

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**2015-2020 YILLARI ARASINDA YARGITAY'A
İNTİKAL ETMİŞ MALPRAKTİS
DOSYALARININ SAĞLIK YÖNETİMİ
AÇISINDAN ANALİZİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Elif KAHYAOĞLU KHALİL

Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi TURGUT ŞAHİNÖZ

ORDU-2022

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

İmza

Adı ve Soyadı

TEŞEKKÜR

Çalıőmamın her aşamasında desteklerini esirgemeyen, bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren danıőman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Turgut ŞAHİNÖZ' e, tüm zorlu aőamalarda desteğini hiç eksik etmeyen Sayın Doç. Dr. Hacer TEKE' ye , Uzm. Dr. Selçuk YÜCESAN' a, Avukat Bilgehan SAYIN' a, Dr. Feza ŐEN' e, her zaman sorularımı bunalmadan cevaplayan Buğra SONER' e ve Canım Anneme yürekten teşekkür ederim.

İmza

Adı ve Soyadı

ÖZET

2015-2020 YILLARI ARASINDA YARGITAY'A İNTİKAL ETMİŞ MALPRAKTİS DOSYALARININ SAĞLIK YÖNETİMİ AÇISINDAN ANALİZİ

Amaç: Bu çalışma, Malpraktis dava dosyalarının sağlık yönetimi açısından değerlendirilerek, yapılan hataların sebeplerinin ve sonuçlarının ortaya konulması, sağlık yöneticilerine önlem alınması için önerilerde bulunulması amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 2015 – 2020 yılları arasında Yargıtay'a intikal etmiş olan malpraktis dava dosyalarından malpraktis türü, kurum, branş, davacı, davalı, dava türü, ve dava sonucu gibi parametreler taranmış ve kodlanarak bilgisayarda Excel dosyasına girilmiştir. Veriler herkese açık ortamda paylaşıldığı için kurum ve etik kurul izni alınmamıştır.

Bulgular: Malpraktis dava dosyalarının yaklaşık yarısının (%50,8) özel hastanedeki sağlık çalışanlarına karşı, ikinci sıklıkta ise (%38,7) devlet hastanesi çalışanlarına karşı açılmış olduğu, ayrıca davaların yarısından fazlasının (%58,9) kurumlar bazında özel sektöre, %40,3'ünün kamu kurumlarına karşı açılmış olduğu tespit edilmiştir. İncelenen dava dosyalarından malpraktis davalarının büyük çoğunluğunun tazminat davası olduğu (%83,1) ve neredeyse tamamının (%95,0) hastalar tarafından açıldığı tespit edilmiştir. Tazminat davaları en çok tedavi olamama nedeni ile açılmışken (%55,3), ceza davaları ölüm nedeni (%66,7) ile açılmıştır. İncelenen dava dosyalarındaki malpraktis türleri dikkate alındığında en sık yapılan tıbbi hatanın tedavi hatası (% 66,4) olduğu bunu; ihmal (% 18,4) ve teşhis hatasının (%11,2) izlediği tespit edilmiştir. Malpraktis vakalarının % 48,8'inin tedavi olamadığı, % 27,2'sinin engellilik ile sonuçlandığı ve %20,0'sinin da ölüm ile sonuçlandığı tespit edilmiştir. İnceleme kapsamına alınan dosyaların büyük çoğunluğunun cerrahi branşlara (%77,6), daha az kısmının ise dahili branşlara (% 22,4) ait olduğu tespit edilmiştir. Dahili branşlarda çalışan sağlık personeline karşı açılmış davaların %65,3 ü davacının lehine sonuçlanmışken, cerrahi branşlardaki sağlık çalışanlarına karşı açılmış davaların %52,3'ü davacının lehine sonuçlanmıştır.

Sonuç: Yargıtay'a intikal etmiş olan malpraktis dava dosyalarının sağlık yönetimi bakış açısı ile incelenmesi sonucunda; malpraktis davalarının %50,8 ile özel hastane çalışanlarına karşı, %38,7 ile de devlet hastanesi çalışanlarına karşı açıldığı tespit edilmiştir. Branşlar bazında dağılımına bakıldığında ise en yüksek malpraktis davalarının açıldığı branşın %17,0 ile kadın hastalıkları ve doğum, %10,5 ile acil servis ve %9,7 ile genel cerrahi branşları olduğu tespit edilmiştir.

Son zamanlarda görsel ve yazılı basında da oldukça gündem olan mesai saatlerinin yoğunluğu ve sağlık personellerinin yoğun çalışma saatlerinin malpraktise yol açan önemli etmenler arasında olduğu ve muayene ve çalışma süreleri konusunda gerekli düzenlemelerin acilen yapılması konusunda önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Malpraktis, Hekim Hatası, Tıbbi Hata, Yargıtay, Sağlık Yönetimi

ABSTRACT

ANALYSIS OF MALPRACTICE FILES SUBMITTED TO THE SUPREME COURT BETWEEN 2015-2020 IN TERMS OF HEALTH MANAGEMENT

Aim: This study was planned in order to evaluate the Malpractice case files in terms of health management, to reveal the causes and consequences of the mistakes made, and to make suggestions for health managers to take precautions.

Material and Method: Parameters such as malpractice type, institution, branch, plaintiff, defendant, case type, and case result of malpractice case files submitted to the Supreme Court between 2015 and 2020 were scanned and coded and entered into the Excel file. Since the data were shared in a public environment, the permission of the institution and the ethics committee was not obtained.

Result: About half of the malpractice lawsuits (50,8%) are filed against healthcare professionals in private hospitals, and the second most common (38,7%) is against state hospital employees, and more than half of the lawsuits (58,9%) are filed against the private sector on the basis of institutions, (It was determined that 40,3% were filed against public institutions. From the case files examined, it was determined that the majority of malpractice cases were compensation cases (83,1%) and almost all (95,0%) were filed by patients. While compensation cases were opened mostly due to lack of treatment (55,3%), criminal cases were opened with the cause of death (66,7%). Considering the types of malpractice in the examined case files, the most common medical error is treatment error (66,4%); negligence (18,4%) and diagnostic error (11,2%) followed. It was determined that 48,8% of malpractice cases could not be treated, 27,2% resulted in disability and 20,0% resulted in death. It has been determined that part of it belongs to internal branches (22,4%). While 65,3% of the lawsuits filed against the healthcare professionals working in the internal branches were concluded in favor of the plaintiff, 52,3% of the lawsuits filed against the healthcare professionals in the surgical branches were concluded in favor of the plaintiff.

Conclusion: As a result of examining the malpractice case files submitted to the Supreme Court from the perspective of health management; It was determined that malpractice cases were filed against private hospital employees with 50,8% and

against state hospital employees with 38,7%. Looking at the distribution on the basis of branches, it was determined that the branches with the highest number of malpractice cases were gynecology and obstetrics with 17,0%, emergency services with 10,5% and general surgery with 9,7%.

It has been suggested that the intensive working hours of the health personnel and the busy working hours of the health personnel, which are also on the agenda in the visual and printed media, are among the important factors that cause malpractice, and that the necessary arrangements should be made urgently in terms of examination and working times.

Keywords: Malpractice, Physician Error, Medical Error, Supreme Court, Health Management

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇ KAPAK SAYFASI.....	
ONAY	
TEZ BİLDİRİMİ	I
TEŞEKKÜR.....	II
ÖZET.....	III
ABSTRACT.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VI
TABLolar DİZİNİ.....	VII
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VIII
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. TIBBİ MÜDEHALE VE HATALI TIBBİ MÜDEHALE KAVRAMLARI	
2.1.1. Tıbbi Müdahale Kavramı.....	6
2.1.2. Hatalı Tıbbi Müdahale Kavramı (Malpraktis)	6
2.1.3. Malpraktis'in Tarihçesi.....	7
2.2. Malpraktise Neden Olan Etmenler.....	8
2.2.1. Tedavi Hatası.....	9
2.2.2. Tanı ve Teşhis Hatası.....	10
2.2.3. İhmal Hatası.....	10
2.2.4. İlaç Hatası.....	10
2.2.5. Hastadan Yazılı Sözlü Onay Alınmaması (Aydınlatılmış onam eksikliği).....	11

2.2.6. Yanlış Taraf Cerrahisi ve Cerrahi İşlem Esnasında Hasta Vücudunda Unutulan Materyaller.....	11
2.2.7. Dikkatsizlik, Tedbirsizlik, Acemilik, Özen Eksikliği.....	11
2.2.8. Kural ve Yönetmeliklere Uymamak.....	12
2.2.9. Okunamayan Doktor Yazıları	13
2.2.10. Sağlık Çalışanları Arasındaki İletişim Eksikliği.....	13
2.2.11. Hijyen ve Sterilizasyon Kurallarına Uyulmaması.....	14
2.2.12. Nitelikli ve Yeterli Sayıda Çalışanın Bulunmaması.....	15
2.2.13. Uzun ve Yoğun Mesai Saatleri (yorgunluk).....	15
2.2.14. Tıbbi Cihazlardaki Arıza veya Kalibrasyonunun Yapılmaması.....	16
2.2.15. Tıp eğitimindeki yetersizlikler.....	16
2.3. Sistemsel Hatalar.....	17
2.4. Tıbbî müdahalede ceza sorumluluğu.....	18
2.5. Hekimin mesleki hatalarında bilirkişilik.....	18
2.6. Hastalar Hangi Durumlarda Dava Açabilir.....	19
2.7. Aydınlatılmış Onam	20
2.8. Tıbbi Hatalara Yönelik Yaklaşımlar.....	22
2.8.1. Kişi Kaynaklı Yaklaşım.....	22
2.8.2. Sistem Kaynaklı Yaklaşım.....	22
2.9. Malpraktis ve Komplikasyon Farkı.....	23
2.10. Malpraktis Dosyalarının Hukuki Boyutları.....	24
2.10.1. Maddi Tazminat Dava Hakkı.....	25
2.10.2. Manevi Tazminat Dava Hakkı.....	25
2.10.3. İlliyet, İspat ve Zaman Aşımı Süreleri	25
2.11. Hekim Hatalarından Dolayı İdarenin Sorumluluğu.....	26

2.11.1. İdarenin Sorumluluğunu Doğuran Hizmet Kusuru.....	26
2.11.2.Yanlış Tıbbi Müdahale Nedeniyle Cezai Sorumluluk	27
2.11.2.1.Hekime Karşı Tazminat Davası Hangi Mahkemede Açılır	27
2.12. Türkiye ve Bazı Ülkelerin Malpraktis açısından Değerlendirilmesi.....	27
2.13. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası.....	30
2.14. Defansif Tıp	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	32
4. BULGULAR.....	33
5. TARTIşMA.....	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	47
KAYNAKLAR.....	49
EKLER.....	55
ÖZGEÇMİş.....	60

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 1. İsviçre Peyniri Modeli	23
Şekil 2. İncelenen dava dosyalarının branşlara göre dağılımı	34

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. İncelenen Dava Dosyalarının Yıllara Göre Dağılımı	32
Tablo 2. İncelenen Dava Dosyalarının Sağlık Kurumlarına Göre Dağılımı	33
Tablo 3. İncelenen Dava Dosyalarında Tespit Edilen Malpraktis Türlerinin Dağılımı	33
Tablo 4. İncelenen Dava Dosyalarının Branşlara Göre Dağılımı	34
Tablo 5. İncelenen Dava Dosyalarında, Hastaların Malpraktis Sonucu Yaşadığı Mağduriyet Durumu.....	35
Tablo 6. Yargıtay'a İntikal Etmiş Olan Malpraktis Dosyalarının Dava Türlerine Göre Dağılımı.....	35
Tablo 7. Malpraktis Dosyalarının Sağlık Kurumlarına ve Ana Branşlara Göre Dağılımı.....	36
Tablo 8. İncelenen Dava Dosyalarındaki Malpraktis Türlerinin Tıbbi Bölümlere Göre Dağılımı.....	36
Tablo 9. İncelenen Malpraktis Dosyalarının Davacı ve Dava Türüne Göre Dağılımı.....	37
Tablo 10. İncelenen Malpraktis Dava Dosyalarındaki Dava Sonucunun Tıp Bilimlerine Göre Dağılımı.....	37
Tablo 11. İncelenen Malpraktis Dava Dosyalarındaki Malpraktis Türlerinin Dava Sonucuna Göre Dağılımı.....	38
Tablo 12. İncelenen Malpraktis Dava Dosyalarının Hasta Mağduriyetine ve Dava Sonucuna Göre Dağılımı.....	38
Tablo 13. İncelenen malpraktis dava dosyalarının hasta mağduriyetine ve dava türlerine göre dağılımı.....	39
Tablo 14. İncelenen Malpraktis Dava Dosyalarının Hasta Mağduriyetine ve Davayı Açana Göre Dağılımı.....	39

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

TTB : Türk Tabipleri Birliği

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

TCK : Türk Ceza Kanunu

TBK : Türk Borçlar Kanunu

MÖ: Milattan Önce

YDD : Yüksek düzeyde dezenfeksiyon

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

OECD : Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü

MHRS :Merkezi hekim randevu sistemi

GRS: Güvenlik Raporlama Sistemi

TTB: Türk Tabipler Birliği

PDEÖS: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi

1. GİRİŞ

Herkesin sağlık hizmeti alma ihtiyacı ve hakkı vardır, ancak bazen sağlık hizmeti alırken tıbbi hatalar nedeniyle müdahale ya da tedavinin istemediğimiz sonuçları ile karşılaşabiliriz.

Hiçbir kurum veya sistem bir yanlış uygulamaya karşı mutlak güvenli olamaz ve hiçbir meslek tamamen hatasız bulunamaz. Diğer sistemlerde olduğu gibi tıbbi bakım sistemlerinde de hata oluşması kaçınılmazdır. Bu nedenle, hekimlerin ve tıbbi bakım personelinin en iyi şekilde çalışmasına rağmen, bu tür hata ve yanlış uygulama olasılığı her zaman vardır. Bu sebeple; malpraktis ile karşılaşan hasta ve yakınları, hukuki yollara başvurma hakkına sahiptirler. Bu hakkı kullanmak suretiyle; açılmış olan ‘Malpraktis’ dava dosyalarının sağlık yönetimi açısından incelenmesi amacıyla planlanan bu çalışmada, dava dosyaları, malpraktis vakalarının branşlara, malpraktis türüne, kuruma, olayın yaşanıldığı yere, açılan davanın türüne ve davanın sonucuna göre incelenerek, yapılan hataların sebepleri ve sonuçları ortaya konulmuş, sağlık yöneticilerine önlem alınması için önerilerde bulunulmuştur.

Malpraktis Türkçe karşılığı ile tıbbi uygulama hatası, sağlık çalışanlarının yapması gereken müdahaleyi, kusur ve ihmali sebebi ile yapmaması veya gereken teşhis ve tedaviyi uygulamaması ya da yanlış uygulaması sonucu hastanın zarar görmesidir.

Latince “male” ve “prakxis” kelimelerinden türemiş olan malpraktis Türkçe ifade ile “Tıbbi kötü, hatalı uygulama” anlamında kullanılmaktadır.

Malpraktis bilhassa Amerikan Tıp Enstitüsünün mihenk taşı olan “To eror is Human” kitabı başta olmak üzere, tıbbi hata ve komplikasyonlardan hastaların zarar görmesi hususunda çok geniş bir literatürün oluşması ardından üzerinde yoğun çalışılan bir konu olmuş ve olmaya devam etmektedir (Kohn ve ark.,1999). Bahse konu ‘To Eror İs Human’ isimli eserde hastanın başına gelen olumsuz olayların, hastalığın altında yatan nedenden daha ziyade tıbbi tedavi esnasındaki kötü uygulamalardan kaynaklanan zarar olarak tanımlanmıştır.

Dünya Tabipler Birliği’nin 1992 yılındaki44. Genel Kurulu’nda kabul edilen bildirgesine göre; malpraktis “hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı

yapmaması, beceri eksikliği veya hastayı tedavi etmemesi ile oluşan zarar” olarak tanımlanmıştır. Ancak, tıbbi tedavi esnasında öngörülemeyen ve istenmeyen etkilerden (komplikasyon) ayırt edilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Sayek, 1998).

Malpraktis tıbbi bir terimdir, ancak sonuçları itibariyle hukuki bir kavramdır. Malpraktis, ceza ve tazminat davaları ile sonuçlanan tıbbi hata ve kötü uygulamaları tanımlamak, sorumluları tespit etmek ve tespit edilen sorumluya hukuki yaptırım uygulanmak üzere kullanılmaktadır.

Sağlık çalışanlarının, kasti veya ihmal veyahut bilgi ve beceri eksikliği gibi sebeplerle hastanın mağduriyetine neden olması sonucunu doğurmaktadır. Malpraktisin sebebi çalışanların bilgisizliği, çalışma esnasında ihmali, çalışanın tecrübesizliği ve dikkatsizliği gibi faktörler olabileceği gibi genellikle sağlık profesyonellerinin hata yapmasına yatkınlığını artıran veya hataya zemin hazırlayan ve böylece hatanın bir parçası olmasını sağlayan sistem hataları da olabilir (Zientek, 2010). Charles, sistem kaynaklı tıbbi hataları” kötü denetim, eksik eğitim, işlerin ergonomik olmayan tasarımı, pratik olmayan iş süreçleri ile yetersiz araç ve otomasyon sistemindeki aksaklıklar” olarak belirtmiştir (Charles, 2003). Thomas ve arkadaşları ise, malpraktis sebeplerini; tıbbi cihaz ve ekipmanlarının tasarımındaki problemler, aşırı yorgunluk, personel yetersizliği, uygun olmayan çalışma koşulları ve iletişim hataları olarak belirtmişlerdir (Thomas ve ark., 2010).

Ülkemizdeki yasal mevzuat ise malpraktisi “*hastaya müdahale yetkisi bulunan sağlık çalışanının standart tıbbi uygulamayı yapmaması veya yaparken beceri ve gereken özeni göstermemesi veyahut hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar*” olarak tanımlanmaktadır (Resmî Gazete, 1998).

