesi (25) |
| Basit Tıbbi Müdahale ile Giderilebilecek Ölçüde Bozukluklar |
| Belirgin bir psikiyatrik bozukluk tablosu kriterlerini doldurmayacak (Uluslararası sınıflandırma ve tanımlama kriterlerine göre) her türlü geçici nöropsikiyatrik şikâyetler. |
| Algılama Yeteneğinin Bozulmasına Neden Olan Durumlar |
| Psikiyatrik bir tanı ölçütü kriterlerini dolduran geçici bozukluklar (Psikotik durumlar, demanslar gibi kalıcı ve ağır tablolar hariç). |

| |
|--|
| Tablo 9. Travma Sonrası Gelişen Ruhsal Bozuklukların Değerlendirilmesi (25) (devamı) |
| Duyulardan veya Organlardan Birinin İşlevinin Sürekli Zayıflamasına Neden Olan Bozukluklar |
| Merkezi sinir sisteminin işlevlerinde kalıcı olarak zayıflama (Kalıcı postkonküzyonel sendrom, genel tıbbi duruma bağlı kişilik değişikliği gibi). |
| Duyulardan veya Organlardan Birinin İşlevinin Yitirilmesine veya İyileşme Olanğı Bulunmayan Hastalığa Neden Olan Bozukluklar: |
| Travmatik olaya bağılı olarak ortaya çıkan psikozlar, demans, diğere nörolojik ve bilişsel işlev kaybı ile seyreden ağır, kalıcı psikiyatrik bozukluk ve sendromlar. |

Sonuc

Yaralanmanın nitel ve nicel özelliklerinin adli travmatolojik açıdan bilirkişi doktor tarafından değerlendirmesini kapsayan adli raporlar, olayın hukuksal boyutu açısından çok önemlidir. Ülkemizde, adli olguların muayenesi için Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilmiş olan genel adli muayene rapor formları ve psikiyatri için farklı olmak üzere konsültasyon formları mevcuttur. Bu formları kullanmak, adli olguya yaklaşımda standardizasyonu sağlamak açısından önemlidir.

Adli rapor yazımında dikkat edilmesi gereken bazı noktaları özetleyecek olursak: Olayın öyküsü (anamnez) ve muayene koşulları not edilmeli; lezyonlar ayrıntılı tanımlanmalı, muayene bulguları, konsültasyon ve tetkiklerin sonuçları kaydedilmeli; genel psikiyatrik değerlendirme yapılmalı ve gerektiğinde psikiyatri konsültasyonu istenilmeli; yazılacak raporda anlaşılır ve sade bir dil kullanılmalı; kısaltma kullanılmamasına özen gösterilmelidir. Muayene ve tedavi reddi durumları mutlaka yazılı kayıt altına alınmalıdır. Adli rapor düzenleme aşamasında, başka bir hekimden ya da konunun uzmanı hekimlerden görüş alınması veya ek inceleme gerekiyorsa, bu durum raporda belirtilmelidir. Adli raporların yazımında ayrıca, Sağlık Bakanlığı'nın "adli tabiplik hizmetlerinin yürütülmesinde uyulacak esaslar" başlıklı genelgesinden yararlanılabilir.

KAYNAKLAR

- 1) Balcı Y, Eryürük M. Adli raporların hazırlanmasında temel kurallar, kavramlar; hukuki ve tıbbi açıdan hekim sorumluluğu. Birinci Basamakta Adli Tıp (içinde). Editörler: Sermet Koç, Muhammet Can. Klinik Gelişim, Adli Tıp Özel Sayısı, İstanbul Tabip Odası Yay, 2.baskı, 2009.
- 2) Tümer AR, Keten A, Karacaoğlu E. Adli olgu bildirim ve adli raporlar. Hacettepe Tıp Dergisi 2010;41:128-134.
- 3) Yavcı N. Adli rapor düzenleme. Acil hastaya yaklaşım dahiliye (içinde). Editörler: Yavuz DG, Mülazimoğlu L. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, yayın no:772, İstanbul, 2009.
- 4) Gündoğmuş ÜN, Hancı İH. Birinci basamakta adli hekimlik uygulamaları. Sted, 2003;12(9):341-343.
- 5) Yavuz MF, Yavuz SM. Adli rapor standardizasyonu ve adli raporlarda görülen eksiklikler. Türkiye Klinikleri, Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi, 2006;2(50):28-33.

