17.

ULUSLARARASI KATILIMLI ADLİ TIP GÜNLERİ

13-16 EKİM 2022
AKSU - ANTALYA

KONGRE KİTABI

PANELLER VE SUNUMLAR

"Gerçeğin peşinde,
adaletin hizmetinde!"





T.C. ADALET BAKANLIĞI

ADLİ TIP KURUMU

KONGRE
DÜZENLEME KURULU

ONURSAL BAŞKAN
Bekir BOZDAĞ
Adalet Bakanı

BAŞKAN
Hızır ASLIYÜKSEK

KONGRE SEKRETERİ
İbrahim İKİZCELİ

ORGANİZASYON KOMİTESİ
Muhammet ŞİMŞEK
Âdem KARBUZ
Nihan Hande AKÇAKAYA
Caner BEŞKOÇ
Erdoğan KARA
Bahri TEKER
Abdülbari BENER
Ali Ulvi ÇALIK
Erol KAM

DANIŞMA KURULU
Adli Tıp Dergisi Danışma Kurulu Üyeleri

BASKI ÖN HAZIRLIK
Kübra BAŞ
Yusuf Anıl DURALİ

DİZGİ-GRAFİK-BASKI
Naturel Basım Yayın ve Reklam
Hizmetleri San. ve Tic. Ltd. Şti.

T.C.

ADALET BAKANLIĞI

ADLİ TIP KURUMU BAŞKANLIĞI

17. ULUSLARARASI KATILIMLI ADLİ TIP GÜNLERİ

13-16 EKİM 2022

AKSU - ANTALYA

KONGRE KİTABI

PANELLER VE SUNUMLAR

İstanbul, 2023

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ 13

AÇILIŞ KONUŞMALARI 15
Adli Tıp Kurumu Başkanı Hızır ASLIYÜKSEK, Adalet Bakan Yardımcısı Akın GÜRLEK, Yargıtay 1.Başkanı Mehmet AKARCA

BİLİMSEL OTURUMLAR

TRAFİK KAZALARI VE BİLİRKİŞİLİK 21
Moderatörler; Nurdan MEMİŞOĞLU APAYDIN / İlhan ÜZÜLMEZ
Konuşmacılar; Abdurrahman SAVAŞ / Faruk BACACI / Muhammed DEMİREL / Mustafa YAPICI

ADLİ GENETİK VE BİLİRKİŞİLİK 35
Moderatör; Mehmet TOKDEMİR
Konuşmacılar; Bestami ÇOLAK / Nihan Hande AKÇAKAYA / Selçuk DAŞDEMİR / Güven KOYUNCU

ADLİ BELGE İNCELEME VE BİLİRKİŞİLİK 47
Moderatörler; Faruk AŞICIOĞLU / Selman DURSUN
Konuşmacılar; Ersen SALTI/ Erol KAM / Özay DÖRTTEPE / Hakan BEYAZ

TIBBİ UYGULAMA HATALARI VE BİLİRKİŞİLİK 61
Moderatörler; Mahmut KOCA / İbrahim ÜZÜN
Konuşmacılar; Recep FEDAKAR / Muhammed DEMİREL / Ahmet ER / Yılmaz AKÇİL / Ahmet Nezih KÖK / Mehmet Akif İNANICI
Şehmus ERTEKİN / Erdem ÖZKARA

TÜRKİYE'DE BİLİRKİŞİLİK UYGULAMALARI 87
Moderatörler; Muharrem ÜRGÜP / Necmi ÇEKİN
Konuşmacılar; Abdulkadir KUTLUK / Zehra Zerrin ERKOL / Sinan ŞEN / Hakan BEYAZ / Ekin Özgür AKTAŞ

DÜNYA'DA BİLİRKİŞİLİK UYGULAMALARI 103
Moderatörler; Süleyman Serhat GÜRPINAR / Hasan Kadir YILMAZTEKİN
Konuşmacılar; Ali KOÇAK / İdris DENİZ / Andrea LEDİC / Hüseyin ALİHANOV / Cabir AHMET / Zelalem Mengestea DEGENE

MALULİYET VE BİLİRKİŞİLİK 123
Moderatörler; Mustafa OKUDAN / Hikmet Ergün DÜLGER
Konuşmacılar; Nurettin Nezih ANOLAY / İsmail ERTÜZÜN / Elif Esin KINAY ÜNSAL / İbrahim SUBAŞI / Salim KÜÇÜK

ADLİ BİLİŞİM VE BİLİRKİŞİLİK 164
Moderatörler; Eyup YEŞİL / Yaşar BECERİKLİ
Konuşmacılar; Muhammet ŞİMŞEK / İsmail GÜNEŞ / Mustafa GÜNGÖR / Furkan YILMAZ / Abdulkadir GÜNGÖREN

ADLİ PSİKİYATRİ VE BİLİRKİŞİLİK 179
Moderatörler; Hasan Turan KARATEPE / Gürol CANTÜRK
Konuşmacılar; Gökhan ORAL / Sefa SAYGILI / Fatma Nuray CANSUNAR / Şenol TURAN / Alperen BIKMAZER / Abdurrahman Orkun DAĞ

ADLİ TOKSİKOLOJİ VE BİLİRKİŞİLİK 197
Moderatörler; Ahmet BELCE / Selda MERCAN
Konuşmacılar; Ayşegül ŞAHİN / Oya Tanç YETER / Elif KESMEN ÖZ / İbrahim Hakkı SEYDİOĞULLARI / Murat SARIGÜZEL

ÇALIŞTAY 213
ADLİ BİLİMLER VE ADLİ TIP UZMANLIK/YAN DAL EĞİTİMİNİN GELECEĞİ
Moderatörler; Ahmet Nezih KÖK / Ekin Özgür AKTAŞ
Konuşmacılar; Alpay Tuncar / Murat Nihat ARSLAN / Ekin Özgür AKTAŞ / Gökhan ORAL / Mehmet TOKDEMİR /Hüseyin ÇETİN KETENCİ
Ferah KARAYEL
Tartışmacılar; Abdi ÖZASLAN / Faruk AŞICIOĞLU / Mehmet Akif İNANICI / Bülent ŞAM / Necmi ÇEKİN / Hüseyin SARI / Fatma Nuray CANSUNAR
Süleyman Serhat GÜRPINAR / Erdoğan KARA

SÖZLÜ BİLDİRİ ÖZETLERİ

S1 242
Laser Induced Breakdown Spectroscopy ile Insan Saçında Temel Besin Elementlerinin Analizi

S2 242
Metakarp Kırıklarının Adli Tıbbi Açıdan Ele Alınması Elementlerinin Analizi

İÇİNDEKİLER

S3 ..... **243**
Adli Tıp Kurumu Adli Tıp Genel Kurulunda ve Adli Tıp İkinci Üst Kurulunda Karara Bağlanan İş Kazaları Dışındaki Olaylara Bağlı Olarak Gelişen Travma Sonrası Stres Bozukluğu Olgularının Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Açısından Değerlendirilmesi

S4 ..... **244**
Tıbbi Malpraktis Konusunda Yapılmış Yayınların Bibliyometrik Analizi

S5 ..... **244**
Lazer İndüklenmiş Plazma Spektroskopisi (LIBS) Yöntemi ile Araç Camlarının İncelenmesi

S6 ..... **245**
El Üzerinde Kalan Ateşli Silah Atış Artıklarının Laser Induced Breakdown Spektrokopisi (LIBS) Yöntemi İle Tespiti

S7 ..... **245**
Bir Çocuk İzlem Merkezi Verilerinin İncelenmesi

S8 ..... **246**
Bireysel Başvuru Niteliği Taşıyan Adli Olgularda Tarafımızdan Düzenlenen Uzman Görüşü (Bilimsel Mütalaa) Raporlarının Değerlendirilmesi

S9 ..... **246**
Lazerle İndüklenmiş Plazam Spektroskopisi (LIBS) Yönteminin Kağıtlara Uygulanması ve Belgelerin Ayırt Edilmesi

S10 ..... **247**
Trafik Kazasına Bağlı Nörolojik Yakınma İle Başvuran Vakaların Maluliyet Tespitinde Kullanılan Yönetmelikler Açısından Değerlendirilmesi

S11 ..... **247**
Asansör Kabini Düşmesine Bağlı Yaralanmalar

S12 ..... **248**
Travmatik Spondilolistezis Olguları Üzerine Bir Değerlendirme

S13 ..... **248**
Android ve iOS İşletim Sistemine Sahip Cihazlarda Son Etkinleştirme Tarihinin Tespit Edilmesi

S14 ..... **249**
Anubis Zararlı Yazılımının İncelenmesi

S16 ..... **249**
PC-CRASH Yazılımı İle Şerit İhlali Neticesinde Meydana Gelen Trafik Kazasının Simülasyonu

S17 ..... **250**
Postmortem Dokularda Ağır Metal Düzeylerinin LIBS Tekniğiyle Değerlendirilmesi

S18 ..... **250**
Trafik Kazalarının Canlandırılmasında Faro Zone 3D Programının Kullanılma Yararlarının Bir Vaka Üzerinden Değerlendirilmesi

S19 ..... **251**
Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine Başvuran Pediatrik Adli Vakaların Değerlendirilmesi

S20 ..... **251**
Çocuk Acil Kliniği Başvurularının Adli Vakalar Yönünden Retrospektif Değerlendirilmesi

S21 ..... **252**
Travmatik Olmayan İş Kazalarına Bağlı Gelişen Ölümlerin Değerlendirilmesi: 5 Olguluk Seri

S22 ..... **252**
2021 Yılında Yargıtay Tarafından Karara Bağlanan Hatalı Tıbbi Uygulama İddiası Olgularının Değerlendirilmesi

S23 ..... **253**
Adana'da Traktör Kazasına Bağlı Ölümlerin Analizi

S24 ..... **253**
Adana Adli Tıp Kurumu'nda Otopsisi Yapılan AmfetaminMetamfetamin Tespit Edilen Olguların Ölüm Nedenlerinin Değerlendirilmesi

S25 ..... **254**
Veri Kaybı Olmadan Android Cihazlarda Önyükleyici Bölümünün Onarımı

S26 ..... **254**
Ateşli Silah İle Çoklu Yaralanması Bulunan Ölümlerde Otopsi Sırasında Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri

S27 ..... **255**
Klinik Adli Tıp Uygulamalarında Konsültasyon İstemlerinin Tıpta Uzmanlık Eğitimi Açısından Değerlendirilmesi

S28 ..... **255**
Adli Mercilerce Maluliyet Tespiti için Mükerrer Gönderilen Olguların Değerlendirilmesi

S29 ..... **256**
Huzur ve Bakımevi Ölümlerinin Postmortem Değerlendirilmesi

İÇİNDEKİLER

S30 256
COVID-19 Hastalarının Göz İçi Sıvılarında Metabolom Profilinin Q-TOF MSMS Yöntemiyle Belirlenmesi ve Biyoinformatik Olarak Değerlendirimesi

S31 257
Microsoft Windows İşletim Sistemi Kayıt Defteri (Registry) Dosyalarının Adli Bilişim Açısından İncelenmesi

S32 257
Ev İçi Şiddet Mağduriyeti ve İntihar Girişimi İlişkisi Üzerine

S33 258
Amfetamin Kullananlarda Litaratürde Bulunmayan Atipik Bulgu: Cilt Lezyonlarının Değerlendirilmesi

S34 258
Siyanür Zehirlenmesine Bağlı Ölümler: Olgu Serisi

S35 259
2016-2017 Yılları Arasında Adli Tıp Kurumu Birinci Adli Tıp İhtisas Kurulu'nce Değerlendirilen Zehirlenme Vakalarına Adli Tıbbi Bakış

S36 259
Dijital Multimedya Güvenliği

S37 260
Saç Ekimi ile İlişkili Ölümlerin Medikolegal Olarak Değerlendirilmesi 3 Olgu Sunumu

S38 260
Banka Çalışanlarında Görülen Rahatsızlıklar Meslek Hastalığı
Kabul Edilebilir Mi?

S39 261
LC-MS/MS ile Kuyu Gazı Ölümlerinde Hidrojen Sülfür Zehirlenmesinin Tespiti İçin Kantitatif Tiyosulfat Tayini

S40 261
Adli Tıp Kurumu 2. Adli Tıp İhtisas Kurulunca Ortopedi Muayenesi Yapılan Olguların TCK Yönünden Değerlendirilmesi

S41 262
Bebek Otopsilerinde Multipleks PCR Yöntemi ile Solunum Yolu Virüslerinin Araştırılması

S43 262
Suda Boğulma veya Boğulayazma ile Başvuran Çocukların Retrospektif Olarak Değerlendirmesi ve Prognostik Faktörlerin İncelenmesi

S44 263
Adli Vakalarda Video Analizi ve Nesne Takibi

S45 263
2018 ve 2019 Yıllarında Adli Tıp Kurumu Sekizinci Adli Tıp İhtisas Kurulu'na Tıbbi Uygulama Hatası İddiası ile Gelen Üroloji Olgularının Değerlendirilmesi

S46 264
Adli Vakalarda Müstehcen Görüntülerin Yapay Zeka Algoritmalarıyla Tespit Edilmesi

S47 264
Adli Vakalarda Görüntü Manipülasyonunda Kullanılan Yöntemler

S48 265
Acil Serviste Düzenlenen Adli Raporların Değerlendirilmesi

S49 265
Maluliyet Raporları Düzenleyenler Arasındaki Farklılıklar: Raporların Perde Arkası

S50 266
Çocuğa Yönelik Cinsel İstismarda Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Adli Tıbbi Yönetimi 3 Olgu Sunumu

S51 266
Vakalar Üzerinden Diyabetik Ketoasidozla İlgili Tıbbi Hata Uygulamalarının Değerlendirilmesi

POSTERLER

P1 268
Yeni Nesil Sentetik Cannabinoidlerden 4 F Mdmb Butıca ve 4 F Mdmb
Butınaca 'nın Değerlendirilmesi

P2 269
Travma Sonrası Meydana Gelen Diş Avülsiyonunun Tck 87. Madde Kapsamında Değerlendirilmesi: Olgu Sunumu

P3 270
İnsan Isırığı Nedeniyle Yüz Bölgesinde Oluşan Amputasyonlar: İki Olgu Sunumu

P4 271
Trafik Kazalarında Çocuk Yayaların (5-12 Yaş) Davranışı Analizi

P5 272
İntakt Hymenli Adolesan Gebe: Olgu Sunumu

İÇİNDEKİLER

P6 273
İş Kazası Sonucu Meydana Gelen Elektrik Yaralanmasına Bağlı Motor Sinir Hasarında Maluliyet Değerlendirmesi

P7 274
Birden Fazla Atış İle Gerçekleştirilen İntihar Orijinli Ateşli Silah Yaralanmasına Bağlı Gerçekleşen Ölüm - Olgu Sunumu

P8 275
Fişek İçeriği Bulgurla Değiştirilerek Meydana Gelen Sıra Dışı Bir Cinayet Vakası

P9 276
Boğazlanma İle Büyük Damar Kesisi

P10 277
Koter Yanığı Sonrası Amputasyon Kararı Verilen Olguda Tıbbi Malpraktis Değerlendirmesi

P11 278
Kafa Travması Sonrası Gelişen Heterotopik Ossifikasyon Lezyonu

P12 279
Fta Kartına Spotlanmış Kan Lekesinde Lc-Ms/Ms Cihazı İle Yasaklı Maddelerin Kantitatif Olarak Validasyonu Ve Gerçek Örneklere Uygulanması

P13 280
Kamera Kaydına Yansıyan Kesici-Delici Alet İle İntihar: Olgu Sunumu

P14 281
Metanol Zehirlenmesi Sonucu Postmortem Ve Antemortem Kan Örneklerinde Metanol Ve Formik Asit Bulgularının Değerlendirilmesi: Olgu Sunumu

P15 282
Kan, İdrar, Tırnak, Saç Örneklerinde Esrar Maddesinin Analiz Sonuçlarının Karşılaştırılması

P16 283
Tam Mol Gebelik İçeren Adli Babalık Davasının Değerlendirilmesi

P17 284
Farklı Yöntemler Kullanılarak Yapılan İmza Sahteciliği: Bir Olgu Sunumu

P18 285
Fiili Ehliyeti Değerlendirilen Bipolar Affektif Bozukluk Tanısı Bulunan Hastanın Olgu Sunumu

P19 286
Kaçak Kazı Sırasında Patlamaya Bağlı Oluşan Ölüm: Olgu Sunumu

P20 287
Gaz Kromatografisi/Kütle Spektrometresi (Gc/Ms) Cihazı İle Eroin, Morfin, Kodein, Kokain, Amfetamin, Metamfetamin, Mdma Ve Thc'nin Kalitatif Metot Validasyonu

P21 288
Ormancılık Sektöründe Meydana Gelen Ve Ölümle Sonuçlanan Bir İş Kazası

P22 289
Kimliği Belirsiz Cesetlerin Kimliklendirilmesi Amacıyla Yapılan Çalışmalar

P23 290
Adli Rapor Düzenlerken Radyolojik Görüntülemelerin İncelenmesinin Önemi: Olgu Sunumu

P24 291
Kardiyovasküler Orjinli Ölümde Yalancı Telem

P25 292
Çerçeve Şeklinde Boşluktan Attırılan İmzadan Faydalanılarak Oluşturulmuş Senet Sahteciliğinin İncelenmesi

P26 293
İş Sağlığı Ve Güvenliği Açısından Adli Bilimler Ve Adli Toksikoloji Alanında Çalışan Görüşlerinin Değerlendirilmesi: Adana Ve Mersin İlleri Örneği

P27 294
Perinatal Asfiksinin Tıbbi Uygulama Hataları Açısından Değerlendirilmesi: Bir Olgu Sunumu

P28 295
Pres Makinesi İle İntihar: Olgu Sunumu

P29 296
Adli Vakalarda İncelenen Videolarda/Görüntülerde Karşılaşılan Problemler Ve Çözüm Yöntemleri

P30 297
Maternal İnfantisit Olgularında Adli Ebelerin Önleyici Rolü

P31 298
Adli Tıpta Adli Ebelik Rolleri

P32 299
Miyokardial Brıdge'ye Bağlı Genç Yaşta Ölüm: Olgu Sunumu

P33 300
Kapak Replasmanı Yapılan Kişinin Yıllar İçerisindeki Klinik Seyrine Ve Değişen Yönetmeliklere Göre Çalışma Gücü Kaybındaki Değişikliklerin Değerlendirilmesi :Olgu Sunumu

P34 301
Farklı Düzenekler İle Gerçekleşen Üç Asfiktik İntihar Olgusu

İÇİNDEKİLER

P35 ..... **302**
Bilgisayarlı Tomografi Görüntülerinin Mastoid Hücrelerin Volümetrik Değerlerinin Türk Popülasyonunda Kimlik Tayinindeki Rolü

P36 ..... **303**
Ceza Ehliyeti Değerlendirilen Fetişizm Bozukluğu Tanısı Bulunan Hastanın Olgu Sunumu

P37 ..... **304**
Elektrikli Scooter Ve Elektrikli Bisiklet Kazalarına Adli Tıbbi Yaklaşım

P38 ..... **305**
Lazer Epilasyona Bağlı İkinci Derece Cilt Yanığı Olgusunun Medikolegal Değerlendirmesi

P39 ..... **306**
Erzurum Adli Tıp Grup Başkanlığı Erzurum Adli Tıp Şube Müdürlüğünce 2020-2021 Yılları Arasında Düzenlenen Adli Raporların Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi

P40 ..... **307**
Apendektomi Sonrası Meydana Gelen Maluliyet: Bir Olgu Sunumu

P41 ..... **308**
Midye Yeme Sonrası Botilinusmusa Bağlı Gullian-Barre Sendromu Geçiren Hastanın Adli Yönden İncelenmesi

P42 ..... **309**
Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Esnasında İliak Arter Ve Vena Cava İnferior Yaralanması Meydana Gelen Olgu Sunumu

P43 ..... **310**
Elektrik Çarpması Sonucu Ölen Bebek Olgu

P44 ..... **311**
Mükerrer Maternal Filisid: Adli Psikiyatrik Bakış Açısıyla Bir Olgu Sunumu

P45 ..... **312**
Hızlı Bir Ölüm Şekli: Yüksek Hızlı Tren Ve İntihar

P46 ..... **313**
Holoprozensefali: Otopsi Bazlı Olgu Sunumu

P47 ..... **314**
Genel Anestezide Yanlış Gaz Uygulamasına Bağlı Tıbbi Uygulama Hatası

P48 ..... **315**
İntramusküler Dikloron (Diclofenac Sodium) Enjeksiyonu Uygulaması Sonrası Siyatik Sinir Hasarı Gelişen 18 Yaş Altı Olgu Sunumu

P49 ..... **316**
İshal Ve Kusma Şikayetleri İle Başvuran Ve Rastlantısal Olarak Özefagusta Yabancı Cisim (Pil) Tespit Edilen 1 Yaşında Olgu Sunumu

P50 ..... **317**
Travma Sonrası Gelişen Ani Kardiyak Ölümlerde Ceza Sorumluluğunun Değerlendirilmesi

P51 ..... **318**
Hekimlerin Korkulu Rüyası Rop Davaları

P52 ..... **319**
Olgu Sunumu: Mediastinal Malign Lenfoma Olgusunda Steroid İle İndüklenmiş Tümör Lizis Sendromuna Bağlı Ölüm

P53 ..... **320**
Olgu Sunumu: Malpraktis İddiası Olan Bir Prematür Preduktal Sendrom Olgusu

P54 ..... **321**
Situs İnversus ve Çift Çıkışlı Sağ Ventrikül Birlikteliği Gösteren Olgu Sunumu

P55 ..... **322**
Okul Çağı Çocukluk Döneminde Beklenmedik Potansiyel Bir Ölüm Sebebi: Konjenital Diafragma Hernisi

P56 ..... **323**
Yüksek Voltaj Elektrik Yaralanmasına Bağlı Ölüm: Bir Olgu Sunumu

P57 ..... **324**
Yüzde Sabit İz Kavramı: Bir Olgu Sunumu

P58 ..... **325**
Adli Rapor Düzenlenmesinde E-Nabız Uygulamasının Önemi: Bir Olgu Sunumu

P59 ..... **326**
Bir Sağlık Mesleği Mensubunun İlaç İle İntiharı: Bir Olgu Sunumu

P60 ..... **327**
Kafaya İki Atış İle Gerçekleştirilen Ateşli Silah Yaralanmasına Bağlı İntihar Orijinli Ölüm: Olgu Sunumu

P61 ..... **328**
ATK Kimya İhtisas Dairesi Narkotik Şubesine 2020-2022 Yılları Arasında Gelen Sentetik Kannabinoidlerin Dağılımı

P62 ..... **329**
2021-2022 Yılları Arasında ATK Kimya İhtisas Dairesine Gönderilen Vakalarda Sahte İçkiden Kaynaklı Metanol Zehirlenmelerin Sıklığı



T.C. ADALET BAKANLIĞI

ADLİ TIP KURUMU

ÖNSÖZ

Kökleri, Mekteb-i-Tıbbiyye-i Şahane'de **"Tıbb-ı Kanuni (Adli Tıp)** derslerinin verildiği 1839 yılına dayanan Adli Tıp Kurumunun temelleri, 1917 yılında atılmış ve kurumumuz, 1982 yılında ise kurumsallaşmasını tamamlayarak bugünkü organizasyon yapısına kavuşmuştur.

Adli Tıp Kurumu, yüz yılı aşkın bilgi, birikim ve tecrübesiyle tüm dünyanın saygı duyduğu, ilkeleri, teknolojisi, bilimsel kapasitesi, uzmanlarının yetkinliği, kurumsal organizasyonu ve alt yapısıyla dünyaya örnek ve öncü bir müessesedir.

Köklü geçmişinden aldığı vizyon ve tecrübesiyle bilirkişilik alanında öncü ve referans bir kurum olan Adli Tıp Kurumu, aynı zamanda gerek adli tıp uzmanlık gerekse adli bilimler alanlarında vermiş olduğu eğitimler ile başlıca bir eğitim kurumu olarak enstitü ve üniversiteler arasında yerini almıştır.

Kurumsal kimliğine kavuştuktan sadece iki yıl sonra olmak üzere ilk ulusal adli tıp günleri toplantısını 1984 yılında gerçekleştiren Adli Tıp Kurumu, 2003 yılına kadar düzensiz aralıklar ile 10 kez ulusal adli tıp günleri toplantısı düzenlemiştir. Takip eden 5 yıl içerisinde, yargı ve adli tıp camiasını bir araya getirerek ulusal adli tıp günleri toplantılarını düzenli olarak her yıl organize eden Adli Tıp Kurumu, sonraki 15 yıllık süreçte sadece 2 kez ulusal adli tıp günleri toplantıları yapabilmiştir. Aralarda kesintiler de olsa, geleneksel olarak yapılagelen ve yargı mensupları ile adlı tıp/ adli bilimler alanındaki yetkin kişileri bir araya getiren bu yılki kongremiz, ilk defa yurt dışından konuşmacıların da yer aldığı Uluslararası Katılımlı 17. Adli Tıp Günleri olarak bilirkişilik ana temasıyla düzenlendi.

Uluslararası Katılımlı 17. Adli Tıp Günleri'nde; dört gün boyunca Yargıtay, Danıştay, TUBİTAK, Sağlık Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Türkiye Adalet Akademisi, SGK, Jandarma Kriminal Dairesi ve Emniyet Teşkilatı ile üniversitelerimizden alanında uzman 22 oturum başkanı ve 52 konuşmacı yer aldı; 274 adli tıp ve adli bilimler uzmanı tarafından toplam 111 sözlü ve poster bildiri sunuldu.

Kongremizin son gününde ise adli tıp uzmanlık eğitiminde mevcut durum, güncel gelişmeler, adli tıpta yandal eğitim süreci ve adli bilimler alanında lisans, yüksek lisans ve doktora programlarının niteliğini tartıştığımız önemli bir çalıştay gerçekleştirildi.

Adlı Tıp Kurumu, yeni gelişmeleri de dikkate alarak sürekli gelişen ve yenilenen yapısıyla, çok daha güçlü bir şekilde "gerçeğin peşinde, adaletin hizmetinde" olacak ve hem eğitim faaliyetlerine hem de adalete desteğine devam edecektir. Düzenlenen bu tür toplantılar ile bilgilerimiz tazelenecek, tecrübelerimiz paylaşılacak ve birikimlerimiz yeni gelişmeler ile harmanlanacaktır.

Dr. Öğr. Üyesi Hızır ASLIYÜKSEK
Kongre Başkanı

17.

ULUSLARARASI KATILIMLI

ADLİ TIP GÜNLERİ

AÇILIŞ KONUŞMALARI

AÇILIŞ TÖRENİ



Hızır ASLIYÜKSEK (Adli Tıp Kurumu Başkanı)

Sayın Yargıtay 1.Başkanım, Sayın Yargıtay Cumhuriyet Başsavcım, Sayın Yargıtay Ceza Genel Kurulu Başkanım, Sayın Bakanım, Sayın Hâkimler Savcılar Kurulu Üyemiz, yargı teşkilatımızın ve bakanlığımızın değerli temsilcileri, kıymetli hocalarım, değerli katılımcılar. 17.'sini düzenlediğimiz ve bu yıl uluslararası katılımla gerçekleştirdiğimiz Adli Tıp Günlerine hepiniz hoş geldiniz.

1839 yılında tıbbi kanuni dersleriyle başlayan, 1857 yılında Tıbbi ve Adli Komisyon adıyla sağlık kurulu olarak şekillenen, 1915 yılında o zamanki adıyla Sıhhiye Nezaretine, 1917 yılında da Adliye Nezaretine yani şu anki adıyla Adalet Bakanlığımıza bağlanan Adli Tıp Teşkilatı 1982 yılında kurumsallaşarak bugünkü teşkilat yapısına kavuşmuştur. Adli Tıp Kurumunun tarihçesinin ayrıntılarını, kongre vesilesi ile size takdim ettiğimiz Osmanlı'dan Günümüze Adli Tıp Kurumu kitabımızda bulabilirsiniz.

Adli Tıp Kurumu, iki asra yaklaşan tarihinden aldığı vizyon ve tecrübeyle bilirkişilik alanında öncü ve referans bir kurumdur. Dünya genelinde adli bilimlerin yaygınlaştırılması, kalitenin güvence altına alınması amacıyla 1993 yılında kurulan ve 38 ülkeden 71 üyesi bulunan Avrupa Adli Bilimler Enstitüleri Ağı ENFSI'ye 2005 yılında üye olan kurumumuz akredite laboratuvarları ile uluslararası standartlarda bilirkişilik hizmeti vermektedir.

Kurumun teknik ve fiziki altyapısı daha da güçlendirilerek, personel kapasitesi artırılarak, mahkeme ve savcılıklarımıza verilen bilirkişilik hizmetinin ülke genelinde yaygınlaştırılarak daha etkin ve hızlı sunulması sağlanacaktır. 135 akademisyen, 495 adli tıp uzmanı, 92 asistan,122 diğer branş uzman hekim, 502 mühendis, biyolog ve kimyager olmak üzere 2500 kişilik güçlü bir ekibiz. 2021 yılında kurumumuz 669.819 adli dosya,
26.354 otopsi işlemi, 12.726 ölü muayenesi ve 105.835 DNA incelemesi yapmıştır. 2022 yılı ilk 9 ayında ise; 559.528 adli dosya, 20.820 otopsi işlemi, 10.344 ölü muayenesi, 90.423 DNA incelemesi yaparak yargı teşkilatımıza bilirkişilik hizmeti sunmuştur. 2021 yılında daha hızlı ve etkin bilirkişilik hizmeti için Adli Tıp Kurumunda yargıda hedef süre uygulamasına geçilmiştir. Bu uygulama ile ilk yılda belirlenen hedef sürelere büyük oranda ulaşılmıştır.

Adli Tıp Kurumu aynı zamanda bir eğitim kurumudur. Kurumumuzda bugüne kadar yaklaşık 500 adli tıp asistanına uzmanlık eğitimi verilmiştir. Adli tıp uzmanlık eğitiminin yanında hâkim ve savcı adaylarına, tıp ve hukuk fakültesi öğrencilerine, otopsi teknikerlerine, adli tıp ve otopsi pratik eğitimi verilmektedir.
1 Şubat 2022 tarihinde İstanbul'da gece vardiyası otopsi sistemine geçilerek otopsi işlemleri gece 24:00'e kadar uzatılmıştır.
Vardiyalı otopsi sistemine de 1 Mart'ta bütün grup başkanlıklarında -11 grup başkanlığımız var-, 1 Nisan'da ise 20 büyükşehirde uygulanmaya başlanmıştır. 2023 yılında ise ülke genelinde 81 ilde yaygınlaştırmayı düşünüyoruz. Bu uygulamayla özellikle şehir dışına gidecek cenazeler için cenaze sahiplerini mağdur eden otopsi bekleme süresi kısaltılmıştır.

2002 yılında ülke genelinde sadece 25 ilde adli tıp hizmeti verilirken, bugün 81 ilde adli tıp hizmeti sunulmaktadır. Vatandaşa yerinde hizmet verebilmek amacıyla bu yıl ağır ceza mahkemesi bulunan 61 ilçemizde adli tıp şube müdürlüğü kurulmuş, bunlardan 25 şube hizmet vermeye başlamıştır. 2025 yılına kadar tamamının faaliyete geçirilmesi hedeflenmektedir. Halen 11 ilimizde grup başkanlığı olarak hizmet vermekte olan Adli Tıp Kurumu, 2025 yılına kadar bölge istinaf mahkemesi bulunan 7 ilimizde daha Adli Tıp Grup Başkanlığı açmayı planlamaktayız. Böylelikle grup başkanlığı sayımız 18'e çıkacaktır. Adli Tıp Kurumu, 13 ilimizde kendi binasında hizmet vermektedir. İzmir, Denizli, Bursa ve Hatay'da hizmet binası inşaatları devam etmektedir. İstanbul Merkez, Adana, Ankara, Kayseri, Konya, Sakarya, Samsun ve Tekirdağ hizmet binalarının proje süreçleri de devam etmektedir. Gelecekte grup başkanlığı sayısının 30 büyükşehirde olacak şekilde arttırmayı, tüm illerimizde 24 saat hizmet vermeyi hedeflemekteyiz.

Değerli katılımcılar, bilirkişilik ana temasıyla düzenlediğimiz 17. Adli Tıp Günlerinde dört gün boyunca 11 oturum yapılacak, bu oturumlarda Yargıtay, Danıştay, TÜBİTAK, Sağlık Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Türkiye Adalet Akademisi, SGK, Jandarma Kriminal Dairesi ve Emniyet Teşkilatı ile üniversitelerimizden alanında uzman 22 oturum başkanı ve 52 konuşmacı yer alacak. 274 adli tıp ve adli bilimler uzmanı tarafından tam 111 bildiri sunulacaktır.

Kongremizin son gününde ise adli tıp uzmanlık eğitiminde mevcut durum, güncel gelişmeler, adli tıpta yan dal eğitim süreci ve adli bilimler alanında lisans, yüksek lisans ve doktora programlarının niteliğini tartışacağımız önemli bir çalıştay gerçekleştireceğiz.

Öncelikle kongremize destek ve katkılarından dolayı Sayın Bakanımızın şahsında Adalet Bakanlığımıza teşekkür ediyorum. 100 gün gibi kısa bir sürede bu kongrenin gerçekleştirilmesi için özveriyle çalışan başta Kongre Sekreteri Prof. Dr. İbrahim İKİZCELİ Hocamız olmak üzere kongre ekibimize teşekkür ediyorum. Danışma ve Bilim Kurulu üyelerine, panelistlere, sözlü ve poster bildiri sahiplerine yürekten teşekkür ediyorum. Kongremize teşrif eden başta Yargıtay 1.Başkanımız Mehmet AKARCA, Yargıtay Cumhuriyet Başsavcımız Bekir ŞAHİN ve Bakan Yardımcımız Akın GÜRLEK Bey olmak üzere tüm değerli katılımcılara şükranlarımı arz ederim.

Bilgilerimizi tazeleyeceğimiz, tecrübelerimizi paylaşacağımız verimli bir kongre olmasını ümit ediyor, saygılarımı sunuyorum. Teşekkürler.



Akın GÜRLEK (Adalet Bakan Yardımcısı)

Sayın Yargıtay Başkanım, Sayın Yargıtay Cumhuriyet Başsavcım, Sayın Ceza Kurulu Başkanım, kıymetli meslektaşlarım, değerli bilim ve hukuk insanları. Geleneksel olarak yapılan ve yargı mensupları ile adli tıp alanındaki profesyonelleri bir araya getiren Uluslararası Katılımlı 17.Adli Tıp Günlerine hoş geldiniz. Bu vesile ile sizlerle birlikte olmaktan duyduğum memnuniyeti ifade ederek hepinizi saygıyla selamlıyorum. Böyle güzide bir topluluğun bir araya gelmesine vesile olan Adli Tıp Kurumumuzun başkan ve yönetimine teşekkür ediyorum, tebrik ediyorum.

Öncelikle sizlere Adalet Bakanımız Sayın Bekir BOZDAĞ Bey'in selamlarını iletmek istiyorum; 'Saygıdeğer misafirlerimiz, hukuk hayatına katkı sağlayacak, insanlarımızın hak arayışına makul süre ve isabetle karşılık verecek bir adalet sistemi hedefimize kararlılıkla yürüyoruz.

Bu yönde yeterli ve iyi yetişmiş yargı mensupları, her biri işinin ehli yardımcı personel, fiziki mekânlar, teknik imkânlar konusunda Adalet Bakanlığımızın uzun yıllardan beridir sürdürdüğü çalışmalar mevcuttur. Bütün çalışmalarda daha iyi bir hukuk düzeni hedeflenmektedir. Yıllardır, kesintisiz devam eden birçok proje hukuk pratiğimize önemli katkılar sağlamıştır. Yenilenen kanunlar, yeni uygulama ve alternatif çözümler, yargımızın iş yükünü hafiflettiği gibi, daha isabetli ve hızlı karar vermesine imkân sağlamaktadır. Adli Tıp Kurumumuz, hukukun ve adaletin nihai amaçlarından olan gerçeğin ortaya çıkarılmasında önemli bir görev ifa etmekte, önemli bir sorumluluğu yüklenmektedir. Adli Tıp Kurumu, kendisine kanunla tanınmış olan adli bilirkişilik görevini her zaman bilimsel kıstas ve tespitler ışığından en tarafsız ve güvenilir şekilde icra etmektedir. Gerçeğin oryaya çıkmasına ve adaletin tecelli etmesine mümkün olan en hızlı katkı sağlamak, Adli Tıp Kurumu'nun misyonudur.

Adli Tıp Kurumumuz, adli bilimler alanında ülke genelinde liderliğini devam ettirerek 100 yılı aşkın bilgi, birikim ve tecrübesiyle tüm dünyanın saygı duyduğu bir kurumumuz haline gelmiştir. Adli Tıp Kurumu, mahkemelerin, hâkimlerin ve cumhuriyet savcılarının kendisine gönderdiği konularda hukuki uyuşmazlıkların çözümüne ve aydınlığa kavuşturulmasında çok büyük bir görevi yerine getirmektedir.

Adli Tıp Kurumumuz, adli bilimler alanında ülke genelinde liderliğini devam ettirerek 100 yılı aşkın bilgi, birikim ve tecrübesiyle tüm dünyanın saygı duyduğu bir kurumumuz haline gelmiştir. Adli Tıp Kurumu, mahkemelerin, hâkimlerin ve cumhuriyet savcılarının kendisine gönderdiği konularda hukuki uyuşmazlıkların çözümüne ve aydınlığa kavuşturulmasında çok büyük bir görevi yerine getirmektedir.

Adli Tıp Kurumu'nun ortaya koyacağı maddi gerçek, hukuki gerçeğin karara bağlanması bakımından 1. derece rol oynamaktadır. Yalnız ceza hukukuyla ilgili değil, özel hukukla ilgili konularda da Adli Tıp Kurumunun yapacağı analiz ve tespitlerin varacağı sonuçların önemi oldukça büyüktür. Böylelikle Adli Tıp Kurumu, adaletin tecellisi bakımından çok büyük bir hizmet üstlenmiş durumdadır. Bugün bilimin geldiği nokta, adalet hizmetlerini de kolaylaştıracak imkânlara sahiptir. Adaletin sağlanmasında önemli bir rol ve bilimsel çalışmalar Adli Tıp Kurumunun hizmetlerine düşmektedir. Yargılama yapanlar adaleti tesis etmek ve isabetli kararlar verebilmek için tarih boyunca adli tıp başta olmak üzere müspet ilimlerden yararlanmışlardır. Bu sebeple, adli tıp kurumları adaletin vazgeçilmez unsurları haline gelmiştir. Türkiye'de özel kanunla kurulan ve 100 yılı aşkın süredir adalete bilirkişilik hizmeti sunan Adli Tıp Kurumu merkez ve taşra teşkilatlarında yılda yaklaşık 750.000 dosya, 27.000 otopsi ve 100.000 DNA incelemesi yapılmaktadır. Adli Tıp Kurumunun daha etkin, kaliteli ve hızlı bir şekilde çalışmalarını sürdürebilmesi için bakanlık olarak her zaman olduğu gibi Adli Tıp Kurumuna destek vermeye çalışacağız. Adli tıp hizmetlerinde artan iş yükü ve çeşitlilik dikkate alındığında, farklı ihtisas alanlarında kurumsallaşma ihtiyacı duyulmuştur. Bu kapsamda 2002 yılında 5 olan ihtisas kurulu sayısı 8'e, 6 olan ihtisas dairesine Adli Bilişim İhtisas Dairesi eklenmek suretiyle bu sayı 7'ye çıkarılmıştır. Ayrıca 2002 yılında İstanbul Merkez Teşkilatı ile birlikte 6 grup başkanlığı ve 18 şube müdürlüğü ile toplam 25 ilde hizmet sunan Adli Tıp Kurumu, yapılan yatırımlar ve 11 ilde grup başkanlığı, 69 il merkezi ve 25 ilçe merkezinde şube müdürlükleri ile ülkemizin tamamında hizmet verir hale gelmiştir. Trabzon, Antalya, Erzurum, Van, Diyarbakır Grup Başkanlıkları ile Rize ve Yozgat Şube Müdürlükleri hizmet binaları yapılarak hizmet vermeye başlamıştır. İzmir, Denizli, Bursa Grup Başkanlıkları ile Hatay Şube Müdürlüğü hizmet binaları inşaatları halen devam etmektedir. Yapılan bu çalışmalar ile Adli Tıp Kurumu 81 ilimizin tamamında adli tıp ve otopsi işlemi yapabilir hale gelmiştir.

Ayrıca Adli Tıp Kurumu teşkilat yapısı, yapılacak olan mevzuat değişikliği ile revize edilerek daha güçlü hale getirilmesi yönünde çalışmalarımız devam etmektedir. Atılan tüm adımlar sürekli değerlendirme ve gelişime açık mahiyette olup daha iyi sonuçlar elde edebilmek amacıyla getirilen öneriler mutlaka dikkate alınacak ve iyi uygulamalar ışığında uygun çözümler geliştirilmesinde destekçi olacağız.'

Değerli misafirler. Sözlerime son verirken bugün açılışını yaptığımız bu programın çıktılarının hedeflerimize ulaşmada önemli bir katkı sağlayacağına olan inancımı vurgulamak isterim. Bu vesile ile görevlerinizde, özveriyle yürüteceğiniz çalışmalarınızda üstün başarılar diliyorum. Siz değerli katılımcılarımızı ve bilim insanlarımızı, tüm misafirlerimizi saygıyla selamlıyorum.



Mehmet AKARCA (Yargıtay 1. Başkanı)

Çok kıymetli meslektaşlarım, çok kıymetli akademisyenler, Adli Tıp Kurumumuzun değerli Başkan ve mensupları, değerli misafirler, değerli katılımcılar hepinizi sevgiyle, saygıyla, muhabbetle selamlıyorum.

Bugün 17.Adli Tıp Günlerinde bir arada bulunmaktan büyük bir onur ve memnuniyet duyduğumu ifade etmek istiyorum. Kürsüden gelen bir hâkim bir ağır ceza mahkemesi hâkimi olarak bu toplantıların, hatırlayabildiğim kadarıyla, 5 ya da 6 tanesine katılmış olmaktan dolayı kendimi şanslı addediyorum. Gerçekten de Adli Tıp Kurumu mensubu hocalarımızla, başkanlarımızla, akademisyenlerimizle, ceza hukukçularımızla, meslektaşlarımızla ve kriminalde çalışan Emniyet ve Jandarma görevlilerimizle kısacası adalete ve adli tıbba hizmet eden ve buna katkı sağlayan mensuplarla bir arada bulunmak bize çok değer kattı. Özellikle yaptığımız yargılamalarda ve soruşturmalarda bunun çok büyük faydasını gördüğümü ifade etmek isterim.

Kıymetli misafirler, tabii ki Sayın Adalet Bakan Yardımcımız ve Adli Tıp Kurumumuzun çok değerli Başkanı Hızır Bey belirttiler; adli tıpla ilgili gelişmeleri çok büyük bir memnuniyetle ifade etmek istiyorum. Önemli bir şekilde Türkiye'de bu konunun geliştiğini, ilerlediğini ve ülke sathına yayıldığını görmüş olduk. Gerçekten de Adli Tıp Kurumu, soruşturma ve yargılama makamlarına yardımcı olan en başta gelen kurumlardan bir tanesi ve en güvenilir kurumlardan bir tanesi. Bunu memnuniyetle müşahede ettiğimizi ifade etmek istiyorum.

Değerli katılımcılar, hukukun temel işlevi toplumsal barışı ve düzeni sağlamaktır. Aynı zamanda adaleti gerçekleştirmek, hak ve özgürlükleri korumak da, hukuki güvenliği sağlamak da hukukun temel görevleri arasındadır. Tüm bunları gerçekleştirmenin en önemli araçlarından bir tanesi kanunların; adil, tutarlı, herkese eşit şekilde uygulanmasıdır. Hâkimin yardımcısı olan bilirkişinin, adalet hizmetlerini etkin şekilde yürütülmesinde hayati rolü bulunmaktadır. Bilirkişinin yetersizliği, tarafsız veya bağımsız olmaması, dava giderlerinin artması, yargılamanın uzaması ve hatta yanlış kararlar verilmesi gibi bir dizi soruna neden olabilmektedir. Daha açık bir anlatımla bilirkişinin ve bilirkişilik kurumunun kalitesi sorunu, sonuç itibariyle hâkimin ve yargı sisteminin kalitesi sorununa dönüşmektedir.

Bu nedenle bilirkişilik konusunda son sözü söyleyecek, adli uyuşmazlıkların çözümüne kılavuzluk edecek güvenilir kurumlar yargı sisteminin can damarlarını oluşturur. 200 yıla yakın bir geçmişi bulunan, bilgi birikimi sürekli gelişen yapısıyla Adli Tıp Kurumu, adalet teşkilatımızın adli bilirkişilik alanındaki en saygın ve en güvenilir kurumlarından biri olmayı başarmıştır. Yargı mensuplarıyla adli tıp uzmanlarını bir araya getiren bu toplantının düzenlenmesinde emeği geçen başta Adli Tıp Kurumunun değerli Başkan ve mensuplarına teşekkür eder başarılarının devamını dilerim.

Bilgi, insanlık tarihinin gelişim ve değişim sürecinde öteden beri önemli bir etken olmuştur. Üstün ve öncü bilgilere sahip olan, bu bilgileri uygulayabilen toplumlar daha hızlı ilerlemeler kaydetmiştir. Ancak, 20.yüzyılın sonuna gelindiğinde insanlık tarihi yeni ve çok hızlı bir değişim sürecine girmiştir. Temel kaynağını ve itici gücünü bilgiden alan, bilgi odaklı kurumların temel dinamik olduğu bilgi toplumuna geçiş sürecini hep birlikte yaşıyoruz. Yapay zekâ, robotik özel taşıtlar, 3D yazıcılar, nanoteknoloji gibi saymakla bitmeyen yenilikler ve bilgi çağı ya da dijital çağ olarak ifade edilen, çağımızın yüzleşmek zorunda olduğumuz gerçekleridir. Şu an 4.Sanayi Devrimi yaşıyoruz. Günümüzde hem uzmanlığa duyulan ihtiyaç artmış hem de uzmanlık alanları hızla çeşitlenmeye başlamıştır. Bilgi teknolojilerinde yaşanan baş döndürücü gelişmeler, bilginin kullanılmasına ilişkin faaliyetlerdeki olağanüstü artış, toplumun her katmanını bilgi odaklı hale getirmiştir. Öyle ki günümüzde bilgi, pek çok şeyi ikame edebilmektedir. Bilginin önem kazandığı alanlardan bir tanesi de hiç şüphe yok ki adli bilimlerdir. İleri teknolojiler, özel hayat, aile hayatı, haberleşme ve konut dokunulmazlığı hakkı gibi yeni suç ve dava türlerine de neden olmaktadır. Uluslararası alanda, hükümetler arası toplantılarda küresel düzeyde suç politikalarına ilişkin çeşitli bildirgeler yayınlanmaktadır.

Bu bildirgelerde yeni suç tipleri, suçu önlemek için uygulanabilecek yöntemler, geliştirilecek mekanizmalar dâhil olmak üzere rehber ilkelere ve tavsiyelere yer verilmektedir. Ekonomik suçlar, sınırları aşan suçlar, yasadışı ticaret, siber suçlar, insan kaçakçılığı gibi konular küresel düzeyde önem kazanmaya başlamıştır. Diğer yandan, dolandırıcılık gibi klasik

suç tiplerinin internet aracılığı ile işlenmesi bu suçlara dijital boyut getirmiştir. Şu an yüksek bir hızla ilerleyen yapay zeka ve kripto para kullanımı da gelecekte karşımıza önemli adli uyuşmazlıklar çıkaracaktır. Bu nedenle adli bilimler alanında mevcut olan uzmanlıklara ileri teknolojik boyutlar da eklemeye hazır olmalıyız.

17. Adli Tıp Günlerinde adli bilişim ve bilirkişilik konusunun çeşitli yönlerden ele alınacak olmasından duyduğum memnuniyeti az önce belirtmiştim. Bu konuların bilimsel bir temelde ele alınması, uygulamacılar için oldukça faydalı olacaktır. İleri teknolojiler, yeni suç ve uyuşmazlık türlerine yol açarak önemli zorluklar ortaya çıkardığı gibi, hızlı ve kaliteli adli bilirkişilik hizmeti verilmesi bakımından da yeni fırsatlar da doğurmuştur. Gelişmiş teknolojik cihazlar, modern çalışma yöntemleri ve yapay zekâ algoritmaları sayesinde geçmişle kıyaslanmayacak ölçüde hatasız, nesnel ve tutarlı adli bilirkişilik hizmeti verilmesi mümkün hale gelmiştir.

Anayasamızın 141.maddesine göre davaların en az giderle ve mümkün olan süratle sonuçlandırılması yargının görevidir. Anayasanın bu hükmü, usul hukukunun temel ilkelerinden biri olup toplumsal barışın da teminatıdır.

Adalet hizmetinin işlememesi, geç işlemesi ya da kötü işlemesi toplumsal düzenin ve barışın bozulmasına neden olur. Veciz şekilde ifade edildiği gibi geç kalan adalet, adalet değildir. Bu nedenle mahkemelerin etkinliğinin ve verimliliğinin artırılması ve özellikle yargılama sürelerinin kısaltılması toplum ve devlet hayatı açısından hayati bir öneme sahiptir. Adil yargılanma hakkı kapsamında davaların makul sürelerde sonuçlandırılması, bireylerin en temel haklarından biri olarak anayasada ve insan haklarına ilişkin uluslararası belgelerde korunmuş ve bu hakkın ihlâli halinde de birtakım yaptırımlar öngörülmüştür.

Ülkemiz açısından davaların makul sürede görülmesinin sorunlu bir alan olduğu Anayasa Mahkemesi tarafından bireysel başvurular üzerine verilen ihlâl kararlarının analizinden açıkça anlaşılmaktadır. 30 Haziran 2022 tarihi itibariyle ihlâl kararlarının %60'ı yargılamada makul sürenin aşılması nedenine dayanmaktadır.

Bu nedenle Adli Tıp raporları başta olmak üzere, adli süreçlerin hızlı bir şekilde gerçekleştirilmesi, adil yargılanma hakkı bakımından büyük bir önem taşımaktadır. Yargılamanın adil, ekonomik ve makul sürede sonuçlandırılması her hukuk devletinin amacıdır. Ülkemizde de bu konuda çok önemli reform çalışmaları gerçekleştirilmiş, kanun tasarıları hazırlanmış ve özellikle de adliyelerin ve Adli Tıp Kurumunun yerleşkelerinin fiziki koşullarının düzeltilmesi amacıyla iyileştirmeler yapılmıştır.

Az önce Başkan Bey'in konuşmasında ve tanıtım filminde görüldüğü üzere gerçekten de Adli Tıp Kurumu son 20 yılda özellikle çok büyük bir gelişme kaydederek ülkemiz sathında çok önemli ilerlemeler kaydederek grup başkanlıklarının sayısı artmış, Adli Tıp Şube Müdürlükleri sayısı artmış ve fiziki koşulların yanında diğer teknolojik imkânlar da adli tıbbın hizmetine sunulmuştur. Bu da adliyelerin ve savcılıkların işlerini kolaylaştırmıştır.

Bu yapısal değişiklikler ile birlikte özellikle adli bilimlere ilişkin alan araştırmalarına da odaklanmanın önemli olduğunu düşünüyorum.

Sözlerime son verirken adli tıbba ilişkin güncel konuların bilimsel bir bakış açısı ile ele alındığı bu temel toplantının, adli kalitenin artmasına katkı sağlayacağına yürekten inanıyorum. Tüm konuklarımıza, akademisyenlerimize, Yargıtay içinden ve dışından katılan çok kıymetli meslektaşlarıma katılımlarından ve katkılarından dolayı teşekkür ediyorum. Ayrıca bizi sıcak bir şekilde burada misafir eden, ev sahipliği yapan başta Antalya Başsavcımıza ve Bölge Adliye Mahkemesinin değerli Başsavcı ve Komisyon Başkanlarımıza, tüm meslektaşlarımıza huzurunuzda teşekkür ediyorum. Hepinize saygılar sunuyorum.



1.GÜN

1. OTURUM

TRAFİK KAZALARI VE BİLİRKİŞİLİK

TRAFİK KAZALARI VE BİLİRKİŞİLİK OTURUMU



Nurdan MEMİŞOĞLU APAYDIN (Moderatör): Bugün, bu oturumumuzun başlığı: Trafik Kazaları ve Bilirkişilik. Moderatör olarak bizler; Prof. Dr. Nurdan MEMİŞOĞLU APAYDIN İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Ulaştırma Kürsü Başkanı ve Prof. Dr. İlhan ÜZÜLMEZ Hocamız, Ankara Acıbadem Üniversitesi Hukuk Bölümü'nden varız. Ben de bir adli tabip eşi olarak burada aranızda bulunmaktan çok mutluyum. Bir adli tabibin yaşadığı zorlukların ve özellikle manevi yükün ne olduğunu da çok iyi bilen biriyim. Başarılı bir kongre diliyorum.

Bugün her konuşmacımızın 15 dakika süresi var. İlk konuşmacımız Abdurrahman SAVAŞ.
Buyurun İlhan Hocam.

İlhan ÜZÜLMEZ (Moderatör):
Değerli katılımcılar hoş geldiniz diyerek sözlerime başlamak istiyorum. İlk oturumumuzun başlığını Trafik Kazaları ve Bilirkişilik konusu oluşturuyor. Nurdan Hocam ifade etti, dört sunum yapılacak. Üçü hukukçular tarafından yapılacak, birisi ise bir mühendis tarafından, teknik bir kişi tarafından yapılacak sunum. 15'er dakikalık bir sunum süresi öngördük. Sürenin kalan kısmını tartışmaya ayırmayı uygun gördük. Muhtemelen bolca tartışılacak konumuz olacak. Tekrar hoş geldiniz diyerek oturumumuzu başlatıyoruz. Buyurun hocam. 15 dakikalık süreniz başlıyor.

Nurdan MEMİŞOĞLU APAYDIN (Moderatör):
Slaytı değiştirelim. Abdurrahman Hocayı biraz tanıtalım. Abdurrahman Hoca 1972 Konya'da doğdu. 1994 yılında İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesinden mezun oldu. Yine Selçuk Üniversitesinde 1998 yılında Roma Hukuku üzerine asistan olarak çalışmaya başladı ve 2006 yılında oraya öğretim üyesi olarak Selçuk Üniversitesine girdi. 2012 yılından beri de İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesinde Roma Hukuku Anabilim Dalında göreve başladı. 2017'de doçent oldu. Aynı zamanda da İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Adalet Meslek Yüksekokulunda müdür yardımcısı olarak görev yapmaktadır. Buyurun hocam.

Abdurrahman SAVAŞ (Konuşmacı):
Teşekkür ediyorum Sayın Hocam. Herkesi saygıyla selamlıyorum.

Evet, ben hukukçu gözüyle Trafik Kazalarında Bilirkişilik konulu bir sunum yapacağım. Yapacağım sunumda; Trafik kazalarına ilişkin olarak Adli Tıp Kurumu'na gelen dosyaların incelenmesi sırasında karşılaşılan sorunlar, bu sorunların kurum tarafından bilirkişi raporu hazırlanması sürecinde oluşturduğu zorluklar ve Adli Tıp Kurumu açısından daha iyi bir bilirkişilik süreci nasıl gerçekleştirilebilir sorusuna yönelik bazı önerilerde bulunmaya çalışacağım.

En çok karşılaşılan sorunların başında "eksik veri ile rapor tanzimi" konusu gelmektedir. Adli Tıp Kurumu'na mahkemelerden gelen ya da savcılıktan gelen dosyaların bir kısmında kaza anının görüntülerini ya da daha sonra kazayla ilgili olarak çekilmiş olan resimleri içeren CD'ler eksik çıkabiliyor, unutuluyor, düşüyor, kırılıyor ya da buna benzer sebeplerle bu verilere ulaşılamıyor. Bunlar da tabii olarak bilirkişi raporu tanziminin ve dolayısıyla

yargılamanın uzamasına neden oluyor. Altyapısı nasıl kurulur veya başka sorunlar çıkar mı bilemiyorum ama bu sorunların aşılması için belki UYAP veri tabanına bunların yüklenerek oradan indirilmesi gibi bir çözüm düşünülebilir mi?

Trafik kazalarındaki en önemli hareket noktamız, üzerinde de çokça duracağımız Kaza Tespit Tutanağı. İçerisinde kaza tespit tutanağının dahi yer almadığı dosyalarla çok karşılaşılıyor. Bu da tabi hem dosyanın git-gel yapmasına ve sonuçta da yargılama süresinin uzamasına neden oluyor.

Diğer önemli sorunlardan bir tanesi; dosyanın tekemmül etmeden bir an önce bilirkişi raporu alınmak suretiyle kuruma gönderilmesi. Dosya ile ilgili olarak sıhhatli karar verebilmek için kaza ile ilgili olarak keşfin yapılması gerekiyor, araçların hasar durumuyla ilgili tespitlerin olması gerekiyor, fotoğrafların pek çok farklı açıdan çekilmiş olması gerekiyor, tanık ifadeleri, gerek kazaya karışan tarafların gerek onların araçlarında bulunan kişilerin ve hatta dışarıdaki olaya tanık olan kişilerin de ifadeleri olmadan, sadece taraf beyanları ile dosyaya sunulmuş mevcut delillerle rapor tanzimi isteniyor.

Bu belgeler eksik, bunlar tamamlansın diye mahkemeye geri gönderilince bir süre sonra dosya aynen tekrar geliyor ve rapor tanzim edilmesinde ısrar ediliyor. Bu ısrar üzerine mevcut durum, belge ve bilgilerle rapor tanzim edilerek mahkemeye gönderiyorsunuz, bir süre sonra başlangıçta bahsedilen eksiklikler gideriliyor. Yeni bilgi ve belgeler de dosyaya eklenince yeni tanzim edilen raporda bu sefer kusur durumları değişiyor. ATK tarafından aynı dosya ile ilgili olarak hazırlanmış iki rapor arasında çelişki olduğu gerekçesiyle tekrar üçüncü kere geliyor veya başka bilirkişiye gidiyor. Bu da yukarıda ifade edildiği gibi sürecin uzamasına neden oluyor.

Yine bazı kazalar açısından en önemli iddialardan bir tanesi; araçtaki bozukluktan kaynaklandığı iddia edilen trafik kazaları. Bu tür davalarda bazen arızalı olduğu iddia edilen araçla ilgili herhangi bir teknik tespit yapılmadan, mevcut verilerle, resimlerle kuruma bilirkişi raporu tanzimi için gönderiliyor. Tabi herhangi bir teknik rapor tanzimi olmadan, bunlar belirlenmeden hatta belki de sıcağı sıcağına belirlenmeden bu konuda herhangi bir karar verilmesi veya rapor tanzim edilmesi mümkün değil. Adli tıp kurumunda pek çok tecrübeli mühendis arkadaşımız var. Araçtaki bozuklukların ve teknik durumların kazaya neden olup olmadığı ve etkisi ile ilgili olarak teknik incelemenin Adli Tıp Kurumu tarafından oradaki görevli mühendislerce yapılması düşünülebilir. Bu hem tarafsızlık ve bağımsızlık hem de tanzim edilecek raporun sıhhati açısından ideal bir durum olabilir. Ancak bugünkü imkanlar ile bunun gerçekleştirilmesi çok zor gibi görünüyor. Ancak bu ideal durum gerçekleşene kadar araçlardaki teknik bozukluk ve eksiklik iddiaları ile ilgili olarak teknik tespitlerin bağımsız ve yetkili kişilerce yapılması çok önemli bir veri sunmaktadır. Bu teknik inceleme olmaksızın sadece taraf iddiaları ile araçta arıza olup olmadığı ve bunun kazaya etkisi ile ilgili bir karar vermek mümkün değildir.

Diğer önemli bir husus, biraz önce bahsettiğim gibi kaza tespit tutanağının varlığı ve usulünce tutulması ile ilgili olan hususlar. Bunlar tabi hemen kazadan sonra sıcağı sıcağına kaza yerine intikal eden polis ya da jandarma tarafından tutulan tutanaklardır.

Burada araçların durumu, yolun durumu, eğimdir yağıştır vs. çevrenin durumu, sürücülerin durumu (alkol vardı/yoktu), yol üzerindeki yatay ve düşey işaretlemeler, hız sınırı gibi hususlar tespit ediliyor. Açıklamalar kısmında da raporu tanzim eden görevlilerce, ihlal edildiği değerlendirilen mevzuat hükümlerine yer veriliyor. Bazen bunlar ayaküstü olayın vahameti ile veya kaza mahallindeki diğer bazı durumların etkisiyle olay iyice irdelenmeden de gerçekleşmiş olabiliyor. Bazen de kaza ile ilgili açıklamalar kısmında, olay mahallinde ayaküstü elde edilen ve henüz tamamı elde edilmemiş verilerle tarafların kusur durumlarına ilişkin belirlemeler de yapılıyor. Tabi bu tespitler, birazdan bahsedeceğim gibi, önemli sorunlara da neden olabiliyor.

Bazı tutanaklarda araç kazalarına ilişkin krokilendirme yer almıyor. Yine krokilendirme yapılırken araçların boyutu, yolun genişliği, araçların kaza sonrası son konumları gibi raporun tanzimi açısından tespiti oldukça önemli olan bazı veriler de yer almıyor. Bu verilerin yer almadığı bir dosyada kusur durumlarının sıhhatli bir şekilde belirlenmesi mümkün değil. Dosyanın kusurun belirlenmesine doğrudan etki eden bu hususların tamamlanarak gelmesini sağlama, olay sırasında yapılması gereken tespit ve ölçümlerin eksiksiz yapılmasını sağlamak için eğitim faaliyetlerinin yapılması, ilgililerin bu konularda eğitilmesi, belli standartların getirilmesi oldukça önemli. Standartlar olmadan her bilirkişi veya kaza tespiti yapan kişi tarafından farklı farklı yapılan çizim ve tespitler, bazen yanlış algılara da sebep olabiliyor. Çizilen sokağın genişliği, caddenin genişliği, olduğundan farklı yani büyüklü küçüklü çiziliyor ve ana yol/tali yol şeklinde belirlemelerin de farklılaşmasına neden olabiliyor.

Adli Tıp Kurumuna gelen dosyalarda karşılaşılan ve dikkati çeken en önemli sorun veya (gerçi gittikçe azalıyor ama) sorunlardan bir tanesi de kaza tespit tutanağının mahkemeler tarafından bir bilirkişi raporu gibi değerlendirilmesi. İsmi üstünde bu bir tespit tutanağı. Pek çok başka veri ile birlikte bir değer ifade ediyor. Ancak o zaman bir rapora, yani kazanın oluşumu ve tarafların kusur durumları hakkında kanaat bildiren bir rapora dönüşebilir. Bu kaza tespit tutanağı yani tespit belgesi, dosyanın sonradan dosyaya sunulan resimlerle, hastane raporlarıyla, tanık beyanlarıyla, araçların ayrıntılı hasar durumları ve benzeri verilerle tekemmül etmesi sonucu bir bilirkişiye gönderilip oradan rapor alındığında, bu rapor ile çelişebiliyor. Diğer bir ifade ile kaza tespit tutanağındaki o ilk akut verilerle tutulan tespit raporu ile daha sonra tekemmül eden dosyalara göre hazırlanan bilirkişi raporunun uyuşmadığı gerekçesiyle aralarında çelişki olduğu ifade ediliyor. Aslında belirtmek gerekir ki burada herhangi bir çelişki söz konusu değil. Çelişki ancak aynı verilerle farklı raporların düzenlenmesi durumunda ortaya çıkabilir. Bu nedenle henüz pek çok verinin yer almadığı kaza tespit tutanağı ile tekemmül etmiş dosyaya göre tanzim edilen rapor arasında çelişki olduğu gerekçesi ile dosyanın Kuruma rapor tanzimi için yollanması yargılama sürecinin uzamasına neden olmaktadır. Burada değinilmesi gereken diğer bir husus da maddi hasarlı trafik kazaları ile yaralanma veya ölümle sonuçlanan kazalara göre daha az verinin istenmesi. Kaza tespit tutanağında maddi hasarlı trafik kazalarındaki verilerin azlığı, belki pratiklik açısından yeterli görülebilir ama daha sonra özellikle tanzimat davası ya da rücu davalarında dayanak teşkil etmesi açısından

önemli olabiliyor. Dolayısıyla bu formların geliştirilmesi, en azından standartların birbirine yaklaştırılması ideal olan husus olarak zikredilebilir. Bahsettiğimiz gibi kaza anında bu bilgilerin giderilmesi belki azıcık ek zahmet gerektirebilecek ama 5-10 dakikalık bir zahmetle giderilebilecek olan hususlar daha sonra birkaç aylık gecikmeyi önleyebilecek bir yarar da sağlayacaktır.

Kaza sonrası tespit ile ilgili çözüm önerilerine baktığımızda yaralanmalı ve ölümlü kazalar açısından olay yerine intikal eden polis ve jandarma ekiplerinin meslek içi eğitim seminerleri ile ve sürekli olarak eğitilmesi ve bu bilgilerin güncellenmesi ile ilgili bir standardizasyon sağlanabilir. Bunlar dağınık dağınık veriler şeklinde geliyor. Dosya içerisinde yüzlerce resim oluyor ama tarafların kusur durumlarının tespiti için bunlardan bazen sadece 1-2 tanesi işinize yarayabiliyor, o yüzden buna ilişkin uluslararası standartlar da göz önünde bulundurularak her dosyada her bilirkişinin arayıp da bulabileceği farklı açılardan çekilmiş resimler, tespitler vs. gibi verilerin bulunması yargılamayı hızlandırma açısından oldukça önemli. Bunlar tabi dediğimiz gibi sonuçta da kusur durumlarının belirlenmesi konusunda oldukça büyük bir öneme sahip.

Diğer önemli bir husus da iş güvenliği sorunları ile trafik kazası ayrımının her zaman yapılamaması. Örneğin yo üzerlerinde büyük şantiyeler bulunabiliyor, büyük fabrikalar oluyor, iç taraftaki bu mekanlar ile yol arasında bağlantı yolları oluyor, buralardan yola çıkışlar oluyor ve buralarda kazalar meydana gelebiliyor. Bazen kurumun kendi bünyesindeki bir alanda, belki karayolu olarak kabul edilemeyecek alanlarda araç kazalarıyla karşılaşılabiliyor. Bir iş güvenliği uzmanından rapor alınıyor. Alınan bu rapor oradaki iş güvenliği ile ilgili oluyor. Tabii olarak araçların karışması ile meydana geldiği için bu kaza raporu aynı zamanda bir trafik kazası görüntüsünde iş güvenliği raporu olabiliyor. Dosya Kurum'a geldiğinde ise kurumun yapacağı görev, her ne kadar olayın içerisinde iş güvenliği ile ilgili bir sorun olmakla birlikte, olayın Karayolları Trafik Kanunu ve diğer ilgili mevzuat çerçevesinde çözümlenmesi ile sınırlı olacak. Yani Kurumun görev ve yetki alanı bu mevzuat ile sınırlı. Burada ifade edilmesi gereken husus, ikisinin arasındaki bağlantıyı tespit etme veya farklılıkları giderme anlamında iki raporun verilerinin birbirinden ayrılması gerektiği, iş güvenliği uzmanınca tanzim edilmiş olan rapordaki sonuç ile trafik bilirkişisi ya da kurum tarafından tanzim edilen rapordaki sonuç arasındaki farklılıkların yine gerçek anlamda bir çelişki olarak değerlendirilmemesi gerektiğidir.

Diğer önemli sorunlardan bir tanesi de; doğrudan Kurumla ya da Adalet Bakanlığı ile ilgili bir sorun değil ama sonuç itibariyle yargılamanın muhtevasını da etkiliyor, ışıklı kavşaklarda kamera açısı sorunu. Tabi emniyet teşkilatı kendisi içerisinde meydana gelen kaza ya da güvenlik sorunları açısından kavşaklara kamera yerleştirmesi yapıyor ama bazen ışıklı kavşaklarda ışık ihlali yapıldığı iddia edildiğinde kimin hangi ışıkta geçtiğinin tespiti bu kamera kayıtlarına rağmen yapılamayabiliyor. En azından bir protokolle ya da ilgili kurumlara yapılacak bilgilendirmelerle veya bundan sonraki kavşak düzenlemelerinde buna dikkat edilmesini sağlanmaya yönelik hatırlatmalar ve yazışmalar yapılmak suretiyle, kameraların, bu ışıklardan en az bir tanesini görecek şekilde yerleştirilmesinin sağlanması ve dolayısıyla diğer ışıkların o anda kime kırmızı/sarı/yeşil yandığının tespiti hem adaletin tecellisi hem de sürecin kısalması açısından oldukça önemli olacaktır.

Yine karşılaşılan sorunlardan bir tanesi de özellikle bilirkişilerin mevzuat hükümlerine yer vererek kusur tespiti yapmaları. Tabi bu ayrı bir sorun. Bilirkişilik kanunu çerçevesinde, hukukçuların davalarda bilirkişilik yapması çok istisnai durumlar dışında mümkün değil. Tabi bu sistem ideal olarak çok güzel olmakla birlikte, kendi içerisinde kanaatimce geçmişten gelen bazı sorunlar sebebiyle, başka problemlere de neden oluyor. Onlardan bir tanesinin şu olduğunu söyleyebiliriz: Dışarıdan alınan bilirkişi raporlarında özellikle trafik polisi gibi hukukçu olmayan kişiler tarafından tanzim edilen bazı bilirkişi raporlarında, kaza içerisinde mevcut trafik kuralı ihlalleri listeleniyor. Bu kural ihlallerinin olduğu doğrudur ama olayın/kazanın gerçekleşmesi ile illiyet bağı olmayan kural ihlallerinin varlığı idari bir sorun. İdari para cezası ya da artık neyse onunla ilgili. Birden fazla kural ihlali de gerçekleşmiş olabiliyor.

Bu kural ihlallerinin, meydana gelen kaza ile illiyet bağı olmamasına rağmen, ihlalin çok olduğu gerekçesiyle ilgili tarafın kusurunun ağırlığına yönelik tespitler yapılabiliyor. Bunlar da sonraki dönemde raporlar arasında çelişki oluşturma konusunda bir veri olarak değerlendirilebiliyor. Olay ile ilgili olmayan trafik kural ihlallerinin kusur durumuna etki etmemesi gerekir.

Peki, sonuç olarak daha sıhhatli rapor tanzim edilebilmesi için neler yapılabilir? Bazı ülkelerde zorunlu olarak araç kamera uygulaması var. Ülkemizde de tüm araçlara zorunluluk olarak getirilmesi belki ilk planda bir masraf ve zahmet olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte en azından toplu taşıma araçlarında yol ve iç alanları için araç kameralarının zorunlu hale getirilmesi, veya ilk planda ağır vasıtalarda bu yol kameralarının zorunlu hale getirilmesi bir başlangıç çözümü olarak düşünülebilir. Çünkü benim de ATK'daki dosyaların incelenmesi sırasında olaydaki verilere ve ifadelere baktığımda böyle bir kaza olamaz dediğim, kamera kaydı olmasaydı o olayın öyle olacağına kesinlikle inanamayacağım pek çok olayla karşılaştım. Onları gördükten sonra hemen ben de aracıma yol kamerası taktırdım. Hem ileri hem geri görüntü kaydedecek şekilde. Bunun gerçekten pek çok kişiyi mahkumiyetten kurtardığını ifade edebilirim. Çünkü gerçekten bazı kazalar görünmez/öngörülmez kazalar şeklinde gerçekleşebiliyor.

Trafik kurallarına uyma bilincinin geliştirilmesi noktasında yeterli eğitimin yapıldığı zannediliyor ama ben açıkçası, şahsi gözlemlerim sonucunda bu konuda toplumumuzun halen istenilen seviyede olmadığını düşünüyorum. İlkokuldan başlayarak derslerde bunlar söyleniyor. Ehliyet kurslarında bu konular üzerinde duruluyor ama aslında belki öğrencilerin tam algılarının geliştiği lise düzeyinden itibaren ve üniversitenin ilk yıllarında seçmeli ve hatta belki de zorunlu ders olarak tekrar okutulması bu konudaki bilincin yerleşmesine önemli bir katkı sunacağı söylenebilir. Bu anlamda kurumlar ya da bakanlıklar arasındaki iletişimin güçlendirilmesi, bu yönde düzenlemelerin yapılması için Millî Eğitim Bakanlığı, Emniyet Teşkilatı vs. bunlarla görüşmelerin ve protokollerin yapılması önemli.

Yine son olarak, Adli Tıp Kurumunda trafik kazaları ile ilgili çok geniş bir arşiv var. Dosyalar mevcut, kararlar mevcut.

Tabi, kişisel verilerin korunmasına ilişkin kanunda da önemli düzenlemeler var, kısıtlamalar var. Bu sınırlamalara uyulmak ve kişisel verilerin korunmasına azami ölçüde gayret göstermek suretiyle bu arşivdeki veriler anonimleştirilerek, buradan elde edilecek raporların, yapılacak hukuki düzenlemelere ilişkin önemli bir altyapı oluşturacağı tartışmasızdır. Yine bu arşivdeki verilerin yukarıda belirtilen sınırlamalar kapsamında anonimleştirilerek işlenmesinin, kazaların önlenmesi açısından çok etkili olacağı, yol yapımından yeni kural koymaya kadar hangi alanlarda ve konularda ne tür iyileştirme ve düzenlemelere ihtiyaç duyulduğunun tespiti açısından çok önemli veriler sunacağını söyleyebiliriz. Sabrınız için teşekkür ediyorum.

İlhan ÜZÜLMEZ (Moderatör):
Evet, Abdurrahman Hocamıza teşekkür ediyoruz. 2 nedenden. Birincisi, süreyi çok dakik kullandı. İkincisi de vermiş olduğu bilgiler ve yapmış olduğu tespitler için. İkinci sunumumuzu Faruk BACACI Bey yapacak. Her ne kadar programda Nedim KAYA Bey'in ismi sunum yapacak kişi olarak gözüküyorsa da, Nedim Bey rahatsızlığı nedeniyle toplantımıza katılamamış bulunmaktadır. Nedim Bey'e şifalar diliyoruz. Faruk Bey, Nedim Bey yerine "Mühendis Gözüyle Bilirkişilik" konusunu anlatacak bizlere. Hocam önce Faruk Bey'i tanıtalım.

Nurdan MEMİŞOĞLU APAYDIN (Moderatör): Tabii ki. Nedim Bey'e buradan geçmiş olsun diyoruz. Kendisi kalp spazmı geçirdi, son dakikada gelemedi.
Faruk BACACI, Ankara Adli Tıp Kurumu Trafik Daire Başkanı. 1978 yılında İstanbul'da doğdu ve İstanbul Üniversitesi Elektrik Elektronik Mühendisliği mezunu. Özel sektörde bir müddet çalıştıktan sonra, İstanbul Su ve Kanalizasyon İşletmesi'nin Elektronik Sistemler Müdürlüğü'nde mühendis olarak görev yaptıktan sonra BEDAŞ'ta çalıştıktan sonra 2007 yılında Adli Tıp Kurumuna geçiş yapıyor. Evli ve 2 çocuk babası. Buyurun Faruk Bey.

Faruk BACACI (Konuşmacı):
Teşekkürler. 20. yüzyılın başlarından itibaren hayatımıza giren motorlu taşıtlar, 21. yüzyıl itibariyle sadece bir yerden bir yere götüren bir ulaşım araçları olmaktan çıkmıştır. Artan kazalar ve ölümler sebebiyle güvenlik gereksinimliliği ön plana çıkmaya başlamıştır. NCAP testleri, hava yastıkları, ESP/ABS/ASR gibi aktif güvenlik sistemleri ile daha güvenli ve konforlu taşıtlar imal edilmiştir. Yollar ve işaretlerin standartları da benzer şekilde gelişim sergilemiştir.

Günümüzle birlikte yarı ve tam otonom araçlar ile yapay zekâ teknolojileri, akıllı taşıtlar ve ona uyumlu akıllı şehirler dönemi başlamıştır. TOGG CEO'su Gürcan KARAKAŞ'ın "otomobili yeni nesil akıllı cihaza dönüştürüyoruz" beyanında da belirttiği gibi otomobiller artık birer akıllı cihaz olacaktır.

Bu değişimler yaşanırken trafik kazası ile ilgili bilirkişi raporu hazırlayan mühendislerin de kendisini geliştirmesi, bu değişime uygun teknolojik birikime ve altyapıya sahip olması gerekmektedir. Adli Tıp Kurumu Trafik İhtisas Dairesi olarak, üniversitelerden öğretim görevlilerimiz ile sürekli irtibatta olup eğitimlerle gelişim sağlamaktayız. Ayrıca başkanlığımızın temin ettiği animasyon programı ve simülasyon programı ile kazaların daha iyi anlaşılması ve sağlıklı rapor tanzimi için analizler yapmaktayız. Bu çalışmaları neticelendirdiğimizde de, en kısa süre içinde trafik kaza canlandırma simülasyon analizlerini yargı makamlarımızın hizmetine sunma gayretinde olacağız.

Simülasyon programlarının sağlıklı analiz yapabilmesi için kolluk kuvvetlerimizin olay yerinde istenen verileri temin etmesi gerekmekte olup, katıldığımız trafik güvenlik toplantılarında bu hususlar emniyet ve jandarma görevlileri ile paylaşılmaktadır. Biraz önce Abdurrahman Hocamın da belirttiği gibi, olay yeri incelemesinin bize tam olarak gelmesi gerekiyor. Hem trafik raporunu daha iyi hazırlayabilmek için hem bundan sonra simülasyon programıyla ilgili olarak simülasyonla ilgili olarak çalışmalar yapmak için. Bu arada verilerin daha sağlam gelmesi gerekiyor.

Trafik İhtisas Dairesinde multidisipliner bir anlayışla, mühendisliğin değişik alanlarındaki personelimizle ve üniversitelerimizin hukuk, makine, inşaat, otomotiv fakültelerindeki ikinci görevli öğretim üyesi hocalarımızla çalışmaktayız. Teknik arızadan kaynaklanan kazalar, hasar ve değer kaybı hesaplaması, yol ve işaretlemeden kaynaklanan kusurlar, tren/raylı sistem kazaları, trafik sinyalizasyon diyagramları, fren sisteminden kaynaklanan sorunlar gibi trafiği ilgilendiren her alanda bilirkişi raporu tazmin etme gayretindeyiz.

Frenden kaynaklanan kazalar demişken, en son gündemimize gelen Mardin'deki "freni patlayan" tır kazası ya da bunun gibi "freni boşaldı/freni patladı." Böyle bir somut olayla başlayalım. Mesela bize gelen bir dosyayla ilgili. Şöyle bir kaza tespit tutanağı var, meskûn dışı mahalde. Frenle ilgili diyeyim kaza. "Fren patlaması", bunu bir irdeleyelim. Biz Trafik İhtisas Dairesinde çok değişik alanlarda bilirkişilik raporu hazırlıyoruz. Yani mühendisliğin her alanına hemen hemen dokunuyoruz. Tabi ki normal kusur raporları olduğu gibi bu şekilde teknik raporlar da hazırlıyoruz. Burada bu kazada; çok uzun mesafede eğimli yol olduğu için burada bir kaçış rampası yapılmış. Aracın "freni patladığı" için bu şekilde kaçış rampasındaki aracın görüntüsü var. Araç o kadar hızlı ki kurtaramamış. Güzel bir çekim yapmış olay yeri inceleme. Her zaman haklarını yemeyelim, gerçekten güzel çalıştıkları dosyalardan bir tanesi. Güzel çekimler var. Eğimli yol, genel sonuç şu şekilde oluyor; teknik olarak fren patlaması diye bir şey yoktur. Demin hani fren patlaması dedim tırnak içerisinde belirttim. Sürücüler bu ifadeyi kullanmayı seviyorlar, frenim patladı diyerek olayı fren arızasına getiriyorlar ama teknik olarak fren patlaması diye bir şey yoktur. Genellikle ağır vasıta frenleri hava ile çalışmaktadır. Bu bağlamda, hava hortumunun patlaması veya hava kaçırması durumunda, frenlere yeterli hava gitmediği durumda araçlar freni tutacak şekilde tasarlanmıştır. Bu araçlar, ağır yükle çok büyük bir enerjiye sahiptir. Bu enerji dışarıya frenler ile atılmaktadır. Eğer sürücü aracı fazla hızlandırırsa, eğimli yolda durdurulması çok zor olur. Eğimli yolda çok sık bir şekilde frenleme yaparak, fren-balata dişleri ısınıp frenler tutmaz hale gelmektedir. İşin doğrusu bir yokuş hangi vitesle ve hızla çıkılıyorsa, o vitesle ve hızla inilmelidir. Bu şekilde dosyayı inceliyoruz. Tabi içinde hocamın belirttiği gibi olay yeri incelemenin sıcağı sıcağına teknik

bir rapor aldırması gerekiyor yani teknik makine mühendisine veya o anda frenden anlayan birisine teknik bir rapor hazırlatılması gerekiyor. Biz bütün bu fotoğrafları, teknik raporları, kaza hakkında bütün verileri inceleyip, bu teknik bir arıza mı yoksa sürücü kusuru mu bunu irdeliyoruz.

Mesela bu dosyada sadece o değil. Kaçış rampası ile ilgili de hani mesela yol kusuru diyebileceğimiz kaçış rampası ile ilgili de soru gelmişti. Onlara da cevap veriyoruz. Meskûn dışı yolda şerit ihlali. Ama diğer aracın da 50,20 metre fren izi var. Çarpma ve çarpma sonrası savrulmalar. Bu fren izi tespitinden yola çıkarak, aracın hızı ile ilgili, çarpma sonrası savrulmaları, aracın hasar aldığı kısımlar, bunun haricinde hasar miktarları. Diğer aracın da hızlı olup olmadığı şeklinde değerlendirme yapıp raporumuzu tanzim ediyoruz. Bu şekilde fren izi. Bu kazada diğer araç şerit ihlali yapmış. Ama diğer normal şeridinde giden aracın da hız değerlendirmesi, mahal şartlarına uygun olup olmadığı bunun da değerlendirilmesi yapılmaktadır. Bunun videosunu da göstereceğim. İlk önce sunumu bitirip sonra videolara geçeceğim.

Burada da bir motosiklet kazası. Kurye. Nurdan Hocam özellikle motosikletlerden de bahsedelim dedi. Sıkça meydana gelen kazalardan motosiklet kazaları. Tabii birazdan videolarda da göreceğiz tüm hepsi motosikletlerin kusuru değil. Motora motorun hiçbir hatası yokken de çarpılabiliyor. Motosikletlilerin de kusurları olabiliyor. Bu motosiklet burada kırmızıda geçiyor. Diğer aracın da 16,70 freni var. Islak zemin, 50 kilometre hız limiti olan yol, onun hızını da değerlendiriyoruz. Yani mahal hızında değilse ona göre kusurlandırma yapıyoruz.

PC Crash simülasyon programından bahsetmiştim. PC Crash simülasyon programı ile. Kaza görüntüsü olmayan. Ancak olay yerinde yeterli tespitler yapılmış olan trafik kazalarında olayın yeniden canlandırılması yapılarak, olay araç sürücüsü gözünden ve değişik açılardan gösterilebilmektedir. Çarpma noktasının yeri, araçların darbe aldığı kısımlar, araçların son konumu, yol geometrisi ve özellikleri gibi verilerin olay yerinde sağlıklı temini durumunda, gerçeğe yakın analiz yapılabilmektedir. Simülasyon olarak çalıştık biz bunu, PC Crash simülasyon programında. Burada veriler yeterliydi. Çarpma noktasının yeri olsun, araçların darbe aldığı kısım, son konumları. Kroki şeklinde. Birazdan videolar kısmında onun videosunu çalıştık. Genişletilmiş uzmanlar heyetine gelmişti bu dosya. Yardımcı olarak hani genel zaten kanaatimiz vardı. PC Crash simülasyon programında arkadaşlara çalıştırdık. Onu da göstereceğim.

Program simülasyon işlemi yaparken arka planda Momentum kuralları gibi fiziksel formüllerle hesaplama yaparak en düşük hata payı ile sonucu vermektedir. Şimdi biraz önce bahsettiğim motosiklet kazasından başlayarak videolara geçebiliriz. Bu motor kırmızı ışıkta geçecek. Araç yeşil ışıkta geçecek. Tabii burada kusur vermeyeceğiz de, hani temel olarak neler var. Bu motor kırmızı ışıkta geçiyor, araç frenle bu şekilde çarpıyor. Tabii burada bu kuryeler biliyorsunuz yani böyle bir sorun var. Burada tabi motorun kırmızı ışıkta geçme durumu var.

Diğer video. Ankara'yı bilenler, havaalanı yolu. Pursaklar tarafı. Motosiklet çok nizami şekilde ve devamlı bakın sol aynayı da devamlı kontrol ediyor. Yani demek ki korkuyor. Nizami gidiyor şu an sağ şeritte. Hızı da gayet normal. Burada da motorun kusuru yok. Devam edelim. Burada benzin istasyonunda sağ şeritten araç manevra yapıyor. Dönüyor. Motosiklet onu banketten sağından sollama dediğimiz geçmeye çalışıyor. Burada da motosiklet aracın sağından sollayamaz, araç sağa dönebilir sağ şeritten. Ama onu sağından emniyet şeridinden sollayamaz kuralı gereği motosiklete zaten kask falan öyle bir şey de yok da bu onun hocamın biraz önce bahsettiği gibi kaza ile illiyeti de yok aslında ayağını tutuyor. Yani kaskın olmaması bir kural ihlali olabilir ama bir kusurlandırma olarak değerlendirilmez.

Evet, PC Crash. Bu biraz önceki veriler var dediğimiz kazanın canlandırılması PC Crash'ta. %4 ya da % 3 hata payı çıktı bunda. Yani demin kroki gördünüz bir tane. Yeni kavşak bunu da Google'dan arkadaşlar bu kavşağı Google'dan buraya monte ettiler yani. Bu da araç içi kamerasından. Tamam diğer videolara devam edelim. Bu da PC Crash'ta tek kavşak. Bunu kurgu olarak arkadaşlar çalıştı. Aracın hızı solunda yukarıda yazıyor. Araç içi kamerasından yani bize aracın hızını, şu görüş açısını, aracın kazayı engelleyip engelleyemeyeceği, yani şu tekrardan buradan çıkan araç tamam kusurlu yol vermemiş ama diğer araç kusuru olup olmadığı noktasında, kazayı engelleyip engelleyemediği, hızının ne olacağı noktasında bize bu programların fayda sağlayacağını düşünüyoruz. Bu programlar üzerine kendimizi geliştirmeye, eğitim almaya devam ediyoruz.

Devam edelim. Bu da Farozone diye bu bir animasyon programı. Onunla da çalıştı arkadaşlar. Bu da bir kurgu diyelim. Hem yayaya çarpması hem araca çarpması şeklinde hani ikisini bir arada gösterelim diye çalıştı arkadaşlar. Farozone'da PC Crash gibi hesaplama şeyi yok ama Frozone'u özellikle jandarma aldı şu anda. Olay yerinde 3 boyutlu (3D) kameralarla çektiği zaman biz onu alıp PC Crash'ta uygulayıp simülasyon yapabileceğiz. Bununla ilgili jandarmayla trafik güvenliği sempozyumlarına polisle birlikte katılıyor arkadaşlar. Bu konuda çalışmalar devam ediyor.

Bu da gerçek bir kamera görüntüsü, yaya kazası. Çocuk davranışları da var, araç arasından koşmak gibi. Onun da posterini çalıştık. Reklamını da yapayım. Yan salonda onun posterini de hazırladık, çocuk yaya kazalarıyla ilgili. Şu anda araçların arasından koşuyor, araç çarptı. Bu gerçek görüntü, hani biz gerçek görüntü üzerinden çalışalım dedik. Bu da onun animasyon çalışması. Değişik açılardan bu drone kamerası, değişik kamera araç içi kamerası, şurada hızlarla ilgili veri var. Aracın hani hızlı olduğu zaten belli. Tamam, yaya araç arasından. Yaya geçidinden ya da kavşak başından geçmiyor. Ama aracın da bir hızı olmasaydı engelleyebilir miydi bunları tartışıyoruz biz ve ona göre kusurlandırma, kusur raporu tanzim ediyoruz. Araç içi kamerası bu şekilde avantajlı. Bunu öylesine koydum. Deminkinin farklı versiyonu. Şu aracın arkasında ufak bir çocuk, bak sarı taksi girdi. Bunda farklı bir durum var yani biz buna şöyle bir tabir kullanıyoruz; sürücünün görüş ve tedbir alma imkânını kısıtlayıcı bir şekilde araç arkasından ya da araç önünden yola çıkan çocuk. Biz bunu posterde irdeledik.

Maalesef Türkiye'de çocuk yaya kazası fazla. Okul servisleri olsun, bu şekilde yola aniden çıkma. Hocamın belirttiği gibi okullardaki eğitimler ya da daha değişik işte okul servisleri ile ilgili Amerika'da görmüşsünüzdür videoları bu şekilde şeyler yapılabilir. Poster sunumunda inşallah bekleriz orada cumartesi sabahleyin orada anlatırım inşallah. Teşekkür ediyorum.

İlhan ÜZÜLMEZ (Moderatör):
Biz de teşekkür ediyoruz Faruk Bey'e bu güzel sunumu için. Oturumumuzun 3. Sunumunu Doç. Dr. Muhammed Demirel yapacak. Konusu; Trafikte İşlenen Taksirli Suçlarda Bilirkişilik. Aynı şekilde Muhammed Bey süremiz 15 dakika.

Nurdan MEMİŞOĞLU APAYDIN (Moderatör):
Muhammed Bey'i de kısaca tanıtalım. Muhammed Bey 1987 yılında Yozgat, Boğazlıyan'da doğdu. 2005 yılında İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesine başladı. 2009 yılında tamamladı. 2009 yılında İstanbul Üniversitesinde yüksek lisansa başladı. İstanbul Üniversitesi yüksek lisansı sırasında bu arada araştırma görevlisi oldu. 2011'de Cambridge Üniversitesinde hukuk fakültesinde araştırmalara gitti. Doktoraya başladıktan sonra da bir kitap yayınladı. "Amirin Emri" isimli kitap. 2015'te Berlin'deki Humboldt Üniversitesine hukuk fakültesinde doktora çalışmalarıyla ilgili gitti ve ***Suça İştirakte Bağlılık Kuralı*** isimli doktora tezi ile de doktor oldu. 2018 senesinde de İstanbul Üniversitesinde doçent olduktan sonra da yine 1 yıl doçentlik araştırması için de yine Humboldt Üniversitesine Berlin'e gitti. 2022 yılından itibaren de doçent unvanı almaya hak kazandı. Buyurun Muhammed Bey.

Muhammed DEMİREL (Konuşmacı):
Çok teşekkür ederim. Herkese saygılarımı sunuyorum. Taksirli suçlar bağlamında bilirkişilik üzerinde duracağım çünkü esasen trafikteki meydana gelen taksirli kazalarda taksirin söz konusu olduğu ve bilirkişiliğin burada gündeme geldiğini görüyoruz.

Önce TCK'daki taksir düzenlemesi üzerinden bir bakış yapmak istiyorum. Taksirin tanımına baktığımız zaman kanuna; "Taksir; dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla bir davranışın kanuni tanımda belirtilen neticesi öngörülmeyerek gerçekleştirilmesidir." Burada, iki unsurun öne çıktığını görüyoruz:

1) Dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık,
2) Neticenin öngörülmemesi.

Yani kanundaki tanım bu şekilde. İki hususun ön plana çıktığını görüyoruz. Özellikle kasıtlı suçlar bakımından taksirli suçların "dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık" bağlamında ayrıldığı hususu özellikle önem arz ediyor. Yine taksirli suç düzenlemesinde; taksirle işlenen suçtan dolayı verilecek cezanın failin kusuruna göre belirlendiği hükmü karşımıza çıkıyor. Bir başka hükümde de devamında hemen; birden fazla kişinin taksirle işlediği suçlarda, herkesin kendi kusurundan dolayı sorumlu olacağı ifadesini görüyoruz. Her failin cezasının kusuruna göre ayrı şekilde belirleneceğine dair hükmü görüyoruz.

Burada sorun şu bilirkişilikte; taksirli suçun sistematize edilmesi ve bu sistematiğin aslında bu sistematiği ortaya koymak istiyorum. Özellikle tabi herkes hukukçu olmadığı için, Alman öğretisi ve Türk öğretisinde de bu konuda bir birliktelik olmadığı için, bu sistematiği ortaya koymak istiyorum. Burada; hareket, tıpkı kasıtlı suçlardaki gibi bir hareketin olması.

İkincisi; objektif özenin ihlali. Esas önemli olan husus bu aslında. Biraz önce Faruk Bey'in de videolarında bahsettiği gösterdiği bütün o hareketlerin her biri/birçoğu objektif özene aykırılık teşkil ediyor aslında. Taksirin de esası bu.

Sonra, neden olunan netice. Nedensellik bağlantısı. Sonra, objektif isnadiyet. Bu taksirin aslında ikinci önemli unsuru. Objektif isnat edilebilirlik yani kaçınılabilirlik. Bu aslında oldukça yeni. Alman öğretisinden bize geçen ve hep nedensellik bağı nedensellik bağı diyoruz ya, biraz önce Abdurrahman Hocamız da illiyet bağı dedi. Bu aslında özel hukuktan gelen bir anlayış. Yani tazminata başvurulan özel hukuk anlayışı. Fakat ceza hukukunda "objektif isnadiyet" şeklinde yeni bir anlayış var ve bu şu anda Türkiye'de Türk Hukukunda yavaş yavaş oturtulmaya çalışılıyor. Hocalarımızın öncülüğünde. Ve hukuka aykırılık. Şu anda taksirli suç oluştu. Yani özene aykırılık varsa, netice varsa, objektif isnadiyet varsa ve hukuka aykırılık varsa taksirli suç oluştu şu anda. Kusur kısmı ise bundan sonra. Yani, özene aykırı hareket eden sürücünün, özene aykırı hareket eden yayanın, cezalandırılıp cezalandırılmayacağı, kınanıp kınanmayacağı hususu kusurla ilgilidir.

Kusur yeteneği; işte yaş küçüklüğü olur, akıl hastalığı olur ve kasıtlı suçlarla benzer nitelik taşıyor. Kusuru etkileyen nedenler; işte zorunluluk hali vs. Subjektif öngörülebilirlik ve kaçınılabilirlik, bu nedir? Sürücü kalp hastası/kalp krizi vs. hiçbir şekilde kalp hastalığı yok. Belirti yok. Yolda giderken araçla bir anda kalp krizi geçiriyor ve bir yayaya çarpıyor. Şimdi burada aslında bu sürücünün özene aykırı davranışı vardır. Taksirli suç vardır. Suç oluşmuştur fakat bu sürücünün kusuru bakımından bir değerlendirme yapmak gerekebilir, işte bu da subjektif öngörülebilirlik ve kaçınılabilirlik yani failin kendi şahsi bireysel bir durumu bakımından değerlendirilme yapılması gerekiyor.

Norma uygun davranışın beklenebilirliği; bu da yine kusur kapsamında çok teknik bir mesele ve bunu aslında hukukçuların yapması gerekir. Yani kusur değerlendirmesini komple bir hukukçunun, yani hâkimin yapması gerekir. Mesela bir hekim, 15 saat süren bir ameliyat var. 15.saatte artık yorgunluk var hekimde, cerrahta. Yorgun düşmüş ve hata yapıyor. Burada aslında özene aykırı hareket var, netice var, objektif isnadiyet var, yani bir suç oluşmuş. Hekim bakımından, bu hekimin hatası bakımından. Fakat burada 15 saatlik sürede hekimin artık bu yorgunluk sebebiyle, mevcut somut olaydaki durumu nedeniyle norma uygun davranışın beklenebilirliği olmayabilir. Bu da kusurla ilgili bir mevzudur ve bu kusur değerlendirmesini de ancak bilirkişi değil hâkimin yapması gerekir. Dolayısıyla bilirkişiler bakımından bu kusur kısmını siliyoruz. Bilirkişinin yapacağı kısım, objektif özenin ihlal edilip edilmediği hususudur. Bunu madde gerekçesinde de görüyoruz. Kusurluluk; ancak olayın hâkimi tarafından yapılabilir.

Yine devam ediyoruz, somut olaylar. Dikkat ve özen yükümlülüğünün ihlal edilip edilmediğinin belirlenmesi açısından bilirkişi incelemesi yapılabilir. İşte Faruk Bey'in yine videolarda gösterdiği o tespitler. Bunların hızı, frenledi mi frenlemedi mi, fren izi var mı yok mu, bu tespitleri bir hâkim yapamayabilir. Teknik destek alması gerekebilir. Yine cerrahlıkta mesela, o işin uzmanı tarafından bir incelemenin yapılması gerekebilir. İşte bu bilirkişi incelemesidir. Bilirkişinin yapacağı kısım kusur değildir. Trafiğe çıkarılan aracın teknik bakımdan herhangi bir arızası olup olmadığının belirlenmesi açısından da bilirkişi incelemesi yapılabilir. Eğer bilirkişi bunun dışında teknik incelemenin dışında bir değerlendirme yaparsa kusur değerlendirmesi, artık bu hâkimin yerine geçmeyi ifade eder.

Kanun koyucu bunu madde gerekçesinde çok açık bir şekilde ifade etmiştir. Peki, hâkim ne yapabilir? Hâkim, bilirkişi raporuna bakarak (kusur değerlendirmesi yok bilirkişi raporunda) kusurun ağırlığını ve diğer sebepleri dikkate alarak, işte beklenebilirlikten bahsettim biraz önce, bunları dikkate alarak cezanın alt ve üst sınırı arasında bir cezaya hükmedecektir. Örneğin bir trafik kazasında sürücü ve/veya yaya veya her iki sürücü de taksirle hareket etmiş olabilir. Ya da birden fazla sürücü. Burada hâkim, her bir kişinin kusurunu birbirinden bağımsız şekilde değerlendirmesi gerekir.

Şimdi ben bu sunum için 6 tane asliye ceza hâkimi ile görüşme yaptım. İşte nasıl belirliyorsunuz, nasıl oluyor, bilirkişiler size nasıl raporlar gönderiyorlar diye. Diyorum ki bilirkişiler diyorum kusur tespiti yapmamaları gerekir. Evet diyor doğru, yapmamaları gerekir. Hâlbuki uygulamada hâkimler istiyor, bize diyor kusuru belirtin. Asli kusur / tali kusur. Ama soruyorum, yanlış diyor yanlış, yapmamaları gerekir diyor. Sonra bir olay verdim onlara, biraz sonra yansıtacağım. Bu olayda ne tür ceza verirsiniz diye. Şöyle yapıyor; benim arkadaşım olduğu için hâkim telefonda böyle yapıyor; "bu asli kusurlu" diyor, "bu tali kusurlu" diyor. Yani kendi kafasından da yine öyle bir işlemiş ki içine, bilinçaltına, asli kusur / tali kusur ayrımı yapıyor hâkim bile kendi kafasında. Hâlbuki asli kusur / tali kusur ayrımı yaptığı zaman hâkim, bunu hâkim bile yapsa, otomatikman kişilerin kusurunu birbirine bağlamış oluyor. Yani birinin kusurunu tespit ederken aslında diğerinin kusuruna göre onun kusurunu tespit etmiş oluyor. Bu da aslında yine önemli bir hata. Burada 2 husus öne çıkıyor;

1) Kusur değerlendirmesini bilirkişi değil hâkim yapmalı, bilirkişi özene aykırı hareket üzerinde teknik bir değerlendirme yapmakla yetinmelidir.
2) Hâkim kusur değerlendirmesini, faillerin birbirlerinden bağımsız şekilde yapması gerekir.

Yine asli / tali kusur ayrımı yapmamalı, her failin kusurunu birbirinden bağımsız şekilde belirlemelidir. Şimdi burada Yargıtay Ceza Genel Kurulu kararı var; kişi yolda gidiyor önüne 2 tane at aniden çıkıyor, kişi panikle aracı orta refüje çıkıyor ve karşıdan gelen araca çarpıyor. Aracın içinde bulunan iki kişinin de ölümüne sebep oluyor. Burada aslında Cumhuriyet Başsavcılığı 85/2 hükmünden iddianame düzenliyor ve işte Adli Tıp Kurumu Trafik İhtisas Daire raporu şöyle: sanık %60 oranında asli derecede kusurlu, atlar (atlara da bir kusur aslında veriliyor) %40 oranında tali derecede etkili diyor aslında atlar bakımından kusur değerlendirmesi yapıyor Adli Tıp Trafik İhtisas Dairesi. Peki, Adli Tıp Kurumu bunu niye yapıyor? Çünkü hâkimler bunu özellikle talep ediyorlar. Bize kusur tespiti yapın diye. Bu neye sevk ediyor bizi aslında otomatikman, karmaşaya sebep oluyor. Burada önemli olan bilirkişi şunu yapması gerekirdi; S.'nin hangi trafik kuralını ihlal ettiği tespit edilmeli, S.'nin azami hız kurallarını riayet edip etmediği tespit edilmeli, önüne aniden atların çıktığı belirtilen S.'nin frene basıp basmadığı, fren izi olup olmadığı, atların yola çıktığı yer ile S.'nin aracının bulunduğu nokta arasındaki mesafenin tespit edilmesi gerekirdi. Faruk Bey'in videolarda gösterdiği gibi.

Tabi burada hâkimler açısından keşfin önemi ortaya çıkıyor. Yine hâkim arkadaşım dedi ki: "Ben bilirkişi raporlarına bakıyorum, ikna olmuyorum, ikna olmadığım zaman keşif yapıyorum. Mesela otobüs sürücüsünün yerine oturuyorum, başka bir bilirkişiyi de oturtuyorum. Kör noktada mı değil mi? Ona baktırıyorum ve sonuç; bazı bilirkişi raporlarıyla sonuç uyumlu çıkmıyor. Ben de keşif sonucu elde ettiğim sonuçları esas alıyorum." Burada sorunlar şöyle bilirkişilik bakımından;

1) Bilirkişilerin belirlenmesi açısından sorun çıkıyor. Mesela illerde ilçelerde trafik memurları bilirkişi olarak atanıyor. Tek bir trafik memuru. Eğitim yok. Tek bir trafik memurunun hazırladığı rapor esas alınmaya çalışılıyor. Bir hâkim arkadaşım şunu söyledi, motosiklet ile kamyonet çarpışmış. Motosiklete diyor %80, kamyonete %20. Ben olaya bakıyorum diyor, raporlara bakıyorum diyor, sorun var. Hemen keşif yaptım diyor ve şu sonuç çıkıyor şunu da öğrenmiş hâkim; motosiklet sürücüsü ile yerleşim yerindeki bütün trafik memurları arasında bir husumet var kişisel. Bilirkişilik yapan trafik memuru hemen motosiklet sürücüsüne %80, kamyonete %20. Hâkim diyor ki: "Keşiften sonra şunu tespit ettim; motosiklet sürücüsü %0, kamyonet sürücüsü suçtan sorumludur." Yani tamamen tam zıttı çıkıyor bilirkişi raporunun. Böyle bir sorun söz konusu tek kişilik bilirkişilik raporlarında. Tabi bunun denetim imkânı sorunlu. Biraz önce kurum başkanımız şöyle bir şey söyledi: "Bir sürü dosyaya bakıyor Adli Tıp Kurumu ve bu sayı her geçen zaman artıyor. Aslında bu kurumun devasa miktarda dosyalara bakması bir başarı" ama arada bir tıp hocamız şunu söyledi: "Bunun azaltılması lazım aslında. Bu devasa dosyalara bakmak değil aslında mesele, bunun azaltılması. Bu da aslında yerel yerlerdeki, yerleşim yerlerindeki bilirkişi raporlarının daha düzenli ve güvenilir hale gelmesi aslında. Tek kişilik bilirkişi raporları değil. Aralarında hukukçuların da bulunduğu bilirkişi raporlarının da belki düzenlenmesi. Hâkimler açısından keşif yapmanın önemi. Belki simülasyon ve animasyonlardan sonra keşif yapmaya da gerek kalmayabilir. Çünkü hâkimlerin önüne olaylar canlandırılmış olacak ve kusur tespitinin yapılması.

Şimdi bu trafik memurları şöyle yapıyorlar bilirkişilik yapanlar; herhangi bir sorun olmasa bile herhalde vicdanen ikna olamıyorlar kendileri ve özel hukuk mantığıyla herkese bir kusur verme. Kişinin özene aykırı hareketi olmasa bile %20 yazıyor. %20 tali kusur. O şöyle düşünüyor içinden; "Şimdi sıfır desem olmaz, en iyisi %20 vereyim altından ceza almaz" diye düşünüyor. Ama bu öyle olmuyor hâkimler nazarında öyle değerlendirilmiyor bu ve sonuç olarak, kusur tespiti yaptığı zaman aslında suçu işlemiş oluyor kişi. Yani siz %20 kusur verdiğiniz zaman da o kişi o suçu, o taksirli suçu işlemiş olduğu sonucuna varıyoruz. Çünkü suçu işleyen bir kişi ile ilgili kusur tespiti yapabiliyoruz biz. Tabi bu bilirkişiler neye dayanıyor? Şu hükme dikkat çekti hâkimler: Hızlarını, kullandıkları aracın yük ve teknik özelliğine; görüş, yol, hava ve trafik durumunun gerektirdiği şartlara uydurmak. Şimdi böyle bir hüküm olunca Karayolları Trafik Kanunu'nda, sürücünün her türlü hatası, en basit hatası özensizlik olarak değerlendirilebiliyor.

Özellikle yayaların aracın önüne aniden atladığı durumlar. Biraz önce Faruk Bey videoda gösterdi, çocuklar aniden atlıyorlar sürücülerin önüne. Bu durumlar da çok büyük sorun teşkil ediyor. Alman Hukukunda bu sorun çözülmüş. Şöyle çözülmüş, bu Yargıtay 12. Ceza Dairesi'nin kararı. Burada işte öne aniden atlayan bir yaya var.

"Kusuru bulunmayan sanığın beraatine" diyor 12. Ceza Dairesi. Aslında sonuç doğru, beraat kararı verilmesi gerekiyor sürücü hakkında ama işte sorun yine aynı. Kusuru bulunmayan diyor. Yani sorun yine kusur. Kusuru bulunmayan bir kişiye beraatine diye bir karar verilmesi aslında doğru değil. Buradaki sorun; güven prensibi gereğince tipik özene aykırı hareketi bulunmayan sanığın beraatine. Yani mahkemenin, hâkimlerin ve keza Yargıtay'ın şunu ayırması gerekiyor aynı zamanda bilirkişilerin, suçun oluşması ayrıdır (özene aykırı hareketle birlikte), kusur ayrıdır. Bir kişinin suç işlemişse artık kusuruna bakılır. Kusuru yoksa ceza verilmesine yorulmadığı kararı verilir, beraat değil. Eğer özene aykırı hareketi yoksa o zaman beraat kararı verilir. Kusurdan dolayı değil, özene aykırı hareketi olmadığı için beraat kararı verilir. Buradaki kararın sonucu bu şekilde olmalıydı. Objektif özenin ihlali ön plana çıkıyor burada.

Ölçüt figür diyoruz. Bu yine Almanlardan alınan bir kavram. Ölçüt figür, bu nedir? Her alanın, her uzmanlık alanının uzmanı tarafından somut olaydaki kişinin özene aykırı hareket edip etmediği tespit edilmelidir. İşte bunu yapacak kişi bilirkişidir. Bir cerrah acaba ameliyatta özene aykırı hareket etmemiş midir? Bunun tespitini hâkim yapamaz. Bunun tespitini yine bir cerrah, ilgili alanda uzman olan bir bilirkişi yapabilir. İşte bu bilirkişinin esas alacağı kişi, "ölçüt figür"dür. Yani ortalama, bu işi bilen normal bir kişi acaba bu olayda ne yapar? İşte bu kişi ölçüt figürdür. İkincisi de güven prensibidir. Trafikte de önem arz eder. Ne demektir bu? Bu; sürücünün yayaların kurallara aykırı şekilde aniden yola atlamayacaklarına güvenerek yoluna devam etmesidir. Biraz önce Faruk Bey'in gösterdiği, yayaların aniden yola atladığı durumlarda aslında sürücülerin tali kusur falan değil, özene aykırı hareketleri yoktur. Yani hiçbir şekilde taksirli hareketleri yoktur. Taksirli suç yoktur. O yüzden daha en baştan bilirkişinin kusur değerlendirmesi yapmaları hatalıdır diyoruz.

Bu da anket, 5 tane asliye ceza hâkimine bir anket yaptım. Şöyle bir olay; işte yandan B geliyor anayola A gidiyor ve alt geçit çamur içindeymiş çocuk alt geçitten geçemiyor. Yukarıdan gece karanlığında geçmeye çalışıyor. Sürücü A, B aniden yola girdiği için direksiyonu kırıyor ve çocuğun ölümüne sebep oluyor. Olay bu, Bursa'da gerçekleşiyor. A ve B bazı kurallara uymamış, onları saymıyorum hızlı geçiyorum, Sürücü B yan yoldan geliyor sürücü B hızlı ve hızını azaltmıyor. Yan yoldan ana yola giriyor. Tanık çocuğun yanındaki çocuk diyor ki alt geçit çamur içindeydi, geçemedik bakımı yapılmamış ana yoldan geçtik diyor. Esas baba diyor ki, alt geçidin bakımını yapmayan Fen İşleri Müdürü, Belediye Çevre Müdürü çocuğumun ölümünden sorumludur diyor. Yani taksirle öldürmeden belediye görevlilerini sorumlu tutmaya çalışıyor baba. Bunun için dilekçe veriyor savcılığa, bilirkişi raporu ne yapıyor? Bilirkişi raporu çocuk asli kusurludur diyor. Çocuğa asli kusur veriyor. Belediye görevlileri bakımından da diyor ki; kusur tespit edilememiştir. Herhangi bir tespitte bulunamıyor. Bunun üzerine Cumhuriyet Başsavcılığı Bursa "kovuşturmaya yeri olabilir" kararı veriyor. Yalova ağır ceza mahkemesine başvuruyor çocuğun babası ve Yalova Cumhuriyet Başsavcılığı, Yalova Ağır Ceza Mahkemesi soruşturmanın genişletilmesine karar veriyor. Adli Tıp Kurumundan bir bilirkişi raporu alınıyor. Adli Tıp Kurumu bilirkişi raporunu ben hâkimlere göndermedim. Dedim ki ne yapacaklar hani bir bakayım. Şu asli kusur / tali kusur ayrımını bir göndermeyeyim dedim ne oluyor. Ne verecekler dedim. Bursa Cumhuriyet Başsavcılığı taksirle öldürmeden iddianame düzenliyor. Hâkimler şu kararı veriyorlar. 1 numaralı hâkim: A'ya 2 yıl. Anayolda uygun hızlı giden A'ya 2 yıl, B'ye beraat. Yan yoldan gelen var ya ona beraat, kamu görevlilerine beraat. 2. Hâkim: A'ya beraat, B'ye 2 yıl 1 ay, kamu görevlilerine beraat. 3 numaralı hâkim; A'ya 2 yıl, B'ye 2 yıl 6 ay, kamu görevlilerine 2 yıl. 4 numaralı hâkim; A'ya 2 yıl, B'ye 3 yıl, kamu görevlilerine beraat. Son hâkim; A'ya beraat, B'ye 2 yıl 6 ay, kamu görevlilerine beraat. Şimdi burada bazı sonuçlar çıkarabiliriz;

1) Taksirli suçlarda hâkimlerin belirledikleri cezalar birbirinden farklı, biri 2 yıl diyor biri 3 yıl diyor, 4 yıl diyen de vardı onu koymadım. 4 yıl diyen de var. Bu bir sorun. Taksirli suçlar bakımından bu bir sorun. Aynı anabilim dalındayız, Selman Hocamla konuştuğumda Selman Hocam da dikkat çekmişti ceza oranları nasıl tespit ediliyor hâkimlere sorabilir miyiz diye. Sonra şöyle bir sonuca vardık; belki de Adalet Bakanlığı ile Adli Tıp Kurumu ve üniversiteler arasında işbirliği yapılarak belki bu taksirli suçlarda cezanın belirlenmesi üzerine hâkimlerle birlikte bir proje yapılabilir. Ben Adli Tıp Kurumu raporunu gönderdim hâkimlere. Adli Tıp Kurumu raporu şunu diyor: sürücü B tali derecede kusurlu, o yandan gelen var ya yan yoldan. O da ilginç, yan yoldan gelene tali kusur veriyor Adli Tıp Kurumu. Ölene asli derecede kusur ve kamu görevlilerine, kamu görevlileri demiyor Adli Tıp Kurumu da "alt geçidin kullanılmaması da tali derecede etkendir." Diyor. Yani alt geçidin bakımını yaptırmayan kamu görevlileri de aslında tali kusurlu oluyor. Hâkimlere bunu gönderdim. Sonuç ne oldu dedim sizce? Düşünceniz değişir mi? 1 numaralı hâkim değiştirmezdim dedi. 2 numaralı hâkim değiştirmezdim dedi. 4 numaralı hâkim değiştirmezdim dedi. 5 numaralı hâkim; İstanbul Teknik Üniversitesinden yeniden rapor alırdım dedi. Çünkü vicdanımla Adli Tıp Kurumu raporu uyuşmuyor birbiriyle dedi. 6 numaralı hâkim "Ben bir şey diyemiyorum buna" dedi, cevap vermek istemedi. Dolayısıyla burada şunu söyleyebiliriz, şuna dikkat çekmek istiyorum: eğer ben bu Adli Tıp raporunu en baştan gönderseydim bu hâkimlere, kesinlikle kararları farklı olurdu muhtemelen. Ama sonradan gönderdiğim için şaşırdılar. Kendi vicdanlarıyla vardıkları sonuçla kurum raporu uyuşmadığı için. Yine de kendi vicdanlarına yönelik (bunu kendileri söyledikleri için söylüyorum) "benim vicdanım el vermiyor, benim vicdanım bu şekilde" diyor ve kararlarını değiştirmiyorlar ve böylece bir kez daha asli kusur tali kusur ayrımının ne kadar hatalı olduğunu, çoğu zaman vicdanen uygun sonuçlara el vermediğini, taksirli suç ile kusur tespitinin birbirinden ayrı olduğunu vurgulamamız gerekir. Teşekkür ederim.

İlhan ÜZÜLMEZ (Moderatör):
Biz teşekkür ederiz. Süreyi de aştık ama sunumdan da anlaşılacağı üzere esas sorun zaten ceza davalarında, ceza dosyalarında ortaya çıkıyor. Bu nedenle biraz tolerans gösterdik.

Tabi önemli tespitler var, aslında sorunumuzun temeline de değindi Muhammed Bey. Tabi bilirkişi incelemesi, bir vakanın meydana gelmesinde bu vakanın aydınlanması bakımından teknik ve özel bilgiyi gerektiren birtakım özel verilerin/bilgilerin kullanılması gerekiyorsa o zaman devreye giriyor. Yani aslında bir olay meydana geldiğinde bu olayın meydana gelmesiyle bağlantılı olarak değerlendirilmesi gereken bir kural ihlali var mıdır? Yani bir kural ihlal edilmiş midir? Kural ihlali var ise bunlar nelerdir? Olayın meydana gelmesinde etkin olduğu düşünülen bu kural ihlalinin failleri kimlerdir?

Bu kural ihlallerinin meydana gelen netice bakımından etkenlik derecesi nedir gibi hususlar bilirkişinin değerlendirmesi gereken konular olarak bizim karşımıza çıkıyor. Bundan sonraki safahatın tamamı aslında hâkimin görev alanına giren bir husus. Fakat bizim eski kanundan beri gelen bir alışkanlığımız var: Kusurun bilirkişi marifetiyle belirlenmesi ve oransal olarak belirlenmesi. Şimdi Muhammed Bey'in sunumundan ceza dosyalarında kısmen oransal bir belirlemenin devam ettiğini ben hissettim. Bilmiyorum, belki yanlış da ifade edilmiş veya ben yanlış anlamış olabilirim. Çünkü bildiğimiz kadarıyla trafik dosyalarında, oransal kusur taksimi yapılıyor, ancak ceza dosyalarında kusurun oransal tayini yerine asli/ tali kusur ayrımı yapılıyor. Yeni TCK'nın sistematiğine göre bu da doğru değil zaten, bu ayrı mesele. Ama buna zorlayanın hâkim ve savcılarımız olduğu konusunda tereddüt yok. Yani bu aslında hukuk tarafının bir sorunu olarak bizim karşımıza çıkıyor. Şimdi Muhammed Bey bunu çok açık bir şekilde, yapmış olduğu araştırmalara da dayalı bir şekilde ortaya koymuş oldu. Soru-cevap kısmında anlaşılmayan hususlar olduğu takdirde değerlendirmeye tabi tutabiliriz. Yani net olan husus şu; taksirli suçlar söz konusu olduğunda olayı meydana getiren, kazanın oluşumuna sebebiyet veren taksirli davranış nedir ve kim tarafından bu davranış gerçekleştirilmiştir? Tek kişinin mi taksirli davranışı vardır, birden fazla kişinin mi taksirli davranışı vardır? Sorusunun tespiti ile sınırlı aslında bir inceleme yapılması lazım. Gerisini hâkimlerimize bırakmamız lazım ama maalesef bu mümkün olmadı. Yani Yeni Ceza Kanununun taksirli suçlar bağlamında ortaya koymuş olduğu konsepti biz uygulamada başarılı olamadık, bu net. Dolayısıyla ona ilişkin güzel bir sunum oldu. Teşekkür ediyoruz Muhammed Bey'e.

Bu oturumun son sunumunu Yargıtay 12. Ceza Dairesi üyesi, değerli meslektaşımız Mustafa YAPICI Bey yapacak. Konusu; Yargıtay kararları açısından trafik kazalarının değerlendirilmesinde karşılaşılan sorunlar ve çözüm önerileri.

Nurdan MEMİŞOĞLU APAYDIN (Moderatör):
Ben sunumları hazırladım oradan rahat görün diye. Konuşmacıları çok kısa tanıtıyoruz. Mustafa YAPICI Bey 1973 tarihinde Adana'da doğuyor. Adana'da liseyi bitirdikten sonra Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesinden 1994 yılında mezun oluyor. Adana'da hâkim/savcı adayı olarak mesleğe başlıyor. Çeşitli illerde tetkik hâkimliği yaptıktan sonra Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkif Evleri Müdür Yardımcılığında bulunuyor. 2018 yılından beri de Yargıtay 12. Ceza Dairesi Üyesi olarak görevini sürdürmektedir. Buyurun sayın üyemiz.

Mustafa YAPICI (Konuşmacı):
Teşekkür ediyorum Sayın Başkanım, hazirunu saygıyla selamlıyorum. Kısaca Yargıtaydan bahsetmek istiyorum. Geçtiğimiz yıllarda Yargıtay da 23 Hukuk 23 Ceza dairesi var iken yasa gereği geçtiğimiz yıl 12 Hukuk ve 12 Ceza dairesi olarak yapılandırılmıştır. Daire sayısının fazla olması aynı suça veya aynı davaya birden fazla dairenin bakması nedeniyle farklı kararlar çıkabilmekte bunun neticesi olarak da Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi veya Anayasa Mahkemesi tarafından hak ihlallerine konu edinilmektedir. 12 Hukuk ve 12 Ceza dairesinin bulunması aynı konuyla ilgili farklı içtihatlar çıkışını engelleyecektir. Halen 350 civarında üyemiz bulunmaktadır.

Yargıtay 2021 yılında İncek'te yapılan modern binasına taşınmıştır. Yeni binayla birlikte gerek içtihat gerekse de hizmet kalitesinin artacağını ümit ediyorum.

2023 Ocak ayından itibaren, Yargıtay ilamlarının gerek bozma gerekse de onama ilamları gerekçeli olacaktır. İlamların gerekçeli olması Yargıtay'ın ilk derece ve istinaf mahkemelerine yol göstericiliği açısından önem arz etmektedir.

Yargıtay 12. Ceza Dairesi ne tür suçlara bakıyor dersek değerli arkadaşlar, ana suçumuz taksirle işlenen suçlar, trafik güvenliğini tehlikeye sokma suçu, koruma tedbirleri nedeniyle tazminat (CMK 140. ve devamındaki maddelerde belirtilen), özel hayata ve hayatın gizli alanlarına ilişkin suçlar ve 2863 sayılı Kültür ve Tabiat Varlıkları Kanununa muhalefet suçlarından oluşmaktadır.

Taksirli suçlar denince akla ilk olarak trafik kazaları, uçak kazaları, tren kazaları, maden kazaları, gemi kazaları, büyük patlamalar geliyor. Bunların yanında doktor ve sağlık çalışanlarının hataları nedeniyle yaralanma ve ölüm olayları da dairemiz tarafından bakılmaktadır.

Trafik kazaları nedeniyle karşılaşılan sorunlar nasıl tespit ediyoruz dersek; Daire olarak vereceğimiz kararlar bellidir. Bunlardan en fazla onama veya bozma kararı vermekteyiz. Mahkemelerin kararı yerinde dersek onama kararı, yerinde değil dersek bozma kararı vermekteyiz. Bozma kararında bozma nedenlerimizi açıkça göstermekteyiz. Bu da mahkemelere ve yargı aktörlerine yol göstermektedir.

En fazla dosyalar neden bozuluyor derseniz; Kişiselleştirme, verilen cezanın o eyleme uymaması, hâkim ya fazla ceza veriyor ya da çok az ceza veriyor. Yine paraya çevirmesi gereken bir suçu paraya çevirmiyor veya ertelenebilecek bir suç ertelenmiyor.

İkinci husus; eksik soruşturma veya kovuşturma diyebileceğimiz husus. Usul bozması ve bir de beraat etmesi gerekir şeklinde kararlarımız oluyor.

Bizim daireye gelen dosyalarımızda Adli Tıp Kurumundan iki hususta rapor alınıyor. Birincisi trafik kazaları ile ilgili. Bir diğer husus da doktor ve sağlık çalışanlarının hataları ile ilgili Adli Tıp Kurumundan raporlar alınmaktadır.

Trafik kazalarında eksik soruşturma dediğim hususa bakarsak, olayın olduğu andan itibaren, kaza veya suçun işlendiği andan itibaren patron cumhuriyet savcısıdır. Cumhuriyet savcısı kolluğun haber vermesiyle birlikte kolluğu yönlendirecek, delilleri toplatacak ve varsa video kayıtları, olay yeri tespit tutanağı, kaza tespit tutanağı düzenletecek. Yani burada Cumhuriyet savcımızın kolluğu, jandarmayı, polisi çok iyi yönlendirmesi gerekiyor. Çünkü bir saat sonra deliller kaybolmuş oluyor dolayısıyla ne mahkeme çözebiliyor ne bilirkişiler çözebiliyor. Bizim için video kaydı en objektif delillerden bir tanesidir. Zaman zaman öyle oluyor ki, trafik tespit tutanağı farklı kusur veriyor, yerel bilirkişiden rapor alınmış oluyor o farklı kusur veriyor. Adli Tıp farklı kusur veriyor. Yine hâkim çözemiyor, bir de diyor Karayolları Fen Heyetine veyahut teknik üniversiteye gönderip bir rapor almaya çalışıyor. Bizim önümüze hâkim bir kararı geliyor. Biz varsa video kaydı incelediğimizde olaya diyoruz ki

"hayır burada bunun kusuru yoktur" veya "şu rapor daha doğrudur" deyip olayı çözebiliyoruz. Yani buradaki video kaydının, bir görüntünün ne kadar önemli olduğundan bahsetmeye çalışıyorum. Ben cumhuriyet savcılığı yaptım. Trafik kazaları oldu, olay yerine gittiğimizde görüyoruz bakıyorsun kim kusurlu kim değil onu gayet rahatlıkla görebiliyorsun. Dolayısıyla olay yerine ilişkin varsa video kaydı, fotoğraf kaydı veya düzenlenen trafik tespit tutanağının canlı yaşanmış gibi bize anlatabilmesi gerekiyor. Bu çok önemli bir husus.

Dosyalarımıza baktığımızda kaza tespit tutanağı var, yerelden alınan bir bilirkişi raporu var ve Adli Tıp Kurumundan raporlarımız var. Yine teknik üniversiteden alınmış raporlar veya Karayolları Fen Heyetinden alınmış raporlar bulunuyor. Biz hiçbir zaman değerli arkadaşlar işte her seferinde yerel bilirkişiden rapor al, Adli Tıptan rapor al şeklinde bir şey söylemiyoruz. Hocalarımız bahsettiler kusuru tespit eden hâkimdir. Dolayısıyla olay sabit ise bir kaza tespit tutanağı ile bile karar verildiğinde dosyayı onuyoruz. İlla ki her seferinde Adli Tıbba gitmesine gerek yok. Böyle bir olay Trafik İhtisas Dairesini de kilitliyor dolayısıyla onların da sağlıklı çalışmasını engelleyebiliyor.

Adli Tıp raporlarını toplantıya gelmeden önce tetkik hâkimlerimizle üyelerimizle de görüştüm. Ne diyorsunuz? Adli Tıp raporları sorduğumda, bu Adli Tıp raporlarının %95 oranında oluşa olaya uygun olduğunu ifade ettiler. Çok nadir olsa da %5'lik kısımda da zaman zaman teknik üniversiteye veya Karayolları Fen Heyetinden rapor alınmasını gerekir diye bozduğumuz da olmaktadır. Yani Adli Tıp hakikaten güzel çalışıyor bu kadar iş yüküne rağmen. Ben toplantıdaki rakamları duyunca şok oldum. Kendilerine kolaylıklar diliyorum.

Tabi iki ihtisas dairemiz var. Biri İstanbul'da biri de Ankara. Yine dairedeki arkadaşlarımla görüştüğümde İstanbul Adli Tıp raporlarının nitelik anlamında biraz daha iyi olduğunu ifade ettiler. Nitelik anlamında biraz daha isabetli ve yerinde olduğunu belirtmek isterim.

Evet, çözüm olarak 1) eğitim 2) ödül, 3) ceza

Eğitim; fakültelerden başlayarak akademideki hâkim-savcı eğitimi, yine bilirkişilerin eğitimi, kolluğun eğitimi önem arz ediyor. Hâkim-savcı anlamında kolluktan ziyade bir hâkim ve savcının eğitiminin önemli olduğunu düşünüyorum. Çünkü patron hâkim ve Cumhuriyet savcısıdır. Bilirkişiye herhangi bir şey söyleyemeyiz. Elde edecek delillerle kararını verecek hâkimdir savcıdır. Adalet Akademimiz hakikaten güzel eğitimler yapıyor. Yine stajlarının daha verimli geçmesi hususunda iyi çalışmalar var yerelde. Yine istinafta yapılan stajların çok kıymetli olduğunu aday arkadaşlarımız ifade ediyorlar. Yine bizim Yargıtay da aynı şekilde. Çünkü geldiklerinde bitmiş bir dosyayla karşılaşıyorlar ve dosyayı bize sunuyorlar. Dolayısıyla nerede hata var, ne var, nasıl, onu gayet güzel görebiliyor hâkim-savcı arkadaşlarımız.

Tabi ödül de alması gerekiyor. Burada verdiği kararlarla not veriyoruz Yargıtay olarak veya İstinaftaki arkadaşlarımız. Hâkim-savcıya not veriyor. İyi yapmışsa, iyi karar verilmişse, onanmışsa iyi; değilse notsuz veya orta alabiliyor. Bu bir ödüldür. Buna rağmen hiçbir şey yapmadıysa yine bir şey yapamıyorsa o zaman da ceza geliyor.

Bunu da Hâkimler ve Savcılar Kurulu yapıyor. Birincisi; terfisini yapmayarak ekonomik anlamda sıkıntıya sokuyor. İkincisi de teftiş kurulları o kişi hakkında soruşturma ve inceleme yapıyor. Yani devletin elindeki argümanlar bellidir. Eğitimi veriyorsun, ödüllendiriyorsun, yapmıyorsa cezanı vereceksin. Yani işin özü, Hâkim ve Cumhuriyet savcımız dosyasına hâkim olmalı.

Arkadaşlarımız bahsettiler artık dijital bir dünyada yaşıyoruz. Acaba olay yerine ilişkin dronlar ile çekim yapmak suretiyle olay yeri her olayın sonrasında önümüze getirilebilir mi? Fotoğraflama yani biraz önce ifade ettim olay yerini görünce olayı çözmek daha kolay oluyor. Ama biz şimdi tutanak üzerinde çalışmaya çalışıyoruz o da ne kadar sağlıklı oluyor. Böyle bir sıkıntı var. Ben olay yeri görüntüleri veya fotoğraflarının trafik tespit tutanağına eklenmesini öneriyorum.

Beni sabırla dinlediğiniz için çok teşekkür ediyorum.

İlhan ÜZÜLMEZ (Moderatör):
Evet, Yargıtay uygulamasıyla genel bir bilgi veren değerli meslektaşıma teşekkür ediyorum. Hocam buyurun.

Nurdan MEMİŞOĞLU APAYDIN (Moderatör):
Oturumumuzun sonuna geliyoruz. Gelmeden önce, tüm konuşmacılarımıza bu ders mahiyetindeki sunumlar için teşekkür ediyoruz.

Ben şunu söylemek istiyorum moderatör olarak, Adli Tıp Kurumunun Trafik Dairesinde uzmanlık yapan biri olarak şunu gözlemledim hem daha evvel yıllarca Karayolları Genel Müdürlüğü'nde çalışmış hem üniversitede Ulaştırma Kürsü Başkanı olan biri olarak; bazen tutanaklar o kadar kötü geliyor ki, Adli Tıp Kurumu Trafik İhtisas Daireleri karanlıkta el yordamıyla gerçekten adil kararlar almaya çalışıyorlar. Şimdi trafik tespit tutanakları o kadar yetersiz ve bilgi eksikliği var. Özellikle Anadolu'da olan kazalarda eğer kamera yok ise çözülmesi imkânsız. Ve her mahkemeden bir üst mahkemeye veya birçok bilirkişinin ardından mutlaka Adli Tıp Kurumundan bunun raporunu istemek gibi bir temayül de var. Çünkü Adli Tıp Kurumuna güveniliyor. Ama Adli Tıp Kurumu gerçekten dosya üzerinde uzun uzun çalışması ve farklı tartışmalarla sonuca ulaşmaya çalışmasına rağmen, elimizdeki kaza tespit tutanakları o kadar kelimenin tam manasıyla güdük ki, bunların üzerinden karar almaya çalışıyor. Şimdi dolayısıyla yol durumu, araç durumu, oluş biçimi açısından hiçbir cevap vermeyen kaza tespit tutanakları var. Bizim bu tutanakların nevi bakın içeriğindeki sorular kısmı ve nevinin değiştirilerek bu tutanakları hazırlayan devlet memuru arkadaşlarımızın eğitilmesi gerektiğine ben inanıyorum. Ve bu trafikle ilgili eğitimin, hocalarımız da söyledi, ilkokula indirilmesi gerektiğine inanıyoruz. Yani duran bir aracın arkasından çıkıp çıkmamayı en basitinden bir çocuğun bilmesi gerekiyor.

Son zamanlarda da yine yaya kaynaklı, sürücü davranışı kaynaklı kazaların çok arttığını görüyoruz. Özellikle scooterlar ve motorlar, kendileri kusurlu bile olsa ölerek veya çok ağır yaralanarak bunun bedelini ödüyorlar. Ancak kusur taksir gene geliyor ortaya orada. Bu sefer de burada inanın hâkimler de kendi karar mekanizmalarında çok yıpranıyorlar. Çünkü zaten ölen biri var, zaten kusur onda.

Ama bir taraftan bir bakıyorsunuz olaya çok karmaşık, yeterince dosyada açıklık yok. O yüzden bu kaza tespit tutanaklarının güncellenerek bunların eğitimi konusunda Sayın Adli Tıp Kurumu Başkanımız da burada, bizlerin bir aksiyon alması gerektiğine inanıyorum.

Hocam sorularımızı soralım. Sorusu olan varsa buyurun öyle başlayalım.

İlhan ÜZÜLMEZ (Moderatör):
Evet, Ahmet KÖK Hocam. Selman Bey var arkasından. Çok fazla hocam zamanımız kalmadı. Sonraki oturumu sarkıtmamak için biraz hızlı bir şekilde hareket edelim. Hocam buyurun.

Ahmet Nezih KÖK (Dinleyici):
Öncelikle teşekkür ediyorum bize verdiğiniz bilgilerden dolayı.

Ben bir cümle söyleyeceğim öncelikle, karayollarımız çok güzel yapıldı ama oranlarda gerileme olmuyor. Niye olmaz yani sürücü kurslarına bakıyorum, sürücü kurslarında eğitimler nasıl? Sağlık ocaklarında göz muayenesi yaptım, sürücülerin göz raporlarını çıkarttık. Daha sonra elzem olan hem Yargıtay üyemiz söyledi hem Sayın Hocam söyledi, görüntüleme. Özellikle de araç içerisindeki görüntülemelerin yasal hale getirilmesi lazım. Zorunluluk haline getirilmesi lazım ve mümkün olduğunca da özellikle kavşaklarda, kesişme noktalarında bu MOBESE sistemlerinin aktive edilmesi ve ilgililere de hemen akabinde gönderilmesi lazım en azından savcılıklarımıza diye düşünüyorum. Tabi bu sene ve geçen sene hep yaya öncelikli yaya öncelikli diyoruz, ben Erzurum Atatürk Üniversitesindeyim. 100.000'e yakın öğrencimiz var, şu sırada geldiğinizde bazen sağa dönüşlerde yoldan geçmeniz mümkün olmuyor. Yayalar araçlara fırsat vermiyorlar. Şimdi öyle öğrencilerimiz de var ki kulağında kulaklık var, kulaklık yoksa elinde telefonlar var. O nedenle ben öncelikli olarak şunu da diyorum; trafik öncelikle sosyal hayatın bir göstergesidir. Saygı yoksa sevgi yoksa ve ne kadar çok teknolojiyi kullanırsak kullanalım maalesef bu kazalar olacak diye düşünüyorum. Bu amaçla özellikle şu görüntüleme yöntemlerinin yasal bir kural haline getirilip, kazadan hemen sonra da tespit edilip ilgili savcılıklara gönderilmesi taraftarıyım diyorum.

Teşekkür ederim hocam.

Selman DURSUN (Dinleyici):
Ben küçük katkıda bulunacağım sadece. Selman DURSUN, İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi.

Muhammed Bey'in sunumuyla ilişkili olarak tabi ceza hukuku boyutu olduğu için. Tabi birinci olarak taksirli suçun yapısı halen aslında hani tam çözümlenmiş bir husus değil. Manevi kusurla kusur ayrımı tam oturmuş değil, dolayısıyla kusurla manevi kusur biraz kusuru suçun unsuru olarak kabul eden yaklaşım da etkili olabilir o beraat kararında. Ama tabi hiç özen hükmüne aykırı bir davranış yoksa aslında orada pekâlâ dediğiniz tarzda da bir karar verilebilirdi.

İkinci olarak tabi biz hep şunu anlatıyoruz yani kişi trafiğe çıkıyor, tüm kurallara uygun hız sınırına uygun bir şekilde sürüyor ve aniden biri önüne atlıyor. Yani burada tabi klasik nedensellik üzerinden meseleyi değerlendirdiğimizde ya da bir ölüm olduğunda zaten otomatik olarak bir kusur atfı yoluna gidiliyor. Bu tabi tartışılması gereken bir mesele. Eğer kişiyi sırf trafiğe çıktı diye sorumlu tutarsak her trafik sürücüsü potansiyel taksirli suç faili oluyor. Oysa evet kuşkusuz riskli bir faaliyet trafiğe çıkmak, araç sürmek. İşte bu bağlamda biraz objektif isnadiyet, izin verilen risk gibi yeni kavramlar aslında bu çerçevede değerlendiriliyor. Muhammed Bey'in değindiği 52.maddeydi galiba trafik kanunun yani evet birtakım hız sınırları var ama sürücünün yine de trafikteki koşullara göre hızını ayarlaması lazım. Aniden önüne biri çıkabiliri öngörmesi biraz bekleniyor. Ama tabi bunun için önce önüne çıkan kişiyi görmesi lazım, görüş mesafesi içinde olması lazım. Görse bile bir de durma mesafesi o açıdan Faruk Bey'in yaptığı tespitler önemli yani gerçekten durabilecek imkânı var mı? Yani insanüstü, doğaüstü şeyler kişiden bekleyemeyiz. Kusur atfedemeyiz.

Üçüncü olarak da, bu kusur oranı meselesi. Tabi 2005 öncesinde 1/8 üzerinden bu hesaplanıyordu, kanuni temeli de vardı. Orada da işte sürücüye, yayaya, yola hatta bu 8 oranı paylaştırılıp bir belirleme yapılıyordu. Tabi baktığınız zaman matematiksel bir oran olduğu için ceza miktarları belki daha yeknesak. Yani o durum da eleştirildi, yeni kanunda yer verilmedi 1/8 orana ama eski kanun döneminde acaba daha yeknesak mı belirleniyordu bu oranlar üzerinden? Ama oradaki en büyük eleştiri de bu miktarları bilirkişilerin işte trafik memurlarının dolayısıyla bilirkişi raporunun otomatik olarak karara dönüşmesi gibi bir risk olduğu için bu yeni kanunda buna yer verilmedi. Bu yeni kanun döneminde biraz önce asli kusur / tali kusur diye devam etti veya kısmen devam ediyor. Tamamen kaldırdığımızda da işte yapılan anketi biraz o yüzden acaba nasıl karar veriliyor? Veya asli / tali kusur dediğimizde de hâkimler bunun kararlarını, cezanın miktarını belirlerken nasıl saptıyorlar? Bu açıdan bir sorun karşımıza çıkıyor.

Son olarak tabi, bu kamera görüntüsü meselesi. Sayın Yargıtay üyemiz de söyledi, aslında tüm soruşturma işleminin artık teknolojik gelişmeler, kayda alınması mecburiyetinin getirilmesi lazım. Tabi bu bir maliyet de gerektiriyor kuşkusuz ama yani bir arama işleminden tutun trafik işlemlerine bunların hepsinin kayda geçirilmesi daha gerçeği ortaya koyan bir muhakemeye hizmet edecektir. Teşekkür ediyorum.

İlhan ÜZÜLMEZ (Moderatör):
Biz de teşekkür ediyoruz. Son 2 söz olsun. Sonra da değerli katılımcımız.

Zehra ARSLAN ÇEVİK (Dinleyici):
Öncelikle değerli sunumlarınız için teşekkür ederim. Ben Ankara Üniversitesi'nden Doktor Zehra Arslan ÇEVİK.

Özellikle son dönemlerde paylaşımlı elektrikli scooter kullanımları çok fazla arttı ve bununla ilgili bize de çok fazla adli vaka geliyor. Bunlarla ilgili kati raporlarını düzenliyoruz. Bu sürücüler ya da bu uygulamalarla ilgili yapılan yönetmeliklerde de yaş sınırı 16 yaş gibi aslında çok da yüksek bir sınır değil ve kask kullanımı da zorunlu değil. Bununla ilgili bir düzenleme veya yönetmelikte değişiklik düşünülüyor mu? Ya da sizin karşılaştığınız başka bir problem veya çözüm önerisi var mı

diye merak ettim. Çünkü çevremizde de çok fazla çok sayıda binilen ya da ters yönden giden, aniden çıkan elektrikli scooter kullanıcıları var. Bu konuda bilgilendirirseniz çok sevinirim. Tekrar teşekkürler.

İlhan ÜZÜLMEZ (Moderatör):
Evet, biz de teşekkür ediyoruz. Tabii yaya değil, bir araç var altında. Ne araba ne başka bir şey. Bisiklet gibi düşünün mesela ama bisiklet gibi de değil. Dolayısıyla trafiğe katıldığı için, trafikte uyulması gereken ne tür kurallar var ise o bağlamda davranması ve kurallara uygun hareket etmesi lazım. Tabii ki scooter'ın ne olduğu konusunda da bir belirlemede bulunulmasının faydalı olduğunu ben de düşünüyorum. Yapılır muhtemelen.

Nurdan MEMİŞOĞLU APAYDIN (Moderatör):
Yani bunların aslında biraz daha da gözden geçirilmesi lazım. Çünkü cezai ehliyeti olmayan bir adamın trafik kanununa uymasını bekliyoruz. Trafik bilgisi hiç olmayan insanların araç sürmesini bekliyoruz. Dolayısıyla burada kurumlar arası bir koordinasyonla bunun yönetmeliklerini belirlemek gerek.

İlhan ÜZÜLMEZ (Moderatör):
Tabi cezai ehliyetin bulunmaması hocam ayrı bir sorun ceza hukukunda o ceza sorumluluğu ile ilgili ama cezai ehliyeti olmayan dediğimiz kişinin mesela 11 yaşında bir çocuğun bindiği scooterla bir kazaya sebebiyet vermesi halinde onun da şeyi tartışılır yani bir haksızlığı gerçekleştirip gerçekleştirmediği hususu tartışılır. Ceza sorumluluğu ayrı bir şeydir. Eğer bizzat onun taksirli hareketi ceza sorumluluğu olmamasına rağmen onu da söylemekte fayda var.

Nurdan MEMİŞOĞLU APAYDIN (Moderatör):
Ama bütün bunların tekrar gözden geçirilmeye ihtiyacı var onu demek istedim.

İlhan ÜZÜLMEZ (Moderatör):
Tabii tabii. Arkadaşlar diğer oturumun süresine girmiş vaziyetteyiz şu anda. Son söz verdiğim için kısa lütfen soru varsa hızlı bir şekilde.

İsmail KASALAK (Dinleyici):
Ben Bursa 1. Ticaret Mahkemesi Başkanı İsmail KASALAK.

Uygulama ile ilgili sorunlardan bahsettik. Özellikle o videoları izlediğimde ben çok üzüldüm, niye üzüldüm? O uyuşmazlıkların Adli Tıp önüne rapor için gitmesi bana göre yargı açısından bir ön sorun. Neden ön sorun? %90'ını en az o kürsüdeki hâkimlerin kendisinin çözmüş olması gerekiyor diye düşünüyorum. Adli Tıp Kurumundaki dosya sayısının bu bağlamda azalacağına inanıyorum. Öyle dosyalar var ki, ceza dosyasında asli / tali kusur raporu alınmış, bizim önümüze dosya geliyor trafik kazasından dolayı tazminat. Ben kusur oranlarını kendim belirliyorum. Bunu kürsüde duruşmada açıklıyorum ve aktüerya raporumu ona göre alıyorum. İstinaf mahkemesi de diyor ki bilirkişi raporu almalıydın. Kusur oranlarını tayin etme yükümlülüğü hâkimdedir. Ben bilirkişiden rapor alıyorum kaldırma kararı sonucunda bilirkişi benim tayin ettiğim kusur oranlarına göre rapor veriyor. Bu ciddi bir sorun.

Makul sürede yargılama hakkı, adil yargılanma hakkı diyoruz. Buna en çok engel olan uygulamacılar olarak biziz. Bunun çözümünde Adli Tıp Kurumundan istenen raporlarda kusur oranlarının belirtilmesi isteniyor dediniz ya, bilirkişilerin ben hâkimin talebiyle bağlı olduğunu düşünmüyorum. Bilirkişilerin gerçekten nasıl mevzuat hükümlerine göre rapor düzenlemesi gerekiyorsa onu yapması lazım. Hangi eylemin, hangi davranışın hangi kuralı ihlal ettiği ve hangi davranışın kazaya neden olduğu belirlenmekle yetinilmeli. Raporun sonuç bölümünde ise kusurun tayininin hâkimde olduğu bırakılmalı ve bu uygulamaya gerçekten raporlar halinde değinilmeli diye düşünüyorum. Böyle bir uygulama başlatmayı düşünüyor musunuz?

Artı, az önceki gösterdiğiniz kaza tespit tutanakları ve kaza içeriklerine baktığımız zaman belli teknik bilgiyi gerektiriyor. Çoğunu ben çözümledim. Bunlarla ilgili olarak meslek içi eğitim hâkimlerle, daha fazla bilirkişiden rapor almak yerine hâkimlerle meslek içi eğitime ağırlık vermeyi düşünüyor musunuz?

İlhan ÜZÜLMEZ (Moderatör):
Teşekkür ediyoruz. Mesela ceza dosyalarında ceza mahkemesi hukuku bakımından, ceza yargılamaları bakımından böyle bir şeye rahatlıkla geçilebilir. Hiçbir sorun yok. Her şey mevzuata uygun fakat alışkanlıklarımız. Muhammed Bey zaten uygulamanın yanlışlıklarını ortaya koydu.

Ama şimdi şöyle bir sorunumuz var, değerli meslektaşım Faruk Bey bana geçenlerde bir müzekkere okuttu. Diyor ki müzekkerede; trafik kazasına katılan birden fazla kişi var, 2 kişi var. 2 taraf için de asli kusurlu demişiz. Denilmiş daha önce daha doğrusu. Mahkeme de olur mu öyle şey diyor, bir asli bir tali olacak diyor. İkisine de asli demişsiniz, kim asli kim tali yazılmıyor. Yani aslında tam tersini söylediler, aslında Adli Tıp diyor ki yani iki tarafın da taksirli davranışı var. İki tarafın da bu olayın meydana gelmesinde taksiri var. Dolayısıyla iki taraf da sorumlu. Buna göre hareket et diyor. Ama biz zorluyoruz yine birisi daha az olacak birisi daha fazla olacak. Dolayısıyla bu bizim yargı alışkanlığımızdan kaynaklanan bir şey.

Hukuk tarafını da fazla konuşmak istemiyorum çünkü çok bilmiyorum hâkim değilim o alana. Orada da bildiğim kadarıyla böyle kusur oranın belirlemesi uygulamanın geliştirdiği bir müessese. Çünkü mevzuatta öyle kusur oranını belirlenmesine ilişkin direk bir düzenleme hatırlamıyorum. Dolayısıyla bu bizim yargı durumumuzla ilgili bir şey, doğrudan doğruya mevzuatla da ilgili değil. O zamanla değişecek diye umut ediyoruz. Tabii ki yapılması gereken bir şey varsa mutlaka Adalet Bakanlığımız işte buradan çıkan sonuçları değerlendirip yapacaktır.

Teşekkür ediyoruz. Çok uzadı diğer oturumun süresine dahi girdik şu anda. İlginiz alakanız teşekkür ediyorum. Sunum yapan arkadaşlarımız ve meslektaşlarımıza teşekkür ediyorum. Hocam sizin de söylemek istediğiniz varsa buyurun.

Nurdan MEMİŞOĞLU APAYDIN (Moderatör):
Ben de herkese çok teşekkür ediyorum, sağ olun.

1.GÜN

2. OTURUM

ADLİ GENETİK VE BİLİRKİŞİLİK

ADLİ GENETİK VE BİLİRKİŞİLİK OTURUMU



Mehmet TOKDEMİR (Moderatör):
Yargı mensubunun değerli çalışanları, kıymetli adli bilimciler ve Adli Tıp uzmanı arkadaşlarım, hepinizi saygı ve sevgiyle selamlıyorum. Bu toplantıya bizi davet eden başta Adalet Bakanlığımız olmak üzere, Adli Tıp Kurumu Başkanımız Sayın Hızır Aslıyüksek'e teşekkür etmeyi bir borç biliyorum ve ev sahiplikleri için de Adli Kurumu'ndaki çalışan bütün arkadaşlarımızın emeklerine, koşturmalarına, çabalarına takdire şayan bir şekilde tanık olduk. Hepsine ayrı ayrı çok teşekkür ederim öncelikle.

Normalde oturum başkanımız Kemalettin Acar hocamız da burada olacaktı, fakat maalesef bir yakınının sağlık problemi nedeniyle bugün burada değil kendileri. Onun için müsaadenizle oturuma ben başkanlık edeceğim. Bugün Adli Genetik ve Bilirkişilik konuşması hakkında bir panel yapacağız. Burada birbirinden değerli 4 tane konuşmacı arkadaşımız var. Ben onları kısaca tanıttıktan sonra kendilerini sırayla kürsüye davet edeceğim.

Sayın uzman Bestami ÇOLAK, kendisi 2001-2012 yılları arasında Adli Tıp Kurumu Biyoloji İhtisas Dairesinde uzman olarak çalıştı, 2012-2015 yılları arasında şube müdürlüğü görevini ifa etti, 2015 yılından bu yana kendisi Adli Tıp Kurumu Biyoloji İhtisas Dairesi Başkanı olarak görev yapmakta.

Sayın Doç. Dr. Nihan Hande AKÇAKAYA, 2010 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Kendisi nöroloji uzmanı. Aziz SANCAR Deneysel Tıp Araştırma Merkezi'nde genetik üzerine doktora yaptı. Demiroğlu Bilim Üniversitesinde öğretim üyesi ve aynı zaman Adli Tıp Kurumu İkinci İhtisas Kurulunda üye olarak çalışmakta.

Sayın Doç. Dr. Selçuk DAŞDEMİR, Cerrahpaşa Tıbbi Biyolojik Bilimler mezunu ki bu okul şu anda faal değil. Kendisi belki safahatinden bahsedebilir. İstanbul Üniversitesi Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı'nda öğretim üyesidir. Adli Tıp Kurumunda Beşinci Kurulda raportör olarak çalışmakta.

Sayın Dr. Güven KOYUNCU. O da Cerrahpaşa Tıbbi Biyolojik Bilimler mezunu. İzmir Grup Başkanlığında daire başkanı olarak çalışmaktadır.

Şimdi sırasıyla Sayın Bestami ÇOLAK'ı sunumunu yapmak için kürsüye davet ediyorum.

Bestami ÇOLAK (Konuşmacı):
Değerli katılımcılar, Sayın Başkanım; sizlere Adli Tıp Kurumunda biyolojik incelemeler ve adli genetik incelemelerde yeni nesil dizileme teknolojileriyle alakalı bir sunum yapacağım.

Biz Adli Tıp Kurumunda yeni nesil dizileme teknolojilerine neden ihtiyaç duyacağız ya da neden ihtiyaç duyuyoruz bu konuda biraz açılım yapmak istiyorum. Özellikle SNP analizleri, bu çalışmanın içerisinde STN analizleri, mitokondriyal DNA analizleri, akrabalık analizleri gibi başlıklar bizim temel inceleme başlıklarımızı oluşturuyor. Bununla ilgili zaten hâlihazırda bir metot kullanıyoruz kendi laboratuvarlarımızda ancak özellikle

bazı vakalarda bizim şu anki çalıştığımız metodun da açılım yapamama durumu söz konusu olduğu için böyle bir çalışmaya dünya da biz de ihtiyaç duyduk. Şu anda kurumumuzda da hâlihazırda bu çalışmalar yapılmaya başlandı ve adalete bu anlamda hizmet etmeye çalışıyoruz.

Adli genetik incelemelerde temel hedef; bir örneği, delilleri ya da vücudu, vücudun bir parçasını kimliklendirmek üzerine yoğunlaşıyor. Bu amaçla dediğim gibi Adli Tıp Kurumunda da diğer kurumlarda ve dünyanın diğer laboratuvarlarında olduğu gibi çeşitli yöntemler ve metotlar kullanılıyor. Babalık-annelik soybağı tespiti ve delillerin DNA incelemesi yoluyla STR analizleri hâlihazırda kurumumuzun da çalışmaları kapsamında bulunmakta. Ama adli bilimlerde eser miktarda örnek çalışılmasıyla ilgili bir sıkıntı söz konusu olduğu için, özellikle adli bilimlerde elde edilen sonuç tek olsa da bazen yorumlar birden fazla olabiliyor. İşte bu yorumları olabildiğince tek hale dönüştürmek ya da en iyi tekniği kullanıp, en iyi sonucu en doğru zamanda ortaya çıkarabilmek gibi temel bir hedefimiz var.

Öncelikle failin kim olduğunu bilmediğimiz vakalarda sıkıntı yaşıyoruz. Örneklerin ışık, nem ve güneş ışığı gibi özellikle degradasyona sebep olacak vakalarla çok karşılaşıyoruz. Bunun dışında ensest olgular gibi veya akraba evliliklerinin söz konusu olduğu kişilerin çok fazla geldiği, şüpheli olduğu vakalar söz konusu olabiliyor. Bu aşamalarda kimi zaman daha fazla sayıda allen çalışmak, daha fazla gen bölgesi analiz etmek, kimi zaman da buna rağmen çözemediğimiz durumlarda işte başka tekniklerle çalışmak gibi bir durumumuz söz konusu olabiliyor.

Kısaca size çalışmalarımızın bugüne kadarki gelişim sürecinden bahsetmek istiyorum. 2000 yılı öncesinde kan grubu antijenleri ile biz kimliklendirme çalışmalarını yapıyorduk. Hemen akabinde DNA teknolojisine geçtik ama o dönemlerde otomatik sistemler söz konusu değildi. Jel elektroforezi ile yapıyorduk bu incelemeleri. Hemen 2001 yılından sonra monopleks çalışmalarına ulaştık. Tek kapillerle tek vakayı çalışabiliyorduk. Aşağı yukarı 45 dk. Sürüyordu bu çalışma. Şimdi, sabah Başkanım bahsetti, 100.000 tane DNA çalışıyoruz. 100.000 tane DNA'yı tek tek 45 dk. 45 dk. çalışsak nasıl bir çalışma temposu olur siz düşünün. O yüzden 2002'den sonra 16 kapiller ve hemen arkasından 24 kapilli sisteme geçtik. 24 vakayı bir arada çalışan gen analiz metotları oluştu. 2020 yılından itibaren de NCS dediğimiz yeni sekanslama sistemlerimizle çalışmaya başladık.

Şimdi bununla ilgili size kısaca açılımlar yapmak istiyorum. Biraz önceki bahsettiğim tarihçenin içerisinde bir de gen bölgelerinin sayısıyla alakalı bir açılım yapayım ona geçmeden önce. İşte HeLa PM dedim. Hemen arkasından işte 6 bölge ile DNA çalışırken 6'dan sonra 14'e çıktı, 14 işte 22, 22'den sonra da bugün 230 tane gen bölgesini size sunan NCS metoduyla çalışmaya kadar ilerledi bu süreç. İşte bu neden önemli? Niye buna ihtiyaç var? Onun üstünde biraz durmak istiyorum. STR dediğimiz sistem size daha kısa ampliconlarla daha fazla sonuç verebiliyor. Daha fazla allen çalışabiliyorsunuz. Daha fazla bilgi sağlayabiliyor bu şekilde. İşte bunu NCS ile de sağlayabiliyorsunuz, SANGER dediğimiz yöntemle de sağlayabiliyorsunuz. Ama en sondaki tek çalışmayla daha fazla bölge tespitini sadece NCS dediğimiz sistemle yapabiliyorsunuz. Yani şöyle; tek çalışmayla bir kişinin Y kromozomunu, X kromozomunu, aynı zaman STR'ıyla birlikte SNP'sini ve örneğin fenotipini (en önemli kısımlarından bir tanesi bu) fenotipini analiz edebiliyorsunuz. Bunu tek çalışmayla ortaya koyabiliyorsunuz. Bu hem zamandan tasarruf yapıyor hem çalışmada maliyet tasarrufu anlamına geliyor. Aynı zamanda da 230 adet bilgiyi size tek bir anda sunabilme özelliğine sahip.

Bir de yine en önemli başlıklarından bir tanesi de biyocoğrafik köken tespiti ki bu dünyada da belli başlı laboratuvarlarda şu anda hâlihazırda uygulamaya alınmış durumda. Tek bir iş akışı yapıyorsunuz ve o tek bir iş akışından birçok imkân sunabiliyor size. Bunun yanında daha az iş yapıyorsunuz, daha az sarfiyat ve daha çok sonuç elde edebiliyorsunuz. Burada özellikle dikkatinizi çekmek istediğim kısım; bir 48 örneğe 192 adet yükleme yapmak zorundasınız ya da 192 adet PCR yapmak zorundasınız. Bu çalışmada 2 adet yükleme ürünü ve 48 adet PCR ürünü ile bu çalışmayı tamamlayabiliyorsunuz. Yine aynı şekilde bu da size bir maliyet azalması, zaman azalması ve aynı sayıda genetik bilgiyi sunma şansı veriyor. Aynı STR'la daha fazla veri elde etme şansına sahipsiniz yine NCS teknolojisiyle. Özellikle yüksek oranda inhibisyon içeren örneklerde opsiyonel bir tampon çözelti sayesinde sonuç alma şansı veriyor. Bunu şöyle açıklayabiliriz; özellikle bizim çalıştığımız örnekleri düşünürseniz kemik örneklerini, uzun süre çevresel etkenlere maruz kalması durumunda inhibitör içermesi ihtimali yükseliyor. Dolayısıyla kemik örneklerinden mesela sonuç alma yüzdenizi artıran bir çalışma. %98-%99'lara varan bir başarı elde etme şansına sahipsiniz. Bu aslında bizim en spesifik noktamız. Adliyenin de bizden en çok çözüm beklediği aşamalardan bir tanesi. Karışım DNA örneklerinde, DNA olan ve olmayan piklerin ayrımını yapabilme şansı veriyor.

Nasıl veriyor? Bu çalışma, elde ettiği sonuçla size hem tekrar sayılarını veriyor. Şu anda yaptığımız yöntemle bir allenin tekrar sayısını tespit edebiliyoruz. Burada ise sekansını yapıp dizilimini veriyor. Yani hangi bazlardan oluştuğunu veriyor. Bu da kişiden kişiye sayıya göre daha fazla farklılık ortaya çıkardığı için kime ait olduğu konusunda daha kesin bir bilgi sunabilme şansına sahip. Yine karışım DNA örneklerinde DNA olan ve olmayan piklerin kolay ayrımını yaparken burada daha fazla alleni çalışarak daha fazla sonucu size verebilme şansına da sahip bu bölge. Burada görüyorsunuz, yukarıdaki sonuç bizim şu anki rutinde kullandığımız sonuç, aşağıdaki sonuç yeni jenerasyon sistemlerinin kullandığı sonuç Aşağıda özellikle şeye dikkati çekeyim size, elde ettiğiniz pikler sayısal değer veriyor ama bizim şu anki kullandığımız bu metot size o sayısal değerin içerisinde kaç kişi olduğunu da size söyleyebiliyor. Aradaki en büyük fark bu. Dolayısıyla vakalarda birden fazla kişinin olması durumunda, o pikler gerçekte birden fazla kişiye ait olduğunu net olarak söyleyebilme şansını size sunan bir teknik.

Yine karışım DNA örneklerinde, allenik tekrar sayısı ile varsayımsal yaklaşım yerine dizi analizi gösterim ile daha net mukayese şansı veriliyor dedik. Karışım DNA örneklerinde allenik tekrar sayısı ile varsayımsal yaklaşım yerine dizi analizi gösterimini size majör/minör ayrımı yaparak da veriyor bu çalışma. Ne demek? Bir örneğin içerisinde birden fazla kişi olabilir ama bu kişilerin orada hangi oranda, ne kadar olduğunu da söyleyebiliyor. Özellikle cinsel saldırı vakalarında şöyle düşünün, birden fazla şahıs olduğunda sizin A kişisinin B kişisinin orada olduğunu söylemeniz karşıdaki savcı ve hâkim

için ne kadar kıymetliyse, bizim elde ettiğimiz sonuç da o kadar kıymetli. Yine, yukarıdaki çalışmada SANGER metodu ile elde edilen sonuçta, bu şimdiye kadar anlattığım şeyleri aslında size net olarak gösteriyor. Bu karışık bir örnek. Elde edilen bu karışık örnekte sizin yukarıda yapabileceğiniz tek bir yorum var; en az 4 kişi ya da en az 3 kişi diyebilmek oradaki sayılara bakarak. Ama NCS'in vereceği sonuca bakarsanız, size burada kaç suçlunun olabildiğini verebilmekle birlikte hangi suçlunun olduğunu hangi suçlunun olmadığını söyleme şansına sahip olacaksınız.

Hasarlı DNA örnekleri bizim en çok karşılaştığımız örnekler. Çünkü örneklerimiz degrade, biyolojik açıdan bozulmaya müsait örnekler. Bu örneklerde özellikle tiplendirilen lokus sayısının ne kadar fazla olması, bizim için mukayese esnasında o kadar detaylı bir değerlendirme yapmamızı sağlıyor. Gördüğünüz üzere tiplendirilen lokus açısından baktığınızda, M.S. 400 yılında alınmış bir kemik örneğinde yapılan bir çalışmada 27 bölgede 15 bölge elde edilmiş olması bizim klasik SANGER metodu ile çok karşılaştığımız bir durum değil. Ama NCS metodu ile bunu elde edebilmek mümkün olmuş. Yine düşük miktarda DNA örneklerinde yapılan bir çalışma. Orada da özellikle karşılaştığımız drop hadisesi var. Bu düşük miktardaki DNA örneklerinde biz allen kayıplarına çok rastlıyoruz. Fakat SANGER metodu ile yapılan çalışmada elde edilen allen kayıpları aşağıda NCS metodu ile çok daha görünür hale getirilmiş. Bu şu anlama geliyor, bir şahıs geldiğinde ne kadar kaybınız varsa o kadar az mukayese bilgisine sahip olursunuz. Ama NCS metodu ile bu elde edeceğiniz sonuç ve elde edeceğiniz veri sayısını daha fazla artırabilme şansına sahip olduğunuz aşikâr. Dolayısıyla zamanı geldiğinde NCS metodu şu anki kullandığımız yöntemlerin yerini almaya mecbur. Bunu görüyoruz yavaş yavaş. Buna dikkatinizi çekmek istiyorum.

Şu anda bizim maalesef sıkıntı duyduğumuz alanlardan bir tanesi. Yanmış cenazeler, yanmış kemik örnekleri. NCS metodunun yanmış örneklerde, klamasyona dahi tabi olmuş örnekler sonuç aldığı ortaya konmuş ve bunu da %98.4 başarıyla yaptığını söylüyor çalışmalar. Dolayısıyla bugüne kadar Morg İhtisas Dairesi bilir, buna dair çok vaka geldi. Bu örneklerde eğer yeni bir vaka değilse, yanma derecesi beklenenden bizim beklediğimizden daha aşağı ise sonuç alabiliyoruz. Ama küllenme derecesinde, karbonizasyon derecesi çok yüksek olan vakalarda maalesef bizim şu anda yaptığımız DNA incelemelerinde sonuç alma şansımız olmuyor. Burada da gördüğünüz üzere %98.4 başarıyla kül haline gelmiş cenazelerde bile sonuç aldığı ifade ediliyor. Bu açıdan da yüksek bir teknoloji.

Burada dikkatinizi çekmek istediğim durum şu; aslında bölge sayısını arttırmanın, şimdi bölge sayısından kastımız şu; biz şu andaki kullandığımız metotla belli sayıda STR dizilemesi yapabiliyoruz. Burada bu STR dizilemelerine SNP'ler de katılıyor. SNP dediğimiz şey, vücuttaki tek nükleotidi polimorfik açıdan mukayese etmek. Dolayısıyla o girdiğinde ne oluyor, ona bir şöyle kısaca bakalım istiyorum. Bizim şu anda kullandığımız bir veri tabanı var. O veri tabanında şurada dikkatinizi çekecek herhangi rastgele bir şahsı aldık. Veri tabanıyla karşılaştırdık. Ve 23 gen bölgesinden 21'i tek allen uyumu olan -bu ne demek? Tek allen uyumuna biz babalıkta/annelikte bakıyoruz- kişi sayısı 34 kişi. Yani sizi de alsak, bizim veri tabanı ile karşılaştırsak, 23 tane geninizi çalışsak o 23 tane genden 21'inin babalık ve annelik durumu gibi bir mukayesede aynı olan bir şahsı bulma şansına sahibiz. Dolayısıyla bu bize şunu gösteriyor; bazı zamanlarda 23 bölge etmek sizi babalık ve annelik hususunda özellikle kimliklendirme vakalarında yeterli olmayabiliyor. Yani gerçek doğru sonuca ulaşmak için bölge sayısını arttırmak gibi bir zorunluluğunuz var. Yine bunu bir vaka olarak ortaya koyduğumuzda, hiç birbirleri ile akraba olmayan, hiç birbirleri ile alakası olmayan yine veri tabanından taradığınızda birbirlerinin babası-çocuğu olarak görünen 2 şahıs bulma şansına sahip olabiliyorsunuz bu kadar bölge çalışarak. Dolayısıyla bu anlamda NCS size bir üstünlük sağlıyor. Ne kadar üstünlük sağlıyor diye soracak olursanız; biz normal metotla şu anda 47 bölge çalışabiliyoruz daha doğrusu 47 genetik bilgi alabiliyoruz bu çalışmalardan.

NCS metodu ile, yeni jenerasyon sistemleri ile bunu 230'a çıkartıyoruz. 230'da bir insanın biraz önceki gösterdiğim tabloda aynılık gösterme olasılığı -yani genetiği biraz bilen bir insan da bunu tasvir edebilir- çok mümkün değil. Bu açıdan aslında çok büyük hizmetler vereceğine inandığımız bir metot.

Bununla birlikte belki işte genetikten fenotip tayini ve coğrafik köken tespiti gibi çalışmalar yaparak da aslında farklı açılımlar getirebilen bir çalışma. Bu şu işe yarıyor, (biz şu anda bu metotları kurumumuzda uyguluyoruz bu arada, onu da dipnot olarak söyleyeyim) genotipten fenotip ve coğrafik köken tespiti yaptığınızda diğer çalışmadan farklı olarak şüpheliye ihtiyaç duymadan adliyeye bilgi sağlayabiliyorsunuz. Bu çok önemli bir fark. Çünkü elde ettiğiniz DNA verisi şüpheli olmazsa veya karşılaştıracak kişi olmazsa çok bir işe yaramıyor diğer çalışmada. Bu arada ise kişinin saç rengi, göz rengi ve en azından bir coğrafik olarak hangi bölgeye ait olabileceğini söylemek adli anlamda size bir popülasyon daraltması getiriyor.

Bunun dışında mitokondriyal DNA analizleri yapıyoruz. Mitokondriyal DNA analizleri biliyorsunuz, matenden kalıtıma özgü bir çalışma. Bununla annelik üzerinde, özellikle anne olmadığı vakalarda kişilerin aynı annesel soydan olup olmadığına yönelik sonuçlar verebiliyor bize. Şurada bir vaka var sadece onu söyleyeceğim; normal metotla çalıştığınız mitokondriyal DNA ile yukarıda en fazla 2x derinliğinde bir çalışma yapabiliyorsunuz. NCS'te bunu 10.000x bu ne demek, 10.000 kez arka arkaya okuyabilen bir teknoloji. Bunun da altını çizerek özellikle söyleyeyim.

Bunun haricinde bize yeni vizyonda ortaya çıkardığı bazı çalışmalar var ki değerli çalışmalar ama şu anda Türkiye'de bunların sonuçsal anlamda çok bir katkısı olmayacak. İşte akrabalık analizleri mesela kişinin annesi babası olmaksızın iki kişinin dayı-yeğen olup olmadığına yönelik çalışmalar yapabileceksiniz. Bu da şu anlama geliyor, anne baba ve çocuk olduğunda aynı gen bölgelerini içeriyorlarsa, bazen zorlanıyoruz biz. İşte mesela annede de 16 var, babada da 16 var, çocukta da 16 var. Bu durumda hangisi gerçekten bu geni vermiş diye bakacağınız zaman NCS size şöyle bir kolaylık sağlıyor; ben dizilimi sağlıyorum sana o dizilime bakarsan kişilerin dizilimleri farklı olacaktır, bundan en azından bu ayrımı yapabilirsin diyor. Gelecekte, şu anda amniyon sıvısı alarak yaptığımız, anne karnındayken embriyonun babalığının tespitini belki buradaki anne kanından doğrudan non-invaziv prenatal olarak testini yapma şansına sahip olacağız.

Tabi bununla birlikte adliyenin de bakış açısını değiştirmesi gerekiyor. Bir de uzak arabalık analizi var, bizden talep edilen. NCS'in de bu konuda yapmak istediği çalışmalar var. Bu konuda çalışıyorlar. İnşallah çok yakın zamanda bize bu çalışmalarla ilgili bilgi sağlayacaklar.

Teşekkür ediyorum beni dinlediğiniz için.

Mehmet TOKDEMİR (Moderatör):
Sayın ÇOLAK'a ben de teşekkür etmek istiyorum.

Tabi ki adli genetikle ilgili, DNA'nın delil olmasıyla ilgili 1990'larda büyük tartışmalar vardı. Çünkü çok az bölge bakılıyordu. 8 bölge ile başladık, Bestami Bey bana biraz nostalji de yaşattı. Şimdi 230 bölge bakılıyor Next Generation Sekans sistemiyle ve bize hep savcılar bize şunu sorardı; Hocam bu sonuç %100 mü? Yani dışlama %100 ama kabul %100 olmuyor hiçbir zaman. Biz de şöyle diyorduk; bunun 15 bölgeyle yapılan incelemede oranı 33 milyarda bir insanın birbiriyle genetik olarak benzeme şansı var. Dünya üzerinde o kadar insan yok diyorduk. Bu durum 15 bölge içindi. Şimdi yeni sistemle NCS ile 230 bölge bakılıyor. Artık buna olasılık olarak sonsuza yakın şeklinde cevap vermek mümkün. Yani sonuç kesindir diyebiliriz. Artık fenotipik özelliklerinin de belirlenebilir olması özellikle faili bilinmeyen suçlarda taramalarda fenotipik özelliklerin SNP'lerle belirleyebilmemiz sayesinde bakacağınız popülasyonu oldukça daraltıyor ve maliyeti azaltıyorsunuz.

Evet, Adli Tıp Kurumunun Başkanına ve dünyada bu kadar benzer bir iş yükü olmayan bir kurumun Biyoloji Daire Başkanına teşekkür ediyorum sunumu için. Şimdi ikinci sunumu yapmak üzere ikinci konuşmacımız Doç. Dr. Nihan Hande AKÇAKAYA'yı davet ediyorum.

Nihan Hande AKÇAKAYA (Konuşmacı):
Çok teşekkür ederim dinlemeye gelen herkese ve özellikle kurum başkanımız Hızır ASLIYÜKSEK Hocamıza.

Ben aslında nöroloji uzmanıyım fakat nadir hastalıklar ve nörogenetikle ilgileniyorum. Bugün burada Adli Tıp'ta ölüm sebebi tespitinde zorluk yaşanan olgularda bahsedilen, geliştirilen, dünyada yeni yeni söz edilmeye başlanan bir teknikten bahsedeceğim: moleküler otopsi.

Moleküler otopsi yeni nesil dizileme teknolojilerinin gelişmesiyle ortaya çıkmış bir tanım. Hastalıkların tespiti bu teknolojiyi kullanarak daha kolay. Nasıl tanımlanmış? Postmortem genetik test de deniyor. Aslında yapılan klasik otopsi ve daha sonrasında toksikolojik, mikrobiyolojik ya da histopatolojik incelemelerle tanı konamamış, ölüm sebebi belirlenememiş bireylerin altta yatan ölüme sebep verebilecek bir genetik hastalığının olup olmadığının araştırılması olarak tanımlanmış. Nadir hastalıklar günümüzde artık daha çok konuşuluyor ve bu hastalıkların ölüme de sebep verdiklerini biliyoruz. Bunun tarih içinde nasıl geliştiğini terminolojiyle birlikte biraz anlatacağım. Moleküler otopsi hangi durumlarda yapılabilir? Bunu 2'ye ayırabiliriz: Birincisi ani beklenmedik ölümler. Ölüm sebebi kesin olarak tespit edilemeyenler. Bir de ölüm sebebi tespit edilmiş hastalar fakat altta yatan bir genetik hastalığının olduğu bilinen fakat tanının tam kesinleştirilmesi için post-mortem genetik test yapılması uygun görülen vakalarda da yapılabilir.

Bunu şöyle açıklayabiliriz; mesela otopsi sonrasında/otopsi sırasında dilate kardiyomiyopatisi olan, endokardiyal sklerozu olan bir olgu. Burada kardiyak yetmezliğine bağlı ölüm işte akciğer bulgularıyla birlikte ortaya koyup söylemek mümkün. Fakat altta yatan bir genetik kalp hastalığı var. Ya da nörolojik hastalıklarda biz benzer belirtiler görebiliyoruz. Çocuklarda ama daha çok hayatımızda alzheimer gibi nörodejeneratif hastalıklar beynin fonksiyonun hem hacim olarak küçülmesi hem de fonksiyonun yitimi söz konusu oluyor. Bu hastaları aslında öldüren nörolojik hastalık olmuyor. Genellikle nörolojik tablonun üstüne binen bir enfeksiyon ölüme sebep veriyor. Fakat biliyoruz ki; otopsi sonucundan işte gördüğümüz bulgulardan, hastaların tıbbi öyküsünden altta yatan bir nörolojik hastalık var ve biz bunun tam genetik tanısını koyalım diyebiliriz. Ben bugün daha çok ani beklenmedik ölümlerden bahsedeceğim. Çünkü asıl adli açıdan da sıkıntı yaratan olgular bunlar oluyorlar. Tam ölüm sebebini söylemek adli bazı soruların cevabını vermemizi sağlıyor. Dolayısıyla ani beklenmedik ölümlerin bir tanımı var; 24 saat içinde kişinin canlı ve sağlıklı görülmüş olması, bilinen bir sebep olmaması, travmatik bir bulgunun saptanmamış olması gibi. Yaşa ve eşlik eden hastalıklara göre de bunlar sınıflandırılmış. Özellikle kardiyak ölümler burada ön plana çıkıyor. Egzersiz sırasında meydana gelen ölümlerde, buna aritmik ölüm sendromu olarak da söyleniyor. Yani hepsi kardiyak ani ölüm olarak sınıflanmış. Daha sonra nörolojik hastalıklardan epilepside ani ölümün eşlik edebileceğini biliyoruz. Yaş grubu olarak baktığınızda da ani bebek ölümü sendromu 1 yaş altındaki çocuklar ve 1 yaş üstünde yine pediatride ani ölüm sendromu olarak sınıflanmış.

Şimdi öncelikle ben biraz terminolojiden bahsedeceğim bu gelişimi anlayabilmek açısından. İlk defa bir hastalığın ve bir durumun, down sendromu trizomi 21'in 1959 yılında kromozomların görsel görsel halinde çeşitli boyama yöntemleriyle gösterilmesiyle 21.kromozomun 3 kopya olmasının bu sendroma yol açtığı tanımlanarak tıp dünyasına genetik tanı girmiş oluyor. Bundan sonra Bestami Hocamız da bahsetti SANGER dizileme SSCP dediğimiz single-strand conformation metoduyla indirekt olarak dizinin artık görsel olarak kromozomun değil dizinin açılmasıyla dizilimler ve gen bölgeleri tanımlanıyor. Bu noktada kardiyak hastalıklar en çok incelenen hastalıklar oluyor. İlk tanımlanan genler kardiyak patolojilerle ilgili genler oluyor ve dolayısıyla bununla ilgili bir bilgi birikimi de oluşuyor.

Şimdi genom demek ne demek? Genom aslında ilk slaytta da gösterdiğim tüm genetik bilgimiz demek. Ama biz bugün artık yeni nesil dizileme teknolojileriyle bu dizinin tamamını adenin-timin-sitozin gibi okuyarak elde etmemize genom dizileme diyoruz. Fakat bu bilgi çok büyük. Bunu bilgisayarsız bir ortamda analiz edip bir noktaya ulaşmamız mümkün değil. 4 milyar varyant var. Bunu anlamlandırmak çok zor. Bunun için farklı bir terminoloji geliştiriliyor. Ne yapalım? Sadece genlere bakalım. Genler çünkü proteinleri kodluyor, çünkü asıl kullanılan kısım o. Ve kodlayan kısıma ekzomlara bakalım. Böylece baktığımız bu dizi sayısını azaltalım, varyant sayısını azaltalım, daha iyi analiz edelim, mutasyonları tanıyalım mantığıyla ekzom kullanılmaya başlıyor. Yani buna görsel olarak bakacak olursak, genomun – bütün verinin- aslında %1'i ekzom. Ve ekzomun da evet genlerin olduğu kısım ama genlerin de protein kodlayan kısmı yani sadece ekzonik bölgeleri dizileniyor, intronlar dizilenmiyor.

Terminolojide, yeni nesil dizileme teknolojilerinde biz bir de panel dizilemeden bahsediyoruz. Panelde de, tüm genlere bakmayalım da bizi ilgilendiren genlere bakalım. İşte kardiyak bir hastalık arıyorsak aritmi ile ilgili ya da işte o hipertrofik kardiyomiyopati ile ilgili gen seçelim o genleri tarayalım. Böylece analiz edeceğimiz inceleyeceğimiz kısmı biraz daha daraltalım. Panel dizileme, daha iyi, daha çabuk sonuca ulaşalım diye seçilebilecek bir yöntem. Panel dizileme aslında şu anda sağlık sektöründe sıklıkla kullanılıyor. Klinik ekzom dizileme gibi nadir hastalıkların tespitinde SGK kapsamında da artık hastanelerde tıbbi genetik bölümlerinde kullanılmaktadır. Görsel olarak yine tekrar şöyle bir üzerinden geçecek olursak; genom dediğimiz şey işte bu noktaların hepsi. Ekzom dediğimiz gördüğünüz gibi sadece gen kısımları. Panelde ise seçilmiş genlere bakıyoruz. Bir de Chip/Array dediğimiz bir metod var, burada da işte CNP'ler tek nükleodit değişimlerini seçerek genomu tarayabiliuyoruz. Böylece bir kayıp / bir artış var mı diye bakıyoruz.

Şimdi postmortem genetik teste dönecek olursak, ilk olgu ilk vaka 1999 yılında Amerika'dan bildirilen 19 yaşında bir kadın hasta. Bir kadın hasta, bir kilo verme programına giriyor ve egzersiz yaparken havuzda ölü bulunuyor, daha doğrusu havuzda bulunuyor. Ardından hemen resüsite ediliyor. Uzun bir resüsitasyon sonrası döndürülüyor, yaklaşık 12 gün yoğun bakımda izlenirken şurada EKG'sini de görüyorsunuz fakat koma skoru oldukça düşük. QT aralığını bu EKG'de uzamış olarak görüyorlar. Ve işte o yıllarda da bu kardiyak genler çalışılıyor, acaba bu genlerden birisinde bir problem olabilir mi diye 4 gen çalışılıyor SANGER dizileme yöntemiyle eski teknikle çalışılıyor. Ve 6 bazlık bir delesyon bulunuyor, KCNQ1 geninde. Fakat bu vaka hep tartışmalı olarak kalıyor çünkü bu ilk defa saptanıyor. Aileye bakılıyor aile tarafında bu mutasyon, bu değişim var ama EKG'leri normal. Kişi boğularak mı öldü başka bir şey mi oldu hiçbir zaman ayırt edilemiyor. Ardından 2001 yılında aynı grup, aynı yazarlar yeni bir vaka yayınlıyorlar. 17 yaşında uykusunda ölü bulunan bir çocuk, otopsi negatif hiçbir bir bulgu yok. Yine taramayı yapıyorlar, yine aynı gende bu sefer farklı 5 bazlık bir delesyon (kayıp) buluyorlar. Ailede de taramayı yaptıkları zaman bunun hakikaten bir mutasyon olduğu tespit ediliyor. Ve aslında ilk vaka 2001 yılında yayınlanmış oluyor. Bundan sonra seriler gelmeye başlıyor. Yine Amerika'dan 270 olgu seçiyorlar 13 yıl boyunca tarayıp, 13-30 yaş arasında ani ölüm olarak, ani kardiyak ölüm olabileceğine kanaat getirdikleri 12 otopsi negatif vakayı tarıyorlar. Tabi burada çok gen tarandığı için indirekt bir metod kullanılıyor. Burada 12 vakadan 2 tanesinde bilinen mutasyonlar saptanıyor. Daha sonra 1 yıl sonra İtalya'dan yeni bir seri yayınlanıyor, daha büyük bir seri; 1023 vakalık ve 30 yaş altı negatif otopsiler tespit ediliyor, 10 olgu seçiliyor. Yine 10 olgu içinde 2 tanesi mutasyon pozitif olarak tespit ediliyor. Bu tabi tanı verebildiğiniz zaman 10 kişi içinden 2 kişi çok ciddi bir rakam. Ani kardiyak ölüm bu şekilde taranmaya devam ediyor yıllar içinde ve 2009'a kadar çalışmalara total baktığımızda yaklaşık %35'inin taranan 4 gende mutasyon pozitif olarak tespit edildiği oldukça iyi bir tanı oranıyla kayda geçiyor. Ve ardından yeni nesil dizileme teknolojileri bu sefer hayatımıza giriyor. Yeni nesil dizileme teknolojilerini kullanan çok fazla çalışma yok. Panel olarak bakılmış çalışmalar var. İlki Fransa'dan Strazburg'dan, 2015 yılında yayınlanıyor. Burada 23 gen seçiliyor fakat burada vaka seçimini biraz geniş yapıyorlar. Otopsi negatif değil tam olarak işte kardiyomiyopati bulgusu var mıydı, yok muydu bunları tam belirtmeden biraz daha geniş kapsamlı bakıyorlar. Karaciğer ve kalp dokusundan DNA'yı elde ediyorlar. Ve 23 genin taraması sonucunda yaklaşık %50'sine tanı koyduklarını söylüyorlar. Bu literatürdeki en yüksek tanıma oranı fakat dediğim gibi hasta seçimi biraz geniş, seçim kriterleri net değil. 2016 yılında yayınlanan bir çalışma var, bu çalışma gerçekten çok güzel. 2009-2011 yılları arasında yapılmış 50 yaş altı 348 otopsiyi alıyorlar. Bunların 148'i ani kardiyak ölüm olarak sınıflanıyor. Otopsi sonucunda 9 tanesi 1 yaş altı olduğu için dışlanıyor. Ventrikül hipertrofisi gördükleri, kardiyomiyopati bulguları olan toplam 20 vakayı dışlıyorlar. 52 vakada da nondiagnostik birtakım bulgular var, bunları da almıyorlar. Tamamen hiçbir bulgu olmayan 61 olguyu aldıklarında %34'lük bir tanı oranıyla gayet güzel, başarılı bir çalışma oluyor. Fakat burada biz artık geniş bir panel bakıyoruz. 61 vaka çok iyi seçilmiş, 100 gen tarıyorlar ama tanı oranı çok değişmiyor gördüğünüz gibi. Hep %30'larda 35'lerde kalıyor, 10 yıl öncesiyle çok bir farkı yok. O noktada nörolojik hastalıklar tartışmaya giriyor. Ve aslında tanı konamamış, biz 100 gende kardiyak hastalıklara baktık ama nörolojik hastalıklara da baksaydık daha yüksek tanı koyabilirdik noktasına geliyor.

Şimdi tabi nörolojide de bildiğiniz gibi epilepside ani ölüm sendromu (SUDEP) diye)bu İngilizce kısaltmayı Türkçe'de de kullanıyoruz) bir sendrom var. Ani kardiyak ölümlere göre daha az sıklıkla gözüküyor. Nöbet sonrası ya da nöbet olmaksızın epilepsisi olduğu bilinen hastalarda solunum değişimi, kalp ritim değişikliklerine bağlı ani ölüm, tam patofizyolojisi belli değil. Çeşitli risk faktörleri tanımlanmış; kişinin epilepsi hastası olması, yine kendi normalinde yaşıyor olması, travmatik bir durumun olmaması ve açık bir ölüm nedeninin tespit edilmiş olmaması SUDEP'in tanı kriteri. Kesin olarak SUDEP tanısı koyabilmemiz için otopsi şart. Eğer otopsi yapılmadıysa bu "muhtemel SUDEP" kısmına giriyor. Dolayısıyla otopsi negatif olgularda eğer kişinin epilepsisi varsa SUDEP her zaman tartışılıyor. Şimdi SUDEP tanımlanmış fakat 2021 yılında nörolojinin çok iyi dergilerinden birinde bir kritik yayınlanıyor. "Bu kesin SUDEP dediklerimiz dahi olsa bunlara ek bir klasifikasyon getirmeliyiz, bunlara moleküler otopsi yapılmış mı, pozitif mi değil mi?" diye tavsiye niteliğinde bir yayın mevcut. Geçen yıl yayınlanmış önemli bir tavsiye notu. Şimdi paneli de konuştuk fakat kardiyak hastalıklara değil bütün hastalıklara bakalım hepsini tarayalım dediğimiz noktada bizim ekzom dizileme yapmamız lazım tüm ekzom dizileme. Bugüne kadar, 2022 yılına kadar yapılmış sadece 2 çalışma var ekzom dizileme kullanılmış, 2016 ve 2022 yıllarında. Ekzom dizilemede, bu 2 çalışmadan ilkinde 25 vaka bakıyorlar ani kardiyak ölümler ilişkin hastaları seçiyorlar 45 yaş altı %41 tanı oranı bulunuyor fakat nörolojik genler tanımlanıyor. İkinci vakada çocuk olguları alıyorlar. İnfantlar dâhil olmak üzere taranıyor, tanı oranı %11'lerde kalıyor. Çocuk olgularda tanı verme oranı düşük. Fakat şurada da göreceksiniz tanı verilememiş hastalarda bile nörolojik mutasyon olabilecek genlere/varyantlara bakıldığından anlamlı derecede ve çok sayıda nörolojik hastalıklarla ilişkili olabilecek genlerde değişimler olduğu söyleniyor.

Nörolojik hastalıkların genetik tanısını koymak oldukça zor. Bununla ilgili aklımıza genetik deyince böyle bir tablo geliyor, anne-baba-çocuk biz bakarız tanıyı koyarız gibi. Fakat maalesef durum böyle değil. Özellikle nörolojik hastalıklarda mozaiklik ciddi bir sıkıntı.

Bunların hepsinden bahsetmeyeceğim ama mozaiklik gerçekten bizim de daha önce çalıştığımız bir durum oldu. Daha önce erkeklerde letal olduğu bilinen bir hastalığın klinik olarak biz tanısını koyduk. Ekzom dizilemeyle biz baktığımızda hastada düşük bir yüzdeyle mozaikliğe bağlı hayatta kaldığını ve bu mozaikliği farklı dokuda da baktığımızda görebildiğimizi tespit ettik. Tabi canlı insanlarda beyinden DNA alıp bakmak çok mümkün olmuyor. Bu yüzden işte bu non-invaziv prenatal tanı gibi bir çalışma yapılmış yine bu geçen yıl yayınlanmış bir çalışma. Tıpkı bizim hastamızda olduğu gibi klinik olarak tanı konmuş fakat genetik tanısı kandan tespit edilememiş hastalar çalışılmış. Beyin omurilik sıvısından izole edilen serbest DNA, tabi bu kapalı bir kutu gibi olduğu için beyine ait DNA olduğunu kabul ediyoruz. Burada bakıldığında beyin anomalisine yol açan tüberoz skleroz gibi hastalıklarda tanı verilebildiği gözüküyor. Adını koymak için anne-baba-çocuk gibi de çalışmak gerekiyor. Annenin babanın taşımadığı fakat çocukta ortaya çıkan mutasyonlar olabiliyor. Hep bunları söylemek özellikle ölen vakalarda çok zor. "de novo mutasyonlar" diyoruz, yeni oluşmuş mutasyonlar. Ve daha çok iyon kanalı düzenlenmesiyle ilgili mutasyonlar bunlar. Dolayısıyla bunlar tanı koymada zorluklar.

Şimdi bugüne kadar bütün yayınlanmış ani kardiyak ölümlerle ilgili genleri görüyorsunuz bu tabloda. Orta kısımda kırmızı oklarla bağlanmış kısım hiçbir şekilde otopsi bulgusu vermeyen genlere ait. Diğer ayrı gruplar işte hipertrofik kardiyomiyopati, aritmik sağ ventrikül tutulumuna bağlı ölüm gibi birtakım nonspesifik bulgular ya da spesifik otopsi bulguları verebilecek genler. Dolayısıyla bu genleri tarayarak, nereye bakmayı istiyorsak oraya bakarak tanı verebiliriz. Amerikan Ulusal Adli Tıp Uzmanları Derneğinin de bir yayını var kardiyoloji dernekleriyle birlikte yayınladıkları. 40 yaş altı ani beklenmedik ölümlerde mutlaka DNA saklanmasını öneriyorlar. Çünkü şu anda bu teknik standart değil. Bugün bir gene bakarsınız yarın başka bir gene bakmanız gerekir. Materyali ayırıp kenara koymayı öneriyorlar dolayısıyla. Ve biliyoruz ki 40 yaş altı ölümlerin %40'ının genetik kökenli olduğu, ani kardiyak ölümlerin %35'inin, ani bebek ölümlerinin %15'inin kanallarla ilgili, kanalopati genleriyle aritmiyle ilgili genlerden olduğunu biliyoruz. %11 keşfedilme oranıyla en sık mutasyonlar kanal genleri. Bunlar çalışılması gereken genler. Mutlaka kurumumuzda da en azından araştırmaya yönelik çalışmaya başlamasını istiyoruz. Biz bu amaçla işte morg dairesi ve Birinci İhtisas Kurulunun da desteğiyle bir TÜBİTAK projesi yazdık. Umarım yakında öncelikle araştırma bazlı başlayıp dünyada biz de bunu çalışabilir, ileriye bir adım daha götürebilir bir noktaya gelip yayınlar yaparız. Şimdilik %1'lik kısma bakmıyoruz Adli Tıp'ta, bu diğer kısma bakıyoruz. %1'e baktığımızda da çok şey bulacağımızı biliyoruz.

Teşekkürler.

Mehmet TOKDEMİR (Moderatör):
Sayın AKÇAKAYA Hocama teşekkür ediyorum.

Tabi ki bizi kendisi DNA'nın bir ucundan diğer ucuna doğru götürdü. Doğru, adli tıp uzmanları ve adli bilimciler olarak biz sürekli intronlarla uğraştık ama ekzon bölgeleriyle uğraşmadık. Ama hepiniz de çok iyi biliyorsunuz ki bizim Adli Tıptaki en çetrefilli, en sıkıntılı alanlarımızdan biri negatif otopsi. Böyle bir şey de var dünyada; bazı serilerde %5-10, bazı serilerde %1 ile 5 arasında ölüm sebebini tespit edemiyoruz. İstediğimiz kadar ileri patolojik, toksikolojik inceleme yapalım nedenini tespit edemediğimiz ölümlere negatif otopsi diyoruz. Ama bugün hocamızın sunumundan da gördüğümüz üzere bu negatif otopsilerin de ekzon bölgeleri yani protein kodlayan bölgelerinin analizi yapılarak da acaba bir genetik yatkınlık, ani kardiyak ölüm veya başka bir hastalık var mı bunu tespit etmemiz de mümkün olacak dedi.

Bu değerli sunumları için kendisine teşekkür ediyorum. Şimdi üçüncü konuşmacımız Sayın Doç. Dr. Selçuk DAŞDEMİR'i sunumunu yapmak üzere kürsüye davet ediyorum.

Selçuk DAŞDEMİR (Konuşmacı):
Evet değerli katılımcılar, hepinize katılımınızdan dolayı teşekkür ediyorum. Şimdi tabi diğer arkadaşların sunumlarından bizim de başımızdan geçen olaylar olduğu için, Nasrettin Hoca'nın hepimizin bildiği bir fıkrası vardır yani damdan düşen der ki bana damdan düşen birini çağır o beni anlar diye.

Şimdi bu yeni nesil dizileme sistemi de çok önemli bir şey yani bu sadece söylemesi kolay ama çok önemli bir husus. Örneğin biz genetikte çalışmaya başladığımızda Cerrahpaşa'da eski sistemle SANGER sistemiyle dizileme yapmaya çalışıyoruz ve hastalara sonuç vermeye çalışıyoruz. 2 sene boyunca bekleyen hastalar var, her gün arıyorlar yani sıkıştırıyorlar o da haklı. Kistik fibrozis için bekleyen hastalar var yani bu teknolojilere ulaşmak için. O dönemde de bu kongreyi de düzenleyen ekipte yer alan ve kongre genel sekreteri olan İbrahim İKİZCELİ Hocamız başhekim Cerrahpaşa'da. Gittik hocamızın yanına, "hocam" dedik "bu iş böyle olmayacak. Bizim bu yeni nesil dizileme cihazını almamız lazım, bu hastaları daha fazla bekletemeyiz." O da tabi vizyon sahibi bir yönetici olduğundan bizi çok iyi anladı ve bize o teknolojiyi getirip ayda örneğin 3 kişiye sonuç verirken 100 kişiye sonuç vermeye başladık. Ve insan genomunu dizilemek yaklaşık 15 yıl aldı ve 3 milyar dolar para harcandı bu projede.

O dönemde ben lise öğrencisiyim hatırlıyorum televizyondan dönemin Amerikan Devlet Başkanı Bill Clinton madalya veriyordu bu çalışmayı tamamlayan bilim insanlarına ve aynı işlemi günümüzde yani 3 milyar dolar ve 15 yıl süren işlemi, birkaç gün içinde ve yaklaşık 1000 dolara yapabiliyorsunuz bu yeni nesil dizileme teknolojisi sayesinde. Yani gerçekten çok önemli.

DNA'ya baktığımız zaman yine bu teknolojinin önemine binaen söylemek istiyorum, DNA'da 3.2 milyar baz çifti var ve bir insanın 3.2 milyar baz çiftini okuması yaklaşık 40 yıllık bir akademisyenin her gün 10 tane makale okuması gerekiyor. Ve 40 yıl boyunca her gün 10 tane makale okuyan bir insan ancak 1 DNA'yı okuyabiliyor. Dolayısıyla burada bu teknoloji sayesinde yine bu bilgisayar programlarıyla hızlı bir şekilde bu okunabiliyor. Yani bu yeni nesil dizileme sistemleri oldukça önemli. Ve bu teknolojilerin kullanımını da hayatımıza kattığı çok önemli detaylar bulunmakta. Ufak bir not olarak bahsetmek istedim çünkü gerçekten sadece bu teknoloji deyip geçmemek lazım. Gerçekten büyük faydaları bulunmakta.

Şimdi bugünkü sunumumuzda size arkadaşlar, değerli katılımcılar, Beşinci Kurulda 2014 yılından beri görev yapmaktayım raportör olarak ve bu sürede bize gelen birtakım genetik vakalar var.

Bu vakaların bazısını çözemediğimiz durumlar olabiliyor. Neden çözemiyoruz? Hangi noktalarda eksiklikler bulunuyor? Biraz bunlardan bahsetmek istiyorum. Tabi Biyoloji İhtisas Dairelerinde çoğu genetik durumlar çözülebiliyor. Tabi bunlar tarafından çözülemeyen takdir edersiniz ki zor dosyalar da bize geliyor. Biz de elimizden gelen gayretle bunları çözmeye çalışıyoruz. Size biraz bu tip dosyalardan bahsedeceğiz. Tabi Beşinci Adli Tıp İhtisas Kurulu görevleri arasında nesep tayini, adli biyoloji ve adli genetik dosyaların incelenmesi de bulunuyor. Baktığımız zaman gelen dosyaların yaklaşık olarak %55'lik bir kısmı nesep tayinine yönelik dosyalar. Ve %20'lik bir dosya yüksekten düşme. Yine %20'lik bir dosya cinsel istismar dosyaları. Ve yaklaşık %5'lik bir kısmı ise daha çok böyle daha nadir görülen durumlarla ilgili sunumları içeriyor.

İşte geçmişte yapılan testlerin bugün geçerliliği veyahut yurtdışında yapılan birtakım testler oluyor bu testlerin günümüzde ya da bizim ülkemizde de geçerli olup olmadığıyla ilgili çeşitli sorular gelmekte. Tabi geçmişte yapılan testler, burada hukuk alanında ilgilenen arkadaşlarımız da bulunmakta yine savcılar da bulunmakta, geçmişte yapılan testlerin tekrarlanabilirliği olması gerekiyor. Biraz önce Bestami Bey'in de sunumunda gördüğümüz üzere, mevcut durumda normal bir insanın kullanılan teknolojiyle birbirine DNA benzeşmesi oranı oldukça yüksek. Ve aynı zamanda geçmişte mesela 5 tane STR bakılıyordu, sonra 8 tane, 14, 23, bugün baktığımız zaman teknoloji başka bir noktaya geldi. Dolayısıyla bu zaten DNA testi yaptırmış, yeniden bu kişiye tekrar test yapmaya gerek yok demek lazım. Çünkü bize gelen bir vaka vardı örneğin, 2001 yılında yapılan bir testte çocuğun babası olmadığına dair bir rapor verilmişti yine bizim Adli Tıp Kurumu bünyesindeki bir ihtisas dairesinde. Bu kişi çok uğraşmış. Avrupa İnsan Hakları Mahkemesine gitmiş, tekrar bu dosyayı açtırmış. Ve yaklaşık 15 yıl boyunca bu durumla uğraşmış ve 2015 yılında dava tekrar açılıyor, yeniden incelenme yapılıyor ve bu sefer babası olduğu ortaya çıkıyor yeni teknolojiyle.

Gerçekten DNA testleri kolay ulaşılabilir testler değil. Yani baktığınız zaman bir şeker tayini, bir kolesterol tayini gibi sürekli yapılan testler değil. Bunun yerine örneğin ömründe 1 kez yapabiliyor ve kolay ulaşamıyor. Dolayısıyla bu tür dosyalar da gelebiliyor. Geçmişte yapılan testlerin bugün güvenilirliği ya da geçerliliği gibi dosyalar da gelmekte. Baktığımız zaman bize gelen dosyalarda genellikle mutasyon vakaları görülmekte. Yani tam bir uyum olmayabiliyor bazı durumlarda. Ebeveynden aktarılan allenlerde örneğin bu STR dediğimiz noktalar 4-6 bazlık tekrarları içeren bölgeler ve kişilerde değişen oranlarda bu tekrarları içeriyor STR bakılan bölgelerde ve bunları bir sonraki nesile aktarıyorlar çocuklarına.

Bazı durumlarda mutasyon gelebiliyor, allen genin değişik formları ve her birimiz biri anneden biri babadan gelen 2 allene sahibiz ve bunların değişik kombinasyonlarıyla genotipler oluşuyor. Burada gördüğünüz çok kullanılan bir terminoloji. Mesela burada büyük harfle gördüğünüz "B" dominant alleni ifade etmekte, küçük harfle gördüğünüz ise resesif alleni ifade etmekte.

Tabi Gregor MENDEL bu genetik bilimin babası olarak bilinen bir kişi. Bu Avusturyalı bir papaz normalde fakat tabi ki Viyana Üniversitesinde hem biyoloji hem matematik okumuş.

Zaten biyoloji ve matematik bir araya geldiği zaman muazzam sonuçlar çıkabiliyor.

İşte biraz önce bahsettiğim yeni nesil dizileme sistemi de böyle. Bu tabi günümüzde özellikle bilişim, bilgisayar bunlarla bir araya geldiği zaman gerçekten çok önemli. Tıpta yine bilimlerin bir araya gelmesi çok iyi sonuçlar ortaya çıkarabiliyor. MENDEL de kendisi Çek Cumhuriyeti'nde görev yaparken bezelyeler üzerinde çalışıyor. Bunların kalıtımı üzerinde çalışıyor ve bugün günümüzde kullanılan kalıtsal sistemi aslında orada tayin ediyor. Fakat yaşadığı dönemde gerekli ilgiyi göremiyor maalesef çünkü aynı dönemde DARWIN de evrim çalışmalarını ortaya koymakta ve çok popüler. Bütün bilim dünyası DARWIN'in çalışmalarıyla ilgilendiğinden dolayı pek MENDEL'in çalışmaları önemsenmiyor, gerekli değer verilmiyor. Günümüzde yaptığı çalışmaların ne kadar değerli olduğunu görebiliyoruz.

Tabi bu her durumda (bir önceki konuşmada bahsedildiği gibi) MENDEL durumuna uymayabiliyor. Bazen MENDEL dışı durumlar da olabiliyor. Örneğin kan grubu. Kan gruplarında A grubuyla 0 grubu bir araya geldiği zaman biz neyi görüyoruz? Kişide A grubuna sahip olduğunu görüyoruz. Çünkü A grubu 0 grubuna göre daha baskın. Fakat A ve B bir araya geldiği zaman burada her iki grubun özelliğini görebiliyoruz yani A-B birbirlerine bir baskınlığı yok. Bunlara da mesela kodominant denilebiliyor. Yani bu tip durumlar da görülebiliyor. Mutasyon vakaları da, mayoz bölünme sürecinde sperm ve yumurta hücreleri oluşurken bazen bu ilgili tekrarların kaybı ya da artırımı şeklinde durumlar oluşabiliyor.

Dolayısıyla tam bir uyum olmayabiliyor. Mesela bu 23 STR bölgesi bakılırken bu tip vakalarda 45'e çıkarılıyor. Yani yeni nesil dizileme teknolojileriyle belki de bu bölgeler daha da çoğalacak ve daha doğru sonuçlar elde edilebilecek. Bu mutasyon görülme durumlarının da mutlaka değerlendirilmesi gerekiyor. Direkt olarak ebeveynin reddi olmaması lazım.

Baktığımız zaman genomda tabi ekzon ve intron dediğimiz bölgeler var, yaklaşık %1'lik bir kısmını ekzon oluşturmakta. Diğer kısımların yaklaşık %30'luk %40'lık bir kısmını intron dediğimiz diziler ve kalan diziler ise genellikle tekrarlayan dizilerden oluşmakta. Fakat buradan şöyle bir sonuca ulaşmamamız gerekiyor; yani tamam bu ekzonlar proteinleri sentezliyor dolayısıyla bunlara bakmamız yeterli gibi bir durum olmaması lazım. Çünkü hastalıkların %50'sinden fazlası ekzon dışı bölgelerdeki değişikliklerden, varyantlardan, mutasyonlardan kaynaklanıyor. Çünkü baktığımız zaman canlıların gelişmişliğine, canlıların gelişmişliği ile gen sayısı arasında doğru bir orantı yok. Örneğin bir elmada yaklaşık 57.000 gen var yaklaşık bir insanın 3 katı kadar daha fazla sayıda gen var. Yine genetik materyalin büyüklüğü ile canlıların gelişmişliği arasında yine bir doğru orantı yok. Baktığınız zaman zambaklar var, insanların 10 katı kadar fazla genetik materyale sahip. Peki, canlıların gelişmişliğini belirleyen şey ne diye baktığımız zaman, özellikle kontrol mekanizmaları gelişmişlikle beraber doğru orantılı olarak artıyor. Yani bir genin ne zaman ne şekilde ifade edileceği çok sıkı bir şekilde kontrol ediliyor insanlarda baktığımız zaman.