Önlenebilir tıbbi hatalardan dolayı her yıl Amerikan hastanelerinde 44.000 ile 98.000 arası hastanın yaşamını yitirdiğini bildirilmektedir (Makary ve Daniel, 2016). Malpraktis nedeniyle ölen hastalara yapılan otopsilerde, yanlış ilaç tedavisinin (%12,5) en sık ölüm nedeni olduğu, belirtilmiştir (Madea ve Preuss, 2009). İtalya Milano’da yapılan bir çalışmada tüm ölümlerin %0.2’ sinde malpraktis şüphesi olduğu belirtilmiştir (Casali ve ark., 2014). Almanya’da yapılan 4450 otopsiyi içeren retrospektif bir çalışmada Malpraktisin en sık (%8,5) genel cerrahi branşında olduğu belirtilmiştir (Madea ve ark., 2009). ABD’de, malpraktis vakalarının çoğunlukla

cerrahi operasyonlar sırasında acil servis, jinekolojik ve Obstetrik uygulamalar esnasında gerçekleştiği belirtilmektedir (Aslan ve Yılmaz, 2015). arasında Türkiye Ulusal Güvenlik Raporlama Sisteminin 23 Mart 2016 ile 31 Aralık 2017 tarihleri arasındaki son verilerine göre; bildiri yapılan toplam 155.295 hata vardır. Hata türleri arasında %87,3 ile laboratuvar hatası, %4,9 cerrahi hata, %4,6 ilaç hataları ve %3,1 hasta güvenliği hataları olduğu izlenmektedir. GRS yalnızca Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastanelerinde meydana gelen tıbbi hata bildirimlerinin yapıldığı bir sistemdir. Özel hastaneler ve üniversite hastanelerinde gerçekleşen tıbbi hata bildirimleri yapılamamaktadır. (Sağlık Bakanlığı, 2021).

Ülkemizde malpraktis ile ilgili mevzuat çalışmaları 2002 yılında başlatılmış olmasına rağmen taslak kanunlaşmadan tasarı olarak kalmıştır. Ancak tıp alanında önemli bir gündem oluşturmuş olan malpraktis kavramı hakkında ülkemizde birçok çalışma yapılmıştır (Özgönül ve ark., 2019). Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı (YÖK) Tez Merkezi verilerine göre; 2015-2020 tarihleri arasında malpraktis üzerine yapılmış 77 yüksek lisans tez çalışması bulunmaktadır. Bu çalışmaların 16'sı sağlık kurumları yönetimi bölümüne, 28'i hukuk fakültesine, 5'i hemşirelik bölümüne, 2'si diş hekimliği bölümüne ait ve 26'sı adli tıp bölümü tıpta uzmanlık tez çalışmasıdır. Ayrıca 2015-2020 yılları arasında ulusal ve uluslararası dergilerde malpraktis konusu ile alakalı 1130 makale yazılmıştır.

Tarih boyunca doktorlar malpraktis davası korkusu yaşadığı için hastaları, yaptıkları işlemler konusunda bilgilendirmeye özen göstermişlerdir. Bu bilgilendirme hastanın veya hasta yakınının yapılacak olan tıbbi işlemi, komplikasyonları dahil anlayabileceği şekilde olmalıdır. Aydınlatılmış onam alınmadan yapılan tıbbi girişimler günümüzde malpraktis davasının hukuki temelini kolaylıkla oluşturmaktadır. Bu nedenle hastanın rızası olmadan herhangi bir tıbbi girişim yapılmamalıdır.

Malpraktis davaları, doktorlar ve sağlık çalışanları için bir endişe konusu haline gelmiştir. Malpraktis iddiaları, kaygı, öfke, utanç, çalışma süresi kaybı ve olumsuz mesleki sicil kaybı gibi psikolojik ve sosyal sorunlara neden olmaktadır. Ayrıca günümüzde defansif tıp kavramının ortaya çıkması ve koşullarının tartışılmasının ana sebebi malpraktis için açılan yüzlerce davadır. Çoğu zaman sağlık çalışanları, tıbbi

uygulama hatası sonrasında güvensizlik duygusu nedeniyle kaygı, gerginlik, depresyon ve sosyal izolasyon yaşamakta ve bu durum onların olağan mesleki faaliyetlerine geri dönmelerini ve diğer hastalara hizmet vermelerini zorlaştırmaktadır (Tunç ve Özen, 2015). Malpraktis endişesi yüksek riskli hastalara daha az hizmet verme, hastaları tedavi etmek için ihtiyaç veya gerekenden fazla kriter koyma, diğer branş doktorları ile gereğinden çok konsültasyon yapma gibi savunma düzenekleri geliştirme davranışlarına neden olmaktadır. Dolayısıyla tıbbi kötü uygulama endişesi kaynaklı sorunlar, gereksiz iş yükünde artış sonucunu doğurmakta, sunulan hizmetin kalitesini düşürmekte, sağlık çalışanları ile birlikte hizmet alanları da olumsuz şekilde etkilemektedir.

Malpraktis nedeniyle hastalarında artan memnuniyetsizlikleri ve iddiaları vardır. Farklı ülkelerde malpraktis nedeniyle artan iddialara ilişkin uluslararası raporlar, tıbbi hataların sayısının dünyada artan bir trend çizdiğini göstermekte olsa da (Çakmak ve ark., 2018) herhangi bir tedavi sırasında ortaya çıkan komplikasyonların, malpraktis olmayıp, izin verilen risk kapsamında değerlendirilebileceği unutulmamalıdır. Elbette uygulama öncesi bahse konu komplikasyonlar ve riskler hakkında hastaların bilgilendirilmiş olması gerekmektedir.

Tıbbi hataları önlemenin önemi günümüzde giderek artmaktadır. Öyle ki; sunulan sağlık hizmetinin kalitesi, uygun zamanda, uygun nitelikli kişi tarafından, verimli kaynak kullanılarak hatasız sağlık hizmeti sunulması ile doğru orantılı değerlendirilmektedir. Hiçbir kurum veya sistem bir yanlış uygulamaya karşı mutlak güvenli olamaz ve hiçbir meslek tamamen hatasız bulunamaz. Diğer sistemlerde olduğu gibi tıbbi bakım sistemlerinde de hata oluşması kaçınılmazdır. Bu nedenle, hekimlerin ve tıbbi bakım personelinin en iyi şekilde çalışmasına rağmen, bu tür hata ve yanlış uygulama olasılığı her zaman vardır. Bu sebeple; malpraktis ile karşılaşan hasta ve yakınları, hukuki yollara başvurma hakkına sahiptirler.

Yapılan bu çalışmada ortaya çıkan malpraktis türlerinin görülme sıklığı, kurumlar arası dağılımı, açılan davalar ve dava sonuçlarının sağlık idarecilerine ışık tutması hedeflenmektedir.

Bu çalışmada, hastaların veya hasta yakınlarının mağduriyetleri sonucunda, sağlık çalışanlarına ve kurumlara açtıkları davalar; yer, zaman, neden, sonuç olarak

incelenmiştir. Bu konu sağlık hizmeti alan ve alacak olan tüm bireyleri ilgilendirmektedir. Tıbbi müdahalelerin ve hasta mağduriyetlerinin hukuka uygunluğu, yargı kararlarının nedenleri ve sonuçlarının incelenmesi ile hem sağlık yöneticilerine hem de sağlık çalışanlarına ders çıkarma imkânı sunulması, bu yolla malpraktis davalarında azalma hedefi gözetilmiştir.

Bu çalışma; açılmış olan ‘Malpraktis’ dava dosyalarının sağlık yönetimi açısından değerlendirilerek, dava dosyalarındaki malpraktis vakalarının branşlara, malpraktis türüne, kuruma, olayın yaşanıldığı yere, açılan davanın türüne ve davanın sonucuna göre incelenerek, yapılan hataların sebeplerinin ve sonuçlarının ortaya konulması, sağlık yöneticilerine önlem alınması için önerilerde bulunulması amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TIBBİ MÜDEHALE VE HATALI TIBBİ MÜDEHALE KAVRAMLARI

2.1.1. Tıbbi Müdahale Kavramı

Tıbbî müdahale; insanların hayatını ve sağlığını fiziksel veya ruhsal olarak tehdit eden birtakım hastalıkların teşhis ve tedavisi veya henüz kendini göstermeyen ancak göstermesi muhtemel olan hastalıkların önlenmesi; hastalığın tedavisinin mümkün olmadığı durumlarda ise hastalığı hafifletmek, ilerlemesini ve daha kötüye gitmesini önlenmektir (Kahraman, 2016).

Tıbbi müdahale kişinin sağlığını korumak, hastanın acısını dindirmek veya hastalığı teşhis etmek için yapılabilmekte, kişinin sağlığı ile ilgili olarak sağlık çalışanı tarafından gerçekleşen tüm eylemleri kapsamaktadır. Bireyin mevcut olan sağlık probleminin önlenmesi, problemin giderilmesi, cerrahi operasyonlar, organ nakli ve kan testlerine kadar tüm işlemleri içerir.

2.1.2. Hatalı Tıbbi Müdahale Kavramı (Malpraktis)

Dünya Tabipler Birliği'nin yaptığı 44. Genel Kurulu'nda kabul edilen bildirgesine göre; malpraktis (tıbbi uygulama hataları) “*hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastayı tedavi etmemesi ile oluşan zarar*” olarak tanımlanmış; tıbbi tedavi esnasında öngörülen ve istenmeyen etkilerden (komplikasyon) ayırt edilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Sayek, 1998).

Malpraktis, sağlık çalışanının hastasına karşı sorumluluğunu yerine getirirken uygun düzeyde beceri veya özen göstermemesi veya kabul edilen tıbbi uygulamalara uygun hareket etmemesi durumunda ortaya çıkar (Yördem, 2019).

Malpraktis birçok şekilde ortaya çıkabilir. Hastalığın erken teşhis edilememesi, ihmaller, idarenin yönetim kusurları, hastaları kendilerine yapılacak olan işlem konusunda eksik bilgilendirme yapmak veyahut bilgilendirmemek, cihaz problemleri, cerrahi müdahale sırasında meydana gelen problemler gibi nedenlerle meydana gelebileceği gibi sağlık çalışanlarının uykusuzluk, yorgunluk, tecrübesizlik, idari baskılar, dikkatsizlik gibi nedenleri ile de ortaya çıkmaktadır.

Anayasanın 17. Maddesinin 1. Fıkrasında; “*Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz*” hükmüne yer verilerek, kişinin maddi, bedensel ve ruhsal değerlerinden oluşan tüm kişisel hakları teminat altına alınmıştır.

Çoğu zaman hekimler, malpraktis sonrasında güvensizlik duygusu nedeniyle kaygı, gerginlik, depresyon ve sosyal izolasyon yaşamakta ve bu durum onların olağan mesleki faaliyetlerine geri dönmelerini ve diğer hastalara daha iyi hizmet vermelerini zorlaştırmaktadır. Bazı durumlarda, hastaların tarama projelerinde değişiklik yapma, yüksek riskli hastalara daha az hizmet verme, hastaları kabul etmek için belirli kriterleri dikkate alma, diğer doktorlarla iş birliği ile çok sayıda danışma seansı yapma gibi davranışlar göstererek defansif tıba yönelmektedirler. Dolayısıyla Malpraktisten kaynaklanan sıkıntılar hem hastaları hem de sağlık çalışanlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Freedman, 1993).

2019 yılında Antalya Büyükşehir Belediyesinde görev yapan 204 hekime ve 212 hukukçuya 13 sorudan oluşan bir anket yapılmış, katılımcıların %27,36’sı malpraktis kavramını doğru olarak tanımladıkları belirlenmiştir (Dedeoğlu ve ark., 2019).

Türk Tabipleri Birliğinin (TTB) 47. Büyük Kongresinde Hekimlik Meslek Etiği Kuralları’ nın 13. Maddesinde malpraktis, hekimliğin kötü uygulanması olarak belirtilmiş, madde içeriğinde ise bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle hastanın zarar görmesi şeklinde açıklama yapılmıştır.

2.1.3.Malpraktis’in Tarihçesi

Malpraktisin yasal olarak ilk düzenlemesini MÖ 1754 yılında Mezopotamya kralı Hammurabi’nin yaptığı düşünülmekte ve bu kanunlar kısasa kısas hükmünde olup birçok kalemde ağır cezalar bulundurmaktadır (Mason, 2002). Hammurabi Kanunlarının tıbbi hata ile ilgili olan kısmında şu satırlar yer almaktadır.“...*ameliyatta hastanın ölümüne neden olan doktorun ve hastanın gözünü kör eden doktorun parmakları kesilsin...*” (Özkaya, 2008) . Roma Hukukunda da tedavi sorumlusunun hekimde olduğu kabul edilerek, ağır suçlar kapsamında değerlendirilmiştir (Güvel, 2017).

1374 yılındaki Stratton V. Swanlond davasında ilk defa tıbbi kusur ve tıbbi hataya değinilmiştir (Robert, 2011). Dava, İngiltere’de gerçekleşmiş, John Swanlond isimli Londralı bir cerrah, Stratton adlı eli ezilmiş bir hasta ile elindeki problemi düzeltereğine ilişkin belli bir ücret karşılığında sözleşme yapmış, fakat tedavi sonrasında hastanın elinde kalıcı deformiteler meydana gelmiş bu nedenle doktorun sözleşmeyi ihlal ettiği iddiasıyla hasta ve eşi doktora dava açmış, doktor sorumluluktan kaçmaya çalıştıysa da mahkeme, tıbbi hata ve aksiliklerden kaynaklanan vakalarla ilgili temel prensipleri ortaya koymuştur. Mahkeme Başkanı John Cavendish, kararında, “*doktor kendi hatasından dolayı hastaya zarar vermişse sorumludur ama eğer mesleğini özenle uygulamasına rağmen tedavide başarılı olamazsa sorumluluk doğmaz*” şeklinde görüş bildirmiş böylece bu dava, Mahkeme Başkanı olan John Cavendish’in tıbbi kötü uygulamaya dair kriterler belirlemesi açısından önem kazanmıştır (Barlıoğlu, 2018).

İlk Malpraktis davası, 1794’te ABD’de açılmıştır. Bu davada; doktorun, davacının eşini ameliyat ederken ölümüne sebep olacak şekilde saldırgan ve acımasız bir şekilde tedavi ettiği öne sürülmüştür. Dava sonucunda doktora 40 İngiliz sterlini para cezası verilmiştir (Elbüken, 2010).

2.2. Malpraktise Neden Olan Etmenler

Malpraktis, tedavinin yanlış yapılması ya da doğru tedavinin yapılmaması olarak düşünüldüğünde; bu durumun nedenlerinin sorgulanması ve “hasta memnuniyeti” kavramına ağırlık verilerek sağlık sisteminin gözden geçirilip tıbbi hata yapma olasılığını en aza indirmek için önlemler ve iyileştirmeler yapılması gerekmektedir.

Sağlık çalışanlarının yoğun mesai saatleri beraberinde dikkatsizlik, yorgunluk, uykusuzluk gibi fizyolojik sonuçlar doğurmakta ve malpraktise davetiye çıkarmaktadır, bu nedenle önemli malpraktis nedenleri arasında üst sıralarda yer almaktadır. Avrupa Birliği Mahkemesi kararlarına göre; hekimler için günlük 8 saat minimum çalışma süresinin olması, nöbetleri ile beraber günlük 10 saat çalışmaları, her çalışma seti arasında 11 saat istirahat süresinin olması ve kamu yararı için bu sürelerin uygulanması sağlık hizmetlerinin acil ihtiyaçlarındandır (Sütlaş, 2004).

Tıp fakültelerinin sayısının artması ve kontenjanlarının artması ile yetersiz koşullarda yapılan tıp eğitim nedeniyle eğitimin niteliği olumsuz etkilenmektedir. Tıp

eğitimindeki eksiklikler sonucu, malpraktis vakalarının artması beklenen bir sonuçtur. Bu nedenle; hızla değişen ve gelişen tıp eğitimi, üzerinde ciddiyetle durulması gereken bir husustur.

Performansa dayalı ödeme sisteminin ortaya çıkardığı olumsuzluk, vakaların incelenmesi, literatürlerin taranması için harcanması gerekli zamandan vazgeçilip hizmetin niceliğini arttırmaya yönelik çalışma sisteminin gelişmesi ileriki sürelerde malpraktis vakalarının artmasına sebep olacaktır. Hekimlerin hata yapmasına sebep olan koşullar iyileşir ise malpraktis vakalarının sayıları da düşecektir. Bugünkü sistemde çözüm gibi görünen sigorta sistemi, kişilerin zarar görmesini engellememektedir; sadece uğradıkları zararın parasal açıdan giderilmesi için imkân sağlamaktadır. Hekimin hissettiği duygusal travma ve motivasyon kaybının üzerinde durulmamaktadır. Bu durum gösteriyor ki; sigorta primlerinin yükselmesi, kişilerin zararlarının giderilmemesi, hatanın saklanmasına yönelik davranışlar olması sebebiyle olumsuz sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Oysa ki; malpraktisin nedeni belirlenmeli ve bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirmeli, sorunun çözümü için tedbirler alınmalı, malpraktis vakalarına yönelik istatistikler tutulmalı ve analiz sonuçları raporlanmalıdır. Sosyal medya paylaşılan malpraktis haberleri ve abartılan internet yayınları da doktor şikayetlerini özendirici olabilmektedir. Malpraktise neden olan etmenleri sıralayacak olursak, bunlar:

2.2.1. Tedavi Hatası

Tedavi Hatası denilince, akla ilk gelen meslek grubu hekimler olsa da aslında tedavi hatası, hastayla ilgilenen tüm sağlık çalışanlarını kapsamaktadır. Buna bağlı olarak sağlık sektörünün en kalabalık meslek gruplarından olan hemşireler de doktorun planladığı tedavi protokolünü eksiksiz ve doğru olarak hastaya uygulamalıdır. Tedavide yapılan hatalar malpraktis olarak değerlendirilmekte ve hukuki açıdan cezai sorumluluk doğurmaktadır. Yapılan araştırmalar, malpraktis davalarının büyük çoğunluğunun tedavi hatası iddiasıyla açıldığını ortaya koymaktadır.

Tedavi hatasına; dikkatsizlik, acemilik, yorgunluk, deneyimsizlik, hasta dosyasının eksik olması, iletişim eksikliği, tıbbi malzemedeki kaynaklı hatalar, hekimin el yazısının eczane ya da hemşire tarafından yanlış okunması sebebiyle yanlış

doz verme gibi alt bileşenler sebep olmakta ve sonuçta istenmeyen tedavi hataları ortaya çıkmaktadır.

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi 13. Maddesinde hekimin tedavi ile ilgili yükümlülükleri şu şekilde yer almıştır: “*Tabip, ilmî icaplara uygun olarak teşhis koyar ve gereken tedaviyi tatbik eder. Bu faaliyetlerinin mutlak surette şifa ile neticelenmemesinden dolayı, deontoloji bakımından muaheze edilemez*”.

2.2.2. Tanı ve Teşhis Hatası

Tanı, hastanın muayenesi sonrasında yapılan tetkiklerin sonuçlarına göre bulguların değerlendirilip hastanın teşhisinin konulması işlemidir. Tanının konulamaması, geç tanı konulması veya yanlış konulmasına bağlı olarak ortaya çıkan zarar hekim sorumluluğunda olup, bu durum malpraktis olarak değerlendirilmektedir.

