T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA

ADLİ TIP VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Danışman

Doç. Dr. Gökhan ERSOY

TÜRK DİŞ HEKİMLERİ BİRLİĞİNE YANSIYAN ORAL İMPLANTOLOJİ UYGULAMA HATASI İDDİALARININ MEDİKOLEGAL AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

TIP BİLİMLERİ ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

Diş Hekimi Aykut HURMA

İSTANBUL – 2020

T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA

ADLİ TIP VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Danışman

Doç. Dr. Gökhan ERSOY

TÜRK DİŞ HEKİMLERİ BİRLİĞİNE YANSIYAN ORAL İMPLANTOLOJİ UYGULAMA HATASI İDDİALARININ MEDİKOLEGAL AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

TIP BİLİMLERİ ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

Diş Hekimi Aykut HURMA

İSTANBUL – 2020

Önsöz

Derse yetişebilmek için sabahları 05:00’ da uyanarak İzmit-İstanbul şehirlerarası yollarda çekilen sıkıntılarda her zaman bana yardım eden, yanımda olan sevgili eşim, can yoldaşım, hayat arkadaşım Yasemin’ e;

Tezimin her aşamasında yardımını esirgemeyen, her zaman rahatlıkla ulaşabildiğim, moralimin bozulup hevesimin kırıldığı zamanda destek olan ve tüm hayatım boyunca akademisyenliği ile bana örnek olacak olan çok değerli tez danışmanım Doç. Dr. Gökhan ERSOY’ a;

Rastlantı sonucu mesai arkadaşlığı yaptığımız ve tezimde ciddi katkıları olan değerli hekim arkadaşım Halk Sağlığı Uzmanı Dr. Mustafa Nuri CEYHAN’ a

Sonsuz teşekkürlerimle…

En değerli varlığımız Nilsu’ ya ithafen.

Dt. Aykut HURMA

Kocaeli,2020

İÇİNDEKİLER

Önsöz …… i

İçindekiler ……ii

Tablolar Dizini ……iv

Şekiller Dizini ……..v

Kısaltmalar ……vi

Özetler ve Anahtar Kelimeler ……vi

1. GİRİŞ VE AMAÇ ……..1

2. GENEL BİLGİLER ……...3

2.1. Türk Diş Hekimleri Birliği ……3

2.1.1. Kuruluş ve Tarihçe ……...3

2.1.2. Görev ve Yetkileri ……..…… 3

2.1.3. Organları ……..……....5

2.1.4. Yüksek Disiplin Kurulunun Görevleri ……....5

2.2. Dental İmplantoloji Nedir ……6

2.2.1. Dental İmplant Nedir ……..6

2.2.2. Dental İmplant Tarihçesi ……7

2.2.3. Dental İmplant Endikasyon ve Kontrendikasyonları ……..9

2.2.4. Dental İmplant Çeşitleri ……11

2.2.5. Dental İmplant Tedavisinde Başarı Kriterleri ……13

2.2.6. Dental implant Tedavisi Başarısını Etkileyen Faktörler ……13

2.2.7. Dental İmplant Uygulamalarında Tıbbi Uygulama Hatası ……....14

2.2.7.1. Taksir ……14

2.2.7.2. Kast ……14

2.2.8. Diş Hekiminin Dental İmplant Uygulamalarında Hukuki Durumu ….14

2.2.8.1. Yasal Dayanaklar ……14

2.2.8.2. Diş Hekimi ile Hasta Arasındaki Hukuki Durum ……....15

3. GEREÇ VE YÖNTEM ……....18

3.1. Diş Hekimi Görüşmeleri ……19

4. BULGULAR ……..22

5. TARTIŞMA ……....35

6. SONUÇ ……..42

7. KAYNAKLAR ……..44

8. EKLER ……....53

1.Hekim Görüşmelerine Yönelik Aydınlatılmış Onam Formu ……..53

2.Hekim Görüşmelerinde Sorulan Sorular ……....54

3.Türk Diş Hekimleri Birliği Merkez Yönetim Kurulu Onayı ……....56

4.İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Müdürlüğü Yönetim Kurulu Kararı....57

9. ÖZGEÇMİŞ ……....58

Tablolar Dizini

Sayfa

Tablo 1: İmplant tedavisi konulu tıbbi uygulama hatası iddialarının yıllara göre dağılımı……...23

Tablo 2: Şikayet edilen hekimlerin ve şikayet eden hastaların cinsiyetleri dağılımı.....23

Tablo 3: Hekimin hatalı olduğu uygulama...……..25

Tablo 4: Cerrahi planlama ve cerrahi uygulama hata sayılarının ikili karşılaştırması...26

Tablo 5: Protez planlama ve protez uygulama hata sayılarının ikili karşılaştırması...27

Şekiller Dizini

Sayfa

Şekil 1: Dental implant ve üzerine yerleştirilen kuron(kaplama)……...7

Şekil 2: Mayaların M.S. 600 yıllarından kalma dental implantı…….8

Şekil 3: Endosseoz implant……....11

Şekil 4: Transosseoz implant……..12

Şekil 5: Subperiostal implant……..12

Şekil 6: Dosyaların ilgili bölüm dağılımı……...22

Şekil 7: Türüne göre onam alınan olgu sayıları ve yüzdeleri…….28

Şekil 8: Hekimin savunmada kullandığı belgeler……...29

Kısaltmalar

TDB : Türk Diş Hekimleri Birliği

SDE : Sürekli Diş Hekimliği Eğitimi

BK : Bakanlar Kurulu

Özet

Ülkemizde diş hekimleri odalarının verdiği kararlara itiraz söz konusu olduğunda üst merci olarak görev yapan Türk Diş Hekimleri Birliği Yüksek Disiplin Kuruluna tıbbi uygulama hatası iddiası ile gelen dosyalar incelenmiştir.

13.01.2010-13.02.2017 tarihleri arasında TDB Yüksek Disiplin Kuruluna ulaşan şikayet dosyaları içinde tıbbi uygulama hatası iddiası olan 171 şikayetin 103' ü çeşitli diş hekimliği tedavileri ile ilgili iken, 68' i implant esaslı olduğu tespit edilmiştir. Bu 68 dosyanın altısı usulen yanlıştır ve kurul tarafından değerlendirmeye alınmamıştır. Çalışma kapsamındaki 62 dosyada hekimin hatalı uygulama yaptığı, TDB Yüksek Disiplin Kurulunun kararı ile kesinleşen, olgu sayısı 44' dür ve % 70,9 ile oldukça yüksek bir orandadır.

Dental implant tedavileri kullanılan malzemelerin çeşitliliği artmasıyla günümüz diş hekimliğinde en sık uygulanan tedavilerden birisi haline gelmiştir. Diş hekimliği uygulamalarında implant, disiplinler arası bir tedavi olup cerrahi ve protez uygulamalarının kombinasyonudur; implant tedavisinin basamakları genel olarak cerrahi planlama, protez planlama, cerrahi uygulama ve protez uygulamasıdır.

İncelenen yıllar içinde özellikle tıbbi uygulama hatası iddiası ile TDB Yüksek Disiplin Kuruluna gelen implant esaslı şikayetlerde son yıllara doğru artış vardır ve implant şikayetleri toplam şikayetler arasında ciddi yer tutmaktadır. Bu durum ile bağlantılı olarak çalışmamızda implant şikayetlerinin artışı hakkında neden-sonuç ilişkisi, hukuki durum, alınabilecek önlemler gibi konu başlıkları ile ayrıntılı çalışma yapıldı. 68 dosya ayrıntılı incelendi, konu ile ilgili, aktif olarak implant tedavisi yapan uzman olan ve olmayan diş hekimlerin görüşlerine başvuruldu ve literatür taraması yapıldı.

Yapılan dosya incelemesinde ve literatür taramasında diş hekimlerinin özellikle cerrahi uygulama aşamasında yetersiz oldukları ve hata yaptıkları ortaya çıkarken yüz yüze görüşülen diş hekimlerine göre hatalar daha çok protez planlama aşamasındaydı. Ancak görüşülen diş hekimleri de yapılan literatür taramaları da lisans seviyesinde, verilmesi gereken implant tedavi nosyonunun öğretilmediği, implantoloji eğitimin yetersizliğini ortaya koyuyordu.

Sonuç olarak dental implant tedavilerinde kaliteyi arttırmak, tıbbi uygulama hatalarını azaltmak ve farkındalık yaratmak için önerilerde bulunuldu.

Anahtar kelimeler: İmplantoloji; dental implant; tıbbi uygulama hatası; komplikasyon; disiplinlerarası; farkındalık; nosyon

Abstract

In the case of objection to the decisions made by the chambers of dentists in our country, the files that came to the Turkish Dental Association High Disciplinary Board with the claim of malpractice were examined.

Of the 171 complaints alleging malpractice in the complaint files reached to the TDB high Disciplinary Board between 13.01.2010-13.02.2017, 103 were related to various dental treatments, while 68 were found to be implant-based. Six of these 68 files are incorrect and have not been considered by the board. The number of cases in the 62 files in the scope of the study that the physician made a wrong application, which was finalized by the decision of the TDB high Disciplinary Committee, is 44 and is a very high rate with 70.9%.

Dental implant treatments have become one of the most common treatments in today's dentistry with increasing diversity of materials used. In dentistry, implant is an interdisciplinary treatment, a combination of surgical and prosthetic practices; the steps of implant therapy are generally surgical planning, prosthetic planning, surgical practice and prosthetic practice.

There has been an increase in implant-based complaints against malpractice allegations and TDB high Disciplinary Board over the years under review, and implant complaints take a serious place among the total complaints. In this study, we conducted a detailed study of the increase in implant complaints with the topics such as cause-effect relationship, legal status, precautions that can be taken. 68 files were examined in detail, the opinions of specialist dentists and non-specialist dentists who are actively engaged in implant treatment were consulted and literature was reviewed.

In the examination of the file and the literature review, it was revealed that the dentists were inadequate and made mistakes especially in the surgical application stage, while the errors were mostly in the prosthetic planning stage compared to the face-to-face dentists. However, literature scans of the dentists interviewed also showed that implantology training was not taught at the undergraduate level and the implant treatment notion was not taught.

As a result, suggestions were made to improve the quality of dental implant treatments, reduce medical application errors and raise awareness.

Key words: Implantology; dental implant; malpractice; complication; interdisciplinary; awareness; notion

1-GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanoğlu daha anne karnında sağlık hizmetine gereksinim duymaya başlar ve sağlık hizmeti hukukla korunan, hayat boyunca devam eden evrensel, insani bir haklardan birisidir (1,2). Yaşam kalitesinin oluşturulmasında, sürdürülebilmesinde ve korunmasında sağlık çok özel bir öneme sahiptir. Bu yüzden sağlık hizmetine başlanmadan önce hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların engellenmesi öncelikli olmalıdır; bu konu son 10 yıldır önemini arttırmıştır (3).

‘’tıbbi malpraktis’’ in dilimizdeki karşılığı tıbbi uygulama hatasıdır; kökeni esas olarak Latince hatalı/yanlış uygulama manasına gelen ‘’mala praxis’’ kelimelerinden gelmiştir (4,5).

‘’tıbbi uygulama hatası’’ nın birçok kurum tarafından, farklı zamanlarda tanımlaması yapılmıştır. Türk Tabipler Birliği Meslek İlkeleri Etiğinin 13. Maddesinde tıbbi uygulama hatası şöyle tanımlanmaktadır ‘’Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi, hekimliğin kötü uygulaması: tıbbi uygulama hatası anlamına gelir (6,7). Dünya Tabipler Birliği’ nin 1992 yılındaki 44. Genel Kurulu’nda tıbbi uygulama hatası ‘’hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar.’’ olarak tanımlanmıştır (8). Tıbbi Deontoloji Tüzüğü’nü 2. maddesinde; “Tabip ve diş tabibinin başta gelen vazifesi, insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermektir.” denilmekte olup hekimliğin evrensel değerleri anlatılmaktadır (9). Sonuç olarak tanımlamalar farklı olsa da hepsi aynı sonuca çıkmaktadır; tıbbi uygulama hatası tıbbın değişik dallarında oluşabilen ihmal, yanlış tanı, gecikmiş tanı/tedavi ile ortaya

çıkan problemlerdir (10,11). Diş hekimliği de tıbbın bir dalıdır ve ‘’diş hekimliğinde tıbbi uygulama hatası’’ de aynı şekilde tanımlanabilir.

Tıbbi uygulama hatası, zararın özen ve dikkat yükümlülüğünün yerine getirilmemesi sonucunda oluşması özelliği ile komplikasyondan ayrılır. Komplikasyonda tedaviyi uygulayan hekim azami özen ve dikkat göstermiş olsa bile zarar oluşmuştur (12,13).

Oral implantoloji uygulamaları diş hekimliği tedavilerinden birisidir ve günümüz modern diş hekimliğinde rutin bir uygulama haline gelmiştir. İmplant esas olarak canlı bir dokuya yerleştirilen cansız materyaldir. Oral implantoloji de dental implant kullanarak çeşitli nedenlerle dişini/dişlerini kaybetmiş kişilerin eksik dişini/dişlerini yerine koymayı amaçlayan tedavi şeklidir (14-16).

Bu çalışmada ülkemizdeki oral implantoloji tedavilerinde tıbbi uygulama hatalarındaki artış ve implantoloji lisans eğitimindeki yetersizlik öngörüsü ile Türk Diş Hekimleri Birliği Yüksek Disiplin Kurulu’nda değerlendirilen oral implantoloji uygulama hatası iddialarını incelenip iddialardaki tıbbi uygulama hatası varlığının, neden sonuç ilişkisinin, benzer uygulama hatalarının oluşmaması için yapılması gerekenlerin tartışılması amaçlandı.

2-GENEL BİLGİLER

2.1. Türk Diş Hekimleri Birliği

2.1.1. Kuruluş ve Tarihçe (17)

Türk Diş Hekimleri Birliği (TDB); anayasal bir meslek örgütü olup anayasanın 135.inci maddesinde tanımlanan "kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları" kapsamında 7 Haziran 1985 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanan 3224 sayılı "Türk Diş Hekimleri Birliği Kanunu" ile kurulmuştur.