Tabi bu intronik bölgeler de bu insan genom projesinin tamamlanmasının hemen ardından Encode dediğimiz

uluslararası bir proje daha başlıyor. Yani tamam %1'lik bir kısım proteinleri kodluyor diğer kısım çöp DNA mı diye düşünülüyor ve Encode projesine başlanarak görülüyor ki bu diğer kısımların da özellikle bu genlerin ifadesinin düzenlenmesinde önemli moleküllerin bağlandığı yerler olduğu görülüyor. Bunu nasıl ifade edebiliriz? Örneğin bayanlarda 2 tane X kromozomu var. Burada bir genin fazla olması da istenilen bir durum değil. Örnek proto-onkogenler fazla çalıştığı zaman aslında normalde hücrenin büyümesi çoğalması için gerekli olan bu genler tarafından üretilen proteinler, bu genlerin işlevi fazlalaştığı zaman ne oluyor onkogene dönüşüyor ve kanser oluşumuna neden oluyor. Bunun gibi yani genlerin ifadesinin çok sıkı kontrol edilmesi lazım. Dolayısıyla mesela bayanlarda X kromozomu Y kromozomuna kıyasla daha büyük bir kromozom ve çok daha fazla sayıda gen içermekte. Dolayısıyla ne oluyor bir X kromozomu inaktive ediliyor. Tabi bu inaktivasyonun böyle nadir kaçan genleri bulunmakta. Ama büyük bir kısmı inaktive ediliyor ve "dosage compensation" dediğimiz bir dozaj ayarlaması yapılıyor. Dolayısıyla bu genlerin bazı genlere bağlanan transkriptör faktörleri dediğimiz regülatör moleküllerinde bağlandığı bölgelerde meydana gelecek mutasyonlar gen ifadesini değiştirebilir ve ciddi problemlere yol açabilir. Dolayısıyla genomun aslında baktığımız zaman %85'lik bir kısmına bu çalışmayla bir işlev addedilmiş. Aslında geri kalan noktalarda da işlevsel olan bölümler olabilir. Çünkü neden? Bütün hücreler aynı DNA molekülüne sahip fakat baktığımız zaman aynı gen sayısına sahip olmasına rağmen her hücre birbirinden farklı. Bir karaciğer hücresinin fonksiyonu ile bir sinir hücresinin fonksiyonu birbiri ile aynı değil. Aynı DNA molekülünü içermesine rağmen. Her ne kadar bütün genleri içermesine rağmen hücreler, her birinde aktif olan genler aynı değil ve hücreye özel genler bulunmakta. Örneğin insülin geni en basitinden örnek verirsek. Bütün hücrelerde insülin geni bulunmakta fakat sadece aktif olduğu yer neresi; pankreas adacık hücreleri. Bunun gibi hücrelerin özelleşmesini sağlayan ve bu şekilde görev alan bazı genler de bulunmakta ve bunlara denk gelebilecek bir mutasyon o hücre için ciddi öneme sahip olabilir.

Yine baktığımız zaman özellikle yüksekten düşme vakalarında bize gelen soru; özellikle elde veya vücudun başka bölgelerinde görülen DNA molekülünün normal günlük basit gündelik aktivitelerle mi oluştuğu yoksa bir boğuşma nedeniyle mi oluştuğu? Yani bu tip sorular geliyor, bunun gerçekten DNA ile çözülmesi oldukça zor. Çünkü genelde bu insanların bir geçmişi oluyor yani bu şüpheli şahısla ölen kişi arasında. Bunlar ya evli oluyorlar ya sevgili oluyorlar. Burada yapılması gereken en önemli husus bu boğuşma olup olmadığının tespiti için mutlaka şüpheli şahısların adli muayenesi gerekiyor o an. Yani bir mücadeleye girişmiş mi girişmemiş mi? O noktada birtakım eksiklikler olabiliyor. Özellikle bu noktaya dikkat edilmesi gerektiğini düşünüyorum. Sadece en son nihayete gelip DNA ile bu işi çözmek pek mümkün olmuyor.

Yine cinsel istismar vakalarında da özellikle PSA varlığının hemen meni olarak algılandığı durumlar var. Yani PSA olması bir bölgede, bunun meni olduğu anlamına gelmiyor. Çünkü PSA'nın farklı kaynakları da bulunmakta. Anne sütünden idrara kadar değişik yelpazede birçok noktada PSA varlığı tespit edilebiliyor. Peki, burada bir meni olup olmadığını nasıl belirlemek gerekiyor? Mutlaka bir mikroskobik inceleme yapılması ve sperm hücrelerinin varlığının görülmesi gerekiyor.

Yine gelen bir dosya tipinde mesela bir cinsel istismar vakasında, kişilerin bulunduğu yerde kişinin iddiasına göre halı üzerine bir boşalma olduğu söyleniyor mağdur tarafından. Orada halıda DNA bulunmuş onda sıkıntı yok ama bu DNA'nın kaynağının ne olduğu belirlenmemiş bize gelen vakada örneğin. Dolayısıyla kişi de diyor ki benim epitel hücrem olabilir, yani bu benim spermimden kaynaklandığı anlamına gelmez. Biz bu vakayı bir daha çalıştık ve çalışma neticesinde de mikroskopta sperm hücresini tespit ettik. Dolayısıyla bunun bir ejekülattan kaynaklandığı ve mağdurun ifadesi doğru çıkmış oldu. Dolayısıyla mikroskobik inceleme altın bir standart gibi bu tip vakalarda. Bunun eksik olduğu vakalarda, sadece PSA tespit edilen vakalarda meni kabul edilmesi durumu geçerli olmuyor. Dolayısıyla mutlaka bu tip dosyalarda mikroskobik inceleme yapılıp yapılmadığına bakılması gerekiyor. En nihayetinde geldiği zaman bu pek çözülemeyen bir durum olarak görülüyor. Bizim gördüğümüz eksikliklerden biri de mesela gelen dosyalarda bu.

Yine mol gebelik gibi durumlar olabiliyor, bunlar genellikle düşükle sonuçlanıyor ve düşük materyalinde sadece bir ebeveyne ait genetik materyal olabiliyor. Yani mesela spermin çekirdeği olmayan bir yumurtayı döllemesi sonucunda meydana gelebiliyor. Bu tip vakaların da geldiği oluyor.

Yine geçmişte yapılan testler mesela Bestemi Bey de bahsetti bu geçmişten günümüze gelen testlerden, kan grubu testleri gibi. Geçmişte yapılıp karar verilmiş bazı dosyalar geliyor. Bunların geçerli olup olmadığı sorulabiliyor. Bunlar daha çok tabi dışlama için kullanılması daha uygun olan testler. Günümüzde artık DNA teknolojisi olduğu için biz daha çok DNA teknolojisi ile bu ilgili testlerin tekrarlanması gerektiği kanaatini bildiriyoruz ve bu şekilde sonuca gidilmesi gerekiyor. Bu neden önemli? Mesela size geçmişte yapılan böyle bir test gelebilir. Kişi mesela babalık reddedilmiş veya başka bir durum olmuş bunun tespitinin tekrarlanmasını isteyebilir. Özellikle savcılara böyle başvurular olduğu zaman bunu değerlendirmeleri iyi olur yani bugünkü DNA teknolojileriyle artık bu sonuçlar birbirinin zıttı çıkabiliyor. Bu nedenle bunlara dikkat edilmesi gerekiyor.

Yine bazı durumlarda da ebeveynlerin birinin varlığı ya da her ikisinin yokluğu gibi durumlarda bu çocukların babalık-annelik durumlarının tespitine yönelik sorular da gelebiliyor. Bazen bunlar yurtdışında yapılan testler de olabiliyor. Burada tabi bizim için uygun ortam anne-baba ve çocuğun birlikte olması. Çünkü bazı durumlarda anne veya baba olmadan bir ebeveynlik tayini yaptığınız zaman bu sonucun daha sonra gerçekten ilgili anne geldiği zamana değiştiği durumlar olabiliyor. Ama hiçbir şekilde anne baba bulunamıyor diye bize belirtildiği zaman, bazen olabiliyor, biz buna istinaden yine de ya anne dışarıda tutularak ya da baba dışarıda tutularak bir indeks belirleyebiliyoruz ve buna göre bir babalık reddi veya kabulü olabiliyor. Fakat bu bizim tercih ettiğimiz bir durum değil. Ama tabi ileride bu yeni nesil dizileme teknolojilerinin kullanımının yaygınlaşmasıyla birlikte belki bu noktada da ilerleme kaydedilebilir diye düşünüyorum.

Hepinize teşekkür ediyorum dinlediğiniz için.

Mehmet TOKDEMİR (Moderatör):
Selçuk Hocama da teşekkür ediyorum.

Tabi 1953 yılında Watson ve Crick DNA'nın yapısını çözdükten ve Nobel ödülü olduktan sonra DNA incelemeleri konusunda çok büyük yol katetti, bilim. Öyle ki Human Genom Project 3 milyar dolarlık bir proje ile 2000'li yıllarda binlerce bilim insanının katılımıyla insan DNA'sı çözülmeye çalışıldı. Ve ekzonlar intronlar bölgeleri genetik bölgeler hepsi belirlendi ama sonradan bakıldı ki DNA incelemesinde gidilecek daha çok yol var.

Örneğin hiç ihtimal vermediğimiz ve protein kodlamadığını kabul ettiğimiz intron bölgelerinin ekzon bölgeleri üzerinde denetleyici özellikleri olduğu ortaya çıktı. Yani non-kodik dediğimiz protein kodlamayan ki DNA'nın %99'unu oluşturan ve bizim adli kimliklendirmede kullandığımız ve Bestemi beyin anlattığı yerlerin de aslında ekzon/protein kodlayan yerler üzerinde kontrol etkisi olduğu da ortaya çıktı.

Dediğim gibi bu daha uzun bir süreç alacak. Çünkü birçok hastalık birçok özellik multi faktöriyel olarak kalıtılıyor. Bunların çözümlenmesi de zaman alacak.

Teşekkür ederim Sayın DAŞDEMİR'in bu bize vermiş olduğu açılım ve DNA incelemesi konusundaki alacağımız yol konusunda vermiş olduğu bilgiler için. Son konuşmacımız, kendisiyle birlikte çalışıyorum, Sayın Dr. Güven KOYUNCU 300.000 DNA incelemesi sonucunda yakaladığı 7 tane nadir olguyu burada sunacak. Buyurun Sayın KOYUNCU.

Güven KOYUNCU (Konuşmacı):
Sayın Adli Tıp Kurumu Başkanım, Sayın Moderatör Hocam, toplantının değerli katılımcıları, toplantıda emeği geçenler, herkesi saygıyla selamlıyorum. Bugün; "Nadir Görülen Adli Genetik Vakalarla Bilirkişilik" başlığı altında derlediğimiz 7 tane olguyu sizlere sunmaya çalışacağım.

Çalışmalar İzmir Adli Tıp Grup Başkanlığında yapılmıştır. Biyoloji İhtisas Daireleri kurum bünyesinde 6 ilde mevcuttur. 2004-2005 yılından itibaren İzmir Adli Tıp Grup Başkanlığında hizmet vermekteyiz. En son olarak geçen haftalarda Diyarbakır'a Biyoloji İhtisas Dairesi açılmıştır.

Biz 2005 yılından beri verdiğimiz hizmet içerisinde 25.000'in üzerinde dosyayı raporlandırmış bulunuyoruz. Bu 25.000 dosya için 300.000 civarı örneği işledik. Size sunmak istediğim vakalar, bu 300.000 tane örneğin içerisinde benzersiz olduğu için ve bizi de şaşırtan vakalar olduğu için paylaşmak istedim.

İlk vakamız; babalık tespiti için bize gönderilen örneklerden yaptığımız bir çalışmaydı. Bu çalışma bir bedende 2 farklı DNA'nın bulunabileceğini bize gösterdi. Kimera, Antik Yunan mitolojisinde bir bedende birden fazla canlının bir bedende bulunmasıyla ortaya çıkan bir yaratık ki biz de bu çalışmamızda bir bedende, bir insanda 2 farklı insanın DNA'sını tespit ettik. Bize mahal mahkemesinden alınan kan örnekleri gönderilmişti ve yaptığımız çalışmada kan örneklerine göre baba ve 2 çocuk vardı. Yaptığımız çalışma neticesinde kan örneklerinden elde ettiğimiz DNA profili sonucunda babanın çocukların babası olmadığına dair bir rapor hazırlayıp mahal mahkemesine gönderdik. Ancak bu raporumuzu şaşkınlıkla karşılamışlar. Çünkü bu babalık tespiti davasından önce boşanma gerçekleşmiş ve küçük bir yer olan mahal mahkemesinin olduğu yerde kadının namusuna birazcık dedikodu çıkmış ve kadın boşandığı eşinden çocukların babasının kendisi olduğunun ispatını istemiş. Bizden ret gelince hem davacı baba hem davalı kadın -ki bu konuda baba istemiyor dava açmayı ancak yine de kadının ısrarı üzerine dava açmak zorunda kalıyor- tabi biz ret raporu gönderdikten sonra bütün taraflar şaşkınlık içinde kalmışlar. Hatta sonradan aldığımız bilgilere göre kadın depresyona girmiş, adam kadını öldürme konusunda düşüncelere bile sahip olmuş. Yani çok vahim sonuçla sonuçlanabilecek bir durum ortaya çıkmış. Ancak davalı kadının Avukatı Zeynep AVCI Hanım bu konuyla ilgili bir araştırma yaparak davacı babanın yıllar evvel kemik iliği transplantasyonu olduğunu tespit etmiş. Bu noktadan yola çıkarak bizim raporumuza olan itirazını yapmış ve Hakim Beyin de dikkatli bakışıyla bu konuda itiraz kabul olunmuş ve şahısları yani baba ve çocukları bize örnek amaçlı gönderdiler. Biz tabi kan örneklerinde çalışma yapmadık ikinci sefer bize geldiklerinde biz kıl ve ağız içi sürüntü örnekleri aldık ki zaten kurum bünyesinde DNA testi amacıyla alınan örnekler ağız içi sürüntü örnekleridir standart olarak. Bu vaka özellikli olduğu için biz farklı örnekler de aldık ve çalıştık. Babaya ait elde ettiğimiz veriler ekranda gördüğünüz gibi en sağda olan kan örneğinden elde ettiğimiz DNA profiliydi, ortada olan ise kıl örneğinden elde ettiğimiz DNA profili. Baktığımızda her iki DNA profilinin farklı erkeklere ait olduğunu görüyorsunuz. Ağız içi sürüntü örneğinden elde ettiğimiz DNA profili ise bu iki erkeğin DNA profilinin karışık olarak bulunduğu bir tabloydu. Yani tam bir Kimera'ydı.

Bu çalışmadan sonra kıl örneklerine göre raporumuzu yeniden tanzim ettik ve babalığın kabulü konusunda bir rapor tanzim ettik. Bu vaka medyaya da yansıdı, haberlere de çıktı ve bir haber dizisi de yapıldı. Bu haber dizisinde Mehmet Hocama da teşekkür ediyorum yaptığı yönlendirmelerden dolayı. Bu haber dizisiyle ilgili haberi yapan muhabir Fatih ULAŞ Beye de teşekkür ediyoruz. Çünkü bu bir baba iki DNA ile ilgili yaptığı haber dizisiyle Türkiye Gazeteciler Cemiyetinden ödül aldı. Bu ödülü de başta Mehmet Hocamız da olmak üzere Adli Tıp Kurumuna ithaf etti. Bu bizim için çok önemli bir şeydi. Tabi ödül konuşmasında Fatih Bey, Avukat Hanımın ve Hakim Beyin rolüne dikkat çekmişlerdi. Olayın kahramanları bu kişilerdir deyip bizi işaret etmesinden dolayı da tekrar Fatih Beye teşekkür ediyoruz.

Başka bir vaka, bu vaka da İzmir'in ilçelerinden birinden Cumhuriyet Başsavcılığından gönderilen bir çalışma. İddia şu; mağdur 15 yaşında bir erkek çocuk, şüpheli ise bir köpek. Erkek bir köpek tarafından anal yoldan pasif olarak cinsel ilişkiye girdiği iddia olunmuş bu olayda. Çocuğun anal bölgesinde yırtık var. Ege Üniversitesi Çocuk Cerrahisi Bölümüne yatırılmış. Tabi iddialar doğrultusunda örnekler alınmış. Savcılığın şüphesi de çocuğun bu olayı saklaması hani aslında bir insan tarafından böyle bir olaya maruz kalmış olabileceği. Ancak yine de bu konuyla ilgili bizden taleplerini yaptılar. Gelen anal sürüntü örneklerinden DNA çalıştığımızda sadece çocuğun DNA'sını bulabildik. Ancak mikroskobide, ki az önce Selçuk Hocam da mikroskobinin önemine değindi, mikroskopide insan sperm hücrelerine benzer yapılar tespit ettik. En sağdaki görüntü normal bir insan sperm hücresinin görüntüsüdür. Bizim çalışmalarda alışkın olduğumuz görüntüdür. Yaklaşık 5 mikrometre uzunluğunda bir baş görürüz, kuyruklar genelde kopar. Ancak bize gönderilen anal sürüntü örneğinde insan sperm hücresine benzer, 7 mikrometre

boyunda, biraz daha insan sperm hücresinden büyük - şişkince bir yapı gördük. Tabi iddialar doğrultusunda bunlar köpek sperm hücresi midir acaba diye literatürde araştırdığımızda, böyle bir kitapta köpek spermiyle ilgili bilgiler ve resimlere rastladık. Bu kitaptaki ilgili sayfalardaki resimler ile elde ettiğimiz bulguları karşılaştırdığımızda bunların benzediğini fark ettik. Bu benzerliği Cumhuriyet Başsavcılığına benzediğine dair bir raporla gönderdik ve hazırladığımız preparatları da yine Cumhuriyet Başsavcılığı'na iade ettik ki ilgili yerlerde incelenebilsin diye.

Diğer bir olgumuz yine kan grupları üzerine yapılan analizlerin çokça doğru olmadığını ortaya koyan bir çalışma. Bu çalışmada iki tane çocuk var. Gürcistan vatandaşı bir hanımefendiyle evlenen bir vatandaşımız, doğumu Gürcistan'da yapıyorlar, bir kız çocuğu oluyor. Gürcistan'dan Türkiye'ye döndükten sonra çocukların aşısını yaptırmak üzere sağlık ocağına gidiyorlar. Tabi orada kan grupları da bakılıyor. Kan grupları bakıldıktan sonra eşinin kan grubu 0 Rh-, kendi kan grubu A+, kızının kan grubu ise AB+. Böyle bir tablo ile karşılaştığında oradaki sağlık görevlisinin de söylemesiyle böyle bir şeyin mümkün olamayacağı, acaba doğum esnasında bir karışıklık mı var şeklindeki şüphelerle şikâyetçi oluyor. Adamın kan grubu A, kadınınki 0, 2 tane çocuk var bir tanesi AB+ bir tanesi de B+. Yani burada bir Mendel kanunlarına uygun olmayan tablo var. Tabi bu soru işaretlerini de doğuran bir tablo.

Şimdi AB kan grubu aslında doğrusu ABO kan grubu. Literatürde tanımlanmış 29 farklı sistematikten bir tanesi. Oluş mekanizmasına baktığımız zaman kan grubu antijenik yapısının bir defa ABO kan grubu öncül molekülü var. Buradan H enzimi yardımıyla H veya O antijeni oluşuyor. Daha sonraki aşamada eğer A enzimi veya B enzimi varsa ya da her ikisi varsa, A ya da B antijenik yapılarının ortaya çıkması gerçekleşmiş oluyor. Ancak H enzimini oluşturan bir mutasyon varsa ya da H enzimi iş göremiyorsa bu mekanizmada, dolayısıyla kişiler genotipinde A ya da B antijenik genini taşıyan kişiler fenotip olarak bu yapılar oluşamayacağından dolayı Bombay 0 grubu olarak tanımlanıyor. Aynen bizim çalışmada gördüğümüz gibi. Peki biz bu çalışmaları tabi kan grubu antijenleri kitleri de elimizde yok öyle bir çalışma da yapmıyoruz yıllar önce terk edildiği için.

Ne yaptık? Öncelikle DNA çalışmalarını yaptık ve öncelikle hastanede karışma ihtimaline binaen çocukların annesinin o kişi olduğunu ispat ettik. Daha sonra da babalık yönünden inceledik. Babalığı da kabul ettik. Müşterek çocuk olarak raporumuzu bildirdik. Böylece bir evliliği, bir yuvayı da kurtarmış olduk diye düşünüyoruz.

Evet başka bir vaka, hırsızlık vakasıydı. Olay yerinde bulunan sigara izmariti bize geldi. Şüphelisi erkek. DNA profillerini çalıştık, uyuyor yani sigara izmaritinden elde ettiğimizle şüphelinin DNA profili birbirinin aynısı. Ancak burada baktığımız zaman erkek cinsiyetini belirleyen Y kromozomudur. Y kromozomuna ait herhangi bir pik göremedik. Yani burada Y kromozomuyla alakalı bir problem vardı. Yani bize sadece şüpheli değil de sigara izmariti gönderilmiş olsaydı biz bu sigara izmaritinden bir kadına ait DNA profili elde ettik derdik. Ancak şüpheli de gönderildiğinden ve şüphelideki çalışmada da Y kromozomuna ait bir bulgu görülmediğinden biraz bu bizi şaşırttı. Y kromozomuna ait STR DNA bölgelerini çalıştık ve sadece birkaç bölgede amplifikasyon gerçekleştiğini bu çalışmada gördük.

Başka bir çalışma, babalık tayinlerinde çok önemli olan bir nokta: anne, baba ve çocuğun üçünün bir arada değerlendirilmesi noktası. Çoğunlukla babayı ve çocuğu gönderip bizden babalık tayini yönünde talepte bulunuyorlar. Anneye ne gerek var canım diyorlar. Ancak tabi bu çalışmalar esnasında anneye niye gerek olduğunu biz ifade edemiyoruz yani bunu ifade etmek için hem zamana hem de karşı tarafın anlamasına ihtiyaç var. Dolayısıyla bu çalışmada babayı ve çocuğu değerlendirdiğimizde baba ve çocuk arasında tam bir uyum söz konusuydu. Babadan çocuğa geçiş vardı ancak biz anneyi istedik ve anne geldikten sonra durum değişti. Anne işin içine girdikten sonra çocuğun ret olmasına olanak sağladı. Tabi sadece standart yaptığımız STR çalışmasının dışında bölge artırımına gittik ve bölge artırımına gidince yine üç tane daha bölgede çocuğun baba açısından ret olduğunu görmüş olduk. Bu çalışma da bize anne, baba ve çocuğun üçünün bir arada değerlendirilmesinin önemini göstermektedir.

Son iki örnekten bir tanesi; babaanne torun ilişkisi. Burada Bestami Bey'e ithafta bulunmak istiyorum. Şimdi biz STR analizleri ile belli bir noktaya kadar cevap verebiliyoruz ama NGS teknolojisi ile bu sorulara cevap vermek çok daha kolaylaşacak. Burada büyük bir miras var olayda. Ancak babanın (mirası bırakan kişinin) mezarı kayıp, mezarını taşımışlar başka bir yere, öyle diyorlar. Mezarı ortada yok dolayısıyla DNA profiline ulaşma imkanımız da yok. Dört tane kız torun var. Babaannenin mezarı mevcut. Bu çalışmayı da babaanne ve kız torunlar arasında X kromozomu üzerindeki uyumu gözeterek tamamladık. Tabloda gördüğünüz gibi babaannede mevcut iki X kromozomundan bir tanesi erkek çocuğuna geçecektir ve erkek çocuğundan da bütün kız çocuklarına da aynı X kromozomunun aktarımı gerçekleşecektir. Mekanizma bu şekilde yürümektedir. Dolayısıyla aralarından bir uyum olacağı gerçektir ve biz çalıştığımızda babaanne ve kız torunlar arasındaki uyumu tespit ettik ve mahkemeye babaanne olarak iddia edilen kadının biyolojik oğlu olabilecek erkek şahsın, çocukların biyolojik babası olma ihtimalinin dışlanmadığına dair bir rapor tanzim ederek bu çalışmayı da tamamlamış olduk.

Son vaka olarak azospermik bir şahsın babalık tayini yönündeydi. Dava açılmış ve açılan davada kişinin azospermi olduğu, biyolojik olarak baba olmasının imkânsız olduğu vurgulanmıştı. Delil olarak da kişiye ait 1985 yılında ve 2021 yıllarında ve çeşitli yıllarda yapılmış spermiogram testleri sunulmuştu ve bu testlere göre kişide sperm hücresi yoktu. Ancak biz baba, anne ve çocuktan üçünden örnek alıp çalıştık ve kişinin baba olduğu yönünde bir bulguya ulaştık. Ancak kişinin erkek kardeşinin eşiyle ilişkisi olabileceği yönündeki iddialar doğrultusunda hemen rapor yazmadık, erkek kardeşinden de örnek istedik. Erkek kardeş de geldi, ondan da örnek aldık ve erkek kardeşin bu çocuğun babası olamayacağı yönünde veriye ulaştıktan sonra raporumuzu hazırladık.

Beni dinlediğiniz için teşekkür ediyorum.

Mehmet TOKDEMİR (Moderatör):
Sevgili mesai arkadaşım Güven KOYUNCU'ya bizim gözümüzün önünde çok önemli bir gerçeği ortaya koyması nedeniyle teşekkür ediyorum.

Aslında biz adli bilimciler çok zor işlerle uğraşıyoruz. Hiçbir zaman 2+2 daha 4 etmiyor. Dolayısıyla bu salondan bir haber için alkış geldi ve bunu kendim adıma değil, Güven adına kabul ediyorum ki bu haberin asıl kahramanı odur aslında, o alçak gönüllülük yapıyor- bu alkışları tüm adli bilimciler adına da kabul ettim, bu alkış aslında hepinize. Çünkü biz adli bilimciler olarak adaletin tecelli etmesi adına çok çetrefilli işlerle çalışıyoruz. Hiçbir zaman dediğim gibi 2+2 daha 4 etmiyor. Zaman zaman bütün konuşmacılar da bahsetti, çok zor vakalar geliyor ve biz bunların üstesinden gelmeye çalışıyoruz. Onun için Adli Tıp ve adli bilimler çok önemli. Bundan dolayı bütün meslektaşlarıma kolaylıklar diliyorum.

Soru ve katkılarınız varsa gerek konuşmacılara, gerekse bana cevap vermeye çalışacağız. Teşekkür ediyorum Güven Bey.

Filiz USTA BAL (Dinleyici):
Adli Tıp Kurumu Ankara Biyoloji İhtisas Daire Başkanı
Filiz USTA BAL.

Benim yeni nesil teknolojilerle ilgili bir sorum var SNP teknolojisi ile ilgili. Bu teknolojiyle 230 gen bölgesi çalışarak birçok olayı çözümlemeye yönelik çalışmaların başladığını söyledi, özellikle karışım DNA'larda yani birden fazla kişinin müdahil olduğu vakalarda ayrım gücünün de yüksek olabileceği konusundan bahsetti. Ben bir de şu ayrım gücü hakkında bilgi vermenizi rica ediyorum. Bu karışım DNA'lar içerisinde bazen tek yumurta ikizlerinin varlığı da söz konusu olabiliyor. Bu SNP teknolojisi tek yumurta ikizleri konusunda da bir ayrım gücü sunuyor mu?

Bestami ÇOLAK (Konuşmacı):
Şu anda bize verilen bilgiler doğrultusunda böyle bir sonuç yok ama o söylediğiniz şey için tüm genomu izlemek lazım. Tüm genomda olabilecek mutasyonları bir taramak gerekiyor. Bu sınırlı bir bilgi, dolayısıyla orada tek yumurta ikizleri aynı olacaktır diye düşünüyorum.

Selçuk DAŞDEMİR (Konuşmacı):
Ben de bir katkı verebilirim. O tip durumlarda metilasyon analizleri de yapılabilir. Yani metilasyonları birbirinden farklı çıkabilir bütün genom aynı olmasına rağmen. Yani onun da çözümü var eğer öyle bir noktaya ulaşılırsa. Ve bu yeni nesil dizilemeyle bu metilasyon analizi de yapılabiliyor.

Filiz USTA BAL (Dinleyici):
Teşekkür ederim.

1.GÜN

3. OTURUM

ADLİ BELGE İNCELEME VE BİLİRKİŞİLİK

ADLİ BELGE İNCELEME VE BİLİRKİŞİLİK OTURUMU



Faruk AŞICIOĞLU (Moderatör):
Son oturumu izlemeye geldiğiniz için teşekkür ediyorum. Genelde sanatçılar en son çıkınca assolist zanneder kendini, ama genelde bilimsel toplantılarda sona kalan –bilirsiniz anekdotu- son 1 dinleyici kalır. Bugün öyle değil, teşekkür ediyorum öncelikle.

Ben girizgâh kısmını hiçbir zaman uzun tutmayı sevmedim. Ayrıca bir önceki oturumlardan gecikmeler, taşmalar oldu. Bu yüzden konuşmacılarımızı çok kısa tanıtıp hemen kendilerine söz vereceğim. Çünkü onların sunumları zaten kendilerini tanıtacaktır diye düşünüyorum.

Bugün adli belge alanında en önemli kurumları bir araya getiren bir toplantı oldu bu. Adli Tıp Kurumu Adli Belge İnceleme Bölümünden ve Fizik İhtisas Dairesi Başkanı Sayın Ersen SALTI konuşmacılarımızdan birisi.

İkinci konuşmacımız Prof. Erol KAM, nükleer fizik alanında master ve doktora yaptı. Şu anda İstanbul Teknik Üniversitesinde görev yapıyor.

Üçüncü konuşmacımız Özay DÖRTTEPE binbaşı rütbesindedir ve Jandarma Kriminal Laboratuvarında doküman inceleme ve el yazısı –biraz isimler değişiyor birimlerden birimlere ama ben adli belge diyeceğim genel kabul doğrultusunda- biriminin daire başkanlığını yapıyor.

Dördüncü konuşmacımız Dr. Hakan BEYAZ. Kendisi 28 yıllık adli belgeci. Şu andaki son görev yeri; Kayseri Kriminal Daire Başkanı olarak görev yapıyor.

Artık ben bu kısa girizgâhtan sonra kısa tutmak adına, bugün yenilikçi konulara da değinecekler, ilk sözü Ersen SALTI Bey'e veriyorum. Kürsü sizin, buyurun lütfen.

Ersen SALTI (Konuşmacı):
Teşekkür ederim Faruk Hocam.

Sayın katılımcılar hepinizi saygıyla selamlıyorum. Ersen SALTI ben, 2005 yılından beri Adli Tıp Kurumunda görev yapmaktayım. 2019 yılından bu yana da daire başkanlığı görevini yürütmekteyim. Uzmanlığım adli belge inceleme.

Bugün size Adli Tıp Kurumu Adli Belge İnceleme Şubesinde ne tür incelemeler yapıyoruz bundan bahsedeceğim. Bu konuya yabancı olan kişiler için de bir tanıtım görevi üstlenecek bu sunum. Aynı zamanda çok kısa şubem hakkında da bilgi vermek istiyorum. Adli Tıp Kurumu Kanunu 21. Maddeye göre görevlerimiz tanımlanmıştır. Bu görev tanımı doğrultusunda imza-yazı inceleme ve diğer birimlerden -emniyet ve jandarmadan- farklı olarak imza niteliği taşıyan parmak izleri incelemekteyiz.

Dosya yoğunluğumuzdan kısaca bahsetmek istiyorum. Adli Belge İnceleme Şubemiz, ortalama olarak senede 9000-10.000 civarı dosya inceleyen bir birimdir. Bunların büyük çoğunluğunu imza incelemeleri oluşturmaktadır. Bir dönem 2016-2017-2018 civarı biraz azalma gözlenmekle birlikte tekrar artışa geçti,

gelen dosya sayımız artmakta. 2020 malumunuz pandemi süreci nedeniyle biraz dosya sayımız azaldı.

Laboratuvarda bulunan cihazlarımız hakkında kısaca bilgi vermek istiyorum, imza-yazı incelemeleri, sahtecilik, tahrifat incelemelerinde tabi ki birincil planda görmeyi bilen personel. Yani gören personel bizim en büyük cihazımız. Ancak tabi insanın yetmediği noktalar oluyor. Görüş alanının dışında 400-700 nanometrenin dışında çalışmak da bazen gözle görülemeyecek bazı sahtecilikleri/tahrifatları ortaya koyma noktasında bize yardımcı oluyor. Bu anlamda adli belge inceleme alanında bilgi sahibi olanlar bilecektir mutlaka; adli belge inceleme cihazları kullanıyoruz. Bunlar yerli ve yabancı olmak üzere laboratuvarımızda 4 adet mevcut. VSC serileri ve TÜBİTAK'ın geliştirdiği FORENSIC XP-4010D cihazını kullanıyoruz. Bunun dışında elektrostatik belge inceleme cihazımız var. Bunun maksadı da baskı izlerini görünür hale getirmek. Örneğin olay yerinden bir mektup, boş bir kâğıt bulundu. Görünürde hiçbir şey yok üzerinde ama aslında bir delil. Bu bize gönderilir bunun üzerinde gizli bir yazı var mı? Ya da bir defter olur, yırtılmıştır sayfası, bir yazı var mı diye bize gönderilir. Biz elektrostatik prensiple çalışan bu cihazımızla görünmeyen yazıları görünür hale getiriyoruz. Bunun dışında yeni biz cihazımız var, LIBS metoduyla çalışmakta. Şu an deneysel çalışmalar yürütmekteyiz. Erol Hocam zaten detaylarını anlatacak birazdan. Detay incelememizde kullanmak üzere stereo mikroskoplarımız mevcut. En çok kullandığımız tabi ki büyüteçler. İlk incelemede 6 veya 10 kat büyütmeli büyüteçler kullanıyoruz. Daha detaya girmek içinde stereo mikroskopları kullanıyoruz.

Bunları nerede kullanıyoruz? İmza-yazı incelemelerinde teşhiste bulunmak için mikromotor hareketleri bizim için çok önemlidir. Bunlar çıplak gözle bazen fark edilemeyebilir. Biz bu detay incelemeleri stereo mikroskoplarla yapıyoruz. Onun dışında sahtecilik incelemelerinde, orijinal belge ile inceleme konusu olan belgenin baskı tekniği belki çıplak gözle ayırt edilemiyor ama stereo mikroskoplar vasıtasıyla daha detaylı inceleme yapıyoruz. Biraz önce bahsettiğim görünmeyen yazıları görünür hale getiren, baskı izlerini görünür hale getiren elektrostatik prensiple çalışan cihazımız ve adli belge inceleme cihazlarımız şu anda en güncel versiyonları laboratuvarımızda mevcuttur. Sahtecilik ve tahrifat incelemelerinde özellikle insan gözünün yetmediği noktalarda farklı filtreler ve ışık kaynakları vasıtasıyla ve yine insan gözünün göremeyeceği ışık kaynakları ve kameralarla donatılmış sistemleri kullanılarak sahtecilik ve tahrifat olgularını çözmeye çalışıyoruz.

Kısaca personelimizden de bahsedecek olursam; adli belge inceleme şubemizde 1 şube müdürü, 16 inceleme uzmanı mevcut. İnceleme uzmanlarımız da farklı disiplinlerden. Bu da bize bir güç katıyor aslında. Çünkü hekimlerimiz var çalışan adli tıp uzmanlarımız 6 adet, 8 mühendisimiz, 2 fizikçimiz var. Aynı olguda gerçekten farklı disiplinlerden gelen personelin çok farklı yaklaşımları oluyor. Tıp gözüyle bakıldığı zaman belki bir teknik personelin göremeyeceği bir detay yakalanabiliyor. Ya da neden-sonuç ilişkisinde bir fizikçinin yaklaşımı problem çözme, algoritma oluşturmada işimize çok yarıyor. Bu disiplinleri bir araya getirerek çalışmalarımızı gerçekleştiriyoruz. Yine daktilo personelimiz de raporlarımızı yazıyor. Bizim raporlarımız en az 4 imzayla çıkar. Daire başkanı, şube müdürü ve 2 uzman. Bu şekilde raporlama sürecimiz devam ediyor.

Şimdi kısaca adli belge inceleme şubesinde ne tür incelemeler yapıyoruz? Çok kısa başlıklarla temel incelemelerimizden bahsedeceğim. En çok yaptığımız inceleme bizden en çok talep edilen; imza incelemesi. Çek veya senet üzerindeki imzaya itiraz ediliyor, şahıs bu imza benim değil diyor. Burada ihtilaf konusu olunca savcılık ve mahkeme kararıyla bize intikal ettiriliyor. Şüpheli imza, sorgulanan imza ile şahsın mukayese imzaları. Bunlar istiktab tutanağında huzurda alınan imzaları ve zaman aralığındaki varyasyon aralığını tespit etmek için samimi imza dediğimiz çeşitli vesilelerle atmış olduğu -bu noterde olabilir, bankada olabilir, öğrenciyken okulda atmış olduğu imzalar olabilir, biz bunlara samimi imzalar diyoruz- istiktab ve samimi imzaları ortaya koyarak 9 parametre üzerinden şahsın imzayı atıp atmadığı noktasında kanaat bildiriyoruz.

Yine imza incelemeleri devamında bize şu sorular da gelebiliyor mahkeme ve savcılıklardan; imza ıslak mı değil mi? Şimdi senette bir imza var ama imza ıslak değil yani kalem kullanılarak el vasıtasıyla atılmış mürekkepli bir imza değil. En sık karşılaştığımız problem; kaşe imzalar. Kaşe imzalar mürekkeple oluşturulduğu için genellikle daha az tecrübeli bilirkişiler tarafından bu husus atlanıyor ve "imza şahsın el ürünü" şeklinde rapor ediliyor. Bu da şahsı çok ciddi sorunlara sevk ediyor ve bu incelenmek üzere bize geliyor. Bu örnekte senette 2 tane imza var solda görülüyor alt alta. Biri pul üzerinde diğeri açıkta. Aslında burada ilk dikkati çeken şey; bu iki imzanın birbiriyle aynı olması, incelemeciler bazen bunu atlayabiliyor. Hiçbir imza birbirinin aynısı olamaz. Bu bir kuraldır, insan aynı nehirde iki defa yıkanamaz gibi bir insan aynı imzayı iki defa atamaz. Eğer karşınızda birbiriyle tamamen örtüşen iki imza varsa bunlardan en az biri sahtedir. Bu olgumuzda da iki imzanın birbiriyle örtüştüğünü bulduk.

Yine kaşe imzaya dair çeşitli tanım unsurları vardır. Örneğin kalem gibi baskı izi bırakmaz. Doğal olmayan hat kayıpları mevcuttur. Ve bazen kullanılan proses sonucu kaşe imzalar genellikle plastik esnek yapıda olduğu için bastırmayla ilgili ikilemeler vs. gözlemlenir. Biz bunlara cevap veriyoruz. Yine bilgisayarda taratılarak senet üzerine veya herhangi bir yükümlülük getirebilecek belgeye transfer edilebiliyor. Özellikle adli belge inceleme alanında çalışan bilirkişilerimizin bu hususa dikkat etmesi gerekiyor.

Devamında yine son dönemde çok sık karşılaştığımız bir olgu; açığa atılan imzalar vardır. Tabi ki hukuki tarafını yorumlayamam teknik personelim ama açığa atılan imzalardan imza sahibinin bir sorumluluğu vardır. Şahıslar güvenir bazen, basit bir işlem için bir yakınına boş kâğıda imza atar. Daha sonra maalesef üzerine çok farklı şekilde, insanı çok büyük sorumluluklar altına sokabilecek şekilde metin ilave edilebiliyor ve doldurulabiliyor. Yine günümüzde bunların hepsi tespit edilemiyor. Gerek çakışma olmaması durumunda metin ile imza arasında, gerekse hangisi önce hangisi sonra oluştuğunun tespit edilememesi anlamında cevap verilemiyor.

Buraya aldığım örneklerse biraz ilginç, son dönemde çok arttı bu bilginiz vardır. Çerçeve veya pencere yöntemiyle yapılan sahteciliklerle günümüzde çok sık karşılaşılıyor. Burada olay şu, şahsa tamamen masum bir belge imzalatılmak üzere sunuluyor. Örneğin en sık karşılaştığımız şahıs kendisini kargocu olarak tanıtıyor, diyor ki kargonuz var buraya bir imza atın. Aslında attığı belge kargo belgesi değil.

Altta bir senet var. Üstteki belgede yani kargo şeklinde kamufle edilmiş belgede çerçeve şeklinde bir boşluk oluşturuluyor. Bir dikdörtgen bölge var, orası aslında boşluk. Bunun üstünde başka bir belge var altta da senet var veya dönüştürülecek belge var. Şahıs kargo teslim tutanağına imza atıyorum diye aslında 1 milyon dolarlık bir senete imza atıyor. Şimdi incelemede bu genelde hani fark edilmiyor, bilinmiyor. Sadece imza yönünden inceleme yapılıyor genelde de tabi ki doğal olarak imzalar sahibinin çıkıyor. Ama şahıs veryansın ediyor ben böyle bir imza atmadım kendimden eminim. Ve incelenmek üzere bize geliyor. Biz incelemelerimizde bu hususa da dikkat ediyoruz. Özellikle yüksek miktarlı senetlerde ve yüksek miktarlı belgelerde bu sahtecilik türüyle çok sık karşılaşmaktayız. Sağdaki örnekte gösterdiğimiz gibi S harfinin sol alt köşedeki döngüsü kesintiye uğramış çünkü üstteki belgeden devam ediyor. Sahteci de burada aynı kalemle yaptığını düşünerek (mavi mürekkepli kalem diyelim) imzayı tamamlamış. Tabi gelişmiş cihazlarımızda mavi mürekkepli görünen iki kalemin aslında aynı olmadığını burada floresan farkından spektral farkından ortaya koyduk. Bu şekilde olgular görebiliriz. Genelde incelemecilerin dikkat etmesi gereken; imzanın çevresinin çok detaylı incelenmesi gerekiyor. Çünkü genelde yapıştırıcı bakiyeleri burada gözleniyor. Eğer böyle bir şey gördüyseniz bilin ki bu bir sahtecilik sonucu elde edilmiş bir senettir. Burada masum insanları da korumamız gerekiyor. Adli Tıp sorulmasa dahi bunları inceliyor. Ancak CMK ve HMK'nın tanımlamaları gereği bazılarında doğrudan girebilmekteyiz. Ceza mahkemelerinden gelen veya savcılıklardan gelen dosyalarda sormasa dahi irdeliyoruz. Bize imza soruyor ama biz böyle bir sahtecilik tespit ettiysek bunu söylüyoruz. Hukuk mahkemelerinde biraz sıkıntılıyız. Sorulan soruya cevap veriyoruz ancak yine de bu tür bulgularımızı en azından inceleme konusu belgeyi tanımlarken dikkat çekmek adına belirtiyoruz.

El yazısı incelemeleri, tıpkı imza incelemelerinde olduğu gibi çok sıklıkla bize geliyor. Burada en çok tehdit mektupları ve intihar notları bize incelenmek üzere geliyor. İşte bu intihar eden şahıs tarafından mı yazılmıştır ya da bu tehdit şu şahıs tarafından mı yazılmıştır? 9 tane unsurumuz dedik imza incelemede. Bunların tamamı el yazısı incelemelerinde de geçerli. Ekstra bazı şeyler de kullanıyoruz bunda, örneğin belgeyi nasıl kullanıyor? Metni kullanım alışkanlığı, hani bir A4 yüzeyini düşünelim 210*297 milimetreyi bu şahıs nasıl kullanıyor? Bazılarında satır başı kullanma alışkanlığı vardır, bazılarında yoktur. Kimileri çok düzgün, doğrusal yazabiliyor yatay olarak. Kimilerinde bu örnekte görüleceği üzere bir eğri üzerine oturabiliyor. Bunların hepsi karakteristik özelliklerdir. Bir de bazen yazım hataları oluyor bu da yine şahsın karakteristik özelliği. Biz bunlara çok dikkat ediyoruz. Örneğin; şahsa İstanbul yaz diyoruz şahıs 'İstambul' yazıyor yani n'yi m olarak kullanıyor. Bu onun alışkanlığı ve karakteristik bir özelliği. İnceleme konusu belgede ve mukayesede bu şekilde yazım hataları varsa sıraladığımız tanım unsurları dışında sonuca gitme noktasında önemli bir veri.

Bu örnek de çok ilginç; şahıs tespit edilmemek yakalanmamak için eldiven kullandığını yazmış tehdit notunda ama yazıyı normal yazmış yani biz buradan yakaladık şahsı. Parmak izinden değil ama yazıdan yakaladık.

Makine yazısı incelemeleri yapıyoruz tabi el yazısı dışında. Eskiden tabi daktilo ağırlıklı geliyordu ama tabi günümüzde artık teknoloji ile birlikte daha ziyade bilgisayar ekipmanı ile oluşturulmuş, mürekkep püskürtmeli yazıcılar, lazerjet, dot matriks nokta vuruşlu yazıcılar vs. fotokopiyle oluşturulmuş belgeler de geliyor. Bunları da yine özellikle stereo mikroskop altında basit karakteristiklerini değerlendirerek fark var mı yok mu? Bu nerede devreye giriyor? Örneğin bilgisayar ekipmanıyla oluşturulmuş belgenin tamamı lazerjetle oluşturulmuş ama bir kısmı mürekkep püskürtmeli ile oluşturulmuş. Bu şüpheli bir durumdur. Genelde sözleşmenin bir tarafını sorumluluk altına sokabilecek bir madde eklenmiş olabilir. Bu tür belgeleri biz baştan sona bütün metnin her yerini aynı teknikle oluşturulmuş mu oluşturulmamış mı bu noktada irdeliyoruz.

Belge sahteciliği incelemeleri; Adli Tıp Kurumumuzda yine nitelikli belgelerin (çek, pasaport, sürücü belgesi, kimlik kartı, araç tescil plakası gibi belgelerin) tümden ya da kısmen sahte olup olmadığı hususlarında cevap isteniyor bizden makamlar tarafından. Burada da her belgenin kendine has bu tür belgelerin güvenlik özellikleri vardır çok fazla sayıda. Hepsini sıralayamayacağım ama bası tekniği bizim için önemlidir, bası tekniğine dikkat ederiz. Genelde ofset basım kullanılıyor. Bunun dışında filigran, ışığa tutarız parayı Atatürk silüeti görürüz. Bu gibi filigran baskı unsurları, güvenlik unsurları var mı? Orijinali ile birebir kıyaslamak lazım. Burada ya belgenin orijinalini isteriz makamından, veri tabanımız var şubemizde onlardan da yine bu güvenlik unsurlarıyla ilgili istifade ederiz. Bazı belgeler gerçekten çok kötü oluyor, onlara da herhangi bir şey yapmadan alışılagelmiş kimlik kartı gibi sürücü belgesi gibi belgelerde çok düzensiz ve beklenen nitelikte olmadığını görüyorsak da doğrudan tümden sahte olduğunu söyleyebiliyoruz. Bu örnekte Danimarka pasaportunun biyo sayfasının detay görüntüsü görünmektedir. Sol taraftaki orijinal, sağ taraftaki sahte. Çıplak gözle ikisi aynı gibi görünüyor ama detay incelemede sol tarafta fonun ofset baskı ile oluşturulduğu, sağdakinin bilgisayar ekipmanıyla lazerjet yöntemiyle oluşturulmuş olduğu, sol taraftaki figürün daha komplike ve seçilir nitelikte olduğu sağdakinde daha karmaşık olduğu görülmektedir. Bu tür incelemelerde belgenin sahte olup olmadığına karar veriyoruz.

En sık karşılaştığımız inceleme taleplerden biri de tahrifat incelemeleri. Tahrifat incelemelerinde de belge üzerinde orijinalinden farklı eklemeler veya çıkarmalar ya da kamuflajlar yapılabiliyor. Biz bunlarda genelde miktar bölümünde ilave ile çok karşılaşıyoruz. Örneğin senet 1000 liralık diyelim, sol başına bir 1 rakamı ekleyerek 11.000'e dönüştürülebiliyor. Bu tabi yine insaflı bir yaklaşım, daha üst şeyleri de gördük. Sürşarj yöntemiyle 3, 8 yapılabiliyor tarihte. Yakma, yırtma, karalama gibi yöntemlerle belge üzerinde tahrifat, ya bilgi değişikliğine gidiliyor ya da var olan bilgiyi değiştiriyor. Üst bölümde güzelce karalanmış bir yazının adli belge inceleme cihazı vasıtasıyla görünür hale getirildiğini görüyoruz. Hemen bir altında 12.000 lira olarak düzenlenmiş görünen bir senet, ihtilaf konusu oluyor. Şahıs diyor ki benim 12.000 TL borcum yok. Vardı yoktu bize geliyor. Çıplak gözle hepsi mavi mürekkepli kalem ile yazılmış 12.000 ibaresini oluşturan rakamların aslında floresan özelliklerinin farklı olduğunu, infrared bölgede yaptığımız çalışmada gözlemleyebiliyoruz. Sol başta yer alan on binler basamağında yer alan 1 rakamının diğerlerinden farklı olduğunu görüyoruz. Objektif olarak elde ettiğimiz bu veriyi de mahkeme ve savcılıklara arz ediyoruz. Sağda da aynı kalem kullanılmış, 50.000 liralık borç farklı bir zeminde önce yumuşak bir zeminde

50.000 olarak yazıyla ve rakamla tanzim edilmiş bir senet, sonra aynı kalemle şahıs farklı bir zeminde muhtemelen daha sert bir zeminde 1 ve yüz ibaresini eklemiş. Eşittir ifadesini z harfine dönüştürmüş. Dediğimiz gibi bu da fulaj dediğimiz kalem baskı derecesinden yola çıkarak sonuçlandırdığımız bir olgu.

Şimdi diğer birimlerden, emniyet ve jandarma belge inceleme şubelerindeki çalışma alanlarından farklı olarak görev tanımımız gereği biz imza niteliği taşıyan parmak izlerini de inceliyoruz. Tabi ki vatandaşların bir kısmı imza atamıyor. Noter kanununda da ve çeşitli kanunlarda da bunun yeri var. Şahıs bu tür durumlarda parmak izini kullanabiliyor. Ve hangi parmağını bastıysa onun da tutanak altında tutulması gerekiyor. Bunlarda da birebir karşılaştırma yöntemiyle, inceleme konusu belgede basılan parmak iziyle şahsın olay yeri inceleme tespit şube müdürlüğü görevlileri tarafından usulüne uygun alınmış parmak izleri incelenerek, papil hatları karakteristiğindeki benzerliklere dayanarak genellikle 16 nokta arıyoruz. Ancak bununla ilgili bir standart yok. Uluslararası teşhis birliği de bunu deklare etmiştir. Farklı ülkelerde, farklı ekollerde farklı yaklaşımlar sergileniyor. Örneğin 12 noktaya kadar yeterli gören yaklaşımlar da var. Biz mümkün olduğunca bireysel hat karakteristiği, nokta vs bunları arıyoruz. Neticelendirip mahkemeye, savcılığa bilgi arz ediyoruz.

Mühür ve kaşe izi incelemeleri yapıyoruz. Mühür ve kaşe izi incelemeleri bunlarda yine birebir orijinaliyle karşılaştırma yapılıyor. Bu örnekte göreceğiniz üzere 3 rakamının fontunun farklı olduğunu, birinde inceleme konusunda ay hanesinde onlar basamağı olmamakla birlikte mukayesede 0 rakamının olduğunu görüyoruz. Kalem incelemeleri, bize belge üzerinde farklı kalemle yazılmış bölümler var mı diye sorular geliyor. Yine cihazlarımızla ve mikroskobik incelemelerle bunlara cevap veriyoruz. Burada tamamı siyah mürekkepli kalemle yazılmış görünen senet metin bölümünün aslında 1 ve on bölümünün farklı kalemle sonradan eklendiğini görebiliriz.

Son olarak da; çok sık olmamakla birlikte kâğıt incelemeleri de bize soruluyor. Genellikle işte iki belge bunlar aynı kâğıt mı? Aynı seride üretilmiş kâğıtlar mı? Aralarında bir farklılık var mı? Gibi sorular gelebiliyor. En sık karşılaştığımız da karşılaştığımız da olay yerinden elde edilen parçalanmış kâğıtlar. Burada aslında yaptığımız inceleme uzmanı olarak bir yapboz gibi parçaları birleştirerek anlamlı bir bütün oluşturmak. Mahkeme ve savcılıklarımıza bu parçaların hangi bütünün parçaları olduğuna dair bilgi arz ediyoruz.

Teşekkür ederim beni dinlediğiniz için çok sağ olun.

Faruk AŞICIOĞLU (Moderatör):
Soruları en sonda alırız o yüzden Ersen SALTI arkadaşımıza teşekkür ediyorum.

Biz bu moderasyonu sayın Doç. Dr. Selman DURSUN Hocamızla birlikte yapıyoruz. Kendisi İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesinde Ceza Kürsüsünde öğretim üyesi. Bundan sonraki konuşmacıyı kendisi anons edecek.

Selman DURSUN (Moderatör):
Çok teşekkür ederim hocam. Sıradaki konuşmacıyı anons etmeden önce, aramızda hukukçu katılımcılar da olduğu için belge incelemelerinin ceza hukukuyla ilgili boyutu hakkında çok kısa bazı açıklamalarda bulunmak isterim. Bir defa bu incelemeler, belgede sahtecilik suçları bağlamında sahteciliğin saptanması noktasında ceza hukuku açısından önem taşıyor. İkinci olarak ise gerek ceza muhakemesinde gerekse hukuk muhakemesinde belge delilinin güvenilirliğini saptama açısından bu incelemeler çok önemli.

Belgede sahtecilikte de biliyorsunuz iki tür sahtecilik var: Maddi sahtecilik ve fikri sahtecilik. Maddi sahtecilikten kastedilen; baştan itibaren sahte bir belge düzenleme veya gerçek bir belgede sonradan aldatıcı değişiklikler yapma, eski ifadesiyle taklit veya tağyir etme fiilleri. Aslında belgenin kimliğinde, yani belgeyi kimin düzenlediği noktasında imzada, yazıda, kaşede, kâğıdın cinsinde yapılan sahtecilikler bu kapsamda tartışılabiliyor. Bu tür maddi sahteciliklerin ortaya çıkarılmasında bilirkişi incelemesi, örneğin grafoloji, imza tetkiki çoğu zaman kaçınılmaz. Meselenin bir de fikri sahtecilik boyutu var, tabii bu konumuzun dışında. Yani belgede düzenleyen olarak görünen kişinin gerçekten o belgeyi düzenlediği, kendi imzasını attığı ama içerik olarak gerçeğe aykırı hususlardan bahsettiği sahtecilik türü.

Ayrıca maddi sahtecilikle ilgili bilirkişi incelemesinde, belgenin sıhhatini saptama önemli olduğu gibi sahtecilik fiilinin failinin kim olduğunu, yani söz konusu sahte imzayı kimin attığını veya sahte belgeyi kimin düzenlediğini belirlemek de önem taşıyor. Bir de yapılan sahteciliğin aldatıcılık (iğfal) kabiliyetinin olup olmadığını anlamak, yani sahteciliğin ilk bakışta, basit bir incelemeyle anlaşılabilir olup olmadığını tespit açısından da bu incelemeler belirleyici rol oynayabiliyor. Tabii konunun bir de elektronik belgeler boyutu var, en son sunumda buna değinilecek. Ben daha fazla uzatmadan sıradaki sunumu takdim edeyim. Prof. Dr. Erol KAM, "Adli Belge İncelemesinde LIBS Tekniği Kullanımı"nı bize aktaracak. Yine bu maddi sahtecilik incelemesinde özel bir teknik olsa gerek. Buyurun hocam.

Erol KAM (Konuşmacı):
Çok teşekkür ederim Sayın Başkanım. Değerli katılımcılar, hepinizi sevgi ve saygıyla selamlarım. Böylesi yoğun bir katılıma son derece memnun olduğumu belirtmek isterim.

Fazla zamanınızı almamak adına adli belgelere değinmeden kısaca LİBS tekniğini özetleyeceğim. Lazer; uyarılmış ışınım yayınımı ile ışığın yoğunlaştırılması anlamına gelmektedir. Lazer cihazlarının temel prensibi bir ışık kaynağından çıkan foton enerjisinin belirli bir numunenin üzerinde düşmesiyle ya da belirli bir ortamdan geçirilmesi ile ve bu ortamın atomlarındaki elektronların dönüş hızını artırmak ve böylece gelen ışınlardan çok farklı dalga boyunda, tek bir doğrultuda hareket eden yeni bir ışın elde etmektir. Lazerle İndüklenmiş Plazma Spektroskopisi; katı, sıvı veya gaz haldeki maddeler üzerinde aynı anda çok sayıda elementin analiz edilmesini sağlayan bir tekniktir. Lazer ışın kaynağı ile materyal yüzeyinde oluşturulan mikron boyutlarındaki plazmadan yayılan emisyonun spektral analizine dayanmakta; kolay kullanılabilirliği, hızlı sonuç vermesi ve gelecekte uygulama alanları daha da gelişeceğini ümit ediyorum. Lazerle İndüklenmiş Plazma Spektroskopisi (LIBS)'nin diğer spektoskopik tekniklere kıyasla birçok avantajı bulunmakla birlikte sensitivitesi ve kantitatif analiz yapabilme becerisi üzerindeki eksikliklerinin iyileştirilmesi için araştırma geliştirme faaliyetlerine ağırlık verilmesi gereklidir.

Lazerle İndüklenmiş Plazma Spektroskopisi (LIBS) yöntemi ile yapılan analizler; ziraat alanında, toprak analizlerinde, ilaç sanayinde, cam analizlerinde, sanayide metal analizlerinde, arkeolojik numune analizlerinde, bakteri, küf ve polen tespitinde, patlayıcıların tespiti gibi birçok alanda kullanılabilir. Portatif tasarımı ve uzaktan algılama özelliklerinin bulunması bu yöntemi diğer spektroskopik yöntemlere göre avantajlı kılar. Ayrıca örnek çalışma süresinin çok hızlı ve eş zamanlı (real-time) olması, örneği hazırlama gibi prosedürlerinin bulunmaması tercih edilmektedir.

Çalışma prensibi örnek içinde bulunan atomların lazer atışı ile uyarılarak taban enerji düzeyinden daha düşük enerji düzeyine geçinceye kadar yayılan fotonlar dedekte edilerek Ulusal Standartlar ve Teknoloji Enstitüsü veri tabanı kullanılmak suretiyle bu elementlerin saptanmasına dayanır. Plazmayı üretirken nanosaniye (ns) atmalı, milijoule enerjili Q Switch Nd:YAG - Neodyum Ytrium Aluminyum oxide Garnet lazerler kullanılır. Örneğin belirli bir bölgesine odaklanan lazer ışınımı çok küçük miktarlarda malzemeyi yüzeyden söküp buharlaştırır.

Plazma hali örnek muhteviyatındaki element bileşimini içerir. Oluşan plazma bozulurken her elemente spesifik bir radyasyon yayımlar. Bu yayınım bir spektrometre ile toplanıp yayınımın dalga boyları tespit edilir. Oluşan işlemler lazerin şiddetine, dalga boyu ve pulse süresine bağlı olarak değişiklik gösterir. Nanosaniye atımlı lazerler için lazerin ısıtma etkisi ile başlayan termal buharlaşmayı sırasıyla katı, sıvı, gaz ve plazma haline doğru faz geçişleri takip eder. Bu olaylar esnasında pik sıcaklık 10.000°-15.000° Kelvin düzeylerindedir. Plazma, bu genişleme sırasında yaklaşık 1 mikrosaniye kadar ısı ve kütle değişiminin olmadığı adyabatik süreçte kalır, sonra soğumaya geçip enerjisini kaybederken ortamda bulunan uyarılmış iyon ve atomlar kendilerine has keskin radyasyonu yayarlar.

LİBS Cihazının ne gibi avantajları var bakalım;
Çok büyük elementlerden çok küçük elementlere (C, H, O, N, Li) kadar geniş element analizlerini kapsayacak şekilde elementer analizler yapmaktadır. Real-Time, ölçümün yapıldığı ana dair sonuçlar verir. Örnek hazırlama prosedürü yoktur. Hızlı, hassas, güvenilir ve çevre dostu bir spektroskopi yöntemidir. Çevreye zararlı herhangi bir gaz salınımına neden olmaz. Örneklerin çok küçük bir kısmına etki ettiğinden örnekler üzerinde ciddi tahribata neden olmaz. Çok küçük veya çok büyük miktardaki örneklere analiz yapma imkânı verir. Örnek üzerinde yaklaşık 1 mikrometre kadar tahribat oluşturur. Bu miktar da örneğe zarar vermediği anlamına gelir. Bundan dolayı LIBS yöntemi tahribat vermeyen bir teknik olarak kabul edilir ve ölçüm anında örneğe ait bir gramlık miktarın milyarda biri tüketilir. Lazer ışını, çok güçlü olmasına karşın örnek üzerinde mikroskobik bir noktaya odaklanmıştır ve test alanı çevresinin hemen hemen hiçbir noktasında ısınmaya neden olmaz. Sonuç verme süresinin çok kısa olması tekniğin önemli avantajlarından bir diğeridir.

Lazerle İndükslenmiş Plazma Spektroskopisinin kullanım alanlarına bakarsak;
Lazerle İndüklenmiş Plazma Spektroskopisinin (LIBS) kullanım alanları giderek artmakta ve farklı sektörlerde kullanılmaya devam etmekte olan bir yöntemdir. Kullanım alanları arasında; Endüstride sıvı çeliğin kontrolü, tarihi eserler ve sanat eserlerinin yerinde analizi, Jeolojik örneklerin analizi, diş, kemik, kan ve saç gibi biyolojik örneklerin analizi, biyoteknoloji uygulamaları, gıda kalite kontrolü, tıbbi teşhis, metalurji analizi, fotovoltaik analiz, plazma izleme, madenler, cam ve Seramik, nano malzemeler, pozitif malzeme tanımlama, ilaç, çevre, jeokimya ve Adli Bilimler gibi birçok alanda kullanımı giderek yaygın olarak kullanılmaktadır.

Bu cihazı Adli Bilimlerde laboratuvar ölçeğinde çalıştığımı bazı konuları şöyle sıralayabiliriz; cam parçalarının analizi, sahte para birimi, toner, kurşun kalem, kâğıt analizi, mürekkep analizi, yasadışı uyuşturucu öncüleri, mineraller ve değerli taşlar, mühimmat ve atış artıkları, elyaf, ahşap.

Selman DURSUN (Moderatör):
Çok teşekkür ederiz Hocam. Oldukça ilgi çekici, özet bir sunumdu. Sıradaki sunumun takdimi için sözü Faruk Hocamıza bırakıyorum.

Faruk AŞICIOĞLU (Moderatör):
Erol KAM Hoca tabii kullanım alanlarını öyle genişletti ki; balistikteki atış artığından post-mortem ağır metalden hani adli belgedeki kısmına gelince de dedi ki doku kaybı var.

Doku kaybı yaratıyorsa kâğıtta, bu metodun kullanımı hakikaten çok sıkıntılı olacaktır. Yani biz eskiden, mesela benim 32. yılım adli tıpta, 29 yıldır da adli belge alanı ile ilgileniyorum. Yıllar önce değerli belgelerin üzerine damga pulu yapıştırılması zorunluluğu vardı. Bu nedenle eğer pul üzerinde çalışacak isek hâkimden izin alırdık " biz pulu buharda çözeceğiz, alt tarafına bakmak için, fulajına" derdik mahkemeye ve izin isterdik. Şimdi doku kaybı olduğunda işte scanning elektron mikroskopta da aynı şey var. Yazı yaşı -ki hala muallakta- orada da bir defekt yaratıyorsunuz. Bu hakikaten ciddi bir handikap yaratabilir, yani yöntemin sayılan üstünlüklerinin yanında bu çok ciddi bir limitasyon, ama hakikaten de yenilikçi bir yöntem.

Teşekkür ediyoruz.

Erol KAM (Konuşmacı):
Sayın Hocam bu böyle çok tahribat vermiyor, bu gözle görülmeyecek kadar küçük bir tahribat veriyor. Yani eğer deneysel olarak incelenmezse gözle görülecek hiçbir tahribat olmadığı için bu tahribatsız test tekniği olarak literatürde yerini almaktadır.

Faruk AŞICIOĞLU (Moderatör):
Peki, o gönlümüzü rahatlattı, küçük bir tahribat olması.

Şimdi ben kürsüye Sayın Özay DÖRTTEPE'yi davet ediyorum. Çok yenilikçi bir konudan bahsedecek kendisi; biyometrik imza incelemesi. Aslında şu anda isimlendirmede bile ciddi bir tartışma var: dijital imza mı biyometrik imza mı, ben en doğrusunun dijital olarak yakalanmış imza olduğunu düşünüyorum. Buyurun kürsü sizin.

Özay DÖRTTEPE (Konuşmacı):
Sağ olun hocam teşekkürler. Öncelikle hepinizi saygıyla selamlıyorum. Ben Jandarma Binbaşı Özay DÖRTTEPE. El Yazısı Ve Doküman İnceleme Şube Müdürüyüm. Jandarma

Kriminal Daire Başkanlığına bağlı Ankara laboratuvarında çalışıyorum.

Bugün sizlere biyometrik veya dijital imzanın incelemesiyle ilgili sunumumu 15 dakikalık süre içerisinde herhangi bir gizlilik derecesi olmadan arz edeceğim. Takdim planımın başlıkları şu şekilde: Biyometrik ya da dijital imza olarak adlandırılan imzanın tarihçesi. Bu konudaki hukuksal durum. Daha sonra 2019 yılında Jandarma Kriminal Daire Başkanlığımızda başlattığımız projeden kısaca bahsedeceğim ve daha sonra elde ettiğimiz deney metodunun nasıl olması gerektiğiyle ilgili sizi bilgilendireceğim.

Öncelikle biyometrik imzanın tarihçesine baktığımız zaman aslında çok eski zamanlara dayanmıyor. Normalde burada benden çok daha eski belge incelemeci hocalarım var. DREYFUS Mektupları belge incelemenin mihenk taşıdır. Dijital imzanın ya da biyometrik imzanın da aslında mihenk taşı ilk olarak 1976 yılında yazılan bir makalede atılmış oluyor. Daha sonra devam eden yıllarda farklı çalışmalar yapılıyor. Alanyazın taraması yapıldığı zaman aslında dijital imzada ilk olarak elektronik imza çıkıyor tabi ki burada da, elektronik imzanın nasıl atıldığı, nasıl atılması gerektiği ya da amacının ne olduğu ortaya konuluyor. Yani bir A şahsından çıkan mesajın herhangi bir saldırıya uğramadan, herhangi bir değişikliği uğramadan B şahsına ulaşması hedefleniyor. Bununla ilgili de çalışmalar devam ediyor. Daha sonra günümüze yakın tarihlerde özellikle kriminal alanda Avrupa'da bağlı olduğumuz ENFSI diye bir kuruluş var biliyorsunuz hepiniz. Onun da başlatmış olduğu çalışmalar neticesinde elektronik imzadan dijital imzaya ya da biyometrik imza olarak adlandırdığımız imzaya bir geçiş yapılıyor ve bu imzaların nasıl atıldığı ve neye ihtiyaç duyulduğu ile ilgili çalışmalar.

Bir kere bu imza için bir donanıma ihtiyacımız var. Aynı zamanda da yazılıma ihtiyacımız var. Dolayısıyla donanım ve yazılım çeşitliliğine göre de imzada farklılıklar tespit ediliyor. Bunun da nasıl engellenmesi gerektiği veya nasıl bir standarda bağlanması gerektiğiyle ilgili çalışmalar yapılıyor. Daha sonra ise Avrupa Kriminal Laboratuvarlar Organizasyonu bunu en iyi uygulamalar kitapçığı olarak da yayınlıyor ve bilimsel bir yöntem olarak, adli bilimler alanında bir deney metodu olarak bize sunuyor. Bizim de çalışmamız bununla desteklenmiş oldu.

Hukuksal durumundan bahsedersem, bu aslında biz dokumacıların yani belge inceleme uzmanlarının çekindiği bir konuydu. Dolayısıyla ayrıldığımız konular çok fazlaydı. Ama biz Jandarma Kriminal Daire Başkanlığı olarak daire başkanımızın da bize göstermiş olduğu destek ve cesaretle bu işe başladık ve projemizi de başarıyla sonlandırdık ve deney metodumuzu ortaya koyduk. Bunun hukuksal durumunu araştırdık. Hukuksal durumuna baktığımız zaman Avrupa Birliği ile başlıyor yine bu hukuksal durum. Avrupa Birliği'nin 1999 yılında yayınlamış olduğu bir yönerge var. Devamında da 2000 yılında yine yönergeyi yayınlıyor. Avrupa Birliği'nin bu yönergesi aslında elektronik imza yönergesi. Bu yönergeye istinaden de Avrupa Birliği'ne üye ülkelere aslında " teknolojiye uzak durmayın, teknolojiye yakın durun" mesajı veriliyor ve teknolojik gelişmelere açık olduğunu maddelerinde ortaya koyuyor. Ama inisiyatifi ülkelere tanıyor. Ne gibi? İşte Almanya'da mesela öğrenci işlerinde bu tip imzalar kullanılmaya başlanıyor. Ya da şu an günümüzde artık güvenlik özellikleri daha da arttığı için tüketici kredilerinde de bu tip imzaların kullanılmasına izin veriliyor. Ama ülkeler arası tabi ki bazı farklılıklar var.

Türkiye'de ne durum? Türkiye de aslında Avrupa Birliği'nin yayınlamış olduğu bu direktife göre 2004 yılında 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununu yayınladı, Meclisimizde de kabul edildi zaten. Bu kanuna istinaden elektronik imza kullanımı başladı. Ama elektronik imza kullanımı ile ilgili 2 tane daha yönetmelik çıkarılma ihtiyacı hissedildi ve buna istinaden de mevcut elektronik imza kullanımı başladı. Elektronik imza ile lütfen benim anlatmış olduğum dijital/biyometrik imzayı birbirine karıştırmayalım.

Elektronik imza; tamamen bir ortama bağlı olarak atılan bir imza. Nasıl? Bilgisayara takılı bir kart okuyucu olmalı, kart okuyucuya da bir kart takmanız lazım ve belgeyi onaylamanız lazım. Mesela bir önceki oturumda bir hocamın göstermiş olduğu yazılar vardı savcılıkların mahkemelerin gönderdiği, orada e-imzalıdır yazıyor, işte bu elektronik imza. Bu biyometrik imza ya da dijital imza değil. Bunun için de herhangi bir belge incelemeye ve imza incelemesine gerek yok. Burada tamamen şifrelenmiş olarak imza kodlanıyor ve devamında da e-imzalı olarak çıkıyor. Bizim konumuz aslında bu değil ama elektronik imza ihtiyacı karşılamadığı için biyometrik imza günümüzde yer edindi. Bunu da zaten Türkiye'de bankacılık sektörü başta olmak üzere, GSM operatörleri dâhil, araç kiralama şirketleri dâhil kullanmaya başladı.

Yani biyometrik imza nedir? Dijital bir ortama elle attığımız imzadır. Dolayısıyla elle atılıyorsa bu konu belge incelemecilerin veya doküman incelemecilerin konusudur. İmza incelemesi konusudur. Burada bahsettiğimiz konu belgenin orijinalliği değil, belgenin orijinalliği de normal ıslak imzayla atılan belgelerin konusu bizim olmasına rağmen burada artık adli bilişim devreye girmek zorunda kalıyor. Yani belgenin orijinalliği adli bilişimcilerin inceleme alanıdır ama bu PDF ortamında atılmış imzanın kime ait olduğu, kimin el ürünü olduğu ise adli belge inceleme uzmanlarının yani bizlerin işidir. Dolayısıyla bu imzanın aidiyeti konusunda da inceleme metodumuzu buna dayanarak oluşturduk. Bu imza ile ilgili hukuksal durum netleştirilmeden Türkiye'de kullanılmaya başlandı. Bu salonda bulunan çoğu kişinin de bu tip imza attığından eminim. Şu anda zaten milyonlarca imza hala sistemde kayıtlı ve bununla ilgili bize birçok dosya geliyor. Önümüzdeki yıllarda da bizi meşgul edecek kadar yeterince imza var. Yani bu konuda çeşitli tartışmalar olabiliyor, akıllarda soru işaretleri olabiliyor ama şunu net olarak söyleyebilirim; ülkemizdeki en yetkili insan Sayın Cumhurbaşkanımız, o dese ki "Bu imzayı Türkiye'de yasaklıyorum." Ama belge inceleme uzmanları için zaten şu anda incelenmesi gereken milyonlarca imza var ve incelemek zorundayız çünkü adli makamlardan bizlere bu tip belgeler geliyor.

Şimdi burada Türkiye'de aslında BTK'ya da düşen bir görev vardı. Tek yetkili kurum burasıydı. Bu kurumun yasal düzenlemeye destek vermesi istendi ancak Türkiye'deki firmalar bunu beklemeden kullanmaya başladılar.

BTK da burada biraz nötr davrandı. Dolayısıyla standart bir yazılım ülkemizde ne yazık ki kullanılmıyor. ISO standartları yani uluslararası standartlar da aslında teknik komite tarafından 2014 yılında yayınlanmıştı. Dolayısıyla bu standartların ne olduğu net bir şekilde belli ve Türkiye'de de Türk Standartları Enstitüsü bu standartları olduğu gibi kabul etti. Zaten olması gereken de buydu. Aslında tanımlanmış bir şey var ama yasal düzenleme konusunda geç kalındı. Umarım önümüzdeki günlerde bununla ilgili de çalışma yapılabilir. Daha sonra TSE de bu standartları kendisi yayınladı. Türkçe olarak ve belli değişim formatları da net olarak belirtildi.

Bunlar neler peki? İmzayı attığımız kalemin aslında yazılımla birlikte imzanın altına sakladığı bilgiler var. Bunlarda ilk akla gelen tabi ki kalemin baskı derecesi, yani yüzeye uygulamış olduğu baskı nedir veya kalemle atılan imzada hız nedir veya bunun basınç profilleri nelerdir, hız değerleri nelerdir? Bunların yazılımla beraber imza atıldığı esnada mutlaka imzanın altına konulması gerekiyor ve bu verilerin de ISO standartlarında belirtildiği gibi depolanması gerekiyor.

ISO standartları neler derseniz onu da zaten açıkça belirtmişler. Mikrometre, mikrosaniye, mikroderece ve mikronewton olarak bu değerlerin imzayla beraber saklanması gerekiyor ve ölçüm verilerine erişim olması gerekiyor ve adli belge inceleme uzmanları tarafından da bu standartlar dâhilinde inceleme yapılması gerekiyor. Biz ne yaptık Jandarma Kriminal Daire Başkanlığı olarak 2019 yılında bu projemize başladık. Bu tabii ki biraz algıda seçicilik oluyor sonuçta mesleğimiz ve uzmanlık alanımız da bu. Ben de 2019 yılında ilk bir kargo firması kapımın önüne geldiğinde bu imzayı attım ve çok şaşırmıştım. Tabii ki olduğunu biliyordum o esnada ama bana pos cihazı gibi bir tablet uzattı ve "bunu imzalamanız yeterli" dedi. Belge incelemeci olduğum için tabii ki şüpheleniyorsunuz ve neyi imzaladığıma bakmak istedim. Ersen Hocamızın da dediği gibi neyi imzaladığımızı bilmezsek farklı yerlere imza atabiliyoruz. Belgeyi gördüm ondan sonra imza hanesini büyütüp imzamı attım. Daha sonra çalışma arkadaşlarımızla konuştuk, böyle bir imza var dolayısıyla araştırmamız lazım şeklinde. "Bu imza aylar sonra belki de yıllar sonra karşımıza gelecek ve inceleme yapacağız" dedik. Daha sonra yurt dışında 3 tane önemli yazılım vardı bununla ilgili firmaların üretmiş olduğu. Bunlardan 1 tanesiyle irtibat sağladık ve bu yazılımı mesai arkadaşlarımızla beraber kullanmaya başladık. Yani 50 farklı mesai arkadaşımla farklı yaş grubundan, farklı cinsiyette. 3 tane bizim mukayese alma pozisyonumuz var. Bu pozisyonlarda imza attırdık. Ayakta ve oturarak olmak şartıyla, farklı günlerde. Daha sonra bu imzaları incelemeye başladık ve yüksek tutarlılık oranında bu imzaların da aslında ıslak imza gibi incelenebileceğini ortaya koymuş olduk kendi projemizle birlikte. Dolayısıyla biz de mutlu olduk çünkü yapmış olduğumuz çalışmanın boşa gitmediğini o andan itibaren hissetmeye başladık.

Daha sonra bu imzanın incelenmesi için bize gerekli olan bir yazılım olmalıydı. Dolayısıyla işte bu noktada biraz geçmişte edindiğimiz tecrübe ve daire başkanımızın bizi cesaretlendirmesi ve teknik bilgimizin de olması bu teknolojiye bizim de ayak uydurmamız gerektiğini düşündük ve kendi AR-GE çalışmamız sonucunda yerli ve milli olarak bir yazılım ürettik. Bu yazılım üzerinden de biyometrik imzanın incelemesini yapabiliyoruz.

Biyometrik imza inceleme deney metodu nasıl olmalı derseniz, normal geleneksel imza metodunda Ersen Hocam bahsetti dikkat edilen hususlar belli zaten. Ama biyometrik imzada daha farklı kriterlerde olması gerekiyor. İşte bunları da en temelde olması gereken özellikleri ortaya koyduk ve bunlar olmazsa olmaz. Bu aslında bizim ISO standartlarından da aldığımız veriler ve bu iki imza inceleme metodunu aynı imzayı uygulayarak imza incelemesi yapabileceğimizi değerlendirdik ve projemizin sonunda da bir iş akış şemasını oluşturduk. PDF formatında tutulan belgede bulunan imzaların oradan şifresiz bir şekilde çıkarılması gerekiyor. Daha sonra çıkarılan verilerin uluslararası standartlarda 2014 yılında yayınlanan formatlara uyması gerekiyor ve bu formatları da kendi yazılımımıza yükleyip imzanın animasyonu dâhil (imzanın nasıl atıldığını gösteren animasyondan bahsediyorum), normal diğer verilerinin de tutarlı olup olmadığını karşılaştırıp yazılımdan yardım alıyoruz ve yazılım bize bir fikir veriyor. Ama tabi bunun yanında da geleneksel imza incelemesi yapmak zorundayız. Yani aynı şahsın ıslak imzalarını da mutlaka savcılarımızdan istiyoruz, bize de gönderiyorlar. Bunun üzerine de imzanın o şahsın el ürünü veya olmadığı yönünde raporumuzu yazıyoruz. Türkiye'de de Turkcell ile yoğun çalıştığımızı söyleyebilirim çünkü onların kullanmış olduğu yazılım tamamen ISO 2014 formatına uygun bir şekilde devam ediyor. Diğer GSM operatörlerimiz ile de onların talebi doğrultusunda Daire Başkanımızın başkanlığında toplantılar yaptık ve onlar da işte buraya gelmeden 2 hafta önce örnek formatta imzayı çıkardılar ve yazılımımıza yükleyebildik. Onlara atılan imzayla da artık ilgilenebiliriz. Her yazılım firmasının bu standartlara uyması şartıyla bu imzalar tarafımızdan incelenmektedir ve bunu da Türkiye'de ilk ve tek olarak Jandarma Kriminal Daire Başkanlığı olarak bizler yapıyoruz. Bu konuda da adli bir soruna çözüm ürettiğimizi değerlendiriyoruz.

Beni dinlediğiniz için çok teşekkür ederim.

Faruk AŞICIOĞLU (Moderatör):
Teşekkür ederiz. Keşke bir animasyonla bitirseydiniz salondakiler ne olup bittiğini daha iyi anlardı kanaatindeyim.

Özay DÖRTTEPE (Konuşmacı):
Hocam şöyle söyleyebilirim yani 2019 yılından beri çalışıyoruz aslında 15 dakikaya sığdıracağım diye sunumumu çok kısalttım. Bir eğitim programımız var. KKTC'den görevli adli belge inceleme uzmanı arkadaşlarımıza verdik, başarılı da olduk. İsteyen belge inceleme uzmanlarına da bu eğitimi verebiliriz. Hazırız, animasyonumuz da var ama bununla ilgili zaman olmadığından kısa kestim.

Faruk AŞICIOĞLU (Moderatör):
Peki, şimdi bir de şunu düzeltmek isterim hani bu tür çalışmalar genelde aslında nasıl şu anda ortak bir masa etrafındayız Adli Tıp Kurumu, Jandarma Kriminal, EGM, Polis Kriminal, enstitülerin adli belge bölümleri, belki anabilim dallarında adli belge olarak çok gelişmiş olanlar hep birlikte güçlük doğar. Çünkü bakın 2019'dan beri çalışıyoruz diyorsunuz, biz Adli Tıp Enstitüsü olarak 2016'dan beri çalışıyoruz ve bu konuda 2 tane doktora tezimiz bitmek üzere. Parkinson hastaları ve karpal tünel

hastalarında bu biyometrik imzaları çalışır duruma geldik biz ekip olarak. Bu güzel bir şey, lütfen birlikte çalışmak lazım.

Ciddi sıkıntılar var ama hala. Çünkü ben şunu görüyorum 29 yıldır, sadece adli belge alanında değil, diğer alanlarda da. Mesela DNA veri tabanı ülkemizde bir türlü oturmadı. Şimdi illegal bir şekilde birimin bir veri tabanı var, yasada da mevzuatta da yeri olmadan bunlar kullanılıyor. Ben zamanında, yaklaşık 20 yıl önce yine bir Yargıtay günlerinde Antalya'da bu salonlarda o zamanın müsteşar yardımcısına yarım saat brifing vermiştim. Brifing "hocam biz şifreleneceğiz galiba" diye bir bitişle bitti ve bir daha da olmadı. Yani şu anda milli DNA veri bankamız yok. Adını önceleri banka diye zikrediyorduk, sonra ismi değiştirdik, banka adı şifrelemeyi çağrıştırıyor diye veri tabanına değiştirdik, ama yine olmadı. Çünkü ancak hep birlikte başlarsak sonuç alabiliyoruz.

İkinci bir husus da şu; adli belge incelemeciler dijital yakalanmış imza mevzuuna biraz direnç gösteriyor, çünkü acaba benim meslek elden alınıyor mu diyor. Hayır, bu biyometrik imzada yine adli belgeciler ön planda. Üstelik çok güçlü yönleri var bu biyometrik imzanın. Sayın Özay DÖRTTEPE anlattı. Biz mevcut durumda ıslak imzayı değerlendirerek bir imzanın hızı veya basıncı konusunda sadece tahmini bir görüş verebiliyoruz. Tıptan bir örnek vermem gerekirse "godet" adı verilen ve kaval kemiğine bastırarak oluşan çöküklüğe göre hastanın ödemini birden dörde kadar skorlayan doktorlardan birisi çöküklüğe 3 pozitif derken diğeri 1 pozitif diyebiliyor. Şu anda mevcut yöntemde fulaj izi, yani yazının basıncını biz de aynı yöntemle değerlendiriyoruz. Kâğıdın arkasına bakıp oluşmuş kabarıklığa birimiz fazla basınçlı, diğerimiz orta basınçlı diyebiliyoruz. Hâlbuki biyometrik imzanın alınmasında kullanılan cihazlar size basıncı ve hızı nümerik değerler olarak veriyor. Dolayısıyla bu yöntem çok iyi. Burada hukukçuların da desteğini bekliyoruz. Bu süreç kadük doğmasın, değişik saiklerle bazı yeniliklerin kabullenilmesi zaman alabiliyor, gecikince de hayata geçmiyor. Lütfen dijital olarak yakalanmış imza hayata geçsin. Bu konuda mevzuat çalışmaları tamamlansın, bir yasası olsun, imza almaya uygun cihazların teknik şartnamesi standardize edilsin, uluslararası ISO standartlarına uygun yerel yazılımlar üretilsin. Bunun iyi bir fırsat olduğunu düşünüyorum.

Bundan sonraki konuşmacıyı Selman Hocamız takdim edecek.

Selman DURSUN (Moderatör):
Teşekkür ederim Hocam.

Önceki sunumla ilgili ben de birkaç söz söylemek isterim. Tabii bir hukukçu olarak çok ilginç bir sunumdu benim için de. Özellikle elektronik imza ve biyometrik imza ayrımı son derece kayda değerdi. Biyometrik imza için henüz bir hukuki düzenlemenin olmaması da tabii önemli bir noktaydı. Yine konuyu belgede sahtecilik yönünden ele alacak olursak mesele ceza hukukunda da tartışılıyor. Buradaki temel sorumuz, elektronik belgeler de "belge" sayılır mı? Dolayısıyla elektronik ortamdaki yazılardaki sahtecilikler belgede sahtecilik suçlarına mı tabi olacak yoksa bilişim suçları kapsamına mı girecek? Gerçi sunumda da temas edildi, genel kabul gören görüş; basılı bir hale gelmedikçe, bu şekilde bir kimlik kazanmadıkça elektronik ortamdaki yazıların belge olarak değil, bilişim sistemindeki bir veri olarak kabul edilmesi dolayısıyla bunlardaki sahteciliklerin de bilişim suçları kapsamında, yani TCK 243 ve 244'teki suçlar çerçevesinde değerlendirilmesi yönünde. Bu noktada her ne kadar biyometrik imzanın incelenmesi, (elektronik bir imza olmadığı için) bilişim dairesinin konusu olmasa da bu ayrım anlamında, imza geometrik olarak atıldığı için eğimlerinin vs. incelenmesi gerekliyse de her ikisinin de bilişim suçları kapsamında olduğunu vurgulamamız gerekir. Zira biyometrik imzayla imzalanan yazılar da klasik anlamıyla belge sayılmıyor.

Evet, nihayet sıradaki sunumun takdimine geçebiliriz. Aynı zamanda bu oturumdaki son sunumumuz, bir diğer kolluk teşkilatımızdan: "EGM Kriminal Laboratuvarları Veri İnceleme Şube Müdürlüğünün Organizasyon Yapısı ve İşleyişi" konulu bir sunum. Sayın Hakan BEYAZ, buyurun lütfen.

Hakan BEYAZ (Konuşmacı):
Sayın Adli Tıp Kurumu Başkanım, değerli katılımcılar. Günün son sunumunda bu kadar yoğun katılımla sabırlarınızı sınayacağım biraz.

Sunumumuzda bugün Sayın Adli Tıp Kurumu Başkanımız ile görüştüğümüzde nasıl bir konu anlatalım diye, sizin adli belge inceleme konusunda uzmanları nasıl ettiğiniz, nasıl bir yapınız var onu merak ediyoruz bunu bizimle paylaşır mısınız dedi, ben de seve seve kabul ettim ve bugün burada bu konuda Kriminal Polis Laboratuvarlarının adli belge inceleme alanındaki uzmanlarının eğitimleri ile ilgili ve organizasyon yapısı ile bir sunumda bulunacağım.

Ben Sayın Moderatörümüzün de bahsettiği gibi 1995 yılından beri Kriminal Polis Laboratuvarlarında görev yapıyorum. Şu anda da Kayseri Bölge Laboratuvar Müdürü olarak görevime devam ediyorum.

Sunumumuzda kısaca tarihsel olarak bahsedecek olursak, kriminal polis laboratuvarları adli belge inceleme hatta kriminalistik alana 1938 yılında Polis Enstitüsünün kurulması ile birlikte girmiş. Burada da biliyorsunuz 1933'teki Üniversite Devriminden sonra polislerin eğitimi ile ilgili Polis Enstitüsü kurulmuş Ankara'da ve burada kriminalistik olaylarla kriminolojik olayların, hem suçun sosyolojik ve psikolojik araştırılması hem de maddi bulgular yönünden araştırılması için bir ufak laboratuvar kurulmuş. Tabi o dönemde Von Papen suikastı da var Alman Büyükelçisine yönelik, o dönemde de hızlanarak bu alanda araştırmalar başlamış. Kriminolojik alanda 1943'te İstanbul Hukuk Fakültesinin bir enstitüsü var ve bu alan farklı bir şekilde giderken biz kriminalistik alanda Kriminal Polis Laboratuvarlarının kuruluşunun buradan başladığını söyleyebiliriz. 1964 yılında 5. Şube olarak göreve başlayan kriminal laboratuvarlar, 1977 yılında Kriminal Polis Laboratuvarları Daire Başkanlığı unvanıyla görevine devam etmiş. Tabi ki kuruluş 1962 yılında İstanbul Kriminal Laboratuvarımız. Süreç de devam ederek 2003 yılında Kayseri Kriminal Polis Laboratuvarı ile Türkiye'de aktif olarak görev yapan 10. Laboratuvar ve sonuncu laboratuvar diyoruz. Onunla birlikte görevine devam ediyor 10 laboratuvar. 2004'te sadece Ankara Kriminal Polis Laboratuvarını görüyorsunuz, bu

Kriminal Polis Laboratuvarları Daire Başkanlığı'ndan Ankara Kriminal Laboratuvarını Daire Başkanlığının tüm 10 laboratuvarın yöneticisi pozisyonunda olması nedeniyle Ankara Laboratuvarını bu yapıdan ayırmış durumdayız. O nedenle aslında ilk kurulan laboratuvar ama Daire Başkanlığı adından çıkartıldığı için sonuncu görünüyor burada. Türkiye'de organizasyon yapısı olarak 10 Bölge Kriminal Polis Laboratuvarında hizmet vermekteyiz.

Bugünkü anlatacağımız konu belge inceleme konusundaki alan olduğu için biraz dar kapsamda gideceğiz. Bu 10 Kriminal Polis Laboratuvarında Belge İnceleme Şube Müdürlüğümüz mevcut olup belge inceleme talepleri yerine getirilmektedir. Kriminal laboratuvarların bir çalışma yönetmeliği var. Bu çalışma yönetmeliği kapsamında iş kabul ettiğimiz birimler burada sayılıyor. Başta EGM'ye bağlı teşkilatlar (taşra ve merkez teşkilatı) olmak üzere adli görevleri kapsamında jandarma ve sahil güvenlik birimlerinden de bölgemizdeki inceleme taleplerini kabul ediyoruz bölgemizdeki. Biraz inceleme taleplerini kabul etme açısından sınırlandırılmış durumdayız. Biraz sonra sayılarla gördüğümüz zaman oldukça yoğun bir inceleme talebiyle karşılaşıyoruz. O nedenle de sadece ceza yargılamasında soruşturma evresindeki talepleri yerine getirebiliyoruz. Yani cezanın kovuşturma evresindeki talepleri de, hukuk mahkemelerindeki talepleri de kabul edemiyoruz. O nedenle sınırlanmış. Bilhassa 2006 yılındaki CMK'nın değişmesi ile birlikte yoğun soruşturma evresindeki inceleme taleplerinden dolayı bu karar mevcut. Bazen soruşturma evresinde tamamlanamamış bazı incelemeler konusunda da kovuşturma evresinde de Asliye Ceza ve Ağır Ceza Mahkemelerinden de inceleme taleplerini yerine getirdiğimiz oluyor.

Belge inceleme alanında görev yapan Şube Müdürlüklerimiz, şurada şunu da söylemek istiyorum bir tarihsel gelişimden bahsedecek olursak eskiden beri "grafolojik sahtecilik" denilirdi. Birçok kitapta, Fulya Hocamızın kitaplarında hepsinde grafolojik sahtecilik. Biz gerek jandarma kriminal gerek Adli Tıp olarak bu konudaki tanımı –çünkü grafoloji yapmıyoruz biz aslında- adli belge olarak ismimizi değiştirdik. Jandarma biraz daha farklı kullanıyor. Ama hepimiz Faruk Hocamızın da dediği gibi adli belge inceleme uzmanı olarak görev yapıyoruz. Birimlerimizde 3 tane incelemeye yönelik (belge sahteciliği, el yazısı/imza ve makine yazısı), 2 de idari olmak üzere 5 büro amirliği hizmet veriyor.

Peki, belge inceleme uzmanı kimdir ve nasıl yetişir? Genel olarak bakacak olursak bununla ilgili dünyada da ülkemizde de bir okul yok. Bu usta-çırak ilişkisi ile yani nitelikli bir uzmanın yetişebilmesi için nitelikli bir uzman gözetiminde (bu dünyada kabul gören bir tabirdir) en az 3 yıl işbaşı eğitimi sonucunda bir uzman olacağı kabul ediliyor. Tabii ki görüyoruz 72 saatlik eğitimler veya doğuştan yeterliliği olduğunu düşünen insanların (!) da bu işi yaptığı biliniyor. Onun da takdiri size ait tabi ki. Uzmanlık raporlarını hazırlayan personelin sadece eğitim alması değil eğitimleri bittikten sonra da yeterliliklerinin de denenmesi gerekiyor. Bu nedenle kriminal laboratuvarlarımızın 10 laboratuvarı da uluslararası akredite laboratuvar ve bu deney çalışmalarını yaparken akreditasyona göre yapıyoruz. Aynı zamanda gerek Jandarma Kriminal Daire Başkanlığı, gerek Azerbaycan Enstitüsü veya CTS buralardan yeterlilik testleri alıyoruz ve bu testlerle birlikte uzmanlarımızın yeterliliklerini her yıl test ediyoruz, deniyoruz ve bu testlerde başarılı olan arkadaşlarımızın incelemelere devam etmesini sağlıyoruz. O nedenle hayat boyu öğrenme devam ediyor bizde.

Tabii bir de eğitim prosedürümüz var. Bazı tanımlarımız var: asistan adaylığı, asistanlık ve uzmanlık. Bu eğitim prosedürlerimiz de mevcut ve bu sisteme göre Kriminal Polis Laboratuvarlarında uzmanlarımız yetişiyor. Sadece bu eğitimlerle mi? Hayır. Aynı zamanda işbaşı eğitimlerimiz var. Alan eğitimlerimiz var. Yurtdışından/yurtiçinden uzmanlarla birlikte çalışmalarımız, saha çalışmalarımız var. Biraz sonra fotoğraflarını da göstereceğim. Bu alanda oldukça yoğun bir şekilde eğitim faaliyetlerimize devam ediyoruz. Bahsettiğim gibi dersler ve eğitimler teorik zeminde yürürken, pratik olarak da bu deneyimleri uzman personelimizle paylaşıyoruz. Bu eğitimler sırasında personel başarılı olmak zorunda. Başarılı olmayanlar eğitimi geçene kadar o alanda yeterliliğini kaybediyor tabi ki. Deney alanlarında yeterlilik testleri yapılıyor ve bu süreçte bir de inceleme teknisyeni denilen eskiden kullandığımız bir tabir var ama şu anda bu yok. Asistan adaylarımızın eğitimleri, asistanlık ve uzmanlık eğitimlerimizden bahsedeceğiz. Asistan ve inceleme teknisyenleri tek başına uzmanlık raporuna imza atamazlar. Mutlaka uzman gözetiminde olmak zorunda. Uzman imzası olmayan bir raporun geçerliliği yoktur, zaten de bu mevcut değil. İnceleme teknisyenliğimiz şu anda 3 tane personelimiz var. Bunlar incelemelere yardımcı olan personeller. Yani en az 2 yıllık üniversite mezunları. Emniyet ve personel için branşınız olması gerekiyor ve laboratuvarda en az 6 ay çalışıp inceleme teknisyenliği adaylığı eğitimini almış olması gerekiyor. Bunların incelemelerle yani asistan gibi uzman gibi direkt bir görevi bulunmamaktadır. Asistan da en az lisans mezunu olan bireylerden seçiliyor. Tabi ki Ersan Hocamın da dediği gibi, Adli Tıpta olduğu gibi bizde de 2006 yılından beri yoğun POMEM'den almış olduğumuz polisler arasında kimyager, fizikçi, değişik alanlarda üniversite mezunu arkadaşlarımız (bunlardan yüksek lisans yapan, doktora yapan arkadaşlarımız) var özellikle bunlardan kadrodan seçerek eğitimlerini tamamlayıp bu alanda çalışmalarımıza dâhil ediyoruz arkadaşlarımızı. Bu en az lisans mezunu olan arkadaşlardan emniyet hizmetleri sınıfında olanlar için branşlı olması gerekiyor ve bu arkadaşlar için asistanlık sınavına girilmesi için 40 yaş altında olması gerekiyor. Doktorasını yapması için yaş sınırı aramıyoruz ve Kriminal Laboratuvar Müdürlüklerindeki uzmanlık alanlarında en az 6 ay çalışan personelden seçimler yapılıyor. Asistan adaylığı prosedürlerini yerine getirdikten sonra girmiş olduğu sınavdan sonra asistanlık süreci başlıyor. Bunların hepsini biraz daha detaylı olarak açacağım. Belge inceleme uzmanlığı çerçevesinde verilen eğitimi tamamlayarak, sınav ve ödevini bitiren bireyler arasından bu yetkilendirme yapılıyor ve uzman olarak atanıyor. Asistan adaylığı eğitimimiz totalde 126 günlük bir eğitim. Bu 126 günlük eğitim içerisinde konu başlığımızı görüyorsunuz, eğitim 2 unsurdan oluşur: teorik ve uygulamalı eğitim. Teorik kısadır 2 gün, 3 gün, 5 günlük konunun ehemmiyetine göre eğitimler veriliyor ve hemen akabinde uygulamalı eğitimler. Bu 126 gün sonunda bir sınavımız var. Bu sınav merkezi olarak yapılıyor, diğer tüm Kriminal Polis Laboratuvarlarıyla birlikte yapılıyor. Bu sınavı geçen arkadaşların içerisinde başarılı olanlar asistan

olarak uzmanla birlikte incelemelere katılıp raporlara imza atmaya yeterlilik veriliyor.

Peki, asistanları nasıl bir eğitim bekliyor? Asistanları da en az 24 aylık süre içerisinde 111 günlük bir eğitim bekliyor. Bu belge inceleme için, diğer adayların her biri için ayrı ayrı eğitim prosedürlerimiz var, onu da belirtmek isterim. Belgede asistanlık eğitimimiz 111 gün. Bu 111 günde yine nitelikli uzmanların gözetiminde laboratuvar ortamında gerçek olaylar ışığında yapılan eğitim sayın dinleyiciler. O nedenle biraz sonra da göreceksiniz yoğun bir iş yükü var. Ciddi manada bu iş yükünün içerisinde pişiyorlar diye tabir edebiliriz. Bir de asistanlık eğitimi bittikten sonra sınava girmeden önce bir ödev hazırlaması gerekiyor. Asistanlık bitirme ödevi var. Bu ödevi bitirip kurulda sunduktan sonra (başarılı olmazsa yeniden hazırlanıp süre veriliyor, prosedürleri belli) daha sonra sınava giriyor. Burada baktığımız zaman, asistanlık adaylığı > sınav > asistanlık eğitimi > sınav > ödev ve en sonunda da uzmanlık eğitimi. Totalde en az 30 aylık bir eğitim görünüyor. Ki bu daha önceki süreci de düşünecek olursak 3 yıllık bir eğitimden aşağı olmamak üzere eğitim sonrasında belge inceleme uzmanı olarak imza atmaya yeterli. Evet, 72 saat ile karşılaştıracak olursak biraz uzun. Bu temel eğitimlerin haricinde gerek ulusal gerekse yurtdışından uzmanlar nezaretinde burada belirtilen eğitimleri de yine uzman / asistanlarımıza her dönemde aldırıyoruz.

Bununla birlikte yerinde eğitimlerimiz var. 2022 ve 2023 yılında planlamada Darphane, Merkez Bankası Matbaası, İstanbul'da bulunan Güzel Sanatlar Matbaası var, bununla birlikte E-Kart Eczacıbaşı kart merkezi, buraları yerinde görerek asistan ve uzmanlarımız bir belgenin nasıl üretildiğini, hangi prosedürlerden geçtiğini yerinde alıyor. Testlerden bahsetmiştim, bu testlerde de Jandarma Kriminal, Azerbaycan Kriminal, CTS ve ENFSI'den almış olduğumuz testlerle yeterlilik ve geçerlilik testlerini yapıyor uzman ve asistanlarımız ve incelemelerine devam ediyor.

Totalde uzman sayımıza geldiğimiz zaman Türkiye'de 10 kriminal laboratuvarda 23 uzmanla bu görevi yerine getiriyoruz, 53 tane de asistanımız var, 3 tane de inceleme teknisyenimiz. Toplam bakacak olursak 79 personelle (raportörlerimiz ayrı tabi ki) incelemeye katılan sayımız 79.

Peki kaç işe bakıyoruz yılda? Oldukça yoğun. Yıllık 10 laboratuvarın totalde 45.000-45.000-30.000-30.000 bu yıl da 33.000'i yakalayacağımızı tahmin ediyoruz. Çünkü 9 Ekim'e kadar 23.500'ü geçti sayımız. Sadece soruşturma evresi olmak koşuluyla düşünün ve kolluk kuvvetlerinden gelen inceleme talepleri yani az önceki sayılarla da baktığımız zaman Türkiye'nin %65-%75'indeki resmi kurumlara gelen belge inceleme taleplerini Kriminal Polis Laboratuvarları karşılıyor dersek doğru olacaktır. 9 aylık sayılara baktığımız zaman geçen yılla bu yıl arasında çok ciddi bir artış yok ama %6'nın üzerinde bir artışla bu yılın ilk 9 ayında gittiğini görüyoruz.

Bununla birlikte son birkaç fotoğraf; yerinde eğitimlerimize örnek kâğıt fabrikası. Atık kâğıt fabrikasında kâğıdın nasıl üretildiğine, kâğıdın hangi prosedürlerden geçtiğine dair yerinde eğitim. Matbaa eğitimimiz, dijital baskı metotlarının, ofset baskının nasıl yapıldığını yerinde eğitimlerle görüyoruz. Aynı zamanda başsavcılıklarımıza, soruşturmacı birimlere, polisimize, kolluk kuvvetlerimize de belge incelemelerini nasıl yaptığımızı, nasıl mukayese göndermeleri gerektiği konusunda da işbirliği yaparak bu konuda seminerler veriyoruz ve bu seminerlere talep olduğu takdirde yılda 2 defa 3 defa tekrarlama yoluna gidiyoruz.

Ben sabırla dinlediğiniz için hepinize teşekkür ediyorum, sağ olun.

Faruk AŞICIOĞLU (Moderatör):
Korkmuştum slaytların hepsi şey diye, fotoğraflar gelince kolay oldu. Çok teşekkür ederiz Hakan Bey.

Özellikle olması gerekeni söyledi Hakan Bey. Olan böyle olmuyor memleketimizde maalesef. Çünkü o kadar fazla adli belge ve imza incelemesi talebi var ki, Hakan Bey'in söylediği gibi o 3 yıllık eğitimler 4 yıllık lisans eğitimi olanların katıldığı, 126 gün süren teorik ve pratiği içeren değişik matbaa yapım aşamalarını bilen personeli yetiştirmek mümkün olmayınca ne oluyor? Ne kadar hâkim/savcı sınıfından kişi kaldı bilmiyorum ama asıl mesajım onlara. Maalesef kimi bulurlarsa en yakınlarında onlardan adli belge inceleme raporu alınıyor, böyle olunca da (tabi bu her zaman oluyor demek istemiyorum ama hep bu konuşuluyor yargılamada ekonomi) bizlere 3-5 tane mübayin rapor çıktıktan sonra çözümü için geliyor. Bu ekonomik bir yöntem değil.

Ekonomik yöntem; doğru kişiyle doğru zamanda buluşmak. İnanın şu anda Ersen SALTI Bey'in söylediği, 8 tane hekim çalışıyor Fizik İhtisas Dairesinde. 8 tane mühendis 2 tane de fizikçi dedi. İnanın dünyada adli belgede hekim çalışan çok az yer vardır, onlardan birisi Türkiye. Bu çok doğru bir şey. Çünkü hekimler bir imzanın, bir yazının, bir rakamın nasıl oluştuğunun anatomofizyolojisini biliyor, nörolojisini biliyor, fizyopatolojisini biliyor. Bir hastalık halinde inanın hekim en az diğer dal uzmanları kadar faydalı artı üstünlüğü var. Ama koşulu şu; bahsedilen eğitimleri almak kaydıyla. Eğer bunları almadan hemen para kazanıyorum diye soyunursa bu işe infial oluyor. İnsanların milyon dolarları kucaktan kucağa değişip, ancak yıllar sonra doğru adreste buluşabiliyor. Bu nedenle inanın bir şey yapmak lazım bir kere el yazısı ile sahtecilik uzmanlarını ayırmak lazım. Bilmiyorum İzzet Bey de katılacaktır, bu salonda mıdır bilmiyorum. İlk etapta adli belgede o olmalı. Yani imza incelemesi daha basit bir şey. Doğumu düşünün ebe de doğurtuyor, kadın doğumcu da doğurtuyor ama kadın doğumcu zor vakalarda öyle bir müdahale yapıyor ki hayat kurtarıyor. Dolayısıyla sahtecilik incelemesi o cihazları tanımayan, söküp takmayı bilmeyen, optik fizik eğitimi almayan kişilerin yapabileceği bir şey değil. Dolayısıyla mutlaka o listelerde el yazısı inceleme uzmanı ve sahteciliği yapabilenler ayrı bir sınıf olabilmeli. Daha nitelikli kişiler olmalı, bu çok ehemmiyetli. İnanın yüzlerce dosyada görüyoruz.

Bir diğer mesajım Sayın Hızır Hocama. Sağ olsun ben yaşlandığımı hissediyorum çünkü moderatörlük vermiş bana. Oysa ben şu anda onlarca adli belge alanı ile ilgili proje yürütüyorum ve projelerin sonuçları da inşallah camiamızda önemli işler yapacak. Çünkü mesela iki tane kalem üst üste

geldiğinde hangisi altta hangisi üstte olduğunu ayırt etmek şu anda o anlı şanlı cihazları satanlar çözemedi bu işi. İnşallah yakın zamanda yayını çıktığında ortaya çıkacağız çözdük diye.

Onun dışında açığa atılmış imzalar, yani boş kâğıda. Adam güvenmiş eşine dostuna imzayı atmış. Ya da ortağına, ya da eşine vermiş, eşi gitmiş üst tarafı doldurmuş. İşte burada o toner partiküllerinin dağılımıyla ilgili ve onun sayımıyla ilgili bir yöntem geliştirildi. Şunun için söylüyorum, ben bunu yaptım ekibim bunu yaptı açısından değil. Herkesi hayatı inovatif hayata bakmaya davet ediyorum. Bu da Adli Tıp Kurumunu gördüm diğer arkadaşlar da bahsetti hep böyle fizikçi-kimyacı çalıştırıyoruz dediler, mühendis çalıştırıyoruz dediler. İnanın bu mühendis kafalarına ihtiyacımız var. Hep böyle baksınlar yani sadece işte imzayı gördüm, öyle imzalar var ki hâkim kendisi baksa ya bu değil dese olur. Yani göndermemek lazım bence. Yargıtay'dan belki böyle bir içtihat çıksın yani o kadar bariz ki olmadığı. İşte o Turkcell'lerin Vodafone'ların şeylerindeki imzalar inanın öyle. Yani bunlar için sarfiyat yapmak yargılama ekonomisi açısından da uygun değil, süreyi de uzuyor. Baktığından ne bileyim bir iş hukuku olsun. Bir resim görüyorsunuz adam 30 yıl önce işe girmiş şimdi de kaşı, gözü, kulağı, burnu aynı. Niye veriyoruz biz onu bir resim karşılaştırması yapalım diye? Bence hâkim bakıp değil diyebilir. İtiraz olduğunda göndersin. Hani bilmiyorum justification yapıp işlerinize karışmak için değil, ben meslek yaşamımda pratiği çok yaşayan birisi olarak bu tür sıkıntıları gördüğüm için, en yakın adres de burayı gördüğüm için arz etmek istedim.

Peki, benim söyleyeceklerim bunlar. Soru sormak isteyen arkadaşlar var. Buyurun.

Selman DURSUN (Moderatör):
Hocam, konu aslında iğfal (aldatma) kabiliyeti dediğimiz hususla ilgili. Örneğin, imza sahteciliğinde, sahte olduğu, başkası tarafından atıldığı ilk bakışta anlaşılamayan taklitlere biz sahte diyoruz. Dolayısıyla hâkimin ilk bakışta, imzanın, belgede kendisine atfedilen kişi tarafından atılmadığını rahatlıkla anlayabileceği olaylarda gerçekten dosyayı bilirkişiye göndermemesi lazım. Gerçeğinden basit bir incelemeyle ayırt edilemez olan, ilk bakışta sahteliği anlaşılamayan hususların tabii ki uzmanlar tarafından incelenmesi gerekir. Aslında Yargıtay'ın da ilgili içtihatları bu yönde ama uygulamada her halükârda, emin olmak için bilirkişiye göndermek suretiyle dediğiniz tarzda gereksiz sarfiyatlar yapılabiliyor.

Ceren YEŞİL (Dinleyici) :
Merhabalar, Kilis Cumhuriyet Savcısı Ceren YEŞİL ben.

Ben Sayın Binbaşıma yönelteceğim. Şimdi dijital imzadan bahsediyoruz ama aslında çok büyük bir sorun bu. Bizim için de sorun. Hem yeni gelen teknoloji. Bize 5809 sayılı kanuna muhalefet suçlarında, sahte hat açımı dosyalarında mesela şöyle bir durum oluyor. Turkcell'e yazıyoruz Vodafone'a yazıyoruz, bize dijital imzayı CD halinde gönderiyor. Biz müştekiden imza aldığımızda ya da ilgili yerlerden imza topladığımızda ve bunu Adli Tıbba yolladığımızda bu şekilde kabul etmiyor tekrar dosya gidiyor geliyor. Yani aslında burada beklentim şuydu; pratikteki sıkıntılardan bahsedilmesi. Biz bu cumhuriyet savcıları olarak nasıl bir işlem yapmalıyız? Ya da dosyayı nasıl göndermeliyiz ki hem usul olarak hem dediğiniz gibi ekonomik olarak dosyada hızlı bir ilerleme olsun? Bu anlamda yeni bir teknoloji olduğu için şu an biz de açıkçası bu konuda yeterli bilgiye sahip değiliz. Nasıl bir belge ya da bilgi toplayacağız, delil toplayacağız bu konuda biz de tam bilmiyoruz. Bu konuda bir sunum bekliyordum açıkçası. Eğer cevabını verebilirse memnun olurum. Bir de dediğim gibi imza konusunda, 8 sayfa imza alıyoruz müşteki ya da şüpheliden. Bunu gönderiyoruz ve tekrar bize geri geliyor ve bu süreç bazen 3 ay oluyor, bazen 5 ay oluyor. Açıkçası ben İstanbul Adli Tıbbın raporlarını beğendiğim için Kilis'ten İstanbul'a gönderiyorum dosyaları ve orası hızlı geliyor. Ama yine beklesek yine 5 ayı buluyor bu dosyalar. Şimdi burada da ilgili yerlerden evrak toplayın diyor, topluyoruz. Tekrar tespit edilememiştir diye rapor geliyor, bu sefer ben diyorum ki ne yapacağım? Tespit edilemediyse takipsizlik vermek zorunda kalıyoruz. Aslında belki de başka bir çözüm bulunup, bu dosyada belki o kişi gerçekten şüpheli. Yani dosya sürüncemede kalıyor. Ya daimi arama veriyoruz ya takipsizlik veriyoruz yani sorun çözülememiş oluyor. Bu bence bizim için de büyük bir sıkıntı.

Bu konuda düşüncelerinizi ya da yapılması gereken neyse. Aslında katılıyorum hâkim/savcılarımıza yönelik daha verimli bir sunum yapılması gerekiyor. Bu şekilde, teşekkür ederim.

Özay DÖRTTEPE (Konuşmacı):
Öncelikle sorunuz için teşekkür ederim.

Bu konuda şunu söyleyebilirim. Biyometrik imza ile ilgili, biz zaten bunu sosyal medya hesaplarımızdan da duyurduk yaptığımızı. Jandarma Genel Komutanlığı olarak, devletin bir kurumu olarak yapabildiğimiz kadar her yerde duyurmaya çalışıyoruz. Bunlardan biri sosyal medya hesaplarımız. Bir diğer yolumuz da Hakan Müdürümün de söylediği gibi biz de Adalet Akademisine gidip savcılarımızla hâkimlerimizle konuşup yine savcı adaylarımızla hâkim adaylarımızla, bunu anlatıyoruz. Üçüncü olarak Kriminal Daire Başkanımızla birlikte onun denetleme ve kontrol yapacağı illerde beraber gidip savcı ve hâkimlerimizi bilgilendiriyoruz. Kilis'e gitmedik, Osmaniye'ye gitmiştik komutanımızla birlikte, Kilis'e gitmedik. Bir de sanırım son 3 yılın mezunlarından değilsiniz. Yoksa son 3 yılın mezunlarından olsaydınız Adalet Akademisine komutanımın emriyle ben gidiyorum, mutlaka bilgilendirme yapıyorum. Bu konunun A'dan Z'ye her şeyine hâkimiz.

Dolayısıyla bize yazı gönderen savcılarımıza biz bir bilgi notu hazırladık. Hiçbir şekilde konuyla alakalı hiçbir bilgisi olmayan birisi bile okuduğunda anlayabilsin diye. Biyometrik imza incelemesi hangi şartlarda yapılır, kolluğu savcı nasıl yönlendirmesi gerekiyor, hangi formatta gönderilmesi gerekiyor madde madde yazdık. Bu bilgi notunu savcılarımızla paylaşıyoruz. Sizlerle de paylaşırım. Burada aslında ben 1 gün boyunca bu konuyla ilgili sunum yapabilirdim ama 15 dakikam var. Dolayısıyla tüm kitleyi düşünerek nasıl bir sunum yapmamız gerektiğini komutanımızla beraber değiştirip böyle bir şey yaptık.

Faruk AŞICIOĞLU (Moderatör):
Hızır Bey uzaktan sesleniyor, söz veriyor hatta bunun için ayrı oturum yapacağım diyor, uzun süreli yapacağım diyor. Kuruma

çağırırız diyor ve 4 kurum birlikte yaparız diyor, sadece jandarma değil diyor anladığım kadarıyla.

Buyurun Sayın Hakan Bey siz de bir şey ilave etmek istediniz.

Özay DÖRTTEPE (Konuşmacı):
İkinci soruyu Hakan Müdürümün cevaplaması daha iyi olur. Çok daha tecrübeli doküman inceleme uzmanı. O sizi aydınlatacak.

Hakan BEYAZ (Konuşmacı):
Ben şimdi şeyi söylemek istiyorum; dijital imzada ıslak imzayla mukayese alındığı zaman bu karşılaştırılamıyor zaten böyle bir şey yok. Onların da çünkü şifreli bir şekilde mukayeselerinin alınıp öncelikli olarak bilgisayar sistemi üzerinden karşılaştırılması gerekiyor. Sonra klasik imza bakılması gerekiyor.

Burada şunu da ben eklemek istiyorum, Adli Tıp ve kriminal polis laboratuvarları şu anda bu metodun tam olarak geçerliliği ispatlanamadığından dolayı ya da biz bu konuda yeterli bilgi sahibi olamadığımızdan dolayı biz bu incelemeyi kabul etmiyoruz. Yani Kriminal Polis Laboratuvarlarına, Adli Tıp'a biz dijital güvenli imza diyoruz, bu tip inceleme taleplerini şimdilik göndererek zaman kaybetmeyin. Jandarma Kriminal Laboratuvarları bu konuda bir çalışma yapıyor. Onlarla inceleme talebinizi yaparsanız daha hızlı olur. Biz henüz bu konuda Ocak ayında 3 kurum birlikte bir toplantı yaptık, o toplantıda bu konuyu tartıştık. Biraz önce sayılardaki düşüşü gördüyseniz 2020'den itibaren 15.000 bizde iş düşüyor. Bunun sebebi dijital güvenli imzalar, biz bunları kabul etmiyoruz artık yani bu inceleme sıkıntılı bir inceleme şu anda. Sizler de haklısınız neye karar vereceğinizi bilmiyorsunuz, bizler de haklıyız çünkü bu 3 kurum devleti dinlemeden bir sisteme geçti. Bunun altyapısı yok. BTK, binbaşımın dediği gibi girmiyor devreye, hukuki statüsü eksik. Bu Avrupa Birliği de şey, elektronik imza. Yani elektronik imza, kartlı imzayı kabul ediyoruz hepimiz ama dijital güvenli imza veya biyometrik imza gördüğünüz gibi tanımı bile ortak değil şu anda. Biz dijital güvenli imza diyoruz onlar biyometrik imza diyor. Değişik bir tanım, değişik bir sistem. Ama bir an önce çözmemiz lazım. 3 tane dünyada sistem var. Jandarma Kriminal geliştirdikleri programı inşallah bizlerle de paylaşırlar bir an önce. Sayın Jandarma Kriminal Daire Başkanımız da burada. Bu konuda birlikte büyümemiz lazım. Adli Tıp ile birlikte, Jandarma Kriminal ile birlikte. Çünkü biraz önce gördünüz yani 3 kurum var, 15 laboratuvar var totalde bu işi yapan, resmi bilirkişilik yapan. Hepsinin bu gücü birlikte kullandığı zaman büyüyeceğini unutmamamız lazım.

Faruk AŞICIOĞLU (Moderatör):
O zaman Sinan Paşa buradaysa ondan sözü alalım. Yani lütfen bu yanlış anlaşılmasın. Yöntem çok inovatif bir şey. Kesinlikle ülkede yerleşmeli. DNA veri tabanının düştüğü handikapa düşmemeli. Bakın eğer böyle kurumlar arasında bir konsensüs olmaz ve üst merciler düzgün bir şekilde ikna edilmez ise kadük kalır ve kullanılamaz.

Dünya bunu kullanıyor aslında isimdeki tartışma hiç önemli değil. Bakın bunun için kısa sürede lütfen elbirlik olunsun ki Hızır Hoca bu işleri Hızır gibi çözüyor. Zannediyorum organize eder bu işleri. Ben de sizlere bilimsel olarak danışmanlık vermeye hazırım çünkü yaklaşık 10 yıldır bilimsel platformda çalışıyorum. O yüzden lütfen buradaki son mesaj bir sonraki toplantı olsun ve bunu aktif hale getirelim. BTK'yı da çağırmak lazım ama zaten BTK reddetse bile Sayın Özay Binbaşının söylediği gibi şu anda bir dolu yerde kullanılıyor. Mesela İş Bankasına gidin 10.000 TL'ye kadar olan süreçlerde bunu kullanıyor. Kuveyt Türk'e gidin Kuveyt Türk çok daha fazla işlemlerde kullanıyor yani burada cut-off değerine göre. Mesela 1.000.000 TL'lik bir EFT için Kuveyt Türk sadece error rate'ini yükseltiyor ve kullanıyor.

Son söz Selman Hoca da bir şeyler ekleyecek.

Hakan BEYAZ (Konuşmacı):
Hocam, Sayın Savcımızın ikinci sorusuna kısa bir cevap verebilir miyim imza ile ilgili?

Faruk AŞICIOĞLU (Moderatör):
Buyurun ama çok kısa olsun çünkü yemek hususu var. Sözlü sunumlar için geç kalında. Birer dakika lütfen.

Hakan BEYAZ (Konuşmacı):
Mukayese imzalarda neden geliyor 3 kurumda da bu sıkıntı.
1) Yargıtay'ın da bizim de incelemeci olarak önemli olan belgenin tanzim tarihinden önce düzenlenmiş olan bir samimi belge, bizim sigorta diye tabir ettiğimiz belgenin mutlaka olması lazım. Biz Kriminal Polis Laboratuvarları olarak eğer sadece huzurda atılan imzalar geldiyse sadece huzurda alınan imzalarla bir imzanın o adamın elinden çıkmadığı konusunda rapor vermiyoruz. Çünkü inkâr kastıyla atılan imzadır. Yani teknik konusu belgede de inkâr kastı olabilir, mukayesede de. Bunu süreç içerisinde çok gördük. Şahıs imzasını değiştiriyor. Sizin huzurda aldığınız imzayla o imza zaten farklı çıkacak. Ama olaydan önceki bir tarihte atmış olduğu bir imza bile olsa, bırakın fotokopi bile olsa önemli.

Faruk AŞICIOĞLU (Moderatör):
Hakan Müdürüm, Kilis Savcısına lütfen arada izah edin. Kendisi benim hemşerimmiş, daha doğrusu memleketimde görev yapıyormuş. Selman Hocama da 1 dakika çünkü çok sabırsızlanıyorlar, haklı herkes.

Selman DURSUN (Moderatör):
Sadece şunu söyleyeceğim Hocam. Hocamız "bir birliktelik olsun" dedi. Bu birlikteliğe aslında hukuki düzenleme bağlamında mevzuat genel müdürlüğünü de eklememiz lazım. Çünkü güncel hukuki mevzuatımız, konuyu biraz geriden takip ediyor. Elektronik imzada da o şekildeydi. Şimdi kripto paralar ortaya çıktı, devamında yavaş yavaş hukuki mevzuat oluşuyor. Belki burada hem zamanlı gidilebilir. Çok teşekkür ederim.

2.GÜN

1. OTURUM

TIBBİ UYGULAMA HATALARI VE BİLİRKİŞİLİK

TIBBİ UYGULAMA HATALARI VE BİLİRKİŞİLİK OTURUMU

1.BÖLÜM



Mahmut KOCA (Moderatör):
Herkese günaydın. Adli Tıp Günlerinin 2. Günü oturumlarının ilkini başlatıyoruz. Herkesi saygıyla hürmetle selamlıyoruz.

Bu oturumumuzda ‘’Tıbbi Uygulama Hatalarında Bilirkişilik” konusu tartışılacaktır. Oturumun konusu tıp, adli bilimler ve hukuk bilimine mensup uzmanların müşterek konusunu, ortak çalışma alanlarından birini oluşturmaktadır. Tıbbi uygulamadan kaynaklanan hataların hukuk alanında da, idare hukuku, tazminat hukuku ve ceza hukuku sorumluluğunu doğuran yönleri bulunmaktadır. Tıbbi uygulama hataları tüm bu hukuk dalları bakımından önemli bir uygulama alanına sahiptir.

Oturumumuzda bütün bu konuları yetkin bir şekilde ortaya koyacak, tartışacak uygulamadan gelen konuşmacılarımız bulunmaktadır. Konuşmacılar arasında Danıştay ve Yargıtayın çok kıymetli üyeleri ile Adli Tıp Bilimi öğretim üyeleri yer almaktadır. Keza dinleyiciler arasında da Sayın Yargıtay Ceza Genel Kurulu Başkanı ve Yargıtay üyeleri de bulunmaktadır. Tartışma bölümünde kendilerinin konuların aydınlatılmasına katkı sunmak için söz almalarını bekliyoruz.

Bu oturumu şahsımla birlikte İbrahim Bey yönetecektir. Aramızda şöyle bir paylaşım yaptık; ilk 4 konuşmacıyı ben takdim edeceğim. Kahve arasından sonra yapılacak konuşmaları ise İbrahim Bey yönetecek. Bu itibarla kahve arasından sonraki konuşmacılarımızın bu bölümü yerlerinden izlemeleri de mümkündür. Dört konuşmacı ve tartışma için öngörülen süre 1,5 saat gözükmektedir. Bu nedenle konuşmacılardan 15 dakika içinde çok önemli noktaları belirten bir sunum yapmaları bizi mutlu edecektir. Böylece tartışa bölümüne yarım saatlik bir zaman ayırmış olacağız.

Programdaki sıralamaya göre ilk sözü Recep Fedakâr beye vermek istiyorum. Kendileri “Tıbbi Uygulamalarda Rıza” konusunda sunumlarını yapacaklardır. Recep Bey, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalında öğretim üyesidir. Recep Hocam buyurun lütfen...

Recep FEDAKÂR (Konuşmacı):
Teşekkür ederim. Hepiniz hoş geldiniz tekrar.

Biraz hukuki konu ama adli tıpçı olarak bize düştü. Bir özelliğimi de söyleyerek yani biraz eleştirileri azaltmaya çalışayım kendi adıma. Aynı zamanda hukuk fakültesi mezunuyum. Oradan da birazcık idare etmeye çalışacağız.

Tıbbi uygulamalarda rıza sunumunu hazırlarken uzun bir sunum oldu, 15 dakikaya yetişmesi mümkün görünmüyor bu rıza konusunun. Onun için özet kısmını başa aldım. Sorunlu görünen alanlarla da ilgili bir vurgulama yapmaya çalıştım.

Tıbbi müdahalede rıza hukuki bir işlem olarak kabul edilmektedir ve ilk bakılan hususlardan bir tanesidir geçerli bir rızanın bulunup bulunmadığı. Şayet geçerli bir rıza yoksa varsayılan rızanın araştırılması da zorunlu durumlardan bir tanesidir. Geçerliliğin ön şartı ise; hastanın veya veli/vasisinin aydınlatılmış olmasıdır. Burada kişinin kendi geleceğini belirleme hakkından

yola çıkarak herkesi eşitlemeye çalışıyoruz. Hekimle hastanın bilgi konusunda dengeye gelmesinin çalışılmakta olduğunu söyleyebiliriz. Kural burada rızayı verecek kişinin hasta olması ama yaş küçüklüğü, kısıtlılık, geçici veya sürekli olarak ayırt etme gücünden yoksunluk gibi durumlarda da rızanın alınması noktasında çeşitli tereddütler var. Bunlara da değinmeye çalışacağım.

Küçük adına yapılan tıbbi müdahale sözleşmelerinin niteliğinde de birtakım farklılıklara değinmeye çalışacağım. Pasif ötenazi Türk Hukukunda yasak hatta suç olarak kabul edilmesine rağmen tedaviyi red hakkı ile kullanıldığı zaman bir boşluk ortaya çıkmakta hatta tereddüt oluşmakta. İnfaz kanununda da son cinsel suçlarla ilgili kimyasal kastrasyona yönelik yapılan değişikliklerde kişinin rızasına ilişkin net ve somut yasal düzenlemeler yapılmadığı görünmekte. Anayasa Mahkemesi 2015 yılında verdiği zorunlu aşı uygulaması ile ilgili bir kararında, rıza ile ilgili olarak zorunlu aşı yapılmasını tamamen reddetmeyip rıza alınmadan yapılacağına dair açık ve belirli bir kanun hükmü bulunmaması nedeniyle hak ihlali olduğuna karar vermiştir. O yüzden yasal meşruiyet ve yasal öngörülebilirlik şartlarında eksiklik bulunmaması gerektiğini düşünmekteyiz ama yer yer bunlarla ilgili durumlar ortaya çıkabilmekte. Hukuki açıdan da tıbbi açıdan da baksak da realiteye döndüğümüz zaman ne kadar düzenleme yapılırsa yapılsın, hastalar için de hekimler için de bazen bir formalite icabı kalmaktadır bu. İmzaları atalım da gidelim şekline dönebilmektedir. Burada şüphesiz eğitimden hasta yoğunluğuna kadar birçok kurum suçlanabilmektedir. Bir de ispat sorunu var. Gerçi Yargıtay Genel Kurulu Mart 2022'de bir karar verdi bununla ilgili. Daha netleşti durum, söyleyebilmemiz mümkündür bu konuyla ilgili. Kâğıda dökülmesinin zorunluluğu da dikkate alınarak Türk Tabipler Birliğinin bu konuda kendi sayfasında da bir önerisi bulunmakta. Trafik kazalarındaki görüntüleme yöntemleriyle ilgili dünkü sunumda belirtildiği üzere belki sesli ve görüntülü oda hazırlanarak rıza alınması önerilmektedir, nitekim bununla ilgili İstanbul'da bildiğim birkaç yer var bu şekilde uygulama yapılan, hastanın da rızası alınarak. Ama yasal düzenlemeyle ilgili bununla ilgili bir şey yok. Tam tersi, çağımızın gelişmiş olması nedeniyle de bir cep telefonuyla hasta yakını bu görüşmeyi kaydetmeye kalksa hekimin buna katlanma yükümlülüğü de açıkça yok. Bunları yaparken de hasta mahremiyetini koruyacak ve kişisel verilerin açıklanmamasını sağlayacak tedbirlerin alınması gerekmektedir.

Post-mortem süreçlerle ilgili de baktığımız zaman bu ispat sorununda -otopsilerin gereği gibi yapılamadığı bazı durumlar için söylüyorum- mümkün olabilmekte. Hukuksal açıdan da baktığımız zaman bilirkişilik kurumundaki yetersizlikler nedeniyle süreçlerin uzadığı görülmekte. Burada hukukçular tıp alanındaki terimleri bilmemekte, hekimler de hukuki terimleri bilmemekte hemen hemen eşdeğer olarak kabul edilebilmektedir. Tıbbi müdahalenin boyutuna baktığımız zaman; hukuki boyutuyla geçerli bir tıbbi müdahalenin olabilmesi için yetkilendirilmiş kişilerle, ehil olan kişiler tarafından yapılması gerekiyor. Bir endikasyonunun ve amacının olması gerekiyor. Güncel bilimsel gelişmelere uygun olması gerekiyor ve tabii ki de bu gelişimin hukuka uygun olarak yapılması gerekmekte. Hukuka uygunluğu da burada rıza veya varsayılan rıza veya kanun maddeleri, yönetmelikler sağlamaktadır.

Tarafı olduğumuz "Biyoloji Ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları Ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi" "İnsan Hakları Ve Biyotıp Sözleşmesi"nin 5. Maddesinde tanım yeteri kadar açık yapılmış aslında: özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat edilmesinden bahsediyor ve bu rızanın da müdahaleden önce alınması gerektiğini açıkça belirtiyor. Burada açıklanacak konular içinde; amacı ve niteliği bu müdahalenin, aynı zamanda sonuçları ve tehlikeleri bakımından da açıklamaların yapılması gerektiği söylenmekte. Hasta her zaman da vermiş olduğu rızasını geri alabilmekte. Burada Anayasamızın 17.maddesinde belirtildiği gibi "Tıbbi zorunluluklarda ve kanunda yazılı haller dışında kişinin vücut bütünlüğünü dokunulamayacağı ve mutlaka rızasının alınması gerekiyor." Özellikle adli tıpçıların iç beden muayenesinde karşılaştığı sorunlardan bir tanesi de; cinsel suçlar ile ilgili muayenelerde rızası olmayan küçükle ilgili olan sorunlar karşımıza çıkıyor. Bunlara da belki de cevap verilebilecek durumlardan bir tanesi de yine Anayasamızın 17.maddesi; insan onuruyla bağdaşmayan bir muameleye tabi tutulacak mı tutulmayacak mı? İşte cumhuriyet savcısı gene gerekli tedbirleri alır denmekte. Ama biz bu kişi zorla soyacak mıyız? Bırak zorla yatırmayı zorla soyacak mıyız? Kimse de zorla soyulmak istemez gibi geliyor bana. Bu hukuki sebebe daha üstün nitelikli özel ve kamusal yarar ve kanunun verdiği yetkinin kullanılmasıyla da benzer kısıtlamalar getirilebilmekte. Aslında Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 5 ve 6.bölümünü okuduğumuz zaman burada yeteri kadar aydınlatıcı bilgi var. Sadece bunu okumak bile yeterli. Ama uygulamada işte hekimlerin hukuki bilgilerinin yetersiz olması nedeniyle belki de birtakım sıkıntılar çıkabilmekte. Bu verilecek olan rızanın da aynı zamana hukuka ve ahlaka aykırı olmaması gerekmekte. Örnek işte gönüllü bir amputasyon yapılmak durumunda kalınıyor.

Örnek; yaşa takılan birisi emekli olmak için diyelim ki bacağını ampute ettirmek istiyor ve hekim de bunu kabul etti. Tabi bu böyle baktığımız zaman olaya özür ölçüsünde %50'nin üstünde alacak engellilik durumundan ve emekli olabilecek belki de. Ama verilmiş olan buradaki rıza hukuka da aykırı oluyor. Hekimin bunu yapması hukuka aykırılık teşkil etmekle beraber aynı zamanda hekimin meslek etiği kurallarına da aykırı olduğunu söyleyebiliriz. Bazı müdahale türleri var burada rızanın yönetmeliklerde, kanun maddelerinde açıklanan. Rahim tahliyesinde, kürtajda ve sterilizasyonda mutlaka eşin de rızasının da olması gerekmekte. Sterilizasyonda da küçükler için olan durumlardan bir tanesi; yasal temsilcinin rızası olsa dahi reşit olmayan kişiye sterilizasyon yapılamayacağı belirtilmiştir nüfus planlaması kanunu çerçevesinde. Cinsiyet değiştirmede sadece rıza yeterli olmuyor, mahkemeden izin alınması gerekiyor. Bununla ilgili de İnsan Hakları Avrupa Mahkemesinin şartlarından bir tanesi de; üreme yeteneğinden yoksun olma durumudur. Bunu da hak ihlali olarak değerlendirdiği, bu maddenin olmaması gerektiğinden dem vurmuştur. Kastrasyonda da benzer durum ortaya çıkmakta. Burada da gönüllü bir kastrasyon eylemiyle ilgili, isteğe bağlı kastrasyona hukukumuz cevaz vermemiştir. Hatta hastanın rızasını almadan da tıbbi zorunluluk içermesi durumunda hekimin bu eylemi yapabileceği belirtilmiştir. İnfaz Kanununda yapılan değişiklikle beraber hatta Danıştay 1-7. maddesinde herhalde tedaviyle ilgili olan hususlar belirtilmediği için onu iptal etmişti. Hükümlü veya yükümlünün bu tedaviye rıza göstermesinin gerekli olduğuna dair de bir düzenleme yok, sadece hâkim veya savcı kararları yeterli olabiliyor. Estetik

müdahaleler kısmında aslında hukuki boyutu eser sözleşmesine yakın olduğu için aydınlatma yükümlülüğünün sınırları genişlemekte ve hekimin sorumluluğu da artmakta burada. En ufak bir riski bile detaylı olarak hastasına açıklamak zorundadır. Diş yapımı ve protezinde de benzer estetik müdahaleler ile ilgili olan hukuki esaslar değerlendirilmesi gerekmekte.

Hukukumuzda yazılı olduğunu dair karşımıza çıkan durumlardan bir tanesi de büyük ameliyatlardır. Ama bu büyük ameliyat tanımı, sağlık uygulama tebliğinde belirtilen A B C D grubu ameliyat değil, aslında hukuki bir tanım. Büyük ameliyatta işte hasta yatacaksa, bir süre tedavi altında kalacaksa gibi kriterleri göz önünde bulundurmak gerekiyor. Küçük bir yağ bezesinin alımı için lokal anestezi altında belki günübirlik yatış yapılacak, bu gibi durumlarda yazılı olması şartı var mıdır aslında yok gibi duruyor ama ispat açısından yapılmasında fayda bulunmaktadır.

Deneyler ve denemelerde de oldukça sıkı kurallara tabi tutulmuş, rızanın yanında bakanlıktan da izin alınması şartı koşulmuştur. Buna uyulmaması durumunda da cezai birtakım yaptırımlar karşımıza çıkmaktadır, TCK'da belirtilmiştir. Organ ve doku nakilleri ile ilgili olan müdahalelerde de alıcının ehliyet şartı yok ama donörün rızası sıkı şekil şartlarına tabi tutulmuş. En az 2 tanık huzurunda, açık ve bilinçli ve tesirden uzak şekilde önceden verilmiş, imzalı ve en az 2 tanık önünde sözlü olarak beyan edilip imzalanan tutanağın bir hekim tarafından onaylanması zorunluluğu yazılmıştır. Aynı zamanda burada bir araştırma yükümlülüğü de getirilmekte. Bununla ilgili bazı yükümlülüklerden bir tanesi de; bu rızanın ve örneğin eşinin rızasının araştırılması gerekmekte. Psikiyatrik hastalarda da çevre ve toplum bakımından tehlike arz eden durumlarda zorunlu veya zorla tıbbi tedavi yapılabilmektedir. Vekâletsiz iş görmeyle ilgili olan sözleşme kısmına bakarsak kısaca örneğin ameliyatın genişlemesi durumunda varsayılan rıza temeline oturur mu oturmaz mı? Böyle bir durumda ameliyat öncesi tüm olasılıkların araştırılması ve değerlendirilmesi gerekmekte. Ameliyat sırasında ortaya çıkan, tahmin edilemeyen zorlayıcı durumlar ancak varsayılan rızanın koşulları varsa kabul edilmesi gerekmekte. Rıza konusunda problemli olan kısımlardan temelde ayırt etme gücü olmayanlar için bir sıkıntımız çok olmamakla beraber, ayırt etme gücü olan küçükler ve kısıtlılar için bir durum ortaya çıkmakta.

Hukukumuzda 3 görüş var. Bu görüşlerden bir tanesi; küçükler ve kısıtlı kişiye sıkı sıkıya bağlı hak olarak değerlendirilen vücut bütünlüğünü korumakla ilgili hakkı mutlak kabul edilmekte ve bununla ilgili tamamen kendi rızasının yeterli olabileceği söylenmekte.

Bir diğer görüş; bunun nispi olduğu ve ön koşul olarak küçüğün/kısıtlının rızasının yanında yasal temsilcisinin de mutlaka rızasının olması gerekmekte.

Üçüncü görüşte ve çoğunlukla da hukuki düzenlemelerde temel alınan, yasal temsilcisinin rızasına üstünlük tanınmaktadır. Buradaki durumda sadece kişinin (küçüğün veya kısıtlının bilgilendirilmesi) ve müdahaleye dâhil edilmesiyle ilgili durumlar ortaya çıkmakta. Bu küçüğün rızasına öncelik tanıyan görüştekilerin öne sürdüğü durumlardan bir tanesi; ceza hukukunun 104.maddesinde "cinsel suçlarla rızası dâhilinde ilişkiye giren bir kişinin en azından bu suçlar için bununla ilgili vereceği rızanın yeterli olabileceği" ile ilgili bir görüş vardır. Yasal temsilcisinin rızası ile ilgili olan kısımda özellikle klinik araştırmayla ilgili küçüğün ve kısıtlının yararının yanında bunların aldırılması gerekmekte ve aynı zamanda veli veya vasinin onayı da veya öncesinde muvafakatlarının alınması gerekmekte. Düzenlemelerimiz çoğunlukla bu görüş üzerine yapılmış olmakla beraber örneğin; 17 yaş 11 aylık bir çocuğun rızasına hilafen böyle bir müdahalede bulunulması ne kadar kabul edilebilir bu da tartışmalı durumlardan bir tanesidir.

Sunumumu burada kesmek durumundayım. Belki başka şeylere de değinmek gerekebilir, tartışma bölümünde değerlendirebilir. Teşekkürler.

Mahmut KOCA (Moderatör):
Recep Hocam çok teşekkürler.

Tıbbi müdahalede rıza konusu oldukça uzun, kapsamlı bir konu. Bu kadar kapsamlı bir konuyu zaten tüm ayrıntılarıyla anlatmak kısa sürede mümkün değil ama özellik arz eden noktaları da belirttiniz. Bu konuyla ilişkin tartışmaları oturumun sonunda yapacağız. Eğer sormak istediğiniz hususlar varsa onları not almanızda fayda var.

Hemen vakit kaybeden ikinci konuşmacıya söz hakkı verelim. Muhammed DEMİREL, İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi öğretim üyesi kendisi. Bize "Tıbbi Uygulamalarda Güven Prensibi"ni sunacaklar. Muhammed buyur senin de süren en fazla 15 dakika.

Muhammed DEMİREL (Konuşmacı):
Teşekkür ederim Hocam. Herkesi saygıyla selamlıyorum.

Öncelikle tıbbi müdahalelerde/uygulamalarda güven prensibi Türkiye'de pek fazla gündeme gelmeyen, aslında çok önemli bir mesele. Ama Alman Hukukunda, karşılaştırmalı hukukta oldukça yer bulan bir kurum. Bugün bu meseleden bahsetmek istiyorum.

Önce taksir düzenlemesine bakıyoruz. Dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık -dün de dikkat çekmiştim buna- ve neticenin öngörülmeyerek gerçekleştirilmesi. Taksirli suçlarla bağlantılı olduğu için bu hususa dikkat çekmek istedim. Tipiklik, hareket demiştik hatırlarsak, objektif özenin ihlali, neden olunan netice, objektif öngörülebilirlik, objektif isnat edilebilirlik (bu oldukça yeni yine), hukuka aykırılık. Aslında biraz önce Recep Bey'in bahsettiği kısım burası. Yani bir hekim neşteri ameliyat masasında dokundurduğunda hastaya, bu aslında tipiktir. Yani hareket var, özel yargılama bakımından yaralama suçu bakımından tipik bir fiildir. Ama hukuka aykırılık kapsamında rıza olduğu için hukuka uygun hale geliyor. Tabi taksir bakımından söylemedim bunu, kasten yaralama bakımından. Taksire dayalı kusur, kusur yeteneği, kusuru etkileyen nedenler, subjektif öngörülebilirlik, kaçınılabilirlik ve beklenebilirlik. Bu kısımları hızlı geçiyorum çünkü aslında güven, objektif özenin ihlali ile bağlantılı bir kısım. Eğer bir hekim güven prensibi bağlamında hareket ediyorsa ortada suç yoktur, taksirli hareket yoktur dolayısıyla kusur değerlendirmesine hiç geçmeyiz. Bu niye önemli? Bu özellikle tazminat davalarında özel hukuk

bakımından, eğer bir hekimden tazminat almak istiyorsak ortada bir suç olmalı. Yani taksirli bir eylem olmalı, davranış olmalı. O zaman tazminat alabiliriz. Bu aslında özel hukuk davalarını da ilgilendiren bir mevzu. Bir hekim, bir hemşire güven prensibi bağlamında hareket ediyorsa taksirli davranış olmadığı için tazminata dahi giremez. Bunu şunun için söyleyeyim Türkiye'de hekimler çok fazla birbirlerini koruduklarından için belki de taksirli suçtan mahkûm olmuyorlar. Taksirle öldürme, taksirle yaralamadan mahkûm olmuyorlar ama neye giriyor? Tazminat yoluna girebiliyor ve hâkimler de bu konuda rahat hareket ediyorlar çünkü ceza yok, tazminat, şimdi bir de devlet üstlendi bu tazminatları. Dolayısıyla belki daha fazla tazminat yoluna girebilecek devlet ödediği için parayı. Bu durumda şuna dikkat etmek gerekiyor güven prensibi varsa, hekim, hemşire güven prensibi bağlamında hareket etmişse suç yoktur, tazminat yoluna da gidilemez. Hekimleri biraz daha kurtaralım.

Peki, bu güven prensibi nedir? Güven prensibi, aslında cezaların sorumluluğunun şahsiliği prensibi ile alakalıdır ve ilk defa Yargıtay Ceza Genel Kurulunun 2000 yılındaki kararında geçiyor. Bu şudur; birden çok kişinin faaliyeti söz konusu olduğunda herkes diğerinin doğru hareket ettiğine güvenmek zorunda olduğundan (bir ekip çalışması var), herkes sadece kendi hareketinden sorumludur. Diğerinin hareketinin hukuka uygun olduğu düşüncesinden yola çıkılır. Bu özellikle aksine bir kabul için somut bir emare bulunmadığı sürece, ciddi bir neden göze batmadığı sürece (trafikte bunlar yaya) yahut işbirliği içerisinde görev yapılan durumlarda (inşaat böyle, tıbbi müdahaleler böyle) herkes diğer kişilerin de özene uygun hareket ettikleri düşüncesiyle davranışını gerçekleştirebilir. Bu trafikte güven prensibi, iş bölümü çerçevesinde yapılan faaliyetlerde güven prensibi ve başkasının kasıtlı hareketleri bakımından güven prensibi olarak karşımıza çıkıyor.

Tıbbi müdahaleler bakımından; yatay iş bölümü ve dikey iş bölümü karşımıza çıkıyor. Eğer biz güven prensibini göz ardı edersek, ekip halindeki yapılan müdahalelerde ya "organize sorumluluk" ya da "organize sorumsuzluk" gündeme gelir. Mesela ekip halinde hastaya bir hata yapılmış. Sorumluluk hemşireye yıkılıyor. Buradaki sorun işte güven prensibi. Güven prensibi çok kapsamlı, detaylı bir şekilde incelenirse sorumluluğun kime ait olduğu tespit edilebilir. Bu özellikle ekip çalışmalarında riskli faaliyetlerde risk yönetimi bakımından önem arz ediyor. Önce yatay iş bölümüne bakmamız gerekir. Burada ast ve üst ilişkisi yoktur, bir hiyerarşi yoktur. Anestezi uzmanı ile bir cerrah arasında yatay iş bölümü söz konusudur. Yine hemşireler arasında yatay iş bölümü söz konusudur. Ancak bir başhekimle bir hekim arasında dikey iş bölümü, başhemşire ile hemşire arasında dikey iş bölümü söz konusudur. Yine ameliyatı yapan cerrahla yanındaki sağlık personelleri hemşireler arasında dikey iş bölümü söz konusudur. Burada şu önemli; eş zamanlı hareket edilmesi gerekir. Mesela bu şu demek; bir aile hekimi hastaya bakıyor, bir teşhiste bulunuyor işte pansuman yapılıyor. 1 hafta sonra aynı hasta başka bir aile hekimine gidiyor. Sonraki aile hekimi, 1 hafta önceki aile hekiminin teşhisine ve tedavisi işlemine, doğru olduğuna güvenemez. Bunu sorgulaması gerekir. Hastayı dinlemesi gerekir. İşlemlere bakması gerekir, incelemesi gerekir ne yapıldı ne edildi? Yani şunu diyemez bir sonraki aile hekimi: "Ya ben önceki aile hekiminin doğru faaliyetlerde bulunduğunu düşündüm dolayısıyla bakmadım, incelemedim." Bu güven prensibine uygun değildir. Özellikle Berlin Yüksek Mahkemesi, zamansal anlamında birbirini takip eden aynı uzmanlık alanındaki (burası önemli) iki hekimin birbirine güveninin söz konusu olamayacağını yani birbirlerinin davranışlarına güvenemezler. Farklı uzmanlık alanındaysa ve eş zamanlı hareket ediyorsa (ameliyat esnasında anestezi uzmanıyla cerrah gibi) bu durumda güven prensibi söz konusu olabilecektir.

Şimdi burada Yargıtay 12. Ceza Dairesinin bir kararı var. Dün eleştirdik bu kararı, bugün bu kararın uygun olduğunu söyleyebiliriz. Burada telefonla acil serviste bulunan hekimi yönlendiren bir kardiyoloji uzmanı, kalp hastalığı uzmanı bir hekim görüyoruz. Telefonda veriyor talimatı. Fakat acil servisteki hekim bunu doğru bir şekilde uygulayamıyor, hasta ölüyor. Burada telefonla talimat veren hekim, evdeki hekim de ölümden sorumlu tutuluyor Yargıtay 12. Ceza Dairesinin kararına göre haklı olarak. Şimdi yatay ilişkide anestezi uzmanı ve cerrah arasındaki ilişkiden bahsettik. Burada "bireysel münferit sorumluluk prensibi" geçerlidir. Ne demek bu? Hem anestezi uzmanı hem cerrah birbirlerine emir veremezler, talimat veremezler, birbirlerinden bağımsız hareket ederler ve bir cerrah şunu düşünmez; "Acaba anestezi uzmanı hukuka uygun davrandı mı? Bir yerde hata yaptı mı?" bunu düşünmez. Aynı şekilde anestezi uzmanı da "Cerrah acaba doğru yapıyor mu faaliyetlerini?" diye düşünmez. İşte biz buna güven prensibi diyoruz. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinde de bunu görüyoruz tabi diş hekimi "mesleklerini icra ederken, vicdani ve mesleki kanaatlerine göre hareket ederler." Bunun bizzat kendisi görüyoruz. Kural-kontrol yükümlülüğü yoktur birbirleri üzerinde. Fakat bir istisnası var o da şu; eğer hasta üzerinde açıkça tehlikeye neden olabilecek bir husus fark edilmişse (mesela cerrah şüphelendi anestezi uzmanının bir faaliyetinden, göze çarpıyor bu) işte bu durumda cerrahın artık müdahale etmesi gerekiyor. Yine Alman Yüksek Mahkemesine göre burada basit şüphe değil, gerçekten aşikâr bir hata, ciddi nitelikte bir şüphenin göze çarpması gerekir.

Peki, bunu kim tespit edecek? Somut olayda, anestezi uzmanının gerçekten hatalı bir davranış sergilediğine dair ciddi şüphelerin olduğunu biz dosyada nereden tespit edebiliriz? İşte burada bilirkişiler, yani bu alandaki uzman kişiler gündeme gelecek. Adli Tıp Kurumu da burada ihtisas kurulu da burada gündeme gelecek. Alman Federal Yüksek Mahkemesi "belirli durumlar" diyor. Cerrahın teşhisinin doğru olmadığına dair bazı somut verilere işaret ediyorsa, cerrahın teşhisine güvenen anestezi uzmanının sorumluluğu gündeme gelebilir diyor. İşte burada da yine bazı somut verilere işaret edilmiştir. Dikey iş bölümü söz konusu olabilir burada başhekim prensibi geçerlidir.

Ne demektir bu? Başhekim, kendi sorumluluğu altındaki her türlü yetki dâhilinde sorumludur. Başhekim, seçme, bilgilendirme, gözetleme ve organize etme yetkisine sahiptir. Sorumluluğa sahiptir aynı zamanda bu yetkiler beraberinde sorumluluğu getirecektir. Sorumlu hekim her şeyden evvel kendi çalışanlarını liyakatli, yetkili kişilerden seçmesi gerekir. Yönetici hekime bağlı görev yapan herkes, olayın yüksek risk içerdiğine dair somut olgular tespit etmedikleri sürece kendilerine verilen direktiflerin doğru olduğuna güvenebilirler. Bu da hekime bağlı olarak çalışanların güven prensibi. Mesela bir hemşire, bunlar çok önemli gerçekten, özellikle hemşireler bakımından. Bazı hemşireler hekimin verdiği direktifler doğru mu değil mi, sıkıntıya sebep olabilir mi böyle tereddütlerde kalabiliyorlar.

Bu kapsamda güven prensibi iki taraflı. Başhekim yanında çalışanların yaptıkları eylemlere güvenebilir, altta çalışanlar başhekime güvenebilir. Bu iki taraflı bir durum ama bunun tabi bir sınırı söz konusu. Hemşirelik yönetmeliği diyor ki; hastaya lüzumu halinde uygulanmak üzere hekim tarafından reçete edilen tıbbi talepleri, bilimsel esaslara göre belirlenen sağlık, bakım, tanı ve tedavi protokolleri doğrultusunda yerine getirir. İşte bu güven prensibinin bir gereğidir. Hemşire hekimin verdiği talimatların hukuka uygun olduğunu düşünür ve güvenerek hareket edebilir. Fakat işte yine yönetmelikte; tıbbi tanı ve tedavi işlemlerinin hizmetten faydalanana zarar vereceğini öngördüğü durumlarda müdavi hekim ile durumu görüşür, hekim işlemin uygulanmasında ısrar ederse kayıt altına alarak hekimin yazılı talebi üzerine söz konusu işlemi uygular. Aslında bu Anayasada da 132.maddenin karşılığı: yazılılık. İşte bu güven prensibinin gereğidir. Verilen emrin bazı risklere sebep olacağını öngörüyorsa hemşire, hekime durumu söyler. Tabi burada bir soru daha var. Peki ya hekimin verdiği talimat, hastanın ölümüne sebep olabilecek durumdaysa hemşire ne yapacak? Yine yazılı olarak tutanağı tutup yerine mi getirecek? Ya hasta ölürse? Bu sorumun cevabını şimdi vermeyeceğim, sunumu bitirmek istiyorum. Yönetici hekimle kendisine bağlı olarak görev yapan kişilerin verdikleri bilgiler ve yaptıkları işler çerçevesinde hareket edebilir. Çünkü çoğu hekim bundan dolayı sorun yaşayabiliyor. Operasyon esnasında operasyondan sorumlu hekim aksini gösteren somut işaretler olmadığı sürece, ekipte yer alan kişilerin her birinin özene uygun hareket ettikleri düşüncesinde güvenebilir buna. Ekip halinde gerçekleştirilen cerrahi bir müdahalede, bu mesela bir somut örnek, kendisine uzatılan neşteri kullanan cerrah aksi bir emare bulunmadığı sürece neşterin sterilize ettiğine güvenerek operasyonu gerçekleştirebilir. Hani şu Yargıtay kararlarına da konu oldu; hastanın karnında sargı bezi unutma, makas unutma durumları. Sargı bezlerinin sayılması mesela, sayılması gerekiyor sargı bezlerinin. Bir hekim ekibini yeni seçti diyelim ki yeni bir ekip birbirlerini tam tanımıyorlar, hekim burada bizzat gözetlemesi gerekir. Ama zamanla artık alıştılar, güven oluştu, işte burada hekim artık güven prensibine göre hareket edebilir diyebiliriz.

Burada önemli bir karar var Yargıtay 2. Ceza Dairesinin 1996 yılında; anestezi uzmanı denetimsiz bir davranış sergilemiş. Ne yapmışlar? Oksijen tüplerinin dolu olup olmadığını kontrol etmemişler. Kime kontrol ettirmişler bunu, kime değiştirtmişler? Yetkisiz bir hizmetliye tüpü değiştirtmişler ve dolayısıyla oksijen tüpü bitmiş ameliyat esnasında ve hasta ölmüş. İşte burada anestezi uzmanının sorumluluğu gündeme gelmiştir diyebiliriz. Yine organizasyondaki eksiklik sebebiyle başhekim sorumlu tutulmuş. Ne olmuş? Arter yaralanması ameliyat sırasında gelişen bir komplikasyon durumunda beyin cerrahı uzmanı gitmiş hemen kalp damar cerrahı ve beyin cerrahi uzmanlarını çağırmış. Bu esnada zaman kaybı olmuş, hasta kan kaybından hayatını kaybetmiş ve burada yine yönetim eksikliğinden dolayı ki hatalı bir durum, görevi kötüye kullanmaktan mahkûmiyet verilmiş. Bu da Yargıtay kararlarında sık sık karşımıza geliyor. Eğer bir ölüm varsa olayda, hekimlerin de hatalı davrandığını söylüyorsak görevi kötüye kullanma suçu değil, taksirle öldürme suçundan aslında iddianamenin düzenlenmesi gerekiyor. Operasyonu yöneten hekim, ön eğitimi olan ve yeterli ölçüde tecrübesi bulunduğuna inanılan genel anlamda ölçülü denetim yapılan, bağlı çalışan kişinin, asistanın, hemşirenin, günlük yardımından yararlanabilir. Burada da sorun şu; ne kadarını bırakabilir hekim? Bir cerrah, bir operasyonun ameliyatın yönetiminin ne kadarını bırakabilir? Bu da çok karşımıza çıkan bir sorun. Yargıtay kararlarına konu oluyor. Hekimler eğitimleri ve yeterli tecrübeleri olduğunda denetlemek kaydıyla, başında bulunmak kaydıyla bir ameliyatın yürütülmesini yanındaki asistana bırakabilir. Denetlemek kaydıyla.

Şimdi bir olay göstereceğim size. Ancak sorumlu hekim operasyonun tamamını asistan hekimlere terk edemez, bırakamaz. Bu da yine ispatı zor ama oldukça karşımıza çıkan bir durum. Gazi Üniversitesi zannedersem, Tıp Fakültesi Hastanesinde şöyle bir olay var. Göz ihtisası yapan sanık, ameliyathane sorumlusu R.'nin görevlendirmesi üzerine Fatma'nın ameliyatını yapıyor ve yanlış gözünü alıyor. Hastanın sağ gözü yerine sol gözünü alıyor. Sonra bir de bitmedi, yanlış gözü aldığını tespit ediyor sonra doğru gözü alıyor. Hasta gözünü kaybediyor görme yeteneğini. Burada mahkeme kararına göre her iki hekim de birlikte sorumlu tutuluyor. Bu da aslında üstlenilmiş taksir. Yani sen yönetici olarak davranışta bulunmamış olabilirsin, ameliyatı yapmamış olabilirsin ama gözetim yetkisi olan bir kişi başında bulunmadığın için üstlenilmiş taksir sorumluluğunu beraberinde getiriyor diyebiliriz.

Yine hemşirelerde de hani bu sık sık ilaçların verilmesi durumu oluyor, yanlış ilaç verebiliyor hemşireler. Burada da doktor tabi ki hastalara ilaçların verilmesini sürekli takip edebilecek durumda değil, sürekli takip edemez. Hemşirelerin doğru ilaçları doğru dozda verdiklerine güvenerek hareket edebilir doktor. Fakat burada sınır şu; hekim ara ara hemşirelerin doğru dozda ilaç verip vermediğini de tespit etmesi gerekir ki hemşireler de kontrol edildikleri düşüncesiyle hareket edebilsinler.

Çok teşekkür ediyorum, sunumum bitti. Sunum yapma imkânı verdikleri için Kurum Başkanımıza ve kurum yönetimine teşekkür ediyorum, saygılarımı sunuyorum.

Mahmut KOCA (Moderatör):
Çok teşekkür ediyoruz Muhammed Bey. Gayet güzel bir şekilde güven prensibini bizlere tıbbi uygulamalarda koşullarını, sonuçlarını açıkladınız. Soru olursa zaten onları cevaplandırmaya hazırdır kendisi.

Ama bu esnada Muhammed Bey'in sunumunda Alman uygulamasında başhekim diye yaptığı nitelendirmenin bizde bir hastanenin idaresini deruhte eden kişi için kullanıldığını, burada kastedilenin ameliyatı yapan ekibin başındaki hekim olduğunu belirtmek gerekir. Sunumda geçen başhekim daha çok bir ameliyatı birlikte yürüten ekibin başındaki hekim anlamında kullanılmış olmaktadır. Biz de başhekim denince hastanenin yönetimini üstlenen kişi anlaşılmaktadır. Böylece sunumunda kullanılan anlamını açıklığa kavuşturmuş olduk. Peki, teşekkür ediyoruz. Şimdi üçüncü konuşmacımıza geçiyoruz. Sayın Ahmet Er, "Yargıtay Kararları Bağlamında Tıbbi Uygulama Hataları"nı anlatacaklar. Kendisi Yargıtay 12. Ceza Dairesi Başkanı. Yani tüm bu olayların, sorunların taşındığı, bu konulara ilişkin karar veren en üst yargı merciindeki dairenin başkanlığını yürütmektedir.

Ahmet ER (Konuşmacı):
Öncelikle hoş geldiniz, günaydın diyorum.

Gerçekten tıbbi hatalar konusunda hem hekimler sıkıntılı hem hâkimler sıkıntılı. Ama öncelikle biz birbirimizi anlamaya çalışacağız. Tıbbi hatada 12. Ceza Dairesi, taksirli suç kavramına görevli. Hem rıza anlatıldı hem taksir anlatıldı. Ben direkt yaptığımız uygulamaları anlatacağım.

Tıbbi hatalı uygulamalar hemen hemen taksirin tarifindeki unsurlardır. Tıbbi hatanın temelinde bilgi, deneyim, beceri eksikliği, dikkatsizlik ve özensizlik, mesleki bilgi, birikim ve yeteneklerine önceki hatalı uygulamaların olumsuz sonuçlanmasında güvenin vermiş olduğu hatalı uygulamalar. Bunlar taksirin anlatımındaki ifadelere birebir benzemektedir. Taksir, TCK 22.maddesinde yer almıştır. TCK kusurluluk prensibini esas almıştır. Taksir, 3'e ayrılır: basit taksir, (biraz önce anlattığım dikkatsizlik ve özensizlik hocamın da bahsettiği) ve bilinçli taksir ve olası kast. Biz yine çok kısa ifade diyoruz. Taksir; netice istemeyecek, öngöremeyecek. Bilinçli taksir; neticeyi yine istemeyecek, öngörebilecek. Zaten taksirde netice istememek ön koşuldur, eğer isterse kast olur. Olası kastta netice istemeyecek, neticeyi öngöremeyecek ve olursa olsunla hareket edecek.

Bugüne kadar 11 yıldır biz bu suçlara bakıyoruz. 11 yılda 4 tane bilinçli taksir olayı geçti, hiç olası kast geçmedi. Ben kendi kanaatim, olası kast geçeceğine de inanmıyorum. Sebebi de; hiçbir hekim veya sağlık çalışanının netice istemeyecek, öngöremeyecek ve olursa olsun hareketi yapacağını hiç sanmıyorum.

Bilinçli taksir olayları da size örneklerini vermek istersem 4 tane olay. Bir tanesi ruhsatı iptal edilmiş bir sağlık kuruluşu, zayıflama merkezi ve sabık da genel cerrahi uzmanı. -Bunların hepsi Adli Tıp raporlarıdır sayın katılımcılar. Biz kendiliğimizden herhangi bir şey yapmıyoruz. Biraz önce Sayın Hocamızın söylediği o şeyi düzelteceğim, 257 olmaz demişti onu da açıklayacağım.- 44 günde 13.8 kg zayıflama. Adli Tıp ayda 2-4 kilo diyor. Eğer olmazsa obez kişilerde (ki ölen de obez bir kişi) hızlı kilo vermeden dolayı kronik kalp rahatsızlığını tetikleyeceği söyleniyor ve kronik kalp rahatsızlığı olan, hızlı kilo kaybı ulunduğundan diyet-egzersiz programı da değiştirilmiyor, yeniden tetkikler yapılmıyor ve şahıs vefat ediyor. Yani bunları bilmesi lazım ayda 2-4 kilodan vermesi gerekirken 44 günde yani 1,5 ayda 13 kilo 800 gram veriyor. Biz buna bilinçli taksir dedik.

R..... diye bir ilacımız var. Yaralandı şahıs, böbrek ameliyatı oldu. Doktor üroloji doktoru. Hastamız taburcu oldu, aynı hastaneye geldi *R*..... enjekte edildi, yaralandı, hayati tehlike geçirdi. Dosyasında *R*.....*e* karşı alerjisi olduğu yazılı ve *R*..... ilacının kullanılmaması gerektiğini gösteren pembe bant da kolunda takılı. Buna rağmen hem hasta hikâyesinde yazılı olmasına rağmen hem de pembe bant da olup da buna rağmen *R*..... yapıldı diye biz bilinçli taksir kabul ettik.

Ardından 16 yaşında ölen kişi diş ağrısı şikâyetiyle diş teknisyeni olan bir işyerine gitti, sanık doktor olmadığını söylemedi, "moralim bozuk çekemem" dedi. Ardından başka bir dişçiye gittiler, o dişçi apseyi gördü dişi çekmedi dolgu yaptı fakat ağrı dinmeyince o teknisyene tekrar gittiler. Doktor değil, doktor değilim demiyor ve ölenin yanındaki kardeşi "biz doktora gittik, doktor apseli dişi çekmedi" dedi. Sanığımız apseli dişi çekti ve vefat etti. Dolayısıyla çok fazla bilinçli taksir geçmedi, olası kast hiç geçmedi bundan sonra da geçeceğini ben zannetmiyorum.

Tıbbi hatada yapılan eylem ile zararlı sonuç arasında illiyet bağı çok önemli olmakla birlikte tek başına yetmez. Zararlı sonuç yani ölüm veya yaralanma hekimin veya sağlık çalışanının kusurlu eyleminin yani müdahalesinin sonucu olmalıdır. Kısacası illiyet bağı olacak ama zararlı neticede hekimin, sağlık çalışanının kusurlu eyleminin sonucu olmalıdır.

Tıp kurallarına aykırı hareket edilmesi sebebiyle zararlı netice meydana gelmiştir dediğimiz anda eylem ile zararlı sonuç arasında nedensellik bağı var demekteyiz. Yani hekim veya sağlık çalışanı tıp kurallarına aykırı hareket etti ve bunun sonucunda zararlı ölüm-yaralanma sonucu meydana gelmiş ise illiyet bağı kurulmuştur ve bundan da sorumludurlar.

Tıbbi müdahalenin icrası sırasında mesleki özen yükümlülüğü ile tıp biliminin güncel mesleki standartlarına aykırı davranmış ise hekim veya sağlık çalışanının kusuru söz konusu olmaktadır. Mesleki özen yükümlülüğüne uygun davranma imkanı bulunmasına rağmen bu yükümlülüğü yerine getirmediğinde hekime kusur atfedilmektedir. Fakat bunda da her somut olaya göre değerlendirme yapılmalıdır. Yani hekimin içinde bulunduğu koşullar da önemlidir, göz önünde bulundurulmalıdır. (Yeterli zamanın bulunup bulunmaması, zaman sıkıntısı, acil müdahale olup olmadığı, her somut olayın özelliklerine göre hareket edilmelidir.)

Hekim veya sağlık çalışanının tıbbi müdahale sırasında standart uygulamayı yapmaması bilgi ve beceri veya deneyim eksikliği, yanlış, eksik teşhis ve tedavide bulunması, gerektiği ölçüde ilgi ve itina göstermemesi, hastaya gereken tedaviyi vermemesi ki bunlar başlı başına tıp kurallarına aykırı hareketlerdir. Bu hareketler aynı zamanda taksirin unsurlarıdır. Tehlike ve zarar oluşturan bu eylemler sonucunda hastanın ölümüne veya yaralanmasına sebep olmuşsa illiyet bağı kurulduğu anda bu eylem tıbbi hata olarak kabul edilecek dolayısıyla sorumluluk gerektirecektir. Bununla beraber tedavi sonrası bakım ve kontrol yükümlülüklerine aykırılık da bu bağlamda değerlendirilir.

Yani failin kusurlu eylemi olacak zarar meydana gelecek ama sorumluluk için mutlaka eylem ile zararlı sonuç arasında illiyet bağı olacak, olmadığında sorumlu olmayacaktır.

Tıp kurallarına aykırı hareket edilmesi sebebiyle zarar, netice meydana gelmiştir dendiği anda illiyet bağı var demektir. İlliyet bağı kurulmuştur. Dolayısıyla hekim, sağlık çalışanı sorumludur.

Özellikle illiyet bağı konusunda sağlık çalışanlarının dosyaları ile diğer taksir dosyalarından risk unsuru sebebiyle farklı olup risk unsuru tıbbi hatada çok fazla olduğundan daha titiz davranmakta ve bu hususu göz ardı etmemekteyiz.

Uygulamalarımızda ayrıca bizim; tıbbi müdahaleler sonucu zarar meydana gelecek, illiyet bağı olacak, hekim ve sağlık çalışanı bu zararı istemeyecek. Eğer bunlar varsa tıbbi müdahalede biz bunlara hatalı uygulamalar deyip cezalandırma yoluna gidiyoruz ve tıbbi müdahalede kusur olacak ama mutlaka illiyet bağı olacak. İlliyet bağı olmadığı zaman kişinin cezalandırılması, sorumlu tutulması mümkün değil. Kusursuzsa zaten sıkıntı yok, ama kusurlu varsa mutlaka illiyet bağına gidiyoruz. İlliyet bağı da yoksa sorumlu olmuyor. Bazen şöyle olmuyor; kusur

var illiyet bağı olmuyor ama aldığımız bilirkişi raporlarında şu söyleniyor; hekim veya 'sağlık çalışanı şunu yapmalıydı veya şunu yapmamalıydı şu eksiklik var' dediği anda sorumluluğuna giriyoruz. Bu sorumluluk 2017 tarihli Ceza Genel Kurulunda açıklandığı gibi çok önemli bir karardır. Orada taksir anlatılıyor, görev ihmal ardından kusur anlatılıyor, illiyet bağı anlatılıyor. Dolayısıyla buradan 2017 tarihli Ceza Genel Kurulunu göz önüne aldığımızda eğer eksiklik varsa veya yapması gerekenleri yapmadıysa, kamuda çalışıyorsa biz 257/2'ye gidiyoruz yani görevi ihmal suretiyle sorumluluğa gidiyoruz.

Hocamın verdiği örneğe ben geleceğim. Kararını getirmişim. Bir beyin cerrahı müdahalesi var, lomber disk hernisi ameliyatı. Bu ameliyat sırasında büyük arter yaralanması meydana geliyor ve bu büyük arter yaralanması komplikasyon olduğu da söyleniyor raporlarda orada bir sıkıntı yok. Ama bizim doktorumuz yani beyin cerrahımız buna kendisi müdahale etmesi gerekirken, komplikasyon yönetiminde eksiklik ve gecikme gösteriyor. Ne yapıyor? Kalp damar cerrahisini çağırıyor bekliyor, kardiyolojiyi çağırıyor bekliyor, genel cerrahiyi bekliyor. Bu sırada da eko çekmeye çalışıyor müdahale etmesi gerekirken ve diyor ki yine rapor; komplikasyon yönetiminde eksikliği olduğu gecikmesi olduğu dediği anda biz 257/2'ye gidiyoruz. Ama bu kamuda çalışan doktorlar veya sağlık çalışanları için.

Eğer özelde çalışıyorsa buna gitmemiz mümkün değil. Hatta ben çok kısa da yeni kuruldan bahsedeceğim. Özelde çalışıyorsa, vakıfta çalışıyorsa 257'den sorumlu olmuyor. Gerçi bütün kamuda çalışan sağlık çalışanları bu konuda muzdarip ama onların kamu görevlisi veya kamu çalışanı tarifi yok. Nerede yok?

1) TCK'da sayılmamış.

2) 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Kanunu'nda sayılmamış

3) 4483 sayılı memurların yargılanması ile ilgili kanunda sayılmamış.

Şimdi mesleki sorumluluk kurumu kuruldu. Ek 18 maddesiyle, söz konusu 3359 sayılı kanuna ek 12/5/2022 tarihinde, özel sağlık kurumunda çalışan hekim veya sağlık çalışanlarına 4483 sayılı kanuna göre soruşturma yapılacak. Ben Danıştaya bırakacağım, onlar ne derler bilmiyorum ama…Adli yargı anlamında baktığımızda şimdi kooperatifte çalışanlar memur gibi cezalandırılır diyor, dernekler kanununda memurlar gibi cezalandırılır diyor ama ek 18'e geliyoruz ek 18'de memur gibi cezalandırılır kavramı yok. Ama ek 12'de var, şiddet yasasında. Onda diyor ki memurlara karşı yapılan eylem gibi sayılır diyor. Dolayısıyla Danıştay Kurulu buna büyük bir ihtimalle çözüm bulacak. Ama soruşturması 4483 sayılı kanuna göre yapılacak. Mesleki Sorumluluk Kurulu, Bakanlıklar Kurulu… Ama orada da şöyle bir ayrım var, diyor ki kanun; kamuda çalışan hekimler bakanlıktaki Sorumluluk Kurulunda soruşturularak, inceleme yapılacak, karar verilecek. Ama özelde vakıfta çalışan hekim ve sağlık çalışanları için illerde il sağlık müdürlüklerinde kurulu inceleme yapacaklar oradaki komisyonlar kararı ile Mesleki Sorumluluk Kurulu karar verecek.

5237 sayılı TCK'da kusura dayalı sorumluluk ilkesi benimsenmiştir. Hekimin tıbbi müdahalesi sonucunda meydana gelen zararlı sonuçta sorumlu tutulabilmesi için kusurun olması gerekir. Kusurla ve yapılan müdahale ile ortaya çıkan zararlı sonuç arasında illiyet bağı da tıbben saptanmalıdır.

5271 sayılı CMK'nın 63.maddesi hükmüne göre genel bilgi veya tecribeyle veya hakimlik mesleğinin gerektirdiği hukuki bilgiyle çözümlenmesi mümkün olan konularda bilirkişiye başvurulamaz. Ama tıbbi hatada bu mümkün değildir. Malpraktis de kusur ve illiyet bağı hakimlik mesleğinin gerektirdiği genel bilgiyle çözümlenemeyeceğinden hakim tarafından tıp bilirkişisinden rapor alınarak tespit yapılması gerekir.

Tıbbi hatada bilirkişilik sorumluluğunun belirlenmesinde çok önemlidir. Hatta diğer taksirli suçlara yani iş kazaları ve trafik kazalarına göre daha teknik, daha riskli durumlar söz konusu olduğundan tıbbi hatada tıp bilirkişisinden alınan hem kusur hem de illiyet bağı raporu çok önemlidir.

Sağlık çalışanının yaptığı uygulamadan sorumlu tutulabilmesi için; eylem hukuka aykırı olmalı, kusurlu hareket olmalı, zarar oluşmalı, illiyet bağı bulunmalı.

a) Bilirkişiler olayı değerlendirirken bu hususları ayrıntılı tartışmalıdır. TCK'nın 22.maddesinin gerekçesinde belirtildiği gibi bilirkişi raporu, hakimi bağlayıcı değildir. Bir delildir ama rapordaki bilirkişi tespitleri de bir o kadar önemlidir ki bu tespitler kusurun tespiti sırasında hakime yol gösterici mahiyette olup doğru ve adil karar verilmesinde kusuru tespit etmesinde büyük önemi vardır.

b) Bilirkişiler incelemelerini dosya üzerinden yapmaktadırlar. Bu nedenle tıp dosyalarının zamanında ve eksiksiz doldurulması lazımdır. Otopsilerin de önemi yadsınamaz. Dolayısıyla otopsi de usulüne göre ve gereği gibi yapılmalıdır.

c) Tıbbi müdahaleden dolayı taksirle öldürme veya yaralanma sonuçlarından tıbbi kusurun ve illiyet bağının tespiti sırasında bilirkişiler rapor verirken hastanın olay anı ve olay sonrası tedavi süreçlerine ilişkin tüm tedavi belgelerinin aynı zamanda dosyada mevcut tanıkların ve tarafların beyanlarının ayrıntılı şekilde irdelenmesi zorunludur. Kusur ve illiyet bağı ancak bu şekilde yapılan bir inceleme ile doğru tespit edilir. Bu da tıp bilirkişisi yardımı ile olur. Hem kusur hem illiyet bağı tıp bilirkişileri tarafından tespit edilmelidir. Tıbbi hatada illiyet bağı sorumluluk açısından çok önemlidir.

d) Bilirkişiler raporlarında tam doldurulmuş dosya ve iyi yapılan bir otopsi sonrasında tespitlerini tam yapmalı, oluşu çok iyi açıklamalı, sonuç kısmını yasal dayanaklarıyla beraber cevap bekleyen tüm hususları tartışarak, gerekli dikkat ve özen gösterilip gösterilmediğini tıp kurallarına aykırı bir işlem yapılıp yapılmadığını, ayrıntılı ve gerekçeli olarak açıklanmalıdır.

Bunun yanında mahkemeler de iddianın ne olduğu ve ne istendiği açıkça bilirkişiye bildirilmelidir. Bilirkişiler, raporlarında tereddüte mahal bırakmamalı. İddialar yeterince karşılanmadığında raporlar yetersiz görülüp yeniden rapor alma yoluna gidilmekte, 2 rapor arasında çelişki olduğunda 3 rapor aldırılmaktadır. Böyle olunca da davaların sonuçlanması uzun zaman almakta, gecikmiş adalet adaletsiz olmaktadır.

Rapor alınan başlıca bilirkişilik kurumları ise şöyle;

Yüksek Sağlık Şurası; Yüksek Sağlık Şurasından rapor almak zorunluluğu 2010 yılında Anayasa Mahkemesi kararı ile ortadan kaldırılmıştır. Sonrasında da 703 sayılı kanun hükmünde kararnamenin 25.maddesinde yapılan düzenleme ile bilirkişi olarak başvurma imkanı da son bulmuştur.

Adli Tıp Kurumu; Hekimler ve sağlık çalışanlarının tıbbi kusurlarının tespiti ile malpraktis konulu ceza davalarında illiyet bağının belirlenmesi bakımından Adli Tıp Kurumunun Birinci İhtisas Kurulu ile konusuna göre diğer ihtisas kurulları ve dairelerine bilirkişi olarak başvurulabilir.

Adli Tıp Kurumu ilgili ihtisas kurulunun raporu ile dosyadaki diğer bilirkişi raporları arasında ya da konuya ilişkin birden çok ihtisas kurulu tarafından rapor düzenlenmiş ve bu raporlar arasında tıbbi kusur ve nedensellik bağı açısından çelişki bulunması halinde çelişkinin giderilmesi için de Adli Tıp Kurumu Üst Kurullarından rapor alınmalıdır. Adli Tıp ilgili ihtisas kurulu tarafından verilip de mahkemeler, hakimlikler ve savcılıklarca kapsamı itibariyle yeterince kanaat verici nitelikte bulunmayan dosyalarda da Adli Tıp Üst Kurullarından bilirkişi raporu alınması gerekir.

Bilirkişi heyetlerinde gerçekleştirilen tıbbi müdahalenin alanına uygun nitelikte ilgili branş hekiminin bulunması çok önemlidir. Olmadığında biz raporu yeterli bulmuyor ve yeniden rapor aldırmak için kararı bozuyoruz. 2-3 yıl arşivde bekliyor. Bozuyoruz, en az 2 yılda Yargıtaya tekrar geri geliyor.

Diğer Bilirkişi Kurulları: Üniversitelerin tıp fakültesi öğretim üyelerinden oluşan bilirkişi heyetlerinden bilirkişi raporu alınması da mümkündür. Aynı zamanda eğitim ve araştırma hastanelerinde görevli alanında uzman hekimlerden oluşturulacak bilirkişi heyet raporları da mümkündür. Branş hekimi mutlaka bulundurulmalıdır. Aynı yer tıp fakültesi veya hastanesinden görevlendirilmiş bilirkişi olmamasına dikkat edilmelidir.

Biz kendimize döndüğümüzde, sorumluluk anlamında baktığımızda biz başından beri ek 18'den önce de kamuda çalışıyorsa 4483'e göre mutlaka karar verilmeli, izin alınmalı diyorduk. Özel veya vakıfta çalışanlara hiçbir şey yapmıyorduk. YÖK'te zaten sıkıntı yok. YÖK Kanunu 3.maddesi diyor ki, devlet üniversitelerinde 53.maddeye göre izin verilir diyordu. Vakıf üniversitelerinde de 2019 tarihli Danıştay 1. Dairesi kararı var rektör, rektör yardımcısı, genel sekreter YÖK kanununda 3.maddeye göre izin alması gerekir diyor. Diğer vakıf üniversiteleri için yine Mesleki Sorumluluk Kuruluna gelecek. Usulde yapılan değişikliklerde geçmişe yürümez kuralı var ama biz daire olarak oturduk dedik ki bu bir dava şartıdır. Lehine bir durum vardır, belki izin verilmeyecek cezalandırılmayacak, soruşturma yapılmayacak diye biz önceden verilmiş, daha bizim önümüzden geçmemiş dosyalarla ilgili olarak özelde-vakıfta çalışanlar için kararları bozuyoruz. İzin alın gönderin diyoruz.

Dolayısıyla ek 18 çıktıktan sonra eğer soruşturmadaysa, mahkemelerdeyse, kovuşturma aşamasındaysa mutlaka izin almaları gerekir. İstinafa bu halde gelmişse mutlaka izin alınması gerekir. Bize geldiyse biz zaten bozuyoruz.

Dolayısıyla sürem kısa, eğer sorular olursa hem burada hem dışarıda her zaman sorularınıza cevap vermek isterim. Saygılar sunuyorum.

Mahmut KOCA (Moderatör):
Evet, çok teşekkür ediyoruz Ahmet Bey'e.

Kendisi Yargıtay kararlarından örnekler vererek olası kast, bilinçli taksir ve taksirli sorumluluk hallerine hangi olaylar bağlamında karar verdiklerini açıkladılar. Daha sonra da özellikle hekimlerin hatalarından dolayı bir kişinin ölmesi durumunda ihmali davranışla işlenen görevi kötüye kullanmak suçunun mu (TCK m. 257, f. 2) yoksa taksirle ölüme sebebiyet verme suçunun mu oluşacağı konusundaki görüşlerini açıkladılar.

Bunlar elbette tartışmalı konular. Bu hususdaki görüş ve eleştirileri tartışma bölümüne havale edelim. Kendilerine açıklamaları için tekrar teşekkürlerimizi sunuyoruz.

Şimdi bu oturumumuzun son konuşmacısı, yine çok kıymetli bir hukukçumuz. Danıştay 10. Dairesi başkanı kendileri Yılmaz AKÇİL Bey. Danıştay kararları bağlamında acaba tıbbi uygulama hataları nasıl değerlendiriliyor? Kendisi bize bu konuyu sunacak. Buyurun Yılmaz Bey, söz sizin.

Yılmaz AKÇİL (Konuşmacı):
Teşekkür ediyorum Sayın Başkanım. Sayın Adli Tıp Kurumu Başkanı, Yargıtay Sayın Birinci Başkan Vekili, Daire Başkan ve Üyeleri, Saygıdeğer Hocalarım ve Değerli Katılımcılar, hepinizi en kalbi duygularımla selamlıyorum.

Öncelikle günümüzün en önemli hukuki sorunları arasında bulunan "Tıbbi Uygulama Hataları ve Bilirkişilik" konusunun ele alınacağı bu kongreyi düzenleyerek bizlere düşüncelerimizi açıklama fırsatı veren Adli Tıp Kurumu Başkanı Hızır Bey'e ve değerli çalışma arkadaşlarına çok teşekkür ediyorum. Adli Tıp Kurumu başta olmak üzere konunun muhatabı olan tüm kesimlerin sorunlarına çözüm üreten faydalı ve verimli bir kongre olmasını diliyorum.

Sayın Ahmet ER Başkanın bahsettiği ceza yargılaması kısmını ve de 4483 Sayılı Yasa uygulamalarını burada anlatmayacağım. Ben sadece idarenin yani devletin tıbbi uygulama hatalarından kaynaklanan tazminat borcuyla ilgili konulara değineceğim. Danıştay Onuncu Dairesinin temel görevlerinden biri sağlık alanında açılan idari davaları ilk derece ya da temyiz merci sıfatıyla incelemek ve hukuki denetimi yapmaktır.

'Sağlık' insanoğlunun var olduğu ilk günden bugüne gerek birey, gerekse toplum açısından en temel konu ve sorunlardan biri olmuş, sağlığın korunmasını sağlamak ve sağlığın bozulması halinde alınacak tedbirleri belirlemek toplum ve devletlerin en önemli görevleri arasında yer almıştır.

Bu nedenledir ki, sağlık çalışanları ve özellikle hekimler toplumun en saygın ve önemli kişileri arasında yer almıştır. Hekimlik mesleğinin öğrenilmesi, kazanılması zor sınavlardan, usta çırak ilişkisini de zorunlu kılan ve uzun süren mesleki

eğitimlerden sonra mümkün olabilmektedir. Nitekim insanlar en önemli varlıkları olan vücutlarını ve sağlıklarını bu kişilere emanet etmektedirler.

Tıbbi malpraktis diye de ifade edilen tıbbi uygulama hatalarından kaynaklanan hukuki sorumluluktan kaynaklanan uyuşmazlıkların sayısı her geçen gün artarak devam etmektedir.

Bu uyuşmazlıkların çözümünde komplikasyon kavramı öne çıkmaktadır. Yani bünyesinde risk faktörünü taşıyan sağlık hizmetini sunarken hangi haller tıbbi hata, hangi haller ise komplikasyondur? Burada yapılacak tespit teknik bilgiyi gerektirdiği için bilirkişilik kurumu devreye girmektedir. Bilirkişilik kurumu dediğimizde de ilk olarak Adli Tıp Kurumu karşımıza çıkmaktadır.

Bu genel anlatımlardan sonra idari yargı ve Danıştay'ın tıbbi uygulama hataları konusundaki uygulamalarına değinmek istiyorum. İdarenin sorumluluğunun belirlenmesinde esas alınan ilk kural Anayasanın 125. maddesidir. Anayasanın 125. maddesinde, idarenin her türlü eylem ve işlemlerine karşı yargı yolunun açık olduğu belirtildikten sonra, son fıkrasında, idarenin kendi eylem ve işlemlerinden doğan zararı ödemekle yükümlü olduğu hükme bağlanmıştır.

Öte yandan 2577 sayılı İdari Yargılama Usulü Kanunu'nun 2. maddesinin 1. fıkrasının (b) bendinde ise, idari eylem ve işlemlerden dolayı kişisel hakları doğrudan muhtel olanlar tarafından açılan tam yargı davaları, idari dava türleri arasında sayılmıştır.

Genel anlamı ile tam yargı davaları, idarenin faaliyetlerinden ötürü, hakları zarara uğrayanlar tarafından idare aleyhine açılan tazminat davalarıdır. Bu tür davalarda mahkeme, hem olayın maddi yönünü, başka bir ifadeyle zararı doğuran işlem veya eylemleri, hem de bundan çıkabilecek hukuki sonuçları tespit edecektir.

İdare kural olarak, yürüttüğü kamu hizmetiyle nedensellik bağı kurulabilen zararları tazminle yükümlü olup; idari eylem ve/veya işlemlerden doğan zararlar, idare hukuku kuralları çerçevesinde, hizmet kusuru veya kusursuz sorumluluk ilkeleri gereği tazmin edilmektedir.

Tam yargı davalarında, öncelikle zarara yol açtığı öne sürülen idari işlem veya eylemin hukuka uygunluğunun denetlenmesi esas alındığından, olayın oluşumu ve zararın niteliği irdelenip, idarenin hizmet kusuru olup olmadığının araştırılması, hizmet kusuru yoksa kusursuz sorumluluk ilkelerinin uygulanıp uygulanmayacağının incelenmesi, tazminata hükmedilirken de her halde sorumluluk sebebinin açıkça belirtilmesi gerekmektedir.

Hizmet kusuru, idarenin yürütmekle görevli olduğu bir hizmetin kuruluşunda, düzenlenmesinde veya işleyişindeki nesnel nitelikli bozukluk, aksaklık veya boşluk olarak tanımlanmaktadır. Hizmet kusuru; hizmetin kötü işlemesi, geç işlemesi veya hiç işlememesi hallerinde gerçekleşmekte ve idarenin tazmin yükümlülüğünün doğmasına yol açmaktadır.

Diğer taraftan, idarelerin kamu hizmetlerinin gereği gibi işlemesini sağlayacak organizasyonları yaparak, yeterli araç ve gereçle donatılmış bina, tesis ve araçlarda hizmetin özelliğine uygun olarak seçilen ve yetişmiş personelle hizmeti yürütmek yükümlülüğünün bulunduğu da tartışmasızdır.

Zarar gören kişinin hizmetten yararlanan durumunda olduğu ve hizmetin riskli bir nitelik taşıdığı sağlık hizmetinde, idarenin tazmin yükümlülüğünün doğması için; zararın, idarenin hizmet kusuru sonucu meydana gelmiş olması gerekmektedir.

Hizmetin kusurlu işletildiğinin tespiti halinde hem maddi hem de manevi tazminatın ödenmesine hükmedilmektedir. Manevi tazminat, mal varlığında meydana gelen bir eksilmeyi karşılamaya yönelik bir tazmin aracı değil, tatmin aracıdır. Olay nedeniyle duyulan elem ve ızdırabı kısmen de olsa hafifletmeyi amaçlar. Belirtilen niteliği gereği manevi tazminatın zenginleşmeye yol açmayacak şekilde belirlenmesi gerekmektedir. Manevi zararın varlığı, sadece şeref, haysiyet ve onur kırıcı işlem ve eylemlere ya da kişilerin vücut bütünlüğünde meydana gelen sakatlık haline veya ölüm nedeniyle ağır bir elem, üzüntü duyulması şartına bağlı olmayıp, idarenin yürütmekle yükümlü olduğu kamu hizmetini gereği gibi eksiksiz olarak sunamaması nedeniyle ilgililerin yeterli hizmet alamamalarından dolayı üzüntü ve sıkıntı duymaları manevi zararın varlığı ve manevi tazminata hükmedilmesi için yeterli bulunmaktadır.

Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın 13. maddesinde, tıbbi hata tanımlanmaktadır. Tıp biliminin standartlarına ve tecrübelere göre gerekli olan özenin bulunmadığı ve bu nedenle de olaya uygun gözükmeyen her türlü hekim müdahalesi, tıbbi uygulama hatası (tıbbi malpraktis) olarak adlandırılmaktadır. Diğer bir ifadeyle, hastanın tanı ve tedavisi sırasında standart uygulamanın yapılmaması, bilgi ve beceri eksikliği ile hastaya uygun tedavi uygulanmamasıdır. Bu noktada hatalı tıbbi uygulama sonucu doğacak sorumluluk "kusura dayalı genel sorumluluktur".

Hekimin hukuksal sorumluluğu bakımından ölçü; tecrübeli bir uzman hekim standardıdır. Hekim, objektif olarak olayların normal gelişimine ve subjektif olarak da kendi kişisel tecrübesine, kişisel yeteneğine, bireysel mesleki bilgisine, eğitiminin nitelik ve derecesine göre, hastanın sağlığına bir zarar gelmesini önceden görebilecek durumda olmalıdır.

Bu halde karşımıza özen yükümlülüğü çıkmaktadır. Hekimin özen yükümlülüğünün ihlali, üç alanda yoğunlaşmaktadır;

1.Hastanın tedavisinde yani teşhis, endikasyon, tıbbi tedbirin seçimi, bu tedbirin uygulanması, tedavi yahut cerrahi girişim sonrası bakımdır.

2.Hastanın aydınlatılması ve anamnez alınması yani hastanın hastalık öyküsünün dinlenmesidir.

3.Klinik organizasyonu alanında personelin niteliği, yeterli sayıda personel bulundurulması, hekimlerin birbiriyle işbirliğidir (konsültasyon).

Bu üç alandaki kusuru, sırasıyla uygulama kusuru (tedavide hata), aydınlatma kusuru ve organizasyon kusuru olarak değerlendirmek mümkündür. Bu üç kusura "Tıbbi Uygulama Hatası" (malpraktis) adı verilmektedir.

Bu noktada tıbbi standart kavramına da açıklık getirilmesi gereklidir. Tıbbi standart kavramı ile tıp ilminin genel olarak tanınıp kabul edilmiş meslek kuralları kastedilmektedir. Tıbbi standart ihlali değişik şekillerde gerçekleşebilir; teşhis, tedavi (endikasyonda eksiklik, yanlış tedavi yönteminin seçimi) ve müdahale sonrası bakım yönetimi bunlardan bazılarıdır. Söz konusu kavramlar, idarenin hizmet kusurunun varlığını ortaya koyma adına önem arz etmektedir.

Yukarıda tanımlarına yer verilen tıbbi uygulama hatası ile tıbbi standart ihlalinin varlığının, dolayısıyla idarenin hizmet kusurunun bulunup bulunmadığının tespiti noktasında bilirkişiye başvurulmasındaki amacın, hukuka uygun karar verebilmek için gerekli verilere ulaşmak olduğu göz önünde tutulduğunda, bilirkişilerin uyuşmazlık konusunda özel ve teknik bilgiye sahip olan kişiler arasından seçilmesi gerektiği kuşkusuz olup; bilirkişi veya bilirkişilerce düzenlenen raporda, sorulara verilen cevapların şüpheye yer vermeyecek şekilde açık, rapor içeriğinin ise hükme esas alınabilecek nitelikte olması gerekmektedir.

Bununla birlikte ülkemizde tıbbi uygulama hatalarının değerlendirilmesinde disiplin, idari, ceza ve tazminat açısından farklı usuller benimsendiğinden tıbbi uygulama hatalarının incelenmesi konusunun değerlendirme usullerinde de bazı farklılıklar söz konusudur.

Yeri gelmişken kısaca Adli Tıp Kurumunun görevleri ve oluşumuna değinmek istiyorum. 2659 sayılı Adli Tıp Kurumu Kanununda adalet işlerinde bilirkişilik görevi yapmak üzere Adalet Bakanlığına bağlı Adli Tıp Kurumu kurulmuştur. Adli Tıp Kurumu, mahkemeler ile hakimlikler ve savcılıklar tarafından gönderilen adli tıp ile ilgili konularda bilimsel ve teknik görüşlerini bildirmekle yükümlüdür. adli tıp üst kurullarının, adli tıp ihtisas kurulları ve ihtisas daireleri tarafından verilip de mahkemeler, hâkimlikler ve savcılıklarca kapsamı itibariyle yeterince kanaat verici nitelikte bulunmadığı, sebebi de belirtilmek suretiyle bildirilen işleri, adli tıp ihtisas kurullarınca oybirliğiyle karara bağlanamamış olan işleri, adli tıp ihtisas kurullarının verdiği rapor ve görüşleri arasında ortaya çıkan çelişkileri, adli tıp ihtisas kurulları ile ihtisas dairelerinin rapor ve görüşleri arasında ortaya çıkan çelişkileri, adli tıp ihtisas kurulları ile Adli Tıp Kurumu dışındaki sağlık kuruluşlarının heyet hâlinde verdikleri rapor ve görüşler arasında ortaya çıkan çelişkileri konu ile ilgili uzman üyelerin katılımıyla inceleyeceği ve kesin karara bağlayacağı düzenlenmiştir. 703 sayılı "Anayasada Yapılan Değişikliklere Uyum Sağlanması Amacıyla Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile anılan hükümler yürürlükten kaldırılmış olmakla birlikte, 15/07/2018 tarih ve 304794 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren, 4 No.lu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi'nin 2., 3. ve 16. maddelerinde yukarıda yer verilen hükümler aynı şekilde yeniden getirilmiştir.

Şimdi Danıştay tarafından temyiz incelemesi sırasında verilen ve en çok karşılaşılan bozma nedenlerinden bir kaçına değinmek istiyorum.

1.Hekimlerin ceza yargılaması bağlamında kişisel kusurlarının olup olmadığına ilişkin olarak düzenlenen Adli Tıp Kurumu raporlarının idari yargıda doğrudan hükme esas alınıp alınamayacağı konusu. Ceza yargılaması sırasında alınan Adli Tıp Kurumu raporlarının, hekimlerin görevi kötüye kullanma suçunu işleyip işlemedikleri hususunda alındığı, böylece Adli Tıp Kurumunca yapılan değerlendirmenin salt hekimlerin kusurunun bulunup bulunmadığı yönünde olduğu, idarenin tüm tanı ve tedavi sürecine ilişkin hizmet kusurunun bulunup bulunmadığının irdelenmediği, sonuç olarak idarenin hizmet kusurunun varlığı ya da yokluğunun tespitini yapmaktan öte hekimlerin ceza yargılaması bağlamında, kişisel kusurlarının olup olmadığına ilişkin olduğu anlaşıldığından idare mahkemesi tarafından ayrıca bir rapor alınarak karar verilmek üzere bozma kararı verilmiştir.

2.Hasta dosyası ve kayıtları tamamen incelenmeden karar verilip verilemeyeceği konusu: Hastaya uygulanan tanı ve tedaviye ilişkin hasta kayıtlarının tamamı ile hasta dosyasının temin edilmeksizin sadece tedavi sürecinde bulunan hekimler hakkında alınan raporun hükme esas alındığı, söz konusu raporun idarenin hizmet kusurunun bulunup bulunmadığı yönünde bir değerlendirme yapmaktan uzak olduğu görüldüğünden karar bozulmuştur.

3.Konuyla ilgili uzman hekimlerin katılımı sağlanmadan alınan rapora itibar edilemeyeceği, bu raporların esas alındığı kararların bozulduğu görülmektedir.

4.Raporda davanın temelini oluşturan iddialar bakımından tıbbi ve tatmin edici bir açıklama yapılmaması hali: Rapor taraf iddialarını tam karşılaması gerekmektedir. Gerek davacı tarafın gerekse davalı idare ve müdahilin iddialarının karşılanmadığı raporların olayı aydınlatmada yeterli görülmeyerek, yeniden rapor alınmak üzere karar bozulmuştur.

5.Ceza soruşturması sırasında Adli Tıp İhtisas Kurulları ya da başkaca sağlık merkezlerinden alınan rapor ile idare mahkemesince alınan rapor arasında çelişki bulunması halinde Adli Tıp Üst Kurulundan rapor alınması gerekmektedir.

Gelecek sorular olursa bunlara da ayrıca cevap vermek üzere konuşmamı şimdilik burada bitirmek istiyorum. Beni sabırla dinlediğiniz için tüm katılımcılara teşekkür ediyorum.

Mahmut KOCA (Moderatör):
Yılmaz Bey'e çok teşekkür ediyoruz. Bize Danıştay kararları çerçevesinde konuya nasıl yaklaştıklarını ortaya koydular.

Şimdi gayet güzel bir zamanımız var, yalnız bu zamanımızın 15 dakikasını aradan çalacağız. Dolayısıyla çay molasını 15 dakikaya indirmiş oluyoruz müsadenizle. Çünkü önemli bir konu, birçoğunuzun aklında sorular vardır. Ama ben tüm bu konuşmaları özetleyerek bir 2-3 dakikanızı alacağım. Ondan sonra da sizlerin sorusuna geçeceğiz.

Esasen bu oturumda bir hekimin tıbbi müdahaleden sorumlu tutulmasının şartlarını konuştuk. Bir hekim hastasına yaptığı tıbbi müdahaleden hangi koşullarda sorumlu tutulabilir? Tersinden sorarsak; bir hekimin tıbbi müdahalesinin hukuka uygunluğunun şartları nelerdir? Bunlar hukukçuların hepsinin bildiği konulardır.

İlk koşul; hastanın rızasıdır. Bir hekimin tıbbi müdahalesinin hukuka uygun olabilmesi için hastanın rızası gerekir, bu en önemli koşuldur. Hatta mevzuatta bu rızanın "aydınlatılmış onam" şeklinde verilmesi de aranmaktadır. Bu şekilde elde edilmiş rıza alınmadan bir hastaya müdahale edildiğinde, bunun hukuka aykırı olduğu açıktır.

İkinci koşul; bir tıbbi endikasyonun bulunmasıdır. Bir tıbbi müdahalenin hukuka uygun olması için bir endikasyon üzerine, iyileştirme amacıyla, tedavi etmek amacıyla bir müdahale yapmamız gerekmektedir. Tıbbi deney veya tedaviye tabi tutmak, hukukun izin verdiği ölçülerde mümkündür, ama bunun dışında bir hastayı tıbbi denek olarak kullanmak kabul edilmemektedir. Kural olarak tıbbi müdahalenin endikasyon üzerine ve iyileştirmek amacıyla yapılması gerekir. Bununla birlikte hukuk sistemimizde kanuni düzenlemelerle endikasyon olmasa da tıbbi müdahale teşkil eden birtakım müdahalelere izin verildiğini belirtmek gerekir. Örneğin erkek çocukların sünnet edilmesi, estetik cerrahiler, kan almak gibi birtakım tıbbi müdahalelere, iyileştirme amacı olmasa da kanunun izin verdiği görülmektedir. Kanunun verdiği izin bu müdahaleleri hukuka uygun hale getirmektedir.

Üçüncü koşul ise, yapılan müdahalenin o günkü tıp biliminin gelişmişlik düzeyine uygun bir müdahale olmasıdır. Hastanın rızasının bulunması ve endikasyonun varlığı müdahaleyi hukuka uygun hale getirmeye yeterli değildir. Yani hasta rıza verdi diye ona her türlü tıbbi müdahale yapılamaz. Yapılan tıbbi müdahalenin tıp biliminin verilerine uygun bir müdahale olması da gerekir. Hekimin yaptığı tıbbi müdahale, ilgili tıp bilim dalının gelişmişlik düzeyine uygunsa sorumluluk söz konusu olmaz. Örneğin bir kalp ameliyatı, bugün geçerli olan bilimsel teşhis ve tedavi yöntemlerine uygun olarak yapılmışsa, hasta bu ameliyatın sonunda iyileşmezse ve hatta hayatını kaybetse de, tıbbi müdahale günün koşullarına göre gerçekleştiğinden hekimin sorumluluğundan söz edilemez. Rıza üzerine yapılmış, endikasyon var ve hekimin müdahalesi o günkü tıp biliminin gelişmişlik düzeyine uygun bir müdahale. İşte bu koşulların gerçekleşmesi halinde hastanın ölmesinden ya da sağlığının daha da kötüleşmesinden hekimi sorumlu tutamayız. Çünkü hekimin müdahalesi hukuka uygun bir müdahale olarak karşımıza çıkıyor. Hekimin hastayı iyileştirme yükümlülüğü yoktur. Hekimin hastaya iyileştirmek amacıyla biraz önce bahsettiğim gibi o günkü tıp biliminin gelişmişlik düzeyine uygun müdahalede bulunma yükümlülüğü vardır. Bu müdahaleyi yaptığınızda iyileşir ya da iyileşmez. Onu hekim yüklenmiş olmaz.

İşte burada karşımıza çıkan husus, konunun bilirkişiyle de bağlantısı, bu müdahalenin o günkü tıp biliminin gelişmişlik düzeyine uygun bir müdahale olup olmadığının belirlenmesidir. Burada tıbbi müdahalede özen yükümlülüğü, güven prensibi karşımıza çıkıyor, Adli tıp bilimi de olaya burada müdahil oluyor. Çünkü hekimin müdahalesinin o günkü tıp biliminin gelişmişlik düzeyine göre yapılan bir müdahale olup olmadığını hukukçular, hâkim ve savcılar tespit edemez, bunun konunun uzmanı olan bir hekime sorulması gerekiyor. Dolayısıyla bu soruyu cevaplandıracak müesseselerimiz var, adli tıp kurumu ve üniversitelerin adli tıp bilim dalları var. Konunun uzmanı olan kişi veya kurumların somut olayda hekimin yaptığı müdahalenin standartlara uygun olup olmadığını değerlendirmesi gerekmektedir. Uzman hekim veya kurumların değerlendirmesi yapılan müdahalenin özene uygun yapılıp yapılmadığının belirlenmesiyle sınırlı olmalıdır. Örneğin bilirkişilerin kalp hastalığının bugünkü tıp biliminin verilerine göre teşhis ve tedavisinde kullanılan yöntemlerin ne olduğunu belirtmeleri ve somut olayda da hekimin belirlenen teşhis ve tedaviye uygun hareket edip etmediğini belirlemesi gerekir. Uygun hareket edilmemişse standart olandan sapmanın hangi noktalarda olduğu, teşhis ve tedavi sürecinde ortaya çıkan eksikliklerin neler olduğu gösterilmelidir. Bilirkişinin yapacağı tespit bu kadardır.

Tüm bu bilgilerin gönderildiği hâkim veya savcı, bu bilgilere göre bir değerlendirme yapacaktır. İşte burada hekimin bilirkişi tarafından tespit edilen özensiz davranışı nedeniyle kusurlu olup olmadığı hekimin içinde bulunduğu şartlar da göz önünde bulundurulmak suretiyle hakim tarafından belirlenecektir. Hakim, örneğin hekimin çalışma şartlarını göz önünde bulunduracak kusurunu belirlerken, tüm bunlara göre sorumluluğunu tayin edecektir. Bilirkişinin buradaki görevi, tıbbi müdahalenin o günkü tıp biliminin koşullarına uygun olup olmadığını, hastalığın teşhis ve tedavisinde o tıp biliminin istediği özenin, ameliyatı yapan ortalama bir hekimin göstermesi gereken özenin gösterilip gösterilmediğinin belirlenmesidir. Şimdi güven prensibi de burada devreye giriyor. Yani özellikle ekip halinde yapılan ameliyatlarda, birlikte yapılan faaliyetlerde, insanlar birlikte iş yaptıkları kişilerin hukuka uygun davrandıklarına, bu işi yapmaya yetenekli olduklarına güvenmek zorundadırlar. Ama bunun önemli bir istisnası var, Muhammed bey de ona değindi. Ekip arkadaşlarınızı seçmede gerekli özeni göstermeniz lazım. Ekip arkadaşlarınızı seçmede gerekli özeni göstermezseniz başhekim (ekip sorumlusu) olarak bu takdirde gene sizin bir hukuki sorumluluğunuz karşımıza çıkabiliyor.

Bu itibarla şöyle bir yanılgı var; "hukuk hekimleri çok sıkıştırıyor, hukuk hekimleri her halükarda sorumlu tutuyor". Hayır. Hekimin bir hatası olmadığı takdirde ve bu hatanın yine bir hekim tarafından hukukçuya bildirilmediği takdirde, hukuk hiç kimseyi hukuka uygun davranışından sorumlu tutmaz arkadaşlar. Sorumluluk için bir hukuka aykırı davranışın olması gerekir. Hem hukuka aykırı davranalım ama yine de sorumlu tutulmayalım diyorsanız böyle bir hukuk düzeni de olmaz. Yani bir hukuk düzeninde herkesin fiilleri hukuka uygun olmalı. Hukuka aykırı ise bunun bir şekilde sorumluluğu olmalı, az ya da çok, hukuki ya da cezai. Ama bir şekilde hukuk, bu hukuka aykırılığa tepki vermek zorundadır. Yani bir hukuka aykırılık olmasına rağmen bir hukuk düzeninde tepki görmüyor tasvip görüyorsa, o zaman orada bir hukuk devletinden, hukuk toplumdan söz edemeyiz. Bir hukuk toplumunda hukuka aykırılık müsamaha göremez, hukuka aykırılığın mazereti de olamaz. O yüzden dengede gitmemiz gerekiyor. Yani hekimlerimizi her şekilde sorumlu tutmuyoruz. Hukuka aykırı davrandıklarında sorumlulukları doğuyor. Tıbbi teşhis veya tedavide bir hata yaptıklarında sorumlu tutuluyorlar. Bu tıbbi hatanın olup olmadığını da yine bir tıp biliminin uzmanı

söylüyor. Hukukçuların bir tıbbi müdahalede hata yapılıp yapılmadığını belirlemeye uzmanlıkları ve bilgileri yeterli değildir.