Sağlık hukuku mevzuatına göre; hastanın, tıbbin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin ve bakımının yapılmasını isteme hakkı vardır. Doktorun çalıştığı sağlık kurumu, hastalığın teşhisini koymada yeterli ekipmana sahip değilse, hekim hastasını daha uygun bir sağlık kurumuna sevk etmelidir (Aşıcıoğlu ve Demircan, 2015).

2.2.3. İhmal Hatası

Türk Ceza Kanunu'nun 88. Maddesine göre; tıbbi hatanın, kasten veya ihmal nedeniyle gerçekleştirilmesi mümkündür. Örneğin; hastasını kasten tedavi etmekten kaçınarak hastanın, sağlığına zarar gelmesi durumunda hekim kasten yaralama (TCK m.83) veya kasten öldürme davranışı nedeniyle sorumlu olacaktır.

2.2.4. İlaç Hatası

İlaç tedavilerinde yaşanan tıbbi hataların büyük çoğunluğu; ilaç sektöründe tedavi için kullanılan on binin üzerinde ilacın bulunması dolayısıyla doktorların bazen ilaçları yanlış reçete etmesi ve ilaç isimlerini karıştırmaları nedeniyle olmaktadır (Geçim ve Bilge, 2012).

Yanlış ilaç seçimi, hastanın alerji hikayesinin bilinmemesi, uygun olmayan ilaç dozu (özellikle çocuk hastalar), yanlış yoldan ilaç verilmesi, uygunsuz aralıkta ilaç

verilmesi, ilaç/ilaç etkileşimi, ilaç/besin etkileşimi, reçetenin okunmaması ya da ilaç tabelasının okunmaması gibi ilaç hataları malpraktise sebebiyet vermektedir.

2.2.5. Hastadan Yazılı Sözlü Onay Alınmaması (Aydınlatılmış Onam Eksikliği)

Dünyada sağlık hizmetleri 24 saat devam etmesi gerekli hizmetlerdendir. Bu kesintisiz hizmeti 24 saat sunabilmek için sağlık çalışanlarının ve hastaların birbirlerine güven duymaları çok önemlidir. Karşılıklı güven ortamı oluşturulmalıdır ki bunun için hastalara yapılacak her işlem ile ilgili bilgi verilmeli ve onayı alınmalıdır (Gürcan ve Yorulmaz, 2010).

Tıbbi müdahale yapılmadan önce hastanın kendi beden bütünlüğü üzerinde kararını vermesi için hukuka uygun şekilde hastanın rızasının alınması gerekir. Hasta yetişkin ve bilinci yerindeyse hastadan; küçük veya zihinsel engelli ise veli veya vasisinden hem yazılı hem sözlü onam alınmalıdır. Onam öncesi hekim tarafından anlaşılır şekilde konu hakkında bilgilendirme yapılmalıdır. Onam formunun her sayfasının hasta ya da veli ve/veya vasisinin okudum-anladım, tedaviyi ve oluşabilecek komplikasyonları kabul ediyorum şeklinde el yazısı ile doldurulmalı ve imzalanmalıdır (Kurt, 2020).

2.2.6. Yanlış Taraf Cerrahisi ve Cerrahi İşlem Esnasında Hasta Vücudunda Unutulan Materyaller

Cerrahi, bir ekip işidir ve ekipteki herkes doktorundan hemşiresine, anestezi teknisyenine kadar tüm elamanlar aynı dikkati ve özeni göstermek zorundadır. Büyük ve karmaşık cerrahi işlemlerde vücutta yabancı cisimlerin unutulma olasılığı daha yüksek olmakta ve dış tedavilerinde dahi görüldüğü bildirilmektedir (Tunalı ve ark., 2007). cerrahi operasyonlarda bez unutulma sıklığının 1/100 ila 1/5000 arasında olduğu belirtilmektedir (Akyar ve ark., 1996). Yüksek yargı kararları göstermektedir ki vücutta unutulmuş yabancı cisimler malpraktis olarak değerlendirilmektedir (Polat ve Pakiş, 2011).

2.2.7. Dikkatsizlik, Tedbirsizlik, Acemilik, Özen Eksikliği

Hekimin hastasına karşı özen yükümlülüğü vardır buna bağlı olarak hekimin mesleki bilgisi, yeteneği, iş tecrübesi, aldığı eğitimin nitelik ve derecesine göre, hastanın sağlığına olası bir zarar gelmesini önceden öngörebilecek durumda olmalıdır. Hastanın sağlığı ile ilgili tedbirlerde özensizlik malpraktis olarak kabul edilmektedir.

19 Şubat 1960 tarih, 10436 sayılı Resmî Gazete’ de yayınlanan Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ’nin 16. Maddesinde “*Tabip ve dış tabibi, bir kimsenin sıhhi durumu hakkında, ilmî metotları tatbik suretiyle bizzat yaptığı muayene neticesinde edindiği vicdani ve fennî kanaata ve şahsi müşahedesine göre rapor verir*” hükmü yer alır, benzer hususa Türk Tabipler Birliği’nin 2012 yılında yayınladığı “Hekimlik Meslek Etiği Kurallarında Muayenesiz Tedavi Yasağı” başlığı altında 23. Madde de rastlanmaktadır. Bu maddelerde doktorun acil durumlar dışında hastasını muayene etmeden tedavisine başlamamasından bahsedilmektedir (Aşıcıoğlu ve Demircan, 2015). TCK’nın 455. Maddesinde, “*Tedbirsizlik, dikkatsizlik, meslek ve sanatta acemilik, nizam, evamir ve talimata riayetsizlik ile bir kimsenin ölümüne sebebiyet veren şahıs ...*” cezalandırılır denilmektedir (Özmenoğlu ve ark., 2004) . Yine TCK’nın 459. Maddesinde “*Her kim tedbirsizlik veya dikkatsizlik yahut meslek ve sanatta acemilik veya nizam, talimat ve emirlere riayetsizlik neticesi olarak bir şahsa cismen eza verecek veya sıhhatini ihlâl edecek bir zarar iras eder yahut aklı melekelerinde teşevvüş husulüne sebebiyet verirse ... cezalandırılır*” hükmü yer almaktadır (Ersoy, 2004).

2.2.8. Kural ve Yönetmeliklere Uymamak

Hekim hastasına karşı hukuki anlamda sorumludur. Mezopotamya döneminde Hammurabi Kanunları ve bu kanunlara uymayan hekim kazandırıldı hükmü vardı, günümüzde de tıbbi hatanın hukuki yoldan mahkemeler yoluyla işletilmesi açısından gereken temel yasal düzenlemeler bulunmaktadır ancak bu yasaların kanun tasarı taslağı 21.07.2020 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi’ne sunulmuş fakat henüz kabul edilmemiştir. Teklifteki yaklaşım meydana gelen zararın tazmini ve sağlık çalışanlarının ceza alması üzerinedir.

Malpraktis iddiasının ortaya çıktığı durumlarda hekimler; tazminat davası, ceza davası, idari soruşturmalar ve meslek kuruluşları tarafından yürütülen disiplin işlemleri ile karşı karşıya gelmektedirler.

Hukuksal sürecin işleme girmesi için hekimin hastaya karşı kusuru ve zararının olması gereklidir. İdari soruşturmalar ve Meslek kuruluşu tarafından yürütülen disiplin işlemleri için durum farklıdır, hastanın zarar görmesi aranmaksızın mesleki kurallar, iş yeri kuralları, disiplin kuralları, düzeni sağlamak amaçlı verilmektedir.

Ülkemizde hekimlerin ve diğer sağlık personelinin sorumluluklarını belirleyen birçok yasal düzenlemeler bulunmaktadır. Bunlar arasında en önemlilerinden bazıları; “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun”, “Türk Tabipler Birliği Kanunu”, “Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi”, “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği”, “Türk Tabipler Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları”, “Hasta Hakları Yönetmeliği” gelmektedir.

2.2.9. Okunamayan Doktor Yazıları

Tıbbi hatalara neden olan maddelerden biride okunaksız tıbbi kayıtlardır. Yazılan reçetenin eczacı ya da hemşire tarafından yanlış okunması ve buna sebep olarak hastaya yanlış ilaç verilmesi malpraktis türlerinden ilaç hatası grubuna girmektedir ancak artık günümüzde hastanelerin yalın hastane uygulaması kapsamında e-reçete sistemine geçmesi ve bilgisayar ortamında yazılan reçeteler hastalara yanlış ilaç verilmesinin önüne geçmektedir.

2.2.10. Sağlık Çalışanları Arasındaki İletişim Eksikliği

Maslow’un ihtiyaçlar hiyerarşisinde bulunan tüm basamakların özünde olan iletişim; duyguların, düşüncelerin ve bilgilerin karşı tarafa anlaşılabilir şekilde aktarılması, sağlık iletişimi de sağlık bilgisinin, karşı tarafın anlayabileceği ölçüde aktarılmasıdır.

Hekim ile hasta arasındaki iletişim diyaloga kapalıdır, bunun sebebi hekimin kamusal otoritesi ve sağlık probleminin çözümüne ilişkin bilginin sadece onda olmasındandır. Hekime derdini anlatmak isteyen hasta ve zaman sıkıntısı sebebiyle acele eden doktor arasında yaşanan bu kopuk iletişim beraberinde hastalığın tanısının doğru konmamasına, hastanın yararına doğru bilginin alınmamasına ve tedavide

hasta ile iş birliğinin sağlanamamasına ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Hekim hasta arasındaki iletişim kopukluğu beraberinde şiddet olaylarının da artışına neden olmaktadır (Yiğit ve Uğurluoğlu, 2020).

Sağlık kurumlarında çalışan personelin büyük çoğunluğunu hemşireler oluşturmakta dolayısıyla hasta ile en çok iletişimi yine hemşireler kurmaktadır ancak hemşirelerin beden dilini iyi kullanamamaları, gece vardiya sistemi ile çalışmakta olan hemşirelerde işlerinin ortaya çıkardığı yorgunluk, küçük yaşta meslek sahibi olmalarından dolayı mesleki tükenmişlik yaşamaları, ast üst ilişkisi ile meslekte mobing yaşamaları sebebiyle hastalarla iletişim konusunda sorunlar yaşamaktadırlar. Yapılan “Hemşire – Hasta Etkileşimi” isimli araştırma da hemşirelerin hastalarla daha fazla zaman geçirdikleri için olumsuz iletişim yaşama oranını daha yüksek bulmuştur (Yalçın ve Aştı, 2011).

Sağlık çalışanları ile hastalar arasında yaşanan bu iletişim kopukluğunu gidermek için beden dili,hasta hakları konusunda yeterli bilgiye sahip olma,empati kurma,hoşgörülü olma,ilgili ve saygılı olma,karşı tarafa fırsat tanıma gibi yöntemleri bilmek ve uygulamak önemlidir (Başol, 2018).

2.2.11. Hijyen ve Sterilizasyon Kurallarına Uyulmaması

Hastaneler hijyen ve sterilizasyon konusunda en hassas davranması gereken kurumlardır, Sağlık kurumlarındaki hijyen eksiklikleri ve buna bağlı olarak oluşan enfeksiyonlar sonucu oluşan zarar kurumun sorumluluğundadır ve bu zarar Türk Borçlar Kanununun 71. Maddesinde yazılan tehlike sorumluluğu kapsamında değerlendirilmekte yani kurum tehlike sorumluluğundan dolayı sorumlu tutulmaktadır. Organizasyon yükümlülüğüne aykırılık kapsamına dahil olamayan bir durum söz konusu ise, Türk Borçlar Kanununun 66\2. Maddesine göre hastane personeli seçilirken gereken özen ve titizliğin gösterildiğini, hastanenin hijyen ve sterilizasyonu için her türlü denetiminin yapıldığını hastane yönetimi ispat ederse meydana gelen zarardan sorumlu olmaz hükmündedir. Hijyen ve sterilizasyonun bu denli önemli olduğu sağlık kurumlarında uluslararası standartlara uygun yazılı protokoller hazırlanmalı, sağlık çalışanları bu konuda eğitilmelidir (Perçin, 2014). Bu durum hem hasta sağlığı hem çalışan sağlığı açısından hem de enfeksiyonun önlemleri ve kontrolü için oldukça önemlidir. Hastane enfeksiyonlarının ortaya çıkmasının engellenebilmesi

için 25903 sayılı “Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği” ‘nin 1. Maddesi uyarınca hastanelerde enfeksiyon kontrol komitesi ve kurulu oluşturulması gerekmektedir. Bu komite de hastanenin farklı birimlerinden temsilciler yer almalı, enfeksiyonda öncelik taşıyan bölümler saptanarak ve bulgulara göre harekete geçilmeli, izolasyon tedbirleri belirlenmeli, sterilizasyon, antisepsi ve dezenfeksiyon işlemlerinin ilkelerini belirlemeli ve standartlara uygun kullanımını denetlemelidir.

Sağlık çalışanlarının hijyen ve sterilizasyon için kullanması gereken koruyucu bariyerler vardır bunlar: Ellerin yıkanması, eldiven kullanılması, tüm malzemelerin dekontaminasyon, temizlenme ve sterilizasyon veya YDD edilmesi, yaraların temizliğinde veya cerrahi işlem öncesinde cildin hazırlığında antiseptik solüsyonların kullanılması, gerekmektedir, sağlık çalışanı bu konuda kurallara hassasiyetle uymalı kendini ve tedavisini verdiği hastayı enfeksiyondan korumalıdır.

Hasta güvenliğini tehdit eden önemli faktörlerin başında sağlık çalışanlarının el hijyen kurallarına uyup uymaması gelmekte ve sağlık çalışanlarından el yıkamada beş endikasyon kuralına uymaları beklenmektedir. Bu kurallar:

* Hasta temasından önce

* Aseptik işten önce

* Vücut sıvısına maruz kalma riskinden sonra

* Hasta temasından sonra

* Hasta ortamıyla temastan sonra şeklinde isimlendirilebilir. Sağlık kurumu açısında el temizliği hususu kurumsal bir öncelik haline getirilmelidir. Alkol bazlı el sterilizasyon ürünleri yasal uygulamalara uygun olmalıdır.

2.2.12. Nitelikli ve Yeterli Sayıda Çalışanın Bulunmaması

Sağlık hizmetlerinin kaliteli bir şekilde yürütülebilmesi için yapılması gerekenlerden birisi de nitelikli ve yeterli sayıda personelin bulundurulmasıdır. Yeni mezun deneyimsiz sağlık çalışanları uyum ve adaptasyon eğitiminden sonra işe başlatılmalı ve sürekli hizmet içi eğitimlerle desteklenmelidir. Ayrıca düzenli aralıklarla denetlenmelidir. Aksi takdirde hatalar kaçınılmaz olmaktadır.

2.2.13. Uzun ve Yoğun Mesai Saatleri (Yorgunluk)

Hastaneler 7 gün 24 saat hizmet veren kuruluşlardır. Sağlık sektöründe vardiyalı çalışma sistemi vardır. Bu sistemin nedeni, kesintisiz hizmet vermek, aşırı yığılmaların önüne geçmektir. Uzun ve yoğun çalışma saatleri, çalışanların dengesiz beslenmesine, uyku bozukluğuna ve fiziksel, ruhsal sorunlarına yol açmaktadır. Bu yoğun performans, işin kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durumda dikkat eksikliği, konsantrasyon problemi, iletişim kopuklukları sonucunda en çok olumsuz etkiyi hasta ve hasta yakınları görmektedir (Şahinöz ve ark., 2021).

2019 TÜİK verilerine göre Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel sektörde çalışan 160.810 hekim bulunmaktadır. Hekim başına düşen hasta sayısı 517'dir. Hekim başına düşen toplam müracaat sayısı 5055'dir (TÜİK, 2021). Bu veriler doktorların mesai saatleri içerisindeki yoğunluğu net olarak göstermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) bir hastaya en az 20 dakika ayrılması gerektiğini öngörüyor (Yardım ve Eser, 2017). OECD ülkeleri arasında doktor sayısı düşük ülkeler arasındayız, fakat hasta sayısının oldukça yüksek olması, bundan dolayı 20 dakika olması gereken muayene sürelerinin 2-3 dakikaya indirilmek zorunda kalınması doktor açısından da hastası açısından da sıkıntılara yol açabilmekte, buna bağlı olarak da tanı hatası, tedavi eksikliği, özen eksikliği gibi malpraktis durumları ile karşılaşabilmektedir. ABD'de malpraktis geçmişli olan hekimlerin muayene sürelerinin diğer hekimlerden daha kısa olduğu belirtilmiştir (Yardım ve Eser, 2017).

2.2.14. Tıbbi Cihazlardaki Arıza veya Kalibrasyonunun Yapılmaması

Sağlık kurumunda güvenilir şekilde sağlık hizmetinin alınabilmesi için tıbbi cihazların düzenli kontrol edilmesi ve kalibrasyonlarının yapılması son derece önemlidir. Örneğin; tıbbi laboratuvarlarda kullanılan analizörlerin tahlillerinin sonuçlarını doğru olarak vermesi hastalara koyulan teşhisin doğru ve güvenilir olması açısından çok önemlidir. Bu nedenle Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun Resmî Gazete' de yayınlanan yönetmeliğine göre hastaların, kullanıcıların ve üçüncü şahısların sağlık ve güvenliği açısından ortaya çıkabilecek tehlikelere karşı korunmalarını sağlamak için tıbbi cihazlarda yapılması gereken test, kontrol ve kalibrasyon hizmeti ile ilgili usul ve esasları düzenlemiştir (Resmî Gazete 2015).

2.2.15. Tıp Eğitimindeki Yetersizlikler

Tıp fakültelerindeki fiziksel şartların ve akademik kadronun dikkate alınmadan tıp fakültelerinin ve buna bağlı olarak kontenjanların artması beraberinde amfilerde, klinik stajlarda öğrenci yoğunluğuna sebep olmakla beraber niteliksiz hekimlerin sağlık sektöründe yerini alması halk sağlığını doğrudan etkilemektedir.

Ankara Tabip Odası ve TTB eski başkanlarından Uzman Doktor Beyazıt İlhan da bu endişeyi paylaşarak "*Sadece siz değil, hekimler de ileride yaşlandıklarında kendilerine nasıl bir hekimin bakacağı konusunda kaygılılar*" şeklinde bir röportaj vermiştir (Solaker, 2021).

Malpraktis nedeniyle meydana gelen zararın en aza indirgenmesinde, doktorları hata yapmaya sevk eden koşulların iyileştirilmesi gerekmekte ancak tıbbi hataların önlenmesine yönelik tedbirlerin alınmasının yerine “zorunlu hekim mesleki sorumluluk sigortasının sunulması, konunun çözümünden uzaktır. Bu sigorta sistemi kişilerin karşılaştıkları zararın parasal olarak ödenmesine yarar sağlamakla birlikte hekimin cezai sorumluluğunu göz ardı edilmekte ve sebepten ziyade sonuca yöneliktir.