Bu kanuna göre; Birlik bu kanunda yazılı esaslar uyarınca diş hekimliği mesleğine mensup olanların müşterek ihtiyaçlarını karşılamak, mesleki faaliyetlerini kolaylaştırmak, bu mesleğin genel menfaatlere uygun olarak gelişmesini sağlamak, meslek mensuplarının birbirleri ve hastaları ile olan ilişkilerinde dürüstlüğü ve güveni hakim kılmak üzere meslek disiplini ve ahlakını korumak maksadı ile kurulan tüzelkişiliğe sahip kamu kurumu niteliğinde meslek kuruluşudur. Birliğin merkezi Ankara'dır.

2.1.2. Görev ve Yetkileri

Türk Diş Hekimleri Birliği; diş hekimlerinin maddi manevi haklarını korumak ve meslek ahlakının korunmasını sağlamak adına çalışmalarını yürütür (17).

Türk Diş hekimleri Birliği tarafından diş hekimliği mesleğinin standartlarını yükseltmek ve meslek etik ve disiplinini sağlamak amacıyla çıkarılan tüzük, yönetmelik ve genelgeler yayınlanarak diş hekimliği dünyasının bilgisine sunulur (17).

Türk Diş Hekimleri Birliği; fakültede edinilen bilgi ve becerilerin unutulmaması, diş hekimliği alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmelerin izlenmesi, topluma daha nitelikli diş hekimliği hizmeti verilmesini sağlamak amacıyla, akademik eğitim sonrası Sürekli Diş Hekimliği Eğitimi (SDE) programları gerçekleştirir. Diş Hekimliği Fakülteleri ile uyum içinde gerçekleştirilen SDE etkinlikleri ile diş hekimliğinde eğitim ve uygulama düzeyinin yükseltilmesi hedeflenmektedir (18).

Türk Diş Hekimleri Birliği, pek çok konuda yayınladığı kitaplarla diş hekimliği mesleğin gelişimine katkıda bulunur. Türk Diş Hekimleri Birliği'nin kurulduğu ilk günden bu yana düzenli olarak 2 ayda bir yayınlanan ve üyelere ücretsiz olarak gönderilen Türk Diş Hekimleri Birliği Dergisi ile de, Birlik faaliyetlerinden ve mesleği ilgilendiren güncel gelişmelerden yurdun dört bir yanındaki diş hekimlerinin haberdar olması sağlanmaktadır (19).

Türk Diş Hekimleri Birliği, Sağlık Bakanlığı Ulusal AIDS Komisyonu ve Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Komisyonu Bilimsel Danışma Kurulu, Gümrük ve Ticaret Bakanlığı Reklam Kurulu ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Danışma Kurulu'nda, birer üye ile temsil edilmektedir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı`nın sağlık politikaları oluşturmasına yönelik pek çok ortak çalışmasına da katılmakta, ürettiği projelerini paylaşmaktadır (20).

Türk Diş hekimleri Birliği'ne bağlı 35 Diş hekimleri Odası bulunmaktadır. Bu Diş Hekimleri Odaları Adana, Ankara, Antalya, Aydın, Balıkesir, Bursa, Çanakkale, Denizli, Diyarbakır, Edirne, Elazığ, Eskişehir, Gaziantep, Hatay, Isparta, İstanbul, İzmir, Kahramanmaraş, Kayseri, Kocaeli, Konya, Malatya, Manisa, Mardin, Mersin, Muğla, Sakarya, Samsun, Sivas, Şanlıurfa, Tekirdağ, Trabzon, Uşak, Zonguldak illerindedir. Diş Hekimleri Odaları, üyeleri ile doğrudan ilişki içindedirler. Diş

hekimleri bağlı bulundukları Odalarda, komisyonlarda ve Oda Organlarında çalışarak, gönüllü katkılarıyla mesleğimizin ilerlemesi için çaba göstermektedirler. Mesleğini serbest olarak uygulayan diş hekimleri için bulunduğu ilin bağlı olduğu odaya üye olmak, yasal zorunluluktur (17).

Belirli zamanlarda her ilin diş hekimleri odası başkanının katılımıyla bir araya gelen Başkanlar Konseyi toplantılarıyla, Odalar ve Birlik arasındaki ilişkilerin geliştirilmesi ve böylece sorunlara sağlıklı çözümler üretilmesi sağlanır (19).

2.1.3. Organları (19)

a) Genel Kurul
b) Merkez Yönetim Kurulu
c) Yüksek Disiplin Kurulu
d) Merkez Denetleme Kurulu.

2.1.4. Yüksek Disiplin Kurulunun Görevleri (19)

Bu kurul iki yıllık bir dönem için Birlik Genel Kurulu tarafından, delegeler ve Birlik merkez organları asıl üyeleri arasından seçilen dokuz asıl ve dokuz yedek üyeden oluşur.

Birlik Yüksek Disiplin Kuruluna seçilebilmek için bu Kanuna göre seçilme yeterliğinin yanında Türkiye'de en az bilfiil on beş yıl diş hekimliği yapmış olmak şarttır. Hizmet süresi bakımından yeterli sayıda aday bulunamazsa sırasıyla daha az hizmeti olanlar da aday olabilir.

Birlik Yüksek Disiplin Kurulu asıl üyeleri ilk toplantılarında kendi aralarından gizli oyla bir Başkan ve bir de Raportör seçerler.

Yüksek Disiplin Kurulunun görevi, Oda Disiplin Kurullarının kararlarına karşı yapılacak itirazları incelemek ve Kanunla verilen diğer yetkileri kullanmaktır.

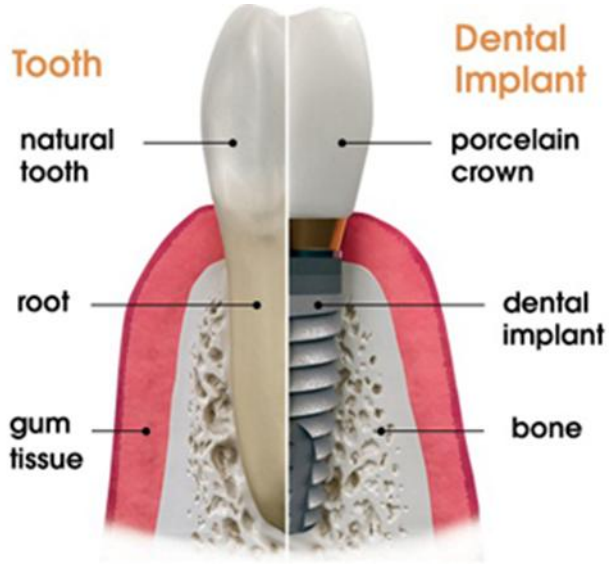
2.2. Dental İmplantoloji Nedir

Diş kayıpları sonucunda hastalarda estetik, fonetik, fonksiyonel, psikolojik sorunlar ortaya çıkabilir. Bu sorunların ortadan kaldırılması amacıyla klasik diş hekimliği uygulamalarından alternatif olarak çene kemiğine yapay diş kökü(implant) yerleştirme temeline dayanan tedavi şeklidir (21,22).

Dental implantoloji, esas olarak eksik dişi tamamlamaya yönelik cerrahi komponenti olan bir protetik tedavi şeklidir.

2.2.1. Dental İmplant Nedir

İmplant kelime anlamı itibariyle doku içerisine konan demektir. Dental implant ise eksik olan diş kökümüz yerine titanyum veya insan dokusuna uyumlu bir materyalden yapılmış, çene kemiğine yerleştirilen yapay bir köktür (Şekil 1). Dental implant vida şeklinde veya silindirik olabilir; genellikle vida şeklinde olan titanyum materyali seçilir (23-25).



Şekil 1. Dental implant ve üzerine yerleştirilmiş kuron(kaplama) (26)

2.2.2. Dental İmplant Tarihçesi

Diş hekimlerinin implant kullanmaya başladıkları dönem ise 20.yüzyıl olarak bilinmektedir (27).

Ancak kaybedilen diş yerine en ilkel şekilde diş koyma işlemi M.S. 600 yıllarında Maya uygarlığında görülmektedir (Şekil 2). Yapılan arkeolojik çalışmalarda Maya uygarlığına ait üç eksik keser diş yerine kabuk parçası konmuş mandibula bulunmuştur. Bu kabuk parçalarına keser diş formu verilmeye çalışılmıştır (27).



Şekil 2. Mayaların M.S. 600 yılından kalma dental implantı (27)

Modern diş hekimliğinde implant uygulamalarının temeli 1952 yılına dayanmaktadır. Bu yılda İsveç Lund Üniversitesi'nin Vital Mikroskopi Laboratuvarında ortopedi cerrahı Profesör Per-Ingvar Branemark tavşanlarda kemik iyileşmesi ve rejenerasyonu araştırmaları esnasında tavşan tibia kemiğine silindirik şekilde titanyum bir implant parçası yerleştirdi; birkaç ay sonra bu parçayı çıkarmak istediğinde bu parça ile kemik dokunun kaynaştığını gördü ve implantı ayıramadı. Bu sonuç Branemark tarafından''osseointegrasyon'' kavramı ile açıklandı (28). Osseointegrasyon, canlı kemik ile yerleştirilmiş implant arasında yapısal ve fonksiyonel bağlantı oluşmasıdır (29-31).

Dental implantolojide osseointegrasyon klinik olarak çene kemiği ile implant arasında çiğneme kuvvetlerine dayanıklı, semptomsuz, rijit, progresif hareketliliğin olmadığı bağlantı meydana gelmesidir (32).

Branemark, saf titanyum ticari dental implantı 1965 yılında Gosta Larsson isimli hastaya implant destekli sabit protez yapımı için uyguladı ve hasta 2009 yılında ölene kadar, yerleştirilen implantlar fonksiyon görmüş (33).

2.2.3. Dental İmplant Endikasyonları ve Kontrendikasyonları

İmplant tedavisi mutlaka ağız içinin ayrıntılı klinik muayenesi ile başlamalıdır. Klinik muayenenin yanında hastanın tıbbi özgeçmişi, hastanın tedaviden beklentileri, hastanın yüz şekli, hastada çeneler arası ilişki çok iyi değerlendirilmeli; gerekli tüm radyografik tetkikler istenmelidir (34).

Endikasyonlar (35-37)

- Protetik tedavi türleri ile tutuculuk sağlanamayan tam dişsizlik olguları.
- Tek taraflı dişsizlik vakaları.
- Doğal dişlerin konum ve sayı açısından sabit protez ayağı olarak yeterli olamayacağının düşünüldüğü vakalar.
- Hareketli protez kullanamayan kısmi dişsiz hastalar.
- Kusma refleksi nedeniyle tam ve/veya bölümlü protez kullanamayan hastalar.
- Tek diş eksikliği varlığı.
- Ağız kaslarında koordinasyon bozukluğu olan hastalar.
- Protez stabilitesini bozan parafonksiyonel ağız alışkanlıkları olan hastalar.
- Ortodontik tedavide ankraj olarak.

Kontrendikasyonlar (35-39)

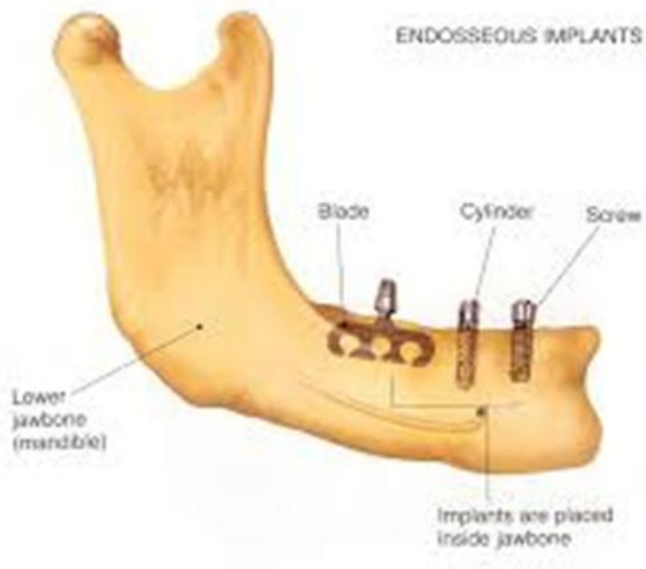
- Hastada yeni geçirilmiş kardiyomiyopati, serebrovasküler olay, miyokard infarktı, kalp kapakçığı protezi varlığında implant uygulaması 6 ay kadar ertelenmelidir.
- AIDS, kanser kemoterapisi, organ transplantasyonu vb. durumlardan dolayı hastada immün sistem yoğun şekilde baskılanmış ise uygulama ertelenmelidir.
- Doğumsal veya sonradan edinilmiş sebeplerden dolayı kontrol edilemeyen ağır kanama bozukluğu olan hastalarda girişim ertelenmelidir.

- Hastada akut durumda sistemik ya da ağız bölgesi enfeksiyonu varsa tedavileri tamamlanıncaya kadar beklenmelidir.
- Anatomisi farklı doğal oluşum varlığı.
- Alveol kemiğinde ve/veya mukozasında tedavi edilmemiş lokal agresif lezyon varlığı; alveol kemiği nitelik ve nicelik olarak yeterli değilse.
- Gebelik varlığı.
- Hasta hipertansiyon ve/veya diyabet tedavisi görüyorsa bu rahatsızlıklar kontrol altına alınana kadar beklenmelidir.
- Selim görünümlü olan ancak implant yerleştirilmesi için yeterli alan bırakmayan lezyonların varlığı.
- Psikiyatrik sorunlardan dolayı implantı yabancı cisim olarak algılayıp çıkartılmasını isteyen hastalar.
- İlgili bölgede akut veya kronik kemik ya da mukoza enfeksiyonları varsa.
- Hasta, kortikosteroid tedavisiyle beraber damar yoluyla bifosfonat türevi ilaçlar kullanıyorsa çenede cerrahi girişime bağlı nekroz oluşma ihtimali yüksektir.
- Kemik kayıpları yönlendirilmiş doku rejenerasyonu uygulaması ile tedavi edilemeyecek durumdaysa.