Bu oturumda yapılan hukuki değerlendirmelerle ilgili olarak da tartışmalı çok konular bulunmaktadır. Zaman darlığı nedeniyle bunların detaylarına girmek mümkün değildir. Bununla birlikte şunu belirtmek gerekir ki, şayet bir hastanın ölümünde hekimin bir özensizliği, tıbbi bir hatası söz konusu ise bu ölümden sorumlu tutulması gerekir. Örneğin şöyle bir olay oluyor; bir trafik kazası, yoldan geçerken yaşlı bir şahsa araba çarpıyor. Bunun üzerine kazazede hastaneye acil servise getiriliyor. Acil serviste görevli hekim, yürür vaziyette ve bilinci açık şekilde acile gelen şahsı 4-5 saat müşahade odasında tuttuktan sonra hastaya "bir şeyin var mı, nasıl hissediyorsun?" diye soruyor. Hasta da "bir şeyim yok, iyiyim" şeklinde cevap veriyor. Bunun üzerine hasta taburcu edilerek evine gönderiliyor. Hasta evinde 3-4 saat sonra fenalaşıyor, kusmaya başlıyor. Bunun üzerine tekrar hastaneye kaldırılıyor, ancak hastanede bilinci kapanıyor ve ölüyor. Şimdi bu olayda acilde görevli hekimin hastanın ölümünden ceza sorumluluğu var mıdır, varsa hangi suçtan dolayı olacaktır?

Bu soruya cevap vermek için yapacağımız şey çok basit. Kriterleri olaya uygulamak gerekir. Acaba acil hekimi bu konuda yapması gerekeni yapmış mı? Bu konuda bir hatası var mı? Şimdi baktığımız zaman, böyle bir durumda öncelikle hastanın en az 24 saat müşahede altında tutulması gerekirken bu kurala uyulmadığı görülmektedir. İkincisi şayet önünüze gelen hastaya müdahale etmek için gerekli bilgi, tecrübe ve uzmanlığınız bulunmuyorsa ya da hastane teknik donanım olarak bu hastanın tedavisi için gerekli imkandan yoksun ise hastayı derhal bu eksikliklerin olmadığı bir sağlık kuruluşuna sevk etmek gerekir. Örneğin kaza yapmış bir yaralı geldiğinde, şayet acil serviste hastada kemik kırığını veya beyin kanamasını tespit edebilecek teknik donanım bulunmuyorsa, hastanın derhal ilgili ihtisas alanına sahip, bu işe bakan bir hastaneye sevk etmek gerekir. Bunu yapılmamış olması da önemli bir hata oluşturmaktadır. Kendisine araba çarpmış yaşlı bir şahsın röntgeni çekilmeden, iç kanamasının, kemik kırıklarının bulunup bulunmadığı araştırılmadan evine gönderilmesi önemli bir eksikliktir. Bunlar yapılmadığı için hasta kemik kırıkları nedeniyle iç kanamadan ölmüştür.

Şimdi burada hekimin hakikaten taksirli bir davranışı var. Zira kendisine yüklenen dikkat ve özen yükümlülüğünü yerine getirmemiştir. Bunu kasten yaptığını söylemiyoruz ama burada bir taksirli davranışı vardır. Dikkat ve özen yükümlülüğüne uygun davranmamıştır. Peki bu hekimi hangi suçtan sorumlu tutacağız? Şimdi bundan sonrası hukuki değerlendirmeyi gerektirmektedir. Hekimin bu fiilinin hangi suçu oluşturduğunu hukukçular tartışacaktır. Biz bu fiilin ne şekilde nitelendirileceğini Ahmet beyle, Yılmaz beyle, Sayın Eyup beylerle tartışacağız. Hekim görevi kötüye kullanma suçundan mı, taksirle ölüme sebebiyet vermekten mi sorumlu tutulacaktır? Bu sorumluluğun temelini hekimin hatalı davranışının, yani böyle bir durumda bulunan hastaya tıp biliminin istediği kriterlere uygun müdahalede bulunmamasının oluşturduğunu tekrar vurgulamak gerekir. Tabi burada eğer biz hekimin bir özensizliğinden bahsediyorsak, özene aykırı bir davranışının varlığından bahsediyorsak ve bu özene aykırı davranışı sonucunda da bir insan ölmüşse, şu faraziyeye binaen sorumluluktan kurtulma yoluna gidemeyiz: "Hekim gerekli müdahaleyi yapsaydı da hasta zaten ölecekti." Bunu diyemiyoruz. Zira olayda özenli bir hekimin yapması gereken davranışların yapılmaması ve bununla bağlantılı olarak bir ölümün meydana geldiği tespiti var.

Hekimin taksirli davranması nedeniyle bir ölüm meydana gelmektedir. Kanaatimce de bu tür olaylarda hekimin ceza sorumluluğu ihmali davranışla görevi kullanma suçundan (TCK m. 257, f. 2) değil, taksirle ölüme neden olma suçundan (TCK m. 85, f. 1) dolayı olmalıdır. Zira görevi kötüye kullanma suçu ancak kasten işlenebilen bir suçtur. Bu suçun ihmali davranışla işlenme şekli de ancak kasten işlenebilir. Hekim, hastaya tıbbi müdahaleyi kasten yapmamalıdır. Halbuki taksirle öldürme suçunda hekim tıbbi müdahale konusunda özensiz davranmakta veya özenli bir davranışta bulunmayı bilmeyerek ihmal etmektedir. Bu nedenle kaza yapan hastanın röntgenini veya MR'ını çekmeyen, hastanın iyi olduğunu söylemesine güvenerek tıbbi gereklilikleri ihmal eden kişi özensiz davranmaktadır. Bu nedenle bu tür davranışlarda bulunan hekimlerin hasta ölmüşse taksirle ölüme sebebiyet vermekten dolayı ölmüşse sorumlu tutulması gerektiği kanaatindeyim.

Çok teşekkür ediyorum. Sorularınız varsa bir 15 dakikalık süremiz var. Soruyu soranın adını ve soyadını, hangi konuşmacıya yöneltmek istediğini belirtmesi gerekmektedir Buyurun sizden başlayalım lütfen.

Selçuk DAŞDEMİR (Dinleyici) :
Ben izninizle size sormak istiyorum. Hekimler tabi ki bu kadar da uygun olmayan davranışlarından ve başka bir hekim arkadaş tarafından bu belirtildiğinden bir cezai sorumluluğu oluyor. Bunun aynısı hukukçular için de oluyor mu diye ben merak ettim. Sadece merakımdan soruyorum. Mesela bir hukukçu yanlış bir karar verdiği zaman ve başka bir hukukçu da bunun yanlış olduğunu belirttiği zaman böyle büyük meblağlarda tazminatlar ödüyor mu? Ödemiyorsa neden, ödüyorsa doğru mu? Diye fikrinizi sormak istedim.

Mahmut KOCA (Moderatör):
Teşekkür ederiz.

Şöyle bir farkımız var, bizim hatamız insan öldürmüyor. Yani bizim hatalarımız insanın yaşam veya vücut dokunulmazlığı haklarını ihlal etmiyor ama insana zarar veriyor hiç kuşkusuz. Bir hukukçu, bir avukat, bir hâkim, bir savcı hatalı karar veriyorsa bu kararları zaten daha üst adli mercilerce düzeltiliyor. Bunları giderecek yolları var.

Diğer taraftan eğer bir hâkim, bir savcı kasten bir insanın aleyhine karar veriyorsa bu elbette sorumluluğunu gerektiriyor. Yani dolayısıyla hukukta, bir hukuk düzeninde kimse "bir hata yapayım ama bundan sorumlu tutulmayım" diye bir talepte bulunamaz, böyle bir lüksü olamaz. Bunun adı hukukçu da olsa öyledir, tıpçı da olsa öyledir, ne olursa olsun yani hepimiz burada mutabık kalmak zorundayız.

Yani meslekleri yarıştırmayalım sorumluluk konusunda. Çünkü hukuk kuralları objektiftir. Hukuk normları kendisine uyulmasını istiyor. "Kurallarım şunlar, bunlara uygun davrandığınızda başınıza bir iş gelmez" diyor. Herkes için geçerli

İsmail KASALAK (Dinleyici) :
Soruya katkı yapmak bâbında… Kendimi tanıtayım önce, Bursa 1. Ticaret Mahkemesi Başkanıyım.

Taksirle yaralama ya da taksirle öldürme yasal olarak düzenlenmiş bir müessese. Fakat bir hâkimin nasıl insana zarar verebileceği sorusu akla geldiğinde, belki yanlış ihmali bir kararla açıklanmasına neden olabilir. Fakat hürriyeti tahdit suçu kasten işlenebilen suçlardan olduğu için taksirle işlenen böyle bir suçtan dolayı bir hakimin cezai sorumluluğu yok. Ancak kasten işlediği ve görevi ihmal niteliğinde olan suçlardan dolayı zaten sorumluluğu var. Yalnız bu işin hekim tarafından da bakmak lazım. Hekimler aslında sırtında çanta içerisinde bir bomba ile yaşıyorlar. Ne zaman bu bombanın patlayacağı da belli değil.

Ben özel hastaneler kısmına değinmek istiyorum. Çünkü kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin sorumluluğu da öncelikle sorumluluk tazminat sorumluluğu, idare aleyhine açılan davalarda söz konusu oluyor. İdare belki hekimin ve olayın durumuna göre rücuyu değerlendirip değerlendirmeyeceğine kendisi karar veriyor. Fakat özel hastanelerde asıl sözleşme hastane ile yapılıyor, hekim ifa yardımcısı konumunda. Hekimin sorumluluğuna girilebilmesi için haksız fiil niteliğinde bir iddiada bulunulması gerekir ki çoğu davada bu iddiada bulunuluyor.

Ben şöyle bir konunun olması gerektiğini düşünüyorum özel hastanelerde çalışanlar yönünden de; ifa yardımcısı eğer işin içerisinde haksız fiil iddiası da varsa öncelikle sorumluluğun sözleşmenin karşı tarafı olan hastaneye karşı yönlendirilmesi kanaatindeyim. Bu hekimleri bir nebze olsun yaptıkları işlerde daha da rahatlatacaktır. Bizler hukuk prensipleri çerçevesinde, yasal mevzuatlara göre karar vermek zorundayız. Şu anki hukuk düzeni hekimleri de bu davalarda taraf olmasını gerektiriyor.

Bir hâkim, mesleki sorumluluğu gerektiren bir davayla muhatap olmuyor. Öncelikle Adalet Bakanlığı'na dava açılıyor. Eğer rücu koşulları olmuşsa hâkime bu rücu gerçekleştiriliyor. Bu bize bir koruma sağlıyor. Nasıl koruma sağlıyor? Bağımsız yargılama yapabilmemiz için. Her an davayla muhatap olabileceğimizi düşündüğümüz zaman sağlıklı karar vermemiz mümkün değil.

Aynı şey hekimler için de geçerli. Bir operasyona giren hekim 15 saat boyunca operasyon yönetmiş, 20 saat boyunca operasyon yönetmiş. 20. saate kadar her şey mükemmel fakat o da bir insan. Hepimiz hata yapıyoruz sonuç olarak ama hekimler de bir insan. 20.saatte hata yapmış. İstemez ki bir hekim hata yaparak hastasını kaybetmeyi ya da zarar vermeyi. Dolayısıyla bunun bence özel düzenlemeyle, ifa yardımcısının haksız fiilden dolayı sorumluluğu.

Mahmut KOCA (Moderatör):
Son yapılan düzenlemede bir koruma geldi.

İsmail KASALAK (Dinleyici) :
Ama özel hastanelerde çalışanlar…

Mahmut KOCA (Moderatör):
Onlar da kapsam dâhilinde.

İsmail KASALAK (Dinleyici) :
Ama şöyle özel hastanelerde çalışanlar hala davalarla muhataplar. Ama gerekçesi şu; niteliği haksız fiil iddiası varsa, ifa yardımcısı da o haksız fiil niteliğindeki eyleminden sorumlu olduğu için davalarda muhatap. Ben kamuda çalışan doktorlar gibi özel hastanelerde çalışan doktorların da aynı koruma kalkanı olmasını düşünüyorum. Çevremde meslektaşlarımız var, çocukları tıp fakültesinde okuyor. Başkanımız da arz etti, hiç kimse cerrah olmak istemiyor. Anestezi uzmanı olmak istiyorlar, cildiye uzmanı olmak istiyorlar. Sorumluluğun daha az olduğu düşünülen mesleklere gitmek istiyorlar. Bir kalp krizi geçirildiğinde ya da beyin kanaması geçirildiğinde ileride bir cerrah bulamayacağız.

Mahmut KOCA (Moderatör):
Bunu kabul ediyorum hiç kuşkusuz. Hatta şunu söylüyorum; hekimlerimizin ülkeden gitmemeleri için ne isteniliyorsa yapılması gerekir. Bu çocuklar kolay yetişmiyorlar. Bunların yetişmesi için büyük bir emek ve maddi kaynak harcanıyor. Bunca emek ve masraf yaparak yetiştirdiğimiz hekimleri başka ülkeler kapıyor, bu kabul edilebilir bir şey değil. Yani tüm koşullar zorlanmalı ve devlet bu yetişmiş insanları burada tutmalıdır, bunda hiç şüphe yok.

Ama şunu söyleyelim; burada bir yanlış algının olduğunu düşünüyorum. Hekimleri sanki hukuk sıkıştırıyor çok fazla tazminatla şununla bununla, hekimler bu mesleği yapamaz hale geliyorlar gibi bir algı var. Sağlık Bakanlığının çabalarıyla yapılan son yasal düzenlemelerle hekimlerin tıbbi hatadan dolayı doğrudan sorumluluğu yoluna gidilememektedir. Şayet hekimler, hakimler gibi görevlerini kasten kötüye kullanır iseler devlet ödediği tazminattan dolayı doktora rücu edebilmektedir. Hekimin tıbbi müdahalede hatasının bulunup bulunmadığının belirlenmesi usulü bakımından, özel hastanede çalışan hekimle kamuda çalışan hekim arasında bir ayrım bulunmuyor. İster özel ister kamuda çalışsın, hekimler hakkında tıbbi hatadan dolayı ceza davası açılabilmesi için özel oluşturulan bir kurulun izin vermesi gerekmektedir. Burada özel ve kamu ayrımı yapılmadı, hepsiyle ilgili bir düzenleme geldi diye düşünüyorum.

İsmail KASALAK (Dinleyici) :
Yalnız haksız fiil niteliğinde olan ifa yardımcısı eylemlerinde hala tüketici mahkemelerinde açılan davalar devam ediyor. Bunun önünde bir yasal engel yok.

Şunu anlatmaya çalışıyorum; bir hekim ne kadar başarılı ise, özel hastaneye katkısı / getirdiği meblağ ne kadar yüksek ise özel hastane bunu görebilir. Hekimini koruyabilir. Özel hastane muhatap olarak buna cevap verebilir. Hekimin hiçbir hukuki sorumluluğu olmaması demiyoruz. Rücu etmeyi özel hastane kendisi karar versin. Çok ilginç raporlar geliyor, çünkü sistem vicdani olarak kendi içerisinde kendisini koruma altına almaya çalışıyor.

Bir örneğini vereceğim; 3'lü bir heyetten çıkan bir rapordan bahsedeyim. Liposuction işlemi sırasında hastanın bağırsağı delinmiş. Rapor almaya gerek var mı sizce? Bence gerek yok. Çünkü Liposuction ile bağırsağın delinmesi arasında bir illiyet nasıl kurulabilir? Burada ciddi bir problem olduğu, bir hata olduğu açıkça belli. Fakat gelen rapor komplikasyon. Yani sistem kendi içerisinde bunu denetlerken, vicdani rahatlama sağlarken aslında hastanenin de tazminat sorumluluğunu burada vatandaş yönünden bertaraf etmiş oluyoruz.

Mahmut KOCA (Moderatör):
Çok teşekkür ederiz, vaktimiz çok daraldı. 2-3 soru daha. Lütfen sorumuzu direkt yöneltelim ve cevap isteyelim buyurun.

Serhat GÜRPINAR (Dinleyici):
Doktor Serhat GÜRPINAR. Süleyman DEMİREL Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı.

Ben yüksek mahkeme temsilcilerinin samimi ve çok şeffafça kendilerini ortaya koymalarına çok teşekkür ediyorum. Şeref verdiniz gerçekten de bilgilendirdiniz. Ben bu Hâkim Bey'in de dediği gibi özel sağlık kuruluşlarında çalışanların aslında Sağlık Bakanlığının kontrolü aslında, yetkisi altında ve onların devamlı da il sağlık müdürlükleri tarafından kontrolü altında çalışan kamu görevlileri kapsamında yani hiçbir sağlık görevlisi Sağlık Bakanlığının kontrolü dışında çalışmıyor. Bunu özellikle vurgulamak istiyorum. Burada bahsedilen kanunlara da ilişkin olarak onların da bir kamu görevlisi olduğu görüşündeyim ben.

Hemen soruma geçeceğim. Şimdi örneğin nedensellik bağını da bilirkişiye sormak lazım diye düşünüyorum ben çünkü hani oradaki akışta buna karar verecek o. Ben sadece daha önceki kararlarda da var, Yargıtay kararlarını tabi siz daha iyi biliyorsunuz, kusurlu davranış olmasaydı dahi böyle bir davranış, sonuç, netice olsaydı doktorun bundan taksirle ölüme yol açmaktan değil görevi ihmalden yargılanmasına dair kararlar var. Ancak sanki bilirkişi raporlarında bu nedensellik bağı üzerine kurulmadığı zaman ki Sayın Ahmet ER buna biraz değinerek geçti o nedenle kendisine bunu soruyorum, bilirkişi raporunda nedensellik bağı özensiz davranışla netice arasında kurulmadıysa hâkim bunu sormalı değil mi? Bakın siz bir özensizlikten bahsediyorsunuz, mahkeme buna kusur diyor. Ancak neticeyi doğrudan etkileyip etkilemediğini siz belirtmemişsiniz çünkü böyle çok rapor var biliyorsunuz. Bunu özellikle mahkemenin sorması gerekli değil mi?

Hemen Yılmaz AKÇİL Bey'e de sorayım. Enjeksiyon nöropatilerinde aslında biz bunu komplikasyon olarak kabul ediyoruz. Ancak özellikle anatomik pozisyona uygun yapılmadıysa enjeksiyon, tamam. Ancak bunu biliyorsunuz ki bizler komplikasyon olarak kabul ediyoruz ama aydınlatılmış onam yokluğundan dolayı mı tazminata hükmediyorsunuz?
Bu sorum var.

Teşekkür ederim.

Ahmet ER (Konuşmacı):
Şimdi ben kendi dairemiz açısından yani taksirli suçlar anlamında yine söz alayım.

Kusur ve illiyet bağını kesinlikle tıp bilirkişisinden soruyoruz. Bizim tıp bilirkişilerimiz Adli Tıp Kurumu, ayrıca üniversitelerdeki ilgili branşlarından oluşan bilirkişi kurulu ve aynı zamanda eğitim hastanelerinden mutlaka kusur ve illiyet bağı soruluyor. Zaten kusursuz olursa sıkıntı yok. Çok net anlatıyorum öyle lafı dolandırmayacağım, bilimsele girmeyeceğim. Kusurlu ama illiyet bağı yoksa kesinlikle yine bir cezalandırma söz konusu değil. Ama biraz önce hocamın dediği o büyük arter yaralanmasında diyor ki bunları bunları yapsaydı da ölecekti veya illiyet bağı kurulamıyor veya illiyet bağı şüphesi var kurulamıyor anlamında geldiği anda, o yapılan eksiklikle biz artık 85 yani taksirle yaralama/ölüme gitmiyoruz. Biz artık ihmal suretiyle görevi kötüye kullanmaya gidiyoruz. O nedir? Şunları şunları yapsaydı diyor ya illiyet bağı kurulamadığını belirlerken veya bunları bunları yapmalıydı dediği anda biz orada kamuda çalışanlar için 257/2'ye gidiyoruz. Niye? Yapılanlarda bir eksiklik var. Kusur var, illiyet bağı yok ama yapılanlarda bir eksiklik var. Bu raporlar da bilirkişiler tarafından veriliyor. Yani bir hâkimin genel hukuk bilgisiyle çözemeyeceği bir iş, tıbbi hata. Adli Tıp'tan alıyoruz, bilirkişiden alıyoruz ama mutlaka tıp bilirkişisine müracaat ediyoruz sayın katılımcılar bunu bilin.

Sayın Moderatörümüzün örnek verdiği bir olay var; pratisyen doktor ölümde arkadaşlar yani vücutta kırılmadık kemikler kalmamış. Bakın neler kırılmış; trafik kazasına bağlı 76 yaşında kaburga, kalça, kafatası, köprücük kemik kırıkları, iç organ yaralanması ve hasta yakınları omuzlarından ve ayaklarından tutarak götürüyor 3-5 saat sonra. Bu insan ölüyor. Serum takmış, röntgen çekmiş, röntgeni okuyamamış, evine göndermiş 3-5 saatte. Adli Tıp diyor ki tamam yapmalıydı bu bir eksikliktir, 24 saat de tutmalıydı ama bunlar yapılsaydı da ölecekti. Ben vurucu olsun diye söylüyorum. Bunlar yapılsaydı da ölecekti dediği anda yapmadıklarından dolayı sorumlu oluyor. Ceza Genel Kurulunun 2017 tarihli kararı bu. Peki, size söylüyorum, buradaki doktor arkadaşımız ne yapmış? Hiçbir şey yapmamış, yaptıklarında da eksiklik var.

O yüzden gerçekten katılıyorum cerrahi dallarda hoca kalmayacak, cerrahi dallarda doktor kalmayacak, risk olarak gerçekten çok önemli işler yapıyorsunuz ve riski çok fazla. Bir tane doktor hatası gelmişti beraate yönlendirdik. Her türlü MR çektiriyor, bel kısmına dalıyor ama gözle hiç görülmeyen arter damar denk gelip kesildi, biz buna komplikasyon dedik. İğne komplikasyonlarında da Adli Tıp, bilirkişiler tamamen komplikasyon diyor. 2 tane dosya geçti 11 yılda. Birisini ayakta vurdu, birisini tekerlekli sandalyede vurdu. Anında sinire denk geldiği tespit edildi. Bizim için söylüyorum, bunlara biz sorumlusun dedik. Onun haricinde bugüne kadar 11 yılda geçen enjeksiyonlarda demedik.

Diğer soruyu da Başkanım yanıtlar. Ama inanın illiyet bağı & kusur tamamen alınıyor ve kusur tarafımızdan belirleniyor. Bu kusuru hâkim belirleyecek, raporlar değil. Sadece kusuru anlatacak, asli kusur ve kusur olup olmadığı hâkim tarafından belirlenecek.

Mahmut KOCA (Moderatör):
Çok teşekkür ederiz Başkanım. Buyurun lütfen, arkaya söz verdik. Sonra size döneriz.

Haluk ÇOLAK (Dinleyici):
Ben Doktor Haluk ÇOLAK. Ankara Asliye Ceza Mahkemesi Hâkimiyim.

6 yıldır Ankara'da görev yapıyorum. Bize gelen davalar çok fazla tabi işin doğrudan doğruya mutfağındayız. Daha önce de Yargıtay 4. Ceza Dairesinde 6 sene savcı olarak görev yaptım, bu davaların tebligatını düzenledik. Şimdi hukuki boyutunu tabi biz biliyoruz. İlliyet bağı, cerrahi komplikasyon olursa Adli Tıptan görüş alıyoruz onlarda hiçbir problem yok.

Hocam ben şunu vurgulamak istiyorum; Ankara Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından doktorlar hakkında düzenlenen iddianamelerde. Özellikle görevi kötüye kullanmak ki o 257/2 anlamında söylüyorum, görevi kötüye kullanma suçları bir zarar suçu. Örneğin burada Sağlık Müdürlüğünün Ankara Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından iddianameler doktorlar

hakkında hastayı görmeden ilaç yazılması ve bazı birtakım görevi hukuka aykırılıklar nedeniyle görevi kötüye kullanmaktan 257/2'ye kadar davalar açılıyor. Şimdi ben bunlardan bazılarına ki bunun özgü suç olması ve görevi kötüye kullanma suçlarının zarar suçu olması sebebiyle ben bunlar hakkında beraat kararı verdim.

İkinci olarak da hocam şunu da vurgulamak isterim; Ankara üzerinden söylüyorum doktoru şikâyet suçları çok fazla. Şimdi inanır mısınız hafta içerisinde en az 2-3 tane doktoru şikâyet veya hakaret suçlarıyla karşı karşıya kalıyoruz. Tabi bu son çıkan temel sağlık hizmetleriyle ilgili yasayla cezanın bireyselleştirilmesi bakımından ek 12/2 ile bunlara erteleme yasağı geldi ama hükmün açıklanması/geri bırakılması bakımından bireyselleştirilmesinde sorun yaşanabiliyor.

Özellikle şunu vurgulamak isterim; illiyet bağı ve nedensellik bağını tabi ki biz hâkimler olarak değerlendiriyoruz fakat Sayın 12. Ceza Dairesi Başkanımızın ifade ettikleri gibi, biz özellikle yapılan cerrahi müdahalelerde Adli Tıptan görüş alıyoruz. Onun temel nedeni de şudur; yapılan cerrahi müdahalelerin kabul edilebilir risk içerisinde bir komplikasyon olup olmadığını biz hâkimler olarak belirleyemiyoruz. O konuda Adli Tıptan görüş alıyoruz ve bize gelen davaların çoğunda da eğer komplikasyon çerçevesinde ise dikkat ve özen yükümlülüğü bağlamında olmadığı için beraat veriyoruz.
Teşekkür ederim hocam.

Muhsin AYLİM (Dinleyici):
Muhsin AYLİM. İstanbul Ticaret Mahkemesi Başkanıyım.

Down sendromuyla doğan çocuklarla ilgili hukuki sorumluluğu konusunda açılan davalar vardı. Şöyle ki; gebelik takibi yapan hekimlerin, gebelik takibi sırasında gerekli tespiti yapmadığı veya çalıştığı kurumda bulunmayan ama başka yerde bulunabilen ileri tetkikleri içeren testleri önermedikleri, aydınlatma hükümlerini yerine getirmedikleri nedeniyle çocuk doğumundan sonra maddi ve manevi tazminat davaları açılıyor. Bölge adliye mahkemesinden geçen kararlar da oldu. Bu konuda ileri testlere yönlendirilmemiş olması nedeniyle hekimin sorumluluğu görülmüş ve maddi manevi tazminata hükmedilmiş.

Bizde de aynı şekilde dosyalar var. Adli Tıp Kurumundan rapor almak istediğimizde, dosyada taraf veya tanık olmayan hekimin ifadesinin alınması gerektiğinden bahisle dosya bize iade edildi. Ama hekimin ifadesini alamıyoruz. Bu dosyada da hastaneden gelen belgeler içerisinde bu konuda aydınlatılmış bir onam olmadığını gördük. Dosyamız bir açmazda. Bu konuda down sendromlu çocuğun takibi konusunda ileri derecede tetkiklerin önerilmemiş olması veya önerilse bile yine nasıl bir çözüm bulunabileceği ile ilgili Recep Hocam'dan bilgi almak isterim. Sayın Yılmaz Başkanım'dan da bu konuda önlerine bir dava geldi mi? Bu konuda maddi tazminata hükmedilebilir mi? Yani çocuk doğdu, gebelik sonlandırılmadığı için maddi tazminat hakkı var mıdır? Varsa bu tazminat talebi çocuğun şartlarında mı istenmeli, yoksa anne baba mı? Teşekkür ederim.

Mahmut KOCA (Moderatör):
Teşekkür ederiz. Son soru, bir soru daha Hocam buyurun lütfen. Çünkü bizim bir 4 konuşmacımız daha var, 12.30'da bitirmek zorundayız. Çay sürelerini 5 dakikaya düşürdüm arkadaşlar.

Gürol CANTÜRK (Dinleyici):
Doktor Gürol CANTÜRK. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı.

Ben Danıştay 10. Ceza Dairesi Başkanımıza sormak istiyorum. 1219 sayılı 70. madde, "Büyük ameliyeli cerrahiyeler için bu muvafakatin tahriri olması gerekir" diyor. Şimdi enjeksiyonu büyük cerrahi işlem olarak değerlendiremeyiz. Nasıl bundan yazılı onam bekliyorsunuz? Bizim bilmediğimiz bir mevzuat mı var? Ona mı dayanıyorsunuz? Teşekkür ederim.

Mahmut KOCA (Moderatör):
Teşekkür ederiz. Nezih Hocam buyurun lütfen. Nezih Hocam son soruyu yöneltelim.

Ahmet Nezih KÖK (Dinleyici):
Prof. Dr. Ahmet Nezih KÖK. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Erzurum.

Sayın Danıştay üyemize bir soru yönelteceğim. Gürol da bir ekleme yaptı onun üzerine sorayım dedim. Gerçekten insan hakları ve biyotıp sözleşmesi var, altına imza atmışız. Tüm işlemler standartlara uygun yapılır diyor ve bilgilendirilmiş rıza diyor sadece hastanın bilgilendirilmesi diyor. Kimin bu bilgilendirmeyi yapacağı ile ilgili detaylı bir bilgi yok. Hasta Hakları Yönetmeliğine bir geçiyoruz, burada kocaman bu işlem kim tarafından yapılacaksa onun tarafından bildirilir diyor. Şimdi bir uluslararası sözleşme hükümlerine bir yönetmelikle farklı bir yorum getirebilir miyiz? Acaba bunu iddia edebilir miyiz? Yine 1219 sayılı yasada da diyor; bu işlemlerde eğer yazılı tahrir alınmayacak olursa diyor idari para cezası verilir diyor. Yani hekime yöneltilmiş, sağlık mesleği mensubuna yöneltilmiş hiçbir sorumluluk yok. Bu gibi durumda hiçbir açmazda değiliz arkadaşlar.

Mahmut KOCA (Moderatör):
Teşekkür ederiz Sayın Hocam. Peki, size devrediyoruz, son soru çünkü çok daraldı vakit itibariyle.

Mehmet Akif İNANICI (Dinleyici):
Çok teşekkür ederim. Doktor Mehmet Akif İnanıcı. Marmara Üniversitesi Adli Tıp Anabilimdalı Öğretim üyesiyim.

Sayın başkanımın sorusunun devamı olarak down sendromu hakkında ben de bir soru sormak istiyorum. Özellikle Ahmet başkanıma. Bildiğim kadarıyla Yargıtay'ın bir hukuk dairesinin Down Sendromlu bir çocuk hakkında hekimin yaptırmış olduğu sigorta şirketine açılan bir davada, hekimin uygulama hatası var mı yok mu şeklinde bir bilirkişi değerlendirmesi yaptırmadan, almış olduğu çocuğun maluliyet oranı üzerinden bir tazminata hükmetmiş. Bu karara bahisle, şu anda Anabilim Dalımıza 7 adet maluliyet oranı hesaplaması istenmiş dosya bulunmaktadır. İlgili Mahkemelere ayrıntılı bir bilimsel mütalaa düzenledik. Özetle; "olayda tıbbi uygulama hatası değerlendirmesi yaptırılıp tıbbi hata var ve illiyet kuruluyor ise maluliyet oranı şudur, tıbbi hata yok ise maluliyet oranı hesaplamaya mahal bulunmamaktadır" şeklinde yanıtladık. Dolayısıyla bir bilirkişiden tıbbi uygulama hatası var mı yok mu sorusuna yanıt aranması gereklidir yanıtı verdik. Acaba bu yanıtımız uygun mudur bunu öğrenmek istiyorum.

Ayrıca şu soruyu da eklemek isterim. Enjeksiyon uygulamalarında yazılı rıza alma konusunda düşünceniz nedir? Teşekkürler.

Mahmut KOCA (Moderatör):
Biz teşekkür ederiz. Kıymetli konuşmacılarımız o kadar çok vaktimiz daraldı ki hatta hiç kalmadı. Birer dakika Yılmaz Bey'den başlayarak, birer dakika lütfen Yılmaz Bey.

Yılmaz AKÇİL (Konuşmacı):
Hâkimlere yargılama sırasında tanınan yasal güvencelerin hekimlere de hastaların tedavilerin esnasında tanınması çok iyi olacaktır. Doktorların işleri gerçekten çok zor. Hasta, hastane aciline karnım ağrıyor diye bağırarak geliyor. Acilde görevli hekimin çok hızlı bir şekilde teşhis koyması bekleniyor. Acaba iç kanaması mı var, apandisti mi patladı? Hemen müdahale edecek ve çözüm bulacak. Bu tür davalara bakan hâkimlere diyorum ki, gidin hastanelerin acillerinde biraz oturun, gözlemleyin. Bir hekimi mahkûm ederken veya bir hekim aleyhine tazminata hükmederken çalıştıkları ortamı görün. Hakikaten hekimlerin işleri çok zor. Bu konuda katılımcıların tespit ve değerlendirmelerine hak veriyorum.

Enjeksiyon nöropatisi konusundaki Hocamızın değerlendirmesi çok isabetli, "ağır bir cerrahi müdahale değilse yazılı rıza niye aranıyor" diyor. Ancak hukukta ispat çok önemlidir. Yani iddia eden iddiasını ispatla yükümlüdür, genel kural budur. Hasta tarafı diyor ki benim rızam alınmadı, bilgilendirme yapılmadı. Hekim de hasta tıbbi müdahale konusunda aydınlatıldı, bilgilendirildi ve bunun sonucunda razı olarak tıbbi müdahale yapıldı diyor. Şimdi bu halde hekimin iddiasını ispatlaması gerekiyor. Bu konuda Danıştay içtihatları ile orta bir yol bulunmuş. Aydınlatılmış onam eksikliği halinde maddi tazminat verilmiyor, sadece manevi tazminat ödeniyor. İlgili kişi enjeksiyon yaptırmış, basit bir müdahale, ancak siyatik sinire rastlamış ve düşük ayak sendromu oluşmuş, %30 fonksiyon kaybı var. Bu halde makul bir rakam manevi tazminat olarak ödenmektedir.

Down sendromu ile ilgili ne yazık ki açılan çok dava var, özellikle tazminat davaları çok. Bazı hamile anneler diyor ki, ne olursa olsun doğurmak istiyorum, her türlü sonuca razıyım. Bazıları da durumu bilseydik down sendromlu bir bebeği doğurmazdık. Bundan dolayı yargılama esnasında bilgilendirmenin mutlaka hamileliğin ilk haftalarında yapılmasını arıyoruz. Hamileliğin belli dönemleri var, o dönemlerde yapılacak testleri önemsiyoruz. Eğer hamile anne zamanında doktora kontrol için gitmiş, bu testler de yapılmamışsa hem maddi hem manevi tazminata hükmediyoruz. Öte yandan hamile belli dönemlerde kontrole gitmemiş, sonradan durum ortaya çıkmış, kürtaj yasağı dönemine girmiş ise tazminata hükmedilmemekte. Bu durumda sorumluluk anne ve babaya ait olmaktadır.

Teşekkür ediyorum.

Ahmet ER (Konuşmacı):
Down sendromlu hasta bize hiç gelmedi ceza anlamında fakat duyduğum kadarıyla yanlış hatırlamıyorsam 11 Dairesi 1,5 milyon liralık bir tazminat verdi. Hocamın dediği gibi hatayla alakalı değil. Onu nasıl telafi ettiler, kararı görmediğim için yani nasıl anlattılar da o 1,5 milyon lirayı verdiler bilmiyorum. Ama bu konuda kadın doğumcuların müthiş bir tepkisi var, sıkıntısı var. Ticaret mahkemeleri ne yapar, bundan sonra ticaret dairesi bunun nasıl altından kalkar bilemiyorum.

Ben kadın doğumcuların bir seminerine gittim bu konuyla ilgili olarak. Gitmeden önce de sosyal medyalarına baktım. Bir afiş var arkadaşlar. Başında avukat yok, ama bir avukatlar var. Bizi arayın bu telefondan, down sendromluları arıyorlar buluyorlar, down sendromlu çocuğunuz varsa gelin size milyon liralık tazminat alacağız diye. Bu acı bir şey. Yani biz taraflar birbirimizi anlamamız lazım. Rahmetli Veysel BAŞPINAR Hoca Karadeniz'de tıp fakültesinde seminer verirken işte mahkeme kararı karnında makas unutulmuş, işte buna tazminat verilir. Bir tane hoca kalkmış, " hocam ondan bir şey olmaz" demiş. Yani taraflar birbirini anlayacak veya bir seminerde bir profesör dedi ki TV kanalında amniyotik bant diye geçmiş, amniyotik bant geçince eyvah demişler rahimde bant unutuldu. Hâlbuki rahimdeki bir organ, bir ek parçacığı. Hemen aileyi bulmuş avukatlar, aynı bu down sendromundaki gibi, aileyi bulmuşlar size milyon alacağız bant unutuldu deyin demişler.

Yani taraflar birbirini anlayacaklar, iki tarafta da sıkıntı var. Ama bu işin çözümü de bizde. Ama inanın bakın ben Danıştayı da söylüyorum, kendi dairemi söylüyorum, hukuk dairelerini de, inanın riskin ne kadar fazla olduğunu biliyoruz. Dolayısıyla elden geldiğince ceza verilmemesine çalışıyoruz veya beraate hükmedilmesine veya paraya çevrilmesine çalışıyoruz. Hatta ben size söyleyeyim biz 12.000 iş çıkarıyoruz yılda, bu 12.000 tane işin 500 tanesi bile değil doktor hatası. Onun da 250 tanesi beraatle sonuçlanıyor. Sıkıntı bizlerde değil. Tazminatta bir sıkıntı var. Hocam da başkanım da şey yaptı.

Buyurun hocam, çok konuştum özür diliyorum.

Mahmut KOCA (Moderatör):
Çok teşekkür ediyorum Ahmet Bey. Muhammed çok kısa lütfen. Çok kısa lütfen çünkü daha 4 kişi daha var konuşmacımız. 12.30'da bitirmemiz lazım.

Muhammed DEMİREL (Konuşmacı):
Nezih Hocamızın söylediği üzerine söylemek istiyorum.

Aydınlatılmış onamla ilgili Alman Medeni Kanunundan mesela 5 madde çok detaylı düzenlemeler var sayfalar dolusu. Kapsamları çok belirli. Bizim Medeni Kanunumuz yeni değiştirildi ama bu konu mesela es geçilmiş. Bu aydınlatılmış onam mevzusu özellikle özel hukuk bağlamında çok önemli. Bizim önümüze bir dosya gelmişti kolon kanseri, kolon alınacak, doktor rahimi almış. Kadının doğum yeteneği gitmiş. Bu bilirkişilere gidiyor, komplikasyon diyorlar. Aydınlatılmış onam formunu gösteriyorlar. Zaten onam formlarında şu yazıyor; "hasta ölebilir." Zaten bu yazdıktan sonra ne yazsa boş. O yüzden buna da dikkat etmek lazım.

Bakın 250 dediniz değil mi, bu aslında az ama buna rağmen yangın yerine dönüştürülüyor ortalık, burada alkış falan oluyor hekimlerle ilgili bir durum olduğunda. Anlıyoruz, hekimleri seviyoruz ama bir hukuki hata olduğunda da bunun raporunu veren de yine hekim bilirkişiler. O yüzden bir denge gözetilmesi lazım.

Recep FEDAKÂR (Konuşmacı):
Bu aydınlatılmış onamla ilgili down sendromunda ispat yükümlülüğünün ters çevrilmesiyle ilgili Hukuk Genel Kurulunun bir genel kararı var 2022 Mart ayında. Bu detaya çok giremedim ama onu isterseniz dışarıda paylaşayım. En azından kimsenin de süresini almamış oluruz.

Mahmut KOCA (Moderatör):
Çok kıymetli dostlar, çok sorular ve konular var ama hakikaten bir oturum daha var. Ben sabrınız için size çok teşekkür ediyorum. Bu kıymetli bilgiler için de konuşmacılarımıza çok teşekkür ediyorum.

2.BÖLÜM

İbrahim ÜZÜN (Moderatör):
Vakti iyi kullanmak adına 2. Bölümü hemen başlatıyorum. Başlamadan önce Mahmut Hocamdan aldığım cesaretle ben de yetkimi kullanarak kendi fikirlerimi açıklayarak başlamak istiyorum.

Tartışmalı bazı başlıklar oldu. Öncelikle ben yaklaşık 26 yıldır Adli Tıpta çalışıyorum. Bu olgularda da bugün tıbbi uygulama hataları ve bilirkişilik konuşuyoruz ve en önemli sonuç ölüm. Yargıda da böyle, bizde de böyle. Dolayısıyla bu ortaya çıkan ölümde her zaman sadece özensizlik, dikkatsizlik, kusur, ne derseniz deyin sadece bu sorumlu olmayabiliyor. Ortak bir sürü neden olabiliyor. Ne gibi; işte kişide ağır bir kalp yetmezliği, çoklu organ yetmezliği, diyabet, hipertansiyon gibi çok sayıda sebep sayabiliriz. Bunların da büyük oranda etkisi ve katkısı olabiliyor. Dolayısıyla bilirkişi raporlarını öncelikle ben eleştirerek başlamak istiyorum.

Maalesef bilirkişi raporlarında bu etki eden diğer faktörler belirtilmeyebiliyor. Bu belirtilmiş ise, bu Mahmut Hocama katılmadığım bir taraf belki ben yanlış anladım, yani doğrudan kusur varsa özensizlik varsa illiyeti kurarız olmaz. Çünkü ortada sadece ölümdeki sebep bu değil.

Hekimin özensizliği veya sağlık çalışanı özensizliği olmayabiliyor. Bunun için özellikle buradaki benim mesajım bilirkişilik yapan meslektaşlarımıza. Burada illiyeti mutlaka değerlendirsinler ve illiyet açısından da ortak neden olabilecek, etki edebilecek diğer faktörler varsa ölümde mutlaka belirtmelerinde yarar olduğunu düşünüyorum. Biz böyle yapmaya çalışıyoruz.

İkincisi; bir tartışma başlatmak istiyorum. Bir sonraki Adli Tıp Günlerinde bence bir oturumun yapılması gerektiğini düşünüyorum. O da; enjeksiyon nöropatileri. Beni de çok rahatsız eden bir şey bu. Üst kurulda da tartışıyoruz ve benim yaptığım çalışmalarda ve daha önce yapılan çalışmalar da göstermiş ki; enjeksiyon nöropatilerinde bizim bakış açımızı bence değiştirmemiz lazım.

Şöyle ki; bulguların tamamına yakını çocuk ya da çok zayıf insanlar. Dolayısıyla bu ilaçları doğru yere yapılsalar dahi doğru açıyla enjektör yönlendirilmiyor. Doğrudan sinire yönlendiriliyor. Çocuk ve zayıf olmalarının sebebi bu. Onun için bu bilgiyi değiştireceğiz, artık işte kalçayı 4'e böleriz. Hukukçular da anlasın diye söylüyorum, üst dış köşeye yaparız. Bu sebeple olduğunu kabul etmediğimiz süreç içerisinde böyle her yıl onlarca kişi bu duruma muzdarip kalıyor ve hiçbir şekilde çözümünü bulamıyoruz. Bilirkişiler olarak bizim, farmakologlar da dâhil, geniş bir tartışma yapmamız lazım ve bu alışkanlığımızı artık değiştirmemiz gerektiğini düşünüyorum. Bu konuda %100'e yakın doğru düşündüğüme de inanıyorum. Bu tartışmayı hep birlikte yapmamız gerektiğini düşünüyorum.

Üçüncü söyleyeceğim şey, burada bitiriyorum. O da enjeksiyon olgularında hukuki kısmı benim alanım değil ama sonuçta ispat yükümlülüğü hekimler ve sağlık çalışanlarında olduğu için enjeksiyon olgularında dolayısıyla mesela ben çok aile hekimliği toplantılarına da katıldım, onların en dramatik sonuçlarından bir tanesi de bu anafilaksiye bağlı ölümler. Biz yıllardır bu konuda çalışıyoruz, Adli Tıp Kurumunda raporluyoruz. Burada Danıştay Başkanımız da çok güzel ifade etti, direkt ispat yükümlülüğü hekimde ama ortada bir belge yok yazılı. Hasta yakını başka bir şey söylüyor aydınlatmadı diyor kişi öldü. Hekim de ben aydınlattım diyor ya da hemşire aydınlattım diyor ve ben bunun çözümünde toplantıya katıldığımda meslektaşlarıma hemşirelere şunu söylüyorum; evet kanun bunu size emretmiyor ama ispat yükümlülüğü sizde olduğu için, kendiniz de ispat edemediğiniz için mutlaka alın.

Mehmet Akif İNANICI Hocam da burada başhekimlik de yaptı, tabi o başka açıdan bakıyor o ayrı bir sorun. Türkiye'de gereksiz acillerin kullanımı var, milyonlarca kişi acile gidiyor o ayrı bir sorun ama sonuçta ortaya bir sonuç çıkıyor, anafilaksiye bağlı ölüm ve sonrasında biz bunu tartışıyoruz ve sonucunu da mahkemeye bırakıyoruz. Mahkeme nasıl karar verecek? İfadeden başka hiçbir şey yok. Dolayısıyla ben, yeni bir karar almıştı Sağlık Bakanlığı bildiğim kadarıyla değiştirmedi ve yazı gönderdi; enjeksiyonlarda da yazılı onam alın diye, bunun doğru bir yaklaşım olduğunu düşünüyorum. Hukuki tarafı çok fazla benim alanım değil ama kesinlikle ben gittiğim toplantılarda bunu öneriyorum.

Bu kadar korsan şeyimin yeterli olduğunu düşünüyorum. Çok da zaman geçti. Özellikle hocamla hemen başlamak istiyorum. Ahmet Nezih KÖK Hocamız aramızda çok sevdiğimiz saydığımız hocalarımızdan. Aynı zamanda hukukçu kimliği de var. Kendisini kürsüye davet ediyorum. Buyurun Hocam.

Ahmet Nezih KÖK (Konuşmacı):
Sayın Yargıtay üyem, Sayın Danıştay üyem, Sayın Kurum Başkanım, saygıdeğer hocalarım, sevgili meslektaşlarım. Öncelikli olarak sizlere Erzurum'dan çokça selam getirdim. Çok teşekkür ediyorum. Böyle güzide bir topluluğun önünde konuşmaktan da çok memnunum.

Ben bugün farklı bir konuyla karşınıza geldim. Aslında birazcık beyin jimnastiği yapmak için de, bu sunumumu daha önce İzmir'de bir vesileyle tekrar yapmıştım, hem tartışırız hem de bundan sonra aynen İbrahim Hocamın dileği gibi belki bundan sonraki Adli Tıp Günlerimizde bir konu olarak da, başlık olarak da, vaka konusu olarak da tartışılır diyorum. Bilirkişilikte malpraktis var mıdır yok mudur diye.

Şöyle bir görüntümüz var; aslında bir trafik sıkışıklığı, trafikte yaşanan bir durum. Artık bizim Erzurumumuzda bile bunlar meydana gelebiliyor.

İstanbul'u, Ankara'yı, Antalya'yı hiç katmıyorum büyük şehirleri. Böyle bir durumda bilirkişiye burada acaba bu kargaşaya neden olan araç sürücüsü hangisidir diye bir soru yöneltildiğinde bunu çözümlemek çok da kolay bir şey değil. Tabi ki elimizde sadece bir resim var. O bilirkişi için çok vakıf şeyler olabilir, kamera görüntüleri olabilir, dosya kayıtları olabilir. Ama sonunda verdiği karara inanıyorum ki mutlaka birileri itiraz edecek. Yani burada olaya karışan her araç sürücüsünü ikna edebilmek mümkün olmayacaktır. İşte bizim yaptığımız işlem de bu işlem. Yani ister kurumsal olarak bir fakülteli olalım adli tıp anabilim dalı olarak, ister Adli Tıp Kurumu gibi güzide bir kuruluşta olalım isterse bölge kurullarında bir bilirkişi listesinden seçilmiş bir bilirkişi olalım. Verdiğimiz raporlar inanıyorum ki en azından bir kişiyi veya bir tarafı hiçbir zaman memnun etmeyecektir.

Şimdi baktığımız zaman bu bilirkişi acaba kimdir? Kanun diyor ki; çözümü özel ve teknik bilgiyi gerektiren bir konuda uzman olan kişidir. Evet, çok önemli. Çünkü bir yargılama faaliyetinde sübjektif olarak bilirkişi tabi ki yargıya yardımcıdır. Hâkim nezdinde diyelim soruşturma nezdinde cumhuriyet savcısı, hukuki konularda tek karar verici merciidir. Ama bazen hâkimin o hukuki uyuşmazlıkta karar vermesi için bazı teknik bilgiye, uzmanlık gerektiren bilgiye ihtiyaçları olabilir. İşte bu gibi durumda bilirkişi savcımıza, hâkimimize veya mahkememize belirli bir katkıda bulunacak.

Şimdi baktığımızda tartışmaya geçmeden önce veya bilirkişi raporlarını malpraktis açısından incelemeden önce, bilirkişi raporunun hukuki açıdan ne gibi özellikleri var? Bunları belirtmek istiyorum. Bir kere her şeyden önce bilirkişi raporu bir delildir. O nedenle deliller gibi tartışmaya açılır ve değerlendirilir. Bu çok önemli. Biraz sonra niye bilirkişilikte malpraktis olmaz dediğimizde aslında en büyük gerekçelerimizden birisi de bu olacak. Çünkü değerlendirilmeye açık bir şey, kesin bir şey değil.

Bir diğeri; delil değerlendirme aracıdır. O nedenle hâkimin yardımcısı, hâkimdeki bilgi eksikliğini giderir. Hâkimi tatmin ettiği oranda bağlayıcıdır. Bu açıdan bilirkişi raporu öncelikle hâkime, soruşturma aşamasında savcımıza yardımcı olması için hazırlanan bir bilimsel açıklamadır. Eğer hâkim bundan yeterince tatmin olmamışsa, eksiklik görmüşse zaten ya bunu genişletir ek bir rapor ister ya da farklı bir bilirkişiye gidebilir.

Bir diğer husus da tabi ki, aslında bilirkişi raporu bir delildir ama bazen de bazı delilleri açıklamak için de bir araç. Yani delilken delilleri açıklamak için de bir araç olarak kullanılmakta. O nedenle bu özellikleri nedeniyle bilirkişi raporlarının değerlendirilmesi de farklı olacaktır. Bilirkişiye başvurma mecburiyeti aslında yargılamada mümkün değil bazı durumların haricinde. O nedenle özel hüküm bulunmayan hallerde, hangi hallerin çözümünün özel ve teknik bilgiyi gerektirdiğinin takdir ve tayini kural olarak hâkime aittir. Yani bilirkişiye gitmek, istisnaları ayrı tutaraktan aslında genel bir kural değil. Hâkimin takdir hakkı var. O nedenle hâkim eğer kendisi açısından hukuki uyuşmazlığın çözümünde bir bilirkişi raporuna ihtiyaç duyarsa, o zaman bilirkişi raporuna gidecektir ve bu bilirkişi raporuyla da asla bağlı değildir. Bu özellikleri de çok önemli.

Devam ettiğimizde, özel kanun olarak ben de bu kanunun çalışmalarında Sayın Bakanımızın takdirleriyle yer aldım. Bilirkişilik kanunun taslağının hazırlanmasında.

Bu nedenle bilirkişilik kanunuyla ilgili olarak bilgi ve görgümüzü de o dönemlerde çok arttırmaya gayret gösterdik. Bu kanunun, 6754 sayılı Bilirkişilik Kanunumuzun amacına baktığımızda aslında bilirkişilerin nitelikleri, eğitimi, seçimi ve denetimine ilişkin usul ve esasların belirlenmesiyle; bilirkişilik için etkin ve verimli bir kurumsal yapı oluşturulmasıdır. Kanunun amacı çok açık, sarih. Sayın Bakanımızın da o dönemde çok detaylı bir şekilde söylediği üzere, aslında bilirkişilikte sıkıntılarımız var. Yani o sıkıntıların giderilmesi temel esas. Bilirkişilikte malpraktis olur mu sorusunun aslında altında yatan temel nedendir bu. Öyle bir kurumsal niteliğinden uzaklaşmış ki bilirkişilik kurumu, hakime alınacak yolda yardımcı olmak yerine yargıda zamanın uzamasına, verilen kararların farklılaşmasına neden olmuş bir handikap olarak karşımıza çıkmış. O nedenle Bilirkişilik Kanunu'nun amacında belirtilen bu esasta aslında bilirkişinin malpraktisi öğrenmesi için de çok önemli ipuçları var.

Nedir o? Bilirkişilerin nitelikleri nasıl olacak? Biz o bilirkişi raporlarına yöneltilen eleştirileri azaltalım. Eğitimi nasıl olacak, seçimi nasıl olacak, denetimi nasıl olacak. Kümülatif bir şekilde kurumsal yapı içerisinde düşünecek olursak da bilirkişilik sistemini etkin ve verimli hale getirebilmek. O nedenle bilirkişilikte malpraktisi önlemek istiyorsak, kanunun bu amacını da gerekli bir şekilde yapalım.

Şimdi bilirkişiden bahsettik, konumuzun ikinci kelimesi "malpraktis". Malpraktis aslında; kötü uygulama demek. Latincede "mal" kötü demektir, "praktis" de eylem, işlem demektir. Kötü uygulama, kötü işlem olarak ifade edebiliriz. Şimdi bir malpraktisten bahsedebilmek için de bir tanım gerekli. Biliyorsunuz terminoloji çok önemli. Hele hukukta terminoloji, tanımlar çok önemli. O nedenle malpraktise baktığınızda; profesyonel hizmet sunan meslek insanı, bu özellikle bilirkişilikte malpraktis açısından çok önemli. Meslekte basiretli bir kişinin sahip olması gereken ortalama bilgi ve beceriden yoksun olması nedeniyle hizmetin alıcısına veya bu hizmete güvenme hakkına sahip olanlara zarar vermesidir. Gerçekten bu tanımda da çok önemli kelimeler dağarcığı var; "hizmete güvenme hakkına sahip olanlara veya hizmetin alıcısına". Yani bir hizmet var ortada, bu hizmete güvenenler var, yapılan işlem eğer ortalama bir meslek insanının sahip olduğu davranış modeline uygun değilse, ona erişemiyorsa o zaman hizmet alıcısına veya hizmete güvenenlere verilen bir zarar olarak nitelendiriliyor. Şimdi buradan baktığımızda, işte bilirkişilik üzerinden gidelim.

Bilirkişilik bir meslek midir? Bilirkişilik bir meslek değildir. Kanunumuzda da açıkça yazıyor; bilirkişilik bir meslek değildir, bilirkişilik tebliğ edilen bir görevdir, geçici bir görevdir. Meslek dediğiniz de hukuken ve terminolojik manada geçiminizi sağladığınız bir faaliyettir. Oysaki bilirkişilik bir meslek olmadığına göre, buradan da geçim sağlamak mümkün değildir.

Pekâlâ, bilirkişilik diye bir lisans okulu var mı? Eğitim var mı? Yani bilirkişiliğin bir okulu var mı? Yok. 24 saatlik bir temel eğitimi bir hafta sonunda alıyor. 5 yıllık da bir deneyim şartı istiyorlar alanında. Ona göre de evrakını veriyorsunuz. Bilirkişilik bölge kurulları da sizi değerlendiriyor, bilirkişi listelerine kaydedilmenize karar veriyor. Şimdi bunlara baktığınızda işte malpraktis uygulamasının aslında bilirkişilikte en azından lafsi olarak yerinde olmadığını görüyoruz.

1) Bilirkişilik meslek değildir.

2) Ortalama bir bilirkişinin sahip olması gereken mesleki bilgi beceri nedir, bunlarla ilgili bir düzenleme yoktur.

3) Tabii ki bu bilirkişilik bir meslek faaliyeti olmadığından dolayı da bu gibi durumda malpraktis uygulamamız mümkün görünmeyecektir.

Sıkıntı ne? Sıkıntı şurada; hizmetin alıcısına veya bu hizmete güvenme hakkına sahip olanlara. Bu hizmet adaletin tecellisinde gerekli bir hizmet. O nedenle aslında herkesin bilirkişilik sisteminin kötü gitmesiyle ilgili olarak devletten veya ilgili kişilerden talep edeceği veya itiraz edeceği bir noktanın olması gayet doğaldır. Ama baktığımızda tanım itibariyle bilirkişilik bir meslek olmadığından dolayı ve mesleğimizi buradan kazanmadığımızdan dolayı böyle bir malpraktis iddiasının olması da mümkün görünmemektedir. Devam ettiğimizde malpraktis kavram itibariyle; uygulamayı yapanın ortalama bilgi ve becerilerin olumsuz yönde farklılaşmasını, diğer bir ifadeyle eksikliğini belirtir. Yani şimdi bakıyoruz bir bilirkişinin, TÜBİTAK'ın da yani TÜBİTAK'ın ortalama bilgi ve beceriyle rapor çıkardığını veya Adli Tıp Kurumunun ortalama bilgi ve beceriyle rapor çıkardığını kim denetleyecek? Bilirkişinin denetlenmesi diye bir kavram var mıdır? Bilirkişiyi kim denetleyebilir? Bu gibi durumlarda bu da bir sıkıntı.

Bir diğeri de; zararlı bir sonuç doğduğunda. Şimdi verdiğimiz bir bilirkişi raporuyla şahıslardan birisinin daha farklı bir menfaate erişmesi veya farklı tarafın da bu menfaatten mahrum kalması acaba bir zarar olarak değerlendirilebilir mi? Yoksa verdiğimiz raporla; birisine verdiğimiz menfaatle birisine verdiğimiz zarar arasında bir koordinasyon yapılıp da negatif bir durum olarak kabul edebilir miyiz? O da ayrı bir mesele. Tabi bunu hukuken yapabilmek de mümkün değil. Neden mümkün değil? Bir tarafta ölüm olayı varken diğer tarafta bu ölümün nedeni olarak ortaya çıkan bir durumda tazminatla bunun giderilmeye çalışılmasıyla acaba gerçekten adaleti hakkaniyeti sağlamış olabiliyor muyuz? O nedenle bu gibi durumlarda bilirkişilerin vermiş oldukları bu raporları ilk başlangıçta delil özelliği olması nedeniyle mutlaka ve mutlaka tartışmaya açmamız gerekecektir.

Biraz daha devam edeyim. Bu delil olarak kabul edildiğinden dolayı mutlaka tartışmaya açılır. Deliller taraflara sunulur, tarafların bilgisine sunulur ve bunun neticesinde itirazı olup olmadıkları araştırılır. Eğer itiraz varsa bu itiraza yönelik olarak telafi edilme yolu var mı? Başka bir bilirkişiye gitme veya ek bir rapor durumu var mı yok mu? Bu şekilde tartışma sağlanarak delil niteliğinden dolayı bilirkişi raporlarının gerçeğe ulaşmadaki maksimum faydası sağlanmaya çalışılır. Bir diğer husus; bilimselliği yönünden tatminkâr olmayan bilirkişi raporu bağlayıcı değildir. Yani hâkim bakar en nihayetinde kendisini bağlayıcı bir nitelikte bilirkişi raporu yoksa o kanaatteyse ya raporu yok sayar, ya ek rapor ister ya da bambaşka bir bilirkişiye gider. O nedenle burada malpraktis denilen durumun değerlendirilmesinde aslında bu hâkimin takdir yetkisinin olup olmaması da çok önemli bir husustur.

Bir diğeri; eğer bilirkişi raporu ile ilgili sıkıntı varsa ikinci bir rapor mutlaka alınmalıdır. Evet, bilirkişilik kanunu mutlaka ve mutlaka tek raporla bitirilsin, makul sürede yargılama bitirilsin, uzamasın diyorsa da hakkaniyetin tecellisi açısından bu konuda en yetkili kurum olan Adli Tıp Kurumundan da en nihayetinde bir görüş alınmalıdır.

Bir diğer husus; evet Bilirkişi Bölge Kurulundan tek bilirkişi şeklinde rapor alınabiliyor ama özellikle Adli Tıp ile ilgili, medikal malpraktislerle ilgili durumlarda heyet raporlarının alınması önemli. Yine Danıştay üyemiz de Yargıtay üyemiz de üniversitelerden mutlaka bir ek rapor, heyet halinde alınmasını talep ediyorlar. Tek kişinin vermiş olduğu malpraktisle ilgili raporlar kim tarafından verilirse verilsin tabi ki tartışmaya açıktır. O yüzden heyet raporları özellikle tercih edilmektedir. Heyette mutlaka adli tıp uzmanı ve sorgulanan vakanın ilgili dal uzmanı mutlaka olmalıdır. Bu da verilecek bilirkişi raporlarını malpraktisten veya bu iddialardan uzak tutar. Çünkü ilgili uzmanın orada olması yapılan işlemlerin maddi gerçeğe yakın bir şekilde dile getirilmesi açısından önemlidir. Bir diğer husus da tabi ki; özellikle CMK 67/6'da hem de HMK 293/1'de olan uzman mütalaasının alınması da hukuk yargılaması açısından, ceza yargılaması açısından önemli bir değerlendirmedir. Çünkü bu gibi durumlarda bilirkişi raporunun üzerindeki sıkıntılar veya tedirginlikler de bir uzmanlık görüşü alınmasıyla giderilmeye çalışılacaktır.

Sonuç olarak ben şunu söylemeye çalışıyorum; verdiğimiz adli tıp raporlarında özellikle tıbbi hatalarla ilgili olarak tabi ki verilen raporlar bir görüşü belirtmektedir. Bir bilimsel mütalaa niteliğindedir. Tıp o kadar farklı gelişmektedir ki, evet algoritmaların içerisine tıbbı hapsediyoruz ama tıbbın sanat yönünü hiçbir zaman unutmayacağız. Çünkü tıbbın sanat yönü içerisinde biliyorsunuz 1219 sayılı yasamız var ATATÜRK döneminde; "Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun". Tıp sanat olduğuna göre de aynı olguda farklı yöntemlerin uygulanması gayet normaldir. O nedenle bunları da değerlendirerek bilirkişilerin de bu raporları yazarken kullandıkları yöntemler ile farklı bakış açıları olabilir. Aynı konu üzerinde farklı bilirkişi raporları olabilir, kanaatler olabilir. Ama bunları bir malpraktis olarak algılamamak lazım. Bir delil olarak iyi değerlendirip buna göre de hâkimin, soruşturma aşamasında cumhuriyet savcısının, farklı raporlarla durumu izah edip en doğruya en gerçeğe ulaşmaya çalışması gerekli diyorum. Teşekkür ediyorum.

İbrahim ÜZÜN (Moderatör):
Ahmet Nezih KÖK Hocamıza çok teşekkür ediyorum. Sadece şunu vurgulayarak Mehmet Akif İNANICI Hocama söz vereceğim. Türkiye'de rapor almada sorun yok. Adli Tıp Kurumuna gelinceye kadar en az 4-5 farklı gerekçede raporlar görüyoruz biz. Burada en büyük sorun belki hâkimlerde, sorun derken karar vermede nasıl verecek? Yeterince gerekçe yok raporlarda. Ya da varsa da bambaşka gerekçeler var. Tıbbi bir konu, uzmanlık gerektiren bir konu ve en az 4-5 farklı rapor var. Çok zor gerçekten karar noktasında. Burada bizim de bunu gerçekten çok iyi tartışmamız lazım. Bunun sebepleri nelerdir? Örneğin; bilimsel mütalaa, taraf mütalaası. Bu çok tartışmalı bir konu. Biz de görüyoruz bunun gerekçelerini, mutlaka Adli Tıbbın ve raporlarımızın sonuç bölümünü mutlaka alıyoruz. Ben çalıştığım dönemde böyle yaptım. Buradaki raporlarla ilgili de geçmişte Avrupa Birliği Eşleştirme Projesi kapsamında

bilirkişilik kurumlarının bir Avrupa Birliği projesi yürütüldü. Adli Tıp Kurumunda bir toplantı yapılmıştı ona da katılmıştım. Alman hukukçu geldi soru yöneltildi Almanca olarak dendi ki; "Bilirkişi raporlarına ne düzeyde itiraz olur?" Anlayamadı bir daha sordular, bir daha, üçüncüsünde anladı. Dedi ki; "Olmaz, çok çok nadir olan bir durumdur bu." Önce gerçekten bize uygun olarak biz de bunun kriterlerini koymaya çalıştık, Bilirkişilik Kanunu da bu amaçla hazırlandı. Ama uygulanmasının çok da yeterli olduğu düşüncesinde değilim. Bilirkişi bilirkişilik yapmalı yani taraf mütalaasının algısı bir avukat gibi davranmamalı, bilimsel kriterlere göre rapor düzenlemeli, mahkemeyi hiçbir şekilde yanıltmamalı, bunun bir karşılığı olmalı. Yani sorumludur/değildir, ben böyle bakmıyorum, farklı bir düşüncem var.

Evet, Prof. Dr. Mehmet Akif İNANICI Hocam, Marmara Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı öğretim üyesi. Kurumumuzda da hem Birinci İhtisas Kurulunda geçmiş yıllarda, hem de Yedinci İhtisas Kurulu başkanlığını yaptı. Yedinci Adli Tıp İhtisas Kurulu; ölümle sonuçlanmayan tıbbi uygulama hatalarının karara bağlandığı kuruldur. Kendisinin tecrübelerinden burada dinleyeceğiz, çok teşekkür ederim.

Mehmet Akif İNANICI (Konuşmacı):
Teşekkür ederim İbrahim Hocam. Hepinize saygı ve sevgiyle öncelikle konuşmama başlamak istiyorum. Bu kongreyi düzenleyip katkı sunan herkese teşekkür ediyorum. Düzenleme kurulu başkanı olarak Sayın Hızır ASLIYÜKSEK Hocamızın nezdinde tüm Adli Tıp Kurumu çalışanlarına, emek veren herkese de teşekkür ederim.

Efendim benim konum "Tıbbi Uygulama Hatası İddiasında Adli Tıbbi Değerlendirme". Oturumumuzda panelistlerin sunmuş olduğu bazı bilgiler birbirinin üstüne çakışmakta, ancak olabildiğince benzer konulara değinmemeye çalışacağım. Konuşmamı yaparken, kullanacağım bazı temel kavramları sizlerle paylaşmak istiyorum. Çünkü, bu konu söz konusu olduğunda; hekim kusuru, tıbbi malpraktis, medikal malpraktis, tıbbi uygulama hatası, kötü uygulama, yanlış uygulama şeklinde bir çok kavram kullanılmaktadır. Bu kavramları kullanırken neleri kast ediyorum ortak bir dilimiz olsun istedim.

Yanlış tıbbi uygulama; hep bahsedilen uygulamada dikkat ve özen ya da beceri eksikliği dediğimiz konudur. Örnek verecek olursak, gluteal enjeksiyonu kalçanın orta bölümüne yapmak, yanlış tıbbi uygulamadır. Bu örnekte hastada oluşan zarar; yapılan bu uygulama sonucunda ortaya çıkan herhangi bir yaralanma (düşük ayak) veya ölüm. Tıbbi hata ya da tıbbi uygulama hatası ise (TIBBİ HATAYI kullanma bana daha uygun gelmektedir) yanlış tıbbi uygulama (kalçanın orta bölümüne yapılan enjeksiyon) zarar (düşük ayak) arasında bir nedensellik bağı kuruldu ise, tıbbi hatadan bahsedilir. Ben konuşurken öyle konuşacağım. Bir de "tıbbi hata oranı" diye bir kavramdan söz edeceğim. Altını çizerek söylemek istiyorum, bir kusur oranından bahsetmiyorum. Burada en üstte bahsettiğim yanlış tıbbi uygulama sonucunda bir zarar doğuyor ise ve bu zararda direkt illiyet yoksa ya da belli bir orandan illiyet kurulabiliyorsa bu orandan bahsediyorum ki zaman zaman Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'nda çalışırken ihtisas kurulunda veya üst kurulda bu şekilde bir "tıbbi hata oranı" belirlendi. Bir bilimsel mütalaa sonucunda kusur ya da kusur oranı hakkında söz edilmemesi gerekir (hiçbir zaman benim ağzımdan/kalemimden bu tip bir bilimsek yorum çıkmayacak). Bu kavramlar (kusur/kusur oranı) tamamen sizlerin, hukukçuların kullanacağı bir kavramdır. "Tıbbi hata oranı" teknik bir konudur ve tıp adamları tarafından yanıtlanması gerekmektedir.

Ben Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'nda çalışırken ya da anabilim dalında asistanlarımıza ya da diğer arkadaşlarımıza bu konu hakkında bir adli tıbbi değerlendirme nasıl yapılır diye kısaca özetlediğimde şunu söylüyordum: (1) Tanı doğru mu? (2) Bu tanıya yönelik tedavi yöntemi uygun mu? (3) İstenmeyen olay meydana gelmiş mi? (4) Bu istenmeyen olay komplikasyon mu, değil mi? (5) Eğer komplikasyon ise zamanında tanısı konulmuş mu ve zamanında uygun tedavisi yapılmış mı? İşte bu beş basamağın her birine bir tik atacaksınız. Aralarından bir tanesi eksikse ve eğer uygulama ile zarar arasında nedensellik bağı da varsa tıbbi hata kararı vermeniz gerekmektedir. İşte sunumumda özetle bahsetmek istediğim husus bu (konuşmamın bir özeti). Bu konuyu açmaya çalışacağım ki, bunu yaparken 2 aşamada yağacağım.

Birincisi; bu tıbbi hatanın belirleme yöntemleri ve değerlendirme kriterlerinin Avrupa kurallarını sizlere sunmak. Bu Avrupa Adli Tıp Konseyi kurallarıdır. Bu konsey Avrupa'da yer alan ülkelerde çalışan (çoğu arkadaşımızın gitmiş olduğu kongrelerde beraber sunum yaptıkları, beraber çalıştıkları uzmanlar) adli patolog ya da adli tıp uzmanlarından oluşmaktadır.

İkinci olarak da; Ülkemizdeki uygulama nasıl? Mütalaa verilirken dikkat edilecek hususlar nelerdir bu konudan bahsedeceğim.

Avrupa Adli Tıp Konseyi kuralları ile ilgili şu anda yansıda gördüğünüz 200 küsür sayfalık bir kitap yazılmış, bu konuyu çalışanlar için iyi bir rehber. Peki bizim ülkemizde bu tip bir rehber var mı? En son söyleyecektim ama şimdi söyleyeyim, böyle bir tıbbi hata ile ilgili rehberimiz yok. İhtiyaç var mı? Evet var. İnşallah hep birlikte bu konuda bir çalışma yapabiliriz. Ancak Adli Tıp Kurumu Başkanlığının ilgili İhtisas Kurullarının konuya ilişkin kendi içlerinde benzer olgulara yaklaşımları, yazılı olmasa da rehber gibi kullanılan birtakım kriterleri bulunmaktadır. Ama bunları mutlaka bir ara yazılı hale getirmek gerekir.

Avrupa Adli Tıp Konseyi kurallar kitabının kısa bir özeti; yansıda görülen dergide 545-547. sayfalarında bahsedilmiştir. Rehbere hızlıca baktığınızda 4 ana başlığa değinmektedir. Rehber kitapta, ilk olarak tıbbi bir hata konusunda bilirkişilik yapacak, bilimsel mütalaa yazacak, tıbben karar verebilecek uzman tanımı ve temel uzmanlık alanı ne olacak bundan bahsedilmektedir.

İkinci vurgulanan; yaşayanlarda ve ölümlü olaylarda ayrı ayrı tespit yöntemleri nasıl olacak? (Ki Adli Tıp Kurum Başkanlığının yapılanmasına baktığınızda; 7. İhtisas Kurulu yaşayanlarda, 8 ise ölümlü konularda tıbbi uygulama hatalarına bakmaları açısından ayrılmıştır) En sonunda da değerlendirme kriterlerinden bahsetmiştir. Bunları açmak istiyorum.

Bir kere mütalaa düzenleyecek ekip içinde mutlaka Adli Tıp uzmanı olmalı diyor. Klinisyen hekim açısından denirken bu rehberde "lisansüstü Adli Tıp eğitimini tamamlamış olması" denilmektedir. Bu ülkemizde açısından istenmemektedir.

Ancak bazı klinisyen hekimlerimizin Adli Tıp Enstitüsü'nde tıp bilimleri alanında doktora yaptıklarını biliyoruz. Örneğin bizim hastanemizde plastik cerrahi öğretim üyesi hocamız + adli tıp doktorası yapmıştır. Plastik rekontrüktif ve estetik cerrahi alanındaki dosyaları onunla birlikte yapmaktayız. Ayrıca rehber diyor ki, bu uzmanlar sağlık hukuku alanında özel düzenlemelerle ilgili temel yeterliliği olması lazım. En azından konu ile ilgili belli yasa düzenlemeleri öğrenmesi gerekmektedir. Adli Tıp uzmanı bulunmayan mütalaalarda, zaman zaman bazı eksikliklerle karşılaşmaktayız. Adli Tıp uzmanları için adli otopsi yapma deneyimi aranması gerekiyor.

En sonunda ise nedensellik konusunda (hep burada bahsediyoruz İbrahim Hoca çoğu zaman değinmektedir) değerlendirme yapması gerekmektedir. Konu hakkında uzun süreli çalışıldığında, tıbbi uygulama hatası dosyalarına bakış açımız çoğunlukla değişmektedir (Bu konuda çalışmayan uzmanlara göre). Yaşayanlarda ya da cesetlerde tespit yöntemine bakarsanız; ilk cümle klinik ve belgesel verilerin toplanması ve incelenmesidir. Esasında en fazla problem buradan çıkıyor ki Adli Tıp Kurumu'nda neredeyse aylık 600 adet yeni dosya geldiğinde, bunun yarısından fazlasını müzekkere yapar gönderirdik, nedeni ise dosya içindeki tıbbi belgelerin eksik olması idi. Bazen 3-5 defa gelmeyen tıbbi belgeler için müzekkere yazıldığı bile oluyordu. Şimdi hem yaşayanlarda hem de ölümlülerde yapılan tespit yöntemlerinde ilgili uzman konsültasyonu bulun makta, gördüğünüz gibi. Uzman konsültasyonunu kim yapacak diye bir paragraf koymuşlar diyor ki; bazen bunu mahkemeler kendi seçer ilgili klinisyenleri, bu bir tercihtir.

İkincisi; direkt Adli Tıp uzmanına danışır, dosyayı gönderir, dosya ile ilgili klinisyen kimdir ondan sonra onları görevlendirebilir. Üçüncüsü de; direkt Adli Tıp uzmanına gönderir, Adli Tıp Uzmanı değerlendirir, sonrasında ilgili klinisyenleri Adli Tıp Uzmanı seçer. Bu şekilde bir uygulama yapılıyor ki, Adli Tıp Kurumu Başkanlığındaki uygulamada da biraz sonra bahsedeceğim, direkt kurumu gönderilen dosya ilgili klinisyenlerle birlikte en az bir 5 kişilik bir kurul tarafından değerlendirilerek sonuç verilmektedir. Yaşayanlarda gördüğünüz gibi uzman konsültasyonunda mutlaka somut bir muayene ve ileri tanı testleri yapılmaktadır. Ölenlerde ise adli otopsinin yapılması gerekir ki, adli otopsinin de Avrupa Adli Tıp Konseyi'nin uygulama rehberinde yapılması gerektiğinden söz edilmektedir. Bu yapılan muayene/tetkik ya da adli otopsi ile birlikte olay hakkında düzenlenmiş tıbbi belgelerin tamamını elde ettiğimizde etkili bir klinik sentez yapılabilir denmektedir. Elde edilecek belgeler anlamında baktığımızda yansıda gösterilenlerin tamamının toplanması gerekmektedir. Şimdi değerlendirme kriterleri açısından bakıldığında; ilki verilerin karşılaştırmalı değerlendirilmesi yapılması gerekmektedir ki, tüm tıbbi bilgiler toplandıktan sonra, adli tıp uzmanı bunları toplar, tüm bilgileri özetledikten sonra öncelikli olarak kendisi bir değerlendirme yapmakta, sonrasında da ilgili klinisyenlere sunmaktadır.

İkinci aşamada; patolojik özelliklerin tanımlanması ki istenmeyen olaylar zincirini ortaya çıkaran fizyopatolojik yollar tanımlanmalı ve açıkça yazılmalıdır. Sonrasında bir zarar tespiti yapılması gerekiyor ki, bu da geçici veya kalıcı olası hasarı veya ölüme kadar giden fonksiyon kaybını kapsamaktadır.

Fizyopatolojik yolları belirleyen tıbbi uygulamanın ortaya konması. İdeal tıbbi uygulama nedir? Bunu yaparken elimizde bir takım rehberler, mutabakat belgeleri, uygulama prosedürleri, kanıta dayalı yayınlar, ulusal literatürler ve tezler bulunmaktadır. Bunlara dönüp bakılmalıdır. Bu işlem nasıl yapılıyor? Örneğin kalça enjeksiyonu uygun olarak nasıl yapılır? Dava konusu tıbbi uygulamanın ortaya konması sonrası, tıp ve sağlık bakım personelinin bu uygulamadaki yerinin ne olduğu irdelenir. Daha sonra uygulamada gerekeni yapmamanın belirlenmesi ve sınıflandırılması yapılmalıdır. Bu aşamada yapılması (değerlendirilmesi) gereken alt maddeler şunlardır: (a) Hasta hakkında bilgi eksikliği, (b) Hastanın rızasının olmaması, (c) Normal dikkatin ve gereken tedbirin ihmal edilmesi, (d) Bilim dalının temellerine karşı kabul edilemeyecek bilgi/deneyim eksikliği, (e) Gereken ihtiyata uyulmaması, (f) Gerekli tedbirlerin alınmaması, (g) Tıp mesleği ile ilgili düzenlemelere karşı kabul edilemeyecek bilgi/deneyim eksikliği, (h) Başkalarının eylemlerini kontrol etmeme ve (ı) İdari işlem ve formalitelere uymama.

Hasta hakkındaki bilgi eksikliği: (Öykü tam olarak alınmış mı? Öykü hakkındaki bilgi belgelerde ne kadar kayıtlı? Bu hususlara dikkat etmek lazım. Hastanın rızasının olmaması: Özellikle yasal düzenlemelerde belirtilen uygulamalarda, örneğin büyük ameliyelerde rıza alınırken mutlaka yazılı olması gerekir. Bilirkişi olarak katıldığımız davaların bazılarında dosya içinde rıza formlarının bulunmadığına tanık oluyoruz. Gereken tedbirin ihmal edilmesi. Uygulamadaki dikkatsizlik ve özensizlik bu konuyu uzatmayacağım, zaman kısıtlılığı nedeniyle. Bilim dalının temellerine karşı kabul edilemeyecek bilgi ve deneyim eksikliği. Örnek verecek olur isek, gluteal enjeksiyonun kalçanın ortasına yapılması ya da birlikte kullanılmaması gereken ilaçların kullanılması gibi. Gereken ihtiyata uyulmaması. Gerekli tedbirin alınmaması konusuna örnek verecek olur isek, kapalı cerrahi girişim ile yapılan batın ameliyatlarında aorta yaralanması gibi. Sonuç olarak; tıbbi hata değerlendirmesinde, saptanan yanlış uygulamayla istenmeyen olay yani zarar arasındaki nedensellik bağının mutlaka kurulması gerekiyor. Direk illiyetin kurulamadığı durumlarda teknik olarak yanlış uygulamanın zarar üzerine etki derecesi yani tıbbi hata oranı verilebilmektedir. Son olarak da zararın tayini yani maluliyet oranının belirlenmelidir.

Ülkemizdeki durum nedir? Adli Tıp Kurumu Başkanlığı Kanununda yapılan yasal düzenlemeyle tıbbi uygulama hataları ile ilgili değerlendirmeler, iki ayrı kurulda (7 yaşayanlarda, 8 ölümlülerde şeklinde) yapılmaktadır. Bu kurullarda biraz önce size sunduğum rehbere benzer şekilde değerlendirmeler yapılmaktadır. Üniversite anabilim dallarında da adli tıp uzmanı tüm analizi yapmakta ve sonrasında ilgili klinisyenlerle birlikte sonucu tartışarak mütalaa verilmektedir. Dosya içinde değerlendirmeye alınması gereken tıbbi belgeler konusunda ülkemizde bir yönetmelik bulunmaktadır. Hastanelerde bu belgeler mutlaka düzenlenmelidir. Zaman zaman bilimsel bir mütalaa düzenlenirken vereceğim örnekte olduğu gibi elimize tüm belgeler gelmemektedir. Örneğin, yanlış ilaç uygulaması ile ilgili değerlendirme için gönderilen bir dosyada laboratuvar sonuçları, doktor talimatı, hemşire uygulama kâğıdı, eczanedekiler için hangi dozların verildiği konusunda belge bulunmamakta idi. Bunun yanında da hemşire, hekim ve eczacının uygulama ile

ilgili ifadeleri de yoktu. Bu ifadeler olmazsa ilacı eczacı verdi mi, vermedi mi, hemşire ilacı nerede uyguladı gibi konularda net bir kanaat oluşamamaktadır. Özellikle bazı mahkemelerde olay ile ilgili ifade istenmemektedir. Ancak olay ile ilgili ifadeler elimizde olmaz ise değerlendirme nasıl yapabiliriz. Herhangi bir suç ile ilgili taraf ifadelerini dinlemeden sadece diğer delillere dayanarak karar vermeye benzetilebilir. Olay hakkındaki taraf ifadelerinin önemli olduğu ve ifadelerin bulunması gerektiğini Avrupa Adli Tıp Konseyi rehberinde de belirtilmektedir. Son olarak Vekâlet ve Eser Sözleşmesi" hakkında kısaca bir konuyu paylaşmak istiyorum. Bilimsel mütalaa düzenleyen bir hekim olarak, septoplasti (tedavi edici bir uygulama ve vekalet sözleşmesi) ve rinoplasti (hastanın isteği üzerine yapılan estetik bir uygulama ve eser sözleşmesi) işlemleri uygulama yöntemleri açısından benzerdir. Slayttaki resimlere baktığımızda sol tarafta septoplasti, sağ tarafta rinoplasti ameliyatlarını göstermekte ki, ikisi benzer şekilde işlemlere tabidir. Birisi vekâlet, birisi eser sözleşmesi. Hukuk normlarında, eser sözleşmesine bağlı tıbbi uygulamalarda belli bir garanti verilmektedir. Ancak tıbben rinoplastide de garanti verilemez. Neden verilemez? Şundan dolayı; her iki işlemin (septoplasti ve rinoplasti) komplikasyonlarına baktığınızda; aynı riskler görülmektedir. Bu işlemin garantisi yani siz de herhangi bir risk oluşmayacak denemez. Ama işin hukuki yanını nasıl halledersiniz onu bilemiyorum. Tıbbi mütalaamızda ortaya çıkan istenmeyen olay komplikasyon (risk) ise ve komplikasyon yönetimi uygun ise, tıbbi hatadan bahsedemeyiz.

Hepinize tekrar saygı ve sevgilerimi sunuyorum. Hürmetler efendim.

İbrahim ÜZÜN (Moderatör):
Hocamıza çok teşekkür ediyoruz.

Gerçekten neye göre değerlendirdiğini bilirkişinin açık ve net bir şekilde raporlarında belirtmesi gerekiyor. Katıldığım bir uluslararası kadın doğumcuların düzenlediği toplantıda konuşmacı olarak katılmıştım, şunu tartışmıştır; şimdi aslında kılavuzlar var. Ne zaman ileri düzey ultrason gerekiyor, bunun endikasyonları konulmuş. Bunu tartışıyoruz. İleri düzey ultrason istenilmiş, rahim içerisinde gelişim bozukluklarının ne kadarına tanı konulması gerekir diye tartışma bu. Hepsi profesör tartışmaya katılanların, kadın doğum profesörü. Birisi parmakların görünmemesini bir bilgi eksikliği, özensizlik, dikkatsizlik, kusur olarak değerlendirdi. Diğeri elin görünmemesini normal olarak kabul etti. Hiç abartmadan söylüyorum oradaki tartışmayı söylüyorum. Bunların hepsi de bilirkişilik yapıyor. En son gelinen noktada iki bacağının da görünmeyebileceğini, bunun da bir komplikasyon olduğunu, özensizlik/dikkatsizlik olmayacağını söyleyebildi. Yani bugüne kadar da dolayısıyla hocamın da burada söylediği sürekli şeyler şu açıdan önemli; biz kendimize göre değil o günkü güncel tıp literatürüne göre, eğitime göre ortalama özen ve dikkati gösterdik mi? O cihazla ne kadar görebilmemiz gerekiyor? Bunu bu verilere dayanarak değerlendirmesini yapması gerekiyor bir bilirkişinin. Yani bilirkişi kendine göre bir değerlendirme yaptı "bana göre söyle" olmaması gerekiyor.

Teşekkür ediyorum Mehmet Akif İNANICI Hocama. Ben de heyecanla bekliyorum tıbbi uygulama Sağlık Bakanlığı Mesleki Sorumluluk Kurulu işleyişini. Sanırım hepimiz heyecanla bu konuşmayı bekliyoruz yeni bir kurul olduğu için. Hüseyin DÜNDAR beyi kürsüye davet ediyorum.

Şehmus ERTEKİN (Konuşmacı):
Sayın Yargıtay Başkanım, yargı ve sağlık camiasının değerli üyeleri. Bugün Mesleki Sorumluluk Kurulu ile ilişkili bir sunum arz edeceğim sizlere. Diğer Hocamız Hüseyin DÜNDAR Bey katılamadığı için ben yerine sunum yapacağım.

3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun ek 18. maddesine istinaden Mesleki Sorumluluk Kurulu kurulmuştur. Bu düzenleme ile 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanuna ilişkin bazı istisnalar getirmiştir. Her iki kanunu dayanak alarak "Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbî İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik" 15.06.2022 Tarihli ve 31867 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır. Bu yönetmeliğe istinaden halihazırda Kurulun iş ve işlemleri yürütülmektedir.

Kurul; Bakan Yardımcısı başkanlığında Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü, Kamu Hastaneleri Genel Müdürü, Hukuk Hizmetleri Genel Müdürü ve Yönetim Hizmetleri Genel Müdürü ile Profesör veya doçent unvanlı biri dâhilî, diğeri cerrahi branştan iki hekim olmak üzere yedi üyeden oluşmaktadır.

Mevzuata göre Kurul, ayda en az bir kez, en az dört üyenin katılımıyla toplanır ve üye tam sayısının salt çoğunluğuyla karar alır. Ancak halihazırda gündem yoğunluğu sebebi ile haftada iki kez toplanmaktadır. Kurulun sekretaryası Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nde Mevzuat İşleri Daire Başkanlığı tarafından yürütülmektedir.

Kurul gündeme gelen konunun muhtevasını dikkate alarak ilgili dosya hakkında ihtisas komisyonu kurmak marifetiyle görüş alabilmektedir. Bu ihtisas komisyonu, ön inceleme aşamasında alınan bilirkişi raporlarından bağımsız olarak dosyayı yeniden ele alan ve bilimsel bakış açısı ile inceleyen komisyonlardır.

Sağlık Bakanı gelen işin niteliği ve sayısına göre, başka bir Bakan yardımcısının başkanlığında daha önce niteliği belirtilen üyelerden yeni kurullar oluşturabilmektedir.

Kurulun görevleri temel anlamda iki başlık altında toplanabilir. Bunun ilk kısmı; soruşturma iznine ilişkin görevlerdir. Yükseköğretim Kanununun 53. maddesinde yer alan soruşturma usulüne tabi olanlar hariç olmak üzere, kamu veya özel sağlık kurum ve kuruluşları ve vakıf üniversitelerinde görev yapan hekim ve diş hekimleri ile diğer sağlık meslek mensuplarının sağlık mesleğinin icrası kapsamında yaptıkları muayene, teşhis ve tedaviye ilişkin tıbbi işlem ve uygulamalar sebebi ile yapılan soruşturmalar bu kapsamda yer almaktadır. Burada yer alan sağlık meslek mensubu vurgusu önem arz etmektedir. Fiil açısından değerlendirme yapıldığında ise muayene, teşhis ve tedaviye ilişkin işlem ve uygulama dikkate alınmak durumundadır. Eğer böyle bir fiil varsa soruşturma izni hususunda yetkili merci mevzuat açısından kaymakamlık veya valilik değil, Mesleki Sorumluluk Kurulu olmaktadır.

Bu kapsamda soruşturma iznine ilişkin üç görev sıralanmıştır: ön inceleme yapmak veya yaptırmak, soruşturma izni verilip verilmemesine karar vermek ve bu kararın ilgililere tebliğini sağlamak. Adli organlar, il veya ilçe idare kurulları veya bireysel olarak başvurular Sağlık Bakanlığı Mesleki Sorumluluk Kurulu'na gelmektedir.

Alınan başvuru dosyası öncelikle sekreteryanın ön değerlendirmesinden geçmektedir. Bu aşamada dosya Kurulun görev alanında yer alıp almaması açısından ele alınmaktadır. Eğer konu sağlık meslek mensuplarının muayene, teşhis ve tedaviye ilişkin fiilleri ile ilişkili değil ise veya kişi sağlık meslek mensubu olmadığı halde başvuru yapılmış ise ilgili dosya iade edilmektedir.

Bunun haricinde kurulun görev alanına giren dosyalarla ilgili işlemler ivedilikle başlatılmaktadır.

Ön incelemeler, Mesleki sorumluluk Kurulu tarafından yaptırılmakta, olayın gerçekleştiği ildeki belirlenen hekimler bu anlamda görevlendirilmektedir.

Mesleki Sorumluluk Kurulu, özel sağlık kurum ve kuruluşları ve vakıf üniversitelerinde görev yapan hekim ve diş hekimleri ile diğer sağlık meslek mensupları bakımından il sağlık müdürlüklerinde görevli başkan veya başkan yardımcılarını da ön inceleme yapmak üzere görevlendirilebilir. Özel sektörde çalışan sağlık meslek mensupları da bu kapsamda soruşturma izni açısından Kurulun görev alanına dahil olmuştur.

Ön incelemesi tamamlanan dosyalar Kurulda görev yapan çeşitli uzmanlık alanlarındaki raportör vasıtasıyla Kurul gündemine sunulmaktadır. Kurulda görüşülen dosyalar karar için gerekli değerlendirmeleri yaptıktan sonra gerekçe ve kararın yazılma aşamasına geçilmektedir. Sonrasında oluşan karar ilgililere tebliğ edilmektedir. İlgililer tabiri; cumhuriyet savcıları, hakkında ön inceleme yapılan kişiler ve şikâyet eden kişiyi ifade etmektedir. Eğer bir itiraz durumu yoksa, kararın kesinleştiğine dair ibare cumhuriyet savcılıklarına iletilmektedir. İtiraz olması durumunda kanunda belirtildiği şekilde Ankara Bölge İdare Mahkemesi'ne 10 gün içerisinde itiraz yapılabilmekte ve müteakip olarak burada karar kesinleşmektedir.

Kurulun ikinci görevi ise rücuya ilişkin görev kapsamındadır. Sağlık Bakanlığı'nın ödediği tazminatın ilgili sağlık meslek mensubuna rücu edilip edilmeyeceğinin tespit edilmesi için öncelikle için idare aleyhine tazminata hükmeden bir mahkeme kararı olması gerekmektedir. Bu kapsamda sağlık meslek mensubunun, görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle görevini kötüye kullanıp kullanmadığının tespit edilmesi önem arz etmektedir. Bu karar yoksa dosya işlem tesis edilmeyerek iade edilmekte, rücuya gidilmemesi yönünde muhakemat birimlerine talimatta bulunulmaktadır. Eğer bu yönde karar var ise, dosyadaki eksiklikler öncelikle tamamlattırılarak, inceleme raporu ile ilgili diğer evrakın raporla birlikte Kurula sunulmasını sağlanmakta ve konu hakkında kurulda değerlendirme yapılmaktadır. Dosyada yer alan evrak arasında ceza mahkemesi kararı, hukuk veya idare mahkemesi kararı, inceleme raporu ve diğer gerekli görülen evrak raportör aracılığı ile Kurula sunulmaktadır.

Görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle görevi kötüye kullandığı kesinleşmiş ceza mahkemesi kararı ile birlikte dosya, uzman bilirkişiye iletilerek konuya ilişkin rapor istenebilmektedir. Rücu edilip edilmeyeceği ve rücu edilecekse rücunun miktarına karar verme görevi yine Mesleki Sorumluluk Kurulu'nda bulunmaktadır. Oluşan karar da ilgili idare, sağlık meslek mensubu ve sigorta şirketine tebliğ edilmektedir. Teşekkür ediyorum.

İbrahim ÜZÜN (Moderatör):
Teşekkür ederiz.

Son konuşmacımız Prof. Dr. Erdem ÖZKARA. Kendisi Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı öğretim üyesi. Aynı zamanda uzun yıllar başkanlığını yapmış Sağlık Hukuku Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin. Bu konuda malpraktisle ilgili çok çalışmaları oldu. Hocamız bilirkişilik de yapıyor.

Kendisine sözü veriyorum. Buyurun hocam.

Erdem ÖZKARA (Konuşmacı):
Teşekkür ederim Sayın Başkanım. Öncelikle Sayın Yargıtay Başkanım, Sayın Kurum Başkanım, Türk Yargısının ve sağlık camiasının çok seçkin üyeleri. Hepinizi saygıyla selamlıyorum. Sanırım süremiz biraz kısıtlı, hızlandıracağım.

Ben bugün tıbbi uygulama hatalarını değerlendirme kriterlerini sizinle paylaşacağım. Tıbbi uygulama hatalarını değerlendirdiğimizde aslında bilirkişilik yapıyoruz. Bilirkişilikle ilgili çok kısa bazı noktaları vurgulayıp da ana kriterlere geçmek istiyorum. Bilirkişi görüşüne bir önceki konuşmacılarımız da değindi ana özelliklerinin neler olması gerektiğine. Bazılarını tekrarlayacağım; objektif olmalı, kendi alanının dışına çıkmamalı, bilimsel kriterlere göre davranmalı. Bakın bununla ilgili de Avrupa Yüksek Mahkemesi'nin de mutlaka bilimsel metodolojiye uyulması ve illiyetin sorgulanması gerektiği şeklinde bir kararı var, kuralı var.

Bilimsel metodoloji; kendi tezimizi destekleyen bilimsel çalışmaların geçerli güven referans aralığını da göz önüne alarak, bunların hata paylarını da göz önüne alarak buna uygun şekilde verilerimizi destekleyen/desteklemeyen çalışmaları da göz önüne alarak bir eylemi değerlendirmek aslında. Delili zaten artık sorgulamıyorum, bilirkişilik yapıyorsak bir olayla ilgili delili de mutlaka değerlendirmemiz gerekiyor.

Peki, malpraktis, neden malpraktisten bahsediyoruz? Her alanda malpraktis var. Biz tıbbi malpraktisi çokça konuşuyoruz, çok hata yaptığımızdan dolayı değil, bazı meslekler malpraktis kavramıyla hata kültürü kavramıyla uzantılı olduğu için onlar başka karşılanıyor ama biz hekimler hatalarımızla karşılanıyoruz. Hatta 15 yıldan beri hata kültürü ile yakından ilgileniyorum, en az hatayla çalışan 2 meslek gördüm. Biri havacılık sektörü, çok hatalarını önemseyip hemen düzeltmeye çalışan, diğeri de tıp sektörü. Diğer mesleklerde ne yazık ki hata kültürünün olmayışını görüyorum. Ufak tefek hatalarını karşılıyorlar ama hatalarıyla yüzleşen meslekler değiller. Diğerleri ne yazık ki bu erdeme sahip değiller. Henüz birçok meslekte bu hataları nasıl örteriz diyorlar, oysaki biz hatalarımızı gün ışığına çıkaralım

konuşalım tartışalım ki tekrarlamayalım. Bir olayın bir kere yanlış yapılması hatadır evet ama en acı olan nedir biliyor musunuz, aynı olayın tekrarlanması. Bu ders almadığımızı ve gelişemediğimizi gösterir. O nedenle de bu iddiaları konuşurken tıbbi uygulama hatalarında bakın bu Avrupa'da ortalama 5'te 1'inde ancak hatanın kanıtlandığını, 5'te 4'ünde %80 civarında da bunun kanıtlanmadığını gösteriyor. Türkiye için de şu anda %20 gibi oranlar var yani 5 olgudan 1 tanesinde biz hatayı bulabiliyoruz diğer büyük çoğunluğunda hatayı bulamıyoruz. Bu gerçeği önce bir önümüze koyalım. Bu çok daha fazla önem kazanacak bakın bu konuşmalarla bu değerli toplantılarda, çok değerli katılımcılar var, bilirkişiliğin nasıl olması gerektiğini konuşuyoruz daha da çok konuşacağız. Çünkü zor bir şey ama birçok insanın da canını yakan konularda daha erken, daha denetimli bilirkişilikle adalet daha seçkin bir şekilde yerine gelecektir. Çok karmaşıktır, zordur ama bunu takdirle yapmamız gerekir. Bununla ilgili bizim de çabalarımız oldu geçmişte. Pandemi dönemiyle beraber ara verdik.

Biz de kendi kongremizi düzenledik, bu bağlamda bir kongrenin nasıl düzenlendiğini ne kadar zor olduğunu bilen birisi olarak da Sayın Başkanımıza burada hepinizin huzurunda teşekkür ediyorum. Çünkü çok kısa bir zaman zarfında böylesine bir kongreyi düzenledi. Düzenleme kurulu üyelerine ve görünmeyen askerlere, asistanlarımıza da ve katkı sağlayan bütün meslektaşlarımıza ve personele de ayrıca teşekkür ediyorum. Çünkü zor ve karmaşık konuları herkesin kendi yerinden tartışması yerine yüz yüze konuşarak çözüm bulmaya çalışıyoruz. Bu da bilim alanına önemli katkılar sunan bir etkinlik olarak tarihe geçecektir.

Konuştuğumuz konunun ana temalarının terminolojisi üzerinde uzlaşmamız lazım. Birçok tanım var malpraktisle ilgili. Biraz önce hocam da söyledi, herkes beğendiği bir tanımı alabilir. Ben en çok beğendiğim şu tanımı alıyorum, sözlükteki tanımını alıyorum ve bu hukuk sözlüğünden alınan bir tanım: "Malpraktis bir meslek mensubunun bir toplumda mesleğe uygun olan vaziyet ve saygın bir üyesinin her şart altında yapması gerekeni yapmaması ve sonrasında hizmet verdiği kişinin zarar görmesi olarak kabul ediyoruz. Yani ortalama standart bir meslektaşımızın yapması gerekenler, üstün güçler ve üstün yeteneklerle bir şey yapmamız beklenmiyor bizden, Süpermen olmamız beklenmiyor. Standartlara uymamız yeterli. Komplikasyon ve malpraktis kelimeleri hep iç içe aynı cümlelerde kullanılıyor.

Komplikasyonda da mutlaka komplikasyonu nasıl yönettiğine bakarız. Komplikasyonu yönetebilmiş mi, yönetmek için elinden geleni yapmış mı? Bunları değerlendirirken de ama çok önemli bir şey var; mikrokosmos çok önemli. Yani o kişinin o anda elindeki imkânlar neler? O dönemki standartlar neler? Bunlara bakmak lazım. Mesela bazı yorumlar diyorlar ki efendim iç kanama var, bir MR çektirsek bunu anlardık. Peki, tamam, MR çekilmemiş. Doktora soruyoruz, yoktu ki diyor MR. Bunları araştırmamız lazım, o doktorun elindeki imkânlarla bunları yapacak.

Peki, bu tıbbi bilirkişilik işi neden zor? Ben Yedinci ve Sekizinci Kurul üyelerine yüz yüze görüştüğümüzde de söyledim, tebrik ediyorum gerçekten çok zor bir görevi yürütüyorlar. Diğer olgulara göre çok daha meşakkatli olgular bunlar ve onları kendi zamanının standartlarına göre değerlendirmeleri de gerekiyor.

Tıp çok hızlı ilerleyen bir alan. Bildiklerimizin ortalama %45'i 5 yıl içerisinde eksik bilgi veya yanlış bilgi haline geliyor ve bunları takip etmeleri gerekiyor. Bilgilerimizi hep güncellememiz gerekiyor, hem eskiyi hem de şu ankini bilmemiz gerekiyor, başka uzmanlık alanlarından mutlaka destek almamız gerekiyor ki bu oldukça zor bir şey çünkü adli tıp veya hukuk doktrini olmayan diğer branş uzmanlarının olgulara yaklaşımı çok da bizim için yararlı olmuyor bazen. Olayı çok aydınlatamıyoruz ve en büyük sıkıntı da diğer klinisyenler kendi alanıyla ilgili olsa da bu konulara girmek istemiyorlar. Bunu camia bünyesinde değil de özellikle mütalaa verirken söylüyoruz. Diğer ilgili branşlardaki meslektaşlarımızın çoğunu da dosyanın içerisine çekemiyoruz çünkü girmek istemiyorlar. Emeklerinin karşılığını alamadıklarını, kendilerine yönelik suçlamalar gelebileceğini düşünerek bunları yapmak istemiyorlar.

Peki, tıbbi uygulama hatası iddiaları daha iyi nasıl değerlendirilebilir? Önce sorunları ortaya koyalım. Ondan sonra da mevcut sistemde oldukça zor aydınlatılan bu noktalar iki istasyonlu kurumda ve bu arkadaşların iş yükü çok fazla. Biraz daha onları rahatça çalışmaları sağlanabilir belki de hızlanmaları açısından. Olgulara yönelik kısmında verileri ortaya koyan nitelikli bir otopsi zamanında yapılmamış ve pek fazla bir şey bekleyemezsiniz. Bu olgularda otopsinin hemen yapılması gerekir. Birazdan değineceğim ama bu otopsinin de belli niteliklere sahip olması gerekir. Standart bir otopsiyle aydınlatmak çok zor. Veri kaybı olduğunda da tabi doğru sonuçlanmayan olgulara yok açacaktır bu. Spesifik otopsi uygulamasına daha detaylı değineceğim, bu otopsilerin diğer otopsilerden çok daha özellikli olması gerekiyor.

Peki, neler yapalım? Bu soru bütün dünyanın sorunu sadece bizim değil. Minimal değerlendirme standartları var bakım adım adım burada 12 öge var hepsini tek tek her dosyada belki standart olarak değerlendirebiliriz. Var mı yok mu bundan? Onlara bir checklist gibi tik koyarak ya da oraya soru işareti koyarak o notlar üzerinde durabiliriz. Dünyada da çok tartışılıyor dedim, bununla ilgili çok belli başlı sınıflandırma kriterlerini sizinle paylaşmak istiyorum. HOFFMAN ve arkadaşları 1983 yılında demiş ki bu malpraktis uygulamalarını biz zor ayırt ediyoruz. Bunlarla ilgili bazı klasifikasyonlar yapalım ki ona göre değerlendirelim. En azından bir standardizasyon olur. Burada, ölümden önce tespit edilen hastalıkla kişinin klinik durumunun otopsi sonrası uyumu değerlendirilmiş. Grup 1 demiş ki; eğer ölümden önce hastanın tanısı konulsaydı hasta sağ kalabilirdi, yaşayabilirdi. Çok ciddi bir malpraktis iddiası söz konusu. Grup 2 de; ölümden önce tespit edilmiş olsa bile muhtemelen hastalığın yönünde değişikliğe gidilmeyecekti çünkü hastalığın tedavisi yok. O nedenle çok da sonucu değiştirmiyor. Grup 3 ve grup 4 de işte biraz daha minör durumlar, tespit edilse bile süreci değiştirmeyecek ve ölümle ilgileri çok fazla olmayan ya da hiç olmayan durumlar. HOFFMAN sınıflandırmasını biraz karmaşık bulan BUTTON ve arkadaşları 1987'de bunu biraz daha revize etmiş, daha anlaşılır hale getirmiş. Demiş ki; majör unsurlar ve minör unsurlar diye 2 ana başlık yapalım.

Bunları şöyle belirtelim; Grup 1: majör diye tanımlanan unsurlar var, ölümden önce tanının bilinmesi halinde hayatta kalmaya yarayacak veya hastayı kurtaracak, iyileştirecek. Burada ciddi bir malpraktis söz konusu. Grup 2 de; ölümden önce bilinmesi

halinde doğru tedavi olsa bile süreci çok değiştirmeyecek, yine de hasta ölecek, çünkü tedavi yeterli değil diyor. Grup 3'te direkt olarak ölüm nedeniyle ilgili olmayan birtakım unsurlar var. Grup 4'te miras açısından değerli bulgular saptanıyor. Daha sonra uyumsuz bulmayan Grup 5'te; tanı otopsi öncesi ve sonrası uyumlu. Burada malpraktisten söz etmiyoruz. Özetle dünya da bu konuda bir standardizasyon peşinde. Yine benzer öneriler var her zaman revize ediliyor.

Bizim ülkemizde peki ne yapacağız? Bir kere bu olgularla ilgili detaylı bir otopsi veya erken otopsi bakınız bu konuda bir tezimiz var. Sunumun sonuna da onu saklamıştım. Hep olgularda gecikmenin %35'lere varan oranlarda 3'te 1 oranında fethi kabir gibi olguların, soruların cevaplanmaya çalışıldığını görüyoruz. Fethi kabirde çok ciddi bir şey bulamazsınız tıbbi uygulama hatalarında ne yazık ki. Erken, zamanında ve nitelikli otopsi en az 2 uzmanla, hatta tercihen 1 o branş uzmanının da katıldığı bir otopsiyle ve video kaydıyla fotoğraflarla. Otopsiden önce mutlaka tıbbi evrakların dosyasının detaylı incelendiği otopsi uygulamalarıyla bu olgular aydınlatılabilir.

Sabrınız için teşekkürler.

İbrahim ÜZÜN (Moderatör):
Erdem Hocamıza çok teşekkür ediyoruz.

Özellikle adli otopsi ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddiası olan uygulamalarda çok önemli. Benim de alanım olduğu için. Burada kendisini rahmetle anmak istiyorum Prof. Dr. Nesime OKBOY'u. Yaklaşık 20 yıl kadar önce bu konuyu biz çalışmıştık, tıbbi uygulama hatası iddiası olan olgularda adli otopsinin gerekliliğini. Çok güzel sonuçları da vardı.

Son bir şey daha söyleyeceğim. Biz tıbbi belgelere bakıyoruz ama tıbbi belgeler de her zaman doğru olmayabiliyor. Buna işaret etmek için söylüyorum. Sayın Başkanla yıllar önce katıldığımız bir toplantıda, üniversite ismini söylemek istemiyorum. Rektör yardımcısı bir genel cerrah şunu ifade etti, bir akredite olma çalışmaları var, akreditasyon esnasında yapılan denetimlerde rapor şu; safra kesesi ameliyatlarındaki komplikasyon oranlarına bakıldığı zaman gelişmiş merkezlerdekinin %1'i kadar olduğunu görünce oturup toplantı yapmışlar. Bu bir durum tespiti, nasıl olur yani gelişmiş merkezlerde bile 100 kat komplikasyon var. Meslek hekimlerinin söylediği şey şu; evet biz komplikasyon yapıyoruz ama yazmıyoruz çünkü bilirkişiler bunu komplikasyon olarak kabul etmeyebiliyor. Kusurlu olarak değerlendiriyor o yüzden çekincelerimiz nedeniyle kayıt altına almıyoruz diye itiraflarını ifade etmişler onlar, onların sözleri bunlar. Bunun bir de böyle bir boyutu var gerçekten hani biz tıbbi belgelere göre değerlendirmeler laboratuvar sonuçlarına göre yapıyoruz. Bazen orada kayıtlı olanlar da doğru olmayabiliyor maalesef.

Tartışma çok kısa olacak herhalde çok az zamanımız kaldı. Bitti diyor Sayın Başkan da tartışma yapmayalım diyor Cuma namazı nedeniyle. Burada bitiriyoruz çok teşekkür ederiz.

2.GÜN

2. OTURUM

TÜRKİYE'DE BİLİRKİŞİLİK UYGULAMALARI

TÜRKİYEDE BİLİRKİŞİLİK UYGULAMLARI OTURUMU



Muharrem ÜRGÜP (Moderatör):
Tüm katılımcıları saygıyla selamlıyorum. Uluslararası Katılımlı 17.Adli Tıp Günlerinin ikinci gününde Türkiye'de Bilirkişilik Uygulamaları konulu oturumumuza hoş geldiniz.

Ben kendi adıma şunu ifade etmek isterim, her Adli Tıp organizasyonu benim için çok heyecan verici ve böyle merakla, heyecanla beklediğim bir organizasyon halinde. 2003 yılından beri yaklaşık 7 ya da 8 tane geleneksel günlere, bölge toplantılarına katılım sağladım. Her birinde farklı şeyler öğrendiğimi, farklı disiplinlerin kesişim kümesi olan bu organizasyonlardan kendime çok şey kattığını müşahede ettim. O nedenle bu imkânı bizlere tanıyan başta Adli Tıp Kurumumuzun değerli Başkanı Dr. Hızır ASLIYÜKSEK Bey olmak üzere tüm ekibine, genel sekreterlik ve ekibine özellikle teşekkür ediyorum.

Bugün Türkiye'de bilirkişilik uygulamaları ne hale geldi? Nasıldı? Şu anda nasıl? Buna kısa bir bakış açısı sunmaya çalışacağız değerli katılımcılarımızla birlikte. Malumlarınız bilirkişilik, Türk Hukukunda temel olarak usul kanunlarında düzenlenmişti. Fakat uygulamada özellikle gündeme gelen bazı sorunlara daha spesifik bir mevzuatla cevap verme, yaklaşım sergileme adı altında 2016 yılında Bilirkişilik Kanunu kabul edildi. Akabinde 2017 Ağustos'unda da Bilirkişilik Yönetmeliği ile bu mevzuat dizisi tamamlandı. O günden bugüne ciddi değişiklikler getiren bu mevzuatlarla uygulamalarımız şekillenmeye başladı. Tabi temel mevzuatlarımız yerini korumakta.

Bu oturumumuzda 6754 Sayılı Kanun, Bilirkişilik Kanunu sonrasında ne gibi etki yaptı, düzenlenen raporlara, hükme esas olan bilirkişi mütalaalarına yansıması nasıl oldu, kararlara yansıması nasıl oldu, uygulamadaki örnekleri nasıldı, bunun da ötesinde sistematik olarak kurgulanması düşünülen ve kanunla getirilen teşkilat yapısı nasıl etki yaptı uygulamalara, artı özel bilirkişilik olarak da literatürde yer yer ad bulan uzman görüşü, uzman mütalaası uygulamaları Türkiye'de nasıl şekillendi, şekilleniyor? Alanında çok yetkin, uzman, nitelikli konuklarımızla, onların sunumlarıyla aydınlanacağız. Bilgi ve deneyimlerinden hep birlikte istifade edeceğiz ve uygulamada karşımıza çıkan soru ve sorunlara cevaplar bulmaya çalışacağız.

Bugün moderasyon konumunda çok değerli Necmi ÇEKİN Hocamla birlikteyiz. Ben lafı çok fazla uzatmadan hem değerli konuklarımızın tanıtımını yapmak hem de kendi takdimini yapmak üzere sözü kendilerine bırakıyorum. Buyurun hocam.

Necmi ÇEKİN (moderatör):
Ben de hepinizi saygıyla selamlıyorum. Öncelikle bilgi ve tecrübe paylaşımı için bu kongrede olmamızı sağlayan Başkanımızın şahsında tüm emeği geçen, katkısı olan herkese teşekkür ediyorum. Süremiz sınırlı. O yüzden çok uzatmadan konuşmacılarımıza geçelim istiyorum. Kısaca öz geçmişleri hakkında bilgi vermek için bu slaytları koydum.

Sayın Abdulkadir KUTLUK, Bilirkişilik Daire Başkanı. 2004 yılında Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesinden mezun. 2009 yılında Adli Yargı Hâkim-Savcı adayı olarak staja başlıyor. 2011-2013 yıllarında asliye hukuk hâkimliği görevleri var.

2013 yılından 3 Ekim 2022 tarihine kadar Hukuk İşleri Genel Müdürlüğünde tetkik hâkimi olarak görev yaptı. Belirtilen tarihten itibaren aynı genel müdürlükte Bilirkişilik Daire Başkanı olarak görevini sürdürmekte. 2018 yılında Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsünde Kamu Hukuku alanında yüksek lisans yaptı. 2019 yılında Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsünde hukuk alanında doktora programına başladı, tez aşamasında. Hocam buyurun söz sizin.

Abdulkadir KUTLUK (Konuşmacı):
Değerli konuşmacılar ve değerli katılımcılar, sunumuma geçmeden önce hepinizi saygıyla selamlıyorum.

Muharrem Başkanımız güzel bir giriş yaptı. Bilirkişilik Kanunu, 2016'da yürürlüğe girmeden önce bilirkişiliğin genel çerçevesi usul kanunlarında düzenlenmişti. 6754 sayılı Kanun ve sonrasında yapılan Yönetmelikle birlikte kurumsal yapı oluşturuldu. Daha sistematik bir görünüm aldı.

Şimdi bu yeni kanun ile birlikte sonrasında yapılan yönetmelik ve ikincil düzenlemeler bakımından konuyu sizlere arz edeceğim. Bilirkişilik Kanunu neler getirdi onu genel hatlarıyla ele alalım. İlk önce kurumsal bir yapı oluşturuldu. Ondan sonra bilirkişiliğe hâkim olan temel ilkeler ve bilirkişilik etik kuralları belirlendi. Bilirkişilik temel eğitimlerine dair usul ve esaslar düzenlendi. Bilirkişilik sicili ve listesi oluşturuldu. Bilirkişilerin listeden seçilmesi yöntemi benimsendi. Bilirkişilerin denetimi ve sicilden silinmesi yaptırımına geçildi. Bilirkişilerin bakacağı iş sayısı tespit edildi. Temel ve alt uzmanlık alanlarına göre bilirkişilerin taşıması gereken nitelikler belirlendi. Bir de 6754 sayılı Kanunla yeni gelen bir kurum var "Özel Hukuk Tüzel Kişi Bilirkişileri" bu Kanuna dâhil edildi. Şimdi bu başlıkları kısaca açıklamaya çalışacağım.

İlk önce kurumsal yapıdan başlarsak; Bilirkişilik Danışma Kurulu, Bilirkişilik Daire Başkanlığı ve Bilirkişilik Bölge Kurulları oluşturuldu. Bilirkişilik Danışma Kurulu bir istişare kuruludur. Bilirkişilik hizmetlerine ilişkin çözüm önerilerinde bulunmak ve Daire Başkanlığının görev alanlarıyla ilgili önerilerde bulunmak görevleri var. Bilirkişilik Danışma Kurulunda, Adli Tıp Kurumu da dâhil olmak üzere bilirkişilik alanında yoğun hizmet veren kurumların temsilcileri de yer almaktadır. Yargının her kademesinde olan yargı mensupları, HSK temsilcileri ve Bakanlık bürokrasisinden üst mercilerden temsilciler var. Bakan Yardımcımızın başkanlığında bu kurul toplanıyor. 28 üyesi mevcuttur. Bilirkişilik Daire Başkanlığı ise bilirkişilik hizmetinin etkin, düzenli ve verimli şekilde yürütülmesi amacıyla kurulmuştur. İşin mutfağı burasıdır. Ben Daire Başkanı olarak görev almaktayım. 3 hâkimimiz var ve yaklaşık 10 personelimiz var. Danışma Kurulunun görevlerinden ve Daire Başkanlığının görevlerinden kısaca bahsettim. Ana görevimiz bilirkişilik hizmetlerinin düzenli ve verimli şekilde ilerlemesini sağlamaktır. Özel olarak Kanun ve Yönetmeliğimizde sayılan görevlerimiz de var. Bilirkişilik temel ve alt uzmanlık alanlarını tespit etmek, temel ve etik ilkeleri belirlemek, bilirkişilik eğitimine ilişkin usul ve esasları belirlemek, bilirkişilerin denetimine, performansına ve bilirkişiliğe kabulüne ilişkin usul ve esasları belirlemek, bilirkişilik asgari ücret tarifesini belirlemek, temel ve alt uzmanlık alanına göre bir bilirkişinin bakacağı iş sayısını genel anlamıyla kotayı belirlemek görevleri söz konusudur.

Bilirkişilik Bölge Kurulları ise istinaf mahkemelerinin bulunduğu illerde kuruldu. Şu an 15 yerde var. Bu kurullar 6 üye ile görevlerini sürdürmektedir. Başkanı, HSK tarafından Bölge Adliye Mahkemesi üyelerinden seçilmektedir. Bölge Kurulları da Daire Başkanlığının bir nevi taşra yapılanması gibidir. Biz bilirkişiliğe kabul şartlarını tespit ediyoruz, ilkeleri belirliyoruz. Onlar da başvuru koşullarını değerlendirerek bilirkişilik listelerine kayıt yapmaktadırlar. Bilirkişilik Bölge Kurullarının disiplin ve performansla ilgili görevleri söz konusudur. Onlar denetim yapmaktalar. Bilirkişilerin sicilden ve listeden çıkartılması, listeden geçici olarak çıkarılması veya uyarılması işlemlerini Bölge Kurulları yapmaktadır. Bir de özel hukuk tüzel kişilerin bilirkişilik faaliyetlerinde bulunmalarına izin vermek Bölge Kurullarının görevi alanındadır.

Bilirkişiliğe hâkim olan temel ilkeler başlığına geçersek, bizim özellikle üzerinde durduğumuz konudur. İlk ilkemiz bilirkişinin görevini dürüstlük kuralları çerçevesinde, bağımsız, tarafsız ve objektif olarak yerine getirmesidir. Şüphesiz bu olmazsa olmaz bir ilkedir.

Şimdi ikinci söyleyeceğim ilke ile ilgili daha çok konuşmak istiyorum. Bilirkişilik raporunda uzmanlık ve teknik bilgi dışında hukuki değerlendirmelerde bulunmama ilkesi. Maalesef bilirkişilerimiz raporlarında uzmanlık alanı dışında hukuki değerlendirmelerde bulunabiliyorlar. Biz Daire Başkanlığı olarak raporlarda hukuki değerlendirme yapılmasını istemiyoruz. Bakanlığımızın görüşü de bu yöndedir. Maalesef neredeyse bilirkişi raporlarında bazen hüküm bile kurulmuş oluyor. Her türlü kusura ilişkin tespitler de bunun içinde yer alıyor. Başka değerlendirmeler de yer alıyor mesela konuyu pekiştirmek için atasözleri, deyimler vs kullanılıyor. Yani konuyla ilgili ilgisiz değerlendirmelerde bulunuluyor. Biz ölçüt olarak sadece uzmanlık ve teknik bilginin bilirkişi raporunda olması gerektiğini düşünüyoruz. Kusur kısmının hâkimin yetkisinde olduğunu ve kusura ilişkin bir değerlendirmeyi hâkim yerine geçme olarak kabul ediyoruz. Aslında bilirkişi teknik anlamda görevi esnasında hâkime yardımcı olan bir kişidir. Bilirkişinin hâkimin yerine geçmesi söz konusu olamaz. Anayasa ilkelere de aykırıdır. Yargı yetkisini hâkimlerden başka kimse kullanamaz. Böyle bir durum söz konusu oluyor ve uygulamada gittikçe azalıyor ama halen örneklerine rastlamak mümkündür.

Üçüncü ilkemiz genel bilgi ve tecrübeyle hukuk bilgileriyle çözümlenmesi mümkün olan konularda bilirkişiye başvurulmamasıdır. Hukukçu bilirkişi görevlendirmesi eskiden çok yaygın bir durumdu. Artık biz hukukçu bilirkişi atanamayacağını, genel bilgi ve hayat tecrübesiyle elde edilecek bilgi için bilirkişiye gitmeye gerek olmadığını belirtiyoruz. Hâkimlik mesleğinin gerektirdiği hukuk bilgisini en iyi hâkim bileceği için hukukta en iyi bilirkişi hâkim olacaktır. Bunun için de bilirkişiye gitmeye gerek yoktur. Bilirkişi, kendisine tevdi olan görevi bizzat yerine getirmekle yükümlüdür. Bilirkişiliğe hâkim olan temel ilkelerden birisi de sır saklama yükümlülüğüdür. Bilirkişi, kendisine tevdi edilen bilgi ve belgeler ile öğrendiği sırların gizliliğini sağlamakla yükümlüdür. Bilirkişinin bunları kullanarak menfaat elde etmemesi de ilkelerden birisidir. Bilirkişi bu konularla ilgili şüphe yaratmamalıdır. Başka bir ilkemiz, inceleme yapılacak konunun kapsamıyla sınırları açıkça gösterilmeden bilirkişi görevlendirilmemesidir. Bu ilke,

görevlendirmeyi yapacak mercie yönelik bir ilkedir. Hâkim veya Cumhuriyet savcısı görevlendirmeyi yaparken inceleme konusunun kapsamını bilirkişiye bildirmeli ve sınırları, soracağı soruları, bilirkişiden ne istediğini kararlarında belirtmelidir. Maalesef hâkimlerimiz iş yükü mazereti nedeniyle bu konuya özen göstermiyor. Biz bu sorunun çözümüne katkı sağlamak için Bilirkişi Görevlendirme Rehberi adı altında yüksek mahkeme yargı kararlarını tarayarak görevlendirme rehberi oluşturduk. Hangi dava türüne göre ne tür bilgilerin isteneceği ve hangi soruların sorulacağına dair bir rehber oluşturuldu. Rehber, UYAP'a da entegre edilmiş durumdadır. Hâkim ve Cumhuriyet savcısı dava türünü işaretlediğinde örnek soruları görüyor.

Bilirkişilikte, aynı konuda bir kez rapor alınması esastır. Bu özellikle üzerinde çok durduğumuz bir konudur. Bilirkişi raporunun bir kez alınmasını önemsiyoruz, benimsiyoruz. Ek rapor veya ikinci, üçüncü bilirkişi raporu yargılamayı uzatan bir durumdur. Bu halde, adil yargılanma hakkının ihlâli, usûl ilkelerinin ihlâli söz konusu oluyor. Yargılamanın en kısa sürede ve en masrafsız şekilde yapılması gerekiyor. Masrafın artmasının, tarafların mülkiyet hakkını ihlâl ettiğini düşünüyoruz. Bu da yine önemsediğimiz bir konudur.

Evet, bilirkişilerin uyması gereken etik ilkeler de yönetmelikte sayılmıştır. Bunların tanımları da yapılmıştır. Yetkinlik ve mesleki özen ilkesinde, bilirkişinin kendi mesleğinde uzman olması ve kaliteli bir bilirkişi raporu sunması esası benimsenmiştir. Adalete hizmet açısından en iyi nasıl yapabilirim, bunun derdinde olmalı bilirkişi. Mesleğini yaparken buna özen göstermelidir.

Bilirkişi yaptığı işte bağımsız olmalı ve bilirkişilik görevi ile ilgili hiçbir yerden emir ve talimat almamalıdır. Görevlendiren mahkeme bile işin tekniği ve içeriği bakımından emir ve talimat vermemelidir. Taraflarla ilişkiler bakımından, taraflardan da etkilenmemelidir. İşini bağımsızlıkla yapmalıdır.

Bilirkişiler işlerini yaparken dürüstlüğünü ve tarafsızlığını korumalıdır. Tarafların dili, dini, ırkı ne olursa olsun bunları gözetmeksizin bilim ve fen ile işini yapmalıdır. Taraflardan biri ile ilişki içine girmemeli veya taraflarla bir husumeti varsa taraflarla bir davası varsa taraflarla bir iş ilişkisi varsa bunu da görevlendiren mercie bildirmelidir. Aksi halde, bilirkişilik yapması hiç doğru olmayan bir hareket olacaktır.

Bilirkişi saygın ve güvenilir olmalıdır. Bilirkişi, adalete güveni zedeleyici tutum ve davranışlarda bulunmamalıdır. Kendi saygınlığını da korumalıdır. Bilirkişi artık bölge kurullarında oluşturulan listelerden seçilmektedir. Listelere kayıt olan bilirkişi artık görevi kabul ile yükümlüdür. Bir de harici olarak atama yapılan bilirkişiler var. Ayrıca, bir mesleği yürütmek bakımından yetkili kılınmış olanların da bilirkişiliği kabul yükümlülüğü var. Bilirkişi, işini yerine getirirken etik ilkelerle bağdaşmayan veya hukuka aykırı iş ve eylemlerde bulunmasının kendisinden talep edilmesi durumunda görevlendiren merciye bildirmekle yükümlüdür. Yani bilirkişi, yukarıda bahsettiğim etik ilkelere aykırı tutum ve davranışla karşılaştığında bunu görevlendiren mercie bildirmelidir. İşin uzmanlık alanına girmediğini düşünüyorsa veya yetkinliğini aşıyorsa bunu da görevlendiren makama mazeret olarak bildirmelidir.

Bilirkişi reklam yasağına tabidir. Kartvizit kullanmak veya internet aracılığı ile bilirkişilik görevini tanıtmaya yönelik faaliyetlerde bulunması yasaktır.

Kanunla birlikte eğitim de bir sistematiğe kavuşturuldu. Buradaki eğitim mesleki eğitim değil, bilirkişiliğin ifası sırasında ihtiyaç duyulan eğitimdir. Bu eğitimin içeriği nedir? Bilirkişilik mevzuatı, hukuki konu, teknik konu ayrımı ve -Çünkü hukuki konularda beyanatta bulunamıyordu- bilirkişilik portalı ile ilgili eğitimler verilmektedir. Bu eğitimlere dair Bilirkişilik Daire Başkanlığımızın bir temel eğitim kitabı var. Değişen mevzuata ve ihtiyaca göre de güncelleniyor. Daire Başkanlığımızca bilirkişilik temel eğitiminin usul ve esaslarına ilişkin 169 No.lu Genelge yayımlandı. Bu Genelgede, eğitim verecek kuruluşlar, kuruluşların sorumlulukları, eğiticilerin taşıması gereken nitelikler, eğitimin saat ve içeriği gibi konular yer almaktadır.

Bilirkişinin görevlendirilmesi konusuna gelirsek; bilirkişiler artık Bölge Kurullarında bulunan listelerden seçilmektedir. Bilirkişi görevlendirmesinde temel ilke, görevlendirmeyi yapan merciye en yakın yerdeki bilirkişiyi seçmektir. Örneğin, Ardahan'da bilirkişi varsa kalkıp da İstanbul'dan bilirkişi görevlendirmemek bu kanunun amaçlarından biridir. Kendi Bölge Kurulu listesinde bilirkişi yoksa diğer Bölge Kurullarından seçim yapılabilir. Yüksek mahkemelerin her bölgeden seçme hakkı var. Eğer listede o konuyla ilgili bilirkişi yoksa harici olarak da bilirkişi atanması yoluna başvurulabilir. Bölge Kurulları bilirkişilerin denetimini yapmaktadır. Denetimi hangi yönden yapıyor? Mesleki yeterlilik bakımından yapmıyor. Buna ilişkin şikâyetleri mensup olduğu kuruma veya meslek kuruluşuna gönderiyor. Bölge Kurulları sadece bilirkişilikle ilgili yaptığı uygulamadan bir değerlendirme yapıyor. Bilirkişilik mevzuatına uygun davranmış mı davranmamış mı şeklinde bu denetimi yapıyor. 2017 yılından beri Bölge Kurullarınca 1751 uyarma, 1746 geçici olarak listeden çıkarma, 1626 sicil ve listeden çıkarma ile 667 harici olarak atanan bilirkişiye de bilirkişilikten yasaklama yaptırımı uygulanmıştır. Bilirkişinin performansının ölçülmesine yönelik çalışmalarımız devam etmektedir. Önemsenen bir konu. Yakın zamanda inşallah bu performansları değerlendirmek için kriterleri belirlemek için çalışıyoruz. Başkanım, sonlara doğru geliyorum, bitirmek üzereyim, 1-2 dakika vaktimi aşabilirim.

Şu anda aylık kota uygulaması var yani bilirkişinin bakacağı iş sayısı belirlenmiş durumdadır. Normal dosyalarda 30, seri dosyalarda 60 adet bir bilirkişinin bakacağı maksimum dosya sayısı olarak UYAP'a entegre edilmiştir. Tabi bilirkişi isterse kotayı bundan aşağıya da düşürebilir. Bu kota neden getirildi? Bazı bilirkişiler gerçekten bu işi meslek edindi. Bu işi bir kazanç kapısı olarak gördü ve dosyaların hepsini alma çabası içine girdi. Bu da bazı bilirkişilerin iş yükünün artması nedeniyle dosyaların zamanında mahkemeye teslim edilmemesi sorununu ortaya çıkardı. Biz bunu aşmak için ve başka bilirkişilerin de sisteme dâhil olması ve kısa sürede yargılama faaliyetinin bitirilmesi için kota uygulamasına geçtik. Bilirkişileri temel ve alt uzmanlık alanları bakımından ayrıma tabi tuttuk. Bunu işle ilgili kurum ve kuruluşlarla irtibat haline geçerek, görüşerek bunları belirledik. Hangi alanda hangi nitelikler gerekir bunları tespit ettik. Şu an 63 temel uzmanlık alanında 714 alt uzmanlık alanında bilirkişiler faaliyet göstermektedir. Bir bilirkişi 3 temel uzmanlık alanı altında toplam 9 alt uzmanlık alanını seçebiliyor.

Özel hukuk tüzel kişi bilirkişisi uygulaması da yeni yasayla geldi. Şu an pilot uygulaması devam etmektedir. Pilot uygulamaya göre güzel sonuçlar var. Ek rapor alma buralarda daha az ve ortalama rapor teslim süresi 7 gündür. Hangi alanda yapıldı bu özel hukuk tüzel kişi bilirkişi pilot uygulaması? Gayrimenkul değerlendirmede pilot uygulama olarak başlatıldı. Raporların teslimini hızlandırmak için rapor teslim kontrolü uygulamasını geliştirdik ve 2019 yılında UYAP'a entegre ettik. Kota uygulaması ve bu uygulama başladıktan sonra 110 gün olan rapor teslim süresi 20 güne indi. İlk uygulandığı andan itibaren 32.380 bilirkişi bu uygulamaya takılmıştır. Bu gerçekten de bilirkişi rapor teslimini hızlandıran bir uygulama olmuştur. Bilirkişi Görevlendirme Rehberini de UYAP'a entegre ettik. Daha önce bahsettim. Bilirkişiyi görevlendirirken görevlendirme yapan merciin inceleme konusunun kapsam ve sınırları ile bilirkişiye sorulacak soruları tespit etmesi lazımdı. Yine hâkim ve cumhuriyet savcılarına yönelik hazırladığımız Bilirkişilik Uygulama Rehberi var. Bunları da adliyelere gönderdik. Bilirkişilik mevzuatında benimsenen bilirkişilikle ilgili, görevlendirme ile ilgili uyulması gereken hususlara ilişkin bilgilerin yer aldığı bir kitapçıktır. Hâkim ve Cumhuriyet savcılarının kullanımına sunuldu.

Sunumum bu kadardı.
Sabırla dinlediğiniz için teşekkür ediyorum.

Necmi ÇEKİN (moderatör):
Biz de teşekkür ediyoruz Abdulkadir KUTLUK Bey'e.

Tartışma ve soruları en sona bırakalım zaman sıkıntımız olabilir. İkinci konuşmacımız Sayın Prof. Dr. Zehra Zerrin ERKOL Hocamızla devam edelim. Listedeki sıraya göre konuşmacılarımızı takdim ediyoruz. 1985 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun. Adli Tıp Kurumundan 1990 yılında uzmanlığını alıyor. 1990-99 yıllarında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalında 1999-2000 yılları arasında Adli Tıp Kurumu Başkanlığı Birinci İhtisas Kurulunda, 2000-2002 yılları arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalında görev almış. 2002 yılından günümüze Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalında öğretim üyesi. 2013-2015 yılları arasında Antalya Çocuk İzleme Merkezinde sorumlu hekim olarak çalışmış. 2001 yılında doçent, 2007 yılında profesör unvanını almıştır. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu üyesi, Bolu Hasta Hakları Koordinatörü üyesidir. Evli ve 2 çocuk sahibi. Buyurun hocam.

Zehra Zerrin ERKOL (konuşmacı):
Teşekkür ederim Sayın Başkan. Öncelikle tüm katılımcıları saygıyla selamlıyorum.

Ben ilk kez Ulusal Adli Tıp Günlerine 1993 yılında katılmıştım. Şimdi geçmişe dönüp baktım aradan bayağı bir yıl geçmiş. Benim için çok nostaljik bir mekan burası. Ama tabi yakın zamanda çok şık ve modern bir şekilde yenilendi. Bu güzel ortamda sizlerle birlikte olup konunun paydaşlarıyla böyle önemli ve güzel konuları konuşabilmek gerçekten çok önemli ve faydalı. Ben bu ortamda bulunmaktan fevkalade mutluyum şahsen. Bizlere bu imkânı sağlayan başta Sayın Başkanımız Hızır ASLIYÜKSEK Hocamız olmak üzere, Mustafa OKUDAN Ömer MÜSLÜMANOĞLU Hocamıza, Sevgili Yahya Bey'e Yusuf Bey'e Gamze'ye ve ismini sayamadığım tüm emeği geçen arkadaşlara çok teşekkür ediyorum.

Sayın KUTLUK gerçekten çok güzel özetlediler teorik kısmını işin. Çok da değerli bilgiler verdiler. Ben de bu nedenle, zaman da kısıtlı olduğu için tanımları, mevzuatı, uyulması gereken etik ilkeleri vs geçeceğim. Taşıması gereken bilirkişi niteliklerini de geçeceğim.

Yalnız şunu vermek istiyorum. Bu internetten alınmış olan bir slayt, anonim bir slayt. Şimdi mesela anlatırken sunum sırasında bunu gösteriyorum ki işte siz bilirkişi olarak tayin edildiniz savcılık veya mahkeme tarafından ve size sordu 'Bu martılardan hangisi dişi' nasıl görüş verirsiniz diye soruyorum. Tabi ilk önce sözü alanlar erkekler oluyorlar. Diyorlar ki 'Sağdaki martının gagası bir açılıp bir kapanıyor hiç durmuyor. Herkes bilir ki kadınlar çok konuşur erkekler susar genellikle. Dolayısıyla bu çok konuşan martı dişidir' diyorlar. Hemen arkasından tabi bayan arkadaşlar sözü alıyorlar, ''Erkeklerin topluma dayattığı yanlış bir öngörüdür, böyle bir şey kesinlikle doğru değildir, esasen baktığınız zaman erkekler kadınlardan fazla konuşur, daha fazla dedikodu yapar. Dolayısıyla sağ taraftaki martı erkektir" diyorlar. Ben tabi görüş bildiren arkadaşlara çok teşekkür ediyorum ama arkasından diyorum ki bu görüş bildiren arkadaşlarımızın hiçbiri bilirkişilik yapamaz. Neden? Çünkü bilirkişi, toplumda süregelen birtakım algıları delil göstererek, bu görüşlere dayanarak kendisi kesinlikle görüş beyan etmez. Ancak yetkin olduğu bir konuda ve bilimsel açıdan araştırmalarla kanıtlanmış olan bilgileri kullanarak görüş bildirebilir. Sizin ne demeniz gerekiyordu? 'Ben insan konusunda eğitim aldım. İnsan anatomisi, insan fizyolojisi, insan hastalıkları konusunda eğitim aldım. Hayvanlar konusunda herhangi bir bilgi veya deneyime sahip değilim. Bu konuda bir veteriner hekimden, hatta mümkünse martılar konusunda çalışan bir veteriner hekimden görüş alınması uygundur" deyip bu bilirkişiliği iade talebinde bulunmanız gerekirdi diyorum.

Türkiye'deki resmi bilirkişilik kurumlarına baktığımız zaman; Adli Tıp Kurumu, Jandarma ve Polis Kriminal Laboratuvarları ve üniversitelerimizin resmi bilirkişi konumunda olduğunu görüyoruz. Bu nedenle de zaman zaman -öğleden önceki oturumda da bahsedildi- Yargıtay, üniversitelerimizden diyelim ki 'öğretim üyeleri arasından 3 tane genel cerrahi uzman olan öğretim üyesinden bilirkişilik komisyonu oluşturularak dosyanın tebliğ edilmesi ve şu hususta görüş alınması uygundur" şeklinde karar alabiliyor. Ama ben esas olarak uygulamada yaşadığımız sorunlardan bahsetmek istiyorum.

Bizim adli tıp camiasında hem de savcılarımız, hâkimlerimiz arasında özellikle özel bilirkişi raporları, uzman görüşleri konusunda birtakım eleştiriler var. Bu eleştirilerin en başında şu geliyor; özellikle belli kişiler tarafından hazırlanan maluliyet, özürlülük raporları çok yüksek oranla geliyor. Arkasından tahkimle başka bir bilirkişiye ya da komisyona gittiği zaman o oranların çok düştüğünü görüyoruz diyorlar. Bunun nedeni nedir diyorlar. Gerekçesini soruyorlar. Nedendir? O konulara çok girmek istemiyorum ama oranları biraz yüksek gelen arkadaşların mesela kullandığı bazı maddeler var özürlülük yönetmeliğinde. Bunların içerisinde sıklıkla gördüğünüz maddelerden bir tanesi deri ile ilgili olan lezyonlar. Mesela burada yönetmelikte diyor ki 'Vücut yüzeyinin %1-%9'unu kaplayan hipertrofik skar ve

keloid için %5'lik bir özürlülük oranı veriyor. Aslında vücudun minimum %1'ini kaplaması lazım, ki mesela dokuzlar kuralına göre baktığımız zaman %1 için gerçekten ciddi bir yüzey kaplaması gerekiyor keloidin ya da hipertrofik skarın. Ama vakada bakıyorsunuz en fazla 1,5x0,5cm'lik, 2,0x0,2cm'lik bir boyutu var. Yani %1'ini kaplaması mümkün değil. Buna karşın rapora bu madde alınmış ve %5 oranında bir özürlülük oradan verilmiş oluyor.

İkincisi sıklıkla gördüğümüz ve eleştirilen bir husus; Sinir sistemi başlığında yer alan epilepsi konusu. Burada epilepsinin yanında parantez içerisinde 'uygun ve yeterli tedavi altında' kuralı var ve arkasından diyor ki 'nöbeti olmayan, ancak nöbet geçirme riski olanlar için yine %5'lik bir özürlülük verilmiş. Fakat bakıyorsunuz vakada epilepsi öyküsü kesinlikle yok. Böyle bir tanı yok, epilepsi krizi asla tanımlanmıyor, epilepsi tedavisi kesinlikle görmemiş, ama sadece kafa travması olgusu diye verilmiş. Kafa travması deyince de yani böyle kafa içi travmatik değişim, beyin kanaması gibi ciddi bir bulgu yok. Sadece küçük bir laserasyon tanımlıyor, ama o arkadaşlarımız bu maddeyi alarak %5'lik bir özürlülük oranını veriyorlar.

Bir diğer kriter özürlülük ile yönetmeliğinde der ki; '60 yaşın üzerindekilerde hesaplanan özürlülük oranına Baltazar Formülü ile %10 ekleyerek kişinin özürlülük oranını bulun.' Şimdi bazı arkadaşlarımız burada 'Başka bir kriter olmadığı için, ben eğer 60 yaşın yukarısında ise, otomatikman bu maddeyi uyguluyorum' diyor. Ama başka bir grup arkadaşımız da diyor ki 'Bu belki sadece özürlülük için gelen vakalarda uygulanabilir, ama adli vakalarda bunun uygulanmasının doğru olmadığı kanaatindeyim' Neden? Çünkü zaten 60 yaş günümüzde artık çok büyük bir yaş değil. Eğer bu kişiye travma nedeniyle, yani 60 yaşın yukarısında bulunduğu için diyelim ki kemiğin iyileşmesinde, kırığın iyileşmesinde gecikme olmuşsa, zaten biz bunu iyileşme süresinden alabiliyoruz. Ya da hiç iyileşmemişse zaten buna bağlı olarak bir araz meydana geliyor, bunun da karşılığını veriyoruz. E şimdi zaten bu karşılıkları vermişken bir de bunun üzerine 60 yaş sınırı nedeniyle bir ilave yapmak… Bunun doğru olmadığını düşünüyoruz diyorlar. Bazı arkadaşlar da 'Ben kesinlikle uygulamıyorum' diyor. Yani bu anlamda da raporlarda bir gruplama farklılığı olduğunu görüyoruz.

Bir diğer farklılık eklem açıklıkları. Bu neden kaynaklanıyor? Mesela genelde ortopedi uzmanları biraz olaya cerrahi açıdan baktıkları için eklem açıklığındaki bir derecelik bir farklılık onlar için cerrahi olarak bir şey ifade etmiyor. Fakat yönetmelik açısından baktığımızda 1 derecelik, 2 derecelik bir eklem açıklığı farkı, oranı değiştiriyor. Dolayısıyla hani belki ölçüm yapan ortopedi uzmanı arkadaşlarımızın yaklaşım farkı olabiliyor. Ya da daha erken dönemde onlar ölçüm yapıyorlar, bize gelene kadar biraz iyileşmiş oluyor veya açıklık biraz daha artıyor. Dolayısıyla orada oran biraz yüksek, bizdeki oran biraz daha düşük çıkabiliyor.

Bir diğer sorun; erken dönemde raporlar verildiğini görüyoruz. İster maluliyet olsun, ister özürlülük olsun, rapor düzenleyebilmek için mutlaka tedavinin tamamlanmış olması gerekiyor. Dolayısıyla bakıyoruz mesela kırıklar oluşmuş, halen tedavisi devam ediyor ya da işte fizik tedavisi devam ediyor ve fizik tedavinin bir aşaması tamamlanmış, ama yenisi planlanmış… Yani tedavisi devam ederken bir rapor düzenliyor arkadaşlar. Ama tabi arkasından bakıyorsunuz daha sonra tahkim komisyonuna gittiği zaman o raporlar, orada tablonun çok daha iyi durumda olduğunu görüyoruz, çünkü zaman içerisinde iyileşme tabii ki devam ediyor. Tablo çok daha iyi duruma geliyor. Dolayısıyla çok daha düşük bir rakam ortaya çıkıyor.

Bir diğer sıkıntımız, bilemiyorum sizler yaşıyor musunuz, biz maalesef psikiyatrik vakaların muayenesinde tablo açısından ciddi sıkıntı yaşıyoruz. Neden? Şimdi mesela bakıyorsunuz diyelim ki savcılık aşamasında vaka bize geliyor, biz de birtakım psikiyatrik şikâyetleri olduğu için psikiyatriye gönderiyoruz. Psikiyatrideki arkadaşlar tarafından da TSSB tanısı konuyor. Travma sonrası stres bozukluğu. Arkasından 5-6 ay sonra, hatta bazı vakalarda 6 ayı bile geçmiyor, hukuk mahkemesinden geliyor. E tabi orada şimdi daha önce TSSB tanısı olduğu için zaten, aynı şikâyetleri söylüyor vaka, arkasından yine psikiyatriye gönderiyoruz. Şimdi burada psikiyatri uzmanı arkadaşlarımızın şöyle bir yaklaşımı oluyor; 'İster bu vaka normal poliklinikten bana hasta olarak gelsin, ister adli vaka olarak hukuk mahkemesinden gelsin, benim için hiçbir şey ifade etmez, benim karşımdaki insan, insandır, hastadır. Dolayısıyla ben onun beyanına inanmak zorundayım' diyor. Kazanın üzerinden uzun bir zaman geçmiş. Bize gelişi belki 8-9 ayı, belki 1 yılı bulmuş, ikinci gelişi 5 ay sonra. Bu kadar zaman geçtiği halde sadece bizim göndermemiz ile 2 kez psikiyatriye gidişi var. Bunun dışında hiçbir psikiyatri başvurusu yok. Biz ilk gönderdiğimizde ilaç yazılmış, ondan sonra bir daha kontrollere gitmemiş. Başka bir psikiyatri kliniğine başvurusu yok. İlaç kullandığına dair hiçbir reçete yok. Ama vatandaş diyor ki 'Ben gittim, kendim eczaneden ilaç aldım, kullandım. İlaç kullanmama rağmen düzelmedim, aynı şikâyetler devam ediyor' diyor. Bu sefer tanı geliyor 'tedavi ile işlevselliği kısmen düzelen.' Bu tanı geldiği zaman %30 oranı vermemiz lazım. Ama bu bahsettiğim vakada, kazadan önce 2 tane işyeri işleten bir hanımefendi, kazadan sonra 6 ay boyunca işyerine gitmediğini söylüyor, ama daha sonra işe başlamış. Gayet güzel 2 tane özel çalışmayı, gayreti gerektiren işyerleri var, ikisinde de çalışmasına devam etmiş. Yani şimdi bu tanıya uysak vereceğimiz oran %30, uymasanız bunu nasıl açıklayacaksınız? Ben şahsen inanmadığım için vermiyorum, ama uzun uzun da açıklamasını yapıyorum. Benden sonra rapor kime gidiyor, bilemem, ama uygulamada bu anlamda psikiyatri uzmanı arkadaşlar daha rahat tanı koyuyorlar. Hâlbuki biz adli tıpçı gözüyle farklı düşünüyoruz. Yani poliklinikten gelen bir hasta tabii ki derdine derman arıyor, onun samimi beyanda bulunma olasılığı daha yüksek. Ama diğer vaka para almak için dava açmış. Yani bir para talebi var. Dolayısıyla bu kişinin yalan söyleme ya da şikâyetlerini abartma olasılığını tabii göz ardı edemeyiz diye düşünüyoruz. Uygulamada böyle bir sıkıntımız oluyor.

Yine bir diğer sıkıntı ücretlendirme konusunda. Özellikle tıp fakültelerinde çalışan öğretim üyesi çalışanlarımız, mesela bazı arkadaşlarımız üniversite döner sermayesine ücret yatırtmayı tercih ediyorlar. Fakat bu ücret yattıktan sonra bir dolu kesintisi var, araç gereç payı, hazine payı, vs gibi yaklaşık %51 civarında bir kesinti oluyor. Yani yatan ücretin ancak %49'unu bu rapora imza atan arkadaşlar alabiliyorlar. Afiliye olan hastanelerde çalışan arkadaşlar tabii ancak Sağlık Bakanlığının tarifesini ancak uygulayabiliyorlar. Onların özel bir tarife uygulama şansı yok. Ancak üniversite döner sermayesini kullanırlarsa ücretin

%49'unu alıyor, ama diğer türlü resmi olan bir tarifeyi kullanırsa da Sağlık Bakanlığının belirlediği ücret tarifesini uygulamak zorunda kalıyor. Bu da tabii standart bir fiyat uygulamasının olmamasına yol açıyor. Afiliye olmayan hastanelerdeki arkadaşlar Döner Sermaye Yönetme Kuruluna bir fiyat teklifi veriyor ve fiyat bu şekilde belirleniyor.

Yani şunu ifade etmek istiyorum, genel kabul gören - arkadaşlar arasında tabii ki farklı düşünenler var - aslında belirli raporlar için belirli bir standart fiyat tarifesi uygulanmalı. Ama bu fiyat tarifesi uygulanırken de günün rayiç bedellerine uygun, o rapora imza atan öğretim üyelerinin o güne kadar verdikleri emek, harcadıkları emek, aldıkları eğitim, o rapora harcadıkları emek, mesai hepsi göz önünde alınarak, ayakları yere basan bir fiyat belirlenip Türkiye genelinde standart olarak uygulanmasının daha uygun olabileceği şeklinde düşünen arkadaşlarımız var. Sağlık kurullarında özürlülük oranları daha yüksek tespit ediliyor. Buna karşılık bize geldiği zaman oranlar düşüyor. Sağlık kurulu raporu erken dönemde verilebildiği için, fark ondan da kaynaklanabiliyor. Bu konuda yine itirazlar oluyor 'Adli Tıbbın raporu yanlıştır, sağlık kurulu raporu doğrudur' şeklinde.

İnfaz tehiri vakalarında da raporlar sağlık kurullarından alınmaya başlandı. Bazı hastaneler bunları veriyorlar. Ama son dönemde bakıyorsunuz 'panik atak', 'klostrofobi' gibi nedenlerle tehir isteyenler veya Cumhurbaşkanlığı affı isteyenler, bu nedenle başvuranlar oluyor. Bunlara karşı da tabii Adli Tıp Kurumunun çok ciddi bir deneyimi var. Mesela klostrofobiye nasıl yaklaşılmalı? Hiç kâale alınmamalı mı yoksa belli kriterler mi belirlenmeli? Toplantılarda konuşulmasında fayda var diye düşünüyoruz. Keza adli tıp uzmanlarından daha fazla yararlanılması gerekli diyoruz.

Direkt olarak klinisyene yönlendirmek yerine, önce vakayı bize yollamalarında fayda var sayın savcı ve hâkimlerimizin. Çünkü klinisyenlere biz zaten gerekli olan konsültasyonlar için vakayı mutlaka gönderiyoruz. Almamız gereken verileri onlardan alıp ondan sonra savcılarımızın, hâkimlerimizin istediği forma sokarak, oradan aldığımız verileri o şekilde sunuyoruz. Yoksa mesela nörolojiye yolluyor, ama nöroloji kendi alanıyla ilgili bir cevap verse bile o soruya, aslında verdiği cevap hâkim ve savcılarımızın işine yaramıyor. Tekrar bize sorabiliyorlar. Dolayısıyla, önce bize yollamalarında fayda var diye düşünüyoruz.

Ana hatlarıyla söyleyeceklerim bu kadar, teşekkür ederim.

Necmi ÇEKİN (moderatör):
Hocamıza teşekkür ediyoruz.

Aslında adli tıp anabilim dallarının uygulamada giderek artan oranda düzenledikleri raporlar ve bu konuda da ciddi derecede sorunlar ve tartışmalar var. Burada da olacaktır, katkılar ve sorular da gelecektir. Yarın sabah oturumunda da böyle bir başlığımız var. Zaman sorunumuz var ama zaman olursa soru kısmında sizlerin görüş ve katkılarını alırız.

Üçüncü konuşmacımız Tuğgeneral Sinan ŞEN. Kısaca özgeçmişinden bahsedersek. 1970 Ankara doğumlu. 1992 yılında Kara Harp Okulundan Jandarma Teğmen rütbesinde mezun oldu. 2020 yılı genel atamaları ile Jandarma Kriminal Daire Başkanı olarak atanmış. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi mezunu. Ankara Üniversitesi Fizik İncelemeler ve Kriminalistik alanında yüksek lisans yapmış. Evli ve 2 çocuk babası. İyi derecede İngilizce bilmektedir. Jandarma Kriminal Laboratuvarları ve Bilirkişilik Uygulamaları başlıklı sunumunu gerçekleştirecekler, buyurun.

Sinan ŞEN (konuşmacı):
Çok teşekkür ederim.

Saygıdeğer katılımcılar, öncelikle hepinizi en derin duygularla selamlıyorum. Burada sizlerle birlikte olmamıza vesile olan başta Adli Tıp Kurumu Başkanımız Hızır ASLIYÜKSEK Beyefendi olmak üzere emeği geçen bütün herkese şükranlarımı sunuyorum.

Kıymetli katılımcılar ben size 15 dakikalık süre içerisinde Jandarma Genel Komutanlığının Kriminal Laboratuvarları ve buradaki bilirkişilik uygulamaları hakkında genel mahiyette tanıtıcı bir brifing sunmak istiyorum. Brifingimi 15 dakikalık süre içerisinde perdede gördüğünüz başlıklar altında arz edeceğim.

Jandarma Genel Komutanlığının kendisine tevdi edilen suç ve suçluyla mücadele görevlerini en iyi şekilde yapabilmesi için olay yerinden delillerin usule uygun olarak toplanması ile başlayan ve kriminal laboratuvarlarda bilimsel yöntemlerde delillerin analiz edilmesiyle süregelen bir Jandarma Kriminal Sistemi kurulmuş, geçen zaman içerisinde geliştirilerek işlemlere devam etmektedir.

Kriminal Daire Başkanlığının görevleri; inceleme ve analiz talep eden makamlardan gönderilen delilleri inceleyerek, analize tabi tutarak bir ekspertiz raporu halinde talepte bulunan makama doğrudan göndermektir. Bizim görevlerimizi ana olarak 4 esasa ayıracak olursak; kurumsal ve resmi bilirkişilik hizmetimizin yanında bünyemizde mevcut Kriminal Eğitim Merkezimiz vasıtasıyla başta kendi kriminal timlerimiz olmak üzere yurt içinden ve yurt dışından gönderilen kursiyerlere bilgi alanımıza yönelik eğitimler vermek. Ayrıca bütçeleyici birim olduğumuz için kriminal laboratuvarımızın ve Jandarma komutanlıklarına bağlı olarak çalışan olay yeri inceleme timlerimiz, patlayıcı imha timlerimiz, parmak izi inceleme timlerimiz ve kriminal adli bilişim timlerimizin malzeme ihtiyacını bütçeleyip Lojistik Komutanlığına bağlı tedarik merkezi vasıtası ile sağlamaktır. Son olarak da AR-GE çalışmaları ve dokümantasyon çalışmaları yapmak bizim ana görevlerimizdir. Bu dört grup bize bir güç kazandırıyor. Sahadan doğrudan mevcut suçların geliştirdiği yeni teknikleri fark etme imkânı sağlıyor ve bunu eğitime kazandırma imkânı bizim için ayrıca bir güç vesilesidir.

Kabaca yapımıza bakacak olursak, Kriminal Daire Başkanlığımız Jandarma Genel Komutanlığımızın yardımcılarından birine bağlı olarak görev yapmaktadır. Daire Başkanlığına bağlı olarak Ankara, İstanbul, Aydın ve Van'da konuşlu birer kriminal laboratuvarımız var. Ayrıca İl Jandarma Komutanlıklarında Kriminal Şube Müdürlüklerimiz 18 ilde mevcut. Diğer illerimizde de Kriminal Kısım Amirliklerimiz var. Bu arkadaşlarımız bağlı bulundukları İl Jandarma Komutanlığı bünyesinde görev yapmaktadır. İllerdeki arkadaşlarımızla bizim doğrudan bir ast-üst münasebetimiz yok ancak onlara teknik destek vermek, malzeme tedariğinde bulunmak gibi katkılarımız var.

Dairemizin yapısına bakacak olursanız, kuruluş şemasında görüldüğü üzere karargâha bağlı idari birimlerimiz var. Bunun yanında az önce ifade ettiğim eğitim merkezimizde kurul yapılanmasını görmektesiniz. Olay Yeri İnceleme Kurulu, EYP Kurulu, Mühimmat Kurulu, Tahrip Kurulu, Kara Mayınları Kurulu, KBRN Kurulu ve Malzeme Teçhizat Kurulumuz var.

Laboratuvar sorumluluk alanlarına bakacak olursak 4 laboratuvarımızı çeşitli kriterler doğrultusunda sorumluluk alanlarına böldük. İl Jandarma Komutanlıklarında mevcut kriminal timlerimiz; sahadan delillerin toplanması, bunların tutanak haline getirilmesi, bunların tasnifi ve laboratuvarlara gönderilmesi yükümlülüğü altındadır. Ayrıca laboratuvarlarımızda kendi sıralı amirleri ve adli makamlar arasında bir köprü vazifesi görüp danışmanlık rolü üstlenmektedir.

Kriminal Şube Müdürlüğü yapısını önemsiyoruz. Olay yeri inceleme timi, patlayıcı madde imha timi, parmak izi inceleme timi ve adli bilişim timini bir araya getirdiğimizde bir kriminal şube yapısı oluşmuş oluyor. Antalya'da burada bir Kriminal Şube Müdürlüğümüz var. Arkadaşlarımız çok ciddi katkılar sunuyorlar. Adli bilişim timlerimizin görüntü inceleme, iyileştirme, veri inceleme etkinlikleri var. Parmak izi inceleme timimiz de parmak izi tespiti ve kimliklendirme konusunda ciddi katkılar sağlıyor.

Müsaade ederseniz şimdi laboratuvarlarımızla ilgili kısa bilgiler vermek istiyorum. Narkotik madde analiz laboratuvarımızla başlamak isterim. Narkotik madde analiz laboratuvarımız, eğer ülkemizde düzenlenen uyuşturucu madde raporları arasında farklılıklar bulunduğu takdirde yönetmelik gereği hakem laboratuvar konumundadır. Ayrıca bu laboratuvarımız vasıtası ile son dönemde yaygın olarak kullanılan profilleme tekniklerinden bahsetmek isterim. Emniyet Genel Müdürlüğümüzün ve bizim beraber yürüttüğümüz çalışmalar neticesinde bazı uyuşturucu tiplerinde eroin ve kokain gibi doğal uyuşturucular, metamfetamin, amfetamin gibi yapay uyuşturucularda profilleme teknikleri yaparak bir nevi uyuşturucunun parmak izini ortaya koymak mümkün. Bunun sahadaki faydası ülkemizin farklı yerlerinde ele geçirilen uyuşturucuların aslında aynı kazanda hazırlandığını tespit edebiliyoruz. Bu da soruşturmaların genişletilmesine ve organize bir hüviyet kazanmasında faydalı olacaktır diye düşünüyorum.

Parmak izi laboratuvarımızdan bahsedersek. Parmak izinin önemi hepimizce malum. Parmak izi inceleme kişinin kimliklendirilmesinde son derece güvenilir bir tekniktir. Olay yerinde alınan parmak izleri, veri tabanımızdaki izlerle mukayese edilerek sahiplerini tespit etme imkânımız var. Görünür olmayan, görünmeyen parmak izlerinde çeşitli fiziksel ve kimyasal yöntemlerle görünür hale getirebiliyoruz. Veri tabanımız Emniyetle tabi ortak. Polis Kriminal Laboratuvarındaki arkadaşlarımızla sahip olduğumuz veri tabanı birleştirildi. Dolayısıyla tüm Türkiye'de bir tarama yapmamız mümkün olabiliyor. Anlık olarak parmak izi sorgularını da bu sayede yapıp sahte kimlik kullanan şahısları da tespit edebiliyoruz. Az önce ifade ettim. Veri tabanlarımız ortak olduğu için 18 Temmuz 2018'den bu yana 30.826 olayın aydınlatıldığını memnuniyetle ifade etmek isterim. Tabi parmak izi laboratuvarlarımızın sahip olduğu bu yetenekler İl Jandarma Komutanlıklarımızdaki Kriminal Şubelerimizdeki parmak izi inceleme timleri tarafından da sergilenmektedir. Onlar da aynı imkânlara sahip.

Balistik inceleme şube müdürlüğümüz incelenmek üzere gönderilen kovan, mermi çekirdeği, av fişeği kartuşu gibi bulgular üzerinde inceleme yaparak atılan silahın tespitine yönelik çalışmalar yürütmektedir. Her silah malum olunduğu üzere kovan ve çekirdek üzerinde farklı izler bırakmakta. Bu da mukayeseye elverişli bir durum ortaya koymaktadır. Kaç ayrı silahtan atıldığı, hangi silahtan atıldığı bu şekilde tespit edilebilmektedir. Ayrıca bize gönderilen silahların ve fişeklerin kullanıma uygun olup olmadıklarını da arkadaşlarımız ortaya koymaktadır. Laboratuvarlarımızda atış odalarımız var. Böylece deneme maksatlı, gönderilen silahla atış yaparak karşılaştırma imkânımız da mevcut. İlk defa üretilecek ses ve gaz fişeği atan tabancalar, yönetmelik kapsamında laboratuvarımıza gönderiliyor ve teknik kontrolleri yapılarak atışa uygun olup olmadıkları raporlanabiliyor. Ayrıca talep edilmesi halinde ateşli silahların düşme, çarpma, tetik çekim kuvveti ve mermi çekirdeğinin ilk hızını ölçüm incelemeleri de yapılabilmektedir. Yine parmak izlerinde olduğu gibi balistik veri tabanımız da Emniyet Genel Müdürlüğü ile ortak hale getirildi. 29 Ekim 2020'den itibaren 879 olayın birbiriyle irtibatı tarafımızca sağlandı.

Şimdi ise Doküman İnceleme Şube Müdürlüğümüzden bahsetmek isterim. Dün Özay Binbaşım konuyla ilgili detaylı bir sunum yaptı. Ben kısaca hemen ifade edeyim. Belge incelemeleri ve yazı imza incelemeleri alanında arkadaşlarımız gayet tecrübeli ve çok güzel raporlar yazmaktalar. Ben bazen onlara takılıyorum 'patlayıcı madde konusu sizin konulardan daha az tehlikeli' diye. Hakikaten ayrı bir uzmanlık alanı. Ancak sahip oldukları birikimle bu ağır yükü kaldırmaları mümkün oluyor. Arkadaşlarımızın yazı, imza, mürekkep, tahrifat incelemesi konularında raporlar yazdığını ifade etmek isterim. Her bir imza incelenerek, el yazıları da incelenerek bunların şahısların yazıları ile uyumlu olup olmadıkları ya da bir sahtecilik yöntemi uygulanıp uygulanmadığı ortaya konabilmektedir. Mühür ve kaşe izlerinin de orijinal olup olmadığı laboratuvarımızca incelenmektedir. Ayrıca fotokopi, belgegeçer, yazıcı çıktıları da incelenerek mukayeseye konu makineden çıkarılıp çıkarılmadığı da ortaya konmaktadır. Belgelerin aldatma kabiliyeti yönünde de görüş bildirilmektedir. Yanmış, yırtılmış, kırpılmış belgeler, kalem baskı izleri, biyometrik imza ile imzalanmış belgeler laboratuvarımızda incelenmektedir.

Biyometrik imza konusunda dünkü sunuma ilave etmek istediğim hususlar var. Tabi biz bunu AR-GE çalışması olarak yaptık ancak bu seviyede kalacak bir konu değil. Bir de biz bunu sadece kendimiz kullanalım diye geliştirmedik. Zahmetli de oldu. Neticede başarılı olup olmayacağı belli olmayan bir çalışmaydı. Son ana kadar belki iptal olma durumu vardı. Bu yüzden bu seviyeye kadar getirdik şimdi siz kıymetli uzmanlarımızın, doküman inceleme uzmanlarımızın, bu konuda değerlendirme talep edecek katılımcılarımızın değerlendirmesine sunuyoruz. Birlikte bundan sonra bu yazılımı geliştirip bu konuda atılması gereken adımları beraber rahatlıkla atabileceğimizi ifade etmek isterim.

Bir diğer laboratuvarımız İz İnceleme Laboratuvarı. Burada özellikle hırsızlık olaylarında aletlerin bıraktığı izlerden yola çıkarak mukayese yapmak söz konusu olabiliyor. Araç izleri, ayak izleri aynı şekilde çok kıymetli deliller haline gelebiliyor. Bazen yan delil olabiliyor bazen de ana delil haline gelebiliyor. Ayrıca araçların motor ve şase numaralarını ve silahlar üzerinde tahrip edilmiş numaraları tespit edebilme imkânına sahibiz.

Malumlarınız günümüz artık bilişim çağı, teknoloji çağı. Kriminal laboratuvar olarak biz de bilişim teknolojilerine sırtımızı elbette çeviremeyiz. Bu maksatla kurduğumuz Bilişim Teknolojileri İnceleme Şubemizde suça konu medyalar üzerinde incelemeler yapıyoruz. Görüntü incelemesini başta söyleyebilirim bu incelemeler arasında, plaka okuma görüntü kalitesini iyileştirerek mümkün olabiliyor, yüz karşılaştırması suçu aydınlatmak amacıyla kullanılıyor. En kıymetli deliller görüntüler olduğuna göre yüz karşılaştırması da suçlunun ortaya çıkarılmasında çok büyük fayda sağlayacaktır. Keza yine görüntü ve fotoğraf karşılaştırması yapma imkânımız var. Kurgu ve manipülasyon incelemesi yapabiliyoruz. Ses iyileştirmesi, konuşmacı tanıma incelemesi, sesteki kurgu ve manipülasyonun ortaya çıkarılması konularında da arkadaşlarımız son derece yetkin. Bazı cep telefonları ve hasar görmüş medyalarda onarım yapabiliyoruz. İnternet geçmişi ve sohbet kayıtlarını tespit edip silinmiş verileri kurtarabiliyoruz. Yine aynı şekilde şifrelerin verilerini tespit etme imkânımız var.

Kimyasal inceleme şubemizde; kimyasal analizler, atış artığı analizleri, uyuşturucu analizleri yapıyoruz. Giysiler üzerinde atış yönü ve atış mesafesini ortaya koyan analizler yapıyoruz. Yanıcı ve patlayıcı madde şubemizde yangının ortaya çıkış sebeplerini araştırıyoruz, patlayıcı maddelerin fiziksel incelemesini yapıyoruz. Biyoloji şubemiz DNA analizi konusunda gayet başarılı çalışmalar yürütüyor.

Hızlıca şu sayılara gelmek istiyorum. 2017-2021 yılları arasında incelediğimiz dosya sayılarını perdede görüyorsunuz. Son olarak da eğitim merkezinin faaliyetlerinden bahsetmek istiyorum. Bu sene 383 kursiyere eğitim verdik. Ayrıca yurtdışından gelen kursiyerlerimiz de Katar, Endonezya, Arnavutluk, Azerbaycan, Kırgızistan, Rusya'dan gelen kursiyerlere eğitim verdik. Önümüzdeki hafta İspanya'dan 4 patlayıcı madde uzmanına 1 hafta süre ile burada farkındalık eğitimi vereceğiz.

Beni dinlediğiniz için çok teşekkür ediyorum.

Necmi ÇEKİN (moderatör):
Teşekkür ediyoruz Sayın Sinan ŞEN'e.

Jandarma Kriminal Laboratuvarı ve uygulamaları hakkındaki bilgiler için çok teşekkür ediyoruz. Sıradaki konuşmacımız Dr. Hakan BEYAZ. İstanbul, 1973 doğumlu. 2. Sınıf Emniyet Müdürü, Belge İnceleme Uzmanı. Şu anda Kayseri Bölge Kriminal Polis Laboratuvarı Müdürü olarak görev yapmakta. İki yüksek lisansı var. Birincisi Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Adli Tıp Anabilim Dalı Fizik İncelemeler ve Kriminalistik. İkincisi, Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü Kamu Yönetimi. Doktorası da Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Yönetimi ve Teftişi.
Buyurun hocam.

Hakan BEYAZ (konuşmacı):
Teşekkür ediyorum hocam.
Tüm katılımcıları saygıyla selamlıyorum. Dün belge inceleme ile ilgili bir sunum yapmıştım. Bugün mensubu olduğum Emniyet Genel Müdürlüğü Kriminal Daire Başkanlığının bilirkişilik uygulamaları ile ilgili bir sunum yapacağım.

Biraz önce Sayın Komutanımızın bahsettiği Jandarma Kriminal Laboratuvarları ile birlikte ülkemizde Adli Tıp Kurumu, Jandarma Kriminal Laboratuvarları ve Polis Kriminal Laboratuvarları olarak resmi bilirkişilik kurumları olarak yer almaktayız. Komutanımız bahsetti bazı konulardan ben tekrar olmaması adına biraz hızlı geçmek istiyorum.

Organizasyon yapımız benzer yapıda. Polis Kriminal Laboratuvarları bölgesel olarak 10 tane bulunmaktadır. Jandarma'da 4 tane, bizde ise 10 olarak yapılandırılmıştır ve bu 10 Bölge Kriminal Laboratuvarımız şunu belirtmek istiyorum ki, İl Emniyet Müdürlüklerine bağlı değildir. Emniyet Genel Müdürlüğü Kriminal Daire Başkanlığına bağlı olarak görev yapmaktadır. O nedenle de bölge ismiyle adlandırılmaktadır. Biraz sonra sorumlu olduğu illerle ilgili de sunum yapacağım. Polis Kriminal Bölge Laboratuvarlarımızda şu anda 168 uzman, 299 asistan, 1040 personelle bu faaliyetleri yerine getirmekteyiz.

Kriminal Daire Başkanlığına bağlı bir başka branş olan bomba imha branşı… Bu da yine Kriminal Daire Başkanlığına bağlı olarak 10 ilde Şube Müdürlüğü olmak üzere 71 il ve 21 ilçede Büro Amirliği statüsünde yaklaşık 400 bomba imha uzmanı ve yaklaşık 150 bomba tespit köpeği ve eğiticisi ile birlikte Türkiye'de hizmet vermektedir. Bununla birlikte Olay Yeri İnceleme Şube Müdürlüğüne bağlı branş, olay yeri branşımız bulunmaktadır. Bu da ülkemizde 81 ilde ve 304 ilçeden yapılandırılmış bir yapımız vardır. Burada da yaklaşık 3.500 personelimiz görev yapmaktadır.

Dün de bahsetmiştim, Kriminal Polis Laboratuvarların ilk kuruluşu 1938'de Polis Enstitüsü kuruluşu ile birlikte bir araştırma laboratuvarı olarak başlamış ve yapı 1964'te Beşinci Şube olarak yapılandırılmış ve 1977'de Kriminal Daire Başkanlığı kurularak bu konuda ülkemizdeki gerek kolluk kuvvetleri gerek yargılamadaki birimlere hizmet vermeye başlamıştır. Bölgesel olarak hizmet verdiğimiz için bulunduğumuz iller ile birlikte bağlı bulunduğumuz diğer illere hizmet vermekteyiz. Bununla birlikte bazen bölgemiz dışındaki illerde iş yoğunluğunun artması durumunda da diğer bölge illerine yardımcı olmaktayız.

Bizim Jandarmadan farklı olarak iş kabul ettiğimiz noktalar da yönetmelik gereği Cumhuriyet Savcılıklarının soruşturma aşamasındaki bulgularını kabul edebiliyoruz. Mahkemeler ve hukuk mahkemelerinin inceleme talepleri maalesef yönetmelik gereği ve iş yoğunluğundan dolayı kabul edilememektedir. Tabi Jandarma, Sahil Güvenlik, kolluk birimlerinin tümünden gelecek olan işler, cumhuriyet savcılıklarımızın soruşturma evresindeki, mülkiye başmüfettişlerinin ve polis başmüfettişleri başta olmak üzere idari soruşturmalarda yine inceleme taleplerini yerine getirmekteyiz. Toplamda biraz önce arz ettiğim 168 uzman ve 299 asistanın inceleme alanlarına göre sayıları. Türkiye'de 1040, yardımcı elemanlarla birlikte biraz sonra göreceğiz sayıları gösterdiğimizde çok büyük bir sayı. İnceleme taleplerini bu

kadar az personelle gerçekten özveriyle yerine getirmekten dolayı gurur duyduğumu şimdiden baştan belirtmek istiyorum.

Yedi temel inceleme alanında hizmet vermekteyiz. Bunlar; antropolojik incelemeler, balistik incelemeler, belge inceleme, biyolojik incelemeler, iz incelemeleri, kimyasal incelemeler ve ses görüntü data incelemeleridir. Antropolojik incelemeler şu anda sadece Diyarbakır Laboratuvarımızda bulunmaktadır. Balistik, belge, iz ve kimyasal incelemeler 10 Laboratuvarımızın 10'unda da aktif halde mevcuttur. Ses görüntü data sadece Ankara'da; görüntü ise sadece Diyarbakır'da; biyolojik incelemeler ise de Adana, Bursa, İzmir, İstanbul ve Ankara Bölge Kriminal Polis Laboratuvarlarımızda şu anda hizmet vermektedir.

Antropolojik incelemelerde; adli yaşlandırma, kemik incelemeleri ve yeniden yüzlendirme çalışmaları yapılmaktadır. Bu, ekranda görülen gerçek bir olay. Bir çocuğun kaybolduğunda biliyorsunuz ki kaybolduktan sonraki süreç ne kadar geçeceği belli olmuyor. Zaman ilerledikçe bu çocuğun veya bu bireyin görüntülerinin yaşlandırılması gerekmektedir. Bu çocuğu tespit edebilmeniz için bilgisayar sistemlerini kullanarak kemik yapısındaki gelişim ile birlikte yaşlandırma metoduyla 10 sene sonra, 15 sene sonra, 20 sene sonraki halini kolluk kuvvetlerine göstermeniz gerekiyor. Bu olayda da çocuğun 3 yaşındaki fotoğrafı vardı. Daha sonra uzmanlarımız tarafından yaşlandırma yapılarak, çocuğun bulunduğundaki görüntüsüne oldukça yakın bir görüntünün elde edildiğini görüyoruz. Bununla birlikte kemik incelemeleri, yeniden yüzlendirme çalışmaları, tespit edilen kafataslarını etlendirme dediğimiz çalışmalar yaparak kişinin ölmeden önceki yani yaşadığı zamana yakın görüntüsünü elde etmeye çalışıyoruz ki bu da oldukça yoğun ve zor süreç alan bir konu.

Biyolojik incelemelerde biraz önce de bahsettiğim gibi vücut sıvıları, vücudun üretmiş olduğu herhangi bir kıl, tüy, meni, sıvılarla birlikte DNA incelemeleri, genetik incelemeler, her türlü biyolojik incelemeleri yine bu laboratuvarlarımızda yerine getirmekteyiz. İnceleme prosedürlerimiz ekranda görüldüğü gibi devam ediyor.

Balistik incelemede de 6136, 5729 ve 2521 Sayılı Kanunlar kapsamında ateşli silahların yasaya girip girmediği konusunda, antika silahların, antika olarak değerlendirilip değerlendirilemeyeceği konusunda, ateşli silahların incelenmesi, kovanların incelenmesi, fişeklerin incelenmesi konusunda incelemelerde bulunmaktayız. Aynı zamanda kovan ve kartuşların hangi silahla atılmış olduğu konusunda da incelemelerimizi uzmanlarımız yerine getirmekte ve raporlandırmaktadır. Mermi çekirdeklerinde yine hangi silah tarafından atıldığının tespiti yapılabilmektedir.

Bir de yıllardır kullanmış olduğumuz arşiv sistemleri vardı. Bu arşiv sistemlerinden Balistika dediğimiz TÜBİTAK'la beraber geliştirdiğimiz sistem var. 2013 yılından itibaren daha önce bölgesel olarak, bölgesel arşivlerde karşılaştırmış olduğumuz sistemi, biz 2013 yılında 10 Bölge Kriminal Polis Laboratuvarı birbirini görecek hale getirdik ve daha önceden lokal olarak işlenmiş olayların silahı başka bir bölgede bulunsa da bu silahın tespitinin yapılabilmesi rotasyon harici yapılamamakta iken, bu tarihten sonra mümkün hale gelmiştir. Bu 10 Bölge Kriminal Polis Laboratuvarı birbirini gördükten sonra da, 2019 yılında Sayın İçişleri Bakanımızın talimatlarıyla Jandarma Kriminal Laboratuvarının da onların da sistemleri vardı. Bu iki sistem birbirine entegre edilerek arşivlerimizi birlikte kullanmaya başladık ve 1 Milyona yakın gördüğünüz gibi mukayese kovan ve yaklaşık 565.000 silahın bu sistemde bulunduğunu söylemek isterim. Bununla birlikte de kovan kovana ve silah kovan irtibatlarımız arttı tabi ki. Aynı zamanda 2020 yılında da Jandarma Kriminal ile DNA veri bankalarımızı birleştirdik. O günden beri 23.900 olayı bu entegrasyonla birlikte çözmüş durumdayız.

El yazısı, imza incelemeleri… Uzmanı olduğum konu. Burada da belge incelemeleri, sahtecilikleri, el yazısının tespiti, tahrifat incelemeleri, makine incelemeleri yapılmaktadır.

İz İnceleme Şube Müdürlüğümüzde ise araç tescil plakalarının incelenmesi, alet izi, ayakkabı, araç izi, lastik izlerinin incelenmesi, silah seri numaraları, motor ve şase numaralarının incelenmesi, fiziki inceleme ve kırılma yüzeyleri –bu bilhassa trafik kazalarında araçtan kopuyor bu parça araca mı ait bunun tespitini yapıyoruz- bir bütüne ait olup olmadığı konusundaki incelemeleri yapıyoruz.

Kimyasal incelemeler yoğun olduğumuz alanımız diyebiliriz. Uyuşturucu madde analizleri, uyuşturucu madde profilleme analizleri yine Jandarma Kriminal ile ortak olarak 9 Temmuz 2021'den beri beraber yürüttüğümüz bir proje. Bir sonraki slaytta daha ayrıntılı olarak anlatacağım. Patlayıcı madde, patlayıcı madde artıkları, yangın artıkları analizleri, delil inceleme olmak üzere atış artıkları ve atış mesafesi tespiti bu şube müdürlüğümüzde yapılmaktadır.

Uyuşturucu madde profilleme gerçekten çok önemli. Son 1 yıldır Avrupa Birliği ile beraber yürüttüğümüz projeler çerçevesinde profillemeye başladık. 1 yıl içerisinde eroin ve kokain konusunda 50 gramın üzerindeki uyuşturucu maddelerin Jandarma Kriminal Laboratuvarına, laboratuvar ortamında oluşturulan metamfetamin, amfetamin uyuşturucu maddelerden 50 gramın üzerinde yakalama yapıldığı zaman da Ankara Kriminal Polis Laboratuvarına gönderilmesi halinde bu uyuşturucuların aynı üretici tarafından mı üretildiği, dağıtıldığı konusunda menşei tespiti yapılmaktadır. Son 1 yılda bu amaçla Ankara Kriminal Polis Laboratuvarına 156 tane metamfetamin ve amfetamin vaka incelemesi geldi. 156 incelemede 11 tane metamfetamin ve amfetaminin birbiri ile irtibatı profil eşleşmesi bulundu, bu da yaklaşık %10'lara gelen bir eşleşme –oldukça yüksek bir oran- Jandarma Kriminalde eroin ve kokainde bu eşleşmelere bakıyor ama beklediğimiz oranda bir eşleşme talebi gelmemektedir. Her yakalamada bu miktarın üstündeki yakalamalarda bu maddeler profilleme için Laboratuvara gelirse Türkiye'nin uyuşturucu madde ile mücadelesinde çok önemli bir adım olacağını düşünüyoruz. Bununla ilgili çok ciddi çalışıyoruz. Ülkemizin ve dünyanın sorunu. Uyuşturucunun ayak izinin tespiti konusunda önemli bir adım atmış olacağız.

Siz soruşturmacılar, bu alanla ilgilenenlerden de bunu istirham ediyoruz. Ses görüntü datada da ses incelemesi, görüntü incelemesi, data incelemesi alanlarında incelemeleri yapıyoruz. Konuşmacı teşhis, tanıma, kaliteleştirme ve kayıt güvenlikleri; görüntü karşılaştırma, montaj ve kurgu tespiti; veri kurtarma

dijital alanda ve analizi konusunda Ankara Bölge Kriminal Polis Laboratuvarımızda incelemeleri yapılmaktadır.

Peki, biraz önce söylediğim gibi özveriyle çalışan arkadaşlarımızla ne kadar iş yapıyoruz? Şu anda 9 ayın sonunda 276.025 vakada 1.882.000 bulgu. Tahminimiz bu sene sonunda 380.000 vakaya ulaşmak. 2.500.000 üzerinde de bulgu incelemek olacak. Bu sayı gerçekten çok yüksek. Resmi bir bilirkişi kurumu olarak yıllardır yapmış olduğumuz çalışmalara baktığımız zaman uzman başına düşen iş sayısı olarak oldukça yoğun bir çalışma yapıyoruz. Tabi şunu da belirtmek isterim. Jandarma Kriminal ile birlikte biz İçişleri Bakanlığına bağlı olarak görev yapıyoruz ve incelemelerimizde hiçbir ücret talep etmiyoruz. O nedenle de yoğun bir şekilde incelemelerle muhatabız bu konuda. İncelemeler için oldukça da ciddi paralar harcıyoruz. Sayın Başkanım da gülüyor ama biz de sizi örnek alıp döner sermaye sistemine geçmek istiyoruz. Bu konuda sayılara baktığımız zaman gerçekten çok yoğun bir çalışmamızın olduğunu, gece gündüz bu işleri yapmış olduğumuzu belirtmek istiyoruz.

Bununla birlikte bir sloganımız var: 'Delile olan güven, devlete olan güvendir' sloganıyla hareket ediyoruz. Gerçekten önemli. Olay yerinden bulguyu tespit ettikten sonra kriminal laboratuvara intikali ve burada alınacak sonuçların adli birimlere iletilmesinin güvenilir, hızlı, hesaplanabilir şekilde yerine getirilmesi bizim için çok önemli. Bu gerçekten devlete olan güveni daha da perçinleyecektir diye düşünüyoruz. 10 Bölge Kriminal Polis Laboratuvarımız 52 alanda uluslararası akreditasyona sahiptir. TÜRKAK tarafından. 10 Bölge Kriminal Polis Laboratuvarımızda 2021 yılında akredite olmuştur. Bunu belirtmek isterim. 39 farklı ülkeden 72 adli bilim laboratuvarının üye olduğu Uluslararası Avrupa Adli Bilimler Laboratuvarları Ağı'na (ENFSI) da üye bir laboratuvarız.

Bununla birlikte uyuşturucu maddelerle ilgili dünkü sunumda da söylemiştim, sadece biz uzman asistanları yetiştirmiyoruz. Bununla birlikte uzman ve asistanlarımız ulusal ve uluslararası geçerlilik ve güvenilirlik testlerine de tabiler. Aynı zamanda UNODC'nin bu alanda laboratuvarlara uygulamış olduğu uyuşturucu madde analizlerinde de iki yılda bir yapılan analizlerde de bu tip testler geliyor laboratuvarlarımıza. Adli Tıp Kurumuna da, Jandarmaya da geliyor. Bu konuda da gönderilen örnekleri tam doğrulukla tespiti ile birlikte bu sertifikaya da yıllardır iki yılda bir yenileyerek devam ediyoruz. Bu konuda da arkadaşlarımızı tebrik etmek istiyorum.

Sunumumu sabırla dinlediğiniz için hepinize teşekkür ediyorum. Sağ olun.

Necmi ÇEKİN (moderatör):
Sayın Hakan BEYAZ'a verdiği bilgilerden dolayı teşekkür ediyorum.

Son konuşmacımız Sayın Ekin Özgür AKTAŞ. 1992 yılı Ege Üniversitesi mezunu. Aynı üniversitenin adli tıp anabilim dalında 1997 yılında uzmanlığını almış. 2011 yılında profesör. Sağlık Kurumları İşletmeciliği ve İşletme lisans derecesine sahip. Adli toksikoloji doktorası var. Hukuk fakültesi mezunu. Özel araştırma alanları; sağlık hukuku, adli toksikoloji ve adli bilimler. Buyurun hocam.

Ekin Özgür AKTAŞ (konuşmacı):
Öncelikle toplantıyı düzenleyen Hızır Hocamın şahsında Adli Tıp Kurumunda emek veren bütün arkadaşlarımıza çok teşekkür ediyorum. Bir diğer teşekkürü de salonda sunumları izleyen arkadaşlara ediyorum. İyi ki varsınız. Şimdi ben bilimsel mütalaanın, bilirkişi raporlarından farkı ile ilgili sunum yapacağım.

Yargılama safhasında doğruya, gerçeğe ulaşabilmek için çok soruyu yanıtlamamız gerekiyor. O yüzden bir karara varırken usul, değerlendirme süreci çok önemli. Bilirkişiler burada devreye giriyor. Adli mercilere karar vermelerinde yardımcı oluyor, destek oluyorlar. Muhakeme sürecinin temel özelliği retrospektif değerlendirme olması yani hiçbirimiz olay olurken, yaşanırken orada olmuyoruz. Sonra, olay yaşandıktan, yargıya intikal ettikten sonra geriye dönük retrospektif değerlendirme yapıyoruz. Birçok soruyu yanıtlamamız bekleniyor.

2004 yılında AB uyum sürecine girdiğimiz dönemde Ceza Muhakemesi Kanununda yapılan değişiklikte silahların eşitliği ilkesi nedeniyle çok sık eleştirilen taraf görüşlerini özellikle ceza muhakemesi sürecinde ileri sürülemediğini söyleyen tartışma konusu olan görüşlerin ışığında 67.maddesinin 6.fıkrasına bilimsel mütalaa eklendi. 2011 yılında da 6003 Sayılı Hukuk Muhakemeleri Kanununa geldi. Ama bilirkişilikle bilimsel mütalaa arasındaki temel fark Bilirkişilik Kanununda değişiklerin yapılması ile ortaya çıktı. Çünkü biraz sonra bahsedeceğimiz gibi ikisi birbirinden çok farklı hukuksal kurumlar. Farklı değerlendirmeye tabi olması gereken ama şeklen birbirine benzediği için de çok sık karıştırılan iki tane kurum oluyor. O yüzden bu iki kanundaki değişiklik bilimsel mütalaayı yargılamalar sırasında yargılama usulünün içerisine usul kanunlarının içerisine koyarak bizim hukuk dünyamıza kazandırdı. Kendisi içinde kötü örneklerin olup olmadığını bunları tartışabiliriz.

Bu ikisinin farkından hızlıca bahsedeceğim sizlere. Çok teknik ayrıntıya girmeyeceğim ama Ceza Muhakemesi Kanunu, Hukuk Muhakemesi Kanunu, Bilirkişilik Kanunu ve yönetmeliğindeki gerekçelerle neden farklı olduklarını size söyleyeceğim. Öncelikle rapor düzenleyenlerle ilgili ciddi bir farklılık var. Bilirkişi ile bilimsel mütalaa düzenleyenler arasındaki en temel farklılık: bilirkişiyi, bilirkişi atamaya yetkili, taraflara eşit mesafede, objektif mesafedeki bir taraf tarafından atanması. Bilimsel mütalaanın ise tarafların dilediği kişiye giderek rapor alması.

Yine bilirkişilikle ilgili listelere kayıtlı kişilerin öncelikle atanması gerekirken bilimsel mütalaada resmi bir öncelik yok. Taraf, dilediği kişiden hangi niteliğe sahip olursa olsun gidip görüş alabiliyor. Listeye kayıt olma durumu yok. Bilirkişilik kanunu ve yönetmeliği bilirkişilikle ilgili birçok düzenleme yapmış. Başvururken hepimizden buna ait belgeleri istiyorlar. Bizleri de öyle kaydediyorlar. Örnek; 5 yıl kıdemli olmalı, alanınızda uzman olduğunuzu gösterir, deneyimli olduğunuzu gösterir, belgeler sunmalısınız. Bilirkişiliğe engel herhangi bir suçtan hüküm giymemiş olmalısınız. Hizmetten ihraç edilmemiş olmalısınız. Buna benzer hususlar gerekirken bilimsel mütalaada bunların hiçbirisi geçerli değil. Uzman olunması yeterli. Aslında neyin uzmanı olduğu ya da görüşü verme konusunda yeterli mi değil mi bunu bile tartışmıyoruz bilimsel mütalaada. Herhangi

bir kıdem, eğitim, deneyim yine bilimsel mütalaada yok. Herkes her konuda bilimsel mütalaa düzenleyebiliyor.

İkincisi, bilirkişi raporlarında bilirkişinin reddi ve çekilme sebepleri var biliyorsunuz. Uzman mütalaasında böyle bir şart yok. Uzman mütalaası tarafın yakını da olabilir, nişanlısı da olabilir, eşi de olabilir. Herhangi bir red veya çekilme sebebi maalesef yok. Her türlü verilebiliyor.

Bilirkişi raporunu denetleyen mekanizmalar var. Oldukça da yaptırımları güçlü mekanizmalar bunlar. Uzman mütalaasıyla ilgili böyle bir denetim mekanizması da yok. Uzman mütalaalarının ne içeriğini ne şeklini denetleyen herhangi bir mekanizma yok.

Bir başka şey, bilirkişi raporlarıyla ilgili belirli bir standart var. Bilirkişi raporunda mahkemenin sorduğu hususlarda yanıtlamak esasken uzman mütalaalarında hiçbir şekil koşul yok. Tamamen serbest bir şekilde değerlendirme yapabilme imkânı var. Bilirkişi raporlarında hukuki değerlendirme yasağı var ama uzman mütalaalarında böyle bir kısıtlama yok. Bazı uzman mütalaaları özellikle hukukçu bazı arkadaşlar tarafından yazılan uzman mütalaaları çok geniş hukuki yorumlar içeriyor. Mahkemelere taraflar bunları dile getirerek sunabiliyorlar.

Bilirkişi raporlarında bir süre sınırlaması varken bilimsel mütalaada belirli bir süre yok. Tarafa bunun için bir süre verilmiyor. Bu, tarafın bir isteği olan bir şey olarak görülüyor.

Yine bilirkişi raporlarının tek bir bilirkişi raporu olarak düzenlenmesi esasken gerekirse ek rapor aldırılması gerekirken usul ekonomisi gereği –gerçi bunu da çiğneyen pek çok kararlar da var, çok sayıda bilirkişi raporunun geldiği durumlar da var- ama uzman mütalaalarında herhangi bir sayı yok. Ben 1 dosyada 17 tane uzman mütalaası saydım. Bunlar da çok çetrefilli davalardı. Türkiye'nin gündeminde olan bir davaydı. Taraf, bu konuda ne kadar mütalaa alabileceği yer varsa gidip oradan bir mütalaa alıp dosyaya sunmuştu. Dosyanın yarısı bilimsel mütalaalardan oluşuyordu. Çok ilginç mütalaalar vardı. Şekiller sunan, grafikler sunan farklı farklı raporlar karşımıza geldi.

Bilirkişi raporunda belirli bir ücret takdiri var biliyorsunuz. Bilirkişilik asgari ücret tarifesi var bu tarifeye göre ücret talep ediliyor. Bizim de burada bazı şikâyetlerimiz var. Mesela bireysel olarak bilirkişi olarak atandığımızda verilen ücretle kurum olarak yönlendirildiğimizde aldığımız ücretler arasında ciddi farklılıklar var. Özellikle heyet şeklinde kurumların düzenlediği raporlarda heyet değil tek bir rapor ücreti veriliyor usul ekonomisi gereği. Uzman mütalaalarında hiçbir tarife alt üst sınır yok. Oldukça astronomik rakamlardan bahsediliyor. Gerçekten bazı raporlarda bazı bilimsel mütalaalarda taraflar tamamen serbest piyasa ekonomisi ile ücretler veriyorlar. Bu ücretler tabi daha sonra tartışma konusu oluyor. Bunların da taraftan istenmesi sürecinde ciddi sorunlar oluyor.

Bir başka farklılık raporla ilgili bilirkişilerin hukuki ve cezai sorumlulukları arasında farklılık var. Bilirkişilikle ilgili biliyorsunuz ceza hukukunda kıyas yasak. Türk Ceza Kanunu 276.maddede bilirkişi gerçeğe aykırı bilirkişilik ve tercümanlık cezai sorumluluk gerektirirken uzman mütalaasında gerçeğe aykırı mütalaa vermekle ilgili hiçbir cezai düzenleme yok. O yüzden istediğiniz şekilde gerçeğe aykırı herhangi bir şeyi beyan edebilirsiniz. Özel hukuk açısından da tartışmalı. Yani hukuk muhakemeleri kanununda bilirkişi raporu eğer karara esas alınmış ve o karar nedeniyle de haksız bir karar verilmişse devlete karşı tazminat davası açılıp ücret rücu ettirilebilirken acaba bilimsel mütalaaya dayanarak rapor verilmesi sürecinde bu nasıl uygulanacak, bu da tartışma konusu.

Biraz önce anlattığım gibi raporların üzerindeki ibarelerden dolayı çok karışıklık yaşanıyor. Örneğin uzman mütalaalarına bilirkişi raporu, bilirkişi heyet raporu, sağlık kurulu raporu, adli kurul raporu gibi ibareler yazılması bu raporların bilirkişi raporu niteliğine dönmesine neden olmadığı gibi bilirkişi raporlarına da bilimsel mütalaa başlığı atılması bilirkişi raporunu bilimsel mütalaaya çevirmiyor. Hukuksal niteliği aslında önemli olan şey. Hukuksal ve cezai sorumlulukları birbirinden farklı. Ama maalesef uzman mütalaaları ile ilgili henüz bir hukuki veya cezai düzenleme de yok. Bu çok tartışmalı. Yargı öncesi çözümde Zerrin Hocamın bahsettiği gibi özellikle tahkim sürecinde düzenlenen raporlara bağlı olarak, bilimsel raporlara bağlı olarak çok sayıda karar veriliyor. Aslında bilirkişi incelemesi yapılması gerekirken, şeklen bilirkişi raporlarına benzediği için yanılarak hakemler mütalaalara dayanarak karar veriyorlar. Haksız kararlar çıkıyor. Bunlar ileride çok ciddi tazminat rücularına sebep olabilir düzenleyen arkadaşlar için.

Bir başkası, yargılama gideri sayılıp sayılmama ile ilgili bir problem var. Şimdi yargılama gideri sayılırsa kararda tartışılması ve görüş belirtmesi zorunlu bununla ilgili. Ama maalesef bilimsel mütalaalarla ilgili yargılama gideri sayılmıyor. Yargılama gideri sayılması gerektiği inancındayım. Kararda bunların tartışılması, kararın içerisine girmesi için bu konuda da hukuksal değişiklik yapılması gerekir. Bir delil değerlendirme aracı ya da delil oluşturma amacı var raporda. Bilirkişi raporlarında tabi cezai sorumluluk açısından ciddi fark var diye söylemiştim. Eğer sorulursa iki rapor arasında kişisel olarak da farklılıklar neden kaynaklanıyor ve sorunlar nasıl çözülmeli bu konuda da görüşlerimi paylaşabilirim.
Çok teşekkür ediyorum.

Necmi ÇEKİN (Moderatör):
Biz de teşekkür ediyoruz değerli hocam.

Aslında teorik olarak zamanımız yok. Pratik olarak zamanımız var. Biraz geç başladık, biraz aradan çalabiliriz.

Muharrem ÜRGÜP (Moderatör):
Çok değerli sunumlar dinledik hep beraber. Bir kısmı bizim hem kürsüde hem Yargıtay uygulamalarında bizzat müşahede ettiğimiz sorunlara yer verdiler değerli konuşmacılar sunumlarında.

Birkaç hususa dikkat çekmek istiyorum. İletişim, yaşadığımız çağın en büyük sorunu olarak lanse ediliyor. İletişimi iyi becerebilen toplumların mesafe kat ettiği söyleniyor. Ben memnuniyetle dinledim ve müşahede ettim ki aslında alanda aynı konuda çalışan ve bugüne kadar hep birbirinden kopuk faaliyet gösterdiği zikredilen, şikâyete konu edilen kurumların ne kadar entegre, hem kurum içinde hem birbirleriyle entegrasyon içerisinde çalışabildiklerini gösterdiler bizlere

değerli konuşmacılar. O nedenle ben çok memnun ayrılacağım oturumun sonunda.

Bir diğer husus, Ekin Hocamın tabii ki mütalaa, uzman mütalaası, bilirkişi raporu bağlamında ifade ettiği hususlar hem hukuk yargılamasında hem ceza yargılamasında bizim adli yargı olarak en hassas olmamız gereken konulardan bir tanesi bu. Farklılıklar var aralarında ama şüphesiz ortak noktaları takdiri delil olmaları. Usul kanunları ve son Bilirkişilik Kanunu geniş yetki tanıyor çünkü bir kere hukuki konularda en yetkin bilirkişi hâkimin kendisidir kabulümüz var. Onun ötesinde çözmekle mükellef olduğu ihtilafı çözerken kendisine delil olarak sunulan ya da ulaştığı delilleri çok dikkatli, çok süzerek değerlendirmesi lazım. O da artık o meslektaşımızın hassasiyetiyle ulaşabileceği konu.

Hukuki mütalaa, uzman mütalaası bir gerçeklik. Dünya hukuk sistemlerinde de var. Bir risk barındırıyor mu? Evet barındırıyor. Ama herkes görevini layıkıyla yaptığında ben bu risklerin avantaja dönüştürülebileceğine inanıyorum.

Çok teşekkür ediyorum kendi adıma.

Necmi ÇEKİN (moderatör):
Salondan katkı ve soruları alabiliriz. Şöyle ilk soruyu oradan alalım.

İsmail KASALAK (Dinleyici) :
Ben Ticaret Mahkemesi Hâkimi İsmail KASALAK.

Benim sorum Jandarma ve Emniyet kriminal dairelerimize olacak. Yargılamaların derinleştirilmesinde ve soruşturmaların genişletilmesinde yazı yaşı tayini sorunu var. Bu gerçekten de bir kayıp. Bununla ilgili teknolojik gelişmeler ne durumda? Yakında ya da gelecekte bu verileri elde edebilecek miyiz?

Bir diğer sorum da örneğin bir belge yazıcıdan çıktısı alınıyor. Bir kısmı farklı yazıcıdan bir kısmı farklı yazıcıdan. Bunun tayini ya da farklı zamanlarla ilgili yaş tayini yapılabiliyor mu?

Hakan BEYAZ (konuşmacı):
Ben cevaplayayım komutanım müsaadenizle.

Şimdi yazı yaşı tayini ile ilgili dünyada da çalışmalar var. Ülkemizde de çalışmalar oldu. Ama henüz netleşmiş bir şey yok. Yani gerek Jandarma Kriminal gerek Polis Kriminal gerekse Adli Tıp Kurumu olarak yazı yaşı tayini sorulduğu zaman direkt yazı yaşı yönünden bir inceleme yapamadığımızı, bu konuda çalışmaların devam ettiğini, henüz netleşmediği için bu konuda beyanda bulunmamızın mümkün olmadığını ancak bir belgenin sadece yazı yaşı ile değil bir belgedeki tahrifatı yazan şahıs yönünden, mürekkep yönünden ve zemin yönünden bakıyoruz. O belgedeki tahrifatı bu metotlarla tespit edebiliyoruz. O nedenle belgeyi görmeden direkt 5 yıl önce yazılmış 10 yıl önce yazılmış değil. Çünkü bazen kâğıt yapısına, mesela 1980'li yıllarda Amerikan Bristol kâğıt kullanıyordu. Kâğıt yapıları, ince yapraklı kâğıtlar, şuan kullandığımız selülozlu kâğıtlar, atık kâğıtlardan yapılan kâğıtları da kullanıyoruz. Bunların hepsinin farklı süreçleri var. Buradan bir yorumda bulunabiliriz. Ama sadece mürekkeple bunu şu an için yapmak mümkün değil. Tahrifatlarda biz 400 nanometre ile 1.000 nanometre arasında birçok belge inceleme cihazı kullanıyoruz Biz, Jandarma, Adli Tıp Kurumu en son teknolojiyi kullanıyoruz hatta bu teknolojilerin ülkemizde yapılması için TÜBİTAK'la birlikte AR-GE çalışmaları yapıyoruz yani sadece uzmanlık yapmıyoruz aynı zamanda cihaz geliştiriyoruz. Belgeye zarar vermeden yapıyoruz bunları. Yazı yaşı tayininde belgeden örnek alınması gerekiyor. Mürekkep analizi, kimyasal analiz yapılması gerekiyor. Son tahlilde yapılması gerekiyorsa yapılabilir. Buna mahkemenin karar vermesi lazım. Mahkeme çünkü o belgeye bir zarar verilecekse… Dün Faruk Hocam söylemişti biz eskiden pul incelemeleri yapardık altında bir rakam var mı yok mu diye baktığımızda bunu hâkime sorardık bunu biz kurutma makinesiyle açacağız belgeye bir zarar vereceğiz uygun görürseniz yapalım bu işi çünkü bir dahaki incelemede sıkıntı olacağı için… Yani o yüzden tahrifat incelemeleri birden fazla yapıyla yapılabilir. İlla sadece yazı yaşına indirgemeyin. Bu kaç yaşında? Ne zaman yazılmış? Sınırlı kalmamakta yarar var. Yani bu siz yeter ki düzgün, doğru sorularla sorduğunuz zaman bu üç resmi kurum da bu konuda oldukça yetkinler. Bu konuda size yardımcı olurlar.

Makine tespitine geldiğimiz zaman ise Bitmap dediğimiz renkli yazıcılarda farklılıklar vardır hatta renkli yazıcı makineleri belgelerin üzerinde hangi makine, hangi marka makine, hangi seri numarasına kadar iz bırakırlar. Bunların tespiti mümkün. Bilhassa sahte Euro, bununla ilgili Avrupa Birliği Merkez Bankası bu konuda Bitmap Decoding dediğimiz sistemler üzerinde çalışmalar yapıyor. Bunları biz Interpol aracılığı ile sorduğumuz zaman Avrupa Birliği Merkez Bankasına bilhassa para sahteciliklerinde hem menşei tespitine yönelik hem hangi makineden yapıldığına yönelik adresine kadar bulunabiliyor.

Ama adli olaylarda biz ne yapabiliyoruz? Yazıcı olarak mesela lazer, inkjet veya dot matrix makine olup olmadığı yönünde farklılıklar. 2 sene önceydi bir olay vardı. Olayda belgenin altında 1,2,3,4 diye rakamlar var senet basılmış. Bunun sonradan üretilip üretilmediği konusundaydı. O belgenin 2 defa makineye girdiği tespitini yaptık. Çünkü rakamlar inkjet, belge laserjet.

Tabii burada başka sorunlar da ortaya çıkıyor. Ticaret Mahkemesi Hâkimisiniz Sayın Hâkimim, çeklerde mesela bir standardizasyon varken senetlerde, akitlerde böyle bir standart yok. Bunun kanunen bence bir düzenlemeye gitmesi lazım veya 1 Milyonun üzerindeki bütün akitlerin yetkili şahıs önünde imzalanması lazım. Geçen günlerde 19 Milyon Dolar bir senet yapılmış ve bilgisayarla yapılmış. Böyle artık afaki rakamlar ortaya çıkmaya başladı. Bir kâğıt artık elde ettiler mi üstüne artık fantezi boyutunda rakamlar yazmaya başladılar ve bunun tespiti çok zor. Mümkün değil mi? Evet. Mürekkep mi öne, yazıcı mı önce, değişik çalışmalar yapıyoruz. Tespitler yapabiliyoruz ama her zaman şanslı olmuyoruz maalesef. O nedenle tespitler yönüyle de çalışmamız gerek Jandarma, Emniyet, Adli Tıp'ın. İletişim halindeyiz zaten.

Umarım cevap olmuştur.

Necmi ÇEKİN (moderatör): Evet buyurun.

Mehmet Emin DOĞAN (Dinleyici) :
Diyarbakır Ticaret Mahkemesi Hâkimi Mehmet Emin DOĞAN.

Bilişim Çalışma Kurulu toplantısında eski Emniyet Kriminal Daire Başkanı Mehmet TATLI'nın bir sözü vardı: 'Gerek jandarmalar olsun gerek polisler, aldıkları sertifikalarla Bilirkişilik Kurullarına kaydoluyorlar ve bilirkişilik yapıyorlar.' Bu kişiler yazı incelemeleri konusunda bilirkişilik yapabilirler mi? Bunlara görevlendirme yapabilir miyiz? Yoksa bunların yine laboratuvar ortamında incelenmesi mi gerekir? Bu konuda çözüm öneriniz nedir görevlendirelim mi bunları?

İkincisi de Hızır Bey'e Sayın Adli Tıp Kurumu Başkanımıza sorum var. Diyarbakır'da çok güzel bir Adli Tıp Kurumu binası açtınız yalnız içerisinde sadece otopsi yapılıyor. Bölgede Jandarma Kriminal yok, Emniyet Kriminal hizmet vermiyor. Dicle Üniversitesinde Zehra Hocamın da söylediği gibi raporlarda afaki yükseklikler sebebiyle biz Ankara ve İstanbul'a gönderiyoruz. Maluliyet raporu olsun, belge inceleme olsun, kusura ilişkin olsun İstanbul ve Ankara'nın iş yükü artıyor. Hem de bölge halkının adalete hızlı ve ucuz erişim hakkı engellenmiş oluyor. Bu konuda bir katkı sağlamayı düşünüyor musunuz?

İkinci sorum yine size. Adli Tıp Kurumu kendi kanunu ve Bilirkişilik Kanununa uygun olarak kusur oranı belirtmekten vazgeçecek mi? Bu konudaki tasarrufunuz nedir?

Hakan BEYAZ (konuşmacı):
Şimdi ben Hâkim Bey'in sorusuna cevap vereyim kısaca.