2.3. Sistemsel Hatalar

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde; sağlık kuruluşlarının tıbbi donanım ve personel konusunda sahip olmaları gereken hususları belirtilmiştir. Yönetmelikte tıbbi hizmetler, ameliyathane hizmetleri, eczane hizmetleri, hastane konseyi, yönetim hizmetleri, hasta kabul hizmetleri, mutfak ve beslenme hizmetleri gibi sağlık kurumuna ait olması ve yapılması gereken tüm hususlar belirtilmektedir.

Sağlık kurumlarına ait yönetmelik bulunmasına rağmen hastanelerde uygulanan tıbbi müdahale işlemlerinin organizasyon ve idaresinden hastane yönetimi sorumludur. Hastane yönetimi organizasyondan, personel seçiminden, çalışan personelin eğitiminden, denetiminden, hastaneye alınacak tıbbi cihaz ve sarf malzemedan ve birçok birimden sorumludur, bu alanlar birbiri ile koordineli çalışmakta, birinde çıkabilecek bir problem diğerlerini de etkilemektedir, örneğin “Tıbbi Cihaz Yönetmelikleri” hükümlerine uygun olmayan tıbbi cihazların kullanılması nedeniyle oluşacak malpraktis idari malpraktis olarak değerlendirilecektir. malpraktisin fazla olduğu durumlarda hizmetin kötü işletilmesi

veya gerektiği gibi işletilmemesinden kaynaklı yönetim zafiyeti olduğu unutulmamaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerdeki çalışanlara, performansa dayalı ek ödeme yapılması fikrine yer verilmiştir. Programın amacı sağlık çalışanlarına performansları ölçüsünde ek ödeme yaparak çalışanları motive etmektir (T.C. Sağlık Bakanlığı Faaliyet raporu, 2011). Korku ve arkadaşlarının 2019 yılında, PDEÖS sisteminin hastane hizmet kalitesine etkisini ölçmek için yaptıkları 32 soruluk anket çalışmasında katılımcıların çoğunluğunun, (% 63,7) gereksiz yatışların, (% 56,0) gereksiz tetkiklerin” arttığı ve (% 61,5) hasta başına düşen muayene süresinin ise azaldığı görüşüne katılmıştır. Katılımcıların yarıya yakını ise (% 49,7) endikasyonsuz müdahalelerin ve (% 46,7) etik dışı uygulamaların arttığı görüşünü paylaşmıştır (Korku ve Kaya, 2019) . Muayene sürelerinin azalması beraberinde tanı, teşhis, tedavi, iletişim hatalarının zeminini hazırlamakta olup etik dışı uygulamaların artması da “ sağlık çalışanlarının sorumluluklarını yerine getirememesine, tedavisi güç olan hastaların tedavileri ile ilgilenemeyip başka bir kuruma sevk edilmesine, hastayı muayene etmeden ilaç yazılmasına, yardımcı sağlık personeli ya da hasta ile eksik ve hatalı iletişim kurulmasına gibi sebepler sıralanabilir (Bilgin ve Küçükazar, 2018).

2.4. Tıbbî Müdahalede Ceza Sorumluluğu

* Kişiye tıbbî müdahalede bulunulmadan önce rızası almamaktan dolayı cezaî sorumluluk

* Yetkisiz kişi tarafından tıbbî müdahalenin gerçekleştirilmesi halinde cezaî sorumluluk

* Tıp bilimine aykırı olarak gerçekleştirilen tıbbî müdahale dolayısıyla cezaî sorumluluk

* Tedavi amaçlı deneme ve cezaî sorumluluk

Anayasa'nın 129. Maddesinde “memurlar ve diğer kamu görevlilerinin yetkilerini kullanırken işledikleri kusurlardan doğan tazminat davaları, kendilerine rücu edilmek kaydıyla ve kanunun gösterdiği şekil ve şartlara uygun olarak, ancak idare aleyhine açılabilir” hükümleri yer almaktadır. Hasta ile özel sağlık kuruluşu

arasında hizmet sözleşmesi vardır, meydana gelen zararlardan, özel hukuk çerçevesinde özel sağlık kuruluşu sorumludur.

2.5. Hekimin Mesleki Hatalarında Bilirkişilik

Hastada istenmeden zarar meydana geldiği zaman, bu zararın tıbbi bir müdahale kaynaklı mı yoksa değil mi? müdahale kusurlu mu değil mi? tespitini yapma bilirkişilik kuruluşlarının görevidir. Bilirkişilik kuruluşları konuyla ilgili karar verirken olayla ilgisi olan kişilerin ifadeleri, sağlık kurumunun kayıt altına aldığı dokümanlar, hastanın radyoloji ve laboratuvar sonuçları, varsa otopsi bulgularını dikkate almaktadırlar.

Malpraktis, ilçelerde İlçe Disiplin Kurulları, illerde ise İl Disiplin Kurulu, etik davranış kapsamında mesleki denetleme kurumu olarak Tabip Odaları, Onur Kurulları ve Türk Tabipleri Birliği Yüksek Onur Kurulunda gündeme alınmaktadır.

Hukuki açıdan bakıldığında ceza ve tazminat yönünden yapılacak incelemelerde, Yüksek Sağlık Şûrası, Tabip Odaları, Üniversiteler, Resmi Bilirkişi Kurumları, Adli Tıp Kurumu kararlarını esas alınarak çalışılmaktadır. Sağlık Bakanlığı içinde bulunan Yüksek Sağlık Şûrası, hekimlerin mesleki uygulamalarına yönelik kusur ve durumlarını belirlemeye yetkilidir (Polat ve Pakiş, 2011).

2.6.Hastalar Hangi Durumlarda Dava Açabilir

- * Tanı ve teşhiste yetersiz kalındığında veya yanlış karar verildiğinde
- * İlaçların yan etkileri ve yapılacak girişimler hakkında bilgilendirilmede bulunulmadığında,
- * Bilgilerin ve belgelerin kayıt altına alınmadığında,
- * Hatalı araç ve yöntem seçildiğinde,
- * İç organ yaralanmalarında,
- * Sterilizasyonda yetersiz kalındığında,
- * Tıbbi belgelerin, grafiklerin kaybında,
- * Postoperatif enfeksiyon ihtimalinin erken dönemde düşünülmediğinde,
- * Tedavide uygun antibiyotikler verilmediğinde,

- * Hastaya ait sırlar açıklandığında,
- * Hastaneler arası tedavide hastayı geciktirerek, hastanın zaman kaybına yol açıldığında,
- * Acil olarak gelen hastaya bakılmadığında,
- * Komplikasyon tanımlanamadığında,
- * Gerekli tedavinin yapılmasında gecikildiğinde,

Eğer hasta özel bir sağlık kuruluşuna gitmiş ise doktor ile arasındaki sözleşme “tedavi sözleşmesi” veya “hekimlik sözleşmesi”dir. Bu sözleşmeye göre doktor, tıbbi müdahalede bulunmak; hasta da bu tıbbi müdahale karşılığında ücret ödeme yükümlülüğü altına girmektedir (Arslan, 2020) . Estetik amaçlı yapılan işlemlerde doktor ile hastası arasında eser sözleşmesi hükümleri uygulanır (Seçer, 2013). Bu sözleşmede hekimin iş görmesi değil hekimin bir eseri meydana getirmesi önemlidir. Bu durum dişçilik, plastik cerrahi, el cerrahisi ve ortopedi de görülmekte ve sorumluluk TBK ‘nın 470 Maddesi hükümlerine göre tespit edilmektedir.

Hasta kamu hastanesine gidiyor ise hasta ile hastane arasında bir sözleşme ilişkisi kurulmaz. Kamu çalışanı olarak hastanın tedavisini üstlenen hekim ile hasta arasında da doğrudan bir ilişki yoktur. Burada hasta açısından “kamu hizmetinden yararlanma” söz konusudur. Hizmet kusuru sebebiyle hizmet aldığı kamu hastanesinin bağlı bulunduğu devlet kurumuna karşı dava açabilir. Çünkü bu hastanelerde çalışanlar kamu görevlisi olduklarından Anayasa’nın 129/5. Maddesi gereği yalnızca ilgili kamu kuruluşuna karşı dava açılabilir (Yılmazoğlu ve Perdecioğlu, 1982).

2.7. Aydınlatılmış Onam

Sağlık hizmetleri 24 saat devam etmesi şart olan hizmetlerdendir. Bu hizmeti kesintiye uğramadan sunmak için karşılıklı güven ortamı oluşturulması çok önemli olmaktadır. Bunun için hastalara yapılacak her işlem bizzat işlemi yapacak doktor tarafından yazılı ve sözlü olarak alınıp hasta tarafından imzalatılmalıdır. Doktorun bu aydınlatmayı bizzat kendisinin yapamayacağı zorunlu durumlarda bu görevi başka bir doktora bırakabilir ancak yardımcı sağlık personeline bırakamaz, aydınlatmayı bıraktığı diğer doktor işlemi yapan doktorla aynı derecede sorumlu olacaktır.

Alınan onamın bir nüshası mutlaka hastaya verilmeli ve bir nüshası da hastanın dosyasına koyulmalıdır. Hastayı aydınlatmak aslında hastanın kendi kaderini tayin etme hakkını kullanmasına izin vermektir, iyi bir aydınlatılmış onam içerisinde olması gereken maddeler aşağıda sıralanmıştır:

* Hastanın sağlığına dair mevcut durumun ne olduğu ve doktorun hastaya koyduğu tanı,

* Doktorun hastaya önerdiği tedavinin türü, tedavinin başarı şansı ve süresi,

* Hastanın tedavisini kimin, nerede, ne zaman ve nasıl gerçekleştireceği,

* Hastanın tedavisinde ortaya çıkabilecek olası riskler ve belirsizlikler,

*Tedaviye alternatif olabilecek seçenekler ile tedavinin avantaj ve dezavantajları,

*Hastanın tedavisini geciktirmesi veya reddetmesi durumunda karşılaşılabilecek tablo,

* Tedavide kullanılacak ilaçların yan etkileridir.

Yukarıdaki maddeleri içeren bir aydınlatma, tıbbi ve hukuki anlamda başarılı bir aydınlatma olarak kabul edilebilir ve hastanın özgür iradesi ile verdiği bu karar kendi geleceğini belirlemesine yardımcı olacaktır. Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 18/6'ya göre; "*Bilgilendirme uygun ortamda ve hastanın mahremiyeti korunarak yapılır*" maddesine istinaden aydınlatma işleminin yapılacağı yer kişinin mahremiyetini ve kişilik haklarını ihlal etmeyecek şekilde belirlenmelidir.

Standart formlar şeklinde yapılan aydınlatma metinleri her hastanın farklı özelliklerine bağlı gelişebilecek durumları ayrıntılı açıklamadığından çoğu kez mahkemeler tarafından yetersiz aydınlatma olarak kabul edilebilmektedir. Bu nedenle standart formlardan kaçınılıp hastanın özgeçmiş, fiziksel sorunlar ve ek hastalıklarını da içerecek hasta özel aydınlatma formlarının kullanılması önemli bir husustur.

Hastanın rızasının alınamayacağı acil bir durum söz konusu olduğunda, hastanın bilinci kapalı ve yakınlarına da ulaşamadığında hekimin tedavi yükümlülüğünden doğan bir işlem ehliyeti olan *varsayılan rıza* kavramı devreye girer (Özel ve Özcan, 2007). Varsayılan rıza hastanın bilinci yerinde olsaydı bu işleme rıza verirdi

denilebilecek bir olgudur. Böyle bir durumda hekim hayat kurtarmaya ve hayati organları kurtarmaya yönelik gerekli tıbbi müdahaleleri gerçekleştirir.

Hasta yakınları, hastanın hayati tehlikesinin varlığı halinde dahi çeşitli sebeplerden dolayı tıbbi müdahaleye engel olabilir. Bu gibi durumlarda hekimler tarafından hastanın yaşam hakkının korumak amacıyla mahkeme kararı alınması için gerekli hukuki süreç başlatılabilir.

2.8. Tıbbi Hatalara Yönelik Yaklaşımlar

Kişi kaynaklı ve Sistem kaynaklı hatalar olmak üzere iki grupta incelenir (Reason, 2000).

2.8.1. Kişi Kaynaklı Yaklaşım

Sağlık sisteminde hasta ile iletişimde bulunan sağlık çalışanının hareketlerine dönük olarak çalışan bir yaklaşımdır. Hataların önüne geçmek için özellikle bireylerin davranışlarına odaklanır. Bu yaklaşımda; ceza, disiplin suçu, utandırma, dava tehdidi gibi disiplin önlemleri vardır ve ” *kötü işler kötü kişiler tarafından yapılır*“ mantığı hakimdir (Reason, 2000).

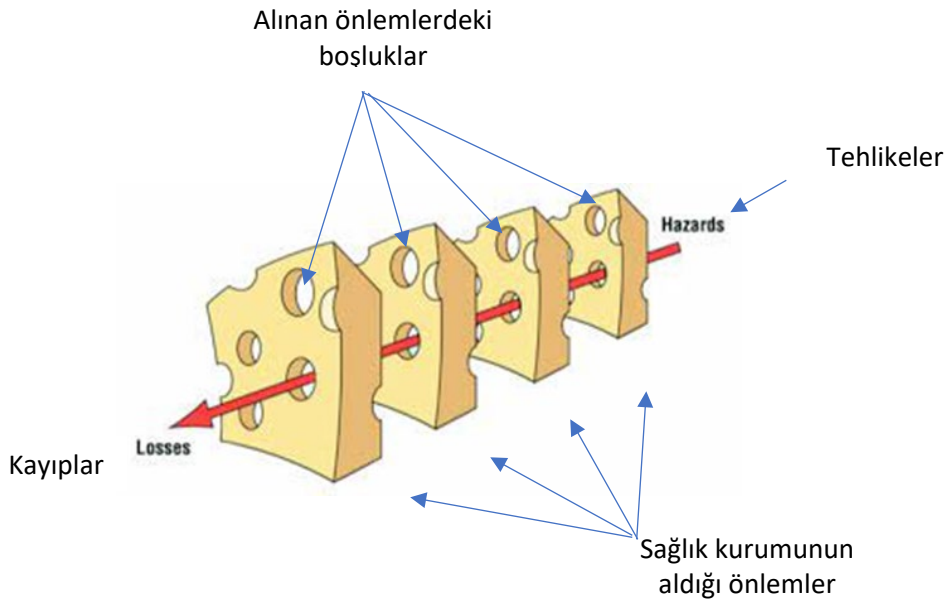
2.8.2. Sistem Kaynaklı Yaklaşım

Sistem kaynaklı yaklaşım, kişiye değil sistemi düzeltmeye yönelik bir yaklaşımdır. Hataların kişilerden ziyade sistem kökenli olduğunu kabul edip ve tıbbi bir hata meydana geldiği zaman suçlunun kim olduğuna değil, hatanın nasıl, niçin oluştuğunu tespit eder.

Malpraktisin ortaya çıkmasında birçok neden olduğu için basit bir çözümü bulunmamaktadır. Sistem kaynaklı yaklaşımın savunucuları, sistemin her aşamasında hataları asgariye indirecek bir tasarımın gerekli olduğunu savunmaktadırlar (Leape, 1994). Bu tasarım sistemin her aşamasında kişinin hata yapmasını önleyecek şekilde hazırlanmış bir tasarımdır. Sistem kaynaklı yaklaşıma göre; savunma, engeller ve güvenlik önlemleri malpraktisin önlenmesinde temel unsurdur. Bu unsurlar sistemin her bir katmanını oluşturmakta ve katmandaki boşluklar bir dilim İsviçre peynirindeki delikler gibi savunma açıkları içermektedir.

İsviçre Peyniri Model’inde görülen her bir peynir dilimi, sağlık sisteminin hata yapmasını engelleyen bariyerlerdir, malpraktisi önleyici önlemlerde denilebilir. Bu peynir dilimleri; sağlık sisteminin politikasını, sağlık çalışanın eğitimini, güvenliği, tedavi protokollerini ve benzeri önlemleri temsil etmektedir. Üzerindeki delikler ise alınan önlemlerin boşluklarını, eksiklikleri, aksaklıkları göstermektedir (Reason, 1995). Örnek olarak ; doktorun verdiği order’ın hemşire tarafından yanlış okunması ve hastaya bu sebepten ötürü yanlış ilaç uygulaması sonucu hastanın zarar görmesi peynirin dilimindeki boşlukları ifade etmektedir. Sağlık sisteminin aldığı önlemler arttıkça malpraktis oranı azalacaktır. Eğer peynir boşlukları kapatılamaz ise tehlike daha da artarak sistemin kötüye gitmesine sebep olacaktır (Reason, 2000).

Leape ’ye göre; hataların çoğu sistem kaynaklıdır. Sağlık kurumlarında veya diğer hizmet sektöründe sistemin yapılandırılmasına gerek olduğunu (Leape, 1997).



Şekil 1: İsviçre Peyniri Modeli (Reason, 2000)

2.9. Malpraktis ve Komplikasyon Farkı

Komplikasyon izin verilen risk kavramının hukuki karşılığı olup bir hastalığın seyri esnasında ortaya çıkan bozukluk olarak tanımlanabilir (Özgönül, 2010). Hukuki açıdan bakıldığında olayın izin verilen risk olabilmesi için öncelikle dikkat ve özen

yükümlülüğüne aykırı yani taksirli davranmamak, meydana gelebilecek olumsuz sonucu önlemek için gerekli önlemleri almak gereklidir (Unver, 2009). 2014 yılında Amerika Birleşik Devletlerinin Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı'nın raporunda komplikasyon oranı 1990 yılında %9,3 iken bu oran 2012 yılında 83,6 olduğu belirtilmiştir (Üzün ve ark., 2016). Mortaliteye ve Morbidite olmasına sebep olan komplikasyon doktor, hasta ve sağlık kurumu için istenmeyen bir sonuçtur ve tıbbi bakım maliyetlerini de arttırmaktadır (Özdemir ve ark., 2016). İnternete erişim kolaylığı ile hastaların hastalıkları hakkında bilinç düzeyi ne kadar artsa da hastalığı hakkında yorum yapması ya da fikir sunması hiçbir zaman yeterli değildir, teşhis yöntemlerinin gelişmesi komplikasyonların oluşmasında minimum düzeye yardımcı olabilir.