2.2.4. Dental İmplant Çeşitleri

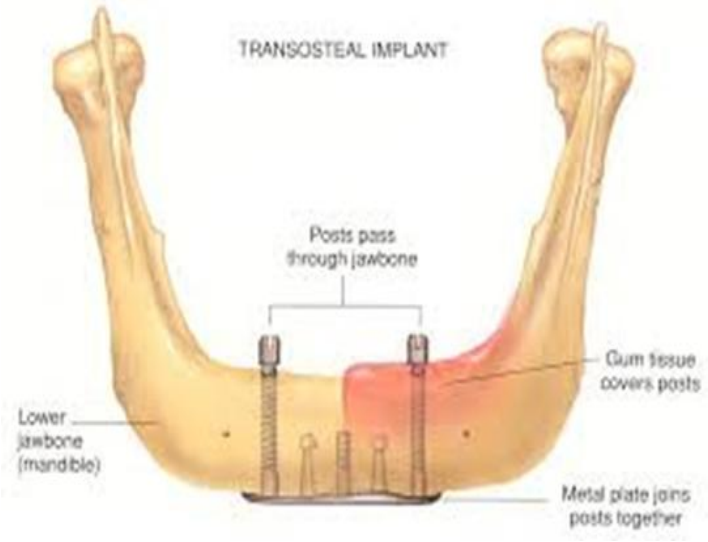
İmplantların geometrilerine, şekillerine, yüzeylerine, fonksiyon ve materyallerine göre çeşitleri vardır; genel manada sınıflandırmak istersek üç bölüme ayırabiliriz (40,41).

- Endosseoz İmplant (Şekil 3): Modern diş hekimliğinde rutin olarak kullanılan implant çeşididir. Bu implant türü kemik içine yerleştirilir ve osseointegrasyon esasına dayanır. Blade, silindirik, vida bu implant sınıfının çeşitleridir; en çok silindirik ve vida çeşitleri kullanılır (40).



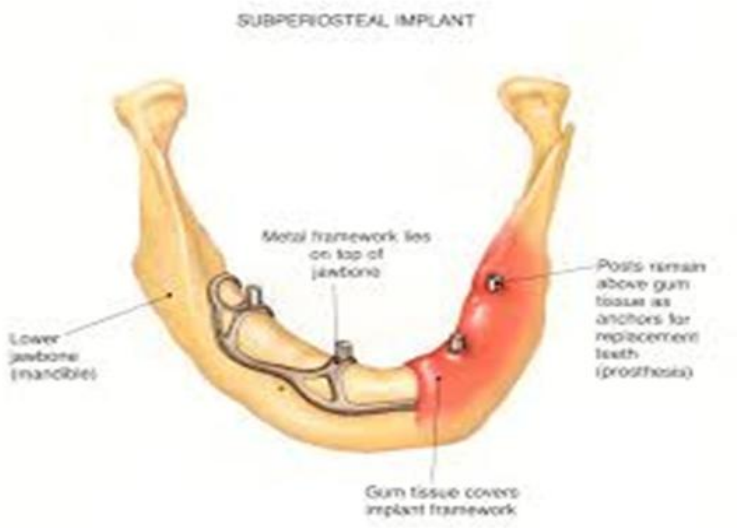
Şekil 3. Endosseoz İmplant (42)

- Transosseoz İmplant (Şekil 4): Çoğunlukla anterior bölgeye uygulanan zımba tarzı implantlarıdır; osseointegrasyon esasına dayanmaz (41).



Şekil 4. Transosseoz İmplant (43)

• Subperiostal İmplant (Şekil 5): Atrofik çenelerde endosseoz implantların yerleştirilebilmesi için ölçü alınmasını takiben çeneye özel yapılan ve osseointegrasyon oluşturmayan implantlardır (44,45).



Şekil 5. Subperiostal İmplant (46)

2.2.5. Dental İmplant Başarı Kriterleri

Dental implantlarda başarı kriterlerini kesin sınırlarla çizmek yerine vakaya özel farklı faktörlere ve implantın ağızda kalma süresine göre değerlendirmek en doğru olanıdır. Dental implantlarda başarıyı anlatırken sağ kalım(survival) terimini atlamamak gerekir; başarı ve sağ kalım terimleri implant söz konusu olduğunda zaman zaman tanım olarak karışabilir. Araştırmacılara göre ‘’implant başarısı’’ terimi ideal klinik şartları tanımlamak için kullanılmaktadır ve en az 12 aylık süreyi kapsamalıdır. Tatmin edici sağ kalım implantın hastaya herhangi bir sorun teşkil etmeden ağızda görevini yapabilmesi manasına gelir (40,41,47,48).

Dental implantta başarı kriterlerini birçok araştırmacı tarafından erken dönem(1-3 yıl), orta dönem(3-7 yıl) ve ileri dönemdeki(7 yıldan uzun) parametreler olarak ayrı ayrı verilse de genel ve kesin kriterler şöyle tanımlanabilir (49-53):

- Periimplant dokunun sağlıklı ve doğal görünümde olması, osseointegrasyonun sağlanması.
- İmplant çevresi radyografik kemik kaybının kabul edilebilir sınırlar içinde olması.
- İmplantın ağızda kalma oranı, implant üstü protezin parametrelere uygun olması.
- Hastanın estetik, fonksiyon ve fonasyon olarak memnun olmasıdır.

2.2.6. Dental İmplant Tedavisi Başarısını Etkileyen Faktörler

Başarı bir implant uygulaması öncelikli olarak diş hekimi ve hasta arasındaki uyumun, iletişimin iyi olmasına bağlıdır. Bu faktörleri şöyle sıralayabiliriz (35,54):

- Çevre dokuların(sert ve yumuşak) tedavi için uygun olması.
- Tedavi sonrası hastanın bakım konusunda özenli davranması.
- Yapılma kararı verilen protezin planlama ve uygulamasının doğru olması.
- Ekibin yetkin ve seçilen uygulama metodunun doğru olması.
- Yapılan uygulamanın uygun şekilde ve zamanda yapılması.
- Seçilen implant materyalinin uygun özelliklere sahip olması.
- Tedavi endikasyon ve planlamasının doğru yapılması.

2.2.7. Dental İmplant Uygulamalarında Tıbbi Uygulama Hatası

2.2.7.1. Taksir

Taksir, hekimin öngördüğü neticeyi istememesine rağmen sonucun meydana gelmesi halidir. Öngörülmesi gerekeni öngöremeyişi "basit taksir", öngörmesini öngörmesine rağmen kendine güvenerek olumsuz sonuca sebebiyet vermesi "bilinçli taksir" dir (55,56).

2.2.7.2. Kast

Kast, hekimin öngördüğü neticeyi istememesine rağmen bilerek, kasıtlı rıza göstermesidir ve Türk Ceza Kanununda ağır bir suç olarak tanımlanmıştır (57).

2.2.8. Diş Hekiminin Dental İmplant Uygulamalarında Hukuki Durumu

2.2.8.1. Yasal Dayanaklar

Bir diş hekimliği müdahalesinin yasal olabilmesi için şu kriterler gereklidir (58-60):

- Müdahaleyi yapan kişinin diş hekimi olması.

- Endikasyonun doğru olması.
- Hastadan aydınlatılmış onamın alınması.
- Müdahalenin özenli ve tıp biliminin verilerine uygun olarak yapılmış olması.

Bir diş hekimliği fakültesi mezunu olup mezunu olup, diş hekimi sıfatını kazanan herkes kural olarak mesleğin bütün alanlarında tıbbi müdahale yetkisine sahiptir ve her diş hekimi eğitimini aldığı tedavi yöntemlerini uygulayabilir. Uzmanlık gerektiren bazı özel durumlarda diş hekiminin müdahalede bulunmaması, bu özel durum ile ilgili yeterli eğitimi almış uzman bir diş hekiminden yardım alması gerekebilir (61).

2.2.8.2. Diş Hekimi ile Hasta Arasındaki Hukuki Durum

Diş hekimi ile hasta arasındaki hukuki durumda iki tip sözleşme söz konusudur. Bunlardan ilki ‘’Vekalet Sözleşmesi’’ dir. Bu sözleşmede vekil vekaleti verirken bir işinin görülmesi, hizmetinin yapılması için vekaleti verdiği kişi ile yaptığı sözleşme yapar (61). Türk Borçlar Kanunu madde 502’de ‘’Vekâlet sözleşmesi, vekilin vekâlet verenin bir işini görmeyi veya işlemini yapmayı üstlendiği sözleşmedir. Vekâlete ilişkin hükümler, niteliklerine uygun düştükleri ölçüde, bu Kanunda düzenlenmemiş olan iş görme sözleşmelerine de uygulanır. Sözleşme veya teamül varsa vekil, ücrete hak kazanır.” şeklinde ifade edilmiştir (62,63). Bu sözleşme şekline göre diş hekimi teşhisi koyar ve tedaviyi gerçekleştirir. Hekim hastasını iyileştirmek için tıp biliminin kuralları çerçevesinde özenle çalışmak zorundadır; diş hekimi kusurlu olmasının dışında yaptığı müdahalenin mutlak başarı ile sonuçlanmamasından dolayı sorumlu tutulamaz (64).

İkinci sözleşme tipi ‘’eser sözleşmesi’’ dir. Eser sözleşmesi Türk Borçlar Kanununun 470. maddesinde düzenlenmiştir. Bu kanunun ilgili maddesine göre, “Eser sözleşmesi, yüklenicinin bir eser meydana getirmeyi, iş sahibinin de bunun karşılığında bir bedel ödemeyi üstlendiği sözleşme’’ şeklidir. İlgili kanunda eseri meydana getirmek olarak ifade edilse de aynı zamanda mevcut eserin bakımı, onarımı ve ortadan kaldırılmasının da bu sözleşmenin kapsamına girebileceği kabul edilmektedir (65). Eser sözleşmesinin, vekalet sözleşmesinden farkı sonucun garanti edilmesidir (66). Ancak unutulmamalıdır ki hekimin hastayı tedavisinin veya cerrahi müdahalelerinin başarıyla sonuçlanması, çoğu zaman hekimin elinde olmayan faktörlere (hastanın durumu ve hastalığın niteliği gibi) bağlıdır ve objektif olarak bakıldığında sonuç garantisi verilmeye uygun değildir (67). Gerçekleştirilecek eser, kişinin vücudunda kullanılır olduğundan ve yapımı teknik bir uzmanlık gerektirdiğinden eserin niteliklerine, kişinin bedeni üzerinde göstereceği olası etkilere, yapılışı sırasında oluşabilecek zararlara ve sonuca varılması için hasta tarafından uyulması gereken kurallara ilişkin olarak iş sahibi tarafından hastanın ayrıntılı bilgilendirilmesi gerekmektedir (68,69). Von Büren’ e göre bir diş hekiminin hem diş çekimi hem de diş takması durumunda; hakimin aynı anda vekalet ve eser sözleşmelerinden uygun düşen kuralları uygulamalıdır, katı şekilde belirli bir sözleşme tipine bağlı kalmanın doğru olamaz (70). İlgili bir Yargıtay kararında “ Diş protezi yapılması’’ bir eser (istisna) sözleşmesidir. Eser sözleşmesinde, müteahhitin iş sahibinin verdiği, taahhüt ettiği bir ücret karşılığında bir şey yapımını yüklenmesi söz konusudur. Davacı yapılan protezin sözleşme şartlarına uygun yapılmadığını ileri sürmüştür. Davaya konu olan protezin sözleşme şartlarına uygun bir eser olup olmadığı, davacının protezi tıbbi ve fenni yönden kullanıp kullanamayacağı ve nefaset kurallarına göre, protezin kabule şayan görülüp görülmeyeceğinin 818 sayılı

B.K.'nun 363. maddesi (6098 sayılı yeni BK'da 474. madde) doğrultusunda yeniden seçilecek uzman bilirkişi aracılığı ile tetkikat yapılarak sonucuna göre bir karar vermesi gerekir" denmektedir (71). Yüksek mahkeme bu kararında hastaya yapılan protezi imal edilen şey olarak kabul etmiş olup protez yapımını hekimlik mesleğinin uğraş alanı olan tedavi sanatı içinde değerlendirmiştir (72). Bu bağlamda hem cerrahi hem de protez tedavisi uygulamalarını içeren implant tedavisinde eser ve vekalet sözleşmeleri aynı anda yürürlüktedir denebilir.

3-GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışmada, Türk Diş Hekimleri birliği Yüksek Disiplin Kuruluna çeşitli Diş Hekimleri Odaları'ndan ulaşan dosyalar Türk Diş hekimleri Birliği disiplin yönetmeliğinin 8/h maddesine (mesleğini yanlış, kusurlu uygulama; tıbbi uygulama hatası) istinaden, Türk Diş Hekimleri Birliği Yönetim Kurulunun izniyle incelendi. İncelenen dosyaların tarihleri arası 13.01.2010-13.02.2017' dir. İncelenen tarihler arasında toplam 23 toplantı yapılmıştır.

Şikâyetler incelendiğinde şikâyetlerin ait olduğu yıllar ve tedavi uygulamaları ile ilgili saptama yapıldı. Buna göre 2010 yılında 2017 yılına doğru ''Dental İmplant'' şikâyetlerinde hızlı bir artış görüldü. İncelenen dosyaların neredeyse yarıya yakınının implant ile ilgili olduğu tespit edildi. Bunun üzerine tez danışman öğretim üyesinin onayı alınarak implant şikâyetlerinin artışı hakkında neden-sonuç ilişkisi, hukuki durum, alınabilecek önlemler gibi konu başlıkları ile ayrıntılı çalışma yapıldı.

Dental implant tedavisi ile ilgili tıbbi uygulama hatası iddiasını içeren dosyaların ayrıntısına girilerek şu parametrelerle incelendi ve değerlendirildi.

- İmplant tedavisine başlamadan önce tedavinin cerrahi kısmının endikasyonu ve planlaması doğru mu, yanlış mı yapılmış?
- İmplant tedavisine başladıktan sonra tedavinin cerrahi kısmının uygulaması doğru mu, yanlış mı yapılmış?
- İmplant tedavisine başlamadan önce tedavinin protez kısmının endikasyonu ve planlaması doğru mu, yanlış mı yapılmış?
- İmplant tedavisine başladıktan sonra tedavinin protez kısmının uygulaması doğru mu, yanlış mı yapılmış?

- Dosyaya göre tedaviye başlamadan hekim sözlü onam almış mı?
- Dosyaya göre tedaviye başlamadan hekim yazılı onam almış mı?
- Hekim, savunmasında hastadan alınan radyografik tetkikleri kullanmış mı?