Dünkü sunumu izlediyseniz kriminal laboratuvarlarda belge inceleme uzmanlarının eğitim süresi 30 ay-36 ay. Kriminal laboratuvardan sertifikalı uzmanlarda bir sıkıntımız yok. Onlar eğitimlerini almış ve kayıt altına alınmış uzmanlar. Ama dün yine eleştirdiğim bir konu, 72 saatte otellerde ne bileyim bir yerlerde eğitimler verildiğinden bahsederek sertifikalar alınıyor. Bu sertifikaların geçerliliğinin doğru olup olmadığını doğrulatamam, söyleyemem. Bununla ilgili belki Bilirkişilik Daire Başkanlığı bu konuda yeterlilik veya Türkiye'de belge inceleme konusunda bir üst çalışma yapılırsa iyi olur. Mesela ABD'de vardı. Belge İnceleme Birliği vardır buraya girersiniz üye olursunuz bunların denemelerine katılırsınız. Oraya bir üyeliğiniz olursa ve testleri geçerseniz tamam yeterli ve etkin bilirkişisinizdir. Bu Türkiye'de şu an için mümkün değil. Şu an için yok böyle bir şey. Eline sertifika alan, hatta bilirkişi raporunun altına 'Ben şu sertifikaya sahibim, şu kursu aldım' diye yazıyor ve bilirkişilik yapıyor. Komutanımın dediği gibi bombadan daha tehlikeli bunlar. Gerçekten çok sıkıntılı raporlar geliyor bize. Adli Tıp Kurumuna da geliyor. Bilirkişilik Daire Başkanımızın söylediği gibi bir defa bilirkişi raporu aldığınız zaman bunun dönüşü de yok. Bu hataları düzeltemiyorsunuz. Taraflar bilmiyor. Mesela biz yedili karar skalası kullanırız. Bunu biliyor musunuz? Yani belge incelemede sonuç yoktur, kanaat vardır. Kanaat dediğimiz yedili karar skalası. Siz inatla elinden çıktı mı çıkmadı mı diye sorarsınız. Ama biz yedili karar skalasına göre çıktı, çıkmadı, kuvvetle muhtemel veya kabulü mümkün görülmemiştir vs. diye sonuçlar veririz. Bu genelde hukuk mahkemelerinin işine pek yaramaz. Çünkü o çıktı mı çıkmadı mı diye sorar. Bunu bulmaya çalışır. Dünyada böyledir. O nedenle bunun eğitimleri çok özel ve de dün yine bahsettim 3 yıl bir belge inceleme uzmanının yanında bu sertifikasyonun yapılması lazım. Kararı tabi siz onların raporlarını gördüğünüz zaman, verdiği kararlara baktığınız zaman verebileceksiniz. Şu an için Türkiye'de böyle bir standart yok maalesef. Biyoloji konusunda da Diyarbakır'ın biyoloji laboratuvarı çalışıyor şu an. Hukuk mahkemelerine bakamıyoruz tabi evet.

Hızır ASLIYÜKSEK (Adli Tıp Kurumu Başkanı):
Hâkim Bey sorunuz için teşekkür ederiz.

2 hafta önce Diyarbakır'a Biyoloji İhtisas Dairesi açtık. Daha önce Morg İhtisas Dairesi vardı. Hem Biyoloji hem Trafik İhtisas Dairesi ile ilgili talep vardı. Onun için 2 hafta evvel Biyoloji İhtisas Dairesi açtık. İnşallah yakında Trafik İhtisas Dairesi de açmayı düşünüyoruz. Kusur sorunuza da gelince hâkimler sormayacak biz de cevaplamayacağız. Yani hem Trafik İhtisas Dairesinde hem Yedinci, Sekizinci Kurullarda ve Üçüncü Üst Kurulda kusur sorularını hâkimler soruyor biz de cevaplamak zorunda kalıyoruz. Bazen biz hiç kusura inmiyoruz hâkimler ikinci sefer gönderip tekrar soruyorlar. Yani bu tartışma devam ediyor. İnşallah bu toplantılar sonrası tamamen çözülecektir. Teşekkür ederim.

Necmi ÇEKİN (moderatör):
Hocam çok kısa…

Muhammet Selman ÇOLAK (Dinleyici):
Benim sorum kısa. Adli Tıp Kurumunda Üçüncü İhtisas Kurulunda çalışıyorum, adli tıp uzmanıyım. Bilirkişilik temel eğitim kursları uzun zamandır yok. Dairenin sitesinden de baktım bir tarih yok. Bununla ilgili acaba bir adım olacak mı?

Abdulkadir KUTLUK (konuşmacı):
Bilirkişilik Yönetmeliğinin bilirkişilik temel eğitimi veren kuruluşların nitelikleri ile ilgili maddesinin iptali talebiyle açılan bir davada, Danıştay 10. Dairesinin iptal kararı var. Karar çerçevesinde, bir yönetmelik çalışmamız olacaktır. O yüzden şu an o talepleri karşılayamıyoruz. Yönetmelik çalışması biter bitmez eğitimlerle ilgili değerlendirme yapacağız.

Teşekkür ederim.

Necmi ÇEKİN (moderatör):
İlk söz isteyenlerden biri buyurun hocam. Sonra siz. Sonra da tamam.

Şuayıp GÜLÜMSER (Dinleyici):
Doktor Şuayıp GÜLÜMSER, Ankara Üniversitesi Adli Tıp…

Zerrin Hocama 2 sorum olacak. Hocam birinci sorum şu olacak; eklem hareket açıklığını ölçerken aktif mi yoksa pasif mi açıyı almamız gerekiyor sizce? Sizin kanaatiniz nedir? Hastanın eğer temaruz yapmadığından eminsek belli bir yere kadar yaptığı hareket oluyor. Ama bizler biraz daha zorlarsak 10 derece 15 derece daha arttırabiliyoruz o da maluliyette fark oluşturuyor.

Zehra Zerrin ERKOL (konuşmacı):
Kesinlikle biz de o zorlamayı yapıyoruz. Kırık varsa, kırığa bağlı olarak o kısıtlanma oluşmuşsa aynı yerden fazla zorlarsak tekrar kırma olasılığı da ortaya çıkıyor. Risk oluşuyor. Ama biz biraz zorluyoruz. Simülasyon çünkü çok nadir gördüğümüz bir şey değil. Dolayısıyla bir miktar zorluyoruz yani pasif daha çok önemli bizim için.

Şuayıp GÜLÜMSER (Dinleyici):
Teşekkür ederim hocam.

İkinci sorum da önemli bir üniversitenin verdiği özel bir mütalaada iki paragraf var ama onu acaba daha sonra mı sorsam?

Necmi ÇEKİN (moderatör):
Arada sorabilirsiniz zaman kalmadı. Ahmet Nezih Hocadan son soruyu alıyoruz ve teşekkür edeceğiz.

Ahmet Nezih KÖK (Dinleyici):
Ben öncelikle teşekkür ettikten sonra Sayın Abdulkadir Bey'e soruyorum; ben de Bilirkişilik Kanununda taslakta çalıştım. Bölge Kurulunda da listeye giriyorum. Ama o söylediğiniz 20 güne indirdik, gerçekten çok büyük bir başarı. Sizlere de tabii ki inanıyoruz ama bazı dosyalar var ki o dosyaları 20 günde bitirebilmek 1 ayda bitirebilmek çok zor. Bana mesela bir cumhuriyet savcılığımızdan cinayetle ilgili gelmişti. Kaç kere de savcımızla bir araya geldik mütalaa ettik. 2,5 ayda 3 ayda zor bitirdim ben o dosyayı ve dosyayı verirken de bence hâkimlerimi ve savcılarımızın bilirkişi seçtikleri kişiyi çağırıp ne kadar sürede istedikleri konusunda bir görüş yaparlarsa çok iyi olur. Çünkü bunlar da bizlere not olarak dönüyor bilirkişilere. O eksi notu da almak istemeyiz yani bilinçli bir bilirkişi olarak.

Abdulkadir KUTLUK (konuşmacı):
Teşekkür ederim. Bu arada bitmiş miydi?

Ahmet Nezih KÖK (Dinleyici):
Yok, bir de Sayın Müdürüme soracağım. Sayın Hakan Bey'e. Ama bu da çok önemli.

Olay yerin inceleme ile ilgili geçenlerde Erzurum'da bir kurs düzenlendi. Oraya biz de teorik olarak hoca olarak gittik. Öncelikle Sayın Emniyet Müdürümüze de Ankara'dan gelen Kriminal Daire Başkanlığından görevlilere de sordum bu arkadaşları nasıl seçiyorsunuz diye. Çünkü en azından bence bir fen bilimlerinden mezun olan kişiler olsun. Hele hele belge incelemesinde veya kimyada veya balistikte çalışacaklarsa mutlaka temel alandan gelmelerinde büyük fayda var.

İkincisi de bunu kendi içinizde neden okul haline getirmiyorsunuz? Neden Lisans programı haline getirmiyorsunuz? Çünkü özellikle yazı inceleme, belge inceleme öyle ustalık-çıraklık ilişkisi ile çok fazla yapılacak bir alan değil.

Teşekkür ediyorum. Buyurun Sayın Hâkimim.

Abdulkadir KUTLUK (konuşmacı):
Şimdi belirli dosyalar için bilirkişiye ne kadar süre verilecek gibi bir soru gelmişti. Dosyanın kapsamı, niteliği vs bunu takdir edecek olan cumhuriyet savcısı veya görevlendirmeyi yapan mercinin dosyanın kapsamına bakması gerekir. Özel teknik bilgi ne kadar gerekli, ne kadar zamanda bu iş çözümlenir, heyetle mi yapacak? Bunlara göre takdiri, somut vakaya göre, dosyaya göre yapması gerekiyor. Yani önceden bizim bir süre belirlememiz mümkün değil. Bunu hâkim ve cumhuriyet savcılarına gönderdiğimiz Bilirkişilik Uygulama Rehberi'nde belirttik. Rehberde, kısa özet bilgiler yer alıyor. Sürelerin kısalması, kota ile de ilgili bir durumdur. Kota uygulaması süreyi biraz kısalttı. Özel hukuk tüzel kişi bilirkişiliği pilot uygulamasına geçtikten sonra uygulamaya geçilen alanda bu süre daha da kısalıyor. Ama bir bilirkişide fazla dosya yükü olması gerçekten yargılamayı geciktiren durumdur. Maalesef düzenleyici işlemleri aşarak kotası dolan bilirkişilerin haricen görevlendirildiklerini, bunların da yargılama sürelerini uzattığını duyuyoruz. Biz buna yönelik önlemleri almaya çalışacağız. Bilirkişilik kurumunun ileri gitmesi için elimizden geleni yapacağız. Hem bilirkişiler yönünden hem de hâkim, cumhuriyet savcısı meslektaşlarımız yönünden.

Teşekkür ediyorum.

Hakan BEYAZ (konuşmacı):
Hocam biz Polis Okullarından mezun olanlardan, üniversite mezunları, master, doktora yapanların içerisinden seçmeye çalışıyoruz. Fizik, kimya, biyoloji zaten biyoloji ve kimyada mutlaka biyolog ve kimyager çalışmak zorunda. Onlara eğitimler veriyoruz. İngilizce yüksek lisans ve master yapmaları konusunda onlara destekler veriyoruz. Doktora yapmaları konusunda destek veriyoruz. KATEM diye bizim Kriminal Eğitim Araştırma Merkezimiz var. Kursları organize eden KATEM. KATEM hem olay yeri inceleme hem bomba hem de kriminal uzmanlık alanlarında bu tip bölgesel ve merkezi eğitimler düzenliyor. Daha iyi olmalı mı evet olmalı. Onu da süreç içerisinde inşallah daha iyi hale getireceğiz. Kriminal Akademi şart artık.

Sağ olun hocam.

Muharrem ÜRGÜP (Moderatör):
Hakan Hocam çok teşekkürler. Kıymetli katılımcılar oturumumuzun sonuna geldik. Öncelikle kısıtlı zamanda kapsamlı ve doyurucu sunumlarından dolayı tüm konuşmacılarımıza ve sorularınızla, katkılarınızla heyecanı üst düzeyde tutmanızdan dolayı sizlere teker teker teşekkür ediyorum. Faydalı ve güzel bir kongre geçirmeniz dileğiyle, teşekkürler.

2.GÜN

3. OTURUM

DÜNYA'DA BİLİRKİŞİLİK UYGULAMALARI

DÜNYA'DA BİLİRKİŞİLİK UYGULAMALARI OTURUMU



Süleyman Serhat GÜRPINAR (Moderatör):
Değerli katılımcılar, 17. Adli Tıp Günlerinde bizi ağırlayan başta Sayın Başkanımız ve böyle bir bilimsel şölene de her türlü katkısıyla gelmiş olan herkese teşekkürlerimi sunarak başlamak istiyorum. Bugünkü bu panel sona kalan panel olmakla beraber önemini ve dünyaya açılımı sağlayacak bir panel olduğundan dolayı yine yeterince kalabalık olması da mutluluk verici. Ben herkese hoş geldiniz diyorum.

Programdan da baktığınız kadarıyla programda dünyanın her tarafından bilim insanlarımız buradalar ve kendi ülkeleriyle ilgili bilgiler verecekler. Biz panelin moderatörlüğünü Doç. Dr. Hasan Kadir YILMAZTEKİN ile beraber yapacağız. Kendisi Adalet Akademisi Dış İlişkiler Daire Başkanı ve bundan sonrasını birlikte götüreceğiz. En sonda da konuşmacılarımız konuşmalarını bitirdikten sonra konuyla ilgili sorularınızı alırız. Ben söz şimdi diğer moderatör arkadaşıma veriyorum.

Hasan Kadir YILMAZTEKİN (Moderatör):
Teşekkür ederim. Kıymetli dinleyiciler hepiniz hoş geldiniz.

Ben sözlerime bu mükemmel organizasyonun yapılmasında emeği geçen öncelikle Adli Tıp Kurumu Başkanımız Hızır ASLIYÜKSEK ve kıymetli ekibine teker teker gönülden tebrikler ve teşekkürlerimi sunarak başlamak istiyorum.

Gerçekten Süleyman Hocamızın da belirttiği gibi bu bilimsel bir şölen. Benim normalde çok yabancısı olduğum bir konu ama inanılmaz keyif aldığımı söylemeliyim.

Benim esasen konum; fikri mülkiyet ve yapay zekâ etkileşimi alanındaki konuları irdelemek. Tabii ki yapay zekâ konusu hayatımıza yeni bir konsept getiriyor. Yeni bir transhümanizm çalışması var. O da uploading dediğimiz sistemle yapılmaya çalışılıyor. Yani insan zekâsı dijital bir platforma upload edilecek ve yüklenecek. Bedensiz ve vücutsuz bir yaşam formu oluşturmak isteniyor. Bunu felsefeciler ve fütürist bilim insanları tartışıyorlar. Ben programımıza baktığımda yapay zekâ ilgili bir konuşma olduğunu gördüm, memnun oldum. Fakat belki gelecek senelerde yapay zekâ konusunu daha derinlemesine incelememiz gerekecek çünkü malumunuz Türkiye büyük bir kalkınma hamlesiyle TOGG isimli bir araba üretiyor. Belki bu ileride otonom bir araç haline gelecek. Dünkü oturumlarda klasik trafik kazalarını konuştuk ama otonom araçların karıştığı kazalarda acaba nasıl sorumluluk olacak? Bazı hâkimlerimiz belki kusur raporu almayalım diyecekler ama o (yapay zekâ) bütün hukuki algıları ve hukuki kurumları şekillendirecek. Belki gelecek sene özellikle bu yapay zekâ konusunu başlık olarak eklememiz güzel olacak.

Bugün hocamız da ifade etti bilirkişilik konusunda mini bir dünya turuna çıkacağız. Çok eğlenceli bir tur. Çeşitli ülkelerin adli tıp uygulamaları ile ilgili bilgiler elde edeceğiz. Ben sözümü de fazla uzatmadan hemen ilk konuşmamıza geçmek istiyorum. Önce kendisini sizlere tanıtmaya çalışacağım daha sonra da sahneyi kendilerine bırakacağım.

İlk konuşmacımız Prof. Ali KOÇAK. Kendisi kimya alanında lisans derecesini Seattle Üniversitesinde yapmıştır. Daha sonra biyokimya alanında Gazi Üniversitesinde yüksek lisans,

New York Şehir Üniversitesinde analitik ve fiziki biyokimya alanında doktorasını icra etmiştir. Bunu takiben Albert Einstein College of Medicine'de doktora sonrası araştırmalarını fizyoloji ve biyofizik alanında yapmıştır. Hâlihazırda da New York Şehir Üniversitesinde tam zamanlı profesör olarak görev yapmaktadır. Ben sizi konuşmanızı yapmak üzere sahneye davet ediyorum buyurun hocam.

Ali KOÇAK (Konuşmacı):
Öncelikle hepinize teşekkür ederim. Her şeyden önce Sayın Başkanımız Hızır Bey'e beni davet ettiği için ve böylesi güzel bir ortamı yarattıkları organize ettikleri için teşekkür ederim. Çok güzel bir ortam. Ben aslında çok kongreye katıldım ama bu kadar çok katılımlı olan bir kongre nadir görülür. Dolayısıyla tebrik ederim. Ben konuşmamı İngilizce hazırladım dolayısıyla slaytların hepsi İngilizce. İngilizce/Türkçe yapmaya çalışırım. Onun için özür dilerim çünkü ben genelde sevmiyorum Türk'ün Türk İle İngilizce konuşmasını ama idare edeceğiz artık. Tercümanımız da var. Ben başlamadan önce biraz bizim okuldan bahsedeyim. John Jay College of Criminal Justice, New York'ta Amerika'daki ilk okullardan biridir bu konuyla alakalı. 1964 yılında New York'ta kuruldu. Kuruluş amacı da polisle toplumu bir araya getirebilmek, onları eğitmek. İlk kuruluş ismi de College of Police Sciences (COPS)'tı. Şimdi Amerika'da belki birçoğunuz biliyor, polise polis denmez genelde COPS derler. Onun da çoğu halk dilinde COPS derler ki çok insan nereden geldiğini bilmez o COPS'ın. Hâlbuki cops'ın esas şeyi bizim okuldan geliyor College of Police Sciences'tan geliyor. Sonra 1964'te düşünmüşler biz bunu daha genişletelim, daha fazla konulara girelim. Adını değiştirmişler, John Jay College of Criminal Justice yapmışlar. Bizim okul özel bir okul, dünyada bilinen bir okul bu konuyla alakalı bir üniversite. New York Şehir Üniversitesi'nin altında bir okul. Kendi başına bağımsız diploma verebiliyor. Bölümler var orada, forensic science, psychology, economy, history, language. Hepsi forensic ile alakalı ayrı ayrı bölümler var ve mezun olanlar tabi ki değişik yerlerde çalışıyor. Benim bölümüm; Department of Forensic Science. Bizden mezun olan 3 tane track: birisi toxicology, criminalistics ve molecular biology. NYPD New York Polis Departmanının hemen hemen kriminal laboratuvarının çoğu bizden mezun olanlar çalışıyor orada. Tabi bir kısmı FBI'a giden de var. Değişik yerlere de gidenler oluyor bizden mezun olanlardan. Özetle bu, şimdi ben bugünkü konu Develop Forensic Evidence Incore dediğim. Tabi ben İngilizce anlatayım da madem tercüme var arada bir de Türkçe ile şey yaparım.

So this is a summary of my talk; the federal law of evidence. Opinion testimony. Miscarriage of justice, wrongful convictions and because of wrongful convictions and unreliable scientific evidence, scientific laboratory and impact of DNA in revolution. So the first thing I want to explain here is the rules in the United States; the Federal Rules. Federal Rules that the states have several rules, many rules established in 1975. These rules are the guidance for the expert to be a witness and express their testimony in the court. And as you probably know that in the United States there are 2 types of courts: Federal Court and State Courts. These rules are that established by the federal government and all the states in the United States follow these rules. But except for some of the states. They have their own rules in edition to the Federal rules. So I'll focus on 2 rules here that are related to forensic science. It's what is called an opinion testimony and I'll talk about two of them: Rule 705 and Rule 702. So these 2 rules are one of them lay witness and the other one is the expert witness. The lay witness is the testimony of none expert witness. That's 701 with has to do, or is it based on the witnesses on perception. So the person, the witness, doesn't have to have technical background or any expertise; everything depends on his or her own perception. I have a lot of slides so I'll go fast to save time. These are examples, I'll skip these examples. So the other rule which we really interested in mostly is the Rule 702 which is the expert witness rule. And this one here the qualification of the witness has to have technical skills in order to become a follow of this Rule 702 and become an expert witness in this case here. Weather has to do with his knowledge, based on education or profession. Okay so based on the testimony the testimony court may accept or dismiss. During the 2 days and oldest previous speakers they mentioned similar things in Turkey which are similar in the USA. And the experts must have the background for this in order to be able to testify in the court. So the thing I'll try to talk about is miscarriage of justice. I'll give examples in the USA of some of the miscarriages that happened. Because of the wrongful statements of the witness. And the miscarriage of justice of course happens when unfair outcomes happen in the criminal procedures. So the conviction of an innocent person in the court because of the wrongful evidence or wrongful laboratory result or forensic evidence or the witness himself. Now I would like to talk about the causes of wrongful conviction. One of the causes with examples I'll give in the upcoming slides is the eyewitnessed miss identification. So eyewitnesses miss identification as most of all you know is a perception of that person. So that it will depend on the skills and the memory of the person who is eyewitnessed and that probably will not be reliable evidence in the court. And the other thing is; the police mishandling of the investigation. So this could happen due to many factors. And including other stuff like fabrication of evidence. Such as happened before in Turkey. So this happens here as well as you see this is happening in New York. The brutality of police. And some fabrication and misconduct of the police. And there is a term called "tunnel vision". What happens is that the prosecutor may have an prejudgemental idea about the case and instead of relying on the fact and reality of the evidence, they would like to focus and make a match of their perception on the evidence. That's called tunnel vision. I'll give some examples in the upcoming slides. And in the poor communication between the forensic scientist and the police. It's very important to have good communication between the forensic scientist and the police and the prosticuator. If there is no such communication that has to do with a failure of the system and that should need to be improved by education and training. Inadequate training of criminal justice professionals. And that's another important thing. And that's one of the reasons that John Jay College was established to increase the training and education of the police and criminal justice professionals. And then the lack of awareness by the police. What happens especially happened in the past in the United States, some of the police professionals don't believe in the evidence. So they ignore and they go with their own perceptions. Which as I said has to do with tunnel vision, they have their own perceptions. This is what the result should be and move that forward. That causes problems. And another thing is dependence on the informants. Informants sometimes give wrongful information about the evidence. Because they use it for their own perception. And false confession and that has to do with police tactics and mental and all these cause false confession.

These things happen in the United States. I'll give you some examples now. So here I would like to give some unreliable scientific evidence. What are the causes of having unreliable scientific evidence? These are all of the things I would go through. One of them is status and the expertise of the expert witness. The expert is not impartial. And the evidence was wrong. Exaggerated evaluation by the expert and unethical behavior and human error. So let me go one by one and give some examples on these. So one of them happened in 1981, this pediatric pathologist. He is not a forensic podiatrist but he is just a pediatric pathologist. More than 20 parents were convicted. Because of the results submitted by Dr. Smith, they were convicted of murdering their own children. Whereas the evidence was wrong because they died because of the sudden infant death syndrome but what happened is because he had no experience in the forensic pediatric. He came up with the wrong evidence and all of the mothers were convicted here. Here for example is one of the cases of Dr. Smith; this woman and her child died because of that syndrome but Dr. Smith gave a wrong and unethical report and because of that she was convicted for 14 years, she spent 14 years in the prison where she was innocent. Dr. Smith relied on tunnel vision; he had his own perception because the woman was divorced and had drug issues. Because of this, instead of relying on the facts, he relied on the background of the person and she was convicted. And many cases like her. They spent years in prison even though they were innocent. So this is something about him and there were many cases. And in 2005 they found out many cases and he was dismissed from the department. And the other thing is the expert is not impartial. This example is not in the United States but it's in the UK as an example; sometimes whatever the reason, such as political reason or any other reason, sometimes they want to have someone to convict. Instead of relying on the facts on the evidence. They create and they rely on sort of things even though that evidence is not accurate. So in this case here in IRA bombing. She was convicted because they found nitroglycerin in her caravan that she was living in. The testing was not accurate. The method they used was not validated and they did not say that method could give wrong information or the contamination could give the same results. Interference of the results with nitroglycerin and they were not impartial with the analysis. What happened is that she was convicted for many years. But the scientist who was conducting the analysis misled the court and they didn't disclose the real data and that they found out a die in the boot which can give the same result with the particular test. And they didn't disclose that, that's why she ended up in prison for years even though she was innocent. That's another case and has to do with the impartiality of the scientist who's doing that. Another thing that happens here and also in the USA, in one of the cases the person was wrongfully convicted because of the miscarriage of justice and that was of the reasons evidence wasn't really correct. Here there was a fingerprint. They found David Ausbury's fingerprint and they tried to match the fingerprint that was found in the victim's place. And wrongfully they said it belongs to the same person but that was wrongful. And he was exonerated in 2000 but another thing gave to this case importance, another person Sherly McCay was the police who was investigated in this case although she never been in the victim's house they found a finger print and they said this matching to hers. But this was wrong in this case and the experts who were examining the fingerprint on the microscope weren't accurate. Two experts from the US were able to show to the court the evidence was wrong and she was not really there to commit the crime. Exaggerated evaluation by the expert. One of the areas that is difficult to use is hair analysis. Hair is one of the difficult samples to analyze. Because it depends on the expert who analyzes the hair sample to match or not match the victim or sample. So for example in 2015 FBI reviewed past expert testimonies. They found that %90 of the comparisons of the microscopic comparisons of the hair were not correct. And the reports contained erroneous statements. So that's why now the FBI in addition to microscopic analysis they also use mitochondrial DNA analysis of the hair. Because the microscopic analysis depends on the person's expertise so matches or not. So this is another one example that happened in Montana. In the USA 1987. This person was convicted (I forgot how many years) by raping a child but in wrongfully. But later on in 2002 they found the reason he was convicted was because they found a hair sample that matches him but in reality that was wrongful analysis microscopically. After the DNA analysis he was evicted. Okay so this is the same thing. Another case similar to that, same thing there was a rape and murder. Guy Pole was the victim. They analyzed his hair sample. Hair sample found in victim's car. And they matched him, they said it's coming from him and that's why he spent I think 10 years in prison wrongfully. But his parents were really hired lawyers to prove that he is innocent and finally DNA analysis showed he is innocent so he was exonerated. For example in Guy's case another reason is that sometimes some of the people were convicted in the USA wrongfully, it's because they were based their judgment on the behavior of that person. For example in Guy's case when police were investigating they had this question: why was he so calm? Why is that guy so calm? Why didn't he participate in the search of the missing girl? Why didn't he attend her funeral? So what a weird guy, this guy looks weird. All these things they relied on rather than the real evidence and whatever is there but how he behaves? That was the reason for them to make a judgment that he is the one who commited the crime. So there was something that again caused misconviction. Another thing here is ethical behavior. There are 2 cases here I'll give an example, one of them is the FBI employee Jacklyn Black. She worked for the FBI as a forensic biologist. She falsified the documents and she falsified the statement. She gave wrong laboratory results, she didn't follow the procedure, the FBI's lab protocols and that she had caused the conviction of many people wrongfully. And she was finally in 2001/2002 she did carry these things. And then the FBI found her guilty. This is the thing that the newspaper showed about her: she was 40 years old and talked about her committing this wrongful and unethical behavior in the lab and because of that many innocent people were convicted. Another example is Fred Zein; he was a trooper in the Virginia State Police. Because of him many people were convicted, because of his unethical and wrongful results. He was altering the laboratory reports and the records and the data. That caused the conviction of many people. I think he died before he was convicted. Human error, this could happen in any lab. And that happened in many places in the UK and USA as well. This one about an odontologist and another conviction with non-validated methods. This is another reason sometimes people were convicted wrongfully by using non-validated methods. So this one they used bite marks, this happened in Fenix, Arizona, USA. Victim was murdered in a bar and there was a person in there whose name was Krone.

They found bite marks on the body of the victim. And they tried to match it to Krone whereas he was not really the person who committed the crime. And that's why he was convicted wrongfully. But later on he was found not to be the person after the DNA analysis years later. After he spent many years in prison. But he was identifying, he was not the person. Another person Kenneth Philiphs he was the person who committed the crime. It's important that the Laboratory be run by professionals and the quality control is very important. So last thing I wanna talk about is; all these cases after many people spending years in prison some of them were proven to be innocent after the DNA profiling. The first DNA case was in 1998, Colin Pitchfork case. Actually he murdered many kids and raped. But the first DNA case found him guilty. So this is him here and he murdered these kids. So what happened is the lab for DNA profiling in England in a university that just came up with DNA was testing the method in the same village where he commited his crimes. And they found him the person who committed the crime. So the DNA profiling was revolutionary and helped many innocent people to be shown they are innocent. This is our college; John Jay College of Criminal Justice. And that's where we are located in the heart of Manhattan, New York. Thank you very much for being patient.

TR: *İşte konuşmamın özeti bu; federal kanıt kanunu. Görüş tanıklığı. Güvenilir olmayan bilimsel kanıtlar nedeniyle adli hata, yargılama hataları ve yanlış mahkûmiyetler. Bilimsel laboratuvar ve DNA'nın devrimdeki etkisi.*

Yani burada açıklamak istediğim ilk şey ABD'deki kurallar; Federal Kurallar. Sahnenin birkaç kuralı olduğu Federal Kurallar, 1975'te oluşturulmuş birçok kural. Bu kurallar, bilirkişinin tanık olması ve mahkemede ifadesini vermesi için yol göstericidir. Ve muhtemelen bildiğiniz gibi Amerika Birleşik Devletleri'nde 2 tür mahkeme vardır: Federal Mahkeme ve Eyalet Mahkemeleri. Bu kurallar federal tarafından belirlenen kurallardır ve Amerika Birleşik Devletleri'ndeki tüm eyaletler bu kurallara uyar. Ancak bazı eyaletler hariç. Federal kurallara göre kendi kuralları vardır.

Bu yüzden burada adli tıpla ilgili 2 kurala odaklanacağım. Buna mütalaa ifadesi denir ve ikisinden bahsedeceğim: Kural 705 ve Kural 702. Yani bu 2 kuraldan biri tanık, diğeri bilirkişidir. "lay witness" (bilirkişi olmayan görgü yanığı); hiçbir bilirkişinin tanıklığı değildir. Bu tanıkların algılarına dayanıyor. Yani kişinin, tanığın teknik bilgi birikimine veya herhangi bir uzmanlığa sahip olmasına gerek yok, her şey onun algısına bağlı.

Çok fazla slaytım var, bu yüzden zaman kazanmak için hızlı gideceğim. Bunlar örnek, bu örnekleri atlayacağım. Yani en çok ilgilendiğimiz diğer kural, bilirkişi kuralı olan Kural 702'dir. Ve buradaki tanığın nitelikleri, bu Kural 702'ye uymalı ve davada bilirkişi olmak için gerekli teknik becerilere sahip olmalıdır. Ayrıca, eğitim veya mesleğe dayalı bilgisiyle de ilgisi vardır. İfadeye dayanarak tanık mahkemesi kabul edebilir veya reddedebilir. 2 gün boyunca önceki konuşmacılar Türkiye'de de ABD'de olan benzer şeylerden bahsettiler. Bilirkişilerin mahkemede ifade verebilmeleri için gerekli altyapıya sahip olmaları gerekir.

Yani, hakkında konuşmaya çalışacağım şey, adli hatalar. ABD'de yaşanan bazı örnekleri vereceğim. Tanığın yanlış beyanları nedeniyle. Adli hata tabii ki mahkemelerde haksız bir sonuç ortaya çıktığında olur. Yanlış delil, yanlış laboratuvar sonucu, adli delil veya tanığın kendisi nedeniyle mahkemede masum bir kişinin mahkûmiyetine sebep olunur.

Şimdi haksız yere mahkûmiyetin sebeplerinden bahsetmek istiyorum. İlerleyen slaytlarda vereceğim örneklerle ortaya çıkan sebeplerden biri de görgü tanığı yanlış tanımlamasıdır. Yani görgü tanığı yanlış tanımlaması, bildiğiniz gibi, o kişinin bir algısıdır. Bu, görgü tanığı olan kişinin becerilerine ve hafızasına bağlı olacak ve muhtemelen mahkemede güvenilir bir kanıt olmayacaktır.

Bir diğer şey; polisin soruşturmayı yanlış yönetmesi. Dolayısıyla bu, polisin acımasızlığı nedeniyle birçok faktörden kaynaklanabilir. Kanıt uydurma gibi diğer şeyler de dâhil. Daha önce Türkiye'de olduğu gibi. Bu, New York'ta olduğunu gördüğünüz gibi burada da oluyor. Polisin acımasızlığı. Polisin bazı uydurma ve suistimalleri. Bir de "tünel görüşü" diye bir terim var. Olan şu ki, yargıç dava hakkında ön yargılı bir fikre sahip olabilir ve onlar gerçeğe ve delillerin gerçekliğine güvenmek yerine delillere kendi algıları ile eşleşecek şekilde odaklanmak isterler. Buna tünel vizyonu denir. İlerleyen slaytlarda bazı örnekler vereceğim. Ve adli tıp uzmanı ile polis arasındaki zayıf iletişim. Adli tıp uzmanı ile polis ve savcı arasında iyi bir iletişim olması çok önemlidir. Eğer böyle bir iletişim yoksa sistemdeki bir arıza ile ilgisi vardır ve bunun eğitim ve öğretimle iyileştirilmesi gerekir.
Ceza yargı hâkimlerinin yetersiz eğitimi. Bu da başka bir önemli unsur. John Jay College'ın polis ve ceza yargı uzmanlarının eğitim ve öğretimini artırmak için kurulmasının nedenlerinden biri de budur.

Sonra polislerin bilinçsizliği. Özellikle geçmişte ABD'de yaşananlar; bazı profesyonel polisler kanıtlara inanmadılar. Yani görmezden geldiler ve kendi algılarıyla gittiler. Dediğim gibi, onların tünel vizyonuyla ilgisi var, kendi algıları var. "Sonuç bu olmalı ve bunun üzerinden ilerleyelim." Bu, soruna neden olur.

Bir diğer şey de muhbirlere bağımlılıktır. Muhbirler bazen kanıtlar hakkında yanlış bilgi verirler. Çünkü bunu kendi algıları için kullanıyorlar. Ve yalan itiraf. Şimdi size bazı örnekler vereceğim. Burada bazı güvenilir olmayan bilimsel kanıtlardan istiyorum.

Güvenilir olmayan bilimsel kanıtlar elde etmenin sebepleri nelerdir? Bunlardan biri bilirkişinin statüsü ve uzmanlığıdır. Uzman tarafsız değildir. Ve kanıtlar da yanlıştır. Uzman tarafından abartılı değerlendirme, etik dışı davranış ve insan hatası. O halde tek tek gidip bunlarla ilgili birkaç örnek vereyim. Onlardan biri 1981'de bu oldu, bu bir pediatrik patolog. Ama adli pediatrist değil, sadece pediatri patoloğu. 20'den fazla ebeveyn mahkûm edildi. Çünkü Dr. Smith'in verdiği raporun sonucunda kendi çocuklarını öldürmekten hüküm giydiler. Kanıtlar yanlıştı çünkü ani bebek ölümü sendromu nedeniyle ölmüşlerdi. Olanların hepsi doktorun adli pediatri tecrübesi olmamasından kaynaklanıyor. Yanlış delillerle geldi ve bütün anneler burada mahkûm oldu. Örneğin Dr. Smith'in vakalarından; bir kadının çocuğu bu sendromdan öldü ama Dr. Smith yanlış ve etik olmayan bir rapor verdi ve kadın bu yüzden 14 yıl hüküm giydi. 14 yılını masum olduğu halde cezaevinde geçirdi. Smith, kadın boşanmış ve uyuşturucu sorunları mevcut olduğundan, sahip olduğu tünel görüşü nedeniyle kendi algısına güvendi. Bu nedenle gerçeklere güvenmek yerine kişinin geçmişine güvendi ve kadın mahkûm edildi. Ve bu kadın gibi birçok vaka suçsuz oldukları halde yıllarca

hapiste yattılar. 2005 yılında bunun gibi birçok vaka olduğu tespit edilince departmandan ihraç edildi.

Bir diğer husus da uzmanın tarafsız olmamasıdır. Bu örnek Amerika Birleşik Devletleri'nde değil ama İngiltere'den bir örnek; bazen siyasi sebep veya başka bir sebep ne olursa olsun, bazen de mahkûm edecek birilerinin olmasını isterler. Kanıta dayalı gerçeğe güvenmek yerine. Kanıt doğru olmasa bile bir şeyler yaratırlar ve bunlara güvenirler. Mesela burada IRA bombalaması konusunda. Kişi; yaşadığı karavanda nitrogliserin buldukları için mahkûm edildi. Yaptıkları testler doğru değildi. Kullandıkları yöntemin geçerliliği kabul edilmemişti ve bu yöntemin yanlış bilgi verebileceğini veya bulaşmanın aynı sonuçları verebileceğini söylemediler. Sonuçların nitrogliserinle karıştığı ve tarafsız olmayan analizlerle uzun yıllar mahkûm olduğu ortaya çıktı. Analizi yapan bilim adamı, mahkemeyi yanılttı ve gerçek verileri açıklamadılar ve botunda belirli bir testle aynı sonucu verebilecek bir zar bulduklarını söylediler. Bunu da açıklamadılar, bu yüzden masum olduğu halde yıllarca hapis yattı. Bu, bunu yapan bilim insanının tarafsızlığı ile ilgili. Ayrıca ABD'de olan başka bir şey de, davalardan birinde kişinin adli bir hata nedeniyle haksız yere mahkûm edilmesi ve bu, kanıtların gerçekten doğru olmamasının nedenlerinden biriydi. Burada bir parmak izi vardı. David Ausbury'nin parmak izini buldular ve kurbanın evinde bulunan parmak izi ile eşleştirmeye çalıştılar. Ve haksız yere aynı kişiye ait dediler ama bu yanlıştı. 2000 yılında beraat etti ama bu davayı önemli kılan başka bir şey daha vardı. Sherly McCay bu davada soruşturulan polisti, mağdurun evinde hiç bulunmamasına rağmen bir parmak izi buldular ve bunun onunkiyle eşleştiğini söylediler. Ancak bu vakada bu yanlıştı ve parmak izini mikroskopta inceleyen uzmanlar haklı değildi. ABD'den iki uzman, mahkemeye kanıtların yanlış olduğunu ve suçu işlediği söylenen kadının gerçekten orada olmadığını gösterebildi. Uzman tarafından abartılı değerlendirme. Kullanımı zor olan alanlardan biri de saç analizidir.

Saç analizi zor örneklerden biridir. Çünkü saç örneğini analiz eden uzmana ve kurban veya örnekle eşleşip eşleşmediğine göre değişkenlik gösterebilir. Örneğin, 2015'te FBI geçmiş bilirkişilikleri inceledi. Saçın mikroskobik karşılaştırmasında yapılan karşılaştırmaların %90'ının doğru olmadığını buldular ve raporlar hatalı ifadeler içeriyordu. İşte bu yüzden FBI artık mikroskobik analize ek olarak saçın mitokondriyal DNA analizini de kullanıyor. Çünkü mikroskobik analiz kişinin uzmanlığına bağlıdır yani eşleşir ya da eşleşmez.

Bu, Montana'da yaşanan başka bir örnek. ABD'de 1987 yılında. Bu kişi bir çocuğa tecavüz suçundan ama haksız yere (kaç yıl olduğunu unuttum) mahkûm edilmiş. Ancak daha sonra 2002'de, mahkûm edilme nedeninin onunla eşleşen bir saç örneği buldukları için olduğunu keşfettiler. Ancak gerçekte bu mikroskobik olarak yapılan analiz yanlıştı. DNA analizinin ardından tahliye edildi.

Buna benzer başka bir olay, aynı şey tecavüz ve cinayetti. Guy Pole kurbandı. Kurbanın arabasında bulunan saç örneğini analiz ettiler ve onunla eşleştiler, ondan geliyor dediler ve bu yüzden haksız yere sanırım 10 yıl hapis yattı. Ancak ailesi, onun masum olduğunu kanıtlamak için gerçekten aktif avukatlar tuttu ve sonunda DNA analizi onun masum olduğunu gösterdi, bu yüzden beraat etti. Örneğin, Guy'ın durumunda, ABD'de bazen bazı kişilerin haksız yere mahkûm edilmesinin bir başka nedeni de, yargılarını o kişinin davranışına dayandırmış olmalarıdır. Örneğin, Guy'ın durumunda, polis soruşturma yürütürken şu soruyu sormuşlardır: Adam neden bu kadar sakindi? Neden kayıp kızın aranmasına katılmadı? Cenazesine neden katılmadı? Ne garip bir adam, bu adam garip görünüyor. Bütün bu şeyleri gerçek delillerden ziyade buna dayandırdılar. Orada ne olduğundan ziyade nasıl davranıyor? Suçu işleyenin kendisi olduğuna karar vermelerinin nedeni buydu. Yani yine yanlış kanaate neden olan bir şey vardı. Burada bir başka unsur da etik davranış.

Örnek vereceğim 2 vaka var bunlardan biri FBI çalışanı Jacklyn Black. FBI için adli biyolog olarak çalıştı. Belgelerde sahtecilik yaptı ve ifadeyi tahrif etti. Yanlış laboratuvar sonuçları verdi, prosedüre ve FBI laboratuvar protokollerine uymadı ve birçok kişinin haksız yere mahkûm edilmesine neden oldu ve nihayet 2001/2002'de bunlar ortaya çıktı ve FBI onu suçlu buldu. Gazetenin onun hakkında gösterdiği şey şuydu: 40 yaşındaydı, laboratuvarda bu yanlış ve etik olmayan davranışları işlediğinden ve bu yüzden birçok masum insan hüküm giydiğinden bahsedilliyordu. Ve başka bir örnek, Virginia Eyalet Polisinde asker olan Fred Zein'dir. Onun yüzünden birçok insan, etik dışı ve yanlış sonuçları nedeniyle mahkûm edildi. Laboratuvar raporlarını, kayıtları ve verileri değiştiriyordu. Bu birçok insanın mahkûmiyetine neden oldu. Sanırım hüküm giymeden önce öldü.

İnsan hatası, bu herhangi bir laboratuvarda olabilir. İngiltere ve ABD'de de birçok yerde oldu. Bu örnek bir diş hekimi ve geçerliliği olmayan bir yöntemle başka bir mahkûmiyet hakkında. Bu, bazen insanların doğrulanmamış yöntemler kullanılarak haksız yere mahkûm edilmesinin başka bir nedenidir. Burada bir ısırık izi kullandılar, bu Fenix, Arizona, ABD'de oldu. Kurban bir barda öldürüldü ve orada bir kişi daha vardı, adı Krone. Kurbanın vücudunda ısırık izleri buldular ve gerçekten suç işleyen kişi bulunamadığı için bunu Krone ile eşleştirmeye çalıştılar. Bu yüzden haksız yere mahkûm edildi. Ancak yıllar sonra yapılan DNA analizi sonucunda o kişinin o olmadığı anlaşıldı. Hapishanede uzun yıllar geçirdikten sonra. Başka bir kişi Kenneth Phillips ise bu suçu işleyen kişiydi. Laboratuvarın profesyoneller tarafından çalıştırılması ve kalite kontrolü çok önemlidir.

Bu yüzden bahsetmek istediğim son şey; bütün bu vakalarda birçok insanın yıllarca hapiste yattıktan sonra, DNA profili çıkarıldıktan sonra masum olduğu kanıtlandı. İlk DNA vakası 1998'de Colin Pitchfork davasıydı. Aslında birçok çocuğu öldürdü ve tecavüz etti. Ama onu suçlu bulan ilk DNA vakasıydı. "Demek o buradaydı ve bu çocukları o öldürdü." Olan şuydu; İngiltere'de DNA'yı yeni keşfeden bir üniversitedeki DNA profilleme laboratuvarı, suçlarını işlediği aynı köyde yöntemi test ediyordu. Ve onu suçu işleyen kişi olarak buldular. Dolayısıyla, DNA profili çıkarma devrim niteliğindeydi ve birçok masum insanın masum olduklarını göstermesine yardımcı oldu. Bu bizim kolejimiz; John Jay Ceza Adalet Koleji. Ve New York, Manhattan'ın kalbinde bulunduğumuz yer burası.

Sabırlı olduğunuz için çok teşekkür ederim.

Çok teşekkür ederim, sorularınız olursa da cevaplandırabilirim.

Hasan Kadir YILMAZTEKİN (Moderatör):
Ali KOÇAK Hocamıza çok teşekkür ediyoruz bu aydınlatıcı sunumları için.

Amerika'da da halen insan hatası nedeniyle adli tıp uygulamaları hataları olduğunu gördük. Belki robot bilirkişileri düşünmemiz gerekecek ileride.

Şimdi biraz daha yakın bir coğrafyaya geçeceğiz. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'ne. KKTC'deki adli tıp uygulamaları ile ilgili bize bilgi aktaracak hocamız İdris DENİZ. Kendisine söz vermeden biraz öz geçmişini takdim etmek istiyorum. İdris Hocamız Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesini 1992 yılında bitirdiler. Daha sonra yine aynı üniversitede Adli Tıp Anabilim Dalında ihtisas eğitimlerini tamamladılar ve 2009 yılından beri KKTC'de bu sahada faaliyet gösteren kıymetli bir hocamız. Hâlihazırda kendisi Dr. Burhan NALBANTOĞLU Devlet Hastanesinde adli tıp biriminde görev yapmaktadır. İdris Hocam buyurun sözü size bırakıyorum.

İdris DENİZ (Konuşmacı):
Teşekkür ediyorum. Ben de bu nazik davetleri ve gerçekten şu ana kadar katılmış olduğum en iyi ve doyurucu kongreyi hazırladığı için Sayın Kurum Başkanımıza Hızır Hocamıza teşekkür ediyorum. Seçilen konular gerçekten harika ve en çok tartışılması gereken konular.

Ben de KKTC'deki bilirkişilik uygulamaları ve kısaca hukuk sisteminden bahsedeceğim. Ali KOÇAK Hocam girişte bahsetti hukuk sisteminden. Aynı hukuk sistemi içindeyiz. 1878-1960 yıllarından itibaren İngiliz döneminde, İngiliz hukuk sistemi Kıbrıs adasında uygulanmış. Daha sonra 1960'ta kurulan Kıbrıs Cumhuriyeti döneminde de devam etmiş. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti kurulduktan sonra da aynı şekilde bazı basit değişiklikler yaparak aynı hukuk sistemine devam ediyoruz.

İngiltere'de doğmuş bir hukuk sistemi. Halen İngiltere, Amerika, Kanada, Avustralya, Güney Afrika, Hindistan ve diğer sömürgelerde uygulanmaya devam ediliyor. Kamala sistemi dediğimiz bir sistem. Biz kendi aramızda Anglosakson sistemi olarak da tarif ediyoruz. Burada esas şu; yargıçlar karar verirken daha önceki benzer olayları değerlendirerek karara varıyorlar. Bizim Kıbrıs'ta verilen kararlara baktığımız zaman karar metni içinde İngiltere'de verilmiş mahkeme kararlarını bolca görüyoruz. Bunları esas alarak yapıyorlar. Aynı sistem devam ettiği için de bu sisteme "örnek hukuk sistemi" de deniyor.

Esasımız şu; çapraz sorgulama. Esasta tekrar sorgulama ile birlikte uygulanan ve duruşmanın olduğu bir hukuk sistemi. Yani tamamen çapraz sorgu ve düzenlemelerini içeren bir husus. Bizde, Ali KOÇAK Hocam da bahsetti, "evidence" olarak tabir edilen sistem. "Şahadet" olarak tercüme edilmiş ve bizde bir şahadet sistemi olarak uygulanıyor ve bu şekilde devam ediyoruz. Burada dediğim gibi asıl olan çapraz sorgu. Burada Türkiye'de de çapraz sorgu uygulamaları başlamış. Ancak bizde tamamen tanık kişilere, sanıklara yargıcının hiçbir müdahalesi olmadan direkt iddia ve savunma makamlarının sorularını yöneltirler. Arada hiçbir şekilde aracı olmaz. Yani burada amacımız da maddi gerçeğe ulaşmak ve karşı tarafın tezlerini, elde etmiş olduğu verilere dair iddialarını çürütme esasına dayanıyor. Esas olan sorgulama ortaya çıkan şahadeti yok etmek. Şu anda Kıbrıs'taki uygulamalarda herhangi bir adli olay durumunda biz doğal olarak olaya iştirak ediyoruz. Biraz sonra hangi kurumlar var bahsedeceğim. Dolayısıyla bizim hazırlamış olduğumuz raporlarla birlikte polis müfettişleri gerekli tahkikat dosyasını hazırlayıp savcıya sunuyor ve savcı ancak dava konusu ederek mahkeme sürecini başlatabiliyor. Bu nedenle çapraz sorgulamada karşı tarafların amacı da bizim gerçek esas sorgulamada ortaya çıkan şahadeti yok etme prensibine dayanıyor. Yok, edemiyorsan zayıflat şeklinde bir sistem. Önemli olan kendi lehine olabilecek ya da karşı tarafın tezini çürütebilecek hale getirebilecek bir süreci işletebilmeye dayanıyor. Biraz sonra tanık bilirkişilikten de bahsedeceğim, çoğu zaman getirilen tanıkların güvenilirliği de tamamen özgeçmişine kadar inilerek sorgulanan bir hukuk sistemi. Yani sadece hazırladığımız raporlarla ilgili değil; geçmiş eğitimleriniz, çalıştığınız yerler, daha önce mahkemelere sunduğunuz raporlar bile karşınıza çıkartılıp bu konuda sorgulanıyor.

Burada Ceza Muhakemeleri Usul Kanunu veya Ceza Kanunu şeklinde gruplandırılmış. Bizde ise fasıllar var. Fasıl 153 örnek; Ölüm Sorgu Yargıçları Yasası. Fasıl 154 Ceza Yasası. Fasıl 155 Ceza Muhakemeleri Usul Yasası. Bizde de Fasıl 9 Şahadet Yasası olarak tarif edilmiş ve bu sistem üzerine kurulmuş bir sistem. Yasada çok net olarak, çok eski bir yasa ve güncellenmediği için, Türkiye'de nasıl resmi bilirkişilik Adli Tıp Kurumudur, bizde de 3 tane uzmanın adı bu yasada bilirkişi olarak geçiyor. Patoloji uzmanı, devlet kimyageri, jeoloji ve maden dairesi müdürü. Bunlar resmi bilirkişi olarak geçiyor. Bunun dışında, yüksek mahkeme başkanının tavsiyesiyle Bakanlar Kurulu kararıyla bilirkişi tayini yapılabiliyor ama bu B maddesinin şu anda hiçbir uygulanırlığını görmedim. Dolayısıyla biraz sonra bahsedeceğim şekilde tanıklıklar devam ediyor. Bizim mahkemelerimizde herkes tanıklık yapabilir. Yani bir konuda görüş bildirilmek istenildiği zaman sizi tanık olarak dinletebilirler. Tek kural; küçük yaş ve akıl yetersizliği olmaması. Burada eğer mahkeme tanıklık yapabileceğinize kanaat getirmişse, herkes hukuk veya ceza işlemlerinde şahadet vermeye ehil halde oluyor.

Bizde, biraz önce bahsettim, soruşturma gerektiren bir olay olduğu zaman polis çavuşu veya müfettişler devreye giriyor. Bizde olay yerinden itibaren mahkeme sürecine gelinceye kadar hiçbir şekilde savcılarla bir muhataplığımız olmaz. Tamamen polisle birlikte çalışırız ve polis gerekli tahkikat dosyasını hazırlar. Gerekli ifadeleri alır ve bir dosya oluşturur. Bunu yaparken de Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık çalışanlarının, tüm personelin ifadesine başvurabilir. Biz Adli Tıp Biriminde çalışan 3 kişiyiz. 1 adli tıp uzmanı, 1 antropolog ve 1 otopsi yardımcım var. Biz zaten ölümlü durumlarla gerektiğinde olay yerinden itibaren devreye girip bu soruşturmalara dâhil oluyoruz. Devlet laboratuvarımız var ancak 5-6 yıl önce yandı ve bugün dahi sadece alkol ve birkaç uyuşturucu çeşidi dışında rapor veremiyor. Miktar da belirtemediği için mahkemeler aşamasında ciddi sorunlar çıkıyor. İnşallah Adli Tıp Kurumu başkanımız bize Türkiye'de bir Adli Tıp Grup Başkanlığı üzerinden bir sistem kurmak için yardımcı olacak ümit ediyoruz ki. Dolayısıyla devlet laboratuvarında toksikoloji sadece çalışıyor. Polis Genel Müdürlüğü bünyesinde olay yeri inceleme uzmanları, balistik, iz inceleme, grafoloji, görüntü-ses inceleme var ancak tüm dallarda uzmanlık yapabilecek ya da adli bilimlerde rapor hazırlayabilecek uzmanlarımız yok. Bu nedenle patoloji dâhil emarelerimizi Türkiye'ye göndermek durumunda kalıyoruz.

Yani şu anda, biraz önce bahsettim, iş yükümüz son derece fazla. O yüzden açık bir şekilde personel desteğine ihtiyacımız var. Tek adli tıp uzmanıyım belirttiğim gibi. Yani gittiğimden beri Sağlık Bakanlığı'nın tek adi tıp uzmanı olarak çalışıyorum. Ara ara Yakın Doğu Üniversitesi'nden bir hocamız geldi benim izinde olduğum dönemlerde veya sözleşmeli olarak çalıştığım ara dönemlerde destek verdi. Onun dışında tıp fakültesine derslere gelen hocalarımız var bunlar yine eğitimlere destek veriyorlar ama otopsileri ben tek başıma yapmak durumunda kalıyorum. Biraz önce belirttiğim çapraz sorgu sisteminden dolayı, yaptığımız her işlemin karşılığında mahkemeye çıkıp hazırladığımız raporu emare olarak sunmamız gerekiyor. Dolayısıyla mahkeme aşaması uzun bir süreç oluyor. Bazen bir tam günümüzü alan mahkemeler oluyor.

Cinsel istismar muayeneleri, şüpheye düşüren sevk edilen yaralanmalar yine tarafımızdan değerlendiriliyor. Dediğim gibi aslında bir Adli Tıp şubesi olarak yani o ayarda hizmet veriyoruz. En son nüfusumuz 400.000 ancak takdir edersiniz ki hem öğrenci hem asker hem turizm açısından oldukça hareketli. Ortalama en düşük zamanda 800.000 civarında bir nüfustan bahsediyoruz. Dolayısıyla bu şekilde bir sistem yürütmeye çalışıyoruz. Mahkemelerimizde halen daha çok mahkemelerimiz yok. Halen daha aktif olarak çocuk polisimiz yok. Dolayısıyla yargılamalar tamamen her ilçede bulunan kaza mahkemeleri ve 3 ilçede bulunan ağır ceza mahkemeleri tarafından yürütülüyor.

Biraz önce bahsettiğim gibi, bizdeki resmi bilirkişilerin dışında özellikle Türkiye'den ve zaman zaman da Güney Kıbrıs'tan tanık bilirkişi olarak davet edilen hocalarımız ya da uzmanlarımız oluyor. Bunlar tanık bilirkişi olarak mahkemelerde şahadet veriyor. Bunlar tamamen savcılık son iddianamesini hazırlamadan önce de tanık bilirkişilerden görüş alabildiği gibi, mahkeme safhasında savunma avukatları da Türkiye'den ya da başka yerden tanık bilirkişiyi getirip dinletebiliyor. Dolayısıyla bilimsel mütalaa raporu adı altında sunulan raporlarla biz de sizin burada olduğu gibi karşı karşıya kalıyoruz. Açıkçası biraz sonra örnek raporlar da sunacağım, mahkeme kayıtları olduğu için bir sıkıntı yok. Bilimsel raporlar bana göre, sabahki konuşmalarda İbrahim Hocam bahsetti, yani bilirkişi raporları bile tartışılabilir durumdayken ben bilimsel mütalaa raporlarının tamamen taraf raporu olduğu kanaatindeyim ve mahkemelerde karar vermenin dışında karar vermeyi zorlaştıran durumlara da neden oluyorlar, örnekleriyle zaten açıklayacağım.

Tanık bilirkişi sistemi, en çok okumayı sevdiğim çalışmalardan bir tanesi; Dünya Bankasının 30 Haziran 2010 yılında yaptırdığı "Yargılamada Mukayeseli Bilirkişilik Müessesesi" diye mukayeseli bir çalışma var. Türkçe olarak da mevcut. Burada hukuk akademisyenleri ile yapılan çalışmada Kara Avrupası hukuk sisteminde ve Amerikan hukuk sistemindeki bilirkişilikler değerlendirilmiş. İlginç sonuçlara varılmış. Bunlar benim düşüncelerim değil, aynen bu yayından aktarıyorum. Tanık bilirkişi sisteminin temel dezavantajının; bilirkişilerin kendilerini görevlendiren tarafın görüşüne uygun olarak kendi görüşlerini değiştirme riskini ortaya çıkaran, taraflardan birine bağlı olma tehlikesi olduğu söyleniyor. Yani bu görüşe göre tanık bilirkişiler genellikle hukuk akademisyenleri tarafından "para aldığı şarkıyı çalan müzik kutuları" benzetmesiyle müzik kutusu bilirkişi olarak değerlendiriliyor. Buna benzer başka bir terim olarak da " kiralık silah" olarak tanımlanıyor. Bu benim tanımım değil. Açıp bakabilirsiniz 30 Haziran 20010 tarihli Google'a yazarsanız "Yargılamada Bilirkişilik Müessesesi" olarak çok geniş bir şekilde bu çalışma yapılmış. Avantajı; bilirkişinin atanmasında hiçbir şekilde müdahil olmadığından mahkemenin tamamen tarafsız kalmasıdır.

Ali KOÇAK Hocam mahkeme görüntüleri yansıttı. Orada da görüldüğü üzere jüri var sadece Amerikan sisteminde. Bizde sadece jüri eksik. Onun dışında hukuk sistemimiz neredeyse birebir aynı. Tanık bilirkişilik esasına dayanan bir durum. Hâkim hiçbir şekilde olaya müdahil olmaz. Sadece çapraz sorgulama sırasında hakaret ya da karşı tarafı küçük düşürücü işlemler olursa o zaman müdahale etmek durumunda kalır, onun dışında müdahalede bulunmaz. Mahkeme her bilirkişinin sorularını ve cevaplarını tarafların çapraz sorgusu süresince dinler ve bilirkişi görüşlerinin güvenilirliği hususunda bir karara varır. Yani bu şekilde karar verirken taraflardan ve bilirkişilerden etkilenmemeyi esas alıyor.

Burada 2 sorun var; bilirkişiler taraflardan bir tarafı daha az tanıdığından önyargılı olabilirler veya önceki oturumlarda hocalarımızdan birisi de bahsetti; bilirkişi savaşı meseleye açıklık getireceği yerde daha çok karmaşa yaratabilir. Yani bu bire bir en çok yaşadığımız sorunlardan bir tanesi. Ben en son mahkemelerden birkaç örnek sunacağım.

Bu bilimsel mütalaa raporu. Eleştirmiyoruz. Mahkemelerimize katkı koyduğunu düşünüyoruz. Burada sadece dikkatimizi çeken, ben buraya katılan radyologlara da sordum, 'SU' terimi sorun. Yani akciğerlerde tomografide suyu görmek zor iş. Su olarak deniyor ama sıvı olarak değerlendiriliyor bütün radyoloji raporlarında. Burada hazırlanan raporda akciğerlerdeki 'su' olarak tarif edilmiş ve mahkemeye bu şekilde sunuldu. Hazırladığım raporlarda kurul oluşturabilme gücüne sahip değilim. O yüzden gerekli dosyaları İbrahim Hocama Birinci Kurula ölüm nedeni tespiti için veya Yedinci veya Sekizinci Kurula malpraktis için gönderiyorum ve oradan gelen kararları da mahkemeye sunuyoruz. Tabi ki gelen hocalarımız biraz önce de bahsettiğim sistemden dolayı ister istemez bu verilen raporu ne yapacaklar? Ya etkisiz hale getirecekler ya da gücünü zayıflatacaklar. Burada da bir rapor, doğru/yanlış onu Adli Tıp Kurumu çalışanları olarak siz vereceksiniz. Burada da ne yapılmış? Raportörün raporu hazırladığı, sonuna kadar getirdiği, kurul üyelerinin görüşüne sunduğu, genellikle onaylandığı. Burada en altta savunmanın sorusu; "Yargı üyelerinden biri, birkaçı belki de hiçbiri bunun muhteviyatı okumamıştır, böyle olabilir mi?" sorusuna "Evet olabilir, çünkü ilgili uzman kendisi bu uzmanlık alanında çalışmıyordur, yani şeklen böyle tabi imzaladıklarına göre okumuştur diye kabul ediyoruz." Yani aksine bir resmi şey yok. Bizim mahkemelerimizde bu tür durumla karşılaşıldığı zaman yani Adli Tıp Kurumunun dosyaları neredeyse geçersiz hale gelecek.

Yani devamında, yine bunlar mahkeme kayıtları olduğu için rahatlıkla size sunabiliyorum onu söyleyeyim ben, bunlar kesinleşmiş mahkeme kararlarıdır. Yargıtay diyor ki "Adli Tıp Kurumunun şu raporu gerekçe ya da bilimsellikten yoksun olduğundan dolayı başka bir kuruma götürülerek başka bir rapor alınması gerekir" diye Türkiye Cumhuriyeti Yargıtayının birçok kararı var diyor. Araştırdım böyle bir karar göremedim, sizlere sordum birkaç kişiye de sordum, böyle bir karar olmadığını

söyledi. Ama bahsettiğim gibi burada tanık bilirkişiler için tek amaç var; esas iddiayı geçersiz kılmak veya zayıflatmak. Bunun için de bu raporlarla ilgili yorumlarda bulunuyorlar. Burada ilginç bir bilirkişi çapraz sorgusundan aldığım, bizzat mahkemenin kararlarını göreceksiniz.

Vaka; 20 hafta üzerinde fetüslerin sezeryanla alınıp, ölü doğum gibi gösterilip tamamen mezarlıklar dışından ormanlık alanlara gömdürülmesi sonucu ortaya çıkan ve bizim de yerinde gidip birçok fetüs kalıntısı ve cesedi çıkardığımız bir vaka ile ilgili. Bunlardan bir tanesi de 34 haftalık bir kız bebekti. Adli Tıp Kurumuna gönderdik bebeği ve Adli Tıp Kurumunun yaptığı inceleme sonucunda karaciğer dokusunda propofol tespit etti. Ve bu mahkeme aşamasında yine bir hocamızın tanıklığı burada önemli. Hocamız, iddiaları okuyorsunuzdur mutlaka. Hani şunu söyleyeyim dikkatinizi çekecektir, bizim mahkemelerimizde söylenen her şey stenograflar tarafından hiç düzeltilmeden ağzımızdan çıktığı gibi kayıtlara girer. Yani ağzınızdan eksik, fazla, kekeleme, eee dediniz, aynen kayıtlara girerler onlar birebir yazılır. Burada ısrarla soru devamında da göreceksiniz, iddia bizim raporları hazırlayanlar olarak (belki buradadır Adli Tıp Kurumundan hocalarımız da geldiler) iddiamız; karaciğer dokusunda tespit edilen propofolün ancak bebek canlıyken karaciğer dokusunda depolanacak şekilde oraya ulaşabileceği. Ama hocamız bizim tezimizi çürütmek için dedi ki; "Hayır, anne karnında ölüm bile olsa sezaryen sırasında anneye verilen propofol, bebek çıkarılıncaya kadar geçen sürede kan dolaşımı olmamasına rağmen aktif transportla karaciğer dokusuna ulaşabilir." Yani karar bu, takdirlerinize bırakıyorum, böyle bir sonuç. Israrla savcı bu yönde bir literatür olup olmadığını sormasına rağmen; "Hayır bu yönde bir literatür yok, bunu ben söylüyorum" dedi. Ortada görüyorsunuz kıdemli profesörler var, doçentler var, yardımcı doçentler var, vs... Ben kıdemli profesörüm, ben bunu söyleyebilirim sonucuna getirildi bu dava. Yani bir mahkemede böyle olabilir ama bir başka mahkemede hocamız çok ciddi katkı koyuyor. Ama Türkiye'deki bilimsel mütalaa raporlarının sonuçlarını duyduktan sonra ki çok yakın arkadaşların birbirine düşman olmaya başladığını duydum, kendi arkadaşlarımdan biliyorum. Yani tamamen iç taraf bilirkişiliğine dönmüş durumda. Bilirkişilikte de verilecek raporların ben çok daha farklı olmasını söylüyorum. Özetle ben şunu söylüyorum; bizler avukat değiliz. Bizler sadece bilimsel gerçekleri ortaya koyup onları mahkemelere sunup doğruları tespit etmek için uğraşmalıyız. Suçludur, suçsuzdur, yapmamıştır; bizim görevimiz değil.

Bizim adli bilimler uzmanları olarak amacımız sadece mahkemeye kullanabileceği doğru verileri sunmak olmalıdır. Yani özellikle kurumları, kişileri, çalışmaları eleştirmek kolay ama bunları iyi yönde kullanmalıyız diyorum. Sayın Başkanım da şimdiden Kıbrıs'ta oluşturmak için Adli Tıp da desteklerini bekliyorum. Şimdiden teşekkür ediyorum. Burada görüyorsunuz yani bir otopsi odamız var, iskelet çok fazla miktarda inceliyoruz. 1974 öncesi kayıplar gömüldüğü yerlerden çıkarılıp kimliklendiriliyor, ileride yakınlarının Avrupa İnsan Hakları Mahkemesinde açacakları dava sürecinde kullanmaları için iskeletlerin muhtemel ölüm nedenleri üzerine inceleme yapıyoruz. Küçük bir yerde çalışıyoruz. 3 kişi çalışıyoruz gördüğünüz gibi ama elimizden geldiğince işleri yürütüyoruz. Ama tekrar söylüyorum ama halen Adli Tıp Kurumunun ve polis kriminalin destekleriyle bunu yapabiliyoruz.
Çok teşekkür ederim sabrınız için.

Hasan Kadir YILMAZTEKİN (Moderatör):
İdris Hocamıza da çok teşekkür ederiz Kıbrıs'taki uygulamaları aktardı.

Bu tarz toplantılar sadece bilgi paylaşımı değil ekipman paylaşımını da bir arada sağlamamıza imkân veriyor. O yüzden güzel oldu bu anlamda, diyalog kurulmasını sağladı.

Şimdi Kıta Avrupasına uzanacağız. Hırvatistan'da bilirkişilik uygulamaları konusunu ele alacağız ve bu konuda bize Andrea LEDİC hanımefendi yardımcı olacaklar.

Andrea LEDİC, İçişleri Bakanlığı'na bağlı Ivan Vucetic Adli Tıp Merkezi'nin Başkanı. Kendisi 25 senedir adli tıp konularıyla ilgilenen bir uzman. Özel uzmanlık alanı; belge ve el yazısı inceleme noktasında toplanıyor. Kendisinin kimya alanında yüksek lisansı olduğunu görüyoruz. Hâlihazırda da dil ve bilişsel nanobilim üzerine de doktora çalışmalarını sürdürmekte. Adli Tıp konularında da dersler verdiğini görüyoruz. Kendisini kürsüye davet etmek istiyorum.

Andrea LEDIC (Konuşmacı):
Good afternoon.

Firstly, I would like to thank very much to Mr. President for inviting me to present about expertise system in Croatia. It gives me a great pleasure to be a part of this conference with you and other numbers of experts. Today, after all of these presentation, especially after the second panel before us, we are all aware of the fact that the fighting crime and processing evidence is no longer possible without modern and well equipped forensic center and it's highly qualified experts and staffs in general. That's why I can say that in order to achieve and maintain those high standards the accreditation and international cooperation and exchange of scientific and forensic data is a necessity in which the European Network of Forensic Science Institute place a crucial role. As a EU country I would like to say that Croatia has a long tradition in the application of forensic sciences and that's why I will briefly introduce our expertise system and our forensic science center from Zagreb as well. What is the definition of permanent court expert witness? A permanent court expert is a person who, based on past experience and conscientiousness, has been selected by the court as a specialist in a particular field. Expert witness is an extended arm of the court, where the court asks the expert for his expert opinion so that it can be taken as evidence in a dispute.

The expert report, which the expert then conducts, is an expert finding and opinion on an event or occurrence, and is related to some specialty (construction, medicine, traffic, etc.). Such expert elaborates can serve as evidence in court, but they can also serve for all other professional needs. Expertise system in Croatia: The Ministry of Science, the Ministry of Justice and the Ministry of Interior. In the Ministry of Science we have Faculty of Medicine and they provide the expertise in pathology and psychiatry. Ministry of Justice, here we have county or commercial court. They provide us with the permanent court expert. The part of the Ministry of Interior is our Forensic Science Center Ivan Vucetic. We are an ındependent union under the Ministry of the Interior and we are directly responsible to the minister. But how can one become a permanent court expert in Croatia? We have some conditions for single persons as well as legal entity.

If you are a single person and you want to be expert witness in Croatia you have to be a citizen of the Republic of Croatia or EU member states or a signatory state of the Agreement on the European Economic Area; medically fit to perform the duties of a permanent court expert; after completion of the appropriate study/appropriate school, needed professional experience; successfully completed the verification of knowledge in the field of judiciary organization and the state administration and the legal terminology, also successfully completed professional training (minimum 1 year), have a liability insurance, valid authorization to carry out an independent activity (license) or to pass a professional or specialist examination.

If you want to have you're own private laboratory for legal entity, you have to be registered for those particular area of expertise and your employees have to be appointed as a permanent court expert. Also you have to conclude a contract on liability insurance for the performance of the tasks of judicial expertise.

The procedure for appointing permanent court experts is initiated by a request submitted to the president of the County or Commercial court according to the applicant's place of residence.

Citizens of European Union member states and citizens of signatory states to the Agreement on the European Economic Area who do not have a registered residence in the Republic of Croatia apply for appointment to the County Court in Zagreb or the Commercial Court in Zagreb.

The president of the County or Commercial court issues a decision.

The permanent court expert is appointed for a period of four years.

The request for authorization to perform court expert work for legal entities, institutes and state bodies is submitted by the legal representative or the head of the body to the County or Commercial court according to the seat of the legal entity.

The president of the county or commercial court issues a decision.

A legal entity, institute, institution or state body is authorized to perform forensic expert work for a period of four years.

The president of the County or Commercial court will relieve the appointed court expert from his duties in the following cases: if he asks for it himself, if he changes his residence, if it is determined that the conditions on the basis of which he was appointed did not exist or have ceased to exist, if he is declared incapable of performing activities in the area for which he was appointed (after final decision of the competent authority), if he has been deprived of business capacity (after final court decision) and if he has been sentenced for a criminal offense that is an obstacle to admission to civil service (Law on Civil Servants, article 49.: ".. it is stipulated that persons cannot be admitted to the civil service: against whom criminal proceedings are being conducted ex officio or who have been found guilty of a criminal offense for which criminal proceedings are being conducted ex officio" and Law on Police, article 47.; " A person who has been legally convicted for a criminal offense committed out of self-interest or dishonourable motives, or a person who has been punished for a misdemeanour against public order and peace characterized by violence or for another misdemeanour that makes him unworthy to perform police service, is not fit to perform police service, or a person whose previous behaviour, habits or tendencies indicate unreliability for the performance of the job").

Also the dismissal of the duty of a permanent court expert in the following cases: if he unconscionably or irregularly performs the expert work entrusted to him, if he does not submit proof of the concluded liability insurance contract for the performance of the duties of a permanent court expert, if he violets the obligation of keeping as a secret everything that he learns while performing the duties of the permanent court expert and if he performs the duties of a permanent court expert after the execution of the decision (denial of prohibition of performing the duties of a permanent court expert due to several reasons).

Now I would like to mention a few words about our forensic science center Ivan Vucetic. The Forensic Science Centre proudly bears the name of Ivan Vučetić, an Argentinian anthropologist and criminalist of Croatian origin who realized the value of fingerprints in the identification of persons and who was the first person in the world to establish a ten-finger dactyloscopic collection in 1902. Since its founding in 1953 until today, our Centre has successfully contributed to the solving of crimes as the only institution in Croatia specialized in forensic investigations, and it has grown into a modern forensics institutions during the year, standing side by side with the renowned European and world forensics institutes. The Centre is a full, longtime member of the European Network of Forensic Science Institutes and has acquired the status of an accredited laboratory pursuant to the international norm HRN EN/ISO IEC 17025:2007 in 2010, which confirmed its high level of professionalism and quality.

In this moment we have more than 130 employees and our Center is organized in 6 different departments (Fingerprint department, Biology and Fiber Department, Chemical, Physical and Toxicological Department, Traseolčogy Departmend, Digital forensic department and Case evidence Department). The Centre is responsible for the national DNA and fingerprint database and is the EU's contact point for FADO (False and Authentic Documents Online) .

Besides routine expertise in various fields of forensics, our experts actively participate in crime scene investigations and elaborate their findings as expert witnesses in the court of law.

FSC also encourages scientific work, research and development activities through cooperation with various institutions from the scientific community.

Combination of experts and scientist is the best for solving every problem especially the crime.

We are actively involved in the most of ENFSI working groups, hosting ENFSI conferences and building ENFSI databases.

FSC continuously and actively contributes to solving drug-related criminal acts by systematical development and implementation of new analytical methods.

Recently, a method for chemical profiling of MDMA was also implemented in routine work.

Methods for chemical profiling of amphetamine and MDMA are harmonized on the European level, in the frame of European Drug Profiling System - EDPS. FSC is the member of EDPS which gives us the the opportunity to import drug profiles into the international database and link seizures with other EDPS member laboratories.

FSC strives to participate in EU projects, aiming not only at building forensic capacities but also at sharing knowledge and experience with experts from other countries such as your country, especially knowing the fact that both Turkey and Croatia are transit countries in the smuggling routes of drugs to western Europe.

What are the future of the forensic science? The future of the forensic will be what we choose to make it and that's why we try to go in the new adventure in the field of forensic intelligence, forensic linguistic and voice acoustic analysis. Also crossing line intersection and ink-dating. At the end, I would like to tell you that I really hope that this conference will results as a useful forum for sharing professional and scientific data contributing to the further improvement of forensic science in general, and to the examination of the legal medicine in particular.

Thank you.

TR: *Tünaydın.*

Öncelikle, beni Hırvatistan'daki uzmanlık sistemi hakkında sunum yapmaya davet eden Sayın başkana çok teşekkür etmek istiyorum. Siz ve diğer çok sayıda uzmanla birlikte bu konferansın bir parçası olmak bana büyük bir zevk veriyor. Bugün tüm bu sunumlardan sonra, özellikle de bizden önceki ikinci panelden sonra artık hepimiz biliyoruz ki suçla mücadele ve delil işleme; modern ve donanımlı adli tıp merkezleri ve yüksek nitelikli uzman ve kadrosu olmadan artık mümkün değildir genel olarak. Bu nedenle, bu yüksek standartları elde etmek ve sürdürmek için akreditasyonun, uluslararası işbirliği ile bilimsel ve adli veri alışverişinin, Avrupa Adli Bilimler Enstitüsü Ağı'nın önemli bir rol oynadığı bir gereklilik olduğunu söyleyebilirim. Bir AB ülkesi olarak, Hırvatistan'ın adli bilimlerin uygulanmasında uzun bir geçmişe sahip olduğunu söylemek isterim. Ve bu nedenle, uzmanlık sistemimizi ve Zagreb'deki Adli Tıp merkezimizi de kısaca tanıtacağım. Daimi mahkeme bilirkişi tanığının tanımı nedir? Daimi mahkeme bilirkişisi, geçmiş tecrübesi ve vicdanına dayanarak mahkeme tarafından belirli bir alanda uzman olarak seçilen kişidir. Bilirkişi; mahkemenin bir anlaşmazlıkta delil olarak alınabilmesi için bilirkişiden görüşünü istediği, mahkemenin genişletilmiş bir koludur.

Bilirkişi raporu: Bilirkişinin daha sonra düzenlediği, bir olay veya oluşum hakkında bilirkişi bulgusu ve görüşü olup, bazı uzmanlık dallarıyla (inşaat, tıp, trafik vb.) ilgilidir. Bu tür bilirkişi raporları mahkemede delil işlevi görebilir, ancak diğer tüm mesleki ihtiyaçlara da hizmet edebilir. Hırvatistan'da uzmanlık sistemi: Bilim Bakanlığı, Adalet Bakanlığı ve İçişleri Bakanlığı. Bilim Bakanlığı bünyesinde Tıp Fakültemiz var ve onlar patoloji ve psikiyatri uzmanlığını sağlıyor. Adalet Bakanlığı, burada ilçe veya ticaret mahkememiz var. Bize daimi mahkeme bilirkişisini sağlıyorlar. İçişleri Bakanlığına bağlı olan kısım ise; Adli Tıp Merkezimiz Ivan Vucetic.

İçişleri Bakanlığı'na bağlı bağımsız bir sendikayız ve doğrudan bakana karşı sorumluyuz. Ancak Hırvatistan'da nasıl kalıcı bir mahkeme uzmanı olunur? Tüzel kişiler için olduğu gibi tek kişiler için de bazı şartlarımız bulunmaktadır. Tek bir kişiyseniz ve Hırvatistan'da bilirkişi olmak istiyorsanız; Hırvatistan Cumhuriyeti veya AB üye devletleri vatandaşı veya Avrupa Ekonomik Alanı Anlaşması'nı imzalayan taraflardan olmanız gerekir. Daimi bir mahkeme bilirkişisinin görevlerini yerine getirmek için; tıbbi olarak uygun, uygun çalışma/uygun okul tamamlandıktan sonra, gerekli mesleki deneyimin kazanılması, yargı teşkilatı ve devlet idaresi alanındaki bilgilerin ve yasal terminolojinin doğrulanmasını başarıyla tamamlamak, ayrıca mesleki eğitimin (en az 1 yıl) başarıyla tamamlanması, sorumluluk sigortasına sahip, bağımsız bir faaliyet yürütmek için geçerli yetkiye (lisans) sahip olmak veya profesyonel veya uzmanlık sınavını geçmek.

Tüzel kişilik için kendi özel laboratuvarınızın olmasını istiyorsanız, o uzmanlık alanına kaydolmanız ve çalışanlarınızın daimi mahkeme bilirkişisi olarak atanması gerekir. Ayrıca, adli uzmanlık görevlerinin yerine getirilmesi için bir sorumluluk sigortası sözleşmesi yapmanız gerekir.

Daimi bilirkişi atama prosedürü; başvuranın ikamet yerine göre Bölge veya Ticaret mahkemesi başkanına sunulan bir taleple başlatılır.

Hırvatistan Cumhuriyeti'nde kayıtlı bir ikametgâhı olmayan Avrupa Birliği üye devletlerinin vatandaşları ve Avrupa Ekonomik Alanı Anlaşmasına imza atan devletlerin vatandaşları, atama için Zagreb'deki Bölge Mahkemesine veya Zagreb'deki Ticaret Mahkemesine başvurur.

İlçe veya Ticaret Mahkemesi başkanı bir karar verir.

Daimi bilirkişi dört yıllık bir süre için atanır.

Tüzel kişiler, enstitüler ve devlet organları için mahkeme bilirkişiliği çalışması yapma yetkisi talebi, yasal temsilci veya organ başkanı tarafından tüzel kişiliğin bulunduğu yere göre İlçe veya Ticaret mahkemesine sunulur.

İlçe veya ticaret mahkemesi başkanı bir karar verir.

Bir tüzel kişi, kurum, kuruluş veya devlet kurumu dört yıl süre ile adli bilirkişilik yapmaya yetkilidir.

Bölge veya Ticaret mahkemesi başkanı, atanan mahkeme bilirkişisini aşağıdaki hallerde görevden alır: kendisi isterse, ikametgâhını değiştirirse, atanmasına esas olan şartların uygun olmadığını tespit ederse. bulunmaması veya ortadan kalkmış olması, atandığı alanda faaliyet gösteremeyecek duruma gelmesi (yetkili makamın kesin kararından sonra), iş ehliyetinden yoksun bırakılması (kesin mahkeme kararından sonra) ve Devlet memurluğuna alınmaya engel teşkil eden bir suçtan hüküm giymişse (Devlet Memurları Kanunu madde 49.: "… kişilerin şu hallerde devlet memurluğuna alınamayacağı hükme bağlanmıştır: Hakkında re'sen ceza kovuşturması yürütülen veya re'sen ceza

kovuşturması yapılan bir suçtan suçlu bulunanlar". Ve Polis Kanunu, madde 47.: "Kişisel çıkar veya onursuz saiklerle işlenen bir suçtan dolayı yasal olarak mahkûm edilmiş kişi. Ya da kamu düzenine ve huzuruna karşı şiddet içeren bir kabahatten veya polislik görevini yapmaya layık olmadığını gösteren başka bir kabahatten dolayı cezalandırılan kişi. Polislik yapmaya uygun olmayan veya daha önceki davranış, alışkanlık veya eğilimleri nedeniyle işin ifasında güvenilmez olduğunu gösteren kişi." olarak tanımlanmıştır.

Ayrıca, aşağıdaki durumlarda daimi mahkeme bilirkişisinin görevinden alınır: kendisine emanet edilen bilirkişilik işini vicdansızca veya usulsüz bir şekilde yerine getirirse, daimi bir mahkeme bilirkişisinin görevlerinin yerine getirilmesi için imzalanan sorumluluk sigortası sözleşmesinin kanıtını sunmazsa, bilirkişilik görevlerini ifa ederken öğrendiği her şeyi sır olarak saklama yükümlülüğünü ihlal ederse ve kararın infazından sonra sürekli bilirkişilik görevlerini ifa ederse (daimi mahkeme bilirkişisinin çeşitli nedenlerle bir görevlinin görevlerini yerine getirme yasağına uymaması).

Şimdi adli tıp merkezimiz Ivan Vucetic hakkında birkaç söz söylemek istiyorum. Adli Tıp Merkezi, kişilerin kimliğini belirlemede parmak izlerinin değerini fark eden ve 1902'de dünyada on parmaklı daktiloskopik bir koleksiyon oluşturan ilk kişi olan Arjantinli antropolog ve Hırvat asıllı kriminalist Ivan Vučetić'in adını gururla taşıyor. Merkezimiz kurulduğu 1953 yılından bu yana Hırvatistan'da adli soruşturma konusunda uzmanlaşmış tek kurum olarak suçların çözümüne başarıyla katkı sağlamıştır. Ve yıl içerisinde Avrupa ve dünyaca ünlü adli tıp enstitüleri ile yan yana duran modern bir adli tıp kurumu haline gelmiştir. Merkezimiz, Avrupa Adli Bilim Enstitüleri Ağı'nın tam ve uzun süreli üyesidir ve 2010 yılında uluslararası norm HRN EN/ISO IEC 17025:2007 uyarınca akredite bir laboratuvar statüsü almıştır ve bu da yüksek düzeyde profesyonellik ve kalitesini teyit etmektedir.

Şu anda 130'dan fazla çalışanımız var ve Merkezimiz 6 farklı departmanda (Parmak izi departmanı, Biyoloji Departmanı, Kimya, Fiziksel ve Toksikoloji Departmanı, Traseoloji Departmanı, Dijital Adli Tıp Departmanı ve Vaka Kanıtlama Departmanı) örgütlenmiştir. Merkez, ulusal DNA ve parmak izi veri tabanından sorumludur ve AB'nin FADO (Çevrimiçi Yanlış ve Orijinal Belgeler) için irtibat noktasıdır.

Adli tıbbın çeşitli alanlarındaki rutin uzmanlıklarının yanı sıra, uzmanlarımız olay yeri incelemelerine aktif olarak katılmakta ve mahkemede bilirkişi olarak bulgularını detaylandırmaktadır.

FSC ayrıca bilim camiasından çeşitli kurumlarla işbirliği yaparak bilimsel çalışmaları, araştırma ve geliştirme faaliyetlerini teşvik etmektedir.

Uzmanların ve bilim adamlarının birleşimi, özellikle suçlar olmak üzere her sorunu çözmek için en iyi yoldur.

ENFSI çalışma gruplarının çoğunda aktif olarak yer alıyoruz, ENFSI konferanslarına ev sahipliği yapıyoruz ve ENFSI veri tabanlarını oluşturuyoruz.

FSC, yeni analitik yöntemlerin sistematik olarak geliştirilmesi ve uygulanması yoluyla uyuşturucuyla ilgili suç eylemlerinin çözülmesine sürekli ve aktif olarak katkıda bulunur.

Son zamanlarda, rutin çalışmalarda MDMA'nın kimyasal profilini çıkarmak için bir yöntem de uygulandı.

Amfetamin ve MDMA'nın kimyasal profilinin çıkarılmasına yönelik yöntemler, Avrupa Uyuşturucu Profilleme Sistemi - EDPS çerçevesinde Avrupa düzeyinde uyumlaştırılmıştır.

FSC, bize ilaç profillerini uluslararası veri tabanına aktarma ve bağlantıları kurmada diğer EDPS üyesi laboratuvarlarla ilişkilendirme fırsatı veren EDPS üyesidir.

FSC, yalnızca adli tıp kapasitelerini geliştirmeyi değil, aynı zamanda ülkenizde olduğu gibi diğer ülkelerden uzmanlarla bilgi ve deneyim paylaşmayı da amaçlayarak AB projelerine katılmaya çalışmaktadır. Özellikle Batı Avrupa'ya uyuşturucu kaçakçılığı yollarında hem Türkiye'nin hem de Hırvatistan'ın geçiş ülkeleri olduğunu biliyor.

Adli bilimin geleceği nedir? Adli tıbbın geleceği, onu yapmayı seçtiğimiz şey olacak. Bu nedenle adli istihbarat, adli dilbilimsel ve ses akustik analizi alanında yeni bir maceraya atılmaya çalışıyoruz. Son olarak, bu konferansın, genel olarak adli bilimin daha da geliştirilmesine ve özel olarak adli tıbbın incelenmesine katkıda bulunan mesleki ve bilimsel verilerin paylaşılması için yararlı bir forum olarak sonuçlanacağını gerçekten umduğumu belirtmek isterim.

Teşekkür ederim.

Hasan Kadir YILMAZTEKİN (Moderatör):
Miss. LEDİC thank you very much for your presentation.

Şimdi de aslında programımıza göre İspanya bilirkişilik uygulamalarını ele almamız gerekiyordu fakat Antonio ALONSO Beyefendi mazeretleri nedeniyle katılamadılar.

Bu nedenle onun bölümü için bu sefer bizim iki devlet bir millet olarak adlandırdığımız bir ülkeye gidiyoruz, yani can Azerbaycan'a. Azerbaycan'daki bilirkişilik uygulamalarıyla ilgili bize bugün sunum yapacak kişi Hüseyin ALİHANOV. Kendisi 1980 yılında Bakü Devlet Üniversitesinde hukuk fakültesini bitirdi. 1981 ve 2004 yılları arasında; Bakü Savcısı, Gence Başsavcısı, Bakü Başsavcısı ve Cumhuriyet Başsavcılığında daire başkanı olarak görev yaptı. 2004-2018 yılları arasında ise Adalet Bakanlığının çeşitli birimlerinde idari görevler yaptıktan sonra 2018 yılından itibaren Azerbaycan Cumhuriyeti Adalet Bakanlığı Adli İnceleme Merkezinin başkan yardımcısı olarak görev yapmaktadır. Çalıştığı konularla ilgili birçok devlet ödülü almıştır. Evli ve 2 çocuk babası, bunu da belki belirtmekte fayda var. Hüseyin Bey, sözü size bırakıyorum.

Hüseyin ALİHANOV (Konuşmacı):
Kıymetli Hızır Bey, kıymetli misafirler. Bana söz verdiğiniz için çok teşekkür ediyorum. Ben Azerbaycan Türkçesi ile konuşmamı hazırlamışım. Sanırım konuşmamı anlamanızda sıkıntı olmaz.

Bizi bir araya getiren kıymetli Başkan Beye, bu konferansın düzenlenmesinde emeği geçen herkese teşekkür ve

minnettarlığımı bildiririm. Artık ne mutlu ki bütün dünyaya malumdur Azerbaycan-Türkiye dostluğu, kardeşlik ilişkileri; bu münasebetler sadece dostluk münasebetleri değil, konuşmacılarımızdan birinin de söylediği gibi iki devlet, bir millet ilişkileridir. Azerbaycan ve Türkiye kardeş ülkelerdir. Bizim kökümüz de soyumuz da birdir. Kardeş Türkiye'mizin yardımlarını hayatımızın bütün alanlarında daima hissetmekteyiz.

Türkiye'nin siyasi, diplomatik desteği ile muzaffer Azerbaycan Ordusu, faşist ideolojisinden güç alan Ermenistan'ın 30 yıllık tecavüzüne ve topraklarımızın işgaline son verdi. Kahraman askerlerimizin canı, gazilerimizin kanı sayesinde düşman işgal güçleri Azerbaycan topraklarından kovuldu ve topraklarımız azad olundu.

Adli inceleme alanında bizim ortak faaliyetlerimiz 2016'da ülkelerimiz arasında imzalanmış anlaşma sayesinde düzenli bir şekle getirilmiştir. Bu Anlaşmaya dayanarak Jandarma ve Emniyet Kriminal Daire Başkanlıkları ile Merkezimiz arasında sıkı işbirliğimiz sürdürülmektedir. Bu günlerde bile bizim 4 personelimiz jandarmada ve emniyette eğitimlerini sürdürüyorlar ve bu gurur verici bir durumdur.

Kurumuzun faaliyetleriyle ilgili size Cabir Bey tanıtım yapacaktır. Azerbaycan'da olay yeri incelemesi çok önemli rol oynuyor. Biz biliriz ki; uzmanlık raporu verilmesi zamanı, olay yerlerinin incelenmesi, onların gözden geçirilmesi, delillerin götürülmesi, onların paketlenmesi ve tutanağa geçirilmesi yeterince zaman alır. Eğer bunlar düzgün yapılmışsa rapor süresini olumlu etkileyecektir.

Ben Azerbaycan'ın siyasi hayatının tüm alanlarında gerçekleştirilen reformları da dikkatinize sunmak isterdim. Cumhurbaşkanımızın 2018'de onayladığı 2019-2023 dönemi devlet programı doğrultusunda adliye alanında ıslahatlar yapılmaktadır. Mahkeme Ekspertizyası Merkezinin uluslararası standartların şartlarını karşılayacak yeni binasının inşa edilmesi de kararlaştırılmıştır. 2019'un 3 Nisan tarihli Başkanlık kararıyla özel bilirkişilik faaliyetlerine olanak sağlandı. Tabii ki bu reformlar adliye makamlarını, adli inceleme kuruluşlarını devre dışı bırakmıyor, sadece iş yoğunluğunu hafifletir ve rekabet ortamı oluşturabilir. Bu reformlarla Azerbaycan yargısının işlevselliği ve hızı arttırılmak istenmiş, ekspertizya faaliyetlerinin de standartları arttırılmak istenmiştir.

Sayın Başkan, size ve ekibinize yeni yeni uğurlar arzu ediyorum. İzninizle sunum için sözü Cabir Ahmet Bey'e bırakıyorum.
Sağ olun.

Cabir AHMET (Konuşmacı):
Hoş bulduk. Sunumumuzun size daha anlaşılır olması için Azerbaycan Adalet Bakanlığı Adli İnceleme Merkezinin sistemini ve yasal düzenlemeleri sunumumuzla hızlıca anlatmak isterim.

Adli incelemelerin yasal dayanağı olarak Azerbaycan Cumhuriyeti'nin Ceza Muhakeme Kanunu, Mülki Muhakemeler Kanunu, İdari Hatalar Kanunu ve özel kanun mevcuttur. Ülkemiz de dâhil olmakla birçok ülkede uygulanan "Adli incelemeler faaliyeti hakkında" Kanun 1999 yılında kabul edilmiştir. 2019 yılında çok önemli değişiklikler edilmiştir. Bahse konu kanunlar adli inceleme faaliyetimizin hukuki esasını oluşturmaktadır. Zaten kanunun 1. maddesinde adli incelemeler faaliyetinin tanımı verilmiştir. Adli inceleme faaliyeti - adli incelemenin organizasyonu, gerçekleştirilmesine ilişkin faaliyetler olup, özel bilgilerle adli muhakeme tarafından hak ve çıkarlarının sağlanması amacıyla hizmet etmektedir, diye ifade edilmiştir.

2019'da yasada yapılan değişiklikler gereği özel bilirkişilik tanımı kanuna getirilmiştir. Azerbaycan adli inceleme faaliyeti ile sözü giden kanunun 23. maddesi gereği sadece adli inceleme kurumlarında, bilim tesisleri ve kuruluşlarında, yüksek eğitim tesislerinde, "Uygunluğun değerlendirilmesi alanında akreditasyona dair" Kanuna göre akredite edilmiş deney laboratuvarlarında, özel tüzel kişilikler, özel bilirkişiler tarafından gerçekleştirilebilir. Ama şu anda özel bilirkişilik uygulanmamaktadır, çünkü şu mekanizmanın detaylarını düzenleyen 4 yönetmelik Bakanlar Kurulunca karara bağlanmamıştır ve bu düzenlemelerden sonra eğitim ve sertifikaların verilmesi beklenmektedir, sonra özel bilirkişilik faaliyetleri başlatılacaktır. Şu anda bunun bir acı tecrübesi nice ülkelerde vardır. Yani bu düzenlemeler yapılmadan özel bilirkişilik faaliyetlerine izin verildi. Örneğin, Rusya'da, Ukrayna'da ve Kazakistan'da. Sonradan özel bilirkişilerin faaliyetlerinin kontrol altına alınması alanında sorunlar yaşandı, daha çok dolandırıcılık, suiistimal gibi durumlara yer verildi. Burada biraz tedbirli olarak davranıyoruz, desek daha doğru olurdu.

Yasada tanımlandığı gibi, aşağıdaki alanlarda adli incelemeler sadece adli inceleme kurumlarında yapılabilmektedir: adli tip (adli psikiyatri), adli balistik, patlayıcı incelemeleri, para işaretleri ve kıymetli kâğıtların incelemeleri, uyuşturucuların, psikotrop maddelerin ve onların prekursorlarının, güçlü etkileyici ve zehirli maddelerin, ilaçların incelenmeleri.

Adli inceleme faaliyetlerini gerçekleştirecek adli inceleme kurumları hangileridir? Bunlar temsilcisi olduğum kurum, yani;

Azerbaycan Cumhuriyeti Adalet Bakanlığının Adli İnceleme Merkezi;

Azerbaycan Cumhuriyeti Adalet Bakanlığının Nahcivan Adli İnceleme Merkezi;

Azerbaycan Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığının Adli Tıp İncelemeleri, Patoloji ve Anatomi Birliği;

Azerbaycan Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığının Psikiyatri İnceleme Merkezi;

Azerbaycan Cumhuriyeti İçişleri Bakanlığının Kriminalistik İncelemeler Müdürlüğü (sadece ilkin ve ilave incelemeler alanında).

Bu kurumların her birinin görev alanları farklıdır. Daha önce bahsettiğim 5 uzmanlık alanında yapılacak çalışmalar, incelemeler sadece bu devlet kuruluşlarında yapılabilir. Bunun dışında bu kuruluşlar arasında yapılacak faaliyetler, objelerde farklılıklar var. Adli tıp incelemeleri sadece insan ve insan kaynaklı objeler üzerine yapılır ki bu alanda Sağlık Bakanlığına bağlı adli tıp inceleme kurumu yetkilendirilmiştir. Adalet Bakanlığına

bağlı adli incelemeler kuruluşunda yapılan çalışmalar diğer tüm alanları kapsamaktadır. Yani bizim Merkezde Sağlık Bakanlığının kurumlarına ait adli tip ve psikiyatrik incelemeler, insan ve insan kaynaklı objelerin incelemeleri yapılmıyor. İçişleri Bakanlığının Kriminalistik İncelemeler Müdürlüğü sadece balistik, parmak izi ve DNA alanında arşivleme faaliyetlerine bağlı olarak bulgu ve numuneleri arşivlemek ve olay yeri inceleme çalışmaları yapıyor. Yani objelere göre kurumlarımız arasında resmi olmayan bir görev paylaşımı var. O yüzden bu alanlarda karışıklık yoktur. Özel bilirkişilik alanında ise, daha önce söylediğim gibi Bakanlar Kurulu'nca bazı kararlar alınacaktır ve gerekli eğitimlerden sonra sertifikalar verilecektir.

Adli inceleme faaliyeti hakkında Kanunda 18.12.2019 tarihli değişikliklerle adli incelemeler özel bilirkişiler tarafından da gerçekleştirilebilir.

O zaman kimler özel bilirkişi olabilir? Yasada yapılan son değişikliklerle bu konuya açıklama getirilmiştir; tabiki Azerbaycan Cumhuriyeti vatandaşı olmak, ilgili alanda lisans derecesinde üniversite eğitimi ve özel mesleki eğitiminin bulunması şarttır. Bunun dışında, mutlaka en azından 10 yıl mesleki deneyiminin olması veya doktora düzeyinde diplomasının bulunması veya uluslararası düzeyde adli inceleme uzmanının kanıtlayacak diplomasının olması özel bilirkişi aday başvurusu için yeterlidir. Başvurudan sonrası gerekli eğitimi aldıktan sonra ona uzmanlık sertifikası verilecektir. Sertifika aldıktan sonraki sürede 5 yılda bir kere yaptığı faaliyetlerde denetlenmesi gerekmektedir. Bunun dışında bilirkişilik faaliyeti döneminde herhangi bir şikâyet başvurusu olursa, Adalet Bakanlığınca teftiş edilir ve sonuçlarına göre bir karar verilecektir. Aynı şartlar temsil ettiğim kurumun ve diğer devlet kurumlarının uzmanları için de geçerlidir.

Azerbaycan Cumhuriyeti Adalet Bakanlığının Adli İnceleme Merkezi adli inceleme alanındaki yasal görevlerini ISO/IEC 17025 standardına uygun kalite yönetim sistemine ve kanunda ifade edilen aşağıdaki ilkelere dayanarak gerçekleştirmektedir.

Bu ilkeler:
- insan ve vatandaş hak ve özgürlüklerinin korunması,
- hukukun üstünlüğünü sağlanması,
- uzmanın bağımsızlığı,
- bilimin ve teknolojinin son yenilikleri kullanılarak yapılan incelemelerin objektifliği, kapsamlılığı ve eksiksizliğidir.

Kurumumuzun personeli bağımsızlık, tarafsızlık ve gizlilik ilkelerine bağlı olarak çalışmaktadır.

Not olarak kaydetmem gerekiyor ki, ISO 17025 standardına 2017'de getirilen tarafsızlık ve gizlilik ilkeleri bizim 1999 yılında kabul edilen kanunumuzda tespit olunmuştur. Bugünkü faaliyetlerimizin standardın şartlarına uydurulması ise olmazsa olmazlardan biridir, diyebiliriz.

Misyonumuz mevcut imkânları etkin ve verimli bir şekilde kullanarak gönderilen inceleme objelerini tarafsız ve bilimsel yöntemlerle incelemek, değerlendirmek ve bu yolla suçlunun tespiti ve suçun ispat edilmesi faaliyetlerinde adli yargılama makamlarına zamanında ve kaliteli hizmet vermektir.

Yurtiçi ve uluslararası suçlarla bilimsel esaslarla mücadelede adli yargılama makamlarına yardım etmek ve adli inceleme alanında ülkemize en iyi şekilde hizmet etmek vizyonumuzdur.

1991'de Azerbaycan Bakanlar Kurulunun kararıyla görevlerine ilaveler edilerek Azerbaycan Adli İnceleme, Kriminalistik ve Kriminoloji Bilimsel Araştırma Enstitüsü olarak isim değişikliği yapılmıştır.

Adalet Bakanlığının Adli İnceleme Merkezinin oluşum tarihini kısaca anlatırsak 1920'li yıllarda yaratıldığına dair arşiv belgelerini biliyoruz, maalesef kesin bir tarih olarak belirtemeyiz. 1956'da Azerbaycan Bakanlar Kurulunun kararıyla Bakü Kriminal Laboratuvarı kurulmuş, 1960'da Azerbaycan Adli İncelemeler Bilimsel Araştırma Enstitüsüne dönüştürülmüştür. Eski Sovyetler Birliği'nin 7 en büyük adli inceleme enstitüsünden biri olarak bizim kurumumuz faaliyetini sürdürmüştür.

17 Ağustos 2006'da - «Adli kurumların gelişimi hakkında» Azerbaycan Cumhurbaşkanının kararıyla mevcut Enstitü bazında Azerbaycan Cumhuriyeti Adalet Bakanlığının Adli İnceleme Merkezi kurulmuştur.

Yapısal olarak kurumuzda Başkan, 2 başkan yardımcımız, 9 inceleme şubesi ve 5 idari şube vardır. Bazı inceleme şubelerinde 8'e kadar farklı uzmanlık alanlarında incelemeler yapılmaktadır. Bunun dışında bölgelere üzere yerel şubelerimiz de vardır.

05.10.2005'de Merkezin Nahcivan şubesi kurulmuş, 2015'de şube bağımsız Nahcivan Adli İnceleme Merkezine dönüştürülmüştür.

22.08.2012'de Gence, Şeki ve Şirvan şehirlerinde, 28.10.2019'da Lenkeran şehrinde Merkezin yerel şubeleri yaratılmıştır.

Sumgayıt şehrinde ise yerel şubenin kurum hazırlığı sürdürülmektedir.

Yerel şubelerde 5 uzmanlık alanında incelemeler yapılarak raporlar verilmektedir:
- balistik incelemeler,
- iz incelemeleri,
- narkotik maddelerin analizi,
- toprak menşeli maddeler analizi,
- gida ve sanayi mallarının incelenmesi (meta bilimi).

Merkezimizin yönetmeliğinde başlıca faaliyet yönümüz adli incelemelerin yapılarak uzman raporlarının düzenlenmesidir. Bunun dışında adli bilimler alanında bilimsel çalışmaların yürütülmesi yönü çok önemlidir; bu metot ve yöntemlerin bilimsel açıdan geliştirilmesi demektir. Başka bir yönü soruşturma makamlarına ve mahkemelere bilimsel ve metodolojik yardımda bulunulmasıdır. Bunu şöyle anlatabilirim; olay yerinin incelenmesi, elde edilen bulguların doğru ambalajlanması, gönderilmesine ilişkin tavsiyelerde bulunulması. Adli yargılama sürecinde laboratuvar faaliyetlerinin sadece orta bir halka olduğunu düşünürsek o halkaya kadar süreçteki hataların giderilmesi için de çalışmamız gerekiyor. Merkezin başka bir faaliyet yönü inceleme sonuçlarına göre suç önleme tavsiyelerinde bulunmaktır; uzmanın kendi alanında özel bilgisi dâhilinde tespit ettiği bazı durumlara ilişkin önerilerde bulunması. Uzman suça neden olabilecek bu gibi durumları tespit ettiğinde savcılığa veya mahkemeye bu konuda görüşlerini/tavsiyelerini bildiriyor.

Aynı durum suça neden olmakta devam ederse, bu durumun ortadan kaldırılması için yetkili makamların gereken faaliyetlerde bulunması yönünde uyarıcı bir faaliyet sayılabilir.

Kurumumuzda 41 uzmanlık alanında adli incelemeler yapılmaktadır. Bu 41 uzmanlık alanında çalışmaların yapılması uygun personelin eğitilmesini, sertifikasyonunu gerektirmektedir. Bazı uzmanlık alanlarında iş yoğunluğunun düşük olması sebebinden iyi yönetim şartları gereği bir uzmanın 3-4 uzmanlık alanında yetkilendirilmiştir; bu uzmanlık alanlarının birbirine yakın olması gerekiyor, örn. kriminalistik belge inceleme, el yazısı, balistik, iz inceleme gibi. Benden önce yapılan sunumlardan da gördüğümüz gibi, eski sosyalist bloğu ülkelerinde adli inceleme alanlarında aynı uygulamalar mevcut olmuştur. Hırvatistan'da adli inceleme yapısına ilişkin Sayın Andrea Hanımın anlattığı sistemin benzerini diğer eski sosyalist ülkelerde görmek mümkündür. Doğrudur, bazı ülkelerde reformlar yapıldı, ama uzmanlık alanları aynı olarak kalmaktadır.

Azerbaycan'da soruşturma faaliyetlerini yürüten savcılık dışında 7 bakanlık daha vardır. Bu kurumların soruşturma yetkileri Ceza Kanununda belirtilen suçlara göre çeşitlenmiştir. İçişleri Bakanlığı'nın CK'nın belli bir maddeleri üzerine faaliyetlerini yürütüyor. Sınır hizmeti; kaçakçılık suçlarına ilişkin, Vergi hizmeti vergiden kaçınma suçlarıyla, Gümrük bakanlığı gümrük suçlarıyla vs. Bunlar bizim aslında müşterilerimiz olarak ifade ettiğimiz devlet kurumlarıdır. Ama bunu da söylemem gerekiyor ki; biz döner sermaye ile çalışmıyoruz. Tamamen devlet kuruluşu olarak aynı Türkiye'de jandarma ve emniyetin yaptığı çalışmalar nasıl ücretsizse, biz de aynı şekilde devlete hizmet ediyoruz. Bizim yıllık dosya sayımız; son 5 yıla baktığımızda her yıl artmaktadır. Bu yılın sonuna doğru 40.000'in üzerinde dosya inceleme sayımız olacaktır. Slaytlarda istatiksel olarak durumu izleyebilirsiniz. Ayrı ayrı uzmanlık alanlarımızda artışlar sürekli bekleniyor. Çok nadiren bazı uzmanlık alanlarımızda azalmalar kayda geçebilir. Yerel şubelerimizde daha çok uyuşturucu analizleri özellikle öne çıkıyor. Özellikle II. Karabağ Savaşı'ndan sonra sınırlarımızda kontrolü sağlamamız uluslararası uyuşturucu ticaretine destek veren bazı ülkelerin planlarını da bozdu. İran ve Ermenistan'ın bazı güçlerinin işgal bölgesini uyuşturucu trafiği için kullandığı yolların kapatılması Azerbaycan'ın güney sınırlarından yasadışı yöntemlerle uyuşturucu kaçakçılığını artırdı. Yerli şubelerimizde uyuşturucu analizleri dosya sayısının artma nedeni budur.

Merkezimizin faaliyet yönlerinden biri olarak bilimsel araştırmalar alanında istatiksel durumu slaytımızda görebilirsiniz. Üniversite öğrencilerine, diğer devlet kurumlarına mesleki okullarına eğitimler veriyoruz.

Adli incelemeler alanında devlet tarafından nasıl bir program izlenir, bize nasıl bir destek sağlanır? Slaytta gördüğünüz adli inceleme alanında gelişim ve reformları yansıtan 2019-2023 yılları için Devlet Programındandır;

- uluslararası işbirliğinin teşvik edilmesi;
- adli inceleme sisteminin altyapısının iyileştirilmesi,
- adli inceleme alanında bilimsel ve teknolojik yeniliklerin uygulanması.

Merkezimizin yeni binası uluslararası standartlara göre projelendirildi. Maalesef savaşın başlamasıyla ertelenmiştir. Laboratuvarlarımızın donatımı iyidir, mali imkânlarımız yettiği kadar uluslararası seviyede kabul görmüş cihazları kullanıyoruz.

Merkezde kullanılan 16 metot 2013 yılında Türk Akreditasyon Kurumu (TÜRKAK) tarafından ISO/IEC 17025 standardına göre akredite edilmiştir. Daha 25 metodun akreditasyon hazırlığı sürdürülmektedir.

Azerbaycan Cumhuriyeti Adalet Bakanlığının Adli İnceleme Merkezi 2011'den Avrupa Adli İnceleme Enstitüleri Birliğinin (European Network of Forensic Science Institutes – ENFSI) üyesidir.

Uluslararası alanda 9 ülkeyle iki taraflı adli işbirliği anlaşmamız var. Uluslararası işbirliklerinin adli incelemelere fayda sağlayacağı inancıyla bu işbirliklerimizi arttırmaya çalışıyoruz. Bu yüzden uluslararası bağlantıları daha etkin kullanmaya çalışıyoruz. Özellikle Azerbaycan Cumhuriyeti Adalet Bakanlığı ile Türkiye Cumhuriyeti İçişleri Bakanlığı arasında adli incelemeler alanında işbirliğine dair 15 Mart 2016 tarihinde imzalanmış antlaşmadan bahsetmek isterim. Bu antlaşmaya dayanarak 2017'de Merkezimizle Jandarma Genel Komutanlığı Kriminal Daire Başkanlığı ve Emniyet Genel Müdürlüğü Kriminal Daire Başkanlığı arasında aktif işbirliği sürdürülmektedir. Bugüne kadar toplam 44 faaliyet gerçekleştirmişiz. Sadece 2022 yılı üzere 14 faaliyetin düzenlemişiz; bunlar 6 eğitim, 4 çalışma grubu ve yeni uzmanlık alanı üzere 4 araştırma konusudur.

Özellikle üzerinde durmaya çalıştığım bir konu vardır. Sözünü ettiğim uluslararası anlaşmalarımız tüm Türk Cumhuriyetleri arasında mevcuttur. Örn. Özbekistan ile Türkiye bakanlıkları arasında böyle adli incelemeler alanında iki taraflı anlaşma yakın zamanda imzalanmıştır. Bildiğiniz gibi Türk Devletleri Teşkilatı tarafından 2021'in Kasım ayında bildiri ve belgeler yayınlandı. "Türk Dünyası Vizyonu – 2040" belgesinde Cumhurbaşkanlarımızın aldığı kararlar doğrultusunda adli inceleme kurumlarının da bir takım görevleri belirlenmiştir: ortak çıkarlara ilişkin güvenlik meselelerinde yakın işbirliği gerçekleştirme amacıyla üye devletlerin ilgili makamlar arasında güvenlik istişarelerinin sürdürülmesi konusunda bir talimat verilmiş ve "Adalet alanında işbirliğinin devamı takdir ve teşvik edilmiş; Adalet Bakanlıkları ve Üye Devletlerin diğer ilgili makamları arasında işbirliği başlatılması teşvik edilmiştir".

Bizim de bu alanda yapmamız gereken Türk devletlerinin adli inceleme kuruluşlarının birliğinin oluşturulmasıdır. Bunun için önceden görüşmelerin, müzakerelerin başlatılması çok önemlidir. İster iki taraflı anlaşmalar üzerinden, isterse de bu birlik çerçevesinde böyle çalışmaların yürütülmesinin tüm katılımcı kuruluşlara yarar sağlayacağı konusunda inancımız tamdır.

Ayrıca yakın zamanlarda Türk Cumhuriyetlerinin adli inceleme kurumlarının ortak faaliyetleriyle bir Uluslararası Kongrenin düzenlenmesini arzu ediyor ve herkesi bu yönde çalışmaya davet ediyorum.

Hasan Kadir YILMAZTEKİN (Moderatör):
Hüseyin Bey'e ve Cabir Ahmet Beyefendiye bu 'yahşi' sunumu için teşekkür ediyoruz.

Biz gururla söyleyebilirim ki Türk Devletler Teşkilatı işbirliğiyle Türk yargı akademileri ağını kurmak üzereyiz. Yani biraz sizden bu konuda adli tıpçılardan önde gidiyoruz. İnşallah Aralık ayında bunu hayata geçireceğiz. Adalet Bakanlarımızın da bir toplantısının yapılacağını biliyorum. O konuda bu hususu da gündeme getirebiliriz çok güzel bir fikir. Biz Adalet Akademileri olarak bu konuyu öne aldık ve çalışıyoruz.

Şimdi çok uzundu sabrettiğiniz için, dikkatle dinlediğiniz için herkese tekrardan teşekkür ediyorum. Şimdi gönül coğrafyamızda başka güzel bir ülkeye gidiyoruz; Etiyopya'ya. Etiyopya'daki adli tıp uygulamalarını anlatmak üzere sözü Etiyopya Federal Polis Teşkilatı Direktörü Korgeneral Zelalem Mengestea DEGENE beyefendiye bırakmak istiyorum. Buyurun lütfen.

Zelalem Mengestea DEGENE (Konuşmacı):
Thank you Dr. Hızır, President of the Forensics Council. And there in their management and prosecutor, judge, forensic, doctors, professionals. I'm glad to be here in Antalya and it's a great honor to be invited to make the remark at this remarkable conference on 17th National Forensic Days. On behalf of Ethiopian Federal Police and myself, I extended our greetings to all distinguished participants. Thank you ladies and gentlemen. Today was just a little bit of a highlight, because of the time. You know the Ethiopian Federal Police is under the prime minister's office. That's why I'm the general Ethiopian Federal Police Force and then head of this. Crime Investigation Bureau. I'm not a scientist but I'm the head of the bureau. And Forensic Service in different institutions in Ethiopia but Federal Police one of the Forensic Service. Only dedicated institutions. Medical Investigation Institutions also offer forensic service. For the police and for the public. Ethiopian Federal Police Forensic Service started in 1941. That's finger investigation, footprint investigation, forensic photography and forensic photography examination. More services started in 1948. Forensic document examination, firearms investigation, investigation on biomedical evidence. Biochemical evidence also. This borned 1948 but established and a good standart. Recent addition on digital forensic from 2011. This year forensic DNA investigation in 2022 a new office which started under the Forensic Institution. More Ethiopian Federal Police hospital, some of the researching institutions and then local/international unnoticed in the AU. We have a Police University, there is a new department established also they're new like artificial intelligence, cyber security, forensic intelligence. All the new departments opened in our university. We started as a kind of training. There is a main department of forensic directoriad; the Crime Investigation Bureau. This department has 2 crime scene investigation departments and a forensic investigation department. 4 other directories are under these 2 directories. Federal Police Laboratories, there are 7 laboratories under the Department of Forensic Laboratories of Federal Police Crime Investigation Bureau. Each laboratory is organized under different forensic service units and has a specific application. Forensic chemistry and toxicology laboratory for chemical evidence. We're now using GCMS, ZMS, NMS, HPLSE, UV visible spectrum and FTR and different microscopes. We're using these for forensic chemistry and toxicology laboratories. And a major case of identification of narcotic; we know these days one of the major drug traffic in last 2 years in Ethiopia; 167 kg of cocaine seized in the deport. Most of them are Southern African, they are brought from Asia or brought to Asia transporting. These traffickers use and allow in the human body for traffic. This is very critical for drug trafficking. In capacity and responsibility all these areas ratification of toxin, explosive materials and any materials of forensic relevance. Forensic Biology Laboratories all that nature of sources of biological evidence, crime scene, case of solving, identification of unidentified person, disaster victims and then relation of establishing for civil case. There are basically 2 laboratories; biological laboratory, microscope and serological identification. Also we have an analysis laboratory. DNA analysis system, microphones, kits, pcr, analytics software etc. We use it in the laboratory. Experts working from different disciplines, they are professionals in their area. We also have an explosive laboratory. Nature of explosives, the mechanism of criminal evidence, etc. our laboratory serves like this case. These laboratories have expensive equipment. There are 14 special expertise areas. Our team members, all of them have training, some of them have international certificates. We are giving them some opportunities for their education. This is a ballistic laboratory. There are two laboratories in this area. Firearm and ammunition and trace evidence laboratories. Document examination you know, before me my colleague explained these issues. Examination documents, examination of handwriting, signature, stamping impressions etc. We are working on these cases. These days digital crimes are very sophisticated. We are working on digital crimes cases too. We use VSS 6000 machines in our investigations. Criminal record unit and fingerprint unit also use these machines. This is also digital fingerprint analysis established in 2005, automatic fingerprint system. It's an identification system. Fingerprint area is the major area in our investigations. Latent prints and developing, transfer to data, analysis, identify of match fingerprints with suspect etc are some working cases. Hypo laser, light source, portable equipment, these are some materials we use. There are 75 staff. Most of them are police officers. They have at least 2 years experience in fingerprint investigation. Some of them need fingerprint analysis, latent analysis training. I am asking, begging to our presidential council for my staff to come to Turkey and train in this area. It is one of our gaps. Digital investigation laboratory also we started. Investigation of databases, disks, mobile phones etc. We are tracing LC MS. Crime scene department also we have, responsible for management and investigation of crime scenes. They have collaboration laboratories and professional employees. There are five units; forensic evidence, photograph, videograph, physical evidence and forensic registry. They are a team and they work in crime scene areas. Police force may work with another institution for scientific proof and truth. Common forensic services are hospitals, Public Health Institute. Ethiopian Standard Agency also we are working together because of some analysis. They give us professional support. Other Ethiopian academic institutions also work with them. St.Paul Medical College Hospital can support pathologic examination, personal identification, cause of death examination, biopsy and other types of forensic analysis.ABHI also performs toxicology and identifications for identification investigation. Ethiopian Standard Agency also assists with the quality of products you know quality evaluation standard. And Ethiopian Biology Service also has relevant office work with us. Thank you very much for your time and patience.

TR: *Adli Tıp Kurumu Başkanı Sayın Hızır Bey'e teşekkür ederim.*

Burada yönetim mercileri, savcılar, hâkimler, adli tıp uzmanları, doktorlar ve profesyoneller var. Burada bulunmaktan çok mutluyum. Antalya ve 17. Ulusal Katılımlı Adli Tıp Günlerinde bu olağanüstü konferansta konuşma yapmak üzere davet edilmek benim için büyük bir onur. Etiyopya Federal Polisi ve şahsım adına tüm seçkin katılımcılara selamlarımızı iletiyorum. Teşekkürler, bayanlar baylar.

Bugün, zaman nedeniyle biraz özet geçeceğim. Etiyopya Federal Polisi'nin başbakanlığa bağlı olduğunu biliyorsunuz. Bu yüzden Etiyopya Federal Polis Gücünde general ve Suç Soruşturma Bürosu başkanıyım. Ben bir bilim adamı değilim ama büronun başıyım. Etiyopya'da Adli Tıp Servisi ayrı bir kurumdur. Ancak Federal Polisin Adli Tıp Hizmetlerinden sadece kuruma tahsis edilmiştir. Tıbbi Soruşturma Kurumu adli tıp hizmeti de sunmaktadır. Polis ve halk için.

Etiyopya Federal Polisi Adli Tıp Servisi 1941'de başladı. Parmak izi soruşturması, ayak izi araştırması, adli fotoğrafçılık ve adli fotoğraf muayenesi. 1948'de daha fazla hizmet başladı. Adli belge incelemesi, ateşli silah soruşturması, biyomedikal delillerin araştırılması. Biyokimyasal kanıtlar da. Bu 1948 doğumlu ama yerleşik ve iyi bir standart. En son dijital adli tıp üzerine eklenme 2011'de oldu. Bu yıl adli DNA soruşturması 2022'de Adli Tıp Kurumu bünyesinde yeni bir büro hizmete başladı.

Polis Üniversitemiz var, yeni bir departman kuruluyor, bunlar da yeni, yapay zeka, siber güvenlik, adli istihbarat gibi. Bunların hepsi üniversitemizde açılan yeni bölümlerdir. Bir nevi eğitim olarak başladık.

Adli tıp müdürlüğünün bir ana dairesi vardır; Suç Araştırma Bürosu. Bu bölümde 2 adet olay yeri inceleme bölümü ve adli tıp bölümü bulunmaktadır. Bu 2 birimin altında 4 birim daha var. Federal Polis Laboratuvarları, Federal Polis Suçları Araştırma Bürosu Adli Laboratuvarlar Departmanına bağlı 7 laboratuvar bulunmaktadır. Her laboratuvar farklı adli hizmet birimleri altında örgütlenmiş olup, kendine özgü uygulama alanları bulunmaktadır. Kimyasal kanıtlar için adli kimya ve toksikoloji laboratuvarı. Artık GC MS, ZMS, NMS, HPLC, UV görünür spektrum ve FTR ve farklı mikroskoplar kullanıyoruz. Bunları adli kimya ve toksikoloji laboratuvarı için kullanıyoruz.

Ve önemli bir narkotik tespiti vakası; Etiyopya'da son 2 yılda en büyük uyuşturucu trafiğinin bugünlerde yaşandığını biliyoruz. Sınırda 167 kilo kokain ele geçirildi. Çoğu Güney Afrikalı, Asya'dan getiriyor ya da Asya'ya taşıyor. Bu tacirler insan vücudunu trafik için kullanıyor ve izin veriyor. Bu uyuşturucu kaçakçılığı için çok kritik. Tüm bu alanlarda toksin, patlayıcı maddeler ve adli tıpla ilgili her türlü malzemenin onaylanması kapasite ve sorumluluğundadır.

Adli Biyoloji Laboratuvarları, biyolojik kanıt kaynakları, olay yeri, vaka çözme, kimliği belirsiz kişi, afet mağduru ve daha sonra hukuki davalar için kuruluş ilişkisi gibi tüm niteliklere sahiptir. 2 laboratuvar bulunmaktadır; temel olarak biyolojik laboratuvar, mikroskop ve serolojik tanımlama. Fizyolojik laboratuvarda fizik, biyoloji ve laboratuvar gereksinimi ve DNA analiz sistemi, sıvılar, PCR ve başka bir analitik yazılım bulunur; böylece laboratuvarımız için kullanabiliriz. Biyolojik bilimin farklı disiplinlerinden ve lisans derecesinden doktora derecesine kadar çeşitli yeterlilikleri olan 10 laboratuvar çalışanlarımız mevcut. Onlar bu alanda profesyoneller.

Sonra yangının kaynağı ve çıkış noktası hakkında büyük bir araştırmamız var. Bu aynı zamanda bizim ve patlayıcı laboratuvarımız. Laboratuvarımız patlayıcının doğası hakkında ve çoğu ceza ve hukuk davalarında hizmet vermektedir. Çoğu laboratuvar ekipmanımız da pahalıdır.

Patlayıcı soruşturması; bu özel alan için 14 ekip uzmanı var. Hepsi eğitim almış profesyoneller, bazıları uluslararası sertifikalı. Profesyonellerimize kendilerini yetiştirme fırsatı verildi. Aynı zamanda balistik ve kanıt izi laboratuvarı bulunmakta. 2 laboratuvar bulunmaktadır; balistik laboratuvarı ile ateşli silah ve mühimmat. Kanıt izi laboratuvarını da kullanıyoruz. Ve bildiğiniz belge incelemesi, bu konuların birçoğunu açıkladı meslektaşlarım. Soru tipine göre değişen incelemeler, belgeler, el yazısı, imza, kaşeleme, baskı ve tabii ki piyango bileti incelemesi var. Bu günlerde artık çok var dijital suç. Biz ceza davası polisine ve hukuk davası için kamuya hizmet ederiz. Toplam %19 parmak izi ve adli sicil kaydı kullanıyorlar bu ana birimde. Hizmet, müşteri sayısını artırır. Sabıka kaydı ve parmak izi alımı da birbirine bağlı 4 birimden oluşur. Çalışanlarımız için verilen birçok hizmeti kullanıyoruz. Dijital parmak izi analizlerini otomatikleştirmek için 2005 yılında AFIS parmak izi tanımlama sistemi oluşturuldu. Daha sonra; eşleşme olup olmadığını belirlemek için analizde en üste aktarılır parmak izleri. Hiper lazer; ışık kaynağı ve taşınabilir bir araç olmuştur. Çoğu polis memuru, 2 yıllık parmak izi soruşturması eğitimi almıştır. Birçok parmak izi analizine ihtiyaç duyulmaktadır.

Ben Etiyopya Federal Polisi ve başkanımız adına, bu alanda adamlarımızın eğitimleri için Türkiye'ye gelmeleri konusunda sizden ricada bulunuyorum. Bu bizim eksikliklerimizden biri.

Dijital adli tıp laboratuvarlarında bunu başlatırken sahip olduğumuz tek şey, veri deposu ve bilgisayarın diskindeki verilerdi. Ve sonra cep telefonu da eklendi. Bunu terörle mücadele veya ilgili bazı meseleler için soruşturmalarda bir güç olarak kullanıyoruz.

Olay yeri inceleme departmanımız olay yerlerinin yönetim ve incelemesinden sorumludur. Laboratuvar, personel, dedektif, polis de olmak üzere 5 birimin işbirliğinden oluşur. Adli delil, fotoğraf, video, fiziki delil ve adli sicil ve delil kabulü de bir ekip halindedir. Sahaya gidiyorlar ve olay mahallindeler ayrıca bu konuda da çalışıyorlar. Bir şehirden diğerine de taşınıyoruz. Hastanelerden bazıları adli tıp hizmetleri veriyor. Analizler de bize profesyoneller tarafından verilir.
Bazı Etiyopyalı yerel hizmet kurumları da var, onlarla da çalışıyoruz. Tıp fakültesi ve hastanelerde adli tıp patoloji muayenesi yaptırdıkları kişisel bir kurgu oldu. Bu muayene ve diğer adli tetkikler için biyopsi alınmasından dolayı. HPHI ayrıca, adli soruşturmayla ilgili toksikoloji incelemelerini ve kimliklendirilmelerini de içerir. Ayrıca HPHI'a yardım da ediyoruz.

Çok teşekkür ederim.

Süleyman Serhat GÜRPINAR (Moderatör):
Bütün konuşmacılara verdikleri bilgiler için teşekkür ediyoruz.

Aslında Türkiye'de yaşadıklarımızın bazı versiyonlarının dünyada da yaşandığını görmekle sorunlarımızın benzer olduğunu ve dolayısıyla da uluslararası işbirliklerinin de gerekliliği, birbirimizle paylaşarak daha etkin bilirkişilik yapılabileceğine ilişkin görüşlerimiz oluştu. Ben çok az vaktimiz olmasına rağmen soru sormanıza da fırsat vermeyi düşünüyorum.

Amerika'daki uygulamalarda verilen örnekler gerçekten Türkiye'de de dünyanın her tarafında da yaşanabilecek, kanıtlar elde edilirken hatta kanıt yerleştirilmesi gibi durumlar bile olup hatta önyargıyla tünel bakışıyla bakmak gibi yaklaşımların sorunlarından bahsetmesi dolayısıyla da Ali KOÇAK Hocamıza da çok teşekkür ederim. Örneklerle ve Amerika'da yaşananlarla, bizim de benzer olaylarda yaşadıklarımızı hatırlamamıza yol açtı. Laboratuvarların güvenilirliği, geçerli standart ölçülerde çalışması gibi konuları da gündeme getirmesi açısından çok güzeldi.

Buradan hareketle Kıbrıs'tan verilen örnekler de çok güzel. Ben de Kıbrıs'a bilirkişi olarak gittiğimden dolayı şunu ifade etmek isterim; kendi uzmanlık alanımda ve öğretim üyeliği alanımda Kıbrıs mahkemesindeki soruşturmaya maruz kaldığımdaki keyfi hiçbir yerde almamışımdır. Her ne kadar sakıncalarından İdris DENİZ Bey bahsetmiş olmakla birlikte, orada gerekçeleri kanıtlı ve bilimsel dayanaklara dayanarak sorulan sorulara cevap verme yükümlülüğü, bilimselliğimizi geliştirmemiz ve gerçeğe ulaşmak açısından çok muhteşem bir yöntem olduğunu düşünüyorum. Tabi ki avantajları-dezavantajları tartışılabilir ancak biz Türkiye'de verdiğimiz kurumsal raporlarımızı ya da özel bilirkişilik raporlarımızı mahkemeye gelip konuyu çalışmış bir avukat veya bir savcı karşısına çıkıp ikna etmek için çalışmıyoruz ve kurumsal korunaklarımızı kullanarak böyle bir hakkımız var. Oysaki verdiğimiz raporları mahkemeye çıkıp bilimsel dayanaklarıyla savunacağımızı bilerek versek bilirkişi olarak herhalde kalitemizi, bilimselliğimizi arttıracak duruma geliriz. Bu bakımdan bu deneyimimi de sizinle paylaşmak istedim.

Şimdi salona bir 10 dakika en azından soru hakkı vermek istiyorum. Buyurun.

Ali ÇOLAK (Dinleyici):
Ankara Asliye Ceza Mahkemesi hâkimi Doktor Ali ÇOLAK. 2 kısa sorum olacaktı bir Ali Bey bir de Hırvatistan'dan gelen değerli konuşmacıya.

Şimdi öncelikli olarak Amerika Birleşik Devletleri'ndeki ceza yargılama sisteminde yanlış hatırlamıyorsam 1970'lerde çıkan temel kurallar var bilirkişiliğe ilişkin. Bilirkişi bizdeki gibi değil herhalde tercümeden yanlış anlamadıysam, bilirkişi Amerikan Ceza Adalet Sistemi'nde bir tanık gibi rolü var ve bilirkişilere taraflar soru sorabiliyorlar. Şimdi bu taraf mahkemesi sanık, yargıç ve jüri üyeleri bilirkişilere soru sorma kişiye ne şekilde bulunuyor?

Bir de ikinci bir sorum olacak; Amerika Birleşik Devletleri'nde ulusal anlamda bir DNA veri bankası var mıdır? Onu sormak istiyorum.

Bir de Hırvatistan'dan gelen değerli hocamıza şu soruyu sormak isterim; Hırvatistan AB ülkesi tabi bu kişisel verilerin korunmasındaki AB direktifi 87/46 yanlış hatırlamıyorsam, özellikle AB dışındaki ülkelere DNA, yüzleştirme, parmak izi gibi veri transferleri de kişisel verilerin korunmasına da Avrupa Birliği teklifi çerçevesinde diğer ülkelerle adli bilişim hukuku bakımından yardımlaşmanız ne şekilde oluyor?
Teşekkür ederim.

Andrea LEDIC (Konuşmacı):
Okay thank you for your question. Yes in Croatia we have cross questioning when you testify in court. The judge always asks you the question and you have to testify and you have to reply to all the questions. According to the data protection, I mentioned it in my presentation that to be exchanged only codes because when you put for example DNA profile in the code is database. It's a code, it's some kind of follower item. You do not have any personal data in this code. And then we change automatically for example German countries, their laboratories. And if we have a match we have a match only in this code. We don't know who this code is. And then according to our legislation we have to ask the Interpol, to ask the country. If a country sends us personal data (if they want to send us data).

TR: *Sorunuz için teşekkür ederim. Evet, Hırvatistan'da mahkemede mevcut tanıklıkla ilgili çapraz sorgulamamız var. Hâkim her zaman size soru sorar ve siz ifade verirsiniz. Ve tüm soruları cevaplamanız gerekir. Veri koruma gereği sunumumda sadece değiş tokuş kodları olduğundan bahsetmiştim çünkü örneğin DNA profilini veri tabanında bir koda koyuyoruz. Bu bir kod, bir tür takipçi öğesi. Bu kodda herhangi bir kişisel veriniz yok. Ve sonra otomatik olarak değiştiriyoruz, örneğin Almanya ülkesi, laboratuvarları. Ve eğer bir eşleşmemiz varsa, sadece bu kodda bir eşleşmemiz var. Bu kodun kim olduğunu bilmiyoruz. Ve sonra mevzuatımıza göre Interpol'e, ülkeye sormamız gerekiyor. Ülke bize kişisel verileri gönderirse (bize veri göndermek isterlerse) ve ayrıca diğer şekilde de.*

Ali KOÇAK (Konuşmacı):
1975'te Federal Roose kitapçığı var aslında internette de 9 dolara satılıyor alabilirsiniz. Tabi ben sadece iki tanesini söyledim. Bizimle, bu konuyla alakalı olduğu için. Orada çok kurallar var her konuyla alakalı, ticari olsun başka şeyler olsun. Mahkeme sistemi; öncelikle bir tanığın mahkeme tarafından kabul edilmesi lazım. Hâkim; bu tanık olabilir mi olamaz mı? Burada onun özgeçmişi önemlidir yani çıkıp da biri tanıklık yapacaksa bu teknik konudaki eğitimi falan bunların öncelikle kabul edilmesi lazım. Bunlar kabul edildikten sonra tabi jürinin karşısına çıkıyor. Tanık burada sadece dataya dayanarak, veriye dayanarak kullandığı metot diyelim ki bir analiz yapmış mesela o metodun validasyonu var mı yok mu? Uluslararası camiada kabul edilmiş mi o metot, değil mi? Bunların hepsini sergiler, o veriyi sunacak jüriye. Jüri ona göre karar verir. Tanık bir görüş bildirmiyor orada, sadece şu böyle oldu, şu dataya dayanarak, sonuç budur yani. Elde ettiği sonuca göre jüri karar veriyor. Hâkim orada sadece işte bizim İdris Bey'in de belirttiği gibi ortamda bir sorun olmasın diye müdahale etmiyor. Jüri ona göre bir soru sorabiliyor. Ona göre bir karar veriyor yani.

Murat SARIGÜZEL (Dinleyici):
Hocam teşekkür ederim. Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi TUBİM Müdürü Murat SARIGÜZEL. Hocam çok zevkliydi. Hepsini kaçırmadan dinledik.

Nokta atışı şeklinde sormak isterim öncelikle Ali Hocama. Hocam dinlediğim kadarıyla "brave witness" bizde herhangi bir olay olduğunda ona tanık olan veya onunla ilgili bir bilgisi olan sıradan bir tanıkken, bizim polis olarak bilgisine görgüsüne başvurduğumuz insanlarken; "expert witness" uzman. Şimdi orada fecaat olaylar vardı. Yani 20 çocuğun ölümünden sorumlu tutulan anneler babalar, o arada alanı dışında rapor yazılmışsa bu bilirkişilerin böyle hataları çıktığı zaman ne tür cezalara çarptırılıyor? Kıbrıs'ta 2 sene infaz görevliliği yaptım. Bilirkişi problemi sürekli olarak kriminal laboratuvarlara analizler gönderilir, mahkemelere o analizleri yapan insanları Türkiye'den götürürdüm, o insanlar da şunu derdi hocam; "bizim böyle bir makinemiz var, onun başına geçiyoruz, o analizleri yapıyoruz, sonuç budur" diye ve bunu dedikten sonra çıkardı, bunun mahkemeleri çok uzattığını düşünürdüm Kıbrıs konusunda.

Hırvatistan konusunda bu uyuşturucu profillerinin biz de ara ara çalıştık çok özel bir projedir. Kriminal Daire Başkanlığı laboratuvarı ilk senede profilleme konusunda %11 başarı geliştirdi, çok büyük bir başarıdır. Sizde de profilleme çalışmalarını gördüm, sizdeki başarı nedir yüzde olarak? Azerbaycan laboratuvarlarında uyuşturucu analizlerini çok yapıyoruz, en çok madde uyuşturucu dediniz. En çok şu sıralar hangi maddeyi yapıyorsunuz? Metamfetamin ön planda mı? Yine dünyayı biz çok iyi takip ettiğimizi düşünüyoruz, burada sürpriz bir gelişme oldu hocam yanlış duymadıysam Etiyopya'da 1.8 ton bir kokain yakalanmasından bahsettiniz. O kokainin geldiği ülke hakkında bir bilginiz var mı? Teşekkür ederim.

Ali KOÇAK (Konuşmacı):
Şimdi ben soruyu unuttum bir daha tekrarlar mısın? Şaka yapıyorum tamam. Şimdi doğru maalesef o konuyla ilgili örnek vermiştim Dr. SMITH, kendisi pediatri doktoru ama forensic değil. Tabi bir de etik şeyler yapmamış ve tam alanı da olmadığı için. Özellikle de o Dr. SMITH ne yazık ki ceza almamış okuduğum kadarıyla söylüyorum, sadece işinden alınmış. Yani üzücü bir sonuç ama öyle.

Andrea LEDIC (Konuşmacı):
Okay about our profiling; I am not sure but we have increased. Because we have a good corporation. That's why I mentioned it. We have a good corporation with our expert who provided training for your expert as well.

TR: *Tamam, profil oluşturmamız hakkında; bir artışımız söz konusu. Çünkü iyi bir şirketimiz var. Bu yüzden değindim. Bu konuda uzmanınıza eğitim veren uzmanımızla iyi bir işbirliğimiz var.*

Zelalem Mengestea DEGENE (Konuşmacı):
The drug issues are very complicated. But if I say the country name you know there is a problem. But we are under investigation. But some of them they're West African countries. Transport to Latin America and India. That's the destination of the drug but we have already seen over 14 years a lot of cocaine and other drugs. That's why we are under investigation. I don't want to mention that country's name, sorry. Thank you very much but they're West African countries. Thank you.

TR: *Uyuşturucu sorunları çok karmaşık. Ama ülke adını söylersem sorun olur bilirsiniz. Ama soruşturmamız sürüyor. Bunlardan bazıları Batı Afrika ülkeleri. Latin Amerika ve Hindistan'a ulaşım sağlıyorlar. Bu maddenin gideceği yerler bunlar ama biz zaten görüyoruz. Bu nedenle soruşturma altındayız. Üzgünüm, o ülke adını açıklamak istemiyorum. Ama onlar batı Afrika ülkeleri. Çok teşekkür ederim.*

Cabir AHMET (Konuşmacı):
Teşekkür ederim. Azerbaycan ile ilgili sorunuza, izninizle ben cevap vereyim. Sorduğunuz hangi türden olan uyuşturucuydu? Bize gönderilen uyuşturuculardaki kesin olarak İran üretimi daha çok. Yani bildiğimiz sentetik uyuşturucular, eroin ve marihuana çoğunluğu teşkil ediyor.

Murat SARIGÜZEL (Dinleyici):
Metamfetaminin durumu nedir?

Cabir AHMET (Konuşmacı):
Yani şu anda istatistiksel olarak o veriler elimde yok ama…

Murat SARIGÜZEL (Dinleyici):
Metamfetamin de oluyor mu?

Cabir AHMET (Konuşmacı):
Oluyor tabi, bir de son zamanlarda "pati" diye tanınan metamfetaminin bir türü. İnsanları en çok zor duruma sokan da bu.

Hasan Kadir YILMAZTEKİN (Moderatör):
Şimdi bir açıklama yapma gereği duydum. Jüri yargılamasının olduğu ülkelerde, jürinin ikna edilebilmesi için "expert witness" dediğimiz kişiler mahkemeye çağrılıyor. Çünkü jüri üyeleri sokaktaki herhangi bir vatandaş. Suçun olup olmadığına onlar karar veriyor ama suçun kişiselleştirilmesine mahkeme karar veriyor. O yüzden böyle bir fark var. Bizim ülkemizde de yani hâkimlerimiz bilirler, gerek görürse hâkim bilirkişiyi duruşmaya çağırıp sözlü ifadesini de alabilir. Buna kanuni bir engel yok. Sadece bizde raporlar düzgün yazıldığı için yani açıklayıcı olmadığı zaman ek raporla giderildiği için çağrılmıyor ve jüri sistemi olmadığı için de genelde sözlü olarak dinlenmiyor, öyle bir fark var.

Süleyman Serhat GÜRPINAR (MODERATÖR):
Sayın katılımcılar biraz geç başladığımızdan dolayı bitiş saatimiz aslında 18:00 idi, saat şu anda saat 19:15. Ben müsaade ederseniz katılımcılara teşekkür edip bitirmek istiyorum. Eğer özel sorusu olan varsa dışarıda sorabilir. Tekrar organizasyon komitesine teşekkür ediyorum.

3.GÜN

1. OTURUM

MALULİYET VE BİLİRKİŞİLİK

MALULİYET VE BİLİRKİŞİLİK OTURUMU



Hikmet Ergün DÜLGER (Moderatör):
Günaydın tekrardan herkese, hoş geldiniz. Biraz gecikmeli oldu bu toplantı kusurumuza bakmayın. Konular çok güzel, konuşmacılar da çok hoş şeyler söyleyince kesmek istemedik. Zannediyorum bu toplantıda yeterince zamanımız var. Her ne kadar şuan bir konuşmacımız eksikse de biz başlayalım, o intikal edecektir diye düşünüyoruz.

İlk konuşma ‘’Maluliyet ve Engellilik ile İlgili Çelişkilerin Değerlendirilmesi” ile ilgili. Bundan önce Mustafa Hocamızın maluliyetle ilgili bir bilgi paylaşımı var. Eğer bunları hepimiz dinlersek çok faydalanacağımızı düşünüyoruz. Buyurun hocam.

Mustafa OKUDAN (Moderatör):
Değerli katılımcılar, herkese günaydın. Bu oturumda konuşacağımız maluliyet bahsi, çalışmalarımızın zor ve önemli konularından birini oluşturmaktadır. Maluliyet dosyaları çelişkili sonuçların en fazla ortaya çıktığı dosyalardır. Adli Tıp Kurumunun yanında Üniversitelerin adli tıp anabilim dalları, eğitim ve araştırma hastaneleri, Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Müdürlüğü Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulu tarafından maluliyet oranı tayini yapılmaktadır.

Çoğu zaman amputasyon gibi tam organ kaybı durumları hariç tutulduğunda genel olarak farklı maluliyet oranları ortaya çıkmakta, daha sonra bu çelişkilerin giderilmesi Adli Tıp Kurumu’ndan istenmektedir. Maluliyet dosyalarının sayısında yıllara göre tabii olarak bir artış meydana gelmekte, bunun yanında çelişkili olan dosyaların da tekrar geldiği durumlar dikkate alındığında Adli Tıp Kurumu’nda çok önemli bir dosya birikimi ortaya çıkmaktadır. Bilindiği gibi Adli Tıp Kurumu’nda maluliyet dosyalarının karara bağlanması ile ilgili Üçüncü Adli Tıp İhtisas Kurulu yetkilidir. Bunun dışında Başkanlar Kurulunun yetkilendirdiği İkinci İhtisas Kurulu da Ticaret Mahkemelerinden gelen maluliyet dosyaları konusunda mütalaalar düzenlemektedir. Ayrıca İkinci Adli Tıp Üst Kurulunda maluliyet dosyaları ile ilgili itirazlar değerlendirilmektedir.

Adli Tıp Kurumu mevcut dosya yükünün üstesinden gelebilecek tecrübeli elemanlara sahiptir. Bu alanda sürekli bir şekilde Adli Tıp Kurumu ihtiyaçlarını karşılamak için personel altyapısını güçlendirmektedir. Bu konuda bakanlığımızın çok önemli katkıları bulunmaktadır.

Normal şartlar altında bahse konu dosyaların önemli bir kısmının gerek Üçüncü Adli Tıp İhtisas Kuruluna, gerekse Üst Kurula gelmemesi gerektiğini düşünüyoruz. Yani gelmemesi sağlanabilir mi diye sesli olarak düşünüyoruz. Örneğin; engellilik yönetmeliğine göre saptanmış maluliyet oranı ile meslekte kazanma gücü kaybı tespit işlemleri yönetmeliğine göre tayin edilen maluliyet oranları arasındaki çelişkinin giderilmesi isteği ile gönderilen yüzlerce dosya bulunmaktadır. Mahkemeler açısından bakıldığında bu çelişkinin giderilmesi gerekiyor olabilir. Ancak bu iki farklı yönetmelik maluliyet oranı tayininde farklı kriterler kullanılmasını öngördüğünden aradaki çelişkinin giderilmesinin mümkün olmadığı, daha doğrusu bu iki yönetmeliğe göre hesaplanmış maluliyet oranı rakamları arasında çelişkiden bahsedilemeyeceği açıktır.

Bunun yanında Üçüncü İhtisas Kurulunun düzenlemiş olduğu

mütalaalarda değerlendirmeye alınmış olan diğer kurum ve kuruluş raporlarıyla oluşturulan ihtisas kurulu mütalaası arasında çelişkiden bahsedilerek gönderilen dosya sayısı azımsanmayacak kadar çoktur. Adli Tıp Üst Kurullarına dosyanın nasıl yönlendirilebileceği mevzuat açısından açık bir şekilde belirtilmiş olmasına rağmen bu şartları karşılayamayan birçok dosyanın da üst kurula geldiği görülmektedir. Ayrıca hiçbir gerekçe gösterilmeden tarafların isteği doğrultusunda ''bir de üst kurulda görüşülsün'' isteği ile gelen birçok dosya bulunmaktadır. Bu gelen dosyalar sebebiyle Adli Tıp İkinci Üst Kurulu adeta bir ihtisas kurulu şeklinde çalışmaya başlamıştır. Bu sürdürülebilir bir durum değildir. Bu konu ile ilgili neler yapılabilir diye düşünmek istiyoruz.

Adli Tıp Kurumu, Adalet Bakanlığı tarafından kurulmuş resmi bir bilirkişilik kurumudur ve şüphesiz yargının hizmetindedir. Bu görevini de en iyi şekilde yapmanın gayreti içindedir. Amacımız hiçbir zaman yargı mensuplarına ve yargı sistemine eleştiri getirmek değildir. Ya da Adli Tıp Kurumuna daha fazla dosyanın gelmesini engellemek de değildir. Hedefimiz, bir dosyanın çok sayıda Adli Tıp Kurumuna geliş-gidişini engellemek, makul bir sürede mahkemelerce sorulan hususların cevaplarını vermek yanında yargı sistemimize daha yüksek kalitede standardize edilmiş, denetlenebilir, daha hızlı hizmet sunmak olduğunu belirtmek isteriz.

Bu yaşadığımız sorunlara çözüm olarak; geleceğe yönelik bakanlığımızın uygun görmesi halinde ve bakanlığımız koordinasyonunda, Yargıtayda maluliyet dosyalarının görüşüldüğü dairelerin yetkilileriyle ve maluliyet dosyalarının görüşüldüğü, karara bağlandığı İş Mahkemeleri, Asliye Hukuk ve Asliye Ticaret mahkemeleri hâkimlerinin ve Adli Tıp Kurumu ilgililerinin, üniversitelerde bu konu ile ilgilenen hocalarımızın katılımıyla yapılacak toplantıların sorunların çözümünde faydalı olacağı düşünülmektedir. Tabii ki bu hizmetin sunumu sırasında biz Adli Tıp Kurumu çalışanlarının da eksikleri olmadığını söylemek gerçekçi olmaz. Zaman zaman tarafımızca tespit edilen eksiklikler giderilmeye çalışılmaktadır. Yargıtay, mahkemeler ve adli tıp camiasının bulunduğu bu geniş katılımlı toplantıda Adli Tıp Kurumu ile ilgili tespitlerinizin, varsa eleştirilerinizin dile getirilerek katkıda bulunulması bizleri memnun edecektir. Herkese saygılar sunuyorum.

Hikmet Ergin DÜLGER (Moderatör):
Teşekkür ediyoruz hocam, dilinize sağlık.

Şimdi normal programımıza devam ediyoruz. ''Maluliyet ve Engellilik ile İlgili Çelişkilerin Değerlendirilmesi'' Sayın Nurettin Nezih ANOLAY hocamızı dinliyoruz.

Nurettin Nezih ANOLAY (Konuşmacı):
Evet arkadaşlar hoşgeldiniz günaydın.

Mustafa Hocamızın dediği gibi amacımız bir eleştiri tartışma değil, çözüm için buradayız. Çözüm için elimizden geleni yapacağız. Tabii yıllardır bu işi yaptığımız için çözüm önerilerimizin olması da gayet doğal oluyor. Bu konuda biz uzun bir sunum hazırladık. O yüzden bazı konuları hızlı olarak geçeceğim, detaylı bilgileri isterseniz kongre kitabında bulabilirsiniz. 15 dakikada yapabileceğimiz şekilde sunumu yapacağız.

Bunlar meslekte kazanma gücü kaybı, özürlülük oranı, çalışma gücü kaybı. Bunları ayrı ayrı izah etmiştik çoğunuz biliyorsunuz. Bu kavramların her biri ayrı bir özellikte, birbiriyle karışması mümkün değil. Kullanıldıkları alanlar da farklı, kullanılma amaçları da farklı, sonuçları da farklı ama bir kargaşadır gidiyor. Birisi özürlülük istiyor, birisi engellilik istiyor birisi şu tarihli kanundan yararlanın diyor, birisi çalışma gücü kaybı istiyor, birisi meslekte kazanma gücü kaybı istiyor, artık iyice karıştı. Yani Mustafa Hoca'nın da dediği gibi standart bir sorun gelmeli ki biz o soruya standart bir cevap verelim. Aynı dosyayı biz defalarca değerlendirmek ve özürlülüğe göre engelliliğe göre, meslekte kazanma gücü kaybına göre ayrı ayrı sonuçlar vermek zorunda kalıyoruz. Verdiğimiz sonuçlar da hiçbiri birbirinin aynısı olmadığı için de kendi içimizde de sanki bir çelişki varmış gibi geliyor ama değil.

Şimdi örneklerden bir tanesinde görüyorsunuz. Burada Bingöl Devlet Hastanesi %45 vermiş, SGK %32.2 vermiş sonra tekrar indirime gitmişler %17.6 vermiş sonra Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi de 90 gün geçici iş göremezlik demiş. Yani çok farklı. En son biz de buna %3.1 vermişiz. Ne kadar değişik görüyorsunuz değil mi? Şimdi buradaki çelişkinin nedenlerinden birisi, bizim o olaya göre bu sonucu vermemiz ve o tarihte geçerli yönetmeliğe göre vermemiz nedeniyle ve kendimiz bizzat görerek, aynı anda hem ortopedi hem nöroloji hem dâhiliye uzmanlarıyla birlikte vakayı görerek biz o anda değerlendiriyoruz. Fakat diğer yerleri kötülemek istemiyorum ama oradan buradan gelen raporları toplayıp bir sonuca varmaya çalışıyorlar. Hâlbuki biz kendi gözümüzle görüp orada sonuca varıyoruz. Mesele bundan ibaret. Bir de demin söylediğim gibi özürlülük farklı, engellilik farklı, çalışma gücü meslekte kazanma gücü farklı kavramlar.

Diğer örneği verelim, bakın burada da Batman %33 demiş, Kocatepe %22 demiş, Rize tekrar farklı… Bu ateşli silah yaralanması. Burada ateşli silah yaralanmasında bir engellilik, özürlülük durumu yok arkadaşlar. Burada bir travma var, karşısında bir meslekte kazanma gücü kaybı var. Özürlülük ve engellilik herhangi bir işe girişte, herhangi bir devlet yardımından indirimli olarak yararlanmakta ya da bir maaş bağlanmasında ilgili olan bir şey. Ateşli silah yaralanmasında niye uygulayalım çok anlamsız bir soru. Biz bunu incelemişiz ve %27.2 oranını vermişiz. Bizimki en doğrudur demek istemiyorum ama sonuçta bizim yaptığımız iş doğru. Tekrar bize bunun çelişki nedeniyle gelmesi, mahkemeyi ikna edemiyoruz demektir. Ancak belki bu tür kongrelerde sunduğumuz örneklerle belki anlatabiliriz diye uğraşıyoruz ama maalesef pek hukukçular da kalmadı bugüne kadar, umarım hâkim ve savcılarımız buradadırlar ve bu konuşmamıza iştirak ederler.

Evet, bir örnek daha veriyoruz; bu örnekte de bir yaralanma, kesici delici alet yaralanması. Buna da %25 verilmiş bir engellilik. Bu da saçma çünkü kesici delici aletten nasıl engellilik…%25 kimsenin işine yaramadığı gibi nerede kullanacak yani bunu? Tazminat almak için kullanamaz, bir yerden ucuz bir şey almak indirim almak için kullanamaz, işe girmek için belki kullanabilir bu şekilde ama bu onun işine yarayacak bir şey değil. Burada bizim meslekte kazanma gücü kaybına yönelik bir rapor düzenlememiz gerekiyordu. Haseki'nin ve İstanbul Üniversitesi'nin muayene verileri var, biz bunu değerlendirdik ve %11 oranında bir meslekte kazanma gücü kaybı bulduk.

Şimdi maluliyet kavramı çok geniş bir kavram, biliyorsunuz engelliyi içine alıyor, meslekte kazanma gücü kaybını içine alıyor, çalışma gücü kaybını içine alıyor. Böyle bir soru geldiğinde bazen biz 3'lü sonuç veriyoruz. Yani şu kadar engellidir, şu kadar meslekte kazanma gücü kaybı vardır. Bu şekilde olunca işimiz de uzuyor. Yani net bir soru gelmesi lazım ki biz de net bir cevap verelim.

Bir örnek daha var. Örnekler çok, onların üzerinden gideceğiz. Burada da aynı şekilde parçalı kırıkta SSK %0 maluliyet vermiş, biz daha sonra muayene etmişiz diz hareketlerinde kısıtlılık bulmuşuz ve bunun karşılığında da %19.2 oranını vermişiz. Daha sonra bir muayenesi daha varmış Şişli Etfal Eğitim Hastanesi'nde. Biz en sonunda bunun ayak bileğindeki hareket kısıtlılığının daha baskın olduğunu ve travmaya uygun olduğunu bularak %14 olarak oran vermişiz.

Bunların bir kısmı da bizim kurumda muayene etmemizin mümkün olmadığı vakalar. 3200 vakanın geldiği bir yerde herkesi tek tek muayene etmemiz mümkün değil. Biz onları en yakın bir tam teşekküllü hastaneye gönderiyoruz, orada muayeneleri yapılıyor ona göre biz sonuç veriyoruz. Daha sonra biz muayene ettiğimizde sonuç farklı olabiliyor. Yani her birinin kurumda muayene edilmesi maalesef mümkün değil bu şartlarda siz de takdir edersiniz ki.

Evet, şimdi başka bir örneğe geçiyoruz, Bursa Devlet Hastanesinde… Bu oranlar yanlış demiyorum dikkat edin, farklılıklar var çünkü herkesin kendi misyonu vs var. Bursa Devlet Hastanesi ne yapacak? Engellilik verecek çünkü onların statüsünde sağlık raporu ve engellilik raporu üstünde durulmuştur. Burada SGK Kurul raporunda %60'ını kaybetmediği deniliyor diğer yerde ise %69 oranı verilmiş, çelişki gibi geliyor değil mi? Değil aslında biri engellilik oranı diğeri çalışma gücü kaybıyla ilgili. Farklı kavramlar zaten bunlar. Yani bunu bir hukukçu gördüğünde "yakaladım çelişkiyi" diyor. Hâlbuki burada çelişki yok. SSK Genel Müdürlüğü'nden oran alınıyor tekrar %52, bizden de %60'ını kaybetmiş olduğu şeklinde bir rapor çıkıyor.

Arkadaşlar burada bizim önemli olarak dikkat ettiğimiz husus "dava neden açılmış, davayı kim neden açmış, niçin" Bu dava dilekçesinde mevcuttur. Dava dilekçesinde diyor ki 'ben emekli olmak istiyorum'. Belli yani çalışma gücü kaybını soruyor. Ama avukatlar da, araya giren başka kurumlar da olayı meslekte çalışma gücü kaybına, engellilik oranı kaybına doğru değişik mecralara doğru sevk ediyorlar. Aslında oradaki ilk dava açılış dilekçesinde bunlar yazılı, biz bunu bildiğimiz için ilk önce ona bakıyoruz.

Evet, bir başka örneğe geliyoruz. Burada da görüyorsunuz bir yaralanma var ve ameliyat edilmiş. İş kazası, üzerine vinç düşmüş ve engel oranı %50 diye bir oran verilmiş. SSK buna %3.3 oran vermiş, bize gelmiş tabi bizde de hem omurgadaki hem safra kesesindeki durumlardan hareketle oranı %12.1 olarak verilmiş. Yani bu oranlar birbiri ile çelişkili değil aslında. Farklı zamanlarda farklı kişiler tarafından yapılan farklı değerlendirmelerin sonucu ortaya çıkmış oranlardır. Tabi bizimki nihai bir merci olduğu için biz çok daha dikkatli oluyoruz ve birlikte karar veriyoruz bu orana ulaşıyoruz.

Burada şöyle bir şey var, Ankara 27. Asliye Hukuk Mahkemesinin bir kararı var, diyor ki 'Şu tarihler arasında buna göre, bu tarihler arasında şuna göre karar verin'. Yani şimdi üçünden de farklı bir oran çıkacağı gün gibi ortada. Ama böyle bir şey olduğu zaman hangisi ile olacak, bize 'şu tarihli şu sayılı yönetmeliğe göre yapın' diye sormaları lazım. Bize sorulma şeklini görüyorsunuz, net bir şey yok. Şimdi olay tarihi mi geçerli yoksa dava açma tarihi mi geçerli hangisine göre yapacağız oldukça karışık bir durum. Biz bu durumda ne yapıyoruz, hepsine göre ayrı ayrı cevap verebiliyoruz. Şuna göre bu, buna göre bu şeklinde çok değişik sonuçlar ortaya çıkabiliyor. Ankara Üniversitesi %8 vermiş ondan sonra %37 olmuş daha sonra bizde ilk muayenesi var, bakın tek tek bunları birlikte yapıyoruz nöroloji uzmanı ile ortopedi uzmanı ile birlikte yapıyoruz. Bizde çıkan raporda da trafik kazasına bağlı %5 oranında bir maluliyet verilmiş bu da omzundaki hareket kısıtlılığının takdiri ile. Şimdi 6'da 1 oranı nasıl, şimdi omuz hareketi 180 derece, eğer bu şahısta 30 derecelik bir hareket kaybı varsa 180 derecenin 6'da 1'i diyoruz, bu şekilde bir takdir yapıyoruz.

Bir başka örnek, bunda da itirazlar doğrultusunda, bakın bize yapılan itirazlar doğrultusunda düzenlenmesi diyor, herkes farklı bir itiraz yapıyor. Davalı taraf ayrı bir itiraz ediyor dava açan taraf ayrı itiraz ediyor. İkisinin aynı şekilde itirazı olması mümkün değil. Şimdi bu soru bizim için esas çelişkili olan bu. Çelişki buradan kaynaklanıyor, sorudan kaynaklanıyor. Bu sorunun bize net olarak sorulması lazım, hem davacının hem davalının itirazına göre rapor düzenlersek bu rapor herhalde bir kitapçık kadar olur. Çoklu itirazlar oluyor genelde. Şimdi ortada bir kaza yok, bir iş kazası trafik kazası yok; burada engellilik oranı hiçbir işe yaramaz arkadaşlar hukuken. Bu sadece bu kazaya bağlı engellilik, bu oran o kişinin hiçbir işine yaramaz. Maalesef bizden istendiği için biz bu yönde rapor sunmak zorundayız. Tekrar edeyim biz bir eleştiri için, yanlışları ortaya koymak için değil doğruyu en kısa yöntemle ortaya çıkarmak için çalışıyoruz.

Bir başka örnek, burada da görüyorsunuz maluliyet oranı isteniyor. SSK %7.2 oranını veriyor, bizde de tek tek muayeneleri var bakın özellikle yazdım. Yani bizim istediğimiz muayene stilleri yönetmeliğe uygun muayene stilleri. Yani zaten o şekilde yapmazlarsa tek taraflı muayene ederlerse biz onun sonucunu veremeyiz. Çünkü iki taraflı mukayese olmasının bizde nedeni budur. Diğer tarafın travmaya maruz kalmadığını sağlam olduğunu genellikle düşünüyoruz. Tabi o taraf da bir travmaya maruz kalabilir. Ama bütün bu verilerin gönderilmesi de mahkemenin inisiyatifindedir.

Bakın burada Marmara Üniversitesi Hastanesi'nin bir raporu var yine daha sonra bizim yaptığımız tahlilde bunun birinci parmak hareket kısıtı karşılığı %16, bu meslekte parmak katkısından dolayı böyle yüksek çıkmış her meslekte parmak katkısı farklıdır.

Evet, bir başka örnek, burada da görüyorsunuz, yine mahkeme bu tarihler arasında bunu, bu tarihler arasında bunu yapın demiş bize ve biz de mahkemeye buna göre bir oran vermişiz. Burada %0. Şimdi %0'ın o tarihte de bu tarihte de başka bir tarihte de değişmesi mümkün olmayan bir oran olduğunu takdir edersiniz ama bu %0'ı biz veriyoruz 2013'e göre yazmışız 'hayır bunu 2008'e göre yazın' gene %0 oluyor… Engelliye göre yazın gene %0 oluyor. Yani 0'ın daha altı eksi bir oran olsa onu vereceğiz ama maalesef yok. Yani %0 olan bir şeyi çelişkiye neden olarak geri gönderilmesi, talep edilmesi bence saçma, yani bana ait bir görüş bu, kurumumuzu bağlamayalım bu arada. Örnekler böyle sürekli gidiyor arkadaşlar.
Her bir örnekte ayrı ayrı anlattım. Kongre kitapçığında da olacak.

ÇELİŞKİ ÖRNEĞİ 1

- **KONU-İSTEK:** Raporlar arasındaki çelişkinin giderilerek maluliyet oranı hususunda Üst Kurul tarafından rapor düzenlenmesi

➢ **Bingöl Devlet Hastanesinin 27/10/2016 tarih ve 2855 sayılı raporunda;** Kafa travması + sol hemiparezi. Kişinin engeli: %45 olduğu,

➢ **Sosyal Güvenlik Kurumu Ankara Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğünün 25/01/2017 tarih ve 000577 karar sayılı raporunda;** Gr11 VII(19…57)A %65x3/5=%39. 39x0.8=%32.2, Sürekli İş Göremezlik Derecesi E Cetveline Göre %32.2, yardıma muhtaç olmadığı, 01/10/2018 tarihinde kontrol muayenesi gerektiğine karar verildiği,

➢ **Sosyal Güvenlik Kurumu Ankara Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğünün 10/09/2018 tarih ve 06147 karar sayılı raporunda;** Bu bulguları C5-C6 kök hasarı ile uyumlu değerlendirildi. Sol elde yaygın kas rijiditesi ve buna bağlı olarak ağrı ve kuvvet kaybı mevcut. Eklem hareket açıklığı muayenesi: omuz fleksiyon 45/60, ekstansiyon 20/30, abduksiyon 45/55, adduksiyon 40/45, dirsek, el bileği ve parmaklar normal, kas güçleri omuz fleksiyon, ekstansiyon, abduksiyon 3/5, dirsek fleksiyon, ekstansiyon 3/5. Karar: Azalma kaydıyla Gr11 VII(19…40)A %44x1/2 = %22x0.8 = %17.6,

➢ E cetveline göre %19.2 MKGKO olduğu, yardıma muhtaç olmadığı, kontrol muayenesi gerekmediğine karar verildiği, **Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalının 14.04.2020 tarih ve 1145 sayılı raporunda:** Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon konsültasyonunda ve çekilen EMG'de motor-duyu defisiti olmadığı, eklem hareket açıklığının tam olduğu saptanmış olup buna göre; 30 Mart 2013 tarih ve 28603 Resmi Gazete sayılı Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik'e göre; Maluliyet oluşturacak bir sekel olmadığı, Şahsın gerçekleşen iş kazası neticesinde 90 (doksan) gün süre ile geçici iş göremezlik süresi içerisinde olacağı kanaatine varıldığı,

- ***Adli Tıp Kurumu Adli Tıp Üçüncü İhtisas Kurulunun 05/04/2021 tarih ve 6097 karar numaralı Mütalaasında;*** *(Karlıova Asliye Hukuk Mahkemesinin 19/02/2021 tarih ve 2016/138 sayılı yazısına istinaden düzenlenmiş.)*
- *Mevcut tıbbi belgelere ve muayene bulgularımıza göre;*
- *Kendisinde bünyesel skolyoz ve göğüs kafesi deformitesi bulunan xxxxxxxxxxoğlu 12.01.1974 doğumlu xxxxxxxxx04.05.2016 tarihinde maruz kalmış olduğu iş kazasına bağlı sol aksiller sinirde hafif hasar arızası nedeniyle 11.10.2008 tarih ve 27021 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği hükümlerinden yararlanılarak ve meslek grup numarası Grup 11 (onbir) alınarak:*
- *Gr11 VII(19D……15) A %19 x 1/5 x 4/5 (sol taraf) = %3.04*
- *E cetveline (yaşına) göre %3.1(yüzde üçnoktabir) oranında meslekte kazanma gücünden kaybetmiş sayılacağı,*

ÇELİŞKİ ÖRNEĞİ 2

- KONU-İSTEK: Raporlar arasındaki çelişkinin giderilerek maluliyet oranı hususunda 2. Üst Kurul tarafından rapor düzenlenmesi,
- Batman Bölge Devlet Hastanesi'nin 04/12/2014 tarih 876431 nolu raporunda, sağ böbrek nefrektomi oran %10, tedavi ile işlevsellikte kısmi düzelme olup stres tepki ve uyum bozukluğu oran %25, tüm vücut fonksiyon kaybı oranının %33 olduğu,
- Kocatepe Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezi'nin 21/09/2016 tarih 8751 nolu raporunda, bekçi (benzeterek), sürekli iş göremezlik durumuna girdiği 27/09/2014, ateşli silah yaralanması sağ nefrektomi, maluliyetinin Gr9 XI 4, 25 K %25 E=22.2 olduğu,

- *Adli Tıp Kurumu Adli Tıp Üçüncü İhtisas Kurulunun 29/04/2019 karar tarih ve 7591 karar numaralı Mütalaasında;*
- *Mevcut belgelere göre,*
- *Mehmet Ali oğlu, 1984 doğumlu, Eyyüp Gürbüz'ün 04/06/2014 tarihinde maruz kaldığı ateşli silah yaralanmasına bağlı;*
- *1-) Sağ böbrek grade 5 ve kalın barsak yaralanması nedeniyle **Adli Tıp Kurumu Adli Tıp Üçüncü İhtisas Kurulunun 29/04/2019 karar tarih ve 7591 karar numaralı Mütalaasında**;*
- *Mevcut belgelere göre,*
- *xxxxxxxxxoğlu, 1984 doğumlu, xxxxxxxx04/06/2014 tarihinde maruz kaldığı ateşli silah yaralanmasına bağlı;*
- *İyileşme (iş göremezlik / iş ve güçten kalma) süresinin olay tarihinden itibaren 3 (üç) aya kadar uzayabileceği*
- *Geçici iş göremezlik süresi sonundan itibaren mevcut bulgulara göre kalıcı olduğu değerlendirilen sağ nefrektomi ve işlevselliği hafif düzeyde bozan TSSB arızası nedeniyle*
- *Olay tarihinde yürürlükte olan 11.10.2008 tarih ve 27021 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği hükümlerinden yararlanılarak ve meslek grup numarası bildirilmemekle Grup 1 kabul olunarak:*
- *Gr9 XI(4Aa.....25) K %25*
- *Gr9 I(16Aa.....45) K %45x1/7= %6.42*
- *Balthazard formülüne göre %29.81*
- *E cetveline (yaşına) göre %27.2 (yüzdeyirmiyedinoktaiki) oranında meslekte kazanma gücünden kaybetmiş sayılacağı,*

ÇELİŞKİ ÖRNEĞİ 3

- KONU-İSTEK: Raporlar arasındaki çelişkinin giderilmesi,

➢ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 12.4.2016 tarih, 3534 sayılı engelli sağlık kurul raporunda; Engele ilişkin Klinik Bulgular, Radyolojik Tetkikler ve Laboratuvar Bilgileri geçirilmiş batın operasyonu cerrahi kanaati, DKAY nedeniyle laparotomi, 2 adet ince barsak reparasyonu insizyonel herni ve rektus diyastazı(%15), odio bilateral çok hafif iletim tipi işitme kaybı(%2),distimik bozukluk(%10), kişinin engel oranı : %25(yüzde yirmibeş), engelli sağlık kurulu raporunun sonucu, DKAY nedeniyle laparotomi, ince barsak reparasyonu, insizyonel herni ve rektus diyastazı+ odyo bilateral çok iletim tipi işitme kaybının olduğu, Ağır Engelli: Hayır,

➢ *Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulunun 06.06.2018 tarihli ve 10105 karar nolu mütalaasında;*

- *Gültekin oğlu 1976 doğumlu UĞUR ADAK'ın 23.09.2014 tarihinde maruz kaldığı yaralanmaya bağlı arızası sebebiyle 11.10.2008 tarih ve 27021 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Çalışma Gücü Kaybı oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği hükümleri muvacehesinde fonksiyonel araz bırakmadığından sürekli maluliyet tayinine mahal olmadığı,*
- *İyileşme (iş göremezlik) süresinin 23.09.2014 tarihinden itibaren 8(sekiz) aya kadar uzayabileceği oy birliği ile mütalaa olunduğu,* ***Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 12.2.2018 tarih, 7946 sayılı raporda;*** *Yapılan muayenesinde karın ön duvarında 35-40 cm'lik gam güm kesi olduğu, sol posterolateral lomber bölgede 4-5 cm lik insizyon skarı olduğu, hastanın dış merkezde yapılan tomografisi ve hastanemizde yapılan yorumu ekte olduğu, hastanın dış merkezde yapılan kolonoskopisinin de ekte olduğu,*
- ***İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalının 25.09.2018 tarihli, 336/2018 sayılı raporunda;*** *14.09.2018 tarihinde yapılan genel beden muayenesinde; sol lomber ve göbek bölgesinde olaya ve geçirdiği ameliyatlara bağlı nedbeler, halen insizyonel hemi ve rektus diyastazı mevcut olduğunun tespit edildiği,* ***Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulunun raporda;***
- *olay tarihinden itibaren 12 (oniki) aya kadar uzayabileceği ve bu süre zarfında kişinin % 100 (yüzde yüz) oranında geçici iş göremezlik ve başkasının bakımına muhtaç olma durumunun söz konusu olduğu,*
- *03.08.2013 tarihli Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği Hükümleri 'ne göre; kişinin kalıcı iş göremezlik (maluliyet) oranının hesaplanmasında; kişinin meslek grup numarası grup 1 (bir) olarak alındığında, kişinin hali hazır durumu itibariyle; 23.09.2014 tarihinde maruz kaldığı kesici-delici alet batın içi yaralanması sonucu vücudunda meydana gelen insizyonel hemi (fıtık) ve rektus diyastazı (batın ön duvarı harabiyeti) bağlı ameliyat ve plastikle düzeltilemeyen hafif derecede evantrasyon (ince bağırsakların bir kısmının kazanılmış nedenlerle batın boşluğu dışına çıkması) arızasının;*
- *Gr1 XI (1a 7) A % 11*
- *E cetveline göre olay tarihindeki 38 (otuz sekiz) yaşına göre; % 11 (yüzde bir) oranında sürekli (kalıcı) iş göremezlik (maluliyet) durumunun söz konusu olduğu.*

ÇELİŞKİ ÖRNEĞİ 4

- KONU-İSTEK: Raporlar arasındaki çelişkinin giderilerek maluliyet oranı hususunda Üst Kurul tarafından rapor düzenlenmesi.
- Adli tıp raporunda müvekkilin 30.04.2015 tarihinde geçirmiş olduğu iş kazası nedeniyle yapılan tıbbi tahlil ve tetkikler incelenmiş ve meslekte kazanma gücü kaybı %14 olarak belirlenmiştir. Raporda belirtilen rapor müvekkilde iş kazası sebebiyle meydana gelen arızaya göre çok düşük olarak tespit edilmiştir.
- Bununla birlikte belirtmek isteriz ki; hukukumuzda kişilerin iyileşme süreleri ve maluliyet oranları Yargıtay uygulaması ile de kabul edildiği üzere zarara sebep olan olayın gerçekleştiği tarihte yürürlükte olan yönetmeliğe göre yapılması gerekir

➢ Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisinin 30/04/2015 tarih ve 1413538 protokol no'lu rapor fotokopisinin tetkikinde; şahsın yapılan muayenesinde: iş yaparken bacağı dönüp düştüğü, şahısların ilk önce iş kazası olmadığını, 2 gün sonra yakınları iş kazası olduğunu söyleyip başvurduğu, sağ kruriste angulasyon, palpasyonla ağrı, fx ? grafileri istendiği, parçalı tibia ve fibula fx tespit edildiğine **Sosyal Güvenlik Kurumu İstanbul Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğünün 25.02.2016 tarih, 696 karar nolu raporunda;** "İş Kazasının Olduğu Tarih: 30.04.2015, Sürekli İş Göremezlik Durumuna Girdiği (Çalışır) Tarih ve Dayanağı Olan Belge: 06.11.2015 çalışır Bursa Devlet Hastanesi 05.11.2015-4 e-rapor, Sürekli İş Göremezlik Derecesine Esas Teşkil Eden Sağlık Kurulu Raporları: 19.01.2016-1106/87 Çekirge Devlet Hastanesi Sağlık Kurulu Raporu, Maluliyet gerekmez %0 Sürekli İş Göremezlik Derecesi %0 olduğu, yardıma muhtaç olmadığı, kontrol gerekmediği" bildirildiği;

➢ **Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulunun 28.03.2017 tarih, 25/3986 karar sayılı raporunda;** "30.04.2015 tarihinde geçirmiş olduğu iş kazası nedeniyle maluliyet oranının, Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği çerçevesinde düzeltme kaydıyla;

➢ *Gr4 XII (22……15) J 17 E Cetveline göre* ***% 19,2*** *(on dokuz virgül iki) olduğu, başka birinin sürekli bakımına muhtaç durumda olmadığı, kontrol muayenesi gerekmediği"* bildirildiği;

➢ **Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesinin 09.03.2021 tarih, 650 protokol numaralı muayene tedavi sonuç belgesinde;** Muayene Bulguları: **sağ ayak bilek** dorsifleksiyon 5, **sol:** 20 derece, **sağ diz** fleksiyon 140 derece **sol diz** 165 derece, her iki ayak plantar fleksiyon ve eversiyon/inversiyon eşit, her 2 ayakta topuk ve parmak ucunda yürüyebiliyor, periferik ölçümde her 2 baldır arasında fark yok.

➢ ***Adli Tıp Kurumu Adli Tıp Üçüncü İhtisas Kurulunun 01/09/2021 karar tarih ve 15679 karar numaralı Mütalaasında;***

➢ *Mevcut belgelere göre;*

➢ *.....oğlu, 08.04.1965 doğumlu .....in 30.04.2015 tarihinde maruz kaldığı iş kazasına bağlı;*

➢ *1-)Sağ ayak bilek ekleminde hareket kısıtlılığı arızası nedeniyle*

➢ *a)Olay tarihinde yürürlükte olan 11.10.2008 tarih ve 27021 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği hükümlerinden yararlanılarak ve meslek grup numarası bildirilmemekle Grup 4 (dört) olarak bildirilmekle;*

➢ *Gr4 XII(28Aa……10)J %12*

➢ *Geçici iş göremezlik süresi sonundan itibaren E cetveline (yaşına) göre %14.0 (yüzde ondört nokta sıfır) oranında meslekte kazanma gücünden kaybetmiş sayılacağı,*

➢ *b)Aynı yönetmelik çerçevesinde başka birisinin sürekli bakımına muhtaç durumda olmadığının oy birliği ile mütalaa olunduğu,*

ÇELİŞKİ ÖRNEĞİ 5

- KONU-İSTEK: Raporlar arasındaki çelişkinin giderilerek 28/09/2021 tarihli Maluliyet ve Çalışma Gücü Kaybı Tespiti İşlemleri Yönetmeliğine göre maluliyet oranı ve maluliyet başlangıç tarihi hususunda 2. Üst Kurul tarafından rapor düzenlenmesi,

➢ Bursa Devlet Hastanesinin 04/08/2009 tarih, 2418 numaralı Özürlü Sağlık Kurulu Raporunda; KBB: sağır, dilsiz, işitme engeli %100, TVF kaybı: %52 konuşma engeli %100 TVF: 35 özür durumuna göre tüm vücut fonksiyon kaybı oranı: %69 olduğu,

➢ Sosyal Güvenlik Kurum Başkanlığı Bursa Bölge Sağlık Kurulunun 22/12/2017 tarih, 2017-2921-016-01 sayılı Maluliyet Tespit Kararında; İncelenen Sağlık Kurul raporları: Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi 21.11.2017 tarih 4015 sayılı rapor, Karar; Adı geçenin çalışma gücünün en az %60'ını kaybetmediği,

➢ Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Emeklilik Hizmetleri Genel Müdürlüğü Maluliyet ve Sağlık Kurulları Daire Başkanlığının 28/05/2018 tarih, 20181600559 sayılı Maluliyet Tespit Kararında; İncelenen Sağlık Kurulu Raporları: Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesini 21/11/2017-4015, Karar; Adı geçenin 5510 sayılı Kanunun 28. maddesine istinaden Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği'nin 13. maddesi gereğince oranının %52 olduğu, kontrol muayenesi gerekmediği, ***Adli Tıp Kurumu .....Kurulunun 2..... karar tarih ve ..... karar numaralı Mütalaasında;***

➢ *.....hakkında düzenlenmiş adli ve tıbbi belgelerde bildirilen veriler İkinci Üst Kurulca tekrar değerlendirildiğinde;*

➢ *....., 01/10/1974 doğumlu .....doğuştan olan işitme ve konuşma engeli nedeniyle 03/08/2013 tarih ve 28727 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği Hükümleri gereğince çalışma gücünün en az %60'ını kaybetmediği, ancak kişinin Özel Patonet Patoloji ve Sitopataloji Laboratuvarının 31/05/2019 tarihli patoloji raporuna göre invaziv meme karsinomu tanısı nedeniyle aynı yönetmeliğin E-28. maddesi gereğince çalışma gücünün en az %60 (yüzde altmış)'ını kaybetmiş olduğu, teşhis tarihi olan 31/05/2019'dan itibaren 18 ay süreyle malul sayılması gerektiği,*

➢ *18 ay sonunda hastalığının remisyona girip girmediği, metastaz veya nüksünün olup olmadığının tespiti durumunda yeniden değerlendirilebileceği,*

➢ *Aynı yönetmelik çerçevesinde başka birisinin sürekli bakımına muhtaç durumda olmadığının oy birliği ile mütalaa olunduğu,*

ÇELİŞKİ ÖRNEĞİ 6

- KONU-İSTEK: Raporlar arasındaki çelişkinin giderilerek maluliyet oranı hususunda .....Kurul tarafından rapor düzenlenmesi,
- Yığılca İlçe Devlet Hastanesinin 24/04/2015 tarih 122 sayılı Genel Adli Muayene Raporunda; İş yerinde göğüs bölgesine makina parçası düştüğü, göğüs kafesinde fraktürle uyumlu deforme görünüm, sağ ön kolda 3x2 cm sıyrık, karında defans-rebound mevcut, aciliyeti nedeniyle fizik muayene yapılamadığı, göğüs ve karın bölgesinde yüksek enerjili travmaya maruz kaldığı
- Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin 24/05/2015 tarih 1196 sayılı Genel Adli Muayene Raporunda; Üzerine vinç düşen hasta iş kazası sebebiyle sevkli geldiği, karaciğerde kanaması olduğu, bilinç kapalı, entübe, karaciğerde kanama ve yırtılma olduğu, hastanın batını GAM-GÜM insizyon açık bir şekilde getirildiği,
- Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin 05/06/2015 tarih 708 sayılı Engelli Sağlık Kurulu Raporunda; İş kazası sonrası karaciğer laserasyonu gelişen hastaya sağ lobektomi ameliyatı yapıldığı, %70'e yakın rezeksiyon yapılan hasta sindirim sistemi tablo 7, sınıf 3, özür oranı: %50 olduğu, Teşhis: karaciğer ve safra kesesi yaralanması, Kişinin engel oranı: %50 olduğu, **Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Ankara Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü Kocatepe Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezinin 22/05/2017 tarih 003031 sayılı Sağlık Kurulu Kararında;** İş kazası tarihi ve yapılan iş: 24.04.2015, inşaat işçisi, Düzce Üniversitesi AUH 24.04.2015-09.05.2015 yatış-çıkış tarihli epikriz: travma nedeni ile karaciğer lobektomisi ve kolesistektomi operasyonu geçirdiği, karaciğer fonksiyon testleri normal, USG'de: karaciğer boyutları 12.4 cm olup ek patoloji saptanmadığı, Not: çalışma gücü ve meslekte kazanma gücü kaybı tespit işlemleri yönetmeliğinde karaciğer lobektomisi ile ilgili madde bulunmadığından hesaplamaya dahil edilmediği, Karar:
- Gr4 XI(2…..1)A, 5, E cetveline göre %3,3 meslekte kazanma gücü kaybı olduğu, yardıma muhtaç olmadığı, kontrol muayenesi gerekmediği, (Evantrasyon),
- **Adli Tıp Kurumu Adli Tıp Üçüncü İhtisas Kurulunun 11/10/2019 karar tarih ve 17506 karar numaralı Mütalaasında;**
- Geçici iş göremezlik süresinin olay tarihinden itibaren 3(üç) aya kadar uzayabileceği
- *Geçici iş göremezlik süresi sonundan itibaren lomber omurga transvers proces kırığı ve safra kesesi ameliyatı arızası nedeniyle;*
- *a)Olay tarihinde yürürlükte olan 11.10.2008 tarih ve 27021 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği hükümlerinden yararlanılarak meslek grup numarası Grup 4(dört) olduğu belirtilmekle;*
- *Gr4 XI(2Bd.....1)A 5*
- *Gr4 X(1C.....10)J 12*
- *Balthazard formülüne göre:16.4*
- *E cetveline (yaşına) göre %12.1(yüzden üçnoktabir) oranında meslekte kazanma gücünden kaybetmiş sayılacağı,*
- Sosyal Güvenlik Kurumu kararı ile Kurulumuz kararı arasındaki farkın ise SGK kararında omurga kırığının hesaba katılmammış olmasından kaynaklandığı
- Düzce Üniversitesi SUAM'nin 09.07.2019-484 üst yazı tarih sayılı tetkiklerinde karaciğer fonksiyon testlerinin normal sınırlar içerisinde olmasından dolayı değerlendirmeye alınmadığı,

ÇELİŞKİ ÖRNEĞİ 7

- **Yargıtay 17.Hukuk Dairesinin 21/11/2019 tarih, 2017/5036 esas sayı ve 2019/10963 karar numaralı Yargıtay İlamına binaen;** "
- **Ankara 27. Asliye Hukuk Mahkemesinin 14.06.2022 tarihli ara kararında;** "Ankara Üniversitesi Adli Tıp ABD.'nın raporu ile ATK Üçüncü İhtisas Kurulu raporu arasında çelişki oluştuğundan çelişkinin giderilmesi için dosyanın ATK Kuruluna gönderilmesine karar verildiği,
- Maluliyete ilişkin alınacak raporlarda; 11.10.2008 tarihinden önce sosyal sigortalar sağlık işlemleri tüzüğü,
- 11.10.2008 ila 31.08.2013 tarihleri arasında çalışma gücü ve meslekte kazanma gücü kaybı oranı tespit işlemleri yönetmeliği, 01.09.2013 ile 31.05.2015 tarihleri arasında maluliyet tespiti işlemleri yönetmeliği,
- 01.06.2015 tarihinden sonra ise özürlülük ölçütü, sınıflandırılması ve özürlülere verilecek sağlık kurulu raporları hakkındaki yönetmelik hükümlerine uygun olarak düzenlenmesi gerekir
- Ancak maluliyet raporunda, hatalı yönetmelik olan Çalışma Gücü Ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmelik'e göre hazırlanan maluliyet esas alınmıştır. Oysa raporda esas alınması gereken yönetmelik Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik tir. Bu yönüyle hesaplama hatalı olup, Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik 'e göre hazırlanan maluliyet raporu üzerinden hesaplama yapılmasını talep ederiz.

➢ **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalının 13.01.2020 tarihli raporunda;** sağ kol ve vücut hareket kısıtlılığı tarafımızca yapılan muayenede saptanmamış olup, şahısta saptanan **C7 transvers fraktürü** için, kas iskelet sistemi bölümü Tablo 1.2 kategori II oranı %8(yüzde sekiz);

- **T1 fraktürü için**; kas iskelet sistemi bölümü Tablo 1.3 kategori II oranı %8(yüzde sekiz);
- **Tedavi ile işlevselliği kısmen düzelen anksiyete bozukluğu için;** zihinsel, ruhsal, davranışsal bozukluklar bölümü D-nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar 2- tedavi ile işlevselliği kısmen düzelen için %25(yüzde yirmibeş); hesaplanan oranlar balthazard formülü ile toplandığında kişinin özür oranı %37(yüzde otuz yedi) olarak hesaplanmıştır.

➢ **Kişinin ATK 3. İhtisas Kurulunda 10/11/2021 tarihinde yapılan muayenesinde;**

- **Halihazırda aktif bir psikopatoloji tespit edilmediği**, tedavi ile remisyonda anksiyete bozukluğunun olduğu, Nörolojik muayenesinde; Şuur: açık, oryante, koopere, Kranial Sinirler: intakt, Kas Gücü: sağ omuz 5/5, dirsek 5/5, bilek d. flk. 5/5, bilek volar flk. 5/5, par. abd. 5/5, 1., 2. ve 3. par. 5/5, 4. ve 5. par. 5/5, sağ kalça 5/5, diz 5/5, bilek d. flk. 5/5, bilek planter flk: 5/5, sol omuz 5/5, dirsek 5/5, bilek d. flk. 5/5, bilek volar flk. 5/5, par. abd. 5/5, 1., 2. ve 3. par. 5/5, 4. ve 5. par. 5/5, sol kalça 5/5, diz 5/5, bilek d. flk. 5/5, bilek planter flk.5/5, Kas Tonusu: normal, Derin Tendon Refleksleri: sağ üst ++, sol üst ++, sağ alt ++, sol alt ++, Patolojik Refleks: Yok, Serebellar Sistem Muayenesi: Normal, Denge Ve Yürüyüş: Normal, Konuşma: Doğal, Nöbet Öyküsü: Yok, Trofik Bozukluk: her iki üst ekstremitenin incelenmesinde kas atrofisinin saptanmadığı,
- Ortopedi muayenesinde; **Sağ/Sol omuz** öne fleksiyon 135/140 derece, arkaya fleksiyon 55/60 derece, abduksiyon 120/150 derece, adduksiyon 30/35 derece, iç rotasyon 70/90 derece, dış rotasyon 90/90 derece olduğu, dirsek ve el bileği hareketlerinin iki taraflı tam olduğu, servikal ve torakal omurga hareketlerinin tam olduğu, dominant elin sağ el olduğu
- ***Adli Tıp Kurumu Adli Tıp Üçüncü İhtisas Kurulunun 03/01/2022 karar tarih ve 65 karar numaralı Mütalaasında;***
- **19/10/2020 tarihli grafilerde C7 ve T1 vertebra transvers proçes kırıklarının sekelsiz kaynadığı,**

- **sağ klavikula distal 1/4'ünün rezeke olarak izlendiği tespit edildiği,**
- *Mevcut belgelere ve Kurulda yapılan muayene bulgularına göre;*
- *.....29/08/1988 doğumlu, ...'ın 21/12/2015 tarihinde geçirmiş olduğu araç içi trafik kazasına bağlı;*
- *1-) Sağ 1. kot kırığı, C7 vertebra transvers proçeslerde kırık ve sağ omuz eklem ayrılması yaralanmaları nedeniyle*
- *İş göremezlik süresinin olay tarihinden itibaren olay tarihinden itibaren 3(Üç) aya kadar uzayabileceği,*
- *İş göremezlik süresi içerisinde 15(onbeş) gün süreyle başka birisinin yardımına gereksinim duyabileceği,*
- *2-) Geçici iş göremezlik süresi sonundan itibaren sağ omuz hareket kısıtlılığı arızası nedeniyle;*
- *a)Olay tarihinde yürürlükte olan 03/08/2013 tarih ve 28727 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği'nden ve bu yönetmelikte yer almayan Ek-2, Ek-3 bölümleri için 11/10/2008 tarih ve 27021 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği hükümlerinden yararlanılarak ve mesleği bildirilmemekle Grup 1 (bir) kabul olunarak;*
- *Gr1 VII(2Aa.....30)A %34 x 1/6= %5,66*
- *Geçici iş göremezlik süresi sonundan itibaren E cetveline (yaşına) göre %5,0 (yüzde beş virgül sıfır) oranında meslekte kazanma gücünden kaybetmiş sayılacağı,*

ÇELİŞKİ ÖRNEĞİ 8

- Eskişehir 2. İş Mahkemesinin ..... esas nolu, ... tarihli celsede davacı vekilince;
- Raporun itirazlarına yönelik düzenlenmediği, raporun eski özürlülük ölçütüne göre verildiğini, Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Yönetmeliğine göre rapor düzenlenmesini talep ettiklerini, bu sebeple dosyanın .....kuruluna gönderilmesini istediği ifade edildiği,
- Dosyanın .....Kuruluna gönderilerek aradaki çelişkiyi giderecek şekilde, davacı vekilinin talebi doğrultusunda rapor tanziminin istenmesine karar verildiği,

➢ *Adli Tıp Kurumu Üçüncü İhtisas Kurulunun ..... tarihli ..... karar numaralı mütalaasında;*

- *Mevcut belgelere göre*
- *.....oğlu 01.03.1970 doğumlu .....'in sorulduğu üzere 30.03.2013 tarih, 28603 Resmi Gazetede yayımlanan Özürlülük Ölçütü ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre 1.I- Endokrin Sistemi, G-Pankreasın endokrin fonksiyon bozuklukları, 1-Diyabetes Mellitus, a-Diyet ve oral antidiyabetiklerle kontrol altına alınan, komplikasyon yapmamış tip II Diabetes Mellitus %20*
- *II- Deri, X. İmmun, Otoimmun ve Sistemik Hastalıkların Deri Bulguları, Vaskulitler, Hafif*
- *%5*
- *III-Endokrin Sistemi, 2. Metabolizma Hastalıkları, F- Lipid Metabolizması bozuklukları, b-akkiz formları, 1- diyet ile ilaç tedavisi ile regüle %10*
- *III-Ortopedi, tablo 3.29- ayak parmaklarının ankilozuna bağlı özürlülük %8x1/3= %2.66*
- *Balthazard formülüne göre: %33.41*
- *Engel durumuna göre tüm vücut fonksiyon kaybı oranının %33(yüzde otuzüç) olduğu oy birliği ile mütalaa olunduğu*
- ***KK %33,0 engelli ortada bir iş yada trafik kazası olmadığı gibi müessir fiil de bulunmadığı cihetle, kişide mevcut hastalıklara yönelik düzenlenen bu raporun çalışma gücü ve meslekte kazanma gücü kaybına yönelik düzenlenemeyeceği,***

ÇELİŞKİ ÖRNEĞİ 9

- KONU-İSTEK: Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulunun raporu ile Adlî Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulunun raporu arasındaki çelişkinin giderilerek YSK raporunda belirtilen maluliyet oranından daha düşük bir oranın çıkması haline hangi sebeplerle düştüğünün, tedavi ya da olay üzerinden zaman geçmesi nedeniyle mi düştüğü hususu ile ayrıca yine maluliyet oranının YSK'nın belirlediği oranın altına inmesi durumunda yeni maluliyet oranının hangi tarihten itibaren geçerli olduğu hususlarının ayrı ayrı tespiti ile davalı işyerinde çalışmakta iken 10.12.2015 tarihinde iş kazası geçirdiği bildirilen sigortalı .....maluliyet oranının ne olduğu hususunda mütalâa tanzim edilmesi
- **Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 1.....tarihli, ...sayılı geçici adlî rapor formunda**; saat 3 gibi elini makineye kaptırdığı, vitalleri stabil, sistemik muayenesi doğal olduğu,
- Plastik Cerrahi; sol el 1. parmak volar tarafta radyal yüzde zone 1'de 2 cm vertikal uzanım gösteren laserasyonun olduğu, motor, sensoriel ve dolaşımsal patolojinin olmadığı,
- **Sosyal Güvenlik Kurumu İstanbul Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü'nün ..... tarih .....karar sayılı raporunda**;
- Kartal Dr. Lütfi Kırdar EAH 11.01.2017/347 SKRİP eklemden 40° fleksiyon yapıyor ve 10° ekstansiyon kaybı (%67 kayıp),
- Karar/MKGKO tespiti;
- Gr6 IX (1------7)C%15 x 0,67x0,8
- Sürekli iş göremezlik derecesi; E cetveline göre %7,2 (yüzde yedi virgül yirmi) olduğu,
- Yardıma muhtaç olmadığı,
- **Adlî Tıp Kurumu Üçüncü Adlî Tıp İhtisas Kurulu'nun 03.02.2021 tarihli muayene kaydında**;
- **Ortopedi muayenesinde**;
- Sağ el 1.parmak; MP flex 40°, ekst; 0°, IP fleks 70°, eks +10° ,
- **Sol el 1.parmak; MP flex 30°, ekst -10°, IP flex 40°, ekst -15°, sol elin diğer parmak hareket açıklarının tam olduğu,** Dominant elin sol olduğu,
- ***Adlî Tıp Kurumu Üçüncü Adlî Tıp İhtisas Kurulu'nun 16.06.2021 tarihli, 11042 karar sayılı mütalâasında****;*
- *Mevcut belgelere ve Kurulda yapılan muayene bulgularına göre;*
- *.....oğlu ..... doğumlu .....'nın 10.12.2015 tarihinde maruz kaldığı iş kazasına bağlı;*
- *Sol el 1.parmak hareket kısıtlılığı arızası nedeniyle*
- *a)Olay tarihinde yürürlükte olan 11.10.2008 tarih ve 27021 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği hükümlerinden yararlanılarak, Kurulumuzca muayenesinde dominant elin sol taraf olduğu belirlenmekle ve mobilyacı olduğu anlaşılmakla meslek grup numarası 6 (altı) alınarak,*
- *Gr6 IX (1Bbba……..10)C %18*
- *E cetveline (yaşına) göre %16,0(yüzde on altı virgül sıfır) oranında meslekte kazanma gücünden kaybetmiş sayılacağı*
- *b)Aynı yönetmelik çerçevesinde başka birisinin sürekli bakımına muhtaç durumda olmadığı*

ÇELİŞKİ ÖRNEĞİ 10

- **KONU-İSTEK**: Gönderilen bilgi ve belgeler ışığında kaza tarihi 11/10/2008 tarihinden önce ise "Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü",
- 11/10/2008 tarihi ile 01/09/2013 tarihleri arasında "Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği",
- 01/09/2013-01/06/2015 tarihleri arası "Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği", 01/06/2015-20/02/2019 tarihleri arası "Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurul Raporları Hakkında Yönetmelik",
- 20/02/2019 tarihinden sonra "Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik' hükümleri dikkate alınarak;
- 1) Davacının geçici ve/veya sürekli iş gücü kaybının bulunup bulunmadığı ve varsa geçici iş gücü kaybı süresi ile sürekli işgücü kaybı oranının ne olduğu,
- 2) Davacının iyileşme süresinin ne kadar olabileceği,
- 3) Davacının bu kaza nedeniyle SGK tarafından karşılanmayan tedavi giderlerinin ne kadar olabileceği,
- 4) Davacının bu yaralanma nedeniyle tedavi (geçici iş göremezlik) süresince bakıcı ihtiyacının olup olmadığı, ne kadar süreyle bakıcı ihtiyacının olduğu hususlarında mütalâa tanzim edilmesi
- ***Mevcut belgelere göre;***
- *..... oğlu/kızı 22/07/1987 doğumlu ..... 'ın 3.....2013 tarihinde geçirmiş olduğu araç dışı trafik kazasına bağlı;*
- *1-) Sağ klavikula yaralanması nedeniyle geçici iş göremezlik süresinin olay tarihinden itibaren 3 (üç) aya kadar uzayabileceği,*
- *2-) Geçici iş göremezlik süresi içerisinde 10 (on) gün süreyle bir başkasının yardımına gereksinim duyabileceği*
- *3-) 30/08/2013 tarihinde geçirmiş olduğu araç dışı trafik kazasına bağlı yaralanması, 03.08.2013 tarih 28727 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği ve bu yönetmelikte yer almayan Ek-2, Ek-3 bölümleri için 11.10.2008 tarih ve 27021 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği hükümleri kapsamında maluliyetine neden olacak düzeyde araz bırakmamış olduğundan geçici iş göremezlik süresi sonundan itibaren meslekte kazanma gücü kaybı oranının %0 (yüzde sıfır) olduğu,*
- *4-) Aynı yönetmelik çerçevesinde başka birisinin sürekli bakımına muhtaç durumda olmadığı Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Eğitim ve araştırma Hastanesi'nin 20.06.2016 tarihli raporunun engelli (özürlü) yönetmeliğine göre düzenlendiği engellilik (özürlülük) ve meslekte kazanma gücü kaybı (maluliyet) kavramının farklı kavramlar olduğu farklı yönetmeliklerin farklı bölümlerinde değerlendirildiği aralarında bağlantı olmadığından çelişkiden bahsedilemeyeceğinin*
- *5-)* Davacının bu kaza nedeniyle SGK tarafından karşılanmayan tedavi giderlerinin ne kadar olabileceği hususunun kurulumuz görev alanına girmediği,

ÇELİŞKİ ÖRNEĞİ 11

- Sınıflandırması ve özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik hükümleri kapsamında, davacının 193 sayılı Gelir Vergisi Kanunu'nun 31. maddesi gereğince engelliliği sebebiyle gelir vergisi indiriminden yararlanmaya hak kazanmasını ve buna bağlı olarak 506 sayılı Kanunun 60/C ve geçici 87. maddeleri ile 5510 sayılı Kanunun geçici 10. maddeleri hükümleri gereğince kendisine, yaşlılık aylığı bağlanmasını gerektirecek oranda çalışma gücü kaybının bulunup bulunmadığı.
- 11/10/2008 tarihli ve 27021 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranları Tespit İşlemleri Yönetmeliği ve 03/08/2013 tarihli ve 28727 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği hükümleri kapsamında, 5510 sayılı Kanunun 28. maddesi gereğince çalışma gücü kaybı sebebiyle yaşlılık aylığı bağlanmasını gerektirecek oranda çalışma gücü kaybının bulunup bulunmadığı. ekli olarak gönderilen dava dosyasındaki ve ekindeki tüm tıbbi belgeler ve kayıtlar ile sağlık kurulu raporlarına göre, ayrı ayrı değerlendirme yapılmak suretiyle, davacının aylığının kesildiği 22/02/2017 tarihinden tekrar aylık bağlanan 02/01/2019 tarihine kadar geçen dönemdeki kazanma gücü kaybı oranları ve kazanma gücü kaybı başlangıç tarihlerinin ayrı ayrı tespiti ve Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulu kararı ile ATK Adli Tıp 3. İhtisas Kurumadan alınan rapor arasında ortaya çıkan çelişkinin giderilerek Üst Kurul tarafından rapor düzenlenmesi
- **Denizli Servergazi Devlet Hastanesi'nin 17/05/2011 tarih, R110015552 numaralı Sağlık Kurulu Raporunda;** "*Hipertansiyon(%10), kronik obstrüktif akciğer hastalığı(%20), sol tibia eski kırık sekeli (%24) tanılarıyla* ***%45 özürlülük oranı*** *olduğu" bildirildiği;*
- **Denizli Servergazi Devlet Hastanesi'nin 12/05/2015 tarih, R150023506 numaralı engelli Sağlık Kurulu Raporunda;** "**Bilateral sensörinöral işitme kaybı (%4), sol tibia kırık sekeli (%10- %4), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (%20)hipertansiyon (%10) tanılarıyla özür durumuna göre tüm vücut fonksiyon kaybı oranı %25 olduğu" bildirildiği;**
- **Denizli Devlet Hastanesi'nin 26/01/2017 tarihli 648 numaralı Engelli Sağlık Kurulu Raporunda;** "Bilateral çok hafif sensörinöral işitme kaybı (%6), tibia distal fraktür malunion (%10), **hafif kronik obstrüktif akciğer hastalığı** SFT: FVC:1,28; FEV1:0,73; FEV1/FVC:57,0; PEF:1,43 (%20) tanılarıyla özür durumuna göre tüm vücut fonksiyon kaybı oranı %32 olduğu" bildirildiği;
- **Denizli Servergazi Devlet Hastanesi'nin 07/02/2017 tarih, 258 numaralı Engelli Sağlık Kurulu Raporunda;** "İşitme kaybı (%8), sol tibia şaft kırığı (%24), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (%20) tanılarıyla özür durumuna göre tüm vücut fonksiyon kaybı oranı %44 olduğu" bildirildiği;
- **Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Göğüs Hastalıklarının 27/06/2018 tarihli Epikrizinde;** "2009'dan beri KOAH olduğu, 42 paket yıl sigara kullanım öyküsü olduğu, ventofor combi 2x1, ventolin kullandığı, solunum sesleri olağan, Sa %96, AKG: pH 7.40, PCO2 36.2, PO2 70, Sat 93.1, HCO3 21.9, EKO: EF %60, SPAB 42 mmHg, solunum fonksiyon testinde FVC %63, FEV1 %40, FEV1/FVC %66," reversible %42 olduğu bildirildiği,
- **Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulunun 27/09/2021 tarih, 2021/15945 karar sayılı raporunda;** "Dava dosyası incelendi. Bilindiği üzere; Yüksek Sağlık Kurulu 5510 sayılı Kanunun 95'inci maddesi ve 58'inci maddesi gereği 02.07.2013 tarih, 28695 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulunun Görev, Yetki, Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliğin 7 nci maddesinde kayıtlı hususlar çerçevesinde, Sosyal Güvenlik Kurumu ile sigortalılar/işverenler arasında meydana gelen anlaşmazlıkların itiraz mercii olarak görev yapmaktadır. Ancak dava dosyasının, 5510 sayılı Kanunun 58 inci maddesinin sondan 2 nci fıkrası ile Kurulumuza verilmiş olan Bilirkişilik Görevi çerçevesinde değerlendirildiğinde; SB Denizli Servergazi Devlet Hastanesinin

17.05.2011 tarih, R1100 5552 sayılı sağlık kurulu raporunun değerlendirilmesi sonucu özür oranının %35 (otuzbeş) olduğu; SB Denizli Devlet Hastanesinin 26.01.2017 tarih, 648 sayılı sağlık kurulu raporuna göre oranının %34 (otuzdört) olduğu

- **D**osyaya ekli grafilerin Adli Tıp Kurumu Adli Tıp Üçüncü İhtisas Kurulunca İncelemesinde; 26/06/2018 tarihli sol kruris distal metafizinde ve fibula distal diafizinde yaklaşık 16 derece varusta kaynamış kırık sekeli izlendiği, 27/06/2018 tarihli akciğer grafisinde bronkovasküler imajlarda artış dışında belirgin patolojik özellik olmadığının görüldüğü,
- *Adli Tıp Kurumu Adli Tıp Üçüncü İhtisas Kurulunun 03/05/2019 karar tarih ve 7808 karar numaralı Mütalaasında; Mevcut belgelere göre;*
- *..... oğlu 01/01/1959 doğumlu .....'un sorulduğu üzere 30.03.2013 tarih, 28603 Resmi Gazetede yayımlanan Özürlülük Ölçütü ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre*
- *I- Zihinsel, Ruhsal, Davranışsal Bozukluklar A – Zeka İşlev Bozuklukları 1 – %25*
- *II- Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi 1 - a- %20*
- *III- Kas İskelet Sistemi Tablo 3.3 %25, Tablo 3.33b %30, Tablo 3.10 %7, Tablo 3.11 %2 + %2 olduğu,*
- *Balthazard formülüne göre: %53.11 Tablo 3.2'ye göre Alt Ekstremite Özür oranı; %27*
- *Engel durumuna göre tüm vücut fonksiyon kaybı oranının %56 (yüzde ellialtı) olduğu*

ÇELİŞKİ ÖRNEĞİ 12

- KONU-İSTEK: Raporlar arasındaki çelişkinin giderilerek maluliyet oranı hususunda Kurul tarafından rapor düzenlenmesi,
- İtiraz ve Beyan Dilekçesinde; 25.11.2020 tarihli ATK raporu hükme esas alınmaya elverişli değildir. A. Kişinin İlgili Organlarının Radyografik İncelemesi Yapılmamıştır.
- Denilerek dosyadaki eski tarihli grafilerin değerlendirildiği belirtilmiştir.
- Kişinin Dominant Eli Oran Tespitinde Dikkate Alınmamıştır. Kişinin sol omuz ve dirseğindeki hareket kısıtlılığının meslek kazanma gücüne etkisi hesaplanırken kişinin dominant tarafı da hesaplamada dikkate alınmalıdır.