Nitekim Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi 13. Maddede, “*tabip ve dış tabibi, ilmi icaplara uygun olarak teşhis koyar ve gereken tedaviyi tatbik eder. Bu faaliyetlerinin mutlak surette şifa ile neticelenmemesinden dolayı, deontoloji bakımından muaheze edilemez*” denilmekte ve ifadeden anlaşıldığı üzere; teşhis, tedavi veya korunma amacı olmaksızın yapılacak tıbbi müdahaleler yasaklanmıştır (Pakel, 2019).

Adli Yargıya gelen bir dosyanın komplikasyonmu malpraktismi olduğu tıbbi bilirkişi tarafından tespit edilmektedir, bilirkişi çoğu zaman Adli Tıp Kurumu'dur fakat bazı hallerde konu ile ilgili branşların öğretim üyelerinde bilirkişi olarak görev verilmektedir. Yargıtay'ın bir kararında, “*...Hekim, tedavisini ya da ameliyatını deruhte ettiği hastayı yüzde yüz iyileştirme yükümlülüğü altında değildir. Bütün sorun, hekimin “tıp kural ve gereklerine” uygun davranıp davranmadığı yönünü tespit etmektir. Eğer bir hekim, tıp ilminin öngördüğü ve yapılmasını gerekli kıldığı kurallara ve tıbbi tedavi yöntemlerine uygun hareket etmiş ise artık eylem ve davranışının hukuka aykırılığı iddia edilemeyeceğinden, tedavi ve ameliyat sonucu hasta iyileşmemiş olsa dahi hekimin bundan sorumlu tutulması mümkün değildir...*” denilerek, hekimin kusur sorumluluğu tarif edilmiştir.

2.10. Malpraktis Dosyalarının Hukuki Boyutları

Tıbbi müdahale yetkili sağlık personeli tarafından uygulanan, kişinin ruhsal ve bedensel bütünlüğüne yönelik tedavi amaçlı bir işlemdir (Kahraman, 2016). Tıbbi hata

deyince akla ilk doktorlar gelmektedir ancak tıbbi hata tüm sağlık çalışanlarını kapsamaktadır.

Anayasanın 17.md. 2.fikrasına göre “*tıbbi zorunluluk ve kanunda yazılı haller dışında vücut bütünlüğüne dokunulamaz; hastanın rızası dışında, bilimsel ve tıbbi denek olarak kullanılamaz.*” Hastanın rızasının yerine getirilebilmesi için de adaba, ahlaka ve hukuka uygun olması gerekir. Malpraktisten bahsedilebilmek için bilirkişi ve yetkili kurumlarca uygulanan tıbbi girişimde ortaya çıkan sonucun malpraktis olarak ispatının yapılması gerekmekte olup, maddi ve manevi tazminat davası şeklinde davalar açılabilmektedir (Caymaz ve Demir, 2014).

TCK'nın 22. md. gereği “*Taksirle işlenen filler, kanunun açıkça belirttiği hallerde cezalandırılır. Taksir dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla bir davranışın, suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyerek gerçekleştirilmesidir. Kişinin öngördüğü neticeyi istememesine karşın, neticenin meydana gelmesi halinde bilinçli taksir vardır; bu halde taksirli suçla ilişkin ceza üçte birden yarısına kadar arttırılır*” denilmektedir. Ortaya çıkacak sonucu önceden tahmin ederek gerekeni yapmamak ve sonuçların tahmin edildiği halde bilerek eylemde bulunulmasına kasıt denilmektedir.

2.10.1. Maddi Tazminat Dava Hakkı

Maddi tazminatta ispat yükümlülüğü zararı gören kişiye aittir. Kişinin tazminat talep edebilmesi için sekel mahiyetinde arızasının kalması veya hasta yakınlarının tazminat talep edebilmesi için hastanın ölmesi durumları oluşmalıdır. Ayrıca kişide oluşan zarar sekel bırakmasa dahi tedavi süreci ve kişinin iş hayatından kaldığı ve uğradığı maddi zarar açısından da tazminat hakkı doğar.

2.10.2. Manevi Tazminat Dava Hakkı

Manevi tazminat davasında maddi kayba neden olan sebepler dışında hastanın kişisel haklarını ihlal etmek kaydıyla, ruhsal sağlığını etkileyecek, hüznüne ve üzüntüye yol açacak durumlarda bulunulması olarak ifade edilmektedir. Manevi tazminat davasında da ispat yükümlülüğü zararı gören kişiye aittir.

2.10.3. İlliyet, İspat ve Zaman Aşımı Süreleri

İlliyet kavramı genel anlamda kusura sebep olan olay ile kusur arasındaki neden sonuç ilişkisine denir. Sağlık hukuku açısından değerlendirildiğinde bu tanım tazminata sebep olan olay ile kişinin vücudunda meydana gelen sekel durumu arasında illiyet bağı (nedensellik) bağı şeklinde tanımlanabilmektedir. İlliyet bağı davalarında ispat yükümlülüğü zararı gören kişiye aittir.

Türk Borçlar Kanununun 72. Maddesi gereğince “*Tazminat istemi zarar görenin zararını ve tazminat yükümlüsünü öğrendiği tarihten başlayarak 2 yıl ve her halde fiilin başladığı tarihten başlayarak 10 yıl geçmesiyle zaman aşımına uğrar.*”

Türk Borçlar Kanunu Madde göre; güzellik amacıyla yapılan estetik işlemlerde ortaya çıkan malpraktis durumlarında eser sözleşmesi hükümleri uygulanmaktadır, Eser sözleşmesinden kaynaklanan tazminat cezası davalarında, tazminat talepleri beş yıllık zamanaşımına tabidir. Doktorun ağır kusurunun bulunduğu durumlarda ise zamanaşımı süresi yirmi yıldır. Zaman aşımı süresi, zararın öğrenildiği andan itibaren başlayacaktır.

2.11. Hekim Hatalarından Dolayı İdarenin Sorumluluğu

İdarenin hekime karşı mali sorumluluğu bulunmakta buna bağlı olarak Hasta Hakları Yönetmeliğinin 46. Maddesinde “*Kamu görevlisi personelin verdiği zarar, mahkeme kararı üzerine idare tarafından tazmin edildikten sonra, müsebbibi olan sorumlu personele rücu edilir*” şeklinde ifade edilmektedir (Resmi Gazete, 2016). Ortaya çıkan tıbbi hatanın sorumluluğu ilk etapta doktor ve sağlık çalışanları olarak görülse de kurumdan dolayı ortaya çıkan tıbbi hata durumlarına bağlı olarak hukuki açıdan kurumda sorumlu tutulabilmektedir. Bu durumda zararı gören hasta, zararının karşılanması için hekim adına idareye dava açmak zorundadır, dava sonucunda idare tazminat ödemek zorunda kalırsa, hekimden bu zararı tazmin etmek için rücu davası açma hakkına sahiptir. İdarenin diğer bir sorumluluğu da sağlık hizmetinin planlanması, örgütlenmesi, hizmet süreçlerinin kusurlu işlemesinden kaynaklanan zararın giderilmesine yönelik sorumluluktur.

2.11.1. İdarenin Sorumluluğunu Doğuran Hizmet Kusuru

Fransız hukukundan Türk hukukuna giren bir kavram olan “Hizmet kusuru”; kast, ihmal, dikkatsizlik öğelerini içerir ve kamu personelinin kusuruna değil “hizmetin kendisinin” kusurluluk durumuna bakar. Bir başka deyişle, kamu hizmetinin planlanması, organizasyonu, işletilmesindeki aksaklık ve eksiklik durumunda ortaya çıkan kusura denir.

Anayasanın 125.Maddesinin 7.fıkrasına göre “*İdare, kendi eylem ve işlemlerinden doğan zararı ödemekle yükümlüdür*”. Sağlık çalışanı yaptığı tıbbi müdahalede hastaya verdiği zararın sonucunda maddi sorumluluğu bulunduğu yasada belirtilmektedir.

2.11.2. Yanlış Tıbbi Müdahale Nedeniyle Cezai Sorumluluk

Ülkemizde yaşanan malpraktis davalarına yönelik özel bir malpraktis kanunu bulunmamaktadır. Malpraktis uygulamaları ceza kanunlarına göre suç sayılıyorsa cezai yaptırımlar söz konusu olur. TCK’ya göre malpraktise sebep olan doktorun cezai karşılığı para cezası veya hapis cezasıdır.

2.11.2.1. Hekime Karşı Tazminat Davası Hangi Mahkemede Açılır

Kamuya ait sağlık kurumlarında çalışan doktorlar serbest çalışan doktorlar gibi, hastaya karşı gerekli olan tüm tıbbi işlemleri yerine getirmekle yükümlüdür. Malpraktise uğradığını iddia eden hasta veya hasta yakını idare aleyhine dava açacak ise olayın yaşandığı tarihten itibaren beş yıl içerisinde ilgili idareye başvuru yapıp tazminat isteminde bulunabilir, bu istemin reddedilmesi durumunda, işlemin tebliğini izleyen günden itibaren 60 gün içinde cevap verilmemesi halinde bu sürenin bittiği tarihten itibaren idari dava açma süresi 60 gündür (Değdaş, 2018).

Kamuya ait sağlık kuruluşunda çalışan doktorun, hastasına tıbbi uygulama esnasında verdiği zarar halinde görev kusuru söz konusu olur. Anayasa’nın 40/3 hükmüne göre, “*Kişinin resmi görevliler tarafından, haksız işlemler sonucu uğradığı zarar devlet tarafından tazmin edilir*” denilmekte bu nedenle kamuda çalışan personelin yargılanabilmesi için soruşturma izni alınması gerekmektedir. Doktorun kusurunun olduğu idari yargı davalarında kurum, ödemiş olduğu tazminatı doktora rücu davası açabilmektedir.

2.12. Türkiye ve Bazı Ülkelerin Malpraktis açısından Değerlendirilmesi

Türkiye’de malpraktis iddiaları ve davaları basın yoluyla sık sık karşımıza çıkmakta ve bu iddiaların büyük kısmı yargı yoluna gitmektedir. Bu davalarda en çok duyulan söz adaletin yerini bulmadığı olmaktadır. Ülkemizde malpraktis davalarında borçlar hukuku ve ceza hukukunun kuralları geçerli olup özel bir hukuk sisteminin bulunmadığı belirtilmektedir.

Türkiye’ de hekim ve diğer sağlık çalışanının mesleklerini nasıl uygulamaları gerektiği konusunda düzenlemeler ve aksilik yaşamaları halinde yapılacak durum değerlendirmeleri; Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Adli Tıp Kurumu Kanunu, Kan ve Kan Ürünleri Kanunu, Yataklı Tedavi Kurumları, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, Hasta Hakları Yönetmeliği gibi mevzuatla belirtilmiştir.

Ülkemizde Malpraktisten dolayı oluşan zararda, kusura dayalı bir sistem bulunmakta, bu sistemde malpraktiste bulunan kişi ve kurumun sorumluluğu yargılama sonucu belirlenip zarar sigorta aracılığı ile kişiden ya da kurumdan sağlanmaktadır. Malpraktis davalarında sağlık çalışanı kamu görevlisi ise Anayasanın 129. Maddesinin beşinci fıkrasında ifade edildiği gibi “Memurlar ve diğer kamu görevlilerinin yetkilerini kullanırken işledikleri kusurlardan doğan tazminat davaları, kendilerine rücu edilmek kaydıyla ve kanunun gösterdiği şekli ve şartlara uygun olarak, ancak idare aleyhine açılabilir” ve 2577 sayılı İdari Yargılama Usulü Kanununun 13. Maddesinde belirtildiği gibi “idari eylemlerden hakları ihlal edilen ilgililerin, idari eylemleri öğrendikleri tarihten itibaren bir yıl ve herhalde idari eylem tarihinden itibaren beş yıl içinde ilgili idareye başvurarak haklarının yerine getirilmesini istemeleri gerekir” denilmektedir., Bu çerçevede hasta ve yakını yargıya başvurabilmektedir. Ancak davayı kurum aleyhine açabilmektedir. Özel sektörde görev yapan sağlık çalışanının aleyhinde açılacak olan tazminat veya ceza davası ise Borçlar Hukukuna göre Ticaret Mahkemesine açılabilir. İsveç’te ‘Ulusal Sağlık ve Refah Kurulu’ hastalardan, hasta yakınlarından ve sağlık kuruluşlarından gelen şikayetleri dikkate alıp, analizini yapmakta ve şikayetleri karara bağlamaktadır. Kurulun; ihtar, meslekten uzaklaştırma, diplomasını iptal etme gibi yetkileri vardır. Kurula gelen şikâyetlerde en çok ilaç hatalarının olduğu, maddi tazminat açılmış

davaların çoğunun cerrahi branşlarda meydana geldiği tespit edilmiştir. Tüm sağlık kuruluşları çalışanları malpraktise karşı sigortalanmıştır (Kerç ve Akpınar, 2018).

Amerika Birleşik Devletleri'nin istatistiklerine göre; tıbbi hatalara bağlı ölümler, kalp krizine bağlı ölümlerden sonra beşinci sırada yer almaktadır (Ertem ve ark., 2009). Malpraktis davalarında yılda 44.000 ölüm ve 1 milyondan fazla özürlülük olduğu belirtilmektedir. Bu davaların çoğu cerrahi vakalarda, acil serviste gerçekleştiği izlenmekte ve malpraktis hatalarına bakıldığında en çok ilaç hataları olduğu belirtilmektedir (Savaş, 2009).

Almanya'da 1975'den beri Bilirkişi Komisyonları ve Uzlaştırma Bürolarının faaliyet gösterdiği belirtilmektedir: Malpraktis olayları yönlendirmelerden bağımsız objektif biçimde değerlendirilip, hasta ve sağlık çalışanı hem fikir değilse yargı yoluna gidildiği bildirilmektedir. Yargıya başvuran davalarda cerrahi hataların ilk sırayı aldığı bildirilmektedir. Almanya'da Malpraktis de artan vaka sayısı nedeniyle ; Uzlaştırıcı Eyalet Tabip Odaları, uzlaştırma büroları kurulmuş, hekimler ve kurumlar sigortalanmıştır (Güngör ve ark., 2012).

Tabip odaları vakaların hızlı ve yeterli olarak aydınlatılmasına, hasta ile hekimin arasında güven ilişkisi sağlanmasına, doktorun mesleki sorumluluk sigortası ile hastaların zararlarının karşılanmasına yönelik çözümler oluşturmak ve masraflı yargı sürecinden kurtulmak, mahkemelerin yükünü hafifletmek gibi katkılar sağlamaktadır (Yenisey, 2007).

Finlandiya'da sağlık çalışanlarının malpraktise karşı sigorta sistemi uygulaması vardır ismi no-fault Sistem'dir. Bu sistemde, hatayı oluşturan koşulları düzeltmek esastır. Öncelikle ceza yoluna gidilmediği belirtilmektedir. Ulusal Sağlık Sigortası yaptırıp, hastanın ispat edeceği zarar karşılığında hastaya kusursuz sorumluluk sigortası kapsamında ödeme yapılmaktadır (Kerç ve Akpınar, 2018).

İspanya örneği incelendiğinde malpraktis şikayetleri ilk olarak Barselona Tabipler Birliği'ne ulaştığı, burada gerekli hallerde incelemeye alındığı ve dava açıldığı belirtilmektedir. İspanya'da malpraktis davalarının başında plastik cerrahi ameliyat vakaları gelmektedir. Doktorların sigorta zorunluluğu olmadığı belirtilmektedir. 1995-2007 yılları arasında 1899 adet malpraktis davası ile ilgili karar verilip 1986-1991 yılları arasında şikâyet dosyalarının % 232 arttığı belirtilmektedir.

İspanya'nın malpraktis davalarını düzenleyen bir kanunun olmadığı malpraktis sonucu ortaya çıkan tazminatın özel bir sigorta poliçesi tarafından ödendiği belirtilmektedir (Kerç ve Akpınar, 2018).

Japonya'da elli yılda malpraktis nedeniyle açılan dava sayısının 100'ü geçmediği, açılan davalarla kurumsal sigortaların ilgilendiği, sağlık çalışanlarının da kurumsal sigorta kapsamında zararlarının karşılandığı belirtilmektedir. Doktorların sigorta yaptırmasının zorunlu olmadığı Japonya'da, Japon Tıp Birliğinin kendi üyelerine profesyonel sorumluluk sigortası sağladığı belirtilmektedir (Güngör ve ark., 2012).

2.13. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası

Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası, doktorların yaptığı işlemlerde malpraktis olması halinde hasta ve hasta yakınlarının hekime karşı açtığı tazminat (maddi-manevi) cezasının ve yargı giderlerinin poliçesindeki limiti dahilinde karşılanmasıdır. Doktorların yaptırması zorunlu bir sigortadır ve ödenmesi gereken prim, doktorun branşının risk derecesiyle orantılıdır. Risk dereceleri dört grupta toplanır, dördüncü grupta kadın doğum, kalp ve damar cerrahi, genel cerrahi gibi risk değeri en fazla olan branşlar, üçüncü, ikinci ve birinci gruplarda ise risk değeri düşük olana doğru sıralanan branşlar bulunur.

Türkiye'de Zorunlu Mesleki Mali Sorumluluk Sigortası 21 Ocak 2010 tarihinde yürürlüğe giren "*Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanununun 8. Maddesinde "Kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, dış tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbi kötü uygulama nedeniyle kendilerinden talep edilebilecek zararlar ile kurumlarınca kendilerine yapılacak rücular karşı sigorta yaptırmak zorundadır"* hükmü getirilmiştir. Türkiye'de 2020 verilerine göre; 171.259 hekim vardır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü). TTB'ye göre; Zorunlu mesleki mali sigorta zorunlu bir sigorta olduğu için kamuda çalışan hekim, istediği sigorta şirketine sigorta yaptırabilir, primini kendi öder daha sonra yarısını döner sermayeden alır. Özel sektörde çalışan hekimlerin sigorta sözleşmesinin primlerini işveren öder, primin yarısı hekime yansıtılır. Özel muayenehanesi olan hekim ve aile hekimi primlerini

kendisi ödemek zorundadır. Sigortasını yaptırmayan hekimlerin para cezası bulunmaktadır (Türk Tabipler Birliği, 2014).

2.14. Defansif Tıp

1970 yılında ilk kez tanımı yapılmış olan defansif tıp kavramı “*hekimin kendisini dava tehdidine karşı korumak amacıyla tanı ve tedaviye yönelik işlemleri gereksiz kullanması ve malpraktis davası ile sonuçlanma riski yüksek olan faaliyetlerin sorumluluğunu reddetme uygulamalarını içerir*”. Hekimlerin, hastalara yapılması gereken tıbbi uygulamanın gereğinden fazlasını yaparak, daha fazla vizite, daha fazla ilaç, daha fazla takip edip memnuniyetsizliklerinin sebep olabileceği malpraktis şikayetinin önüne geçmesine pozitif defansif tıp denir. Negatif defansif tıp ise riskli ve komplikasyonları yüksek tedavi yöntemlerinden kaçınarak malpraktis riskinin önüne geçmektir.