Dosyalardaki bu soruların cevapları olan tüm parametreler derlendi ve istatistik paket programına kaydedildi; tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırmalar yapılarak tablo ve şekiller ile gösterildi. İstatistiksel karşılaştırma yöntemi olarak ki-kare testi %95 anlamlılık düzeyi($p<0.05$) kullanıldı. Analizler SPSS 24 istatistik analiz programı kullanılarak yapıldı.

Dental implant şikayetlerinin artışı ile ilgili neden sonuç ilişkisi ve alınabilecek önlemler konularında ülkemizden ve dünyadan literatür taraması yapıldı; benzerlikler ve farklılıklar tespit edilerek karşılaştırmalı çalışmalar tamamlandı.

3.1. Diş Hekimi Görüşmeleri

Sürekli dental implant tedavisi uygulayan beş uzman diş hekimi (2 çene cerrahisi uzmanı, 2 protetik tedavi uzmanı, 1 periodontolog), beş uzman olmayan diş hekimi; toplam 10 diş hekimi ile karşılıklı görüşme tekniği ile niteliksel araştırma yapıldı. Her bir görüşme yaklaşık 30 dakika sürdü. Tüm görüşmelerden önce hekimlerden onam (Ek-1) alındı. Hepsine, aynı olan 10 soru soruldu; cevaplar bulgular kısmında kullanılmak üzere anlık olarak Aykut Hurma' ya ait Iphone marka telefondaki ''Sesli Notlar'' uygulaması kullanılarak kayıt altına alındı. Bu sesli kayıtlar daha sonra kısa notlar halinde yazılarak gruplandırıldı. Sorular şunlardır:

- Size göre implantta başarı nedir? Başarılı bir implant tedavisi denince aklınıza hangi kriterler gelir?

- Karşılaştığınız eksik, hatalı implant tedavilerinde yanlış uygulama neredeydi(cerrahi kısmı, protez kısmı)? Biraz ayrıntıya girer misiniz?
- Bu gibi sıkıntıların tekrarlanmaması için sizce ne yapılmalı?
- Sizce implant tedavisinde başarıya ulaşmayı engelleyen faktörler nelerdir?(Maliyet, yüksek hasta beklentisi, rekabetçi piyasa şartları, düşük hasta motivasyonu, diş hekimlerindeki teorik ve/veya pratik eksiklikler, hekim-hasta arasındaki iletişim eksikliği, …)
- Hasta motivasyonu ve hekim-hasta iletişimi sizce ne kadar önemli? Bu konuda sıkıntı yaşadınız mı veya yaşama potansiyeli olan bir durumla karşılaştınız mı? Karşılaştıysanız ne yaptınız? Sırf bu sebepten tedaviden vazgeçtiğiniz oldu mu?
- İmplant hastalarınızın hepsinden onam alır mısınız? (Yazılı, sözlü) Kişiye özel yazılı onam çıkartıp hastaya imzalattığınız oldu mu? Kaç tane hatırlıyor musunuz?
- İmplant tedavisi ile ilgili evrakları (onam, panoramik, BT, modeller,…) saklar mısınız? Ne kadar süre? Arşiviniz var mı?
- İmplant tedavisi uyguladığınız hastaları poliklinik defterine düzenli kaydeder misiniz?
- İmplant tedavisi yapmaya başlamadan önce mezuniyet sonrası herhangi bir eğitim aldınız mı(doktora, özel kurs, …) Eğer aldıysanız nereden aldınız ve ne kadar sürdü? Size yeterli geldi mi? Varsa eksikler nelerdi?
- İmplant tedavisi ile ilgili sürekli diş hekimliği eğitimlerine (TDB, üniversiteler ve/veya özel kurslar) katılıyor musunuz?
- Lisans eğitiminiz sırasında implant tedavisi ile ilgili teorik ve/veya pratik eğitim aldınız mı? Kaç saat; hatırlıyor musunuz? Size yeterli geldi mi?

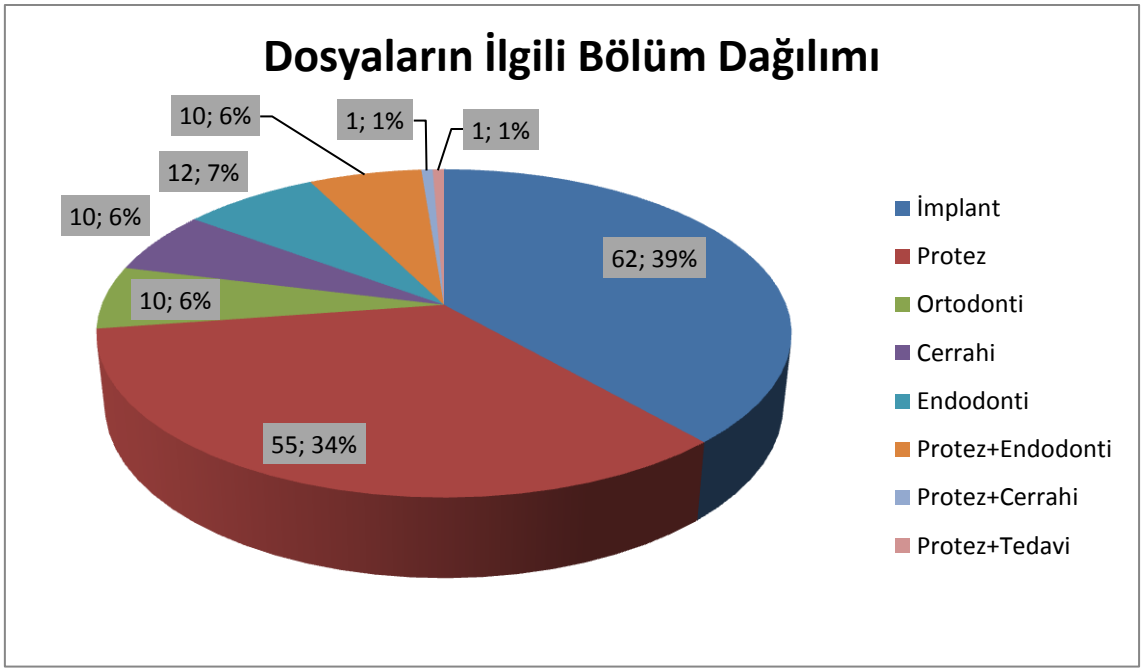
- İmplant tedavisi ile ilgili akademik yayınları takip eder misiniz? Her hangi bir sürekli yayına abone misiniz? İmplantoloji ile ilgili her hangi bir STK' ya ve/veya çalışma grubuna üye misiniz?
- Sizce üniversite eğitiminde ve mezuniyet sonrası ideal implantoloji eğitimi nasıl olmalı?

Hekim görüşmelerine dair bulgular aynı ve farklı cevap veren hekim sayıları belirtilerek verilmiştir.

4-BULGULAR

13.01.2010-13.02.2017 tarihleri arasında TDB Yüksek Disiplin Kuruluna ulaşan şikâyet dosyaları içinde tıbbi uygulama hatası iddiası olan 171 şikâyetin 103 tanesi çeşitli diş hekimliği tedavileri ile ilgili iken, 68 tanesinin implant esaslı olduğu tespit edilmiştir. 68 dosyanın 1 tanesinde şikâyet edilen hekim uygulamayı yapan hekim değil mesul müdürdür. Bir dosyada şikâyet edilen hekim sadece gözlemcidir; operasyona girmemiştir. Dört dosya ise TDB disiplin yönetmeliği usullerine aykırı işlem nedeniyle ilgili odalara iade edilmiştir. Geriye kalan ve hekimlerin implant işlemleri sebebiyle şikâyet edildiği 62 dosya incelemeye alınmıştır.

Tıbbi uygulama hatası iddiası ile TDB Yüksek Disiplin Kuruluna gelen 68 dosyanın ilgili olduğu bölümlerin dağılımı Şekil 6' da gösterilmiştir.



Şekil 6. Dosyaların ilgili bölüm dağılımı (n; %)

Tıbbi uygulama hatası iddiası ile TDB' ne ulaşan implant tedavi dosyalarının yıllara göre dağılımını incelersek son yıllara doğru artış olduğu göze çarpmaktadır. Bu durum Tablo 1' de gösterilmiştir.

Tablo 1. İmplant tedavisi konulu tıbbi uygulama hatası iddialarının yıllara göre dağılımı

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
İmplant Tedavisi	1	3	5	8	2	14	16	13

62 şikâyet dosyasının bulunduğu evrende istatiksel karşılaştırma yöntemi kullanılarak yapılan analizde (ki kare=1,352; p=0,245) şikâyet edilen hekim cinsiyeti ile şikâyet eden hasta cinsiyeti arasında bir anlamlılık bulunamamıştır. Bu durum tablo 2' de gösterilmektedir.

Tablo 2. Şikâyet edilen hekimlerin ve şikâyet eden hastaların cinsiyetleri dağılımı

	Hasta(Erkek) n(%)	**Hasta(Kadın) n(%)**	**Toplam(Hekim) n(%)**
Hekim(Erkek) n(%)	**19(31)**	**27(44)**	**46(74)**
Hekim(Kadın) n(%)	**4(6)**	**12(19)**	**16(26)**
Toplam(Hasta) n(%)	**23(37)**	**39(63)**	**62(100)**

62 şikâyet dosyasında tıbbi uygulama hatası iddiasının 40' ının (%64,5) tedavinin cerrahi kısmı ile ilgili olduğu, 20' sinin (%32,3) protez kısmı ile ilgili olduğu, 2' sinin de (%3,2) cerrahi ve protez kısımları beraber olacak şekilde olduğu görülmüştür.

Şikâyetleri ayrıntılı olarak incelemek için tedavilerin hangi aşamasında tıbbi uygulama hatası olduğu analiz edildi. Bir implant tedavisi ilk önce cerrahi tedavi sonra protez tedavisinden oluşmakta; her ikisi için de önce planlama sonra uygulama işlemleri gerekmektedir. Çalışma kapsamındaki 62 dosyada hekimin hatalı uygulama yaptığı, TDB Yüksek Disiplin Kurulunun kararı ile kesinleşen, olgu sayısı 44, oranı % 70,9' dur ve dağılımı Tablo 3' de gösterilmiştir.

44 olgunun 11' inde tedaviyi uygulayan hekim uzman diş hekimi iken 33' ünde uzman diş hekimi değildir.

Tablo 3. Hekimin hatalı olduğu uygulama

	Sadece	**Protez Planlama+Protez Uygulama**	**Yalnıca Protez Planlama**	**Yalnızca Protez Uygulama**	**Toplam**
Cerrahi Planlama	0	0	2	0	2
Cerrahi Uygulama	7	3	0	6	16
Cerrahi Planlama+Cerrahi Uygulama	8	8	3	0	19
Protez Planlama	1				
Protez Uygulama	3				
Protez Planlama+Protez Uygulama	3				
Toplam	24				

Hekimin hatalı uygulama yaptığı kararı verilen dosyaların 21’ inde % 47,7’ lik oran ile cerrahi planlama, 35’ inde % 79,5’ lik oran ile cerrahi uygulama, 9’ unda %20,4’ lük oran ile protez planlama, 12’ sinde % 27,2’ lik oran ile protez uygulama hatası olduğuna karar verildiği görülmüştür.

Dosyalarda tek aşamada hata olan olgu sayısı 11, iki aşamada hata olan olgu sayısı 19, üç aşamada hata olan olgu sayısı 6, dört aşamada hata olan olgu sayısı 8’dir.

İmplant tedavisinin planlama ve uygulama aşamalarında, hekimin hatalı olduğuna karar verilen dosya sayılarını ikili olarak karşılaştırdığımızda Tablo 4 ve Tablo 5 oluşmaktadır.

Tablo 4. Cerrahi planlama ve cerrahi uygulama hata sayılarının ikili karşılaştırması

	Cerrahi Uygulama Doğru	**Cerrahi Uygulama Yanlış**	**Toplam**
Cerrahi Planlama Doğru	**7**	**16**	**23**
Cerrahi Planlama Yanlış	**2**	**19**	**21**
Toplam	**9**	**35**	

Toplam 44 dosyada implant tedavisinin cerrahi kısmını incelediğimizde, Yüksek Disiplin Kurulunun kararına göre cerrahi uygulamanın doğru olduğu olgu sayısı yüzdesi % 20,5 cerrahi uygulamanın yanlış olduğu olgu sayısı yüzdesi % 79,5 cerrahi planlamanın doğru olduğu olgu sayısı yüzdesi % 52,3 cerrahi planlamanın yanlış olduğu olgu sayısı yüzdesi % 47,7’ dir.

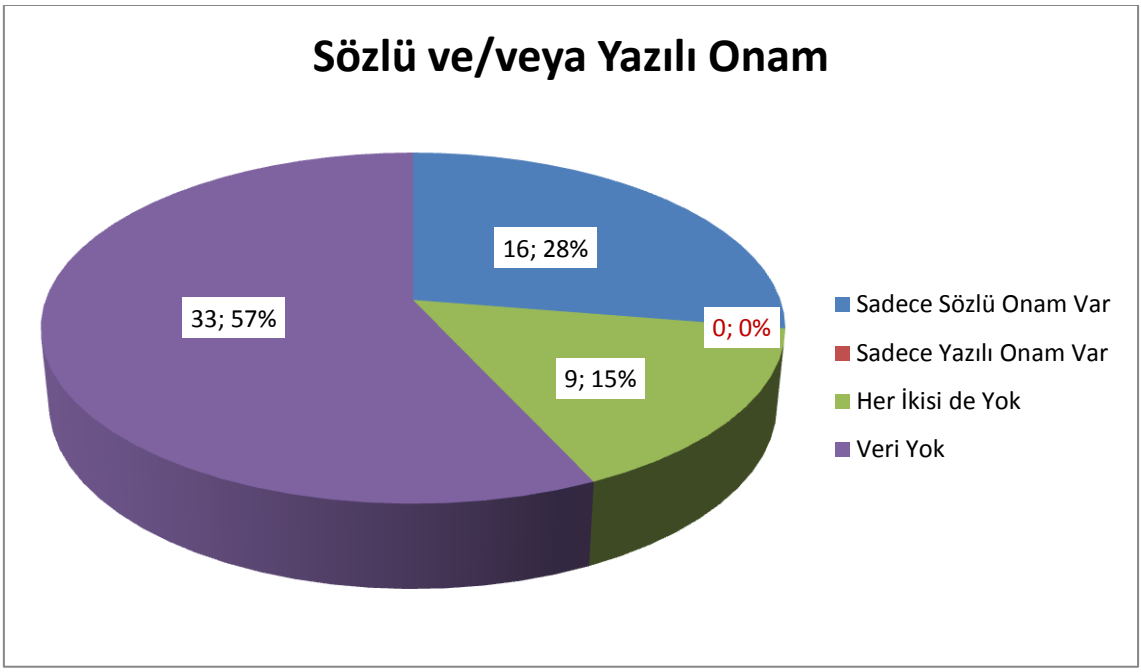
Tablo 5. Protez planlama ve protez uygulama hata sayılarının ikili karşılaştırması

	Protez Uygulama Doğru	**Protez Uygulama Yanlış**	**Toplam**
Protez Planlama Doğru	**15**	**9**	**24**
Protez Planlama Yanlış	**6**	**10**	**16**
Toplam	**21**	**19**	

Toplam 44 dosyada implant tedavisinin protez kısmını incelediğimizde Yüksek Disiplin Kurulunun kararına göre protez uygulamasının doğru olduğu olgu sayısı yüzdesi % 47,7 protez uygulamasının yanlış olduğu olgu sayısı yüzdesi % 43,2 protez planlamasının doğru olduğu olgu sayısı yüzdesi % 54,5 protez planlamasının yanlış olduğu olgu sayısı yüzdesi % 36,4' olmuştur.