➢ Çorlu Devlet Hastanesi'nin 26/11/2013 tarihli, 10898 numaralı genel adli muayene formunda; iş kazası, elektrik çarpması nedeniyle gelen hastanın genel durumu iyi, sol kolda uyuşma ve hassasiyet olduğu, yapılan kardiyolojik muayenede patolojik durum tespit edilmediği,

➢ **Lüleburgaz Devlet Hastanesi'nin 28/11/2013 tarihli muayene defter raporunda;** elektrik çarpması sonucu gelen hastanın sol kolunda ağrı, uyuşma şikayetleri olduğu,

➢ **Trakya Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nin 05/05/2014-30/05/2014 yatış-çıkış tarihli FTR servisi yatış raporunda;** eklem kontraktürü nedeniyle yatışının olduğu, **sol dirsekte hareket kısıtlılığı olduğu**, daha önce bilinen bir rahatsızlığı olmayan hastanın 26/11/2013 tarihinde elektrik çarpması sonucu sol dirsekte hareket kısıtlılığı ve sol üst ekstremitede his kaybı şikayeti olduğu, Muayenesinde; **sol dirsek EHA -90 derece ekstansiyonda kısıtlı** ,

➢ **Sosyal Güvenlik Kurumu İstanbul Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğünün 11/05/2017 tarih 1884 karar nolu raporunda;** "İş Kazasının Olduğu Tarih: 26/11/2013, düz işçi, Sürekli İş Göremezlik Durumuna Girdiği (Çalışır/Çalışamaz) Tarih ve Dayanağı Olan Belge: 16/09/2014, çalışır, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi EAUH/1-ERAPOR, Sürekli İş Göremezlik Derecesine Esas Teşkil Eden Sağlık Kurulu Raporları: Trakya Üniversitesi SAUM 14/07/2014/1804,

➢ *Elektrik çarpması, sol omuz EHA %20 kısıtlı, sol dirsek fleksiyon 140 derece, ekstansiyon -50 derece,*

➢ *Gr1, VII (12.....10) A 14 x 0,8*

➢ *Gr1, VII (2……30) A 34 x 0,2 X 0,8, Balthazart 16,03*

➢ *Sürekli İş Göremezlik Derecesi E Cetveline Göre* ***%13,2*** *olduğu*, yardıma muhtaç olmadığı, 01/10/2019 tarihinde kontrol gerektiği" bildirildiği;

- **Adli Tıp Kurumu Adli Tıp Üçüncü İhtisas Kurulunun 18/09/2020 tarihli Muayene Kaydında;**
- **Ortopedi muayenesinde; omuz sağ/sol** öne fleksiyon: 180/130 derece, omuz sağ/sol arkaya fleksiyon: 65/50 derece, omuz sağ/sol abduksiyon: 180/130 derece, omuz sağ/sol adduksiyon: 65/50 derece, omuz sağ/sol iç rotasyon: 90/60 derece, omuz sağ/sol dış rotasyon: 90/90 derece olduğu, **dirsek sağ/sol** fleksiyon: 140/130 derece, dirsek sağ/sol ekstansiyon: 0/-40 derece, dirsek sağ/sol supinasyon: 90/90 derece, dirsek sağ/sol pronasyon: 90/90 derece olduğu, el bileği sağ/sol dorsifleksiyon: 65/65 derece, el bileği sağ/sol palmar fleksiyon: 65/65 derece olduğu, sağ sol el kavramanın tam, sağ elin dominant olduğu tespit edildiği,
- **Dosyaya ekli grafilerin Adli Tıp Kurumu Adli Tıp Üçüncü İhtisas Kurulunca İncelemesinde;** 06/05/2014 sol humerus distal diafiz yaklaşık 10 cm uzunluğunda humerus lateral kortekste defektif alan izlendiği, medial korteksin düzgün izlendiği, dirsek eklem aralığında dejeneratif değişiklikler izlenmediği, sol dirsek bölgesinde sağa kıyasla yumuşak dokularda düzensizlik görüldüğü,
- ***Adli Tıp Kurumu Adli Tıp Üçüncü İhtisas Kurulunun 23/11/2020 karar tarih ve 16593 karar numaralı Mütalaasında; (İstanbul 35. İş Mahkemesinin 08/10/2020 tarih ve 2016/130 sayılı yazısına istinaden düzenlenen)***
- *.....oğlu ..... doğumlu .....'un .....2013 tarihinde maruz kaldığı iş kazasına bağlı;*
- *1-)Sol Omuz ve Sol Dirsek Hareket Kısıtlılığı Arızaları nedeniyle*
- *a)Olay tarihinde yürürlükte olan 11.10.2008 tarih ve 27021 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği hükümlerinden yararlanılarak ve meslek grup numarası 1 (bir) alınarak,*
- *Gr1 VII(2Aa……..30)A %34x1/4x0,8=%6.8*
- *Gr1 VII(12Aa……..10)A %14x0,8 =%11,2*
- *Balthazard formülüne göre %17.23*
- *İş kazasının olduğu tarihten itibaren E cetveline (yaşına) göre %14.2 (yüzde ondört nokta iki) oranında meslekte kazanma gücünden kaybetmiş sayılacağı,*
- *b)Aynı yönetmelik çerçevesinde başka birisinin sürekli bakımına muhtaç durumda olmadığının oy birliği ile mütalaa olunduğu,*

GÖZ ARAZLARINA AİT İLAVE EDİLMESİ GEREKLİ OLANLAR

- 77. arıza sıra no şaşılık (strabismus olacak)
- 78. arıza sıra no görme alanı
- **a-) Görme alanı 10 derece** tek gözde (%15), iki gözde (%60)
- **b-) Görme alanı 30 derece** tek gözde (%10), iki gözde (% 45)
- İlave arıza sıra no **79-**: **nistagmus** olarak düşünüldü. Tek gözde %10, iki gözde %15
- İlave arıza sıra no **80-**: **devamlı midriyazis ve farkedilir pupil defekti,anizokori** (%5)
- İlave arıza sıra no **81-**: **total aniridi tek gözde** (%15) **iki gözde** (%20)
- İlave arıza sıra no **82-**: **her iki göz merkezinde yatay eksenden sapmalar** (%8)
- İlave arıza sıra no **83-**: **enoftalmi** (%7)
- İlave arıza sıra no **84-**: **ameliyat edilmeyen lens subluksasyonu** (%15)
- İlave arıza sıra no **85-**: **iridodiyaliz, iridodonesis, fakodonezis** (%10)
- İlave arıza sıra no **86-**: **göz protezinde tam görme kaybına** (%5) **ilave edilir.**
- İlave arıza sıra no **87-**: **tedavisi mümkün olmayan glokom** tek gözde (%10) iki gözde (%15) **eklenir**
- İlave arıza sıra no **88-**: **travmatik psödofak (40 yaşına kadar)**; tek gözde (%4), ,iki gözde (%9)
- İlave arıza sıra no **89-**: **travmatik quadranopsi**, bitemporal-bi nazal (%15) eklenir

En son şunu söyleyeyim başka bir çelişki örneği de var, ferdi kaza sigortası genel şartları. Buna göre rapor isteniyor. Burada bizim ona yönelik yazdığımız bir sonuç. Bu ferdi kaza sigortasında hangi organ ne derecede zarar gördüyse ona verilecek tazminatın yüzde kaçını belirleyeceğine dair bir şey, yani maluliyetle hiçbir ilişkisi olmayan bir şey.

Peki, teşekkür ederim arkadaşlar.

Hikmet Ergin DÜLGER (Moderatör):
Sırada ''Emeklilikte Maluliyet İle İlgili İşlemler" Sayın İsmail ERTÜZÜN.

İsmail ERTÜZÜN (Konuşmacı):
Herkese günaydın. Kurumum ve şahsım adına tüm katılımcıları saygı ile selamlıyorum.

Sosyal Güvenlik Kurumunun yürütmekte olduğu maluliyet işlemleri ile ilgili idari işlemler hakkında sizi bilgilendirmek üzere buradayım. Bana ayrılan süre içerisinde kısaca özetle Sosyal Güvenlik Kurumu'nun hizmetleri konusunda bilgilendirme yapmak istiyorum.

Malumunuz, uzun vadeli sigortalar kolunda 3 ayrı sigorta kolu söz konusudur. Malullük, yaşlılık ve ölüm. Malullük gerek ülkemizde gerekse dünyada her geçen gün artan bir önemle karşımıza gelmekte. Bunun sebebi ise yaşlılığa göre daha kolay emeklilik imkânı kazandırmasındandır. Malullük hiç kuşku yok ki tüm sosyal taraflar için negatif etkisi olan bir durum. Malullük, sigortalı için çalışma hayatından daha erken kopmaya, sosyal güvenlik sistemi içerisinde de daha erken aylık ödenmeye başlanması gibi negatif etkileri olan bir durumdur. Eski ifade ile SSK, BAĞ-KUR, Emekli Sandığı yeni ifade ile 4A, 4B, 4C olarak ifade ettiğimiz tüm sigortalıların emeklilik iş ve işlemleri Sosyal Güvenlik Kurumu'nun ana hizmet birimi olan Emeklilik Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 11 Daire Başkanlığı, 81 İl Müdürlüğü ve 600 merkezde faaliyet gösteren Sosyal Güvenlik Merkezleri eli ile yürütülmektedir. Maluliyet işlemleri ise genel müdürlüğümüz bünyesinde bulunan Maluliyet ve Sağlık Kurumları Daire Başkanlığının koordinasyonunda 15 Kurum Sağlık Kurulu tarafından yürütülmektedir. Kurumumuz yönetim kurulunca belirlenen en az 4 hekimden oluşmaktadır. Kurum Sağlık Kurulları, sağlık hizmet sunucularından temin edilen raporlar üzerinde maluliyet, meslekte kazanma gücü kaybı, çalışma gücü kaybı ve vazife malulü tespit işlemlerini yürütmektedir. 5510 sayılı kanunun 25. maddesi gereğince demin ifade ettiğim üzere; sağlık hizmet sunucularından temin edilen raporlar üzerinden bir dayanağa ulaşılmakta. Hekimler ayrıca danışman hekim ihtiyacı olması halinde onların görüşlerine de başvurabilmekteler.

Çalışma gücü kaybı tespit işlemleri, geçtiğimiz yıl Eylül ayında yürürlüğe giren ''Maluliyet ve Çalışma Gücü Kaybı Tespit İşlemleri Yönetmeliği" üzerinden devam etmekte. Yapılan bu düzenleme ile hocamın demin anlattığı toplumda sıkça karşılaşılan engellilik ve maluliyetin karışmasına neden olan 'Erişkinler İçin Düzenlenen Engellilik Yönetmeliği'ndeki' bağı koparak bu sorunu bir ölçüde giderdiğimizi düşünüyorum.

Malullük tabi 3 ana unsurun varlığı halinde söz konusu olabilir. Bunlardan birincisi sigortalılık anlamındaki şartlar. Bunu birazdan ifade edeceğim. Diğeri sigortalının durumunun tıbbi hükümlerde karşılığının bulunması. Son olarak da bu şartları sağlayan kişinin/ sigortalının Sosyal Güvenlik Kurumundan yazılı talepte bulunması. Sigortalıların çalışma gücünün %60'ını, devlet memurlarında ise vazifelerini yapamayacak şekilde meslekte kazanma gücünü kaybettikleri tespit edildiği takdirde malul aylığı bağlanması söz konusu olabilmekte. Tabi malul olması yeterli değil, biraz önce bahsettiğim birinci şart olan sigortalılığın ana şartını oluşturması gerekiyor. Bu da nedir? En az 10 yıldan beri sigortalı olunması ve en az 1800 gün prim ödeme günü sayısına sahip olması. Eğer kişi bakıma muhtaç durumda ise 10 yıllık şart olmaksızın sadece 1800 gün prim ödemek şartıyla, malullük yaşlılık ya da ölüm sigortaları primi ödenmesi şartıyla malullük aylığından faydalanma imkânı elde edecektir.

Tabi %60 oranından bahsetmiştim biraz önce. Bu %60 oranını herkes için sağlamak mümkün olmayabilir. Sosyal Güvenlik Kurumunun 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 28.maddesinde düzenlendiği üzere daha az oranlarda %50-59-, %40-49 arasındaki dilimlerde bir malullük söz konusu olması halinde bu kapsamdaki kişilere ekranda yer alan şartlar dâhilinde yaşlılık aylığı bağlanmaktadır. Dikkat ederseniz burada %60 ve üstünü sağlayanlarla 4C için görevini yapamayacak şekilde meslekte kazanma gücünü kaybedenler için malullük ifadesini kullandım, malullük aylığı ifadesini kullandım. Burada ise yaşlılık aylığı ifadesini kullandım.

Buradaki temel fark şudur, yaşlılık aylığı alan kişinin çalışması halinde aylıkları ödenmeye devam eder ama maluliyet aylığı alan bir kişinin çalışmaya başlaması halinde, çalışmaya başladığı ayı takip eden aybaşından itibaren maluliyet aylığını kesmemiz gerekir.

Bir diğeri meslekte kazanma gücü kaybı. Malumunuz, iş kazası ve meslek hastalığı sigortası kolları da ilgilendiren bir kayıp. Eğer iş kazası ya da meslek hastalığı sonucu oluşan hastalık nedeniyle meslekte kazanma gücü en az %10 oranda azaldığı tespit edilirse bu sigortada herhangi bir gün şartı olmaksızın sürekli iş göremezlik gelirine hak kazanacaktır. Eğer %60 ve üzerinde meslekte kazanma gücünü kaybetmişse bu kez sürekli iş göremezlik gelirinin yanı sıra kendisine ayrıca malullük aylığı da bağlanabilecektir. Tabi bu aşamaya kadar –ekranda yok ama- şöyle bir hususu belirtmek istiyorum. Her iki müracaatta da sigortalının bulunduğu il ya da ilçedeki merkez müdürlüğüne elinde son 6 ay içinde alınmış olan sağlık kurulu raporu varsa bu raporla, yok ise kurumumuzdan alacağı sağlık hizmet sunucusuna alacağı sevk ile gelecek olan sağlık kurulu raporunu kurum sağlık kurulları tarafından incelenmesi sonucuna göre işlem yapılmakta. Eğer nihai karar verilirse aylık bağlama ünitesine yeni müracaat için sevk edilmekte, eğer ara karar gerekliyse tekrar hastaneye sevk edilmekte.

Şimdi burada yine kurum sağlık kurullarının, Ankara merkezdeki daire başkanlığı bünyesindeki kurulla yürüttüğümüz dolayısıyla malullüğüne ilişkin işlemler hakkında da kısaca bilgilendirme yapmak istiyorum. 5434 Sayılı Emekli Sandığı Kanununun 45. ve 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 47. Maddesinde vazife malullüğü tarif edilmiş.

Vazife malullüğü; tüm kamu görevlileri için söz konusu yani devlet memuru niteliği taşıyan, kadro işgal eden tüm kamu personeli için söz konusu. Ki bunlar Emniyet ve TSK gibi güvenlik güçlerinin yanı sıra hâkim, savcı, genel müdür, daire başkanı, öğretmen tüm memurları kapsar. Bunlar görevlerini yaparken görevlerinin çeşitli sebep ve tesiri ile iş yerinde meydana gelen kazalarla bir maluliyete uğramaları ve görevlerini

yürütemeyecek hale gelmeleri halinde hem kendilerine, vefatları halinde de geride kalan hak sahiplerine vazife malullüğü hükümleri uygulanmaktadır. Şimdi bunlara ilişkin birkaç örnek de vereceğim ama vazife malullüğü hani –birkaç slayt sonra daha net görülecek- farklı isimler altında isimlendirilir. Mutlaka siz de çok duymuşsunuzdur, aşinasınızdır. Bu farklı isimler altında olmasının sebebi olay veya kazanın niteliğine, bu olay ve kazaların oluşmasına neden olanların amaçlarına, meydana geliş yer ve zamanına, maluliyete uğrayan kamu görevlisinin görevinin niteliğine göre vazife malullüğü farklı adlar almıştır.

Bunu 5 başlık altında toplayabiliriz; Sivil Vazife Malullüğü, TSK Personelinin Vazife Malullüğü, Harp Malulü, 2330 Sayılı Kanun Kapsamında Vazife Malulü, 3713 Sayılı Kanun Kapsamında Vazife Malulü. Birkaç slayt sonra verilen haklar üzerinde de görüleceği üzere bu isimlendirmenin temelindeki farklılığı hem olayın oluş şeklinden hem görevlerinden, unvanlarından, olayın oluş yeri ve şeklinden hem de verilen haklardaki farklılıklardan kaynaklanmakta.

Sivil vazife malullüğü ifadesinin karşılığı nedir; Konya Şehir Hastanesinde çok yakın zamanda bir kardiyoloğumuz maalesef bir saldırı sonucu vefat etti. Rahmetli doktor hakkında sivil vazife malullüğü hükümlerini uyguladık. Çünkü görevin neden ve etkisiyle bu maluliyete uğramış. Bunun farklılığı nedir? Hizmeti 1 gün dahi olsa 30 yıl üzerinden hizmeti varmışçasına aylık bağlanır. Ayrıca 1.derece maluliyet söz konusu olduğu için –ölüm 1.derece olarak kabul ediliyor- bağlanmış olan aylık %60 oranında artırılır. Geride kalan eşine, çocuklarına ya da anne-babasına 1 kamuda istihdam hakkı verilir ayrıca 1 kereye mahsus 240.000 Lira faizsiz konut kredisi TOKİ'den, bunun yanı sıra elektrik ve su kullanımında %50 ve %40 oranında indirim, şehir içi toplu ulaşımda ücretsiz seyahat hakkı, ayrıca eğitim gören çocukları varsa eğitim dönemi için 5.000 Lira ile 10.000 lira –eğitim durumuna göre, ilköğretim, ortaöğretim, yüksek öğrenim fark etmek üzere- eğitim öğretim yardımı, bunun yanı sıra her Mart ayında ek ödeme 5.000-10.000 arası ödemeyi gerçekleştiriyoruz. Bunların bir kısmını Sosyal Güvenlik Kurumu bir kısmını ise diğer kamu kurum ve kuruluşları yürütüyor. Mesela önümüzdeki ayın –şuan tarihini söylemeyeyim ama- ekim ayı sona ermeden eğitim ve öğretim yardımına ilişkin bir basın duyurusu yapacağız. Muhtemelen önümüzdeki hafta da bu rakamları ödemiş olacağız. Bu sivil vazife maluliyetiydi.

TSK Personelinin Vazife Maluliyeti ise örneğin bir er, kışla içinde meydana gelen bir kazada malul olur veya vefat ederse bunun aylık bağlama sistemini oluşturan bir sigortadır. Buradaki farklılık nedir, bir er vefat ederse normal emsallerine göre bağlanacak olan aylık emsallerine göre %25 artırılarak ödenmekte ayrıca vazife malulü ve harp malulü arasındaki farkın %80'i gibi ilave bir ödeme yapılmakta. Biraz önce saydığım bütün haklar geride kalanlarına yine sağlanmakta.

Harp malulü ise gerçekten harpte bir düşman varsa ve mücadele ediyorsanız orada şehit ya da maluliyet söz konusu olabilir ama şuan bir harp yok ama Anayasa gereği Afganistan'a Bosna'ya ve başka ülkelere gönderdiğimiz kuvvetlerde herhangi bir maluliyet söz konusu olursa bunlar hakkında Harp Maluliyeti uygulanmakta.

2330'la nakdi tazminat kaçakçılık ve asayiş ile ilgili bir görevde herhangi bir maluliyet söz konusu olursa aylık bağlanmakta, 3713'te malumunuz terörle mücadele kapsamında malul ya da vefat eden kamu görevlilerine verilen haklardır. Burada 3713'ün diğerlerine göre bir farkı var, herhangi bir kamu görevlisi 3713 nedeniyle vefat ederse emsali kaç lira alıyorsa aynı aylığı ödemeye devam eder. Herhangi bir teğmen rütbesinde, polis rütbesinde güvenlik görevlimiz ya da bir savcımız çalışırken kaç lira aylık alıyorsa geride kalanlara emsal aylık aynı şekilde ödenmeye devam eder. Son hak sahibine kadar.

Demin kısaca bahsettim sağlanan hakları. Tekrar etmeyeceğim. Demin hocamın da ifade ettiği üzere ismi geçen Yüksek Sağlık Kurulu, bütün sağlık kurullarının, kurum sağlık kurullarının vermiş olduğu kararlara karşılık itiraz makamı olarak 12 Hekimden oluşan –bazı kamu kurum ve kuruluşlarının temsilcilerinden oluşan- özerk bir kurul. Yani kurumumuzun memurlarından değil ama tüm kesimleri kapsayan hekimlerin temsilci gönderdiği kurul. Sekretaryasını genel müdürlüğümüz yürütüyor. Genelde haftada 1 kez toplanıyor ve itirazları karara bağlıyor. Karar kurumumuz için nihai niteliktedir, uymakla yükümlüyüz. Ana hatlarıyla anlatmak istediklerim bunlardan ibaret ama süreme sadık kalarak bitirmeye çalıştım. Gelecek sorular olursa cevaplandırmaya çalışacağım.

Teşekkür ederim.

Hikmet Ergin DÜLGER (Moderatör):
Evet ben de kişisel olarak çok teşekkür ediyorum bu karmaşayı aydınlattığınız için. Bir diğeri de dakikasında sunuma başlayıp dakikasında bitirdiğiniz için.

3.Sırada ''Maluliyet Raporlama Sürecinde Yaşanan Sorunlar'', Sayın Elif Esin KINAY ÜNSAL, buyurun efendim.

Elif Esin KINAY ÜNSAL (Konuşmacı):
Sayın Başkanlar, değerli katılımcılar hepinizi saygıyla selamlıyorum.

Ben de sizlere maluliyet raporlama süreçlerinde yaşanan sorunlar başlıklı 17 slayttan oluşan 3 bölümlük bir sunum yapacağım. Aslında çok basit bilinen şeyleri söyleyeceğim ama bunlar bizim yaşadığımız sıkıntılar eksiklikler o yüzden hızlıca bahsedeceğim.

Kurum sağlık kurullarının karar alma sürecinde yaşadığı sorunlar. Biraz önce başkanın da anlattığı kurum sağlık kurulları ve Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulları sigortalıların dosyaları ve kurum kayıtlarımız üzerinden değerlendirme yapmakta ve 5510 sayılı kanunun gereği kurumumuzca yetkilendirilmiş sağlık hizmeti sunucularının düzenlediği sağlık kurulu raporlarını esas almaktadırlar. Biz kurumsal süreçte en sık bu sağlık kurulu raporlarının usule uygun olmamasıyla ya da bilgi eksikliği, yetersizliği gibi durumlarla karşılaşabiliyoruz.

Bunlardan sağlık kurulu raporunun usule uygunsuzluğundan en sık karşılaştığımız konu üst ihtisas yapan uzman hekimlerin yan dal asistanı iken araştırma görevlisi uzman doktor adı altında rapor düzenlemeleri. Sağlık Bakanlığının çıkardığı yönetmelikler gereği, sağlık kurulu raporlarında araştırma görevlilerinin düzenleme ve imza atma yetkisi yoktur. Örneğin; burada olduğu gibi göğüs hastalıkları uzmanı olabilirsiniz ama iş ve meslek hastalıkları alanında yan dal ihtisası yapıyorsanız ya da iş hastalıkları uzmanısınız hematolojide yan dal ihtisası yapıyorsanız, yan dal branşı ile ilgili rapor düzenleyemezsiniz.

Bunlar bizim sık karşılaştığımız konular bir diğeri sağlık kurulu raporunun tıbbi içerik yönüyle yetersiz olması. Örnek tam okunuyor mu bilmiyorum ama siz de belki

karşılaşırsınız. Raporlarda sadece tanı yazması. Bildiğiniz gibi yönetmeliklerimizde bir takım kriterler vardır, bunları karşılamak üzere raporlarda ayrıntılı anamnez, fizik muayene bulguları, laboratuvar tetkiklerinin yer alması gerekiyor. Sırf tanıların yazdığı raporlar değerlendirme için yetersiz oluyor.

Bir diğeri; biz dosya üzerinden değerlendirme yaptığımız için bizim sevkimize istinaden ara kararlarımızla alınan birkaç tane rapor olabilir ya da kişilerin farklı zamanlardaki taleplerine istinaden farklı raporları olabilir ve bu raporlar arasındaki muayene bulguları ve tanılar arasında çelişkiler olabiliyor. Ben size çok çarpıcı bir vakayı buraya yazdım. Kendi kurumu tarafından kronik şizofreni tanısıyla bir öğretmen malulen emeklilik için bize başvuruyor kurum tarafından malul kabul ediliyor. Kurumu başvurduğu için kişi malulen emekliliğe sevk işleminin iptali hususunda bir dava açıyor. Davada Adli Tıp Kurumu hukuki ehliyetini kaldıracak mahiyet ve derecede olan paraniod sendrom akıl hastalığı saptandığına oy birliği ile karar veriyor, mahkeme kişiye vasi tayin ediyor. Arkasından kişi silah bulundurma ruhsatı için başvuruyor, kendisine silah bulundurmasına tıbbi yönden sakınca yoktur raporu düzenleniyor. Bunun üzerine kişi öğretmenlik görevine yeniden dönmek için tekrar bir başvuruda bulunuyor, burada da öğretmen olur şeklinde bir rapor düzenlenip tekrar bizim kurumumuza müracaat ediyor ve diyor ki ''Ben öğretmenlik görevime dönmek istiyorum.'' Burada işte aslında hem bizim vaka sayımızın çok olması hem de bu tip dosyaların evveliyatlarını görebilmek adına bizim dosya üzerinden yaptığımız değerlendirmeler önem kazanıyor çünkü biz bu başvuru geldiğinde geçmişte alınmış tüm karar ve raporları dosyasından ve MEDULA sistemimizden görebiliyoruz.

Bu vakada ne yaptık, yeniden ara karar yaptık hakkında düzenlenmiş bu iki raporda da psikiyatri muayenesi, psikiyatri tanıları yer almadığı için psikiyatri kliniğinde muayenesini istedik ve maluliyetin devamlılığına karar verdik tabii ki.

Bir diğer konumuz Adli Tıp Kurumunun maluliyet raporları ile kurum sağlık kurulları arasındaki farklılıklar. Biraz önce Nezih Hocam da söyledi buradaki en önemli neden kişinin sağlık durumlarını tanımlayan raporlarda yer alan muayene bulguları ve tanılardaki değişiklikler. Bunu zaten 2016 yılının Adli Tıp Bülteni'nde sizlerin de yayınladığı bir makalede aynı şekilde size süreci ilerlemiş olması vasıtasıyla kişilerin tanısına yönelik tespit edilen sekel bulguların laboratuvar bulgularıyla ilerlemiş olduğu bu nedenle de farklılıkların sıklıkla yaşandığını belirtmişsiniz. Biz bütün bunlardan yola çıkarak aslında kurullarımız arasındaki karar farklılıklarının kabul edilebilir bir düzeyde olduğunu düşünüyoruz. Tabii ki aynı durum değerlendirmesinde hekimler arası kanaat farkı olabilir. Bunu da kabul ediyoruz. Siz üst kurulsunuz, bilirkişilik görevi yapıyorsunuz, kendiniz muayene ediyorsunuz vs. Bu gibi etkilerin dışında hastalığın ilerlemesine bağlı karar değişiklikleri kabul edilebilir. Bizim için burada önemli olan husus şu: Sigortalıların bizim aldığımız kararlara yaptıkları mahkemeye itirazlarda kararlarımıza esas olan sağlık kurulu raporları var. Dolayısıyla da Adli Tıp Kurumunun dava sürecinde öncelikle kurumumuzun incelediği sağlık kurulu raporu üzerinden bir değerlendirme yaparak buna dair bir görüş bildirmesi, sonrasında eğer mahkemeler kişilerle ilgili son sağlık durumu ve maluliyet durumu ile ilgili değerlendirme istiyorsa bunu da sizin ayrıca belirtmeniz gerektiğini bir hukuki zorunluluk olduğunu düşünüyoruz. Çünkü belki aynı raporu değerlendirdiğinizde bizimle aynı fikirde olacaksınız ama hastalık ilerlediği için kişiye maluliyet verir duruma gelmiş olabilirsiniz diye.

Bir diğer konu mahkeme kararlarının uygulanmasında karşılaştığımız sorunlar. Mahkeme kararında malul sayılmaya ilişkin tespit yapılarak aylık bağlanması yönüyle hüküm kurulmakla birlikte biraz önce Sayın Başkanım da anlattı malullük aylığının bağlanması için malul sayılma tek başına kriter değildir. Başkanım söylediği için ben şimdi tekrar etmiyorum.

Fakat burada iki önemli hususa değinmek istiyorum. Kararlarımızı biz özellikle kanun gereği hem kurum sağlık kurulları hem de yüksek sağlık kurulları çalışma gücünün %60'ı kaybettiğine karar verdiğimiz sigortalılar için mutlaka bakıma muhtaç olup olmadığı ve kontrol muayenesinin gerekip gerekmediği hususlarında da kararlarımızda yer veriyoruz çünkü kanundan kaynaklanıyor.

Bakıma muhtaçlık durumu çok önemli, neden? 10 yıl şartı aranmaksızın 1800 gün üzerinden kişilere maluliyet aylığı bağlanabiliyor ve aynı zamanda bu maluliyet aylığı da 10 puan arttırılıyor.

Bir diğer husus kontrol muayenesi gerekip gerekmediği. Bu nedenle Adli Tıp Kurumunun raporlarında maluliyet yönüyle değerlendirme yapıldığında bakıma muhtaçlık ve yanı sıra kontrol muayenesi gerekip gerekmediği hususlarına yer verilmesi çok önemli, çünkü bunlar olmadığında mahkeme sadece maluliyet kararı verdiğinde aylık bağlayacak birimler mahkemenin üstüne bir kez daha biz kurum sağlık kurullarımıza kişilerin bakıma muhtaç durumda olup olmadığı ya da kontrol muayenesi gerekip gerekmediği ile ilgili dönüşlerde bulunuyor. Ki bu da çok uygun değil takdir edersiniz mahkemenin ve Adli Tıp Kurumunun üzerine bizim tekrardan bir karar almamız.

Bir başka konu malullük maaşı talepli davalarda mahkemelerce geçmiş bir tarihten itibaren aylık bağlanmasına karar verilmesi durumunda sigortalının bu dönemde çalışıp çalışmadığının kontrol edilmeksizin hükme bağlanması. Burada malullük tespiti için 10 yıl ve 1800 gün koşullarının yerine getirmiş olmakla birlikte anılan dönemlerdeki işten ayrılış koşulunun gerçekleşmemesi ve çalışmanın devam etmesi sebebiyle 5310 Sayılı Kanuna göre malullük aylığı bağlanmasına aykırılık teşkil ediyor.

Yine mahkeme kararlarında açık bir şekilde hangi tarihten itibaren malullük aylığı bağlanması gerektiği belirtilmediği durumlarda kurumumuzca olayın özelliğine göre kararın kesinleştiği tarihten veya mahkeme kararındaki malullük tespiti dikkate alınmak suretiyle yeni bir talep alınarak talep tarihini takip eden aybaşından itibaren malullük aylığı bağlanmakta. Bu yüzden de maluliyet raporlama sürecinde kişilerde hak kaybı yaşanmaması adına maluliyet kararının hangi tarih itibariyle başladığı ya da hangi sağlık kurulu raporunun bu karara esas olduğunun belirtilmesi gerekmekte.

Bir başka konu da yine sürekli iş göremezlik derecesini tespit ettiğimiz yeni bağladığımız işçiler için işveren ya da sigortalar orana itiraz davaları açabiliyor ve bu oranlarda değişiklikler

söz konusu oluyor. Bu olduğu takdirde yine meslekte kazanma gücü kayıp oranının hangi tarihten itibaren geçerli olduğu sorununu gündeme getiriyor. Bu iki türlü olabiliyor, örnekte de görüyorsunuz Adli Tıp Kurumunun kararıyla oran düşürülmüş de olabiliyor yükseltilmiş de olabiliyor. Oran düşürülmüşse kişiye borç çıkartılıyor, yüksek çıkarsa geri bağlanıyor ve bunun hangi tarih itibariyle yapılacağı önem kazanıyor. Biz kendi kurum uygulamalarımızda da kurulların kontrol muayenelerinde ya da Yüksek Sağlık Kuruluna itiraz süreçlerinde de bunu yaşıyoruz ve yönetmeliğin ilgili bölümleri gereği aslında iki tip karar alıyoruz. İlk tespit edilen oranda bir değişiklik saptanmışsa bununla ilgili kararımızda düzeltme kaydı koyuyoruz. E-Cetveline bakarken de iş göremezlik halinin oluştuğu ilk rapor tarihindeki yaşını dikkate alıyoruz. Eğer sağlık durumu sebebiyle bir iyileşme ya da artma söz konusuysa yine kararımızda azalma artma ibarelerini koyuyoruz ve bunun tespit edildiği rapor tarihindeki yaşını dikkate alarak E-Cetveline bakıyoruz ve mutlaka kararımızda da bu rapor tarihini geçiriyoruz. Bu yüzden iş kazası ve meslek hastalıklarına ilişkin raporlarımızda da kurumumuzca tespit edilen oranlarda değişiklikler tespit edildiğinde bu oranın hangi tarihten itibaren geçerli olduğunu belirtmemiz bizim için çok önemli.

Son slaytımda da kurullarımızın yaptığı bir başka tespitten bahsedeceğim. 23 Ocak 2017 tarih 684 Sayılı KHK gereği kurum sağlık kurulları terörle mücadele sırasında yaralanan asker, polis ve sivillerin bağlı oldukları kendi mevzuata göre malul sayılmamaları durumunda talepleri halinde 1053 sayılı nizamnameye göre yapılan bir derece tespiti var bu nizamnameye göre 1'le 6 arasında bir derece tespiti yapılmaktadır. Burada kişiler malul kabul edilmemekle birlikte kararnameye göre derece tespitine göre bir aylık bağlanmaktadır ve bu dereceye göre de kişiler itiraz edebiliyor mahkemelere ve bazen bu mahkemeler ve hakem hastanelerce yapılan derece tespitleri doğrudan bir maluliyet olarak kabul ediliyor. Aslında 684 Sayılı KHK gereği yapılan değerlendirmeler sadece aylık bağlamaya esas derece tespitleri olup maluliyet tespit kararları değildir.

Teşekkür ediyorum.

Hikmet Ergin DÜLGER (Moderatör):
Evet biz de çok teşekkür ediyoruz, çok çarpıcı örneklerdi gerçekten.

Bundan sonraki sırada ''Sigorta Tahkim Komisyonu İşleyişi ve Maluliyet Engellilik İle İlgili Dosyaların Değerlendirilmesi" Sayın İbrahim SUBAŞI.

İbrahim SUBAŞI(Konuşmacı):
Öncelikle bu programı düzenleyen kurum başkanımıza, özverili ekibine ve emeği geçen herkese çok teşekkür ediyorum. Hepinizi saygı ve muhabbetle selamlıyorum.

Genel olarak "Tahkim"; bir uyuşmazlığın mahkemeler dışında hakem önünde çözüme kavuşturulmasıdır. Bunun zorunlu tahkim, iradi tahkim gibi çeşitli türleri vardır. Sigorta Tahkimi de; daha ziyade karma tahkim olarak adlandırılabilecek bir uygulamadır. Tahkim; klasik yargılama usulleri dışında Ombudsmanlık sistemi, arabuluculuk ve Tüketici Hakem Heyetleri gibi diğer bir alternatif çözüm yöntemidir.

5684 sayılı Sigortacılık Kanunu (SK)'nun amacı; ülkemiz sigortacılığının geliştirilmesini sağlamak, sigorta sözleşmesinde yer alan kişilerin hak ve menfaatlerini korumak ve sigortacılık sektörünün güvenli ve istikrarlı bir ortamda etkin bir şekilde çalışmasını temin etmek üzere bu Kanuna tâbi kişi ve kuruluşların, faaliyete başlama, teşkilât, yönetim, çalışma esas ve usûlleri ile faaliyetlerinin sona ermesi ve denetlenmesine ilişkin hususlar ve sigorta sözleşmesinden doğan uyuşmazlıkların çözümlenmesine yönelik olarak sigorta tahkim sistemi ile ilgili usûl ve esasları düzenlemektir (m.1/1).

Sigortacılıkta tahkim, 2007 yılında çıkan 5684 sayılı SK ile Hukuk Sistemimize girmiştir. Sigorta Tahkim uygulamasının amacı; SK'nda; *"Sigorta ettiren veya sigorta sözleşmesinden menfaat sağlayan kişiler ile riski üstlenen taraflar arasında sigorta sözleşmesinden doğan uyuşmazlıkların çözüme kavuşturulması"* (m.30/1) şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre; sigorta şirketleri ve sigorta şirketi gibi risk üstlenen diğer kurumlar (DASK, TARSİM ve Güvence Hesabı) ile sigortalılar ve hak sahibi üçüncü kişiler arasındaki uyuşmazlıkların çözümünü sağlamak üzere Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği bünyesinde Sigorta Tahkim Komisyonu oluşturulmuştur.

Sigorta Tahkim sisteminin amacı; tüketicinin hak aramasını kolaylaştırmak, adil, kişilere daha kısa sürede ve daha ucuz maliyetle bir çözüm sunmak suretiyle nihayetinde sigorta sektörüne olan güveni yükseltmektir.

Sigorta Tahkim Komisyonunun, Türk sigortacılık sektörüne olan güvenin sağlanmasında ve sigortacılığın gelişmesinde oynadığı rolünün yanında, sigortalılar ve diğer hak sahipleri bakımından da sunduğu bazı önemli avantajlar bulunmaktadır.

Sigorta tahkimi, başvuru sahipleri bakımından tamamen serbest bir çözüm yoludur. O bakımdan hak arama imkânlarını sadece genişletmektedir. Sigorta kuruluşları yönünden yarı zorunlu yarı ihtiyari bir sistemdir.

1. Kanun Koyucuyu Sigorta Tahkim Sistemi'ni Oluşturmaya Sevk Eden Sebepler

Sigorta[1], kişilerin çeşitli olaylar sonucunda karşılaşabilecekleri zararlara karşı korunması düşüncesine dayanır. Günlük hayatta; bireyler, birtakım tehlikelerle karşı karşıyadır. Ev veya işyerinin yanması, eşyanın çalınması, araçla kaza yapma veya hastalanma her zaman mümkündür. Bütün bu olaylar, çoğu kez katlanması zor masraflara yol açar, hatta kişiler için bir ekonomik yıkım hâline gelebilir. İşte, kişinin beklenmedik olaylar sonucunda uğrayabilecekleri zararları, karşılıklı yardım esasına dayanarak giderme düşüncesi sigorta sistemini doğurmuştur.

Sigorta, ileriyi görerek önlem alma ve ortak tehlikelere karşı yardımlaşma düşüncelerinin bir yansıması olarak ortaya çıkmıştır.[2]

Kanun ve sözleşme ile tespit edilen belirli bir rizikonun aynı derecede tehdidi altına bulunan kişilerin oluşturduğu toplulukta, rizikonun gerçekleşmesi sonucunda meydana gelebilecek ihtiyaçların belirli bir pay (prim, para) karşılığında azaltılmasına ya da giderilmesine veyahut kişileri kötü olayların sonuçlarına karşı korumayı amaçlayan, bağımsız bir hukuki talebe sahip olunmasına sigorta denir.[3]

Sigorta, aynı veya benzer tehlikelere maruz bulunan kişiler topluluğunda rizikonun gerçekleşmesi sonucunda ortaya çıkacak ihtiyacın belirli bir para (prim) karşılığında giderilmesine yönelik olarak bağımsız bir hukukî talep hakkına sahip olunmasıdır. Sigorta, zarar doğuran bir olayın sonuçlarının ödenen prim karşılığında sigorta şirketi tarafından üstlenilmesini öngören bir sözleşmedir.[4]

Kişilerin ekonomik yaşantısını riske atan tehlikeleri önceden görmesi ve olumsuz sonuçlarına karşı tek başına önlem alması imkânsızdır. Tehlike gerçekleştikten ve zarar meydana geldikten sonra önceki durumu yeniden tesis etmek, ancak başkalarının yardımı ile mümkün olabilir. Bu sistemin işleyebilmesi için hiç kuşkusuz sistemi organize edecek bir kuruma (sigortacı) ihtiyaç vardır. Sigortacı, aynı tehlikeye maruz kalan kişilerden belirli bir miktar para (prim) toplayarak bir fon oluşturmakta ve meydana gelen zararları (sigorta tazminatı) buradan karşılarken, artan tutardan gelir elde etmektedir. Sigorta, aynı veya benzer tehlikelere maruz bulunan kişiler topluluğunda rizikonun gerçekleşmesi sonucunda ortaya çıkacak ihtiyacın belirli bir para (prim) karşılığında giderilmesine yönelik olarak bağımsız bir hukukî talep hakkına sahip olunmasıdır. Sigorta, zarar doğuran bir olayın sonuçlarının ödenen prim karşılığında sigorta şirketi tarafından üstlenilmesini öngören bir sözleşmedir. [5]

Sigorta Sözleşmesi Hukuku; sigorta ilişkisinin kurulması ve hükümlerine ilişkin esasları belirleyen kurallar bütünüdür. İnsanlar yaşamı süresince canını ve malını tehdit eden çeşitli tehlikelere maruzdur. Bu tehlikeler gerçekleşip gerçekleşmeyeceği ya da ne zaman gerçekleşeceği belli olmayan, ancak gerçekleşmesi halinde ekonomik bir ihtiyaç doğuran olaylardır. İnsanlar, maruz bulundukları bu tehlikelerin ekonomik sonuçlarından korunmak amacıyla önceden önlem alma ihtiyacı duyar. Ancak insanların bireysel olarak alacakları önlemlerle, tehlikelerin ekonomik sonuçlarından kendilerini tam olarak korumaları ise imkânsızdır.[6]

Koruma, esas itibariyle, tehlikenin gerçekleşme ihtimalini tamamen ortadan kaldırmayı veya azaltmayı amaçlar. Örneğin, insanın belirli dönemlerde aşılanması belirli hastalıklara yakalanması ihtimalini ortadan kaldırırken, tedbirli bir şekilde otomobil sürülmesi, trafik kazası ihtimalini sadece azaltır. Bu örneklerden anlaşılacağı gibi, koruma bazı ihtimaller haricinde, tehlikelerin gerçekleşme ihtimalini kural olarak tamamen ortadan kaldırmamakta sadece azaltmaktadır.[7]

Sigortanın, gerek bireyler gerekse toplum açısından ekonomik ve sosyal hayatta çok büyük önemi vardır. Kişiler, sigorta sayesinde geleceklerini güvence altına alırlar ve daha sonra zarar veren bir olayla karşılaştıklarında zor duruma düşerek topluma yük olmazlar. Sigorta, tedbirli olmanın bir ödülüdür.

Sigorta yaptıran bir kişi, ileriki günlerde uğrayacağı her türlü zararını sigortadan karşılayabilir. Sigorta, ancak bu ihtiyacı duyabilecek belirli bir kültür seviyesine sahip olan toplumlarda gelişebilir. Sigortanın yerleşebilmesi için bireylerin günlük ihtiyaçlarından artırabilecek bir ödeme gücüne ulaşmış olmaları da şarttır.[8]

Öngörme, basiretli ve tedbirli olma, ileriyi düşünme, yarını bugünden hazırlamak anlamındadır. Öngörmede tehlikenin muhtemel tehdidi altında bulunan kişinin, bu tehlike gerçekleşmeden yani önceden yalnız başına veya başkaları ile birlikte, tehlikenin zararlı neticelerini tamamen veya kısmen telafi edici bir dizi tedbirleri alması söz konusudur. Öngörme genellikle iki şekilde gerçekleşmektedir. Bunlar; tasarruf ve sigortadır.[9]

Sigortadan faydalanabilmek ve sigorta kapsamında hak sahibi olabilmek için bir miktar külfete katlanmak gereklidir. Ancak topluluk üyeleri arasında doğabilecek rizikolara karşı birlikte hareket edilmesi ve herkesin bu külfete katlanması, üyenin katılım payını önemli oranda düşürmekte, fert başına düşen hasarın şiddetini azaltmaktadır. Sigortadan faydalanmak isteyen katılımcıların sayıları arttıkça riziko daha çok bölünmekte, hasarın yükü ve şiddeti ise daha küçük katlanılabilir parçalara ayrılmaktadır. Sigortalanacak kişilerin ödeyecekleri prim tutarı da, rizikonun gerçekleşme oranına bağlıdır.[10]

Sigortanın işlevleri: Sigorta, bireylere güvence sağlar. Sigorta, sermaye ve emeği koruyarak millî gelirin azalmasına engel olur. Sigorta, ticarî faaliyetlerin güvenli ve istikrarlı bir şekilde yapılmasını sağlar. Sigorta, işletmelerin kredi ihtiyaçlarını kolayca gidermelerini sağlar. Sigorta, kişilerin tasarruf yapmalarını sağlar. Sigorta, toplanan fonların borsaya ve para piyasalarına yatırılması sonucunda ülke ekonomisinin gelişmesini sağlar. Sigorta, uluslararası niteliği dolayısıyla ticarî faaliyetlerin yurt dışına yayılmasını sağlar.[11]

SK'nun 30.maddesinin gerekçesinde ifade edilmektedir: Sigorta tahkim sisteminin kuruluş gerekçesi: *"Sigorta ettirenler veya sigorta sözleşmesinden menfaat sağlayan kişiler ile riski üstlenen taraf arasındaki uyuşmazlıklar adli yargı mekanizması ile çözümlenmektedir, ancak sigortacılık alanında ihtisas mahkemelerinin olmaması, yargı sürecinin uzun zaman alması ve masraflı olması sigortalıların mağduriyetine neden olmakta ve zararın telafisi uzun zaman aldığından sigortanın var olma amacına aykırılık teşkil etmektedir. Bu durum sigortacılık sektörüne duyulan güveni sarsan bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır."*

Sigorta Denetim Hukuku, sigortacılık faaliyetlerinin tabi olduğu esaslar ile sigortacılık faaliyetlerinin bu esaslara uygun olarak yürütülmesine yönelik denetim hakkındaki kurallardan oluşur. Sigorta denetim hukukunu oluşturan kuralların amacı, sigortacılığın geliştirilmesi ve güven içinde yürütülmesini, sigorta sektöründe yer alan kişi ve kuruluşların mesleki kurallar içinde faaliyet göstermelerini, sigorta sektöründe oluşturulacak fonların ekonomik kalkınmaya katkıda bulunmasını sağlamak ve sigortalıların sigorta sözleşmelerinden doğan hak ve alacaklarını teminat altına almaktır.[12]

2. Sigorta Tahkimi

Tahkim, kanunun menetmediği konularda taraflar arasında doğmuş veya doğacak anlaşmazlıkların bir akit veya kanun hükmü uyarınca, devlet yargısına başvurulmadan, taraflarca veya kanunla doğrudan doğruya seçilmiş olan, tarafların veya kanunun yetki tanıdığı şahıs veya mercilerce tayin edilmiş bulunan kimseler aracılığı ile çözümlenmesidir.[13]

Tahkim, milletlerarası ticaret ve yatırımdan kaynaklanan uyuşmazlıkların çözümünde uluslararası ve supranasyonel bir mahkeme bulunmadığı için en çok başvurulan yöntemlerin başında gelmektedir. Tahkimin hukuk sözlüğündeki anlamı, sözleşmelerden doğan bir anlaşmazlığın ve uyuşmazlığın çözümü için, mahkeme yerine, hakeme başvurulmasıdır. Bu doğrultuda olmak üzere sadece tarafların üzerinde tasarruf edebildiği çekişmeli yargı kapsamındaki uyuşmazların tahkime elverişli olduğu ifade edilebilinir.[14]

Bir hak üzerinde uyuşmazlığa düşen iki tarafın, anlaşarak, bu uyuşmazlığın çözümünü özel kişilere bırakmalarına ve uyuşmazlığın bu özel kişiler tarafından incelenip karara bağlanmasına tahkim; uyuşmazlığın çözümü kendilerine bırakılan bu özel kişilere ise hakem denir. Hakemler, bağımsız, tarafsız gerçek kişilerdir, kural olarak uyuşmazlığın tarafı olan kişilerce seçilirler, uyuşmazlığı yargılama yoluyla çözerler. Tahkim yolu, tarafların doğmuş ya da doğabilecek bir uyuşmazlığı aralarındaki anlaşmaya göre hakem veya hakem kuruluna götürdükleri, özel bir yargılama faaliyetidir.[15]

Sigortacılık Tahkimi, komisyon organizasyon şeması, raportörleri, hakemleri, hakemlerin yargılama sistemine ilişkin esasları kanunla düzenlenmiş ihtiyari ve kurumsal bir tahkim sistemidir.[16]

Tahkim özel bir yargılama usulü olduğundan bu usulün uygulanması, tarafların yapacağı bir tahkim anlaşmasına bağlıdır. Tahkim, devletin yargı hâkimiyetine müdahale sayılmaz, taraf iradelerine üstünlük tanıyan, tarafların iradelerine tabi özel hukuk uyuşmazlıklarının çözümüne katkı sağlayan özel bir alternatif uyuşmazlık yöntemidir. Tahkimde, diğer alternatif çözüm yollarından farklı olarak hakemler bağlayıcı ve icra edilebilir kararlar vermektedir. Tahkimin, zorunlu tahkim ve ihtiyari tahkim, muvakkat tahkim, milli ve milletlerarası tahkim olmak üzere çeşitli türleri vardır. Tahkim kural olarak ihtiyaridir. Özel Kanun hükümleri ile düzenlenen zorunlu tahkim ise ancak istisnai hâllerde mümkündür.[17]

Sigortacılık Tahkimi, zorunlu sigortalar ve Güvence Hesabı dışında, tahkime başvuru için sigortacının mutlaka sisteme üye olmasını şartını arayarak, Anayasa m.9'da düzenlenen "Devletin münhasır Yargı Yetkisinin" ancak taraf iradeleri ile kaldırabileceği esasını getirmiş ve bu yönüyle de Anayasal düzenle bağı korumuştur. Zorunlu sigortalar ise, Anayasa m.2'de düzenlenen sosyal devlet ilkesinin sigortacılık alanında bir yansıması olarak değerlendirildiğinde, bu tür sigorta türleri için, sigorta ettiren veya sigortadan yararlanan kişilerin menfaatleri korunmak istenmiştir.[18]

Sigorta sözleşmesinden kaynaklanan uyuşmazlıklar süreç içerisinde ciddi şekilde artış göstermiştir. Bu ihtilafların çözüm yerleri de esasen Asliye Ticaret Mahkemeleridir. Sigortacılık uygulamasından çıkan ihtilaflar Devletin Mahkemelerinin iş yüklerini ciddi şekilde artırmaktaydı ve yargılamanın yavaş işlemesi sonucu da özellikle sigorta ettirenler davaların sonuçlanması için uzun süreler beklemek durumunda kalıyorlardı. Bu düşüncelerden hareketle Sigorta Sözleşmelerinden kaynaklanan ihtilaflar için 5684 Sayılı Kanun, sigorta tahkim yargılamasını getirmiştir. Anlaşmazlıkların alternatif çözüm yollarından biri olan tahkim yargılamasının yasal dayanağa kavuşturulması ile, sigorta sözleşmelerinden kaynaklanan ihtilafların çözümü yönünden mahkemelerin yükünün hafifletilmesi, anlaşmazlıkların uzman hakemler vasıtasıyla daha hızlı çözüme kavuşturulması amaçlanmıştır. Sigortacılıkta tahkim usulü SK'nda (m.30) düzenlenmiştir. Bu tahkim usulü zorunlu olmayan, "isteğe bağlı" bir tahkim usulüdür.[19]

Sigortacılık Kanunu'nun tahkime ilişkin hükmü ile, sigorta sözleşmesinden doğan uyuşmazlıklarda sigorta ettiren veya sigorta sözleşmesinden menfaat sağlayan gerçek ve tüzel kişilere kanunda sayılan hallerde, ihtiyari tahkime başvuru imkanı sağlayan düzenleme, tahkimin Devlet yargısına göre başta hızlılığı ve ucuzluğu ile diğer avantajları birlikte değerlendirildiğinde, yasal olarak sınırları çizilmiş kurumsal tahkimin, gerçek hayatta da Kanunun öngördüğü sınırlar içinde, objektif, rasyonel ve adil olarak uygulanması halinde, hem Devlet yargısına gerçekten bir alternatif olabilecek ve bu vesile ile Devlet yargısının yükünü önemli ölçüde hafifletecektir.[20]

Sigorta Tahkim Sistemi; doktrin ve yargı kararları ile ortaya konulacak aksayan yönlerinin düzeltilmesi ile genel mahkemeleri büyük oranda işgal eden sigorta sözleşmelerinden kaynaklanan uyuşmazlıklara ilişkin davaların bu sistem içerisinde çözümlenerek sonuca bağlanması, öncelikle Genel Mahkemelerin yükünü önemli oranda azaltabilecektir. Bu sistem; uyuşmazlıkların sigortacılık alanında uzman kişilerden oluşacak hakem listelerinden seçilecek hakemler aracılığı ile seri ve adaletli çözüme kavuşturulması durumunda, kişilerin sigorta sistemine olan kuşkularını ortadan kaldırabilecek ve bu sistemi daha güvenilir bir duruma getirebilecektir.[21]

Tahkim de esasen arabuluculuk gibi alternatif uyuşmazlık çözüm yöntemidir. Her iki kurumun da devletin yargı sistemini rahatlatmaya yönelik birer alternatif uyuşmazlık çözüm usulüdür. Her ikisi de uygulama açısından farklı kural ve ilkelere sahiptir. Arabuluculuğun zorunlu olduğu yerlerde dahi tarafların Devletin yargı sistemine başvuru yapması ihtimali için öngörülmüştür. Bu itibarla sigorta sözleşmelerinden kaynaklanan anlaşmazlıklarda, sigorta sözleşmelerinden kaynaklanan uyuşmazlıklar için tahkim usulüne başvurmadan önce dava şartı olarak Arabuluculuğa başvuru yapma zorunluluğu söz konusu değildir. Bu itibarla ister mutlak ticari dava olarak belirsin isterse tüketici işlemi olarak belirsin Sigorta Tahkim Komisyonu nezdinde Sigorta Tahkimde dava açmak için dava şartı olarak Arabuluculuğa başvurma zorunluluğu gündeme gelmez. Sigorta Tahkim Komisyonu nezdinde tahkim davası açmak zorunluluğu bulunmamaktadır. Yani sigorta tahkimine başvurmak isteğe bağlıdır ve sigortacılıkta tahkime gidilebilmesi için sigorta ettiren ile sigortacı arasında kendilerini tahkime gitmeye zorunlu kılan bir tahkim sözleşmesi bulunmamaktadır. Sigorta Tahkim Komisyonuna başvurabilmek için, anlaşmazlığın yaşandığı sigorta şirketinin Sigorta Tahkim Komisyonuna üye olması ve ihtilaf konusu rizikonun üyelik tarihinden sonra gerçekleşmiş olması gerekmektedir.[22] Komisyona başvuru yapılabilmesi için ayrıca taraflar arasında bir tahkim sözleşmesi yapılmasına da ihtiyaç yoktur zira bu alternatif çözüm usulü SK. hükümleri çerçevesinde kabul edilmiş bir alternatif ihtilaf çözüm yöntemidir.[23]

Arabuluculuk Daire Başkanlığı'nın Hazine Bakanlığı Sigortacılık Genel Müdürlüğüne 26.12.2018 tarihli ve 99-E.32107 sayılı gönderdiği cevap açıklamasında da

"Komisyona gidilebilmesi için, sigortacılık yapan kuruluşla uyuşmazlığa düşen kişinin uyuşmazlığa konu teşkil eden olay ile ilgili olarak sigortacılık yapan kuruluşa gerekli başvuruları yapmış ve talebinin kısmi ya da tamamen olumsuz sonuçlandığını belgelemiş olması gerekir. Sigortacılık yapan kuruluşun, başvuru tarihinden itibaren on beş iş günü içinde yazılı olarak cevap vermemesi de Komisyona başvuru için yeterlidir. Bu durumda, dava şartı olarak arabuluculuğa ilişkin hükümler uygulanmaz. Ancak, taraflar isterlerse ihtiyari olarak arabuluculuk yoluna başvurabilirler." belirtildiği gibi sigorta tahkim komisyonuna başvurmadan önce dava şartı arabuluculuğa ilişkin hükümlerin uygulanmayacağı yönünde görüş bildirmiştir.[24]

3. Sigortacılıkta Tahkimin Özellikleri

Sigorta tahkimi[25] karma bir tahkimdir. Sigorta tahkimi, başvuru sahipleri bakımından tamamen serbest bir çözüm yoludur. O bakımdan hak arama imkânlarını sadece genişletmektedir. Sigorta kuruluşları yönünden yarı zorunlu yarı ihtiyari bir sistemdir.

Sigortacılıkta tahkim usulü; *"Sigortacılık Kanunu kapsamında sigorta ettiren, sigortalı, sigortadan menfaat sağlayan kişiler ve sigorta ettirerek riski/rizikoyu üstlenen sigortacılar arasındaki uyuşmazlıkların çözümü için oluşturulan alternatif bir çözüm yöntemi"* olarak tanımlanabilinir.[26]

Bir sigorta kuruluşuna karşı Sigorta Tahkim Komisyonuna başvuru yapılabilmesi için, sigorta kuruluşunun tahkim sistemine üye olmak suretiyle, buna önceden rıza göstermesi gerekir. Üyelik ihtiyaridir. Ancak mevzuatın zorunlu tuttuğu sigortalarda (trafik sigortası, zorunlu deprem sigortası vb.) sigorta sözleşmesini yapan sigorta kuruluşuna karşı, sisteme üye olup olmadığına bakılmaksızın, Sigorta Tahkim Komisyonuna başvuru yapılabilir. Bu husus kanunla düzenlenmiştir.

Zorunlu sigortalarda sigorta şirketi, (sigorta teminatını veren kuruluş) tahkim sistemine üye olmasa da; zarar gören üçüncü şahıslar o şirket / kuruluş aleyhinde Komisyona başvuru yapabilir.

İhtiyari sigortalarda sigorta şirketi aleyhine Komisyona başvurulabilmesi için sigorta şirketinin tahkim sistemine üye olması gerekir. Üyelik ihtiyaridir.

Kanuna göre; Tahkim Komisyonuna üye olan sigorta şirketleri, üyelikten sonra ortaya çıkan uyuşmazlıkta tahkim yoluna başvurulmasına itiraz edemezler. Ancak hak sahiplerinin sigorta tahkimi yerine adli mahkemelere başvurması mümkündür. Bununla birlikte genel mahkemelerde dava açtıktan sonra sigorta tahkim usulüne başvurma yolu kapalıdır.

Mahkemeye ve Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun hükümleri uyarınca Tüketici Sorunları Hakem Heyetine intikal etmiş uyuşmazlıklar ile ilgili olarak Komisyona başvuru yapılamaz. (SK.m.30/14).

-Sigorta şirketi ile sigortalı arasında tahkim sözleşmesi veya poliçede tahkim şartı olmasına gerek yoktur.
-İhtisas mahkemeleri gibidir. Sigortacılık Kanunu ile kurulmuştur.
-Basit yargılama usulü uygulanır.
-Kendi içinde itiraz yolu, itiraz kararlarına karşı ise temyiz yolu öngörülmüştür.
-Belirli tutara kadar (24.000 TL) olan uyuşmazlıklar tek hakem tarafından görülür, o tutarı aşan uyuşmazlıklar ile itiraz incelemesi ise heyet tarafından görülür.
-Sigorta Tahkim Komisyonuna başvurulmadan önce sigorta kuruluşuna başvurulması zorunludur / özel dava şartıdır. Sigorta kuruluşu ret cevabı verirse bu cevap üzerine, 15 iş günü /15 gün içinde cevap vermezse bu sürenin dolmasıyla birlikte Komisyona başvurulabilir (Trafik Sigortasında, mahkemede dava açılmasında da aynı dava şartı aranır.
-Komisyona yapılan başvurularda sınır (üst limit) yoktur.
-Komisyon kararları ilam hükmündedir. Bu husus 5684 Sayılı SK'nda; *"Beş bin Türk Lirasının altındaki uyuşmazlıklar hakkında verilen hakem kararları kesindir. Beş bin Türk Lirası ve daha üzerindeki uyuşmazlıklar hakkında verilen hakem kararlarına karşı kararın Komisyonca ilgiliye bildiriminden itibaren on gün içinde bir defaya mahsus olmak üzere Komisyon nezdinde itiraz edilebilir. İtiraz talebinde bulunmak için bu madde uyarınca belirlenen başvuru ücretinin Komisyona yatırılması şarttır. İtiraz üzerine hakem kararının icrası durur."* (SK.m.30/12) şeklinde ifade edilmiştir. İtiraz edilmediğinde hakem kararı icra edilir.
-6100 Sayılı Hukuk Muhakemeleri Kanunu (HMK)'ndaki hakimi ret nedenlerine dayanılarak hakem reddedilebilir.

5684 Sayılı Sigortacılık Kanunu'na göre;

Hakemler, sadece kendilerine verilen evrak üzerinden karar verir. Seçilen sigorta hakemi mücbir nedenler ve umulmayan haller hariç olmak üzere görevi reddedemez. Bununla birlikte, taraflar, Hukuk Usûlü Muhakemeleri Kanununda yer alan hâkimi ret nedenlerine dayanarak hakemi reddedebilir. Ret talebi Komisyona, durumun öğrenildiği tarihten itibaren en geç beş iş günü içinde bir dilekçeyle yapılır. Ret talebi üzerine Komisyon müdürü, iki tarafın görüşlerini dinledikten sonra bu konuda en geç beş iş günü içinde karar verir (SK.m.30/15).

6100 Sayılı Hukuk Muhakemeleri Kanunu'na göre;

Ret sebepleri;
Kendisine hakemlik önerilen kimse, bu görevi kabul etmeden önce tarafsızlık ve bağımsızlığından şüphe edilmeyi haklı gösteren durum ve koşulları açıklamak zorundadır. Taraflar önceden bilgilendirilmemiş oldukları takdirde hakem, daha sonra ortaya çıkan durumları da gecikmeksizin taraflara bildirir (m.417/1).

Hakem, taraflarca kararlaştırılan niteliklere sahip olmadığı, taraflarca kararlaştırılan tahkim usulünde öngörülen bir ret sebebi mevcut bulunduğu veya tarafsızlığından şüphe edilmeyi haklı gösteren durum ve koşullar gerçekleştiği takdirde reddedilebilir. Taraflardan birisinin kendisinin atadığı veya atanmasına katıldığı hakemi reddetmesi, yalnızca hakemin atanma tarihinden sonra öğrenilen ret sebeplerine dayanılarak yapılabilir (m.417/2).

Sigortacılıkta Tahkime İlişkin Yönetmelik'e göre;
Hakemi ret nedenleri;

Aşağıdaki hallerde taraflar, atanan hakem veya hakemleri,

atamayı öğrendiği tarihten itibaren beş iş günü içinde yazılı olarak reddedebilir.
a) Hakem taraflardan birine öğüt vermiş ya da yol göstermişse.
b) Hakem taraflardan biri veya ilgili bir üçüncü kişi karşısında kanunen gerekmediği halde görüşünü bildirmişse.
c) Hakem, tanık, bilirkişi, Hukuk (...) Muhakemeleri anlamında hakem, veya hakim sıfatıyla dinlenmiş veya hareket etmişse.
ç) Hakem taraflardan biriyle dördüncü dereceye kadar yansoy hısımlığı varsa.
d) Hakem ile taraflardan biri arasında bir dava veya düşmanlık bulunuyorsa.
e) Hakemin tarafsızlığından şüpheye düşülmesini gerektirecek önemli sebepler varsa (Yön.m.17).

Hakemin uyuşmazlığa bakamayacağı haller;
Hakem, aşağıdaki hâllerde uyuşmazlıklara bakamaz, talep olmasa bile çekinmek zorundadır:
a) Kendisine ait olan veya doğrudan doğruya ya da dolayısıyla ilgili olduğu davada,
b) Aralarında evlilik bağı kalksa bile eşinin davasında,
c) Kendisi veya eşinin altsoy veya üstsoyunun davasında,
ç) Kendisi ile arasında evlatlık bağı bulunanın davasında,
d) Üçüncü derece de dâhil olmak üzere kan veya kendisini oluşturan evlilik bağı kalksa dahi kayın hısımlığı bulunanların davasında,
e) Nişanlısının davasında,
f) İki taraftan birinin vekili, vasisi, kayyumu veya yasal danışmanı sıfatıyla hareket ettiği davada,
g) Tahkim sırasında, yönetiminde bulunduğu tüzel kişiye ait uyuşmazlıklar (Yön.m.18).

Hakemin reddi usulü;

Taraflar, hakemin reddi usulünü serbestçe kararlaştırabilirler (HMK.m.418/1).

Hakemi reddetmek isteyen taraf, hakemin veya hakem kurulunun seçiminden ya da hakemin reddi talebinde bulunabileceği bir durumun ortaya çıktığını öğrendiği tarihten itibaren iki hafta içinde ret talebinde bulunabilir ve bu talebini karşı tarafa yazılı olarak bildirir. Reddedilen hakem kendiliğinden çekilmez veya diğer taraf reddi kabul etmez ise ret hakkında, hakem kurulunca karar verilir (HMK.m.418/2).

Hakem kurulundan bir veya birden çok hakemin reddini isteyen taraf, ret talebini ve gerekçesini hakem kuruluna bildirir. Ret talebinin kabul edilmediğini öğrenen taraf, bu tarihten itibaren karara karşı bir ay içinde mahkemeye başvurarak bu kararın kaldırılmasını ve hakem veya hakemlerin reddine ilişkin talep hakkında karar verilmesini isteyebilir (HMK.m.418/3).

Seçilen hakemin veya hakem kurulunun tümünün ya da karar çoğunluğunu ortadan kaldıracak sayıda hakemin reddi için ancak mahkemeye başvurulabilir. Mahkemenin bu fıkra uyarınca vereceği kararlara karşı kanun yoluna başvurulamaz (HMK.m.418/4).

Seçilen hakemin veya hakem kurulunun tümünün ya da karar çoğunluğunu ortadan kaldıracak sayıda hakemin ret talebini mahkemenin kabul etmesi hâlinde tahkim sona erer. Ancak tahkim sözleşmesinde hakem veya hakemlerin isimleri belirlenmemişse yeniden hakem seçimi yoluna gidilir (HMK.m.418/5).

Mahkemeye ve Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun hükümleri uyarınca Tüketici Sorunları Hakem Heyetine intikal etmiş uyuşmazlıklar ile ilgili olarak Komisyona başvuru yapılamaz (SK.m.30/14).

Hakemler, görevlendirildikleri tarihten itibaren en geç dört ay içinde karar vermeye mecburdur. Aksi halde, uyuşmazlık yetkili mahkemece halledilir. Ancak, bu süre tarafların açık ve yazılı muvafakatleriyle uzatılabilir (SK.m.30/16).

Talebi kısmen ya da tamamen reddedilenler aleyhine hükmolunacak vekalet ücreti, Avukatlık Asgarî Ücret Tarifesinde belirlenen vekalet ücretinin beşte biridir (SK.m.30/17).

Tarafların avukat ile temsil edildiği hallerde, taraflar aleyhine hükmedilecek vekâlet ücreti, her iki taraf için de Avukatlık Asgarî Ücret Tarifesinde yer alan asliye mahkemelerinde görülen işler için hesaplanan vekâlet ücretinin beşte biridir (Yön.m.16/13).
SK'nda yer verilen *"talebi kısmen ya da tamamen reddedilenler"* ibaresi ile kastedilen başvuru sahipleridir ve başvuru sahipleri lehine hükmedilecek olan vekâlet ücreti bakımından söz konusu oranın geçerli olmadığı sonucuna ulaşılmalıdır. Yönetmelik hükmünün ortaya çıkarmış olduğu sakıncanın giderilmesi ve anlam karmaşasının giderilebilmesi için AAÜT.'de değişiklik yapılmış ve yeni tarifede başvuru sahipleri lehine tam vekâlet ücretinin hükmedilmesi ayrıntılı ve açık olarak ifade edilmiştir. SK.30/17 karşısında, Yönetmeliğin 16/13. maddesi, kanun hükmünün kapsamını genişletmek suretiyle ona aykırı nitelikte bir düzenleme içermektedir. Bu bakımdan, normlar hiyerarşisinde daha alt sırada yer alan yönetmeliklerin kanuna aykırı nitelikte hükümler ön görmeleri mümkün değildir. Bu bakımdan, kanuna aykırı nitelikte yönetmelik hükmünün ihmal edilmesi ve bu şekilde hukuki değer yüklenmemesi suretiyle, kanun hükmünün uygulanması zorunludur. Kanun hükmü ile bu konuda kanun koyucu tarafından yeni bir hüküm getirilene kadar SK.m.30/17 hükmünün uygulanması gerekir.[27]

Sigorta hakemleri HMK'daki kamu düzenine ilişkin hükümler ile bağlı olup, yargılama sürecinde kamu düzenine ilişkin emredici kanun hükümlerini uygulamak zorundadırlar. Sigorta hakemlerinin HMK'daki emredici kanun hükümlerinin ihlal ederek karar vermeleri halinde, kararlar kesinlik sınırına tabi olmaksızın temyize tabidir.[28]

Bu Kanunda hüküm bulunmayan hallerde Hukuk Usûlü Muhakemeleri Kanunu (Hukuk Muhakemeleri Kanunu) nun hükümleri, sigortacılıktaki tahkim hakkında da kıyasen uygulanır (SK.m.30/23).

Taraflar arasında Tahkim sözleşmesi yoktur. Sigorta Tahkim Komisyonu ile Sigorta Şirketleri arasında üyelik sözleşmesi vardır. Taraflar ile Hakem arasında Hakem sözleşmesi yoktur. Hakem Komisyon tarafından atanır.

Seçilen sigorta hakemi mücbir nedenler ve umulmayan haller hariç olmak üzere görevi reddedemez (SK.m.30/15).

Yargılama usulünü taraflar belirlemez, Kanunlar belirlemiştir.

(5684 SK. ve HMK) (Hakkaniyet / nesafet kurallarına göre, yürürlükteki mevzuat kurallarına göre karar verilir.).

Hakemin karar verme süresini Kanun belirlemiştir.

Hakem ücretini taraflar değil, Komisyon öder. Hakemlik ücreti, Komisyona başvuru ücreti ve üyeliğe katılma payı, Komisyonun görüşü alınarak Müsteşarlıkça (Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu - SEDDK) belirlenir; hakem ücreti Komisyon tarafından ödenir (SK.m.30/18).

Yabancılık unsuru bulunabilir.

HMK'daki yargılamaya hakim olan ilkeler (Tasarruf ilkesi, Taraflarca getirilme ilkesi, Taleple bağlılık ilkesi, Hukuki dinlenilme hakkı, Usul ekonomisi ilkesi, Hâkimin davayı aydınlatma ödevi, Hukukun uygulanması gibi) geçerlidir.

Basit yargılama usulü uygulanır. (HMK.m.316-322).

Taraflar cevaba cevap ve ikinci cevap dilekçesi veremezler (HMK.m.317/3).

Taraflar dilekçeleri ile birlikte, tüm delillerini göstermeli ve sunmalıdırlar. Taraflar dilekçeleri ile birlikte, tüm delillerini açıkça ve hangi vakıanın delili olduğunu da belirterek bildirmek; ellerinde bulunan delillerini dilekçelerine eklemek ve başka yerlerden getirilecek belge ve dosyalar için de bunların bulunabilmesini sağlayan bilgilere dilekçelerinde yer vermek zorundadır. (HMK.m.318/1).

Hakemler tarafından, belirli bir süre içinde ek bilgi veya belge istenilmiş ise verilen süre içinde istenilen bilgi/belge ibraz edilmelidir. Hakem tarafından belirlenmiş süre içinde ibraz edilemeyen bilgi/belge, hak kaybına sebebiyet verebilecektir.

Hak sahibi tarafından başvuru sırasında sunulamayan bir delil sonradan temin edilmişse en kısa zamanda Komisyona veya hakeme ulaştırılmalıdır.

İddianın genişletilmesi veya değiştirilmesi yasağı dava açılmasıyla; savunmanın genişletilmesi veya değiştirilmesi yasağı cevap dilekçesinin mahkemeye verilmesiyle başlar (HMK.m.319/1).

Kural olarak dosya üzerinden karar verilir. Duruşma, keşif, yemin ettirme, tanık dinleme yoktur.

HMK'ya göre; Duruşma yapılması veya dosya üzerinden inceleme; Hakem veya hakem kurulu, delillerin ikamesi, sözlü beyanlarda bulunulması veya bilirkişiden açıklama istenmesi gibi sebeplerle duruşma yapılmasına karar verebileceği gibi; yargılamanın dosya üzerinden yürütülmesine de karar verebilir. Taraflar, aksini kararlaştırmadıkça, hakem veya hakem kurulu, taraflardan birinin talebi üzerine yargılamanın uygun aşamasında duruşma yapılmasına karar verir (m.429/1).

Hakem veya hakem kurulu, dava ile ilgili …, bilirkişi incelemesini veya diğer delillerin incelenmesi için yapacağı toplantı ve duruşmalar ile tarafların gelmemeleri hâlinde bunun sonuçlarını uygun bir süre önce taraflara bildirir (HMK.m.429/2).

Hakem veya hakem kuruluna verilen dilekçeler, bilgiler ve diğer belgeler taraflara bildirilir (HMK.m.429/3).

Hakem veya hakem kurulu; Belirlediği konular hakkında rapor vermek üzere bir veya birden çok bilirkişi seçimine, (HMK.m.431/1/a).

Tarafların bilirkişiye gerekli açıklamaları yapmalarına, ilgili belge ve bilgileri vermelerine, (HMK.m.431/1/b). karar verebilir.

Aksi kararlaştırılmadıkça, taraflardan birinin talebi veya hakem ya da hakem kurulunun gerekli görmesi üzerine bilirkişiler, yazılı veya sözlü raporlarını vermelerinden sonra çağrılacakları duruşmaya katılırlar. Bu duruşmada taraflar, bilirkişilere soru sorabilir ve uyuşmazlık konusunda kendi seçtikleri özel bilirkişileri dinletebilirler (HMK.m.431/2).

Taraflardan biri, hakem veya hakem kurulunun onayı ile delillerin toplanmasında mahkemeden yardım isteyebilir (HMK.m.432). İstinaf yerine kendi içinde itiraz sistemi vardır.

Hakem kararlarının iptali (HMK.m.439) yoktur. Temyiz vardır. 107.000 TL'nin üzerindeki uyuşmazlıklar hakkında itiraz üzerine verilen kararlar için temyize gidilebilir (SK.m.30/12).

8.000 TL'nin altındaki kararlara itiraz yolu kapalıdır. 107.000 TL'nin üzerindeki kararlara karşı temyiz yolu açıktır.

"Sigortacılık Kanununun 30'uncu Maddesinin On İkinci ve On Beşinci Fıkralarında Yer Alan Parasal Sınırların Artırılmasına İlişkin Tebliğ" ile 01.05.2022 tarihinden itibaren temyiz yoluna başvuru sınırı 40.000 TL'den 107.000 TL'ye yükseltilmiştir.

Sigortacılık tahkim yargılamasında; Sigorta Hakemleri, TTK'nın Sigorta Hukuku ile ilgili hükümleri, TTK'da hüküm bulunmadığı hallerde, Borçlar Kanunu genel hükümleri ve uygun düşmesi halinde Tüketicinin Korunması Hakkındaki kanun hükümleri ve Yargıtay Kararları doğrultusunda karar vermektedirler.[29]

4. Sigorta Tahkim Komisyonunun Kuruluşu

Sigorta Tahkim Komisyonu; 5684 sayılı SK'na göre; Sigorta ettiren veya Sigorta sözleşmesinden menfaat sağlayan kişiler ile riski üstlenen taraf arasında, Sigorta sözleşmesinden veya Hesaptan faydalanacak kişiler ile Hesap arasında doğan uyuşmazlıkların çözümü amacıyla Birlik (Türkiye Sigorta, Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği) nezdinde kurulan alternatif bir uyuşmazlık mercidir (m.30/1).

Sigorta sözleşmelerinden doğan uyuşmazlıkların çözümü amacıyla Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği bünyesinde kurulan Sigorta Tahkim Komisyonu, Sigorta Tahkim Komisyonu Başkanlığı ile komisyon müdür ve müdür yardımcıları, büro müdür ve müdür yardımcıları, raportörler ile diğer çalışanlardan teşekkül eder (Yön.m.5/1).

Hak sahipleri tarafından Komisyona intikal ettirilen uyuşmazlıklar, hayat ve hayat dışı gruplarının sadece birinde görev yapacak olan Sigorta Hakemleri ve Raportörler aracılığıyla çözüme kavuşturulmaktadır.

Sigorta Tahkim Komisyonu; Sigorta Tahkim Komisyonu Başkanlığı ile Komisyon Müdür ve Müdür yardımcıları, raportörler ile diğer çalışanlardan teşekkül eder.

Sigorta Tahkim Komisyonunun beş kişiden oluşan bir Yönetim Kurulu (Komisyon Başkanlığı) vardır. Yönetim Kurulunda; Bir Kurum Hazine Müsteşarlığından (Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu-(SEDDK)'ndan temsilci, iki Birlik (Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği)'den temsilci, bir Tüketici Derneklerinden temsilci ile Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu tarafından belirlenecek bir Akademisyen Hukukçu temsilci bulunmaktadır (Yön.m.5/3).

Sigorta Tahkim Komisyonunun merkezi İstanbul'dadır (Yön.m.5/3).

Yönetim Kurulu Tahkim Komisyonunun en üst karar organı olarak Komisyonun genel politikalarını belirler. Onun altında da icra organı olarak Komisyon Müdürlüğü vardır. Komisyon Müdürlüğü; Müdür, Müdür Yardımcıları, Raportörler ve diğer personelden oluşmaktadır.

Yönetim Kurulu'nun; "tahkim sisteminin adil, etkin ve tarafsız bir şekilde işletilmesini sağlamak" yetki ve görevi sözkonusudur.

SK'na göre; Tahkim sisteminin adil, tarafsız ve etkin bir biçimde işleyişini sağlamak için gerekli önlemleri almak, (m.30/3/c) Komisyonun görevleri arasında sayılmıştır.

5. Sigorta Tahkim Komisyonunun İşleyişi

HMK.m.114'de düzenlenen genel Dava Şartları yanında SK'nun 30'uncu maddesinde öngörülen bazı özel dava şartları da bulunmaktadır.

İhtiyari sigortalarda sisteme üyelik, Sigorta kuruluşuna başvurma, Uyuşmazlıkla ilgili olarak mahkemeye vs. gitmemiş olma gibi.

Sigorta Tahkim Komisyonuna başvurmak isteyen hak sahipleri, uyuşmazlık konusu ile ilgili bilgi, beyan ve belgeleri ihtiva eden bir dilekçe (başvuru formunu) ile Komisyona başvurmaktadır.

Başvuru evrakı kayda alınıp, esas numarası verilmekte, taranıp elektronik sisteme alınmakta ve incelenmek üzere Komisyonda görev yapan raportörlere verilmektedir.

Sigorta ettiren veya sigorta sözleşmesinden menfaat sağlayan kişiler tarafından başvuru formu, başvuru ücreti ve uyuşmazlığın çözümü için gerekli belgelerle birlikte Komisyona başvurur. Uyuşmazlığın hayat veya hayat dışı sigortalardan hangisine girdiğine karar verilerek dosya, bu konudaki uzmanlığına göre ilgili raportöre havale edilir. Raportör tarafından dosyada bilgi ve belge eksikliği, daha önce aynı uyuşmazlık için tahkim, tüketici hakem heyeti veya dava yoluna gidilip gidilmediği yönünden ön inceleme yapılır. Dosyanın Komisyon tarafından değerlendirmeye alınamayacağı anlaşılırsa durum ilgiliye derhal bildirilir ve başvuru ücretinin yüzde doksanı iade edilir.

Raportör İncelemesi

Komisyona yapılan başvurularda başvurunun kabul şartlarını taşıyıp taşımadığının denetimi maksadı ile ön inceleme Raportör tarafından yapılır. Raportör tarafından ilk olarak, başvuru kayıt ve takip görevlilerince sisteme girilen bilgilerin doğruluğu kontrol edilir.

Bu aşamada raportörün özellikle incelemesi gereken hususlar şunlardır:
-Başvuru formunun, eksiksiz doldurulup başvuru sahibi veya vekili/temsilcisi tarafından imzalanmış olup olmadığı,
-Başvuru vekâleten yapılıyorsa, vekilin yetkisini gösteren, usulüne uygun düzenlenmiş bir vekâletnamenin bulunup bulunmadığı ve söz konusu vekâletnamenin vekilin tahkime başvurma yetkisini içerip içermediği,
-Başvurunun Komisyonun görev ve yetki alanında olup olmadığı,
-İlgilinin SK'nun 30 uncu maddesinin 13 üncü fıkrası uyarınca sigorta kuruluşuna gerekli başvuruyu yapıp yapmadığı, başvuru yapılmışsa talebinin kısmen ya da tamamen olumsuz sonuçlandığının ya da sigortacılık yapan kuruluşun 15 iş günü (trafik sigortasından kaynaklanan başvurularda 15 gün) içinde talebe cevap vermediğinin tespiti,
-Komisyona başvuru ücretinin yatırıldığına dair banka dekontunun başvuru belgeleri arasında bulunup bulunmadığı,
-Başvuru sahibinin beyanı esas alınmak suretiyle uyuşmazlığın mahkemeye, HMK'na göre tahkime veya tüketici sorunları hakem heyetine intikal edip etmediği.
-Başvuruda bu şartların karşılanmamış olduğu görülürse eksiğin mahiyetine göre başvurandan belirli bir süre içinde eksiğin giderilmesi istenir veya başvuru reddedilerek başvurana (başvuru vekâleten veya temsilen yapılmışsa vekile veya temsilcisine) bilgi verilir.

Başvuru İnceleme Kontrol Listesi

-Başvuru formu eksiksiz olarak doldurulmuş ve imzalanmış mı?
-Başvuru sahibinin taraf sıfatı var mı?
-Başvuranın iletişim ve banka hesap bilgileri (adres, e-posta adresi, GSM numarası, varsa KEP adresi, IBAN numarası vb.) sisteme doğru girilmiş mi?
-Husumet doğru sigorta kuruluşuna yöneltilmiş mi?
-Talep tutarı ve talep edilen hususlar açıkça belirtilmiş mi?
-Başvuru sahibi gerçek kişilerin geçerli bir kimlik belgesi (nüfus cüzdanı, ehliyet, pasaport vb.) var mı?
-Uyuşmazlık tutarına göre gerekli başvuru ücreti yatırılmış mı?
-Başvuru vekil ile temsil ediliyorsa usulüne uygun bir vekâletname düzenlenmiş mi, baro pulu ve suret harcı mevcut mu, vekâletname süreli ise süre geçmiş mi, bütün müvekkiller adına yetki verilmiş mi, dava yetki belgesi ile açılmış ise dayanak vekâletnamede tevkil yetkisi var mı?
-Vesayeten yapılan başvurularda vasinin dava açma yetkisini göstermek üzere mahkemeden alınmış bir belge var mı?
-Tüzel kişileri temsilen yapılan başvurularda, kanuni temsilcinin temsile yetkili olduğunu gösteren belge ve imza sirküleri var mı?
-Sorumluluk sigortaları dışındaki branşlarda sigortalı ve sigorta ettiren farklı ise diğer tarafın muvafakati var mı?
-Uyuşmazlıkla ilgili olarak Komisyona, HMK'ya göre genel tahkime, mahkemeye veya tüketici hakem heyetine başvuru yapılmış mı?

-Sigorta kuruluşu tahkim sistemine üye mi? (zorunlu sigortalarda üyelik aranmaz)
-Sigorta kuruluşuna başvuru yapılmış mı? Sigorta kuruluşuna başvuru yapılmışsa olumsuz cevap alınmış mı veya cevap verilmeyen hallerde 15 iş günü (Trafik sigortasında 15 gün) geçmiş mi?
-Zorunlu sigortalar hariç, sigorta kuruluşunun üyelik tarihi uyuşmazlık konusu riziko tarihinden önce mi?
-Sigortalı mal üzerinde kısıtlama (rehin, haciz vb.) var ise alacaklının muvafakat yazısı var mı?
-Dosyada poliçe sureti var mı?
-Gayrimenkul hasarlarında tapu örneği mevcut mu?
-Araç sigortalarında kaza tespit tutanağı, hasarlı araç fotoğrafları, onarım faturası, ruhsat fotokopisi, ehliyet sureti var mı?
-Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk (Trafik) Sigortası Genel Şartlarında, tazminat ödemelerinde istenecek belgeler başlığı altında sayılan belgeler sigorta kuruluşuna verilmiş mi?

Gerekli şartları taşımadığı anlaşılan başvurular raportör tarafından reddedilerek başvuru evrakı iade edilmektedir. Başvurunun gerekli şartları taşıdığı anlaşılırsa, dava dilekçesi ve başvuru evrakı raportör tarafından sigorta kuruluşuna gönderilerek sigorta kuruluşunun konuya ilişkin cevabı alındıktan sonra tarafların beyanlarına ve sundukları delillere dair bir ön rapor hazırlanarak dosya raportör tarafından Komisyon Müdürlüğüne verilmektedir.

Vekalet yoluyla (Avukat aracılığıyla) başvuru yapıldıktan sonra, Komisyona bildirilmiş avukat azledilmiş ise durum en kısa zamanda Komisyona bildirilmelidir.

Hakem seçimi, (Tek Hakem- Heyet)

Raportör raporu üzerine Komisyon, uyuşmazlığın mahiyetine ve uyuşmazlık tutarına göre (uyuşmazlık tutarı 24.000 TL'nin altında ise tek hakem, 24.000 TL ve üzerinde ise üç hakem seçilir) hakem listesinden sıra usulüne göre hakem seçerek, uyuşmazlığı karara bağlamak üzere dosyayı hakeme göndermektedir.

Seçilen hakem veya hakem heyeti Komisyon tarafından uyuşmazlığın taraflarına derhal bildirilerek HMK'nda düzenlenen hakimi ret nedenleri var ise tarafların hakemi reddetmelerine imkan sağlamaktadır.

Seçilen hakem mücbir sebepler ve umulmayan haller ile Hukuk Muhakemeleri Kanununda öngörülen hakimin davaya bakamayacağı haller hariç olmak üzere görevi reddedemez.

Hakemler, görevlendirildikleri tarihten itibaren en geç dört ay içinde karar vermek zorundadırlar. Bu süre ancak, uyuşmazlığın bütün taraflarının açık ve yazılı muvafakatleriyle uzatılabilir. Aksi halde, hakemin karar verme yetkisi sona erdiğinden, uyuşmazlık yetkili mahkemece halledilir.

Hakem, kararını verir ve elektronik imza ile imzalayarak sisteme yükler. Komisyonca karar en geç üç iş günü içinde uyuşmazlığın taraflarına bildirilir. Kesinleşen hakem kararları doğrudan icra edilebilir. Ancak uyuşmazlığın tarafları, hakem kararlarına karşı isterlerse ve gerekli şartlar mevcutsa itiraz yoluna başvurabilirler. Tutarı 8000 TL'nin altındaki uyuşmazlıklar hakkında verilen hakem kararları miktar yönünden kesindir. (Ancak, tahkim süresinin sona ermesinden sonra karar verilmiş olması, talep edilmemiş bir şey hakkında karar verilmiş olması, hakemlerin yetkileri dahilinde olmayan konularda karar vermesi ve hakemlerin, tarafların iddiaları hakkında karar vermemesi durumlarında davanın tutarına bakılmaksızın her hâlükarda temyiz yolu açıktır). 8000 TL ve üzerindeki uyuşmazlıklar hakkında verilen hakem kararlarına karşı kararın Komisyonca ilgiliye bildiriminden itibaren on gün içinde itiraz edilmezse karar kesinleşir.

Kararın bildiriminden itibaren on gün içinde Komisyon nezdinde itiraz edilebilir. İtiraz, itiraz ücreti yatırılıp itiraz başvuru formu doldurularak yapılır. İtiraz yetkilisi, itirazın süresi içinde ve usulüne göre yapılıp yapılmadığını inceler. İtiraz üzerine hakem kararının icrası durur.

İtiraz süresi, kararın Komisyonca bildiriminden itibaren on gündür. On gün içinde itiraz ücreti yatırılmalı ve itiraz dilekçesi (itiraz başvuru formu) verilmelidir.

Uyuşmazlık dosyası ve hakem kararı, itiraz dilekçesi ile birlikte, münhasıran bu talepleri incelemek üzere teşkil edilen ve en az üç hakemden oluşan itiraz hakem heyetlerine tevdi edilir. İtiraz hakem heyeti ilk hakemin verdiği kararı onayabilir veya kaldırarak yeni bir karar verebilir. İtiraz hakem heyeti, işin heyete intikalinden itibaren iki ay içinde karar vermek zorundadır. Bu süre ancak, uyuşmazlığın bütün taraflarının açık ve yazılı muvafakatleriyle uzatılabilir. Aksi halde, hakemin karar verme yetkisi sona erdiğinden, uyuşmazlık yetkili mahkemece halledilir. İtiraz hakem heyeti kararını verir, kararı elektronik imza ile imzalayarak sisteme yükler. Komisyonca karar en geç üç iş günü içinde uyuşmazlığın taraflarına bildirilir. Kesinleşen hakem kararları doğrudan icra edilebilir.

İtiraz hakem heyeti tarafından verilen 107.000 TL'ye kadar olan kararlar miktar yönünden kesindir. (Ancak, tahkim süresinin sona ermesinden sonra karar verilmiş olması, talep edilmemiş bir şey hakkında karar verilmiş olması, hakemlerin yetkileri dahilinde olmayan konularda karar vermesi ve hakemlerin, tarafların iddiaları hakkında karar vermemesi durumlarında davanın tutarına bakılmaksızın her hâlükarda temyiz yolu açıktır).

107.000 TL'nin üzerindeki uyuşmazlıklar hakkında itiraz üzerine verilen kararlar için temyize gidilebilir. Temyize ilişkin usûl ve esaslar hakkında HMK uygulanır.

Hakem Görevlendirilmesi

Ön incelemesi tamamlanan dosyalarda hayat ve hayat dışı branşına göre hakem görevlendirmesi yapılır. Komisyon, işin niteliğine bağlı olarak en az üç sigorta hakeminden oluşan bir heyet oluşturulmasına karar verebilir.

SK'nda 15.000 TL'nin üzerindeki uyuşmazlıklar için heyet atanacağı (m.30/15) belirtilmişse de 01.05.2022 tarihinde yürürlüğe giren SK'nun 30'uncu Maddesinin On İkinci ve On Beşinci Fıkralarında Yer Alan Parasal Sınırların Artırılmasına İlişkin Tebliğ ile heyet teşkili 24.000 TL'ye yükseltilmiştir.

SK'nda; "Komisyon, işin niteliğine bağlı olarak en az üç sigorta hakeminden oluşan bir heyet oluşturulmasına karar verebilir. (m.30/15)" hükmü gereği sürekli sakatlık tazminatı ve destekten yoksun kalma tazminatı taleplerinde ise miktara bakılmaksızın hakem heyeti atanır.

5684 sayılı SK'na göre; "Hakemler, görevlendirildikleri tarihten itibaren en geç dört ay içinde karar vermeye mecburdur. Aksi halde, uyuşmazlık yetkili mahkemece halledilir. Ancak, bu süre tarafların açık ve yazılı muvafakatleriyle uzatılabilir. Hakem, kararını Komisyon müdürüne tevdi eder (m.30/16)." Yani; bu süre yalnızca tarafların süre uzatımına ilişkin muvafakat vermesi halinde uzatılabilir. Özel nitelikli kanun olan SK'nda yalnızca tarafların muvafakati ile sürenin uzatılabileceği belirtildiğinden Hukuk Muhakemeleri Kanununda yer alan hakem süresinin uzatılmasına ilişkin dava açılması sigorta tahkimine ilişkin dosyalarında mümkün olmamaktadır.

8000 TL'nin altındaki uyuşmazlıklar hakkında verilen hakem kararları kesindir. 8.000 Türk Lirası ve daha üzerindeki uyuşmazlıklar hakkında verilen hakem kararlarına karşı kararın Komisyonca ilgiliye bildiriminden itibaren on gün içinde bir defaya mahsus olmak üzere Komisyon nezdinde itiraz edilebilir.

İtiraz talebinde bulunmak için bu madde uyarınca belirlenen başvuru ücretinin Komisyona yatırılması şarttır. İtiraz üzerine hakem kararının icrası durur. Bu aşamada Komisyondan alınacak derkenar ile ayrıca bir teminat yatırılmaksızın takip durdurulabilir.

Hakem Tarafından Yapılan İşlemler

Hakem görevini SK'nda ve HMK'da düzenlenen usullere göre yürütür ve yürürlükte bulunan mevzuata (Türk Ticaret Kanunu, Türk Borçlar Kanunu, Türk Medeni Kanunu, Sigortacılık Kanunu, Karayolları Trafik Kanunu, Sigorta genel şartları, ilgili diğer kanun ve yönetmelikler) göre karar verir. Hakem, çözümü hukuk dışında, özel veya teknik bilgiyi gerektiren hallerde tarafların isteği üzerine yahut kendiliğinden Bilirkişi görüşüne başvurabilir.

Hakem, uyuşmazlık dosyasını, seçilen bilirkişiye göndererek incelenmesi istenen hususlara ilişkin bilirkişi raporunu alır, bilirkişi raporunu taraflara göndererek tarafların bilirkişi raporuna ilişkin varsa itirazlarını aldıktan sonra gerekirse ek Bilirkişi raporu alır.

Hakem, dosyada mevcut bilgi ve belgeler ile ihtiyaç duyması halinde başvurulan bilirkişi görüşünü de değerlendirerek kararını verir.

Hakem Kararlarının Hukuki Sonuçları

8000 TL'nin altındaki hakem kararı kesindir. 8000 TL ve üzerindeki (1.5.2022 tarihinden geçerli olarak bu sınır 5000 TL'den 8.000 TL'ye yükseltilmiştir) hakem kararlarına karşı Komisyona itiraz başvurusunda bulunulabilir. Bu durumda, ilk derece Hakemi tarafından verilen kararlara karşı tahkim sisteminin kendi içinde itiraz mekanizması mevcuttur. İtiraz Hakem Heyeti tarafından dosya tekrar incelenir. İtiraz Hakem Heyeti, ilk derece Hakem kararını tamamen kaldırarak yeni bir karar verebilir ya da ilk derece hakem kararını onar. 107.000 TL'ye kadar olan itiraz hakem heyeti kararları kesindir, 107.000 TL'nin üzerindeki (1.5.2022 tarihinden geçerli olarak bu sınır 40.000 TL'den 107.000 TL'ye yükseltilmiştir) kararlara karşı Yargıtay'da temyize gidilebilir.

Sigortacılıkta Tahkime İlişkin Yönetmeliğine göre; İtiraz hakem heyetine başvuru, itiraz başvuru ücretinin yatırıldığını gösteren belge ve başvuru formu ile yapılır. İtirazın süresi içinde usulüne uygun yapılıp yapılmadığı itiraz yetkilisince incelenir. Yapılan incelemede, itirazın değerlendirmeye alınamayacağı anlaşılırsa durum ilgiliye bildirilir ve yatırılan ücretin yüzde doksanı iade edilir (Yön.m.16/3).

İtirazın usulüne uygun yapıldığının anlaşılması halinde bu talepleri incelemek üzere Komisyon tarafından teşkil edilen hakem heyetlerince incelenir.

SK'nda; "Beş bin Türk Lirasının altındaki uyuşmazlıklar hakkında verilen hakem kararları kesindir. Beş bin Türk Lirası ve daha üzerindeki uyuşmazlıklar hakkında verilen hakem kararlarına karşı kararın Komisyonca ilgiliye bildiriminden itibaren on gün içinde bir defaya mahsus olmak üzere Komisyon nezdinde itiraz edilebilir (m.30/12)." "Kırk bin Türk Lirasının üzerindeki uyuşmazlıklar hakkında itiraz üzerine verilen kararlar için temyize gidilebilir (m.30/12)." Hükümleri bulunmaktadır. Ancak, "Sigortacılık Kanununun 30'uncu Maddesinin On İkinci ve On Beşinci Fıkralarında Yer Alan Parasal Sınırların Artırılmasına İlişkin Tebliğ"[30] ile 01.05.2022 tarihinden itibaren itiraz başvuru sınırı 8.000 TL, temyiz yoluna başvuru sınırı ise 107.000 TL'ye yükseltilmiştir.

İtiraz talebi hakkında işin heyete intikalinden itibaren iki ay içinde karar verilir. 8000 TL ve daha üzerindeki uyuşmazlıklar hakkında verilen hakem kararları bu madde uyarınca süresinde itiraz başvurusunda bulunulmaması hâlinde kesinleşir. Bu uyuşmazlıklar hakkında yapılan itiraz üzerine verilen karar kesindir. 107.000 TL'nin üzerindeki uyuşmazlıklar hakkında itiraz üzerine verilen kararlar için temyize gidilebilir. Ancak, tahkim süresinin sona ermesinden sonra karar verilmiş olması, talep edilmemiş bir şey hakkında karar verilmiş olması, hakemlerin yetkileri dahilinde olmayan konularda karar vermesi ve hakemlerin, tarafların iddiaları hakkında karar vermemesi durumlarında her hâlükarda temyiz yolu açıktır. Temyize ilişkin usûl ve esaslar hakkında Hukuk Usûlü Muhakemeleri Kanunu uygulanır. (SK.m.30/12).

İtiraz hakem kararı Komisyon tarafından taraflara, varsa vekillerine tebliğ edilmektedir. Hakem kararının tebliğinden itibaren iki haftalık süre içerisinde temyiz yoluna başvurulabilmektedir. Temyiz başvuruları, İstanbul Anadolu Asliye Ticaret Mahkemeleri nezdinde tahkim dosyası için oluşturulacak hakem kararı saklama dosyaları üzerinden yapılmaktadır.

Uygulamada itiraz hakem heyeti kararına karşı istinaf veya temyiz yoluna başvurulması konusunda ihtilaf oluşması sebebiyle Yargıtay İçtihatları Birleştirme Hukuk Genel Kurulunun 2019/4 Esas 2020/1 Karar sayılı ve 19.06.2020 tarihli kararı ile "*5684 Sayılı Sigortacılık Kanunu'nun 30. maddesi ile kurulan Sigorta Tahkim Komisyonu itiraz hakem heyetinin bölge adliye mahkemelerinin*

faaliyete başladığı 20.07.2016 tarihinden sonra itiraz üzerine verilen kararları temyiz kanun yoluna tabidir." denilerek hakem kararlarının istinaf yoluna tabi olmadığı, temyiz incelemesine tabi olduğu kesinleşmiştir.

Temyiz incelemesi üzerine Yargıtay ilgili Hukuk Dairesi tarafından kararın onanmasına, düzeltilerek onanmasına veya bozulmasına karar verilebilmektedir. Hakem kararının onanması veya düzeltilerek onanmasına karar verildiği takdirde karar kesinleşmektedir. Bozma kararı verildiği takdirde dosyanın Komisyona ulaşmasını takiben yeniden itiraz hakem heyeti görevlendirilmektedir.

Hukuk Muhakemeleri Kanunu'nun 407. maddesi ve devamında tahkime ilişkin hükümler düzenlenmişse de söz konusu genel hükümler iç tahkim usulüne ilişkin düzenlemeler olup Sigorta Tahkim Komisyonu nezdinde görülen dosyalar için özel kanun niteliğinde olan SK hükümleri dikkate alınmaktadır. SK'na göre; SK'nda hüküm bulunmayan hallerde Hukuk Usûlü Muhakemeleri Kanununun hükümleri, sigortacılıktaki tahkim hakkında da kıyasen uygulanır (SK.m.30/23).

6. Sistemin Temel Unsurları

Sigorta Tahkim Komisyonu, Sigorta ve itiraz hakemleri, Davalı / Sigorta kuruluşları ve Davacı / Başvuru sahipleridir.

Komisyona, sigortalılar ve sigorta poliçesinden kaynaklanan hak sahipleri (lehdarlar, mali mesuliyet sigortalarında zarar gören üçüncü şahıslar gibi) başvurabilir.

Sigorta Tahkim Komisyonu, sigorta sözleşmelerinden kaynaklanan uyuşmazlıkların HIZLI ve KOLAY bir şekilde ve DÜŞÜK MALİYETLE çözüme kavuşturulmasını sağlamak amacıyla, 5684 sayılı SK ile kurulmuş, KAR AMACI GÜTMEYEN, TARAFSIZ bir kuruluştur. Sigorta Tahkim Komisyonu; kamu kurumu niteliğinde bir meslek kuruluşu olan Türkiye Sigorta Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği bünyesinde kurulmuş olup, SEDDK'nun yakın denetim ve gözetimi altında faaliyet göstermektedir. Görevi Kanunla belirlenmiştir. Kanun; Sigorta Tahkim Komisyonuna sigortacılıkta Tahkim sisteminin etkin adil ve tarafsız bir şekilde işletilmesi görevini yüklemiştir. Sigorta Tahkim Komisyonu, bir kamu kurumu olmamakla birlikte, kanunla kurulmuş ve kamu hizmeti niteliğinde görev ifade eden bir kuruluştur.

Sigorta Tahkim Komisyonunun en önemli görevi kuruluş amacı olan; tahkim sisteminin adil, tarafsız ve etkin bir biçimde işleyişini sağlamak için gerekli önlemleri almaktır. Bunun yanında Komisyon, uyuşmazlığın çözümü için sigorta hakemi seçer, gerektiğinde hakem heyeti oluşturulmasının doğru biçimde gerçekleşmesini sağlayacak mekanizmaları kurar ve bunun denetimini sağlar, sigorta hakem başvurularını değerlendirerek uygun görülenlerin kabulü için durumu SEDDK'ya bildirir ve hakem listesini tutarak hakem ücretlerini öder. Ayrıca komisyonun, müdür ve müdür yardımcılarını atamak, Birlikçe ayrı bir hesapta izlenecek olan Komisyonun bütçesini hazırlayarak birliğe sunmak, bilgi işlem alt yapısını hazırlamak, gerekli görülen yerlerde büro açmak ve SEDDK'ça verilen diğer görevleri yerine getirmek gibi görevleri de mevcuttur.[31]

Uyuşmazlıklar hakkında karar verme; Sigorta ve İtiraz hakemlerinin yetkisindedir. Esas karar mercii hakemlerdir. Hakemlerin; Sigorta Hukuku ve / veya Sigortacılık alanında tecrübeli olması, tarafsız ve bağımsız kişiler olması gerekmektedir.

Sistemin finansmanın sağlanması

Üye kuruluşlardan alınan yıllık üyelik ücretleri, başvuru sahiplerinden alınan başvuru ücretleri, uyuşmazlığın sigorta kuruluşunun aleyhine sonuçlanması durumunda sigorta kuruluşundan alınan dosya başı katılım ücreti, sigorta tahkim sisteminin temel finansman kaynağını oluşturmaktadır.

Sigorta teminatı veren, Sigorta riskini üstlenen Kuruluşlar Sigorta Tahkim sistemine üye olabilmektedir. Bu kuruluşlar; Sigorta Şirketleri ve Doğal Afet Sigortaları Kurumu (DASK), Tarım Sigortaları Havuz İşletmesi (TARSİM) ve Güvence Hesabıdır. Sisteme üye olan kuruluşlar aleyhine Komisyona başvuru yapılabilir. Üyelik ihtiyaridir. Ancak mevzuatın yapılmasını zorunlu tuttuğu sigortalar bakımından istisna vardır. Zorunlu sigortalarda sigorta teminatını veren kuruluş tahkim sistemine üye olmasa da zarar gören üçüncü şahıslar o şirket / kuruluş aleyhinde Komisyona başvuru yapabilir.

Sigorta Tahkim Sisteminde usule ilişkin mevzuat, başta SK'nun 30. maddesi ve Hukuk Muhakemeleri Kanunudur. Esasa ilişkin mevzuat ise, Türkiye'de yürürlükte bulunan bütün mevzuattır. Hakemler, mahkemelerde olduğu gibi yürürlükteki pozitif hukuka göre karar vermektedirler.

Sigorta Tahkim Komisyonuna başvuru kolaylığı vardır. Hak sahipleri tarafından; Tahkim Komisyonunun internet sitesinde yer alan başvuru formu doldurulur, imzalanır, başvuru ücreti yatırılır, talebi ispat etmeye yarayan belgelerle birlikte yapılır. Sigorta Tahkim Komisyonuna kişiler şahsen de başvurabilir veya vekil aracılığıyla da başvurabilir. Komisyona bizzat gelerek de başvurabilir, posta yoluyla veya internet üzerinden online olarak da başvurabilir. Yani uzaktan başvuru imkânı da vardır. Sigorta Tahkim Komisyonuna Komisyon 2022 yılında başvuruları internet üzerinden (http://www.sigortatahkim.org.tr) online olarak almaya da başlamıştır.

Başvurunun hukuki sonuçları vardır. Komisyona başvuru yapılması, mahkemede dava açılması ile aynı hukuki sonuçları doğurur. Komisyona başvuru tarihi dava tarihi olarak kabul edilir, dava derdestlik kazanır ve zamanaşımı kesilir.

Sigorta Tahkim Komisyonuna başvuru yapıldıktan sonra sürecin işlemesinde ise; Sigorta Tahkim Komisyonuna yapılan başvurular ilk önce Komisyonda raportörler tarafından dava ön şartları bakımından (SK'nda düzenlenen özel dava şartları ve Hukuk Muhakemeleri Kanununda düzenlenen genel dava şartları bakımından) bir ön incelemeye tabi tutulur. Dava ön şartları açıdan bir sorun yoksa dava kabul edilir, başvuru sahibinin dilekçesi sigorta kuruluşuna gönderilip, sigorta kuruluşunun cevabı alındıktan sonra uyuşmazlığın gerçekten bir uyuşmazlık mı olduğu yoksa bilgi, belge istenmesinden kaynaklanan bir yanlış anlamadan, iletişim sorunundan mı kaynaklandığı raportör tarafından değerlendirilir, eğer bilgi belge eksikliğinden kaynaklandığı anlaşılırsa raportör tarafından

her iki tarafa da bilgi verilmek sureti ile dosya kapatılır. Taraflar arasında gerçekten bir uyuşmazlık olduğu anlaşılırsa raportör tarafından bir rapor hazırlanır ve dosya hakeme gönderilmeye hazır hale gelir.

Hakemlerin görevlendirilmesi, Komisyon tarafından hakem listesinden sıra usulüne göre yapılır. 24.000 TL'nin altındaki uyuşmazlıklar için tek hakem görevlendirilir, 24.000 TL ve üzerindeki uyuşmazlıklarda (1.5.2022 tarihinden geçerli olarak bu sınır 15.000 TL'den 24.000 TL'ye yükseltilmiştir) birisi mutlaka Hukukçu olmak üzere üç hakemden oluşan bir heyet görevlendirilir.

Uyuşmazlığın çözümü sırasında hakem, ihtiyaç duyması halinde taraflardan ek bilgi ve belge talep edebilir, bilirkişi görevlendirebilir, gerekiyorsa duruşma veya keşif de yapılabilir. Duruşma veya keşif çok istisnai olarak uygulanan bir yoldur. Ana kural sunulan belgeler üzerinden basit yargılama usulüne göre karar verilmesidir.

Hakem, uyuşmazlığın esasına ilişkin talep hakkında ve başvuru ücreti, bilirkişi ücreti, vekalet ücreti gibi yargılama giderleri hakkında hüküm verir. Hakem, kararını Komisyona teslim eder ve kararın birer örneği Komisyon tarafından davanın taraflarına yani Sigorta Kuruluşuna ve başvuru sahibine bildirilir.

Sigorta Tahkim Komisyonuna başvuru maliyeti düşüktür. Başvuru ücretleri uyuşmazlık tutarına bağlı olarak alınmaktadır. Uyuşmazlık tutarına bağlı olarak 200 lira, 450 lira ve 650 lira, 30.001 TL ve üzerindeki uyuşmazlıklarda uyuşmazlık tutarının % 1,5'i kadar başvuru ücreti yatırılarak Komisyona başvuru yapılabilmektedir. (5000 liraya kadar olan uyuşmazlıklarda 200 lira, 5001 lira ile 10.000 lira arasındaki uyuşmazlıklarda 450 lira, 10.001 lira ile 30.000 lira arasındaki uyuşmazlıklarda 650 lira, 30.000 lirayı aşan uyuşmazlıklarda uyuşmazlık tutarının % 1,5'i tutarında başvuru ücreti alınmaktadır). Uyuşmazlık tutarı arttıkça alınan başvuru ücreti de artmaktadır.

Dava aleyhine sonuçlanan tarafın ödemesi gereken vekalet ücreti, Asliye Ticaret Mahkemelerinde ödenecek tutarın beşte biri kadardır.

Sigorta Tahkim Komisyonunda kısa sürede bir çözüm sunulmaktadır. Hakeme intikal ettiği andan itibaren dosyanın 4 aylık bir süre içinde Sigorta Hakemleri tarafından çözüme kavuşturulması gerekmektedir. Bu süre doğrudan Kanun tarafından öngörülmüştür. İlk derece hakemin kararına itiraz edilmesi halinde, itiraz hakemleri, en geç iki ay içinde itirazı karara bağlamaktadırlar. 5684 sayılı SK'na göre; "İtiraz talebi hakkında işin heyete intikalinden itibaren iki ay içinde karar verilir." (SK.m.30/12). Uyuşmazlıklar, Sigorta Hukuku ve Sigortacılık alanında uzman, tarafsız ve bağımsız hakemler eliyle, gerektiğinde bilirkişi görüşü de alınarak dosya üzerinden inceleme esası, yani basit yargılama usulü uygulanmaktadır.

Büyük tutarlı uyuşmazlıklarda hakem kararına karşı Yargıtay'da temyiz yolu açıktır. Tutarı 8.000 TL veya üzerinde olan uyuşmazlıklar ile ilgili verilen hakem kararına karşı Sigorta Tahkim Komisyonu bünyesinde itiraz yolu, tutarı 107.000 TL'nin üzerinde olan hakem kararlarına karşı ise Yargıtay'da temyiz yolu açık bulunmaktadır. (5684 sayılı SK.; *"Kırk bin Türk Lirasının[32] üzerindeki uyuşmazlıklar hakkında itiraz üzerine verilen kararlar için temyize gidilebilir. Ancak, tahkim süresinin sona ermesinden sonra karar verilmiş olması, talep edilmemiş bir şey hakkında karar verilmiş olması, hakemlerin yetkileri dahilinde olmayan konularda karar vermesi ve hakemlerin, tarafların iddiaları hakkında karar vermemesi durumlarında her hâlükarda temyiz yolu açıktır. Temyize ilişkin usûl ve esaslar hakkında Hukuk Usûlü Muhakemeleri Kanunu uygulanır."* (m.30/12).

Bir sigorta sözleşmesinden doğan tazminatını kısmen veya tamamen alamayan herkes Sigorta Tahkim Komisyonuna başvuru yapabilmektedir. Sigorta Tahkim Komisyonuna başvuru yapılmasında, alacak tutarı ve sigorta türleri bakımından herhangi bir sınırlama bulunmamaktadır. Ancak, mevzuatın zorunlu tuttuğu sigortalar dışındaki sigorta branşlarında ilgili sigorta şirketinin tahkim sistemine üye olması gerekmektedir.

Sigorta Tahkim Komisyonuna başvuru yapılmadan önce, sigorta kuruluşları ile uyuşmazlık yaşayan kişilerin önce sigorta kuruluşundan tazminat talebinde bulunması, talebinin tamamen veya kısmen reddedilmesi veya 15 iş günü içinde (trafik sigortalarında 15 gün içinde) talebinin cevaplandırılmaması durumunda alacağının miktarının ve haklılığının ispatına yarayan belgelerle birlikte hak sahibi, Sigorta Tahkim Komisyonuna başvuru yapabilecektir.

Açıklanan avantajları nedeniyle Sigorta Tahkim Komisyonuna yapılan başvuru sayısı yıldan yıla sürekli bir artış göstermekte ve mahkemelerin yükü Sigorta Tahkim tarafından önemli ölçüde azaltılmaktadır. Üstelik sigorta tahkim sisteminin devlet bütçesine herhangi bir maliyeti de bulunmamaktadır.

Sigortacılıkta tahkimin devlet yargısı karşısında tercih edilme sebepleri ana hatları ile hızlılık, sigorta hakemlerinin konularında uzman olması ve ucuzluk olarak sayılmalıdır.[33]

2009 yılında faaliyete başlayan Sigorta Tahkim Komisyonuna yapılan başvuru sayısı yıllar itibariyle;

Yıllar	Başvuru Sayısı
2022	501.032
2021	294.474
2020	128.878
2019	120.804
2018	106.814
2017	84.456
2016	42.029
2015	26.039
2014	10.692
2013	4.322
2012	2.353
2011	1.857
2010	1.133
2009	137
TOPLAM	1.325.020

Sigorta Tahkim Komisyonuna Başvuru Yapılırken Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar-

Komisyonun internet sitesinden (www.sigortatahkim.org) "Başvuru Nasıl Yapılır" sekmesi açıldığında, başvurunun nasıl yapılacağı, başvuruda istenen belgeler, başvuru ücreti, ve Başvuru Formu bilgilerine ulaşılabilinir.

-Sigorta kuruluşu tahkime üye midir? (Komisyonun internet sayfasından görülebilir)
-Uyuşmazlık Komisyonun görev alanında mıdır?
"Trafik Sigortaları Bilgi Merkezi – Tramer"; sisteminde tüm sigorta bilgileri toplanır ve bütün veriler depolanır. TRAMER sorgulaması yapılarak bir araca ait sigorta işlemleri görülebilir. TRAMER, ikinci el araçların sigorta bilgilerine, hasar kaydına ve kaza geçmişine ulaşılabilen sistemdir.
-Uyuşmazlık sigorta sözleşmesinden mi kaynaklanmaktadır?
Sigorta şirketlerinin sigorta sözleşmesi dışındaki borçlarından veya bireysel emeklilik faaliyetlerinden kaynaklanan uyuşmazlıklar için Sigorta Tahkim Komisyonuna başvurulamamaktadır.
-Uyuşmazlık konusu talep ile ilgili olarak sigorta şirketine başvurulmuş ve olumsuz cevap alınmış mıdır? Bununla ilgili belgenin dilekçeye/başvuru formuna eklenmesi gerekir.
5684 sayılı SK'nunda; *"Komisyona gidilebilmesi için, sigortacılık yapan kuruluşla uyuşmazlığa düşen kişinin, uyuşmazlığa konu teşkil eden olay ile ilgili olarak sigortacılık yapan kuruluşa gerekli başvuruları yapmış ve talebinin kısmen ya da tamamen olumsuz sonuçlandığını belgelemiş olması gerekir. Sigortacılık yapan kuruluşun, başvuru tarihinden itibaren on beş iş günü içinde yazılı olarak cevap vermemesi de Komisyona başvuru için yeterlidir."* (SK.30/13) hükmü getirilmiştir.
-Sigorta kuruluşu talebe cevap vermemişse üzerinden 15 iş günü /15 gün geçmiş midir?
Sigorta kuruluşunun talebi açıkça reddetmemekle birlikte on beş iş günü içinde (trafik sigortasında on beş gün içinde) hak sahibine yazılı olarak cevap vermemesi durumunda da Komisyona başvuru yapılabilir.
-Uyuşmazlıkla ilgili olarak Mahkemede dava açılmış veya Tüketici Sorunları Hakem Heyetine gidilmiş midir?
-Başvuru Formu eksiksiz doldurulmalı ve başvuran / vekil tarafından imzalanmalıdır.
-Avukatla yapılan başvurularda, vekaletname süreli ise süre geçmiş mi, baro pulu ve harç makbuzu mevcut mu, vekaletnamede tahkime başvurma yetkisi var mı, birden fazla kişi adına açılan davalarda avukatın herkes için dava açma yetkisi var mı?
-Vesayetle yapılan başvurularda, vesayet makamından dava açma yetkisi alınmış mı?
-Karara bağlanması talep edilen hususlar ve talep edilen tutar açıkça belirtilmelidir.
-Başvuru sahibi, uyuşmazlıkla ilgili olarak önemli gördüğü hususları başvuru sırasında ortaya koymalıdır.
-Genel yargı sisteminden farklı olarak Sigorta Hakemleri, prensip olarak, duruşma yapmaksızın tarafların vermiş olduğu bilgi ve belgeler ışığında karar vereceğinden, talebe konu olay hakkında tüm bilgi ve belgelerin, başvuru esnasında ibraz edilmiş olması önem arz etmektedir.
-Başvuru ücreti yatırılıp, banka dekontu Başvuru Formu ile birlikte Komisyona gönderilmelidir.

Uyuşmazlıkla ilgili gerekli belgeler;
-Başvuru ücretinin yatırıldığını gösteren dekont,
-Hak sahibinin tazminat talebinin sigorta kuruluşu tarafından reddedildiğini gösteren yazı (sigorta kuruluşu hak sahibinin talebine cevap vermemiş ise, talebin sigorta kuruluşuna ulaştığının belgelendirilmesi gerekmektedir),
-Geçerli bir kimlik belgesinin fotokopisi,
-Başvuru tüzel kişilik adına yapılıyor ise Başvuru Formuna imza atanın tüzel kişiyi temsil yetkisi olduğunu belgeleyen İmza Sirküler örneği,
-Varsa Poliçe fotokopisi ,
-Talebin haklılığını destekleyecek ve ispata yarayan her türlü bilgi ve belgeler,
- Sigortalı mal üzerinde rehin var ise alacaklının muvafakat yazısı,
- Oto hasarlarında Kaza Tespit Tutanağı, Ruhsat; Gayrimenkul hasarlarında tapu örneği,
Başvuru sırasında sunulmalıdır.

Komisyon başvurularının, Sigortacılıkta Tahkime İlişkin Yönetmeliğin 16'ıncı maddesinin birinci fıkrası gereği başvuru formuyla birlikte yapılması zorunludur. Başvuru formu ile birlikte yapılmayan başvurular, Komisyon tarafından değerlendirmeye alınamayacaktır.

Başvuru formu eksiksiz ve doğru bir şekilde doldurulmalıdır. Formda yer alacağı öngörülen bilgiler "uyuşmazlığın çözümü için gerekli olan bilgi" niteliğinde olduğundan eksik, hatalı veya çelişkili bilgi içeren formlarla yapılan başvurular Komisyon tarafından değerlendirmeye alınamayacaktır.

Online başvuru esnasında girilen bilgiler ile sisteme yüklenen belgeler arasında çelişki bulunması halinde kayıt işlemleri, sisteme yüklenen belgelerde yer alan bilgiler esas alınarak gerçekleştirilecektir.

Vasi, veli, kayyım, yasal danışman, şirket yetkilisi gibi yasal temsilciler veya baroya kayıtlı avukatlar aracılığıyla yapılan başvurularda "başvuru sahibi" için girilecek bilgilerin, adına hareket edilen gerçek veya tüzel kişiye ait bilgiler olması gerekmektedir. Başvuru sahibi olarak, temsil edilen kişi yerine temsilciye ait bilgilerin sisteme girilmesi halinde başvuru, Komisyon tarafından değerlendirmeye alınamayacaktır.

Sistem üzerinden yüklenen belgelerin, kendisi için ayrılan yükleme alanından farklı bir alana yüklenmesi (örneğin; kaza tespit tutanağı için ayrılan yükleme alanına vekaletname yüklenmesi), yapılan başvurunun uyuşmazlığın çözümüne elverişli belge içerip içermediği konusundaki denetimi oldukça zorlaştırmaktadır. Bu kapsamda, ait olduğu alana yüklenmediği gerekçesiyle mevcudiyeti tespit edilemeyen belgeler hakkında yapılacak işlemlerden Sigorta Tahkim Komisyonunun sorumluluğu bulunmamaktadır.

Sigortacılık yapan kuruluşa gerekli başvuruların yapıldığını gösterir belgelerin, başvurunun hangi tarihte yapıldığını gösteren belgelerle birlikte sunulması gerekmektedir. Başvuru tarihinin tespitine ilişkin açık bilgi içermeyen (örneğin; yalnızca posta takip kodunun yer aldığı kargo faturası) belgelerle yapılan başvurular, Komisyon tarafından değerlendirmeye alınamayacaktır.

Kanuni ya da ihtiyari temsilciler aracılığıyla yapılan başvuruların, temsil ilişkisinin ispatına yarayan bilgi ve belgelerle birlikte yapılması gerekmektedir. Temsil ilişkisinin tespitine yarayan

bilgi ve belgelerle yapılmayan başvurular Komisyon tarafından değerlendirmeye alınamayacaktır.

Mevcut ise "hasar dosya numarasının" başvuru formunda ayrıca belirtilmesi, vekaletname suret harcı makbuzlarının vekaletname ekinde yer alacak şekilde tek bir belge olarak sisteme yüklenmesi ve sisteme yüklenen belgelerde PDF formatının kullanılması Komisyon yetkilileri tarafından gerçekleştirilecek olan incelemelerin etkinliğini artıracaktır.

Komisyona bildirilmiş olan posta adresi, elektronik posta adresi veya diğer iletişim bilgilerinde değişiklik olmuş ise yeni bilgiler en kısa zamanda Komisyona bildirilmelidir.

Komisyon veya hakemler tarafından gönderilen yazılara ve elektronik postalara en kısa zamanda cevap verilmelidir.

Sigorta tahkim usulü, zamanaşımı, temerrüt, feragat ve kabul, sulh, ıslah, tanıkların dinlenmesi bilirkişi görüşü alınması ve keşif kararı verilmesi, davaya müdahale ve üçüncü şahsın davaya ihbarı, hakem kararlarının kesin hüküm gücü ve icra kabiliyeti, tavzih, hakem kararlarına karşı Yargıtay'ın onama, bozma ve düzelterek onama kararı verebilmesi, yönünden Devlet yargılaması ile örtüşmektedir. Sigortacılıkta tahkim usulü, yargılamanın süresi, duruşmaları istisnai olarak yapılması ve aleni olmaması, adli ara vermede de yargılamanın yapılması ve sürelerin işlemesi, işbölümü ve görev itirazlarının olmaması, hakemlerin ihtiyati tedbir, ihtiyati haciz ve delil tespiti kararları verememeleri ve adli yardım kurumunun bulunmaması yönlerinden ise, Devlet yargılamasından ayrılmaktadır.[34]

7. Maluliyet Dosyalarının İncelenmesi

Sigortalı veya sigorta sözleşmesinden menfaat sağlayan kişiler tarafından Sigorta Tahkim Komisyonuna sürekli sakatlık tazminatı, geçici iş göremezlik tazminatı, geçici bakıcı gideri, kalıcı bakıcı gideri gibi taleplerle başvuru yapabilmektedir.

Komisyona başvuru yapılabilmesi için öncelikle Sigorta Şirketine başvuru şartının yerine getirilmiş olması gerekmektedir. Karayolları Trafik Kanunu gereği Zorunlu Mali Mesuliyet Sigortası poliçelerine dayanarak yapılan başvurularda Sigorta Şirketine yazılı başvuru yapıldıktan sonra 15 günlük yasal sürenin geçmiş olması veya Sigorta Şirketi tarafından başvuruya kısmen ya da tamamen olumsuz cevap verilmiş olması gerekir. Yasal süre içerisinde olumlu dönüş alınmadığı takdirde tahkim yoluna başvurulabilir. Diğer sigorta poliçelerine dayanan taleplerde yasal süre SK'nun 30. maddesinin 13. fıkrası gereği 15 iş günü olarak değerlendirilmektedir.

Komisyona başvuru yapılmadan önce Sigorta Şirketine yazılı başvuru şartının yerine getirilmemesi, yazılı başvurudan sonra yasal süre beklenmeden Komisyona başvurulması hallerinde hakem görevlendirmesi yapılmadan dosyada görevlendirilen raportör tarafından ön incelemeden reddedilir.

Hakem görevlendirmesi yapılan dosyalarda sürekli sakatlık tazminatı talepleri heyet oluşturularak incelenmektedir, diğer talepler yönünden uyuşmazlık miktarı dikkate alınmaktadır. Tek hakem görevlendirmesi yapılan dosyalarda ıslah veya talep artırım yoluyla uyuşmazlık miktarının 24.000 TL'nin üzerine

Trafik sigortası genel şartları ekinde; tazminat taleplerine ilişkin hangi belgelerin talep edildiği belirtilmektedir. Trafik Sigortası kapsamında yapılacak başvuruda, *haksız fiil tarihinde yürürlükte olan yönetmelik doğrultusunda[35] sağlık kurulu raporu, epikriz raporu, genel adli muayene raporu, tüm tetkik ve tedavilere ilişkin raporlar, mağdura ait kimlik belgesi fotokopisi, kaza raporu, varsa bilirkişi raporu veya keşif zaptı veya mahkeme kararı, mağdura ait kaza tarihi itibariyle son gelir durum belgesi, hak sahibine ait banka hesap bilgileri, sağlık verilerine erişim, işleme ve aktarım konusunda mağdur tarafından verilen açık rıza beyanı* ile birlikte başvuru yapmak zorunludur[36]. Belirtilen belgeler incelendiğinde maluliyet oranının saptanması amacıyla sağlık kurul raporu; kusurun saptanması açısından kaza tutanağı, ifade tutanağı vb. belgeler ile kişinin gelirini gösterir belgeler, bedensel zarar ve tazminatın kapsamının belirlenebilmesi ve aktüeryal hesap yapılabilmesi için mutlak olması gereken, zorunlu bilgi ve belgelerdir.[37]

Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartlarında; "Sakatlanma Teminatı: Üçüncü kişinin sürekli sakatlığı dolayısıyla ileride ekonomik olarak uğrayacağı maddi zararları karşılamak üzere, bu Genel Şartların Ek-2'sinde yer alan esaslara göre belirlenen tazminatları içeren teminattır. Trafik kazası nedeniyle mağdurun geçici iş göremezliği ve sürekli sakatlığı bu teminattan karşılanır. Mağdurun tedavi sürecinin tamamlanması sonrasında sakatlık oranının ve geçici iş göremezlik süresinin belirlenmesinde, Kurul Raporu dikkate alınır.

Tazminat ödemesinde, ilgili kurum ve kuruluşlarca tanzim edilecek trafik kazasına ilişkin belgelerde illiyet bağı ile ilgili tespitin yer alması durumunda bu tespitin aksini ispat sigorta şirketine aittir. Sigortacı söz konusu rapor hakkında ilgili mevzuat uyarınca itiraz usulüne başvurduğunda mağdurun itiraz üzerine yaptığı belgelenmiş harcamalarını bu teminat kapsamında karşılamakla yükümlüdür. Geçici iş göremezlik süresi ve sürekli sakatlık oranının belirlenmesinden sonra ortaya çıkan ve tıbben gerekli olan sürekli bakıcı giderleri de bu teminat kapsamındadır. Söz konusu tazminat miktarlarının tespitinde sakat kalan kişi esas alınır." (m.A.5/c) olarak tanımlanmıştır.

Kurul Raporu: Usulüne uygun olarak tanzim edilen, 20/2/2019 tarihli ve 30692 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik ve Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmeliğe göre düzenlenen, sakatlık oranını, geçici iş göremezlik süresini ve bakıcı ihtiyacını gösterir kurul raporunu, (m.A.2/i) ifade eder.

20.03.2020 tarihli Genel Şartlarda sigorta şirketine başvuru yapılırken sunulması zorunlu belgeler arasında "Erişkinler için Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmeliğe göre düzenlenmiş sağlık kurulu raporu bulunmaktadır.

SK'nun 30. Maddesinin 15. Fıkrasına göre hakemler, sadece kendilerine verilen evrak üzerinden karar verir. Bu sebeple maluliyet tazminatı talepli dosyalarda maluliyet raporu bulunması gerekmektedir. Hakem kararlarında sigorta şirketine maluliyet raporu sunulmadığı veya sunulan raporun yönetmeliğe uygun olmadığı takdirde Sigorta Şirketine başvurunun usulüne uygun gerçekleştirilmediği dolayısıyla dava öncesi sigortacıya başvuru şartının yerine getirilmediği gerekçesiyle usulden ret

kararı verilebilmektedir. Yargıtay kararlarında ise; maluliyet raporunun tamamlanabilir dava şartı olduğu belirtilerek usulden reddedilmemesi gerektiği belirtilmektedir.

Maluliyet raporunun[38] hangi yönetmeliğe göre düzenleneceği konusu kaza tarihlerine göre değişiklik göstermektedir.[39]

Yargıtay 4. Hukuk Dairesi'nin 2021/6248 E. 2021/9137 K. Sayılı ve 24/11/2021 tarihli kararında; *"Haksız fiil sonucu çalışma gücü kaybının olduğu iddiası ve buna yönelik bir talebin bulunması hâlinde, zararın kapsamının belirlenmesi açısından maluliyetin varlığı ve oranının usulüne uygun şekilde belirlenmesi gerekmektedir. Söz konusu belirlemenin ise üniversite hastanelerinin adli tıp anabilim dalı bölümleri gibi kuruluşların çalışma gücü kaybı olduğu iddia edilen kişide bulunan şikâyetler dikkate alınarak oluşturulacak uzman doktor heyetinden kaza tarihi 11/10/2008 tarihinden önce ise Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü, 11/10/2008 tarihi ile 01/09/2013 tarihleri arasında Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği, 01/09/2013-01/06/2015 tarihleri arası Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği, 01/06/2015-20/02/2019 tarihleri arasında Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurul Raporları Hakkında Yönetmelik, 20.02.2019 tarihinden sonra Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik* ve Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik *hükümleri dikkate alınarak yapılması gerekmektedir.*

Somut olayda; kaza neticesinde davacının maruz kaldığı yaralanmaya ilişkin olarak ... Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Ana Bilim Dalı Başkanlığı tarafından düzenlenen 22/07/2019 tarihli rapor Uyuşmazlık ve İtiraz Hakem Heyeti tarafından benimsenmiş olup bu raporda, davacının kaza nedeniyle oluşan maluliyeti % 25 olarak belirlenmiştir. Ne var ki anılan bu raporda kaza tarihi itibariyle yürürlükte bulunan 30/03/2013 tarihli Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre belirleme yapılmadığı görülmektedir. Bu yönüyle, maluliyet oranı tespitine ilişkin bu rapor, hükme esas almaya elverişli olmadığından maluliyetin belirlenmesi konusunda yapılan araştırma yetersizdir.

Bu durumda İtiraz Hakem Heyeti tarafından; kazayla ilgili eksik kalan tedavi evrakı temin edildikten sonra, yukarıda belirtilen açıklamalar ışığında ve olay tarihi itibariyle yürürlükte bulunan 30/03/2013 tarihli Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre, uzman bilirkişi heyetinden, davacının kaza nedeniyle uğradığı çalışma gücü kaybı bulunup bulunmadığı ve varsa oranı konusunda ayrıntılı, gerekçeli ve denetime elverişli rapor alınarak (usuli kazanılmış haklar gözetilmek suretiyle) sonucuna göre karar verilmesi gerekirken eksik incelemeyle yazılı şekilde karar verilmesi doğru görülmemiştir." Şeklinde hüküm kurulmuş ve kaza tarihlerine göre esas alınacak yönetmelikler belirtilmiştir.

Maluliyet raporunun yönetmeliğe uygun olmaması halinde hakemler tarafından ara karar ile başvurucu tarafa süre verilerek yönetmeliğe uygun rapor alınması istenebilmektedir. Bu durumda bazen hakem tarafından hastaneye sevk yazısı verilmekte bazen de başvurucu tarafça doğrudan hastaneye başvurulmaktadır.

Sürekli sakatlık tazminatı hesaplamasında esas alınacak maluliyet raporunun "kalıcı" engel oranını bildirmesi de önem arz etmektedir. Başvurucunun hayatının sonuna kadar zarar hesaplaması yapılacağından söz konusu engelin kalıcı olması gerekmektedir. İyileşme süreci devam ederken düzenlenen sağlık kurulu raporlarında rapor süresinin 6 ay veya 1 yıl olarak belirtildiği görülebilmektedir. Bu durumda başvurucunun iyileşme süreci devam ettiğinden sürekli maluliyet oranının iyileşme süreci tamamlandıktan sonra belirlenebileceği kabul edilmektedir.

STK'daki davaların büyük çoğunluğunu oluşturan maluliyet davalarına ilişkin büyük bir karmaşa hakimdir ve hakemler arasında yeknesak bir uygulama mevcut değildir.

- Bir kısım hakem, davadan önce alınmış ve maluliyet dayanağı yapılan adli tıp raporunu "sağlık kurulu raporu" niteliği bulunmadığından ve sağlık kurulu raporu da sigortaya başvururken ZMMS'de şart koşulduğundan dava şartı eksikliği nedeniyle usulden reddi görüşündedir.

- Bir kısım hakem, Yargıtay'ın adli tıp raporunu kabul ettiğinden bahisle davacının davadan önce tek taraflı başvurusuyla almış olduğu adli tıp raporunu kabul ederek karar oluşturmaktadır. Halbuki Yargıtay referans alınan kararlarında mahkemeye hitaben bir Üniversite adli tıp ABD'den rapor istenerek maluliyetin belirlenebileceğini belirtmektedir.

- Bir kısım hakem, davacının "sağlık kurulu raporu" yerine adli tıp raporuyla başvurusu halinde, Yargıtay kararlarına uygun bir şekilde bunu tamamlanabilir bir eksiklik görmekte ve sigorta şirketinin rapora itirazı mevcut ise ara kararla ikametgah bazlı yeni maluliyet raporu hazırlatmaktadır.

Başvuru sahiplerinin Türkiye'nin her yerinde ikamet ettiği, Türkiye'nin her yerinde trafik kazası olduğu, kazazedelerin Türkiye'nin her yerinde tedavi olduğu gerçeğine rağmen adli tıp raporlarının çoğunluğunun aynı üniversite adli tıp bölümlerinden alınmış olması bile problem olduğunu göstermektedir. Örneğin kazazede İstanbul'da ikamet etmekte, kaza İstanbul'da olmakta ve bütün tedaviler İstanbul'da gerçekleşmiş olmasına rağmen davadan önce alınmış maluliyet raporunun kilometrelerce uzak bir kurumdan olması nadiren karşılaşılan bir durum değildir. Davadan önce tek taraflı başvuruyla alınmış adli tıp raporlarına ilişkin ara karar verilerek ikametgah bazlı yeni maluliyet raporu görevlendirmesi yapıldığı zaman; azımsanamayacak kadar başvuru sahibi görevlendirme yapılan yere başvuru dahi yapmamaktadır. Görevlendirme yapılan yere başvuru yapılarak rapor gelmesi halinde ise yeni rapordaki maluliyet oranı çok daha düşük çıkabilmekte bazı raporlarda ise sürekli sakatlık oluşmadığı tespit edilmektedir. Dolayısıyla doğruluğu teyit olunmayan adli tıp raporları ile hüküm kurulması, başvuran lehine sebepsiz zenginleşmeye yol açmaktadır. Uyuşmazlık hakemlerinin, adli tıp raporuyla yapılan başvurularda, usulden ret kararı vermesi veya adli tıp raporuna itibar etmesi yerine ikametgah bazlı yeni rapor isteyerek dosyayı tekemmül etmesinin, en uygun çözüm olacaktır.[40]

Hesaplama Yöntemi

Sakatlık tazminatı hesaplamalarında PMF ve TRH yaşam

tabloları, progresif rant ve teknik faizle hesaplama yöntemleri bulunmaktadır. 01.06.2015 tarihi öncesine kadar tazminat hesaplamaları PMF yaşam tabloları üzerinden % 10 artırım % 10 iskonto uygulanmak suretiyle hesaplanmaktaydı. Ancak 01.06.2015 tarihinde Genel Şartlarda yapılan değişiklik ile hesaplamalarda TRH yaşam tablosu ve %1.8 teknik faiz kullanılmaya başlanmıştır.

TRH yaşam tablolarında muhtemel yaşam süreleri PMF tablosuna göre daha uzun olmasına rağmen %1.8 teknik faiz üzerinden hesaplama yapılması sebebiyle tazminat miktarları daha düşük çıkabilmektedir.

Anayasa Mahkemesinin 17.07.2020 tarihli 2019/40 Esas ve 2020/40 Karar sayılı kararında KTK'nın 90. maddesindeki "Bu Kanun çerçevesinde hazırlanan genel şartlarda öngörülen usul ve esaslara tabidir." bölümündeki "Bu Kanun çerçevesinde hazırlanan genel şartlarda" ibaresinin Anayasa'ya aykırı olduğu gerekçesiyle iptaline karar verilmiştir.

Yargıtay tarafından KTK'da yer alan Genel Şartlar ifadelerinin kaldırıldığı belirtilerek güncel kararlarda TRH yaşam tablosu ve progresif rant tekniği kullanılarak hesaplama yapılması gerektiğine karar verilmiştir. Bu sebeple hakem kararlarında genel olarak TRH yaşam tablosuna göre bakiye ömür belirlenmekte ve progresif rant yöntemi kullanılarak maluliyet tazminatı hesaplanmaktadır.

Yargıtay 4. Hukuk Dairesi'nin 2021/14984 E. 2021/2843 K. Sayılı ve 10.06.2021 tarihli kararında; "*Hak sahiplerinin bakiye ömürleri daha önceki yıllarda Fransa'dan alınan 1931 tarihli "PMF" cetvelleri ile saptanmakta ise de; Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı, Hacettepe Üniversitesi Fen Fakültesi Aktüerya Bilimleri Bölümü, BNB Danışmanlık, Marmara Üniversitesi ve Başkent Üniversitesi'nin çalışmalarıyla "TRH 2010" adı verilen "Ulusal Mortalite Tablosu" hazırlanmış olup, gerçek zarar hesabı özü itibariyle varsayımlara dayalı bir hesap olup, gerçeğe en yakın verilerin kullanılması esastır. Bu durumda diğer kurumlar ile Yargıtay Daireleri arasında tazminat hesabında birliğin sağlanması açısından ve yine bu tablonun ülkemize özgü ve güncel verileri içermesi de göz önüne alındığında Dairemizce de tazminat hesaplarında bakiye ömrün belirlenmesinde TRH 2010 tablosunun esas alınmasının güncellenen ülke gerçeklerine daha uygun olacağına karar verilmiştir.*

Buna göre mahkemece yapılacak iş; temyiz edenin sıfatına göre, davacı tarafından kararın temyiz edilmediği de dikkate alınarak, davalı lehine usuli kazanılmış haklar gözetilerek (tazminata esas alınan gelir, esas alınan asgari ücret yılı, işlemiş/işleyecek dönem tarihleri gibi) davacının muhtemel bakiye yaşam süresinin TRH 2010 Yaşam Tablosu'na göre ve progresif rant tekniği kullanılmak suretiyle belirlenerek tazminat miktarının hesaplanması için bilirkişiden ek rapor alınarak oluşacak sonuca göre karar verilmesidir. Açıklanan nedenlerle yazılı şekilde eksik inceleme ile karar verilmesi doğru görülmemiş bozmayı gerektirmiştir." şeklinde hüküm tesis edilmiştir.

04.12.2021 tarihli Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartlarında Değişiklik Yapılmasına Dair Genel Şartların eklerinde hesaplamaların % 1.65 teknik faize göre yapılması gerektiği belirtilmektedir. Bu hesaplama yönteminin kullanılması gerektiğine ilişkin bir Yargıtay ilamı henüz bulunmamaktadır.

Anayasa Mahkemesi, Karayolları Trafik Kanunundaki Genel Şartlara yapılan atıfları kaldırmışsa da Genel Şartların tamamen iptal edilmesi söz konusu olmamaktadır. Karayolları Trafik Kanunu'nda Genel Şartlara atıf yapılan aşağıdaki hükümler geçerliliğini korumaktadır.

İptal edilmeyen genel şart atıfları;

KTK Madde 90/1-(b)-(c)

Zorunlu mali sorumluluk sigortası kapsamındaki tazminatlar bu Kanun'da öngörülen usul ve esaslara tabidir. Bu tazminatlardan;

b) Destekten yoksun kalma tazminatı, ulusal doğum ve ölüm istatistikleri kullanılarak hazırlanan hayat tablosu ve zorunlu mali sorumluluk sigortası genel şartlarında yüzde 2'yi geçmemek üzere belirlenen iskonto oranı esas alınarak hayat üniteleri ile genel kabul görmüş aktüerya kurallarına uygun olarak,

c) Sürekli sakatlık tazminatı, ulusal doğum ve ölüm istatistikleri kullanılarak hazırlanan hayat tablosu, zorunlu mali sorumluluk sigortası genel şartlarında yüzde 2'yi geçmemek üzere belirlenen iskonto oranı ve sürekli sakatlık oranı esas alınarak hayat anüiteleri ile genel kabul görmüş aktüerya kurallarına uygun olarak,

KTK Madde 93/1

Zorunlu mali sorumluluk sigortası genel şartları, teminat tutarları ile tarife ve talimatları Hazine Müsteşarlığının bağlı bulunduğu Bakanlıkça tespit edilir ve Resmi Gazetede yayımlanır.

KTK Madde 99/1

Sigortacılar, hak sahibinin zorunlu mali sorumluluk sigortası genel şartlarıyla belirlenen belgeleri, sigortacının merkez veya kuruluşlarından birine ilettiği tarihten itibaren sekiz iş günü içinde zorunlu mali sorumluluk sigortası sınırları içinde kalan miktarları hak sahibine ödemek zorundadırlar.

Karayolları Trafik Kanunu'nda belirtildiği üzere sigorta şirketine başvuru yapılırken Genel Şartlar ekinde yer alan belgelerin sigorta şirketine sunulması zorunludur. Maluliyet tazminatı talepleri için Genel Şartlar ekinde belirtilen aşağıdaki belgelerin sunulması gerekmektedir:

-Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik ve Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik doğrultusunda hazırlanan sağlık kurulu raporu,
- Epikriz Raporu,
- Genel adli muayene raporu,
- Tüm tetkik ve tedavilere ilişkin raporlar,
- Mağdura ait kimlik belgesi fotokopisi,
- Kaza raporu, varsa bilirkişi raporu veya keşif zaptı veya mahkeme kararı,
- Mağdura ait kaza tarihi itibarıyla son gelir durum belgesi,
- Hak sahibine ait banka hesap bilgileri (banka - şube adı, Iban numarası),

- Sağlık verilerine erişim, işleme ve aktarım konusunda mağdur tarafından verilen açık rıza beyanı

Sigorta Tahkim Komisyonu nezdinde verilen hakem kararlarında da başvurunun usulüne uygun yapılıp yapılmadığı, sunulması gerekli belgelerin sunulup sunulmadığı yönünden inceleme yapılarak dava şartının yerine getirilme hususu incelenmektedir.

Geçici İş Göremezlik ve Geçici Bakıcı Gideri Sorumluluğu

Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartlarında Sürekli Sakatlık Teminatı kapsamında *"Kaza nedeniyle mağdurun tedavisinin tamamlanması sonrasında yetkili bir hastaneden alınacak sağlık kurulu raporu ile sürekli sakatlık oranının belirlenmesinden sonra ortaya çıkan ve tıbben gerekli olan bakıcı giderleri bu teminat limitleri ile sınırlı olmak koşuluyla sürekli sakatlık teminatı kapsamındadır."* denilmek suretiyle geçici bakıcı giderinin teminat kapsamında olduğu belirtilmiştir.

Uygulamada geçici iş göremezlik tazminatının poliçe teminat kapsamında olup olmadığı konusunda ihtilaf bulunmaktadır.

25.02.2011 tarihli Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 13.02.2011 tarihli 6111 Sayılı Yasa'nın 59.maddesi ile 2918 Sayılı Karayolları Trafik Kanunu'nun 98. maddesi değiştirilmiş, buna göre "trafik kazaları nedeniyle üniversitelere bağlı hastaneler ve diğer resmi ve özel sağlık kuruluşlarının sundukları sağlık hizmet bedellerinin kazazedenin sosyal güvencesi olup olmadığına bakılmaksızın Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanacağı", Yasanın geçici 1. maddesi ile de "Bu Kanunun yayımlandığı tarihten önce meydana gelen trafik kazaları nedeniyle sunulan sağlık hizmet bedellerinin Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanacağı, söz konusu sağlık hizmet bedelleri için bu Kanun'un 59. maddesine göre belirlenen tutarın % 20'sinden fazla olmamak üzere belirlenecek tutarın üç yıl süreyle ayrıca aktarılmasıyla anılan dönem için ilgili sigorta şirketleri ve Güvence Hesabının yükümlülüklerinin sona ereceği," öngörülmüştür.

Sigorta şirketinin, işleten ve sürücünün yasadan ve sözleşmeden doğan bu yükümlülüğü, 6111 sayılı Yasa ile getirilen düzenleme ile sona erdirilmiş bulunmaktadır. 2918 sayılı Yasa'nın 98. maddesinde belirtilen tedavi giderleri yönünden sorumluluk Sosyal Güvenlik Kurumu'na geçmiştir.

Ancak Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yalnızca sigortalı çalışanlara ödeme yapılmakta, ev hanımları veya çalışmayan kişiler yönünden ödeme yapılmamaktadır veya yapılan ödemeler hesaplanan geçici iş göremezlik tutarlarından düşük kalabilmektedir.

Yargıtay ilamlarında geçici iş göremezlik ve geçici bakıcı giderinin sigorta şirketinin sorumluluğunda olduğu ancak SGK tarafından ödendiği anlaşılan miktarların hesaplanan tutardan düşürülmesi gerektiği belirtilmektedir. Hakemler tarafından da bu doğrultuda hesaplama yapılarak SGK tarafından ödendiği tespit edilen bedeller düşürülerek tazminat talepleri kabul edilmektedir.

Zamanaşımı

Karayolları Trafik Kanunu'nun 109. maddesinde; *"Motorlu araç kazalarından doğan maddi zararların tazminine ilişkin talepler, zarar görenin, zararı ve tazminat yükümlüsünü öğrendiği tarihten başlayarak iki yıl ve herhalde, kaza gününden başlayarak on yıl içinde zamanaşımına uğrar. Dava, cezayı gerektiren bir fiilden doğar ve ceza kanunu bu fiil için daha uzun bir zaman aşımı süresi öngörmüş bulunursa, bu süre, maddi tazminat talepleri için de geçerlidir."* hükmü mevcuttur.

İlgili hüküm gereği sakatlık tazminatı dosyalarında zamanaşımı süresi, ceza zamanaşımı süresi olan 8 yıl olarak değerlendirilmektedir.

Sonuç

Sigorta Tahkim Komisyonu, sigorta sözleşmesinden doğan uyuşmazlıkları, Sigorta Hukuku veya sigortacılık pratiği bakımından uzman, bağımsız ve tarafsız hakemler vasıtasıyla ve sür'atle çözüme kavuşturarak sigortacılık sektörüne olan güveni arttırmaktadır. Tahkim, sigorta sektörü açısından bu yönüyle büyük önem taşımaktadır. Zira sigortacılık; güvene dayanan bir müessesedir ve sektörün gelişmesi açısından güven unsuru çok önemlidir.

Sigortacılıkta tahkim sistemi, kolay başvuru imkânı sunması, basit yargılama usulüne tabi olması, uyuşmazlıkları kısa sürede çözüme kavuşturması, düşük maliyetli olması ve yargı denetimine tabi olması itibariyle, haklarını aramada tüketicilere güvenli ve avantajlı bir alternatif getirmiştir.

Hakem kararları yargı denetimine tabi olup, özellikle yüksek tutarlı uyuşmazlıklar, biri mutlaka Sigorta Hukuku alanında uzman olmak üzere, sigorta pratiğinin içinden gelen uzman hakem heyetleri tarafından karara bağlanmaktadır.

Hak sahipleri tarafından Komisyona intikal ettirilen uyuşmazlıklar, hayat ve hayat dışı gruplarının sadece birinde görev yapacak olan Sigorta Hakemleri ve Raportörler aracılığıyla çözüme kavuşturulmaktadır.

Sigortacılık Kanunu'nun tahkime ilişkin hükmü ile, sigorta sözleşmesinden doğan uyuşmazlıklarda sigorta ettiren veya sigorta sözleşmesinden menfaat sağlayan gerçek ve tüzel kişilere kanunda sayılan hallerde, ihtiyari tahkime başvuru imkanı sağlayan düzenleme, tahkimin Devlet yargısına göre başta hızlılığı ve ucuzluğu ile diğer avantajları birlikte değerlendirildiğinde, yasal olarak sınırları çizilmiş kurumsal tahkimin, gerçek hayatta da Kanunun öngördüğü sınırlar içinde, objektif, rasyonel ve adil olarak uygulanması halinde, hem Devlet yargısına gerçekten bir alternatif olabilecek ve bu vesile ile Devlet yargısının yükünü önemli ölçüde hafifletecektir.

Sigorta Tahkim Sistemi; doktrin ve yargı kararları ile ortaya konulacak aksayan yönlerinin düzeltilmesi ile genel mahkemeleri büyük oranda işgal eden sigorta sözleşmelerinden kaynaklanan uyuşmazlıklara ilişkin davaların bu sistem içerisinde çözümlenerek sonuca bağlanması, öncelikle Genel Mahkemelerin yükünü önemli oranda azaltabilecektir. Bu sistem; uyuşmazlıkların sigortacılık alanında uzman kişilerden oluşacak hakem listelerinden seçilecek hakemler aracılığı ile seri ve adaletli çözüme kavuşturulması durumunda, kişilerin sigorta sistemine olan kuşkularını ortadan kaldırabilecek ve bu sistemi daha güvenilir bir duruma getirebilecektir.

*İstanbul Medeniyet Üniversitesi Hukuk Fakültesi Öğretim Üyesi / Sigorta Tahkim Komisyonu Yönetim Kurulu Üyesi. (ORCID ID: 0000-0002-4200-9797).

[1] Kaynaklar, atıflar ve geniş bilgi için Bkz. Şaban KAYIHAN / Özcan GÜNERGÖK, Türk Özel Sigorta Hukuku Dersleri, 6. Baskı, Umuttepe Yayınevi, Kocaeli 2021, s.1 vd.; Mustafa ÇEKER, Sigorta Hukuku, 25.Baskı, Karahan Kitabevi, Adana 2022, s.1 vd.; Hacı KARA, Sigorta Hukuku, 2.Baskı, Onikilevha Yayıncılık, İstanbul 2021, s.1 vd.

[2] ÇEKER, s.2.

[3] KAYIHAN / GÜNERGÖK, s.7-8.

[4] ÇEKER, s.3.

[5] ÇEKER, s.2-3.
[6] KARA, s.17.
[7] KAYIHAN / GÜNERGÖK, s.2.
[8] ÇEKER, s.5.
[9] KAYIHAN / GÜNERGÖK, s.3.
[10] KAYIHAN / GÜNERGÖK, s.5.
[11] ÇEKER, s.7.
[12] KARA, s.17.
[13] KARA, s.481.
[14] KAYIHAN / GÜNERGÖK, s.275-276.
[15] KARA, s.482.
[16] Makbule Aymelek ERDEMİR, Sigorta Hukuku Uyuşmazlıklarında Tahkim, Seçkin Yayınları, Ankara 2017, s.20.
[17] KARA, s.482.
[18] ERDEMİR, s.22.
[19] KAYIHAN / GÜNERGÖK, s.279.
[20] ERDEMİR, s.51.
[21] Işıl ULAŞ, Sigortacılıkta Tahkim Hukuku Sigortacılık Tahkiminde Yeni Gelişmeler ve Uygulamalar, Turhan Kitabevi, Ankara 2022, s.55.
[22] Ömer EKMEKÇİ / Muhammet ÖZEKES / Murat ATALI / Vural SEVEN, Hukuk Uyuşmazlıklarında Arabuluculuk, 2. Baskı, İstanbul 2019, s.394 vd.
[23] KAYIHAN / Atakan Adem SELANİK, Sigorta Hukukunda Alternatif Çözüm Yolları ve Tahkim Usulü, Seçkin Yayınları, Ankara 2022, s.163-164.
[24] KAYIHAN / SELANİK, s.164.
[25] Kaynaklar, atıflar ve geniş bilgi için Bkz. KAYIHAN / GÜNERGÖK, s.272-302; KAYIHAN / SELANİK, s.59-156; KARA, s.481-508.
[26] KAYIHAN / GÜNERGÖK, s.279; KAYIHAN / SELANİK, s.64.
[27] KAYIHAN / GÜNERGÖK, s.299; KAYIHAN / Mustafa ÜNLÜTEPE, Sigorta Tahkim Yargılamasına Konu Uyuşmazlıklarda Hükmedilecek Vekâlet Ücreti, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, Temmuz 2016, S.12, s.12-123; KAYIHAN / SELANİK, s.154.
[28] ERDEMİR, s.27.
[29] ERDEMİR, s.33.
[30] RG., 16.04.2022, 31811.
[31] KAYIHAN / GÜNERGÖK, s.280; Murat ÖZBOLAT, Temel Sigortacılık, Ankara 2011, s.165.
[32] Kanunda "Kırk bin Türk Lirasının üzerindeki" şeklinde belirtilen temyiz sınırı, 1.5.2022 tarihinden itibaren Sigorta Tahkim Komisyonuna yapılan başvurular için 107.000 TL'nin üzerindeki şeklinde uygulanmaktadır.
[33] ERDEMİR, s.39.
[34] ERDEMİR, s.44-46.
[35] "Yargıtay 17. Hukuk Dairesi kararlarında istikrarlı bir şekilde, sürekli iş göremezlik oranının (maluliyetin) trafik kazasının gerçekleştiği tarihte yürürlükte olan yönetmelik ve eklerine göre tespit edilmesini istemektedir. (Hüseyin TUZTAŞ, "Anayasa Mahkemesi'nin Karayolları Trafik Kanun'unda Vermiş Olduğu İptal ve Ret Kararının Sonuçları", s.28).
[36] TUZTAŞ, s.28; "çalışma gücü kaybı olduğu iddia edilen kişide bulunan şikâyetler dikkate alınarak oluşturulacak uzman doktor heyetinden, haksız fiilin gerçekleştiği tarihte yürürlükte olan mevzuat hükümleri dikkate alınarak yapılması gerekmektedir." (İstanbul Bölge Adliye Mahkemesi 40.Hukuk Dairesi, 03.03.2020, E.2019/4649, K.2020/436).
[37] KAYIHAN / SELANİK, s.166-167.
[38] Geniş bilgi ve tartışmalar için Bkz. KAYIHAN / SELANİK, s.202-229.
[39] Kararlar için Bkz. İsmet DEMİRAĞ, Sigorta Hukuku Uygulayıcıları İçin BAM ve Yargıtay Kararları, Aristo Yayınları, İstanbul 2020, s.376-472.
[40] KAYIHAN / SELANİK, s.216-217.

Hikmet Ergin DÜLGER (Moderatör):
Evet son konuşmacımız, ''Yargıtay Kararları Açısından Maluliyet Raporlarının Değerlendirilmesinde Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri" Sayın Salim KÜÇÜK.

Salim KÜÇÜK (Konuşmacı):
Teşekkür ederim Sayın Başkan.

Sayın Yargıtay Başkanvekilim, değerli hekim ve hâkim arkadaşlar, hepinizi saygıyla selamlıyorum. Ben Yargıtay 4. Hukuk Dairesi üyesiyim. Maluliyet raporlarının değerlendirilmesinde karşılaşılan sorunlarla ilgili sunum yapacağım.

Her şeyden önce bana, bu nezih topluluğa hitap etme şansı veren ve organizasyonda ve programın hazırlanmasında emek veren başta Adli Tıp Kurumu Başkanı Hızır ASLIYÜKSEK olmak üzere herkese teşekkür ediyorum.

Bartın'da hayatını kaybeden madencilerimize Allah'tan rahmet, yaralılara acil şifalar diliyorum. Ülkemizin başı sağ olsun.

Yargıtay 4. Hukuk Dairesi olarak tazminat ve sigorta davalarına bakmaktayız. Sunumumda, trafik kazaları sonrası alınan maluliyet raporları ile ilgili biz hangi tür sorunlarla boğuşuyoruz, gelen raporlarla ilgili ne gibi problemlerle karşılaşıyoruz, - bir kısmını hocam Sigorta Tahkim Komisyonu hakemi olarak izah etti- bunlara değinmek istiyorum.

Türk Borçlar Kanunu'nun 54. maddesinde bedensel zararlar sayılmış. Bunlar; tedavi giderleri, kazanç kaybı, çalışma gücünün azalmasından ya da yitirilmesinden doğan kayıplar, ekonomik geleceğin sarsılmasından doğan kayıplar olarak belirtilmiş. Bizim burada esas konumuz maluliyet raporlarına konu olan bedensel zararlar meselesi. Kanundaki özellikle ibaresinden bedensel zararların örnekleme yoluyla yapıldığı, başka bedensel zararların da bu kapsamda olduğu anlaşılmakta. Bedensel zararlar fiziki olabileceği gibi (hastalanma, sakatlanma, yaralanma vb.) travma sonrası stres bozukluğu gibi ruhsal da olabilir. Dosyaları incelerken en önemli konumuz az önce de söylediğim gibi maluliyet raporları. Maluliyet raporunda, yaralanma nedeniyle kişinin bedensel zararının niteliği ve kapsamı belirlenmekte. Bu belirlemeye göre tazminat hesaplanmaktadır. Bu nedenle maluliyet raporu ne kadar gerçeğe uygun olacak ise tazminat hesabı da mahkemelerce verilecek kararlar da o kadar doğru olacaktır. Maluliyet raporlarındaki en önemli husus her bir sonuç ve değerlendirmenin somut veri ve açıklamalarla gerekçelendirilmesidir.

Maluliyet derken neyi kast ediyoruz? Burada tabi değişik tanımlamalar var, adlandırmalar var, biz maluliyeti zarar görenin haksız fiil sonucu geçici veya kalıcı olarak iş, güç, beden ve kazanç kaybına uğraması, iş göremez hâle gelmesi olarak değerlendiriyoruz. Bizim için özellikle tazminat hesabında, çoğunlukla trafik kazasında veya kasten yaralama gibi eylemlerde kişinin iş ve güçten kalması, meslekte kazanma gücünü kaybetmesi olarak alıyoruz ki bizim için neden önemli bu? Diğer hocalarımız belittiler biz engellilik raporu istemiyoruz veya başka nedenlerle verilen raporlar istemiyoruz. Bizim için meslekte kazanç kaybı yani iş göremezlik (geçici veya daimi iş göremezlik) oranı önemlidir, neden? Çünkü bu raporlar üzerinden tazminat hesabı yapılıyor ve ciddi tazminat rakamları çıkıyor ve devamında da ihtiyaç hâsıl olacaksa da bakıcı gideri hesaplaması yapılıyor. Bu nedenle raporun doğru olması önemli. İş göremezlik de geçici ve sürekli olmak üzere ikiye ayrılıyor. İyileşme süresi, meslekteki işinden kalma süresi veya

çalışılmayan süre olarak da adlandırılır geçici iş göremezlik. Yargıtaya göre ise zarar görenin haksız fiil sonucu bir süre tedavi görmesi, iyileşinceye kadar çalışamaması, bu nedenle işgücü ve kazanç kaybına uğraması olarak tanımlanmakta. Geçici iş göremezlik süresi önemlidir dedik, neden? Çünkü geçici iş göremezlik süresinde kişi %100 malul kabul edilerek tazminat hesabı yapılmakta. Bu nedenle raporlarda bu hususun eksik bırakılmamasını özellikle istiyoruz.

Geçici iş göremezlik süresi, iyileşme süresi kavramından farklıdır. Kişi iyileşmiş olabilir ancak yaptığı işin niteliği gereği iş göremezlik süresi iyileşme süresinden farklı olabilir. Bu nedenle iki şekilde tarif edebiliriz. Zarar görenin iyileşinceye veya tedavisi bitinceye kadar uğradığı kazanç kaybı veya hayat fonksiyonlarını gereği gibi yerine getirememesi nedeniyle güç kaybı veya efor kaybı olarak. Birinci hâlde, TBK'nın 54/2 maddesi, efor veya güç kaybında ise TBK'nın 54/3 maddesi yasal dayanağımız olacaktır. Efor kaybı da geçici maluliyetin bir bölümü olduğundan emekli, işsiz ve ev kadınları için de geçici iş göremezlik süresi belirlenmesi gerekmekte, çocuklarda ise ancak çalışması ispat edildiği takdirde geçici iş göremezlik süresi hesaplanması gerekmektedir. Devlet memurları için de geçici iş göremezlik hesaplanması mümkün olabilir. Kural olarak kazanç kaybı yaşamazlar ancak ek ders ücreti gibi çalışamadıkları süre içerisinde alamadıkları ödeme kalemleri varsa ispatlamak koşuluyla bunları alabilirler.

Geçici iş göremezlik raporlarının Yargıtay uygulamasında Adli Tıp Kurumu ya da üniversitelerin yetkili adli tıp kurullarından verilmesi gerektiği kabul edilmekte. Az önce İbrahim Hocam da açıkladı, önemli bir sorunumuz da Sigorta Tahkim Komisyonundan gelen dosyalar. Sigorta Tahkim Komisyonundan önümüze gelen dosyalarda bir mahkeme düzen ve disiplini bulunmadığı için ciddi usulî sorunlar yaşamaktayız. Bir de Sigorta Tahkim Komisyonuna giden dosyalardaki raporlar Adli Tıp Kurumu dışında, üniversitelerin adli tıp anabilim dalı başkanlıklarınca verildiği için çok ciddi eksik, yanılgılı ve çelişkili raporlarla karşılaşıyoruz. Şimdi geçici iş göremezliği hızlı geçeceğim, çünkü vaktimiz kısıtlı, bunlar zaten doktor olarak sizlerin iyi bildiği meseleler.

Daimi iş göremezlik, beden gücünün belli oranda azalması durumu. Sürekli tam iş göremezlik ve kısmi iş göremezlik olarak ikiye ayrılıyor. Beden gücü oranı %100 engelli hâle geldiğinde yani tam maluliyet durumu söz konusu olduğunda sürekli tam iş göremezlik ve devamlı bakıcı gideri söz konusu olmakta, diğer hâllerde ise sürekli kısmi iş göremezlik söz konusu olabilmektedir. Sunumumun bundan sonraki kısmında yargılama sürecinde maluliyet raporlarındaki somut olarak sıkıntı yaşadığımız sorunlu alanlara değinmek istiyorum. Kaç dakikam var başkanım?

Hikmet Ergin DÜLGER (Moderatör):
7 dakikanız var.

Salim KÜÇÜK (Konuşmacı):
Tamam. Şimdi, en sorunlu alanımız gelişen durumlarla ilgili maluliyet raporları meselesi. Bu konuda çok ciddi sorunlar yaşıyoruz. Biliyorum ki Sigorta Tahkim Komisyonu da aynı sorunları yaşıyor.

Gelişen durum nedir? Yaralanan kişinin sağlığında zamanla meydana gelen kötüleşmedir. Maluliyet raporlarında kişide gelişen durumun bulunup bulunmadığının tespiti çok önemlidir, çünkü eğer araz gelişen duruma ilişkin ise zamanaşımı süresi yeniden başlar. Eğer olay gelişen duruma ilişkin ise gelişen durumun ortaya çıktığı tarihi esas alırız, birincisi bu. İkincisi ise önceki dava, gelişen duruma ilişkin uyuşmazlıkta önceki davada verilen karar, kesin hüküm teşkil etmez. Üçüncüsü de gelişen duruma ilişkin maddi ve manevi tazminat miktarı yeniden hesaplanır. Burada maluliyet tazminatının bölünmezliği ilkesinden istisna gibi de düşünülebilir ancak istisna denmesi doğru olmazı, farklı bir yeni olgu ortaya çıktığı için biz meselenin gelişen durum mu yoksa bu tür kazaları kovalayan avukatların vatandaşı dürtmeleriyle mi ortaya çıkmış talep, onu ayırt etmeye çalışıyoruz. Neden dürtme diyorum, olayın üzerinden 7-8 yıl geçmiş, eksik tazminat aldığını düşünüyor vatandaş, gidip yeniden bir maluliyet raporu alınıp maluliyeti öncekinden yüksek çıkınca koşup sigorta tahkime başvuruluyor. Hâlbuki önceki bulgular aynı ise verilecek yeni maliyet raporunun yüksek çıkmasının hiçbir önemi yok esasında. Bitmiş bir olayı yeniden canlandırmak mümkün değilken özellikle bu konuda ısrarla başvuru yapılıyor, raporlarda da bu husus ayrıntılı işlenmeyince yeniden tazminat hesabı yapılabiliyor. Gelişen durum ise yaralanma nedeniyle önceden var olmayıp ilk kez nükseden yeni bir araz durumudur, öncesinde tespit edilmesi mümkün olmayan bir arazın ilk kez ortaya çıkması durumunda kaza ile illiyet bağı kurulabiliyorsa gelişen durum vardır, yoksa aynı arazlarla yeni yeni raporlar alınarak talepte bulunmak mümkün değildir. Hekim arkadaşların buna dikkat etmelerinde ciddi fayda vardır. Bazen ise şüphe doğuran raporlarla karşılaşıyoruz, kaza yapılan veya başvurucunun ikametinden 500 - 1000 km uzaktaki bir şehirden maluliyet raporu alınıyor, bir değil, beş değil, bu birinci şüphe sebebimiz. İkincisi, bir rapor alınıyor %10 maluliyete göre tazminat alınmış, gelmiş 7-8 yıl sonra başka bir rapor %40 maluldür kişi diyor, gelişen duruma yer verilmemiş, gerekçe yok, fiziki muayene yok, bu da şüphe doğuruyor. Biz raporda şuna cevap arıyoruz: Gerçekten bu bulgu yeni bir bulgu mu, daha önce tespit edilememiş bir araz mı, kişinin kolu bacağı kesilmiştir ampute olmuştur vs. Örneğin kişi sonradan felç olmuştur veya yarası başka bir organına sirayet etmiştir. Dolayısıyla her bir davada gelişen durum iddiası var ise mutlaka bunun önceki raporlardaki bulgu, bilgi ve sonuçlarla karşılaştırılarak bir sonuca ulaştırılması gerekiyor. Bir maluliyette gelişen durumun var olduğunun kabul edilmesi için aynı yaralanma nedeniyle ve fakat daha önceki bulgu ve tespitlerden farklı bir durum ortaya çıkmalı. Tespit edilen araz ile haksız fiil arasında illiyet bağı, nedensellik bağı kurulabilmeli. Her maluliyet artışı gelişen durum değildir. Aynı tespit ve bulguların farklı sağlık kurumlarınca farklı değerlendirilmesi gelişen durum değildir. Daha önce tespit edilip maluliyette değerlendirilmesi unutulan fark edilmeyen araz gelişen durum değildir. Bu nedenle adli rapor düzenleyen hekimler mutlaka daha önce düzenlenen raporları görmeli o zaman da var olup unutulan değil zamanla sağlıkta kötüleşme ile ortaya çıkan yeni bulgu ve tespitler var ise bu durum raporda

gelişen durum olarak belirtilmelidir. Önceki rapor ile karşılaştırma yapılarak maluliyet belirlemesine esas teşkil eden fiziksel ve fonksiyonel arazların zaman içerisinde eski oranına ilerleyip ilerlemediği belirlenmelidir. Yaşlanmaya bağlı maluliyet artışı gelişen durum değildir çünkü yaşlandıkça da maluliyet oranı artabilmekte kişinin.

Yargıtay 4. Hukuk Dairesinden örnekler verdim, bunları hızlı geçeceğim.

Yargıtay 4. Hukuk Dairesinin 13/10/2021 tarihli ve 2021/5764 Esas, 2021/6801 Karar sayılı ilâmının ilgili kısmı şöyledir:

"…Mahkemece… Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanlığından alınan 05/06/2014 tarihli raporda %7,1 oranında malul olduğu, UHH tarafından alınan… Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanlığından alınan 16/08/2017 tarihli raporda %39 oranında malul olduğu belirlenmiş, her iki rapor irdelenmek suretiyle kaza nedeniyle davacının artan maluliyetinin ve kaza ile illiyet bağı bulunup bulunmadığı…"

Yargıtay 4. Hukuk Dairesinin 20/04/2022 tarihli ve 2021/13893 Esas, 2022/7559 Karar sayılı ilâmının ilgili kısmı şöyledir:

"…18/12/2017 tarihli ibraname ekindeki sağlık raporunda davacının maluliyet oranının %5,1 olduğu belirtilmiş, UHH tarafından karara esas alınan… Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanlığından alınan 16/05/2019 tarihli raporda %23,2 oranında malul olduğu saptanmış, … Her iki rapor arasında maluliyet oranları arasında fahiş fark bulunduğu dikkate alınarak iki rapor arasındaki çelişkinin giderilmesi ile oran farklılığının maluliyette artış olarak kabul edilip edilemeyeceği, …"

Yargıtay 4. Hukuk Dairesinin 08/03/2022 tarihli ve 2021/21864 Esas, 2022/4253 Karar sayılı ilâmının ilgili kısmı şöyledir:

"…UHH'ce hükme esas alınan… Eğitim ve Araştırma Hastanesi tarafından verilmiş 08/03/2018 tarihli raporda, davacının kaza nedeniyle omuz hareket kısıtlılığı ve burun kemiği eğriliğinden kaynaklı maluliyetinin %7 oranında olduğu saptanmış, eldeki davada hükme esas alınan… Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesince verilmiş 26/09/2018 tarihli raporunda kazadan dolayı davacının maksiller lefort fraktürü, opere olmuş maloklüzyon, üst dudak ve alveollere de devam eden hipoestezisi, servikal disk bozukluğu, omuz lezyonlarından kaynaklı maluliyetinin %42 olduğu belirtilmiş, … bu fahiş farklılığın zaman içerisinde ortaya çıkan gelişen durum olup olmadığı konusunda araştırma da yapılmadığı,"

Yargıtay 4. Hukuk Dairesinin 14/03/2022 tarihli ve 2021/11671 Esas, 2022/4681 Karar sayılı ilâmının ilgili kısmı şöyledir:

"…davacının kaza nedeniyle maluliyetinin İHH'ce hükme esas alınan… Eğitim ve Araştırma Hastanesi tarafından verilmiş 05/07/2018 tarihli raporda %10, … Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanlığından alınan 18/10/2018 tarihli raporda %23, … Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanlığından alınan 02/08/2019 tarihli raporda ise %27 oranında olduğu saptanmış, … her üç raporun karşılaştırılarak maluliyet oranları arasında fahiş fark bulunduğu dikkate alınarak çelişkinin giderilmesi, illiyet bağı da kurularak oran farklılıklarının artan maluliyet olarak değerlendirilip değerlendirilemeyeceği…"

Bunlar hep 2022 yılının son birkaç aylık kararlarından örnekler.

Şimdi de gelelim ikinci en sorunlu, problemli alanımız travma sonrası stres bozukluğuna. Fiziksel bozukluğa yol açmayan, ancak kişide ruhsal ve sinirsel etkiler yapan durumlar da bedensel zarar kavramına dâhildir. Bu durumda maluliyet raporunun denetimi daha da güçleşmektedir. Ancak Daire olarak önceki ve sonraki raporlar, raporlardaki bulgular, heyette psikiyatri uzmanı bulunup bulunmadığı, varsa somut bulgulara ayrıntılı yer verip vermediği, raporun olaydan ne kadar süre sonra verildiği, ömür boyu sürecek akut stres bozukluğu meydana gelip gelmediği gibi hususlara bakıyoruz.

Gerçekten kaza nedeniyle yaşadığı korku, kaygı ve panik sonucu ruhsal dengesi sarsılmış, bir daha araç kullanamayan, araçların yanından geçerken ürken, kazanın izlerini hafızasından atamayan, uyku ve çalışma düzeni bozulmuş kişinin çalışma hayatı kesinlikle etkilenecek ve duruma göre geçici veya kalıcı iş göremezlik zararı doğabilecektir. Özellikle büyük kentlerde toplu veya bireysel ulaşım aracı kullanımı zorunluluğu göz önüne alındığında kişi, kaza sonucu geçirdiği ruhsal sarsıntının etkisinden sıyrılamamış ve sinirleri bozulmuşsa meslekte çalışma gücü ciddi anlamda etkilenebilir.

Travma sonrası stres bozukluğu nedeniyle raporlar o kadar çok gelmeye başladı ki, bunu doktorlarımız yeni mi icat ettiler veya yeni bir can yeği gibi sarıldılar bilmiyorum. Yani tamam kolu bacağı kesileni yönetmelik ekindeki cetvellerden denetleyebiliyoruz, adamın kolu kesilmiş yönetmelikte var, bacağı kesilmiş, dalağı alınmış ama nedir bu travma sonrası stres bozukluğu? Şimdi ilk vereceğim Yargıtay'ın örnek kararındaki olay şu sayın hocalarım. Adam imam, kazadan sonra küfretmeye başlamış.

Yargıtay 4. Hukuk Dairesinin 23/11/2021 tarihli ve 2021/6443 Esas, 2021/9009 Karar sayılı ilamı şöyle: *"… İHH tarafından alınan… Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanlığından alınan 15/10/2018 tarihli raporda davacının travma sonrası stres bozukluğu ve yumuşak doku travmasına bağlı (bulgularda davacının imam olarak görev yaptığı ve kaza sonrası küfürbaz olduğu şeklinde tespit vardı) tüm vücut fonksiyon kaybı oranı %70 olarak hesaplanmıştır. … TSSB'nin ömür boyu sürüp sürmeyeceği konusunda içerisinde psikiyatri uzmanı da bulunan heyetten kaza ile stres bozukluğu arasında illiyet bağı bulunup bulunmadığını tespit eden, açıklayıcı, denetime elverişli rapor alınıp, …"*

Yüzde 70 maluliyet oranı, esas bulgu, yumuşak doku travması, ilave olarak travma sonrası stres bozukluğu. Adamdaki bulgular bu. Denetimimiz güçleşiyor hâliyle. Çünkü bu psikolojik akut stres bozukluğu nedir, nasıl tespit edilir. Davaya konu raporda diyor ki, "%70 olarak malül, yumuşak doku travmasına bağlı kaza neticesinde küfürbaz olmuş" Bilmiyorum olabilir de

hani tıp bunu diyorsa. Mesela başka bir bulguda 6 yıl önce eşi terk etmiş tetkik hâkimimiz diyor ki, eşinden ayrıldığı bulgular içerisinde ve bunun etkisi de yazılmış rapora, boşanmayı ciddi olarak takıntı yaptığı dilekçesine yansımış diyor. Eğer Adli Tıp Kurumu, Türkiye'nin en büyük, en geniş, en yaygın ve en güvenilir bilirkişilik kurumu. Bu dosyalar Adli Tıp Kurumuna gitse böyle raporlar çıkmayacaktır, bundan eminim.

Kaza ile ilgili yaşadığı korku, kaygı, panik sonucu ruhsal denge sarsılmış, bir daha hiç araç kullanamayan bulgu yazılan raporlar var. Araçların yanından geçerken ürken, korkan, kazanın izlerini hafızasından atamayan, uyku ve çalışma düzeni bozulmuş. Bunlar bulgularda yazıyor. Bunlarda eyvallah tamam ama 2-3 tane basit bulgu yazılmış oraya %70 malul. Bir de ömür boyu sürecek mi bu?

Ayrıntılı, yaralanmaya neden olan kazayla illiyet bağı kurulmuş, gerekli tedavi ve bekleme süreleri geçirilmiş, iyi gerekçelendirilmiş ve psikiyatri uzmanının bulunduğu heyet tarafından verilen raporlara elbette itibar ediyoruz. Bu konuda dikkat edilecek hususlar şunlardır:

1. Bekleme sürelerine uyulup uyulmadığı,
2. Kazayla illiyet bağı kurulup kurulmadığı,
3. Stres bozukluğunun gerçekten ömür boyu sürüp sürmeyeceği,
4. Evrak üzerinden görüş ve düşünceleri sorularak değil, bizzat kişiyi muayene etmiş psikiyatri uzmanının katılıp katılmadığı.

Travma sonrası stres bozukluğunun kalıcı, yani ömür boyu devam edip etmeyeceği önemli, ancak belli bir süre izleme ile belli bir süre tedavi ile (siz hekimsiniz daha iyi bilirsiniz) ortaya çıkan bir bulgudur. Bir kişi tamam bu sene korkuyor seneye korkuyor da 10 sene sonra da arabalardan korkacak mı bu adam? Nereye kadar gidecek bu? Çünkü ömür boyu tazminat hesabı yapılıyor buna. Kazayla illiyet bağı bulunup bulunmadığı, stres bozukluğunun gerçekten ömür boyu sürüp sürmeyeceği bir de evrak üzerinden psikiyatrik konsültasyon yapılmış, görmemiş bile psikiyatri uzmanı adamı. Onlar da geliyor. Başkanımdan birkaç dakika daha rica ediyorum.

Hikmet Ergin DÜLGER (Moderatör):
Buyurun.

Salim KÜÇÜK (Konuşmacı):
Teşekkür ederim.

"… Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Uygulama Hastanesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanlığının 06/02/2020 tarihli raporunda fiziksel tespitler dışında şu tespitlere yer verilmiştir:

"… 6 ay önce eşi terk etmiş, 3 çocuk babası, kazadan beri sinirlilik, yüksek seslere duyarlılık, kâbus görme, beyaz araba görünce ve küçük araçlarda olayı hatırlama ve korku, olayı yeniden yaşantılama, kaçınma, uyarılmada artış mevcut, tedaviye ılımlı yanıt, bulguları halen aktif ve işlevselliğine etkisi sürmekte.

… Fiziki bulgular nedeniyle kişinin özür oranı %5; travma sonrası stres bozukluğu nedeniyle fonksiyon kaybı oranı %40 ve kliniğine göre engellilik oranı %20; Balthazard formulüyle kişinin tüm vücut özürlülük oranının %24 olduğu…"

Şimdi fiziki bulgular %5, travma sonrası stres bozukluğu %40 ve %24 maluliyet.

Bir sonraki karara geçiyorum.

"… Üniversitesi Tıp Fakültesi Dâhili Tıp Bilimleri Bölümü Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanlığının 25/06/2018 tarihli bir raporundan: … A. Kişide, mevcut olan tedavi ile işlevselliği kısmen düzelen post-travmatik stres bozukluğu arızası nedeniyle (… araç içi trafik kazası geçirdiği, uyku problemi olduğu, olayı, düşünceler şekiller zorlayıcı ve tekrarlayıcı acı veren şekilde hatırladığı, rüyasında gördüğü, daha sonra hiç otobüse binemediği, korktuğu, trafikte iç ve dış uyaranlarla psikolojik sıkıntı yaşadığı) özürlülük oranı %30 bulunmuştur.

B. Kişide mevcut olan sol üst kol sağ üst kol arkasında ve sol kol üzerinde atrofik skar arızası nedeniyle özürlülük oranı %5 bulunmuştur.

C. Kişide mevcut olan sağ dirsek eklem hareket kısıtlılığı arızası nedeniyle özürlülük oranı %2 bulunmuştur.

Birden fazla arıza olması nedeniyle Balthazard formülü uygulanarak kişinin özürlülük oranı %35 bulunmuştur."

Yine benzer hikâyeler var: Sol üst kol sağ üst kol arkasında ve sol kol üzerinde atrofik skar %5 maluliyet. Sağ dirsek eklem hareket kısıtlılığı arızası nedeniyle özürlülük oranı %2. Toplam maluliyet %35, neden? Rüyasında araba görüyor. Şimdi bu iki alanımız çok ciddi sorunlu alanımız travma sonrası stres bozukluğu ile ilgili raporlarımız gerçekten bizi çok yoruyor. İkincisi de gelişen durum.

Üçüncü sorunlu alanımız ise maluliyet raporlarının dayanağı olan ikincil mevzuatın sürekli değişmesi ve yetkili kurullarca maluliyet raporları verilirken kaza tarihinde hangi tüzük veya yönetmeliğin yürürlükte olduğunun dikkate alınmamasıdır. Yargıtaya göre, haksız fiil sonucu çalışma gücü kaybının olduğu iddiası ve buna yönelik bir talebin bulunması hâlinde, zararın kapsamının belirlenmesi açısından maluliyetin varlığı ve oranının usulüne uygun şekilde ve doğru mevzuata göre belirlenmesi gerekir. Çünkü her tüzük veya yönetmeliğin kıstasları farklı olduğundan maluliyet oranları da değişebilmekte, kaza tarihinin gözden kaçması sonucu mağduriyet doğabilmektedir. Biz kaza tarihini esas alıyoruz, kaza ne zaman olmuş ona göre kaza tarihindeki mevzuat geçerli. Hangi tüzük veya yönetmelik varsa o tarihteki iş göremezlik, geçici veya daimi iş göremezlik kriteri önemli bizim için. O yönetmelik bu adamın yaralanmasına ne diyorsa o. Kaza sonra değişse bile bizim için ölçü kaza tarihindeki mevzuat.

Yerleşik uygulamamıza göre kaza tarihi;

a) 11/10/2008'den önce Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü,
b) 11/10/2008 - 01/09/2013 Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit
İşlemleri Yönetmeliği,
c) 01/09/2013 - 01/06/2015 Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği

d) 01/06/2015 - 20/02/2019 Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliği,
e) 20/02/2019 sonrası Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik,
dikkate alınarak rapor düzenlenmelidir.

Dördüncü sorunlu alanımız, kaza ile illiyet bağı kurmayan raporlardır. Yargıtay 4. Hukuk Dairesinin 22/03/2022 tarihli ve 2021/12255 Esas, 2022/5543 Karar sayılı ilâmında şöyle tespit yapılmış. *"… Davacıda bulunan sol tansiyon pnömotoraks rahatsızlığının, davaya konu trafik kazası sonucu gerçekleşip gerçekleşmediği hususu ise rapordan anlaşılamamaktadır. İtiraz Hakem Heyetince, davalının itirazlarını karşılar şekilde davacının maluliyeti ile davaya konu trafik kazası arasında illiyet bağının kurulduğu yeni bir rapor alınarak, …"* Bu vakada, sol tansiyon pnömotoraks rahatsızlığının kazayla illiyet bağı var mıdır yok mudur hiçbir bilgimiz yok, dosyada hiçbir veri yok. Belki doktorlar anlıyorlar ama biz doktor değiliz ki, biz hâkimiz. Sizin oradaki tek bir cümlenize muhtacız. Bir kelimenize belki. Keşke bunu yazsaydılar diyoruz.

Yargıtay 4. Hukuk Dairesinin 13/12/2021 tarihli ve 2021/19168 Esas, 2021/10228 Karar sayılı ilâmı ise şöyle tespitlerde bulunmuş: *"... 05/05/2011 tarihli sağlık kurulu raporunda, trafik kazasından 7 ay (2012 yılı içerisinde) sonra tespit edilen menisküs yırtığı ile kaza arasında illiyet bağı kurulamadığı, … Adli Tıp Kurumu… Şube Müdürlüğünün 25/06/2012 tarihli tek hekim tarafından düzenlenen raporunda, sol alt ekstremitede yaygın hassasiyet bulunduğu, olay tarihinde çekilen grafilerde travmatik patoloji tespit edilemediği, … Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanlığının 21/05/2018 tarihli raporunda kaza sebebiyle sol dizde plika sendromu sonucu gelişen hareket kısıtlılığı arızasının %15,2 oranında meslekte kazanma gücü kaybı yaşadığı, …"* Şimdi menisküs yırtığı ile illiyet bağı kurulamamış 2012 yılında. 2012 yılının başka bir zamanda alınmış sol alt ekstremitede yaygın hassasiyet sonra gelmiş sol dizde plika sendromu sonucu gelişen hareket kısıtlılığı arızasının %15,2. Ama illiyet bağı gene zayıf.

Yargıtay 4. Hukuk Dairesinin 14/03/2022 tarihli ve 2021/11152 Esas, 2022/4676 Karar sayılı ilâmı da şöyle: *"... Diğer yandan davacı, kaza sonrası alınan ifadesinde, kazada sağ omzunda ve sağ ayağında ezilme meydana geldiğini beyan etmiş, hükme esas alınan maluliyet raporunda ise hafif işitme kaybı nedeniyle %8 ve sağ omuzdaki arıza nedeniyle %18 oranında malul kaldığı belirlenmiştir. Ancak dosya kapsamında, işitme kaybının davaya konu kaza sonucu oluştuğuna dair bir bilgi ve belge bulunmamaktadır. Davacının maluliyetinin, haksız fiil sorumlusunun fiili sonucu oluştuğunun, yani haksız fiil ile maluliyet arasında illiyet bağı bulunduğunun belirlenmesi, sorumluluk açısından zorunludur."*

Beşinci sorunlu alanımız ise bazı bulguların adli raporunun alınabilmesi için ilgili yönetmeliklerde belirlenen bekleme süreleri var ve bunlara uyulmadan rapor tanzim ediliyor.

Örneğin şu kararda olduğu gibi. Yargıtay 4. Hukuk Dairesinin 04/04/2022 tarihli ve 2021/12676 Esas, 2022/6690 Karar sayılı ilâmında şöyle denilmiş: *"... raporda, davacının tedavisinin devam ettiği ve tedavisinin tamamlanması sonrası başvurulmasının yerinde olacağı* yönündeki tespit nazara alındığında, davacının kaza nedeniyle oluşan maluliyetinin %30 olarak belirlenmesi doğru olmadığından rapor bu yönüyle hükme esas alınamaz…." Burada ise bekleme sürelerine uyulmamış. Özellikle travma sonrası stres bozukluğu veya diğer akut psikolojik hastalıklarla ilgili veya alt ekstremite yaralanmalarında bekleme süresine uymadan raporlar verilebiliyor. Bir de %30 daimi maluliyet raporu veriyor doktorumuz, diyor ki "tedavisinin tamamlanması sonrası başvurmasının yerinde olacağı." Tedavisi devam ediyor ama %30 oranında daimi, diğer bir anlatımla ömür boyu bu adam sakat, malul diyor.

Şimdi ben son olarak sonuç ve değerlendirmelerimi söyleyeyim, sözlerimi böylece tamamlayayım:

a) Maluliyet raporlarındaki her değerlendirme, somut verilerle ve bulgularla desteklenip mutlaka gerekçelendirilmeli,

b) Kaza ile maluliyet arasında nedensellik bağı belirtilmeli,

c) Gelişen durum ve artan maluliyet iddiası var ise önceki raporlar incelenip kıyaslanarak sonuç yazılmalı,

d) Tedavi devam etmekte ise maluliyet oranı belirtilmemeli,

e) Kaza tarihinde yürürlükte olan mevzuat esas alınmalı,

f) Geçici ve daimi, tam veya kısmi zamanlı bakıcı ihtiyacı tıbbi gereklilik durumuna göre gerekçeleriyle birlikte belirtilmeli,

g) Sigorta Tahkim Komisyonu hakem heyetleri, çelişki hâlinde veya re'sen Adli Tıp Kurumundan rapor aldırabilmeli,

h) Travma sonrası stres bozukluğu veya bunun gibi ruhsal bozukluklar ile ilgili ciddi araştırma ve uzun gözlem sonucu rapor verilmeli,

ı) Sürekli mevzuat değişikliğinden kaçınılmalı.

Çok teşekkür ediyorum beni dinlediğiniz için.

Hikmet Ergin DÜLGER (Moderatör):
Evet Sayın Hâkimimize de çok teşekkür ediyorum bu trajikomik olayları karşımıza getirdiği için. Diğer konuşmacılara da ayrıca teşekkür ediyorum kendilerine önemli bilgileri paylaştıkları için. Sorular için süre ayırmıyorum. Sebebi şu, birincisi yazılı bir gerekçemiz var. Sayın Başkanımızın yazdığı gibi önsözde, diyor ki "demli çay sohbetlerinde sorularımızı ve bilgilerimizi tartışalım" diyor. Yazılı olan bu. İkincisi moderatör olarak kıymetli hocamla beraber fikir birliğine vardık, süre de aştı. Lütfen arada soralım, yazılı olana bağlı kalmak zorundayız.

3.GÜN

2. OTURUM

ADLİ BİLİŞİM VE BİLİRKİŞİLİK

ADLİ BİLİŞİM VE BİLİRKİŞİLİK OTURUMU



Eyup YEŞİL (Moderatör):
Adli Tıp Kurumu Sayın Başkanı, değerli hocalarımız, kıymetli meslektaşlar. Antalya'nın güzel sonbahar gününde buluşmamıza vesile olan Adli Tıp Kurumu yetkililerine çok teşekkür ediyoruz. Ben Yargıtay Ceza Genel Kurulu Başkanı olarak görev yapıyorum.

Kısaca Genel Kurulla ilgili bilgi vermek istiyorum. Genel Kurul 21 kişiden oluşmakta olup tüm Ceza Dairelerinin temsilcileri Genel Kurulda görev yapmaktadırlar. Genel Kurul gündemine dosyalar üç ayrı kaynaktan gelmektedir. Bunlardan birincisi İlk Derece ve İstinaf Mahkemelerinin direnme kararları, İkincisi Yargıtay Cumhuriyet Başsavcılığı'nın Ceza Daire kararlarına yapmış olduğu itiraz sonucu, üçüncüsü ise Yargıtay Ceza Dairelerinin İlk Derece Mahkemesi sıfatıyla baktığı işlere temyiz denetimini yapmaktadır.

Bugünkü oturuma kadar yapılan sempozyumda çok verimli ve güzel tartışmalar olduğuna şahit oluyoruz. Zaman zaman eleştiriler de söz konusu oluyor ki daha doğru, daha güzel ve daha iyi yapabilmek adına gayet doğaldır. Biz yargı mercilerinin her kademesinde görev yapanlar olarak bu tip tartışma ve eleştirileri dikkate alıp sonuç çıkarıyoruz.

Adli Tıp ve bilirkişilik kurumunun ceza yargısındaki öneminden kısaca bahsetmek istiyorum. Bilindiği gibi ceza mahkemesine bir dava açıldığında çözümlenmesi gereken iki sorun vardır. Birincisi maddi sorun ikincisi ise hukuki sorundur. Maddi sorun geçmişte yaşanmış bir olayın temsil edilmesi ne şekilde gerçekleştiğinin ortaya konulmasıdır. Bu ancak deliller vasıtasıyla gerçekleşebilir. Bu delillerden en önemlilerinden bir tanesi de bilirkişilerin özel teknik bilgi gerektiren konularda mahkemeye sunmuş olduğu uzman görüşlerdir. Maddi sorunun tespitinde her zaman deliller tüm boşlukları kapsayacak biçimde elde edilemez. O zaman hâkim vicdani kanaati ile olayın oluş şeklini şüpheden sanık yararlanır ilkesini de dikkate alarak tespit eder. Ceza yargılamasında aranan mutlak gerçek değil maddi gerçektir. İşte bu noktada adli mercilere adaletin tecellisinin sağlanmasında yardımcı olan kuruluşlardan en önemlilerinden bir tanesi de Adli Tıp Kurumudur.

Bildiğiniz gibi Adli Tıp Kurumu adli olaylarda resmi bilirkişilik yapmak üzere kurulmuş değişik konularda çok deneyimli uzmanlar görev yapmaktadır. Kendilerine, adaletin tecellisi için sağlamış oldukları çok önemli katkı nedeniyle tekrar teşekkür ediyor, maddi gerçeğin tespitinde ne kadar önemli olduklarını vurgulamak açısından bir iki örnek vermek istiyorum.

Geçmişte Ağır Ceza Mahkemesi Başkanı olarak görev yaptığımız bir dönemde mahkememize açılan bir dava dosyasında 11 yaşlarında bir kız çocuğuna yönelik cinsel istismar suçu işlendikten sonra boğularak öldürülmüştü. Olayın faili soruşturma aşamasında oluşa uygun şekilde suçu ikrar eden bir kişiydi. Bu ifadesini sulh ceza hâkimi önünde de tekrar etmişti. Sanık, maktulün yakını olup içine kapanık bir yapısı söz konusuydu. Yargılama başladıktan bir süre sonra suçu kendisinin işlemediğini savunmaya başlamıştı. Ancak soruşturma aşamasında ayrıntılı ikrar söz konusu olduğundan yargılama tutuklu olarak devam etmekteydi. Soruşturma sırasında maktuleden alınan DNA profilleri Adli Tıp'a gönderilerek sanığa ait olup olmadığının tespiti istenmişti, ancak o zamandaki

koşullara göre DNA incelemesinin çok sağlık kuruluşunda yapılabildiği ve sonuçlanmasının uzun sürdüğü bir dönemdi. Yaklaşık 1,5 yıl sonra DNA incelemesi sonucu geldiğinde sanığın DNA'sı ile uyumlu olmadığı ortaya çıktı. Bu delil neticesinde sanık hakkında beraat hükmü kuruldu. Davanın katılan tarafı dahi sanığın suçluluğuna o kadar çok inanmışlardı ki beraat ve tahliye kararına şiddetle karşı çıkıp hatta mahkeme heyetini o zamanki Hâkim ve Savcılar Kuruluna şikâyet etmişlerdi. Dosya temyiz incelemesi için Yargıtayda bulunduğu sırada başka çocuklara cinsel tacizde bulunan iki şüpheli yakalanmış yapılan DNA incelemesi sonucunda da bu maktulenin faili oldukları ortaya çıkmıştı. Bu sanıklar hakkında açılan dava mahkûmiyetle sonuçlanmış ve karar Yargıtay tarafından da onanmıştı.

Bu olayda soruşturmanın iyi yapılmaması, maktuleden DNA profillerinin alınmamış olması ya da DNA incelemesinin gerçekleşmemesi halinde belki de suç işlemeyen birisi çok ağır yaptırım gerektiren bir suçtan mahkûm olmuş olacaktı. İşte bilirkişiliğin önemi bu kadar büyük, suçsuz bir insanın ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası tehdidinden beraate dönen sürece örnek bir olaydı.

Bilimsel verilerin ve iyi yetişmiş uzmanların adalet hizmetine tahsis edilmesi halinde maddi gerçeğin mutlak gerçeğe yakın şekilde tespit edilmesinde çok önemli katkı sağladığını görmekteyiz. Son yıllarda çok sayıda genç meslektaşımız hâkim ve savcı yargı camiasına katılmış oldular. Bu meslektaşlarımızın eğitimi özellikle bu tip sempozyumlara katılmaları bilgi ve birikimlerinin artması açısından çok önemli katkı sağlayacaktır.

Geçmiş dönemlerde il ve ilçelerin birçoğunda adli tıp uzmanı olmadığı için nöbetçi hükümet tabipleri ile otopsi yapılmakta, suçun ispatı için faydalı olabilecek deliller tespit edilmekteydi. Delil toplama işlemi de ciddi bir deneyim gerektirmektedir.

Bir başka olayda maktule ait olduğu düşünülen ve sanığın üzerinden alınan kan örneğinin bir solüsyonla cam şişe içerisine konularak kargo ile İstanbul Adli Tıp Kurumuna gönderilmişti. Bir süre sonra Adli Tıp Kurumundan rapor geldiğinde cam şişenin nakil sırasında kırıldığı, içindeki kan örneğinin döküldüğü, incelemeye konu profil elde edilemediği, dolayısıyla sanığın üzerindeki kanın maktule ait olup olmadığının tespit edilemeyeceği bildirilmişti. Belki de suçun ispatı için kullanılacak delilin Adli Tıp Kurumuna göndermedeki özensizlik nedeniyle kaybedilmiş oldu.

Bu tip hataların yapılmaması ancak eğitimle mümkün olabilirdi. Bu sebeple ki bu tip sempozyumların genç meslektaşlarımıza çok önemli katkı sağlayacağı ortadadır. Bugünkü oturumun da başarılı olmasını diliyorum.

İlk konuşmacımız Muhammet ŞİMŞEK hocamızdır. Sunumunu merakla ve dikkatle izleyeceğiz. Buyurun Sayın Hocam.

Muhammet ŞİMŞEK (Konuşmacı):
Sayın Başkanım teşekkür ederim. Sayın Adli Tıp Kurumu Başkanım, Sayın Yargıtay üyelerimiz, değerli hocalarım, kıymetli katılımcılar hepinizi saygı ile selamlıyorum. Adli Bilişimde Yeni Yaklaşımlar konulu sunumumu sizlerle paylaşacağım. Sunumumda geleneksel yaklaşımlar, yeni yaklaşımlar ve tespitler olarak 3 bölümde anlatacağım.

Öncelikle Adli Bilişim İhtisas Dairesi'nden bahsedecek olursam; Veri İnceleme Şube Müdürlüğü, Mobil Cihazlar İnceleme Şube Müdürlüğü, Kriptoloji ve Elektronik Cihazlar İnceleme Şube Müdürlüğü, Ses ve Görüntü İnceleme Şubemiz, ARG-GE Şubemiz olmak üzere 5 şubeden oluşuyor. 35 mühendis, 16 tekniker, 5 şube müdürümüz bulunmakta. Yine 17.025 akreditasyonumuz bulunmakta. Tüm metot ve uygulamalarımız TÜRKAK tarafından akredite edilmiş durumda.

Öncelikle geleneksel inceleme alanlarından bahsedecek olursak; adli veri inceleme, veri kurtarma, güvenlik kamerasından veri kurtarma, disk kopyalama, mobil iletişim cihazları, cep telefonu, akıllı telefon, tablet incelemesi, SIM kart, smart kart, manyetik kart incelemeleri, şifre kırma, ses ve görüntü inceleme, elektronik cihaz inceleme olmak üzere geleneksel inceleme alanlarının hepsi Adli Tıp Kurumumuzda yapılmakta. Veri İnceleme Şube Müdürlüğümüzde, hard disk, SSD hard diskler yine smart kartlar sd kartlar, CD, DVD gibi optik medyalardan inceleme yapmaktayız. Masaüstü iletişim sistemine sahip bilgisayardaki sabit diskler, taşınabilir diskler, hafıza kartı, flash disk üzerinden veri incelemeleri yapmaktayız. Mobil İnceleme Şube Müdürlüğümüzde mobil cihazlara ilişkin üzerinde mobil işletim sistemi sahibi tabletlerdeki incelemeleri yapmaktayız. Akıllı saat, drone, GPS cihazları, SIM kart, hafıza kartı, cep telefonu veya tablete ait olduğu tespit edilen imajlar üzerinden de incelemeler yapmaktayız. Cep telefonu gibi mobil cihazların taşınması da önem arz ediyor. Bu cihazların dışarıdan herhangi bir sinyal almadan yine delil bütünlüğü bozulmadan muhafaza ediyoruz.

Kriptoloji ve Elektronik Cihaz İnceleme Şube Müdürlüğü'nde kamera kayıt cihazı ve içerisinden çıkan depolama birimlerinin incelemesi yapılıyor. Adli delil kopyası oluşturulamayan CD, DVD, hafıza kartı, flash disk, RTU kaset gibi hafıza ortamlarının incelemesi yapılıyor. Yine renk yapıları oluşturuyor. Diğer elektronik cihazlar ve şifreli dosyaların incelemesi kriptoloji ve elektronik cihaz inceleme kapsamında yapılıyor. Gelişmiş mikroskoplarımızla, cihazlarımızla hasar görmüş olsa bile belli bir miktarda veriler geri kurtarılabiliyor.

Temiz odamız var, temiz odamızda hard disk incelemesi ve veri kurtarması yapabiliyoruz. Bunun için de gerekli programlarımız dairemizde mevcut. Kriptoloji ve elektronik cihaz incelemesi kapsamında şifre kırma cihazlarımız var. Burada minimum 210.000 şifre saniyede, maksimumda yine dosya türüne göre 380-400 Milyona kadar şifre denemesi yaparak kaba kuvvet yoluyla şifre kırmaya çalışıyoruz.

Ses ve Görüntü İnceleme Şubemizde görüntü kayıtlarında kişilerin karşılaştırılması, konuşmacıyı tanıma, görüntü kaydı iyileştirme, ses kaydı iyileştirme, dijital verileri doğrulama, görüntü kaydından hız tespiti yapma –bu program dairemizce geliştirildi- bu işlemler ses ve görüntü inceleme başlığı altında yapılmakta. Yine kayıt ve görüntü odamız bulunmakta. Burada mukayese kaydı için gelen tutukluların ses ve görüntüleri alınmakta.

AR-GE Şubemiz bulunmakta. Burada yeni teknolojileri

araştırıyoruz yeni projeler geliştiriyoruz, yazılımlar yapmaya çalışıyoruz. Benzer görselleri bulma projemiz var POTA diye adlandırdığımız. Benzer görselleri bulma projesinde dijital görselleri inceleme esnasında analiz süresini kısaltmak üzere aynı mukayese için gönderilen delilin üzerinde, kart üzerinde, hafıza kartı üzerinde, hafıza birimi üzerinde olup olmadığını, ne kadar olduğunu bulmaya çalışıyoruz. Burada yapay zekâ yapıp makine önermesi yöntemlerini kullanarak hızlı bir şekilde kullanıcı hatasını minimuma indirerek bulmaya çalışıyoruz. POTA projesi kapsamında da delillerde bulunan çıplaklık içeren, çocuk olabileceği değerlendirilen içeriklerin tespit edilmesi, sınıflandırılması amaçlanıyor. Burada insan faktörünün azaltılması, çok daha fazla görüntünün çok daha az sürede sınıflandırılması amaçlanıyor. Bazen delillerde milyonlarca görüntü olabiliyor. Bu hem inceleme uzmanı açısından hem de değerlendirme yapan adli tıp uzmanı açısından daha hızlı sürede yapılması için böyle bir program geliştirmeye çalışıyoruz. Bunlar geleneksel yöntemlerdi.

Yeni yaklaşımlardan bahsedeceğim, yapmamız gereken şeylerden bahsedeceğim biraz da. IoT cihazları hakkında yani nesnelerin interneti konusunda, bu teknolojinin gelişmesi ile birlikte buzdolabı, süpürgeler, kombiler, saatler gibi birçok cihaz internete bağlanıyor. Bu cihazlar potansiyel olarak içerisinde deliller barındırabiliyor. Adli incelemelere konu olabileceğini düşünüyoruz. Çok fazla cihaz gelmedi ama ileride çok daha fazla geleceğini düşünüyoruz. IoT cihazları internete bağlı olduklarından siber suçların hedefi olabiliyorlar. Bunun yanında bazı suçların aydınlatılmasında da delil olarak kullanılabileceğini düşünüyoruz. Bu cihazları incelerken karşılaşılabilecek zorluklar, muhtemel zorluklar şunlar: Üreticiler arasında standartlaşma yok, bulunmuyor. Verilerin şifreli şekilde depolandığını düşünüyoruz, biliyoruz. Veri bozulması çok fazla, verileri koruma ve gizlilik sebebiyle erişim zorluğu. Her üretici kendi bulutunda bilgileri depoluyor ve bulutu da adli makamlara açmak gibi bir zorunluluğu yok. IoT cihazlarının incelenmesi sırasında olası veriler 3 yerden elde edilebilir bunlar; cihazın kendisi, internet üzerinden ve bulut depolama sisteminden elde edilebilir.