Dünya Tabipler Birliği “*Marbella Bildirgesi*” (Malpractice bildirgesi) yayınlamış ve ülkelerin tıp birlikleri uyarılarak “*Artan davalar karşısında defansif tıp uygulamalarının dolaylı olmayan sonuçlarının dava konusu olduğunu ve defansif tıp uygulamalarının çeşitli yönleri konusunda tarafların uyarılması*” gerektiğini bildirmiştir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma malpraktis konusunda Yargıtay'a intikal etmiş olan 2015 – 2020 yılları arasındaki 124 dosyanın retrospektif olarak incelendiği tanımlayıcı bir araştırmadır. Dosyalar, www.yargitay.gov.tr adresinden topluma açık olarak paylaşılmıştır. Haziran ayında okunmaya başlanan Yargıtay dosyaları, Eylül ayının sonlarına kadar okunmaya devam etmiştir. İncelenen dava dosyalarından; malpraktis türü, malpraktis yaşanılan yer, malpraktis yaşanılan branş, davacı, davalı, davanın türü, davanın süresi ve davanın sonucu gibi bilgiler süzülerek veriler hazırlanmıştır. Bu bağlamda 1115 dosya taranmış, taranan dosyaların içerisinde konusu malpraktis olan dosyaların tümü değerlendirme kapsamına alınmıştır. Tarama yaparken “malpraktis, tıbbi uygulama hataları, doktor hatası, ilaç hatası” anahtar kelimeleri kullanılarak dosyaların içerisinden 124 dosya incelenmeye alınmıştır. Dosyalardan elde edilen veriler kodlanarak bilgisayarda Excel dosyasına girilmiştir. Girilen verilere 0-5 arası kod verilmiştir. Ardından bilgisayar ortamında istatistik programı kullanılarak tanımlayıcı istatistik ve kategorik verilerin değerlendirilmesi için ki-kare testi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık olarak $p<0,05$ alınmıştır. Veriler herkese açık ortamda paylaşıldığı için kurum ve etik kurul izni alınmamıştır.

Tablo 1. İncelenen Dava Dosyalarının Yıllara Göre Dağılımı

Yıllar	Dosya Sayısı
2015	39
2016	33
2017	14
2018	9
2019	10
2020	19
Toplam	124

4. BULGULAR

2015-2020 yılları arasında Yargıtay'a intikal etmiş olan 124 malpraktis dava dosyasının incelenmesi sonucunda elde ettiğimiz bulgular aşağıda tablolar halinde verilmiştir.

Tablo 2. İncelenen Dava Dosyalarının Sağlık Kurumlarına ve Sektörlere Göre Dağılımı

Sağlık Kurumu	Sayı	%
Özel Hastane	63	50,8
Devlet Hastanesi	48	38,7
Üniversite Hastanesi	8	6,5
Tıp Merkezi	2	1,6
Özel Muayenehane	2	1,6
Bilinmeyen	1	0,8
Toplam	124	100,0
Özel Sektör	73	58,9
Kamu Kurumu	50	40,3
Belirtilmeyen	1	0,8
Toplam	124	100,0

Yukarıdaki tabloda, malpraktis yaşanan yer ile sektör bulguları birleştirilip tek tablo haline getirilmiştir. Malpraktis dava dosyalarının yaklaşık yarısının (% 50,8) özel hastanedeki sağlık çalışanlarına karşı, ikinci sıklıkta ise (% 38,7) devlet hastanesi çalışanlarına karşı açılmış olduğu, ayrıca davaların yarısından fazlasının (% 58,9) özel sektörde çalışan sağlık çalışanlarına karşı açıldığı tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. İncelenen Dava Dosyalarında Tespit Edilen Malpraktis Türlerinin Dağılımı

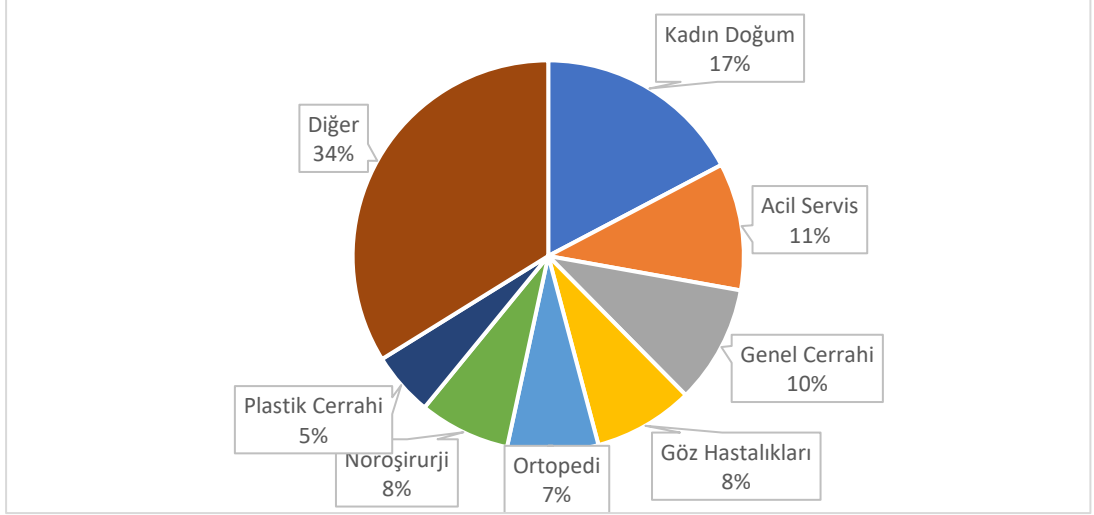
Malpraktis Türleri	Sayı*	%
Tedavi Hatası	83	66,4
İhmal	23	18,4
Teşhis Hatası	14	11,2
Diğer	4	4,0
Toplam	124	100,0

İncelenen dava dosyalarındaki malpraktis türleri dikkate alındığında en sık yapılan tıbbi hatanın tedavi hatası (% 66,4) olduğu bunu; ihmal (% 18,4) ve teşhis hatasının (%11,2) izlediği tespit edilmiştir. Dosyaların incelmesinde görülen diğer malpraktis türleri arasında sırasıyla; ilaç hatası, görevde özen eksikliği, kural ve yönetmeliklere uymamak, mesleki tecrübesizlik, hijyen ve sterilizasyon kurallarına uymamak ve geç müdahale olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. İncelenen Dava Dosyalarının Branşlara Göre Dağılımı

Branşlar	Sayı	%
Kadın Doğum Hastalıkları	23	17,2
Acil Servis	14	10,5
Genel Cerrahi	13	9,7
Göz Hastalıkları	11	8,2
Ortopedi ve Travmatoloji	10	7,5
Nöroşirurji	10	7,5
Plastik Cerrahi	7	5,2
Diğer	45	33,8
Toplam	133	100,0

*İncelenen dava dosyalarında aynı dosyada bir veya birden fazla branşa dava açılmış, 8 adet dosyada da branş ismi yazmamaktadır, bu nedenle toplam dosya sayısı 124'ten fazla çıkmıştır.



Şekil1. İncelenen dava dosyalarının branşlara göre dağılımı

İnceleme kapsamına alınan dosyaların büyük çoğunluğunun cerrahi branşlara (%77,6), daha az kısmı ise dahili branşlara (%22,4) ait olduğu tespit edilmiştir. Cerrahi branşlara ait olan dosyaların içeriği incelendiğinde sıklık sırasına göre ilk sırada Kadın Doğum Hastalıkları (% 17,0), Acil Servis (%10,5) ve Genel Cerrahi (%9,7) branşlarının takip ettiği tespit edilmiştir (Tablo 3). Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Nöroloji, Onkoloji, Diş Hekimi, Gastroenteroloji, Kalp ve Damar Cerrahi, Kulak Burun Boğaz, Kardiyoloji gibi branşlara ait dosya sayısı ve branş belirtilmeyen 8 dava dosyası, diğer başlığı altında toplanmıştır (Tablo 4).

Tablo 5. İncelenen Dava Dosyalarında, Hastaların Malpraktis Sonucu Yaşadığı Mağduriyet Durumu

Mağduriyet Durumu	n	%
Tedavi Olamadı	61	48,8
Engelli	34	27,2
Ölüm	25	20,0
Bilinmiyor	4	3,2
Toplam	124	100,0

Dosyaların incelenmesinde elde edilen veriler doğrultusunda 124 malpraktis vakasının % 48,8'inin tedavi olamadığı, % 27,2'sinin engellilik ile sonuçlandığı ve %20,0'sinin da ölüm ile sonuçlandığı tespit edilmiştir (Tablo 5).

Tablo 6. Yargıtay'a İntikal Etmiş Olan Malpraktis Dosyalarının Dava Türlerine Göre Dağılımı

Dava Türleri	n	%
Tazminat Davası	103	83,1
Ceza Davası	21	16,9
Toplam	124	100

İncelenen dava dosyalarından malpraktis davalarının büyük çoğunluğunun tazminat davası olduğu (% 83,1) tespit edilmiştir (Tablo 6).

Tablo 7. Malpraktis Dosyalarının Sağlık Kurumlarına ve Ana Branşlara Göre Dağılımı

Ana Branşlar	Özel		Kamu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Cerrahi	57	81,4	33	71,7	90	77,6
Dahili	13	18,6	13	28,3	26	22,4
Toplam	70	100,0	46	100,0	116	100,0

* Kurumu ve branşı belirtilmeyen dosyalar değerlendirme dışı bırakıldığı için toplam 116 dosya üzerinden değerlendirme yapılmıştır. ($\chi^2=1,49$, $p=0,22$)

Malpraktis yaşanan kurum ile branşların karşılaştırılmasında istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Özel sektörde (%81,4) cerrahi branşlardaki malpraktis oranının kamu kurumlarına göre (%71,7) daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Tablo 7).

Tablo 8.İncelenen Dava Dosyalarındaki Malpraktis Türlerinin Tıbbi Bölümlere Göre Dağılımı

Malpraktis Türleri	Dahili Bilimler		Cerrahi Bilimler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Tedavi Hatası	15	57,7	65	72,2	80	69,0
İhmal	8	30,8	14	15,6	22	19,0
Teşhis Hatası	3	11,5	7	7,8	10	8,6
Diğer	0	0,0	4	4,4	4	3,4
Toplam	26	100,0	90	100,0	116	100,0

* Dosyaların 8 tanesinde branş belirtilmediği için 116 dosya üzerinden istatistiksel analiz yapılmıştır.
 $\chi^2= 4,31$ $p=0,11$

Branşlara göre malpraktis türleri karşılaştırıldığında malpraktis türleri ile branşlar arasında istatistiksel anlamlı farklılık olmamakla birlikte. Tedavi hatalarının %72,2 ile en fazla cerrahi tıp bilimlerinde olduğu tespit edilmiştir. Cerrahi branşlarda tedavi hatalarından sonra en fazla görülen malpraktis türünün %15,6 ile ihmal olduğu tespit edilmiştir (Tablo 8).

Tablo 9. İncelenen Malpraktis Dosyalarının Davacı ve Dava Türüne Göre Dağılımı

Davanın Türü						
Davayı Açan	Tazminat Davası		Ceza Davası		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Hasta	76	95,0	4	5,0	80	100,0
Hasta Yakını	27	61,3	17	38,7	44	100,0
Toplam	103	83,1	21	16,9	124	100,0

*Satır yüzdesi alınmıştır. $\chi^2=22,8$, $p=0,01$

İncelenen malpraktis dosyalarının davacı ve dava türüne göre dağılımına bakıldığında büyük çoğunluğunun hastalar tarafından açılmış olan dava dosyalarına

ait olduğu tespit edilmiştir. Tazminat davalarının, ceza davalarına göre anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır.

Malpraktis davalarının hastaların neredeyse tamamı (%95,0) tazminat davası açmışken, hasta yakınlarının hastalara göre daha çok ceza davası açmış olduğu tespit edilmiştir. Dava türüne göre hasta ve hasta yakınlarının açmış olduğu dava oranları karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmektedir. Bir başka deyişle hasta yakınlarının hastalara oranla anlamlı derecede daha fazla ceza davası açtıkları tespit edilmiştir (Tablo 9).

Tablo 10. İncelenen Malpraktis Dava Dosyalarındaki Dava Sonucunun Tıp Bilimlerine Göre Dağılımı

Davanın Sonucu						
Dahili Bilimler	Davacı Lehine		Davalı lehine		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Cerrahi	47	52,3	43	47,7	90	100,0
Dahili	17	65,3	9	34,7	26	100,0
Toplam	64	56,03	52	43,9	116*	100,0

* 8 dosyada branş belirtilmediği için toplam 116 dosya üzerinden analiz yapılmıştır, yüzdeler satır yüzdesi olarak alınmıştır. $\chi^2=1,413$ $p=0,235$

Dahili branşlarda çalışan sağlık personeline karşı açılmış davaların %65,3 ü davacının lehine sonuçlanmışken, cerrahi branşlardaki sağlık çalışanlarına karşı açılmış davaların %52,3'ü davacının lehine sonuçlanmıştır. Dava sonucu açısından dahili ve cerrahi bilimler arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Tablo 10).

Tablo 11. İncelenen Malpraktis Dava Dosyalarındaki Malpraktis Türlerinin Dava Sonucuna Göre Dağılımı

Davanın Sonucu						
Malpraktis Türleri	Davacı lehine		Davalı lehine		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Tedavi Hatası	42	61,8	41	73,2	83	66,9
İhmal	12	17,6	11	19,6	23	18,5
Teşhis Hatası	11	16,2	3	5,4	14	11,4
Diğer	3	4,4	1	1,8	4	3,2
Toplam	69	100,0	55	100,0	124	100,0

$$x^2 = 6,70 \quad p = 0,082$$

Davacının lehine sonuçlanan malpraktis (69 vakanın) davalarının büyük çoğunluğu (%61,8) tedavi hatası iken, sırasıyla ihmal ve teşhis hatası olduğu tespit edilmiştir. Ancak davalının lehine sonuçlanan davalarda ilginç olarak tedavi hatası iddiası daha yüksek oranda bulunmuştur (Tablo 11).

Tablo 12. İncelenen Malpraktis Dava Dosyalarının Hasta Mağduriyetine ve Dava Sonucuna Göre Dağılımı

Mağduriyet	Dava Sonucu					
	Davacı Lehine		Davalı Lehine		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Tedavi olamadı	33	54,1	28	45,9	61	100,0
Engelli	19	55,8	15	44,2	34	100,0
Ölüm	13	52,0	12	48,0	25	100,0
Bilinmiyor	3	75,0	1	25,0	4	100,0
Toplam	68		56		124	

* Satır yüzdesi alınmıştır. $x^2 = 0,776$ $P = 0,858$

Malpraktis dava dosyalarındaki hasta mağduriyetine göre dava sonuçları incelendiğinde arada istatistiksel bir ilişki bulunamamıştır. Bununla birlikte tedavi olamama nedeni ile açılan davaların % 54,1'inin davacı lehine sonuçlandığı, engellilik

mağduriyetine uğrayan vakaların açmış olduğu davalarda % 55,8'inin davacı lehine sonuçlandığı ve yine ölüm nedeni ile açılmış malpraktis davalarının da % 52,0'ının davacı lehine sonuçlandığı tespit edilmiştir (Tablo 12).

Tablo 13. İncelenen malpraktis dava dosyalarının hasta mağduriyetine ve dava türlerine göre dağılımı

Mağduriyet	Tazminat Davası		Ceza Davası		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Tedavi Olamama	57	55,3	4	19,0	61	49,2
Engelli	31	30,1	3	14,3	34	27,4
Ölüm	11	10,7	14	66,7	25	20,2
Bilinmiyor	4	3,9	0	0,0	4	3,2
Toplam	103	100,0	21	100,0	124	100,0

* $\chi^2= 34,196$ P= 0,000

Malpraktis dava dosyalarındaki hasta mağduriyeti ile açılan dava türleri karşılaştırıldığında arada istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Tazminat davaları en çok tedavi olamama nedeni ile açılmışken (%55,3), ceza davaları ölüm nedeni (%66,7) ile açılmıştır (Tablo 13).

Tablo 14. İncelenen Malpraktis Dava Dosyalarının Hasta Mağduriyetine ve Davayı Açana Göre Dağılımı

Mağduriyet	Hasta		Hastanın Ailesi		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Ölüm	0	0,0	25	100,0	25	100,0
Tedavi Olamama	49	80,3	12	19,6	61	100,0
Engelli	25	73,5	9	26,5	34	100,0
Bilinmiyor	3	75,0	1	25,0	4	100,0
Toplam	103	83,1	21	16,9	124	100,0

* Satır yüzdesi alınmıştır.

* $\chi^2=51,743$ P= 0,000

Malpraktis dava dosyalarındaki hasta mağduriyeti ile davayı açan kişi karşılaştırıldığında arada istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişi olduğu tespit edilmiştir. Ölüm nedeni ile açılmış olan davaların tümü (%100,0) doğal olarak ölen kişinin ailesi tarafından açılmışken, engellilik ve tedavi olamama nedeni ile açılan davaların çoğu hastanın kendisi tarafından açılmıştır (Tablo 14).

5. TARTIŞMA

Malpraktis hem hastalar hem de sağlık çalışanları açısından bakıldığında yaşanılmaması arzu edilen, tedirginlik oluşturan, istenmeyen bir durumdur ve sağlık sisteminin en temel sorunlarından biridir. Son yıllarda ülkemizde sağlık çalışanlarına yönelik malpraktis iddiaları hızla artmakta, ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmalar incelendiğinde birçok insanın, malpraktisin ortaya çıkardığı sonuçlar sebebiyle yaşamını yitirdiği veya engelli kaldığı belirtilmektedir (Çakmak ve ark., 2018). Bu husus, olguların incelenmesi, analiz edilmesi ve değerlendirilmesi sonucu hataların önlenmesi ve engellenebilmesi açısından oldukça önemli bir noktadır.

Bu çalışma, tıbbi uygulama sonucunda yapılan hataların sağlık yönetimi açısından incelenip; sağlık kurumları, hekimler ve diğer sağlık çalışanları açısından ortaya çıkardığı sonuçların tartışılması amacıyla yapılmıştır ve bulgular aşağıdaki şekilde tartışılmıştır.