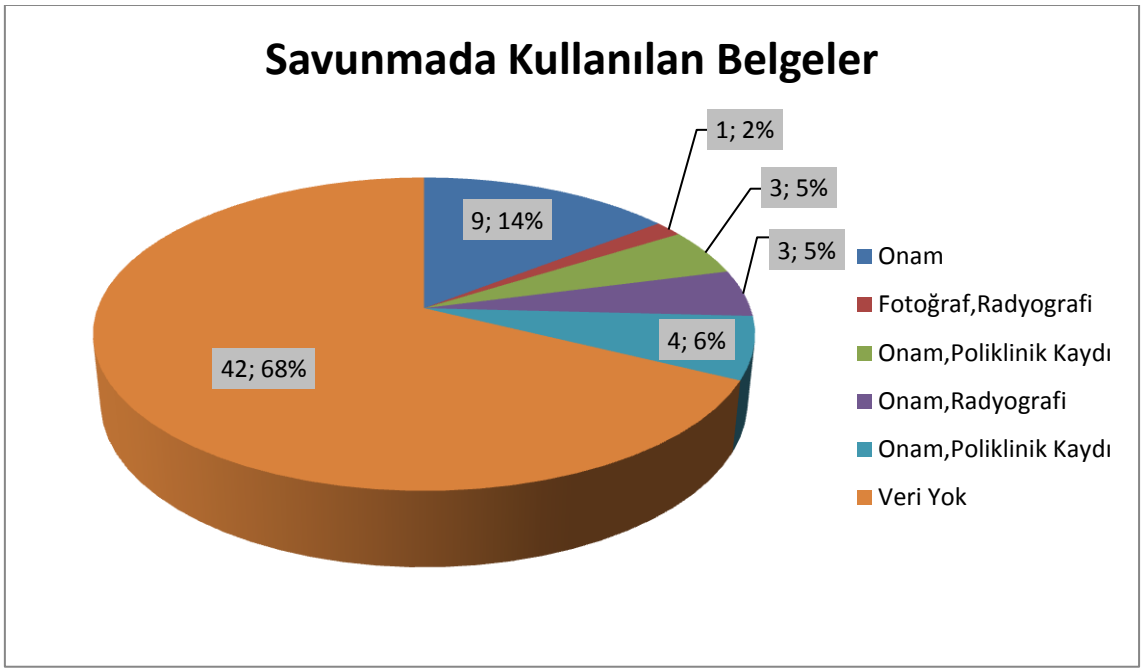
Dosyalar taranırken 62 dosyada hekimlerin savunmaları incelenerek tedaviyi uygulayan hekimlerin tedaviye başlamadan sözlü ve/veya yazılı onam alıp almadıkları incelendi.

Türüne göre onam alınan olgu sayıları ve yüzdeleri Şekil 7'de dir.



Şekil 7. Türüne göre onam alınan olgu sayıları ve yüzdeleri (n; %).

Hekimlerin savunmalarındaki ifadelerine göre kullandığı tıbbi kayıt türleri açısından incelendiğinde savunmada hastanın tedavi öncesi/sonrası fotoğraflarını, poliklinik kayıtlarını ve/veya radyografik grafileri kullanan hekim dağılımları şekil 8'de verilmiştir.



Şekil 8. Hekimin savunmasında kullandığı belgeler (n; %).

Hekim Görüşmelerine Dair Bulgular

Gereç ve yöntemler bölümünde anlatıldığı üzere düzenli olarak implant tedavisi uygulayan toplam 10 diş hekimi ile karşılıklı görüşme tekniği ile niteliksel araştırma yapıldı. Sorular, alınan cevaplar ve cevapların dağılımı şöyledir.

1)Size göre implantta başarı nedir? Başarılı bir implant tedavisi denince aklınıza hangi kriterler gelir?

Bu soruya 8 diş hekimi (3 hekim uzman) başarı kriterinin öncelikle hastanın implantı en az 10 sene memnun bir şekilde kullanabilmesidir derken; 2 diş hekimi (2 hekim de uzman) önceliğin bilimsel kriterleri yakalamak olduğunu söyledi.

2)Karşılaştığınız eksik, hatalı implant tedavilerinde yanlış uygulama neredeydi (cerrahi kısmı, protez kısmı)? Ayrıntıya girer misiniz?

Bu soruya 9 diş hekimi (4 hekim uzman) yanlış uygulamanın protez kısmında olduğunu ifade ederken 1 diş hekimi (hekim uzman) cerrahi kısmında olduğunu belirtti. Protez kısmında olduğunu belirten tüm diş hekimleri tedavi başlamadan protez planlamasının yanlış yapıldığını ve bunun tüm tedaviyi tehlikeye attığını söylediler. Cerrahi kısmında diyen 1 diş hekimi implantın cerrahi olarak yerleştirilmesi sırasında genel asepsi ve antisepsi kurallarına ve genel cerrahi prensiplere uyulmadığını söyledi.

3)Bu gibi sorunların tekrarlanmaması için sizce ne yapılmalı?

Tüm hekimler şu şekilde cevap verdi: İmplant tedavisine başlamadan tüm tedavi baştan sona planlanmalı ve hekimin zihninde canlanmalı. Ayrıca implant tedavisi uygulayan hekimler sınırlarını bilmeli; basitten karmaşık vakalara doğru kademe kademe bu tedaviyi yapmalı. Hekimler gereğinden fazla özgüvenli olmamalı.

4)Sizce implant tedavisinde başarıya ulaşmayı engelleyen faktörler nelerdir? (Maliyet, yüksek hasta beklentisi, rekabetçi piyasa şartları, düşük hasta motivasyonu, diş hekimlerindeki teorik ve/veya pratik eksiklikler, hekim-hasta arasındaki iletişim eksikliği, …)

Cevap olarak 8 diş hekimi (5 hekim uzman) yukarıdaki tüm faktörler için eşit derecede etkili derken 2 diş hekimi (ikisi de uzman değil) hepsinin etkili olduğunu ancak hekim-hasta iletişim eksikliğinin en önemlisi olduğunu söylediler. Bir diş hekimi (uzman değil) de ek olarak protez laboratuar teknisyenlerinin özellikle implant konusunda eğitilmesi gerektiğini söyledi.

5)Hasta motivasyonu ve hekim-hasta iletişimi sizce ne kadar önemli? Bu konuda sıkıntı yaşadınız mı veya yaşama potansiyeli olan bir durumla karşılaştınız mı? Karşılaştıysanız ne yaptınız? Sırf bu sebepten tedaviden vazgeçtiğiniz oldu mu?

Tüm hekimler hekim-hasta iletişiminin çok önemli olduğunu ve iletişim eksikliğinden dolayı birçok kez tedaviden vazgeçtiklerini söylediler.

6)İmplant hastalarınızın hepsinden onam alır mısınız? (Yazılı, sözlü) Kişiye özel yazılı onam çıkartıp hastaya imzalattığınız oldu mu?

Tüm hekimler sözlü ve yazılı onam aldıklarını belirttiler. 7 hekim (5 hekim uzman) yazılı onama hastanın özel durumuyla alakalı gerekirse ek yaptığını ve yaptığı eki hastaya ayrıntılı anlattığını belirtirken 3 hekim (üçü de uzman değil) ise hastanın özel durumu ile alakalı onama ek yapmadığı sadece konuyla alakalı hastaya ayrıntılı bilgi verdiğini söylediler.

7)İmplant tedavisi ile ilgili evrakları (onam, panoramik, BT, modeller, …) saklar mısınız? Ne kadar süre? Arşiviniz var mı?

Tüm hekimler onamların en az 10 sene kurum arşivinde muhafaza edildiğini, panoramik röntgenler bilgisayar sisteminde saklandığını, ihtiyaç üzerine hastadan istenen BT' nin incelenerek hastaya iade edildiğini, kurumda saklanmadığını söylediler.

8)İmplant tedavisi uyguladığınız hastaları poliklinik defterine düzenli kaydeder misiniz?

Tüm hekimler düzenli kaydettiklerini söylediler.

9)İmplant tedavisi yapmaya başlamadan önce mezuniyet sonrası herhangi bir eğitim aldınız mı(doktora, özel kurs, …) Eğer aldıysanız nereden aldınız ve ne kadar sürdü? Size yeterli geldi mi? Varsa eksikler nelerdi?

Uzman diş hekimlerinin hepsi uzmanlık eğitimi sırasında aldıkları eğitim dışında başka eğitim almadıklarını, bu eğitimi yeterli gördüklerini söylediler.

Uzman olmayan diş hekimlerinin tamamı implant firmalarının sponsor olduğu ve/veya ücretli özel kurslara, eğitimlere gittiklerini belirttiler. Bu eğitimlerin birkaç gün sürdüğünü belirttiler. İmplant uygulamaya başlamadan önce kademe kademe birçok kursa, eğitime gitmek gerektiğini ve bunun sürekli olması gerektiğini; tek bir eğitimin veya kursun hiçbir zaman yeterli gelemeyeceğini söylediler. Bu eğitimlerde pratik kısmın her zaman eksik kaldığını ve birçok katılımcının olduğu bir eğitimde bunu gayet doğal olduğunu söylediler.

10)İmplant tedavisi ile ilgili sürekli diş hekimliği eğitimlerine (TDB, üniversiteler ve/veya özel kurslar) katılıyor musunuz?

Uzman diş hekimleri, uzmanlık eğitimleri sırasında üniversitede aldıkları eğitimi yeterli bularak eğitimlere katılmayı tercih etmediklerini; diğer hekimler, implant firmalarının sponsor olduğu, ücretli veya ücretsiz kurslara katıldıklarını söylediler.

11)Lisans eğitiminiz sırasında implant tedavisi ile ilgili teorik ve/veya pratik eğitim aldınız mı? Kaç saat; hatırlıyor musunuz? Size yeterli geldi mi?

Tüm hekimler lisans eğitimleri sırasındaki implant ile ilgili teorik ve pratik derslerin son derece yetersiz, yüzeysel, basit olduğunu ve bu derslerde sadece implantın ne olduğuna dair basit, temel bilgiler verildiğini söylediler.

12)İmplant tedavisi ile ilgili akademik yayınları takip eder misiniz? Her hangi bir sürekli yayına abone misiniz? İmplantoloji ile ilgili her hangi bir STK' ya ve/veya çalışma grubuna üye misiniz?

Tüm hekimler akademik yayınları, implantolojideki gelişmeleri, tartışmalı vaka paylaşımlarını yazılı yayınlar yerine internet ortamındaki yayınlardan takip ettiklerini söylediler.

13)Sizce üniversite eğitiminde ve mezuniyet sonrası ideal implantoloji eğitimi nasıl olmalı?

Tüm hekimler, üniversite eğitiminde implant tedavisinin pratik olarak lisans öğrencisine yaptırılmasının fakültelerdeki öğrenci sayısının fazlalığından dolayı imkansız olduğu konusunda hem fikirler; implantoloji eğitiminde temel olarak tedavinin metadolojisi, asepsi antisepsi kuralları, çevre dokuların anatomisi, etik ilkeler, tedavi nosyonu öğretilmesi ve ayrıca ileriki meslek hayatlarında implant tedavisi sırasında yararlanabilecekleri bir rehber verilmesi gerektiğini söylediler.

5-TARTIŞMA

Çalışmada, implant tedavisi esaslı tıbbi uygulama hatası iddiası olan dosya sayısı diğer diş hekimliği tedavileri dosya sayılarını geride bırakarak ilk sırada yer almıştır.

Aynı sonucu Pinchi ve ark.' larının İtalya'da 2001-2010 yılları arasını kapsayan çalışmasında da görmekteyiz. Bu çalışmada 1230 tıbbi uygulama hatası şikâyetinde 307 şikâyet, %25 oran ile implant birinci sırada, 295 şikâyet, %24 oran ile protez ikinci sırada yer almıştır (73).

Kiani ve Sheikhazadi' nin İran'da yaptıkları 2002-2006 yılları arasını kapsayan araştırmasında tıbbi uygulama hatası iddiası olan implant esaslı şikâyet sayısı 277 şikâyette 17 olup oranı %6.1' dir ve beşinci sırada yer almıştır (74).

Perea-Pérez ve ark.' larının dental uygulamalar esnasında hastanın zarar gördüğü olguları araştırmalar; bu olguları hatalı uygulama, komplikasyonlu uygulama, kaza şeklinde sınıflandırmışlar. Bu araştırmada da % 25.54 ile implant tedavisi ilk sıradadır (75).

Kocaelli ve Karaman, 1984-2008 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine gelen adli dosyaları incelemişler, tıbbi uygulama hatası iddiası ile gelen dosya sayısı ve yüzdesi 119, %12.86 ile ikinci sırada olup implant esaslı tıbbi uygulama hatası iddiası olan dosya sayısı ve yüzdesi 8, % 6.72' dir ve dördüncüdür (76).