Bir diğer alan ise SCADA'lar PLC, DCS sistemleri. Fabrikaların, termik santral gibi endüstriyel kuruluşların olası kazalar veya işlenen suçlarla ilgili olarak sistemde kullanılan cihazlar delil olabilir. Ayrıca bu işletmelerdeki sistemlerin internete bağlı olması sistemin siber suçların hedefi olabilmesini getiriyor. Sistem internete bağlı olmasa bile bazı profesyonel saldırılarla sistem hedef alınabilir. Bu tür suçların adli olarak incelenmesi için geleneksel bilgisayar ve sistem bilgisinin yanında PLC, SCADA, DCS gibi kontrol ve otomasyon yazılım sistemleri hakkında da bilgi sahibi olunmalı. Sistemlerin tüm yönleriyle incelenmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Bir diğer popüler konu, önümüze çok yoğun olarak çıkacağını düşündüğümüz konu ise akıllı araç sistemlerinin incelenmesi. Günümüzde akıllı araçlar, yol, araç kullanıcısı veya aracın kendisi ile ilgili delil olarak değerlendirilebilecek birçok bilgiyi depoluyor. Bunlar; frenlerin durumu, lastik basınç durumu, araç bakımının yapılıp yapılmadığı, kullanıcının alkol kullanım durumu, uykusuzluk ve dikkatsizlik durumu, frene basma anı ve şiddeti, sürat, buzlanma veya ıslaklık bilgisi, dönemeçte ters eğim gibi yol durumuna ilişkin bilgiler, sık gidilen rotasyonlar, konum ve güzergâh bilgileri. Yine telefonlar sıklıkla araçlara bağlanıyor. Araçlara bağlandığı zaman, araçla eşleşerek akıllı telefon rehberi, mesajları, arama kayıtları, araçların içerisinden alınan güvenlik kamerası kayıtları… Bu bilgiler olası bir kaza durumunda önemli deliller olarak karşımıza çıkıyor. Ama daha ileri bir nokta ise artık otonom araçlar da söz konusu. Adli bilişim uzmanları olarak bizi çok zorlayacak alan da otomatik pilot özelliğine sahip bu araçlar kazaya karıştığında idarenin kimde olduğu, kim tarafından idare edildiği, yapay zekâ ve bilgisayar sistemlerinden kaynaklı bir kusurun olup olmadığı hususunun aydınlatılmasıdır. Araçlara ait bulutta tutulan verilere ulaşabilmek de büyük bir sorun olarak önümüzde durmakta. Yurtdışı menşeili özellikle, araçların bilgilerinin yurtdışında mı tutulduğu yoksa Türkiye'de mi tutulacağı, yurtdışındaysa adli makamlara bunları açıp açmayacağı bunların hepsi sorun olarak önümüzde durmakta.

Bir diğer konu ise drone incelemesi. Dronelar hepinizin malumu olduğu üzere çok yaygınlaştı. Çok kolay ulaşılabilir. Çocukların bile kullandığı, bunun yanında çok profesyonel cihazların da olduğu bir alan. Dolayısıyla suça konu yasadışı kullanımı da çok fazla. Cihazların ses, görüntü kaydı alması potansiyel olarak önemli delilleri barındırabileceğini gösteriyor bize. Cihazların içerisinde tutulan güzergâh veya kaydettiği ses ve görüntü bilgileri delil niteliği taşıyabilir. Bu durumda insansız hava araçlarının adli bilişim inceleme alanına girdiğini söyleyebiliriz. Dronelardan elde edilebilecek drone operatörü hakkında bilgiler, fotoğraf ve video kayıtları, uçuş güzergâhı, kalkış ve iniş pozisyonları gelecekte oluşturulan taslak olarak kaydedilen uçuş güzergâhları, eşleşmiş cihazlar, uçuş sırasında atmosferik hava durumunu gösterir veriler önemli bilgiler.

Bir diğer konu ise sosyal medya adli incelemesi. Kullanıcıların sosyal medya hesapları, suçluların iletişim ağının belirlenmesi için kullanılabilir. Sosyal medya mesajlaşma uygulamaları üzerinden yapılan iletişim, delil niteliği taşıyabiliyor. Çocuk pornografisi gibi işlenen suçlarda sosyal medya kullanılmakta, çok sıklıkla kullanılmakta olduğunu görüyoruz. Şantaj, tehdit, taciz, zorbalık gibi birçok suç için sosyal medya hesapları ve mesajlaşma uygulamaları kullanılmakta. Bu tür suçlar için sosyal medya hesaplarının adli olarak incelenmesi kıymetli ipucu ve deliller sunabilir. Bunun için yasal altyapı hazırlanarak sosyal medya şirketlerinin suçla mücadele amacıyla bilgi paylaşımında bulunması sağlanması gerekmektedir. Kişilerin sosyal medya hesap bilgileri telefon veya bilgisayarından bize gelen materyallerden elde edebiliyoruz. Ancak hesap içeriklerinin yasal olarak incelenmesi inkâr edilemez kopyalarının alınabilmesi için şirketlerin işbirliğine muhtacız. Kişinin rızasıyla sosyal medya ve bulut hesaplarına erişim izni vermesi adli bilişim yöntemleriyle bunlara erişim için harcayacağımız kaynak ve zamanın önüne geçecek israfın önüne geçecek. İşbirliğinden kaçınanlar için caydırıcı veya işbirliği yapmak isteyenler için de teşvik edici mekanizmaların geliştirilmesi işimizi kolaylaştıracaktır.

Yine sosyal medya ile ilişkili bir alan bulut incelemesi. Günümüzde kullanımının artması bulut sistemlerde depolanan veri miktarını da son derece arttırdı. Akıllı telefonların da yedeği bulut teknolojisi ile alınabilmekte. Birçok sosyal medya hesabı –Whatsapp gibi- bulutta tutulabilmekte. Bunun dışından bulutta herkes yanında bir hard disk veya flash disk taşımaktansa

Bir diğer konu blok zinciri. Blockchain incelemesi, sahip olduğu potansiyel ile son yıllarda blok zincir teknolojilerinin kullanım alanları büyük bir artış gösterdi. Hatta kullanan devletler bile var. Bankacılıktan sanal sözleşmelere, sanal gerçeklikten, dijital imzalara kadar yaygın bir kullanım alanına sahip. Merkeziyetsiz ve takibinin zor oluşu, suçlular arasında illegal ödeme yöntemi olmasının önünü açmıştır. Birçok fidye yazılımlarda kripto para talep etmekte. Bu sebeple blok zincir teknolojisinin kullanımında oluşan uyuşmazlıklar da adli bilişimin konusu olması kaçınılmaz olarak görünüyor. Blok zinciri teknolojisi, yapısı itibariyle varlık transferinin izini sürmek veya gerçek kişiler ile bağlantısını kurmak oldukça zor. Her ne kadar anonim olduğu sanılsa da blok zincir üzerine finansal izini sürmeyi amaçlayan bazı metotlar ve yaklaşımlar da var. Bunlardan ikisini sunumuma koydum. Ortak harcama yöntemi diğeri de adres tekrar kullanımı yöntemi. Bu yöntemler haricinde yine TÜBİTAK'la yaptığımız toplantılarda Kripto Radar projelerinden bahsetmişlerdi. Sayın Hocam da bahsedeceklerdir bu projelerinden.

Bir diğer konu ise her alanı etkileyen, kullanımı gittikçe yaygınlaşan, biz uzmanların da elini rahatlatan, aynı zamanda suçluların da elini kolaylaştıran bir alan: Yapay zekâ ve makine öğrenmesi konusu. Burada büyük verinin yapay zekâ ile çok daha hızlı ve hatasız olarak incelenmesi söz konusu. Çok sayıda görüntü dosyası içerisinden silah, bıçak, bomba vs içeren resimler obje tanıma ile tespit edilmesi ve süzülmesi, resim veya video dosyaları içerisinden pornografi içeren öğelerin hızlıca taranabilmesi, resimdeki veya videodaki şahısların yaş ve cinsiyet tahminleri, görüntü karşılaştırma ile şahıs eşleştirme, inceleme uzmanına karar desteği sağlanması yapay zekânın adli bilişim incelemelerinde sağlayacağı faydalardan sadece birkaçı.

Bir diğer konu ise çok fazla medyaya yansıyan 'Deep Fake', başlangıçta zayıf kulak senkronizasyonu, doğal olmayan hareketler, yüz kenarındaki titremeler, saçlar, dişler vb. ince detaylardan oluşan ipuçları, aynı videonun düşük kaliteli kısımları ve düzensiz göz kırpma gibi özelliklerden deep fake tespit edilebiliyordu. Ancak günümüzde medya içerikleri, deep fake medya içerikleri daha karmaşık hale geldi. Onları gerçek medyadan ayırmak güçleşti. Deep fake geliştiricilerinin de yapay zekâ kullanımı ile ürettikleri yeni teknikler ve algoritmalar bu ipuçlarını giderek ortadan kaldırdı. Bu sebeple yapay zekâ algoritmalarına dayalı deep fake tarama ve algılama teknolojilerinin geliştirilmesinin önemi giderek artıyor. Bununla ilgili Deepway diye bir firmadan bahsettim yerli bir firma. Bunların online olarak da bir tespit programı da bulunmakta.

Kısaca tespitlerimizden bahsetmek istiyorum 1 dakika içinde toparlamaya çalışayım;

Sürekli artan veri depolama birimlerinin boyutu ve sayısı adli bilişimi yavaş, hantal ve pahalı hale getirmiş bulunmakta.

Her yıl veri depolama birimlerinin boyutu artmaya devam ediyor. Adli bilişim araştırmalarını yürütmek için gereken süre de artıyor böylelikle. Büyük kapasiteli dijital verilerin analizlerini hızlandırmak için yenilikçi metot ve teknolojilere ihtiyacımız bulunmakta. Bunun için yöntemlerden birisi sadece değerli verileri içermesi büyük olasılık olan kısımların imajını almak. Ön inceleme yaparak, incelemelere devam etmek. Yine bulut ve web tabanlı çözümlerin üzerinde durmak, otomatikleştirmeyi sağlayan programlar kullanmak diyebiliriz.

Burada yine uzmanlaşma ön plana çıkıyor. Hâkim, savcı, bilirkişi ve kolluk kuvvetlerinde uzmanlaşma sağlanmalı. Eğitimler de ön planda tutulmalı, uçucu veriler çok önemli. Olay yerinde incelemeler yaparken uçucu verileri hemen olay yerindeyken alabilmeliyiz. Amaca yönelik inceleme yapabilmek için bize gelen soruların amaca yönelik olması veri taleplerinin de buna göre yapılması iş yükünü azaltacak. Yine doğru yere doğru delillerin gönderilmesi, gereksiz materyallerin gönderilerek inceleme süresinin uzatılmasının ortadan kaldırılması.

Adli bilişim alanında uzmanlaşan personelin de devamlılığının sağlanması önemli bir tespit olarak önümüzde duruyor.

Şifreli verilen çözülmesi milli güvenliği ilgilendiren bir sorun. Bununla ilgili yabancı uyruklu ürünler var bunları alıyoruz ancak herhangi bir ilişkiler kötüleştiğinde ambargoya uğrayabiliyor bu programlar. Yerli ürünlerin geliştirilmesi de stratejik bir hedef olarak önümüzde duruyor. Şifre kırma gibi büyük işlem gücü gerektiren, enerji gerektiren konularda da merkezi bir laboratuvar kurulabilirse, yine bütün kolluk kuvvetleri bilirkişiler bu merkezi veri incelemeden işlem yapabilir. Ortak koordinasyondan, bilgi ve tecrübe paylaşımından bahsettik.

Ram incelemeleri çok önemli, olay yerindeki uçucu verileri elde edebilmek için bunlara önem göstermeliyiz.

Siber güvenlik de yine gittikçe önem kazanan bir alan. Adli bilişimcilerin biraz siber güvenlik alanında eğitimi eksik olarak görülüyor çünkü genel olarak gelen veriler üzerinden incelemeler yapıyorlar. Siber güvenlik konularında da bilgi sahibi olunması eğitim alınması önemli.

Makine öğrenmesi yapay zekâ ve derin öğrenme yöntemleri de yaygınlaşmakta bunları da incelemelerimizde ön plana almak yine önemli bir konu olarak önümüzde duruyor.

Diğer ülkelerin iyi uygulama örneklerini almak ve işbirliklerini arttırmak da önemli bir hedef olarak önümüzde duruyor.

Özetle dijital delillerin analizini hızlandırmak için yenilikçi metot ve teknolojilerin geliştirilmesi ve bu alandaki güncel gelişmelerin aktif olarak takip edilmesi adaptasyonun sağlanması önemli.

Beni dinlediğiniz için teşekkür ediyorum, sağ olun.

Eyup YEŞİL (Moderatör):
Sayın ŞİMŞEK Hocamıza teşekkür ediyoruz. Teknik konular konusunda Kocaeli Üniversitesi'nden Yaşar BECERİKLİ Hocama tevdi ediyorum en son konuşmacıya kadar yönetim hocamda. Buyurunuz.

Yaşar BECERİKLİ (Moderatör):
Sayın Adli Tıp Kurumu Başkanım, Sayın Yargıtay üyeleri, değerli katılımcılar, kıymetli misafirler. Ben Yaşar BECERİKLİ, Kocaeli Üniversitesi Bilgisayar Mühendisliğinden. Aynı zamanda Adli Tıp Kurumu Adli Bilişim İhtisas Dairesinde görev yapmaktayım. Bugünkü oturumumuzda Adli Bilişim ve Bilirkişilik konusunda

ikinci konuşmayı yapacak olarak TÜBİTAK'ta neler olup bitiyor, TÜBİTAK adli bilişim konusunda neler yapıyor, bu konularda bilgi vermek üzere Dr. İsmail GÜNEŞ Bey'e sözü vermek istiyorum. Buyurun.

İsmail GÜNEŞ (Konuşmacı):
Merhabalar, hoş geldiniz. İsmim İsmail GÜNEŞ. TÜBİTAK BİLGEM Ulusal Elektronik ve Kriptoloji Enstitüsü'nde müdür yardımcısı olarak görev yapıyorum. Sayın Başkanımız Ali GÖRÇİN'in yerine size bu sunumu aktarmaya çalışacağım. BİLGEM 'in adli bilişim alanında yaptığı çalışmaları özetlemeye çalışacağım size.

Öncelikle BİLGEM; Sanayi ve Teknoloji Bakanlığına bağlı bulunan TÜBİTAK kapsamında bir araştırma merkezi. Bu araştırma merkezinde BİLGEM'e bağlı olarak 5 farklı enstitü mevcut. Bu enstitülerden 3 tanesi Gebze'de, 2 tanesi Ankara'da. Bilişim teknolojileri üzerine çalışan BTE, siber güvenlik hizmetleri veren SGE, bilgi güvenliği kriptoloji alanında hizmet veren UEKAE Gebze'de. İLTAREN ve YTE ise Ankara'da faaliyetlerini sürdürüyor. Birbirleri ile koordineli olarak çalışan enstitülerimiz bunlar.

Bir slaytta da sadece çalışma alanlarımızdan bahsedeceğim çok geniş ama sadece bir-ikisinden örnek vereceğim. Kurumumuz 2600 kişilik bir AR-GE Kurumu. Bunların hemen hemen hepsi AR-GE personeli.

Çalıştığımız konular kriptoloji ekseni etrafında kritik verileri korumak için aynı zamanda siber güvenlik hizmetleri içeren faaliyetler. Son dönemde özellikle Milli Muharip Uçak'taki kritik bileşenleri ile ilgili çalışmalarımız mevcut. Yüksek güçte lazer sistemi geliştirdiğimiz bir elektro optik bölümümüz var. Yine milli çip geliştirdiğimiz, milli işlemci geliştirdiğimiz bir mikroelektronik laboratuvarlarımızda faaliyet sürdürüyoruz. Bulut teknolojileri etrafında da hem milli bulut depolama sistemimiz hem milli bulut servislerimiz var. Son dönemde de blok zincir teknolojileri üzerine çok sayıda bölümümüz ve projemiz var. Şimdi Merkez Bankası ile birlikte yaptığımız bir Dijital Türk Lirası projemiz, dijital kimlik projemiz ve Muhammet Bey'in bahsettiği kriptolara dair projelerimiz var. Bu bağlamda da kripto varlıkların hareketlerini yapay zeka destekli olarak takip edilmesi, tespit edilmesi, pro-aktif olarak bunların engellenmesi bazı işlemlerin gibi kapsamlı bir çalışmamız da mevcut. Son dönemde blok zincir eksenindeki çalışmalarımız da ağırlık kazandı diyebilirim.

Size bugün 2 üründen bahsedeceğim bunlardan ilki; Adli Analiz Altyapısı Projesi. Siber Güvenlik Enstitümüz ile birlikte yürütülen bir faaliyet. Bu projenin kapsamı mobil telefon, taşınabilir disk, sabit disk gibi cihazların içinde bulunan dijital varlıkların hukuki normlara uygun olarak incelenmesi ve anlaşılabilir bir şekilde raporlanmasını sağlayan yazılım esasında. Buradaki kapsamı bu şekilde özetleyebiliriz. Hedef olarak ise ilki dijital delil inceleme anlamında bir yetkinlik oluşturulması, uzman personelin yetiştirilmesi yanında milli yazılımlarla da çıktı olarak proje sonunda elde edebilmek.

Milli yazılımlarda peki neyi amaçlıyoruz? İki tane temel amacımız var; bunlardan ilki lisans bedellerinden, bakım bedellerinden kurtulmak yabancı ticari ürünlere ödenen, ikincisi ise birçok alanda olduğu gibi aslında BİLGEM'de yürütülen çoğu çalışmanın amacı en öncelikli amacı burada yurtdışına olan bağımlılığın ortadan kaldırılması ki son dönemde ambargolar ya da çeşitli nedenlerle yaşadığımız sorunlar söz konusu bunları ortadan kaldırmak için uzun vadede gitmemiz gereken yol da zaten milli yazılımları kullanıyor olmak tamamen ve bağımlılığın azaltılması olacaktır.

Burada iki temel bileşenimiz var ilki; adli analiz inceleme / adli imaj inceleme yazılımımız bu hemen hemen tamamlandı, olgunluk seviyesi çok yüksek bir ürün. Alınan imajların detaylı incelenmesini hedefleyen bir bileşen. İkincisi ise; adli analiz imaj alma yazılımı. İmaj alma faaliyeti kapsamında bir modül bu daha çok analiz aşamasında, biraz daha erken aşamada bir çalışma diyebilirim. Çok kısaca ürünün hem ekran görüntülerini göstermek hem de özelliklerinden bahsetmek isterim. Ürün çok sayıda imaj formatını destekliyor. Adli analizde kullanılan Encase formatının yanında diğer sanal makine, sanal disk formatlarla çalışabiliyor. Arşiv formatlarıyla çalışabiliyor. Bunun yanında çok yaygın olan dosya sistemleriyle de sorunsuz şekilde çalışabiliyor. Bir diğer konu da işletim sistemi desteği. Hem masaüstü hem mobil işletim sistemlerinde, Windows, Linux tabanlı ya da Android tabanlı işletim sistemlerinde sorunsuz çalışıyor. Windows Mobile'ı da buna ekleyebiliriz. Bunların üzerindeki varlıkların, bulguların analizlerini yapıp raporlayabiliyor. Burada hem cihaz üzerindeki iletişim bilgileri kontak bilgileri, sosyal medya uygulamalarının izleri, bunun dışında işletim sisteminde bulunan –silinse dahi bulunan- varlıkların kalıntıları bunlarla ilgili incelemeler yapabiliyor yazılımımız. Bunun yanında da bulut programlarını da kullanıyor olabilir cihaz. Bulut programları üzerinde kullanılan verilere ait dataları da mobil yazılım sayesinde bulup raporlayabiliyoruz. Gezintilerin, yapılan gezintilerin de ayak izlerini yazılım sayesinde inceleme imkânımız mevcut.

Burada birkaç ekran üzerinden yetkinliklerden bahsedeceğim. Sizin bu cihaz üzerinden yapmış olduğunuz iletişimi bir network yapısı halinde size görüntüleyebiliyor bu yazılım ve bunu bir zaman çizelgesi içinde, etkileşimlerin zaman çizelgesi içindeki yerini sunabiliyor. Ön izleme ekranı sayesinde videolar, fotoğraflar gibi bir galeri özelliği mevcut aynı zamanda lokasyon takibi de yapabiliyor çevrimiçi ve çevrimdışı olarak. Bu sayede siz cihazın yer değişikliklerini de takip edebiliyorsunuz.

Son olarak da cihazdaki dosya sistemi üzerinden inceleme ve cihazın işletim sisteminde tutulan her kayıt kullanıcı dostu şekilde size sunulabiliyor. Böyle bir yeteneği de mevcut. Son olarak bir iki ilave daha yapayım analiz yazılımı ile ilgili. Veri tabanı var ise eğer mobil işletim sistemi üzerinde bu cihaz üzerinde bunu yine size kullanıcı dostu bir şekilde sunabiliyor. Bunları size bütünleştirip sunabiliyor ve detaylı kapsamlı bir filtreleme ve arama yeteneği mevcut. Aynı zamanda birkaç bilge de ekleyecek olursak EXIF Meta diye bir veri vardır çekilen bir fotoğrafın aslında arka planda o dosyaya eklenen konum zaman aygıt gibi bilgileri vardır. Bunlar da aslında siz görmeseniz de dosyaya eklenir. Bunları da analiz etme yeteneği mevcut. Bilgisayardan ya da mobil cihazdan silinen dosyalar da aynı şekilde size sunuluyor. Varsa eğer şifreli olarak saklanan bir veri onları ayrı bir bağlamda size gösterme imkânı mevcut bu yazılımımızda.

Son olarak raporlama kabiliyetinden de bahsedeyim, diğer ürünümüze geçeceğim. Çeşitli formatlarda raporlama imkânı mevcut. Sizin kurumunuzun ihtiyaçlarına göre gereksinimlerine göre PDF, Word, HDML gibi çeşitli formatlarda rapor halinde anlaşılır şekilde size sunabiliyor bu yazılım. Diğer yazılıma geçmeden önce bir iki planlamadan bahsedeceğim bu yazılımla ilgili. Bu yazılım şu anda olgunluk seviyesinde olsa da gelecekte örneğin yabancı dil desteği ekleme ile ilgili planlamalarımız var. Bir de yapay zekâ desteği tabii ki burada çok faydalı olacaktır. Örneğin sizin kontak bilgilerinizden yola çıkarak burada bir kümelemenin ortaya çıkarılması ya da iki farklı imajın benzerlik katsayılarının hesaplanarak iki kişi arasında kurulan bir ilişki saptanması gibi esas olarak yapay zekânın çok kapsamlı olarak kullanılacağı bir genişleme alanı burada mevcut. Özellikle bu yönünü de ekleyelim.

İkinci ürünümüz FORDEX Adli Doküman İnceleme Cihazımız. Adli Doküman İnceleme Cihazı ile ilgili bazı bilgiler vermeye çalışacağım. Bu da bizim Ulusal Elektronik ve Kriptoloji Enstitüsü'nde geliştirdiğimiz bir cihaz. Yazılımı ve donanımıyla milli olarak geliştirdiğimiz bir cihaz. Son dönemde hem nüfusun hem de suç oranlarının artmasıyla esasında hepimizin malumu davalar artmakta. Bu davaların birçoğunda da bölgelere göre değişiklik göstermekle birlikte evrak yükleri çok arttı. Bunun için tecrübeli personel ve yetkinlik, bilgi birikimi kazanılsa da esasında bunun için yeterli inceleme cihazı da gerekmekte. Bunun da mümkünse milli olarak sağlanması elzem bir durumda. Bu cihazlar laboratuvarda evrak inceleme için tasarlansa da aslında şu anda olay yerinde bulgu inceleme de kapsamımıza girmiş durumda bu cihazlarla birlikte.

Bu cihazlarımızın kullanım alanı adli tıp tabii ki başta kriminal laboratuvarlar, bankalar, gümrük, müzeler gibi çeşitli kullanım alanları var. Dünyada sayılı ülkede mevcut olan teknolojiler bizde. Bu cihazlarla birlikte ülkemize de bu yenilikleri kazandırmış bulunuyoruz.

Çok kısa bir tarihçeden bahsedeyim. 2003 yılında yaklaşık 20 yıllık bir geçmişi var BİLGEM 'de adli bilişim çalışmalarının. FORENSIC MSS ile ilk defa başladı, FORENSIC XP4010 da 3 boyutlu analizin ilk örneği idi. Bu 20 yıla dayanan çalışmalar 10. sene sonunda yaklaşık, FORENSIC XP4010 cihazı ortaya çıktı zaten uzun süredir de kullanılan bir cihaz. Bunun daha sonra 2017-2018 yıllarında ikinci nesil cihazlarımızla çalışmaya başladık. Bunların da 2020-2022 arasında özellikle AR-GE çalışmaları ve testlerine yoğunlaştık. 2022 yılında da olgunluk seviyesi olarak belli bir yere geldikten sonra da özel sektörle de işbirliğine gittik. Birazdan da detaylarını vereceğim bir işbirliği çalışmamız var. Birinci nesil cihazlarımızdan şu ana kadar 58 tane yurtiçi-yurtdışı toplam satışımız oldu.

FORDEX cihazı ise asıl bahsetmek istediğim milli olarak PCB, gömülü yazılım, optik, elektronik, mekanik tüm çalışmalarını milli olarak gerçekleştirdiğimiz bu cihaz ise belli bir olgunluk seviyesine geldi.

Teknoloji hazırlık seviyesi 8 dediğimiz bunu biraz açmam gerekir. Teknoloji hazırlık seviyesi 1; örneğin bir konuyu araştırmaya başlamaksa, 9; rafta ürününüzün olmasıdır.

Bizim teknoloji hazırlık seviyesi 8'e geldiğimiz noktada teknoloji transferi yapma ihtiyacı hissettik. Buradaki motivasyonumuz da AR-GE tarafına odaklanmak. Bunun bakım, işletim, iş geliştirme, yurtdışına tanıtım gibi faaliyetlerinde de özel sektör desteği almak gibi bir iş modeline gittik ve bunun devrini tamamladık. Bu sayede esasında FORDEX ilk ihalesini aldı hem yurtdışı fuarlarda tanıtıldı çok sayıda talep şuan hâlihazırda gelmekte. Önümüzdeki dönemde yurtdışı ihalelere de girmek gibi bir planı var bu cihazın. Görmüş olduğunuz cihaz aslında ikinci nesil adli evrak inceleme cihazımız en önemli avantajı hassas inceleme modüllerinin hareketli olması çok sayıda olması, aydınlatma kaynaklarının tekli ve çoklu olması, çok fazla teknik detaya girmeden esasında mevcut geniş dalga boylarında inceleme yapabilmesi, bunları da birlikte sunması, bu sayede de başarımı arttırması diyebiliriz. Güvenlik olarak da kaza önleyici ve el hareketi takip eden sistem sayesinde de hem evrakı hem de kullanıcıyı koruyan sistemi mevcut.

Birkaç örnek göstereceğim en son FORDEX'in incelemelerinde bizim karşılaştığımız burada gördüğünüz gibi evrak üzerinde bir ekleme var, sonradan tek bir rakam eklenmiş, bu rakamın da çeşitli dalga boylarındaki ışıklarla, ultraviyole gibi bunların tespiti söz konusu. Burada zaten görüyorsunuz bir tane 0 sonradan eklenmiş. Bunun da renk farkı gibi çeşitli yöntemlerle tespiti söz konusu.

İkinci örneğimiz; burada da bir senet üzerinde karalama yapılmış bu karalamanın altında yazan sayı da bu şekilde FORDEX'te de tespit edilebiliyor. Burada yine bir kâğıt üzerinde, delil niteliği olabilecek bir kâğıt üzerinde oynama söz konusu, sonradan eklemeler söz konusu. Bunun da sonradan eklenen kısmı ortaya çıkarılmış.

Sahte para analizi yine bu şekilde yapılabiliyor. Özellikle bahsettiğim birçok bileşenle hareketli inceleme yapılabildiği için sahte para analizi de mümkün oluyor.

Önümüzdeki dönemde planladığımız projelerle bitireceğim. Az önce blog chain teknolojisinden bahsettiğim blok zincir teknolojisinden, bunu adli analizde de kullanmak üzere bir çalışmamız var. Bunun amacı şu, birçok merkezde laboratuvarda analiz yapılıyor ve buradaki bulgular, analizler esasında merkeziyetsiz olarak blok zincire eklenip hem güvenli hem de şeffaf şekilde blok zincir üzerinde tutulabilir ve paylaşılabilir hızlı bir şekilde. Bu sayede örneğin akıllı kontratlar mekanizmasıyla blok zincir üzerinde laboratuvarlar birbirleriyle sistematik ve şeffaf şekilde verilerini ve bulgularını da paylaşabilirler. Blok zincir üzerinde her birinin farklı bir bölümü olması ve dışarıya kapalı özel bir blok zincir sayesinde bunu yapabilecek olmayı hedefliyoruz.

Bu da son slaytım. Burada planladığımız çalışmalardan bir tanesi, tahrip edilmiş / küflenmiş dokümanlar üzerinde kızılötesi inceleme sayesinde bir tanımlama, tespit ve yapay zekâ sayesinde otomatik tamamlama tahmin yeteneğimiz. İkinci çalışmamız; modüler bir doküman inceleme cihazı. Özellikle sınır ve gümrüklerde pasaport için özelleşmiş bir inceleme cihazımız. Bunun modüler ve taşınabilir bir cihaz olmasını planlıyoruz.

Son olarak da olay yeri analiz cihazımız. Burada da olay yerinde

belirli bir tür bulgu ya da kimyasal madde olabilir, uyuşturucu olabilir, bunların tespitine yönelik bir çalışma olay yeri analiz cihazı. Bunun da pille çalışabilir olmasını istiyoruz çünkü laboratuvardan ziyade sahada çalışacak bir ürün. Taşınabilir olmasını amaçlıyoruz. Bunun da içinde dâhili bir veri tabanı olması sayesinde esasında ön laboratuvar çalışmasının sahaya bir nevi taşımak istiyoruz. Bu da bizim şu anda analiz aşamasında olan çalışmalarımızdan bir tanesi.

Teşekkür ediyorum beni dinlediğiniz için.

Yaşar BECERİKLİ (Moderatör):
Evet, İsmail Bey'e bu güzel sunumundan dolayı teşekkür ederiz.

Şimdi de sunumunu yapmak üzere ''Bulut Tabanlı Mobil Adli Bilişim İncelemeleri" konusunda Jandarma Kriminal Daire Başkanlığından Bilişim Teknolojileri Şube Müdürü Jandarma Binbaşı Mustafa GÜNGÖR Bey sunumunu yapacak. Buyurun Mustafa Bey.

Mustafa GÜNGÖR (Konuşmacı):
Teşekkür ederim Sayın Hocam. Konuşmamın başlangıcında tüm katılımcıları sevgi ve saygıyla selamlıyorum. Ben Binbaşı Mustafa GÜNGÖR. Jandarma Kriminal Daire Başkanlığı Ankara Laboratuvarında Bilişim Teknolojileri İnceleme Şube Müdürü olarak görevliyim.

Bugünkü sunumda özellikle bulut bilişimin karakteristik yapısını dikkate alarak bulutta veya sosyal medyada depolanan verilerin elde edilme yöntemlerinden ve bunların hukuka uygunluğundan bahsetmek istiyorum. Hukuki boyutunu özellikle ele almak istedim çünkü çok kıymetli hocalarımız, hukukçularımız, kıymetli Yargıtay üyelerimiz de burada. Onların da katkı vereceğini düşünüyorum.

Şimdi çok kısa şubemizin de faaliyetlerinden bahsetmek isterim. Takdim planımız yansıda görüldüğü şekilde. Bilişim Teknolojileri İnceleme Şube Müdürlükleri 3 farklı kısımdan oluşmakta; veri ve donanım, ses ve görüntü inceleme kısım amirlikleri olmak üzere. Jandarmaya bağlı toplamda 4 laboratuvarımız var. 3 laboratuvarımızda tam teşekküllü şubelerimiz görev almakta. Aydın'da fiziki şartlar sebebiyle –o laboratuvarımızın da İzmir'e taşınması gündemde şu an- sadece görüntü alanında faaliyet yürütüyoruz. Görüntü iyileştirme, yüz karşılaştırma, görüntü ve fotoğraf karşılaştırma, kurgu ve manipülasyon incelemesi görüntü alanında, ses incelemeleri ile ilgili konuşmacı tanımlama incelemesi, kurgu ve manipülasyon incelemesi, ses iyileştirme ve metin haline getirme ve veri donanım inceleme alanında yaptığımız çalışmalar var. Bunların tamamı akredite. Mevcut verilerin kurtarılması, silinmiş verilerin kurtarılması, arızalı cihazların onarılması gibi. Bu konulardan bahsedildiği için hızlı geçmek istiyorum. Ayrıca Jandarma Komutanlıklarımızda 18 ilde toplamda 18 kriminal adli bilişim timimiz bulunmakta. Bu personelimiz de veri ve donanım inceleme ve görüntü inceleme alanında yetenek sahibi. Savcılarımız da hâkimlerimiz de bu timlerimizden destek alabilirler. Parmak izi inceleme timleri ile koordineli olarak çalışıyorlar ve özellikle kimliklendirme konusunda da önemli görevleri var. Söz konusu 18 ili şuan yansıda görüyoruz.

Evet, şimdi ise asıl konumuza geçmek istiyorum. Malumunuz bulut bilişimi hayatımızın her alanına girmiş durumda. Gerek kullandığımız e-postalar gerek sosyal medya uygulamaları olsun, cep telefonumuzun yedeğini bulutta depoluyoruz, yine bu bulut depolama ortamlarını diğer verilerin depolanması amacıyla da kullanıyoruz. Yani hayatımızın her alanına girmiş durumda. Burada amaç aslında büyük miktarlardaki bilgisayar gücünün sanallaştırılmış bir ortamda tek bir bilgisayarmış gibi kullanılması olarak nitelendirebiliriz. Tabi bulut bilişim teknolojilerinin kullanım alanlarının muazzam bir hızla artması bu ortamları suçlular ve suç örgütleri için de cazip hale getirmiş durumda. Malumunuz söz konusu deliller çeşitli adli bilişim yöntemleriyle incelenmekte fakat bu sürecin muhakkak hukuka uygun olması gerekmekte. Yansıda bir mobil cihazdan ve bulut hesaplarından elde edilebilecek verileri görüyoruz. Görüldüğü üzere soruşturma açısından son derece kıymetli veriler bulut depolama ortamlarından elde edilebilmekte.

Peki, bu verilerin elde edilmesinde ne gibi yöntemler var kısaca bunlara da değinmek gerekirse öncelikle CMK 134 kapsamında, bu alanda çalışanlar bilirler, bilgisayarlarda arama, kopyalama yani arama koruma tedbirlerine başvurulması. Bir diğer yöntem ülkeler arası karşılıklı adli yardımlaşma anlaşmalarının devreye sokulması. Son yöntem ise elektronik delillerin incelenmesi neticesinde elde edilen kullanıcı bilgilerinin ve belirteçlerin kullanılması olarak değerlendirebiliriz.

Burada tabi önemli bir soru aslında bu verilerin nerede depolandığı ile ilgili. Malumlarınız bu veriler ilgili servis sağlayıcıya ait yurt içinde veya yurt dışında bulunan sunucularda depolanmakta. Veriler bu veri merkezlerinde sabit halde de bulunabilir ayrıca akış halinde olması da mümkün. Akış halinde olması verilerin yerinin tespit edilmesini güçleştiren durumlardan biri.

İlk yöntemimiz koruma tedbirine başvurmak suretiyle verilerin elde edilmesi. Yani buradaki sorumuz: CMK 134 kapsamında alınan bir arama kararıyla bulutta arama yapılabilir mi? Sorumuz bu aslında. Google Drive, Dropbox gibi depolama ortamlarının öğretide uzak bilgisayar kütüğü kapsamında değerlendirildiğini görüyoruz. Kanunda tabi böyle bir ibare yok. Adli Önleme Aramaları Yönetmeliği'nde geçiyor bu ibare. Bir görüşe göre de kanundaki bu eksik düzenleme yönetmelikle giderilmiş durumda. Öğretide genel görüş şu ki, eğer sunucuların yurt içinde bulunması halinde yani özellikle fiziki erişimin mümkün olması halinde, söz konusu veriler CMK 134 kapsamındaki bir arama kararıyla elde edilebilir. Tabi burada önemli olan yurt içinde bu verilerin depolanıyor olması ve özellikle arama kararında şahsın bulut ve sosyal medya hesaplarında da arama yapılabileceğine ilişkin kararın alınması gerekmekte.

Bulut bilişim ağının farklı dağıtım modelleri var. Ben burada özellikle özel ve genel buluttan bahsetmek istiyorum. Özel bulut; malumunuz belirli bir kurum veya kuruluşun kullanımına sunulan daha sınırlı bir kapsam. Genel buluttaysa; internet üzerinden talep eden herkesin kullanımına açık bir dağıtım modeli. Özel bulutta sunucuların yine yurt içinde olduğunu varsayarsak CMK 134 kapsamındaki bir kararla bu verilere erişim mümkün görünüyor. Genel bulutta ise ikili bir ayrıma gitmemiz gerekecek. Sunucuların yurt içinde ve yurt dışında bulunmasına göre. Örneğin; Turkcell Bulut gibi sunucuların

yurt içinde bulunması halinde yine bu mümkünken, sunucular eğer yurt dışında ise malumunuz yapılacak olan arama başka bir devletin egemenlik haklarına müdahale edeceğinden dolayı pek mümkün görünmemekte. Burada bizim de tarafı bulunduğumuz Avrupa Konseyi Siber Suç Sözleşmesi'nde birtakım düzenlemeler var aslında. Arama kararının kapsamının genişletilmesiyle ilgili. Yani gerekli görülmesi halinde ilgili bilişim sistemlerinde de arama yapılması yönünde. Fakat bizim mevzuatımızda böyle bir düzenleme yok. Dolayısıyla sunucuların yurtdışından bulunması halinde tek yol karşılıklı adli yardımlaşmaların devreye sokulması olarak görülüyor. Bu işlem malumlarınız olduğu üzere Adalet Bakanlığı tarafından yürütülüyor. İşbirliği konusunda iki ana koşul var aslında; bir karşılıklı yardımlaşma anlaşmasının varlığı ve karşılıklılık ilkesi yani söz konusu eylemin yardım talep edilen ülkede de suç olarak nitelendirilmesi lazım. Yine bir diğer yöntem; kullanıcı adı ve şifrelerinin girilmesi suretiyle. Bizler çeşitli adli bilişim incelemeleri sonucunda şahsa ait kullanıcı adı ve elektronik posta veya şifreyi tespit edebiliyoruz. Bunu şüpheli şahıs bazen notlar bölümüne kaydediyor. Bazen de web tarayıcı kayıt altına alıyor. Yani bilgisayarda durağan bir veri haline geliyor. Konu ile ilgili yeni bir arama kararı alınması durumunda arama mümkün hale geliyor.

Yine bir diğer konu rızaya dayalı arama. Tabi bazen şüpheli şahsın kendi rızasıyla bu bilgileri de vermesi gündeme gelebiliyor. Burada yine Türk Hukuku'nda rızaya dayalı aranmanın düzenlenmediğini görüyoruz. Aslında Avrupa Konseyi Siber Sözleşmesi'nde bununla ilgili bir düzenleme var. Eğer ilgili şahsın yasal ve gönüllü onayı alınabilirse bunun mümkün olabileceği yönünde. Fakat az önce bahsettiğim üzere bizim mevzuatımızda böyle bir düzenleme bulunmuyor. Bulutta arama yapmanın zorlukları ülkeleri artık kendi vatandaşlarına ait verileri kendi ülkelerinde depolama yoluna sürüklüyor. Türkiye'de basında Sosyal Medya Yasası olarak geçti. 7253 Sayılı İnternet Ortamında Yapılan Yayınların Düzenlenmesi Hakkında Kanun. Buna göre günlük erişimi 1 Milyondan fazla yurt içi ve yurt dışı kaynaklı sosyal ağ sağlayıcılara Türkiye'deki kullanıcılara ait verileri Türkiye'de barındırma yönünde bir mükellefiyet getirdiğini görüyoruz ve yine adli makamlar tarafından yapılacak tebligatların bildirimlerin, bunlarla ilgili işlemlerin hızlandırılması adına Türkiye'de bir temsilci bulundurma yolunda bir adım atıldığını görüyoruz. Bu temsilcilikler de şu an atanmış durumda. Yani Türkiye de bu konuda tedbir alan ülkelerden biri.

Sonuç olarak; bulut bilişim sistemlerinin hayatımıza bir takım kolaylıklar getirdiğinden bahsettik. Özellikle ilgili kanunlarımızın teknolojik gelişmeler ve uluslararası sözleşmeler ışığında tekrar değerlendirilmesi gerekmekte. Yine uzaktan aramaya ilişkin bir düzenlemenin yapılması gerektiği değerlendirilmekte. Tabi bu sorunlar aslında sadece Türk Hukukuna özgü de değil. Bir takım yasal düzenlemeler ve kamu politikalarıyla bu sürecin aşılacağı değerlendirilmekte.

Beni dinlediğiniz için teşekkür ederim, sağ olun.

Yaşar BECERİKLİ (Moderatör):
Evet, Mustafa Bey'e de sunumundan dolayı teşekkür ederiz.

Eyup YEŞİL (Moderatör):
Diğer konuşmacımıza geçmeden önce somut bir örnek: Mustafa Bey'in tespitlerine katılıyoruz 134 ve 135 konusunda. Geleceğe yönelik haberleşmeye müdahale edecek tek 135 ama geçmişte iletişimin tespitine ilişkin haberleşmeye ilişkin ve başka kaynaklarda depolanan bilgileri elde etmek için 134 uygulanıyor. Mustafa Bey'in söylediği doğru. Elbette ki kanunlar iç hukuk için düzenlenir ama eğer burada bir yasaklama yoksa Avrupa Mahkemesi'nin şu kriteri vardır: Sağlanan fayda / ihlal edilen hak dengesine bakılır. Bunu ne için ifade ediyoruz. Bununla ilgili çok önemli bir delil kullanıldı Yargıtay da bunun hukuka uygun olduğuna karar verdi. Neydi o; Bylock. Bu ana server yani sunucu diyoruz yurtdışındaydı. Türkiye'de 134'e göre karar alındı ve hâkim kararı sonrasında inceleme yapıldı. Bu delilde bir tahrifat olmadığı aslına uygun olduğu tespit edildikten sonra hukuka uygun olduğu yönünde karar verildi. Çünkü yasaklayıcı bir hüküm yok Mustafa Bey'in ifade ettiği gibi Siber Suçlar Sözleşmesi'nin 32. Maddesi de kısmen buna izin veriyor ilgilinin rızası diyor. Şu denenebilirdi belki oradan iade süreci işletilse belki senelerce sürebilirdi ve kabul edilmeyebilirdi ama darbeyi ve önemli bir örgütü ortaya koyan bir delili özel hayatın gizliliğine müdahale edildiği gerekçesiyle kullanmayı Avrupa Mahkemesi kabul etmiyor. Bununla ilgili davalar var bakalım ne çıkacak bilmiyoruz.

Mustafa Bey'e teşekkür ediyoruz, bunu da ilave etmek durumunda kaldık somut örnek olunca. Buyurun sayın hocam kusura bakmayın.

Yaşar BECERİKLİ (Moderatör):
Şimdi de sunumunu yapmak üzere 'Emniyet Genel Müdürlüğü Siber Suçlarla Mücadele Dairesi Organizasyon Yapısı ve İşleyişi' isimli sunusunu Emniyet Genel Müdürlüğü Siber Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı'ndan Adli Bilişim Şube Müdürü Sayın Furkan YILMAZ yapacak. Buyurun Furkan Bey.

Furkan YILMAZ (Konuşmacı):
Sağ olun hocam. Öncelikle bu etkinlikte emeği geçen herkese teşekkürlerimi iletiyor tüm katılımcılara saygılarımı sunuyorum.

Bu sunumda Emniyet Genel Müdürlüğü'nün Siber Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı'nın yapısını genel olarak ele alacağım panel konusuyla orantılı olarak da adli bilişim faaliyetlerimize özellikle odaklanacağım.

Siber Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı 2011 yılında faaliyete geçti. Temelde adli bilişim faaliyetleri, siber suç soruşturmaları ve siber suçların önlenmesi üzerine bir işlem yürütmekte. Merkezimiz Ankara'da ve 81 ilde de bu 3 faaliyeti yerine getirmekteyiz. Adli bilişim açısından da 17 bölge laboratuvarımız ve başkanlıkta da 1 merkezimiz bulunmakta. Toplamda 3'lü hiyerarşi olarak faaliyet göstermekteyiz.

Malumunuz dijital deliller 15 Temmuz hain darbe girişimi sonrası oldukça önem kazandı ve bir yığın olarak önümüzde çok büyük bir engel teşkil etti. Yargılama sürelerinin de çok çok uzamasına sebep oldu. Bu süreçte biz daire başkanlığı ve bağlı birimlerimiz olarak bu süreden beri yaklaşık 2.8 milyon materyalin incelemesini gerçekleştirdik. Kaldı ki; emniyet istatistikleri olarak 2015 yılındaki yıllık inceleme oranımız

45.000 iken bu sayı yıllık 750.000'e kadar çıktı.

Az önce dediğim gibi Siber Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı faaliyetlerini temelde 3 alandan yürütmekte, bunlara ilave olarak destek birimlerimiz bulunmaktadır; eğitim, uluslararası ilişkiler, insan kaynakları, bilgi teknolojileri birimleriyle birlikte bu 3 temel faaliyeti etkin şekilde yürütmekteyiz. Önleme Şube Müdürlüğümüz özellikle sosyal medya alanındaki sanal devriye faaliyetlerini yürütmektedir. Burada 7/24 olarak yürütülen sanal devriye faaliyetlerinde işlenmesi muhtemel olan faaliyetlerin tespiti, tespit edilenlerin eylemlerinin önlenmesi veya bu alandaki araştırmaların ve değerlendirmelerin gerçekleştirilmesiyle ilgilenmektedir. Suçun önlenmesi anlamında 2017 yılındaki KHK ile bilişim suçları ile sınırlı olmak üzere ayrıca istihbari yetkiler tanımlanmıştır başkanlığımıza. Soruşturma Şube Müdürlüğümüz siber suçların soruşturulmasından ve ülke genelindeki operasyonların koordinasyonundan sorumlu olan birimimiz.

Temelde siber suçlar 5 farklı şekilde ele alınıp soruşturmalar yürütülmekte. Bunlar; çevrimiçi çocuk istismarı, bilişim sistemlerine yönelik suçlar, ödeme sistemlerine yönelik suçlar, yasadışı bahis ve bu suçlardan elde edilen gelirlerin incelenmesi. Uluslararası ilişkiler bağlamında zaten az önce komutanımızın dediği gibi Budapeşte Sözleşmesi'ne taraf bir ülkeyiz ve 7/24 temas noktası olarak da daire başkanlığımız bu fiili yürütmekte.

Bunun yanı sıra uluslararası şirketlerle ilişkilerimiz bulunmaktadır. En önemli veri kaynağımız uluslararası şirketler, tahmin edebileceğiniz gibi Meta, Facebook, Instagram, Twitter veya Telegram gibi. Özellikle son yıllarda bizim iş yükümüzü doğrudan etkileyen kripto para şirketleri, Binance gibi şirketlerle iletişim halindeyiz. Apple gibi bazı şirketlerle de tekil temas noktasındayız. Bu şekildeki işbirliklerimizle de birçok uluslararası ayağı olan suçu çözebiliyoruz.

Eğitim açısından da 20'den fazla ülkeye uluslararası eğitim verdik, bunun çoğunluğu da adli bilişim alanında gerçekleşmiştir. Bu ülkelerle ayrıca kurduğumuz işbirlikleri ile bazı konularda onlara uzaktan veya getirdikleri dijital delillere bizim laboratuvarımızda destek verip bazı olayların çözümünde katkı sağlıyoruz.

Daire Başkanlığımızın 2020 yılının başından beri farkındalık maksatlı sürdürdüğü bir projesi var SİBERAY belki denk gelmişsinizdir televizyonlarda veya sosyal medyada bununla ilgili çok yoğun bir çaba sarf ediyoruz. Gerçekten de geldiğimiz nokta çok güzel. Bu sene milyonlarla ifade edilen kişiye ulaştık. SİBERAY nedir? Ulusal ve uluslararası platformlardaki maruz kalınan içeriğin bilinçli şekilde kullanılmasının sağlanmasını amaçlayan bir faaliyetler bütündür. Burada nasıl yürütüyoruz biz bunu? Tamamen bilimsel temelli olarak ve üniversitelerle işbirliği içerisinde yürütüyoruz. Burada temel amacımız da interneti, bu sistemleri kullanan her bir bireyin bunun risklerinin, tehlikelerinin farkında olarak gerçekleştirmesini istiyoruz. SİBERAY kapsamında okullarda, açık alanlarda, futbol maçlarında veya AVM gibi halka doğrudan ulaşabildiğimiz alanlarda standlar kurarak veya bildiri ve posterler yayınlayarak insanlarla doğrudan temas etmeyi amaçlıyoruz. Bu arada sosyal medya hesaplarımız da var Instagram ve Twitter, takip etmeyenlerin de takip etmesini beklerim.

Adli Bilişim Şube Müdürlüğü'ne tekrar geldiğimizde; adli bilişimle ilgili benzer faaliyetleri yürüten Adli Tıp Kurumu ve Jandarmanın da sunularını dinledik ve şunu söyleyebilirim ki bütün kurumlarımızın adli bilişim alanındaki yaklaşımları çok benzer ve bu da tüm kurumlar açısından bizim doğru yolda olduğumuzu gösteriyor. Adli Bilişim Şube Müdürlüğü olarak adli bilişim kavramından her türlü veriyi depolayıp işleyen veya ileten ortamlardaki verilerin incelenmesi, kurtarılması, analizi ve adli makamlardaki hukuki uyuşmazlıklara katkı sağlamak amacıyla incelenmesi ve raporlanması süreçlerini anlıyoruz. Biz şube müdürlüğümüz olarak her ne kadar siber suçlarla mücadele daire başkanlığı çatısı altında adli bilişim faaliyeti yürütüyor olsak da tüm suçlarla ilgili olarak işlemleri yürütüyoruz. Burada zaten adli bilişimin ne olduğu konusu daha öncelerde anlatıldı.

Bizim burada ilave olarak yaptığımız veri kurtarmada kullanılmak üzere oluşturulan donör disk arşivi. Özellikle hard disklerin, fiziksel olarak dönen yapısı olan hard disklerin veri kurtarmasında disk arşivimiz önemli. Yaklaşık 20.000'in üzerinde bir disk arşivimiz var. Çünkü bu disklerde veriyi kurtarmak için hastaya organ doku uyuşması gibi burada da bazı parçaların uyuşması gerekiyor. Bazı bileşenlerinin aynı partide aynı gün fabrikadan çıkması gerektiği kadar benzerlikler sağlaması gerekiyor ki biz de o diski çalıştırabilelim.

Bununla birlikte zararlı yazılım açısından bir laboratuvarımız var. Burada da zararlı yazılım araştırmaları yapıyoruz. Ayrıca şifreli olan materyallerin çözümüne ilişkin kripto analiz faaliyetleri yürütüyoruz.

Biz başkanlık olarak Türkiye istatistiğini takip ediyoruz. Her bir ildeki her bir konuyu takip etmeye çalışıyoruz. Ayrıca bazı durumlarda bazı illere destek sağlanması gerekiyorsa bunun koordinasyonunu yapıyoruz. Türkiye genelinde kullanılacak adli bilişim araçlarının ve hangi metodolojide yapılacağını belirliyoruz.

Adli Bilişim Şube Müdürlüğü'ne giriş yaptığımda temelde 7 bürodan oluşmakta. Birisi idari büro gerisi dijital verilerle ilgilenen büro amirliklerinden oluşmakta. Bunlara da kısaca değindiğimde delil kabul tarafı dijital materyalin ilk teslim alındığı andan itibaren mührünün açılması, mühür açıldıktan sonra arızanın tespiti veya herhangi bir farklı konu varsa detaylı tespitinin yapıldığı kısım. Burada kamera eşliğinde yapıp, tasnifleyip muhafaza ediyoruz. İlk müdahale kısmımızda, bilişim sistemlerindeki ki zaten az çok bunu da herkes dile getirdi, dijital verilerin elde edilişi veri bütünlüğü çok önemli. Burada da ilk nokta dijital verilerin ilk müdahale edildiği nokta. Hukuki açıdan en önemli nokta. Veri inceleme kısmımız genellikle adli bilişimin en temel kısmı. Gelen dijital veriler üzerinde soruşturma kapsamındaki bulguların tespitine yönelik yaptığımız çalışmalardan oluşmakta. Mobil cihaz inceleme, mobil cihazlar üzerinde özellikle imajın alınamadığı durumlarda veri kurtarma yöntemlerini uyguladığımız kısım. Burada kimi zaman arıza gidermek için tamir de yapıyoruz, kimi zaman çipini okuyoruz, kimi zaman diğer veri portlarıyla iletişim kurarak veriyi almaya çalışıyoruz. Veri kurtarma kısmımız, mobil cihazlar dışında kalan hard diskler ve belleklere odaklandığımız kısım. Burada bu veri kurtarma faaliyetlerini yerine getiriyoruz. Zararlı yazılım analizi, 2021 yılında da zararlı yazılım analizi laboratuvarımızı kurduk.

81 il birimimizden doğrudan iletişimini sağladığımız bir ortam. Burada 30'dan fazla işletim sistemi üzerinde zararlı yazılımların hareketlerini inceleyebiliyoruz ve 4 farklı sandbox kullanıyoruz ki bir zararlı yazılım hareketlerini hiçbir ağa entegre etmeden hiçbir zarara yol açmadan tüm hareketlerini izleyebildiğimiz hangi veriye ulaşmaya çalışıyor o sistemde veya bu veriyi nereye göndermeye çalışıyor, bunları izlediğimiz bir laboratuvarımız mevcut.

Kripto analiz amacıyla da bu büromuzda hangi yöntemle şifrelendiğini tespit edip eğer bunun bilinen bir açığı varsa, daha önce karşılaşmışsak çözümüne ilişkin yöntemler deneyip eğer bunlar olmuyorsa da tahsis ettiğimiz sunucularımızla da şifre kırma atakları deniyoruz.

Faaliyetler olarak sunumun başında dediğim gibi 81 il biriminde adli bilişim faaliyetleri yürütülmekte bu da 17 bölge yapılanmamız. 17 bölge yapılanmamızın tamamında şifre kırma ve veri kurtarma kapasitemiz var. Ama şifre kırma tabi bir garantisi olan çözüm değil. Şifrenin uzunluğu bazen bizi sonsuz bir ihtimale doğru götürüyor.

Adli bilişim alanında verdiğimiz eğitimler; temelde imaj almaya yönelik eğitimler, veri kurtarmaya yönelik eğitimler, mobil cihaz incelemeye yönelik eğitimler ve zararlı yazılım analizine yönelik eğitimler olarak gruplayabiliriz. Bunlar, verdiğimiz hizmet içi eğitimlerimiz. Adli bilişim olarak yürüttüğümüz faaliyetlerdeki amacımız burada olabildiğince hukuka uygun, hızlı ve profesyonel en güncel teknolojileri takip ederek delil zincirine sıkı sıkıya bağlı ve uluslararası standartları göz önünde bulundurarak yerine getirmeyi amaçlıyoruz.

Burada birkaç uygulama örneğimizi paylaşmak istiyorum. 2016'daki Sultanahmet bombacısının, Alman turist grubuna yönelik gerçekleştirdiği intihar saldırısındaki parçalanmış tabletinden veriyi kurtardık ve yaptığı diğer keşiflere yönelik tespitler gerçekleştirdik. Örgütün muhtemel eylemleri için de birçok istihbarat sağlandı. Yine darbe gecesi Marmara Denizi'ne atılan tabletlerden oksitlenme başladığı halde sağlam olan hafıza çiplerinden verileri okuyup soruşturma dosyasına ekledik. Karabük'te de olan bir olayda da diski imha etmek için yakıldıktan sonra gömülmüş halde tespit edildi. Bu diskten de %85 oranında veri kurtardık. Ayrıca Genelkurmay Başkanlığı'nın görüntü kayıt sunucularındaki disklerin de tankların altına konularak zarar vermeye çalışıldığı fotoğraflarda da bu şekilde yer aldı, buradan da veriler tespit edilerek birçok kişinin olaya ilişkin görüntüleri dosyaya intikal etti. Bir de hain darbe zamanında helikopter ve uçakların üzerinde de veri elde etme çalışmaları yaptık bunun da dünyada çok bir örneği yok. Uluslararası bir yerde dile getirdiğim zaman çok büyük ilgi çekiyor bu çalışmamız. Şöyle ki biz bu yaptığımız çalışmalarda da telsiz konuşmaları ve helikopterlerde de güzergâh için ciddi bulgular elde ettik.

Sonuç olarak zaten bir nevi tekrar gibi olacak. Hem yeni gelişmeler konulu sunumda da benim gördüğüm kadarıyla adli bilişim açısından dijital delillerin önemi her geçen gün artmakta ve bizim de karşılaştığımız sıkıntılar her geçen gün artmaktadır. Adli bilişim alanındaki gelişmelerin yanında alternatif teknolojilerin de takibinin yapılması gerekmekte. Şöyle ki, daha birkaç hafta önce bir terör saldırısında kullanılan daha önce ne olduğunu bilmediğim bir cihazla karşılaştık gerçekten internette aratıp bulmanız gereken, ben 10 yıldır adli bilişim üzerine çalışıyorum ama öyle bir cihazla daha önce karşılaşmamıştım. Bu cihazdan veriyi kurtarmak veriye erişmek için bir çalışma yürüttük. Bu verilerin hassas yapısından dolayı delil zinciri ve veri bütünlüğü tedbirlerine azami önem göstermemiz gerekiyor. Bu büyük delil yığınlarının üstesinden gelmek için yapay zekâ ve büyük veri analizinden yararlanmamız gerekiyor.

Benim sunumum bu kadar teşekkür ederim.

Eyup YEŞİL (Moderatör):
Furkan Bey'e çok teşekkür ediyoruz. Gerçekten bu konuda bizlere yargı teşkilatına çok yardımcı olan kararları söz konusu. 2000'li yıllarda Hizbullah Terör Örgütü bu şekilde elemanları tespit edilerek çökertilmişti. Onlar da Beykoz baskınında o bilgisayar verilerini yakmaya çalışmışlardı. Ateş ederek tahrip etmeye çalışmışlardı. Oradan çıkan bilgilerle örgüt mensuplarına ulaşıldı. Daha sonraki süreçte de bu teknoloji çok daha gelişti.

Bu şekilde bir birim oluşturulması da Yargı Teşkilatı açısından ciddi bir avantaj. Hem önleyici kolluk bakımından hem suç işlendikten sonra bir avantaj sağlıyor.

Son konuşmacımız Yargıtay'dan 8.Ceza Dairesi Başkanı Sayın Abdulkadir GÜNGÖREN. Her ne kadar diğer daireler de zaman zaman bilişim konusunda bu konudaki delilleri değerlendiriyorsa da ağırlıklı olarak Yargıtay'da görev 8.Ceza Dairesinin olduğu için genel değerlendirme yapma ve uygulamadaki soruşturmalar konusunda söz veriyoruz buyurun Abdulkadir Bey.

Abdulkadir GÜNGÖREN (Konuşmacı):
Teşekkür ederim. Çok kıymetli katılımcılar öncelikle güzel bir toplantı olmasını diliyorum, herkese saygılar sunuyorum.

Adli Tıp Kurumunun bu çalışmasıyla ilgili bir şey söylemeden geçmek istemiyorum. Kurum başkanına tekrar teşekkür etmek istiyorum. Bu kadar güzide bir topluluğu bir araya toplamak, bu kadar değişik alanlardan, hukukçulardan, doktorlardan, bilişim uzmanlarından ve diğer alanlardan insanları bir araya getirip buluşturup ve bilgi paylaşımında bulunması çok güzel ve başarılı olmuş. Tebrik edip devamını da diliyorum. Tabiki bu seçkin topluluğa hitap etmek kendi adıma çok onur verici, gurur verici bir şey.

Zamanımız kısa olduğu için hemen konuya gireceğim. Önce bir genel çerçeve çizmek gerekirse bilişim suçları benim de görev yaptığım 8.Ceza Dairesinde görülüyor. Türk Ceza Kanununun 243, 244, 245 ve 245/A maddelerinde bilişim suçları düzenlenmiştir. Bunların dışında Kanunun 142/2-e maddesinde düzenlenen hırsızlık suçu ile 158/1-f bendinde düzenlenen dolandırıcılık suçu bilişim sistemlerinin araç olarak kullanılması suretiyle işlenen suçlardır. Bilişim sistemlerinden veya buralarda kayıtlı verilerden faydalanmak için işlenen suçun bilişim suçu olması gerekmez. Bütün suçlara ilişkin olarak bilişim sistemlerinde veriler ve suç delilleri bulunabilir.

Adli Bilişim; elektronik ortamlarda bulunan, saklanan veya buraya iletilen görüntü, ses, veri veya bilgilerden oluşan her türlü bilişim nesnesinin, yargılama sırasında delil olarak

kabul edilebilecek bir şekilde sistemden alınarak mahkemeye sunulmasıdır.

Biraz önceki sunumlardan da şunu anladık ki bilişim sistemlerinin, bilişim araştırmalarının yargıya katkısı, yargı birimlerine, yargı makamlarına bilgi, belge, rapor hazırlaması sadece bu suçlarla sınırlı değil. Yeri geldiğinde terör suçu biraz önce bahsedildi. Yeri geldiğinde adam öldürme, iftira, hakaret suçları ve birçok suçta birçok delil bilişim sistemlerinde bulunabiliyor. Dolayısıyla o verileri oradan alıp yargının, mahkemelerin önüne sunmak ayrı bir teknik, ayrı bir teknoloji gerektiriyor. Dolayısıyla bu işlerin yargı makamları, hâkimler ve onlara bağlı çalışanlar değil de bilişim uzmanları tarafından yapılması gerekiyor.

Bizim konumuz Yargıtay uygulamaları açısından bilişim konusunda yaşanan sorunlar ve çözüm önerileri. İşte sorunlarımız tam da burada başlıyor. Yargılama makamları bilişimle ilgili yeterli bilgiye sahip değil. Bilişim konusunda çalışanlar, uzmanlar ve rapor isteyeceğimiz makamlar bunun bizim önümüze delil olarak gelmesini sağlayacak hukuki bilgiyi yeterince önemsemiyorlar diyeyim. Bu nedenle de çoğu zaman delilleri dosyada olmasına rağmen kullanamadığımız zamanlar oluyor. Bilişim sisteminde yer alan delillerin, verilerin ve buraya iletilen ses, görüntü, veri veya bilgilerden oluşan her türlü bilişim nesnesinin oradan alınarak işlenerek bir rapor haline getirilip, yargılama makamının, hâkimin denetimine sunmaya adli bilişim diyoruz. Bizim tanımımız bu, çok çeşitli tanımlar da yapılabilir. Adli bilişim, delil toplama faaliyeti ile yargılamanın soruşturmayla zaman zaman iç içe girdiği durumlar meydana geliyor. Delil toplamakla görevli kişilerin de bir kısım teknik bilgilere sahip olması gerekiyor. Delil toplamakla görevli kişiler dediğimiz öncelikle polis, jandarma kolluk kuvvetlerimiz sonra onların üzerinde Cumhuriyet Savcısı, yargılama aşamasında mahkemelerimiz hâkimlerimiz. Bunların da adli bilişim konusunda bilişim sistemleri konusunda zaman zaman bilgilendirilmeleri gerekiyor. Çünkü sürekli değişen ve gelişen bir alan. Bugün arkadaşlarımızın yaptığı sunumlardan pek çok yeni şey duyuyoruz. Dolayısıyla bunu bir hâkimin, savcının bilip de bunların her şeyini kendisinin çözmesi mümkün değil. Ama yargılamanın bir amacı var. İlk başta Eyup Başkanım da ifade etti, yargılamanın amacı maddi gerçeğe ulaşmak. Bir olay var o olayın gerçeği nedir, maddi olarak o olay nasıl meydana geldi, nasıl oldu? Çoğu zaman işte bilişim sistemlerinde bunların delilleri, verileri saklanmış halde bulunuyor. Oradaki verileri oradan alıp işleyip hâkimin önüne sunmak çoğu zaman karmaşık ve zor bir süreç gerektiriyor.

Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 217. madde 2.fıkrasında 'Yüklenen suç hakkında hukuka uygun elde edilen her türlü delille suç ispat edilebilir' diyor. Önemli olan delilin hukuka uygun olarak elde edilmesi. Bilişim sisteminden verileri elde edip işlemenin zor olduğu yerlerde eğer bir de yasaya uygun delil toplanmamışsa bütün deliller önümüze konsa da çoğu zaman o delilleri kullanamaz hale geliyoruz. Yasaya aykırı toplanan delil ile bunu hükme esas alıp hüküm kurulduğu zaman Yargıtay'ın bütün dairelerinden bu karar bozulup geri gönderiliyor. O nedenle Ceza Muhakemesi Kanunu 134. maddesinde açıkça belirtildiği gibi eğer bir bilgisayara el koymak istiyorsak ve onun üzerinde inceleme yapmak istiyorsak mutlaka o konuda spesifik olarak ona uygun mahkemenin karar alması gerekiyor. Nasıl yapılıyor? 116. maddeye göre veya devamı maddelerine göre alınmış genel arama, el koyma kararı ile bilgisayara da el konuluyor incelemeleri yapılıyor rapor hazırlanıyor. Evet deliller var orada ama bu delili yargılama sırasında kullanamıyoruz. Oysa bilişim biraz önce de anlatıldığı gibi hayatımızın hemen hemen her alanına girmiş her alanda bizimle ilgili veriler toplanmakta, orada muhafaza edilmekte. Neredeyse insanlara da küçük bir çip takarak robot gibi yönlendirme düşünceleri bile mevcut. Bilişim sistemlerindeki verileri toplamanın zorlukları çeşitli nedenlere dayanıyor. Şimdi bizim yargılamadaki amacımızı söyledik, maddi gerçeğe ulaşmak yani bir suç işlendiyse öncelikle kimin tarafından işlendi. Verilerle üst üste koyduğunuzda failini bulmak istiyoruz. Bizim amacımız bu. Failini bulabilmemiz için de çoğu zaman zorlanıyorduk. İşte internet kafelerde, otellerde, burası gibi toplu yerlerde, ortak internet hattının kurulu olduğu yerlerde kimin girdiği ne yaptığı nasıl kullandığı belli olmuyor. Dolayısıyla faillere ulaşılamıyor. Ayrıca sahte telefon ve telefon hatları oluşturuluyor. Sahte internet adresleri, mail adresleri, facebook, instagram gibi sahte hesaplar oluşturuluyor. O hesaplar üzerinden birilerine hakaretler, birilerine tehditler ediliyor. Kendi kendine hakaret edip o hattan karşıdaki kişi suçlanmış olabiliyor. Dolayısıyla faile ulaşmada zaman zaman zorluklarla karşılaşıyoruz. Beraat kararlarımızın dayanağı bilişim sisteminde saklanan verilerin elde edilememesi oluyor. Bir kısım internet servis sağlayıcıları bizim soruşturma makamlarımızın istediği bilgilere cevap vermiyorlar. Ülkemizde şubesi olmadığı için yıllarca yazılarımız cevapsız kalıyor, bir şekilde muhatap alınmıyor. Muhatap alınmadığı zamanlarda da ya takipsizlik kararı veya dava açılmış ise sanığa ulaşamadığımız için, yeterli delil bulunamadığı için beraat kararları çıkıyor. Yine ülke dışında bulunan yerlerden, adreslerden işlenen suçlarda failin başka bir ülkede olması nedeniyle ulaşmakta zorluklar çekiliyor. Bilişim sistemleri ve benzeri yerlerden elde edilen kayıtlar, kimi zaman güvenlik kamera kayıtları veya diğer ses görüntü kayıtları yeterli kalitede olmuyor. İşte silik bir görüntü, cızırtılı parazitli bir ses. Biz bunu bilirkişiye gönderdiğimizde çoğu zaman bilirkişiden de yeteri kadar, bizi sanığa ulaştıracak kadar bilgiler gelmediğinden yine sonuçsuz kalabiliyor.

En önemli husus bilirkişi raporları. En önemli sorunumuz burada düğümleniyor. Öncelikle bilirkişiye yazı yazıp rapor isteyen cumhuriyet savcısı ve hâkimlerimiz bu rapordan ne istediğini ne beklediğini bilirkişiye sorularını ayrı ayrı ayrıntılı bir şekilde sormaları gerekiyor. Ama bakıyoruz Cumhuriyet savcısı veya hâkimimiz "şu şu şu bilgisayar hard disk gönderilmiştir hazırlanacak bilirkişi raporunun ivedilikle mahkememize gönderilmesi savcılığımıza gönderilmesi" şeklinde bir yazı yazıyor. Şimdi biz ne bekliyoruz buradan, neye ulaşmak istiyoruz onu sormamız lazım. Adli makamların rapor talep yazıları ayrıntılı olmadığı zaman bilirkişi raporu da beklenen ve yargılamaya ışık tutacak seviyede olmuyor. O nedenle öncelikle böyle bir rapor talebi bilirkişiye, Adli Tıbba, polis, jandarma kriminal şubelerine gittiyse bunu rahatlıkla iade edebilmeleri lazım. Ne konuda rapor hazırlanması gerektiğini açıklayın diye ilgili savcılığa ilgili mahkemeye gönderelim. Çünkü ne istiyor oradan? Bazen bir harddiskten başka bir şey istiyoruz, diğerinden başka bir şey. Hepsini birleştirip bir yere ulaşıyoruz.

Örneğin bir adam öldürme dosyasını aydınlatmak için güvenlik kamera kayıtları var. Bizim yargılama makamı olarak merak

ettiğimiz ve maddi gerçeğe ulaşmak için cevabı aradığımız soru şudur; 3 saatlik kamera kaydı içerisinde ölen kişiye karşı kimin eylemde bulunduğu, kimin vurduğu, nasıl vurduğu ve ölümüne neden olduğu hususlarıdır. Bunları açık bir şekilde yazmazsak, bilirkişi 3 saatlik görüntülerin tümünü fotoğraflara döktürerek size gönderebiliyor. Hatta en can alıcı nokta olan olay anı bu fotoğraflara yansımamış olabiliyor.

Cumhuriyet savcısı güvenlik kamera kayıtlarını isterken, önce orijinal haliyle bütün görüntülerin bir kopyasını alarak dosyaya koymalıdır. Ondan sonra soruşturmaya ışık tutacak bölüm neresi ise o bölümle ilgili raporu isteyip dosyaya eklemelidir.

Eyup YEŞİL (Moderatör):
Makul sürede yargılama, adil yargılama en önemli unsur. Yasal haklara özgürlüklere sahip çıkılsın diye ifade ettiniz biz de yemek yeme hakkını da engellemeyelim. Onun için 1-2 dakika içinde tamamlayalım.

Abdulkadir GÜNGÖREN (Konuşmacı):
Tamamdır Sayın Başkanım.

Yargıtay aşamasına geçiyorum. Şimdi dairemizin bu konularda onlarca yüzlerce kararları var. Ben kararların örneklerinden bazılarını buraya getirmiştim. Burada görünmediği için birinden bahsedeyim geri kalanına da geçmeyeyim, yemek yeme hakkımıza da böylelikle tecavüz etmemiş oluruz.

2021/80 sayılı kararımız mesela. Suç bilişim suçu. Sistemi engelleme, bozma, verileri yok etme, değiştirme ve de cinsel taciz var aynı anda. Şimdi gelen rapor yeterli olmadan mahkeme mahkûmiyet kararı vermiş. Biz de demişiz ki "sanığın kullandığı aşkmeleği.com posta adresi ile irtibatlı olan facebook adresinin bilgisi ve rızası olmaksızın şifreyi değiştirip erişemez kıldığından ve veri yerleştirmeden bahisle açılan davada, şikâyetçimiz böyle demiş yani sanık benim sistemime girdi şifremi kırdı ben giremedim o girdi veri yerleştirdi diyor. Şimdi bizim bilirkişiye sormamız gereken ne zaman girdi kim girdi hangi IP adresini kullandı, hangi telefon veya bilgisayar cep telefonunu kullandı bunları sormamız lazım. Bunların hiçbirisi sorulmamış. Sanık da tabiki ben bu suçu işlemedim kabul etmiyorum demiş. Sanığın suçlu olduğunu ispat etmek tabiki yargı makamlarının görevi. Bunun böylece iddia edilmesi karşısında sanığın cep telefonunu biliyoruz, şu nolu cep telefonunun IMEI numarasından ilgili araştırmaları yapın, cep telefonundan facebooka girişlerini araştırın, bilirkişilerimiz bunları yapabiliyorlar yeter ki biz sorularımızı tam ve açık bir şekilde sormuş olabilelim. Belirlenecek sonuca göre sanığın durumunu tayin ve takdir edin diye onlarca yüzlerce bu şekilde bozma kararlarımız var.

Yine banka ve kredi kartlarının kötüye kullanılması suçları ile ilgili kararlarımız var bunların ayrıntılarına girmeyeceğim. Çözüm önerileri diye bir başlığımız var kısaca ona değinip konuşmamı bitireceğim. Bütün bunlardan anlaşılması gereken şu, bilirkişilerden rapor istenirken rapor konusunun içeriği açıklanmalı açıkça yazılmalı. Bilirkişiler raporlarını yazarken mümkün mertebe bizim dilimize bizim hâkim, savcı ve tarafların, avukatlarının anlayabileceği dilde ve kesin kanaat içeren raporlar hazırlamalı. Ayrıca yasalarımız da çok güncel değil. Yasalarımızın sık sık değiştirilmesinden yana değiliz hukukçular olarak. Hukuki güvenlik ilkesi, öngörülebilirlik ilkesi gereği yasaların değiştirilmemesi gerekiyor sık sık. Ama bu bilişim baş döndürücü bir hızla gelişiyor, değişiyor. Dolayısıyla bu konuda güncel yasalara ihtiyacımız var. Sadece bilişim suçlarıyla ilgili bilişim delillerinin toplanması ile ilgili gerekirse ayrı bir yasa yapılmalı veyahut da Ceza Kanunu'nda Ceza Muhakemesi Kanunu'nda ayrı başlıklar altında bunlar düzenlenmeli ve konunun bütün tarafları; bilişim uzmanları, hukukçular, hâkimler, savcılar kimler varsa hepsi çağırılıp kanun yapılırken de birlikte yapılmalı ki bize uzun yıllar fayda verebilsin. Biraz önce yapay zekâdan da bahsedildi. Yapay zekâ kullanılarak işlenen suçlarda sorumluluk kime nasıl yüklenecek, bunları da ayrıca tartışmamız gerekiyor. Bilişim suçlarının ve bilişim sistemi suçlarının genel mahkemeler yerine ihtisas mahkemelerinde görülmesinin de faydalı olacağını düşünüyorum. Yani bilişim suçlarının soruşturmasını yapan kolluk ve cumhuriyet savcısını bilgilendirdiğimiz gibi o konuda da iyi yetişmiş hâkimlerin bulunduğu mahkemelerde bu suçlar yargılanırsa daha faydalı daha sağlıklı sonuca ulaşabiliriz diye düşünüyorum. Bilişim konusunda bilirkişilik yapan teknik elemanların, hâkimler ve savcıların şurada yaptığımız gibi bir çalıştayda bir araya gelip sorunlarını birlikte tartışmaları ve görüş alışverişinde bulunmaları faydalı olur diye düşünüyorum.

Beni dinlediğiniz için hepinize çok teşekkür ediyorum.

Eyup YEŞİL (Moderatör):
Evet değerli başkanımıza çok teşekkür ediyoruz. Dikkat ve ilgi ile izlemeniz sebebiyle kendi adımıza çok teşekkür ediyoruz. Başarılı bir sunum gerçekleştiğini düşünüyoruz. Hocamın da ifade edeceği husus varsa sözü kendisine bırakıyorum, afiyet olsun diliyorum.

Yaşar BECERİKLİ (Moderatör):
Soru var mı, soru-cevap olabilir. Buyurun.

Ahmet ER (Dinleyici):
Ben 12.Ceza Dairesi Başkanı Ahmet ER.

Taksirli suçlarda biz trafik kazalarına bakıyoruz.
Muhammet ŞİMŞEK Bey bizim işimizi kolaylaştırıp o kadar güzel bir konuya değindi ki. Akıllı araç sistemleri yani halk arasında beyin dedikleri. Eğer yazılanlar varsa o beyinde bizim işimiz oldukça kolaylaşacak. Fakat bunu kolluk güçleri, savcılık ve mahkemeler nasıl delilleri alacaklar? O beynin içine bakmasını biz size göndeririz, akıllı araç sistemine bakmasını size göndeririz ama onu biz oradan nasıl alacağız, beyni mi alacağız yoksa bir CD'si var CD'sini mi alacağız? Bu konuda bir ek bilgi verirseniz çok sevinirim. O bizim işimizi epey kolaylaştıracak çünkü fren mesafesi, sürat, lastiğin durumu gerçekten bizim işi kolaylaştırır, teşekkürler.

Muhammet ŞİMŞEK (Konuşmacı):
Sayın Başkanım bu bizim için de bir araştırma konusu henüz. Birkaç makale inceledik bununla ilgili. Trafik Daire Başkanımızla da istişare etmiştik. Bununla ilgili Avrupa Birliği'nde yine araçlara yönelik getirilen bir yönetmelik var, karakutu getiriliyor. Ülkemizde de eğer böyle bir yönetmelik getirilirse orada zaten bu bilgiler tutulabilecek. Onun dışında yine aracın içinde tutulan hafıza birimlerinden de yine bu bilgiler elde edilebilir ancak şuan

bizim Adli Tıp olarak böyle bir incelememiz bulunmamakta.

Ahmet ER (Dinleyici):
Dışarıda incelenebiliyor mu?

Muhammet ŞİMŞEK (Konuşmacı):
Özellikle araç üreticisinden bazı bilgiler alınabilir.

Ahmet ER (Dinleyici):
Teşekkür ederim.

Yaşar BECERİKLİ (Moderatör):
Başka sorusu olan var mı? Buyurun.

Adnan KEÇE (Dinleyici):
Ben Adnan KEÇE. Adli Bilişim İhtisas Dairesi Başkan Vekiliyim.

Öncelikle açıklayıcı ve güncel konulara değinen sunumları nedeniyle tüm konuşmacılara teşekkür ederim.
Benim Mustafa GÜNGÖR Bey'e küçük bir sorum olacaktı. Öncelikle cloud verilerinin incelenmesi için adli bilişim yazılımlarında incelemeye başlamadan önce yasal bir belge isteniyor. Yani bu konuda hukuki anlamda bir çalışmanız oldu mu?

İkinci sorum da cloud verilerinde şöyle bir sorunla karşılaşabiliyoruz: manipülasyona çok açık. Deliller kurumlara, bilirkişilere geldikten sonra üzerlerinden belli bir zaman geçiyor 3 ay 6 ay 1 yıl gibi bir süre sonra incelenme durumu da olabiliyor. Bu süre zarfında clouddaki verilerin manipüle edilme ihtimali çok yüksek. Cloud verilerinin mevcut datalar ile birlikte incelenmesi ciddi anlamda sıkıntı doğurabiliyor yani bu konuda herhangi bir çalışmanız oldu mu? Onu da sormak istiyorum, teşekkür ederim.

Mustafa GÜNGÖR (Konuşmacı):
Hocam aslında şöyle bir araştırmamız oldu. Şimdi malum siz de bazı paket adli bilişim yazılımları kullanıyorsunuz ve bunların bir de cloud versiyonları var. Örneğin Ufed Cloud, Axiom Cloud gibi. Aslında bu yazılımların da performanslarını deneme şansımız oldu. Mobil cihazlar içerisinde bir takım elektronik belirteçlerden bahsetmiştim. Bu belirteçler sayesinde yani cep telefonunun fiziki imajı alındığı zaman ilgili veriye erişim aslında kolay oluyor. Instagram'ı açtığımızda telefonunuzdan örneğin, her seferinde şifre vs girmiyoruz. Bunlar biliyorsunuz cep telefonu içinde depolanıyor. Aslında yazılımların performanslarını karşılaştırma şansımız oldu yani kamuya kapalı olan bir takım verilere de eriştik, onların sonuçlarını sizle de paylaşırım. Ama dediğim gibi hukuki anlamda da belirsizlik var. Yine teknik boyutta sorunlar var. Delil bütünlüğü zinciri, manipülasyona uğrama ihtimali bunlar hala önemli sorunlar olarak karşımıza çıkıyor.

Teşekkürler.

Yaşar BECERİKLİ (Moderatör):
Evet başka, buyurun.

Haluk ÇOLAK (Dinleyici):
Ben Ankara Asliye Ceza Hâkimi Haluk ÇOLAK.

Ben Furkan Bey'e bir soru sormak isterim. Özellikle bize gelen Ankara Cumhuriyet Başsavcılığı Siber Suçlar Soruşturma Bürosundan gelen dosyalar içerisinde sıkıntı yaşadığımız bazı dosyalar var. Eksik. Sanık müdafinin bize sunmuş olduğu araştırılması gereken hususlar var ki özellikle sosyal medyadan tehdit, hakaret suçları bakımından. En çok karşılaştığımız sorun da IP adreslerinin kendilerine ait olmadığını söylüyorlar. Biz tekrar yazışma yapıyoruz, tabi sanık müdafileri bunu kullanıyorlar aksini kanıtlamanız için.

Bir de bu sanal ortamda işlenen bahis suçlarında içtihada bağlılık kuralından birden fazla sanıklı dosyalarda ki bir tane dosya var 35 sanık var dosyada, dijital materyal incelemeleri yapılmış yargılaması şuan devam ediyor. 2-3 sanığın cep telefonuna ulaşamıyoruz. Şimdi tabi burada Bilişim Teknoloji İletişim Kurumu Başkanlığına eğer Türkiye kaynaklıysa bağlantılarını bilgileri soruyoruz ama bu sorunu biz nasıl aşabiliriz? Bilişim uzmanı olarak ne düşünüyorsunuz, bize mahkemelere yardımcı olun.

Teşekkürler.

Furkan YILMAZ (Konuşmacı):
Sağ olun Başkanım aslında değindiğiniz noktalar siber dünyadaki en kronik sorunlar aslında evet. Uluslararası alanda veri alma protokolleri. Bunlar ülkeden ülkeye, her ülkenin kendi mevzuatına göre ve hatta bazı şirketler için şirketlerin kendi politikalarına göre değişmekte. Mesela en sık karşılaştığımız Facebook'un tehdit ve hakaret konuların kesinlikle işbirliği yapmıyor olması. Farklı konuya çekebilirsek bunu mesela çocuğun istismarı veya insan hayatına çekebilirsek biz veri alabiliyoruz ama bu konularda bize başvurmayın bile diyorlar. Özel bir iletişim platformumuz var onlarla bize başvurmayın bile diye dönüş yapıyorlar. Evet, maalesef bu konuda biraz sıkışmış durumdayız.

Öteki konu da; şahısların telefonlarının bulunamaması konusu. Burada emniyet açısından bizim erişebileceğimiz bir veri yok istihbari alanı dışında tutarsam yani adli açıdan. Evet, bu şahıs o tarihte hangi telefonu kullanıyordu bilgisi maalesef BTK'dan temin edilmesi lazım ancak bu cihaz aktif olarak kullanılmıyorsa yani gömdüyse denize attıysa dünyadan iletişimini kestiyse maalesef çok mümkün değil.

Eyup YEŞİL (Moderatör):
Yani genel bakış açısı, uymama şu: Basit suçlarda bu bilgileri vermiyorlar. Daha ağır suçlarda… Almanya'da şöyle bir uygulama olmuştu, trafikte kırmızı ışıkta geçti trafik ceza tutanağı ile birlikte fotoğrafı gönderilmiş. Sürücünün yanında genç güzel bir bayan daha sonra aile faciası çıkmış falan.

Yaşar BECERİKLİ (Moderatör):
Evet bir sonraki soru, buyurun.

Nurdan MEMİŞOĞLU APAYDIN (Dinleyici):
Uluslararası veri ile ilgili konuşurken, hem jandarma hem polis için soruyorum, bu trafik verileri özellikle işte Yandex'ti, Google'dı bunları alabiliyor muyuz biz?

Furkan YILMAZ (Konuşmacı):
Şöyle, uluslararası anlamda verilerin paylaşılması için belli bir

hiyerarşi lazım. İçerik bilgisi en hızlı olandır, sonrasında trafik verileri, abonelik bilgileri gibi böyle bir hiyerarşi vardır. Bu suçun mahiyetine göre, başvurduğumuz iletişim kanalına göre bu verileri almak mümkün. Mesela Yandex diyorsunuz şuan hangi veriyi alabildiğimiz direkt hatırlamadım ama mesela bizim Rus kanalıyla bu şirketlerle iletişimimiz kapalı. Rusya'dan talep edeceksen Rus Interpol'ünü kullanmamız lazım. Ama polis iletişim ağı adli yardımlaşma ağının daha altında bir iletişim. Burada trafik verisi suçun mahiyetine göre değişmekle birlikte alabileceğimizi düşünmüyorum.

Nurdan MEMİŞOĞLU APAYDIN (Dinleyici):
Ben İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Ulaşım Ağının anabilim dalı başkanıyım. Üniversite olarak almak istedik trafik verilerini. Özellikle deprem sonrasındaki ulaşımı planlamak için. T….. diye bir firma parayla satıyor bunu. Onun için soruyorum devlet olarak bunları alabiliyor muyuz diye. O yüzden sordum.

Furkan YILMAZ (Konuşmacı):
Yani dediğim gibi mesela çocuk söz konusuysa Amerika'daki büyük şirketlerden bu verilerin tamamını alıyoruz. İşte işin içine farklı parametreler girince uluslararası çok fazla değişken var o yüzden net bir ağ kurabilmek çok mümkün değil.

Yaşar BECERİKLİ (Moderatör):
Evet buyurun son soru alalım.

Mustafa YAPICI (Dinleyici):
Ben Mustafa YAPICI, 12.Ceza Dairesi.

Muhammet Bey'e sorum. Görüntüden hız tespiti yaptıklarını söylediler. Trafik İhtisas Daire ile mi çalışıyorsunuz yoksa kendiniz mi yapıyorsunuz veya size mahkemeden direkt mi geliyor, Trafik İhtisas Dairesi ile işbirliği halinde mi çalışıyorsunuz? Sayın Başkanım daha iyi bilir tabi ama bize gelen dosyalarda Adli Tıp'tan gelen dosyalarda hız tespiti kaydına ben rastlamadım. Yerel anlamda yapanlar var ama bunu duymamız iyi oldu.

Muhammet ŞİMŞEK (Konuşmacı):
Şöyle, bizim geliştirdiğimiz bir program var uzman arkadaşlarımızın. Belli koşullarda, aracı yandan görebildiğiniz, araç özelliklerini bildiğiniz şartlarda bunu yapabiliyoruz. Bize de çok gelmedi bu konuda şu ana kadar. Özlem Hanım da burada programı geliştiren arkadaşımız.

Ahmet ER (Dinleyici):
Özel bilirkişilik kurumları yapıyorlar. Yani aracın cinsine mi bakıyorlar, yol durumuna mı bakıyorlar bilemem. Karanlıktan bir araç geliyor o aracın vurma ve çarpma mesafesi durma mesafesine bakıyorlar veya hiç durmadan geçip gittiyse diyor ki şu kadar saniyede gitmiştir bu kadar saniyede bu araç bu hızı yapar diyorlar veriyorlar. Ama Adli Tıp'ın hayli hayli vermesi lazım yani yapması lazım.

Özlem MUTLU (Dinleyici):
Bu yazılımı geliştiren kişi benim aslında. Aracın belli parametreleri varsa model bilgisi bizim elimizde varsa, metre olarak onun piksel cinsine çevirebilmek için hızları hesaplamak için gerekli hızı hesaplayabiliyoruz videolarda. Yani bize dosya gelirse Ses ve Görüntü İnceleme Şubesi bu işi yapıyor. Mahkemeler bilmediği için bize değil de Trafik İhtisas Dairesine geliyor bu iş. Eğer gelirse biz yapabiliyoruz yani.

Muhammet ŞİMŞEK (Konuşmacı):
Trafik İhtisas Dairemizle de konuşuyoruz aslında bu konuyu. Onlarda da devam edebilir bize de geçebilir. Program bizim dairemizde geliştirildi. Görüntü İnceleme Şubemizde var.

Eyup YEŞİL (Moderatör):
Peki çok teşekkür ediyoruz ilginiz için, sorular için de.

Yaşar BECERİKLİ (Moderatör):
Herkese afiyet olsun.

3.GÜN

3. OTURUM

ADLİ PSİKİYATRİ VE BİLİRKİŞİLİK

ADLİ PSİKİYATRİ VE BİLİRKİŞİLİK OTURUMU



Gürol CANTÜRK (Moderatör):
Değerli katılımcılar hepinizi saygıyla selamlıyorum. Başta bu kongrenin düzenlenmesinde emeği geçen Hızır ASLIYÜKSEK Başkan olmak üzere tüm emeği geçen Adli Tıp Kurumu mensuplarına çok teşekkür ediyorum.

Bu panelimizde adli psikiyatri konularını tartışacağız. Biliyorsunuz adli psikiyatride mahkemeler ve savcılıklar ceza hukuku konularında suç işlediği sıradaki ruhsal durumu, hukuki işlem konularında da hukuki işlem esnasındaki kişinin ruhsal durumunun değerlendirilmesini istiyorlar. Adli Tıp Kurumu'nun; Dördüncü, Altıncı İhtisas Kurulları, Gözlem İhtisas Dairesi, Üst Kurulu, üniversitelerin psikiyatri anabilim dalları, çocuk psikiyatrisi anabilim dalları, adli tıp anabilim dalları, Adli Tıp Kurumu'nun grup başkanlıkları, şube müdürlükleri ve aile hekimleri bu konuda rapor düzenliyor.

Mahkemelerin talep ettiği kişiler özellikle hukuki işlem ehliyeti konusunda Sağlık Bakanlığı'nın bir genelgesi var 2014 tarihli. Aile hekimlerinden de bu konuda rapor istiyor. Onun dışındaki konularda genellikle heyet olarak ya da uzman hekimlerden rapor isteniyor.

Çok değerli konuşmacılarımız var. Konularımız da çok geniş. Tabii zaman kısıtlı ben sayın hocalarımızdan 15 dakika içinde konuşmalarını tamamlamalarını istirham edeceğim ki sorulara ve katkılara zaman ayırabilmek için. Buyurun hocam.

Hasan Turan KARATEPE (Moderatör):
Merhabalar ben Hasan Turan KARATEPE. İkinci İhtisas Kurulunda görev yapmaktayım. Medeniyet Üniversitesi'nde psikiyatri doçenti olarak çalışmaktayım. Programın hazırlanmasında katkıda bulunan hocalarımıza teşekkür ederim. Hocam davet edebiliriz buyurun.

Gürol CANTÜRK (Moderatör):
Konuşmacımız Prof. Dr. Sayın Gökhan ORAL. Önemli bir konu 'Adli Psikiyatride Temaruz' konusu. Buyurun hocam.

Gökhan ORAL (Konuşmacı):
Evet merhabalar. Sayın Başkanım, göremediklerim kusura bakmasınlar, bakıyorum genelde herkes meslektaşım. Yıllar sonra tekrardan burada olmaktan çok hoşnutum.

Temaruz baş belası bir konudur. Hakkında türlü şeyler bildiğiniz, duyduğunuz bir konudur. Sefa Hocam da burada iken bir hadise anlatarak başlayayım. Yıllar önce aynı konuda çalışırken sevgili Aleaddin abi var aynı zamanda rahmetli Emel abla tanıyanlarınız vardır kurul üyelerimiz ve Nuray Hanım da öyle. Bir tane vaka getirmişlerdi, fakat sedyede geldi ve eşi refakat ediyordu sedyenin yanında. Konuşmayı unutmuş gibiydi yarım yamalak bir şeyler söyleyip duruyordu. İstemli hareketleri sınırlıydı ve çocuksu bir hal içindeydi. Hatta sedyede bir tane plastik ördek vardı onunla da oyun oynuyordu. Çok dramatik bir görüntü. O yıllarda cezaevlerinde açlık grevi ve ölüm orucu eylemleri vardı

bir kısmınız hatırlayacaklardır. Dolayısıyla Adli Tıp Kurumu da bu tip vakalarla dolup taşıyordu. Bu vaka da açlık grevi yaptığı iddia edilen bir vaka idi. İlginç tarafı açlık grevi ve ölüm orucu o yıllarda siyasi bağlantılı bir grubun özellikle proveke ettiği bir hareketti. Bu kişi de adli suçtan tutukluydu. İddialara göre de kayınbiraderi ile birlikte para karşılığı bir hanımla birlikte olmak istemişler ama hanım tarafından anlatıldığına göre hem tecavüz edilmiş hem dayak yemiş hem de tüm parasını alıp kaçmış bu iki adam. Adamın ilk ifadelerine göre de tam tersi olmuş. Hangisinin doğru olduğu belli değil ama bu iki akrabayı içeri atmışlar ve o sırada aynı cezaevinde diğer tutuklular açlık grevi yaparken bunlar da açlık grevine başlamışlar. Açlık grevine başlamışlar ve demişler ki 'Biz suçsuzuz burada boş yere yatıyoruz'. Tanınmış araştırma hastanelerimizden birisine bu açlık grevi sonrasında gelişen nörolojik ve zihinsel bozukluk nedeniyle yönlendirilmişler ve yaklaşık 1 yıl, dikkat edin, yatarak tedavi olmuşlar. Elimizde bu belgeler de var ve açlık grevine bağlı yeme bozukluğuna bağlı bir ensefalopatinin geliştiği konusunda herkes hemfikir. Karşımızda tanımadık birisi var. O kadar yoğun muayeneler arasında diğer raporlara da itimat ettik. Adam tuhaftı yani hali çok regresif duruyordu ama en çok itimat ettiğimiz şey de aslında yanındaki eşinin yana yakıla inanılmaz bir şekilde olayı dramatize bir hikâye ile sunmasıydı. Gözyaşları içindeydi. Tereddüt bile etmedik hasta olduğu yönünde ve infaz tehiri ile ilgili sürecin başlatılabilmesi için de raporumuzu düzenledik. Kuruldaki sadece 1 kişi hariç. Nöroloji uzmanı, şimdi rahmetli, Prof.Dr. Hayrünnisa TEKTAŞ Hocam. Maalesef Covid-19'da kaybettik kendisini. O yerinden fırladı ''Ya böyle şey mi olur numara yapıyor".

Şimdi hocanın tepesi atık olduğu saatler vardır böyle günler değil de saatler vardır. Çok değerli çok kıdemli hocaların hocası hepimizin sevdiği birisiydi. Mizaç olarak da öyle. Böyle huysuzluğu tutardı bazen. Olur, olmaz herşeye hayır derdi. Bu sefer de öyle yapıyor zannettim sadece ben değil hiçbirimiz onun görüşüne itimat etmedik. 'Ördek mördek trajedi yalan bunlar 1 yıl yatırıp çıkarırlar mı adamı' diyor hoca. Şaka değil tedavi etmişler bu hani ne numarası 1 yıl numara yapılır mı yani? 1 yıl numara çok zor yani 1 yıl hastanede yatarken. Üstelik adli bir suç saçma sapan bir iş yapmış bunlar. Yani biz hastadır diye gönderdik. Tekrar muayeneye geldi bir süre sonra.

Adli psikiyatride böyledir, bir hata yaparsanız onunla gitmezsiniz, o önünüze tekrar tekrar gelir. Pratisyenken raporlar geliyordu önüme yani zamanında 80'li yıllarda verilen kararlar falan, gelir. Böyledir.

Bu tekrar geldi bize. Ne olduysa bir tuhaflık var bunda diye işkillendik bu sefer. Çünkü aynı sahne tekrarlıyordu. Benim için en önemlisi buydu, kadın kelimesi kelimesine aynılarını tekrar ediyordu. Adam aynı şekilde ördeği ile birlikte oradaydı. Bu iş bi tuhaf yani böyle pek de olmaz hani. Uzatmayalım dosyadaki bazı özellikler nedeniyle hatta kurul odasından savcılığı aradığımız hatırlıyorum. Çünkü suçüstü yakalanmıştı bu durumdaki adam. Hırsızlık sonrası kaçarken suçüstü yakalanmış biz raporu verdikten sonra. Sedyede, kolunda serumlar her şey hazır yani. Neredeyse yoğun bakımdan çıkarıp getirmişler gibi duran hasta suçüstü nasıl yakalanır? Hala düşündükçe utandığım bir vakadır. Ha çok da utandırır bu gibi durumlar biz çalışanları. Hani her şeyi biliyoruz demiyorum ama epeyce öğrendik, kül yutmayız havamız var birazcık. İnsan sarrafı olduk falan. Tabii ki kibir kimseye göre bir şey değil. Hoca haklıydı. 'Hocam bir daha lafınızı dinlemeyen ne olsun' diyordum yani her şeye olur olmaz itiraz ediyorsun bu sefer de öyle yaptın zannettik vs. 'Beni dinlemediniz' diyor o da oradan. Hatta kısa süre gözlemde kaldı galiba öyle hatırlıyorum. Üstü kokuyor, bakımsız vs. altına kaçırıyor. Tümüyle bir temaruz, muazzam bir temaruzdu yani ben böylesini görmedim.

Şimdi temaruz aslında bu anekdotdan sonra en basit anlamıyla bizim kullandığımız arazı taklit etme, oradan geliyor zaten; taklit etme. Adli psikiyatrik muayenede yani adli tıpta çok sık karşılaşılan bir durum. Sadece psikiyatrik muayene anlamında değil dikkatli olunuz ve sadece şüphelide de değil size anlattığım örnekte olduğu gibi. Eylemi uygulayan faille de alakalı değil. Bir şekilde menfaat amaçlı olarak hastalığın veya bir hikâyenin aktarılması, taklit edilmesi demek. Maluliyet ile ilgili dosyalarda da sigorta ile ilgili dosyalarda da askeri hekimlikte de çok sık rastlanan bir şey aslında. Sadece psikiyatrik veya nörolojik değil. Ama bugün onu konuşacağız daha çok, psikiyatrik hastalıklardaki şeylerle ilgili.

Tarihçesine geleceğim tabi eskiden beri var. İnsan hep yalan ve yalancılığı tayin edecek kriterler aramış. Bu hastalığı taklit etmek de bir yalan sonuçta. Yani İncil'de de var, Kur'an'da da var, eski Sümer efsanelerinde de var. Bilge krallar adaleti sağlayabilmek için kimin doğru söylediğini anlayacak bazı numaralar çekerler ve bu kıssalar da anlatılır eskiden beri. Adli tıbbın babası olarak kabul edilen Pan J.D ''Akıl hastalığı kadar kolay taklit edilip onun kadar da simüle edildiği zor ortaya çıkan bir hastalık yoktur" demiş. Tabi bunu uzun yıllar önce söylemiş. Aslında benim hocalarım bunun zıttını düşünüyorlardı. Rahmetli Ayaz OLGAN Hoca. Bahsedeceğiz şimdi. L.A ''Kişi deliliği taklit eder ama buna rağmen aslında delidir bir çeşit ama deliliği bu şekildedir demiş." Ki biliyorsunuz DSM'de malingering diye bir tanı var yani hastalık taklit etme tanısı. Yani bir kişinin maksatlı olarak kendisinde aslında olmayan fiziksel veya nöropsikolojik sorunlar üretmesi. Ya da var olan semptomları abartması. Sonuçta vardığımız tanı. Tabi bunun DSM'de tanımlanması da ilginç, çok sık rastlanılıyor psikiyatride tabii ki. Ama asıl sebep bu değil birçok şeyde hastalık taklit edilebiliyor. Birçok motivasyonla yapılabiliyor bu. Oralara girmiyor olsam da bunu niye psikiyatride tanımlamak ve böyle bir yükü hekimlerin üstüne yıkma ihtiyacı hissediyorlar onu da tam anlayabilmiş değilim. Hani bir insanın samimiyetini en iyi sınayabilecek uzmanlık dalı diye düşünüyor olabilirler psikiyatriyi. Bu iyi bir şey tabi takdir edilmiş oluyor ama bir taraftan da haksız bir şey

yüklenmiş oluyor, birinin yalan söylediğini nasıl anlayalım yani?

Burada kritik olan şey semptomları hangi amaçla ürettiğinin farkında olmasıdır. Tümüyle şuurlu olmasıdır. Çünkü bazen istisnai durumlarda kişi semptom ürettiğinin farkındadır yani numara yaptığının farkındadır ancak niye yaptığını tam olarak bilmez. Amacı olan önemlidir. Bu bilir yani işte para sağlayacak, ilaç sağlayacak ne bileyim nöbetten kurtaracak, cezadan yırtacak, sınava girmeyecek işte bir şey yapacak. Başka tanılarla da karışır sıklıkla temaruz. Çünkü bir taraftan unutmayın kişinin simüle ettiği şeyler olduğuna inandığımız şeyler yani taklit ettiğine inandığımız şeylerin bir kısmı kişide vardır zaten. Mevcut olabilir zaten.

Buradaki tanımları birazcık kısaca geçeyim ben size. Simülasyon diyoruz pratikte ama aslında temaruz demek yani simülasyon eyleme verilen isim yani. Olmayan birtakım semptomları taklit etmeye verilen isim. Sür simülasyon burada çok sık rastlarız özellikle mental olanlarda çok sık rastlarsınız. Var olan semptomları belirgin biçimde çok abartarak anlatmaktadır. O yüzden güzel bir söz vardır o 'körden daha fazla kördür, sağırdan daha fazla sağırdır' ve tümüyle her şeyi abartan bir varlıktır.

Dış simülasyon ise daha çok paranoid tablolarda ve demans tablolarında gördüğümüz bir şey. Rahatsızlığı olduğu halde rahatsızlığı yokmuş gibi davranma. Bu da yine bir menfaat amaçlıdır. Vesayet altında bulunmak istemiyordur kişi dolayısıyla daha sağlıklı birisiymiş gibi gözükmek için elinden geleni yapar. Ya da kendine göre bir takım menfaatlerine aykırıdır durum dolayısıyla bunu saklar.

Oyun sergileme, sahneleme dikkat etmeniz gereken bir şey. Planlanmış bazı oyunları sergileyerek gerçek bir hastalık veya yaralanma için zemin hazırlamak. İşte mesela trafik kazasını planlar. Duymuşsunuzdur işte Almanya'da, Almancılar arabanın önüne atıyorlar kendilerini sonuçta bacağım yaralandı diyorlar sigortadan şunu alıyorlar vs. Burada bir tezgâh var yani bir mizansen kurgulanıyor ve bunu biz temaruzun içinde değerlendiriyoruz. Kanıt yaratma, değiştirme tahmin ediyorsunuz zaten.

Oportünistlik fırsatçı temaruz ise gerçekten geçmişte olmuş bir olayda yaralama veya suistimal etme amacıyla daha önceden var olan bir hastalığı ya da semptomu kullanmak. Sevgili Sadullah burada değil herhalde eski ikinci kurul başkanı, onun bir vakası vardı böyle. Yüzde sabit eser nedeniyle gönderilmiş ve genel kurulda tartışılan bir vaka. Aslında adamın önceden beri çenesinde yamulma olmuş artık bir yere mi çarpmış ne olmuş bilmiyoruz ama yıllar sonra olmuş bir hadiseden sonra yüzüm böyle oldu diye çıkmış ortaya. Çenede sabit izi soruyorlardı aslında hadise 20 yıl önce olmuş bir şeye bağlı. Semptom uydurma…

Gürol CANTÜRK (Moderatör):
Hocam toparlayabilir miyiz?

Gökhan ORAL (Konuşmacı):
Toparlarız. Tam temaruz, kısmi temaruz ve gerçek dışı atfetme aslında 3 farklı amaç için görünüyor burada. Şöyle bir ipucu vereyim belki sorularda biraz daha açarız. Bir rahatsızlığın taklit edilip edilmediğini anlayabilmek için elimizdeki en büyük silah biz klinisyenler için diyelim adli tıpta, psikiyatride, nörolojide özellikle buralarda çalışanlar için (Ortopedi de dâhil maluliyet dosyalarında). Kişinin simüle ettiği hastalığı ondan daha iyi bileceksiniz. İpucu bu. Çok daha iyi bilmeniz lazım.

Hemen örnekleyip bitiriyorum. Sesler duyuyorum diyor adam, kulağıma sesler geliyor. Bunu ölçecek bir aletimiz yok sonuçta geliyorsa geliyor gelmiyorsa gelmiyor. Ama siz halüsinasyonların, işitsel halüsinasyonların, sözgelimi şizofreni taklidi yapıyorsa ne şartlarda ne şekilde ortaya çıktığı konusunda ondan daha fazla bilgiye sahipseniz yakalarsınız. 'Hangi kulağına geliyor?' diye başlarsınız. 'Kadın sesi mi erkek sesi mi?' 'Ne söylüyorlar?' 'Sürekli 24 saat boyunca mı?' 'Sen sesler gelince ne yapıyorsun rahatsız mı oluyorsun hoşuna mı gidiyor?' 'Rahatsız oluyorsan bunları gidermek için ne gibi tedbirler alıyorsun'? 'Başkaları da duyuyor mu?' gibi başlayan soruların genellikle beşincisinden sonra genelde pes ederler. Tabi bu sadece halüsinasyon için söylediğim bir şey. Yani rahatsızlığı ondan daha iyi bildiğinize emin değilseniz sadece bir intiba ile 'Ya bu numara yapıyor gibi gözüküyor' intibasıyla sakın ola ki karar vermeyin. Çünkü bazı semptomlar hastaları rahatlattığı için türlü sebeplerle, semptomlarına aldırmaz olabilirler. Yani lakayt halde olabilirler türlü sebeplerle yine. Ve bu bize numara yapıyormuş hissi uyandırır. Bizde numara yapıyor hissi uyandırması bir hastanın onun numara yaptığı anlamına gelmez. Herhalde tamamlamamız gerekiyor değil mi?

Hasan Turan KARATEPE (Moderatör):
Hocam çok teşekkürler.
Hocalarımız da çok kıymetli bu oturumu devam ettirmek de bizim için çok zor olacak. Her bir konu ayrı bir panelde anlatılabilecek kıymete sahip. Şimdi Sefa Hocamız 'Ceza Ehliyetinin Değerlendirilmesini' anlatacak.

Sefa SAYGILI (Konuşmacı):
Evet hepinizi hürmetle selamlıyorum. Özellikle hepinize hoş geldiniz diyorum. Ceza ehliyeti konusunda öncelikle birkaç değerlendirmeden söz edeyim. Öncelikle ruh hastalarının suç işleme oranı toplumun geneline göre yüksek değildir. Ancak anti-sosyal kişilik bozukluğu, madde bağımlılığı olanlarda suç normal nüfusa göre daha yüksek bulunmuştur.

Adli psikiyatrik değerlendirme, günlük uygulamamızda yaptığımız ruhsal değerlendirmeden iki aşama olarak farklı. Birincisi burada amaç hastaya yardım ve tedavi etmek değil. İkincisi ise hekimin sır saklama yükümlülüğü yoktur. Öğrendiği bilgileri ve değerlendirmesini resmi makamlara iletmekle yükümlüdür. Mesela ben bu konuda bir soruşturma geçirdim. Bir siyasi vaka geldi işte genç kızın intihara teşebbüs ettiği için gözleme gönderilmiş. Ancak kendisi dedi ki *'Ben bunu gösteri amacıyla yaptım, amacım kendimi öldürmek değildi.'* Bu sözünü ben de raporuna yazdım. Bunun üzerine daha sonra beni Tabipler Odasına şikâyet etmiş. Ama adli psikiyatri raporlarında icabında sırların da değerlendirilmesi gerektiğini yazınca soruşturmaya yer olmadığına dair karar çıktı.

Kanuna göre ruhsal bozukluk geçirmekte iken suç işleyen kişiye ceza vermek yerine yüksek güvenlikli hastanelerde muhafaza ve tedavi altına almak söz konusudur. Şimdi ceza sorumluluğu, ceza

ehliyeti Ceza Hukuku'nda kişinin işlediği suç fiilinden sorumlu tutulabilmesi için suç olduğunu bilerek işlemiş olması, yaptığı eylemin ne tür sonuçlara yol açacağının bilincinde olması, karşılığında ceza görmesi gerektiğini bilmesi ve dürtülerini denetleyebilmesi gerekmektedir. Bu da bizi ilgilendiren TCK'nın 32. maddesinin 1. ve 2. fıkrası. Birincide akıl hastalığı nedeniyle işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiil ehli olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilemez ancak bu kişiler hakkında güvenlik tedbiri konulur. İkinci fıkrada da bu yazılı derecede olmamakla birlikte işlediği fiili ehliyeti ile ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine 20 yıl hapis cezası verilir. Diğer hallerde verilecek ceza 6'da 1'inden fazla olmamak üzere indirilebilir. Mahkûm olunan ceza, süresi aynı olmak koşuluyla kısmen ya da tamamen akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir.

Şimdi baktığımız zaman rahatsızlıklarda 32/1'e girenler kişinin bilişsel, duygusal ve davranışsal melekelerini ileri derecede bozan ruh hastalıkları 32/1'de tarif edilmiş. Bunlar arasında şunları sayabiliriz özellikle; demansta, şizofrenide, paranoid bozuklukta, manik eksitasyon, ağır psikotik depresyonda, epileptik psikozda, ağır mental retardasyonda 32/1'e karar verilir.

32/2'ye girenler ise hafif derecede zekâ geriliğinde, epilepsi ve başka organik hastalıklara bağlı kişilik değişikliklerinde, kısmen düzelmiş psikotik bozukluklarda ve duygudurum bozukluklarda 32/2'yi değerlendiririz.

Şizofrenide genel olarak uyguladığımız ceza sorumluluğunun olmadığı yönündedir. Hezeyanlı bozuklukta ise hastalıkla suç arasında illiyet bağı arıyoruz özellikle. Eğer böyle bir illiyet bağı varsa yani hezeyanlarına yönelik bir suç işlediyse burada ceza ehliyetinin olmadığını düşünüyoruz. Ama bir kişi diyelim hezeyanlı bozukluk ama başka bir sebepten suç işlemişse ona cezayı tam veriyoruz. Mesela böyle bir vakamız vardı. Bu eşine karşı kıskançlık hezeyanları olan biriydi. Eşinin ilişkide olduğunu düşündüğü birini yaralamış. Bunun için ceza sorumluluğunun olmadığını yani 32'ye 1 verdik. Aradan 2 sene geçti kişi tekrar geldi karşımıza. Belki Nuray Hocam hatırlar. Çek senet yolsuzluğu ile geldi. Hemen bize gösteriyor. 'Benim deli raporum var' diye. Ama bu suçuna karşı ceza ehliyeti vardır raporu verdik. Çünkü bir illiyet bağı yoktu suçuyla arasında.

Duygu durum bozukluklarını da değerlendirmek tabi vakaya göre değişebiliyor. Suçun işleniş tarzına göre, birçok faktöre göre değişkenlik gösterebiliyor. Mesela hipomanik bir vaka düşünelim. Yani tam manide olmayan, gelen vakalardan söylüyorum. Bir vakamız şöyle bir suç işlemiş; birisi bisikletinden iniyor bir bakkala giriyor alışveriş yapmaya. Bisiklet orada duruyor. Hipomanik vakamız hemen atlıyor bisiklete ve kullanarak kaçmaya başlıyor. Adamcağız çıkınca bakıyor bisikleti yok, başkalarının yardımıyla koşup yakalıyorlar. Böyle bir vakada 32/1 verdik biz. Çocuksu bir dürtüyle yapıyor. Ama benzer bir başka vaka. Bir 9-10 yaşlarında kız çocuğunu gözüne kestiriyor benzer bir hipomanik vaka, çocuğu takip ediyor. Epey takip ettikten sonra kızcağızın apartman dairesine girdiğini gördükten sonra hemen kendisi de giriyor kız kapıyı kapatmadan. Maalesef zorla bodrum kata indiriyor, tacizde bulunuyor. Buna biz ceza ehliyeti tamdır dedik. Çünkü bu kadar takip ediyor, suç olduğunu biliyor benzer vaka olmasına rağmen sonuç değişebiliyor.

Karar verirken nelere dikkat ediyoruz? Birçok faktörü göz önüne alıyoruz. Sanığın ifadeleri, mahkemedeki hal ve davranışları, dosyayı titizlikle inceliyoruz bu yüzden. Sanığın özellikle ilk ifadesi önemli. Çünkü ilk ifadesi daha samimi olarak söylüyor. Sonradan birçok faktör giriyor; avukatı, tanıdıkları falan ifadelerini değiştirebiliyor. Tanıkların ifadeleri çok önemli o şahıs hakkında sanık hakkında. Suç öncesi, esnası ve sonrasındaki tutum ve davranışları, suçun niteliği, işleme gerekçesi, sanığın işlediği suçun suç olup olmadığının farkında olması, ceza göreceğini bilip bilmemesi, sanığın kendisini savunma biçimi, sanığın gözlem sırasındaki tavır ve davranışları, sanığın psikometrik incelemeleri, medeni durumu, çocukları var mı, çalışıyor mu, üretici biçimde mi çalışıyor? Vaka erkekse askerliğini yapmış mı, sanığın psikiyatrik durumu, hastalığının olup olmaması, psikiyatrik hastalığı varsa geçmişi, ne zaman başladığı, hecmeler halinde bir rahatsızlığı varsa suç sırasında bir hastalık atağı olup olmadığı, vakanın yine zekâ seviyesi, suçu işledikten sonra hemen hastaneye mi yatırılmış bu da önemli. Sözgelimi aynı gün bu rahatsızdır denilip akıl hastanesine yatırılmışsa bu önemli bir ölçü bizim için. Suç öncesi hastaneye yatışının olup olmadığı, geçmişte ve halen madde kullanım durumu, kriminal antesedanı, sabıkalarının sayısı ve niteliği bunlar da önemli. Bazı vakalar var mesela suç fabrikası gibi aynı. 20 tane 30 tane diyelim sabıkası var. Bu onun genellikle ceza ehliyetinin tam olduğunu gösterir. Delil olarak ele alıyoruz.

Hastalıkla arasında illiyet bağının olup olmaması önemli. Gökhan Hocamın anlattığı sanığın simülasyon, yanıltma gayreti var mı? Bir de yenilerde sosyal medyaya da bakıyoruz. Artık herkesin sosyal medyada bir şeyleri var. Paylaşımları nelerdir, oradaki durumları, sosyal medyayı nasıl kullandığı da yine önemli.

Burada ben son günlerde görmüşsünüzdür belki, Megalis olayı var sosyal medyaya yeni düştü. Bu Megalis 31 yaşında ve 3 kişiyi öldürmüş. O kadar genç yani. Bunların ikisi evsiz kişiler diğeri de hapishanede yatarken hücre arkadaşı. DNA testinden, kamera görüntülerinden ve kendisinin itiraflarından 3 cinayeti işlediği tespit edilmiş. Kendisinin ifadesine göre bu cinayetleri Kyle Janen'ın, kendisi reality şov yıldızı, bu onun ısrarlı takipçisiymiş ona ulaşmaya çalışıyor, güya bu ona demiş ki 'Biri benim canımı almaya çalışıyor bu sadece cinayet işlenerek önlenebilir' demiş. Kendisine böyle bir şey söylediğini iddia ediyor. Avukatı bu kişinin şizofren hastası olduğunu iddia etmiş. 2017'de olmuş aslında bu olay. 2017 yılından beri bu adam cezaevinde ve mahkemece kabul edilip edilemeyeceği tartışılıyor şizofren olup olmadığı. Ancak savcılar sanığın eylemlerinin farkında olduğunu ve cinayetleri işlediğinde bunun yanlışlığını bildiğini savunuyor. Çünkü bakılıyor ki kurbanını saatlerce araba kullanarak buluyor ve kendisine direnmesin diye yani can alması problemsiz olmasını tercih ediyor. Bakıyor banklarda uyuyan bir takım evsizleri kurban olarak seçiyor. Onları katlediyor. Böyle birini gördüğünde evine gidip mutfak bıçağı alıyor. Daha sonra soğukkanlı biçimde geliyor ve cinayeti işliyor. Yüksek mahkeme de bunu kabul ederek yani şizofren bulup ceza ehliyetini kaldırmak yerine ceza ehliyeti tam diyerek 2 kez müebbet ve 17 yıl hapis cezası verdi bu vakaya.

Biz de Gözlem İhtisas Dairesi olarak buna önem veriyoruz, yani sadece teşhise bakıp karar vermekten uzak duruyoruz. Acaba muhakeme veya algı bozukluğunun etkisiyle mi bu suçu işledi, yaptığının suç olduğunu yanlış olduğunu biliyor muydu? Özellikle ceza alacağının farkında mı, sözgelimi suçu işledikten sonra kaçıp kaçmaması önemli. Ben geçmişte Gözlem, Dördüncü İhtisas Kurulu ve değişik kurumlarca değişik tanılarla çelişkili karar verilen 60 kadar dosyayı çıkarıp incelemiştim. Şu sonuca vardım: Hemen hepsinde işi karıştıran sanığın madde kullanması hususu. Eğer geçmişte madde kullanımı varsa bir kişinin, psikiyatride ne kadar tanı varsa hepsini alabiliyor. Şizofren deniyor, paranoid bozukluk deniyor, bipolar bozukluk deniyor bu yüzden madde kullanımına önem veriyoruz. Geçmişte madde kullanımı varsa bu onun ceza ehliyetinin tam olduğuna dair bir ölçü olarak değerlendiriyoruz. Tek ölçü değil ama. Şimdi bu bakış açımızı değiştirdikten sonra ben 10 yıl önceki 3 yılı ve son 3 yılı Gözlem rakamlarını aldım buraya. Ortalama 1200 civarında vaka geliyor bize ceza ehliyeti bakımından incelenmek üzere.

2010'da gelen vakaların % 86'sına tam demişiz. Ceza sorumluluğu yok dediklerimiz ise % 10'unudur. % 4 tam değil. 2011'de % 84,8, % 11,7, % 3,5 görüyorsunuz. 2012'de % 85,2, % 9,5, % 5. Ama 2019'da yani yaklaşık 10 sene sonra tam dediğimiz sırasıyla % 90'ına ceza sorumluluğu 91,6 ve 91,3 olmuş. Ortalama % 5 tam dediğimiz vakaların oranı artmış. Ceza sorumluluğu yok dediğimiz % 8,2, % 6,9 ve % 7,5 olmuş. Bu da yaklaşık %3 oranında azalmış gördüğünüz gibi. Tam değile de daha az rağbet eder olmuşuz.

Evet, burada 1-2 örnek vaka vereceğim. Mesela seri katil Yavuz YAPICIOĞLU vardı eskiler tanır. Nuray Hocam tanır. Bu Türkiye'nin en fazla cinayet işleyen katili. Tüm gazetelere çıkmıştı zamanında. 40 civarında cinayeti vardı bunun. Nedense hep akıl hastasıdır, cezai ehliyeti yoktur diye raporlar alıyordu. Bunun da geçmişinde madde kullanımı vardı. Madde kullanımı sırasında çırılçıplak E-5'e çıkmış elektrik direğine tırmanmaya kalkmış. Ondan dolayı buna akıl hastası denmiş, cezai ehliyeti yok denmiş. Daha sonra bunun biz sağlam olduğunu, ceza ehliyetinin olduğuna karar verdik.

Daha önce ceza ehliyeti yok raporu alıyor ve Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ne gönderiliyor. Tabi o zamanlar yüksek güvenlikli hastaneler yok. Oradan kaçıyor ve tekrar bir cinayetle geliyor. Ortalama neredeyse ayda 1 kişiyi öldürüyor. Son ceza ehliyeti tam kararı verilince o tarihten beri cezaevindedir.

Mesela bir de güncel bir vaka var. Burada bilimsel bir tartışma olduğu için ismini vermekte sakınca yok. Adnan OKTAR mesela. Bu adam kendisini mehdi zannediyor. Eskiden de takip ettiğim için biliyorum. Akıl hastası mesela bu paranoid hezeyanları var. Ama yaptığı işler, suçları ceza sorumluluğunun tam olmasını gerektiriyor. Çünkü bu suçların hezeyanı ile illiyet bağı yok.

Bir de son vakaya değinelim medyatik bir vaka bu. Samuraycı bir vaka vardı hatırlarsanız İstanbul Ataşehir'de bir genç kızımızı sokakta yürürken internetten ısmarladığı samuray kılıcı ile kafasını kesti mesela. Biz de ona Dördüncü Kurul oybirliği ile ceza ehliyeti tamdır dedik. Onun da geçmişinde madde kullanımı vardı işin ilginci. Ama babası daha sonra mahkemeye 2 tane özel uzman mütalaası ibraz etmiş. İsmini vermeyeyim. İkisi de en ünlü psikiyatri profesörlerimiz. İkisi de 'Bu şizofrendir ceza ehliyeti yoktur, Adli Tıp Kurumu kesinlikle yanlış yapmıştır' diye rapor düzenlemişler. Ama biz bu vakaya da tam verdik. Çünkü kişi işlediği eylemin suç olduğunun bilincinde, adeta bir zevk için yapıyor. Hezeyanların halüsinasyonların etkisiyle yapmıyor.

Teşekkür ediyorum.

Gürol CANTÜRK (Moderatör):
Teşekkür ederiz hocam.

Zamana uyduğunuz için de ayrıca teşekkür ederiz. Zaman sıkıntımız var. Üçüncü konuşmacımız Adli Tıp Kurumu Dördüncü İhtisas Kurulu üyesi Doç. Dr. Nuray CANSUNAR. Hukuki Ehliyetinin Değerlendirilmesi konusunu sunacak. Buyurun hocam.

Fatma Nuray CANSUNAR (Konuşmacı):
Öncelikle herkese hoş geldiniz diyorum. Bu kongrenin düzenlenmesini sağlayan başta kurum başkanı olmak üzere emeği geçen herkese teşekkür ederim.

Ceza sorumluluğunu Sefa SAYGILI Hocamız anlattı. Adli psikiyatrideki diğer önemli konulardan birisi de hukuki ehliyetin değerlendirilmesidir. Hukuki ehliyet denince hak ehliyeti ve fiil ehliyeti bunlar birbirine yakın ama farklı şeyler. Hak ehliyeti kişinin haklara sahip olabilmeleri ve başkaları karşısında borçlanabilme yeteneği. Fiil ehliyeti ise bu hak ehliyetinden elde ettiği hakları aktif bir biçimde kullanabilmesidir. Bunlar arasında ufak tefek farklılıklar var fiil ehliyeti ergin olduktan sonra ortaya çıkıyor. Hak ehliyeti ise doğumdan itibaren kazanılır. Hak ehliyetinde kişiler eşittir. Fiil ehliyetine sahip olan herkes hak ehliyetine sahiptir ancak hak ehliyetine sahip olan herkes fiil ehliyetine haiz olmayabilir.

Fiil ehliyeti olan kişiler neler yapabilirler? Bunlardan birincisi borçlandırıcı hukuksal işlemler; kazandırıcı işlemler, borçlandırıcı işlemler, parasal olmayan işlemler, (evlenme, boşanma, nesebin reddi, evlat edinme gibi.) hakkını aramak için dava açma ve kendisine bir dava açılırsa buna karşılık işlemler yapma gibi işlemleri yapabilirler.

Fiil ehliyetine haiz olabilmek için 3 tane şart gerekiyor; kısıtlı olmamak (405,406,407 ve 408 maddeleri kapsamında kısıtlı olmamak), ergin olmak, ayırt etme gücüne sahip olmak. Adli psikiyatride baktığımız kişilerin ayırt etme gücüne sahip olup olmadığıdır.

Ayırt etme gücü nedir? Kişinin akla uygun olarak hareket edebilme, eylemlerinin neden ve sonuçlarının farkına varabilme yeteneğidir. İrade ve idrak gibi iki öğesi vardır. İsteme, istediğini yapma ve istemediğini yapmama (kişinin eylemlerinin neden ve sonuçlarını değerlendirme yetisi). Biz bunları değerlendirirken adli psikiyatrik bir değerlendirme yapıyoruz.

Adli psikiyatri nedir? Adli tıp ve psikiyatrinin ortak kapsama alanlarında yargıya bilirkişilik yapan bir bilim dalıdır. Adli psikiyatrik değerlendirme yaparken nelere dikkat etmemiz gerekiyor? Mümkün olan en kısa sürede, doğru sonuçlara

ulaşabilmemiz için multidisipliner çalışmamız lazım. Yani mütalaalarımızı düzenlerken sadece adli tıp, klinik psikiyatri değil hukuk, nöroloji, adli bilimler, kriminoloji ve psikoloji, sosyoloji alanında çalışanlarla birlikte bilgi alışverişi yapmamız gerekmektedir.

Mahkemece düzenlenmesi istenilen mütalaa konularını sınıflandırırsak, kişilere vasi ya da yasal danışman atanmasına gerekli olup olmadığı. Bu madde Medeni Kanun 405'te mevcut. Akıl hastalığı, akıl zayıflığı nedeniyle işlerini göremeyen, korunması ve bakımı için kendisine sürekli yardım gereken ve başkalarının güvenliğini tehlikeye sokan kişi kısıtlanır. Medeni Kanun 429'da ise eğer kısıtlanma için yeterli bir sebep yok da korunması bakımından fiil ehliyeti sınırlandırılması gerekenlere bir yasal danışman atanır. Medeni Kanun 474'te de ise akıl hastalığı nedeniyle kısıtlanan kişi daha sonra başvurup bu hastalığım geçti diye mahkemeye başvurduğu zaman bu kişiler için değerlendirme yapıyoruz. Şimdi vasi ya da müşavir eski adıyla yani danışman tayininde yaptığımızda durum tespiti yapıyoruz. Muayene sırasındaki durum tespiti ve bunun ileriye dönük olarak değerlendirilmesi yapılmaktadır Yani kişide herhangi bir psikiyatrik hastalığı varsa bu hastalık nedeniyle ileriye dönük bu işlemlerde ne kadar sağlıklı davranabileceğinin tespitini yapıyoruz. Bunlarda önemli olan muayene. Yaşayan kişiler hakkında mütalaa düzenlenebilmesi için mutlaka kişinin muayene edilmek üzere kurulumuza gönderilmesi gerekiyor. Bu muayenede psikiyatrik ve nörolojik ayrıntılı muayene yapılıyor. Eğer gerekirse iddia edilen dâhiliye hastalıklar iddiası varsa, bunun psikiyatrik semptomlara neden olduğu söyleniyorsa, o zaman biz de diğer kurulda görevli dâhiliye üyemizden destek istiyoruz.

Diğeri ise psikometrik tetkikler. Adli psikiyatri multidisipliner olduğu için muayenemiz yanı sıra destekleyici testlere de ihtiyacımız var. Bunlar kurulumuzda çalışan psikologlar tarafından yapılmakta. Kişide neyden şüpheleniliyorsa onunla ilgili testler isteniyor. Örneğin kişilik testleri, rorschach testi, MMPI veya zekâ geriliği için zekâ testleri, nöropsikolojik testler, bazen bunların hepsi birden, bazen birkaçı istenebiliyor. Muayenede de mutlaka kısa akıl muayenesi yapıyoruz. Şimdi burada mesela rorschach testini gösteriyorum. Rorschach testinde simülasyonda yapmaları çok zor. Bu kartlar tek tek gösteriliyor ve kişinin bu şekilleri neye benzettiği soruluyor ve psikologlar buradaki banal ve patolojik cevaplardan bunları tespit edip bir kişilik profili çıkarıyorlar. Bu test, projektif bir test hasta ne cevap verirsem ne tür bir sonuç çıkacak bilmiyor. Diğer bir test ise zekâ testlerinden porteus testli burada gözükmüyor ama bir fare geliyor peynire hangi yolla ulaşacak diye. Bu da eğitimsizlere uygulanan test. Daha sonra başka testlerimiz de var kent EGY testi gibi.

Diğer bir konu burada radyolojik tetkikler. Eğer gerekirse mahkemesine müzekkere yazılarak mahallinden radyolojik tetkikler isteniyor. Tıbbi belgeler bizde olmazsa olmaz. Çünkü karar verirken çok önemli Evet, zekâ geriliği tanısı olanlar için vasi ya da yasal danışman atanmasına daha rahat karar verilebiliyor. Ama örneğin bipolar efektif bozukluk hastalığında eksitasyon ve depresyon nöbetleriyle giden ve arada tam sağlık içerisinde bulunan bipolar affektif bozukluk hastalığında genelde muayeneye ara dönemde geliyor ama eğer sık nöbet geçiriyorsa, sık yatışları varsa o zaman vasi tayini. Daha az yatış poliklinik takipleri varsa ancak yaptığı işlemlerde arada kendisini ve ailesini zor durumda bırakabiliyorsa yasal danışman. Veya kişide ilaç uyumu çok iyi, işlevselliği iyi, sürekli kontrole gidiyor, kontrollerde de remisyonda bulunuyorsa o zaman da vasi ya da müşavir tayinine mahal olmadığı deniliyor. Bir de burada simülasyonu düşündüğümüz gibi Gökhan Hocamın da anlattığı gibi, bazılarında hastalığını disimüle eden hastalar da var. Mesela hezeyanlı bozukluklar, asla vasi altına alınmak istemiyor ve bizi yönlendirmeye çalışıyor. Dolayısıyla eski tıbbi belgeler, muayene kayıtları, yatışları, bizim için çok önemli. Orta-ağır zekâ gerilikleri, şizofreni, şizoaffektif bozukluk, bipolar efektif bozukluk, demansta vasi önerilir. Yasal danışman ise hafif zekâ geriliği, hafif kognitif bozukluk, genel tıbbi duruma bağlı kişilik değişikliği, bipolar efektif bozuklukta biraz önce bahsettiğim tabloda olanlar. Kişilik bozuklukları (antisosyal k.b.,borderline k.b. gibi) vasi veya yasal danışman tayini kapsamında olmuyor.

Geçmişe dönük işlemlerde değerlendirme ise şöyle, kişinin kısıtlanması için değil de geçmişte yaptığı bir hukuki işlem için fiil ehliyetine haiz olup olmadığı soruluyor Mesela geçmişte bir vekâletname veriyor veya tapu satışı yapıyor, sözleşme yapıyor, çek veya senet veriyor. Bu durumda kişide akıl hastalığının, zekâ geriliğinin olup olmadığının yanı sıra o tarihte fiil ehliyetini etkileyecek geçici bir sebep olup olmadığının da tespiti gerekmektedir. Muayene, psikometrik tetkikler yapılıyor. Gerekirse konsültasyon isteniyor. Ama burada tıbbi belgeler çok önemli. Örneğin bugün demans saptadığımız kişinin 5 yıl önce demans tablosunda olup olmadığının tespiti için tıbbi belgelerimiz gerekli. Eğer zekâ geriliği saptadıysak o zaman doğuştan var olup ömür boyu sürecek olan bu zekâ geriliğinin etkisi altında olduğunu söyleyebiliriz ama diğer hastalıklarda örneğin bipolar efektif bozuklukta bunu bilebilmemiz için tıbbi belgelerinin elimizde olması gerekir. Örneğin; bipolar efektif bozukluk tanısıyla tedavi olan bir kişi farklı tarihlerde yaptığı işlemler için bazılarında fiil ehliyetine haiz olup bazısında fiil ehliyetine haiz olmayabilir. Çünkü bir tarihten hemen sonra manik tablo ile yatışı olup ve kişinin yatış içeriği bizim kriterlerimizi dolduruyorsa o zaman fiil ehliyetine haiz olmadığını söyleyebiliriz. Ancak hiçbir tıbbi belgesi yoksa fiil ehliyetine haizdir deriz. Ya da demans tablosunda da böyle. Kişide bugün bir demans bulabiliriz ancak tıbbi belgelerine bakarız ki 5 sene öncesinden bu demans başlıyor. 10 sene önceki akdinde sağlamdır deriz ama demans tablosu içinde olan akitte fiil ehliyetine haiz değildir deriz.

Diğer bir ana konu da aile mahkemesinden gönderilen boşanma davaları. Medeni Kanun Madde 165'e giriyor. Bunlarda eşlerden birisi diğerinin akıl hastası olduğunu, bunun geçmeyeceğini ve evliliği karşı taraf için çekilmez hale getirecek mahiyet ve derecede olduğunu iddia ediyor. Bu durumda mütalaada şunlara dikkat ediyoruz; iddia edilen akıl hastalığının mevcut olup olmadığı. Bazen boşanma dilekçelerinde nafaka vermemek, çabuk boşanabilmek için durum abartılabiliyor. 3 ay antidepresan alan eşine şizofreni hastası veya bir iki bir şey yapamıyorsa bu zekâ gerisidir diye iddia edebiliyor. Bunlara bakıyoruz, tabi sadece iddia edilen hastalığa değil tüm hastalıkların mevcut olup olmadığının ayırıcı tanısı yapılıyor.

İkinci maddesi; bunun geçmesine olanak sağlayıp sağlamadığı.

Burada sadece hastalığın geçmesi değil tanımlanan. Hastalık belirtilerinin tedavi ile denetlenebilmesi. Tedaviye uyumlu bir hasta, tedaviye yanıtlı bir hastalık bu kapsamda olmayabilir.

Diğer madde de evliliğin butlanı. Evliliğin butlanı demek yani evliliğin yok sayılması, hiç olmamış sayılması. Bu da Medeni Kanun madde 145'te belirtilmiştir. Burada bir evlilik gerçekleşmiştir ancak daha sonra psikiyatrik değerlendirme gerektiren bir durum iddiasıyla evliliğin iptali davası açılır. Burada da yine geçmişe yönelik bir araştırma ve değerlendirme yapmamız gerekir. Bugün tamam bir hastalık bulduk ama evlilik tarihinde bazı evlilikler 30 yıl önce oluyor. Bu hastalığın mevcut olup olmadığı, şimdi şizofren buluyoruz ama 30 yıl öncede böyle miydi bunu cevaplamamız gerekir veya belki evlilikten kısa bir süre sonra bir manik tablo ile yatışı olabilir. Evlilik yaparken sağlık raporu alınıyor ama bu çok kısıtlı bir rapor. Hiçbir şekilde ne psikiyatrik ne nörolojik muayene yapılmıyor. Evliliğin hemen akabinde bir yatışı olması, kurulumuzca saptanan fiil ehliyetini ortadan kaldıran hastalığın o tarihteki tıbbi belgelerinde mevcut olması evliliğin butlanını gerektirir. Bu durum gösteriyor ki özellikle yatış evrakları, poliklinik kayıtları ve dava dosyasında mevcut ifadeler de mütalaa düzenlenirken önemli bir yer tutmaktadır.

Diğer bir konu ise ölmüş kişilerin işlemler sırasındaki fiil ehliyeti. Adli psikiyatride önemli ve karar vermesi zor bir konu; ölmüş kişilerde yaşarken yapmış olduğu akitlerde fiil ehliyetine haiz olup olmadığının tespiti. Çünkü kişiyi öldüğü için muayene edemiyoruz ve tüm yaptığımız tıbbi belgelerden değerlendirmek. Bu tıbbi belgeleri mahkemesinden bir müzekkereyle (akit öncesi, esnası, sonrası tüm tıbbi belgeleri ve tedavi evrakları, yatışları, reçeteleri varsa sağlık karnelerini) istiyoruz. Ama eğer gönderilmezse, kişinin hiç tıbbi belgesi yoksa hakkında karar verilemeyeceği diyoruz. Ölmüş kişilerde tıbbi belgelerin öneminden bahsediyorum çünkü akite en yakın tarihte ne tür bir belgesi olduğu veya daha öncesinde veya daha sonrasında tıbbi belgelerin olup olmadığına bakıyoruz. Çelişkili raporların varlığında gerçekten zor karar veriyoruz hastane raporlarında bunama tanısı konuyor ama ayrıntılı muayene bulguları olmuyor. Kısa süre sonra bu kişilerin sağlam olduğuna dair raporları olabiliyor. Akit tarihinde kişiler hakkında düzenlenmiş ayrıntılı muayene kayıtlarını içeren raporlar bize yol gösterici olabiliyor. Dolayısıyla bu kişiler hakkında en kısa sürede ve doğru mütalaayı düzenleyebilmek için tüm tıbbi belgelerin eksiksiz olarak dava dosyasıyla birlikte gönderilmesi gerekiyor.

Beni dinlediğiniz için teşekkür ederim.

Hasan Turan KARATEPE (Moderatör):
Hocam teşekkür ederiz sağ olun.

Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden Şenol Hoca, 'Cinsiyet Değişiminin Adli Psikiyatrik Açıdan Değerlendirilmesi' sunumunu yapacak. Şenol Hoca yaklaşık 10 yıldır cinsiyet disforisi, transseksüalite olgularıyla çalışıyor. Yaklaşık, hocam sayısını hatırlıyor mu bilmiyorum ama 1200'e yakın vaka sayısı var. O açıdan söyleyeceği şeyler çok kıymetli bizim için. Buyurun hocam.

Şenol TURAN (Konuşmacı):
Sayın Başkan, kıymetli katılımcılar bu oturumumuza hepiniz hoş geldiniz. Biraz çetrefilli bir konudan bahsedeceğiz, zor bir konu. Birçok kişinin aslında fikrinin olduğu ama bir yandan da bilgisinin çok da olmadığı bir konu bu. Birlikte incelemeye çalışalım. Gerçi konuşma öncesi biraz vakit talebim olmuştu; hızlıca yetiştirmeye çalışacağım. Sunum planını şu şekilde yaptım, öncelikle cinsellikle ilgili kavramlardan bahsedeceğim. Cinsiyet disforisini ya da cinsiyet değiştirme talebinde bulunan kişileri anlamak için bu başlık çok önemli çünkü bu kavramları bilmezsek eğer, sözgelimi eşcinselleri transseksüel zannedebiliriz. Başka kavramları işin içinde yanlış bilgi olduğu için anlayamayabiliriz. Cinsiyet disforisi (hoşnutsuzluğu) ifadesi var; şu anda hâlihazırda transseksüeller için DSM-5 sınıflandırma sisteminde kullanılan ifade bu. Ben de sunum boyunca bu ifadeyi kullandım. Bazı yerlerde de transseksüalizm ifadesi olarak geçiyor. Daha sonrasında da cinsiyet değiştirme sürecinden kısaca bahsedeceğim.

Terminolojiye baktığımızda *"cinsiyet"* dediğimiz kişinin biyolojik yapısını ortaya koyan eş anlamlı olarak *"tenasüliyet"* olarak ifade edeceğimiz kavram var. Yani kişiyi kadın ya da erkek yapan anatomik, biyolojik, genetik, fiziksel özellikler burada ifade ediliyor. Bu *"cinsiyet"* ifadesi İngilizcedeki *"sex"* kavramı ile karşılık buluyor. Yine burada benzer özellikler gonadlar, iç dış genitaller bütün bunlar yani biyolojik yapıyı anlatan kavram *"sex"* kavramının kapsamı içerisindedir. *"Toplumsal cinsiyet"* denilen kavram ise İngilizcede *"gender"* kelimesi ile ifade edilir. Burada, erkek ve kadınla ilişkili ayırt edici psikolojik ve davranışsal özellikler kastedilmektedir. Yani davranışlarımıza, tutumlarımıza cinsiyetin kattığı özelliklerdir. Değişik kültürlerde, coğrafyalarda farklı olabiliyor.

İkinci önemli kavram yani biyolojik yapıdan sonra *"cinsiyet kimliği"* kavramıdır. Bu kavramı *"kişinin kendini ait hissettiği cinsiyet"* olarak tanımlayabiliriz. Yani bir bireyin *"ben erkeğim"* ya da *"ben kadınım"* algısı. Bu, *"cinsiyet kimliği"* olarak ifade ediliyor.

Bir başka kavram *"cinsiyet rolü"*. Kadınsılık ya da erkeksilik diyebiliriz. Toplum içerisinde sergilediğimiz davranışlarımız. Bazı davranışlar erkeklere özgü bazıları kadınlara özgüdür. Bu da bu başlık altında, *"cinsiyet rolü"* başlığı altında yer alıyor. Özellikle çocuklar için bu önemli çünkü, çocukluk döneminde oynanan oyuncaklar, oynanan oyunlardaki rollerde kendini gösterebiliyor ve ebeveynler tarafından fark edilebiliyor. Mesela biyolojik olarak kız çocuk evcilik oynuyor ama *"baba"* rolünü almak istiyor; ya da biyolojik olarak erkek çocuk ama *"anne"* rolünü almak istiyor. Son olarak da *"cinsel yönelim"* kavramı var. Bu da *"kişinin düşünce, duygu ve davranışsal olarak çekim duyduğu cinsiyeti"* ifade eden bir kavramdır. Aseksüel, cinsel yönelimin olmaması. Heteroseksüel, karşı cinse ya da diğer cinse ilgi duymak, homoseksüel kendi cinsiyetine, biseksüel her iki cinsiyete ilgi duymak. Yani her birimizin cinsellikle ilgili durumunu özetleyen bu özelliklerimiz olduğunu söyleyebiliriz. Birincisi biyolojik cinsiyetimiz var; kadın-erkek. İkincisi kendimizi ait hissettiğimiz cinsiyet var buna *"cinsiyet kimliği"* diyoruz yani kadın ve erkek hissetme durumu. Üçüncüsü cinsiyetimizin dışa vurumu var, yani "cinsiyet rol"ümüz kadınsı ya da erkeksi özelliklerimiz. Dördüncüsü de cinsel yönelimimiz var yani hangi cinsiyete yöneliyorsak buna özgü tanımlar burada ifade ediliyor.

Şimdi birkaç şema ile bazı durumları tanımlamaya çalışalım. Örneğin biyolojik yapısı erkek, kendini "erkek" olarak hissediyor

"ben erkeğim" diyor bundan memnun, dışarıdan bakıldığında toplumsal cinsiyet rolü yani toplumda sergilediği davranışları erkeksi ya da kadınsı, cinsel yönelimi de erkeklere ise bu durum eşcinsel bir erkeği tarif eder. Bir başka örnek, biyolojik yapısı "erkek" fakat kendini "kadın" olarak hissediyorsa, "ben kadınım kadın olmak istiyorum" , kendi bedenindeki özelliklere atıf yaparak "bedenimdeki özelliklerden hoşnut değilim" diye söylüyorsa, dışarıdan bakıldığında kadınsı özellikleri belirginse ve cinsel yönelimi kadın veya erkeklere olabilir bundan bağımsız olarak kendini ait hissettiği cinsiyet ile biyolojik yapısı uygunsuz olduğu için bu vakada da cinsiyet disforisi yani transseksüel tanımını yapabiliriz. Buradaki vaka örneğinde erkek olup kadın olmak isteyenlere yani biyolojik olarak erkek olup kadın olmak isteyenlere "trans kadın" ifadesi kullanılıyor. Burada da biyolojik yapısı "kadın" kendisini "kadın" olarak hissediyor, dışarıdan bakıldığında cinsiyet rolleri kadın ya da erkek olabilir; cinsel yönelimi de kadınlara ise bu eşcinsel bir kadını tarif eder. Biyolojik yapısı "kadın" ancak kendini "erkek" olarak hissediyorsa, "ben erkeğim" diyorsa dışarıdan bakıldığında erkeksi rolleri belirginse ve cinsel yönelimi de "erkek" veya "kadın"lara olabilir bu vaka da yine bir transeksüel vaka olarak ifade edilebilir. Az öncekinin tersi olan bir vaka bu ve bu durumdaki kişilere de "trans erkek" ifadesi kullanılmaktadır.

Bu kavramlardan ve tanımlardan yola çıkarak cinsiyet disforisinin tanımını yaparsak, kişinin kendini ait hissettiği cinsiyet ile o kişinin biyolojik yapısı arasında bir uyuşmazlık vardır ve bundan dolayı kişi diğer cinsin üyesi olmak ister, kendi bedenindeki özelliklerinden kurtulmak ve diğer cinsin özelliklerine de sahip olmak ister; işte bu durumun oluşturduğu sıkıntılı tabloya cinsiyet disforisi diyoruz. İsimlendirmeye baktığımızda geçmiş yıllarda daha önceki sınıflandırma sistemleri olan Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırma sistemi olan ICD-10, ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sistemi olan DSM-IV'te "cinsel kimlik bozukluğu" ifadeleri yer alıyordu. Fakat şimdi yeni sınıflandırma sistemlerinde yani DSM-5'te cinsiyet disforisi (hoşnutsuzluğu) ifadesi yer alıyor. Dünya Sağlık Örgütü'nün bu yılın başlarında yayınladığı ICD-11'de de *"cinsiyet uyumsuzluğu (gender incongruence)"* ifadesi de bu tanım için kullanılıyor. Geçmiş yıllara kıyasla ifadeler biraz daha yumuşatılmış görünüyor. Baktığımızda "çocuklar" ve "ergen-erişkinler" şeklinde iki tanı grubu var DSM-5'te tanımlanan. Çocuklar için işi biraz daha sıkı tutma eğilimi var. Çünkü bu grupta tanı kriterleri bağlamında yer alan 8 maddeden 6 tanesinin olması gerekiyor. Ergen ve erişkinlerde ise 6 maddeden 2 tanesinin olması tanı konulabilmesi için yeterli. Zamanımız çok olmadığı için bunlara çok giremiyorum. Ama çok kısaca çocuklar için oluşturulmuş tanı kriterlerinde yer alan ifadeleri dikkatinize sunmak isterim. Diğer cinsiyetten olmayı çok istiyorlar, erkeklerde diğer cinsin kıyafetlerini giyme isteği oluyor, bununla ilgili bir hikâyesi oluyor. İmgesel oyunlarda diğer cinsin yerine geçmek istiyorlar. Oyun arkadaşlarını diğer cinsten seçiyorlar. Yine oyunlarda, oyuncak seçimlerinde hep diğer cinsin özelliklerini bu çocuklarda görüyoruz. Son iki kriterde ise tanı kriterleri olarak bunlar anatomi kriterleri olarak bilinir ve bunlar da çoğunlukla ergenlik döneminde belirgin hale geliyor.

Cinsiyet disforisi nadir görülen bir durum genel olarak 1/10.000 gibi bir orandan bahsedebiliriz. Çok yaygın görülen bir durum değil. Erkekten kadına geçmek isteyenler literatürde 2-2,5 kat daha fazla deniyor; bizim de böyle bir çalışmamız var; 2006-2013 yılları arasında, o çalışmada Cerrahpaşa'ya başvuran vakalarda 2,6 kat erkekten kadına geçmek isteyenler daha fazlaydı. Fakat 2013'te biz Cinsiyet disforisi polikliniği kurduk bu vakaları değerlendirmek için. Orada 1265 vaka başvurmuş bize şimdiye kadar. Aşağı yukarı 8-9 yılda. Bu vakaların tam tersine döndüğünü görüyoruz yani aşağı yukarı kadından erkeğe geçmek isteyenler 3 kat daha fazla başvuruyor gibi görünüyor.

Cinsiyet disforisinin etiyolojisinde net ilişkisi olduğu bilinen bir biyolojik anormallik yoktur ancak son yıllarda yapılan çalışmalar anne karnında testosterona maruz kalmanın burada çok belirleyici olduğuna işaret ediyor gibi. Özellikle 2005 yılından itibaren nörobiyoloji çalışmaları bu konuyu odak noktasına almış görünüyor ve bununla ilgili çalışmalar da özellikle gebeliğin 8 ve 24. Haftası hatta 16. Hafta burada çok önemli deniyor. Gebeliğin 16. Haftasını içine alan bu dönemde testosteron seviyelerinin erkek fetüslerde pik yaptığı biliniyor. Burada acaba kız fetüsler de erkek fetüsler gibi testosterona mı maruz kalıyorlar diye düşünülüyor. Ya da tam tersi erkek fetüs testosterona maruz kalmıyor mu gibi birtakım etiyolojik araştırma sonuçları var.

Bu girizgâhtan sonra cinsiyet disforisinin adli tıbbi yönüne geçebiliriz. Bu vakalar bize nasıl başvurabilir? Birincisi, rapor düzenlenmesi amacıyla, mahkemeler tarafından bize yönlendirilebilirler. İkincisi de kişi kendisi başvurabilir 'Ben cinsiyet değiştirmek istiyorum' şeklinde bir başvuru yapabilir. Burada mesela bir mahkemenin gönderdiği rapor örneği var. Kullanılan ifadeler uygun bir biçimde kişinin "transseksüel yapıda olup olmadığının, cinsiyet değişikliğinin ruh sağlığı açısından zorunlu olup olmadığının" bize sorulması biçiminde olabilir. Bazen de mahkemelerden gelen yazılar, mesela "cinsel yöneliminin ne olduğu…" biçiminde olabiliyor. Oysa cinsel yönelim, cinsiyet kimliği ile ilgili bir durum değil. Mahkemeler de dahil hepimizin bu konuda kafası karışık olabiliyor. Bir başka şey mesela; transseksüel bir bireyde cinsiyet düzenleme istemli bir davada "şahsın fiziki, biyolojik ve psikolojik uygunluk durumu, hâlihazırda görmekte olduğu tedavilere ilişkin bilgi ve belgeler" istenebiliyor. Veya "hastanın cinsiyet olarak hangi fenotipte olduğu" sorulabiliyor. Farklı ifadelerle aslında aynı şey istenmeye çalışılıyor diye yorumlayabiliriz bunu. Ama belki o ilk gösterdiğim örnekteki ifade en doğrusu gibi görünüyor.

Cinsiyet geçişine yönelik hukuksal prosedür halihazırda "cinsiyet değiştirme süreci" olarak ifade ediliyor fakat tıbbi literatürde "cinsiyet geçiş süreci", son yıllarda da "cinsiyet uyum süreci" daha fazla kullanılıyor. İlk düzenleme bir sanatçının İngiltere'de yapılan ameliyatı sonrasında 1988 yılında yapılmıştır. Daha sonra bu oldukça eleştirilmiş. Sonrasında bu 29. maddeye eklenen fıkra ile 1988'de bir takım ifadeler var zaman olmadığı için bunlara giremeyeceğim. Şu anda hâlihazırda olan madde ise Türk Medeni Kanunu'nun 40.maddesidir. Bu maddede ise cinsiyet değiştirmek isteyen kişi şahsen başvuruda bulunarak mahkemece cinsiyet değişikliğine izin verilmesini isteyebilir. Fakat bunlar bazı şartlara bağlanmıştır. Bu şartlar açısından rapor düzenlememiz gerekiyor. Burada bu maddenin iki önemli fıkrası var; bunlardan birincisi ameliyat öncesi, ikincisi de ameliyat sonrası. Ameliyat öncesinde cinsiyet değişikliğine izin verilebilmesi için öncelikle sağlık kurulu raporunun, sonrasında da mahkeme kararının alınmış olması gerekiyor. Yani bu kişiler ameliyat olabilmek için mahkemeye başvuruyorlar, mahkeme duruşma sonrasında bir eğitim araştırma hastanesinden sağlık

kurulu raporu istiyor. Raporun sonucunda cinsiyet değişikliğine izin veriliyor. Fakat bu da yine mahkeme kararıyla oluyor. Daha sonrasında kişi ameliyat oluyor. Ameliyat olduktan sonra ise ikinci kısmı başlıyor. Burada da cinsiyet değişikliğinin nüfus kütüğüne yansıtılması için yine bir sağlık kurulu raporu isteniyor. İkinci bir rapor çıkarılması gerekiyor. Gereken şartları gözden geçirirsek; birincisi kişinin 18 yaşını doldurmuş olması gerekiyor. Kanunda belirtilmemiş ama ayırt etme gücüne elbette ki sahip olmalı. İkinci şart kişinin halihazırda evli olmaması gerekiyor. Bazı vakalar mesela zorla evlendirilmiş, çocuğu olmuş bu tarz vakalar da olabiliyor. Fakat hâlihazırda evli olmaması lazım çünkü kanuna göre erkek erkeğe evlilik ya da kadın kadına evlilik uygun olmadığı için, eğer burada cinsiyet değiştirme işlemi gerçekleştiyse erkek erkeğe evlilik durumu söz konusu olacağı için, evli olmama şartı mevcuttur. Bunların yanında kişi transseksüel yapıda olmalı, cinsiyet değişikliğinin ruh sağlığı açısından zorunlu olması ve üreme yeteneğinden sürekli biçimde yoksun bulunması şartları kanunda yer alıyor. Bu son üç şartı gözden geçirirsek yani 18 yaşını doldurmuş olması ve evli olmama dışında. Kişinin transseksüel yapıda olup-olmadığının değerlendirilmesi aslında ruh sağlığı hekimlerine düşen bir görev. Yani bu tanıyı koymak. Burada işte hormonal ve cerrahi süreçlerin başlatılması için ruhsal durum değerlendirmesi bir zorunluluk. Ve kişiler cinsel kimlik özelliklerinin değerlendirilmesi açısından değerlendiriliyorlar. Bazı vakalarda tanı koymak aşağı yukarı 4 ila 6 ay kadar sürebiliyor. Özellikle şunu söyleyeyim. Son yıllarda, son birkaç yıldır özellikle ülkemizde de daha karmaşık vakalar, tanıları daha zor vakalar görmeye başladığımızı söyleyebilirim. Aile görüşmeleri olabiliyor. Yaşanan durumla ilgili aileleri bilgilendirmek hem de kişinin çocukluğuna dair bilgi almak, daha sonraki dönemdeki davranışlarını gözden geçirmek adına önemli. Burada amaç cinsiyet geçişi isteyen kişinin transseksüel olup olmadığını belirlemektir. Maddede yer alan "cinsiyet değişikliğinin ruh sağlığı açısından zorunlu olması" ifadesi; bu "zorunlu" ifadesi bizleri de aslında zorlayan bir ifade. Çünkü "zorunludur" yerine raporda "uygundur" demek daha makul geliyor hep de o şekilde söylüyoruz ama mahkemelerden bu nedenle bazen geri dönüşler olabiliyor. Uygun yerine zorunlu dememizi talep edebiliyorlar. Fakat zorunlu demek çok zor çünkü kişilere sanki zorla bu işi yapacaksınız der gibi bir algı oluşabiliyor. Burada yine transgender ya da transseksüel kişilerin cinsiyet kimliklerinin, kendilerini ait hissettikleri cinsiyetlerinin biyolojik cinsiyetleriyle uyumsuz olduğuna yönelik açık delillerin olması lazım. Ruh sağlığı uzmanının bu tanıyı koyması gerekiyor. Gerçek yaşam deneyimi diye bir ifade var. Çok dikkat ediyoruz. Birazdan bahsedeceğim. Bu ifadenin kullanılması için önemli. Gerçek yaşam deneyimi derken neyi kast ediyoruz? Burada bireyin hormonal ve geri dönüşümsüz cerrahi müdahaleler başlamadan önce kendini ait hissettiği cinsiyet kimliğine uygun olan cinsel rolü toplumda yaşamasıdır. Mesela erkek kişinin saçlarını uzatması, makyaj yapması gibi ya da kıyafet olarak kadın kıyafetleri giymesi gibi ya da epilasyon yaptırması gibi bu tarz durumlar gerçek yaşam deneyimi olarak ifade ediliyor. Bir kadın için de mesela saçlarını kestirmesi, erkek kıyafetleri giymesi, göğüslerini bağlaması, birtakım aparatlar var bunlara yönelik geliştirilmiş. Bu gerçek yaşam deneyimi süresinin ameliyat öncesinde en az 12 ay olması öneriliyor ve bu gerçek yaşam deneyimi bireyin niyetini, tercih ettiği cinsiyete uyumlu fonksiyon görme kapasitesini sınamak için önemli görülüyor. Hem endokrinoloji hem psikiyatri uzmanlarına bir rehber oluyor bu. Ameliyat ve hormon kullanımı hakkında bu süreçle ilgili kişileri bilgilendiriyoruz. Ameliyattan beklentileri gerçekçi mi, kimisi mesela çocuğu olacağını düşünüyor ameliyattan sonra, bunları konuşuyoruz. Ameliyattan sonra sosyal, mesleki, özel yaşam alanlarında oluşacak zorlukları konuşuyoruz. Çünkü öğretmen birisi yani bu süreci öyle bir zamana getirmeli ki işte o işyerinde yaşayacağı zorlukları nasıl aşacak bununla ilgili planlamalar yapmalı. Uygun olan adaylar ameliyata bu şekilde hazırlanıyor. Aile destek, bilgilendirme toplantıları yapılıyor. Ameliyat kararı tüm bu sürecin sonunda zorunluluk ifadesini kullanabilmek için işte en az 2 yıldır kişinin cinsiyetinden rahatsız olması, psikoterapi tedavisi sonrasında endokrinoloji ve psikiyatri uzmanı tarafından operasyon önerilirse eğer yönlendirilmeli. Gerçek yaşam deneyimi en az 12 ay olmalı ve cinsiyet değiştirme ameliyatı hastayı en az 6 aydır tanıyan hekim tarafından uygun bulunabilir deniyor. Son olarak da üreme yeteneğinden sürekli biçimde yoksun olma. Bu ifade de yine kanunda yer alan ifade. Üreme yeteneğinden bu kişiler yoksun değillerdir, üreyebilirler. Bu şartı sağlamak için geçmişte bu bireyler çeşitli ameliyatlar olmak zorundaydı. Merdiven altı bir takım ameliyatlar, orşiektomi gibi yumurtalıklarını aldırma gibi bu şartı sağlamak adına. Fakat 2017 yılında Anayasa Mahkemesi bu şartı kaldırdı. Oy çokluğu ile kaldırma gerçekleşti.

Hasan Turan KARATEPE (Moderatör):
Toparlayabilirsek.

Şenol TURAN (Konuşmacı):
Burada da şunu söyleyebilirim. Mahkemelerden gelen rapor istemlerinde üreme yeteneğinden sürekli biçimde yoksun bulunup bulunmadığı hala soruluyor bize. Ama aslında bu Anayasa Mahkemesi tarafından kaldırılmış bir ifade.

Şimdi bütün bunlardan sonra ilgili yasa çerçevesinde sorun olarak şunları söyleyebiliriz; Birincisi hormon ile ilgili sorunlar. Yani bu tedavinin başlaması için diyelim kişi kadından erkeğe geçmek istiyor. Testosteron başlanacak, bunun için mahkeme kararı gerekli midir? Çünkü cinsiyet değişikliği ifadesi kapsamı içerisinde yer alıyor bu. 18 yaş altına hormon tedavisi uygulanabilir mi? Cinsiyet değiştirmeye yönelik çeşitli ameliyatlar yapılıyor burun estetiği, tiroit kartilaj operasyonu gibi. Ses tellerine yönelik inceltme ameliyatları, memelerin alınması gibi. Bunlar cinsiyet değişikliği izin kararını gerektirir mi? İzinsiz veya yurt dışında cinsiyet değiştirme ameliyatı olanlar var. Bunlar başvurabiliyorlar, bunlara ne diyeceğiz? Kanunun hangi kısmından başlayacaklar? Bu bir sorun olarak görünüyor. Ameliyatların bir kısmının yapılması sonrası nüfus kütüğü değişebilir mi? Bu da çok önemli bir sorun. Çünkü kimi vakalar kadından erkeğe geçmek istiyor. İç organlarını aldırıyor. Histerektomi, ooferektomi ameliyatlarını oluyor. Bu yeterli mi, yoksa illa rekonstrüksiyonu da mı yapılması lazım bu vakalarda? Bazı hâkimler burada mesela onay veriyor, bazıları vermiyor ve tüm ameliyatların yapılmış olmasını şart koşabiliyorlar. Yine bu önemli bir sorun gibi duruyor. Mahkeme kararının süresi ne kadar geçerli? Birinci fıkrada yer alan eğitim araştırma hastanesi şartı var. Fakat ikinci fıkrada "eğitim araştırma hastanesi" ifadesi yok. Yani bu alanda bütün hastaneler bu raporu verebilir mi? Gibi sorular yer alıyor. SGK tüm ameliyatları, en az 1 yıllık psikiyatrik takip yapılmış ise karşılıyor. 2013'te yayınladığı bir genelgede bu belirtilmiştir. Fakat burada bir raporda 6 tane uzmanın; endokrin, ürolog, kadın doğum, psikiyatri, plastik cerrahi ve tıbbi genetikten de uzman görüşünün eklenmesini

şart koşuyor. Bu bağlamda hastanelerde cinsiyet değerlendirme kurullarının kurulduğu biliniyor ancak çok az sayıda hastanede var bu kurullar. Cerrahpaşa'da da biz bir ekip kurduk. Bu ekibin verdiği her iki raporun örneğini buraya aldım. Şimdi birincisinde ameliyatlara izin verilebilmesi için birinci fıkrayı işte bütün bölümlerin notlarını yazdığı en azından 1 yıl çoğu zaman 1 yıldan daha fazla süren sürecin sonunda bu kişilere raporlar veriliyor. Bu da ikinci kısım. Yani ne tür ameliyatlar olmuş bunları değerlendiren kısım bir rapor örneği idi.

Peki benim anlatacaklarım bunlar, teşekkür ederim.

Hasan Turan KARATEPE (Moderatör):
Bu konuları 15 dakikada anlatmak çok zor gerçekten.
Çok sağ olun.

'Suça Sürüklenen Çocukların Adli Psikiyatrik Açıdan Değerlendirilmesi' konusunu Alperen BIKMAZER anlatacak. Alperen, Medeniyet Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisinde öğretim üyesi aynı zamanda da 10 yıldır Adli Tıp Kurumu'nda. Adli Tıp Kurumu'ndaki tecrübesi yabana atılır bir tecrübe değil. Bu açıdan da yine söyledikleri kıymetli olacak.

Alperen BIKMAZER (Konuşmacı):
Sağ olun hocam. Davetleri için kurum başkanımıza ve Düzenleme Kuruluna teşekkür ediyorum. Süremiz 15 dakika olduğu için ben çocuk-erişkin farkından söz edip ceza sorumluluğu değerlendirmesinde nelere dikkat edilir, onlardan hızlıca bahsedip bitirmeye çalışacağım.
Neden SSÇ? Hem kanunlarımızda hem uluslararası bildirgelerde çocuk tanımı yapılmış. 18 yaşa kadar olan bireyler çocuktur. Çocuk kavramı gündeme gelince tabi çocuğun yüksek yararı ilkesi de mutlaka zihnimizin bir köşesinde yer alması gereken bir kavram. Çocuğu Koruma Kanunu'nda aslında suça sürüklenen çocuk kavramı mevzuatımızda yer alıyor. Tanımı yapılmış. Bu kanun ekseninde çocuk yargılama süreçlerinde cezalandırma ile rehabilitasyon arasında bir denge kurulması gerektiği yönünde sonuçlar çıkıyor. Bu durum vurgulanıyor. Tabii ki rehabilitasyon varlığı ya da ceza sorumluluğunun azalmasının da olmaması eylemi suç olmaktan çıkarmıyor. Sadece bu çocuğun yargılama ve sonrasındaki cezalandırma süreci ile ilgili kavramlar bunlar.
Neden bir rehabilitasyon? Yani çocuk gündeme gelince biz neden rehabilitasyondan bahsediyoruz? Çünkü çocuk hem nörobiyolojik olarak hem psikososyal anlamda tam olarak gelişimini tamamlamamış birey. Aynı zamanda kırılgan bir yapısı var, dış etkenlere daha açık ve tabii ki kimlik gelişimi dinamik bir süreç ve tamamlanma sürecinde sürekli değişken bir tutum sergileyebiliyorlar. Nörobiyolojik olgunlaşma önemli nörogelişimsel sürece baktığımızda prefrontal korteksin en son gelişen beyin bölgesi olduğunu artık biliyoruz. Bu tabi ergenlikte riskli bir süreci beraberinde getiriyor.

Prefrontal korteks neden önemli? Bizim yürütücü işlevlerimizin aslında yönetildiği bölge. Yani tabiri caizse beyin CEO'su diyebiliriz. Hem dış ortamdan alınan uyarıların beynin ve vücudun çeşitli yerlerine aktaran ve beynin ve vücudun çeşitli yerlerinden aldığı bilgi ile dış ortama uygun bir cevap sunan bölge niteliğinde. Bu çok kıymetli bir bölge ve aslında insanlığın matürasyonu bağlamında da önemli ve prefrontal korteks bizim günlük hayatta, hayata uygun, günlük hayatın gereksinimleri dairesinde yaşamımıza uygun yanıtlar vermemizi sağlayan beyin bölgesi. Tabi yürütücü işlevlerin bir kısmını ben buraya yazdım ama bunlardan bazıları işte yoğun duyguların düzenlenmesi, davranışlarımızı yönetebilmemiz ve davranışlarımızın olası sonuçlarını öngörebilmemizi sağlayan aynı zamanda uygunsuz davranışlarımızı ketleyip daha uygun daha adaptif davranışlarda bulunmamızı sağlayan ve tabii ki çok sık aslında gündeme gelen dürtü kontrolünün olduğu bölge.
Tabi sadece nörobiyolojik değil psikososyal matürasyonlardan bahsettik. Son zamanlarda olumsuz davranışı daha çok tatbik ettiği yönünde klasik bir hipotezimiz vardı ama bu artık yavaş yavaş değişiyor. Suça maruz kalma ya da suça şahit olmaktan ziyade, olumsuz davranış diye değiştireyim. Artık denetim eksikliğinin yani çocuk olumsuz bir davranış sergilediğinde karşı taraftan, ebeveyninden ilk başta sonra tabi öğretmenden ve toplumdan olumsuz geri bildirim almadığında bu davranış pekişiyor. Olumsuz davranışları ve suçu olumsuz geri bildirim olmaması yani tabiri caizse çocuk işlediği eylemden çıkar sağlıyor ise, işlediği eylem yanına kar kalıyor ise bu eylem pekişiyor. Onun için bizim çocuklarla iletişimde evvela denetimi sorgulamak gerekiyor.

Günümüzde hep bir ekran maruziyetinden bahsediliyor çocuklarımıza ne izletelim, ne izletmeyelim mevzusu hep konuşuluyor. Asıl konuşulması gereken ebeveynlere şunu söylemek 'Önce sen ekran olarak çocuğuna bak, sonra ne izleteceğine bir şekilde karar verirsin' yani şu anki gündemimiz bu. Farik ve mümeyyiz kavramı bence hala önemli. Her ne kadar demode gibi görünse de şu an yerini alan fiil hukuki anlamını algılama ve bu fiil ile ilgili davranışlarını yönlendirme yeteneği. 31. maddede artık bu şekilde geçiyor. Ama ben tekrar bir farik ve mümeyyiz kavramlarını hatırlatmak istiyorum. Yani kabaca aslında farkında olmak. İkisi birbirine çok yakın tabirler, doğru ile yanlışı ayırt edebilme, yanlış olandan sakınma, doğru yapmaya eğilimli olması hali. Birazcık daha açarsak aslında yapacağımız hareketin başkasına zarar verebileceğini, başkasını rahatsız edebileceğini, başkasının bundan hoşnut olmayacağını düşünüp ona göre karar verme.

Bu neden önemli? Hep raporlarda şunu görüyoruz. Suç olduğunu bilmediği. Aslında bizim cezai sorumluluğumuzda yani TCK 4. maddede kanunu bilmemek mazeret sayılamaz maddesini de referans alırsak yani bizim için önemli olan ya da bize sorumluluk yükleyen kavram bir olayın ya da yaptığımız bir eylemin suç olup olmadığını bilmek ya da bilmemek değil. Yaptığımız eylemin başkalarını rahatsız etme, hayatın olağan akışına, toplumun değer yargılarına, başkalarının haklarına aykırı olup olmadığını bilme hali. Aslında sorumluluklarımız buradan kaynaklanıyor.
Ceza sorumluluğu yaşı ülkelere göre değişiyor. Bu kongredeki bu sunuma hazırlanırken ben başka ülkedeki kanunlara baktım. Bazı dilleri bilmediğim için Google Translate'den faydalandım Fransızca, İtalyanca falan buraya da orijinal tabirleri aldım bilenler varsa düzeltebilir. Ama mesela ilginç olan Amerika'da 30 tane eyalette ceza sorumluluğu yaşı belirlenmemiş. İngiltere'de ceza sorumluluğu yaşı 10-16 yaş arası, yetişkinlere verilen cezalardan daha farklı vermeyi öngörüyor. Bizim ülkemizde biliyorsunuz 12 ceza sorumluluğu yaşı. 12-15-18 sadece ceza miktarlarını değiştiriyor. Ama farik ve mümeyyiz kavramının değerinden biraz önce bahsetmiştim. Mesela İtalya'daki Ceza Kanunu'nda anlama ve isteme yetisi gelişmediği takdirde diyor ve bunu 14 yaş olarak sınırlandırmış. Fransa'da Çocuk Ceza Kanunu'nda ayırt etme gücünden bahsediyor ve bunu 13 yaş

olarak değerlendirmiş. Yani 13 yaş altında bunlar zaten yoktur, 13 yaş üstünde ise anlama isteme yetisi, ayırt etme gücünü etkileyebilir durumu olup olmadığına bakılır diye yorumlayabiliriz.

Bu tabloyu ben önemsiyorum çünkü ülkemizde ne yazık ki ruh sağlığı ihtisasında, çocuk için bunu daha rahat söyleyebilirim ama dışarıdan gördüğüm kadarıyla yetişkin için de söylemek gerekiyor. Yapılandırılmış bir adli psikiyatri eğitimi yok. Mesela İngiltere'de genel psikiyatri üzerine adli psikiyatri bir üst ihtisas. Tabi bu bizim işimizi zorlaştırıyor. Ben asistanlığımda yanlış hatırlamıyorsam 2 veya 3 tane ceza sorumluluğunun değerlendirilmesi yaptım. Bu birçok kişi için böyle. Sonra zorunlu hizmetle X bir hastaneye gidiyorum mahkemelerden ceza sorumluluğunun değerlendirmeleri geliyor. Sorun şu bizim eğitimimiz klinik bir nosyon üzerine kurgulanmış. Yani bir danışan annesiyle beraber gelir bir yardım talep eder onu tedavi etmek için biz onunla karşılıklı güven ilişkisine dayanan bir süreç inşa ederiz. Yani ne söylüyorsa doğrudur. Adli değerlendirmede danışan çocuk değil, danışan mahkeme. En temel fark bu.

İkinci temel fark da rehabilitasyon. Tabii ki hekim olarak her zaman amacımız ama asıl amacımız adaletin tesisine yardımcı olmak. Bu durumda da çocuğun anlattıklarına karşın her daim zihnimizde canlı bir şüphe yer almalı. Hani çocuğun anlattıkları ile ilgili hipotezinizi doğrulamak değil de hep hipotezi sorgulamak üzeri bir görüşme inşa etmemiz gerekiyor. Bu tabi 4 yıllık ihtisasla elde ettiğimiz disipline aykırı oluyor. Bu da birazcık zorlayabiliyor onu da söylemekte fayda var.

Değerlendirmede nelere dikkat edelim? Evvela kriminal öyküyü çok dikkatli almak gerekiyor. Suç öyküsü. Şu şekilde, bize başvurduğu suçun öyküsü, sadece o yetmiyor. Biz değerlendirmeyi o suça karşı yapıyoruz, raporu o suça karşı düzenliyoruz ama başka suçların olup olmadığı ve o suçlara karşı da verilen raporlar bize biraz da ışık tutuyor. İşimizi kolaylaştırıyor. Tabii ki o raporlara göre karar vermek zorunda değiliz ama bence işimizi kolaylaştırıyor. Suçu işlediği zaman ve suç esnasındaki yaş çok önemli. Suç öncesi, esnası, sonrasındaki tutum ve davranışları bizim Altıncı Kurul raporlarındaki klasik ifademiz var 'Bu suçun işleniş tarzı vs' gibi. Tek başına mı, grup içinde mi, etki, herhangi bir yönlendirme var mı dışarıdan? Eğer olası bir suçta ki bu daha çok cinsel suçlarda oluyor, bir mağdur varsa mağdurun niteliklerini sormak gerekiyor. Mağdurun yaşı, bir zorlama olup olmaması, bir şiddet olup olmaması, arada bir yaş farkı ya da yaş farkı değil matürasyonla ilgili bir fark. Yani aynı yaşta mesela ama mağdurda mesela zihinsel yetersizlik vardır. Böyle bir farkın olup olmadığı, tabii ki daha önceki suçta ve daha önceki suçlar00a yönelik raporlar kriminal öyküde önemli. Tıbbi öykü de psikososyal ortamın çocuğun içinde bulunduğu ortam, aile ortamı ki biraz önce bahsettim ailenin etkisinden. Eğitim düzeyi, sosyo ekonomik düzeyi, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı, ailenin suç öyküsü var mı, ailede madde kullanım öyküsü var mı, çocuğun kendinde madde kullanım öyküsü var mı, bunların hepsini sorgulamakta fayda var. Kendine zarar verme davranışı var mı, bu her türlü olabilir. İntihar girişiminden tutun da işte klasik bizim o faça atma gözlemimize kadar bunların hepsini sorgulamak gerekiyor ve mümkün mertebe raporlarımızda, en azından muayene kısmında gözlemlerimizin yer almasında fayda var.

Değerlendirme sırasında ise, aslında kapsamlı bir mental durum muayenesini her vakada yapmak gerekiyor. Ama suça sürüklenen çocuklarda özellikle zihinsel gelişim kapasitesi yani klasik anlamda zekâ düzeyi, duygudurum ve duygulanım bizim için önemli çünkü suçla ilgili ceza sorumluluğu bağlamında önemli yer tutuyor. Yine düşünce içeriği ki psikotik bir süreç var mı? Yargılama yetisi, özellikle sosyal anlamdaki yargılama yetisi de ki bu en çok otizm spektrum bozukluğunda biliyorsunuz etkileniyor. Sosyal iletişim, etkileşim becerileri yine otizm spektrum bozukluğunda. Yani bunları değerlendirmemizde fayda var. Ve tabii ki soyutlama kapasitesi. Hani o klasik anlamda damlaya damlaya göl oluru bir şekilde açıklattırma ama tabi biraz bu eğitim düzeyinde bağımsız bir soyutlama kapasitesinden söz ediyorum. Yani damlaya damlaya göl oluru bilmeyen, okuma yazmayı 8. sınıfa kadar öğrenememiş bir şekilde geçmiş bir çocuk bir şekilde kredi kartı dolandırıcılığı falan yapabiliyor. Biraz da o klasik soruların dışına çıkmak gerekiyor.

Bu noktada psikometrik testler de değerlendirme esnasında demiştim zihnimizde şüpheyi canlı tutmak gerekiyor ve hocalarım da bahsetti temaruzdan, simülasyondan bahsedildi. Şimdi suça sürüklenen çocukta, aslında adli her vaka, mağdurlarda da görüyoruz. Sekonder bir kazanç var. Ortada bir dava süreci var ve bu sonuçları aslında biraz da hayati yani özgürlüğü alacak ya da kısıtlanacak. Bu derece hayati sonuçları olan ve sekonder kazancın bu derece fazla olduğu bir süreçte ister istemez yanlış yönlendirilebilirler. O yüzden adli vakaların değerlendirilmesi bu açıdan çok kıymetli. Tanılardan hocalarım bahsetti sadece çocukluk çağına özgü tanılar olarak ve sanki bizim gördüğümüz birazcık da göz ardı ediliyor. Otizm Spektrum bozukluklarına dikkat etmekte fayda var diyerek teşekkür edeyim.

Gürol CANTÜRK (Moderatör):
Çok teşekkürler hocam zamana da çok iyi uydunuz, sağ olun. Şimdi son konuşmacımız Sayın Abdurrahman Orkun DAĞ. 'Yargıtay Uygulamalarında Ceza Ehliyeti İle İlgili Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Önerilerini' sunacak. Buyurun hocam.

Abdurrahman Orkun DAĞ (Konuşmacı):
Sayın Daire Başkanım, Sayın Adli Tıp Kurumu Başkanım, saygıdeğer katılımcılar, hepinizi saygı ile selamlıyorum. Çok güzel bir toplantı oluyor çok etkileşimler yerinde, iyi, faydalanıyoruz. Bunu özellikle belirtmek isterim. Tabi bir de Bartın için başsağlığı mesajımı ileteceğim maruz görün.

Değerli sunucular, sunum yapanlar aslında oldukça teknik konulara değindiler. Genel değerlendirmelerin dışında özellikle alınan rapor sürecine bizleri götüren hataları bildirerek pratiği biraz daha ön plana çıkarmayı arzu etmekteyim. TCK 31 ve 32. maddeler, 5395 Sayılı Yasa 12. madde, İnfaz Yasası 16. madde, akıl sağlığı yönünden tedbir uygulanmasını gündeme getiren ana düzenlemeler olarak karşımıza çıkıyor. Biz rapora insanları gönderirken veya zorunlu olarak tedbir uygularken bize olanak tanıyan, bu insanlar üzerinde bu iradeyi onlar yönünden de zorunlu rızayı gündeme getiren hususlar da Anayasa'nın 19. maddesinde ve keza İnsan Hakları Sözleşmesi'nin 5. Maddesinde yer almaktadır. TCK 32. madde bizim yetişkinler için temelde değerlendirdiğimiz maddemiz. 32/1 madde bizim eski usulle tam akıl hastalığı dediğimiz husus. Bu kişiler yönünden sadece güvenlik tedbirine müracaat ediyoruz. 32/2 maddemizde de

kısmi akıl hastalığımız var. İndirimli ceza, gündeme geliyor. TCK 32/2 madde düzeyinde kısmi akıl hastalığı varsa müebbet ve ağırlaştırılmış müebbet yönünden indirimli cezalar veriliyor. Diğer cezalarda indirim yapılıyor. Süreli cezalarda, süreli hürriyeti bağlayan cezalarda mahkûm olunan ceza aynı miktarda olmak üzere kısmen veya tamamen akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabiliyor.

Burada özellikle meslektaşlarıma şunu bildirmek isterim, hürriyeti bağlayıcı cezalarda eğer biz son cümleye gideceksek 32/2'de, o zaman 50. maddedeki tedbirlere bizim cezayı çevirmemiş olmamız gerekiyor. İkisi birden çeliştiği zaman biz burada bunu bozma nedeni olarak kabul ediyoruz.

Yine tereddüt yaratan hususlardan birisi şudur; TCK 32. maddeden yararlanacağı anlaşılan sanığın savunma hakkı mümkünse kısıtlanmamalıdır. Savunma hakkı kutsal olarak kabul ediliyor, çünkü savunma hakkı verildiği zaman süreç akıl hastalığı yönünden ilerlese bile sonucun beraate götürülmüş olması sanık lehine olan bir durumdur. Biz beraat ihtimalini ekarte etmek istemiyoruz. Bu nedenle savunmanın alınmasını arzu ediyoruz. Dışarıdayken bir savcı meslektaşım sordu, akıl hastalığı konusunda şüphe varsa bu konuda iddianamenin iadesi sebebini mahkemeler ileri sürebilir mi diye. Hayır, süremez çünkü savunma almayı engelleyen bir husus yok. Bilakis savunma hakkı verilip delillerin değerlendirilmesi, yargılamanın ve sanığın lehine bir durumdur.

Yine TCK 34/1 madde TCK 32/1 maddeye paralel bir düzenlemeyi yerine getiriyor. Geçici bir nedenle ya da irade dışı alınan alkol veya uyuşturucu etkisiyle akıl sağlığı yok olmuş kişilere de ceza verilmediğini görüyoruz. Yasa bunu bu şekilde düzenliyor. Akıl sağlığı kavramının tıbbi kavramına göre, cezai anlamda kabul gören sınırın daha kesin çizgilerle belirlendiğini söylemek mümkün. Bunu yine özellikle belirtmek isterim. Çünkü ceza kanununun aradığı akıl hastalığının suç tarihinde ve faile yöneltilen suçla sınırlı olduğu çok açıktır. Bu sebeple saygıdeğer meslektaşlarımdan şunu istirham ediyorum veya cumhuriyet savcılarımızdan, eğer birisi rapora sevk ediliyorsa mutlaka suç tarihi ve ilgili suçun bu müzekkerede bu müzekkerede bu talepnamede yazılması gerekir. Birden fazla suç varsa bunun da özellikle bildirilmesi gerekir. Mesela adam öldürme ve yağma için ayrı ayrı talepte bulunulduğunun bildirilmesi gerekir.

TCK 32. madde yönünden değerlendirmeyi önümüze getiren hususlar nasıl karşımıza çıkıyor derseniz. Savunma aşamasında daha önceye ait bir rapor veya teşhis belgesi sunulması, savunma tarafının belirgin bir hastalıktan ya da örneğin askerden zorunlu hava değişimi ile ayrılma gibi hallerin bildirilmesi; savcıların, mahkemelerin, insanların hal ve hareketlerinden şüphelenmesi, tanık ya da mağdurların bazı anlatımları, bazı suç işleme yöntemleri –mesela eziyet çektirerek öldürmede- aile içinde ekstrem görülen bazı cinsel saldırı eylemlerinde, çocukluğundan beri sürekli yangın çıkardığı işte çakmak yaktığı söylenen insanların yangın çıkarma eylemlerinde akıl sağlığı konusunda bir tereddütte bulunmakta fayda var.

Geçenlerde bir savcılık tebliğnamesinde akıl sağlığı konusunda aslında bozma istendi. Biz ama heyet olarak bunu oybirliği ile reddettik. Orada da sebebimiz şuydu, şimdi erkekler genelde cinayet işlerken böyle Kara Murat tarzı işliyorlar. Gidiyorlar vuruyorlar, kesiyorlar bir şey yapıyorlar. Kadınlar daha sofistike cinayetler işliyorlar. Önce kocasını bıçakladı ölmedi, şarj aletiyle boğmaya çalıştı ölmedi, cisimle kafasına vurdu ölmedi, naylon geçirdi öldürdü. Burada savcılık akıl sağlığı istedi, akıl sağlığına baktırın dedi. Biz de gerek duymadık. Umarım adli tıpçı arkadaşlar bizi desteklemiş olurlar bu şekilde.

En çok bozma kararı düzenlediğimiz hususlardan bir tanesi, bizi rapora götüren yolculuk. Bir defa tek hekimden alınmış olan akıl sağlığı raporu kesinlikle hükme esas alınamaz. Biz bu konuda uzman hekim dahi olsa, bunu bozma sebebi olarak kabul ediyoruz. İhtisas daireleri, ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinden alınan heyet raporlarını hükme esas kabul ediyoruz. Yeter ki başka bir raporla çelişmesin. Üniversite hastanelerinin ilgili anabilim dallarından alınan raporları yine kabul ediyoruz yeter ki başka raporla çelişmesin. Tam teşekküllü devlet hastanelerinin içinde uzman hekimin olduğu heyetten alınan bir başka raporla çelişmeyen raporları kabul ediyoruz.

Burada son zamanlarda çeşitli dairelerde ve bizim 1. Ceza Dairesi'nde ileri sürülen bir argüman var. Alınan tekil olan heyet raporlarında eğer bir hekimin itirazi kaydı varsa muhalefeti varsa acaba bir üst kurula gitmeli miyiz? Muhalefet, ihtisas sahibi doktordan yani psikolog ya da psikiyatrist uzmandan gelmedi ise biz birinci ceza dairesinde yeni bir rapora ihtiyaç duymuyoruz. Bizim için aslında en değerli olan rapor tabi fiiliyatta uygulanması biraz zor ama Gözlem İhtisas Dairesine gitmiş ardından Dördüncü İhtisas Kurulundan alınmış rapor. Biz bunu mutlak doğru olarak kabul ediyoruz.

Uygulamada şimdi gelelim en çok karşılaşılan sorunlardan birisi de şu, raporlar arasındaki çelişki bizler için en zor soru. Burada rapordan kastım asla şu değil, tek hekimden bir rapor aldık veya bir ilaç raporumuz var sonra bir heyet raporu alındı, biz bu heyet raporunun tekil hekim raporu ile çeliştiği kanısında değiliz. Bu bozma nedeni olarak kabul edilmiyor. Ama hastaneden bir rapor aldık başka, arkasından anabilim dalından alındı başka veya hastane ile Gözlem İhtisas Dairesi başka bir şey söyledi. O zaman mutlaka bir üst heyetten ve mümkünse üst kuruldan rapor alınmasını şiddetle öneriyoruz. Yoksa bozma nedeni yapıyoruz zaten.

Saygıdeğer hocalarım çocuklarla ilgili açıklamaları yaptılar. TCK 31. madde bize zaten cezasızlık veriyor, özgül güvenlik tedbiri uyguluyoruz. 12-15 yaş arasında ise akıl sağlığı yerindeyse buna ilişkin de mutlaka Sosyal İnceleme Raporu ve farik mümeyyizlik raporu 12-15 yaş arasında birlikte alınmasını talep ediyoruz. Eğer bu şekilde algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneği yeteri kadar gelişmişse o zaman indirimli ceza veriliyor ama üst sınır var. Eğer başka türlü zaten olumsuz rapor çıkarsa bu takdirde de çocuklara özgü güvenlik tedbirine gidiyoruz. 15-18 yaş arasında olan çocuklarda sadece sosyal inceleme raporunu zorunlu olduğunu arz etmek isterim. Eğer mahkeme 15-18 yaş arası olan çocuklarda SİR raporu almamışsa bunun nedenini de gerekçeli olarak belirtmek zorundadır. Yoksa bunu da biz bozma nedeni olarak kabul edeceğiz. Sağır, dilsizlik durumunda ne olacağını yasa belirlemiş. Ben mevzuata ilişkin hususları yazdım. İnfaz Yasası 16. madde bize yine akıl hastalığı durumunda infazın geriye bırakılması ve hükümlü iyileşinceye kadar 57. maddenin

tedbirlerinin uygulanmasını öngören bir düzenleme getiriyor. Burada tabi asıl yetkili olan Adli Tıp Kurumu. Çokça talebin gittiğini de biliyoruz. Yine ben Yargıtay kararlarını örnek olarak koydum. Bu aslında daha çok bizim saygıdeğer meslektaşlarımız için yol gösterici olan bir süreç. Özellikle bizim bilmemiz gereken şey heyet raporları arasında çelişki varsa mutlaka bir üst kurula gidilmesi suretiyle sonuca gidilmesi.

Yine sunumun en sonunda Yargıtay uygulamalarında hangi rahatsızlıkların, rapor almayı zorunlu kıldığını gösteren bir liste ekledim. Listeyi edinmenizi de salonda bulunan sayın hâkim ve sayın cumhuriyet savcılarından istirham ediyorum. Buna ilişkin bir talep varsa, buna ilişkin bir reçete varsa, bir hekim raporu varsa, bir tanı varsa mutlaka bir rapor alınması yoluna gidilmelidir. Aksi halde biz bunu mutlak bozma sebebi olarak uyguluyoruz.

Evet, sıcak çaya herkesi bir an önce göndermek lazım.
Saygılarımı sunuyorum, teşekkür ederim.

Gürol CANTÜRK (Moderatör):
Çok teşekkür ediyorum zamana uyduğunuz için.

Soru ve katkılara zamanımız kaldı. Az bir şey de aradan yararlanarak, soru ve katkılara zaman ayırmak istiyoruz. Hızlıca, konuşmacılara sorularınız varsa. Buyurun.

Katılımcı 1:
Kusura bakmayın bir şey ilave etmek istiyorum. Şunu belirtmek istiyorum. Son slaytınızda antisosyal kişilik bozukluğu yazıyordu. Antisosyal kişilik bozukluğu benim bildiğim kadarıyla 32/1 de, 32/2 de değil tabi yanında başka bir hastalığı yoksa. Onu ilave etmek istedim.

Abdurrahman Orkun DAĞ (Konuşmacı):
Saygıdeğer Hocam hemen arz edeyim. Antisosyal kişilik bozukluğu 1.Ceza Dairesinin 27.02.2009 tarihli kararında 32. maddede belirtilen incelemenin yapılmasını zorunlu kılan hallerden biri olarak değerlendirilmiş. Ama hâkim, hekimin üstüne söz söylemez tanıda. Bitmiştir.

Katılımcı 1:
Antisosyal kişilik bozukluğu nedeniyle askerlik yapamaz askerliğe elverişli değildir diye gönderiyorlar. O da suç işlemesiyle ilgili bir sıkıntı meydana getirmediğini biliyorum ama tabi her hastayı ayrı değerlendirmek gerekiyor.

Abdurrahman Orkun DAĞ (Konuşmacı):
Evet, biz böyle görünce arkadaşlarımıza gönderelim diyoruz. Takdir yine sizin.

Gürol CANTÜRK (Moderatör):
Yani aslında antisosyal kişilik bozukluğunda muayene yapıp değerlendirilmesinde hiçbir sorun yok. Çünkü Sefa Hocam örnek verdi şu samuray kılıçlı adam. Yani toplumda bir tereddüt uyandırabilir. Böyle bir suç işlendiğinde bu kişinin ceza ehliyeti eğer tayin edilmemiş olursa soru işaretleri çok artacaktır. O yüzden o tür vakaların değerlendirilmesini ben yararlı olduğunu düşünüyorum. Nezih Hocam buyurun.

Ahmet Nezih KÖK (Dinleyici):
Teşekkür ediyorum.

Önce Şenol Hocama soracağım. Hocam bizim de Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde özellikle konjenital nedenlerle cinsiyetlerin belirlenmesi amacıyla kurulumuz var. Ben adli tıpçı olarak hem de hukukçu olarak o komisyondayım. Onlarla ilgili ne dersiniz çünkü bizim yapılacak ameliyatlarla ilgili olarak sulh hukuk mahkemelerimiz bazen bizi hiç anlamıyorlar ve cevap da vermiyorlar. Tabi Yargıtay üyem de burada. Bununla ilgili bir şey söyleyebilir misiniz?

Bir de Yargıtay üyeme bu suça sürüklenen çocuklarla ilgili olarak 31/2 kapsamında rapor aldırmaya gönderdiklerinde bizim elimizde hiçbir zaman sevk olmuyor yani. Sosyal İnceleme Raporları olmadan daha çocuğu yakalar yakalamaz Adli Tıbba sevk ediyorlar. Bu doğru bir uygulama mı? Sosyal İnceleme Raporu alındıktan sonra mı Adli Tıp'a gönderilmeli suça sürüklenen çocuk?

Abdurrahman Orkun DAĞ (Konuşmacı):
Hocam dosyada olması gereken iki raporun hangisinin önce hangisinin sonra alındığı yolunda dosyanın selameti açısından yasal düzenleme ve zorunluluk yok. Ama ilgili hekim bunun önce alınmasını talep ederse veya SİR raporunun da gönderilmesini talep ederse biz arkadaşlarımıza bunu iletmiş olalım. Ancak yazıyla da talep edildiğinde gönderilir. Çünkü önce farik ve mümeyyizlik sonra SİR alınır veya tam tersi gibi bir düzenleme yer almıyor.

Şenol TURAN (Konuşmacı):
Şimdi bahsettiğiniz konu aslında bunun dışında yani biraz daha bu cinsiyet belirleme kurulları var mesela; intersex denilen biyolojik yapısında sorun olan vakalar. Biyolojik yapısı XY ama dış genitalyası kız şeklinde yani görünüm olarak bu şekilde olan vakalar var. Bu hasta grubu "cinsel gelişim bozukluğu" başlığı altında yer alıyor. Bu durum çocuklarda biraz zor tabi. Şundan dolayı, yani kendilerini ait hissettikleri cinsiyetler yani o his ergenlik döneminde çok belirgin hale geliyor. Eğer o döneme kadar ameliyat yapma gerekliliği yoksa ertelenebileceği söyleniyor. Fakat bazı hastalıklarda mesela…

Ahmet Nezih KÖK (Dinleyici):
Dışarıdan erkek gibi algılanmış ve o şekilde de nüfus kâğıdı düzenlenmiş. Ama genitalyası, iç genitalyası kadın. Şimdi bu çocuk erkek gibi top oynarken ergenlik dönemine geldiğinde birden adet oluyor, birden memeleri gelişmeye başlıyor. Çok büyük bir yıkım. Biz bunları tespit ediyoruz ama mahkeme buna izin vermiyor. 18 yaşına gelsin ondan sonra diyor.

Şenol TURAN (Konuşmacı):
Orada bence biraz daha farklı. Cinsiyet değiştirme gibi değil. Yani bir hastalık var çünkü orada direkt olarak. Androjen duyarsızlığı sendromu diye bir şey var eskiden testiküler feminizasyon denirdi. Yani onlarda mesela cinsiyet kimlikleri kendilerini ait hissettiği cinsiyetler %100'e yakın kadın oluyor fakat XY kromozomları var. Yurtdışından bir konuşmacı vardı geçmiş yıllarda ben de bu soruyu ona sormuştum. Onun dediği şey şuydu aslında, bu vakalarda yüzdelik olarak mesela tam androjen duyarsızlığı sendromunda %100'e yakını kendini

kadın olarak hissediyor. O gruplarda mesela cerrahi operasyonla kadın gibi, işte Swyer sendromu var onlar da %60 gibi kendini kadın hissediyorlar. Onların mesela değerlendirilerek o kurulun, çocuğun davranışları nasıl, yani bir ameliyat yapılması mutlaka gerekiyorsa o kurulun işte çocuğun cinsiyet kimliğinin ne olduğuna dair bir fikri oluşup ona göre ameliyat süreci düzenlenmeli. Mesela öyle bir vaka hatırlıyorum. Kişide hormonal bir bozukluk var. Kişinin dış genitalyası bir kadın gibi fakat XY kromozomları var. Orada mesela hekimler bu kadın diye kendini hangi cinsiyette hissettiğini araştırmadan 15 yaşında östrojen yüklüyorlar. Onu yükleyince göğüsleri çıkıyor. Göğüsleri çıkınca nefret ediyor göğüslerinden, bunlar bana ait değil diyor yani kimliği aslında erkek. Bunun üzerine daha sonra o göğüslerini aldırıyor yani boşu boşuna hekimlerin yaptığı bir uygulama neticesinde gerçekleşiyor bu. Belki de bu kişinin cinsiyet kimliğini öğrenseler, sorsalar hani bunlar hiç olmadan süreç o yöne doğru yönetilmeli ama bu tarz şeyler biraz daha intersex dediğimiz grupların değerlendirilmesini içeriyor, bugün anlattığım konudan biraz daha farklı.

Ahmet Nezih KÖK (Dinleyici):
Mahkeme bizim taleplerimizi işte çocuğun yüksek menfaati bunu gerektiriyor, ailesinin de izni var, ama mahkeme bu talebimizin kurul olarak reddetti. Nüfus cüzdanını öne sürdü. Bunun kimliğini değiştiremezsiniz bu insan haklarına aykırıdır falan. Üzerine cevap yazdık biz korktuk yani böyle bir karar vermekten.

Gürol CANTÜRK (Moderatör):
Belki ısrar etmeliydiniz hocam. Bir sağlık tedbiri konulması şeklinde bir kararla heyet olarak bir daha yazabilirdiniz hani ikna etme açısından. Peki, başka soru… Arkadan var buyurun.

Zübeyir TURAN (Dinleyici):
Ben Diyarbakır Adli Tıp Kurumundan Doktor Zübeyir TURAN. Benim Şenol Hocama bir sorum olacaktı. Şenol Hocam yanlış hatırlıyorsam düzeltin hani sunumunuzda şey dediniz ''Kadından erkeğe geçmek isteği son yıllarda artış var hatta oransal olarak tam tersi bir yükselişte" Bundan dolayı da şeyin öne sürüldüğünü söylemiştiniz hani anne karnında testosterona maruziyetin buna katkı sağlayabildiğini söylemiştiniz. Şimdi benim aklıma da şey geldi Polikistik Over Sendromlu hastalarda tabi bunların kız çocuğuna gebe kalma durumunda bunlarda işte kız çocuklarında anti-müllerian hormonun baskın olduğuna dair çalışmalar var ve bu kız çocukları doğduktan sonra maskülen tipte tüylenmedir şeydir… Daha çok erkek çocuğuna benziyorlar. Peki, bunların ileride hani bir erkeğe kayma isteği olup olmayacağına dair bir çalışma var mı? Bununla ilgili bir bilginiz var mı? Hani madem testosteron kadından erkeği dönüşümü hızlandırıyor veya bu isteği artırıyor. Bununla ilgili bir çalışma var mı? Bunu öğrenmek istedim.

Şenol TURAN (Konuşmacı):
Bununla ilgili çalışmalar var çok az sayıda da olsa. Bahsettiğiniz gibi bu vakaların transgender olma transseksüel olma oranları çok daha yüksek. Anne karnında testosterona maruziyet 1 saatlik bir araştırma sunumunu hak eden bir konu. Mesela konjenital adrenal hiperplazi çocuklar var. İşte bunlar anne karnından itibaren fetal dönemde hep testesterona maruz kalıyorlar. Normalde mesela 1/10.000 oranında görülen bu durum bunlarda %6'ya (300 kat) artıyor. Yani transgender olma ihtimalleri. Bunun dışında ikizi mesela erkek olan kendisi kız olan fetüslerde de oran çok yüksek. Çünkü onun testesteronundan diğeri de etkileniyor; buna "testosteron transfer hipotezi" deniyor. Yani ikizler arasında eğer kadından erkeğe geçmek isteyen bir birey varsa ve bunun da ikizi varsa çoğu zaman erkek oluyor ikizi bunların. Çünkü erkek olan fetüsün testesteronundan dişi olan fetüs te etkileniyor gibi. Yine ikinci parmağın dördüncü parmağa oranı (2d/4d oranı) da testosteron maruziyetini gösteren önemli bir biyolojik belirteç. Burada kadından erkeğe geçmek isteyenler tıpkı erkelerdeki gibi daha düşük bir orana sahipler. Erkekten kadına geçmek isteyenler de tıpkı kadınlardaki gibi daha yüksek bir orana sahipler. Yani bütün bunlar hani testosteron maruziyetine yönelik delilleri gün geçtikçe arttırıyor. Sizin dediğiniz de bunlardan bir tanesi.

Gürol CANTÜRK (Moderatör):
Evet, başka. Buyurun.

Katılımcı 2:
Benim Hâkim Bey'e hem bir teşekkür hem bir eklemem olacak ve ufak sorum olacak.

Dosyalar bize gelirken özellikle suç, suç tarihi ile suçun niteliği belirtilmesi lazım. Bize çok fayda sağlıyor. Aynı zamanda Gözlem İhtisas Dairesi akabinde de Dördüncü Kurul istenip istenmediği de açıklanması bizi çok rahatlatıyor. Bununla birlikte bir eklemem şu olacak, fiil ehliyet dosyaları özellikle ceza ehliyeti dosyalarına göre daha karmaşık oluyor. Oralarda da üst yazıda işlemin ve işlem tarihinin yazılması bize çok fayda sağlayacaktır. Sorum da şu olacak, bize kısıtlanma sorusu ile TMK 405'le gelen bazı vakalarda nörolojik sekelleri olan vakalar geliyor. Hani akıl hastalığı yönünde değerlendirme değil ama acaba bunlarda TMK 408 istemli kısıtlanma yoluna gidilemez mi veya bu düşünülemez mi? Sorum bu olacak teşekkür ediyorum.

Abdurrahman Orkun DAĞ (Konuşmacı):
Önerileriniz için teşekkür ederim. Bunları tabi döndükten sonra rapor halinde biz Yargıtay Genel Sekreterliğine yazıp bakanlık üzerinden inşallah UYAP'tan tüm meslektaşlarımıza iletiriz.

Hukuk yargılamasına ilişkin bir soru sordunuz. Doğrusu bu konuda daire uygulamasını bilmediğim için buna yanıt vermeyi arzu etmem. Ama teorik olarak Saygıdeğer Hocam hukuk yargılamasında ehliyet konusunda bir sunum yaptı arzu ederseniz yanıtı ona yönlendireyim ben.

Fatma Nuray CANSUNAR (Konuşmacı):
Şimdi 405 maddesinde akıl hastalığı ve zekâ geriliği ile vasi altına alıyoruz. 406'da alkol, madde bağımlılığı, savurganlık nedeniyle ailesini kötü hale düşürmek gibi bir madde var. 407'de o bizi ilgilendirmiyor cezaevinde olanlar için. 408'de de ağır hastalığı, yaşlılığı, düşkün hali nedeniyle. Biz genelde şöyle yapıyoruz uygulamamızda, muayene ediyoruz herhangi bir akıl hastalığı, zekâ geriliği demansa saptamadık diyoruz ancak ağır hastalık mesela MS sekelleri ile gelen, nörolojik bulgularla gelen, ağır hastalıklarla gelenlerde şöyle diyoruz, '408 maddesi uyarınca mahkemenin takdirine bırakılmasının uygun olduğu' diyoruz.

Gürol CANTÜRK (Moderatör):
Serhat Hocam buyurun.

Süleyman Serhat GÜRPINAR (Dinleyici):
Teşekkür ediyorum.
Ben aslında hemen hemen her konuşmacıya bir iki katkı ya da soru şeklinde müsaade ederseniz yaş hiyerarşisinde de bozulmaya yol açmadan…

Şimdi Gökhan Hocamın dediklerine gayet güzel katılıyorum. Dikkat etmek gereken bir husus simülasyonla ilgili. Gerçekten çok psikiyatrist ve adli tıp uzmanında da gördüğümüz şekilde simülasyon yapıldığında temeldeki patolojiyi göz ardı edip ne yazık ki bu temaruz yapıyor, simülasyon yapıyor aslında temelde patoloji olmadığı şeklinde bir abartmaya dayanarak aslında temeldeki patoloji atlanabiliyor. Bu bakımdan bunu vurguladığınız için teşekkür ediyorum.

Sefa SAYGILI'nın konuşmasında karşı aktarım izlenimi edindiğim bazı yaklaşımlar oldu. Yani bizim bilirkişi olarak ve uzman hekimler olarak hastaları değerlendirirken onlara suçluluğa yönelik olarak bizim olumsuz karşı aktarımlar geliştirmemizde bazı sorunlar yaşanabileceği ve objektif değerlendirme olamayabileceğine dair bir düşüncem oldu. Çünkü anlatılan vakalarla ilgili tartışmayı başka bir boyutta yapmak gerekir diye düşünüyorum. Ama her bir vakanın üzerinde bir adli psikiyatrik değerlendirme yapma fırsatımız yok.

Nuray Hocam için butlanla ilgili şöyle bir yaklaşımımız var bizim. Eğer evlendiği sırada hani akıl hastası mıydı değil miydi biz hani herhalde akıl hastası olsaydı evlenmezdi diye bir yaklaşımımız var. Burası şaka. Teşekkürler.

Şenol Hocam çok güzel bir sunumdu gerçekten çok vakamız var böyle. Ben Süleyman Demirel Üniversitesinden geliyorum. Bir kere biyolojik altyapısını çok güzel ortaya koymanız nedeniyle hani buna hastalık densin denmesin o ayrı bir konu ama bu cinsel yönelimlerle ilgili tartışmalara çok güzel bir bilimsel açıklama getirdiğinizden dolayı teşekkürler. Burada bizim de kendi söylemlerimizde herkesteki feminen ve maskülen yanların bulunması ile ilgili bazı toplumsal cinsiyet yaklaşımlarını vurguladınız. Ben şunu gündeme getirmek istiyorum, bu konu hani biraz homofobi nedeniyle konuşmaktan biraz kaçınılıyor.

Şenol TURAN (Konuşmacı):
Transfobi hocam homofobi değil de transfobi.

Süleyman Serhat GÜRPINAR (Dinleyici):
Peki transfobi, özür dilerim, teşekkür ederim. Bu anlamda da yaklaşımlarınızda ve toplumsal çareler üretmemizde bir takım objektif filtre dışında sorunlara yol açtığını görüyoruz. Örneğin bu cinsel yönelimleri çocuk yaşlarında ya da ergen yaşlarında acaba içimizde bulunan ya da işte yönelim farklılığı olabilecek durumlarda. Örneğin okullarda ya da yurtlarda sadece erkek öğrenciler ve kadın öğrencileri ayırma ile ilgili zorlamalar acaba bunu biraz daha provoke ediyor olabilir mi? Bu soruyu da size soracağım.

Alperen Hocamla ilgili olarak şunu söylemek istiyorum. Şimdi siz çok güzel bir şekilde ceza sorumluluk yaşı ile ilgili yurtdışından da örnekler verdiniz. İngiltere'yi 10 yaş olarak söylediniz ama Lüksemburg'un 18 yaş olduğunu söylemediniz ayrıca prefrontal korteksin gelişimi ile ilgili nerede gelişici olduğunu da vurgulamadınız. Orada tabi bizi kısıtlayacak birtakım belki sonuçlardan tartışmayı açmak istemediniz şu anda ancak burada da biliyoruz ki 18-20-22 hatta 25 yaşa kadar çıkaranlar var. Dolayısıyla bizim de ceza sorumluluğunun alt yaş grubunu artık yükseltmemiz gerekiyor ki bu konuda biliyorsunuz ki Adalet Bakanlığının çocuk psikiyatristleri ve adli tıp uzmanları ile oluşturduğu kurulda da bu konu çok güzel tartışılıyor ve oradaki öneri de zaten 18 yaşa kadar çekmek şeklinde bir öneri var. Bu bakımdan da hani… Bir de üstelik farik ve mümeyyize geri döndürmeyi ben karşı çıktığım bir durum. Çünkü sizin tanımlarınızda da sanki bir fark yokmuş gibi olurken yeni ceza yasasını yazanların bu konudaki karışıklığı da gidermek için şu andaki yasadaki terminolojiyi kullanmış olmaları daha anlaşılır ve bizim de karar verirken daha rahat karar verebileceğimiz bir durum olduğunu düşünüyorum. O bakımdan yaşla ilgili bir belirleme yapabilirseniz sevinirim prefrontal korteksin gelişimi ile ilgili.