- 6) Turla A, Dündar C. Samsun il merkezinde adli rapor düzenleyen pratisyen hekimlerin adli tıp eğitimi ve adli raporlara yansımaları. *OMÜ Tıp Dergisi*, 2003;20(3):119-124.
- 7) Fincancı ŞK. Adli olguya yaklaşım-Audi Alterem Partem. Yeni yasalar çerçevesinde hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluğu, tıbbi malpraktis ve adli raporların düzenlenmesi (içinde). İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sempozyum Dizisi, 2006;48:92-103.
- 8) 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr>, erişim tarihi(ET): 05.07.2018.
- 9) Türkmen N, Akgöz S, Çoltu A, Ergin N. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servisine başvuran adli olguların değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2005;31(1):25-29.
- 10) Yavuz FM, Bastürk P, Yavuz SM, Yorulmaz C. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Servisi'ne başvuran adli olguların değerlendirilmesi. *Adli Bilimler Dergisi*, 2002;1(2):21-6.
- 11) Küçük E, Günel C. Acil serviste değerlendirilen adli olguların demografik özellikleri. *Sakarya Tıp Dergisi* 2016;6(2):100-105.
- 12) Karcioğlu O. Göğüs hastalıklarında aciller; acil servise dispne ile başvuran hastaya yaklaşım. file:///C:/Users/Zeynel/Downloads/Ozgur_KarcioğluNefesdarlıTD.pdf, et: 05.07.2018.
- 13) Uçan ES. Göğüs hastalıklarında aciller. http://file.toraks.org.tr/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/kisokulu5-ppt-pdf/eyup_sabri_ucan_gogus.pdf, et: 05.07.2018.
- 14) Fincancı ŞK. Adli olguya yaklaşım ve insan hakları. *Tıpta Uzmanlık Öğrenciliğine Başlayanlar için Uyum Programı 24 – 28 Haziran 2013* (içinde). İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Basımevi, 2013.
- 15) Yavuz SM, Aydın S. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde adli olgu ve raporlar. *Türk Aile Hek Derg*, 2004; 8(1):30-33.
- 16) Keten A, İçme F, Eser M, Kılıncı İ, Tümer AR. Acil serviste düzenlenen adli raporların Türk Ceza Kanunu kapsamında değerlendirilmesi. *Turkish Medical Journal* 2011;5(3):94-99.
- 17) Serinken M, Türkçüer İ, Acar K, Özen M. Acil servis hekimleri tarafından düzenlenen adli raporların eksiklik ve yanlışlıklar yönünden değerlendirilmesi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2011;17(1):23-28.
- 18) Hakkoyunmaz H, Keten HS, Artuç S, Üçer H, Bozkurt S, Okumuş M, Keten A. Acil serviste düzenlenen adli raporların Türk ceza kanunu kapsamında değerlendirilmesi. *Kartal TR* 2014;25(3):177-180.
- 19) Yapıcı G, Bilgin NG. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne 2010 yılında yaralanma nedeniyle başvuran adli olguların değerlendirilmesi. *TAF Prev Med Bull* 2014;13(6):459-464.

- 20) Turla A, Aydın B, Kocakaya M. Ölümle sonuçlanmayan yabancı cisim aspirasyonları. *Adli Tıp Bülteni*, 2006;11(1):13-18.
- 21) Büken E, Yaşar ZF. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi acil servisine başvuran adli nitelikteki çocuk olguların değerlendirilmesi. *Adli Tıp Bülteni* 2015;20(2):93-96.
- 22) Korkmaz T, Erkol Z, Kahramansoy N. Acil servise gelen pediatrik adli olguların değerlendirilmesi: Retrospektif bir çalışma. *Haseki Tıp Bülteni* 2014; 52:271-7.
- 23) Eliaçık K, Kanık A, Karanfil Ö, Rastgel H, Metecan A, Oyman G, Güngör S, Anıl M, Helvacı M, Bakiler AR. Bir üçüncü basamak hastane çocuk acil servisine başvuran zehirlenme vakalarının değerlendirilmesi. *Smyrna Tıp Dergisi* 2012; s:41-44.
- 24) 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html>, et: 05.07.2018.
- 25) Türk Ceza Kanunu'nda tanımlanan yaralama suçlarının adli tıp açısından değerlendirilmesi (Rehber). *Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Adli Tıp Uzmanları Derneği, Adli Tıp Derneği*. Editörler: Güzel S, Balcı Y, Çetin G, 2005. Güncelleme Editörleri: Gündoğmuş ÜN, Balcı Y, Akın HM, 2013.