Fuller ve Parmenter, 1996-1999 yılları arasında Amerika'daki hekimlerin tedavi sırasında dental cihazları yanlış kullanmaları sonucu zarar gören hastaların dosyalarını incelediklerinde cerrahi bir uygulama olan, kemik içine implant yerleştirme esnasında zarar gören hasta sayı, oranı 4565 ve % 51.85 ile ilk sıradadır (77).

Şikâyet edilen hekimlerin cinsiyetlerini incelediğimizde erkek hekim sayısı çok daha fazladır.

Mohebbi ve ark.' larının yaptığı araştırmada 44 implant konulu tıbbi uygulama hatası iddiasında şikâyet edilen erkek diş hekimi sayısı 38 iken kadın diş hekimi sayısı 6' dır; Pinchi ve ark.' larının 121 implant konulu tıbbi uygulama hatası iddiasını araştırdıkları kaynakta şikâyet edilen erkek diş hekimi sayısı 119, kadın diş hekimi sayısı sadece 2'dir (73,78).

Ayrıca çalışmada şikâyet eden kadın hasta sayısı erkek hastaya göre daha fazladır.

Mohebbi ve ark.' larının yaptıkları çalışmada 44 şikâyet dosyasında kadın şikayetçi sayısı 33, erkek şikâyetçi sayısı 11'dir; Pinchi ve ark.' larının çalışmasında 121 implant konulu şikâyette şikâyetçi kadın sayısı 89, şikâyetçi erkek sayısı 32'dir (73,78).

2017 yılında Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesinde yapılan bir araştırmada kadın hastalar erkek hastalara oranla implant uygulamasını zor olarak tanımlamışlar (79).

Çalışmada şikâyet edilen erkek hekim sayısının ve şikâyet eden kadın hasta sayısının fazla oluşu İran ve İtalya gibi iki ayrı kıtada yapılan iki araştırma ile paralellik göstermekte olup hekim ve hasta cinsiyetleri arasında bir anlamlılık bulunamamıştır.

Çalışmanın genel bilgiler bölümünde dental implant tedavisinin tek başına bir tedaviden ziyade cerrahi ve protetik tedavilerin bir kombinasyonu olduğu; aslında implant tedavisinin cerrahi komponenti olan protetik bir tedavi olduğu açıklanmıştı. Bu saptamanın ışığında ve bilirkişi raporlarının rehberliğinde implant konulu şikâyetlerde tedavinin cerrahi aşamasında mı, protez aşamasında mı yoksa her iki aşamada birden mi tıbbi uygulama hatası olduğuna yönelip neden-sonuç-çözüm ilişkisi kurmaya odaklanılmıştır.

Yapılan şikâyetlerin % 65'inin sadece cerrahi aşama ile ilgili olduğu görülmektedir. Oysaki aktif olarak implant tedavisi uygulayan 10 diş hekimi ile yapılan birebir görüşmede dosya araştırmamızdan çok farklı bir sonuç ortaya çıkmıştır. Bu 10 diş hekiminden sadece biri implant tedavilerinde görülen tıbbi uygulama hatalarının cerrahi kısmından, geriye kalan 9 tanesi protez kısmından kaynaklandığını söylemişlerdir. Görüşmelerin sonucunda diş hekimlerinin beyanları dosya araştırmamız ışığında ortaya çıkan sonuç ile örtüşmemektedir.

Ayrıca uygulama hatalarının protez uygulamasından kaynaklandığını belirten 9 diş hekimin tamamı sebebin tedavinin en başında protez kısmının yanlış planlanmasından ileri geldiğini söylemiştir. Bir diş hekimi ise tıbbi uygulama hatası sebebinin cerrahi uygulama yanlışından kaynaklandığını beyan etmiştir.

Tek başına cerrahi uygulamanın hatalı olduğuna dair olgu sayısı 16 olup diğer tüm verilerden çok daha fazladır. Bu da bize esas sorunun cerrahi uygulamada olduğunu göstermektedir. Görüşülen ve sorunun genel olarak cerrahi kısımda olduğunu beyan eden bir diş hekimi de sorunun aynı şekilde özellikle cerrahi planlamadan ziyade özellikle cerrahi uygulamada olduğunu beyan etmiştir.

Kiani ve ark.' larının 2002-2006 yılları arasını kapsayan çalışmasında implant tedavisi ile ilgili olan tıbbi uygulama hatası olgu sayısı 277 vakada 17'dir. Bu 17 olgudaki hatanın cerrahi uygulama kısmında ve özellikle implantı çene kemiğine yerleştirme esnasında yapıldığı belirtilmiştir; sorunun cerrahi uygulama safhasında olmasıyla da çalışmamızla uyum göstermektedir (74).

Cerrahi planlamanın doğru olmasına rağmen uygulamanın hatalı olmasında diş hekiminin el becerisi, tecrübesi ve yeterliliğinin önemi unutulmamalıdır.

Cerrahi uygulamadaki sorunu oransal büyük bir fark olarak Pinchi ve ark.' larının yaptığı araştırmada da görmekteyiz. Bu çalışmada implant konulu tıbbi uygulama hatasılerin % 82,6' sının cerrahi aşamada, implantın yerleştirilmesi sırasında olduğu ortaya çıkmıştır (73).

Çalışmamıza benzeyen, Misch' in ve McDermott' un yaptığı ayrı ayrı çalışmalarda dental implant uygulamalarda bizim araştşrdığımız tıbbi uygulama hatası iddiaları yerine meydana gelen komplikasyonların hangi aşamada oluştuğu incelenmiş olup cerrahi uygulama aşamasının oranı oldukça düşük çıkmıştır (49,81).

Yapılan literatür taramalarının hiçbirisinde implant konulu tıbbi uygulama hatası dosyalarında yanlış uygulamanın oransal olarak daha fazla olacak şekilde protez planlama ve/veya protez uygulamasında olduğu ortaya çıkmamıştır; cerrahi kısımda ve özelikle cerrahi uygulamadaki hata sayıları daha fazladır.

Tıpta girişimsel olan tüm tedavilerden önce aydınlatılmış onamın alınması gerektiği Anayasamızın 17.maddesinde ve Hasta Hakları Yönetmeliğinin 24.maddesinde açıkça belirtilmiştir (82,83). Ayrıca Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına dair 1219 sayılı kanunun 70.maddesine göre büyük ameliyatlardan önce hastadan yazılı onam alınması gerekir ki uygulanan implant sayısı ve cerrahi girişimin büyüklüğüne göre implant tedavisinin büyük ameliyat sınıfına sokularak adli mercilere aksettirilmesi olasıdır (83). Tedaviden önce aydınlatılmış onam almış olma sayıları ve bazı hekimlerin verdikleri savunmada onam alıp almadıklarından hiç bahsetmemeleri diş hekimlerinin onam alma gerekliliğini ne kadar ciddiye aldıklarının ve/veya bu konuda ne kadar bilgi sahibi olduğunun göstergesidir.

Hashemipour ve ark.' larının 2000-2011 yıllarını kapsayan dental tıbbi uygulama hatasıleri inceledikleri çalışmada 64 olgunun sadece 3' ünde aydınlatılmış onam aldıkları ortaya çıkmıştır (84).

Lopez-Nicolas ve ark.' larının Murcia/İspanya'da yaptıkları 52 dental tıbbi uygulama hatası dosya araştırmasının 38 hatalı uygulamadan bahsediyorlar ve bu 38 dosyanın 29' unda yapılan tedavinin doğru olmasına karşın hastaya verilen bilginin yetersiz olduğunu, 40 dosyada da yazılı onam alınmadığını ortaya koymuşlar (85).

Aktan' ın 2005 yılında yaptığı çalışmada 197 diş hekimi ile görüşüp aydınlatılmış onam hakkı konusundaki bilgilerini ölçmüş, sonuç aydınlatılmış onam hakkı konusunda bilgisi olan diş hekimi sayısı, oranı sadece 15 ve % 7,6 çıkmıştır (86).

Kurt ve ark.' larının bir üniversite hastanesinde çalışan diş hekimlerinin aydınlatılmış onam hakkındaki görüşlerini araştırmışlar sonuç olarak ülkemizde diş hekimlerinde aydınlatılmış onam hakkında bilgi eksikliği olduğu ve eğitime ihtiyaç olduğunu ortaya koymuşlar (87).

Pradhan ve ark.' larının Hindistan'da yaptıkları çalışmada hastalarından düzenli aydınlatılmış onam alan diş hekimi oranı % 27, hiç almayan diş hekimi oranı % 44,7 çıkmıştır (88).

Ancak yapılan niteliksel araştırma kapsamında diş hekimlerimi ile yapılan görüşmede aydınlatılmış onam ile ilgili beyanların tersi yöndedir; görüşülen tüm hekimler aydınlatılmış onam hassas olduklarını ve düzenli aldıklarını beyan etmişlerdir.

Yapılan dosya tarama ve literatür araştırması sonucunda diş hekimlerinin hastanın rızası alınması, aydınlatılmış onam alınması konularında yetersiz olduğunu ortaya koymuştur.

Ayrıca 62 olgumuzdan 42'sinde suçlanan diş hekimi kendini savunmak amacı ile hiçbir belge (aydınlatılmış onam, poliklinik kayıt, radyografik kayıt, tedavi öncesi ve sonrası fotoğraf) sunmamıştır. Bu belgeleri aslında alıp savunmalarında kullanmadıkları mı yoksa hiç almadıkları mı incelenen dosyalarda belirtilmemiştir. TDB Yüksek Disiplin Kurulunun olası tıbbi uygulama hatası dosyalarında dosya içeriklerinde şekil olarak bir standardizasyon görülmemiştir; bazı dosyalarda detaylar ayrıntılı işlenirken bazı dosyalardaki bilgilerin, raporların yüzeysel olduğu görülmüştür.

Pinchi ve ark.' larının yaptıkları araştırmada tıbbi uygulama hatası olan implant vakalarında klinik dokümantasyon, belge eksikliği olan olgu oranı ve sayısı % 54,5 ile 66'dır (73).

Levitin ve ark.' larının, Amerika'daki bir öğrenci kliniğinde 296 alveolar osteit vakasının yüzde kaçının tanı kodu ile elektronik ortama girildiğini incelediklerinde sonuç % 22 ile 64 çıkmıştır (89).

Diş hekimliği eğitiminde iyi klinik dokümantasyonun öneminin ve nasıl yapılacağının öğretilmesi eğitimin temel parçalarından olmalıdır.

Yapılan niteliksel araştırmada ise bire bir görüşme yapılan tüm diş hekimleri klinik dokümantasyon ve belgelerin saklanması konusunda hassas, dikkatli olduklarını belirterek poliklinik kayıtlarını düzenli aldıklarını, panoramik filmlerin ve fotoğrafların dijital ortamda sakladıklarını beyan ettiler. Görüşülen diş hekimlerinin beyanları ile çalışmamızda ortaya çıkan sonuç paralellik göstermemiştir.

Alkindi ve ark.' larının 2016 yılında yaptığı çalışmada Suudi Arabistan'da lisans seviyesindeki implantoloji eğitimi değerlendirilmiş ve implantoloji eğitimde herhangi bir değişime, iyileştirmeye ihtiyaç yoktur diyen stajyer diş hekimliği öğrenci sayısı 9, oranı % 5 çıkmıştır (90). Ülkemizde özellikle lisans seviyesinde, halen eğitim gören

5.Sınıf öğrencileri ve yeni mezun olmuş diş hekimleri ile implantoloji ders içeriklerinin değerlendirildiği çalışma sayıları arttırılmalı; geri dönüşlere göre içerikler revize edilmelidir.

6-SONUÇ

İncelenen tüm olgularda ve literatür araştırmalarında implant tedavisi ile ilgili tıbbi uygulama hatası vakalarında hatanın cerrahi kısmında olduğu görüldü; özellikle implantın çene kemiğine yerleştirilme aşamasında hata oluştuğuna dair bulgular var.

İmplant konulu tıbbi uygulama hatası şikayetlerinin hekimin veya hastanın cinsiyeti ile herhangi bir ilişkisi yoktur.

Karşılıklı görüşme yapılan diş hekimlerinin de desteklediği gibi öncelikli olarak implant tedavisine yeni başlayan diş hekimleri özellikle cerrahi kısmı için belirli bir cerrahi olgunluk, tecrübeye sahip olması gerektiği ve kendi sınırlarını bilmeli, bu tedavide adım adım ilerlemeli, basit vakalardan karmaşık vakalara doğru gitmelidir.

Diş hekimi implant tedavisi uygularken ihtiyaç duyduğunda mentorluk, danışmanlık hizmeti almaktan çekinmemelidir. Tüm dünyada implant tedavisi lisans sonrası seviyede kurslarla, doktora ve master programlarla ile öğreniliyor; implant eğitimi için özel kliniklere, üniversitelere, sivil toplum örgütlerine bağlı kurslar bulunmaktadır. Diş hekimi güncel gelişmeleri takip etmelidir. Diğer bir önemli konu incelediğimiz dosyalarda çok yüksek oranda eksik bilgi, dokümantasyon varlığıydı. Diş hekimlerinin aydınlatılmış onam ve diğer dokümanların alınması, saklanması konusunda ciddi eksikleri mevcut; bu konu lisans ve lisans sonrası eğitimlerde sürekli işlenmelidir ve diş hekimleri ısrarla uyarılmalıdır.

Lisans seviyesinde temel implantoloji bilgileri yanında implant tedavisinin metodolojisini içeren, içinde implant tedavisinde hasta seçimi, asepsi antisepsi kuraları, yardımcı sağlık personelinin eğitimi, hasta iletişimi, tedavinin en baştan sona doğru planlayıp hekimin zihninde canlanması gerektiği fikrini, implant eğitiminin mezuniyet

sonrası sürekli dinamik bir şekilde devam etmesi gerektiğini (implant tedavisi ile ilgili bir akış şeması, rehber verilebilinir), komplikasyon - acil durum yönetimi, kayıtların eksiksiz alınıp saklanması, gerekiyorsa kişiye özel onam çıkartılması gerektiğini, hasta iletişimini ve motivasyonunun tedavinin kendisi kadar önemli olduğunu, etik davranmak gerektiğini (hastanın beklentisini gereğinden fazla arttırmak, pazarlama stratejilerinde aşırıya kaçmamak, hastaya dürüst, gerçekçi davranmak) içeren eğitim müfredatı uygulanmalıdır. Tıbbi uygulama hatası şikayetlerinin büyük çoğunluğunun son yıllarda implant üzerine olduğu özellikle vurgulanarak implant tedavisinin anlatıldığı müfredata ‘’İmplantolojide Risk Yönetimi’’ başlığı altında yukarıda vurgulanan konular üzerine yoğunlaşıp diş hekiminin mezuniyet sonrası implant tedavisi uygulamalarında farkındalık yaratarak tıbbi uygulama hatası şikayetlerinden korunmaları, başarı oranlarının arttırılması için rehber ortaya konmalı ve amaç implant hakkında genel bilgilerden sonra öğrencilere implant tedavisi hakkında doğru nosyonu kazandırmak olmalıdır.