Dava dosyalarının incelenmesi sonucunda; davaların yaklaşık yarısının (%50,8) özel hastanelerdeki sağlık çalışanlarına karşı açılmış olduğu, bunu sırasıyla devlet hastanelerinin (%38,7) ve üniversite hastanelerinin (%6,5) izlediği tespit edilmiştir. Çarıkçı ve arkadaşlarının, günlük gazetelere yansıyan tıbbi uygulama hatalarını inceledikleri çalışmasında; malpraktis vakalarının % 36,2'sinin özel hastane, % 27,7'sinin devlet hastanesi, %15,4'ünün üniversite hastanesinde gerçekleşmiş olduğu belirtilmiştir (Çarıkçı ve ark., 2021). Çakmak ve arkadaşlarının sezaryen yöntemi ile gerçekleştirilen doğumlarda ortaya çıkan malpraktis olgularının Yargıtay kararları çalışmasında; malpraktis oranının % 46,2'sinin özel hastanede, % 10,3'ünün devlet hastanesinde, %5,1'inin üniversite hastanesinde gerçekleştiği belirtilmiştir (Çakmak ve Balçık, 2019). Yapılan bir başka çalışmada; malpraktis yaşanan kurumların %31'inin özel hastaneler, %16,9'unun devlet hastanesi, %8,1'inin üniversite hastaneleri olduğu belirtilmiştir (Ertem ve ark., 2009).

Bu çalışmada, malpraktis dava dosyalarındaki özel sektörün oranı % 58,9'dur. Özel sektörde yaşanan malpraktis davalarının çoğunu cerrahi bilimlerde (%81,4) görülmüş ve hasta mağduriyeti açısından incelendiğinde çoğunun tedavi hatası (%66,9) nedeniyle meydana geldiği saptanmıştır. Yukarıdaki çalışmaların tümü analiz edildiğinde; malpraktis vakalarının çoğunun özel sektörde ve cerrahi branşlarda ve

tedavi hatası nedeniyle ortaya çıktığı sonucuna varılmıştır. Yapılan çalışmada özel hastanedeki cerrahi bilimlerde yaşanan tedavi hatalarına bakıldığında; kalp pilinden dolayı yaşanan hatalar, ameliyathanedeki cihaz hatası nedeniyle yaşanan sıkıntılar, muayenede bebeğin kesesinin patlaması, protez esnasında tükürük bezlerinin kesilmesi ve eksik damar onarımı gibi malpraktis olguları tespit edilmiştir.

Bunun nedeninin; özel hastaneye ücret ödeyerek sağlık hizmeti alan hastaların sosyo ekonomik ve sosyo kültürel düzeyinin daha yüksek olması, hak arama konusunda daha istekli ve bilinçli olması, tıbbi uygulamaları ve sonuçlarını daha fazla sorgulaması olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada, dava konusu malpraktis türleri incelendiğinde; en yüksek oranda dava konusu olan malpraktis türünün tedavi hataları olduğu (% 66,4), bunu sırasıyla ihmâl durumu (%18,4) ve teşhis hatasının (%11,2) izlediği tespit edilmiştir. Tedavi hatası nedeniyle açılan davaların %61,8'i davacı lehine sonuçlanırken, %73,2'si davalı lehine sonuçlanmış olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmaya benzer bir yöntem ve yakın tarihte yapılmış başka bir çalışmada da Yargıtay'a intikal etmiş olan dava dosyalarındaki en sık malpraktis türünün tedavi hatası (%53,9) olduğu, bunu sırasıyla teşhis hatası (%38,5) ve yanlış sonuç verme hatasının (%3,8) izlediği belirtilmiştir (Artar, 2020). Yine benzer bir başka çalışmada; sezaryen doğumlarında ortaya çıkan malpraktis olgularının Yargıtay'a intikal etmiş dosyaları incelenmiş ve dava konusu malpraktis türlerinin sıklık sırasına göre; tedavi hataları (%33,3), tanı hataları (%10,3), ihmâl (%10,3) ve ameliyatta yabancı cisim unutulması (%10,3) olduğu belirtilmiştir (Çakmak ve Balçık, 2019).

Bu çalışma ile yukarıda bahsedilen çalışmalar mukayese edildiğinde en sık rastlanılan malpraktis türünün, tedavi hatası olduğu görülmektedir. Ancak yapılan bir çalışmada laboratuvar hatalarının en sık görülen malpraktis türü olduğu belirtilmiştir (Ertem ve ark., 2009). Buradan hareketle, her sağlık kurumunun kendi içerisinde en sık rastlanan malpraktis türünün farklı olabileceği ve bu nedenle her kurumun kendi malpraktis vakalarına yönelik süreç takibi yapmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

Yukarıda verilen araştırma sonuçları, malpraktis konusunda dava konusu teşkil eden malpraktis türünün büyük çoğunlukla tedavi hataları olduğunu göstermektedir. Gerçekte malpraktis türleri içerisinde tedavi hatalarının oranının ne kadar olduğu

bilinmemekle birlikte; tedavi hataları sonucu oluşan malpraktis vakalarının ölümle ve engellilikle sonuçlanması hukuki açıdan daha fazla dava konusu olmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Tedavi hatalarından en sık rastlanılanlar hatalar ; ilaç dozunu ayarlayamama, uygun olmayan bakım, uygun olmayan tedavi metodu ve hatalı operasyonlardır. Diğer hata türleri ise; iletişim hataları, ekipman yetersizlikleri, uygun ve gerekli tedavinin yapılmaması, tedavi esnasında hata yapma, yetersiz takip, yanlış taraf cerrahisi işaretleme, hasta düşmeleri, transfüzyon hataları ve diğer sistem eksiklikleri olarak bildirilmektedir (İntepeler ve Dursun, 2012).

Bu çalışmada, dava dosyalarındaki malpraktis yaşanan branşların dağılımlarına bakıldığında, vakaların en sık görüldüğü branşların; kadın doğum hastalıkları (% 17,2), ikinci sıklıkta acil servis (%10,5) ve genel cerrahi (%9,7) branşlarının olduğu görülmüştür. Can ve arkadaşlarının Yargıtay'a intikal etmiş malpraktis dosyaları üzerinden yaptıkları bir çalışmada; malpraktis vakalarının en sık genel cerrahi (%31), ikinci sıklıkta ise kadın hastalıkları ve doğum (%21) branşında olduğu belirtilmiştir (Can ve ark., 2011). Gazete haberleri üzerinden yapılan bir başka çalışmada; malpraktis vakalarının en fazla ortopedi (%13,4), dahiliye (%6,4), acil servis (%5,8), ve kadın doğum branşlarında (%2,9) olduğu belirtilmiştir (Ertem ve ark., 2009). Elbüken'in 2002–2008 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası'nda karara bağlanmış olguları incelediği çalışmasında; malpraktis vakaların en fazla kadın hastalıkları ve doğum (%49,3) branşında görüldüğü belirtilmektedir (Elbüken, 2010). Büken ve arkadaşlarının 1990-2000 yılları arasında, Adli Tıp Kurumu ihtisas dairelerinde yapmış oldukları incelemeler sonucu 636 malpraktis vakasının olduğu belirlenmiştir. Malpraktis vakalarının dağılımı incelendiğinde, en fazla kadın hastalıkları ve doğum (%16,8), ikinci sıklıkla genel cerrahi branşlarında (%10,6) olduğu belirtilmiştir (Büken, 2004). Bu çalışma ile paralellik gösteren diğer çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda cerrahi branşların malpraktis olgularında öne çıktığı ve kadın doğum ile genel cerrahi branşlarının ilk sıralarda yer aldığı görülmektedir.

Kadın hastalıkları ve doğum bölümünde, doktor bir değil iki canlı ile ilgilenmektedir. Bebeğin sağlığı anneyi etkileyebileceği gibi,annenin sağlığıda bebeği doğrudan etkilemektedir ve bu durum riski ikiye katlanmaktadır (Sert, 2015). Bu

çalışmada rastlanılan kadın doğum hastalıkları bölümünün malpraktis sebepleri arasında; kişisel, kurumsal ve teknik hata sebeplerinin yanında, çoğunlukla sezaryan ameliyatı sırasında yaşanan sorunlar, bebeğin doğum esnasında zarar görmesi, gebelik takibinde riskli sonucun söylenmemesi, doğuma geç müdahale nedeni ile ölü doğum hataları nedeni ile malpraktis vakaları olduğu tespit edilmiştir. Genel cerrahi branşı da malpraktis davalarında üst sıralarda yer almaktadır. Bunun nedeninin; genel cerrahi branşının diğer branşlara kıyasla çok daha karmaşık olan kanser cerrahisinden organ nakline kadar birçok riskli ameliyatlara yapılması olduğu düşünülmektedir (Üzün ve ark., 2016). Bu çalışmada, genel cerrahi branşında yaşanan malpraktis vakaları sıklık sırasına göre; idari kusur, kişisel hatalar, onam eksikliği, ameliyat sonrası ihmal ve sünnet hatası gibi sebeplerden kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Bu çalışmada, dava türlerinin büyük çoğunluğunu (%83,1) tazminat davaları oluşturmaktadır. Tazminat davalarının hemen hemen tümünün (%95,0) hastalar tarafından açılmış olduğu ve hastaların yarısından fazlasının tedavi olamama ya da yanlış tedavi olma iddiası (%55,3) ile dava açmış olduğu tespit edilmiştir. Ceza davaları tüm açılan davaların %16,9'luk kısmını oluşturmaktadır. Ceza davalarının çoğunun (%38,7) hasta yakınları tarafından, hastalarının ölümü sebebiyle (%66,7) açılmış olduğu tespit edilmiştir. Hasta ve yakınları tarafından açılan davaların türleri incelendiğinde, tazminat davalarının hemen hepsinin hastalar tarafından; ceza davalarının ise çoğunlukla hasta yakınları tarafından açılmış olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Artar'ın tez çalışmasında; Yargıtay Başkanlığına temyiz için gönderilen malpraktis dosyalarının %80,8'inin tazminat davası, %7,7'sinin ise ceza davası olduğu ve davaların çoğunun (%80,8) hasta tarafından, az bir kısmının ise hasta yakını (%15,4) tarafından açıldığı belirtilmektedir (Artar, 2020). Yine Yargıtay'a intikal etmiş malpraktis dosyalarının incelendiği bir başka çalışmada; davaların çoğunluğunun (%93) tazminat davası olduğu belirtilmiştir (Can ve ark.,2011).

Malpraktis davalarının büyük oranda malpraktise maruz kalan hastalar tarafından bizzat açıldığı anlaşılmaktadır. Bu durumda yazılı onam, ilgili sağlık çalışanı tarafından sözel olarak anlatıldıktan sonra, bizzat hastanın kendisinden yazılı olarak alınması gerekmektedir. Hastalar tarafından açılan tazminat davalarının, ceza davalarına göre anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır. Diğer çalışmalarda da

bu çalışma paralelinde malpraktis davalarının tazminat ağırlıklı olduğu anlaşılmaktadır. Tazminat davasını hasta ya da hastanın yakınları da açabilmektedir. Hastanın vefatı söz konusu ise maddi zararların karşılanması “destekten yoksun kalma tazminatı” ile sağlanmaktadır. Bu durumda hasta yakınları, sağlık çalışanı aleyhine manevi tazminat davası açma hakkına sahiptirler (İpekyüz, 2015).

Yapılan bu çalışmada hastaların %48,8’inin tedavi olamadığı (eksik damar onarımı, ameliyat esnasında koter yanığı, radyoterapi esnasında kalp pilinin zayıflaması gibi), %27,2’sinin engelli kaldığı (görme yetisini kaybetmesi, yanlış enjeksiyon uygulaması sonucu sakat kalan bacak gibi), %20,0’ının ise yaşamını kaybettiği tespit edilmiştir. Hasta mağduriyetleri açısından incelendiğinde, ölüm nedeniyle açılan davaların tamamı hasta yakınları tarafından, tedavi olamama mağduriyetinin %80,3’ü hasta tarafından açılmıştır. Kara, yaptığı çalışmasında 2009-2014 yılları arasında İzmir Tabip Odası Onur Kuruluna gelen malpraktis dosyalarını incelemiş ve vakaların %17,9’unun ölüm, %17,7’sinin sağlığın geçici bozulması, %15,3’ünün organ zaafı ve %10,2’sinin organ kaybı ile sonuçlandığını belirtmiştir (Kara, 2015). Ertem ve arkadaşlarının çalışmasında, 2000-2007 yılları arasında gazetelerde yer alan malpraktis haberlerine ulaşılmış ve malpraktis sonucu hastaların %31,4’ünün öldüğü, %1,7’sinin engelli kaldığı, %4,1’inin genel durumunda kötüleşme olduğu belirtilmiştir (Ertem ve ark., 2009). Yüksek Sağlık Şurası’nda karara bağlanmış dosyaların incelenmesi sonucu yapılan bir çalışmada; malpraktis vakalarının büyük çoğunluğunun (%63,5) ölümlü sonuçlandığı ve %36,5’inin ise engellilik ile sonuçlandığı belirtilmiştir (Elbüken, 2010).

Malpraktis davalarının yaklaşık yarısının davacı yararına sonuçlandığı tespit edilmiştir. Malpraktis davaları üzerine yapılan bir başka çalışmada; Yargıtay kararları incelendiğinde, %59,5’inin davacı yararına, %40,5’inin davalı yararına sonuçlandığı görülmüştür (Dırvar ve ark., 2020). Çakmak ve arkadaşları ’nın çalışmasında ise bu oranın % 28,2 olduğu belirtilmiştir (Çakmak ve Balçık, 2019).

Tedavi olamama iddiasıyla açılmış olan malpraktis davalarının % 54,1’inin, engelli kalma iddiasıyla açılmış olan davaların % 55,8’inin ve ölüm nedeni ile açılmış olan malpraktis davalarının ise % 52,0’ının davacı lehine sonuçlandığı tespit edilmiştir

(Tablo 12). Ancak hastanın uğradığı mağduriyetle davanın sonucu arasındaki ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı tespit edilmiştir.

Türkiye’de toplam 164 bin 594 doktor, 198 bin 465 de hemşire bulunmaktadır, bu verilere göre bir doktor başına 498.2 hasta düşmektedir,”Merkezi Hekim Randevu Sistemi’ ile, hasta istediği doktordan randevu alabilmektedir. Bakanlığın 2018 verilerine göre Türkiye’de, sağlık kuruluşlarına toplam 782 milyon 515 bin başvuru yapıldığı görülmüştür. Mevcut durumda ise, MHRS’de randevular 10 dakika aralıklarla verilmektedir. Ancak her randevu saatine, randevuya gelmeme durumu göz önünde bulundurularak çift randevu verilebiliyor. Dünya Sağlık Örgütü ve Türk Tabipleri Birliği’ne göre doktorların ilk kez baktığı hastaya 20 dakika muayene zamanı ayırması gerektiği de göz önüne alındığında, bu randevularda birikme meydana gelmekte dolayısıyla doktorların hastaya ayırdığı zamanda daralmakta, sonuç olarak yeterince zaman ayrılmaması ve hasta yoğunluğu hekim ve diğer sağlık çalışanlarının iş yükünü arttırmakta, hastalara yeterli zaman ayrılamamasına sebep olmakta, bu da teşhis hatası kaynaklı malpraktis olgularını arttırmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan bu çalışmada 5 yıllık bir süre içerisinde Yargıtay'a intikal etmiş malpraktis dava dosyaları incelenmiş olup sonuçlar aşağıdaki şekilde derlenmiştir:

Yargıtay'a intikal etmiş olan malpraktis dava dosyalar sektör bazında değerlendirildiğinde %58,9'u özel sektör, %40,3'ü kamu kurumları aleyhine açılmıştır. Özel sektörün içine dahil olan kurumlar muayenehane, özel hastane ve tıp merkezidir. Sağlık çalışanlarına karşı açılmış olan davaların ise %50,8 ile özel hastane çalışanlarına karşı, %38,7 ile de devlet hastanesi çalışanlarına karşı açıldığı tespit edilmiştir.

Özel sağlık kurumlarında karşılaşılan malpraktis olgularının %81,4'ü cerrahi bilimlerde, %18,6'sı dahili bilimlerde yaşandığı bunun yanı sıra kamu sağlık kuruluşlarında yaşanan malpraktis olgularının ise %71,7'si cerrahi bilimlerde, %28,3'ü dahili bilimlerde olduğu tespit edilmiştir.

Branşlar bazında dağılımına bakıldığında ise en yüksek malpraktis davalarının açıldığı branşın %17,0 ile kadın hastalıkları ve doğum, %10,5 ile acil servis ve %9,7 ile genel cerrahi branşları olduğu tespit edilmiştir.

Malpraktis dava dosyalarında, %66,4 tedavi hatası, %18,4 ihmal ve %11,2 teşhis hatası iddiası olduğu tespit edilmiştir.

Malpraktis davalarının hasta mağduriyetlerine göre incelenmesinden elde edilen verilere bakıldığında; vakaların %48,8'inin tedavi olamadığı, %27,2'sinin engelli kaldığı ve %20,0'inin yaşamını yitirdiği tespit edilmiştir. Cerrahi bilimlere açılan malpraktis davalarının %52,3'ü davacı lehine, 47,7'si davalı lehine sonuçlanmışken, dahili bilimlerde yaşanan malpraktis davalarının %65,3'ü davacı lehine ve %34,7'si davalı lehine sonuçlanmıştır. Davacı lehine sonuçlanan davaların %61,8'inin tedavi hatası, %17,6'sının ihmal ve %16,2'sinin teşhis hatası olduğu tespit edilmiş olup davalı lehine sonuçlanan dosyaların %73,2'sinin tedavi hatası, %19,6'sının ihmal, %5,4'ünün teşhis hatası olduğu tespit edilmiştir.

Malpraktis olayı sonucu sağlık çalışanına karşı açılan davaların %83,1'inin tazminat davası, %16,9'unun ceza davası olduğu saptanmıştır. Açılan tazminat davalarının %95,0'ı hasta tarafından, %61,3'ü hasta yakını tarafından açılmış, ceza

davalarının ise %5,0'ı hasta tarafından, %38,7'si hasta yakını tarafından açılmış olduğu tespit edilmiştir. Branşlar bazında en çok cerrahi branşlarda malpraktis davasıyla karşılaşılmaktadır. Cerrahi müdahaleler diğer branşlara göre kıyaslandığında daha yüksek risklere sahiptir ve bundan dolayı daha çok özen ve dikkat gerektirir.