Son olarak Yargıtay temsilcime de şunu söyleyeyim kusura bakmayın biraz uzattım ama şimdi önerinizde Gözlem Dairesi ve Dördüncü Kurulu idare dairesi olarak mı gördünüz? Biz her zaman bilirkişiler olarak şunu öngörüyoruz; evet iki yerde de çok yetkin arkadaşlarımız var ancak kurumsal olarak değil hani bir üniversite psikiyatri bölümü veya eğitim araştırma hastanesinin psikiyatri bölümünün çok yetkin raporları olabilir. Yani benim size önerim burada örneğin Gözlem İhtisas Dairesinin 24 saatlik gözlem kayıtlarında çıkan sonuçların hangi bilimsel gerekçelerle nasıl yorumlandığına ilişkin bir rapor isterseniz bunda haklısınız. Ancak birkaç şablon cümle ile karar verilmiş olması raporu sadece gözlem verdi ya da sadece Dördüncü Kurul verdi ya da bir psikiyatrist verdi şeklinde olursa bu sizin de hani denetime açık dediğiniz çok güzel bir tabiri var hukukçuların bu benim dediğim yaklaşım daha adaletin tecelli ettirecek bir husus olabilir. Sabrınız için teşekkür ederim.

Fatma Nuray CANSUNAR (Konuşmacı):
Ceza ehliyeti ile ilgili söz alabilir miyim?

Hocamın verdiği örneklerde 'madem böyle ağır bir suç işledin git yat cezaevinde biz de sana sağlam deriz' gibi düşünmüyoruz. Kişilerin akıl hastalığı olup olmadığı bu suçu akıl hastalığının etkisi ile işleyip işlemediğine bakıyoruz. Antisosyaller geliyor, madde etkisinde suç işlemiş. Bazen işledikleri suçlar çok absürt gibi durabiliyor burada değerlendirdiğimiz 'suçun nevi işleniş tarzı, suç esnası öncesi sonrası davranışı' gibi. Biz kişiye baktığımız gibi suçun psikopatolojisine de bakıyoruz. Hocamın verdiği örnekte bu bizi bir alarma geçiriyor. Yani palayla gelip kızın kafasına vurması veya işte Yavuz YAPICIOĞLU gibi direğe çıkması, 40 tane adam öldürmesi hepsi de medyatik sanki hasta imajı veriliyor Bunlarda ilk önce acaba antisosyal mi diye yaklaşmıyoruz ilk önce psikopatoloji arıyoruz. Ama o psikopatolojinin altında madde kullanımı, suç işleme sıklığı yani bu tür birçok şeyi antisosyal kişilik özelliklerini dolduran şeyleri görüp öyle karar veriyoruz.

Yani, 'madem öyle çok ağır suç işledin git cezaevini gör biz de senle böyle empati yaptık ya bizim başımıza gelirse' gibi bir düşüncede olmuyoruz yapılan muayene, gözlem, tetkikler, testler hepsiyle ve daha önceki tıbbi belgelere göre değerlendiriyoruz.

Gökhan ORAL (Konuşmacı):
Serhat Hocam, karşı aktarım hissetmiş olmanız burada tartışmada bir şey uyandırıyor acaba değerlendirmeyi yaparken nötral kalabiliyor mu bilirkişi diye. Tabii ki şöyle düşünmek lazım insan evladıyız ve karşımıza gelen vakalar da şaka değil yani toplumun kanalizasyonunda çalışıyoruz diyorum ben ve burada bir şey hissetmemek karşı transfer hissetmemek imkânsızdır. Hissetmiyorsanız bir tuhaflık var yani siz iyice duyarsızlaşmışsınızdır ben artık aldırmıyorum diye. O zaman da ayrıntıları kaçırırsınız. Karşı transfer hissedilebilir hissedilmesinde bir mahsur yoktur, kızabilirsiniz yani. Öfkelenebilirsiniz, rezil adam diyebilirsiniz içinizden. Mesele bu hissi işinize karıştırmamakta. Hissetmekte bir beis yok yani. Ben hissediyorum. Bazen kurul muayenesinden çıktığım da olmuştur birkaç kere. Siz devam edin diye. Hissetmek aslında bir ipucu da oluşturabilir. Çünkü bir psikoteğin işlediği suç karşı transfer olarak bizde nefret ve kızgınlığı çok nadir hissettirir. İlginç bir şey bu ama. Ciddi bir ipucudur bize hissettirdiği şeyler. Bunun izini takip etmek tam tersine doğruya ulaşmak için de yani ceza adaletine ulaşmak için de çok büyük bir ipucu olabilir.

Gürol CANTÜRK (Moderatör):
Şenol Hocam ve Alperen Hocam da çok kısa cevap vermek isterlerse buyurabilirler.

Şenol TURAN (Konuşmacı):
Yani yurtlarda kız ve erkek şeklinde ayrım yapılırsa bunların bu kişilerin yönelimleri ile ilgili bir etkisi olur mu şeklinde bir soruydu yanlış hatırlamıyorsam. Şimdi ergenlik dönemindeki çocukların bir biçimde cinsel nesne olarak seçtikleri erkek cinsiyeti de olabiliyor kız cinsiyeti de olabiliyor, hayvan da olabiliyor. Yani çok fazla tercih ettikleri şeyler olabiliyor. Bu bağlamda o dönemi yani cinsel yönelim olarak hani bu bunun yönelimidir diye değerlendirmek kolay değil. Bunu kişilerin bir eylem biçimi olarak değerlendirebiliriz. Yöneliminde çünkü sanki anne karnında şekillenen bir altyapısı var gibi söyleyebilirim yani araştırmaların özeti. Hem cinsiyet kimliğinin, kendini ait hissettiği cinsiyetin hem de cinsel yönelimin biyolojik yönü ağırlıklı gibi duruyor benim gördüğüm.

Alperen BIKMAZER (Konuşmacı):
Katkınız için teşekkür ederim.

Farik ve mümeyyize geri dönmek değil de davranışları yönlendirme yeteneği tabirinin anlamı ve içeriğini tekrar tartışıp netleştirmekte fayda var diye düşünüyorum. Çünkü 10 farklı anlam çıkarıp 10 farklı yorum yapan olabiliyor. Prefrontal korteks ortalama 14-16 yaş ama dediğiniz gibi 22-24 yaşa kadar bazen gelişmeyebiliyor. Prefrontal korteksin olgunlaşmaması evet suç açısından bir risk artışı ama şu da ayrıca bir etik tartışma konusu 'her risk ceza sorumluluğunu ortadan kaldırır mı?' Eğer biz riskleri ceza sorumluluğunu ortadan kaldıran etmen olarak görürsek tüm suçlar için geçerli. Çünkü hepsi bir suça ilişkin bir risk altında. Psikososyal ve nörobiyolojik riskler altında.

18 yaşa çekme mevzusuna gelince şimdi İngiltere örneğini şöyle verdim, İngiltere'nin 1930'dan beri tarihsel süreci nasıl, ceza sorumluluğu yaşını arttırmayı denemişler ama 60'larda özellikle denemişler İşçi Partisi iktidarıyla beraber ama dikiş tutmadığı için tekrar eski haline dönmüş. Lüksemburg örneğini bilmiyorum ama o ülkedeki sosyal kanunlara bakmak lazım. Bizim ülkemizde suç artıyor ve çocukları suça sürükleyen bir sürü sebep var. Biz bu sebeplere müdahale etmeden bu sebepleri ortadan kaldırmadan ceza sorumluluğu yaşını 18'e çekersek olabilecek başka türlü riskler de oluyor. Burada çocuğun yüksek yararı vs toplumun yüksek yararını gözetmek lazım. Yani tabii ki çocuklar cezaevine girmesinler tabii ki çocuklar yargılanmasınlar bu hepimizin temel dileği ama o suça sürükleyen etmenleri irdelemeden onlarla ilgili tedbirler alınmadan, onlarla ilgili sosyal politikalar geliştirmeden, onunla ilgili eğitsel tedbirler almadan ceza sorumluluğu yaşını 18'e çıkarmak çoğumuzu risk altına sokabilir.
Teşekkür ederim.

Şenol TURAN (Konuşmacı):
Ben de konuşmacı olarak soru hakkımı kullanmak istiyorum.

Ben de Yargıtay temsilcisi üyemize bir soru sormak istiyorum, SİR raporları çocuklar için çok önemli, değerli. Fakat biz mesela Altıncı İhtisas Kurulu'nda birçok heyetin hekim olarak değerlendirdiği ve tanı koyduğu vakalara bir ya da birden fazla heyetin değerlendirdiği vakalara bakıyoruz. Bir tanı koyuyor fakat sonrasında SİR raporu yani hekim olmayan sadece değerlendirme yapacak birisi, o da ufak tanı gibi bir şey çıtlatıyor. Onun üzerinden yeniden iptal edilmesi gibi durumlar oluyor. Bununla ilgili ne söylersiniz? Yani görüş olarak karşıt gibi değil de destekleyici bir bilgi iken yani karşıt görüş gibi algılamak için ne dersiniz?

Abdurrahman Orkun DAĞ (Konuşmacı):
Peki hocam hemen arz edeyim. Tabi biraz zamandan kaynaklı olarak Sayın Moderatörleri de mutlu etmeye yönelik bir kısaltma oldu konuşmalarımızda hepimizin.

Yüksek yargı önüne geldiğinde alt gruptaki meselelerde temel matematiğimiz şu; çelişki varsa bir üst rapor. SİR raporundaki anlatımlarla eğer farik mümeyyizliğe götüren rapor arasında anlatımlarda, yorumlarda, şüphe doğuran bir durum varsa bir üst raporun alınması mutlaka gerekli. Bu konuda haklısınız SİR raporu çok kıymetli eğer SİR raporuyla diğeri çeliştiyse mutlaka bir üst raporun alınması gerekir. Biz bunu kendi yüksek yargı denetimimizde yerine getiriyoruz, tetkik hâkimle bunu özellikle soruyoruz. Dün akşam Serhat Hoca'yla dost meclisinde bir sohbet yaptık Serhat Hoca ortalama 18-20 yaşına kadar herkesin melek olduğunu falan düşünüyor. Yok hocam öyle bir şey ya. Vallahi yok.

Eyup YEŞİL (Dinleyici):
Sunumu yapan değerli konuşmacılara teşekkür ediyorum.

Özellikle bu konu hakkında kısa bir görüşüm ve açıklama yapmak istiyorum. Hukukçularda tabi görüş farklılığı olur. Son konuyu ifade etmek gerekirse aslında yeni CMK'nın sisteminde önceki gibi farik mümeyyizlik değil, tek hekim rapor verirdi o bağlayıcıydı. Ama şimdi SİR raporu, uzman hekimin raporu ve çocuk hâkimi karar verir diyor. Yani suçu işlemeye ehliyetinin olup olmadığına, hareketlerinin sonuçlarını kavrayıp kavrayamadığı, olayları anlayıp anlayamadığı yeteneğinin gelişip gelişmediği… SİR raporu da bunun yaşadığı sosyal çevreyi, eğitim düzeyi, ailesi bunlara bakılarak ama maalesef bu daha tam

oturmadı. Yine raporların sonucuna göre uygulama yapıyoruz. Antisosyal kişilik bozukluğu konusunda bir şüphe varsa. Yani akıl hastalığı olduğu konusunda bir şüphe varsa CMK 74 diyor ki ''Hâkim veya savcı araştırma yapar, bir uzmana danışır.'' Bu konuda bir rapor veya işlenen fiilin, her suç araştırmaya uygun değil tabi ama az önce kadının öldürme şekli ifade edildi böyle şüphe çekici bir davranış varsa bunu bir uzmana göndeririz uzman daha ileri tetkik yapması gerektiğini düşünürse akıl hastanesine ya da uzman hastanelere gider. Şimdi Orkun Bey ifade etti. Bu hastanenin raporları yeterlidir ifade etti ama ben bu görüşe biraz katılamıyorum. Bakın Adli Tıp Kurumu bir tane ve tüm Türkiye'deki hastalar oraya gidiyor. Yargıtayın da bir yeri var. Yani bizden daha yetkin hâkimler taşrada olabilir ama uygulamada birlikteliği sağlamak lazım. Bir değerlendirme hatası olabilir. Adana Akıl Hastanesinin veya Manisa Akıl Hastanesinin akıl hastası dediğine Adli Tıp Kurumu değildir diyebilir veya değildir dediğine akıl hastasıdır dedi. Aynı durumda olanlara aynı hükümlerin uygulanabilmesi için müşahede altına alınması ve ihtisas kurulundan rapor alınmasını ben şahsen meslektaşlarıma öneriyorum. Çok daha doğru sonuç doğurabilir ama üniversite raporlarının da hakkını yememek lazım elbette bunun hatalı olduğunu da ifade etmek istemiyorum. Ama en azından ülkede birliktelik bu şekilde sağlanmış olur.

Teşekkür ediyorum.

Gürol CANTÜRK (Moderatör):
Çok teşekkür ederim Sayın Başkanım. Süremizi çok aştık kusura bakmayın artık daha başka soru alamayacağız. Çünkü çay arasını bitirdik. Sayın Başkan da bakıyor bana oradan. Ben bütün konuşmacılarımıza çok teşekkür ediyorum.

3.GÜN

4. OTURUM

ADLİ TOKSİKOLOJİ VE BİLİRKİŞİLİK

ADLİ TOKSİKOLOJİ VE BİLİRKİŞİLİK OTURUMU



Ahmet BELCE (Moderatör):
Dün akşam hepimizi yürekten yaralayan, derinden yaralayan bir haber aldık. Çok üzgünüz hepimiz. Ölenlere Allah'tan rahmet diliyoruz, yaralılara şifa diliyoruz. Allah hiçbir ülkeye felaket vermesin. Sadece ülkemize değil. Bütün dünyada inşallah böyle felaketler olmasın diyelim.

Efendim hepiniz şeref verdiniz. Bu güzel toplantıyı organize eden Sayın Başkanımız Dr. Hızır ASLIYÜKSEK Beyefendi olmak üzere bütün organizasyon komitesine, Adli Tıptaki, Emniyetteki, Jandarmadaki, yargıdaki çok kıymetli çalışanlara, mensuplara, bir kısmı öğrenci olan kıymetli dinleyicilere hoş geldiniz diyoruz. Sefalar getirdiniz. Kuvvetli alkış olmazsa devam edemiyoruz değil mi başkanım?

Bu toplantıyı çok kıymetli hocamız Doç. Dr. Selda MERCAN ile birlikte sunacağız. Kendisi İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü müdür yardımcısı. Cerrahpaşa deyince insan tabi etkileniyor. Neredeyse 25-30 senem orada geçti, orada büyüdük. Tabi Adli Tıp deyince de benzer şekilde, 18 yıldır Adli Tıp Kurumunda görevli olarak devam ediyorum. Sayın Başkanım hoş geldiniz, şerefler verdiniz yüzünüze karşı da teşekkürlerimi ve saygılarımı iletiyorum bu güzel organizasyondan dolayı. Adli Tıp deyince tabi çok kıymetli meslektaşlarım var orada ve bir kısmı şu anda burada. Ben de kimyacıyım. Ama onlar çok daha iyi kimyacı benden daha iyiler. Hatta bir tanesi kalite deyince aklıma ilk gelen isim, Ayşegül ŞAHİN. Ayşegül ŞAHİN bir zamanlar ENFSI'de yeterlilik komitesinde görev de yapmış. Kurumumuzun, Adli Tıp Kurumunun kalitesinden sorumlu. İlk konuşmacımız, dünyada neler oluyor? Bizde neler oluyor kalite akreditasyonla ilgili, Sayın Ayşegül Hanım buyurun lütfen.

Ayşegül ŞAHİN (Konuşmacı):
Teşekkür ederim.

Merhaba. Hepiniz hoş geldiniz, herkesi saygıyla selamlıyorum. Sayın Başkanımız benden kalite ve akreditasyon konusunun Dünya çapında adli kimya alanındaki uygulamalarından bahsetmemi istedi. Ben de sizin için bir şeyler hazırlamaya çalıştım. Dilerseniz başlayalım.

Aslında kalite ve akreditasyon dediğimizde adli kimyayı bu konunun dışında tutmayız. Kalite ve akreditasyon iç içe geçmiş iki terimdir ve genel olarak bir uygulama alanı vardır, adli kimya da bu alanlara bir örnektir. Bu sebeple ben öncelikle size adli bilim sürecinin ne olduğu, Adli Tıp Kurumunun bu süreçteki hizmet yeri, adli kimyanın ne olduğu ve adli kimya çalışma alanları içerisinde Adli Tıp Kurumu Kimya İhtisas Dairesinin yaptığı çalışmalardan bahsedeceğim. Tabii konumuzla ilintili olarak 'kalite nedir' konusu ki buna biraz daha ayrıntılı değinmek istiyorum ve tabii ki akreditasyon.

Kalite deyince bizim de ilk akreditasyon adımımızı attığımız uluslararası örnek kuruluş olan Avrupa Adli Bilimler Kuruluşları Ağı ENFSI'den çok kısa söz edeceğim ve ENFSI'ye ait bir takım

verileri kullanarak size ENFSI üyesi kuruluşların akreditasyon kapsamları hakkında bilgi vermeye çalışacağım.

ILAC diye bir kuruluş var Uluslararası Laboratuvar Akreditasyon İşbirliği Kuruluşu. Görevi, akreditasyon kuruluşlarına ve akredite olmuş laboratuvarlara rehberlik etmek ve her bir farklı disiplin için farklı rehberler yayınlamak. Bu disiplinler için süreçlerinin ne olduğu ve bu süreçlerde dikkat edilmesi gereken kuralların açıklandığı rehberler yayınlayan bir kuruluş ILAC. ILAC-G19'da bizler için, adli bilimler için yayınlanmış bir rehber doküman. Bu rehber dokümanda baştan sona olay yerinden, inceleme ve raporlamaya kadar akreditasyon ve kaliteyi de içine alacak şekilde uyulması gereken bir takım kurallardan bahsedilmiş. Ben ILAC'tan adli bilim sürecini aldım ve size sunuyorum şimdi.

ILAC adli bilim sürecini şu şekilde açıklamış; öncelikle suç mahalline ilişkin ön görüşmelerin yapılması, suç mahallinde ilk tedbirlerin alınması, olay yeri incelemenin gerçekleştirilmesi, olay yeri inceleme sonuçlarının ve gözlemlerinin değerlendirilmesi ve bu aşamadan sonra artık Adli Tıp Kurumunun da hizmet alanına giren vaka değerlendirmesi ve incelemesinin gerçekleştirilmesi, inceleme sonuçlarının yorumlanması, yorum da dâhil olmak üzere sonuçların raporlanması şeklinde süreci sonlandırmıştır ILAC.

Adli Tıp Kurumunun bu hizmet sürecindeki yaptığı iş nasıl bir iştir? Ben açıkçası kaliteye buradan girmeye çalışacağım. Adli Tıp Kurumu bir kuruluş, bir işletme. Her işletmede olduğu gibi de bir takım girdileri var. Bu girdileri işler ve sonuçta bir ürün üretir. Ürün nedir? Adli Tıp Kurumunun raporlarıdır. Aslında girdi olarak ele aldığı talepler ve taleplerin ekindeki inceleme materyalleri işletmede bir takım işlemden geçirilir ve ondan sonra rapor talebi yapan taraflara iletilir. Talep yapan taraflar aslında sadece o raporu görmektedirler. Raporun sonucu onlar için kullanılacaktır. Bu ürünü açığa çıkarırken Adli Tıp Kurumu aslında pek çok aşamadan geçmektedir. Yani bir yerleşke düşünün Adli Tıp Kurumu veya herhangi bir kuruluşun yerleşkesini ve çatısını çıkarıp kuş bakışı bir bakışla bakın olaya. İçeride personeller, cihazlar, bu sırada yapılan temizlik, yemek vs. pek çok farklı işlem yer almaktadır ve aslında ortaya çıkan ürünün gerçek mutfağıdır. Orada işlemler gerçekleştirilmektedir. Dolayısıyla ürününüzün kalitesini aslında tüm bu süreçlerin toplamı oluşturmaktadır. Bu durumda sadece inceleme yöntemim doğru olsun, inceleme yöntemim şu kadar iyi olsun demek ürününüzün kalitesi için yeterli olmayacaktır. Ürününüzün kalitesinin iyi olması için toplam kalitenin bir bütün olarak, ana hizmet ve bütün alt hizmet süreçlerinin kalitesinin iyi olması gerekir.

Nasıl yaparsınız? Tabii ki burada bir takım kaynaklar kullanırsınız. Kaynaklar neler? Örneğin en önemli kaynak ve diğer bütün kaynakları etkileyen bir kaynak: Personel. Personeliniz yetkin ve yeterli olmalı.

Nasıl yetkin olmalı? Dün sunumların bir tanesinde bir resim vardı ve orada şöyle bir şey yazıyordu: 'Bana güvenin ben uzmanım ben adli tıp uzmanıyım, adli bilimler uzmanıyım' Peki yeterli mi bu, bu personel yetkin anlamına mı gelir? Hayır. Ya da evet de denilebilir. Evet derse şunu sormalısınız: 'O zaman kanıtla' demelisiniz. O ürünün doğru ve güvenilir çıkması için kaynakların ya da süreçlerde yer alan her bir aşamanın kalitesinin güvence altına alınmış olunması gerekir. Bunun için örneğin personelin yetkin olduğunun ispatlanabilmesi amacıyla öncelikle yetkinliğin kriterinin ne olduğunun belirlenmesi lazım. Yani bu işi hangi görev yerine getirir, bu görevin o işi yerine getirebilmesi için gerekli olan kriterleri nelerdir, daha sonra bu kriterlere sahip olabilmesi için gereken bilgi, beceri, nitelik, eğitim vb. her tür şartın bu kişide oluşabilmesi için her türlü imkânın sunulması gerekir. Daha sonra bu kriterleri karşıladığına inandığınız kişiyi yetkinlik açısından, bir sınav örneğin, bir değerlendirmeye tabi tutar, ondan sonra yetkinliğini verirsiniz ve dersiniz ki 'Bu görevdeki bu kişi artık bu iş için yetkindir.' Bu işi fark ettiyseniz eğer uzmanlık diye ele almadım. Yapılan her iş için bu geçerli ve uzmanlık bunlardan bir tanesi. Dolayısıyla artık yetkinlik almış bir görevde kişiler konuşmaz sadece görev konuşur. Bunun gibi.

Aynı şey kullandığınız bütün kaynaklar için gereklidir. Örneğin donanımlarınız, cihazlarınız, ekipmanlarınız, bunların doğru ve güvenilir analiz yaptığının ispatlanması için gerekli kriterler, sistemler, enerji gibi su gibi bilgi teknolojileri gibi ve diğer her tür kaynağın, ürününüzü güvenilir şekilde çıkaracağınıza dair kriterlerin belirlenmiş olması gerekir. Biter mi, bitti mi? Uygulama başladı işte bunu bir takım iç ve dış kontrollerle kontrol edersiniz ve süreç sürekli bir döngü halinde devam eder. Siz sürekli kendinizi kontrol ederek işi sağlama almış olursunuz. Bu arada tabii ki kullandığınız inceleme yöntemlerinizi de doğru ve güvenilir biçimde çalıştığını ispat edersiniz ve ondan sonra güvenilir bir ürün çıkarmış olursunuz ortaya. İşte burada adı geçen şey kalitenizin güvence altına alınması. Bugünkü konumuz adli kimya ile ilgili. Adli kimyaya şöyle genel bir bakış atalım.

Adli kimya nedir? Kimyanın kriminal araştırmalarda uygulanmasıdır gibi genel bir tanım var. Ne tür incelemeler yapmaktadır ya da kimyacı, kriminalin hangi alanlarında çalışmaktadır Dünyada? Uyuşturucu madde analizleri, yangın ve patlama analizleri, patlayıcılar, boya ve cam, tekstil, saç, alkol, metaller, toksik zehirli materyaller, dokular ve vücut sıvılarında zehir, karbonmonoksit analizler gibi analizler, uçucular, gıda maddeleri, içecekler, doküman inceleme. Bu alanların hepsine kimyacılar dâhil olmaktadır dünyadaki farklı adli bilim incelemelerinde. Yıldızlı koyduğum alanlar bugünkü oturumun da konusu olan adli toksikolojiyi ilgilendiren inceleme alanlarıdır. Adli Tıp Kurumu Kimya İhtisas Dairesinde yapılan inceleme alanlarını benden sonra Oya Hanım özellikle anlatacak ama dünyada yapılan bu analizler içerisinde narkotik incelemeler, toksikolojik incelemeler, cilt ve yangın artıkları hızlandırıcı analizleri, atış artığı analizi, patlayıcı kalıntı analizleri, gıda ve içecek analizlerinin yapıldığı bir laboratuvardır Adli Tıp Kurumu laboratuvarları.

Şimdi konumuza gelelim artık. Kalite nedir? Kalitenin pek çok tanımı vardır. Her yerde o kadar çok tanım bulursunuz ki aslında neredeyse birbirinin aynısı. Ben birkaç tane derledim TSE farklı şey söyler ISO farklı şey söyler Amerikan Kalite Kontrol Derneği farklı ama aslında aynı şeyi söyler. Ben bütün bunları topladığımda aslında benim aklıma gelen tek şey, kalite aslında taahhüt ettiklerinizi gerçekleştirebilme ölçünüzdür derim. Yani sadece bu bir kuruluş için değil her alanda ne kadar kalitelisin sorusuna, amacın nedir, ne için varsın, neye hizmet etmektesin, bu hizmet için taahhüt ettiğin faaliyetler nelerdir bunları sırala ve bu faaliyetleri ne kadar iyi ölçüde gerçekleştirebiliyorsan kaliten de budur diyebiliyoruz. Dolayısıyla bütün hepsinin toplamına

ben bu şekilde bir tanım yapmayı doğru görüyorum açıkçası.

Aslında şöyle bir durum, her insan gibi kuruluşların da hedefleri vardır. Örneğin Adli Tıp Kurumu. Adalet Bakanlığına bağlı bir kuruluştur ve Adli Tıp Kurumunun hedefleri Adalet Bakanlığının hedefleri ile aynı hedeflerdir. Sadece Adli Tıbbın Adalet Bakanlığının kendisi ile ilgili olan hedeflerinde rolünü yerine getirmesi gerekmektedir. Dolayısıyla Adli Tıp Kurumu da yaptığı bütün işlerde aslında bu hedeflere ulaşma anlamında iyileştirmeler yapmaktadır, çalışmalar yapmaktadır. Adli Tıp Kurumunun bunlara ulaşabilmek adına, bu iyileştirmeleri yapabilmek adına, hedeflere ulaşabilmek adına yapacağı için kalitesi budur diyebiliriz. Bu arada, biraz önce de sıraladığım gibi, kişinin yetkin kılması, metotlar, cihazlar vs. o kadar çok şey çıkıyor ki, bunları kim, ne zaman, nerede, nasıl yapacak gibi pek çok soru işareti oluşuyor insanın kafasında. İşte bu durumda bize yön gösterecek bir sisteme bir araca ihtiyacımız olmakta. Bu sisteme biz Kalite Yönetim Sistemi diyoruz. Yön veren bir sistem, hedeflerinize ulaşma adına. Diğer bir ifadeyle de hizmet verdiğiniz kişilerin, kuruluşların ihtiyaçlarını karşılamak için yön gösterici bir sistem kurarak çalıştırmaktır kalite yönetimi.

Peki, akreditasyon nedir? Öncelikle bütün bunları anlattım ancak akreditasyon olmadan da siz bir kalite yönetim sistemi kurup çalıştırabilirsiniz. Ama akreditasyon, yaptığınız bütün bu işleri belgelemenizi sağlayan, ispatlamanıza yarayacak bir kalite altyapısıdır, bir araçtır.

Ne yaparsınız? Kontroller demiştik biraz önce. Raporunuz başından sonuna kadar, tüm süreçlerin hepsinin, uluslararası kabul görmüş ölçütlere göre değerlendirilmesi ile olur.

Nedir bu uluslararası kabul görmüş ölçütler? Uluslararası standardizasyon örgütlerinin, yetkilendirilmiş uluslararası standardizasyon kuruluşlarının yayınladığı ölçütlerdir. Rehberlerle yayınladığı ölçütlerdir bunlar. Örneğin, Uluslararası Standardizasyon Teşkilatı ISO gibi. ISO, farklı hizmet alanları için farklı rehber dokümanlar yayınlamıştır ve siz amacınıza hizmet eden rehberi seçip bunun öngördüğü gereklilikleri yerine getireceğinize dair taahhütte bulunursunuz ve daha sonra bağımsız kuruluş gelir sizi denetler. Daha sonra uygunsanız bunun karşılığında size 'Evet uygunsunuz' şeklinde bir belge verir. Siz de artık bunu belgelemiş olursunuz.

17025'i biraz anlatmak istiyorum çünkü aslında adli kimya alanında görüyoruz ki en çok kullanılan ve tercih edilen rehber doküman, deney ve kalibrasyon laboratuvar yetkinliği için genel gereklilikleri açıklayan Uluslararası Standardizasyon Teşkilatının 17025 rehber dokümanıdır. Adli Tıp Kurumu Kimya İhtisas Dairesi de birçok adli bilim laboratuvarı gibi şimdilik 17025 standardını esas alan gereklilikleri yerine getirerek 15 metottan akreditasyon kapsamında faaliyetlerini sürdürmektedir.

Bizim aslında kalite işlerine ve akreditasyona adım atmamıza neden olan en büyük etmenlerden biri olan Avrupa Adli Bilim Kuruluşları Ağı olan ENFSI'den bahsetmek istiyorum. Niçin bunu söylüyorum? Çünkü ENFSI'nin üye olma şartlarından biri ENFSI'de tanımlı olan metotların %50'sinden akredite olmaktır. Biz de ENFSI'ye üye olmak istedik. Şöyle anlatayım, şu anda sanırım dinleyiciler arasında vardır, akşam yemeğinde masadaki arkadaşlarımızdan biri 'Dünyadaki büyük CEO'ların nasıl bu kadar büyük olabildiklerini düşünüyorum' dedi. Daha doğrusu böyle bir soru gelmiş ve cevap da şu şekilde gelmiş 'Çünkü onların networkü çok güçlü' demişler. 'Networkleri var' demişler. İşte bu ENFSI networkü de, oraya dâhil olmak da bizim gücümüze güç katacak bir uygulamadır, bir girişimdir. ENFSI kurucuları arasında bizim de yakından tanıdığımız adli kimyacı olan Kimmo HIMBERG, Wim NEUTEBON gibi isimler vardı. 1993'te bu kuruluşu kurarken, amaçlarından biri adli bilimlerin kalitesini güvence altına almaktır. Yaptıkları işlerin büyük bölümü kaliteyle ilgilidir, kalitenin geliştirilmesiyle ilgilidir.

Ben ENFSI'nin bir önceki anketinden faydalanarak adli kimya alanında hangi kuruluşların hangi standardı esas alarak akreditasyonlarını gerçekleştirdiğine dair bir tablo hazırladım sizler için. Burada katılımcı sayısı 61'dir. Koyu sarı renkler analiz sayısı 12'den büyük olanlar, açık sarı olanlar 12'den küçük olup ama uygulananlar. Bu tabloda kimin ne iş yaptığını da görme şansımız oluyor açıkçası. Tablodan da görüleceği üzere özellikle kimya alanlarında 17025 standardı tercih edilmiş durumda akreditasyonda. Yeşiller, akreditasyon kapsamları kuruluşların. Sanırım süremiz az kaldı o yüzden biraz hızlı geçeceğim. Devamında tablonun ilginç bir durum daha var. İki ayrı standardı alan kuruluşlar var. Özellikle Almanya'daki kuruluşlarda 17020 Standardı da 1725'in yanında yer almakta ve 17020 standardının adli bilimlerde özellikle olay yerinde kullanıldığını biliyoruz. Buradan da anlaşılacağı üzere özellikle Almanya'daki kuruluşlarda olay yeri incelemelerindeki kimyasal analizleri yaparken de akreditasyon gerçekleştirildiğini görmekteyiz. Yine 17025 kapsamı diğer kuruluşlarda var.

Şöyle geçiyorum hemen hızlıca. Biz neredeyiz? Biz neden diğer analizlerde çok fazla yoktuk çünkü Adli Tıp Kurumu Başkanlığında daha çok toksikolojik analizler yapılmakta. ENFSI'nin tanımladığı kriminal alanların haricinde. Biz de tablodan göreceğiniz gibi özellikle uyuşturucu maddelerdeki madde analizlerinde ve vücut sıvılarındaki uyuşturucularda 17025 akreditasyonunu gerçekleştirdik. Bunun haricinde diğer olarak gördüğümüz, kuruluşların kendilerinin tanımladığı bir takım kapsamlar var ve çok az sayıda. 17025'ten akreditasyon gerçekleştirmişler.

İlginç bir örnektir. Tek kuruluş Romanya'dan polimerler üzerine 17025'ten akreditasyon var. 17025 üye kuruluşlar arasında %77'nin üzerinde tercih ettiği bir rehber doküman ve akreditasyon konusunda %95'i 17025'i tercih etmiş. En çok yapılan analiz hangisi derseniz bu üye kuruluşlar arasında, uyuşturucu madde analizleri. Neredeyse tüm kuruluşlar uyuşturucu analizi yapmaktalar. Sırasıyla diğerlerini de görüyorsunuz.

Bunun yanı sıra vücut sıvılarında alkol ki bizim de akreditasyon kapsamında alkol analizi var ve de hatırı sayılır derecede tüm kuruluşlarda neredeyse yapılmakta.

Beni dinlediğiniz için çok teşekkür ederim.

Ahmet BELCE (Moderatör):
Sayın Ayşegül ŞAHİN'e çok teşekkür ederiz.

Selda MERCAN (Moderatör):
Ayşegül Hanım'a bu güzel ve aydınlatıcı sunumu için teşekkür ediyoruz.

Sıradaki konuşmacımız Adli Tıp Kurumu Kimya İhtisas Dairesi Araştırma Şube Müdürü Doç. Dr. Oya TANÇ YETER. Kendisi bize Adli Tıp Kurumunda adli toksikoloji uygulamaları ile ilgili bir sunum yapacak. Kendisi uzun yıllardır bu görevde ve engin bir tecrübesi de var. Buyurun Oya Hanım.

Oya TANÇ YETER (Konuşmacı):
Teşekkür ederim. Merhabalar.

Öncelikle son gün, son saatte burada kalma sabrını gösterdiğiniz için teşekkür etmek istiyorum. Bizleri yalnız bırakmadınız.
Ben yaklaşık 25 senedir Adli Tıp Kurumunda çalışıyorum ve bu süre zarfında yüksek lisans ve doktora yapma şansı buldum. Nihayetinde geçen sene de doçentlik ünvanımı almaya hak kazandım. İşte bu süreçte ekibimizle birlikte yaptığımız tüm bilimsel çalışmalar Kurumda karşılaştığımız olgulardan, ihtiyaca yönelik olarak geliştirilmiş metotlardır. Ve bu metotların Kurum bünyesinde yer alan binlerce gerçek olguya uygulanmasıyla elde edilen ürünler oldu. İşte bu şekilde yıllar içinde sürekli gelişerek oluşturulmuş toksikolojik analiz süreçlerinden bahsetmek istiyorum bugün.

Öncelikle organizasyon şemamıza baktığımızda, toksikolojik analizlerin Kimya İhtisas Dairesinde yapıldığını görüyoruz. Kimya İhtisas Dairesi bünyesinde yer alan Toksikoloji, Alkolmetri, Enstrumental Analiz ve Araştırma Şubeleri bu sürecin belli basamaklarını üstlenmiş durumdadır. Toksikoloji Şubesi, gelen dosyanın ve numunelerin kabul edilmesi, tasnif edilmesi, kaydedilmesi ve akabinde ilgili analizlere yönlendirilmesi ve son basamakta analiz bulgularının rapor haline dönüştürülmesi görevini yürütür. En büyük örnek kaynağı otopsi yani Morg İhtisas Dairesidir. Bunun dışında Türkiye'nin çeşitli yerlerinden Savcılıklar tarafından mahallinde alınmış biyolojik örnekler ya da biyolojik olmayan örnekler de kabul edilir. Ya da doğrudan doğruya kişilerin kuruma yönlendirilerek tarafımızdan örnek alınmasıyla da dosyalar oluşabilir. Bu kapsamda incelediğimiz biyolojik örnekleri post-mortem ve canlı kişilerden alınan örnekler olarak iki grupta yürütüyoruz. Örneklerin tamamını Sistematik toksikolojik analize (STA) tabi tutuyoruz. İncelenen biyolojik örneklerin post-mortem ya da canlı kişilere ait oluşuna göre STA sürecinde bazı farklılıklar vardır.

Tam bu noktada sistematik toksikolojik analizin amacı nedir? Kısaca değinelim. STA yapılacak incelemenin çerçevesinin önceden belirlendiği ve tüm olgulara aynı şekilde uygulanan süreçtir. Buradaki amaç, minimum örnek miktarı ile en kısa sürede çok sayıda maddeyi tespit edebilmektir. Süreç olarak baktığımızda ise toksikolojik analizin aslında laboratuvardan önce başladığını biliyoruz. Kurum içinde birçok disiplin bir arada çalışıyoruz ve bu sürecin son iki basamağı, "toksikolojik analiz ve analitik bulguların değerlendirilmesi" Kimya İhtisas Dairesinin görevi kapsamındadır. İlk basamaklarda olgunun öyküsü, analize uygun örnek seçimi ve alınması, bu örneklerin doğru şekilde korunarak laboratuvara iletilmesi basamakları çok kritiktir. Öyle ki bu basamaklarda yapılan hatalar, laboratuvar aşamasında ne kadar nitelikli uzmanlar çalışırsa çalışsın, ne kadar yüksek teknoloji ürünü cihazlar kullanılırsa kullanılsın ya da laboratuvarda kullanılan metotlar akredite olsa bile, sonucun güvenilirliğine gölge düşürür. Bu bilgi şimdilik burada dursun. Sonraki slaytlarda bu konuyla ilgili bazı olgu örnekleri sunmak istiyorum. Şimdi bu noktada sahada bulunan özellikle adli tabip arkadaşlarımızın bazı noktalara dikkatini çekmek istedim. Öncelikle analize uygun ve yeterince örnek alınması, incelemenin sonucu açısından kritiktir. Post-mortem olgularda kan örneğinin hangi bölgeden alındığının belirtilmesi gerekir. Kalp kanı mı, boşluklardan alınan kan mı yoksa kol ya da bacak damarlarından alınan kan mı olduğunun bilgisinin laboratuvara iletilmesi gerekir. Alınan örneğin korunması, kullanılan kapların niteliği de analiz sonucunu etkileyen unsurlardır. Örnekler mümkünse hiç bekletilmeden laboratuvara gönderilmelidir. Ya da konservatif madde kullanılıyorsa kan için NaF (Sodyum Florür) ya da K2C2O4 (Potasyum Okzalat), idrar için ise NaN3 (Sodyum Azit) uygundur. Eğer bu özellikte tüpler elinizde yoksa herhangi bir koruyucu madde olmadan göndermeniz daha uygun olur. Tabi soğuk zincire bu noktada daha da dikkat etmek gerekir. Bir sakıncalı tüp örneği ise jelli tüplerdir. Bu tüplerdeki jeller analizlerde girişime neden olmaktadır. Jelli tüplerin üretiminde yürütülen polimer reaksiyonları durdurmak için kullanılan kimyasallar arasında metanol gibi hedef analitlerimiz olabiliyor. Dolayısıyla içinde metanol olabilecek bir kapta kan örneği gönderildiğinde, laboratuvarda tespit edilen metanolün numuneden mi yoksa içinde bulunduğu tüpten mi geldiğinin ayrımı yapılamamaktadır. Bu durumda olguyu yorumlamak çok güçleşir. Bir diğer sakıncası da analizlerde kullandığımız yüksek rezolüsyonlu kütle spektrometrelerinde polimerik malzemelerden gelebilecek iyonların girişime sebep olmasıdır. Bir diğer husus, biyolojik ve biyolojik olmayan örneklerin aynı kolide gönderilmesidir. Uyuşturucu madde ile biyolojik örneğin aynı kolide gönderilmesi gibi. Bu ciddi bir kontaminasyon nedeni olabilir. Aynı şekilde histopatoloji için alınan örneklerin toksikolojik analiz için alınan örneklerle aynı kolide gönderilmemesi gerekir.

Kimya İhtisas Dairesi tarafından kabul edilen tüm post-mortem örneklere alkol, uyuşturucu ve bazı ilaçların analizlerini rutin olarak uyguluyoruz. Elbette sistematik dışı analiz panellerimiz de var. Bunlardan bazılarını buraya koydum ancak bununla da sınırlı değil. Eğer talep gelirse, laboratuvar daha önce hiç yapmamış olduğu halde, yeni bir maddenin analizini de gerçekleştirmek durumunda kalabilir. Ancak bunun için uygun koşullar sağlanmalıdır. Metodun oluşturulması, validasyonlarının yapılması ki daha önce çalışılmamış bir madde söz konusuysa laboratuvar güvenilir bir sonuç üretmek için her zamankinden daha temkinli gitmek zorundadır. Bu noktada bunun zaman alıcı ve maliyet arttırıcı olduğunu söyleyerek bu tür taleplerde olgu ile analiz talebi arasındaki gerçek ilişkinin iyi değerlendirilmesi gerektiğini hatırlatmak istiyorum. Sistematikte baktığımız bütün maddelerin listesini, gönderdiğimiz raporların ekinde sunuyoruz.

Raporlarımızda yer alan bazı teknik terimlerden bahsetmek istiyorum. Raporu okuduğunuzda hangi teknikler kullanılmış ve bunların özellikleri nedir, bilgi vermek istiyorum. Analiz sürecinde post-mortem örneklere (kan) birinci basamakta HS-GC/FID ile alkol analizi yapılır. Burada kullanılan metot TS EN ISO/IEC 17025 akreditasyonuna sahiptir. Metot aynı örneğin kromatografik olarak aynı anda çift kolonda yürütülmesi ve FID (alev iyonlaşmalı dedektör) ile dedekte edilmesi esasına dayanır. Düzenli olarak iç ve dış denetimlere tabi tutulan, kalite kontrol grafikleri ile izlenen bu metot ile güvenilir sonuçlar elde edilmektedir. Raporlarımızın altında dip not olarak akredite olup olmadığı bilgisi vardır. Akreditasyonun anlamı ile ilgili

değerlendirmeyi Ayşegül Hanım zaten aktardı. Ayrıca siyanür, formik asit ve diğer uçucu toksik maddeler ile ilgili diğer analizlerimizi HS-GC/MSD tekniği ile yapmaktayız. Bu tekniğin bir öncekinden farkı kütle dedektörünün (MSD) sağladığı yüksek kesinlik ve spesifikliktir.

Diğer uyuşturucu ve ilaç analizleri için ise tüm biyolojik örnekler, GC/MS, LC-QTOF/MS ve LC-MS/MS cihazlarındaki metotlarımıza yönlendirilir. GC/MS literatürde altın standart olarak geçer. Bu teknikle elde edilen kütle spektrumları dünyanın her yerinde aynı şekilde elde edilir. Bu özelliğinden dolayı yüzbinlerce maddeyi içeren, evrensel, lisanslı kütüphaneler oluşturulmuştur. Bu demek değildir ki bir analizde bu kadar maddeyi tarayabiliyoruz. Uygun koşullar oluşturulduğunda bu veri tabanları bizi yönlendirebilecek ipuçları veriyor. Likit kromatografi kütle spektrometrisi (LC-MS/MS) ise miktar analizlerinde bizim kendi veri tabanlarımızı oluşturarak kullandığımız metotlara imkân sağlıyor. Veri tabanını kendimiz oluşturduğumuz için sayısı oldukça sınırlıdır. Binlerle ifade edebiliriz en fazla. Bunun dışında yüksek çözünürlüklü kütle spektrometri cihazlarımız var. LC-QTOF/MS ve ORBITRAP. Bunlar kalitatif tanımlamalar yapılırken ya da bilinmeyen bir maddenin yapısını aydınlatmaya yönelik çalışmalarda çok güçlü veriler sağlar. Nasıl yapıyor, ne farkı var? Kütle spektrumu molekülün iyonlaştırılarak parçalanması esasına dayanır. Bu parçalanma ürünleri belli şartlar altında o moleküle karakteristiktir. İşte iyonlaşmış molekül ve parçalanma ürünlerini gerçek kütleleri ile dedekte edebildiğimiz sistemlerdir. Molekül kütlesi virgülden sonra üçüncü hatta dördüncü basamağa kadar doğrulukla ölçülebilir. Örneğin molekül kütlesi 285 olan bir bileşik düşünelim. Doğada molekül ağırlığı 285 olan binlerce madde bulunur. Ancak doğru tespit için öncelikle hedefimiz daraltmalıyız. Bu ise molekülün gerçek kütlesi ile sağlanabilir. Düşük çözünürlüklü bir kütle spektrometrisi ile 285 olarak ölçülürken, yüksek çözünürlüklü bir kütle spektrometrisi ile ölçülen değer, teorik gerçek kütleye yani 285.3377'e ($C_{17}H_{19}NO_3$) çok yakındır. Çözünürlük gücüne göre bu değer ±1 ppm'e kadar düşebilir. Böylelikle hedefimizde artık molekül ağırlığı 285-286 arasına denk düşen binlerce molekül yerine çok daha az sayıda bileşik bulunur. Tabi sadece molekülün bu bütünsel formül ağırlığı ile ilgilenmiyoruz.

Akabinde bir takım kullandığımız kabul kriterleri var. Bunlar kütle doğruluğunun yanı sıra alıkonma zamanı, izotopik patern ve az önce bahsettiğim karakteristik parçalanma ürünlerinin de hassas bir şekilde tespitini içerir. Buradaki örnekte görülen kütle spektrumunda 154 iyonu var ve bu 154 değil aslında, 154.0416. İşte buradaki hassasiyet de bizim kalitatif anlamda gücümüzü çok yükseltiyor. Yani doğru tespit yapmamızı sağlıyor. Bu şekilde elde edilen yüksek çözünürlüklü kütle spektrumları ile molekül (izomerler hariç) ayırt edilebilir. Önünüze gelen raporlarda bu tür teknikleri gördüğünüzde iyi bir çalışma yapıldığı hakkında önyargı edinebilirsiniz.

Bunun dışında süreçlerde kullandığımız kabul ve red kriterlerimiz var. Birincisi kalitatif olarak bir maddenin varlığı ve yokluğu ile ilgili. Tüm numuneler, sistematik toksikolojik analizde yukarıda bahsettiğim her cihazda analiz ediliyor. Ve bunların sonuçlarının birbiriyle kalitatif olarak uyumlu olması gerekiyor. Eğer uyumluysa sorun yok raporumuzu yazabiliriz. Değilse mutlaka ikinci bir analiz yapıyoruz. Ya da aynı olguya ait kan ve idrar gibi farklı numunelerde farklı kalitatif sonuçlar söz konusuysa tekrar analize gidilir. Daha sonra aynı uyumu kontrol ederiz. Uyumluysa sorun yok, değilse üçüncü analiz yapılır. İkinci kriterimiz ise miktar tayinleri ile ilgilidir. Kritik soru şu: ölçülen değer toksik doz mu tedavi dozu mudur? Eğer tespit ettiğimiz madde miktarı çalışma aralığımızın dışındaysa veya toksik bir dozda tespit edildiyse mutlaka ikinci basamakta paralel olarak yapılan seyreltilmiş numune analizleri yürütülür. Bu noktada da toksik doz tespit edildiyse bu iki paralel analizin birbiriyle uyumlu sonucu varsa rapor yazılabilir.

Daha anlaşılır olması için gerçek olgulardan bazı örnekler verdim. Post-mortem sıradan bir STA olgusu bu. Talep yazısında gönderilen örnekleri görüyorsunuz. Bu örnekler dışında bazılarından yıldız işareti var. Bu bizim için şu anlama geliyor, altında açıklaması var, 'gerektiğinde analizi yapılacak örneklerdir'. Yani ilave bir bilgiye, teyide ihtiyaç duyarsak, sonuçlar birbiriyle veya öyküyle uymuyorsa bunların her biri ayrı ayrı analiz edilmek üzere otopside alınır. Bu örnekte ise canlıdan alınmış numuneler var. Burada işimiz çok daha kolay çünkü numuneyi biz alıyoruz. Numune alma basamağının çok kritik olduğunu söylemiştik. Numuneler bekletilmeden laboratuvara gönderilir ve analiz edilir. Tarama analizlerimizde likit kromatografisi yüksek rezolüsyonlu kütle spektrometrisi, miktar tayinlerinde ise likit kromatografisi düşük çözünürlüklü ardışık kütle spektrometrisi kullanıyoruz. Sadece biyolojik değil, talep edildiğinde biyolojik olmayan materyallerde de benzer süreçler yürütülebiliyor. Şimdi sistematik dışında bir örnek olgu var. Bizim için nasıl, nelere yol açtığının anlaşılmasını istedim bu olguda. Silisyum analizi talep edilmiş sistematikten farklı ve ek olarak. Silisyum doğada çokça bulunan bir element ve cam gibi malzemelerin içeriğinde bolca var. Laboratuvarda da cam malzeme çok kullanılır ve hatta bu analizi yaptığımız ICP/MS cihazının şu üstte görülen numune giriş kısmındaki aparat camdan yapılmış. Yani silisyumu bu cihazda analiz edersek zaten başından hata yapmış oluruz. Bu analizi yapabilme koşullarını oluşturmak için öncelikle bu aparatın cam olmayanının elde edilmesi gerekiyordu. Bu da zaman alıcı ve ekonomik olarak maliyet artırıcı bir süreci getiriyor.
Şimdi doğru örnek alınması ve bu örneğin bize bildirilmesi ile ilgili bir iki olgu var. Bunlar doğrudan doğruya bizim çalıştığımız hatta neticelendirmek için uzun zaman çaba sarf ettiğimiz olgular.

Bu olguda STA için gönderilen kan örneğinde 2300 ng/mL klozapin tespit edildi. Elimizdeki referanslara göre bu değer toksik dozu işaret ediyor. Daha sonra femoral kanda yapılan tekrar analizde ise tedavi dozunda bir değer elde edildi. Şimdi neden bu örneği koydum? Bilinmesi gerekir ki, kalp kanı ya da boşluklardan alınan kan numunesi kalitatif tarama yapılabilir ancak miktar tayini yapılamaz. Miktar tayini yapmak için mutlaka femoral kan kullanılması gerekir. Bir diğer örnekte de yine tespit ettiğimiz salbutamol değerinin aynı şekilde toksik doz aralığından tedavi dozu aralığına geçtiğini gördük.

Bir sonraki olgu miktarla ilgili değil ama bulgular bizi biraz endişelendirmişti. Hastanede uzun süre tedavi olduğunu bildiğimiz bir olgu. Bir takım ilaçlar tespit edildi ki bunlar tedavide kullanılmış son derece normal ilaçlardı. Bunun dışında bizim sık olarak karşılaşmadığımız 4-ANPP (4-Aminophenyl-1-phenethylpiperidine) isimli sentetik opioidi tespit ettik. Bu ise

yasadışı bir madde, olgu ile uymuyor. Hastanede yasadışı madde almış olması ihtimali var mı? Kesin olarak yok diyemeyiz ancak çok zayıf. O halde bu madde nereden geliyor? Öncelikli olarak elde ettiğimiz bulgularda bir hata olup olmadığını sorguladık. İlave testler, daha ileri testler, farklı yöntemler kullandık ve bulguyu kesinleştirdik. Peki, nereden geliyor? Bunun birkaç seçeneği var. Uygun koşullar sağlanmadan üretilen fentanilde yan ürün olarak bulunabildiği, ayrıca metabolit olarak da çıkabildiğini gördük. Ama bu bizim için şaşırtıcıydı. Çünkü fentanili yıllardır sistematiğimizde olan bir madde, ancak böyle bir durumla ilk kez karşılaştık. Sadece farklı olan şuydu, bu olguda tespit edilen fentanilin miktarı, genel olarak tespit ettiklerimizin yaklaşık 20 katı fazlaydı. Belki bu metabolizma ile açıklanabilir. Ya da alınan fentanil miktarı ile ilgili olabilir.

Analizlerimizi yaparken Ayşegül Hanım da bahsetti, ürettiğimiz sonucu güvence altına almak için bir takım kalite kontrol basamakları uyguluyoruz. Bunlar dış kalite kontrol ve kendi içimizde yaptığımız iç kalite kontroller şeklindedir. Örneğin her çalışma grubunda mutlaka pozitif kontrol, negatif kontrol ve aralarda da çözücü kontrolleri çalışıyoruz. Kalite kontrol örnekleri çalışılan numune sayısının yaklaşık %10'u kadardır. Ayrıca belirli periyotlarla yeterlilik testlerine katılıyoruz. Örneğin akredite olduğumuz kanda alkol analizi metodu için yılda 4 kez yeterlilik testi yapıyoruz. Şu ana kadar uygunsuz bir sonuç elde etmedik. Bilinmeyen yeni psikoaktif maddelerin tanımlanmasıyla ilgili olarak yılda 3 kez yeterlilik testine katılıyoruz. Ayrıca kanda miktar tayinleri ile ilgili olarak da yılda 4 kez katıldığımız testler var. Bu şekilde yapılan işin objektif olarak sürekli denetlenmesini ve sektördeki dünya laboratuvarları arasında kendi yerimizi değerlendirme fırsatı buluyoruz.

Sanırım süremin sonuna geldim.
Dinlediğiniz için teşekkür ederim.

Ahmet BELCE (Moderatör):
Sayın Hocamıza çok teşekkür ediyoruz.

Şimdi üçüncü konuşmamız Dadaşlar diyarından gelme. Erzurumlu var mı içinizde? Ben Afyonluyum.

Şimdi geçmeden önce Oya Hocamız çok güzel bir şeye temas etti. Dedi ki 'Analiz öncesi safha bizim sonuçlarımızı çok etkiliyor. Ben de bir laboratuvar yönetici olarak bazı sıkıntılar çekiyorum. Gerekli eğitimleri vermemiz gerekiyor. Yıllar yıllar önce Beşinci İhtisas Kuruluna gelen raporlarda toluen kullanımında bir artış gördük. 'Allah Allah' dedim 'Herkes mi bali çekiyor?' Kulakları çınlasın o zamanki daire başkanı Faruk BİÇEN Hocaya gittim...

Ben de Afyonluyum hocam haşhaşı çok severiz. Burada narkotik daire başkanımız da var. TUBİM müdürümüz de Afyon'da müdürlük yapmış. Haşhaşlı çörek yediniz değil mi hocam? Ama o masum onda bir şey yok. Ama küçükken bizi bir şekilde uyuturlarmış yaramazlık yapınca. Bir karışım verirlermiş mışıl mışıl uyurmuşuz. Konular çok güzel ama biz şunu gördük, ben şuan görev yaptığım üniversitede de 25 dakika bir molalar veriyorum ki dikkati yeniden toplamak için. Genç de olsa ben gibi ihtiyar da olsa ki hepiniz gençsiniz ama ne kadar güzel olsa da sunum ne kadar fevkalade böyle sunsa da ister istemez dikkat dağılıyor.
Sonra, kendimden eminim narkotik daire başkanım, herhangi bir şey denemedim, madde. Sadece haşhaş yedim. Hadi dedim ben de kan vereyim. Bende de toluen çıktı. 'Allah Allah bu nereden geliyor?' Sonradan jelli tüpten kaynaklandığını gösterdik bunu da uluslararası bir toplantıda sunmuştuk. Jelli tüp ile kan alırsanız sanki toluen kullanıyor bali çekiyor gibi bir sonuç elde ediyorsunuz.

Evet, şimdi 'Adli Toksikolojide Bilirkişilik Standardizasyonu.' Bu da çok önemli bir konu. Sabahleyin bu hocamızı dinledim kendisi Dadaşlar diyarından geliyor dedim. Dr. Elif KESMEN ÖZ. Bu isme dikkat edin. Adli Tıp Kurumu Erzurum Grup Başkanlığı Kimya İhtisas Dairesi Başkanı sayın meslektaşım. Sabah sözlü bildiride Oya Hocamla beraber kendisini dinledik hayran oldum. O kadar güzel bir çalışma yapmış ki, geleceği de olan: 'Göz İçi Sıvılarında Metabolom Profili Çalışması' yapmış mükemmel bir çalışmaydı. Bu vesileyle de tekrar kutluyorum. Kendisini iyi tanıyın deyip sözü kendisine bırakıyorum. Teşekkür ederim.

Elif KESMEN ÖZ (Konuşmacı):
Çok teşekkür ediyorum hocam.

Sayın Başkanım, Sayın Hocalarım, sayın katılımcılar, öncelikle hoş geldiniz. Sizlere Adli Toksikolojide Bilirkişilik ve Standardizasyon konusundan bahsetmeye çalışacağım. Öncelikle adli toksikoloji nedir, bilirkişi nedir gibi bazı kavramlara yer vereceğim. Daha sonra adli toksikolojinin bilirkişilikteki önemi, standardizasyon ve adli toksikolojide standardizasyon nasıl sağlanır, sunumumu bu şekilde bitireceğim.

Adli tıp içerisinde yer alan disiplinlere adli bilimler denir. Adli bilimleri oluşturan birçok çalışma alanı vardır. Adli toksikoloji, adli bilimlerin en önemli çalışma alanlarından biridir. Adli toksikoloji, zehirlenmelerin hukuksal açıdan değerlendirilmesinde ve maruz kalınan kimyasal madde veya maddelerin neden-etki ilişkilerinin saptanmasında kullanılan bilim dalıdır.

Peki, bilirkişi nedir? 6754 Sayılı Bilirkişilik Kanunu'na göre bilirkişilik çözümü; uzmanlığı, özel veya teknik bilgiyi gerektiren hallerde oy ve görüşünü sözlü veya yazılı olarak veren kişi ya da kurumun verdiği hizmettir. Adli Tıp Kurumunun 5271 Sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu Madde 62 ve devamındaki maddelerinde düzenlenen bilirkişilik kurumu kapsamında mahkemeler, hâkimlikler ve cumhuriyet savcılıklarının istemi üzerine adli tıp yönünden inceleme yapma ve rapor düzenleme görevleri vardır. Ceza Muhakemesi Kanunu 63. Maddesi'nde bilirkişinin oy ve görüşünün alınmasına karar verileceği belirtilmiş fakat zorunlu kılınmamıştır. Bunun yanında, bazı durumlarda işin niteliği gereği bilirkişiye başvurulması zorunluluk göstermektedir. 5271 Sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu'nda 75 ve 76. Maddeleri uyarınca beden muayenesi ve vücuttan örnek alınması, 89. Maddesi uyarınca zehirlenme şüphesi uyandıracak işlemlerde bilirkişi incelemesi zorunludur.

Burada adli toksikolojinin bilirkişilik yönünden verdiği bazı hizmetlere örneklerle değinmek istiyorum ve burada aslında adli toksikolojinin de adli bilimler disiplini içerisindeki öneminden de bahsetmiş olacağım. Mesela şüpheli ölümlerde, ölüm nedeninin tam olarak belirlenmesi önemli bir hukuki sorumluluktur. Ölüm nedeni olarak zehirlenme denilebilmesi

için cesetten alınan materyallerde toksik madde tespit edilmesi gerekir. Çünkü ilaç ve kimyasal maddelerin genellikle vücutta karakteristik değişim yapmadığı bilinmektedir. Bu nedenle toksik incelemeden kaçınıldığında veya yanlış bir toksik inceleme yapıldığında ölüm ya intoksikasyona bağlanabilir ya da farklı sebepte bir ölüm nedenine bağlanabilir. Veya trafik kazalarında ante-mortem vakalarda da post-mortem vakalarda da alkolün varlığı çok önemlidir ve yine adli toksikolojinin alanına girmekte. Zorlamalı bazı ölümlerde psikoaktif ilaçların varlığının belirlenmesi, saldırgan ve tutarsız davranan kişilerde narkotik ilaçların ve alkolün varlığının tespiti yine adli toksikolojinin alanına girmektedir. İlaçlarını düzenli bir şekilde kullanması gereken hastalarda, mesela epilepsi hastalarında, kanda olması gereken konsantrasyonda ilaç bulunmayışı, bu kişinin nöbet geçirerek öldüğü varsayımını güçlendirebilir. Yanma olaylarında karbonmonoksit varlığı veya hızlandırıcı madde tespiti yine olayın aydınlatılmasını sağlayabilir. Bunun dışında bazı olaylarda da toksikolojik olguların bulunmayışı, bu konudaki şüpheleri ortadan kaldırmaya yarayabilir. Bu örnekleri daha fazla arttırabiliriz. Bunların hepsi adli toksikolojinin bilirkişiliğe verdiği hizmetleri ifade etmekte.

Bunun yanında 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu'nun Genel Hükümler Başlıklı 1. kitap 2. kısmındaki şu düzenlemeler adli toksikolojinin inceleme alanına giren halleri göstermektedir; alkol veya uyuşturucu madde etkisi altında olma, uyuşturucu madde ve imal ve ticareti, uyuşturucu ve uyarıcı madde kullanımını kolaylaştırma, kullanmak için uyuşturucu ve uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmak, zehirli madde imal ve ticareti, adli toksikolojinin inceleme alanına giren halleri göstermektedir. Adli toksikoloji sonuçları, adalet sisteminde verilen kararları etkilemesi açısından, biraz önce de bahsettiğim gibi oldukça önemli rol oynamakta. Bu nedenle adli toksikoloji laboratuvarlarında yürütülen analizlerin güvenilirliği çok önemlidir.

Adli toksikolojik değerlendirmesi yapılan olgular hakkında güvenilir ve doğru yorum yapabilmek için bu analizlerin yapıldığı bütün laboratuvarların uluslararası akreditasyonunun sağlanması ve standardizasyonunun gerçekleştirilmesi gerekir. Burada öncelikle standardizasyonun tanımlamasını yapmak istiyorum; Standardizasyon, Uluslararası Standardizasyon Teşkilatı tarafından yapılan açıklamaya göre, belirli bir faaliyetle ilgili olarak belirli bir fayda sağlamak üzere bütün ilgili tarafların işbirliği ile belirli kurallar koyma ve bu kuralları uygulama işlemidir.

Adli toksikoloji laboratuvarlarında standardizasyon nasıl sağlanacak? Bunu maddeler halinde anlatmak istiyorum. 1-Post-mortem, ante-mortem vakalarda uygun örneğin seçilmesi ve gerekli miktarda alınması. Bu aslında bütün toksikoloji laboratuvarlarında yaşadığımız ciddi bir sıkıntı. Hem post-mortem vakalarda hem ante-mortem vakalarda gönderilen numunenin uygun oluşu ve uygun miktarda gönderilmesi, analizlerin tespiti ve teyidi açısından bizler için çok önemli.

Burada idrar numunesini örnek olarak vermek istiyorum. Mesela genelde uyutucu, uyuşturucu işlerinde kan numunesinin yanında idrar numunesi gönderilmemekte. Fakat idrar numunesi hem post-mortem vakalarda hem ante-mortem vakalarda çok önemli. İlaç ve kimyasal maddelerin idrardaki konsantrasyonunun kana göre daha yüksek olduğu ve bazı ilaçların, uyuşturucu ve uyarıcıların idrarda daha uzun süre belirlenebilir olduğu bilinmektedir. Ayrıca, alkol analizinin teyidi açısından da idrar numunesi çok önemlidir. Post-mortem vakalarda göz içi sıvısı ile teyit yapma şansımız varken canlı vakalarda göz içi sıvısı ile teyit yapma şansımız bulunmamakta. Bu noktada idrar numunesinde ETG/ETS analizi yapılarak alkol teyidine olanak sağlamış oluyoruz.

Bunun dışında fethi kabir vakalarında veya ileri derecede çürümüş ölü bulunma vakalarında kan, idrar, göz içi sıvısı gibi biyolojik materyallerin alınmasının mümkün olmadığı fakat alkol tespitinin önemli olduğu vakalarda nasıl alkol teyidi analizi yapacağız? Saç numunesiyle. Bunların da belirlenip güncellenmesi, standardizasyon açısından oldukça önemli.

2-Bu örneklerin uygun yöntemlerle alınması. Mesela alkol analizi için kan numunesi alınırken, alınacak bölgenin alkollü dezenfektanla temizlenmemesi veya gri kapaklı tüpe alınması gerekmektedir. Bunlar Adli Tıp Kurumunun delil teslim prosedürleri, Kimya İhtisas Dairesine materyal gönderme prosedürlerinde açıkça belirtilmiş.

3-Örneklerin laboratuvara gönderilmesi ve analize kadar saklama koşulları. Taşıma sırasında örneklerin değiştirilmemesi için güvenlik zincirine, zarar görmemesi için uygun kutularda gönderilmesine ve bozulmaması için soğuk zincire uyulması gerekiyor. Uygun olan numunenin alındıktan hemen sonra analize alınmasıdır. Mümkün değilse kısa sürede analiz yapılacaksa 4 derecede, daha uzun bekletilecekse -20 derecede bu gönderilen örneklerin bekletilmesi gerekiyor. Fakat uzun süre bekletilen örneklerin analizden önce mutlaka homojenize edilmesi gerekiyor.

Şimdi bu üç basamağı temel olarak düşünelim. Yani numune alma ve gönderme kısmı bizim için temel. Bu üç basamakta şayet bir standardizasyon sağlanamazsa biraz sonra anlatacağım basamaklarda bir standardizasyonun sağlanması mümkün değil. Çünkü eğer gönderilen numune standart değilse daha sonra yapacağımız işlemlerde de standardizasyon söz konusu olamaz. Bu üç maddede bir standardizasyon sağlayabilmek için adli toksikoloji laboratuvarlarına numune gönderen savcılıklar, hâkimlikler, adli tıp şube müdürlükleri, Morg İhtisas Daireleri, gerektiğinde Emniyet ve Jandarma için küçük el kılavuzları hazırlanmalı ve bunun uygulamaya konulması sağlanmalıdır. Numune alma ve gönderme işlemlerinde standardizasyon sağlandıktan sonra artık örnekler laboratuvarımızda.

4-Örneklerin analiz amaçlı hazırlanması. Gönderilen numunelerin analize hazırlanması sadece toksikoloji laboratuvarlarında değil enstrümantal analiz laboratuvarlarının hepsinde önemli noktadır. Örnekleri analize hazırlamak için doğru ve güvenilir birçok yöntem bulunmakta. Adli toksikoloji laboratuvarları da bu yöntemleri kullanmakta. Fakat bir standardizasyonun sağlanabilmesi için bu farklılığın ortadan kaldırılması, bütün toksikoloji laboratuvarlarında ortak bir örnek hazırlama yöntemi geliştirilmesi gerekiyor. Bu amaçla istenen saflıkta süzüntüler elde edilebilmesine olanak sağlayan en güvenilir, en hızlı ve en ekonomik yöntem belirlenerek bütün toksikoloji laboratuvarlarında ortak bir şekilde uygulanması

gerekiyor.

5-Analizlerde kullanılan cihazlar ve yöntemler. Genel olarak adli toksikoloji laboratuvarlarının hemen hemen hepsinde aynı cihazlar ve yöntemler kullanılmakla beraber, farklılıklar gösteren toksikoloji laboratuvarları mevcut. Bilimsel ve adli ilkenin genel bir maddesi olarak ilaçların ve toksik maddelerin tespiti farklı bir ikinci teknik tarafından doğrulanmış olmalı.

Şimdi literatüre baktığımızda Cedia cihazı idrarda genelde doğru sonuçlar verirken; saç, tırnak ve kan numunelerinde yanıltıcı sonuçlar verebiliyor. Hatta bu konuda grup başkanlığımız Kimya İhtisas Dairesinde yaptığımız bir çalışmaya göre 100 gerçek adli vakadan elde edilen kan, idrar, tırnak ve saç örnekleri ilk önce Cedia cihazında analiz edildi, daha sonra LC/MS cihazında analizleri yapıldı. Cedia cihazının doğruluğu, kan örneklerinde %3, idrar örneklerinde %81, saç ve tırnak örneklerinde %5 olarak tespit edildi. Bu durumda Cedia cihazı ile doğrulama yapmak ne kadar doğru?

6- Bu yöntemlerin validasyonu, adli toksikoloji laboratuvarlarında yapılan analizlerin yeterliliği ve geçerliliği için laboratuvarların akredite olması gerekiyor. Bu konuya Sayın Ayşegül ŞAHİN detaylı bir şekilde değindiği için bu maddeyi atlıyorum.

7-Raporlama. Bütün toksikoloji laboratuvarlarında ortak bir şablon oluşturulmalı ve miktar değerleri yazılırken virgülden sonra kaç basamak yazılacağı, birimler, rapor sonuna düşülen notlar, bütün toksikoloji laboratuvarlarında ortak olmalı. İlk üç madde için temeli dedik. Ben dördüncü, beşinci ve özellikle altıncı maddeler için de mutlaka adli toksikoloji laboratuvarları için bir AR-GE laboratuvarının açılması gerektiğini düşünüyorum.

Beni dinlediğiniz için çok teşekkür ederim.

Ahmet BELCE (Moderatör):
Doktor Elif Hanım'a çok teşekkür ederiz. Başkanımız gelince bu AR-GE laboratuvarları konusunu tekrar açarsak iyi olacak. Hakikaten büyük ihtiyaç. Adli Tıp Kurumunda hakikaten çok kıymetli meslektaşlarım var Kimya İhtisas Dairesinde. Bir kısmı da 'Yeterler' olarak biliniyor. Birinin adı diğerinin soyadı 'Yeter', gerçekten muhteşem işler yapıyorlar. Zaten kalite Ayşegül Hanım'dan soruluyor.

Şimdi efendim belki bilmeyenler olabilir aramızda, bir dosya gelmişti bize. Sapanca'da elma ağacının dibinde rahmetli olmuş köyün hacı teyzesi. Çürüme sıvısında alkol analizi yapılmış, birkaç duble rakı eşdeğerde alkol saptanıyor. Yazın elma ağacının dibinde çürümüş. Tabi ölmeden önce alkol alıp almadığını belirlemek için en güvenilir yöntem neresi? Hanımlar daha iyi okur bunu, neresi? Hanımlar çok üstaddır bu konuda. Göz göz! Gözler yalan söylemez, ölümden sonra bile. Sonrasında biz kurumda bir asistana tez olarak vermiştik, Dr. Yılmaz BOZKURT'a tez olarak vermiştik: 'Göz İçi Sıvısında Alkol Analizi' Eğer çürüme sıvısında alkol var ama göz içi sıvısında yoksa ölmeden önce alkol kullanmamıştır. Değil mi İbrahim Hocam? Bu alkolün nedeni, fermantasyon.

Ahmet'in 110 trilyon tane hücresi var yaklaşık, 10 trilyonu Ahmet Hoca'ya ait, 100 trilyon benim bağırsaklarımda dost bakteriler var. 100 trilyon. Benim 10 katım hücre var. Bağırsaktaki bakteriler ölüm sonrası yaşıyorlar, yaşarken de şekeri kullanacaklar. Şekerden fermantasyonla alkol yapıyorlar. Tabi iki istisna var bunlardan. Birincisi suda boğulmuş cesetlerde gözün bütünlüğü bozuluyor bir de travma eğer göze gelmişse anatomik yapısı bozulduğu için bunlar istisna.

Efendim şimdi yine çok değerli bir konuşmacımız var, anons etme sırası hocamızda buyurun hocam.

Selda MERCAN (Moderatör):
Ahmet Hocama bu güzel ara anekdotları ve vakaları için teşekkür ediyoruz.

Şimdi şu ana kadar hep laboratuvardaydık şimdi laboratuvardan çıkalım. Türkiye'de uyuşturucu ile mücadele deyince aklıma ilk gelen kişilerden biri aramızda. Dr. İbrahim Hakkı SEYDİOĞULLARI. Kendisi Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanı. Sözü kendisine bırakıyorum. Bize Türkiye'de Uyuşturucu ile Mücadele konusunu anlatacak. Buyurun Sayın Başkanım.

İbrahim Hakkı SEYDİOĞULLARI (Konuşmacı):
Teşekkür ediyorum hocam.

Öncelikle sözlerime Bartın'da yaşanan vahim kazada hayatını kaybedenlere rahmet, yakınlarına başsağlığı dileyerek başlamak isterim.

Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanıyım. Mart 2017'den beri bu görevi sürdürmekteyim. Buraya Türk Polis Teşkilatının genelinde narkotik polisinin özelinde neler yapıyoruz onları aktarmaya geldim. Bize bu fırsatı sunduğu için Sevgili Hızır Hocama da teşekkürlerimi iletiyorum. Yani aranızda 'Neden polis var adli tıp kongresinde' diye düşünülebilir. Aslında sizin şöyle bir genel olarak baktığınızda sizin iş sahibiniz biziz. Yani ilk basamakta biz varız. Biz yakalayınca aslına bakarsanız diğer ilgili, salondaki kurumlar da dâhil olmak üzere diğer ilgili kurumlar da sürece katılıyor. İlk basamağın verdiği ağır bir yük var. Bu yükü birlikte kaldırdığımız yardımcım, kıymetli müdürüm TUBİM müdürüm Murat SARIGÜZEL ile birlikte geldik ve onunla birlikte sizlere bir tanıtım, bilgilendirme belki biraz serzeniş belki biraz dert anlatma modunda geçecek. Sıra dışı bir sunum olacak. İçişleri Bakanlığı genelinde, narkotik polisi özelinde tüm kolluk birimlerinin katıldığı arzla mücadele, çeşitli projeler…

Bazılarını burada aktarmak istiyoruz ve başlıyoruz. Bir kısa videomuz var sıradışılığın başında olan. Bu video ile genel çerçeveyi size biraz da sıkmadan biraz da vaktinizi almadan son konuşmacılar olarak izletmek istiyoruz. Buyurun. (video gösterisi)

Şimdi efendim Türkiye'de son birkaç yıldır gördüğümüz bazı çevreler tarafından gerçekleştirilen bir manipülasyon bir dezenformasyon ile karşı karşıyayız. Sanki 'Keşke hiç narkotik madde yakalanmasa, niye bu kadar madde yakalanıyor' türünden bizleri de töhmet altında bırakıcı bazı söylemlerle karşı karşıyayız. Her ne kadar bunları dikkate almasak da çünkü sorduğunuzda 'Yani yakalanmasın mi istiyorsunuz?' dediğinizde, 'Yok onu kastetmemiştim' falan diye giden bir konuşma zinciri oluyor. Bu kapsamda aslında Türkiye'nin durumunun çok da,

hem narkotik polisi bu yakalamaları yapmasa zaten suç ortaya çıkmaz böyle bir suç türü ile karşı karşıyayız. Hem de dünyada aslında çok da vahim bir durumda olmadığımızı söyleyebiliriz.

Tüm dünyada 15-64 yaş arası genel nüfusta madde kullanım yaygınlığı anketlerle oluyor. Türkiye'de de bu ilk kez yapıldı 2011 ve 2018'de. Dünyada bu verilere baktığımızda, sonuçlara baktığımızda, hayatının bir döneminde bir kere dahi olsa madde kullandığını beyan edenlerin ölçümü dünyada %5.6, Avrupa'da %29, Türkiye'de aralarında oturum başkanımızın da bulunmadığı %3.1'lik bir oran. 2018 ölçümü bu. Bu yıl sanırım bir ölçüm daha çıkacak bu alanda. Yeni rakamları göreceğiz. O tarih itibariyle 1.700.000 kişiye tekabül eden bir rakam bu %3.1. Bunların ne kadar bağımlı? Yarısı kadarı bağımlıdır. Öyle düşünelim. Bu da yaklaşık 800.000 kişi eder.

Uyuşturucu mücadelesinde, uyuşturucu sorununu gözlemeye, mücadelenin sonuçlarının çıktılarını almaya yarayan kullandığımız parametrelerden birisi de doğrudan madde bağlantılı ölümler. Burada en değerli partnerimiz Adli Tıp Kurumumuz. Adli Tıp Kurumu tarafından belirlenen rakamlar üzerinden gittiğimizde milyonda 35'i dünyada görüyoruz doğrudan madde bağlantılı ölümlerde. Avrupa'da milyonda 16 rakamını görüyoruz. Türkiye'de 2021 ölçümü milyonda 4.7. Bu oran Amerika Birleşik Devletleri'nde 2021 yılında yapılan deklarasyonda çok daha yüksek olduğunu görüyoruz. Hem dünyadan hem Avrupa'dan hem ülkemizden çok daha yüksek olduğunu görüyoruz. 2021'de Amerika Birleşik Devletleri'nde 110.000 doz aşımı ölüm raporlandı. Partnerlerimiz, görüştüğümüz karşılıklarımız iyimser rakam diye ifade ediyorlar 110.000 ölümü. Doğrudan madde bağlantılı ölümlerin pik yaptığı yıl 2017. 941 ölüm meydana geldi doz aşımı ölümü. Sonrasında alınan başta kolluk tedbirleri olmak üzere, diğer kurumlarımızın da sergilediği gayretlerle yıldan yıla 2021 dâhil olmak üzere kesin sonuçtur 2021'de 270 rakamı. Adli Tıp Kurumumuzun belirlediği rakamlardır tekrar belirtelim. Doğrudan madde bağlantılı ölümlerin pik yaptığı 2017'den bu yana düştüğünü görüyoruz. Bu yıl da 78 ölüm şu ana kadar raporlandı. Devam ediyor otopsi çalışmaları, değerlendirme çalışmaları tabi ama öngörümüz, 2023'ün ortalarında belirlenecek bu rakamın 2021 yılı sayısından daha düşük olacağını düşünüyoruz.

Bir sorunumuz var dünyada, Avrupa'da ve Türkiye'de ülkemizde. Son birkaç yıldır bir çığ gibi büyüyordu, geliyordu bu: Metamfetamin. Metamfetamin çılgınlığı ayrı bir başlık açılması gereken bir konu özellikle ülkemiz açısından. Ciddi bir problemi oluşturuyor. Yakalamalara şöyle bir baktığımızda 2018 yılından bu yana kadar yaptığımız madde yakalamalarına baktığımızda miktarlara. En yüksek rakamı 2021'de, tüm kurumların bu Gümrük Muhafaza da dâhil olmak üzere. 5.528 KG olarak görmüştük. Buraya gelmeden Eylül 15 rakamı 2022 9.741 kg'dı 10 tonu geçtik. Şu anki rakamlarla 10 tonu geçmiş durumda metamfetamin yakalamaları. Ülkemizde ilk metamfetamin yakalaması 2009'da İstanbul'da İran kaynaklı gerçekleşti. 2015 yılında 56 ilimizin sokağında sadece metamfetamin görülmüşken 2020 ve 2021 yıllarında tüm Türkiye'de 81 ilimizin sokaklarında ilçe sayısını deklare etmiyorum 81 ilimizin sokaklarında metamfetamin yakalaması yaptık yapıyoruz.

Metamfetaminin en büyük sıkıntısı demiştim biz birkaç yıldır bu tehlikeyi gördük ve zaten çalışmalara başlamıştık. Özellikle sosyal medya hesaplarımızdan, özellikle katıldığımız eğitimlerde bu konuyu çok vurguluyoruz yetişkin eğitimlerinde vatandaşlarımızın bu konuda bilgilendirilmesi amacıyla çaba sarf ediyoruz. Ama Adli Tıp kurum verilerine baktığımızda doğrudan madde bağlantılı ölümlerde de metamfetamin takla ata ata geliyor. 2017'de tek başına metamfetamin ölümü görülen vaka sayısı %0.3'ken yani binde 3'ken 2021 yılında bu rakam %38.3'e çıktı. Dolayısıyla bir tehdit altındayız. Ölümlerde görülen yükseliş ivmesine paralel olarak tedavi başvurularında da benzeri durumu görüyoruz. 2016'da %3.5 iken metamfetamin tedavisi başvurusu 2021 yılında %15.5'e çıkmış.

Yaptığımız mücadelede, uluslararası paydaşlarımız da var. Bu mücadeleyi uluslararası alanda da layıkıyla yaptığımızı düşünüyoruz ve dünyanın birçok sayılı raporunda Türk Polisinin yaptığı uluslararası işbirliği ve operasyonel faaliyetlerden övgüyle bahsedildiğini görüyoruz, biliyoruz. Bu kapsamda özellikle 2015'ten bu yana 23 ülke ile ortak yaptığımız 57 çalışma bunun yanında halen operasyona dönmemiş birçok çalışmanın da bulunduğunu söyleyebiliriz. Narkotik suçların sadece narkotik madde yakalamasıyla sınırlı olmadığı anlayışındayız ve özellikle bu suçlardan kaynaklanan suç delillerine müdahale etmeden de bu suçların kökünün kurutulamayacağını biliyoruz.

2018 yılında büro amirliği olarak 2019 yılında da Suç Gelirleriyle Mücadele Şube Müdürlüğü olarak daire ve merkezde bir yapılanmaya gittik. 81 ilimizin 81 narkotik şubesinde de Suç Gelirleriyle Mücadele Büroları kurduk. Bu alanda da yaptığımız kamuoyuna da yansıyan sizlerin de belki bir kısmınızın bilgi sahibi olduğu bir Bataklık Operasyonu var. Bataklık Operasyonunda kamuoyunda yine 'balon' olarak tabir edilen bizim de çok kullanmadığımız bir kelime ama suç örgütü lideri 3'ünü deşifre ettik tespit ettik yakaladık. 2 Milyar TL civarında mal varlığına el kondu 12 şirkete kayyum atandı yargılama halen 33.Ankara Ağır Ceza Mahkemesinde devam ediyor.

Tabi burada narko-terör boyutuna da değinmek gerekiyor. Uyuşturucu sadece uyuşturucu ile ilgilenen suç organizasyonlarının kar beklediği bir ticaret değil aynı zamanda terör örgütlerinin de finans sağladığı bir kaçakçılık yöntemi. Doğrudan veya yapanlar üzerinden nemalandığı bir durum. Bunu biz narko-terör olarak kısaca tüm dünyada adlandırıyoruz. Bizim gördüğümüz zaten PKK terör örgütünün çocuklar dâhil tüm dünya da uyuşturucu ticaretinin içinde olduğunu biliyor. Bu birçok yayında, birçok ülkenin deklarasyonunda birçok kuruluşun raporuna yansımış bir durum. Biz 'Bataklıkta' farklı bir şeye daha rastladık: FETÖ. FETÖ'nün uyuşturucu ticaretinden nemalandığına ilişkin net delilli ortada tespitlerimiz var Bataklık soruşturmasında elde ettiğimiz. Hatta orada aldığımız suç gelirlerinden dolayı işlem yapılan bir failin bir sanığın 2 yıl 9 ay FETÖ üyeliğinden şu anda hapsi mevcut ve doğrudan örgütün nemalandığını bir soruşturma dosyasını, bir soruşturmasını kapatmak adına HİMMET adı altında para temin ettiği ve FETÖ'nün de bir narko-terör örgütü olduğunu kolaylıkla söyleyebiliriz.

Uyuşturucu mücadelesinde narkotik suçun oluşabilmesi için narkotik madde gerekli. Narkotik madde yoksa narkotik suçu da yok zaten. Narkotik maddelerin belirlenmesi tüm dünyada ve Avrupa'da kullanıldığı gibi Erken Uyarı Sistemi ile oluyor. Erken Uyarı Sistemi sekretaryası TUBİM tarafından yürütülüyor. Birçok

kurumumuzun, şu an üyelerinden bir kısmı aramızda da mevcut, birçok kurumumuzun katıldığı ve daha Türkiye'de görülüp görülmemesine gerek duyulmadan Türkiye'de görülebilecek, görülme ihtimali olan veya görülen, hâlihazırda mevcut bazı maddelerin sınıflandırması yapılıyor, tartışmalar yapılıyor. Yılda 2 defa da bu tartışmalar sonucu bunlar kanun kapsamına alınsın diye düşünülen görüşülen maddeler Sayın Cumhurbaşkanımızın onayına sunuluyor ve değerlendirmeden sonra Cumhurbaşkanı kararıyla 2330 Sayılı Kanun'un ekine ekleniyor. Bu şekilde 2008 yılından günümüze 417'si jenerik sınıflandırma, 589'u tek tek saymak suretiyle 1006 yeni maddenin eklendiğini biliyoruz.

Uyuşturucu mücadelesinde ne yapıyoruz? İl il riskleri belirliyoruz. 42 ayrı kriter kullanarak. Bunun bir kısmında demografik kriterler var TÜİK verilerinden yararlanıyoruz. Bunun bir kısmında sahadan aldığımız, madde bağlantılı ölümler de dâhil olmak üzere, sahadan aldığımız verilerle 81 ili harmanlayarak bir istatistik yöntemi ile hesaplayarak 81 ilimizin uyuşturucu riskini belirlemeye çalışıyoruz. Buradaki risk o illerdeki uyuşturucu suçlarının görülme, bu suçlara maruz kalma, bu suçlara karışma ihtimalinin potansiyelinin yüksekliği.

Yeni bir yaklaşımla atık su analizi projesi dâhil edildi. 2015 civarı yıllarda bazı üniversitelerimiz tarafından başlanan çalışmalar 2019 yılında kurumsal olarak ve devlet tarafından da sahiplenilerek İçişleri Bakanlığı koordinesinde Yeşilay, İstanbul Üniversitesi ve Çukurova Üniversitesi işbirliğinde Atık Sularda Madde Analizi Projesi ile bir çalışma yürütülüyor. 18 ilimizde başladı 2019'da, gelinen noktada 2020-21 rakamları 62 ilimizde bu analizler yapılıyor. Atık sularda madde analizinde gördüğümüz bazı aksamalar problemler olmasına rağmen bize bir şekilde parametre oluyor. Bir veri sunuyor atık su analizi. Uyuşturucu ile mücadele kapsamında toplumsal proje ve faaliyetlerimizi aslında biz kurumsal olarak yapıyoruz ve 2017 yılında yayınladığımız İçişleri Bakanlığı Uyuşturucu ile Mücadele Uygulama Politika Belgesi kapsamında 25 başlıkta tüm bağlı kurumların yürüttüğü strateji ve hedefler mevcut. 2023-24 belgesinin çalışmalarını da TUBİM ve dairemiz ortaklığında devam ediyoruz. Kapımız herkese açık. İçişleri Bakanlığı'nın 81 il valiliğinde ve 160 ilçede açık kapı birimleri oluşturuldu. Başta uyuşturucu bağımlılığı ile ilgili, bağımlı ailelerinin sorunlarını ele alan bir yaklaşımla anında müdahale etmeye çalışan bir sistem açık kapı projesi.

Metruk binalar… Türkiye'de uyuşturucu madde kullanıcılarıyla uyuşturucu suçlarına karışanlarla 2018 yılından bu yana yürüttüğümüz bir anket çalışması var. Şu ana kadar 160.000 civarı anket yapmışız 2018 Haziran'dan bu yana. Çok kıymetli veriler var elimizde. Bu verilerin içerisinde ölçtüğümüz konulardan birisi de 'Uyuşturucuyu nerede kullanıyorsunuz?' %28 oranında bir örneklem uyuşturucuyu metruk binalarda kullandığını ifade etti. 2018'de biz bu verileri sununca sayın bakanımıza işte metruk bina tartışmaları bunların tasfiyesi konusu gündeme gelmiş durumda. Halen daha tasfiyeler devam ediyor. Tabi bir kısmının sit alanı olması bunların tasfiyesinde zorluklar yaşanması, bu böyle devam edecek gibi düşünüyoruz. Mücadelede yetişkinlerimizi de dâhil etmenin gerekli olduğunu hissettik çünkü uyuşturucu madde kullananların %50'ye yakını kendi evinde kullandığını ifade ediyor. Bu kendi evinde kullananların %80 üzeri aile fertleriyle birlikte yaşıyor. Yani aile fertleri ya fark etmiyor ya görmezden geliyor ya da birlikte kullanıyorlar. Ölçtüğümüz diğer kriterlerle birlikte kullanma olasılığı çok düşük yüzdelerde olduğunu görüyoruz ailesinde uyuşturucu kullananların ifade edilmesi bakımından. Bizim anladığımız, ölçtüğümüz kadarıyla yetişkinler fark etmiyor. Ki buna ilişkin ölçüm yaptık 'Uyuşturucu kullandığınızdan ailenizin haberi var mı?' 'Evet' diyen %41. 'İlk kim öğrendi?' Büyük oranda anne. Cinsiyete baktığınızda, uyuşturucu suçları biraz erkek egemen bir suç. Özellikle kullanımı erkek egemen bir suç. Kadın cinsiyetinde uyuşturucu suçlarını, uyuşturucu kullanmaya çok bulaşı fazla görmüyoruz, rastladığımız oran bu. Tüm dünyadaki anketler de aslında bunu söylüyor. Bizim narkotikte gördüğümüz de bu. Dolayısıyla kadınlar üzerinden ve kadınların farkındalığının arttırılmasının daha önemli olduğunu önceleyerek Sayın Bakanımızın doğrudan kendi projesidir yetişkin eğitimleri yapıyorduk. Bunları biz narko rehber adı altında toplamıştık. Sayın Bakanımızın 2020 müdahalesiyle yetişkin eğitimlere tematik bir duruma kavuşturduk. Annelerle başladık, şuan göçmenlere, özel güvenlik görevlilerine has, gençlere has halde eğitim modüller oluşturarak standarttır eğitim modüllerimiz, TUBİM'de üretilir tüm Türkiye'de uygulanır. Sadece değişen sokakta ildeki madde kullanım jargonudur. Yani Antalya ilindeki narko rehberimiz görevli arkadaşımız eğitim verirken Antalya ili sokaklarında madde kullanım jargonunu anlatır. Tüm Türkiye'yi, dünyayı anlatmaz. Böyle bir eğitim modülümüz, böyle bir eğitim sistemimiz var. 2020 yılından bu yana 1.000.000 anneyi geçtik. Anne ve anne adayı yetişkinleri.

Narko rehber faaliyetleriyle demiştim bu yetişkin eğitimlerini bu çatıda yürütüyoruz. Gençlik modülü demiştim. Tematik alanlardan birisi de üniversiteliler. Üniversite öğrencileriyle buluşuyoruz. Narkolog'tan bahsetmiştim, birçok değerlendirmemizin veri kaynağı Narkolog Projesi. Ciddi anketler yapıyoruz. Şu ana kadar 2022 yılında 40.000'i bulduk. 40.000 anketi bulduk. Yarışmalarla gençlerin fikirlerini, mücadeleye katıyoruz. 2017 yılında ilk yarışmaya çıktık. İlk ödülü 2018'de verdik. Liselerarası afiş ve slogan yarışmasıydı bu. Devam eden yıllarda da jenerikte bir kısmını gördünüz bir kısa film yarışmasına çıkmıştık ve o gördüğünüz jenerik o filmin birincisine aitti. 'İki Ekmek" isimli çalışma. Daha uzun versiyonu, zaten 5 dakikalık bir film, dairemizin sosyal medya hesaplarından, Youtube kanalından ulaşma şansınız mevcuttur. Son yarışmamız Üniversitelerarası Afiş Slogan Yarışması'ydı. Narko noktalar kuruyoruz halkın yoğun olduğu yerlerde, yine videoda kısa bir gösterimini izlediniz, jeneriğini izlediniz. Halkın yoğun olduğu yerlerde narkotik polisi arkadaşlarımız, narkotik görev köpekleriyle birlikte standlar kurarak bilgilendirme, farkındalığı arttırma faaliyetlerine devam etmekte. Teknolojiyi sihir gibi kullanıyoruz. Bu hakikaten abartı değil. Bir uyuşturucu ile mücadele aplikasyonu yaptık. UYUMA, uyuşturucu ile mücadele aplikasyonu. Play Store ve Apple Store'da kolaylıkla indirebilirsiniz. Kimlik bilgileriniz gizli tutulur ve uyuşturucu suçlarıyla ilgili suç bilgilerini UYUMA üzerinden yapabilirsiniz. Doğrudan narkotik birimlerine düşer bu bildirimler. Narkotik birimlerinde de tasnif edilerek çalışmaya başlanır.

Narko tırlar oluşturduk. 2 tırımız var şu anda. Birisi İstanbul'da birisi Konya'da. Tır konteynırlarında oluşturulan bilişim sistemli bilgisayar destekli modüllerle uyuşturucu madde kullanımının zararlarından, tüm bağımlılık sürecini ifade eden bir eğitim yöntemini tercih ediyoruz. Bu tırlarımızı da bulundukları ilde de tutmuyoruz. İstanbul tırımız Kırklareli'nde mesela şu günlerde. Konya tırımız da sürekli dolaşıyor.

Jandarma tarafından yürütülen kenevir ekim alanlarına özellikle yasadışı ekim alanlarının tespiti konusunda bir uzaktan algılama sistemleri var, bir proje var. Faydalı işler sağlıyor. Aynı şekilde Sahil Güvenlik Komutanlığı bünyesinde tüm sahillerimizin radarla Sahil Güvenlik Yönetim Sistemi dediğimiz radarlarla denetlenmesi, kontrol edilmesi yönünde bir projesi mevcut. Sanırım bu yıl içerisinde veya öbür yılın başında tüm Türkiye denizleri bu radar gözetleme sistemleriyle kontrol altına alınacaktır. Kısa jenerikte yine gördünüz Analiz Sistemleri Narkotik Ağı, ASENA. Tamamen yerli ve milli. Tamamen dairemizin yazılımcıları tarafından AR-GE'si ve üretimi yapılmış bir suç analiz platformu. Şu ana kadar sadece, hiçbir başka veri kaynağı olmadan 2021 Martta başladık, 2021 Marttan bu yana 5.000'in üzerinde –başka hiçbir bilgi desteği olmadan- ASENA tespitiyle vakaya el koyduk yakalama yaptık. Tespit, yakalama olumluluk yüzdemiz %40. Yani 100 müdahalenin 40'ında dolu buluyoruz. Hatta ASENA'yla farklı suçları da ortaya çıkarıyoruz. Bir örnek Antalya'da yaşanan bir kuyumcu cinayeti var burada ikamet edenler bilir. Kuyumcu cinayetinin failini, 2 kişiyi öldürdü 2 kuyumcu da gasp cinayeti idi, buranın failini İstanbul'da işi biraz büyütmüş kaleşnikof satın almış Antalya'ya dönerken ASENA tespit etti. Yakalandı.

Bir diğer ilginç örnek, Yüksekova'da yakalanan 52 KG patlayıcı. Sanırım Antalya'yı, kriminal birim de burada, Antalya'nın en azından yarısını haritadan silebilecek bir patlayıcıyı Yüksekova'dan narkotik birimleri aldı. ASENA kabiliyetli bir durum.

Bir derdimiz var sayın hazirun. Bu derdimiz kapsamında, o ilk basamağın verdiği yük, verdiği sorumluluk bize aslında yukarıları, daha yukarıya çıktıkça diğer kurumların ilgilerini gördükçe, faaliyet alanlarını gördükçe bize bu sorunları dile getirme ve çözüm önerileri elbette getirme zorunluluğu yüklediği gibi bu cüreti de yüklüyor affınıza sığınarak.

Uyuşturucu mücadelesi 3 ayak üzerinde ilerliyor; arzla mücadele kolluk ve adalet teşkilatı bağlılarının yaptığı mücadele, eğitim önleme Milli Eğitim Bakanlığı bünyesinde ve Yeşilay ortaklığında yürütülen faaliyetler, arındırma ve rehabilitasyon Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen çalışmalar. Her başlıkta gördüğümüz, müdahale etmeye çalıştığımız, sorun olarak deklare ettiğimiz bazı problemlerle karşılaşıyoruz. Çok fazla vaktinizi almayacağım. Kısa kısa başlıklarla anlatmaya çalışacağız ve şunu net biliyoruz ki bir bağımlı ailesinin, bir bağımlı annesinin yüreğindeki yangını eğer kendi yüreğinizde hissetmezseniz bu mücadelede başarı sağlama şansımız yok, asla.

Dolayısıyla arzla mücadele boyutundan başlayayım. Adalet Bakanlığımızda çeşitli mevzuat düzenlemeleri konusunda, güncellemeleri konusunda çalışıyoruz hatta muhtemelen yine Adalet Bakanlığımız tarafından Ekim ayı içerisinde bir yargı reformu paketi içerisinde uyuşturucu ile ilgili düzenlemeler getirilecek. Takdir edersiniz ki soyut yasaların somut gerçekliği, somut toplum hayatını karşılaması biraz güç oluyor. Mecbursunuz ki belli dönemlerde bu yasa güncellemelerini yapmaya. Yeni gelişen dünya, toplumsal yapı sizi bunlara mecbur kılıyor. Dolayısıyla böyle bir teklifimiz var. Bitiriyorum hemen. Hemen değiştirmek, uygulamak zorundasınız. Kolluk birimleri olarak Türkiye'nin acilen ihtiyacı olanın 90'ın üzerinde mevzuatta dile getirilmiş uyuşturucu ile ilgili mücadele yöntemlerinin konularının tek bir başlık altında toplanması ve dört başı mamur usulüyle esasıyla belki cezasıyla bir uyuşturucuyla mücadele kanunu altında birleştirilmesi. Temel talebimiz bu. Buna çok sıcak bakılmıyor ama en azından, bu söyleyeceğime de sıcak bakılmıyor, öncelikle TCK 191 yani kullanma suçlarındaki uygulamanın öncelikle ve ivedilikle 2014 öncesi sisteme geri dönülmesi gerekiyor. Yani cumhuriyet savcılarımız alınmasın ama hiç karşınıza almadığınız bir bağımlının nelere yol açabileceğini tahmin edemezsiniz. Gözaltı kararı bile alamıyoruz. Tamamen ihmalen isteniyor dosyalar, yani işlemi yapıyorsunuz 2 saatte. 2 saat sonra ihbar edildiği yere yine paşa paşa uyuşturucu bağımlısı dönüyor. Gözaltı kararı bile alamıyoruz. İnşallah yeni yargı paketinde bu konuyu da aşmış olacağız ama böyle bir sıkıntımız var.

Adli Tıp Kurumumuzu ilgilendiren bir derdimiz daha var. Bu da madde kullandı mı kullanmadı mı? Biyolojik testlerini biraz önce saygıdeğer konuşmacıların da dile getirdiği hususlar. Kullandı mı kullanmadı mı biyolojik testlerde yaşanan referans değerler sorunu. Sağlık Bakanlığı bağlısı tıbbi laboratuvarlarda yapılan testler biliyorsunuz tarama testlerin Adli Tıp kimya laboratuvarlarında yapılan testler malumunuz doğrulama testleri. Bu tarama testi sonuçları bir kere savca yanlış ifade ediyor olabilirim ama Amerika Birleşik Devletleri'nde iş güvenliği ile ilgili ortaya konmuş bir referans değer sistemi olduğunu biliyoruz. Referans değerlerinin çok yüksek olduğunu görüyoruz. Hiçbir savcımız da referans değerlerinin altında olmasına rağmen hiçbir cumhuriyet savcımız da bunu bir de Adli Tıp değerlendirsin diye Adli Tıp Kurumuna göndermiyor maalesef. Genel olarak Adli Tıp Kurumu bağlısı kimya laboratuvarlarında yapılan referans test değerlerinin çok daha düşük oranlarda olduğunu görüyoruz, biliyoruz. Bu konuda dile getirdiğimiz sorunları aşmak adına Sağlık Bakanlığı ve Kayseri Erciyes Üniversitesi ile bizim niye referans değer sistemimiz olmasın diyerek çünkü biz ABD'deki gibi çok opiat içeren ilaç kullanmıyoruz. Bunu da zaten renkli reçetelerle sunuyoruz insanların, hastaların kullanımına. Yani orada peynir ekmek gibi satıldığı için opiat kökenli ilaçlar, ona göre belirlemişler referans değerini. Öyle olduğunu düşünüyoruz, öyle olduğunu yorumluyoruz kendi dar bilgimizle ama netice itibariyle bize bir referans değer sistemi standart herkesin kabul edebileceği bir referans değer sistemi var Sağlık Bakanlığı ve Kayseri Erciyes Üniversitesi ile bir toplantı yaptık bu konuda yeni bir düzenleme ile ilgili. Çalıştıklarını, çalışacaklarını söylediler. Ama inşallah bir netice alırız bu toplantılara bu duruma da bu konuya da Adli Tıp Kurumunun müdahil olması gerektiği kanaatindeyiz. Yani böyle bir referans değerler sistemi oluşturulacaksa Türkiye'de burada Adli Tıp Kurumu da olmalı diye düşünüyoruz.

Ahmet BELCE (Moderatör):
Sayın Başkanım süreyi çok aştık, toparlayabilir miyiz?

İbrahim Hakkı SEYDİOĞULLARI (Konuşmacı):
Çok özür diliyorum iki kısa cümleyle bitireceğim.

Eğitim önlemede şunu biliyoruz ki arzla mücadelede bizim mücadelede harcadığımız ekonomik sarfiyata baktığımızda, arındırma rehabilitasyonun harcadığı sarfiyata baktığınızda çok daha minimum ekonomik harcamalarla çok daha az masrafla yapacağınız çalışmaların eğitim önleme çalışmalarının çok daha efektif çok daha net sonuçlar alacağını düşünüyoruz.

Lise sonrası Türkiye'de uyuşturucu eğitimleri başlıyor, maalesef sorunumuz anketlerde uyuşturucu kullanımının lise sonrası eğitim görmüş ki %24'lük oran. Lise eğitimleri için tavsiyemiz şudur: bizim yaptığımız gibi, narkotik polisinin yaptığı gibi yüz yüze eğitimlerdir. Planlama programlama yapılır. Her okulda Yeşilay, rehber öğretmenler, bir komisyon. Belki içinde narkotik polisinin köpekle bulunacağı bir ortam sağlanabilir diye düşünüyoruz. Arındırma rehabilitasyon alanındaki sorunları ülkede 1.389 yatak bulunduğunu söyleyerek ifade etmiş olayım. Bana sabrettiğiniz için çok teşekkür ediyorum.

Ahmet BELCE (Moderatör):
Sayın Başkanım çok teşekkür ediyorum.

Kendilerine yürekten teşekkür ediyoruz aynı zamanda Jandarma kolluk kuvvetlerimize, Türk Polisine teşekkür ediyoruz.

Efendim bugünün son konuşması Sayın TUBİM Müdürümüz Murat SARIGÜZEL. Mümkünse 10 dakika gibi bir sürede özetlemesini istirham ediyoruz.

Murat SARIGÜZEL (Konuşmacı):
Hocam 10 dakika olmaz.

Ahmet BELCE (Moderatör):
Tamam 11 dakika olsun.

Murat SARIGÜZEL (Konuşmacı):
15 dakikayı zorlayacağız hocam.

Ahmet BELCE (Moderatör):
Peki peki buyurun. Çok teşekkür ediyorum bağışlayın.

Murat SARIGÜZEL (Konuşmacı):
Şimdi hocam, konuşmamız lazım. Hızır Hocama teşekkür ederim. 'Gelin Adli Tıp Kongresi'ne katılım şu mücadelenizi anlatın' dedi. Gece 23:30'du bu görüşmeyi yaptığımızda. Başkan Bey'e arz ettiler konuyu, Başkan Bey de 'Gidelim Murat' dedi. Minimum 15, maksimum 20 dakikada inşallah bu işi bitirelim. Başkan Bey'den de talimat aldık 'Sıradışı sunum olsun' diyor.

Ben Murat SARIGÜZEL, başkanımla birlikte Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığında çalışıyoruz. Ne zamandan beri çalışıyoruz? Bu krizlerin olduğu. Bonzai krizlerinin olduğu, sokaklarda görüntülerini gördüğünüz, hatırlayın 2016-2017'ye gidin. O felaketin içinde beraber görev aldık ve başkanımız arz ettiği bütün projeler, Allah razı olsun başımızdan eksik etmesin, kendi mesleki tecrübesinin bilimsel bir ürünü. Yani akademi ile pratiği bir akademisyon olan potada birleştirildi, biz de dediğini yaptık. Çok güzel sonuçlara da vardık.

Şimdi hızlı gideceğiz. Yalnız bu sonuçlarda neler var? Aslında görülmeyen bir taraf var. Aslında şuan buzdağının üstünü görüyoruz bunun bir de uluslararası boyutu var. Sayın Başkanımla birlikte biz Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezinin (EMCDDA) yönetim kurulu üyeleriyiz.

EMCDDA ne demek? Şampiyonlar ligi. Türkiye, uyuşturucu ile mücadelesini şampiyonlar liginde oynar. Avrupa uyuşturucu raporlarına baktığınızda, bunun Türkçesini de bulursunuz. Yani İngilizce çıkan raporun Türkçesini de bulursunuz. Başarı mıdır? Harika bir başarıdır.

Şimdi bunun dışında bizler neler yaparız? Uluslararası uyuşturucu ile mücadele kuruluşlarında aktif katılımcıyız. Bunlara danışmanlık yaparız. İnanın, tarihi derinliği olan bu tecrübeyi onlarla paylaşırız. Hiçbir kıskançlık yoktur. Onlara sadece uyuşturucu alanındaki bilgi ve tecrübemizi paylaşmayız aynı zamanda ne paylaşırız? (video gösterisi) Evet bu geçen haftaydı. Avrupa Konseyi Pompidou grubun üyeleri olarak 23 ülkeden 36 tane üst düzey yönetici var. Onlarla bir arada konuları tartışırken arada onlara soft power, kültürel değerlerin aktarılması oldu. Bunun akabinde bir de mevlit programı vardır. Onlar da Twitter'da var merak edenler bakarlar.

Şimdi Türkiye'de uyuşturucu ile mücadeleye yönelik gelişmeler derken kara bir dünyamız vardır. Siz dünyadaki uyuşturucu sorununu tespit edemezseniz tabiri caizse bunu çantanızda taşıyıp çevirmezseniz (elindeki küçük dünya küresini çevirir), işte Etiyopyalı arkadaşımızı seminerde görüp '168 KG kokain yakaladım' deyince hemen ona o soruyu yöneltmezseniz, dünyadaki resmi görmeden Türkiye'deki resme bir anlam veremezsiniz. Türkiye'deki resimle dünyadaki resmi karşılaştırmayınca da bu sorunu çözemezsiniz.

Şimdi ben hemen 10 dakikada bu konudaki vizyonumuzu sizinle paylaşayım. Bir de önemli bir sorun, şimdi zaman zaman bu bir geleneğe dönmüş TV'lerde bir görüntü gördüklerinde bir anda Türkiye'nin bir uyuşturucu batağına düştüğünü, her yerde uyuşturucu olduğu gibi bir görüntü veriliyor. Zaten şu anda sosyal medyanın, internetin en büyük sıkıntılarından biridir biliyorsunuz dezenformasyon. Ama Hz. Nuh'un gemisine kadar bu iş gidiyor. Gemiye üzüm de koyuyorlar, gemide giderken üzüm sirke haline geliyor mayalanıyor. O gemide şeytan da var neticede şaraba dönüyor sonra 3.000 yıl ötesine gittiğinizde Ahmet Hocam Afyon'da diyor ama İsviçre'de Alplerin mağaralarında bile afyon kapsüllerini görebiliyorsunuz. Yani insanlık dünyada olduğu sürece, tabiata karşı bir savaş verdiği sürece rastgele bir otla karşılaşıyor, rastgele bir madde ile karşılaşıyor. Önce test ediyor bir takım olumlu etkiler görmeye başlıyor. Kullandıkça zararını görmeye başlıyor. Dolayısıyla Türkiye'ye bakıyorsunuz diyorsunuz ki 'Türkiye şu anda uyuşturucu batağı haline geldi'. Fatih'in Kanunnamelerini okumuyorsunuz, IV. Murat'ın emirleri içerisinde sadece tütün ve alkol değil başka maddeler de olduğunu görmüyorsunuz. Evliya Çelebi'nin Seyahatnamesinde il il gezerken kimi illerde hangi problemlerle karşılaştığının altını çizmiyorsunuz. Yani ATATÜRK'ün 1933'te şu anda kullandığımız 2313 Sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Kanunu çıkarttığını ve o kanunun halen geçerli olduğunu, nasıl geçerli olduğu? Biraz önce Başkan Bey de ifade ettiler bir erken uyarı sistemimiz var, dünyaya model. İnanın Avrupa'da benzerleri var ama bu kadar şahane uygulanan bir şekil yok. Onlarda bu kanunu güncellenip operasyonlarda boş çıkmamanın sonuçlarını görmüyoruz.

Şimdi dünya dedik. Dünyada rotalar var. Tamam, dünyada hep uyuşturucu sorunu vardı ama bugün gerçekten başka bir boyutta sorun var. Şimdi şurada rotalara bakıyorsunuz bu rotalar BM raporlarından, uluslararası dokümanlara baktığınız zaman meşhur rotalardır. İşte Latin Amerika'da rotalar vardır, Afrika'da rotalar vardır, Avrupa rotaları vardır. Bir balkan rotası vardır Türkiye'nin de üzerinde olduğu meşhur bir rota. Birazdan

onlara değineceğim. Ama bizce bu rotalar artık kâğıt üstünde. Niye? İnternet var. Dünyanın herhangi bir yerinde herhangi bir uyuşturucu madde formülleri bulunduğunda, formülleri hemen diğer ülkelere gidiyor dolayısıyla bugün internet neredeyse o noktadan bir noktaya kıyasla hiç düşünmediğiniz bir hızda dünyanın herhangi bir tarafında görülen bir uyuşturucu madde bir anda sizin karşınıza çıkıp yayılabiliyor. Biliyorsunuz bir sosyal medya etkisi var.

Evet, şimdi bağımlılık. Bağımlılık demişiz köşeye sıkışmışız. Bağımlılık bir sağlık sorunu diyoruz. Bir beyin hastalığı diyoruz. Kronik bir beyin problemi. Başkanım başardım bunu buldum (eline beyin maketi alır). Bunu ele alalım bu bir beyin. Herkes diyor ki kronik beyin rahatsızlığı. Şimdi bizde şöyledir kronik beyin hastalığıdır. Prefrontal korteks, transporter, reseptör hep böyle anlatılır. Ben hiçbir şey anlamadım, vatandaşın da bir şey anladığını düşünmüyorum. Öyle olunca, ama şimdi bunu çok iyi bilen kim var? Organize suç grupları var. Hepsi diyor ki 'Bir kişi bir uyuşturucu madde ile tanıştığı zaman onun beyni onun tadını aldığı zaman %70-%80 bunun peşinde koşar ve önce parasını, malını, mülkünü verir ondan sonra her türlü belli bir müşteri garantisi, hangi malı üretirseniz üretin, müşteri garantisi olan kölelerim olur. Benim maldan başka bir şey görmeyecek insanlar olur. E çok da ciddi bugün 2019 rakamlarına baktığınızda 2014 rakamlarına baktığınızda dünyada kara para içerisinde uyuşturucunun da çok ciddi bir payı var. Organize suç grupları için çok cazip. Bu işi kullanıyorlar.

Bir de şimdi şöyle bir durum var: Yıllar önce organize suç grupları birbirleriyle çatışıyorlardı şimdi organize suç grupları birbirleriyle işbirliği yapıyorlar. Sonra ne var? İşin içerisine Sayın Başkanımın ifade ettiği gibi terör örgütleri girdi. Onlar da bu kazancı gördü. Daha vahimi var. Artık organize suç grupları ile terör örgütleri aynı masaya oturuyorlar, işi planlıyorlar ve parayı da bölüşüyorlar.

Şimdi efendim şunu bir anlatmamız lazım. Biz zaman zaman tartışıldığımızda da işte bu konularda başarılı mı başarısız mı diye. Bir ölçek geliştirmek lazım. Türkiye neye göre başarılı, neye göre başarısız demek lazım diye düşündük. İyi de dünyada bir küresel uyuşturucu kontrol sistemi var. Yani küresel uyuşturucu kontrol sisteminde 1909'da Şangay'da başlamış o Amerika'daki eroin krizleri ile ilgili. Dünya hep bir araya gelmiş çeşitli anlaşmalar yapılmış, Bakın 61'e geldiğinde 7 tane anlaşma olmuş. Milletler Cemiyetinden başlamış Birleşmiş Milletlere gelmiş ve en son bütün o anlaşmaları toplayarak 1961 yılında bir tek sözleşmesi, bütün anlaşmaları topladığı için tek sözleşmesi imzalamış sonra 71'e geldiğimizde bir psikotrop maddelere dair sözleşme, 88'e geldiğimizde narkotik psikotrop maddelerin kaçakçılığına karşı sözleşme. Bunların hepsi aşama aşama gelmiş.

50'ye kadar geleneksel uyuşturucular varmış, 50-80 arası sentetik uyuşturucular çıkmış. 88'e gelindiğinde organize suçlar bu işin içine girmeye başlamış, ara kimyasallar girmeye başlamış sadece uyuşturucular değil. Aşama aşama bu anlaşmalar imzalanmış. E şimdi biz bunların hepsinde tarafız. 197 tane üyesi var Birleşmiş Milletlerin ve bakın diğer bütün uluslararası konvansiyonlarda en çok üzerinde mutabakata varılan anlaşmalar bunlardır. Yani tek sözleşmesine 187 ülke, 71' Sözleşmesine 189 ülke, 88' Sözleşmesine 193 ülkenin taraf olduğunu görürsünüz. BM'nin üye sayısının 197 olduğunu düşünüldüğünde harika bir rakam.

Şimdi bu anlaşmalarda ne diyor? Biz tek tek bunları okuduk. Biz bu anlaşmaların ortak yanlarını çıkaralım, biz bunları uyguluyor muyuz, uygulamıyor muyuz, ne kadar eksiğimiz var ona göre kendi kendimize bir puan verelim dedik. Şimdi 3 anlaşmada 6 tane şart öne çıkıyor. Uluslararası yükümlülüklerde işbirliğine açık olacaksın. Yasal tedbirler, sorumlu kurumların olacak. Demokrasi ve insan haklarına saygılı bir mücadele sürdüreceksin. Ulusal stratejilerin olacak. Önleme faaliyetlerin yerinde olacak. Tedavi ve rehabilitasyonun olacak, tedavi ve rehabilitasyona ulaşılması kolay olacak. Bir de suç delillerini kurutacaksın diyor. Şimdi tek tek baktığımızda uluslararası işbirliği konusunda bakın UNODC donör ülkelerle çalışır. Yani siz UNODC, Birleşmiş Milletlere para sağlamazsanız hiçbir projeyi yapamaz ve Türkiye en başta UNODC'nin donörü onu finanse eden onun projelerini destekleyen bir ülkedir. Uluslararası kuruluşlara hep üyeyiz say say bitmez.

Kanunlara baktığımızda. Şimdi Başkanımın dediği üzere. Kanunlarımız var, demokratik ülkeler içerisinde aslında Türkiye en ağır cezaları veren bir ülke. TCK'ya baktığınızda 191 zaman zaman eleştirilir. Geliştirilmesi gereken tarafları vardır. Ama biz ilk uyuşturucu kullananı alıp da hapse atmayız. Ona bir erteleme kararı veririz tedavi olma imkânı sunarız. Avrupa'da da konuşuyoruz kullanım suçları falan diyorlar. İyi de siz ilk yakalananın hapse atıldığını mı düşünüyorsunuz, bakın böyle böyle oluyor deyince şöyle bir bakarlar.

Üretimine baktığınızda 20 yıldan 30 yıla kadar cezaları var. Çocuğa sattığınızda bir türlü, bir başka madde sattığınızda ağırlaştırıcı tarafları vardır. Bu memlekette kanuni olarak tüm enstrümanlar vardır, üzerinde biraz çalışılmalıdır. Başkanımın da işte projelerinden biri Uyuşturucu İle Mücadele Kanunu'nun üzerine gidilecek bazı düzenlemeler de olacak. Sonra Avrupa'da 27 tane ülke var 17'sinin Uyuşturucu ile Mücadele Strateji Eylem Belgesi yok. 27 Avrupa Birliği ülkesinin 17'sinin yok. Bakın Türkiye'nin 2018-2023 bir strateji eylem planı var. Hatta bakanlıklarımızın da yıllara göre planları söz konusu.

Efendim şimdi projeler var. İnanın bu projeler, hepsi tamamen Birleşmiş Milletler ve Avrupa Birliği standartlarına uygundur. Her biri bu standartlar çerçevesinde uluslararası geçerliliği olan projelerdir. Ancak biz bakın polisler olarak önleme projeleriyle uğraşıyoruz niye? Çünkü bir açık gördük, işin içine girdik. İnanın açık gördük. Bizdeki projelerin etki alanlarını da gördük. Önlemeden sorumlu diğer kurumlarımız tarafından da aynı hassasiyetle mesela Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Modülünde aynı ciddiyetle devam etmesini istiyoruz.

Şimdi efendim ulaşmak, bakın… Türkiye'de çok mekanizma var. O kadar çok mekanizma var ki ve işe de yarıyor. Gelin görün ki bunların tanıtımında bir sıkıntı var. Yani vatandaş bunu bilmiyor veya bir yönetim bir değiştiğinde 'Burada neler vardı neler yapıyorduk' demiyor yeni açılımların peşine düşüyor. Böyle bir sıkıntı var. Şimdi Türkiye'ye bakın şu 191 hiçbir yerde yoktur Türkiye haricinde. 24 saat 191'i arıyorsunuz ve siz bağımlılık konusunda, uyuşturucu bağımlılığı konusunda her türlü bilgiye ulaşabiliyorsunuz. TC numaranızı biliyorsanız randevu sırası bile veriyorlar. Sağlık Bakanlığının bir çabası var.

Açık kapı müracaatlara yer veriyoruz. Şöyle Türkiye haritasına baktığınızda bir yaygınlık var ama vatandaşa gidip sorduğunuzda

yani siz burada gidip tedavi oldunuz mu dediğinizde değişik soru işaretleri var. Şimdi bunlar var, iyi uygulamalar ama bunların içeriği tartışılır. Bu kadar büyük zenginliklerden tam olarak faydalanmakta yarar var.

Şimdi efendim dedik suç gelirleri operasyonları çok zor operasyonlardır. Avrupa'ya bakın 2019 raporlarında tüm suçtan elde edilen elde edilen gelirin %1'ini bile müsadere edememişlerdir. Çok şükürler olsun 2018 yılında dairemiz bünyesinde suç gelirleriyle mücadele şube müdürlüğü kuruldu. Çok büyük bir operasyon yaptı. Şu anda operasyonların sayısı, uygulamaların standartlaşmasıyla hızla yayılıyor. Bu konuda da inşallah dünyaya örnek olacağız.

Şimdi farklı açılardan bakmak lazım. Başkanım şimdi bunların dışında bu sözleşmelerin dışında o ölüm sayılarını verdi. Ölümler çok önemli, ülkelerdeki ölüm oranları uyuşturucu ile mücadeleye ilişkin bir fikir verir. Genel madde kullanım yaygınlıkları verir, önleme programları verir. Bir de arzla mücadele verir. Bakın şu bölgenin tamamında Türkiye tehdit alıyor. Bunların her birinde değişik uyuşturucular üretiliyor. Biz dünyanın en yaygın, uyuşturucu konusunda, esrar ve skunk, esrar konusunda Kuzey Afrika bizim için bir tehdit. Skunk konusunda özellikle Avrupa'da üretimi vardır. Almanya, Belçika ve Hollanda'da bu kapalı üretim dediğimiz yerlerde skunk üretimi gördük. Ancak şimdi yıllara bakın en son, bir de Balkanlardan, Yunanistan üzerinden bir skunk kaçakçılığı vardı. Ancak orada aldığımız tedbirlere baktığımızda gerçekten yakalamalarla birlikte bu yakalama miktarının düştüğünü görüyoruz.

Şimdi efendim kuru kök kenevir narko-terörle alakalı bir konu. PKK'nın Diyarbakır ve Bingöl'de ekim alanları var. Özellikle Jandarmamız kök kenevir konusunda çok başarılı. Yıllara göre sayıları görüyorsunuz burada da bir kurutma operasyonu devam ediyor.

Eroin AB için çok önemlidir. Bizim için de çok önemlidir. Eroin konusunda bir Balkan rotasından söz edilir. Türkiye bu Balkan rotasında kilit bir ülkedir. Avrupa uyuşturucu raporlarına, dünya uyuşturucu raporlarına baktığınızda Türkiye'yi de Balkan rotasında eroinle mücadele konusunda kilit bir partner olduğu her fırsatta vurgulanır. Bakın şu anda dünyada, rakamı görüyorsunuz bunlar 2020, niye? Dünya raporları 2 yıl öncesinin verilerini içeriyor. Bakın 2020 yılında dünyada 115 ton eroin yakalanmış Afganistan kökenli. Biz bu coğrafyadayız bakın 2019'da 20 Ton, 2020 pandemi bütün ulaşımın kesildiği yıl, 2021'de de 22 ton. Yani dünyada yakalanan eroinin 1/5'ini yakalıyoruz. Bu konuda da dünya tarafından çok takdir ediliyoruz.

Kokain konusu var. Zaman zaman da suistimal ediliyor. Dünyada bir kokain artışı da var metamfetamin gibi. Yani inanılmaz bir üretim var. Avrupa'ya gittiğinizde Antwerp limanlarında Rotterdam limanlarında yüzlerce ton kokain yakalandığını duyuyorsunuz. Bakın 2020 rakamlarına göre dünyada 1.124 Ton kokain yakalanmış. Türkiye'de de 2.8 Ton yakalanmış. E 1.450 Tonun içerisinde 2.8 ton nedir? Hani bazıları diyor ya 'Türkiye kokain merkezi oldu' ne anlama gelir? Onu size bırakıyorum. Ama ne oluyor? Kokain rotasında sürekli bir sapma var. Sürekli Avrupa'ya gidiyor, ondan sonra alternatif güzergâhlar kullanıyor. Güzergâhlardan bir tanesi de Yunanistan'ın Romanya'nın, Polonya'nın olduğu bu batı Avrupa yolu.

Şimdi ekstazi konusunda üretim yeri Avrupa ama üretim yeri Avrupa olmasına rağmen Türk kolluk kuvvetleri tüm AB ülkelerinden daha fazla, çünkü oradan batıdan doğuya gidiyor, ekstazi yakalıyor. İşte burada da sayıları görüyorsunuz.

Kaptagon Ortadoğu'da üretiliyor, bazen bizim üzerimizden de Arap ülkelerine gidiyor. Dünyada da yakalamaları görüyoruz.

Sentetikler konusunda da Çin ve Hindistan bir tehdit. Burada da artan yakalama oranları var. Uyuşturucu yapımında kullanılan kimyasallar bu arada dünyada zirvede. O kaçakçılıktan biz de etkileniyoruz çünkü Balkan rotasındayız. Doğudaki uyuşturucu batıya giderken, batıdaki uyuşturucu da doğuya gidiyor. Bu kimyasalların kaynak ülkeleri de burada. Son dönemde burada da artışlar görüldü.

Netice olarak sevgili katılımcılar. Şu coğrafyada güvenlik güçleri olarak tüm dünya çocuklarını kendi çocuklarımız olarak gören bir anlayışla bu mücadeleyi sürdürüyoruz. Bunu da birçok ülke, uluslararası platform farkında. Aynı kararlılıkla yolumuza devam edeceğiz.

Sabrınız için teşekkür ediyorum.

Ahmet BELCE (Moderatör):
Sayın TUBİM Müdürüme de çok çok teşekkür ediyoruz. Efendim bu vesileyle bir kez daha Sayın Başkanımız Dr. Hızır ASLIYÜKSEK Hocamıza ve ekibine, teknik ekip dâhil bütün ekibe kuvvetli bir alkış rica edebilir miyim? Bu güzel organizasyon için. Siz değerli katılımcılara çok teşekkür ediyoruz, kıymetli konuşmacılarımıza çok teşekkür ediyoruz.

Sağ olun var olun efendim.

4.GÜN

ÇALIŞTAY
ADLİ BİLİMLER VE
ADLİ TIP UZMANLIK/YAN DAL
EĞİTİMİNİN GELECEĞİ

ÇALIŞTAY
ADLİ BİLİMLER VE ADLİ TIP UZMANLIK/YAN DAL EĞİTİMİNİN GELECEĞİ



Ahmet Nezih KÖK (Moderatör):
Sayın Adli Tıp Kurumu Başkanım, saygıdeğer öğretim üyesi arkadaşlarım hepinizi öncelikle bu güzel aktivitenin son gününde saygıyla, sevgiyle selamlıyorum.

Bildiğiniz üzere, aslında uzmanlık alanı olarak adli tıp, tıbbın bir dalı ama etki alanını hukukta gösteriyor. Verdiğimiz raporların hukuk sürecinde adalete katkıda bulunabilmesi için de belirli bir yetkinliğe erişmiş olan adli tıp uzmanlarımızın da görevlerini yapmaları gerekiyor. Multidisipliner bir alan olarak da adli tıp hem süre olarak hem de çeşitlilik olarak gerçekten çok büyük farklılıklara sahip diğer klinik bilimlere göre. Bu süreç içerisinde tabii ki gelişen değişimleri ve gelişimleri de takip edebilmek için de TUKMOS denilen bir kuruluş, Tıpta Uzmanlık Kurulunun altında müfredat programını belirlemek, uzmanlıktaki temel becerileri ve bilgileri belirlemek adına yıllardır faaliyette. Bizler de Ekin Hocamla birlikte bu kurulda görev yapıyoruz. Kurulda halen 10 tane seçilmiş arkadaşımız var. Onlarla birlikte görev ifa etmekteyiz.

Bu süreçte tabii ki hocalarımızın görüşleri bizler için çok önemli. Bir müfredat çalışması içerisindeyiz. O nedenle konunun uzmanları, hocaları; Adli Tıp Kurumunun yapmış olduğu bu etkinlikte bir araya geldiler. Tartışma konularımız var. Yan dal eğitimi ile ilgili olarak belki bazı görüşler elde edilebilir. O nedenle bu konuda gerçekten yıllardır özveriyle çalışan Ekin Hocama ben sözü bırakıyorum. Bundan sonra da zaten çalıştayın yöneticiliğini kendisi yapacak.
Teşekkür ederim hocam. Buyurun.

Ekin Özgür AKTAŞ (Moderatör):
Özellikle bugün Pazar günü olmasına rağmen katıldığınız için teşekkür ederim.

Tıpta uzmanlık eğitimi çok dinamik bir süreç. Bu süreçte de çok sık güncellemeler yapılıyor. Biz de bu yeni dönemde bu güncellemelerden kendi uzmanlık alanımızla ilgili çalışmaları yürüten komisyonuz ama sadece bu komisyon değil bütün anabilim dalı başkanları adli tıbba gönül vermiş herkesin katkısıyla bu çalışmalar yürüyor. Bugün bazı çok önemli konuları birlikte tartışacağız. Aslında bugün tartışacağımız bu konular gelecekte adli tıp uzmanlık eğitiminin ve adli tıp hizmet alanının nasıl olacağını şekillendirmeyle ilgili bir veri tabanı oluşturacak ve bu dönem yapmış olduğumuz çalışmalar gelecekte adli tıp uzmanlık alanında oldukça etkili olacak.

Adli tıp uzmanlık eğitiminde eskiden usta-çırak ilişkisine dayalı eğitimin yapılandırılmış eğitime dönüştürülmesiyle ilgili bir karar alındı ve bu karar uyarınca bir takım çalışmalar yapılıyor. Bu konuda Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü Uzmanlık Eğitimi Daire Başkanı Sayın Alpay TUNCAR Hocama söz vereceğim.

Alpay Hocam acil tıp uzmanıdır ama inanılmaz bilgi birikimi olan inanılmaz da enerjik bir hocam. Gerçekten bu kadar çok uzmanlık alanında inanılmaz yoğun bir çalışma yürütüyorlar. Bizim bu dönemde Sağlık Bakanlığının uzmanlık eğitiminde, bütün uzmanlık alanlarıyla birlikte adli tıpta da, revizyon konusunda neler yapacak, güncel gelişmeler neler, projeksiyon

olarak nasıl bir hedef gözetiliyor bununla ilgili bilgi verecek. Ben sözü Alpay Hocama bırakıyorum.
Hocam teşekkür ederim katıldığınız için.

Alpay TUNCAR (Konuşmacı):
Sayın Hocalarım, öncelikle bu saatte son günde bu kadar katılım sağladığınız için teşekkür ediyorum.

Özellikle bu katılan arkadaşlarımız olayın mahiyetinin ne olduğunun farkındalar. Güzel bir toplantı olacağına inanıyorum ben. Çünkü biz Sağlık Bakanlığı olarak tıpta uzmanlık eğitiminde yeni bir döneme girmek üzereyiz. Bununla ilgili fark edersiniz Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği yeniden yayınlandı 3 Eylül itibariyle. Tamamen yeniden yapılandırılıyor. Bütün kurumlarımız bu yönetmelik çerçevesinde yeniden yapılandırma süreci içerisinde.

Artı ben 1 yıl oldu göreve başlayalı, neredeyse 1 yıl olacak. Başladığımız günden itibaren ilk etapta müfredatların revizyona ihtiyacı olduğunu düşündük. Çünkü 2016 yılından itibaren müfredatlarda anlamlı değişiklikler olmamış. Ama teknoloji çok gelişti, tıp bilimi çok gelişti ama müfredatımız aynı yerinde saymış maalesef ki. Bütün branşlarda biz şu anda müfredatları yeniliyoruz.

Müfredat neden önemli? Müfredat, yetkinlik… Adli tıp uzmanısınız, adli kısımları çok iyi biliyorsunuz. Bize hep şu soruluyor: 'Şu hekim bu işlemi yapar mı yapamaz mı?' 'Şu yetkinliği var mı yok mu?' Tamamen yetkinlik üzerine kurgulanmış bir mesleki eğitim aslına bakarsanız uzmanlık eğitimi.

Bu yetkinliklere de nereden bakılması gerekiyor? Eğitim süreci içerisinde bu eğitimi aldı mı almadı mı? Almadıysa bu yetkinliği yoktur. Aldıysa, yetkinlik düzeyi şu şekildedir şeklinde tarif edilmektedir. Bütün adli makamlar da bu şekilde müfredatlarımızı temel baz almaktadır.

En basit örneği; genel cerrahi uzmanı, cild deldirme operasyonu yapar mı yapamaz mı diye soruyor. Eğer müfredatında cilt deldirmeyle ilgili bir ibare yoksa obezite cerrahisi içerisinde bu konudan müfredatta bahsedilmedi ise bu işi yapamaz şeklinde raporlanır ve bununla ilgili ciddi cezai müeyyidelerle karşı karşıya kalabiliyor. Müfredatın en önem arz eden noktalarından birisi bu. Artı tıpta uzmanlık eğitiminde müfredat, uzmanlık eğitiminin anayasasıdır. Oradaki eğitimle ilgili olan bütün kısımları kesinlikle tam yetkinlikle bitirmeniz gerekiyor. Bundan dolayı bir nevi çekirdek eğitim müfredatı diyoruz. Yani en asgari düzeyi öğrenmesi gerekiyor ve buna istinaden mezun olduktan sonra bunların hepsini tamamen yapar anlamına gelen bir aynı zamanda kılavuzumuzdur.

Ben kısaca öncelikli olarak size Tıpta Uzmanlık Kurulu'ndan, tıpta uzmanlık trihçesinden küçük bahsedeyim. Cumhurbaşkanlığı kararnamesine istinaden 3 Eylül 2022 tarihi itibariyle yeniden revize edilmiş Tıp ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğine göre düzenlenmektedir uzmanlık eğitimleri. Şu anda 97 tane branşta uzmanlık eğitimi verilmektedir ülkemizde. Bunlardan 43 tanesi anadal, 45 tanesi yandal, 9 tanesi diş hekimliği olmak üzere 97 tane uzmanlık branşımız var. Yani biraz fazla gibi değil mi? Toplam 205 tane uzmanlık eğitim faaliyeti devam etmektedir. 205 kurumumuzda. Eğitim araştırma hastaneleri, Adli Tıp Kurumu, üniversite hastaneleri olmak üzere toplamda 205 eğitim kurumumuz var. Bunlardan 88 tanesi tıp fakültesi, 88 tıp fakültesinin de 31 tanesi eğitim araştırma hastaneleri, 57 tanesi eğitim araştırma hastanesi, Adli Tıp Kurumu ve 60 tane diş hekimliği fakültesinde hizmet verilmektedir. 4753 programda, bu bütün 205 tane kurumun 4753 programında uzmanlık eğitimi veriyoruz. Şu an için aslına bakarsanız büyük bir camia. Burada da ise 46 tane adli tıp alanında uzmanlık eğitimi veren kliniklerimizi görüyoruz. 46 tane şu an aktif olarak en son yayınlanan listemizde yer alan sayı budur. Bu bütün herkese açık, herkes de görebilir. Birazdan bunlardan da bahsedeceğim nasıl ulaşacağınızdan.

Tıpta Uzmanlık Kurulumuz var. Tıpta Uzmanlık Kurulu, Sayın Cumhurbaşkanı kararnamesine istinaden uzmanlık eğitimini tamamen Sağlık Bakanlığı bünyesinde yürütülmesini, görev ve sorumlulukların açık bir şekilde yazılı olarak bulunmakta olup uzmanlık eğitiminin çerçevesini çizer. Nasıl yapılacağını, hangi koşulları uygulayacağını, eğitim yetkilendirmesi, yandal başvurularda görüş bildirme kısmı mevcuttur veya branşların birleştirilmesi olabilir, bunlarla ilgili görüşlerini bildirmekle sorumlu tek kuruldur.

Tıpta Uzmanlık Kurulu ilk olarak 31.07.2009 tarihinde toplanmış şuan 6 dönemde devam etmekteyiz. 6.Dönemimizdeki 16 üye ekrana yansıtılmış durumdadır. Üyelerimizle çalışmalarımız devam ediyor. Bu yıl sonunda görev süreleri doluyor yeni bir döneme başlayacağız. Büyük ihtimalle bazı hocalarımız devam eder.

Size Tıpta Uzmanlık Kurulunun internet sayfasından da bahsetmek istiyorum. Çünkü uzmanlık eğitimi veren bütün herkesin bunu çok iyi bilmesi gerekiyor. tuk.saglik.gov.tr diye bir adresimiz var aynı zamanda buna entegre tuk@sağlik.gov.tr diye de bir mail adresimiz var. Bütün yazışmalarımızı buradan rahatlıkla alabiliyoruz her şeye buradan hızlı bir şekilde cevap verebiliyoruz. Mevzuat diye bir ekranımız var burada gördüğünüz gibi. Mevzuatta şu anda güncel uzmanlık eğitimi ile ilgili mevzuatlara oradan ulaşabilirsiniz. Her şeye buradan ulaşabilirsiniz. Artı, kararlar. Tıpta Uzmanlık Kurulu tarafından alınmış kararlara bu linkten ulaşabiliyorsunuz. Daha çok işte önemli kararlar. Rotasyon kararları, eğitim kararları gibi tüm sahayı ilgilendirecek kararların tamamı burada. Tabi öğrencinin bir yerden bir yere nakli kararını buraya yansıtmıyoruz. Programlar. Biraz önceki yansıttığım yetkilendirilmiş uzmanlık eğitim programları listesi programlar kısmında yer almakta. Buradan herkes girip kendi uzmanlık kurumunun eğitim programının aktif olup olmadığını buradan rahatlıkla görebilir. Değişimini de görebilir, ne zaman aktifti ne zaman değildi şeklinde. Bunların hepsini tamamen görebilir. Sonradan eklenen eğitim programında 3,2,9,0,1 gibi rakamlar göreceksiniz. 9 yeni ziyaret edilmiş ama olgunlaşmamış, eğitim kliniği olamaz. 0, eğitim kliniği imiş ama kapanmış, 1 eğitim yetkisi askıya alınmış, 2 yerinde ziyaret yapılacak tekrardan, 3 yerinde ziyaret yapılmış ve uzmanlık eğitimi verebilmeyi hak eden yerler demektir. Müfredatlar, asıl bizim bilmemiz gereken yer müfredaatlar. Uzmanlık eğitimi programına başlandığında bir asistan hekim başladığında ilk bilmesi gereken şey bu. Müfredatını tamamen

bilmesi gerekiyor. Neyi öğrenecek, neyi öğrenmeyecek, yetki sınırları nedir ne değildir, hangi yılda hangi yetkinliği kazanacağı gibi ve meslekte sorumlu olacağı bütün alanları burada görmek zorunda.

Ayrıca, maalesef ki şunu da söylüyorum bir programdan geçen beni aradılar, yıllardır uzmanlık eğitimi veren bir program. 'Biz uzmanlık öğrencimize ne öğreteceğimizi nereden bileceğiz' diye sordu hocamızın biri, yılların hocası. 'Hocam' dedim 'müfredatımız var'. 'Müfredat nerede?' dedi. Tarif ettim, anlattım 'Böyle şeyler mi varmış?' dedi. Hocalarımız bile çok uzak. Öğrencilerimiz başladığı anda, uzmanlık öğrencilerimiz başladığı anda mutlaka küçük bir oryantasyon programı ile en başta öğretilmesi gereken şey bu. 'Siz bunları öğreneceksiniz.' Maalesef ki biz, eğitimimiz ne zaman ki sıkıntıya girdi. Eskiden talebe derlerdi öğrenciye biliyorsunuz. Talep eden. Talep ederlerdi eskiden, şimdi öğrenciye döndü, öğrenen. Oturacak, biz kafasına vura vura öğretmek zorunda kalıyoruz buna döndü. Biz öğrencilerimizi tekrar talebeye, talep eden şekline çevirmemiz gerekiyor. Çünkü kişi talep etmiyor, öğrenen de öğrenmek istemiyor. Hiçbir şey öğrenmeden devam edebiliyor. Bundan dolayı talep etmeyi biz öğrencilere aşılamamız gerekiyor.

Protokollü programlar dediğimiz, bu çoğu artık programında yok. Kurumlar arasında programlarda işbirliği protokolleri yapılıyor. Eğitimin bir süresini bir yerde bir süresini başka bir yerde yapma durumumuz var. Aslında bugün önereceğim şeylerden birisi bu. Özellikle otopsi konusunda portfolyo kısmında böyle bir organizasyona gidilebilir.

Tamamlayıcı protokol de daha farklı bir uygulama. Bir tarafın eğitim yetkisi tam bir tarafın eğitim yetkisi yarım. İkisini birleştiriyoruz tam hale getiriyoruz. Böyle bir uygulamamız da var.

TUKMOS, Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma Standart Belirleme Sistemi. Şu anda tıpta uzmanlık kuruluna bağlı 97 tane TUKMOS grubumuz var. Her birinde yaklaşık 11 tane hocamız var. Alanında uzman, saygıdeğer hocalarımız var. Bunlarla biz işbirliği içerisinde müfredatlar üzerinde çalışmalarımızı yapıyoruz. Artı bazen, özellikle hukuki olarak bu işlemi yapar mı yapamaz mı, bunları müfredatta bulamadığımız zaman hocalarımızdan bilimsel görüş alıp ona göre mahkeme Tıpta Uzmanlık Kurulundan rapor çıkarıyor ve mahkemeye bunu veriyoruz. TUKMOS bizim en temel yapılarımızı oluşturuyor.

Öncelikle bunu söylemek istiyorum. Her konuda uzmanlık için ayrı ayrı var. 2008 yıllarında ilk gruplar oluşturuldu, çalışmalar başlatıldı, taslaklar oluşturuldu, müfredat taslakları 2008 yılında başladı. 2010 yılında ilerletildi, 2016 ve 2018 yılında ilk müfredatlar ortaya çıktı.

2022 yılında biz ne yapıyoruz? Yılbaşında biz dedik ki artık müfredatların değişmesi lazım. Revizyon olması lazım yoluyla başladık. TUKMOS komisyonları başladı, hatta biz şu an birçok TUKMOS komisyonunda uzmanlık öğrenci temsilcileri, birçok TUKMOS komisyonunda yeni uzmanları da yeni olmuş ilk 5 yılındaki uzmanları da komisyonda görev almalı konusunda bir çalışmamız var. Muhtemelen ileriki dönem TUKMOS'larda uzman öğrenci temsilcisi ve yeni uzman olmuş kişiler de dâhil olmasını istiyoruz biz. Kontenjan ayırmayı düşünüyoruz burada.

Çekirdek eğitim müfredatında güncelleme hedefimiz ne? Bir, eğitim standartlarını yeniden belirliyoruz artık. Çünkü 2016 yılındaki standartlarımız bugünü karşılamıyor. Donanım standartlarını tamamen yeniden revize etmek istiyoruz. Daha öncesinde robotik cerrahi diye bir şey yok ama artık robotik cerrahi var veya daha öncesinde çok kullanılan bir cihaz, artık tarihi eser niteliğinde olan cihazlar var. Onları standardın içerisinde tutmak gerekiyor mu örneğin? Öğrenme ve öğretme yöntemleri. Biz öğrettik demiyoruz. Biz hocamıza soruyoruz 'Hocam siz örnek veriyorum adli rapor yazmayı hangi yöntemle öğrettiniz? Konsey mi baş başa eğitim mi, seminer mi, kurs mu, simülasyon mu? Bunu bize belirtiniz.' Özellikle biz müfredatta olmazsa olmaz en az bir tane bu eğitimin yapılabilmesi için öğrenme yöntemlerinden hangisinin kullanılmasını istediğimize dair bir belirteç istedik. Özellikle gelişimsel yetkinlikte 3 ve 4 dediğimiz artık sahada uzman hekimlerin, bu tek başına yapar ve uygular yetkinliklerde bunu istiyoruz. Siz hangi yöntemle öğrettiniz? Peki siz öğrettiğinizi neyle ölçüp değerlendirdiniz? 'Tamam öğrendi' mi dediniz hayır bunun ölçme değerlendirme yöntemi ne? Sınav mı yaptınız, test mi yaptınız, mezun sonrası değerlendirme mi yapacaksınız ve bunları belgelendirdiniz mi? Tamamlayanlardan belgelerini talep edeceğiz. Müfredatın uygulanabilir olması lazım. Yani kalkıp da şu anda mezun olmamış birisinin mezun değerlendirmesini yapabilir miyim hayır. Uygulanabilir olması lazım kesinlikle. Güncellenebilir olması lazım bir de. Devamlı dinamik ve güncellenebilir halde olması gerekiyor. Bu ışıkla başladık buradan devam ediyoruz.

Şimdi biz müfredat hazırladık, bu kadar şey. Siz bunları nasıl takip edeceksiniz? Nasıl izleyeceksiniz? Kafanızda soru işareti olmuştur. Bugüne kadar hep bakanlık, üst kurullar gelir 'Şunları şunları böyle yapacaksınız' der gider. Sonra hiç arayan soran yok boşverin der geçilir. Böyle miydi? Evet, maalesef ki böyleydi. Ta ki bir şikâyet olur vb. bir şey olursa anca öyle. Ama biz şu anda Uzmanlık Eğitimi Takip Sistemi diye bir sistem kuruyoruz. Muhtemelen önümüzdeki yılın ilk çeyreğinde tüm Türkiye'de kullanımını zorunlu hale getireceğiz. Müfredatın bütün aşamalarını, eğitimin bütün aşamalarını, tezinden bitirme sınavına kadar bütün aşamalarını hatta yıl ulusal sınavlarına kadar birçok sistemler bunların içerisinde olacak. Her zaman öğrenci değerlendirilirdi ama biz burada daha farklı bir şey de arz etmek istiyoruz. Dediğim gibi eğitim sürecinin tamamı içerisinde olacak. Ne zaman başladı, ne zaman izin aldı ne zaman rapor aldı, rapordan sonra hangi zaman gitti hangi zaman geldi, o güne kadar hangi etkinliklerde ilerlendi, bunu kim onayladı, orada bu eğitimleri kim verdi ve her şeyin eğitim sorumlusu tarafından görüleceği bir sistem. Öğrenci de görebilecek. Bunlara telefondan tabletten bilgisayardan her taraftan ulaşabileceksiniz. Eğitim devamlılığının sağlanmasını istiyoruz.

Geçen çok komik bir olay oldu. Bir dekan beni aradı 'Ya hocam bizde bir asistan varmış, 8.yılında, biz bunu sınava almayı unutmuşuz.' Herkes uzman zannediyormuş yani onu. Tabi öğrencinin öğrenciliğine son verilip pratisyenliğe gönderilecek sonra da sınava girecek 2 yıl daha devam edecek vs böyle bir durum. Bundan sonra artık böyle bir sıkıntıyla karşılaşmayacağız. Niye? Eğitim sorumlusuna şöyle bir mesaj gelecek 'Sizin Ahmet isimli asistanınız tez verme süresinin son üç ayında. Tez konusu

olmasını istiyoruz biz. Kontenjan ayırmayı düşünüyoruz burada.

Çekirdek eğitim müfredatında güncelleme hedefimiz ne? Bir, eğitim standartlarını yeniden belirliyoruz artık. Çünkü 2016 yılındaki standartlarımız bugünü karşılamıyor. Donanım standartlarını tamamen yeniden revize etmek istiyoruz. Daha öncesinde robotik cerrahi diye bir şey yok ama artık robotik cerrahi var veya daha öncesinde çok kullanılan bir cihaz, artık tarihi eser niteliğinde olan cihazlar var. Onları standardın içerisinde tutmak gerekiyor mu örneğin? Öğrenme ve öğretme yöntemleri. Biz öğrettik demiyoruz. Biz hocamıza soruyoruz 'Hocam siz örnek veriyorum adli rapor yazmayı hangi yöntemle öğrettiniz? Konsey mi baş başa eğitim mi, seminer mi, kurs mu, simülasyon mu? Bunu bize belirtiniz.' Özellikle biz müfredatta olmazsa olmaz en az bir tane bu eğitimin yapılabilmesi için öğrenme yöntemlerinden hangisinin kullanılmasını istediğimize dair bir belirteç istedik. Özellikle gelişimsel yetkinlikte 3 ve 4 dediğimiz artık sahada uzman hekimlerin, bu tek başına yapar ve uygular yetkinliklerde bunu istiyoruz. Siz hangi yöntemle öğrettiniz? Peki siz öğrettiğinizi neyle ölçüp değerlendirdiniz? 'Tamam öğrendi' mi dediniz hayır bunun ölçme değerlendirme yöntemi ne? Sınav mı yaptınız, test mi yaptınız, mezun sonrası değerlendirme mi yapacaksınız ve bunları belgelendirdiniz mi? Tamamlayanlardan belgelerini talep edeceğiz. Müfredatın uygulanabilir olması lazım. Yani kalkıp da şu anda mezun olmamış birisinin mezun değerlendirmesini yapabilir miyim hayır. Uygulanabilir olması lazım kesinlikle. Güncellenebilir olması lazım bir de. Devamlı dinamik ve güncellenebilir halde olması gerekiyor. Bu ışıkla başladık buradan devam ediyoruz.

Şimdi biz müfredat hazırladık, bu kadar şey. Siz bunları nasıl takip edeceksiniz? Nasıl izleyeceksiniz? Kafanızda soru işareti olmuştur. Bugüne kadar hep bakanlık, üst kurullar gelir 'Şunları şunları böyle yapacaksınız' der gider. Sonra hiç arayan soran yok boşverin der geçilir. Böyle miydi? Evet, maalesef ki böyleydi. Ta ki bir şikâyet olur vb. bir şey olursa anca öyle. Ama biz şu anda Uzmanlık Eğitimi Takip Sistemi diye bir sistem kuruyoruz. Muhtemelen önümüzdeki yılın ilk çeyreğinde tüm Türkiye'de kullanımını zorunlu hale getireceğiz. Müfredatın bütün aşamalarını, eğitimin bütün aşamalarını, tezinden bitirme sınavına kadar bütün aşamalarını hatta yıl ulusal sınavlarına kadar birçok sistemler bunların içerisinde olacak. Her zaman öğrenci değerlendirilirdi ama biz burada daha farklı bir şey de arz etmek istiyoruz. Dediğim gibi eğitim sürecinin tamamı içerisinde olacak. Ne zaman başladı, ne zaman izin aldı ne zaman rapor aldı, rapordan sonra hangi zaman gitti hangi zaman geldi, o güne kadar hangi etkinliklerde ilerlendi, bunu kim onayladı, orada bu eğitimleri kim verdi ve her şeyin eğitim sorumlusu tarafından görüleceği bir sistem. Öğrenci de görebilecek. Bunlara telefondan tabletten bilgisayardan her taraftan ulaşabileceksiniz. Eğitim devamlılığının sağlanmasını istiyoruz.

Geçen çok komik bir olay oldu. Bir dekan beni aradı 'Ya hocam bizde bir asistan varmış, 8.yılında, biz bunu sınava almayı unutmuşuz.' Herkes uzman zannediyormuş yani onu. Tabi öğrencinin öğrenciliğine son verilip pratisyenliğe gönderilecek sonra da sınava girecek 2 yıl daha devam edecek vs böyle bir durum. Bundan sonra artık böyle bir sıkıntıyla karşılaşmayacağız. Niye? Eğitim sorumlusuna şöyle bir mesaj gelecek 'Sizin Ahmet isimli asistanınız tez verme süresinin son üç ayında. Tez konusu belirlendi mi?' diye mesaj gelecek size. Siz bunu belirlemediniz mi? Bu sefer kurum eğitim sorumlusuna gidecek 1 ay sonra. Gene belirlenmedi mi? Bu sefer bana gelecek. Bu öğrencinin tez konusu belirlenmemiştir ve oraya otomatikman oraya bir yasak gelecek 'Asistan planlama'. Müfredat çerçevesindeki şeyler gerektiği zaman yapılmadığı zaman kurumlara ilk etapta asistan planlamama, genel hususlarda asistan planlamama yönüne gidilecek.

Eğitim müfredatının uyumluluğunun sağlanması amaçlanıyor. Dedim ya biraz önce, biz oraya bir şeyler yazıp çiziyoruz kim takip ediyor? Biz bunu hangi yöntemle öğrettiğini, eğitim materyallerini, örnek veriyorum olay yeri incelemeden bahsetmiştim, olay yeri incelemeyle ilgili bir video var, olay yeri inceleme herkesin aklına gelmeyebilir. Sonuçta klinik bir etkinlik değildir. Bunu nasıl öğreneceksiniz? Yani her savcı, her hâkim oradaki olay yerine tane asistan 10 tane intörn hadi birlikte gidelim bakalım olmaz. Benzer şeyler var. Bundan dolayı gizlilik esasına dayanarak onlarla ilgili küçük videolar çekilir. Adli Tıp Kurumu Başkanlığımız da destek vereceği konusunda söz verdi zaten bizlere. Küçük videolar çekilir, bu videoları biz TUKMOS grubunda paylaşırız, hocalarımız bunların üzerinden değişik materyaller, değişik olay yeri incelemeleri üzerinden herkes her şeyi eşit bir şekilde görmüş olur. Ve bu simülasyon değerlendirmeleri de uygulanabilir. Simülasyon ölçme değerlendirmeleri de uygulanabilir tarzda bir programımız olacak.

Aynı zamanda ulusal bir ölçme değerlendirme yöntemi dedik ya biz artık diyoruz ki 'Asistanın birinci yıl sonuna kadar öğrenmesi gereken şeyler nelerdir, belirtiniz' İşte 'Adli rapor yazmayı birinci yılın sonunda öğrenmesi gerekiyor' derler. Tamam. Biz birinci yıl sonunda, birinci yılını tamamlamış tüm asistanlara ulusal bir online sınav yapacağız. Hocalarımıza diyeceğiz şu tarihte şu saatte şu asistanlara sınav yapılacaktır uygun ortam sağlayınız. Herkes telefonundan girecek, o anda Türkiye'deki tüm adli tıp birinci yıl asistanları o an da sınava girecek. İkinci yıl asistanları başka bir sınav, üçüncü yıl asistanları başka bir sınav. Hocalarımızın kanaat raporu oluşturmasına yönelik bir duruma neden olacak hem de kurumlarla ilgili hakikaten yeterlilik konuları hep bize sorulur şekildedir. Siz bunu nasıl ölçtünüz, nasıl değerlendirdiniz, bize bunu ispatlayın. Buyurun ispatı. Tabi biz bunu yeterince yapıyoruz demedik böyle bir iddiamız yok. Bunun bağımsız bir kuruluş tarafından yapılması önemlidir ama biz uzmanlık eğitiminde kalite yönetimi diye bir öz değerlendirme sistemi oluşturuyoruz. Önce öz değerlendirme ardından çapraz değerlendirme şeklinde yapacağız. Bir uzmanlık diyelim ki programıyla ilgili kartlar oluşturacağız. Yaklaşık 50-60 tane değerlendirme kartı. İşte uzmanlık eğitimi verilen yerin fiziki altyapısı ile başlayıp böyle 1'den 5'e kadar numaralandıran 3 en ideali, 2 ideale yakın, 1 kesinlikle olmaz, 4 idealin bir üstü, 5 mükemmel örnek gibi numaralandırarak basit bir yöntemle öncelikle tüm kurumların kendi öz değerlendirme yapmasını isteyeceğiz. Bunlar sisteme yüklenecek, sonrası çapraz değerlendirme olacak. İşte Selçuk Üniversitesi gidecek Ankara Tıp'a. Bu kartları kendine göre dolduracak sisteme yükleyecek sonra çapraz değerlendirme. Bununla da yetinmeyeceğiz tekrar başka bir çapraz değerlendirme. Bununla da yetinmeyeceğiz bir de merkezi bir değerlendirme yapacağız. Amaç; ulusal, standardizasyonu sağlanmış, aynı kalitede, tek tip eğitim vermeyi

sağlayan, kurumların birbirini teşvik eden, kurumların birbiriyle olumlu yönde yarışmasını sağlayan, bilimselliğe bilimsellik katacak bir sistem üzerinde çalışmalarımız sürüyor. İnşallah bunlar tamamlanmak üzere. Birçoğu çok ileri safhalara geldi.

2023, uzmanlık eğitimi açısından büyük bir milat olacak. Tabi sizlerin büyük desteğine ihtiyacımız var. Özellikle eğitimcilerimizin ve asistan eğitimlerimizin bu konuda çok büyük desteğe ihtiyacımız var. Artık çok şikâyet eden değil de, biz bir şeyleri şikâyet ederek elde etmeye alışmışız toplum olarak maalesef ki. Artık bir şeyleri talep edip, önerilerle… 'Benim öyle bir talebim var ama şu önerim de var' veya 'Şöyle bir sıkıntım var ama şöyle bir önerim de var' şeklinde bir yapılanmaya doğru, kurumlar arasında tatlı bir rekabet oluşturarak uzmanlık eğitimini taçlandırmak istiyoruz.

Bizim, Uzmanlık Eğitimi Takip Sistemi'ndeki güzel yanımız da şu olacak; Hızır Hocam, Ahmet diye bir asistanı mezun etti, gitti Hakkâri'de görev yapıyor. Hızır Hocam bu asistanını 5 yıl boyunca takip edebilecek. Kaç tane rapor düzenlemiş kaç tane otopsi yapmış, ne yapmış ne yapmamış. Hiçbir iş yapmamış mı? Hatta orada eksikliğini gördüğü zaman SMS gelecek hocaya. 'Sizin mezun ettiğiniz asistan yetkinliklerin hiçbirini kullanmadı son 1 yıldır.' Hoca bakacak nasıl olabilir böyle bir şey? Hoca arayacak 'Eğer yetersiz hissediyorsan gel buraya sana özel bir eğitim verelim.' Buna neye geliyoruz? Mezuniyet sonrası sürekli eğitim.

Maalesef bizim hep unuttuğumuz, geri plana koyduğumuz çok önemli şeyler var. Klinisyen olarak söylüyorum bunu. Biz sterilizasyonu tıp fakültesinde de asistanlıkta da el yıkamakta da hep nasıl olsa yapılıyor şeklinde hep böyle tozlu raflarda bekleyen, temel yaşam desteği örnek veriyorum… Adam çok güzel bir kalp nakli yaptı, harika, muhteşem. Dünyada ilk defa uyguladı. Ama el yıkamayı bilmediği için yoğun bakımda hastası öldü. Ne demek istediğimi anladınız değil mi? Eğitim. Hep böyle tozlu raflarda kalan şeyler vardır ya. Adli tıpta da vardır bunlar. Ama sterilizasyon dediğiniz zaman adli tıbbı da ilgilendirir. Temel yaşam desteği adli tıbbı da ilgilendiren bir şeydir.

Bir gün şöyle bir hikâyem oldu. Bir cildiye uzmanımız, temel yaşam desteği eğitimi düzenlemiştik 'Ben katılmayacağım' dedi. 'Ben cildiyeciyim, bana ne…' Dedim 'Hocam çocuğunuz var mı?' 'Var' dedi. 'Hocam çocuğunun yemek yerken boğazına kaçsa ne yapacaksınız, biliyor musunuz?' Durdu düşündü 'Eğitime katılayım' dedi. Eğitime katıldı, iki gün sonra çocuğunun boğazına ekmek kaçmış, bu sayede hayatını kurtarıyor. Ertesi sabah yanıma ağlayarak geldi. 3-4 saat ağladı. 'O gün bana bu eğitimi iyi ki verdiniz' diye. Biz hekimiz, hekimiz.

Yani adli tıp uzmanları artık şöyle bir statüye girmiş, maalesef yandal diyorsunuz ama siz yandallaşmışsınız. Birisi sadece adli psikiyatri yapıyor birisi sadece raporlama yapıyor biri sadece morgda otopsi kısmında gibi bir branşlaşma olmuş uzun yıllar aynı yerde çalışılıyor. Böyle bir sistem otomatik olarak gelişmiş sizde gördüğüm kadarıyla. Bu ne kadar doğru? Tartışılır. Ama hiçbir zaman şunu unutmayalım ki bakanlıktan onaylı olmayan hiçbir belgenin onaysız çipli belge olmadan adı ne olursa olsun katılım belgesi olsun, katılım sertifikası olsun adı ne olursa olsun hiçbir anlamı yoktur. Hiçbir yetkinliği yoktur. Hiçbir geçerliliği yoktur bizim açımızdan. Sadece kendini bilgi bakımından geliştirmiş olur. Onun dışında yetkinlik kazandırmaz. Yetkinlik kazandıracak tek şey sertifikasyon programıdır, uzmanlık eğitim programlarıdır ve bazı hizmetiçi programlardır. Başka hiçbir şeyin yetkinlik kazandırma işlevi yoktur. Bu konuyla ilgili de hiçbir uygulayan uygulayamaz. Bize bununla ilgili görüş geliyor. Bir genel cerrah, estetik uygulamalarla ilgili katılım belgesi almış. Bu işlemi uygular mı? Uygulayamaz. Bizim açımızdan böyledir. Teşekkür ediyorum.

Ekin Özgür AKTAŞ (Moderatör):
Hocam çok teşekkür ediyorum.

Alpay Hoca'nın burada olması bizim için büyük bir şans. Çok sayıda eğitici olan arkadaşımız var. Bu konuda aklınızda pek soru olduğunu biliyoruz. Çünkü gerçekten dinamik bir sürece gireceğiz revizyonla ilgili bir çalışma sürecine gireceğiz. Sorularınızı unutmazsanız, not alırsanız daha geniş zamanımız olacak. Aklımızdaki soruları burada tartışalım. Biz de TUKMOS komisyonu olarak bunları not alalım. Konuşurken en azından değerlendirmiş oluruz.

Ben ikinci konuşmacı olarak Doç. Dr. Murat Nihat ARSLAN Hocamı çağıracağım. Değerli hocam daha önce de birçok kongremizde otopsi ile ilgili sunumlarda bulundu. Kendisi 2017-21 arası Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi Başkanlığı yaptı. Morg İhtisas Dairesi ve Dördüncü Kurulda görevleri var şuan Küçükçekmece Adli Tıp Şube Müdürlüğünde görev yapıyor. Konusunda oldukça yetkin hocalarımızdan biridir Nihat Hocam. Nihat Hocam bize adli tıpta çok işimize yarayan otopsi teknikerliği ile ilgili eğitim programlarının niteliğini ve bu eğitimleri sunacak. Buyurun hocam.

Murat Nihat ARSLAN (Konuşmacı):
Sayın Başkanım, değerli hocalarım, sevgili çalışma arkadaşlarım. Aslında bugünün ana konusundan çalmak istemiyorum o yüzden çok kısa bir sunum yapacağım. Yani bu işin içine girmeden, otopsi yardımcılığı eğitimine katılmadan görülemeyecek sorunlardan bahsedeceğim.

Çok önemli sorunlar var aslında. Yıllardır söylüyoruz bu eğitim sorunlarını ama bir türlü çözülemeyen bazı sorunlar var. Otopsi yardımcılığı eğitim programı uzun zamandır alaylı teknikerlerden eğitimli teknikerlere geçiş planı içerisinde yapılmış bir programdı. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokullarında 2 yıllık önlisans programı olarak veriliyor. Hepimiz biliyoruz zaten birlikte çalışma arkadaşlarımız. Pek çok ders veriliyor bu okulda. Dört dönem halinde; adli tıp 1,2,3; otopsi 1,2,3, post-mortem örnek analizi alma, olay yeri inceleme gibi doğrudan bizi ilgilendiren. Bir de bunların dışında diğer sağlık hizmetleri, meslek yüksekokulu olduğu için de anatomi, patoloji, fizyokimya gibi temel dersleri de alıyorlar. Bununla ilgili bazı sorunlar var.

Öncelikle nerede bu eğitimler veriliyor ondan bahsedeyim. 3 tane devlet üniversitemiz var. Şu an aktif öğrenci alan 4 tane vakıf üniversitesi var. Mersin'de vardı Mersin öğrenci almıyor artık. Öğrenci alımlarıyla ilgili problemler var. Çok söyledik bu kadar öğrenciyi almayın artık dedik. Neden? Çünkü son 3 yılın, 2022 daha YÖK'ün sitesinde yayınlanmadı onun için 2019-20-21'i söyleyeceğim. Aldıkları öğrenci sayıları 1.000'in üzerinde

son 3 yılda. Bu üniversiteler 1.000'i geçmişler. Yine YÖK'ün sitesinde her bölümle ilgili var kim birinci tercih olarak tercih etmiş? 2021 yılında 991 öğrenci birinci tercih olarak otopsi yardımcılığını tercih etmiş. Bu önemli bir sayı. İhtiyaç açısından düşünüldüğünde önemli bir sayı açıkçası. 1 yıl içinde 991 öğrenci 'Ben otopsi yardımcısı olmak istiyorum' diye ya yönlendirilmiş ya da kendi kişisel merakından dolayı tercih etmiş. Çok hani cinsiyetle ilgili bir ayrım yapmak istemiyorum. Yani herkes her mesleği yapabilir ama otopsi biraz daha ağır bir iş ve hani tercih edilirken de biraz daha güçlü kuvvetli olması isteniyor. Kız öğrenci oranları tercih eden, bölümlere yerleşen kız öğrenci oranları %68-%80 civarında. Yani alınırken de istihdam edilirken de gerek Sağlık Bakanlığında olsun gerek Adli Tıp Kurumunda olsun yani tercih ederken de kız öğrencilerin fazlalıkta olduğunun hesaba katılması gerekiyor. Tekrar vurguluyorum son 3 yılda 1.000 tane öğrenci bu bölümlere yerleşmiş. Tercih etmiş değil yerleşmiş.

Küçük çaplı bir soru-cevap yaptım ben tekniker arkadaşlara, öğrenci arkadaşlara, mezun olmuşlara. Dönen cevaplardan aslında ben de durumu ortaya koymaya çalıştım. Bunlardan 88'i öğrenciydi cevap veren, atanmış çalışan 55 arkadaşımız cevap vermiş, atanamamış çalışmayan atama bekleyen 50 öğrenci cevap vermiş sorulara. Atanamayıp başka bir işte çalışan 22, başka bir bölüm okuyan da 9 kişi vardı cevap verenlerden. Öğrencilerden genelde ikinci senedekilere erişebilmişim soruları sorarken.

Eğitimi yeterli buluyorlar mı? Henüz öğrenci olanlardan %59'u eğitimi yeterli buluyorlar. Mezun olmuş atanmış arkadaşlara aynı soruyu sordum, eğitimin yetersiz olduğunu düşünen arkadaşlar var. Tabi farklı farklı üniversiteler var ben ayırmadım, kabaca söylüyorum. Yeterince otopsi görüp görmediklerini sorduk. 65 tanesi öğrenci olanlardan yeterince otopsi görebildiklerini söyledi. Öğrenci olanların cevabı bu. Ben atanmış olanların cevaplarını biraz sonra söyleyeceğim.

Otopsiyi adli tıp uzmanı eşliğinde mi yapıyorsunuz? Aslında bu biraz yanlış bir soru oldu. Her otopsi adli tıp uzmanı eşliğinde onun kontrolünde yapılmalıdır. Ama otopsi yaparken kimin kontrolü altında orası biraz tartışmalı. Kıdemli ya da gerçekten çalışan otopsi teknikerlerinin kontrolü altında maalesef. Biraz önceki soruyla çelişkili bir cevap geldi burada. 'Adli tıp uzmanı eşliğinde yapıyoruz ama otopsi yardımcılarından öğreniyoruz' gibi önemli bir cevap aldık. %62'sinde, önemli bir çoğunluğu bir önceki atanmış, çalışan otopsi yardımcısından öğreniyor. Yani bir önceki nasıl öğrendiyse bir sonraki de öyle öğrenecektir. Yani yavaş yavaş eğitim kalitesi azala azala ilerliyor diye düşünüyorum.

Bir de önemli bir sorun adli tıp uzmanı istihdamı bu bölümlerde. Adli tıp uzmanının verdiği ders miktarı çok düşük maalesef. 'Pratik eğitim adli tıp uzmanı tarafından veriliyor.' 40 kişi söylemiş. 'Adli tıp uzmanı katılmıyor' 20 öğrenci söylemiş. Biraz cevaplar çelişkili olmuş ama böyle cevap verdiler. Adli tıp uzmanından eğitim aldığı konusunda fikri olmayanlar da 20 kişi. Pratik eğitimde de teorik eğitimde de birbirine yakın cevaplardı. Atanmış çalışan arkadaşlara sorduğumuzda soru 60 kişiydi büyük bir çoğunluktu eğitimin yeterli olduğunu düşünen. Burada eğitim yeterli değilmiş, yani atanmış çalışan ben aslında yeterli eğitim almamışım pek çok şeyi görmemişim aslında diyen arkadaşlar da var. Maalesef atandıktan sonra fark ediyorlar ki eğitim yeterli değil.

Hizmet içi eğitim, atandıktan sonra Adli Tıp Kurumunun bir dönem bazı atanmış arkadaşlara yapıldı bazılarına yapılmadı. Hizmet içi eğitim dedik başlar başlamaz 2 hafta 1 ay arasında değişen bu tüm 2 yıllık eğitim sürecinde verilen eğitimi konsantre şekilde verdik arkadaşlara. 'İşe ilk başladığımda hizmet içi eğitim almam gerekiyormuş gerçekten' diyen arkadaşlarımız ağırlıktaydı. 'Ben okulda yeterince öğrendim hizmet içi eğitime gerek yoktu' diyen arkadaşlarımız da vardı.

Atananlar nereye atandılar? 32 tanesi Adli Tıp Kurumuna atandılar. Adli Tıp Kurumunun çeşitli birimlerine, çeşitli şehirlere atandılar. 4 tanesi Sağlık Bakanlığına atanmış ve 'otopsi yapıyorum' demiş. 19 tanesi de Sağlık Bakanlığına atanmış ama otopsi ile alakasız işler. Kimisi işte başhekimlikte çalışıyorlar, kimisi de morgda çalışıyorlar ama otopsi yapmıyorlar. Böyle bir sonuç vardı. Atandıktan sonra, Adli Tıp Kurumundan bahsetmiyorum, Sağlık Bakanlığına atandıktan sonra kendi mesleklerini yapma şansı bulamıyor arkadaşlarımız. Atanmış olanlar genellikle devlet üniversitesinden atanmışlar. Yani çok cevap gelmedi aslında 55 cevap geldi buna. Yine de bu ağırlık görülüyor. Devlet üniversitesi daha çok atanmış.

Ne zaman atanmışlar peki? Büyük çoğunluğu mezun olduğu sene atanmış. 1-2 yıl arası bekleyenler 23 kişiydi, 2 yıldan fazla atanmayı bekleyen de 4 kişiydi. Kendi tercihleriydi olan arkadaşlar bunlar tabi bu 4 kişi. Çok değerlendirmeye katmasak da olur.

Hizmet içi eğitim aldılar mı almadılar mı? Yine burada standart bir uygulama yok maalesef. Geldiklerinde mutlaka hizmet içi eğitim almaları gerekiyor. Atanamamış olanlarda da, birçoğu devlet üniversitesinde, devlet üniversitelerinden daha fazla öğrenci alınıyor aslında ama yine de vakıf üniversitesinden daha fazla atanamamışların sayısı. Atanamamış olanların mezuniyet yılları. Tabii ki daha yeni olanlar, fazlalıktalar. Tüm grupta sorduğumuzda yani gruplara ayırmadan atanmış atanmamış olarak, 'Yeterli sayıda otopsi gördüm' diyenle 'Yeterli sayıda otopsi görmedim' diyenlerin sayısı eşit çıktı. Tabi herkesin her soruya cevap vermediğini düşünürsek sayı biraz düşük.

Birkaç tane şeyden bahsedeceğim. Bu eğitimdeki sorunlardan bahsedeceğim. Otopsi yardımcılığı açısından sorunlar var. Görülebilen otopsi sayısı yetersiz. Öğrencilikte yapılabilen otopsi sayısı yetersiz. Hem türü hem sayısı yetersiz. Öğrenciyken, okul bittikten sonra atanma kaygısı var. Ben yaklaşık 5,5 yıl kadar otopsi yardımcılığı bölümünde eğitim sorumluluğu aldım Sağlık Bilimleri Üniversitesinde. İlk günümüz mutlaka bir tanışmaydı, 'Neden bu bölümü seçtiniz?' diye soruyordum yaklaşık 55-60 öğrenci oluyordu. Çoğu 'Atanma kaygısından dolayı' diyordu. Bu 5. yılda böyleydi yani. İlk yıllarda tabi atanma şansı daha yüksekti. Arkadaşlar hani böyle yeni bölüm hemen atanırız diye düşünüyorlardı ama yanlış bir yönlendirme var maalesef. Gerek okullarda gerek liselerde kesin atanırsınız diye gönderiyorlar arkadaşları. Eğitim verenler arasında hayatında hiç otopsi görmemiş, teknik olarak otopsiye girme yetkisi olmayan hocalar var teorik eğitim veren hocalardan. Yani adli tıp uzmanı olmayan hocalar var. Dersi anlatıyor ama pratiğe gelme şansı yok çünkü otopsiye girme yetkisi yok.

Adli tıp uzmanı eşliğinde yapılan otopsi sayısı da yetersiz belki hiç yok. Otopsiyi otopsi yardımcılarından öğreniyorlar maalesef. Bu aslında adli tıp uzmanlığı eğitimi sırasında da maalesef önemli bir sorun. Otopsi yardımcılarından görüyorlar pratik kısmını. Tabii ki hocalarımız anlatıyorlar öğretiyorlar ama genellikle otopsi yardımcılarıyla birlikte otopsi yaptıkları için işin pratik daha hızlı nasıl yaparız, daha kolay nasıl yaparız kısmını otopsi yardımcılarından öğreniyorlar. Maalesef bu önemli bir sorun. Otopsi salonunda dolaşan onları yönlendiren biri olmuyor genellikle. Herkes kendi işinde. Çok fazla sayıda da öğrenci var içeride. İleri teknikleri bilmiyorlar, öğrenemiyorlar. Damar incelemesi, farklı otopsi tekniklerini incelemeyi maalesef öğrenemiyorlar zaman da yetmiyor. Bitirdikten sonra da hizmet içi eğitim görmeleri şart.

Otopsi birimleri açısından aslında büyük bir sorun var, şöyle örnek veriyorum. Pandemiden önce bir yaz stajı için 142 tane öğrenciyi temmuz ayında otopsi salonlarına stajyer olarak göndermeye çalışıyorduk 142'yi tekrar vurguluyorum. Temmuz ayında bu kadar öğrenci otopsi salonlarında olsun istediler bizden. Biz de yapamayız dedik çeşitli illere dağıtın bunları dedik. 20-30'larda bu sayıları görmek zorunda kaldık otopsi salonunda. Hem gerçek otopsi yapan atanmış otopsi tekniker yardımcısı hem asistan doktorlar hem adli tıp uzmanları hem otopsi yapılan vakalar. İçeride canlı cansız çok fazla kişi var. Bir de 20-30 öğrenci eğitime gelince maalesef içeride delil kaybı dâhil ciddi sonuçlara neden olabilecek problemler oluyor. Bunun kesinlikle çözülmesi gerekiyor.

Otopsi etiği ile ilgili bir eğitim verilmiyor. Biz de ilk dersimizde mutlaka otopsi etiğinden bahsediyoruz. Yani 'Gireceksiniz, fotoğraf çekmeyeceksiniz, verileri paylaşmayacaksınız. Bu sizin işiniz sizin namusunuz.' Tırnak içinde söylüyorum tabi. Buradaki gizli verilerin gizli kalması gerek. Çünkü sosyal medya gençliği maalesef ve burada işte kanlı önlüklerle fotoğraf paylaşmak, vakanın fotoğraflarını paylaşmak daha fazla takipçi için maalesef yapılan şeyler. Bu konuda eğitim verilmesi gerekiyor.

Adli tıp uzmanları bu eğitimi vermek zorunda mı? Üniversiteler gönderiyorlar otopsi birimine adli tıp uzmanı versin bu eğitimi diye. Çünkü başlarında bu eğitimi veren hocalar olmuyor bazen. Bundan dolayı, adli tıp uzmanı vakaya mı dikkat edecek eğitim mi yapacak o da önemli bir sorun. Sarf malzemesi zayiatı çok fazla oluyor. 30 tane öğrenci geldiğinde 30 tane otopsi önlüğü, 30 tane kat kat eldiven giyenler vs bu da çok fazla oluyor. Bu da teknik açıdan bir sorun olduğunu düşünüyorum.

Birkaç tane önerim var bununla ilgili. Ilımlı yazmaya çalıştım bu satırları. Öğrenci alımlarına sınırlama getirilmeli. Bu ılımlı hali. Artık bu durmalı diye düşünüyorum çünkü çok fazla atanamamış otopsi yardımcısı var. Henüz atanamamış ve çalışmayan çok sayıda var ilk slaytlarda gösterdim. O kadar öğrenci son 3 yılda alındı ve kontenjanlar dolu sürekli öğrenci geliyor bölüme. Önemli bir sayı var önemli bir birikim var öğrenciyle ilgili. Tabi uygulamalarda öğrencilerin başlarında bir adli tıp uzmanı bulunmalı. Çünkü bu asistan eğitimini de etkiliyor tabi. Tüm okullarda standart bir müfredat oluşturulmalı. Bu aslında önemli bir konu. Çünkü adli tıp 1,2,3 ve otopsi 1,2,3 diye dersler söyledim ama bu derslerin alt başlıklarına bakıldığında post-mortem örnek almaya baktığımızda mesela post-mortem örnek alma 1,2,3,4 diye ders başlıkları var ayrı ayrı. Toksikolojik inceleme için örnek nasıl alınır vs gibi alt başlıklar yok. Ne dersi veriliyor ne anlatılıyor çocuklara o da belli değil. Standart olmalı bu 6 üniversitenin de standart dersleri standart yansılarla, standart sunularla bu dersler anlatılmalı diye düşünüyorum. Okulu bitirebilmeleri için minimum yapılması gereken otopsi sayısının otopsi sayısının adli tıp uzmanlığı eğitiminde düşünüyorsak adli tıp otopsi yardımcılığında da olması gerekiyor. Bu uygulama standart ve bire bir otopsinin başından sonuna kadar yapacak şekilde olmalı.

Tek bir örnek vererek bunu bitireceğim. 60 tane öğrencim vardı benim ilk 1-2 yıl içerisinde. Uygulama sınavları yapılıyordu. Bunun uygulama sınavını yap dediler ve 1 gün. 60 öğrenciye 1 gün. Otopsi salonunda 4 tane otopsi var nasıl yapılacak? Bunun da bir sisteme konması gerekiyor diye düşünüyorum. Bölümün adını tartışabiliriz. En başta adli tıp teknikerliği diye başladı. Belki daha iyiydi bu, adli tıbbın başka alanlarında da çalışabilirler şeklindeydi düşünce. Ama daha sonra, evet bu arkadaşlar sadece otopside çalışacaklar diye düşünülüp otopsi yardımcılığı olarak değiştirildi. Belki adli tıbbın farklı alanlarında da çalışacak şekilde eğitim alabilirler. Benim verdiğim derslerde zaten adli tıbbın farklı alanları da vardı. Adli tıbbın diğer alanlarıyla ilgili temel bilgileri verdik, adli psikiyatri ile ilgili vs. Okul öncesi rehberliklerde öğrenciye verilen vaatlerde dikkat edilmesi gerekiyor diye düşünüyorum. Bunu hem otopsi yardımcılığı eğitiminden de hem de belki meslek yüksekokullarındaki rehber hocaları uyarmak lazım. 'Sen iyi otopsi yardımcısı olursun' diye bir gözü görmeyen, elinde sıkıntısı olan arkadaşları otopsi yardımcılığına yönlendiriyorlar. 'Kesin atanacaksınız, olay yerinde çalışabileceksiniz, cinayet çözeceksiniz, çok güzel bir işiniz olacak' şeklinde yönlendirmelerle geliyor arkadaşlar, son 3 yılda 1.000 kişi başlıyor.

Teşekkür ediyorum dinlediğiniz için.

Ahmet Nezih KÖK (Moderatör):
Çok teşekkür ediyoruz Murat Hocamıza.

Aslında bugün daha özel ve çalıştığımız adli tıp müfredat programıyla ilgili olarak aslında otopsi teknikerliği üzerine güzel bir anlatım oldu. Oradaki sorunlar adli tıbba da şamil edilebilir. Bu sorunlardan bazıları da özellikle adli tıp eğitimi içerisinde genelleştirilebilir. Bizim yardımcılarımız olarak tabii ki bu sorunlar adli tıp uzmanları açısından da değerli. Çok teşekkür ediyoruz hocam.

Şimdi konuşmacımız Sayın Hocam Ekin Özgür AKTAŞ. Biliyorsunuz adli tıp aslında adli bilimlerin lokomotifi. Dünyada ve ülkemizde adli bilimlerin gelişiminde adli tıp çok önemli bir lokomotif rolü almıştır. Ama geldiğimiz noktada özellikle olay yeri incelemesine ve delillerin değerlendirilmesine çok farklı alanlarda, bilim dallarında bir adli bilim olarak tabii ki yargının hizmetinde. Onunla ilgili de eğitim ve akademik düzeltmeler ve problemlerimiz var. Bu konuda da sözü Ekin Hocama bırakıyorum. Buyurun hocam.

Ekin Özgür AKTAŞ (Moderatör):
Şimdi öncelikle hem Pazar günü hem son oturum olmasına rağmen bu kadar geniş katılım gösterdiğiniz için hepinize çok

teşekkür ediyorum. Hızır Hocama da böyle bir ortamda bizlere bilgileri paylaşma fırsatı sağladığı için tekrar teşekkür ediyorum.

Adli tıp uzmanlık alanlarını çok yakından ilgilendirdiği için ben adli bilimler eğitimleriyle ilgili bazı düşüncelerimi sizlerle paylaşacağım. Mümkün olduğu kadar rahatsız edici konuşmamaya çalışacağım ama bazı konuları size aktarıp daha sonra bu konularla ilgili çalıştayda düşüncelerinizi almış olacağım. Şimdi eğitimlerin kendi içlerinde bazı nitelikleri var. Konuşurken öncelikle fikir birliği, terminoloji birliği olsun diye meslek lisesi düzeyindeki eğitimlerden mezun olanlara teknisyen denilir. Bunların, insanlara ait veya biyolojik materyallere ait örnekler üzerinde işlem yapamayacaklarını, sadece belirli materyal bazı makine, ortam sağlama, tamirat, tadilat gibi alanlarda görev yapabilirler. Adli bilimler alanında meslek lisesi düzeyinde bir eğitim henüz yok.

İkinci eğitim önlisans eğitimi. Önlisans eğitimi, liseyi bitirdikten sonra üniversitedeki 2 yıllık eğitimler veriliyor. Buradan mezun olanlara tekniker deniliyor. Biraz önceki otopsi teknikerliği gibi ve bunlar insanlar üzerinde bazı sınırlı işlemler yapabiliyor. Sağlık alanında tekniker olarak çalışanların tamamıyla ilgili 2014'te bakanlığımızın çıkardığı bir yönetmelik var biliyorsunuz. Sağlık alanında çalışan meslek mensupları ve sağlıkçı olmamasına rağmen sağlık alanında hizmet verecek diğer hizmetler mensuplarını tanımlayan oldukça geniş 32'si sağlık alanında 44 farklı meslek tanımlanmış. Bunlar içerisinde teknikerler de önemli bir grup oluşturuyor.

Lisans düzeyi eğitim. Genelde 4 yıllık eğitim. Fakülteden mezun olurken belirli bir meslek unvanı kazanılıyor. Mühendis oluyorsunuz, eczacı oluyorsunuz vb. Uygulama yetkisi de kazandırıyor bu düzeyde.

Lisansüstü eğitimler lisans artı 2 yıl. Bundan dolayı tıp fakültesi eğitimleri lisansüstü eğitime eşdeğer sayılır. 4 yıl artı 2 yıl gibi. Bazı fakülteler hatta 2 yılı bitiren öğrencilerine önlisans, 4 yılı bitirenlere lisans, 6 yılı bitirenlere de tıp fakültesi diploması verme gibi bazı uygulamalar eskiden yapıyorlardı. Bazıları da yapıyorlar. Burada tezli ve tezsiz olarak iki farklı program var. Bunların da nitelikleri birbirinden farklı. Çünkü amaçları birbirinden farklı lisansüstü eğitim yönetmeliğine göre. O yüzden lisansüstü eğitim programını bitirmiş olmanın tezli veya tezsiz lisans programından mezun olmasına göre yapabilecekleri şeylerde de bir takım farklılıklar söz konusu oluyor.

Detayına burada çok girmeyeceğim ama mesleki bilgiyi nasıl kullanacaklarını gösteren bir eğitim, uygulama yetkisi vermez bu yüksek lisans eğitimleri. Bazı alanlarda yüksek lisansı bitirenler uzman unvanını kullanırlar. Örneğin yüksek lisans yapan kimyagerler uzman kimyager gibi ya da yüksek kimyager gibi yüksek mühendis gibi bazı unvanlar kullanırlar. Biz buradan yüksek lisans eğitimi yaptıklarını biliriz.

Doktora eğitimi ise 4 yıl enstitülerde yapılan bir eğitim lisansüstü eğitimler gibi. Bağımsız araştırma yapma, bilimsel problemleri ve verileri genişletilmiş bir bakış açısıyla irdeleyerek yorum yapma, analiz yapma, sentezlere varma amacını hedefler. Aslında lisans ve doktora eğitebilme yeteneğidir. Biz burada akademik olarak diğer branşlarda eğitici yetiştirme yani öğretim üyesi yetiştirmenin basamağını sağlamış oluyoruz. Çok önemli bir şekilde Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinde yönetmeliğe göre uzman olanlar dışındakilere uygulama yetkisi kapatıldığı için doktora yapanların tıp ve diş hekimliği ile ilgili tabii ki adli tıpla ilgili herhangi bir alanda uygulama yapma yetkileri yoktur. O yüzden uygulama yetkisi kazandıran bir program ya da mesleki uygulama hakkı kazandıran bir program olarak görülen bir eğitim değildir. Akademik bir eğitimdir.

Tıptaki Uzmanlık Yönetmeliği, lisansüstü eğitim yönetmeliğine göre de doktora ile eşdeğer sayılıyor. O yüzden uzmanlıktan sonra doçent olabilme, profesör olabilme, eğitim verebilme hakkını da kazandırmış oluruz. Tıpta uzmanlık eğitimi ise Alpay Hocam bahsetti, tıp eğitiminde değişik branşlarda 4 veya 5 yıllık, belli bir alanda uygulama yetkisi de kazandıran bir eğitim olarak da karşımıza geliyor.

Bu kapsamdaki Türkiye'deki eğitimlerle ilgili şöyle bir bakarsak; önlisans eğitimi adli tıp teknikeri eğitimi olarak var Türkiye'de. Biraz önce bahsettiğimiz gibi bu eğitimlerde istihdam projeksiyonu gözetilmeden ve kontrol edilmeden yapılması nedeniyle gerçekten büyük bir sorun var. İzmir'de de böyle program var başında adli tıp uzmanı olmayan arkadaşımız var. O arkadaşımız tarafından veriliyor ama uygulamada belki Mehmet Hocam söyler otopsiye gelmede, staj yapmada çok büyük sorunlar oluyor. Bu tür programların önceden istihdam projeksiyonu yapılarak belirlenmesi gerekiyor ama maalesef bu konu ülkemizde henüz bir üst bakışla bir projeksiyon bir planlama yapılarak eğitim programı açma yok. Önce bir nicelik sağlayalım sayıları artsın ondan sonra bunlarla ilgili düzenlemeler yaparız anlayışı var. Bu da tabi bizim eğitimleri de oldukça etkiliyor.

Bu yönetmeliğin içerisinde diğer alanlarda birçok fazla tekniker eğitimi olduğunu söylemiştim. Lisansüstü eğitimler tıp fakültelerinde eğitim programlarının içinde tanımlanıyor. Bunda adli tıpla ilgili oldukça geniş belirlemeler var. Hatta ben bazen şaka yollu aslında ciddiyet payı olan şekilde bizim uzmanlık eğitim programındaki ÇEP'ten daha geniş yetki veren hedefler olduğunu söyleyebilirim bu ÇEP'in içerisinde. Yani dolayısıyla ülkemizde bir tıp fakültesi mezunu adli tıp uzmanlığı gibi eğer davet edilirse bir iş olarak göreve katılmak, olay yeri incelemesine katılmak, otopsi yapmak vb. bir takım görevleri yapmak durumunda kalabilir. Bununla ilgili de biz tabii ki bunun bir uzmanlık alanı olduğunu söylüyoruz ama bu ÇEP'in içerisindeki bu programlarda bu ÇEP'in içerisindeki eğitim hedeflerinde adli tıp uzmanlık eğitimi programlarını belirlerken mutlaka dikkate almamız gerekiyor. Çünkü bize bu programdan mezun olmuş lisans/yüksek lisans derecesinde tıp doktorları geliyorlar. Bu ÇEP'te bizim uzmanlık eğitimi üzerine koyacağımız tuğla oluyor. Bu ÇEP'le üzerine yeni bazı bilgi ve beceriler kazandırarak uzmanlık eğitimini programlamamız gerekiyor.

Adli bilimler lisans eğitimi ülkemizde büyük bir yaradır. Şöyle, yurtdışında adli bilimlerin her biri farklı bir bilim alanıdır ve o alanda yetişmiş lisans mezunları üzerine değişik formasyonlar olarak birbirinden farklı adli bilim uzmanı olurlar. Yani adli patolog olurlar, adli genetikçi olurlar, adli toksikolog olurlar, olay yeri incelemecisi olurlar vb.

Bu çok sayıda, biraz sonra bahsedeceğim ama ülkemizde sadece bir programa giderek, lisans programıyla yani dört yıllık üniversite programı ile her alanın uzmanı olabilirsiniz (!). Burada programın tanıtımıyla ilgili ben aşağıya ilgili üniversitelerin yazmış olduğu program tanıtımıyla ilgili şeyi koydum. 'Özel veya resmi laboratuvarlarda görev yapmak.' Demek ki özel kriminal laboratuvarlar da var ülkemizde(!) 'Bu laboratuvarlarda görev yapacak özel ve resmi bilirkişilik kurumlarımız, kriminal laboratuvarlarımız, Avrupa ve dünyada tanınan bu arada teknolojik açıdan öncülük yapan organizasyonlara dönüşmesini sağlayacak kişileri' bu programda yetiştiriyorlar(!). Çok inanılmaz bir hedef. Bizim Türkiye'de böyle bir rahatsızlık vardır biz ortalama başarıyı, başarı olarak kabul etmeyiz. İlk roketi icat ettiğimizde, fırlattığımızda bu roketin mutlaka Ay'ın karanlık yüzüne inmek zorunda. Yani o roket 100 metre çıkarsa bizim için başarısız. Hepimizin inanılmaz bir başarı kriteri var. Tabi adli bilimlerde de biz öyle bir program yapmışız ki ilk roketi ateşlediğimizde sanki uzaya çıkmakla kalmayacak Ay'ın karanlık yüzüne inecek sonra da geri gelecek. Böyle projeler hedefimiz bu programlarda var. Tekrar söylüyorum bunlar lisansüstü eğitim değil lisans eğitimi. Maalesef ülkemizde bazı üniversiteler bu lisans eğitim programlarını gidiyor adli tıp teknikerliği programı gibi bu programdan mezun olanların da nerelerde, ne şekilde, hangi nitelikle, hangi içerikle istihdam edileceklerini bilmiyoruz.

Ben burada yine bu programda hedefleri koydum. Şimdi bu programı biraz sonra uzmanlık eğitimiyle de bağdaştıracağım. Şimdi, 'Adli bilimler başta fizik, kimya vs vs. oluşur' diye başlıyor altına da koyuyor: 'Mezun öğrencilerimiz -yani bu dört yıllık okul bitiren öğrenciler- olay yeri incelemeden parmak izi incelemeye, uyuşturucu madde analizinden DNA analizine, balistik patlayıcı analizlerine, fiziksel delillerden, dijital delillere kadar çok geniş yelpazede bilgi ve beceri ile donanmış olacaklar.' Yani o zaman bizim bu dört yıllık eğitim üzerine adi tıp uzmanlık eğitimi vermemize gerek yok. Yani kusura bakmayın bunu da biraz şaka olarak söylüyorum ama gerçekten böyle bir realite var. Bu programlarda öğrenciler var. Bu öğrencileri yetiştirerek adli bilimler uzmanı diye karşımıza geliyor. Sen hangi adli bilimler uzmanısın dediğimizde de 'Ben her şeyin uzmanıyım' diyor. Biz sadece adli tıp uzmanı olabiliyoruz bu kadar sene eğitimle emekle ama onlar gördüğünüz gibi liseden sonra hiç tıp fakültesini bitirmeden oradaki yukarıdaki şeyleri de okursanız göreceksiniz bir sürü analizleri falan. Şimdi komutanımız da burada yani belki sadece olay yeri incelemesi için belki 3 yıl 4 yıl eğitim bile yetersizken, her konuda ahkâm kesebilecek bir mezun grubu yetiştiriyoruz.

Ben bu programı kuran değerli hocalarımızdan, çok da medyatik hocalarımızdan, birine 'Hocam bu adli bilimler olamaz adli filmler olur' dediğim için çok kızmıştı. Yani böyle bir şey olamaz, böyle bir hedef olamaz lisans eğitim programında dediğim için tabi bu da adli tıp uzmanlık eğitimini çok ciddi zorlayacak bir şey. Çünkü bu programdan çıkan kişiler lisans eğitimi kazandıkları için bu alanda bazı raporlar yazacaklar bazı işlemler yapacaklar. Biz de bunlara dönüp bir şey sorduğumuzda 'Benim eğitim programının içeriğinde bunlar vardı' diyecekler. Buradaki diğer şeyleri okumadım zaman kısıtlı diye. Ama bu programlar ülkemiz için büyük bir potansiyel suistimal tehlikesi içeriyor. Sadece en yumuşak şekilde bu kadar söyleyebilirim.
Lisansüstü adli bilimler eğitimlerinde de benzer bir şey var. Bunlar enstitüler bünyesinde yürütülüyor. Popüler bir alan oldu adli bilimlerde yüksek lisans yapmak. Değişik dönemlerde değişik bilim alanlarında bu yürütülüyor. Sağlık bilimleri, sosyal bilimler, fen bilimleri, adli bilimler, adli tıp ve adli bilimler, bağımlılık enstitüsü gibi çok değişik adlar altında bazı enstitüler var bu enstitüler de sayılamayacak kadar çok programlar var. Bu programları akademik açısından çok önemsiyorum. Ancak bu programların hedeflerinin gerçekçi olmadığını bazı hedeflerinin gerçekçi olmadığını söylüyorum. Tabii ki bu programlardan mezun olanlar uzmanlık yetkisi kazanmış olamadıkları için tanımlanmıştı yeni yönetmeliğe de aynı şekilde geçmiş oldu 2009 yönetmeliğinden sonra. Eğer belli bir tarihten sonra doktora veya doktor unvanı almış olurlarsa eğitici de olamıyorlar. Yani bu programdan mezun olmuş adli tıp doktora programını bitirmiş biri adli tıp uzmanı ile eşdeğer yetkiye sahip olmadığı gibi eğitici de olamıyor. Ya da adli bilimler programını bitirmiş biri eğitici olamıyor. Bu konu çok net, yönetmelikle, kanunla düzenlenmiş bir husus. Maalesef böyle olmasına rağmen bu programdan mezun olanların tez verdiklerini, eğitime katıldıklarını vs yaptıklarını biliyoruz. Bunu da Alpay Hocam söyledi bir denetleme mekanizması yok. Nasıl bir eğitim veriyor nasıl bir iş oluyor bilen yok.

Şimdi lisansüstü adli bilimler ile ilgili ben ülkemizdeki genel tabloyu çıkarttım. Çok sayıda farklı isimde adli bilimler programı var, çok sayıda. Bu programları kim, nasıl, hangi deneyime dayanarak, hangi olgulardan yararlanarak, hangi yöntemlerle veriyor bununla ilgili hiçbir standart yok. Üstelik de şöyle bir tehlike var, bu programlarda 12 krediyi tamamlayanlar yeterlilik sınavına girebiliyorlar. Değişik alanlardan altyapıda olanlar girebiliyor mesela ben şöyle görüyorum aynı programa giden hukuk fakültesi mezunu var, biyolog var kimyager var. Bunlara aynı ortak dersleri nasıl vererek adli bilimci yaptılar bilmiyorum yani ortak tabandan gelmedikleri için hangi düzeyde kime yönelik bir eğitim veriyorlar? Çünkü ortaklaşmayı sağlamadan bunlara aynı programı veremezsiniz. Çok ilginç bir eğitim programı oluyor. Dünyada bunu becerebilen tek ülke konumundayız. Başka hiçbir ülkede böyle çeşitli mesleklerden lisans veya başka alanlardan gelenleri bu şekilde ortaklaştırıp aynı programdan mezun eden programlar yok. Adli bilimler dünyada birçok farklı bilim alanı. Tek bir bilim alanı değil. Her biri ayrı ayrı eğitim gerektiren, beceri gerektiren farklı uzmanlık alanları. Maalesef bizde adli bilimler dediğim gibi tek bir şemsiye altında bütün bilim alanlarını içeren bir ifade olarak kullanılıyor. Bu konuda adli bilimler doktora programı olan veya yüksek lisans programı olan hocalarımız var. Bunun gelecek için büyük bir yetki karmaşasına yol açma tehlikesi olduğunu ben fikir olarak söylüyorum yani görüyorum. İleride bu insanlar bu programlardan mezun olduklarında beklentileri olacak, beklentileri olmasına rağmen nerede çalışacaklarına dair bir istihdam programımız olmadığı gibi bunlar çok sayıda sahada uzman mütalaası, bilirkişi değerlendirmesi gibi sahada çok önemli etki yapan işleri de yapıyorlar. Yani sahada adli yanılgılara yol açabilecek çok tehlikeli şeyler yapıyorlar. Ben adli toksikoloji doktora programını da bitirdim o yüzden bu yüksek lisans ve doktora programlarını hem program yöneticisi olduğum için çok iyi bilirim.

Bazı tehlikelerine de dikkat çekmek istiyorum. Spesifik birkaç program dışında hiçbir standart eğitim yok. Eğitimlerin de hangi

alanlarda uzmanlaştırdığı belli değil bu programların. Bu da büyük bir sorun bizim için. Bu programları bitirenleri de acaba nasıl bir gelecek bekliyor? Ne yapacaklar? Bu programların daha spesifikleştirilmesi gerektiğini bir sonraki konuşmacı hocalarıma bırakmak için ben burada bırakacağım.

Adli tıp uzmanlık eğitimi ülkemizde standart tek adli bilimler eğitimi. Bu eğitimde de bizim klinik ve girişimsel yetkinlik listelerimiz var. Girişimsel yetkinlik listeleri uygulama becerisi kazandıran yetkinlik listeleri. Klinik yetkinlikler de bilgi hedef içeren yetkinlik listeleri ama bizim ÇEP programında olmamasına rağmen adli tıp uzmanlarının yapmış olduğu bazı işler var. Bizim burada gördüğümüz gibi, kimliklendirme, klinik adli tıp, adli travmatoloji, olay yeri incelemesi post-mortem incelemeler ve etik konularımız var. Bizim uzmanlık eğitim programımızın içinde olmaması nedeniyle aslında yetkimiz olmayan ama fiilen yaptığımız bazı işler var. Mesela adli toksikolojik değerlendirmeler. Mesela maluliyet değerlendirmeleri. Mesela tıbbi uygulama hatası değerlendirmeleri, adli genetik yorumlamalar veya yazı, imza incelemeleri gibi. Adli tıp uzmanlarının müfredatlarında olmayan bu işlemlerde aslında uzmanlık eğitiminden gelen bir yetkileri yok. Alpay Hocam da söyledi ben tekrar vurgulayayım eğer Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanmış bir sertifika programından yetki kazanmadıysanız istediğiniz derneğin istediğiniz kursuna gidin bu da yetki kazandırmıyor. Yani biri acaba bu işlemi yapabilir mi diye sorarsa uzmanlık kuruluna. Alpay Hocam da Çekirdek Eğitim Programı açarsa adli tıp uzmanlarına böyle bir eğitim verilmiyor, verilmediği için de böyle bir yetkinlikleri yoktur cevabını verir.

Buradan da yola çıkarak acaba biz ÇEP'in içerisine şuan fiilen yaptığımız şeyleri koyabilir miyiz sorusu geliyor. O zaman da bu konuların bazılarını verebilecek her kurumda eğiticimiz olmasıyla ilgili bir sıkıntımız ortaya çıkıyor. Biz dün akşam konuştuk sağ olsun Alpay Hocam da çok destek oldu. Ben bu konuda adli tıp uzmanlarının Türkiye'de olmaması nedeniyle diğer adli bilimler alanında da uygulamadaki eksikliği doldurmak için üstlendikleri görevleri yapmaları için Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanmış sertifikalı programlarla yetkilendirilmeleri yoluna gidebiliriz. 'İşte ben ihtisas yaparken 3 ay fizik incelemeler gittim, şu konuda şunu yaptım' demek maalesef ki yetki kazandırmıyor. Burada tekrar söylüyorum, yapabiliyor olmak hatta çok iyi yapıyor olmakla yapabilmeye yetkili olmak birbirinden farklı iki kavramdır. Bu ikisi birbirine çok karışıyor. Çok yetkin çok deneyimli hocalarımız var ancak yetkili olmak tamamen farklı bir bakış açısı teknik olarak baktığınızda.

Hızlıca toparlayacağım. O yüzden Türkiye'de adli tıp maalesef ÇEP'inde olmamasına rağmen diğer adli bilimler alanındaki birçok uygulamayı çatısı altına alıp yapmak zorunda olan raporlamak zorunda olan bir branştır. Ama maalesef diyorum bu konuların birçoğunda da yazmış olduğumuz şeylerle Adli Tıp Kurumunun ilgili ihtisas dairelerini veya kurullarını bunun dışında tutuyorum ÇEP'imizde olmadığı için bunu yapma yetkimiz uzmanlık eğitiminden gelen bir yetki olarak da tanımlanmamış durumda. Bu da büyük bir tehlike olarak da karşımızda duruyor. Büyük bir sıkıntı olabilir eğer ki müfredat ve takip netleşirse bizim için sıkıntı olur meslektaşlarımıza bunu söylüyorum.

Toparlayayım. Adli bilimler çok sayıda bilim alanına ait bilgilerin ve uygulamaları adli sorunların çözümünde kullanmak zorunda olan bir branş. Türkiye'de sadece tıp alanında değil maalesef adli bilimler alanındaki boşluktan dolayı birçok adli bilimler alanındaki uygulamaları da doldurmak zorunda kalıyoruz. Her biri birbirinden farklı bilim alanlarındaki bilgi ve becerileri tek bir program altında kazandırma şansımız yok. Zaten hepimizin de her konuda uzman olabilme gibi bir olanağımız yok. O yüzden biz de aslında adli tıp uzmanları arasında, biraz sonra değerli konuşmacı hocalarım var, belli alanlarda spesifik oluyor, belli alanlarda daha beceri sahibi olarak ismimizi duyurmaya çalışıyoruz. O yüzden bu programların bir miktar yetkilendirecek şekle gelmesi gerek. Temel olarak lisans eğitiminde yetkinleşen sonra da lisansüstü eğitim veya uzmanlık eğitimi gören adli bilim uzmanlarına ihtiyacımız var ama uygulama yetkisi olmaması nedeniyle bir sıkıntımız var burada. Bu boşluk tabii ki ülkemizde şöyle bir soruna da yol açıyor, uzman olan bilirkişi arkadaşlarımız kendilerine tevdi edilen görevleri yetki alanında olmamasına hatta bazen bilgi alanında olmamasına rağmen reddetmiyorlar. Bu nedenle de çok ciddi adli yanılgılara da neden olan raporlar çıkıyor. Yani çok yetersiz çok deneyimsiz. İngilizlerin şöyle bir lafı vardır; 'Nal seslerini duyduğunuzda atlar, eşekler, katırlar aklınıza gelmeli ama zebra ve zürafaları unutmamalısınız.' Çok sık karşılaşılan olgu gelirse problem olmuyor ama asimetrik bir olgu gelirse darmadağın bir yorum oluyor. O zaman da çok ciddi adli yanılgılara neden oluyor. Bunun da önlenmesi lazım. Özellikle birçok bilim alanından yetkin uzman içeren üniversitelerin bilimsel altyapısının ve insan işgücünün bu uygulamalarda etkin kullanılmasında yarar var. Standart yetkinlik sağlayan programlarla adli bilimler arasında da ihtiyaç var. Bunun da bir uzmanlık gibi değerlendirilmesi gerek aslında Tıpta Uzmanlık Kurulunun ama bu program da maalesef Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğünün yetki alanına henüz alınmadı. Sağlıkla ilgili birçok doktora, yüksek lisans programları var. Bu programlarda Sağlık Bakanlığının belli bir standarda alması en azından sağlık eğitimi olduğunu gözeterek kendi görev alanında sayılması gerekir. Bu programlarda tabi adli tıp uzmanlık eğitimi üzerine bazı yetkinlikler kazandırmasına yönelik hedeflemeler yararlı olur düşüncesindeyim. Çünkü genel adli olgu değerlendirme konseptini adli tıp konseptini, uygulama becerisini kazanmış olan birine bazı şeyleri daha rahat veriyorsunuz. Lisans eğitiminde hukuktan çıkmış hiçbir deneyimi olmayan birine bilirkişilik yapabilme ile ilgili bazı formasyonlar almamış birine belli bilgileri kazandırdığınızda ciddi sıkıntı ve sorunlara gebe olabiliyor.

Ben burada konuşmamı bitireceğim. Süreme umarım uymuşumdur. Sonra soru ve katkılarınızla bu konuyu biraz daha irdeleyebilmeyi umuyorum.

Çok teşekkür ediyorum.