7-KAYNAKLAR

1. Hakeri H. Sağlık Çalışanı Güvenliği ve Hukuksak Sorumluluk.Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 2010 Ocak;2.sayı:53-59
2. Arıncı A, Usta S. Estetik amaçli tibbi müdahalelerde hekimin hukuki sorumluluklari ve eser sözleşmesi. Türk Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Dergisi 2016 Kasım;25.cilt,2.basım,s.84–93.
3. Polat O, Pakiş I. Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2011 Temmuz;2(3):119–25.
4. Filiz E. Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılaması ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi[MSc Tezi].Konya: Selçuk Üniversitesi, 2009.
5. Yetginlioğlu Ö.Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Kalite ve Akreditasyon Çalışmalarının Önemi: Ankara İlindeki İki Hastanede Hasta Güvenliği Çalışmalarının Değerlendirilmesine Yönelik Mukayeseli Bir Uygulama[MSc Tezi].Konya: Selçuk Üniversitesi, 2009
6. www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=65:hekl-meslek-etkurallari&catid=4:t&Itemid=31. (23.09.2018)
7. Yıldırım G,Kadıoğlu S.Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramları.Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007 Ocak;29(2):7-12
8. Üstün Ç. Kötü Uygulama (Tıbbi uygulama hatası) Kanun Tasarısı. Medikal Etik-4,Tıp Organ Etik ve Hukuk 2003
9. Ersoy LV. Tıbbi Palpraktis. Toraks Cerrahisi Bülteni 2014 Mart;5(1):29–32.
10. Karaaslan B, Şirin Karaaslan E, Çelik S, Ertaş E, Çelik N. 2001-2007 Yılları

Arasında Yüksek Sağlık Şurasında Görüşülen Diş Hekimliğinde Tıbbi uygulama hatası Olgularının Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Diş Hekimliği Bilim Dergisi 2010;16(2):142–48.

11. Özcan BG,Özel Ç.Kişilik Hakları - Hasta Hakları Bağlamında Tıbbi Müdahale Dolayısıyla Çıkan Hukuki İlişkide Hekimin Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğü ve Aydınlatılmış Rızaya İlişkin Bazı Değerlendirmeler.Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2007;10(1):49–73.
12. Özer Ö, Taştan K, Set T, Çayır Y, Şener MT. Tıbbi hatalı uygulamalar. Dicle Tıp Dergisi 2015;42(3):394–97.
13. Hakeri H.Tıp Hukukunda Tıbbi uygulama hatası Komplikasyon Ayrımı. Toraks Cerrahisi Bülteni 2014;5(1):23–28.
14. Oshida Y, Tuna EB, Aktören O, Gençay K. Dental Implant Systems. *Int.J.Mol.Sci.*(2010),*11*,1580-1678; doi: 10.3390/ijms11041580
15. Önol A, Küçükeşmen HC.İmplant Planlamasını Etkileyen Faktörler. Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2015;42(1):51–60.
16. Yıldız K, Kahramanoğlu E, Kulak-Özkan Y. Bruksizm ve İmplant Başarısı: Literatür derleme. Cumhur Dent J 2016;19(2):172–80.
17. http://www.tdb.org.tr/menu_goster.php?Id=1. (30.09.2018)
18. http://www.tdb.org.tr/sag_menu_goster.php?Id=76. (12.10.2018)
19. http://www.tdb.org.tr/mevzuat_goster.php?Id=142. (30.09.2018)
20. Üçışık HF. Sağlık Hukuku (2017) 4.baskı,s.132-133 T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı No:16267, Ötüken Neşriyat A.Ş., İstanbul
21. Porter JA, Von Fraunhofe JA. Success or failure of dental implants? A literature review with treatment considerations. General Dentistry 2005;53(6):423-32

22. Marx RE, Garg AK. Bone structure, metabolism, and physiology: its impact on dental implantology. Implant Dentistry 1998;7(4):267–76.

23. Tyndall DA, Brooks SL. Selection criteria for dental implant site imaging: a position paper of the American Academy of Oral and Maxillofacial Radiology. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology 2000 May;89(5):630-37

24. Beriat NÇ, Gülay G, Ertan AA. Dental İmplant Materyalleri. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2009;3(2):338-45

25. Nevins M. Implant Dentistry: A Continuing Evolution. The International Journal of Periodontics&Restorative Dentistry 2014;34(3):7

26. http://www.drtai.com/davidtai/faqs/what-are-biohorizon-dental-implants/. (12.01.2012)

27. Association of Dental Implantology. A Dentist's Guide to Implantology. London, 2012.

28. http://www.sydneyimplantinstitute.com.au. (07.01.2019)

29. Branemark P-I. Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Experience from a 10-year period. Scand J Plast Reconstr Surg Suppl 1977;16

30. Esposito M, Hirsch JM, Lekholm U, Thomsen P. Biological factors contributing to failures of osseointegrated oral implants (I). Success criteria and epidemiology. European Journal of Oral Sciences 1998;106(1):527–51.

31. Mavrogenis AF, Dimitriou R, Parvizi J, Babis GC . Biology of implant osseointegration. J Musculoskelet Neuronal Interact 2009; 9(2):61-71

32. Tagliareni JM, Clarkson E. Basic Consepts and Techniques Of Dental Implants. Dent Clin 2015;59(2):255–64.

33. Gaviria L, Salcido JP, Guda T, Ong JL. Current trends in dental implants. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg 2014;40(2):50.

34. Şirin Y, Horasan S. Hasta Değerlendirmesi, İmplant Endikasyon ve Kontrendikasyonları, Planlama ve Görüntüleme Yöntemleri. Turkiye Klin J Oral Maxillofac Surg-Special Top 2015;1(2):1–12.

35. Mustafa T, Yücetaş Ş. Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi. (2004) 3.baskı,s.300-308,Özyurt Matbaacılık,Ankara: 2004

36. Schlegel KA, Kloss FR, Kessler P, Schultze-Mosgau S,Nkenke E, Wiltfang J. Bone Conditioning to Enhance Implant Osseointegration: An Experimental Study in Pigs. International Journal of Oral & Maxillofacial Implants 2003;18(4):505–11.

37. Tarım Ertaş E, Yırcalı Atıcı M. Bifosfonatlar ve çene kemiğinde görülen osteonekroz. Selcuk Dental Journal 2015;2(2):91–100.

38. Diego RG, Mang-de R, Romero-Perez MJ,Cutando-Soriano A,Lopez-Valverde-Centeno A. Indications and contraindications of dental implants in medically compromised patients : Update. Medicina Oral Patologia Oral Cirugia Bucal 2014;19(5):483–9.

39. Zitzmann NU, Margolin MD, Filippi A, Weiger R, Krastl G. Patient assessment and diagnosis in implant treatment. Australian Dental Journal 2008;53(1 Suppl):S3-S10

40. Özcan E, Özdemir A, Tunçdemir AR, Çelik S, Güngör AY. Derleme: Dental İmplantlarda Başarısızlık Nedenleri. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi 2010;1(3)

41. Steigenga JT, Al-Shammari KF, Nociti FH, Misch CE, Wang HL. Dental implant

design and its relationship to long-term implant success. Implant Dentistry 2003;12(4):306–17.

42. https://www.researchgate.net/figure/Endosseous-Implants_fig2_40721705. (23.07.2019)
43. https://www.dentagama.com/news/history-of-dental-implants. (16.09.2019)
44. Schou S, Pallesen L, Hjorting-Hansen E, Pedersen CS, Fibaek B. A 41-year history of a mandibular subperiosteal implant. Clinical Oral Implant Research 2001 April;11(3);171-178
45. Gupta R, Gupta N, Weber KK. (2017). Dental Implants. StatPearls Publ.Alıntı: https://europepmc.org/article/nbk/nbk470448
46. https://tr.pinterest.com/pin/381257924686364653/. (20.09.2019)
47. Ikebe K, Wada M, Kagawa R, Maeda Y. Is old age a risk factor for dental implants? Japanese Dental Science Review 2009;45(1):59–64.
48. Porter JA, Von Fraunhofer JA. Success or failure of dental implants? A literature review with treatment considerations. General dentistry 2005;53(6):423–32.
49. Misch K, Wang H. Implant Surgery Complications : Etiology and Treatment. 2008 June;17(2):159–68.
50. Papaspyridakos P, Chen CJ, Singh M, Weber HP, Gallucci GO. Success criteria in implant dentistry: A systematic review. Journal of Dental Research 2012;91(3):242–8.
51. Ergün G, Eğilmez F. Dental İmplantlarda Başarı Kriterleri ve İmplant Sağlığının Sürdürülmesi. ADO Klinik Bilimler Dergisi. 2007;1(3);47-54
52. Mattheos N, Albrektsson T, Buser D, De Bruyn H, Donos N, Hjørting Hansen E, Lang NP, Sanz M, Nattestad A. Teaching and assessment of implant dentistry in

undergraduate and postgraduate education: A European consensus. Eur J Dent Educ 2009;13(1 Suppl):10–7.

53. Albrektsson T, Zarb G, Worthington P, Eriksson AR. The long-term efficacy of currently used dental implants: a review and proposed criteria of success. Int J Oral Maxillofac Implants 1986;1(1):11–25.

54. Çetiner S, Zor F. Dental Implantolojide Başarıyı Etkileyen Faktörler. Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2005;24(1):51–6.

55. Koc S. Forensic Medicine Related Physician Liability and Malpractice. Toraks Cerrahisi Bülteni 2014;5(1):14–22

56. Kur Z. Eser ve vekâlet sözleşmelerinin nitelendirilmesi sorunu ve nitelendirmenin hükmü. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası 2009;67(1-2):143-166

57. Tuğcu H, Yorulmaz C, Koç S. Hekim Sorumluluğu ve Tıbbi Tıbbi uygulama hatası. Klinik Gelişim Dergisi Adli Tıp Özel Sayısı 2009;22:6–10.

58. Hakan H. Diş Hekimlerinin Yasal Sorumlulukları.Sağlık Hukuku Digestası. Ankara Barosu Yayınları 2009;1:19-27

59. Atak İ. Tıbbi müdahalelerin hukuka uygunluk şartları Türk Ortepedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi 2020;19:19–26.

60. Büken Örnek N. Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluğu Açısından Aydınlatılmış Onam Süreci ve Hasta Özerkliğine Saygı. Naki Bulut;editör. TTB ve Tabip Odalarının Tıbbi Etik ve Deontolojiyi Koruma Sorumluluğu. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları 2018;96–115.

61. Gamze B. Diş Hekiminin Yasal Sorumluluğu[MSc Tezi]. Kadir Has Üniversitesi, 2012.

62. Yavuz C. Borçlar Hukuku Dersleri (Özel Hükümler) (2011) 9.baskı,s.542-56, Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul

63. Kaptanoğlu S. Tıbbi Müdahalede Etik ve Hukuki İkilemler ile Çözüm Yolları[MSc Tezi]. İstanbul Medeniyet Üniversitesi, 2020

64. Erman H. Hekimin Hukuki Sorumluluğu. Bülent Davran'a armağan. İstanbul;1998;143-153.

65. Yeşiller FB. Hekimlik Sözleşmesi ve Hekimin Sözleşmeden Doğan Sorumluluğu[MSc Tezi]. Hacettepe Üniversitesi, 2019

66. Çetin G, editör. Tıbbi Tıbbi uygulama hatası Kavramı. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Tıbbi uygulama hatası ve Adli Raporların Düzenlenmesi 2006 Şubat 2-3; İstanbul. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Etkinlikleri

67. Şenocak Z. Özel Hukukta Hekimin Sorumluluğu. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayınları No:529. Ankara, 1998

68. Özgüç A. Diş Hekimliğinde Tıbbi Uygulama Hatası İddiası Olan Olguların Adli ve Tıbbi Açıdan Değerlendirilmesi[PhD Tezi]. İstanbul Üniversitesi, 2013

69. Mehmet D. Hekimin Sözleşmeden Doğan Sorumluluğu. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi 2008;57(3):225–52.

70. Tandoğan H. İstisna(Eser) ve Vekalet Sözleşmeleri Vekaletsiz İş Görme:Kefalet ve Garanti sözleşmeleri. Borçlar Hukuku Özel Borç İlişkileri. (2010) 5.baskı,2.cilt,s.21-376, Vedat Yayınevi, İstanbul.

71. Yargıtay 15. Hukuk Dairesi 1167/2307 sayılı ve 20.12.1977 tarihli kararı.

72. Aşcıoğlu C. Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar, Doktorların Devletin ve Özel Hastanelerin Sorumluluğu (Cezai ve Hukuki).

Ankara: Tekışık Ofset Tesisleri, 1993:33-52

73. Pinchi V, Varvara G, Pradella F, Focardi M, Donati MD, Norelli G. Analysis of Professional Malpractice Claims in Implant Dentistry in Italy from Insurance Company Technical Reports, 2006 to 2010. The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants 2014:29(5);1177-1184
74. Kiani M, Sheikhazadi A. A five-year survey for dental malpractice claims in Tehran. Journal of Forensic and Legal Medicine 2009;16(2):76-82
75. Perea-Pérez B, Labajo-González E, Santiago-Sáez A, Albarrán-Juan E, Villa-Vigil A. Analysis of 415 adverse events in dental practice in Spain from 2000 to 2010. Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal 2014;19(5):500-505
76. Kocaelli H, Karaman F. A Retrospective Analysis over the Forensic Files in one of the Dental Faculty Archives in Turkey. Journal of Forensic Research 2012;3-6.
77. Fuller, J., and Parmentier, C. Dental device–associated problems: An analysis of FDA post market surveillance data. J Am Dent Assoc 2001; 132: 1540-1548
78. Mohebbi SZ, Bonabia M, Abbasi AJ, Todashki HH. The share of implant treatments in dental claims in Iran. Journal of Craniomaxillofacial Research. 2014;1(1-2):25-27
79. Erdil D, Yıldız H, Bağış N. İmplant Tedavisinde Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Diş Hekimliği Bilimleri Dergisi 2019:25(1);43-49
80. Mcdermott NE, Chuang DMDS, Woo DV V, Dodson TB. Complications of Dental Implants : Identification , Frequency , and Associated Risk Factors. The International Journal of Oral Maxillofacial Implants 2003;18(6):848-855
81. http://www.anayasa.gov.tr/tr/mevzuat/anayasa/text=MADDE%2017.