Bu sonuçlar doğrultusunda şu öneriler yapılabilir;

Kişi kaynaklı yaklaşım hatayı yapanın cezalandırılmasına yönelik bir yaklaşımdır, bu açıdan bakıldığında malpraktise sebep olan sağlık çalışanının hukuki, idari veya disiplin tarafından cezaya uğraması malpraktis sorununun çözümüne yönelik değil, üstünü kapatmaya yöneliktir. Ülkemizde kişi kaynaklı sistem uygulanmakta ve malpraktis davaları artarak devam etmektedir. Buna yönelik çözüm "İsviçre Peyniri Modeli" olan sistem kaynaklı yaklaşım olmalıdır. Sağlık sistemi kural koyucudan hastanın uğradığı zarara kadar incelenip, sistemdeki boşluklar tamamlanmalı ve hatanın, peynir örneğinde gösterilen bariyerin bir sonraki basamağına geçmeden önlenmesi sağlanmalıdır. Böylece malpraktis davalarında azalma olacağı gibi, hekimlerin malpraktis çekincesi ile uygulamak zorunda kaldıkları defansif tıbbın da önüne geçilmesi sağlanacaktır. Defansif tıbbın önüne geçildiği takdirde; gereksiz işlem masrafları ile hasta veya kurumun mali yükü kalkacak veyahut hekimin malpraktis çekincesi ile sevk ettiği hasta grubu azalarak sistemde iyileşme gözlenecektir. Sistemdeki iyileşme davalarda azalmaya, korku ve endişe içinde görev yapan sağlık çalışanlarının psikolojik olarak iyileşmesine, işlerini daha severek yapmasına olanak sağlayacağı düşünülmektedir.

Performansa dayalı ek ödeme (PDEÖS) sistemi; daha fazla hasta bakmak için muayene sürelerinin kısalmasına, kısalan muayene süreleri beraberinde iletişim hatalarına, tanı-teşhis hatalarına ve bunlara bağlı olarak tedavi hatalarına sebep olmaktadır. Bir başka dezavantajı ise; öğretim üyelerinin tıp eğitimine zaman ayıramamasıdır, bu durum beraberinde tıp eğitiminde aksaklıklara sebep olmaktadır. Puanı çok, riski az olan hizmetler daha cazip gelmekte ve riskli işlemlerden kaçınılmaktadırlar. Puanını arttırmak için gereksiz hasta yatışlarının artması da kaynakların verimsiz kullanılmasına sebebiyet vermektedir, bu sistemin dezavantajlarının gözden geçirilip, revize edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Sağlık çalışanlarının karşılaştığı duruma bakış açısı ve çözüm önerileri ile hukukçuların aynı olaya hukuk kuralları çerçevesinde bakış açısını ortak bir noktada birleştirmek için, sağlık hukuku alanında yüksek lisans ve doktora programları arttırılmalı ve konunun uzmanı kişiler yetiştirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Sağlık personelinin kamuya açılan davalarda çoğu kere mahkemeden geç haberi olmaktadır. Bu nedenle sağlık personelinin haklarını şeffaf olarak kullanabilmesi için kendi alanı ile ilgili hukuki süreçleri öğrenebileceği ve mevcut durumdan haberdar olabileceği kurslar, sertifikasyon programlarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Kadın Hastalıkları ve Doğum ana bilim dalında malpraktis oranını azaltmak için hekimlerin takip edeceği gebe sayısında kota olması ve bu sayının üstüne çıkılmaması ve sezaryen oranlarının azaltılması önerilmektedir.

Gebe okullarının sayısı arttırılmalıdır. Gebeler, duygusal durumlarından ötürü hassas oldukları dokuz aylık zaman zarfında gebe okullarına yönlendirilmelidir. Konusunda uzmanlaşmış kişiler tarafından süreç boyunca, gebelik hakkında bilgilendirilmeli ve eğitilmeli. Gebelerin gebe okullarına kayıtları aile hekimlikleri tarafından takip edilmeli ve devlet tarafından ulaşımı sağlanmalıdır. Böylece hastanedeki yoğunlukta bir nebze düşecek ve gebelerin bu süreci bilinçli olarak yaşayacakları düşünülmektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından özel ve kamu tüm hastanelerde malpraktis konusunda ayrıntılı hizmet içi eğitim programı planlanmalı ve yapmalı, bu planlamada senede en az iki kez Adli Tıp Kurumu tarafından atanan bilirkişi tarafından özel eğitim verilmelidir.

Hastanelerde malpraktis komisyonları oluşturulmalı, bu komisyon süreç takibi yapabilecek yeterlilikte olmalı ve başhekimlikten bağımsız çalışılmalıdır.

Hastaların tanı ve tedavi süreçlerinde yeterince bilgilendirilmesi, olabilecek komplikasyonlar ve istenmeyen olumsuz sonuçlar hakkında bilgilendirilmesi ve her işlem öncesi aydınlatılmış onam alınması malpraktis davalarını azaltacaktır. Aslında hasta- hekim iletişiminin güçlendirilmesi birçok sorunun ortadan kalkmasının temel çözümüdür.

En çarpıcı öneri olarak; hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinin yeterli sayıda ve kalitede olması, mutlu, huzurlu ve güvenli bir ortamda çalışmalarını, gelecek kaygısı ve performans baskısı olmadan verimli ve kaliteli bir hizmet sunmalarını sağlayacak bir sağlık sisteminin kurulması esastır.

KAYNAKÇA

- Akyar G, Yağcı C, Aytaç S. (1996). Gaz tamponuna bağlı psidotümör. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 49(3), 169-172.
- Arslan F. (2020). Hekimin sorumluluğunun belirlenmesi bakımından hekim ile hasta arasındaki ilişkinin hukuki mahiyeti. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, 26(1), 402-403-404.
- Artar C. (2020). Sağlık işletmelerinde yanlış tedavi sonucu hasta mağduriyetleri ve hukuki boyutunun incelenmesi. *Aydın Sağlık Dergisi*, 6(3), 235-247.
- Aslan E, Yılmaz T. (2015). Jinekoloji ve Obstetride tıbbi hatalar ve hasta güvenliği. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2(3), 153-157.
- AŞIÇIOĞLU F, DEMİRCAN YT. (2015). Sağlık Hukuku. İstanbul: Auzef. S: 100.
- Barlıoğlu H. (2018). Defansif Tıp Unsuru Olarak Tıbbi Malpraktis . Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi. Gaziantep.
- Başol E. (2018). Hasta ile sağlık çalışanları (doktor ve hemşire) arasındaki iletişim sorunları ve çözüm önerileri. *International Anatolia Academic Online Journal*, 4(1), 77-94.
- Bilgin R, Küçükhazar M. (2018). Türkiye’de kamu sağlık kuruluşlarında yaşanan etik dışı davranışlar ve uygulamaların genel görünümü. *Munzur Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(13), 119-140.
- Kahraman Z. (2016). Medeni hukuk bakımından tıbbi müdahaleye hastanın rızası. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 7(1), 479-504.
- Büken E, Büken B, Büken N. (2004). Türkiye’de Obstetrik ve jinekolojik malpraktis: Görülme sıklığı, etkisi, nedenleri ve önlenmesi. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, (11), 233–247.
- Can İ, Ö Özkara E, Can M. (2011). Yargıtay’da karara bağlanan tıbbi uygulama hatası dosyalarının değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(2), 69-76.

- Casali M, Mobilia F, Sordo S, Blandmo A, Grenovese U. (2014). The medical malpractice in Milan-Italy. A retrospective survey on 14 years of judicial autopsies. *Forensic Science International*, (242), 38-43.
- Caymaz M, Demir A. (2014). Sağlık personelinin tıbbi uygulama hatalarından doğan cezai sorumluluğu. *Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*,1(1), 10-21.
- Charles V. (2003). Understanding and responding to adverse events. *The New England Journal of Medicine*, 348(11), 1051-1056.
- Çakmak C, Balçık P. (2019). Sezaryen yöntemi ile gerçekleştirilen doğumlarda ortaya çıkan malpraktis olgularının Yargıtay kararları ile incelenmesi. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*,16(3), 155-159.
- Çakmak C, Konca M, Teleş M. (2018). Türkiye ulusal güvenlik raporlama sistemi (grs) üzerinden tıbbi hataların değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(3), 423-448.
- Çarıkcı F, Eslek S, Kırbaş Ç, Aktaşçı B, Baştimur F. (2021). Günlük gazetelere yansıyan tıbbi uygulama hataları üzerine retrospektif bir inceleme. *Journal of Medical Sciences*, 2(4), 59-66.
- Dedeoğlu N, Özgönül ML, Arda B. (2019). Tıp etiği ve hukuk açısından tıbbi hata, malpraktis ve komplikasyon kavramlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku Tarihi Dergisi*, 27(1), 48-56.
- Değdaş U. (2018). Hatalı tıbbi uygulamadan (malpraktis) doğan hukuki ve cezai sorumluluk. *Hukuk Fakültesi Dergisi*, 1(6), 41-63.
- Dırvar F, Dırvar S, Talmaç M, Özkul B, Yıldırım T. (2020). Ortopedi ve travmatoloji alanındaki hatalı tıbbi uygulamalar: Yargıtay dava kararlarının incelenmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 30(4), 263-270.
- Elbüken B. (2010). Sağlık Profesyonellerine Yönelik Tıbbi Uygulama Hata İddiası ile Yüksek Sağlık Şurasına Gönderilen Olguların İrdelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Ersoy Y. (2004). Tıbbî hatanın hukukî ve cezaî sonuçları. *TBB DERGİSİ*, (53), 161-189.

- Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. (2009). Hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. *Dirim Tıp Gazetesi*, (1), 1-10.
- Freedman A. (1993). The Physician-Patient Relationship and the ethics of care can. *Med Assoc J.*, (148), 1037-1043.
- Geçim İ, Bilge Y. (2012). Medikolegal Düzlem Tıpta Uygulama Hataları. Ankara : Ofset Digital . S:104.
- Güngör P, Merih Y, Kocabey M. (2012). Farklı ülkelerin malpraktis konusunda yasal düzenleme girişimleri, zorunlu mali sorumluluk sigortası. *Zeynep Kâmil Tıp Bülteni*, 43(4), 128-137.
- Gürcan A, Yorulmaz A. (2010). Yasal değişiklikler sonrası hekim sorumluluğu ve malpraktis. *Trakya Üniversitesi Tıp Fak Dergisi*, (1), 7-12.
- Güvel Ö.(2017). Roma hukukunda sorumluluk. *Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 25(2), 375-404.
- Hasta Hakları. Erişim: 05 Eylül 2007, <http://www.hastahaklari.org>
- Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2016). T.C. Resmî Gazete, 29927, 23 Aralık 2016.
- Hasta Hakları Yönetmeliği .(1998). T.C. Resmî Gazete, 23420, 01 Ağustos 1998.
- İpekyüz FY. (2015). Hekimin tazminat sorumluluğu. *Dicle Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 20(33), 19-58.
- Kara M. (2015). Tıbbi Uygulama Hatası Nedeniyle Yapılan Soruşturmalarda, 2009-2014 Yılları Arasında, İzmir Tabip Odası Onur Kurulu Tarafından Verilen Kararların Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir Üniversitesi, İzmir.
- Kerç E, Akpınar Ö. (2018). Türkiye’de uygulanmakta olan hekim mesleki sorumluluk sigortalarına yönelik bir araştırma. *Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi*, 13(50), 229-243.
- Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. (1999). To Err Is Human Building A Safer Health System. DC: National Academy Press. S: 1-34.

- Korku C, Kaya S. (2019). Performansa dayalı ek ödeme sisteminin hastane hizmet kalitesine etkisi: hastane yöneticileri ve sağlık personelinin değerlendirmeleri. *Verimlilik Dergisi*, (3), 83-113.
- Kurt MG (2020). Tıbbi müdahalelerde aydınlatılmış onam. *TBB Dergisi* (146), 188-213.
- Leape LL. (1994). Error in medicine. *JAMA*, 272(23), 1851-1857.
- Leape LL. (1997). A system analysis approach to medical error. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 3(3), 213- 222.
- Madea B, Preuss J. (2009). Medical Malpractice as reflected by the forensic evaluation of 4450 autopsies. *Forensic Sci Int.*, (190), 58-66.
- Madea B, Musshoff F, Preuss S. (2009). Medical negligence in drug associated deaths. *Forensic Science International*, (190), 67-73.
- Makary MA, Daniel M. (2016) Medical error. The third leading cause of death in the us. *BMJ*, (353), 1-5.
- Mason T. (2002). Forensic psychiatric nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 9(5), 51-20.
- Özdemir E, Uzun İ, Melez D, Melez İ, Akçakaya A. (2016). Ölümle sonuçlanan acil ve elektif genel cerrahi olgularında tıbbi uygulama hatasının değerlendirilmesi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*, 22(4), 365-373.
- Özel Ç, Özcan BG. (2007). Kişilik hakları - hasta hakları bağlamında tıbbi müdahale dolayısıyla çıkan hukuki ilişkide hekimin hastayı aydınlatma yükümlülüğü ve aydınlatılmış rızaya ilişkin bazı değerlendirmeler. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 10(1), 49-73.
- Özgönül M. (2010). Türkiye’de Tıp Etiği ve Hukuk Açısından Tıbbi Hata Kavramı. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Özkaya AN. (2008). 2002–2006 Yılları Arasında Adli Tıp Kurumu 3.İhtisas Kurulunca Görüş Bildirilen Pediatrik Malpraktis İddiası İçeren Kararların

- İncelenmesi ve Tıbbi Hataların Tespiti. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Özmenoğlu H, Bozkurt M, Göğüsdere N, Doğan M, Turanlı S. (2004). Türkiye’de cerrahi işlemler ve hukuk pratiği. *ACADEMİA*, (4), 240-243.
- Pakel ED. (2019). Tıp Hukukunda İzin Verilen Risk. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medeniyet Üniversitesi, İstanbul.
- Perçin D. (2014). Sterilizasyon uygulamaları ve hastane infeksiyonları. *ANKEM Dergisi*, (28), 63-66.
- Polat O, Pakiş I. (2011). Tıbbi uygulama hatalarında hekim sorumluluğu. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 119-125.
- Resmî Gazete, 27565, 28 Nisan 2010.
- Reason J. (2000). Human error: Models and management. *BMJ*, 320(7237), 768-770.
- Reason J. (1995). Understanding adverse events: Human factors. *Qual Saf Health Care*, 4(2), 80-89.
- Robert I. (2011). The malpractice crisis turns 175: What lessons does history hold for reform. *Drexel Law Review*, (1), 10.
- Savaş H. (2009). Tıbbi Müdahale Hataları. Ankara: Seçkin Yayıncılık. S: 25-78.
- Sayek F. (1998). Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler. Ankara: TTB Yayınları. S: 35-109.
- Seçer Ö. (2013). Tıbbi müdahale ve tedavide Malpraktisten doğan hukuki sorumluluk. *Maltepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 3(1), 107-148.
- Sert S. (2015). Türk hukukunda kadın doğum hastalıkları hekimlerinin gerçekleştirdiği müdahaleler ve hekimlerin yükümlülükleri. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 1(Özel Sayı), 149-162.
- Solaker G.(2021). DW. Erişim: 19 Ocak 2021, <https://www.dw.com/tr>
- Sütlaş M. (2004). ABD’de Hekimler En Fazla 48 Saat Çalışacak. Erişim: 21 Mayıs 2004, <https://m.bianet.org/bianet/saglik>

- Şahinöz S, Kaya E, Şahinöz T, Kıvanç A. (2021). Sağlık Sektöründe İş Sağlığı ve Güvenliği. Ankara: Akademisyen Yayıncılık. S: 5-262.
- Thomas JW, Ziller EC, Thayer DA. (2010). Low costs of defensive medicine, small savings from tort reform. *Health Affairs*, (29), 84.
- Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ.(2010). T.C. Resmî Gazete, 27648, 21 Temmuz 2010.
- Tunalı M, Gözlu M, Yörük T. (2007). Çekim soketinde unutulmuş elevatör parçası. *Selçuk Üniversitesi Diş hekimliği Fakültesi Dergisi*, (16), 52-54.
- Tunç T, Özen R. (2015). Doktor ve hemşirelerde kaygı nedenleri Bir üniversite hastanesi örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 6(13), 62-71.
- TÜİK. Erişim: 29 Kasım 2021, <https://data.tuik.gov.tr>
- Türk Borçlar Kanunu.(2011). T.C. Resmî Gazete, 27836, 4 Şubat 2011 .
- Türk Borçlar Kanunu.(2011). Resmî Gazete, 27836, 4 Şubat 2011.
- Türk Ceza Kanunu.(2004). Resmî Gazete, 25611, 12 Ekim 2004.
- Türk Tabipler Birliği.(2014). Erişim: 15 Eylül 2014, <https://www.tb.org.tr/>
- Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun.(2010). T.C. Resmî Gazete, 27478, 30 Ocak 2010.
- Üzün İ, Özdemir E, Melez İ, Oğuzhan D, Akçakaya A. (2016). Ölümle sonuçlanan acil ve elektif genel cerrahi olgularında tıbbi uygulama hatasının değerlendirilmesi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*, 22(4), 365-372.
- Yalçın N, Aştı T. (2011). Hemşire – hasta etkileşimi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(1), 129-139.
- Yardım M, Eşe, E. (2017). Ayaktan tanı ve tedavi başvurularında hasta başına kaç dakika ayrılmalıdır? *Turk J Public Health*, 15(1), 59-60.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği.(1983). T.C. Resmî Gazete, 17927, 13 Ocak 1983.

Yenisey F. (2007). Alman Ceza Hukuku. İstanbul: Beta Basım. S:2-228

Yılmazoğlu YE, Perdecioğlu İE (1982). Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (Gerekçeli). Anayasa Mahkemesi Yayınları: Ankara. S: 17-1257.

Yiğit A, Uğurluoğlu D. (2020). Türkiye’de hekime yönelik fiziksel ve sözel şiddet düzeyinin meta analiz yöntemiyle belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, (1), 99-108.

Yördem Y. (2019). Hekimin hatalı tıbbi uygulamaya bağlı hukuki sorumluluğu. *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, (39), 129-146.

Zientek D. (2010). Malpractice and complications: A moral geography. *Medical Error*, (22), 145-157.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Elif KAHYAOĞLU KHALİL

Doğum Yeri : GİRESUN

Doğum Tarihi : 02706/1983

Yabancı Dili : İngilizce

E-posta : elifstr@yahoo.com

İletişim Bilgileri :

Öğrenim Durumu : Lisans

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Sağlık Yönetimi	Ankara Üniversitesi	2005
Y. Lisans	Sağlık Yönetimi	Ordu Üniversitesi	2021

İş Deneyimi:

Görev	Görev Yeri	Yıl
İdari	Ankara Kavaklıdere Umut Hastanesi	2006-2011
Branş Öğretmeni	Sare Sağlık Meslek Lisesi	2012-2013
Branş Öğretmeni	Magnet Sağlık Meslek Lisesi	2013-2014