(12.06.2019)

82. http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140508. (24.08.2019)

83. http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index. (14.12.2019)

84. Hashemipour MA, Movahedi Pour F, Lotfi S, Gandjalikhan Nassab AH, Rahro M, Memaran Dadgar M. Evaluation of dental malpractice cases in Kerman province (2000-2011). Journal of Forensic Legal Medicine 2013;20(7):933–8.

85. Lopez-Nicolas M, Falcón M, Perez-Carceles MD, Osuna E,Luna A. Informed consent in dental malpractice claims.A retrospective study. International Dental Journal 2007;57(3):168-172

86. Aktan N. Diş Hekimlerinin Aydınlatılmış Onam Hakkındaki Bilgi,Tutum ve Deneyimlerinin İncelenmesi[MSc Tezi]. Kocaeli Üniversitesi 2005

87. Kurt MH, Peker Öztürk H. Postoperatif Dental İmplant Değerlendirmesi ve Radyolojik Başarı Kriterleri. Turkiye Clinics J Oral Maxillofac Radiol-Special Topics 2017;3(2):116-21

88. Pradhan S, Prasad S, Khurana S, Chinmaya BR, Tandon S. The practice of informed consent among dental practitioner of NCR. Int J Adv Health Sci 2015;1:1‑5.

89. Levitin SA, Grbic JT, Finkelstein J. Completeness of Electronic Dental Records in a Student Clinic : Retrospective Analysis Corresponding Author. JMIR Medical Informatics 2019;7:1–11

90. Alkindi M, Ramalingam S, Al-Johany SS, Almunif M, Abuhaimed A, Alkharan H. Undergraduate Implant Dentistry Education in Saudi Arabian Universities. Journal of International Oral Health 2016; 8(6):720-724

8-EKLER

1- Hekim Görüşmelerine Yönelik Aydınlatılmış Onam Formu

Sorulacak sorular dental implantoloji tedavisinde başarı kriterleri, başarı/başarısızlık, tıbbi uygulama hatalarının nedenleri, tedaviye başlamadan önce alınması ve saklanması gereken belgeler, lisans eğitimi ve sonrası implantoloji eğitimi üzerine olup cevaplar bu tez çalışması dışında kullanılmayacaktır. Görüşülen hekimlerin şahsi bilgileri paylaşılmayacaktır. Katılımcı görüşmenin herhangi bir bölümünde görüşmeyi bitirebilir.

2- Hekim Görüşmelerinde Sorulan Sorular

1. Size göre implantta başarı nedir? Başarılı bir implant tedavisi denince aklınıza hangi kriterler gelir?
2. Karşılaştığınız eksik, hatalı implant tedavilerinde yanlış uygulama neredeydi (cerrahi kısmı, protez kısmı)? Ayrıntıya girer misiniz?
3. Bu gibi sorunların tekrarlanmaması için sizce ne yapılmalı?
4. Sizce implant tedavisinde başarıya ulaşmayı engelleyen faktörler nelerdir?(Maliyet, yüksek hasta beklentisi, rekabetçi piyasa şartları, düşük hasta motivasyonu, diş hekimlerindeki teorik ve/veya pratik eksiklikler, hekim-hasta arasındaki iletişim eksikliği, …)
5. Hasta motivasyonu ve hekim-hasta iletişimi sizce ne kadar önemli? Bu konuda sıkıntı yaşadınız mı veya yaşama potansiyeli olan bir durumla karşılaştınız mı? Karşılaştıysanız ne yaptınız? Sırf bu sebepten tedaviden vazgeçtiğiniz oldu mu?
6. İmplant hastalarınızın hepsinden onam alır mısınız? (Yazılı, sözlü) Kişiye özel yazılı onam çıkartıp hastaya imzalattığınız oldu mu?
7. İmplant tedavisi ile ilgili evrakları (onam, panoramik, BT, modeller, …) saklar mısınız? Ne kadar süre? Arşiviniz var mı?
8. İmplant tedavisi uyguladığınız hastaları poliklinik defterine düzenli kaydeder misiniz?
9. İmplant tedavisi yapmaya başlamadan önce mezuniyet sonrası herhangi bir eğitim aldınız mı(doktora, özel kurs, …) Eğer aldıysanız nereden aldınız ve ne kadar sürdü? Size yeterli geldi mi? Varsa eksikler nelerdi?

10. İmplant tedavisi ile ilgili sürekli diş hekimliği eğitimlerine (TDB, üniversiteler ve/veya özel kurslar) katılıyor musunuz?

11. Lisans eğitiminiz sırasında implant tedavisi ile ilgili teorik ve/veya pratik eğitim aldınız mı? Kaç saat; hatırlıyor musunuz? Size yeterli geldi mi?

12. İmplant tedavisi ile ilgili akademik yayınları takip eder misiniz? Her hangi bir sürekli yayına abone misiniz? İmplantoloji ile ilgili her hangi bir STK' ya ve/veya çalışma grubuna üye misiniz?

13. Sizce üniversite eğitiminde ve mezuniyet sonrası ideal implantoloji eğitimi nasıl olmalı?

3- Türk Diş Hekimleri Birliği Merkez Yönetim Kurulu Onayı

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ
TURKISH DENTAL ASSOCIATION

Sayı : 011 .1359 **Tarih:** 10.09.2015
Konu : Talebiniz

Sayın Aykut HURMA,

Türk Dişhekimleri Birliği ve Dişhekimleri Odaları Disiplin yönetmeliğinin 8-h maddesi kapsamında Türk Dişhekimleri Birliği Yüksek Disiplin Kurulu tarafından görüşülen dosyaların doktora tezi olarak inceleme yapma talebiniz 2-3 Eylül 2015 tarihli Merkez Yönetim Kurulu toplantısında uygun bulunmuştur.

Ancak Türk Dişhekimleri Birliği Genel Merkezinin taşınması ve arşivlerin halen eski binamızda bulunması nedeniyle çalışmanıza yardımcı olacak personel bulunmadığından, telefon görüşmesinde de ifade edildiği gibi arşivimizin yeni Merkezimize taşınmasından sonra talebiniz konusunda yardımcı olunabilecektir.

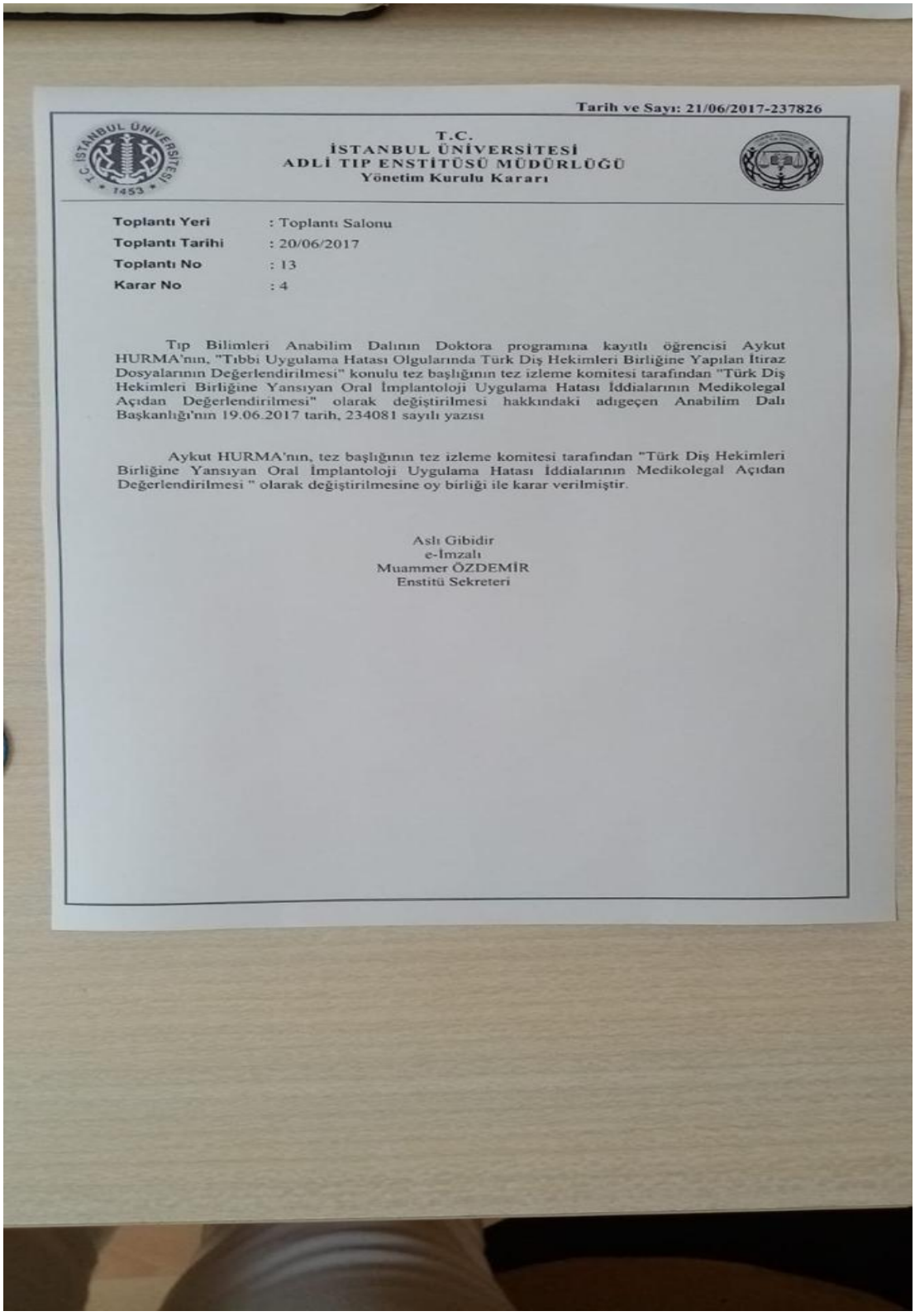
Bilgilerinizi rica ederim.

Saygılarımla,

Ali GÜRLEK
Türk Dişhekimleri Birliği
Genel Sekreteri

Kızılırmak Mah. 1446. Cad. Alternatif İş Merkezi No:12/38 Çukurambar - Çankaya/ANKARA
Tel: 0312 435 93 94 (Pbx) Faks: 0312 430 29 59 E-posta: tdb@tdb.org.tr Web: www.tdb.org.tr

4- İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Müdürlüğü Yönetim Kurulu Kararı



Tarih ve Sayı: 21/06/2017-237826

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
ADLİ TIP ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Yönetim Kurulu Kararı

Toplantı Yeri	: Toplantı Salonu
Toplantı Tarihi	: 20/06/2017
Toplantı No	: 13
Karar No	: 4

Tıp Bilimleri Anabilim Dalının Doktora programına kayıtlı öğrencisi Aykut HURMA'nın, "Tıbbi Uygulama Hatası Olgularında Türk Diş Hekimleri Birliğine Yapılan İtiraz Dosyalarının Değerlendirilmesi" konulu tez başlığının tez izleme komitesi tarafından "Türk Diş Hekimleri Birliğine Yansıyan Oral İmplantoloji Uygulama Hatası İddialarının Medikolegal Açıdan Değerlendirilmesi" olarak değiştirilmesi hakkındaki adıgeçen Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 19.06.2017 tarih, 234081 sayılı yazısı

Aykut HURMA'nın, tez başlığının tez izleme komitesi tarafından "Türk Diş Hekimleri Birliğine Yansıyan Oral İmplantoloji Uygulama Hatası İddialarının Medikolegal Açıdan Değerlendirilmesi " olarak değiştirilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Aslı Gibidir
e-İmzalı
Muammer ÖZDEMİR
Enstitü Sekreteri

9-ÖZGEÇMİŞ

EĞİTİM :

1995-2001 : Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi (Lisans)

İŞ DENEYİMİ :

10/2014-…… : T.C. Sağlık Bakanlığı Kocaeli / Karamürsel İlçe Sağlık Müdürlüğü

01/2009-10/2014 : T.C. Sağlık Bakanlığı Derince Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi

10/2003-01/2009 : T.C. Sağlık Bakanlığı Kandıra Devlet Hastanesi

03/2014-03/2005 : Askerlik (4.Mekanize Piyade Tugay Reviri Keşan / Edirne)

08/2002-10/2003 : T.C. Sağlık Bakanlığı Muş Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi

YÖNETİCİLİK DENEYİMİ:

2011-2014 : Derince Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde İdari Hekim

(Görevleri: Hasta hakları komisyon başkanı, kurumsal kalite sorumlusu, klinik sorumlu hekimi, evde sağlık hizmeti sorumlu hekimi, sedasyon ile dental tedavi sorumlu hekimi)

SERTİFİKALAR VE EĞİTİMLER:

Akılcı İlaç Kullanımı Eğitici Sertifikası

Hasta Hakları Eğitici Sertifikası

Hasta Hakları ve Sorumlulukları

Çalışan Hakları ve Sorumlulukları

Tehlikeli Atıklar

Hasta Güvenliği

Çalışan Güvenliği

Etik ve Hasta Hakları

Kişisel Koruyucu Ekipmanlar ve Güvenli Kullanımı

Meslek Hastalıkları ve Hukuki Sonuçlar

Kurumsal Risk Yönetimi

Sağlık Tarama Programı

Kesici Delici Alet Yaralanmaları

Kişiler Arası İletişim

Hastane ve Bölüm Bazlı Temizlik

TAKDİRNAME VE BAŞARI BELGELERİ:

T.C. Karamürsel Kaymakamlığı Başarı Belgesi