Ahmet Nezih KÖK (Moderatör):
Biz de Ekin Hocama çok teşekkür ediyoruz.

Gerçekten adli bilimlerle ilgili bir sıkıntıyı, bir ara doçentlik de verdik yani adli bilimlerde doçentlik. Kimyacı bir arkadaşımıza adli bilimler alanında doçentlik verdik yani. Bir bakıyorsunuz işte güvenlik ve adli bilimler diye programlar var. Bizim üniversitede de var. Hukukçular geliyorlar DNA ile ilgili hiçbir temel bilgi

yok ama oradan yüksek lisans diploması alıyorlar. Çok büyük bir problem gerçekten. Herhalde daha geniş çaplı şekilde paydaşlarla birlikte tartışılması gereken bir husus. Adli tıpla ilgili olarak yan dal uzmanlık eğitimleri her zaman tartışılmıştır. Ben 35. yılımı geçiyorum adli tıp camiasında her dönemde farklı arkadaşların da katkısıyla, özellikle bazen patoloji bazen toksikoloji bazen radyoloji ön plana çıktı. Bununla ilgili olarak yeni gelişmelerle yeni düşüncelerle ilgili olarak da arkadaşlarımızdan görüş alacağız.

İlk konuşmacı olarak da Gökhan ORAL Hocamız var. Kendileri adli psikiyatriyle ilgili olan görüşlerini, düşüncelerini iletecekler. Hocam buyurun.

Gökhan ORAL (Konuşmacı):
Teşekkürler.

Ahmet Nezih Hocamın üzerimde çok hakkı var tabii. Kendisi başlamadan önce dedi ki 'Aman hocam uzun konuşmayın'. Ben zaten uzun konuşmayı planlamamıştım ama kaptırıp gidiyor insan. Bir sunum hazırlamıştım 3-4 sunumdan oluşan. Onu da yüklemedim bu yüzden uzun konuşmayayım diye. Niye öyle dediğini, rica ettiğini anladık tabii ki.

Şöyle düşünelim, bu tabi bir çalıştay. İnsanların zihniyetindeki varolan şeyleri, düşünceleri anlayabilmek ve birlikte tartışabilmek adına… Alpay Hoca'nın söylediği bir şey kafamdakilerin altını çizdi 'Siz adli tıp uzmanları belirli alanlarda bir çeşit ihtisaslaşmışsınız" zaten… Bu doğru. Kendi aramızda biliriz bunu. Kim morgda daha uzun süre çalıştı, kim neye meraklı, kim grafometreye meraklı, kim adli psikiyatriye meraklıdır yıllardır çalışır, bilinir. Yani adli bilimler lisans programı vs. gibi bir takım arkadan gelen egzantrik yapılanmalara bakacağız tabi ne oluyor diye. Yani onların yetkinliği, bilgisi, görgüsü, becerisi gerçekten tartışmalı. Ona rağmen bir işlere soyunurken biz kendi aramızda eski tanımıyla doğru tanımıyla ihtisaslaşmışız bazı konularda. Örneğin çocuk istismarı muayene ve değerlendirmede uzun yıllardır çalışan arkadaşlarımız var. Ya da belli konulara, travma örneğin, daha fazla ilgi duyanlarımız var. Kendi içinde bile bu böyle. O halde bunun bir yan dal uzmanlığı olarak ya da üst dal ya da ne derseniz.

Tanımlanmasını niye arzu ediyoruz, zaten yapıyoruz. Tabi bu bir kimliktir. Bu konudaki yetkinliğinizin altını bir sertifikalandırma, kabuldür Sağlık Bakanlığı gibi bu memleketteki tüm sağlık işlerini düzenleyen şey tarafından. Biz hepimiz biliyoruz ki, tıp mezunlarından bahsediyorum, aslında üniversite eğitimi meslek yüksekokulu değildir. Yani bazılarımız bunu yanlış anlamıştır ama siz hukuk fakültesini bitirdiğiniz zaman hâkim ya da avukat olarak çıkmazsınız. Hukuk mezunu olursunuz. Onun için ayrı bir şeyler yapmanız gerekir. Tıp fakültesi haricinde, biz tıp doktoru olarak hasta muayene yetkisiyle mezun oluruz doktora yaptığımız varsayıldığı için, düşünüldüğü için. Ya da psikoloji mezunu psikolog olarak çıkmaz aslında Sağlık Bakanlığı öğretecek onlara. Ne bileyim felsefe mezununa filozof mu diyoruz biz? Böyle bir şey yok. Yani meslek olarak algılamamız toplumda yaygın bir şey bu. Tamam böyleyse böyle, böyle algılıyoruz. 'Evladım sen ne okuyorsun' diye başlarlar. İşte ben şunu okuyorum dediğinde 'İyi de ne olacaksın yani' derler. Yani onu bitirince ne olacaksın? Bu soruda saklıdır zaten. Üniversite meslek eğitimin adımdır ama meslek yüksekokulu değildir. Buraya doğru gidiyoruz bir taraftan bu benim canımı sıkıyor.

Bizim için ise konuyu bir spesifikasyon hep aynı cümleyi saklıyorum. Adli tıp alanında çalışanlar için konuşuyorum ister adli bilimler uzmanı olsun eksiklerine rağmen adli tıp uzmanı olsun bu alanlarda çalışanlar için konuyu bir meslek bir spesifikasyon olarak algılamanın sıkıntılı olacağını bir kalifikasyon olarak yani eski kelime karşılığı ile ihtisaslaşma olarak algılamanın daha doğru olacağını düşünüyorum. Uzman kelimesi bile ihtisas kelimesinin yerini tam tutmuyor benim zihnimde. Kişisel fikrimi paylaşıyorum ama bu kişisel fikirde de rahmetli hocalarımın emekleri çok. Biz yaptığımız işlerin bir kısmında ihtisaslaşabiliriz. Bunun adını isterlerse üst ihtisas koyarlar, koyarlarsa da ne güzel olur. Daha da iyi olur. Sadece yetkinlik verdiler bize diye değil, zaten yapıyoruz. Hani onun tescillenmesi anlamında güzel olur yani. Ve bunun kendi içindeki eğitimini de belli bir oranda standardize ederiz. Şimdi hepimizin hocaları olan Ayaz OLGAN Hoca rahmetli Ertaç Hoca rahmetli bu psikiyatrik adli tıp ya adli psikiyatri alanında bu alandaki bilgi ve görgüyü, birikimi daha ileriye taşıyan duayenlerdiler. Nuran Hoca var burada beraber çalıştılar yıllarca. Serhat Hocam var çok yakından tanır ve çok ilgilidir bu konulara. Ve adli tıp uzmanlarının gönlünde adli psikiyatri diye adlandırabileceğimiz alanın yerleşmesine büyük katkı sağladılar. Yıllardır morgda çalışan ve bu konuda ihtisaslaşmış bir hocamızın bile gönlünün bir kısmı hem de ciddi bir kısmı adli psikiyatrik konulara ayrılmıştır. İster istemez. Çünkü biliriz ki biz bedensel ya da biyolojik dekompozisyonda yani travmanın fiziksel sonuçlarıyla somut anlamda uğraşırken yaşadığımız sıkıntılar ve üzüntüler ve zorluklardan daha fazlasını ruhsal dekompozisyonla ilgili meselelerle uğraşırken yaşarız. Tecavüze uğramış küçük bir kız çocuğunu muayene ederken değil mi? Ya da gözünüzün önünde gittikçe dağılmakta olan bir şizofreninin yediği haltlardan dolayı adli meseleleriyle uğraşırken. Onlara çok şey borçluyuz ve şurada şöyle diyor Kriton Hoca, 2004 yılında, fikri buydu zaten, yazdığı bir yazıda 2004'te çünkü Sağlık Bakanlığı adli psikiyatri yan dal uzmanlığını ilan etmişti ve adli tıp uzmanlığının içinde belirtiyordu hatırlayacaksınız herhalde. O dönemde birçok psikiyatri hocasından bu işle uğraşan görüş almıştım ben.15-20 tane hoca bütün bölümlerden. Onlar da Sağlık Bakanlığı'na bu mektubu iletmişlerdi. Kriton Hoca'nın mektubunda şöyle diyor; 'Adli psikiyatri alanında çalışmakta olan her hekim -yani psikiyatri uzmanı, adli tıp uzmanı ve nörologları kastediyor- psikiyatri uzmanı ya da diğer hekimlerin raporları ile karşılaştığında o raporlar öylesine yüzeysel ve doyurucu tarif ve izahı taşımakta olmaktan uzak, en ufak bir hukuk nosyonundan yoksun tespit edilmiş olduğu bilinen akli arıza ile onun hukuki değerlendirmesi arasında öylesine belirgin tutarsızlıklarla dolu olduklarını görüyoruz'

Yani bu ihtisaslaşılan eğer, tıpkı morgda olduğu gibi yani adli patoloji, adli toksikoloji, adli travmatoloji ne derseniz deyin, adli psikiyatri alanında da psikiyatri eğitimi tek başına yetmiyor. Adli tıp uzmanlığı da tek başına yetmiyor. Nöroloji uzmanı da tek başına yetmiyor. Bunun üzerine bir şey koymak gerekiyor. Adli Tıp Kurumu çok şükür ki hakikaten bu işin merkezi yani ne dersek diyelim ülkemizdeki merkezi. Bunun üzerine koyabiliyoruz çalışırken. Eğer beğendiysek ve istiyorsak. İster istemez koyabiliyoruz. Mesela Nuran Hoca yıllardır bu konuda

çalıştı başka hiçbir konuda çalışmadı. Şimdiki kurul üyemiz zaten. Ben de yıllardır çalışıyordum, akademik alanda çalışıyordum sonra kurumda çalışmaya başlayınca anyayı Konyayı gördük. Yani akademik üretimle buradaki pratik, gerçek alanla ne kadar önemli bir fark var. Kurmayken konuşup sonra cephede tırsmak gibi bir şey aslında. Oldukça şey öğrendim yani orada, Adli Tıp Kurumu'nda öğrendim her şeyi, neredeyse her şeyi.

Şimdi bu adli psikiyatri yandal uzmanlığı Kriton Hoca'nın rüyasıydı. Yüksek Güvenlikli Sağlık Kuruluşları olarak adlandırıldı sonradan, adli psikiyatri hastaneleri de Tahir Hoca'nın rüyasıydı. Daha tıp fakültesi 3.sınıftayken dinlediği bir dersten esinlenmiş. Ben bunların ikisinin rüyasıyla ilgili hedef belledim yani bu doğrudur ya dedim. 'Çok doğru, böyle olması lazım.' Gözüm kara, neyi yıkıp döktüğüme bakmadan oraya doğru yürümeye ve kendimce katkılar sağlamaya çalıştım. Hepiniz biliyorsunuz. Dönüp baktığım zaman şöyle yapsak daha iyi olurmuş, böyle yapsak daha iyi olurmuş diyorum ama geçen yıllar da haklı olduklarını gösteriyor. Yani yasaya giren Yüksek Güvenlikli Sağlık Kuruluşları yani adli psikiyatri hastaneleri artık mevcutlar. Bir fantezi olmaktan çıktılar. Adli psikiyatri yan dal uzmanlığı ve bu konuda ihtisaslaşmış psikiyatrist, nörolog ya da adli tıp uzmanlarının adli tıp camiasının daha yetkin bir şekilde çalışmasına çok gerek var, deyip bir anekdotla bitirmek istiyorum.

Yine Nuray Hocam hatırlayacaktır. Örnekleri şahit tutup anlatıyorum ki daha rahat oluyor böylece. Birini muayene ettik yıllar önce. Muayene sırasında adını anmayalım, bir akıl hastanesinden o zamanki adıyla şimdiki adı branş hastanesi yani eğitim araştırma hastanesinden gönderilmiş bir hasta. Mahkeme gönderiyor. Çünkü hastane demiş ki 'Bu iyileşti. Tehlikeliliği kalmadı, artık güvenlik tedbirine gerek yok, çıkarın.' Hastane böyle demiş ama mahkeme ikna olmamış. İyi ki de olmamış. Vaka hakkında rapor çıkartmak lazım diye ta İstanbul'a yollamış. Muayene ettik ki muayene sırasında oho yani neredeyse yıllardır uygulanan tedaviler doğru dürüst hiç fayda görmemiş gibi gözüküyor. Yani bunun çıkarılması çok tehlikeli, riskli. Oldukça halüsine yani sesler duyuyor olmayan sesler duyuyor ve başkalarının ona düşmanlık ettiği düşüncesi ile riskli. Riskli grup hastalardan yani. Bunun uygun olmadığına dair notları düşer iken yine her zaman olduğu gibi biz bunu daha önce muayene ettik mi, bi yerden tanıdık geldi falan filan dedik. Dördüncü Kurulda hep olan hikayedir bu. Ondan sonra dosyalarına bir baktık ki iyileşim diye bize gönderen hastane birkaç ay önce bize cezai sorumluluk için gönderilmiş adam öldürdüğü için. Şimdi bir dakika, bu hastanedeydi. Nasıl oldu bu iş? Bi karışıklık var bunda. Tüm evveliyatı araştırdığımız zaman öğrendik ki aslında adam 4-5 yıl önce bir cinayet işlemiş ve Dördüncü Kuruldan akıl hastasının güvenlik tedbiri denmiş. Hastaneye yatırılmış, hastanedeki yatışı sırasında izne çıkartmışlar uygun görmüşler hafta sonu. Olabilir yani hekim görüşü. İzne çıktığı zaman gitmiş arkadaşımız falanca ile yani bitişik komşu ile. Orada sokakta tanımadığı bir adamı öldürmüş sonra tekrar dönmüş yatmış hastaneye ve iyileşmiş bu tehlikeliliği kalmadı diye bizim önümüze gönderiliyor. Kâbus. Yani bir cinayetten bahsediyoruz. Sosyal barışın temin olması, ceza adaleti açısından esas olan budur. Ceza açısından bu kadar kolay mı yani? 3 ay yattı çıktı işte falan filan. Sayısız örnek aktarabilirim. En önemlisi bu. Ve üstüne üstlük sosyal barış bir tarafa, o yakın çevresindeki barış sağlanabiliyor mu acaba? Ne demek yani? Birinci veya ikinci dereceden akrabası akıl hastalığı nedeniyle ciddi bir suç işledikten sonra hala oralarda dolanması. Bir fikriniz var mı bununla ilgili? Ya da Allah göstermesin hepimizin başına gelebilir bir yakınımızın ya da kendimizin bir psikiyatrik bozukluk, ciddi bir psikiyatrik bozukluk geçirdikten sonra akıl hastanesine yatırıldığımızda, olabilir ayıp değil günah değil, yanımızdaki hastanın kriminal bir akıl hastası olmasını ister miyiz yani?

Bitirdim bu kadar. Adli psikiyatri yan dal zaten yapıyoruz. Adının konması ve belli bir standart verilmesi, hekimliğin ilgili branşlarının da dâhil edilmesinde hiç mahsur olmadığı gibi daha iyi tanımlarız kendimizi. Yoksa zaten yapıyoruz.

Ekin Özgür AKTAŞ (Moderatör):
Aslında salondaki değerli katılımcıların da akıllarında birçok soru var. Sormak istedikleri şeyler var. Bizim de bu soruları duyma ihtiyacımız var. Bunlarla ilgili bazı çalışmalar yapmak için. Onlara da biraz zaman tanıyalım istedim. Çok teşekkür ediyorum Gökhan abi çok doyurucuydu.

Şimdi Kâtip Çelebi Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı aynı zamanda İzmir Adli Tıp Kurumu Grup Başkanı olan değerli meslektaşımız Prof. Dr. Mehmet TOKDEMİR'e söz vereceğim. Düşüncelerinizi alabilir miyim? Bu yan dal olmalı mı yoksa acaba adli tıp uzmanlığı eğitiminin içerisinde bir sertifikasyon programı mı olmalı? Hangi alanlardan nasıl bir altyapıdaki insanlar gelmeli?

Teşekkür ediyorum hocam.

Mehmet TOKDEMİR (Konuşmacı):
Çok teşekkür ederim Sayın Oturum Başkanlarım.

Ben de yansıya bağlı kalmayacağım çünkü haklısınız salonda bu konuyla ilgili görüş bildirmek isteyen meslektaşlarımız var. Onların da değerli katkıları olacak. Ben Hızır Hocama kongre için değil de bu oturum için özellikle teşekkür etmek istiyorum. Çünkü 1999 Gölcük depreminden sonra Dokuz Eylül Üniversitesi, ÇEP'le ilgili bir kongre yaptı. Bu kongrede şu an rahmetli olmuş hocalarımız da ve emekli olan hocalarımız da vardı. Salonda halen emekli olup burada olanlar da var çalışanlar da var. Bu sıralarda oturuyorlar birçoğunu görüyorum. Orada Çekirdek Eğitim Programı için tartışılan o kadar sofistike ve o kadar uç konular vardı ki… Adli hipozdan tutun adli belge incelemeye, adli genetikten tutun adli psikiyatriye kadar. Tabi bu kıdemli hocalarımız rahmetle anıyorum bize çok katkıları var. Emekli hocalarımız da aynı şekilde. Ben de o zaman yardımcı doçentim. Burada da yanımda olan Gökhan Hocamın bir yansısı vardı o toplantıda. 17 Ağustos depreminden sonra çekilmiş bir fotoğraftı bu. Evi yıkılmış 5-6 yaşlarında bir kız çocuğunun fotoğrafıydı o. Kız çocuğu yıkık evinin önünden bir yere ayrılmıyordu, düşünceli bir şekilde bekliyordu. Ben de oturum başkanından söz aldım ve "Sayın Hocam ÇEP'i görünce Gökhan Hocanın yansısındaki kız çocuğu gibi hissettim kendimi" dedim. "Ben Elazığ'da Fırat Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalında bunların birçoğunu yapamam" dedim. Benim bu itirazıma ya da çıkışıma salondan büyük bir alkış geldi ama moderatör hocamız benim görüşümü kabul etmedi. Bunları yapmak zorundasınız gibi ifadelerde bulundu. Aslında esas teşekkürüm de bunun için.

22 yıl öncesine gittiğimiz zaman oradaki sorunlarımızın aynısını ben şu anda burada da hissediyorum. Bugün yan dalların konuşulmuş olması nedeniyle de çok müteşekkirim Sayın Başkana. Çünkü bu önemli bir konu.

Biz hep birbirimizi biliyoruz evet. Neyle iştigal ettiğimizi de biliyoruz. Kimin hangi alanda daha yetkin olduğunu da biliyoruz Ama bunun Sağlık Bakanlığı kurullarınca, Tıpta Uzmanlık Kurulunca belirlenmiş bir yan dal veya bilim dalı olarak tanınmadığı sürece hiçbir anlamı yok. Dolayısıyla ben çok güzel bulduğum için bir söz paylaşmak istiyorum sizinle, bu tanım aslında birçok şeyi de izah ediyor kendi içerisinde "Uzmanlık; bir kişinin, popülasyonun dikkate değer çoğunluğundan dikkate değer miktarda daha üstün sonuçlar üretebilme başarısıdır". Yani aslında uzmanlık bu. Bu dikkate değer çoğunluk tartışılabilir ama sadece biz yapıyoruz da değil. Bunu yapan başka kişiler de olacak ve bunun ilk çıkış şekli de nasıl olacak aslında bugün tam tartışmamız da bunun üzerine.

Biz tıpta uzmanlık yan dallarımızı adli tıp olarak nasıl tanımlayacağız? Geçmişte bu konuları başka anabilim dalları şekilde aştılar ve yan dal olarak tanımladılar. Hatta büyük kavgalar da oldu alanlardaki yetkinlik konusunda. Örneğin el cerrahisi konusunda, plastik cerrahlar biz de yetkiniz dedi, ortopedistler biz de yetkiniz dedi veya başka branşlarda alanda yetkin olduklarını savundular örneğin beyin sinir cerrahları. Tıpta Uzmanlık Kurulu bunların bir tablosunu oluşturdu ve yetkilendirdi.

Bir diğer tanım ise Tıpta Uzmanlık Tüzüğü. Bu tanım zaten hepimizin malumu olan bir tanım. Onun için üzerinde durmayacağım, geçiyorum.

Şimdi bugün adli patoloji, adli toksikoloji, adli genetik ve adli psikiyatri konuşulacak ama eminim salondan da bunların dışında birçok bizim uğraşı alanımız var. Onlar için de söz alınacak. Şimdi Tıpta Uzmanlık Kurulunun 293 sayılı kararında, özellikle burada 4.ve 5.maddesinden bahsetmek istiyorum. Diğer maddeleri de izninizle geçeceğim. Evet, dördüncü maddesi şu şekilde; "Birden fazla birimden oluşan uzmanlık eğitimi programlarında, birimler aynı kurumda olabileceği gibi farklı kurumlarda da olabilir. Birden fazla birimi fonksiyonel olarak bir araya getirerek uzmanlık eğitim programı oluşturan kurum, birimler arasında yapılan protokolü onaylayarak bağlı olduğu üst kurul aracılığı ile bakanlığa bildirir" diyor. Şimdi biz bunu nasıl yapacağız? Gökhan Hocam çok naif bir biçimde sundu, rahmetli Kriton Hocam da bu konudaki görüşlerini yıllarca bizimle paylaştı. Acaba psikiyatri uzmanları bu duruma nasıl yaklaşacak? Bir alan çatışması olacak mı? Veya dünyada ve ülkemizde olduğu gibi ortak alanlar olabilecek mi?

5.madde de çok önemsediğim bir madde. Diyor ki; "Program yöneticisi, bakanlığa bağlı programlarda eğitim sorumlusu…" Biliyorsunuz afiliye üniversitelerde ve eğitim araştırma hastanelerinde bir eğitim sorumlusu var. "Üniversitelerde ise bağlı bulunduğu programlarda anabilim veya bilim dalı başkanı, Adli Tıp Kurumu için ise Adli Tıp Kurum Başkanıdır" diyor. Dolayısıyla şimdi Adli Tıp Kurum Başkanlığının düzenlemiş olduğu bir toplantıdayız. Bu konuyla ilgili paydaşlar burada ve üniversitelerden hocalarımız burada. Bilmiyorum burada eğitim araştırma hastanelerinden gelen eğitim sorumlu arkadaşlarımız da var mıdır? Bütün paydaşlar burada. Aslında ben bu şekilde hızlıca slaytları geçmek istemem ama zaman sıkıntısı nedeniyle geçiyorum. Adli tıp alanında şu ana kadar Ekin Hocamın da yaptığı bir adli toksikoloji yan dal veya üst dal var. Onun dışında bir yan dalımız yok bizim. Dünyada adli tıp eğitimi her ülkede farklılık arz ediyor. Bunu da çok teferruatıyla gördük. Yani adli tıp uzmanlık eğitiminde çok farklı uygulamalar var.

Bu bakımdan örnek olarak İsviçre benim çok ilgimi çekti. Onu sunacağım diğerlerinin üzerinde durmayacağım. Şimdi adli tıpta mezuniyet sonrası uzmanlık 5 yıl İsviçre'de. Ve 12 ay herhangi bir klinikte çalışıyor kişi, 48 ay adli tıpta çalışıyor. Bu 48 ayın 12 ayının en az 6 aylık dilimler şeklinde adli patoloji, adli psikiyatri veya moleküler biyoloji üzerine yapmak zorunda. Bu eğitimlerin de, yaptığı işleri de belirli bir puan almalı –bizdeki ÇEP'te en az 100 otopsi yapmalı gibi, şu kadar rapor yazmalı şeklinde gibi- onlarda da bir puanlama sistemi var. Norveç'i de getirmişim ama orada adli tıbbi otopsi adli patolog tarafından yapılıyor. Adli patologlar üniversitede Ph.D olarak uzmanlaşıyor.

Danimarka'da adli patologlar tüm klinik adli tıp muayenelerini yapıyor. Raporlar düzenliyor. İsveç'te klinik patoloji uzmanı olmadan ve doktora yapmadan da adli tıp uzmanı olunabiliyor. Yani orada sadece aldığınız eğitimle usta-çırak ilişkisiyle sertifikasyona gidilebiliyor. Dünyada da zaten Amerika'da da bazı uzmanlık alanları çeşitli sertifikasyonlar sonrasında verilebiliyor. Tartışmaya bir genişlik katsın diye sundum. İzlanda'da zaten küçük bir ülke. 1 tane adli tıp uzmanı var bütün otopsileri o yapıyor. Almanya 60 ay, yani 5 yılda adli tıp uzmanı olmak için gerekiyor. Yetkili bir kurumda çalışmak şartıyla adli tıp uzmanı olunabiliyor. Adli patoloji, otopsi tekniği, morfolojik değişiklik ve histopatolojik incelemeler konusunda 6 ay psikiyatri ve psikoterapi, 3 yılın 6 aylığında adli tıp enstitüsünde çeşitli bilim dallarında klinik muayene vs şeklinde yapılabiliyor. Belçika'da da benzer şekilde adli tıp uzmanı olunuyor. 18 ay patoloji, anatomi eğitimi olacak şekilde.

Bizim rotasyonlarımız belirlenirken ısrarla anatomi rotasyonumuz olsun demiştim. Çok kabul görmemişti. Ama buna ihtiyaç var görüyorsunuz. Yine bugün en az 12 ay patoloji rotasyonu olsun denildi. Ben de eğer patoloji raporunun altına imza atacaksam 12 ay değil 24 ay patoloji rotasyonu olsun diyorum, hem makroskopi hem mikroskopi olsun böylece adli patoloji alanında tartışma ortadan kalksın diyorum. Anatomi uzmanları 2 yıl adli tıp ihtisası yapıp adli tıp uzmanı olabilir diye durumlarla karşı karşıyayız.
Evet, Avusturya'da da 48 ay. Çek Cumhuriyeti'nde 3 yıl patoloji 3 yıl adli tıp eğitiminden oluşuyor. Yurtdışında adli genetik uzmanlaşması nasıl, ondan bahsedeyim. Uzmanlaşmanın ortak bir akademik yolu dünyada yok. Tek bir yolu yok. Sadece bunu söyleyeceğim burada.

Sertifikasyon kurumları da Avrupa ve Amerika'da mevcut. Normalde uzmanlaşmanın adımları bu şekilde yani. Tıp eğitimi ve sonraki süreçler olarak devam ediyor. Adli genetik tabi 1984 yılında bir cinayetin çözülmesi ile büyük bir aşama kaydetti ve bugünlere geldi. Ben niye buradayım onu söyleyeyim. Sayın Hocam burada Prof.Dr. Hikmet Ergin DÜLGER ben 1995 yılında adli tıp asistanlığıma başladığım zaman Türkiye'de adli

genetik ile ilgili çalışmalar çok sınırlıydı. Bırakın Türkiye'yi dünyada da biz adli tıp uzmanları olarak bu konuyu tartışıyorduk. Hocam o zamanki öngörüsüyle adli genetik üzerine uzmanlık tezi yapmamı istedi benden. Ben de hocam nasıl olacak yani biz bunu nasıl yapabiliriz bu şartlarda dedim. Dedi ki "Bu alan önemli bir alan. İleride suç ve suçluyla mücadele etmek için çok önemli işler yapılacak bu alanda. Senin bu alanda çalışmanı isterim" dedi. Bizim öyle bir şansımız vardı ki o yıllarda bizim Fırat Üniversitesi'nde daha sonra da TURKOVAC aşısını da üreten Aykut ÖZDARANDELİ'nin de hocası benim de hocam, hocamın da arkadaşı, Doç.Dr. Mehmet Ziya DOYMAZ Amerika'dan yeni gelmişti ve kendisi moleküler virologtu. Onun şu şekilde sözü üzerine "Mehmet ben laboratuvarımı açarım sana, bu konuda sana yardımcı olurum" bu işe kalkıştık. Zaten Aykut Bey de şu anda Erciyes Üniversitesi'nde ve TURKOVAC aşısının patenti ona aittir. O da benimle aynı laboratuvarda çalıştı. Sağolsun hocamız "Ben Amerika'ya bu milletin parasıyla gittim ben de size yardım ederim, desteği veririm" dedi. Bu tezimi artık illallah etmelerine rağmen mükerrer kez 75 kişinin kılını ve tüyünü alarak çalışabildim. Böyle tezin deneylerini yaptım ve tezimi tamamladım. Bu konuyla ilgili de 2000'li yıllarda yayınlarımı yaptım, daha sonra doğaldır ki bize bir laboratuvar kurmadılar. Çünkü adli tıp genetik incelemesi için laboratuvar kurmak çok pahalıydı. Ne zamana kadar? 2007 yılına kadar. 2007 yılında bir firma benim yurtdışı yayınlarımı görüp kapımı çaldı dedi ki "Siz adli genetik üzerine çalışıyormuşsunuz, size hizmet alımı şeklinde bir laboratuvar kuralım mı?". Başhekimliğe söyledim kesilen faturaların parasını büyük kısmı hastaneye kalacak, çok az bir kısmı firmaya verilecek, laboratuvar malzemelerini de de firma sağlayacak. Böylece bir Adli Genetik laboratuvar kurulabildi ve o laboratuvarda biz 8 yıl, 9 yıl boyunca bütün bölgenin adli genetik incelemelerini yaptı. Mahkemelerden gelen, savcılıklardan gelen hatta bazen civar illere gidip mezar açma şeklinde kemik çıkarma veya terör örgütü mensuplarının kimliklendirilmesine kadar birçok adli genetik inceleme yaptık. Bunların sonucunda dünyanın en saygın dergisi olan genetik alanında GEN dergisinde yayınlandık. Biz bunları yapmakla kalmadık, bu konuyla ilgili uzmanlık tezleri de verdim. Fırat Üniversitesinde Adli Tıp Adli Genetik laboratuvarımızın 310 cihazı vardı o zamanlar. Ben ilk kez bu cihazı Polis Kriminali görmüştüm. Çok pahalı olan bu cihazı, bize firma ücretsiz tedarik etti ve bu cihaz ile dediğimiz işleri yapabildik.

Ekin Özgür AKTAŞ (Moderatör):
Mehmet Hocam, adli genetik yan dal uzmanlığı gerekli mi gereksiz mi? Bu konudaki düşüncelerinizi almak istiyorum.

Mehmet TOKDEMİR (Konuşmacı):
Evet gerekli bence. Niçin biliyor musunuz? Şimdi yazıyor burada. Bilirkişi kanununda yazıyor, tıp alt bölümünde yazıyor. Diyor ki "Uzmanı varsa o konuyla ilgili yandal uzmanını bilirkişi olarak atayın" diyor. Veya altta kırmızı ile yazdığım yerler. Diyor ki "Veya bu konuda doktora, yüksek lisans yapmış kişileri bilirkişi olarak atayın", Dolayısıyla eğer yan dallar olabilirse çok iyi olur. Sonuçta önerilerim de bu şekilde. Bir adli genetik yan dalı olmadan sertifikasyon programları yapılabilir mi? Yapılabilir, bu da mümkün. Bunu da tartışmaya açtım. Adli tıp uzmanı, adli genetik alanında yüksek lisans yapabilir veya uzmanlık tezi yapabilir. Biyolog arkadaşlarımız bu konuda yüksek lisans, tez yapabilir. Veya hiçbir şey yapmaz, Adli Tıp Kurumunda 3 yıl 5 yıl süreyle biyoloji laboratuvarında çalışır orada bir sınava tabi tutulur, bir sertifikasyon programına tabi tutulur adli genetik uzmanı belgesi verilir. Zaman zaman denetlenebilir kontrol edilebilir.

Teşekkür ediyorum sabrınız için.

Ekin Özgür AKTAŞ (Moderatör):
Hocama çok teşekkür ediyoruz.

Ben iki konuşmacımızdan rica edeceğim Çetin Hocamdan ve Ferah Hocamdan. Yan dal uzmanlık eğitimi gerekli mi, açılması önerilir mi konusunu özellikle vurgularsak tartışmaya da zamanımız kalacak. 'Adli Toksikoloji Uzmanlık Eğitimi Gerekli Mi?' sunumuyla Hüseyin Çetin KETENCİ Hocam konuşma yapacak. Kendisi Karadeniz Bölgesinde oldukça aktif çalışıyor. Buyurun hocam.

Hüseyin Çetin KETENCİ (Konuşmacı):
Öncelikle bu programın öncülüğünü yapan; birçok öğretim üyesi ve değerli birçok hukukçu ile birlikte gerçekleştirilen bu önemli toplantıda böyle bir konuyu bana sunma yetkisini verdiği için öncelikle kurum başkanımız Hızır ASLIYÜKSEK Bey'e teşekkür ediyorum.

Verilen vakti aşmamak için konuyu hızlıca anlatmaya çalışacağım. Toksikoloji; konu insan olduğunda, bir maddenin, canlı veya ölü olsun insan vücudundaki toksik etkilerini inceleyen bir bilim dalıdır. Bu alanda pek çok fraksiyon var. Bu fraksiyonları uzun uzun anlatmayacağım. Çünkü dünkü toplantıda teknik olarak ve bugünkü toplantıda da daha özele giderek bahsedilen konular bunlar.

Bunlar içerisinde benim konum toksikolojinin adli kısmı: Adli toksikoloji. Yaşam alanlarımızdan ticarete, yasa dışı madde üretimine kadar pek çok konuda toksikoloji karşımıza çıkıyor. Hukukta karşılık bulduğunda, bir adli olay ya da adli olgu niteliği kazandığında anlam kazanıyor adli toksikoloji. Adli tıp uzmanları açısından ele aldığımız zaman da canlıların muayenesi, toksinin canlılar üzerindeki etkileri ve özellikle de adli tıp uzmanlarının spesifik işi olan otopsi ve onunla alakalı işler ön plana çıkıyor. Pratik olarak adli toksikoloji birçok isimle dünyada ve Türkiye'de anılıyor olsa da pratik yaşantımız içerisinde bu toplantıyı düzenleyen Adli Tıp Kurumunda da özellikle Beşinci İhtisas Kurulunda karşımıza çıkıyor. Ancak bunun yanında bütün kurullarda, ihtisas dairelerinden kimya, morg hatta fizikte bile adli toksikoloji gündelik iş akışının bir parçası Adli Tıp Kurumunda.

Adli toksikoloji eğitimi dünyada henüz yan dal uzmanlık eğitimi olarak tanımlanmamış ve yapılmıyor. Bir doktora programı olarak yürütülüyor ve bunlar genellikle de tıp doktorları olmaktan ziyade eczacılar, kimyagerler gibi tıp dışı alanlardaki grupları kapsıyor. Ülkemizde yüksek lisans ve doktora 2 yıllık, 4 yıllık programların yanında Adli Tıp Kurumu, eğitim araştırma hastaneleri, enstitülerde olmak üzere ve ayrıca birçok çatı dernek altında sertifikasyon programları ve kurum içi eğitimler şeklinde verilmeye devam ediliyor.

Ekin Hocam siz sayı olarak daha hâkim olacaksınız ama ben

sorarak öğrendim çünkü yazılı metne ulaşmak çok zor bu konu hakkında.

Ülkemizde 15-20 civarında adli toksikoloji doktorası verildiği bilgisine ulaştım ve bunların sanırım 4-5 tanesi tıp doktoru, adli tıp uzmanı. Ülkemizde bazı üniversitelerde yüksek lisans ve doktora programları verilmeye devam ediliyor. Türkiye'de bu eğitim konusunda da kendimize özgü bir işlevselliğimiz var. Özellikle Adli Tıp Kurumu da dünyada eşine rastlanır bir kurum değil. Dolayısıyla bizim eğitimlerimizin ve uzmanlıklarımızın, yan dal uzmanlık eğitimlerimizin de dünyadan kopyalanacak programlar olması gerekmeyebilir. Aslında ülkemizde bu alanda dergiler, kitaplar ve kitap bölümleri yazılmakta, bunların yanında ulusal ve uluslararası düzeydeki bilimsel etkinliklerde bildiriler yapılmaktadır. Bunlar içerisinde sertifikasyon programları veriliyor ve konu gündemde tutulmaya devam ediyor.

Peki, adli bilimler alanı içerisinde diğer branşların teknik olarak hâkim olduğu bir konuda neden tıp doktorundan bahsediyoruz adli tıp uzmanından bahsediyoruz? Çünkü yetkinlik konusu var. Biz tıp fakültesi mezunu uzmanlar olarak canlıyı veya ölüyü klinik açıdan değerlendirme yetkisine sahip olan grubu oluşturuyoruz. Analiz edilmiş bütün toksinleri metabolik, toksik ve letal etkileri açısından yorumlamak tıp doktorunun görevi. Eğitimlerde her tıp fakültesinin anabilim dalı, belki Adli Tıp Kurumunun eğitim müfredatı belli disiplinler içerse de farklı uygulamalar var. Bu nedenle adli toksikoloji ile ilgili ne düzeyde eğitim verildiği de elbette konuşulmalı. Sayıları teker teker okumayacağım, sadece burada tıp fakültelerindeki, üniversitelerdeki akademisyen sayılarına, asistan sayılarına göz atmanızı rica edeceğim. Adli Tıp Kurumunda bulunan 121 akademisyenin 12 sinin kurumun kendi personeli olduğunu da hatırlatmak isterim. Adli tıp uzmanlık eğitimi, yönetmelikte zaten tarif ediliyor. Buradaki amaç bunu daha spesifik hale getirmek. Numunenin temininden, yorumlanmasına kadar pek çok aşamada görev paylaşıyoruz.

Son olarak yorumlarıma geleceğim. Adli Tıp Kurumu kendi kanunları içerisinde yan dal ifadesini kullanıyor. Madde 1 ve 2'de yer alıyor yan dal eğitimi vermekle yükümlü olduğu, hakkı olduğu konusu. Giriş Sınavı Yönetmeliğinde de kurum bahsinde üniversitelerin yanında Adli Tıp Kurumu ifadesi yer alıyor. Daha önce birtakım girişimler yapılmış Sağlık Bakanlığı bünyesinde ancak süreç tamamlanmamış. Tıpta Uzmanlık Kurulunun değerli katılımcısı burada olduğu için o konuda çok söz söylemek istemiyorum zaten bahsettiler.

Ele alınması gereken pek çok konu var. Eğitim standartları, çekirdek ve genişletilmiş müfredatlar. Bunlar tıp fakültesinde olduğu gibi, uzmanlık eğitiminde olduğu gibi yan dalda da konuşulması gerekenler diye bahsedildi. Varsayalım bir eğitim tamamlandı. Bu eğitim neticesinde mezun olan bu insanların, bu meslektaşlarımızın istihdam edilmesi, Sosyal Güvenlik Kurumu ve İŞKUR gibi kurumlarda bu görevlerin tanımlanması da öncelik kazanacaktır. Özlük hakları gibi konular da gündeme gelmelidir, gelecektir. Hep beraber çalışılması gereken bir konu da bu. Burada tartışmanın da odak noktası olacağını düşündüğüm, çok fazla da yorum katmak istemediğim konu. Başlıklar içerisinde enstitülerde doktora, yüksek lisans veriliyor ama yan dal uzmanlık eğitimine açık ve yeterli olup olmadığını yine değerli hocalarım söyleyecekler. Tıp fakültesinin, Sağlık Bakanlığının ve Adli Tıp Kurumunun artı ve eksi yönlerinden kendi tespitlerime göre birkaçını söylemek istiyorum. Başlıklar eğitici, öğrenen, materyal, mevzuat, unvan, kadro ve özlük gibi önemli konular. Bazı fakültelerin ve Sağlık Bakanlığının başka branşlarda yan dal eğitimi tecrübesi var. Akademik kadroları var. Yeni kadro ihdas etme yetkileri de oldukça esnek. Ancak Adli Tıp Kurumunun sahip olduğu zengin laboratuvar ve olgu sayısı açısından geride olabilirler. Olgu sayısı çeşitliliğinde mevcut düzende kısıtlılık yaşanabilir. Bu da bize Adli Tıp Kurumunun bir artı özelliğini hatırlatma fırsatı veriyor.

Kurum Kanununda eğiticilerin tanımlandığı alttaki cümleye dikkatinizi çekmek isterim. Her ne kadar diğer yetkili kılınmış insanlar tarafından eğitim verilmeye devam edilmiş olsa da ihtisas kurulları başkanları ve 3 yıl görev yapmış ihtisas kurulu üyelerinin eğitimde yetkili olduğu ibaresinin de bu noktada değiştirilmesi şart olacak. Adli Tıp Kurumu Kanunda düzenlemeye gidilmesi şart olacak. Eğer adli toksikoloji yan dal eğitimi Adli Tıp Kurumunda verilmek isteniyorsa -ki benim düşüncem o yönde - çok değerli, köklü ve işlevsel bir kurum hafızası var, cihaz envanteri çok fazla, toksikoloji laboratuvarları gelişkin, akredite ya da akredite olmak üzere olan laboratuvarları da var. Tabi bu konuda değerli hocalarımın ortak fikirleri önemli. Dünyadan örnek almamıza gerek yok belki daha önceden zaten işlevsel olan kurumumuza yeni bir modelleme getirilebilir ve mutlaka adli bilimlerin tüm alanlarının desteği ile beraber bu işi yapabiliriz düşüncesindeyim. İlk yan dal uzmanlarımız eğitici statüsü aldıklarında ve istihdam edildiklerinde sistem otomatik olarak kendi eğiticileri üzerinden eğitim vermeye başlayacağı için de bir süre sonra ne eğitici sorunu ne de asistan sorunu kalacaktır diye düşünüyorum. Kadro ve özlük haklarını da unutmamak gerekiyor. Belki Adli Tıp Kurumunun akademik işlevi ile daha ilgili olabilecek yeni isminin veya bu konudaki yetkinliğinin biraz yorumlanması, konuşulması gerekebilir.

Saygılar sunuyor, çok teşekkür ediyorum.

Ekin Özgür AKTAŞ (Moderatör):
Biz çok teşekkür ediyoruz. Pazar son gün, yola çıkacaklar da olacak. Biraz tartışmaya zaman olsun diye son konuşmacımız Ferah Hocamı konuşmasını yapmaya davet edeceğim. Yine kendisinden yan dal uzmanlık eğitiminin gerekliliği konusunda bir sunum talep edeceğim.

Ferah KARAYEL (Konuşmacı):
Sayın Hocalarım, değerli Başkanım ve çalışma arkadaşlarım. Ben de yan dal ve adli patoloji konusunda bir sunum yapacağım.

Genel bir tanımlama yapacak olursak adli patoloji, adli tıp ve tıbbi patoloji alanlarının örtüştüğü bir konu. Özellikle de otopsilerde, ölüm olaylarında adli patoloji bildiğiniz gibi adli tıp bülteninde önemli yer tutmakta. Ben, ülkemizde adli patoloji eğitimi almış, geçmişte ya da şimdi adli patolojiyle uğraşan hekimleri 3 grupta toplamak istedim.

Bunlardan ilki, patoloji uzmanlığından sonra 2 yıl adli tıp uzmanlığı eğitimi almış ve çift uzmanlığa sahip hekimler. Hem patoloji uzmanı hem adli tıp uzmanı olan hekimler. Bir diğeri, benim de içinde bulunduğum grup. Patoloji uzmanlığından sonra adli tıp doktorası yapmış hekimler. Bu iki gruptaki

hekimlerin sayısı oldukça az aslında. Yani toplamı 10-15 kişi civarında şu an için. Bir de patoloji uzmanlığı eğitimi almış ve şu anda Adli Tıp Kurumunda ve grup başkanlıklarında görev yapan 29 patoloji uzmanı hekim ama bunların adli patoloji, makroskopi ve mikroskopi eğitimi aslında resmi bir yolda değil tamamen kendi çabalarıyla ve usta-çırak eğitimiyle tabiri caizse öğrenilmiş şekilde şu anda yine de önemli bir sayı 29 kişi patoloji uzmanı Adli Tıp Kurumuna bağlı grup başkanlıklarında ve merkezde –merkezde 7 kişi var- en fazla sayıda İstanbul'da. Toplam 29 hekim görev yapıyor.

Adli patolojiyle ilgili aslında bizim ülkemizde sıkıntılarımız var. Adli patoloji eğitimi, cerrahi patoloji ağırlıklı olan tıbbi patoloji eğitimi içerisinde yer almıyor. Uzmanlık eğitimi içerisinde yer almıyor. Adli patoloji ve cerrahi patoloji birbirinden oldukça farklı konular içeriyor. Patoloji uzmanlık eğitimi veren kurumlarda maalesef çok az sayıda pediatrik otopsi dışında günümüzde otopsi yapılmıyor. Öncesinde erişkin az sayıda da olsa erişkin patolojik otopsiler yapılıyordu ama günümüzde yok denecek kadar az. Hatta yok diye biliyorum. Az sayıda pediatrik otopsi yapılıyor. Bu nedenle de patoloji uzmanları otopside de post-mortem histopatoloji konusunda da bilgi ve deneyimleri oldukça yetersiz.

Patoloji uzmanları adli patoloji konusunda ne düşünüyorlar, kendilerini nerede görüyorlar, kendilerini nasıl değerlendiriyorlar? Bununla ilgili bir anket çalışması göstermek istedim. Bu bizim Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesinde görevli iki patoloji uzmanı arkadaşımız tarafından yapıldı ve önümüzdeki haftalarda olacak Ulusal Patoloji Kongresinde sunulmak üzere hazırlandı. Bu 14 soruluk bir anket çalışması. 212 kişi katıldı bu çalışmaya. Bunlardan %53'ü üniversite hastanesinde, %35'i eğitim araştırma hastanesinde,%9'u eğitim araştırma üniversite hastanesinde, diğer %9 da özel üniversite hastanelerinde. Sonuçlara baktığımızda çok büyük oranda, %92.9 oranında patoloji uzmanları… Şunu söylemeyi unuttum, ankete katılanlar ilk 5 yılının içindeki patoloji uzmanları ve patoloji asistanları. Bunlar %92 oranında asistanlık eğitim programı içerisinde adli patolojinin yer almadığını doğrulamışlar. Sadece %13.8'i 1-2 ay süreyle bir dış rotasyonla Adli Tıp Kurumunda adli patoloji eğitimi verildiğini söylemişler. Yine büyük bir oranı %84.8'i de adli patolojinin uzmanlık eğitimine katılması gerektiğini belirtmişler. Anket çalışmasına katılan patoloji uzmanlarının da adli patoloji konusunda aslında çekinceleri var. Kendilerini çok yeterli görmedikleri alanlar var. Bunların başında da santral sinir sistemi patolojisi ve kardiyovasküler sistem patolojisi olduğunu söylemişler.

Şimdi genele bakacak olursak, adli tıp uzmanı otopside makroskopi eğitimi alıyor. Ama post-mortem histopatoloji eğitimi almıyor. Patoloji uzmanı açısından baktığımızda otopside yetersiz olsa da genel patolojide makroskopi eğitimi alıyor ama onun da post-mortem histopatoloji eğitimi yetersiz. Dolayısıyla bu iki alandaki eksikliklere topluca baktığımızda post-mortem histopatoloji yan dal eğitimine ihtiyaç olduğunu görüyoruz. Bu konuda çok fazla bir şey söylemek istemiyorum az önce hocamız söyledi adli patolojini dünyadaki durumu. Bütün ülkelere baktığımızda ABD'ye Almanya'ya, İsviçre'ye, Belçika'ya, tüm gelişmiş ülkelerde adli patoloji eğitimi var ve anlamlı sürelerde adli patoloji eğitimi alıyor hekimler.

Yine ülkemizdeki duruma dönecek olursak adli otopsiler, patolojik otopsilerin hemen hemen erişkin otopsilerin olmadığını, günümüzde yapılmadığını söylemiştik. Adli otopsilerin yapıldığı merkezler bildiğiniz gibi Adli Tıp Kurumu Başkanlığı ve Adli Tıp Grup Başkanlıkları. Aslında anlamlı sayıda otopsiden histopatoloji örneği alınıyor ve histopatolojik inceleme isteniyor. Ben 2021 yılı verilerini aldım İstanbul'dan. İstanbul'da yapılan otopsi sayısını 5.353 olarak verdi Morg İhtisas Dairesi Başkanımız. Bu otopsilerden 4.106'sında histopatolojik inceleme yapıldığını biliyoruz. Önemli bir sayı genele baktığımız zaman.

Şimdi ben çözüm önerilerini paylaşmak istiyorum. Neler olabilir, neler yapabiliriz, neler düşünebiliriz bu konuyla ilgili? Adli patoloji yan dal eğitimini verecek kurumun Adli Tıp Kurumu olması gerektiğini düşünüyorum. Öncelikle bu yan dal programının başında tabii ki yan dal eğitim amacının belirlenmesi daha sonra teorik ve pratik olarak eğitim programının hazırlanması, eğitim sorumlularının belirlenmesi ve eğitim verecek kişilerin kriterlerinin belirlenmesi olmalı başlangıçta. Şimdi biz beyin jimnastiği yaptığımızda hem adli tıp uzmanları için hem hematoloji uzmanları için eğer böyle bir süreç olursa nasıl ilerleyebileceği konusunda bir taslak metin hazırladım. Adli tıp uzmanları için düşündüğümüzde, eğer yan dal süresini 3 yıl olarak düşünürsek adli tıp uzmanlığı eğitimi almış ve adli patoloji yan dal eğitimi almak isteyen hekimler patoloji uzmanlık eğitimi veren bir kurumda yaklaşık 1 yıl gibi bir süre patoloji eğitimi almalılar diye düşünüyorum. Ama patoloji eğitimi tabii ki materyalimiz cerrahi patoloji olduğu için bu kurumlarda cerrahi patoloji üzerinden olacak genel patoloji eğitimi. Eğer ki bu süre 2 yıl olarak belirlenirse, buna karar verilirse o zaman da 6 aylık gibi bir süre olabilir diye düşünüyorum. Daha sonra da 2 yıl gibi bir süre yani 3 yıl olarak düşündüğümüzde tümünü Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi Histopatoloji Şubesinde hem teorik eğitim hem makroskopi hem mikroskopi eğitimi alması gerektiğini düşünüyorum. Eğer dediğim gibi yan dal süresi 2 yıl olarak belirlenirse bu süre o zaman Adli Tıp Kurumunda geçireceği süre 1,5 yıl olarak düşünülebilir. Şimdi bu eğitimi almış olan hekimler bence adli otopsilerin önemli bir kısmına, makroskopik ve mikroskopik olarak tanı koyabilirler. Tanıda eğer zorluk yaşanırsa ki yaşanacaktır mutlaka, o zaman da konsültasyona başvurulabilir. Bu bir kurum içi konsültasyon ya da kurum dışı konsültasyona başvurularak çözümlenebilir diye düşünüyorum. Eğer süreç patoloji uzmanları üzerinden ilerlerse o zaman patoloji uzmanlık eğitim programında öncelikle, konuşmamın başında adli patoloji eğitiminin aslında patoloji uzmanlık eğitimi içerisinde yetersiz olduğundan eksik olduğundan bahsetmiştim, bunun giderilmesi öncelikli olmalı. Patoloji uzmanlık eğitim programında bu adli patoloji eğitimi yer almalı ve önemli bir süreyle yer almalı. Daha sonra bu temel eğitim almış olan patoloji uzmanları yine adli otopsilerde makroskopi ve mikroskopi eğitimini yine Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi Histopatoloji Şubesinde yapacakları rotasyonla kazanabilirler. Bu örneğin 2 yıllık bir süre içerisinde düşünülürse 6 ay otopsi, genel otopsi ve makroskopi eğitimleri olabilir. Bunun 1,5 yılını da post-mortem histopatoloji olarak yapılabilir diye düşünüyorum. Bu konuda bence öncelikle adli tıp ve aslında çok fazla örtüştüğümüz alan var bu konuyla ilgili de yan dal konusuyla ilgili de adli tıp ve patoloji derneklerlerinin işbirliği önemli. Masa başı görüşmeleri önemli.

Daha sonra da yan dal uzmanlık yönetmeliğinin içinde adli patolojinin de yer alması için şu anda tıbbi patolojinin içerisinde resmi olarak belge alabileceğiniz tek dış yan dal histopatoloji. Aynı onun gibi adli patolojinin de bu programın içinde yer alması için yapılacak düzenlemeler önemli. Adli Tıp Kurumu Yönetmeliğinde de adli patoloji yan dal verilebilmesi için yapılacak düzenlemeler. Bu konuda başkanım fikirlerini söyleyeceklerdir. Bu şekilde ben bir çözüm yoluna gidilebileceğini düşünüyorum.

Benim söyleyeceklerim bu kadar teşekkür ediyorum.

Ahmet Nezih KÖK (Moderatör):
Hocamıza sunumu için teşekkür ediyoruz. Zamana uyduğu için de özellikle teşekkür ediyoruz.

Şimdi tabi hocalarımızın, konuşmacılarımızın özellikle bazı konulardaki fikirleriyle birlikte TUKMOS ile ilgili, müfredat programıyla ilgili, uzmanlık eğitimimizle ilgili görüş almak isteyen arkadaşlarımız olacaktır. Herkes kendisini lütfen tanıtsın ve daha sonra da fikirlerini iletsinler. Mikrofonu Abdi Hocam aldı buyurun hocam.

Abdi ÖZASLAN (Tartışmacı):
Sayın Başkanıma, konuşma yapan tüm öğretim üyesi arkadaşlarıma çok teşekkür ederim. Gerçekten ülkemiz açısından ve alanımızın geleceği açısından önemli bir konuyu bugün tartışma fırsatı buluyoruz. Şunu net ve açık bir şekilde ifade etmem gerek, yan dal konusunda benim herhangi bir endişem yok. Olmazsa olmazımız artık bu. Belki bundan uzun bir süre önce bu alanda daha sınırlı sayıda insanlarla bu yan dalı düşünmemiz biraz zordu. Mehmet Hoca'nın söylediği 1999'daki o toplantıda kendimizi şöyle bir gözden geçirdiğimizde bazı şeyleri bizim için hayal gibi görülse de bugün artık gerçekleşiyor. Bunu ifade ettikten sonra Alpay Hocama dönmek istiyorum.
Şunu önermek istiyorum, bir durum var yani bir olay var. Herhangi bir uzmanlık alanına girmeyen bir olay. Bununla ilgili sizden görüş istiyorum. Bu durumla ilgili kim karar verebilir? Daha açık söyleyeyim. Yazı ve imza incelemesi gibi bir konu. Türkiye'de bu konunun uzmanlığı ile ilgili bir şey yok. Bu konuda kim görüş bildirebilir sorusu size geldiğinde buna nasıl bir yanıt verirsiniz?

Peşinden bir soru daha bağlantılı olarak. Böyle bir şeyde eğer o alanla ilgili çalışan bir alan yoksa bu alana yakın birileri varsa bu alanda hizmet vermeye hazırsa muhtemelen o bu işi yürütecektir. Burada o insanların bir eğitim alması gerekecek, bu eğitimin yapılanmasının nasıl şekillenmesi gerekir?
Teşekkür ediyorum.

Alpay TUNCAR (Konuşmacı):
Sayın Hocam sorunuz için teşekkür ederim.

Öncelikle uzmanlık eğitiminin sınırlarını tam çizmemiz lazım. Biz neyiz, ne olmamız gerekiyor ve nereye gitmemiz gerektiği konusunda sınırlarımızı iyi çizebilmemiz lazım. Neden? Sınırlı olmayan yetki de insanın başına beladır. Biraz önce bahsettiğiniz yazı incelemesi vb durumlarla ilgili bildiğim kadarıyla önceki sunumlarda Emniyet ve Jandarma'nın buna yönelik laboratuvarları ve kendilerinin oluşturduğu hatta Polis Akademisinden çıkan buna uygun akademisyenler de var. Kendi kriminolojik yapılanmaları da mevcut. Şimdi biz kriminolog mu olmak istiyoruz, adli tıp uzmanı mı olmak istiyoruz ne olmak istiyoruz? Bizim şu andaki sıkıntımız arkadaşlar, ben bunu açık yüreklilikle söylemek istiyorum biz şu anda mevcut müfredatımızdki en temel konulardan biri olan otopsiyi bile yaptırıp yaptırmama konusunu tartışırken daha farklı alanlara girmenin ne kadar doğru olduğunun tedirginliği içerisindeyim.

Neden? Dört yıl adli tıp uzmanlığını bitirmiş bir asistan 'Ben hiç otopsi görmedim' diyebiliyor. Hocam izninizle kusura bakmayın böyle gerçekler de var. Tama adli psikiyatri olması lazım adli patoloji olması lazım, adli genetik olması lazım, olması lazım, olması lazım… Sınırımızı iyi bilmemiz lazım bu bir.

İkincisi de bizim şu anda müfredatımızın uygulanabilirliğini tüm kurumlarda eşit statüye getirip ondan sonra bunları tartışmanın daha doğru olduğunu düşünüyorum. Çünkü şu anda adli tıp uzmanlığının temel müfredatındaki en temel konularından biri adli otopsidir bunun bile yapılmadığı eğitim kurumlarımız var. Tamam, biz adli patoloji koyduk, biz bunun sürekliliğini, sürdürülebilirliğini sağlayabilecek miyiz? Temel anadaldaki konuda bile aksaklık yaşarken… Önce bizim bunun bir birlikteliğini sağlamamız lazım.

Bu birliktelik nasıl sağlanır? Eğitim kurumları olur, Adli tıp Kurumu olur, Sağlık Bakanlığı olur herkes bir araya gelir. Ortak paydaşlarla bunlar çözümlenir. Öncelikle anadaldaki almamız gereken yetkinliklerin tam manasıyla eğitimini alabilir potansiyele getirdikten sonra diğer konuların tartışılabilir pozisyona gelmesini daha etkin ve efektif olacağını düşünüyorum açıkçası. Artı belki hoş olmayabilir ama bir TUK üyemizin şöyle bir yorumu var kendi branşı için söylüyor 'Ben Rambo yetiştirmiyorum' diyor. Mutlaka sınırı olmak zorunda. Şimdi Rambo'yu biliyorsunuz bir uçak kullanır bir helikopter kullanır bir denizaltı kullanır her şeyi yapıyor. Ben Rambo yetiştirmiyorum sınırları olması lazım. Sınırımızı da mutlaka bilmemiz gerekiyor. Çünkü bu sınırı aştığınız zaman adli sorumluluklarımız çok fazla artacak. Bunun karşılığında neyle karşılaşacağımızı daha iyi bilmemiz lazım.

İkinci olarak da şunu söylemek istiyorum. Hocam bahsetti biraz önce Adli Tıp Akademisinden bahsetti bir konuşmasında. Zaten şu anda akademik kadrolarımız akademik bünyemiz var. Buna yeni paydaşlar eklemek bunun çözümü mü değil mi tartışılır. Bunu sizlere bırakıyorum. Bir şey daha eklemek istiyorum. Tıpta Uzmanlık Eğitim Yönetmeliğinde herhangi bir şu yandaldır şu anadaldır diye geçmez. Bütün yandallarımız, anadallarımız, uzmanlık branşlarının tamamı 1219 Kanunumuzda geçer ve burada vardır. Tıpta Uzmanlık Kurulunun ise anadal ve yandal gibi yeni başvurularda sadece görüş bildirme yetkisi vardır. Bunun kararını alma yetkisi yoktur. Sadece görüş bildirir, kanun hazırlanır, meclisten çıkar, meclisten çıktıktan sonra kanun haline gelir. Bunun haricinde yeni bir uzmanlık alanı ihdas edilemez. 1219 Kanununa işlenmesi gerekiyor.

Artı ben de acil tıp uzmanıyım, benim alanım da çok geniş. Yani sizi aslında çok iyi anlayan birisi açıkçası bizim branşımızdır. Neden? Ben doğum da yaptırıyorum, yeri geliyor otopsi de yapıyorum, yeri geliyor olay yerinden ceset çıkarmak zorunda da kalıyorum. Yaptığımız bir çok olay oluyor yeri geliyor

amputasyon yaptığım da oldu, resüsitasyon yaptığımız da oldu, aorta klemp koyup açık kalp cerrahisi sahanın içerisinde helikopterin içerisinde bile yaptığımız oldu. Yani ben sizi çok iyi anlıyorum ama bu kadar sınırsızlık hakikaten zorluyor çünkü bu kadar bilgiye bir insan sahip olamaz. Acil tıp uzmanı aynı zamanda çok iyi bir toksikologdur örnek veriyorum kendi açımdan söylüyorum. Çok iyi bir toksikolog olması lazım. Çok iyi bir kadın doğumcu olmanız lazım. Aynı zamanda post-mortem sezaryen yapma yetkisine sahibiz onu yapabilmesi lazım. Kadın doğumcu oluyor doğum yaptırıyor, CPR yaptırıyor. Ama bir cildiye uzmanı örnek veriyorum karşılaştığımız tablo 'Ben CPR yapmayı bilmiyorum' diyebiliyor. Ama biz diyemiyoruz. Adli tıp uzmanları da adli makamlardan gelen görüşleri sizin de anladığım kadarıyla 'Biz bunu bilmiyoruz diyelim mi demeyelim mi' diye soruyorsunuz anladığım kadarıyla bazı noktalarda. Bundan önceki değerlendirmeler vb değerlendirmelerde bunları da yandallaştıralım, yandallaşan kişiler mi yapsın kısmına giriliyor anladığım kadarıyla. Ama konuşmamda söyledim aslına bakarsanız siz zaten doğal olarak kendi aranızda ihtisaslaşmaya gitmişsiniz.

Hep şöyle örnekler vardır. Üniversitemizde ortopedi kliniği vardır. Ortopedinin herhangi bir yan dal var mı? El cerrahisinde bir tartışma vardı onun dışında yok. Ama hocaların her biri ortopedinin bir alanında kendisini ihtisaslaştırıyor. Onu da bırakın sahaya inin ikinci basamak devlet hastanesinde 5 tane genel cerrah var birisi daha çok safra kesesi ameliyatı yapıyor birisi daha çok hemoroid ve kist ameliyatları yapıyor. Kendi aralarında zaten insanlar da bu kadar yetkiyi götüremedikleri için kendilerini sınırlıyorlar zaten doğal olarak sınırlıyorlar. Siz de bu yola gitmişsiniz. Bunun adını uzmanlıkta branşlaşma, bir sertifikasyona döndürelim mi?

Orada da soru işareti var. Neden? Ülkemizde endoskopi uygulamaları genel cerrahi uzmanları tarafından getirildi, Türkiye'ye oturtuldu ama biz şuan şunu tartışıyoruz 'Genel cerrahi endoskopi yapamaz.' İki gün sonra adli psikiyatriste bir dava açıp 'Adli tıp uzmanı adli psikiyatri raporu dolduramaz' diyebilir mi? Şu anda sayımız az problem yok ama bunun 20 yıl sonrasında biz şunu tartışacağız 20 yıl sonra; genel cerrahi örnek veriyorum cerrahi onkoloji yan dal var, gastrocerrahisi yan dal var bi de şey talebi var endokrinolojik cerrahi yandal talepleri var. O zaman geriye ne kaldı genel cerrahinin yapacağı işlem? Sadece fıtık ameliyatı. Başka bir ameliyat yapabilecek mi? Yok. Ya anadalımızı öldüreceğiz tamamen her şey yandala dönecek ya da anadalımızı daha da kuvvetlendirip yan dal bunun üzerine kurgulamamız lazım. Bir, anadaldaki bir uzman yan dalda yapılan her işlemle ilgili bir yetkinliğin olması gerekiyor. Düzeyinin farklılığı olabilir. Birisi 4 düzeyde yapar ekip çalışmasıyla yapabilirken birisi bunun komplike olmayan vakalarda yapabilir gibi sınıflandırılması lazım. Şimdi burada kurgumuzun bu olması lazım.

İkinci olarak da doktora programlarından bahsetti sayın hocam. Hocalarımın konuşmalarını da baya bir soru olarak not aldım ben toplu olarak onları cevaplayayım dedim. Mesela şu anda bizim yaşadığımız en büyük sıkıntılardan bir tanesi diş hekimliği. Diş hekimliğinde fakültenin birisi kalkıyor ortodonti üzerine doktora programı veriyor. Sonra bu kişi bitiriyor geliyor 'Ben ortodonti uzmanıyım' diyor. Ben de diyorum ki ortodonti aldığın doktora programını hangi konu üzerine yaptınız? Hangi bilimsel çalışma üzerine yaptınız? Bunu belgelendirir misiniz diyorum. 'Ben ortodonti üzerine yaptım' diyor. Ortodonti diye uzmanlık adı altında bir doktora programı düzenlenemez. Spesifik konular üzerine düzenlenir.

Örnek veriyorum toksikolojiden, adli toksikoloji diye bir doktora programı olamaz. Adli toksikoloji, metanol intoksikasyonunda alkol enzimlerinin bilmem ne işte substrat üzerindeki etkisi üzerine bir çalışma. Yani Avrupa'da Amerika'da düzenlenen doktora programlarının bir çoğu böyle spesifik konular üzerine. Sonra adli bilirkişi olarak tayin edilmek istenen bu kişi adli toksikoloji üzerine bilgi veremez. Ne üzerine verebilir sadece, o yaptığı çalışma üzerine bilirkişilik raporu düzenleyebilir. Doktora programlarının böyle olması gerekirken maalesef ülkemizde uzmanlık eğitimi düzenlenirken o ad altında doktora programları düzenlenmekte. Bu belgeleri biz bakanlık olarak kesinlikle kabul etmiyoruz. Hiçbir şekilde uzmanlık belgesine dönmeyecekler ve bu yetkinliğe sahip olamayacaklar. Çünkü doktora belgesi kişiye yetkinlik kazandırmaz. Sadece akademik ve bilimsel aktivite açısından bazı beceriler kazandırır. Ama yetkinlik kazandırmaz. Bunun net çerçevesini çizmemiz lazım. Biz doktora programlarını destekliyoruz mutlaka olmalı ama dediğimiz çerçevelerde olması gerekiyor. Şu anda adli tıp doktorası diye bir doktora düzenleseler ve buna tıp dışı biyologlar vb herkes katılsa adli tıp belgesini alsa bunu kabul eder misiniz? Var. Kabul ediyor musunuz? Yok. Biz bazı şeyleri isimlendirirken, bazı şeyleri tanımlarken kanunun ve mevzuatın çerçevesinde hareket etmemiz gerekiyor. Ama şuan bizim en büyük sıkıntılarımız doktora programlarına nasıl girişler yapıldığını sizler benden daha iyi biliyorsunuz. Ama biz en azından TUS ve benzeri sınavlarla herkesi eşit bir sınavdan geçirip herkesce ulaşılabilir hale getirmeye çalışıyoruz uzmanlık eğitim programlarını. Uzmanlık eğitim programları şuan için Uzmanlık Eğitim Belgesi dışında o uzmanlıkla ilgili yetkinlik kazandıracak herhangi bir belge yoktur.

Artı, özel yetkiler kazandıran bazı sertifikasyon programlarımız vardır bizim Sağlık Bakanlığı olarak düzenlediğimiz ve sağlık camiasında yetkinlik kazandıran tek belgelerin olduğu bakanlık onaylı, planı, programı, çerçevesi her şeyi olan eğiticilerine kadar her şeyi olan, 3 yılda 5 yılda bir de sertifikasyonu olan örnek veriyorum diyaliz hekimliği gibi buna benzer sertifikasyon programlarımız var. Bunun dışında yetkinlik kazandıracak herhangi bir programımız yoktur. Enstitüler, benzeri yerler, biz YÖK ile de görüştük bu konuyu. Uzmanlık eğitimi verilen dallar adında doktora programları düzenlenmemesi şeklinde. Bunlar da yazmasına rağmen yine de düzenleniyor. Anlam veremiyoruz. Bu konu böyle.

Eğitimi kim verecek? Hocamın sorduğu sorulardan birisi buydu. Hocam zaten öncelikli olarak yandal ve bu gibi ihtisaslaşma olayları kendiliğinden spontane şekilde gelişiyor. Ama önce maturasyonu tamamlamamız gerekiyor. Erken doğum olursa hani küvöze koyamayız bir bunu. Maturasyonumuzun tam olması lazım. Maturasyondan kastım ne? Hocam miadında doğum olması lazım. Olması gereken özellikle ana sıkıntılarımızı gidermek. Maturasyonu tamamladıktan sonra zaten biraz önce bahsettim size zaten siz kendi içinizde bu ihtisaslaşmayı bütün branşlarda olduğu gibi başlamışsınız. Başlamışsınız zaten. Bu kendiliğinden gelişen bir şey zaten insanın doğasına uygun olan

bu. Çünkü bir insan bu kadar bilgiyi bir arada tutamaz. Çünkü ben acilde nöbetçiyken bir vaka geliyor açıyorum kitaptan okuyorum. Alkol intoksu geliyor açıyorum kitaptan okuyorum. Çok iyi bir toksikolog olsam bile. Hatta bazen 114 Zehir Danışmayı arıyoruz, onlar da sadece işleri bu olmasına rağmen bir dakika hocam deyip kaynaklardan buluyorlar. Bu konuda çok uzman olmalarına rağmen bize böyle bilgi veriyorlar. Yani hocam sınırsız bilgi de kontrol edilebilir bir şey değildir. Bu konuda da biraz kontrollü hareket etmemiz gerekiyor açıkçası.

Yandal, dediğim gibi tehlikeleri var. Anadalı öldürme gibi. Anadala sıkıntı oluşturabilecek pozisyona gelebilir. Şu anda da birçok branşta bu gelişti. Yani ben size şunu söyleyeyim artık o kadar fazla yandalcımız var ki bazı üniversitelerde 100 tane pediatri hocamız var 1 tane anadalcı yok. Hepsi yandalcı. Çocuklar anadal eğitimi almadan mezun olmak zorunda kalıyorlar. 96 tane pediatri hocasının olduğu yerde 1 tane anadaldan pediatri yok ve 18 ay bunlar anadal eğitimi almak zorundalar. Şimdi bunlara dikkat ederek maturasyonu tam tamamladıktan sonra spontan doğumla miadında bir doğumla olması yandallarınız talepleri konusunda daha doğru olduğu düşüncesindeyim ben açıkçası.

Ekin Özgür AKTAŞ (Moderatör):
Teşekkür ederiz hocam.

Mehmet TOKDEMİR (Konuşmacı):
Hocam, ben Sayın Alpay Hocamdan bir şey rica edebilir miyim? Hocam siz ekip olarak acil tıp yan dalları ile ilgili tartışıyorsunuz ve bu konu ile ilgili çalışmalarınız var. Sizden destek istiyoruz. Çünkü bizi acil anabilim dalı hocası olarak bizi en iyi anlayan anabilim dallarından birisi sizsiniz, ikincisi de yetkili birisiniz. Bizim yandallarımızın olması aslında karmaşayı ortadan kaldırmaz mı? Yani bu genel yetersizliği de ortadan kaldırmaz mı? Yani yandallarımız bizim için bence lüks değil, yan dallarımız olmalı diye düşünüyorum ben.

Alpay TUNCAR (Konuşmacı):
Hocam, olmasın demedim. Sadece matürasyonu tamamladıktan sonra olsun çünkü ana dalımızda daha otopsi yapmayan kliniklerimiz varken böyle bir adım atmak, yani önce sıkıntıları gidermemiz gerek.

Mehmet TOKDEMİR (Konuşmacı):
Öyle bir anabilim dalımız yok hocam. Çünkü rotasyonumuz var..

Ekin Özgür AKTAŞ (Moderatör):
Ben karşılıklı geçmesin diye araya giriyorum çünkü daha sorularımız olacak.

Bakın tekrar söylüyorum aslında Alpay Hocamla benzer düşündüğüm temel alan şu, çok sık yaptığımız, sahada inanılmaz derecede çok rapor çıkardığımız cinsel saldırı muayeneleri, maluliyet raporları ya da tıbbi uygulama hataları gibi konularda dahi ÇEP'imizde girişimsel hedefimiz olmadığı için yetkimizin olmadığı bir durumdayız. Aslında böyle bir yetkimiz yok. Çünkü ÇEP'ten doğan kanuni bir yetkimiz yok ama fiili olarak böyle bir fiili hizmet sunduğumuz bir ortamda bunun yan dallarının mutlaka tartışılması gerekiyor adli tıpta. Mutlaka bu konularda yetişmiş, profesyonel daha iyi standartlarda hizmet verenler olması gerekiyor ama önce uzmanlık eğitiminin bence taşlarının iyice dengeye oturması ve üzerine matürasyonu sağlandıktan sonra gitmesi söz konusu olabilir.

Ben Faruk Hocama söz vereceğim kendisi erken ayrılacak. Hocam kısa kısa katkılar olursa çok sevinirim. Aslında biz soru değil de sizin düşüncelerinizi merak ediyoruz. Kısa katkı sunarsanız çok sevinirim.

Faruk AŞICIOĞLU (Tartışmacı):
Şimdi ben bu alanda çok emek sarf etmiş birisi olarak kendi bireysel görüşümü söyleyeceğim. Söyleyeceklerim toplantıyı hevesle dinleyen genç arkadaşların belki hoşuna gitmeyebilir. Çünkü ben onların yaşındayken farklı düşünüyordum şimdi farklı düşünüyorum. Onların yaşındayken adli tıp uzmanlık alanının sadece tanatoloji çalışanların kendini iyi hissettiği –ki halen ek bir donanımımız yoksa bu konuda aynı düşünüyorum- ve bir nebze de klinik adli tıp çalışan adli tıp uzmanlarının kendini iyi hissettiği bir alan olduğunu düşünmekteydim. Malum olduğu üzere alanımız multidisipliner bir alan; saydıklarımın dışında kalan, ancak sıklıkla bilirkişilik yaptığımız adli toksikoloji, adli genetik, adli belge inceleme alanları için bir adli tıp uzmanının formal eğitimine ilaveten çok fazla bilgi ve deneyim elde edilmesi gerekir.

Örneğin, panelistler tarafından gündeme getirilen adli genetik alanını konuşalım. Bilindiği gibi adli genetik dünyanın en gelişmiş ülkelerinde dahi ayrı bir uzmanlık alanı değil. Genellikle biyoloji kökenli uzmanlar adli biyoloji ve adli genetik laboratuvarlarında tercihen çalışıyorlar. Birçok ülkede bu uzmanlar adli genetik alanında hizmet üretip görüş bildiriyorlar. Bu uzmanların adli tıbbi bilgilerinin yetersiz olduğu söylenebilir. Aralarından bazıları adli bilimler yüksek lisansı veya doktorası yaparak bu eksikliklerini gidermeye çalışıyorlar. Tam tersine dünyada az sayıda olmakla birlikte adli tıp alanında çalışan hekim kökenli bilim insanlarının bu eğitimlerinin üzerine biyoloji veya genetik doktorası yaparak adli genetik alanında faaliyet gösterdikleri de bilinmektedir. Yine konuşmacılardan Finlandiya örneğini veren oldu. Finlandiya'nın Adli Genetik alanında tanınmış bir bilim insanı olan Prof. Pekka SAUKKO bahsettiğim şekilde Adli Tıp üzerine biyoloji alanında doktora yapanlardan birisi. Ben de ülkemizde adli tıp uzmanı ve hatta adli tıp doçenti olduktan sonra tıbbi biyoloji ve moleküler genetik doktorası yapan birisiyim. Doktora yapma ihtiyacını Adli Tıp Kurumunda Biyoloji İhtisas Dairesi Başkanlığı yaparken hissettim.

Sevgili gençler tıp doktoru unvanının yanına Ph. D unvanını almak dünyada çok geçerli bir şey. Bu da sadece teorik eğitim ile değil hakikaten bir adli genetik, adli toksikoloji laboratuvarına girerek, tüm laboratuvar süreçlerini bizzat uygulayarak olur. Yani bazı doktora programlarında gördüğümüz gibi adli toksikoloji ya da adli genetiği zipleyerek –çok kısa sürede- efendim kolay olsun bizim problemimizi çözsün diye doktora yaparlarsa alınması gereken neticeye hizmet etmez.

Adli toksikoloji için konuşacak olursak, bu alanda donanım kazanmak isteyen bir adli tıp uzmanının ilk problemi adli toksikoloji mi yoksa adli kimya mı yapmalıyım olabilir. Eğer bu alan adli tıp uzmanlık alanına tanımlanacak bir yan dal olacak ise bu soru ilk çözümlenmesi gereken husus olmalıdır. Adli Toksikoloji ile adlandırılacak bir yan dal, hekim kökenli

bir adaya daha uygun olacaktır. Çünkü toksikoloji dediğinizde ilaç, madde, alkol, uyuşturucu madde, doping testleri gibi birçok hususun değerlendirmesi açısından hekimlik bilgisi gerekiyor, ama bu bilgiye ilaveten adayın mutlaka laboratuvara girip söz konusu maddelerin analizini yapan cihazları tanıması ve hatta kullanabilmesi, analitik kimya bilgisi alması elzemdir. Bu nedenle benim tavsiyem adli tıp uzmanı arkadaşlar uzun yolu tercih etsinler, hekim olarak doğrudan doktora hakkımız olmasına rağmen adli toksikolog olmak isteyenlerin kimya yüksek lisansı ile başlayıp sonrasında toksikoloji doktorası yapmaları en doğru tercih olacaktır kanısındayım.

Adli Genetik için de benzer şekilde biyoloji yüksek lisansı sonrasında genetik doktorası, alt yapının en sağlam olacağı eğitim modeli olacaktır. Böylece adli tıp uzmanı olan aday yüksek lisans ve doktora eğitimi sırasında söz konusu yeni disiplinlerin teorik temelini öğrenecek, laboratuvarını hazmedecektir. Eğer adli tıp uzmanlık alanına adli toksikoloji ve adli genetik alanlarını iki yıl sudelig yan dal olarak tanımlar isek kolay yolu seçmiş oluruz, ancak asla dünya ölçeğinde söz sahibi olacak adli toksikolog ve adli genetikçiler yetiştiremeyiz.

Belirttiğim gibi ben doğrudan doktora hakkımı kullandım, şimdi kendimi eleştiriyorum. Keşke yüksek lisansla başlasaydım. Yasemin Hoca burada mesela, o bildiğim kadarı ile halk sağlığı, işçi sağlığı vb. alanlarda birkaç yüksek lisans yaptı. Doğru olanı aslında bu. Akademisyen olarak çalışmayı planladığı alanı destekler eğitimler alarak, kendi lisans eğitimindeki bu alana ilişkin eksikliği gidermek.

Özetle söyleyeceğim şu, adli tıp uzmanları adli toksikoloji ve adli genetik çalışmak istiyorlar ise eğitimlerine ilaveten kimya veya toksikoloji, genetik veya biyoloji yüksek lisans ve doktora eğitimi almaları. Adli patolojinin ayrı bir yan dal olması yerine adli tıp uzmanlarının dört yıllık müfredatına mutlaka 12 ay ve hatta daha fazla patoloji rotasyonu koyulması ile kendi vakalarımızın büyük çoğunluğunu değerlendirebilir hale gelmemiz en makul çözüm diye düşünmekteyim.

Adli Psikiyatrinin yan dal olup olmaması konusuna gelince bu alanla ilgili psikiyatri branşı ile sürtüşme yaşayacağımızı düşünmekteyim. Psikiyatristler diyeceklerdir ki 'Efendim bu aday bitirdikten sonra ya genel psikiyatrist gibi çalışıp şakır şakır hasta muayene eder para kazanır ise…' Bu direnci giderebilmek amacı ile benim bir ara o dönemki kurum başkanlığına şu önerim olmuştu, 'Madem bazı alanlarda adli tıbbi bakış açısını da bilen klinik branş uzmanlarına ihtiyacımız var (buna nöroloji, ortopedi vb. eklenebilir), direkt Adli Tıp Kurumu özel bir mevzuatla adli tıp uzmanlarından bir kısmını söz konusu alanlarda 2 yıllık bir eğitim almak üzere bu kliniklere gönderebilir. Ancak mevzuatta şu taahhütte yer almalıdır: aday eğitimi bitirdikten sonra dışarda psikiyatrist, nörolog, ortopedist olarak çalışmayacak, sadece Adli Tıp Kurumunun bünyesinde bu konuda çalışacak. Örneğin, Dördüncü Kurulda psikiyatristlerle birlikte çalışan heyet üyesi olsun.

Bu kadar söyleyeceklerim, teşekkür ederim.

Ekin Özgür AKTAŞ (Moderatör):
Hocam çok teşekkür ederim.
Şimdi aslında ilk söz isteyen arkadaşımıza söz vereyim. Çok kısa bir şekilde fikrinizi soruyoruz.

Selçuk DAŞDEMİR (Dinleyici):
Ben Doçent Doktor Selçuk DAŞDEMİR. İstanbul Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı öğretim üyesiyim. 2014 yılından beri de Beşinci Kurulda raportör olarak çalışmaktayım. Dolayısıyla hem bir eğitici olarak hem de kurumun yapısını bildiğim için birtakım görüşlerim var. Umarız size de katkı sağlar.

Öncelikle bence şunun belirlenmesi lazım, insan kaynağını ne şekilde kullanacağımız önemli. Şimdi bir kişi tıpta uzmanlık eğitimi yapmış daha sonra adli tıp uzmanı olmuş, sonra bir de yan dal olarak adli genetik eğitimi alıp sadece bu alanda mı çalışması mı düşünülüyor. Eğer böyleyse bu insan kaynağı israfı olabilir. Yani bir hekimin illa ki bir eğitime gerek yok. Mehmet Hocam da söyledi. Yani bazı dallar var ki örneğin Fizik İhtisas Dairesi. Çok sevdiğim asistanlar da var. Erol Hocama da hep takılırım 'Hocam bu arkadaşları neden götürdünüz fiziğe, bunlar daha önemli işler yapabilir' diye. Yani bakış açımız mı yanlış bilemiyorum. Dolayısıyla önce bazı şeylerin belirlenmesi lazım. İlla ki bir işi yapabilmek için özellikle adli tıp çok geniş Ekin Hocama %100 katılıyorum yani bir adli bilimler lisans programı çok büyük sıkıntılara yol açar. Yani sadece Adli Tıp Kurumunda her türlü işi acaba adli tıp uzmanı bir hekim mi yapması lazım bu önemli bir husus. Bizim böyle bir insan kaynağı harcama lüksümüz olmadığını düşünüyorum. O zaman hastanelerde de kanı alan kişi hekim olsa daha iyi olur, hemşire ya da hekim bu işi yapsa daha iyi olur hatta öyle bir seviyeye geliriz ki güvenlik bile hekim olsa daha iyi olur durumuna gelebiliriz.

Ekin Özgür AKTAŞ (Moderatör):
Konuyu anladım hocam çok teşekkür ediyorum katkılarınıza. Hocam buyurun, lütfen kısaca görüşünüzü paylaşabilir misiniz?

Bülent ŞAM (Tartışmacı):
31 yıldır ölüm üzerine çalışıyorum. Aslında benim yaptığım iş adli tıp değil adli patoloji. Adli patoloji alanında çalışıyorum. Adli tıp çok genel bir başlık kabul. Tartışma konularımıza bakın maluliyet, belge inceleme dâhil bir sürü alt başlığı var. Bence de böyle bir lüksümüz yok hekimler olarak. Adli tıp uzmanı, kabul çünkü klinik alanlardan çok fazla ilgilendiğimiz konu var. Ama adli patoloji, bakın biz çok eskiden beri morgda çalışacak uzmanı -eskiden morgçu derdik- seçerdik herkesi almazdık. Çok ağır hatalar yapar, beceremez vs. Adli patoloji olmazsa olmazı. 4 yıllık eğitim üstüne 1 yıl ya da 1,5 yıl, 2 yıl en fazla mikroskopi eğitimi desteğini arttırarak çözmekte çok kolay. Ama bütün bu işleri yapabilecek tek yer var maalesef: Adli Tıp Kurumu. Üniversitelerin bu açıdan çok büyük handikapları var. Bu, teorik eğitimle çözülebilecek bir sorun değil. Hiç otopsi yapmamış adli tıp uzmanı, şuan mezun olanların çok büyük bir kısmı bu durumda. Adli patolog, adli toksikolojiden anlamazsa olmaz. Kimya kökenli bir arkadaşım post-mortem redistribüsyondan anlamak zorunda değil. Ama o benim sorunum. Bulunan miktar beni tatmin etmediğinde dönüp post-mortem redistribüsyon üzerinden değerlendirebilmem lazım. O yetkinlik de bende var. Adli toksikoloji üzerine doktora programıyla yine de çözülebilir ama bunu da çözebilecek tek yer Adli Tıp Kurumu maalesef.

Çünkü bu alanda laboratuvar olması lazım. Laboratuvar olmadan adli toksikoloji, adli patoloji üzerine konuşmak bile mümkün değil.

Adli psikiyatri alanında uzun süre çalışmış adli tıp uzmanları var ancak sayıları çok az.

Kişisel fikrimi söyleyeyim, psikiyatri ihtisası üzerine gelsin Adli Tıp Kurumunda Dördüncü Kurul, Altıncı Kurul, Gözlem İhtisas Dairesinde çalışırken yan dal olarak ihtisasını yapsın. Adli genetik kesinlikle bizim şu anki halimizle girmemiz gereken bir alan değil. Tıbbi genetikçiler varken hele. Bir adli tıp uzmanı olmanın katacağı çok fazla bir şey olmadığını biliyorum. Sahada genetik alanda, örnek almada uzunca bir süre çalıştım. Analiz kısmı ise analiz kısmında zaten eğitim almış büyük bir popülasyon var.

Ekin Özgür AKTAŞ (Moderatör):
Teşekkür ediyorum hocam.

Akif Hocam sizden de bir katkı alacağım. Akif Hocam buyurun değerli katkılarınızı bekliyoruz.

Mehmet Akif İNANICI (Tartışmacı):
Ağzınıza sağlık çok teşekkürler faydalı konuşmalar oldu. Alpay Hocamın burada bulunması önemli. Anladığım kadarıyla bu işin son noktası olarak kararı onlar verecek. Bunun yanında adli tıp öğretim üyelerimizin de olduğu TUK'a bağlı bir alt komisyon var, onlar da yoğun olarak çalışacaklar ve sonuca varacaklar.

Zaman zaman otopsi bilmeyen adli tıp uzmanı diye aramızda konuşulmakta. Adli tıbbı, temel olarak "yaşayanlar" yani klinik adli tıp ve "ölüler" yani adli tanatoloji olarak ikiye ayırıyoruz. Keşke Kemalettin Hoca burada olsaydı uluslararası uygulamaları anlatsaydı.

Dünyada adli tıbbi uygulamalarda (1) Anglosakson sistemi, (2) Kıta Avrupası sistemi bulunmaktadır. Anglosakson sisteminde Patoloji uzmanlık eğitimi üstüne 1 yıl veya 2 yıl sadece ve sadece adli patoloji eğitimi verilmektedir ve ölünün olay yerinden otopsi laboratuvarına kadar geçen süreçteki işlemleri adli patologlar tarafından yapılmaktadır. Peki, Kıta Avrupa'sı ne yapıyor? Onlar da olay yerine gidip olay yeri incelemesi içinde yer alıyorlar ve adli otopsi yapıyorlar. Onların eğitimi de 5 yıl örnek olarak Almanya'yı verebiliriz. Ama bazı Avrupa ülkelerinde doktora üzerinden Anglosakson sistemi şeklinde eğitim veriyorlar. Ancak Avrupa'da da şöyle bir şeye ihtiyaç bulunmakta, ülkelerindeki klinik adli tıp uygulamalarını kim yapacak?

Bir zamanlar İngiltere'de 'Police Surgeon' diye bir kavram vardı. Genel pratisyen hekim bir süre, cinsel istismar ya da cinsel saldırı alanında eğitim aldıktan sonra haftanın belli günleri ilgili merkezlerde cinsel saldırı ve cinsel istismar muayenesi yapmakta idiler. Dolayısıyla yukarıda verilen örnek eğitim sistemlerine benzer bir sistem ülkemizde bulunmamaktadır.

Ülkemizdeki adli tıp uygulamalarına baktığımızda her bir tıp kliniğinin adli uygulama alanındaki işini biz adli tıp uzmanları yapmaya çalışıyoruz. Yani dünyada maluliyet/özürlülük oranı hesaplayan (yukarıda örnek verdiğim sistemlerde eğitim almış) bir adli tıp uzmanı var mı bilmiyorum.

Dolayısıyla Alpay Hoca'nın "Adli tıp uzmanı iseniz adli otopsi uygulamasını bileceksiniz söylemi doğrudur. Ben buna bir ek yapayım. Post-mortem histopatolojiyi bilen adli tıp uzmanları yetiştirmeliyiz. Belki kendi içinde bu 5 yıllık adli tıp eğitimi yapılır ise, bu şekilde bir de adli tıp uzmanı yetiştirmemiz gerekmektedir. Adli Tıp Kurumunun tıp alanı ile ilişkili yaptığı görevlere baktığınızda; adli otopsiyi ve klinik adli tıbbi işlemleri (adli psikiyatri dâhil) yapabilen bir uzman yetiştirmek için adli tıp uzmanlık eğitimi (hem Adli Tıp Kurumunda hem de Anabilim Dalları açısından) yeniden gözden geçirilmelidir. Bazı konulara da dikkat çekmek isterim.

Dolayısıyla benim önerim şöyle, yan dal eğitimine eğer ihtiyaç olursa en azından post-mortem histopatoloji konusunda eğitim verilebilir. Ayrıca adli otopsinin yapılamadığı Ana Bilim Dallarında (bazı bölümler Adli Tıp Kurumu Başkanlığında görevlendirme ile çalışmaktadır) adli tıp tıpta uzmanlık eğitimi programlarında Morg İhtisas Dairelerine ihtiyacımız var. Şimdi Hoca dedi (Mehmet TOKDEMİR'e dönerek) 'Biz veriyoruz'. Doğrudur. Grup Başkanlığında çalıştığı için bu ifadeyi kullandı. Bazı Ana Bilim Dalları örneğin Çukurova, Süleyman Demirel, Muğla Sıtkı Koçman gibi, uzmanlık eğitimi verirken Kurum Başkanlığında görevlendirildiklerinden Morg İhtisas Dairesini eğitim için kullanabilmektedirler. Sağ olsun Adli Tıp Kurumu Başkanlığı Ana Bilim Dallarının teklifini kabul ediyor da, örneğin Marmara tıpta uzmanlık öğrencilerini dış rotasyon olarak Morg İhtisas Dairesine gönderebiliyorlar.

Son olarak şunu söyleyeyim, daha önce söylendiği gibi, salt eğitim veren ana bilim dalları ve tamamlayıcı olanlar gibi bir sistem olabilir. Tamamlayıcı olanlarda da bizim bir takım protokoller yaparak bu işleri halletmemiz gerekiyor.

Daha da ileri gidecek bir önerim var. Bir an önce Adli Tıp Kurumu Başkanlığının grup başkanlığı düzeyinde belli bir sayıya varması. Benim düşüncem 25 adet, bunun 4-5 tanesi İstanbul'da olmak üzere. Bu grup başkanlıklarında anabilim dalları öğretim üyeleri görevlendirilir ya da grup başkanlıkları üniversiteler ile işbirliğinde çalışabilir. İstanbul Anadolu Yakası Grup Başkanlığı açılacak, Marmara Üniversitesi öğretim üyeleri görevlendirme ile orada çalışabilirler ve eğitim verdiğimiz asistanım da 2 yılı Grup Başkanlığında, 2 yılı da klinik adli tıp alanında bölümümüzde çalışabilir. Grup başkanlıklarında salt adli tıp otopsi eğitimi verebilecek anabilim dalları oluşturma noktasına gitmemiz gerektiği görüşündeyim teşekkür ederim.

Ekin Özgür AKTAŞ (Moderatör):
Teşekkür ediyorum.

Yanlış anlaşılmasın diye söyleyeceğim. Tıpta Uzmanlık Kurulunun bizden talep ettiği ya da TUKMOS komisyonunun bir yan dal çalışması yok. Biz bu toplantıda yasa yetkinliği genişletme alanında yapılanma ile ilgili görev aldık. Çalışmaya uğraşıyoruz. Çok kısıtlı olmasına rağmen gece 12'ye kadar sadece 1 veya 2 başlıktan biz acaba bu yetkinliği hangi yoldan nereden nasıl kazandıracağımızı tartıştık komisyon olarak, Alpay Hocamın da katıldığı toplantıda gece 12'ye kadar tartıştık. O yüzden bizim şu anki temel amacımız adli uzmanlık alanında gelecekte ihtiyaç duyulması, gelecekte raporlamasına ihtiyaç duyulacak şeylerin olup olmaması ile ilgili fikir tartışması yapmak. Böyle bir yan

dal çalışmamız henüz yok. Böyle bir talep de yok böyle bir çalışmamız da yok. Ama böyle bir şeyin gerekli olup olmadığını tartışmak durumundayız. Adli tıp uzmanlarının çok geniş bir alanda faaliyet gösteriyor olması nedeniyle ortaya çıkan bazı kötü örneklerden dolayı. Bunu da bu toplantılar sırasında bazı alanlarla ilgili üzülerek gördük. Necmi Hocam siz buyurun sizin görüşlerinizi alalım.

Necmi ÇEKİN (Tartışmacı):
Çok kısa söyleyeceğim. Doğrudan konu adli bilimler alanında çalışan diğer bilim dallarıyla ilgili değil ama bu toplantının amacı nitelikli ve donanımı artırılmış kişiler ise birlikte çalıştığımız kişilerin donanımlarını arttırmak anlamında enstitülerin çok önemli olduğunu düşünüyorum. Enstitülerin ne durumda olduğunu ayrı bir panelde ele alabiliriz.

Sadece şunu söylemek istiyorum, hazır Başkan Bey de burada. Enstitülerde yüksek lisans ve doktora yapan insanların işe alımlarda Adli Tıp Kurumunda çalışması anlamında bir öncelemeyi öneriyorum. Belirli eğitimler almış, bilimsel çalışmalarda yer almış, yıllarca laboratuvarda çalışmış kişilerin istihdam edilmesi, yeni mezun-tecrübesi olmayan kişilere daha faydalı olur diye eklemek istiyorum.

Ekin Özgür AKTAŞ (Moderatör):
Çok teşekkür ederim. Aslında bu tür kongrelerde eğitim oturumları arttıkça, eğitimle ilgili altyapıyı da eğitimle ilgili düşünceleri paylaştıkça rafine etme şansı bulacağız. Hüseyin Hocam buyurun.

Hüseyin SARI (Tartışmacı):
Eğer yan dal uzmanlığı ile ilgili çalışma yapılacaksa bu konudaki görüşümü belirtmek istiyorum. Yan dal, belli bir branş üzerine hekimin prestijleşerek yeni bir uzmanlık alması şeklinde olarak düşünüyorum. Örneğin bir dâhiliye uzmanı nefroloji konusunda eğitim alarak nefrolog olarak uzman oluyor.

Şimdi bizim adli tıp uzmanlarının yan dal uzmanlığı alması nasıl olacak? Adli psikiyatri olarak konuştuk. Diğer branşlarda temel branş dahiliyedir, temel branş çocuk hastalıklarıdır bizde adli tıp uzmanı olan bir kişi adli psikiyatri uzmanlığını nasıl alacak? Yani bunu 2 senelik bir psikiyatri eğitimi ile adli psikiyatri uzmanı olacağını ben düşünmüyorum. Çünkü yan dal uzmanı olabilmek için psikiyatri uzmanlığı üzerinde belli bir süre adli tıp eğitimi alarak…

Ekin Özgür AKTAŞ (Moderatör):
Hocam bugün konuşacağımız konu aslında gereklilik var mı yok mu? İçerikle ilgili konuşmadık yani içerikle ilgili çok uzun toplantılar, akademisyenlerin katıldığı çok geniş toplantılar gerekir. Bizim ana temamız aslında gereklilik var mı yok tartışması. Yoksa bunların detaylarına her branş için girsek. Sanırım günler, haftalar, aylar sürer.

Hüseyin SARI (Tartışmacı): Baştan da eğer yan dal çalışması yapılacaksa diye belirtmiştim. Eğer yapılmayacaksa sorun yok.

Ekin Özgür AKTAŞ (Moderatör):
Tamam, teşekkür ederim hocam.

Buyurun sizin katkınızı alayım sonra da size de söz vereceğim.

Fatma Nuray CANSUNAR (Tartışmacı): Buradaki konuşmalarda miadına ulaşmak gerekiyor denmişti. Bence Adli Tıp Kurumu yeterince miadına ulaştı bu konularda. Gökhan Hocam da söyledi 1990 yılından beri adli psikiyatride çalışıyorum. O zaman Kriton Hoca adli psikiyatri yandalından bahsediyordu. Hatta Ayhan Hoca 'adli psikiyatri yandalı olmayacak sen git bir psikiyatri ihtisası da yap' demişti. O zamandan bugüne kadar bu sürekli konuşulan, tartışılan bir konu.

Ben buradaki konuşmalarda Bülent Hocama da Faruk Hocama da katılmıyorum. Burada zaten adli psikiyatri üst ihtisası yapınca dışarıda hasta görmek gibi bir durum olamaz, adli psikiyatride tedavi ile ilgili kısma karışılmıyor. Sadece ilaçları, dozları bilinir ki gelen hasta 'ben şizofrenim bunları kullanıyorum' dediğinde gerçek mi söylüyor, simülasyon mu yapıyor bunları değerlendirmek için ilaçlar biliniyor. Zaten para kazanmak istesek grafoloji yaparız, maluliyetle ilgili rapor yazarız, dışarda bilirkişilik yaparız. Yani bunun için bir üst ihtisas yapılmasına gerek yok.

İkincisi; adli psikiyatrinin, bu üst ihtisas kabul edilirse psikiyatri uzmanları için, adli tıp uzmanları için kim sorumlu olacak, kim eğitim verici olacak kim ne kadar ne eğitimi yapacak, kim ne kadar pratik yapacak o tabi daha sonra konuşulacak bir konu. Burada kısa sürede konuşulacak bir konu değil. Ben bunun da Adli Tıp Kurumunda son derece başarılı şekilde yapılacağına inanıyorum. Teşekkür ederim.

Ekin Özgür AKTAŞ (Moderatör):
Teşekkür ediyorum hocam.

Sırayla gideceğim, mikrofon verebilir miyiz oraya. Sizden de çok kısa şekilde toparlamanızı isteyeceğim.

Katılımcı 3:
Ben tıp eğitiminde dünyada iyi bir yerde olduğumuzu düşünüyorum. Uzmanlık eğitiminde de iyi bir yerde olduğumuzu düşünüyorum ama bazı eksiklikler olduğunu düşünüyorum. Biz Kâtip Çelebi Üniversitesinde otopsi başta olmak üzere otopsi başta olmak üzere çok iyi bir eğitim aldığımızı düşünüyorum.

Yan dal eğitiminde ise bazı konularda geç kaldığımızı, daha da hızlanmamız gerektiğini düşünüyorum. Mehmet Hocam dünyada adli tıp konusunda nasıl bir eğitim verildiğine değindi. Yan dal eğitiminde de hız kazanmak ve daha başarılı olmak için dünyanın izlenmesi gerektiğini ve bu konuda başarılı olanların nasıl başarılı olduklarını takip etmek gerektiğini ve onlardan görüş alışverişi gerektiğini düşünüyorum. Bu konuda da hocalarımın istekli olduğunu fark ettim ve bunu başaracaklarını düşünüyorum. Ama hız kazanmak için bazı hocalarımızın desteklenmesinin hız kazandıracağını düşünüyorum.

Ekin Özgür AKTAŞ (Moderatör):
Bu konuda bütün hocalarımız yoğun çaba gösteriyor teşekkür ediyorum.

Ben bir konuda bir yanılgıyı tekrar düzelteyim. Neredeyse 40 sene boyunca Grup Başkanlığını üniversitede yapmış bir anabilim dalında çalışan birisiydim. Bizim otopsi eğitimleri maalesef anabilim dallarında olmuyor. O yüzden grup başkanı olup aynı zamanda anabilim dalı başkanı olan hocalarımız şanslılar. Ya da

bu şekilde çalışan yerler çok şanslılar. Ama bizim otopsi ile ilgili, cinsel saldırı muayenesi ile ilgili bütün eğitim materyallerimiz Adli Tıp Kurumundan. Sağ olsun Adli Tıp Kurumu adli tıp uzmanlık eğitimini desteklemiyor olsaydı bugün Türkiye'deki hiçbir anabilim dalı ne kadar iyi, yetkin hocaya sahip olursa olsun adli tıp uzmanlık eğitimi verme şansına sahip olamazdı. Hepimiz Adli Tıp Kurumundan nasiplendik hepimiz onların sayesinde uzman olduk, onların sayesinde de çalışıyoruz. İsterseniz üniversitede profesör olalım şimdi yeni genç arkadaşlarımızın tamamını da onların olgularından onların rutinlerinden onların personellerinden onların eğiticilerinden her türlü faydalanarak yürütüyoruz. O yüzden bu konuda Adli Tıp Kurumunun hakkını teslim etmek gerek. Hepimize çok emeği geçmiştir.

Serhat Hocam buyurun.

Süleyman Serhat GÜRPINAR (Tartışmacı):
Teşekkür ederim.

Şimdi adli psikiyatri konusunda Türkiye'nin ne kadar adli psikiyatriste ihtiyacı var, kaç kişi? Çünkü Alpay Hocamızın dediği gibi aslında alanı daralttığımız zaman yan dala yöneldiğimiz zaman bu sefer yan dal ihtiyacımızın ne kadar olduğunu ortaya çıkarmamız lazım. Türkiye'deki ceza sorumluluğu ve hukuki sorumluluk ile ilgili konuların bilirkişilik isteği doğrultusundaki binlerce olgunun kaç adli psikiyatrist tarafından çözülebileceğini yani madem adli psikiyatrist var o zaman onlardan istememiz gerekir diye kısa vadede hani 50 tane 100 tane 1.000 tane adli psikiyatri uzmanı yetişinceye kadar üç tane yetiştikten sonra beş tane yetiştikten sonra olguların hep oraya gitmesi zorunluluğu ortaya çıkacak. Tabii ki bu bütün bir yüklenmenin, Adli Tıp Dördüncü İhtisas Kurulunun, Altıncı Kurulunun yaşadığı sorunlar gibi yüklenmenin, kaç ay sonraya randevular verildiği gerçeği gibi bu sorunu birkaç yetişmiş elemanın üzerine yıkmış gibi olacağız.

Ki hocamızın dediği yere geliyorum ben de; Burada 'adli tıp uzmanının gerçekten anlamı nedir ve işlevselliği nedir'i müfredatımızı belirlerken söylememiz lazım. Adli tıp uzmanının bir kere işlevselliğini ortaya koymadan ve 'adli tıp hizmetlerinde yeri nedir'i koymadan o zaman genel cerrahi ile ilgili rapor verirken adli genel cerrahi ihtisası gibi yerlere gitmemiz lazım. Adli KBB, adli göz yan dallarına kadar gitmemiz lazım o konuda rapor verecek isek. O bakımdan adli tıp uzmanının bu anlamdaki görev ve işlevselliğini fark edersek ki bence o da şudur; biliyoruz ki başta psikiyatristler olmak üzere patologlar ve diğer ana bilim dalları adli olaylardan hoşlanmıyorlar. Yani adli rapor yazmaktan hoşlanmıyorlar. Çünkü bu çok ayrı bir sorumluluk, ayrı bir yetkinlik ve bu yetkinlik nedeniyle de ona kendi klinik çalışmaları arasında bir zaman ayırmak ve bu sorumluluğu almak istemiyorlar.

İşte bizim işlevselliğimiz orada ortaya çıkıyor. Tabiidir ki tanatoloji ama onun yanında diğer klinik adli tıpta işlevselliğimiz budur. Bizim tabiidir ki bütün diğer branşlarla ilgili genel bilgimiz var, uzmanlık değil bu. Ancak diğer branşların yargı tarafından nasıl değerlendirilmesi gerektiğinin de katalizörüyüz. Bunu böyle gördüğümüz zaman tabii ki genel adli tıptan vazgeçmememiz lazım, alanımızı daraltmamamız lazım. Herkes yine istediği alanda spesifikleşebilir, kalifiye olabilir ama sonuçta bizlerin, Türkiye'nin ihtiyacı da bu. Her zaman söylüyoruz, yerel sorunu çözmemiz lazım. Evet, vakaların İstanbul'a gelmesi sorunun çözümü gibi gelebilir ama ne yazık ki yıllardır söylediğimiz büyük bir mağduriyete yol açıyor. Yargının yavaş işlemesine yol açıyor. Yani Hakkari'den, Kayseri'den, Elazığ'dan, Diyarbakır'dan, Trabzon'dan İstanbul'a göndermemeliyiz. Sistemi böyle kurmamız lazım. Oraya gönderdiğimiz adli tıp uzmanı ya da adli tıp öğretim üyesi oradaki diğer uzmanlık alanlarından konsültasyon alarak gerek heyet oluşturarak gerek konsültasyon bulgularıyla rapor yazmalıdır. Teşekkür ediyorum.

Ekin Özgür AKTAŞ (Moderatör):
Çok kısa cümlelerle sizin de katkınızı alalım. Son gün, denizin kenarında Antalya'da kongre yapıyoruz. Eğitimle ilgili oturumda bu kadar çok kişi var ben fotoğrafınızı çekmek istedim. Gerçekten kongrelerde inanılır bir durum değil ben salonun fotoğrafını şöyle hatıra diye çektim. Gerçekten desteğiniz için ve önemsediğiniz için çok teşekkürler. Son birkaç cümle sizin de katkılarınızı alalım.

Gökhan ORAL (Konuşmacı):
Ben biraz sataşacağım. Matürasyonun olup olmadığına kim karar verecek? Tabii ki bürokrasinin dataları çok daha fazla oradan karar verebilir. Matürasyonun gerçekleşip gerçekleşmediğine karar vereceklerden birisi de hâlihazırda adli tıp uzmanlık eğitimi alan hekim arkadaşlardır. Ya da taze uzman olmuş… Dolayısıyla onlar ufkuna bakınca ne görüyorlar gerçekten onlara sormak lazım. Çünkü biz zamanında rahmetli Şemsi GÖK'ün ufkuyla hareket etseydik şimdi bunu tartışıyor olmazdık burada. Çünkü kendisi patologdu aslen ve adli tıbbın ağırlıklı olarak patolojiyi adli patolojiyi çekiştirdi doğaldır.

Unutmayın ki eski ismi *Tababeti Adliye ve Ruhiyedir* bizim uzmanlığımızın. Yani uzmanlığımızın nereye doğru gideceğini onlar daha iyi biliyor olabilir. Onlar ne istiyor onu sormak lazım. Bir adli tıp uzmanının adli patolog olabileceğini ama adli psikiyatr olamayacağına karar verecek kişi de adli tıp uzmanı olmayacaktır tabii ki. Bu kadar.

Ekin Özgür AKTAŞ (Moderatör):
Sağ olun hocam. Buyurun.

Erdoğan KARA (Tartışmacı):
Ben tahsiliyet üzerinden gitmek istiyorum. Kişisel fikrim, bu kadar spesifikleşmenin olduğu bir ortamda bence kesinlikle şart. Özellikle adli patoloji benim alanım, orada büyük eksiklikler var. Üst kurullara kadar biz Türkiye'nin her yerinden vakaları da görüyoruz eksiklikler zaten deneyimsizlikten geliyor. Hocamızın da bahsettiği gibi ne kadar toplumun ortalamasının üzerinde bir karar verebiliyorsanız zaten o uzmanlaştırıyor.

Aynı şekilde yan dalın da böyle değerlendirilmesi gerekiyor. Alpay Bey'in bahsettiği matürasyon dediği benim orada gördüğüm bakış açısı bebeğin matürasyonu. Aslında bebekle birlikte bir anne var sistem var. Bu sistemin de matürasyonunun göz önünde bulundurulması gerekiyor. Biz sadece şu aşamada matürasyonumuz sekteye uğradı deyip yani gebelik gibi düşünürseniz kontrolleri bırakıp o bebeği bırakıyor musunuz, bırakmıyorsunuz. Tedavisine bakıyorsunuz, gelişimi ile ilgili süreçlere bakıyorsunuz sonunda da bir doğum meydana geliyor. Bizde meydana gelen doğumda meydana gelen şey ne? Uzmanlık. Kalifiye uzmanlık. Ama her gebelik bununla sonuçlanmıyor.

O yüzden ben üniversite bağlamında da şu şunu yapmıyor bu bunu yapmıyor demeyeceğim. O otopsi yapmıyordu ama maluliyet konusuna eğildi vs. Bunların hepsi aslında sistem olarak düşünürseniz Sağlık Bakanlığı var Adalet Bakanlığı var. Bu geri geri bildirimler sonunda kontrolleri sağlaması, bu kontroller sonunda sorun varsa da bununla ilgili çözümleri üreterek bu gebeliğin sağlıklı olduğunu garanti edecek bir standardizasyonu olacak. Bunlar ayrı konu ama bence en azından bu sistemin 20 yıl önce başlamış, şu an hala konuşuluyor. Türkiye'de her şey konuşuluyor ama uygulaması yok kontrolü yok denetimi yok onun için başka şeylerle uğraşılıyor. Benim için bakarsanız iş yüküdür başkası için farklı kaygılardır ama sonuç yine aynı şey oluyor. Bizim için bu sürecin en azından bazı prosedürlerin yazılması ve fiziksel olarak da uygulanabilir hale… Belki bir iki tane ile başlar ama bunun öncüsü olur. Bu şekilde devam ettirmek lazım.

Ekin Özgür AKTAŞ (Moderatör):
Ben, Tıpta Uzmanlık Kurulunun sıkı denetleme yapacağını, süreci takip edeceğini hatta doğan çocuğun sadece matürasyonun değil gelişim gösterip göstermediğine de bakacağını toplantılarda derinden hissediyorum. Yani bunun da yaptırımları olacak ciddi yaptırımlar da gelecek. Bunlar bir süreç, süreç de yaşanmadan bunları önceden söylemek gerginlik yaratıyor ama bir rafinasyon süreci bir eleme süreci geçireceğiz. Çok ısrarla söz istediğiniz için bir cümle söylerseniz. Buyurun. 1 cümle ama sizden çok rica ediyorum. Sonra toplantıyı kapatacağız.

Ahmet Nezih KÖK (Moderatör):
Uçaklarımız var arkadaşlar gidecek arkadaşlarımız var.

Senanur YAZICI (Dinleyici):
Elimden geldiğince kısa tutmaya çalışacağım. Senanur YAZICI, Anadolu Adliyesinden geliyorum hâkim adayıyım.

Şimdi programın geneline dair bir yorumda bir eleştiride bulunmak istiyorum müsaadenizle. 4 gün boyunca alanında uzman tıp ve hukuk ağırlıklı hocalarımızla beraberdik. Bu anlamda aynı zamanda dinleyici kitlesi olarak da adli tıp asistanlarının ağırlıklı olduğunu gördüm ben. Mesela malpraktis davalarında dikkat edilmesi gerekenleri alanında uzman hukukçumuz anlattı ve bundan faydalanması gereken kişilere anlattı yani adli tıp asistanlarına. Ama aynı şekilde AYM'nin iptal ettiği üreme yeteneğinden yoksundur hükmünü yazmamalarını rica ettiği hâkim savcılarımız bu salonda yoktular. Yani bu anlamda oransal olarak eşitsizlik olduğunu ben düşünüyorum.

Yani hüküm, hâkim ve hekim aynı kökten geliyorlarken ve işbirliği içinde çalışmaları gerekirken nasıl ki siz yapacağınız bir hatada insanın hayatını söndürebilirsiniz ama biz de vereceğimiz bir kararla, tamamen işimiz yorum yapmak hani kafa kesmiyoruz, ameliyat yapmıyoruz ama vereceğimiz bir kararla bir insanı her gün ölmekten beter hale getirebiliriz. Bu anlamda yorum yeteneğimizin daha da gelişmesi adına seneye yapılacak Adli Tıp Günlerinin Türkiye Adalet Akademisi ile beraber yürütülmesi gerektiğini ve 300 asistanımız varsa adli tıp alanında, 300 tane de mümkünse mesleğe yeni başlamış olan -siz tıpçılar çömez diyorsunuz ama biz protokol gereği kullanmıyoruz açıkçası- ben o arkadaşları da burada görmek istiyorum açıkçası. Çünkü 'Kime söylüyorum ne anlatıyorum' gibi bir durum oluyor. Eğer şikâyet ettiğin kişi yoksa duvara anlatıyorum gibi bir durum oluyor.

Ekin Özgür AKTAŞ (Moderatör):
Çok teşekkür ediyoruz.

Biz bu durumu başkanımıza da ilettik. Aslında bu toplantı, hukukçu arkadaşlarımızın tamamına açıktı. Biz de aralarda çok değerli hukukçularımızla tanıştık. İki türlü açıktı. Biri davet edilen gelen çok değerli hukukçularımız vardı. İkincisi, davetli olmasalar da kendi istekleriyle katılan hukukçular vardı. Tabi öneri olarak aldık. Detaylandırırız. İzniniz olursa ben toplantıyı burada kapatmak isterim. Sözü sunucumuza bırakıyorum. Hepinize bu saate kadar katıldığınız için çok teşekkür ediyorum.

Cemalettin TÜL (Sunucu): Sağ olun değerli başkanlarım. Öylesine güzel bir ortamdayız ki bu alandan olmadığım halde söylediklerini dinledikçe doğrusu benim gözlerim yaşarıyor. Ülkemin ne kadar birikimli bilim adamları varmış bunu görmek bizi mutlu etti.

Şöyle bir yorumda bulunmak istiyorum müsaade ederseniz. Biraz yine böyle havayı yumuşatmak maksadıyla. Az önce hocam '34 yıldır ölümle uğraşıyorum' dedi ürperdim doğrusu. Diyorum ki eğer yalnız yaşamamız istenseydi hepimize birer gezegen verilirdi ve o gezegende mutlu olurduk. Beraber yaşamamız bizi mutlu edecekmiş ki bunu başarmak önemli böyle bir dünyada hep birlikte yaşıyoruz. Bilimi bir küre olarak düşünürseniz hepimiz ayrı açılardan bakıyoruz ve iyi ki farklı açılardan bakan insanlarla bir aradayız. Onların açılarından bakmalarına yardımcı olmaları bizi mutlu etti. Ben öncelikle bunu söylemek istiyorum.

Ardından da diyorum ki, bu güzel günlerin bitmesini hiç arzu etmiyoruz ama maalesef sonuna geldik. İnşallah bir sonrakinde belki de 18.Adli Tıp Günlerinde tekrar bu güzel toplulukla birlikte olmak nasip olur. Son mesajı tabii ki başkanımız verecek. Teşekkür ve katılım belgelerini takdim etmeden önce Kurum Başkanımız Hızır ASLIYÜKSEK'i huzurlarınıza davet ediyorum.

Hızır ASLIYÜKSEK (Adli Tıp Kurumu Başkanı):
Sayın Komutanım, değerli hocalarım, kıymetli katılımcılar. Bu oturumla birlikte, 17.Adli Tıp Günlerinin sonuna gelmiş bulunmaktayız. 4 gün boyunca 11 panelde Yargıtayımızdan, Danıştayımızdan, TÜBİTAK'tan, Sağlık Bakanlığımızdan, Adalet Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, Jandarma Kriminal ve Emniyet Kriminal Laboratuvarımızdan ve üniversitelerimizden alanında uzman konuşmacılar gelerek paylaşımlarda bulundu. Hepsine teşekkür ederiz.

274 adli tıp ve adli bilimler uzmanı tarafından 111 bildiri yapıldı. Bu kongre ile Adli Tıp Kurumu olarak hem tecrübe ve bilgi paylaşımı hem kurumlar arası iletişim ve kaynaşma hem de yeni ortak çalışmalar için işbirliği imkânı bulmuş olduk. Kongreye dair elimizde doküman olması için acele bir Kongre Bildiri Özet Kitabını, Cuma günü karar verip Çarşamba günü bastık. Yetişti çok şükür.

17. Adli Tıp Günlerinin konferansları da içerecek ses görüntü kayıtlarını da dokümante ederek 2023 Ocak ayına kadar inşallah kongrenin tüm sunumlarını içeren Kongre Kitabını basmayı hedefliyoruz.

Adli Tıp Kurumu Yayınları'ndan 15 gün önce Osmanlı'dan Günümüze Adli Tıp Kurumu kitabını bastık. Adli Tıp Kurumu Yayınları olarak da basılacak. Bundan önce yayınevi hakkımız da

yokmuş yeni öğrendik bu kongre vesilesi ile.

Kongremize teşriflerinden dolayı kıymetli hocalarımıza, panelistlerimize, sözlü ve poster bildiri sahiplerine ve de 100 gün gibi kısa bir sürede kongremiz için özveriyle çalışan başta Kongre Genel Sekreterimiz İbrahim İKİZCELİ Hocamız olmak üzere tüm kongre ekibimize ve sunucumuz Cemalettin TÜL Bey'e teşekkür ederiz.

Önümüzdeki yıl inşallah Eylül'ün sonu Ekim ayının başında tekrar buluşmak üzere hepinize teşekkür ediyorum.



SÖZLÜ BİLDİRİ ÖZETLERİ

S1
LASER INDUCED BREAKDOWN SPECTROSCOPY İLE İNSAN SAÇINDA TEMEL BESİN ELEMENTLERİNİN ANALİZİ

Ines ARBİ [1], Gündüz YUMUN [2], Nursel SEZGİN[3]

1. University of Carthage, Faculty of Sciences of Bizerte, Jarzouna, Bizerte 7021, Tunisia, inesarbi84@gmail.com

2. Department of Cardiovascular Surgery, Tekırdag Dr. İsmail Fehmi Cumalıoğlu Cıty Hospıtal

3. Department of Chemistry, Yuzuncu Yil University. Van, Turkey

Özet:

Giriş:
İnsan saçı bilimsel araştırmalarda büyük ilgi görmüştür. Adli bilimciler, biyomedikal araştırmacılar ve kozmetik endüstrisi için önemli bir konudur. Birçok insan sağlıklı saçları sağlık ve güzelliğin bir işareti olarak görür. Sağlıklı saçlar çinko, biotin, B6 vitamini, bakır, silikon ve kolajen gibi birçok besin içerir. Bu çalışmada, beslenme alışkanlıkları ile saçtaki temel elementler arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem:
Bu çalışmada farklı yaş ve cinsiyetteki kişilerden alınan saç örnekleri incelenmiştir. Sonuçlar, temel bileşim karşılaştırıcısı (ECCO) Lazer kaynaklı bozulma spektroskopisi (LIBS) kullanılarak saçtaki temel öğeleri ortaya çıkardı.

Bulgular:
Bu yöntem, Mg (279.55)/Ca (317.93), Mg (285.21)/Si (263.13), Mg (285.21)/Fe (259.94), Ca (534.95)/Pb (405.78) içerik oranlarını ölçmek için kullanıldı.), Fe (438.35)/Mn (403.31), Si (413.09)/Sr (407.77), Na (589)/Ca (558.88), Na (589)/Li (610.37), Li (670.79)/F (685.6)).

Sonuç:
Bu çalışmada, LIBS organizmaların dokularındaki elementleri saptamak için hızlı ve doğru bir yöntem göstermiştir. Ayrıca, LIBS tekniğinin mineral elementleri ölçtüğünü ve farklı yaşlardaki insan saçlarındaki farkı tanımlayabildiğini gösterdi.

Anahtar Kelimeler:
İnsan Saçı; LIBS Analizi; İçerik Oranı, Element Kompozisyonları

S2
METAKARP KIRIKLARININ ADLİ TIBBİ AÇIDAN ELE ALINMASI

Yusuf ATAN[1], Emre GÜRBÜZ[2]

[1] Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

[2] Adli Tıp Kurumu Konya Adli Tıp Şube Müdürlüğü

Özet

Amaç:
El kemik kırıkların %20'sini beşinci metakarp boyun kırıkları teşkil etmektedir. Genelde yumruk atma neticesinde meydana geldiği için "boksör kırığı" olarak isimlendirilir. Metakarpal fraktür meydana gelen olgularda adli tıbbi yaklaşımın nasıl olması gerektiğinin tartışmaya açılması amacı ile bu çalışma yapılmıştır.

Yöntem:
Çalışmamız için gerekli izinlerin alınmasının ardından 2017-2022 yıllarında metakarp kırığı nedeniyle haklarında adli rapor düzenlenen olgular irdelendi. Elde edilen veriler analiz edildi.

Bulgular:
Toplamda 15 olgu başvurusu mevcuttu. Olguların yaş ortalaması 36,26 idi. 11 olguda (%73,33) beşinci metakarpta fraktür saptandı.

Sonuç:
Sunulan çalışma ile el travması neticesinde metakarp fraktürü meydana gelen olgularda direkt mekanizmalar neticesinde beşinci metakarp distali/boynu haricinde de fraktür meydana gelebileceği vurgulanmış olup dominant el faktörü hususu ayrıca değerlendirilmiştir.

Anahtar kelimeler:
Boksör kırığı, metakarp fraktürü, türk ceza kanunu, adli tıp.

S3

ADLİ TIP KURUMU ADLİ TIP GENEL KURULUNDA VE ADLİ TIP İKİNCİ ÜST KURULUNDA KARARA BAĞLANAN İŞ KAZALARI DIŞINDAKİ OLAYLARA BAĞLI OLARAK GELİŞEN TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU OLGULARININ MESLEKTE KAZANMA GÜCÜ KAYBI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Uzm. Dr. Veysel Osman SOĞUKPINAR[1],
Uzm. Dr. Abdulkadir TABO[2],
Dr. Öğr. Üyesi Kağan GÜRPINAR[3]

[1]Adli Tıp Kurumu, Adli Tıp Grup Başkanlığı, Adli Tıp Şube Müdürlüğü, Ankara-Sincan

[2]Adli Tıp Kurumu, Adli Tıp Dördüncü İhtisas Kurulu, İstanbul

[3]Adli Tıp Kurumu, Adli Tıp Yedinci İhtisas Kurulu, İstanbul

Amaç:

Çalışmamızda, Adli Tıp Kurumu (ATK) Adli Tıp İkinci Üst Kurulunda (ATİÜK) ve Adli Tıp Genel Kurulunda (ATGK) karara bağlanan iş kazaları dışındaki olaylara bağlı Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanısı alan vakalar ele alınmıştır. Bu vakaların yaşı, cinsiyeti, travma-yaralanma tipi, tanı süreci, psikiyatri poliklinik takip-tedavileri, işlevsellik düzeyleri, üst birime gönderilme nedenleriyle kararları eşliğinde meslekte kazanma gücü kaybı açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem:

Çalışmamızda, 01/01/2014-31/12/2018 tarihleri arasında ATİÜK'de ve ATGK'de maluliyet açısından karara bağlanmış, en az bir kez ATK bünyesinde psikiyatri muayenesi yapılmış TSSB tanılı 110 vaka retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular:

Çalışmaya dâhil edilen 110 vakanın 67'si (%60,9) erkektir. Vakaların olay tarihindeki yaşlarının ortalaması 32,59±15,07'dir. Olayların %82,8'i trafik kazasına bağlı yaralanma niteliğindedir. Bu yaralanmaların çoğunluğunun (%46,4) birden fazla branşı ilgilendirdiği görülmüştür. 67 vakanın (%60,9) herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmamaktadır. Vakaların olay sonrası %79,1'i psikiyatri kliniğinde izlenmiş olup %72,7'sine psikiyatrik tedavi uygulanmıştır. Muayenede vakaların %34,5'inde hafif düzeyde işlevsellik kaybı saptanmıştır. 64 vakada (%58,2) dosyaların gönderilme sebebi dış merkez ile ilgili Adli Tıp İhtisas Kurulu (ATİK) kararları arasında bulunan çelişkidir. ATİÜK'de ve ATGK'de toplam 45 vakanın (%40,9) TSSB tanısına bağlı maluliyet oranı hesaplanmıştır. ATİÜK'de ve ATGK'de toplam 14 vakada (%12,7) 1/5 oranında takdir uygulanmıştır. ATİÜK ve ATGK ile ilgili ATİK'in TSSB tanısına bağlı maluliyet yönünden kararları karşılaştırıldığında 100 vakada (%90,9) kararın aynı olduğu görülmektedir.

Tartışma:

Çalışmamızın sonucunda, olay sonrası gelişen TSSB'ye bağlı maluliyet oranı hesaplanmasında kullanılan ve TSSB tanısını tam olarak karşılamayan ilgili yönetmelikte güncellemelerin yapılması önerilmiştir. Ayrıca vakaların tıbbi belgelerine ulaşım açısından güncel teknolojik gelişimlerin kullanıma sunulması, psikiyatri muayenelerinde travma sonrası tanı-işlevsellik ölçekleriyle sağlanacak standardizasyon doğrultusunda TSSB'ye bağlı maluliyet oranı hesaplamalarında takdir kullanımının azaltılması gerektiği öngörülmüştür. Bunların yanı sıra ruhsal sorun yaşayan kişilerin psikiyatri uzmanlarına başvurmasındaki ön yargıları günümüzde azalmış olmasına rağmen kısmen devam etmekte olduğundan toplumsal farkındalığı artırıcı çalışmaların yapılması gerektiği düşüncesine varılmıştır.

Anahtar Kelimeler:

Adli Tıp, Maluliyet, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

S4
TIBBİ MALPRAKTİS KONUSUNDA YAPILMIŞ YAYINLARIN BİBLİYOMETRİK ANALİZİ

Volkan ZEYBEK[1], Gökmen KARABAĞ[1], Mehmet Sunay YAVUZ[1], Yusuf AYDIN[1], Fatih TURAN[1], Emine Nur YILMAZ[1]

[1]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

Özet

Amaç:
Bu çalışmanın amacı, bibliyometrik teknikler kullanarak tıbbi malpraktis konusunda yapılan yayınların özelliklerini analiz etmektir.

Gereç-Yöntem:
Web of Science (Wos) veritabanında, başlık, özet ve anahtar kelimeleri kapsayan "topic" (TS) alanına "medical malpractice" yazılarak WoS içindeki tüm indeksler dahil edilerek yapılan aramada sunulan yayınlar çalışmamıza dahil edilmiştir. Verilerin bibliyometrik analizleri VOSviewer ve Rstudio paket programları kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular:
Çalışmamıza dahil edilen 5313 yayının; 3553'ünün (%66,8) Sciences Citation Index Expanded dahilinde dergilerde yayınlandığı, 869'unun (%16,3) genel dahiliye kategorisinde olduğu, 3956'sının (%74,4) araştırma makalesi olduğu, 2976'sının (%56) ABD adresli olduğu, toplam 84963 kez ve yıllık ortalama 15,99 kez atıf aldığı görülmüştür. En sık yayın sunan ilk 3 derginin New England Journal and Medicine (%1,2), JAMA Journal of the American Medical Association (%1,1) ve Journal of Legal Medicine (%0,9) olduğu anlaşılmıştır. Anahtar kelimeler incelendiğinde, en sık malpraktis (malpractice), tıbbi malpraktis (medical malpractice) ve hasta güvenliği (patient safety) kavramları olduğu görülmüştür.

Sonuç:
Son yıllarda hatalı tıbbi uygulamalara yönelik iddialar dünyada ve ülkemizde giderek artmaktadır. Çalışmamızda; bu durumla orantılı olarak hem yayın sayısındaki hem de yayınlara yapılan atıf sayısındaki artış dikkat çekicidir. Ülkemizde de adli tıp alanında çalışanların bu konu hakkında literatüre katkıda bulunması önemli olacaktır.

Anahtar kelimeler:
Tıbbi Malpraktis, Bibliyometrik Analiz, Adli tıp

S5
LAZER İNDÜKLENMİŞ PLAZMA SPEKTROSKOPİSİ (LIBS) YÖNTEMİ İLE ARAÇ CAMLARININ İNCELENMESİ

Esra Cavak, Erol KAM

İstanbul Teknik Üniversitesi İnşaat Fakültesi, Sarıyer, İstanbul

Amaç:
Bu çalışmada Lazer İndüklenmiş Plazma Spektroskopisi (LIBS) kullanılarak çeşitli motorlu taşıt markaların çeşitli modellerine ait orjinal camları numunelendirerek elementel analiz yapmak ve bu cam numunelerinin farklılıklarını PCA tekniği ile doğrulanması amaçlanmıştır. Bu sayede adli belgelerde farklı araçlara ait cam parçaları rahatça ve hızlıca kesin sonuçlar ile tespit edebilirliği ve hukuka ışık tutacak bilirkişi raporlarında bu tekniğin uygulanabilirliği gösterilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem:
Bu çalışmada 13 farklı model araca ait (Lamine cam, Ford Tourneo Connect, Fiat Egea, Fiat Albea, Peugeot 308, Renault Clio-4, Renault Fluence, Renault Trafic, Otokar Sultan, Karsan Atak, H100, Ford Transit, Nissan Qashqai) ön cam numuneleri alınmış ve incelenmiştir. Alınan bu örnekler Lazer İndüklenmiş Plazma Spektroskopisi (LİBS) kullanılarak elementel analizleri yapılmıştır. LIBS analiz yönteminin uygulanabilirliği kolay olması, uzun süreli ön hazırlık süreçleri gerektirmemesi, hızlı sonuç vermesi ve verdiği sonuçların çok geniş bir aralığı kapsıyor olması sebebiyle kalitatif analiz için oldukça kullanışlı bir yöntem olduğundan bu çalışmada uygulanmıştır. Uygulanan bu yöntemle her bir numune için ayrı ayrı element analizleri yapılarak, dalga boylarıyla ilişkili spektrumlar elde edilmiş ve elde edilen bu spektrumlar incelenerek yorumlanmıştır. Sözkonusu bu verilerin elementel kompozisyon farklılıklarının kümülatif olarak değerlendirilebilmesi için Temel Bileşen Analizi(TBA) ile hesaplamaları yapılmıştır.

Bulgular:
Analiz edilen cam numunelerinde K, Ba, Si, Na, Mg, Ca, Sr, Ti, Al, Fe tespit edilmiştir. Tüm element oranları üzerinden gerçekleştirilen PCA analizi ile araç camları numuneleri arasında %65 oranında ayırt edilebilirlik elde edilmiştir.

Sonuç:
Bu çalışmada Lazer İndüklenmiş Plazma Spektroskopisi tekniği ile farklı marka ve modellere ait araç camları elementel analiz yapılması ve elde edilen bu verilerin Kemometrik analiz yöntemi olan Temel Bileşen Analizi (PCA) yardımıyla incelenmesi sonucunda trafik kazalarında araba camları kırıklarındaki marka ve model farklılığı tespit edilebilir olduğu gösterilmiştir. Sonuç olarak uygulanan bu yöntemin adli kazaların aydınlatılması için ek bir yöntem olarak kullanılabilir olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler:
LIBS, Araç Camları, Elementel Analizi, PCA

S6
EL ÜZERİNDE KALAN ATEŞLİ SİLAH ATIŞ ARTIKLARININ LASER INDUCED BREAKDOWN SPEKTROSKOPİ (LIBS) YÖNTEMİ İLE TESPİTİ

Yunus YÜREKLİ[1], Muhammed Habib ÖNEN[1],
Erol KAM[2]

[1] Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul
[2] İstanbul Teknik Üniversitesi İnşaat Fakültesi, İstanbul

Amaç:
Bu çalışmada 7,65mm Browning FN1910 ve 9,00mm GlockG19 marka tabancalara uygun MKEK yapımı 7,65x17mm Browning ve 9x19mm Parabellum tipi fişeklerle atışlar yapılarak örnekler toplanmış, her iki el, her iki silah türü ve mermi fişekleriyle avuç içi, el sırtı ve yıkama sonrası numuneleri arasında atış artıkları açısından anlamlı bir fark bulunup bulunmadığı, atış sayısı ile atış artıkları arasında korelasyon varlığının araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem:
Katılanların yarısı 9,00mm'lik tabanca ile sağ ve sol elleriyle, diğer yarısı 7,65mm'lik tabanca ile sağ ve sol elleriyle tutuş pozisyonunda, tek atış, seri iki atış ve seri üç atış yaparak atışlar gerçekleştirilmiştir. Atış odasının dışına alınarak sırasıyla avuç içleri, el sırtları ve ellerini bol sabunlu suyla yıkayıp kuruttuktan sonra örnekler toplanmış, 144 adet stuba yerleştirilmiş, kurşun, antimon, baryum varlığı ve miktarlarının tespiti için ECCO®2 cihazı ile analiz edilmiştir.

Bulgular:
Analizleri tamamlanan yıkama sonrası numuneleri, el sırtı ve avuç içi numuneleri ile kıyaslandı. Ateşli silah atış artıkları el sırtı ve avuç içinde oldukça yüksek oranlarda izlenmekle, yıkama sonrası anlamlı düzeyde azaldığı saptandı. Her iki tipte mermi ile yapılan atışlarda atış artığı miktarlarında anlamlı bir fark saptanmadı. Sağ ve sol el tutuş pozisyonlarında her iki elde benzer miktarda atış artığı tespit edildi. Tek atış, iki atış, üç atış sonrasında alınan numunelerde, atış artıklarının atış sayısına bağlı olarak arttığı; ancak örnek sayısının az olması sebebiyle bunun süreklilik göstermediği değerlendirildi.

Sonuç:
LIBS yöntemi, örnek hazırlama prosedürünün bulunmaması, ölçümün yapıldığı ana dair sonuçlar vermesi, hızlı, hassas, güvenilir ve çevre dostu olması; ayrıca sonuç verme süresinin çok kısa olması cihetiyle büyük bir problem olan zaman ve yetişmiş personel kısıtlılığı gibi sorunları aşarak analizleri kısa sürede gerçekleştirebilirken bilirkişiler üzerindeki yükü de hafifleteceği öngörülmektedir.

Anahtar Kelimeler:
LIBS, Ateşli silah, Atış artığı, Balistik,

S7
BİR ÇOCUK İZLEM MERKEZİ VERİLERİNİN İNCELENMESİ

Nusret AYAZ[1], Muhammed Selçuk SİNANOĞLU[2],
Ömer Lütfi ÖZKAN[3], Hacer Sarı Gündem[4]

[1] Malatya Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı
[2] Malatya Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastalıkları Anabilim Dalı
[3] Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Adli Tıp Birimi
[4] Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk İzlem Merkezi

Amaç:
Çocuk İzlem Merkezleri, cinsel istismara uğramış çocukların ikincil örselenmesini asgariye indirmek, adli ve tıbbi işlemlerin, bu alanda eğitimli kişilerden oluşan bir merkezde ve tek seferde gerçekleştirilmesini sağlamak için kurulmuştur. Bu çalışmada amaç bir Çocuk İzlem Merkezine başvuran vakaların verilerini ve işleyişini değerlendirmektir.

Yöntem:
Çocuk İzlem Merkezine 2019-2022 yılları arasında başvuran olguların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Çalışma tanımlayıcı bir çalışmadır. Olguların sosyodemografik verileri, başvuru şekilleri, istismar tipi, gebelik durumları değerlendirildi. Olguların kategorik değişkenleri ve sayısal veriler sayı (n) ve yüzde (%) olarak sunuldu.

Bulgular:
Çalışmaya 678 kadın (%83.4), 135 (%16.6) erkek olmak üzere toplam 813 olgu dahil edilmiştir. Yaş ortalaması kadınlarda 13.73 (±3.04), erkeklerde 11.40 (±3.76) olarak saptandı. 233 (%28.8) olguda penetran istismar tespit edildi. 36 olguda gebelik olduğu tespit edildi. İstismarcıların %85.8'inin çocuğu tanıyan biri olduğu görüldü.

Sonuç:
Çocuk İzlem Merkezleri çocuğun cinsel istismarının yönetiminde multidisipliner yaklaşımlarıyla işlevsel çalışmalar yürütmektedir. Bu alanda çalışan tüm profesyonelleri tek merkezde toplayarak tüm hizmetlerin sunulması, olguların örseleyici adli süreçten en az etkilenmesini sağlamaktadır. Ayrıca cinsel istismar ortaya çıkar çıkmaz ilk yönlendirme merkezi olmaları ve verilerin tek elde toplanması nedeniyle, Çocuk İzlem Merkezleri veri güvenilirliğinin yüksek olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler:
Cinsel İstismar, Çocuk İzlem Merkezi, Adli Tıp

S8
BİREYSEL BAŞVURU NİTELİĞİ TAŞIYAN ADLİ OLGULARDA TARAFIMIZDAN DÜZENLENEN UZMAN GÖRÜŞÜ (BİLİMSEL MÜTALAA) RAPORLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Birgül TÜZÜN[1], M. Şevki SÖZEN[2]

[1]Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı,
[2]Prof., Beykent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul-Türkiye.

Uzman Görüşü (Bilimsel Mütalaa); açılmış bir dava veya hukuki uyuşmazlıkta, özel ve teknik bilgiye ihtiyaç duyulan hallerde alanında uzman kişilere hazırlatılarak dava dosyasına sunulan ve takdiri delil olarak kabul edilen bir rapordur. 6100 sayılı Hukuk Muhakemeleri Kanunu (HMK)'nun 293. maddesinde; "Taraflar, dava konusu olayla ilgili olarak, uzmanından bilimsel mütalaa alabilirler." ve 5271 sayılı Ceza Muhakemeleri Kanunu (CMK) 67/6. maddesinde ise; "Cumhuriyet Savcısı, katılan, vekili, şüpheli veya sanık, müdafi veya kanuni temsilci, yargılama konusu olayla ilgili olarak veya bilirkişi raporunun hazırlanmasında değerlendirilmek üzere ya da bilirkişi raporu hakkında, uzmanından bilimsel mütalaa alabilirler." hükümleri kapsamında taraflar, alanında uzman bilirkişilerden uzman görüşü alabilmekte ve tarafı olduğu davaya bu raporu sunabilmektedir.

Amaç:
Bu çalışmada Adli Tıp uygulamalarında düzenlenen uzman görüşü raporlarına yargılamanın hangi aşamasında ihtiyaç duyulduğu, en sık hangi adli olayda ne gerekçe ile talep edildiği, bilirkişi raporları ile arasında sonuç açısından farklılıklar olup olmadığı, yargı kararlarına etkisi gibi özellikler incelenerek söz konusu mütalaaların etkinliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
01.07.2012-01.07.2022 tarihleri arasında yargılamanın herhangi bir aşamasında uzman görüşü düzenlenmesi istemiyle tarafımıza bireysel başvuran toplam 634 adli olguya ait başvuru dosyaları ile düzenlenen bilimsel mütalaalar retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular:
233 olgu cinsel saldırı ve çocuğa yönelik cinsel istismar ve 167 olgu ise hekim veya diğer sağlık personeli kusuru (malpraktis) konularını içermektedir. Başvuranlar tarafından % 21.3 oranında yargılamanın ilk aşamasında müspet delil sunmak amacıyla ve % 63.7 oranında ise; dava dosyasında mevcut bilirkişi raporları ile çelişki oluşturarak yeniden değerlendirme yapılması istemiyle bilimsel mütalaa talep edilmiştir.

Tartışma ve Sonuç:
Bilimsel mütalaaların; özellikle yargılamanın herhangi bir aşamasında dava dosyasında mahkemece alınmış bilirkişi raporları mevcut olmasına rağmen Birinci Derece Mahkemeleri tarafından üniversite multidisipliner yapılanmasında görev yapan akademisyenlerden yeniden bilimsel görüş alınmasına yol açtığı kanaatine varılmıştır. Bilimsel mütalaaların bu yönüyle adli olayın zamanında ve eksiksiz aydınlatılmasında, cevapsız kalan soruların çözümlenmesinde büyük katkı sağladığı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler:
Uzman Görüşü, Bilimsel Mütalaa, Takdiri Delil, Adli Tıp, Hukuk.

S9
LAZERLE İNDÜKLENMİŞ PLAZMA SPEKTROSKOPİSİ (LIBS) YÖNTEMİNİN KÂĞITLARA UYGULANMASI VE BELGELERİN AYIRT EDİLMESİ

Gamze ÇAPİK[1], Yunus YÜREKLİ[2], Erol KAM[1]

[1] İstanbul Teknik Üniversitesi İnşaat Fakültesi, Sarıyer, İstanbul
[2] Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Bahçelievler, İstanbul

Amaç:
Bu çalışmada, Lazerle İndüklenmiş Plazma Spektroskopisi (LIBS) yöntemi ile farklı markalara ait A-4 ebadında kâğıtlar üzerine elementel analiz yapılması ve bu kâğıtların birbirlerinden farklı olduklarının Temel Bileşen Analizi (PCA) tekniği ile doğrulanması amaçlanmıştır. Böylece bu kâğıtların birbirlerinden ayırt edilebilmeleri temelinin adli değeri olan belgeler için de uygulanabilir olduğunun gösterilmesi istenmektedir.

Yöntem:
LIBS yöntemi ile 7 farklı marka A-4 ebadında kâğıda ECCO®2 cihazı aracılığıyla elementel düzeyde analizler yapıldı. LIBS yöntemiyle analizi gerçekleştirilen kâğıt numunelerinde 11 adet element (K, Sr, Si, Na, Ba, Mg, Ca, C, Al, Fe ve Ti) elementel veri analizi sırasında referans olarak seçildi. Elde edilen tüm veriler Temel Bileşen Analizi (PCA) yöntemi ile değerlendirildi.

Bulgular:
Analiz sonuçları farklı zamanlarda ve yerlerde üretilen kâğıt numuneleri arasında %76,65 oranında ayırt edebilme kabiliyeti gösterirken; üç element (Al, Fe ve Ti) ortak bir elementel alt küme oluşturularak numune setinden çıkarıldığında bu oranın %83,788 değerine yükseldiği görüldü. Numunelerin ayırt edilebilirliği; pik yüksekliği ve pik alanları değerlerinin analizi ile geliştirilmeye çalışıldı. Pik yükseklikleri ile yapılan analiz sonucu %80,916; pik alanları ile yapılan inceleme sonucunda ise %85,947 oranlarında numune ayırt edilebilirliği saptandı. En yüksek ayırt etme gücüne elementel çiftler ile yapılan analiz sonucu ulaşılarak bu oran %97,313 olarak hesaplandı.

Sonuç:
Bu çalışmada kullanılan LIBS yöntemi çok elemanlı analiz için oldukça hassas ve hızlı bir teknik olmuştur. Bu özellikler LIBS'i adli belge incelemesi için çekici bir analitik yöntem haline getirmektedir. Bu çalışma ile LIBS tekniğinin kâğıt analizleriyle ilgili olarak laboratuvarlara dâhil edilmesini destekleyecek sonuçlar elde edilmiştir.

Anahtar Kelimeler:
LIBS, A-4 Kâğıdı, Element Analizi, PCA

S10
TRAFİK KAZASINA BAĞLI NÖROLOJİK YAKINMA İLE BAŞVURAN VAKALARIN MALULİYET TESPİTİNDE KULLANILAN YÖNETMELİKLER AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Zehra ARDIÇ, Kağan GÜRPINAR,
N. Hande AKÇAKAYA

Adli Tıp Kurumu , Adli Tıp 2. İhtisas Kurulu

Amaç:
Bir kaza veya meslek hastalığı neticesinde uygulanan tedavilere rağmen, tedavi sürecinin ardından geriye kalan sekel veya arızalar ile kişinin yaşı ve mesleğine göre düzenlenmiş cetveller ile yaşıtlarına ve meslektaşlarına göre aynı işi yapması için gereken fazla efora meslekte kazanma gücü kaybı oranı, bir bireyin toplumsal hayata katılırken diğer bireylere nazaran karşılaştığı fiziksel, zihinsel ve ruhsal engellerin evrensel ölçütlere göre belirlenmiş oranına özürlülük/engellilik oranı denir.

Yöntem:
Tez çalışmamızda Adli Tıp Kurumu Adli Tıp 2. İhtisas Kurulu'na trafik kazası nedeniyle maluliyet tayini istemiyle gönderilen vakalardan 01.01.2020 – 30.06.2020 tarihleri arasındaki süreçte nörolojik yakınması bulunan ve nörolojik muayeneye tabi tutulan 288 vaka retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular:
Tüm vakalardan %28'i (81 kişi) kadın, %72'si (207 kişi) erkekti. Vakaların olay tarihindeki yaş ortalaması 34,7±15,0 yıldı. Ortanca yaş ise 34'tü. Vakaların 36'sı 18 yaşın altında, 252'si 18 yaşın üstündeydi.
Tez çalışmamıza dahil olan 288 vakanın ÇGvMKGKOTİY'ne göre maluliyet oranlarının ortalaması %9,1 iken ÖÖSvÖVSKRHY'ne göre aldığı özürlülük oranı ortalaması %10 idi. Tüm vakalardan 214'ü (%74'ü) ÇGvMKGKOTİY'ne göre %0 maluliyet oranı alırken, ÖÖSvÖVSKRHY hükümlerine göre 202 (%69) vakanın özürlülük oranı %0'dı. ÇGvMKGKOTİY'ne göre %0 dışında bir maluliyet oranı alan 75 vakanın maluliyet oranı ortalamasını %35,5 olarak bulduk. ÖÖSvÖVSKRHY hükümlerine göre %0 dışında özürlülük oranı alan 87 vakanın özürlülük oranı ortalamasını ise %32 bulduk.

Sonuç:
Adli Tıp uygulamalarında maluliyet tayininde mevcut yasal düzenlemeler ile devam edilirken nörolojik açıdan ortaya çıkan bir takım sorunlar bulunmakla birlikte, bu sorunların tespiti, gelecekte yapılacak yeni yönetmelik çalışmalarına veya yasal düzenlemelere ışık tutabilir. Bu bağlamda ve tez çalışmamızın konusu itibariyle nörolojik yakınmaları olan vakalarda maluliyet tayini sırasında yaşanan sorunları tespit etmeye ve irdelemeye çalıştık.

Anahtar Kelimeler:
Trafik kazası, nörolojik yakınma, maluliyet

S11
ASANSÖR KABİNİ DÜŞMESİNE BAĞLI YARALANMALAR

Nurettin Nezih Anolay[1], Halil İlhan Aydoğdu[1],
Hakan Efil[1], Hızır Aslıyüksek[1]

Adli Tıp Kurumu, İstanbul, Türkiye

Giriş:
Asansörler günümüzde kullanım alanları oldukça geniş olan ulaşım araçlarıdır. Genel olarak asansör kazaları 'kullanıcı kazaları' ve 'iş kazaları' olarak ikiye ayrılır. Hem iş kazaları hem kullanıcı kazaları ilgili yaralanmalar özelikle mekanizması açısından ilgi çekicidir. Çalışmamızın amacı; asansör kazaları (kabin düşmesi) ile ilgili yaralanma mekanizmaları ve yaralanma bölgelerine dair verileri elde etmek böylece asansör kazaları ile ilgili yapılacak çalışmalara kaynak oluşturmak, asansör kazası sonucu yaralanma ve ölümleri önleyici projelerin geliştirilmesine katkı sunmaktır.

Gereç-Yöntem:
01/01/2011 – 31/12/2021 tarihleri arasındaki 10 yıllık periyotta Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulu'na maluliyet oranı tespiti için gönderilen; asansör kazası (düşmesi) geçirmiş olguların 3. İhtisas Kurulu'nca tanzim edilmiş olan raporları elektronik ortamda incelendi.

Bulgular:
2011 ve 2021 yıllarında asansör kazası sonrası maluliyet değerlendirmesi için gönderilen 47 olgunun 36 (%76,6)'sı erkek, 11 (%23,4)'i kadın cinsiyetteydi. Olguların yaşları 2 ila 64 arasında değişmekteydi. Ortalama yaş 38,42±13,71, ortanca yaş 39'du. Olguların 37 (%78,7)'sinde kemik kırıkları mevcuttur. Olguların 5 (%10,6)'inde kafatası kırığı, 6 (%12,8)'inde üst ekstremite kırıkları, 5(%10,6)'inde femur, 4 (%8,5) patella, 15 (%31,9)'unda tibia ve/veya fibula, 8 (%17)'inde kalkaneus, 3 (%6,4)'üde diğer ayak kemiklerinde kırık olduğu tespit edildi. Bunun yanında 5 (%10,6)'inde torakal vertebra fraktürü, 18 (%38,3)'inde de lomber vertebra fraktürü görüldü. 1 (%2,1) olguda da kosta fraktürü olduğu tespit edildi

Tartışma ve Sonuç:
Çalışmamızda olguların ortalama maluliyet oranı 24,92±21,51 olarak tespit edilmiştir. Asansör kazaları ölümle de sonuçlanabilen ciddi yaralanmalara ve morbiditelere sebep olabilen yaralanmalardır. Bu nedenle asansör kazalarını önleyici çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler:
Asansör, Yaralanma, Maluliyet

S12
TRAVMATİK SPONDİLOLİSTEZİS OLGULARI ÜZERİNE BİR DEĞERLENDİRME

Melike ERBAŞ[1], Kubilay KINAOĞLU[1], Sibel Çağlar ATACAN[1], Onur MERZİFONLU[1], Zeynep MERZİFONLU[1], Doğa ARSLAN[1], Kağan GÜRPINAR[1], Mesut SÖNMEZ[1,2]

[1] Adli Tıp Kurumu
[2] Hamidiye Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi

Amaç:
Travmatik spondilolistezis olguları; klinik olarak hafif ağrı, uyuşukluk gibi semptomlardan motor paralizilere kadar değişen geniş bir bulgu yelpazesi içinde karşımıza çıkan ve literatürde genellikle olgu sunumları şeklinde ele alınan olgulardır. Çalışmamızda 59 olgu incelenmiş olup literatür için yararlı bir kaynak olabileceği düşünülmüştür.

Yöntem:
Kurulumuza 2009-2020 yılları arasında başvuran 128292 olgu arasından travmatik olduğu saptanmış 59 olgunun tıbbi kayıtları ile radyolojik görüntüleri retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Olgular demografik özelliklerine göre (yaş, cinsiyet v.b); yaralanma mekanizmalarına, spondilolistezis seviyeleri ve evrelerine, eşlik eden vertebral fraktürler ve yaralanmalar, tedavi yöntemleri ile son muayene bulgularına göre gruplanarak analiz edilmiştir.

Sonuç:
Olguların yaş ortalamaları 43,5 (6-73) olup, spondilolistezisin en sık görüldüğü seviye C5-C6 (n=10, %16.9), C6-C7 (n=10, %16.9) seviyesi ile L5-S1 (n=7,%11.9) seviyeleriydi. Görece daha mobil olan servikal vertabradan daha stabil olan torakal vertebraya geçiş noktasında yer alan C7 vertebra ile bu vertebra üzerinde bulunan C5 ve C6 vertebraların en sık travmatik spondilolistezis görülen bölgeler olması; aynı şekilde travmatik spondilolistezisi ikinci sıklıkta gördüğümüz L5-S1 seviyesinin görece mobil bir bölgeden stabil bölgeye geçiş mevcut olan diğer bir nokta olması dikkat çekiciydi. Travmatik spondilolistezise eşlik eden vertebral fraktür ile spondylolistezisin seviyesinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (p=0,006). Bu durum bize vertebranın anatomik yapısı ile vertebraların lokalizasyonlarının konunun anlaşılması ve koruyucu ekipmanlar geliştirilmesi sırasında dikkate alınması gerektiğini düşündürdü. Travmatik spondilolistezise eşlik eden yaralanmalar ile spondilolistezisin hangi grade olduğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktaydı (p=0,242).
Diğer taraftan özellikle servikal travmatik spondilolistezis olgularının önemli bir bölümünün C1-C2 vertebra kırıklarının hayati tehlike oluşturduğu bilindiğinden solunum disfonksiyonları nedeniyle ölmüş olabileceği, bu olguların klinik başvurularının da olamayacağı; bu nedenle spondylolistezisin asıl boyutlarının açığa çıkarılabilmesi insidans hakkındaki veriler ile koruyucu ekipmanların geliştirilmesinde yararlı olabilecek verilerin daha hassas toplanabilmesi için yaralanma paternlerinin ortaya konması açısından bu konudaki çalışmaların otopsi çalışmaları ile de birleştirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler:
Travma, spondilolistezis

S13
ANDROİD VE İOS İŞLETİM SİSTEMİNE SAHİP CİHAZLARDA SON ETKİNLEŞTİRME TARİHİNİN TESPİT EDİLMESİ

Adnan KEÇE, Mehmet PALA, Hasan TUNAY, Bilal AMAN, Muhammet ŞİMŞEK

Adli Tıp Kurumu, Adli Bilişim İhtisas Dairesi, İstanbul

Giriş:
Günümüz teknolojileri sayesinde mobil cihazlar bir bilgisayar kadar akıllı ve hızlı, cüzdan kadar küçük ve hafif bir hale gelerek insanların günlük hayatlarının ayrılmaz bir parçası olmuştur. Bu gelişmeler sayesinde iletişim kurmanın yanı sıra fotoğraf, video ya da ses kaydetmek/izlemek, uygulama yüklemek/kullanmak, sosyal ağlara bağlanmak, belge yazmak/okumak/paylaşmak, konum bildirmek/öğrenmek ve internette sörf yapmak gibi birçok kişisel aktivite yapılabilmektedir. Mobil cihazları diğer teknolojik cihazlardan ayıran en önemli özelliklerinden birisi de insanlar tarafından günlük hayatta kullanılan birçok teknolojik cihazın aksine kişisel olarak kabul edilen yani tek sahibi ve tek kullanıcısı olan bir el cihazı olmasıdır. Dolayısıyla aktif olarak kullanılan mobil cihazlar kullanıcı ile ilgili arama geçmişi, yer bildirimi, mesajlar, fotoğraflar gibi birçok bilgi barındırmaktadır. Bu tür kişisel veriler içermesi nedeniyle adli olaylarda uzmanlar tarafından başvurulan önemli bir bilgi kaynağı haline gelmiştir. Bu durumun bilincinde olan kullanıcılar olası bir suça karışma durumunda hızlı ve kolay bir şekilde mobil cihazlarını fabrika ayarlarına döndürerek sıfırlama işlemi yapabilmektedirler.

Amaç:
Yapılan çalışmada, mobil cihazlar tarafından en çok kullanılan Android OS ve iOS işletim sistemlerine sahip mobil cihazların sıfırlama işlemi sonrasında yapılan incelemelerde son etkinleştirme tarihi ile ilgili bulgular elde edilmeye çalışılmıştır.

Yöntem:
Çalışmada ilk olarak Android OS ve iOS işletim sistemlerine sahip mobil cihazlar fabrika ayarlarına döndürülmüştür. Mobil cihazların daha sonra dijital kopyaları alınmıştır. İşletim sistemi tarafından otomatik olarak oluşturulan dosyaların oluşturma, değiştirme ve erişim tarihleri gibi özelliklerine ait zaman damgaları incelenmiştir.

Bulgular-Sonuç:
Son olarak, mobil cihazların alınan dijital kopyalarında bulunan dosyalar ile sıfırlama zamanı karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma sonucu Android OS işletim sistemine sahip cihazlarda özellikle "Android Kurulum Sihirbazı", "Google Play Store", "Google Service Framework" ve "Google Mobile Service" ile iOS işletim sistemine sahip cihazlarda özellikle "database, wireless, mobile, installd ve containers" yapılarına ait otomatik oluşturulan dosyalardan elde edilen bulguların, cihazın sıfırlama zamanı ile yüksek oranda tutarlılık gösterdiği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler:
Android, İOS, Cihaz Sıfırlama, Son Etkileştirme Zamanı, Adli Bilişim

S14
ANUBİS ZARARLI YAZILIMIN İNCELENMESİ

Mehmet PALA, Adnan KEÇE, Hasan TUNAY,
Bilal AMAN, Fatih AVSAN

Adli Tıp Kurumu, Adli Bilişim İhtisas Dairesi, İstanbul, Türkiye

Giriş:
21. Yüzyılda gerçekleşen teknolojik gelişmeler günlük yaşantımızın ayrılmaz bir parçası olmuştur. Bu gelişmelerden biri de akıllı mobil cihaz teknolojisidir. Mobil cihazların Android ve iOS işletim sistemleriyle birlikte yetenekleri artmış bu sayede kullanıcılar mobil cihazlarını bankacılık işlemlerinden çevrimiçi alışverişe kadar pek çok günlük işte kullanabilmektedirler. Kullanıcıların son dönemlerde mobil cihazları parasal işlemlerde sık kullanmaya başlaması bilgisayar korsanlarının bu alana eğilimini arttırmaktadır. Toplumun her yaş grubundan kullanıcılar uygulama marketlerinden uygulamalar indirirken farkında olmadan bilgisayar korsanlarının hedefi haline gelebilmektedir. Bilgisayar korsanları, kullanıcıların "nöbetçi eczane arama", "HGS harcı yatırma", "döviz kurlarını takip etme" gibi günlük ihtiyaçlarından faydalanarak uygulama marketlerine yükledikleri sahte uygulamalarla kullanıcıların mobil cihazlarına sızmaktadırlar.

Amaç:
Bu çalışmada Android işletim sistemi yüklü mobil cihazlara Play Store'dan indirilen ve kullanıcıdan aldığı erişim izinleri ile çalışan Anubis Truva Atı (Zararlı Yazılım) araştırılmış ve bu yazılımın analizi yapılmıştır.

Yöntem:
Çalışmada ilk olarak zararlı yazılımın yüklendiği test cihazının dijital kopyası alınarak içerisinde virüs taraması yapılmıştır. Tespit edilen zararlı yazılımın kurulum dosyası imaj içerisinden alınmış ve kurulum dosyası içerisindeki dex dosyası dex2jar yöntemi kullanılarak Jar (Java Arşiv)'a dönüştürülmüş ve sonrasında kaynak kodları incelenmiştir. Daha sonra zararlı yazılım emülatöre (sanal makina) kurulmuş ve yazılımın almış olduğu izinler kaynak koddan elde edilen bilgilerle karşılaştırılmıştır.

Bulgular-Sonuç:
Zararlı yazılımın yüklendiği mobil cihazda "işlemciyi açık tutma", "mesaj alma, gönderme , okuma, yazma ve silme", internet erişimi", "ses kaydetme", "rehber erişimi" ve "telefon araması" izinlerini aldığı ve bu işlemleri kullanıcıdan habersiz gerçekleştirilebildiği tespit edilmiştir. Son olarak kullanıcıların bu tarz uygulamalardan korunmaları için nelere dikkat etmeleri gerektiği hakkında bilgiler verilmiştir.

Anahtar Kelimeler:
Malware, Anubis, Dolandırıcılık, Android,
Adli Bilişim

S16
PC-CRASH YAZILIMI İLE ŞERİT İHLALİ NETİCESİNDE MEYDANA GELEN TRAFİK KAZASININ SİMÜLASYONU

Yuşa KAYA, Meltem TEKECİ, Emre YÜCEL,
Ramazan Bahadır ÇİFTÇİ, Necmettin AKYÜZ, Nedim KAYA

T.C. Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu, Trafik İhtisas Dairesi

Amaç:
Trafik Bilirkişiliği kısaca; kazanın meydana geliş şeklini, kazada tarafların ihlal, ihmal ve kusurlarını tespit ederek, tarafların kazaya etkileri derecesinde sorumluluklarının belirlenmesi işlemidir. Adli Tıp Kurumu bünyesinde faaliyet gösteren Trafik İhtisas Dairesi, mahkeme ve savcılıklardan gelen talepler doğrultusunda; meydana gelen kazaları 2918 Sayılı Karayolları Trafik Kanunu çerçevesinde değerlendirerek kusur yönünden rapor düzenlemekle görevlendirilmiştir. Bu çalışmada; Adli Tıp Kurumu İstanbul Trafik İhtisas Dairesi'ne gelen örnek bir trafik kazası için dosya içerisinde mevcut olan veriler kullanılmak suretiyle, kazanın PC-Crash Simülasyon programı yardımı ile simülasyonunun yapılıp, simülasyonda elde edilen veriler ile kaza sonrası toplanan verilerin uyumluluğunun karşılaştırılması ve kusur tespiti açısından programın etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Olgu:
PC-Crash programı ile simülasyonu yapılması planlanan vaka; yerleşim yeri dışında, azami hız limiti saate 90 km olan iki yönlü devlet karayolunda, gündüz vakti, ıslak zeminde ve yağmurlu havada ters istikamette seyir halinde olan çekici ve otomobil cinsi araçların karşılıklı çarpışması şeklinde meydana gelen trafik kazasıdır.

Sonuç: Vakaya ait, kaza sonrası olay mahalli ve araç üzerinde yapılan incelemeler sonucunda kollukça oluşturulan kaza tespit tutanağı, olay yeri inceleme raporu, kaza sonrası fotoğraflarından elde edilen veriler ile PC- Crash yazılımı kullanılarak kazanın simülayonu yapılmış, simülasyonda elde edilen veriler ile kaza sonrası toplanan verilerin uyumluluğu karşılaştırılmış, programın kusur incelemesi açısından avantajları bulunup bulunmadığı tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler:
ATK Trafik İhtisas Dairesi, trafik kazası, Adli trafik, kusur tespiti, simülasyon, PC-Crash.

S17
POSTMORTEM DOKULARDA AĞIR METAL DÜZEYLERİNİN LIBS TEKNİĞİYLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Muhammed Habib ÖNEN[1], Yunus YÜREKLİ[1],
Erol KAM[2]

[1] Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul
[2] İstanbul Teknik Üniversitesi İnşaat Fakültesi, İstanbul

Amaç:
Bu çalışmada; LIBS tekniğinin postmortem dokularda ağır metal analizindeki etkinliğini belirlemek amaçlanmıştır.

Yöntem:
İstanbul'da otopsi yapılan 67 erişkin vakadan kardiyak kan numunesi ve bu vakaların 50'sinden de ek olarak beyin, böbrek, karaciğer, kas ve yağ doku numuneleri alınarak LIBS analizleri uygulanmıştır. Ek olarak kan numunelerine ağır metal analizinde geçerli bir teknik olan İndüktif Eşleşmiş Plazma Kütle Spektroskopisi (ICP-MS) analizi uygulanarak; cıva, kurşun, kadmiyum, krom, nikel, kobalt, stronsiyum, baryum, arsenik ve selenyum konsantrasyonları ölçülmüştür.

Bulgular:
LIBS analiziyle elde edilen bulgular hem doğrudan hem de makine öğrenmesi algoritmaları kullanılarak ICP-MS bulgularıyla mukayese edilmiştir. Elde edilen verilere göre LIBS sonuçları, ICP-MS analiz sonuçlarıyla korelasyon göstermemiştir. Kan numunelerindeki ağır metal düzeylerinin, uygulanan LIBS yöntemi tespit limitlerinin altında olduğu değerlendirilmiştir. Çalışmada ek bir bulgu olarak, farklı dokulardan elde edilen LIBS spektrumlarının makine öğrenmesi ile ayırt edilebildiği gösterilmiştir.

Sonuç:
LIBS yönteminin dokularda ağır metal düzeylerinin saptanmasında etkin olarak kullanılabilmesi için, öncelikle her bir element için ayrı ayrı olmak üzere tespit limitlerini geliştirmeye yönelik çalışmalar yapılması gerektiği sonucuna varılmıştır. LIBS spektrumlarının doku türlerini ayırmada kullanılması konusunda ise analizlere vücut sıvılarının da dâhil edilmesi ile adli delil toplama uygulamalarına katkı sağlayabilecek çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler:
Ağır metaller, Eser elementler, Postmortem insan dokuları, LIBS, ICP-MS, Makine öğrenmesi

S18
TRAFİK KAZALARININ CANLANDIRILMASINDA FARO ZONE 3D PROGRAMININ KULLANILMA YARARLARININ BİR VAKA ÜZERİNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ

Nedim KAYA, Necmettin AKYÜZ,
Ferhat UMURTAY, Abdurrahman SAYAR,
Bekir KUMCU, Cihat KARACA

T.C. Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu, Trafik İhtisas Dairesi

Amaç:
Faro Zone 3D, gerçekleşen bir olayın doğru bir şekilde analizini yapmada, hassas 2D ve 3D diyagramlar oluşturmada, mahkemeye hazır raporlar sunmada ve genellikle olayları görsel açıdan zengin animasyonlar yardımıyla canlandırıp karmaşık bir olayın daha iyi bir şekilde analiz edilerek sunulmasını sağlamada kullanılmaktadır. Adli Tıp Kurumu Trafik İhtisas Dairesinde de analizi ve sunumu zor olan kazaların incelenmesinde kullanılması planlanmaktadır. Bu çalışmada, örnek bir trafik kazasından yola çıkarak kazanın gerçekleştiği yerin fiziksel özellikleri, olayın nasıl gerçekleştiği, çarpışmanın şiddeti, çarpışma sonrasında araçların savrulma yönleri ile almış oldukları son konumlar ve çarpışmanın etkisiyle araçların üzerinde meydana gelen hasar derecelerinin, Faro Zone 3D programındaki animasyon özelliğiyle canlandırılıp görselleştirilmesi ve trafik kazasının daha iyi bir şekilde analiziyle birlikte sunumunun yapılması amaçlanmaktadır.

Olgu:
Gece vakti, aydınlatmanın bulunmadığı, yerleşim yeri dışındaki yolda üç araç arasında meydana gelen bir trafik kazası Faro Zone 3D animasyon yardımıyla canlandırılmıştır.

Sonuç: Bu çalışma ile özellikle analizi ve sunumu zor olan trafik kazalarındaki verilerin Faro Zone 3D programı yardımıyla oluşturulacak animasyon ile birlikte değerlendirilerek adli makamlara raporlanmasına katkı sunacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler:
ATK Trafik İhtisas Dairesi, Adli trafik, Trafik Kazası, Kusur Tespiti, Animasyon, Faro Zone 3D

S19
BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN PEDİATRİK ADLİ VAKALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Erdem HÖSÜKLER, Mustafa Enes DEMİREL,
Zehra Zerrin ERKOL, Leman Damla KOKARAĞAÇ

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Adli Tıp Anabilim Dalı, Bolu

Amaç:
Acil servisler, adli vakaların ilk kabul edildiği, muayene, teşhis ve tedavisinin yapıldığı bölümler olması nedeniyle önem taşımaktadır. Adli vakalar, çocuk acillerinin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Bu çalışmada; bir eğitim ve araştırma hastanesi acil servisine başvuran pediatrik adli vakaların, demografik, epidemiyolojik özellikleri ve tıbbi tedavi kayıtlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem:
Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne 2021 yılında, adli bir olay nedeniyle başvuran, 18 yaş altı pediatrik olgular retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular:
Çalışmaya toplam 414 olgu dahil edilmiştir. Olguların %56'sı (n:232) erkek, %44'ü (n: 182) kadındı. Yaş ortalaması 10,68±5,43 (min:1 ay, max:17 yaş), olup en fazla olgu 12-15 yaş grubundaydı (n:134, %32,4). Olgular en sık sonbahar (n:160, %38,6) ve yaz (n:145, %35) aylarında acile başvurmuştu. Olguların başvuru nedenleri; trafik kazası (n:166, %40), zehirlenme (n:119, %28,7), düşme (n:46, %11,1), darp (n:31, %7,4) olarak tespit edildi. Onbir cinsel istismar olgusu (%45,4'ü 12 yaş ve altı) ve bir fiziksel istismar olgusu vardı. Cinsiyetlere göre dağılımda; intihar girişimi (%92), cinsel istismar (%63,6), zehirlenme (%55) olguları kızlarda; iş kazası (%100), düşme (%76,1), yanık (%71,4), trafik kazası (%61,4), darp (%61,2) olguları erkeklerde daha fazlaydı. Hastaların çoğu ayaktan tedavi sonrası acil servisten taburcu edilmişti.

Sonuç: Pediatrik yaş grubunda en sık görülen trafik kazaları, zehirlenme ve düşmeler önlenebilir sorunlar kapsamında en başta yer almaktadır. Çevre güvenliğinin sağlanması, bakımveren bireye ve çocuklara sağlıkla ilgili koruyucu eğitimler verilmesi ve meydana gelmesi kaçınılmaz durumlarda ise hasar kontrolünde yapılacak yasal düzenlemeler, sorunları minimalize edecektir.

Anahtar Kelimeler:
Acil servis; Adli vaka; Pediatrik adli vaka; Yaralanma

S20
ÇOCUK ACİL KLİNİĞİ BAŞVURULARININ ADLİ VAKALAR YÖNÜNDEN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Emine Didem DEMİRDÖKEN[1], Adem KARBUZ[2]

[1] Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Pediatri Anabilim Dalı, İstanbul
[2] Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç:
Çalışmamızda çocuk acil servise başvuran adli nitelikteki olguların demografik, epidemiyolojik özelliklerini ve klinik özelliklerini retrospektif olarak incelemeyi ve literatür ile karşılaştırmayı amaçladık.
Bu çalışmaya 01.01.2015-31.12.2020 tarihleri arasında Çocuk Acil Servis'e başvuran, 0-18 yaş arası, adli olgu olarak nitelendirilen 2355 hasta dahil edildi. Hastaların klinik ve demografik verilerine retrospektif değerlendirmeyle hasta dosyalarından ulaşıldı.

Bulgular:
Çalışmamız kapsamındaki 2355 olgunun %49,2'si kız, %50,8'si erkek idi. Ortalama başvuru yaşı 61,88±57,8 ay idi. Tüm olgulara bakıldığında en sık başvuru saat aralığının 18:00 – 24:00 saatleri arasında olduğu görüldü. Olguların 2124'ü (%90,2) zehirlenme, 114'ü (%4,9) yabancı cisim yutma, 57'si (%2,4) elektrik çarpması, 41'i (%1,7) madde alımı, 19'u (%0,8) alkol alımı nedeniyle başvurmuştu. Olguların %13'ü (306) intihar nedenli başvuru, %84,7'si (1994) kaza nedenli başvuru ve %2,3'ü (55) madde kötüye kullanım nedenli başvuruydu. İntihar nedeniyle başvuran olguların %82,6'sı kız cinsiyetteydi. Zehirlenme nedeni ile başvuran olgular en sık 25-60 ay arası görüldü. Zehirlenme nedeni ile başvuran olguların %93,9'u (1994) oral yolla, %6,1'i (130) inhalasyon yolu ile etkene maruz kalmış idi. Karbonmonoksit zehirlenmesi nedeniyle başvuruların en sık 00:00- 06:00 saat aralığında ve kış mevsiminde gözlenmesi anlamlı bulundu. Korozif madde alımına bağlı zehirlenmelerin %57,9'u erkek, %42,1'i kız olup bu başvuruların en çok 5 yaşın altında olduğu, en sık 18.00-24.00 saat aralığında başvurduğu görüldü. Elektrik çarpması ve madde alımı nedenli olgularda erkek cinsiyet kız cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek saptandı. Madde alımı nedenli olgular en sık 144 ay üzeri yaş grubunda görüldü. Yabancı cisim yutma nedenli olgularda en sık 25-60 ay grubunda başvuru görülmüş olup olguların %50,9'unda yutulan maddenin madeni para olduğu tespit edildi.

Sonuç:
Çalışmamızda en sık zehirlenme nedenli olguların gözlenmiş olması sonucunda özellikle evde bulundurulan ilaçların ve korozif etkili maddelerin çocukların erişemeyeceği, kilitli yerlerde muhafaza edilmesi, ev içi güvenlik v tedbirlerinin arttırılması ile çocuklardaki adli vaka sıklığının azaltılabileceği düşünüldü.

Anahtar Kelimeler:
Çocuk, adli vaka, zehirlenme, çocuk acil

S21
TRAVMATİK OLMAYAN İŞ KAZALARINA BAĞLI GELİŞEN ÖLÜMLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ: 5 OLGULUK SERİ

Mustafa DOĞAN[1], Bora ÖZDEMİR[2],
Nusret AYAZ[2]

[1] Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı
[2] Malatya Turgut Özal Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı

Amaç:
İş yerinde ya da işverenin herhangi bir yerde verdiği bir iş esnasında ortaya çıkan ve sonucunda yaralanma meydana gelen kazaların tümüne iş kazası adı verilir. 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun 3. maddesinin g bendinde iş kazası: "İşyerinde veya işin yürütümü nedeniyle meydana gelen, ölüme sebebiyet veren veya vücut bütünlüğünü ruhen ya da bedenen engelli hâle getiren olay" olarak tanımlanmıştır. İş yerinde doğal nedenlerden gerçekleşen ölüm olaylarının iş kazası kapsamında değerlendirilmesi hususunda güncel yaklaşımlara dikkat çekmek ve konu kapsamını idari, adli ve tıbbi açıdan önerilerle gündeme almak amaçlanmıştır.

Yöntem:
İlgili SGK Müdürlüğünden temin edilen olgulara ait evraklar iş yeri çalışma alanları, iş yeri hizmet kolu, olay yeri incelemeleri, adli tahkikata dair değerlendirmeleri ve tıbbi açıdan tedavi takibine ait evrakları her vaka için ayrı ayrı değerlendirilmiştir.

Bulgular:
Olguların tamamı travmatik olmayan ve işten bağımsız nedenlerle (ani doğal ölüm) vefat etmiştir. Ölümlerin tamamı yapılan işten bağımsız nedenlerden gerçekleşmiştir. Ölenlerin yaşları 37-54 arasında değişmekte olup öncesinde kardiyak hastalık açısından tedavi almış olma durumu sadece bir vakada gözlemlenmiştir. Olguların tamamı acil servise ambulans yordamıyla getirilmiş olup tamamında acil serviste yaşamsal bir bulgu gözlemlenmemiş ve herhangi bir şekilde yoğunbakım tedavisi almamıştır. Olguların tamamında yasal varisi olarak eşlerine iş kazası ölüm geliri aylığı bağlanmıştır. Olguların sadece birinde araç kullanma esnasında gelişen kalp krizine bağlı ölümün meydana gelmesi nedeniyle maddi hasar oluştuğu kayıtlıdır. Olguların tamamı ağır ve tehlikeli iş sınıfı dışında gerçekleşmiştir.

Sonuç:
Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı'nın 2016/21 sayılı yayınlanan genelgesinde "Sigortalının iş yerinde kalp krizi geçirmesi veya başka bir hastalık nedeniyle ölmesi ya da ruhen veya bedenen hemen veya sonradan engelli hale gelmesi iş kazası olarak kabul edilecektir" şeklinde belirtilmektedir. İşten illiyetsiz olan ve travmatik olmayan ölüm/sakatlanmalarla işin yapımı esnasında oluşan ölüm/sakatlanmaların terminolojik açıdan ayrı değerlendirilmesi ve bu hususta idari düzenlemelerin sağlanmasının iş sağlığı ve güvenliğindeki kavramların irdelenmesini kolaylaştıracağını kanaatindeyiz. İş kazalarında tanımlamaların genişletilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler:
İş kazası, travmatik olmayan ölüm, SGK

S22
2021 YILINDA YARGITAY TARAFINDAN KARARA BAĞLANAN HATALI TIBBİ UYGULAMA İDDİASI OLGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Toygun Anıl ÖZESEN[1], Gökhan AKTÜRK[2]

[1] Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Ana Bilim Dalı, Adana
[2] Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Mersin

Amaç:
Tüm dünyada ve ülkemizde hatalı tıbbi uygulama/malpraktis iddiasıyla açılan davalarda önemli düzeyde artış yaşanmaktadır. Bu davalar sonucunda sağlık çalışanları adli, idari ve hukuki yaptırımlarla karşılaşabilmektedir. Aynı zamanda malpraktis iddialarıyla açılan davalar, hekimlerin branş tercihinde, defansif tıp uygulamalarında ve sağlık hizmetleri üzerinde de etkili olmaktadır. Çalışmamızda malpraktis iddiası olan davalarda Yargıtay kararları incelenerek; malpraktise konu olan iddiaların ortaya konması, kusur olarak değerlendirilen durumların ve mesleki açıdan riskli olarak nitelendirilebilecek durumların belirlenmesi ile bu dosyalar için yazılacak bilirkişi raporlarında dikkat edilmesi gereken hususlara değinilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem:
Bu çalışmada T.C. Yargıtay Başkanlığı resmi internet sitesi üzerinden "Doktor Kusuru" ve "Hekim Kusuru" anahtar kelimeleri kullanılarak ulaştığımız 01.01.2021-31.12.2021 tarihleri arasında Yargıtay makamınca karara bağlanmış Malpraktis dava konulu Yargıtay temyiz kararları incelenmiştir.

Bulgular:
İlgili kriterlere göre toplam 93 dava dosyasına ulaşılmış olup, 24 (%19,3)'ünde birden fazla sağlık çalışanı hakkında şikayette bulunulduğu, sağlık çalışanlarının 111 (%89,5)'inin hekim olduğu, en sık hakkında şikayette bulunulan branşın kadın hastalıkları ve doğum (n:26 %21,0) olduğu, cerrahi branşların (%56,7) daha sık şikayet edildiği görülmüştür. Dosyalarda mevcut şikayetlerin 34 (%36,6)'ünün ceza davasına konu olduğu, bilirkişi raporlarının %18,7'sinde sağlık çalışanlarının kusurlu bulunduğu şeklinde karar verilmiş olduğu, en sık dikkat ve özen eksikliği şeklinde kusur verilmiş olduğu görülmektedir.

Sonuç:
Tıbbi uygulama hatası/malpraktis ile ilgili iddialar ve dava sayıları gün geçtikçe artmaktadır. Malpraktis iddiasıyla açılan davalarda, sağlık çalışanlarında çoğunlukla kusur saptanmasa da yargılama süreci itibariyle adalet sistemi üzerinde önemli bir yük oluşturmakta ve sağlık hizmetleri olumsuz etkilenmektedir. Yeni yasal düzenlemelerin uygulamaya geçmesiyle özellikle "dikkat ve özen eksikliği" kusuruyla gündeme gelen malpraktis iddialarının azalacağını düşünmekteyiz. Ayrıca yargılama süreçlerinde bilirkişilik görevi icra edilen branşlardan birisi olan Adli Tıp alanında bu konularla ilgili birinci derece ve Yargıtay mahkeme kararları üzerinden yapılacak çalışmaların literatüre kazandırılmasıyla daha nitelikli raporların hazırlanması ve raporlama süreçlerinin hızlandırılması oldukça önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler:
"Yargıtay", "Doktor Kusuru", "Doktor Hatası", "Malpraktis" "Hatalı Tıbbi Uygulama", "Sağlık Çalışanı"

S23
ADANA'DA TRAKTÖR KAZASINA BAĞLI ÖLÜMLERİN ANALİZİ

Toygun Anıl ÖZESEN[1], Kenan KAYA[2] ,
Ziyaettin ERDEM[3], Necmi ÇEKİN[4]

[1]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Adana
[2] Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Adana
[3] Adli Tıp Kurumu, Eskişehir Adli Tıp Şube Müdürlüğü, Eskişehir
[4] Adli Tıp Kurumu, Adana Grup Başkanlığı, Adana

Amaç:
Traktör, tarım sanayisinde hem ürünlerin işlenmesinde hem de tarım arazilerine ulaşımda kullanılan bir makinadır. Tarım ile ilişkili ölümlerin büyük bir kısmı tarım makinalarının ve özellikle traktörlerin kullanımı sırasında meydana gelen kazalardan kaynaklanmaktadır. Bu çalışmada Adana ilinde meydana gelen ölümlü traktör kazaları incelenmiştir. Çalışmanın amacı, olguları analiz ederek elde edilen sonuçları bilim dünyası ile paylaşmak ve traktör kazalarında mortalite ve morbiditeyi önlemeye yönelik önerilerde bulunmaktır.

Yöntem:
Çalışmamızda, 01.01.2015-31.12.2020 tarihleri arasında (6 yıllık dönem) traktör kazaları sonucu hayatını kaybeden olguların otopsi tutanakları ve adli inceleme raporları retrospektif olarak incelendi. Olgulara ve olay mahalline ilişkin demografik veriler, olayların özellikleri ve otopsi bulguları değerlendirildi. Toplanan veriler SPSS 20.0 yazılımına yüklenmiş ve verilerin yüzde analizi ve değerlendirmeleri yapılmıştır.

Bulgular:
Bu çalışmada 6 yıllık süre içerisinde toplam 33 ölümlü traktör kazası gerçekleşmiş; 1 kazada 3 kişi, 1 kazada ise 2 kişi hayatını kaybetmiştir. Ölümlü traktör kazalarının en sık yaz mevsiminde (%36,1), ikinci sırada ilkbahar (%27,8) mevsimine meydana geldiği görülmüştür. 20 olgunun (%55,6) olay yerinde, 15 olgunun (%41,7) hastanede, 1 olgunun (%2,8) ambulansla hastaneye giderken hayatını kaybetmiş olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç:
Traktör kazaları, özellikle tarım topluluklarında önlenebilir bir mortalite ve morbidite nedenidir. Ölümlü traktör kazalarını önlemek için traktörü kullanan kişilerin özel eğitim almaları ve traktör kullanımı sırasında gereken emniyet tedbirlerinin alınması ve meydana gelen ölüm şekillerine bağlı olarak kaza esnasında yaralanma ve ölüm riskini azaltacak koruyucu mekanizmaların geliştirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler:
"Traktör Kazaları", "Trafik Kazaları", "Tarım Ölümleri", "Tarım Kazaları", "Otopsi"

S24
ADANA ADLİ TIP KURUMU'NDA OTOPSİSİ YAPILAN AMFETAMİN/ METAMFETAMİN TESPİT EDİLEN OLGULARIN ÖLÜM NEDENLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Toygun Anıl ÖZESEN[1], Aybike DİP[2],
Necmi ÇEKİN[2]

[1] Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Ana Bilim Dalı, Adana
[2] Adli Tıp Kurumu, Adana Grup Başkanlığı, Adana

Amaç:
Psikostimülanlar, küresel olarak en çok suistimal edilen ikinci yasadışı uyarıcı grubunu oluşturur. Bu çalışma ile Adana Adli Tıp Grup Başkanlığında otopsisi yapılan olgular incelerek, amfetamin/metamfetamin kullanımının ölüm sebeplerine olan etkisinin tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem:
Bu çalışmada Adana Adli Tıp Grup Başkanlığında Ocak 2020-Temmuz 2022 tarihleri arasında yapılan otopsiler incelenmiş, amfetamin/metamfetamin tespit edilen olguların ölüm sebepleri demografik bilgiler ile birlikte değerlendirilmiştir.

Bulgular:
Ocak 2020- Temmuz 2022 tarihleri arasında yapılan toplam 2306 otopside 117 olguda amfetamin/metamfetamin tespit edilmiştir. Bu olguların %95'i erkek, geri kalanı kadındır. En çok ölüm 22 ile 45 yaş aralığında (%82) görülmüştür. Olguların ölüm şekilleri incelendiğinde; ilk sırada ateşli silah yaralanması ile ilişkili 31 olgu (%26,49), ikinci sırada tekli veya çoklu madde içeren uyuşturucu madde intoksikasyonu ile ilişkili 24 olgu (%20,51), ve üçüncü sırada ise asıya bağlı mekanik asfiksi ile ilişkili 16 olgu (%13,67) olduğu görülmüştür.
Amfetamin/metamfetamin tespit edilen olguların diğer tüm ölüm nedenleri ile birlikte değerlendirildiğinde, uyuşturucu madde intoksikasyonuna bağlı ölümler ($p<0,001$) ve asıya bağlı mekanik asfiksiye bağlı ölümler ($p=0,0006$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür

Sonuç:
Amfetamin/Metamfetamin, dopamin ve noradrenalin gibi katekolikaminleri serbest bırakarak merkezi sinir sistemini uyaran sempatomimetik aminlerdir. Bu maddeler kalp atış hızı, solunum ve arteriyel kan basıncını artırarak güçlü bir psikomotor uyarıma neden olurlar. Bununla birlikte enerjiyi ve kendine güven duygusunu artırırlar. Ancak zaman içinde, katekolikaminlerin seviyeleri önemli ölçüde tükenir ve nörotransmitter sistemler normal şekilde çalışmayı durdurur. Bu durum genellikle fiziksel ve zihinsel yorgunluk, uykusuzluk, huzursuzluk, sinirlilik, kuruntular, kaygı ve hatta intihar eğilimlerini artırır.
Amfetamin/metamfetamin kullanımı, katekolamin seviyesini değiştirmesi sebebi ile bireylerde davranışlara yansıyan sonuçlar doğurmaktadır. Çalışmamızda elde ettiğimiz veriler, katekolamin seviyesi ile ilişkili olarak aşırı güven, sinirli olma ve intihar eğilimi sonucunda, ateşli silah kullanımı ile ilgili olaylara karışma ve ası ile intihar nedeni ile ölüm olgularının bu bilgileri destekler şekilde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler:
Amfetamin, Metamfetamin, Otopsi, Mekanik Asfiksi, İntihar, Ateşli Silah

S25
VERİ KAYBI OLMADAN ANDROİD CİHAZLARDA ÖNYÜKLEYİCİ BÖLÜMÜNÜN ONARIMI

Hasan TUNAY, Adnan KEÇE, Bilal AMAN,
Mehmet PALA

Adli Tıp Kurumu, Adli Bilişim İhtisas Dairesi, İstanbul

Giriş:
Teknolojiyle birlikte gelişen kişisel mobil cihazlarda saklanan verilerin niteliği artarken her geçen gün yükselen kapasiteleri nedeniyle bu cihazlarda tutulan kişisel verilerin sayısı artmıştır. Yargı makamları özellikle adli olayların aydınlatılmasında bu kişisel verilerden faydalanabilmektedir. Yargı makamları tarafından istenilen hususlarda kişisel veriler üzerinde inceleme yapabilmek için Android işletim sistemine sahip cihazların imajlarının alınması gerekmektedir. Dijital delillerde bulunan verilerin kapsamlı bir şekilde alınması ve silinmiş verilerin kurtarılabilmesi için fiziksel(bire bir kopya) imajının alınması gerekmektedir. Adli bilişim imaj alma yazılımları ile Android işletim sistemine sahip cihazlar üzerinde fiziksel imaj alma işleminin gerçekleştirildiği aşamada "FRP lock"(fabrika ayarlarına sıfırlama kilidi)", "CMDline parameter", "bootloop (ön yükleme döngüsü)" gibi hatalarla karşılaşılmaktadır.

Amaç:
Yapılan çalışmada fiziksel imaj alma esnasında karşılaşılan hataların, kişisel verilerin bulunduğu Android bölümü "userdata partition"a zarar vermeden giderilme yöntemleri anlatılmıştır. İlk olarak test cihazının "FRP lock", "CMDline parameter" ve "bootloop" hatalarını alması sağlanmıştır. Daha sonra test cihazının orijinal donanım yazılımı (firmwire) içerisinden android bölümlerinin (partition) ham halleri elde edilmiştir. Elde edilen orijinal bölümler, ODIN ve TWRP (Team Win Recovery Project) gibi 3. Parti yazılımlar kullanılarak hasarlı Android bölümlerinin yerine flashlanarak onarma işlemleri yapılmıştır.

Bulgular-Sonuç:
Son olarak onarma işlemlerinin öncesinde ve sonrasında alınan imajların userdata bölümleri karşılaştırılmış ve kullanıcı verilerinde herhangi bir veri kaybının olmadığı gözlemlenmiştir.

Anahtar Kelimeler:
Android, FRP Lock Hatası, Bootloop Hatası,
Adli Bilişim

S26
ATEŞLİ SİLAH İLE ÇOKLU YARALANMASI BULUNAN ÖLÜMLERDE OTOPSİ SIRASINDA KARŞILAŞILAN SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

İsmail ALTIN

Şanlıurfa Adli Tıp Şube Müdürlüğü

Amaç:
Bu çalışmada Şanlıurfa ilinde vücuduna en az 3 adet ateşli silah penetran cisim isabet etmiş ateşli silah yaralanmalarına bağlı ölümlerin tek adli tıp uzmanı tarafından araştırılması ve bakış açısının zamanla değişiminin anlatılması amaçlanmıştır.

Yöntem:
Şanlıurfa Adli Tıp Şube Müdürlüğünde 2020-2022 yılları arasında tek adli tıp uzmanı tarafından yapılan 59 ateşli silah yaralanmasına bağlı ölümler retrospektif olarak incelenmiştir. Vücuduna en az 3 adet ateşli silah penetran cisim isabet etmiş 16 olgu belirlenmiştir. Olguların sosyodemografik verileri, yaralanmalara neden olan silahın türü, atış sayısı, öldürücü nitelikli yaralar, atış mesafesi ve anatomik yaralanma bölgeleri incelenmiştir.

Bulgular:
İncelenen 437 olgunun 59'u ateşli silah yaralanmasına bağlı ölüm olgusu idi. Bu olgulardan 16'sında çoklu ateşli silah penetran cisim giriş yarası vardı. Olguların en küçüğü 18 en büyüğü 58 yaşında olup, 3'ü kadın 13'ü erkekti. Olguların 9'unda kısa namlulu silahlar kullanılmış, 3 olguda uzun namlulu, 3 olguda da kısa ve uzun namlulu silahlar kullanılmıştı. Olguların 11'inde kesin atış sayısı tam olarak tespit edilemedi. Olguların 5'inde öldürücü nitelikte atışlar tespit edilemedi. Olguların 3'ünde sadece alt ekstremite yaralanması, 1'inde sadece kafa bölgesi yaralanması mevcutken diğer olgularda birden fazla anatomik bölgede yaralanma mevcut idi.

Sonuç:
Ateşli silah yaralanmaları halen başta gelen ölüm nedenleri arasındadır. Ateşli silah yaralanmalarına bağlı ölüm olgularında yapılacak otopsiler de adli tahkikatın aydınlatılması açısından çok büyük önem taşımaktadır. Adli tıp uzmanlık eğitimi içerisinde de ateşli silah otopsilerinin ayrı bir yeri olması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler:
Ateşli silah yaralanması, çoklu yaralanmalar, otopsi

S27
KLİNİK ADLİ TIP UYGULAMARINDA KONSÜLTASYON İSTEMLERİNİN TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ahmet Nezih KÖK, Beytullah URAL, Burak ARI, Abdulkadir SANCI, Selma ÖZTÜRK, Ömer KURAN, Mustafa Talip ŞENER

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp ABD, Erzurum

Amaç:
Hukuk ile tıbbı birleştiren bir bilim dalı olan adli tıp, multidisipliner bir yaklaşımı temel alır. Adli tıbbi değerlendirmelerde olguya ait radyolojik ve laboratuvar sonuçlar incelenir, olgu muayene edilerek objektif kriterlere göre rapor hazırlanır. Adli tıp alanında bir konunun çözümü için herhangi bir uzmanlık dalının en ince ayrıntısının bilinmesini gerektirebilir. Bu nedenle inceleme işlemlerinin bir parçasını da konsültasyonlar oluşturur. Konsültasyon tanı, tedavi ve komplikasyonların değerlendirilmesinde oldukça önemlidir. Bu çalışmada adli tıp uygulamalarında konsültasyon istemlerini analiz ederek, tıpta uzmanlık eğitimi açısından önemini, gerekli olacak bilgi ve deneyimin hangi rotasyon eğitimleri ile sağlanabileceğini belirlemek amaçlandı.

Yöntem:
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalının 30. yılı olan ve 1 Ocak 2021-31 Aralık 2021 tarihlerini içeren dönemde 4377 olgu retrospektif olarak incelendi. Diğer branşlara konsülte edilerek adli tıbbi değerlendirme yapılan 730 olgu çalışma kapsamında incelendi.

Bulgular:
Klinik adli tıbbi değerlendirme yapılan olguların %16,67'si (n=730) ilgili branşlara konsülte edilmiştir. Olguların %59,5'i (n=434) vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçlar kapsamındaki muayeneler, %25,2'si (n=184) adli psikiyatrik değerlendirmeler, %11'i (n=80) yaş tespiti, %4,4'ü ise (n=32) malpraktis, maluliyet gibi diğer konularda ilgili branşlara konsülte edilmiştir. Olguların %87,7'si (n=640) dahili, %12,3'ü (n=90) ise cerrahi branşlara konsülte edilmiştir. Konsülte edilen bölümlerin dağılımına bakıldığında %35,1'inin (n=256) Radyoloji, %21,2'sinin (n=155) Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, %16,3'ünün (n=119) Psikiyatri, %8,2'sinin (n=60) Çocuk Psikiyatri, %4,5'inin (n=33) Nöroloji ve %14,7'sinin (n=107) ise diğer branşlara konsülte edildiği bulundu.

Sonuç:
Konsültasyonlar tanı, tedavi, komplikasyonların değerlendirilmesinde, aynı zamanda adli değerlendirmenin ve adli raporun nitelikli, objektif olmasına önemli katkı sağlamaktadır. Konsültasyon için branşlardan en sık radyoloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, erişkin ve çocuk psikiyatri, nöroloji branşına ihtiyaç duyulurken bunlardan sadece erişkin ve çocuk psikiyatri adli tıp uzmanlık eğitimi rotasyonu kapsamında bulunmaktadır. Adli tıp uzmanlık eğitimi sürecinde konsültasyon için ihtiyaç duyulan bu uzmanlık alanlarından, eğitimin belli bir döneminde seçmeli rotasyon eklenmesi eğitim niteliğini artırabilir.

Anahtar Kelimeler:
Adli Tıp, Konsültasyon, Uzmanlık Eğitimi, Rotasyon

S28
ADLİ MERCİLERCE MALULİYET TESPİTİ İÇİN MÜKERRER GÖNDERİLEN OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Burak ARI, Beytullah URAL, Abdulkadir SANCI, Selma ÖZTÜRK, Ömer KURAN, Ahmet Nezih KÖK, Mustafa Talip ŞENER

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp ABD, Erzurum

Amaç:
Trafik kazası, iş kazası, tıbbi uygulama hatası, yaralanma durumlarında zararların tazmininde maluliyetin belirlenmesi adli tıp açısından temel görevlerden biridir. Maluliyet raporları, adli makamların istemi doğrultusundaki mevcut yönetmeliklere göre yapılmaktadır. Maluliyet raporları için birden çok yönetmelik mevcuttur. Aynı olay için maluliyet değerlendirilmesi yapılan bazı olgulara adli makamlarca farklı yönetmeliklere göre de maluliyet raporu istenebilmektedir. Bu çalışmada adli makamlarca aynı olaya ilişkin farklı yönetmeliğe göre mükerrer maluliyet raporu istenen olguları sunarak, farklı yönetmeliklere göre hesaplanan maluliyet oranları karşılaştırmak ve yönetmeliklerdeki farklılıkları ortaya koymak amaçlandı.

Yöntem:
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalına 1 Ocak 2021-1 Eylül 2022 tarihleri arasında Hukuk Mahkemeleri tarafından maluliyet değerlendirilmesi için gönderilen olgulardan mükerrer rapor istenen toplam 29 olgu belirlendi. Olgulara ait rapor düzenlenmesi istenen yönetmelikler, maluliyet oranları karşılaştırıldı.

Bulgular:
Olguların tümünün ilk ve ikinci maluliyet rapor talepleri aynı adli merci tarafından gönderilmiştir ve farklı yönetmeliklere göre rapor talep edilmiştir. İlk rapor talebinde olguların en yüksek oranla %55,2'si (n=16) için Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği'ne göre rapor düzenlenmesi istenmiştir. Mükerrer rapor talebinde ise en yüksek oranla %44,8'i (n=13) için Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkındaki Yönetmeliğe göre rapor düzenlenmesi istenmiştir. Maluliyet oranları farklı yönetmeliklere göre ikinci değerlendirmede olguların %37,9'unda (n=11) azaldığı, %20,7'sinde (n=6) arttığı ve %41,3'ünde (n=12) değişmediği bulundu. Maluliyet oranında %0,3-8,9 oranında azalma, %0,3-6,86 oranında ise artma şeklinde değişim olduğu bulundu.

Sonuç:
Maluliyet değerlendirmeleri öncelikle olay tarihinde geçerli olan yönetmeliğe göre yapılmaktadır. Tarafların itirazlarına göre farklı yönetmeliklere göre yeniden maluliyet değerlendirmeleri istenilmektedir. Farklı yönetmeliklere göre yapılan değerlendirmelerde olguların %58,7'sinde önceki değerlendirmeye göre farklı oranlar çıkmaktadır. Bu nedenle maluliyet tespitleri için standart bir kılavuz belirlenmesi gerekmektedir. Böylece hukuki sürecin hızlanması, mükerrer değerlendirme taleplerinin azalması sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler:
Adli Tıp, Maluliyet Oranı, Yönetmelik

S29
HUZUR VE BAKIMEVİ ÖLÜMLERİNİN POSTMORTEM DEĞERLENDİRİLMESİ

Emrah Emiral[1], Bülent Değirmenci[2], Mert Aslan[2], Betül Akgüney[1]

[1] Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı
[2] Adli Tıp Kurumu Ankara Grup Başkanlığı

Amaç:
İleri yaş insanlar sağlık sorunları, bakıcılardan sınırlı destek, artan bağımlılık, güvenlik ve mali durumlarındaki değişiklikler de dahil olmak üzere çeşitli nedenlerle huzurevlerine taşınmaktadırlar. Huzurevi sakinlerinin bakım kalitesinin iyileştirilebilmesi için ölümlerin nasıl, neden, nerede ve ne zaman olduğunun daha iyi anlaşılması gerekir. Bu Çalışmada; huzurevinde ikameti sırasında ölen ve otopsi yapılan olgular hakkında dosyaları üzerinden retrospektif inceleme yaparak, bildirim yapılması gereken durumlar ve alınabilecek önlemler hakkında farkındalık yaratmak ve elde edilen bilgileri literatürle ile paylaşılmak amaçlanmaktadır.

Yöntem:
Adli Tıp Kurumu Ankara Grup Başkanlığı'nca Ocak 2016-Aralık 2020 tarihleri arasında otopsisi yapılan huzurevi ölümü olguların dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir. Olguların yaş, cinsiyet gibi sosyodemografik verileri, ölüm zamanı (saati, günü ve ayı), ölüm sebebi, ölüm orijini vb. veriler değerlendirilmiştir.

Bulgular:
Çalışma grubunun 7'si (%25.0) bakımevinde, 21'i (%75.0) huzurevinde olmak üzere 28 kişiden oluşmaktadır. Yaşları 23-95 arasında değişmekte olup ortalama (SD) 71.4 (16.6), ortancası 70 yıl idi. Katılımcıların 13'ü (%46.4) kadın, 15'i erkekti (%53.6). Kişilerden 26'sının kronik hastalığı olup, 25'inin (%89.3) bakıcı ihtiyacı olduğu saptandı. Olguların 18'i (%64.3) hastanede tedavi görmüştü. Çalışmada 28 olgudan 1 tanesinin çürüme nedenli ölüm nedeni, orjini ve muayene bulguları belirlenemedi. Yapılan incelemelerde 27 olgunun, %37'sinin (n=10) bası yarası, %14.8'inin malnutrisyon ve %70.4'ünün travma bulgusu olduğu saptandı. Ölüm orjinlerine bakıldığında 17'sinin(%63) doğal, 5'i (%18.5) trafik kazası, 4'ünün (14.8) düşme ve 1 tanesinin (%3.7) cinayet olduğu saptandı.

Sonuç:
Huzurevi ve bakımevi ölümlerinin büyük bir bölümünde düşme ve travma bulgusu olması güvenlik önlemlerinin yetersiz kaldığını göstermektedir. Artan ileri yaş nüfusu da dikkate alındığında huzurevlerinde kalan yaşlı nüfusunun daha fazla artacağı tahmin edilmektedir. Huzurevi ve bakımevlerinde yaşam kalitesinin artırılması ve ölümlerin azaltılması için; bakım hizmeti veren personele daha etkin eğitim verilmesi ve gerekli olan güvenlik önlemlerinin eksiksiz alınması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler:
Huzurevi ölümleri, İleri yaş, Bakıcı ihtiyacı, Otopsi

S30
COVID-19 HASTALARININ GÖZ İÇİ SIVILARINDA METABOLOM PROFİLİNİN Q-TOF MS/MS YÖNTEMİYLE BELİRLENMESİ VE BİYOİNFORMATİK OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Elif KESMEN ÖZ[1], Onur ŞENOL[2] ,
Ahmet Nezih KÖK[3], Orhan ATEŞ[4]

[1]Erzurum Adli Tıp Grup Başkanlığı, Kimya İhtisas Dairesi, Erzurum, Türkiye

Amaç:
Metabolomiks, biyolojik sıvılarda yer alan 2000 Da küçük molekül ağırlığına sahip yapıların kantitatif ve kalitatif analizlerinin yapılıp biyoinformatik algoritmalar ile değerlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Yapılan çalışmada, 2019 yılında bütün dünyayı etkisi altına alan ve ölümcül bir pandemiye yol açan COVID -19 hastalığının metabolomiks yöntemi ile patogenezini anlamak ve göz içinde yapmış olduğu tahribatı belirlemek amaçlanmıştır.

Yöntem:
Bu çalışmada, 2019-2020 yılları arasında Erzurum Adli Tıp Grup Başkanlığı Kimya İhtisas Dairesine gönderilen, COVID-19 pozitif olduğu bilinen 25 vakaya ait ve COVID-19 negatif olduğu bilinen 25 vakaya ait göz içi sıvıları toplandı. Toplanan numuneler sıvı-sıvı ekstraksiyonuna tabi tutuldu ve daha sonra vakum altında uçurulup, %0.1 formik asit içeren asetonitril su karışımında çözülerek viallere aktarıldı. Daha sonra örnekler SCIEX Q-TOF MS/MS cihazında analiz edildi. Elde edilen değerler MZmine 3.0 programına aktarılarak retention zamanının düzenlenmesi, peak detection, gap-filling ve alignment işlemleri bu program vasıtasıyla gerçekleştirilmiştir. Daha sonra elde edilen veriler birleştirilerek metabolit annotasyonu ve kemometrik analizler için MATLAB 2020a programına aktarılmıştır. XCMS, KEGG ve MS-DIAL veri bankalarından elde edilen referans spektrumlar ile analizimizde elde edilen MS2 spektrumları karşılaştırılarak metabolit annotasyon işlemleri gerçekleştirilmiştir. Daha sonra MATLAB 2020a yazılımı içerisinde bulunan PLS Toolbox 8.0 yazılımının yardımıyla gruplarının sınıflandırmasına yönelik (OPLS-DA) algoritmasıyla sınıflandırma gerçekleştirilmiştir.

Bulgular:
VIP skoru 1.0'den yüksek olan 10 metabolit anlamlı olarak tespit edildi. Triptofan, fenilalanin, lösin, gibi bazı küçük moleküllerde istatistiksel olarak anlamlı değişimlerin olduğu tespit edildi.

Sonuç:
Yolak analizleri sonucunda özellikle pürin metabolizmasında ve RNA biyosentezi yolağındaki metabolitlerlerde anlamlı farklılıklar tespit edildi. COVID-19 pozitif ve negatif örneklerin moleküler düzeyde yapay zeka temelli algoritmalarla test kiti olmadan metabolom profili vasıtasıyla yüksek hassasiyette teşhis edilebileceği sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler:
COVİD-19, metabolom, göz içi sıvı, Q-TOF MS/MS yönetimi

S31
MİCROSOFT WİNDOWS İŞLETİM SİSTEMİ KAYIT DEFTERİ (REGİSTRY) DOSYALARININ ADLİ BİLİŞİM AÇISINDAN İNCELENMESİ

Safiye FETTAHOĞLU

Adli Tıp Kurumu Adli Bilişim İhtisas Dairesi Veri İnceleme Şubesi

Amaç:
Bu çalışmada adli bilişim alanına, adli analizde potansiyel kanıt değeri olan çok sayıda bilgi içeren Windows işletim sistemine ait kayıt defteri dosyaları özelinde detaylı Türkçe kaynak sunmak amaçlanmıştır.

Yöntem:
Çalışan sistem üzerinde kayıt defteri ile ilgili veriler, Windows kullanıcısı tarafından sistemde bulunan "Kayıt Defteri Düzenleyicisi" uygulaması ile görüntülenebilir ve değiştirilebilir. Adli analizci çalışan sistem ile muhatap ise "Binalyze IREC TACTICAL", "FTK Imager Lite", "NirSoft OfflineRegistryFinder" benzeri programlar kullanarak veya Windows PowerShell/ CommandPrompt üzerinden "reg" komutu ile incelenmek üzere ilgili kayıt defteri verilerini dışa aktarır. Diğer veri kaynağı, kapalı sistem üzerindeki Windows işletim sistemine sahip depolama biriminin adli bilişim temellerine uygun şekilde alınan imaj (adli delil kopyası) dosyasıdır. Kayıt defteri verilerinin analizi ise; Regripper, Registry Explorer, ShellBags Explorer, AmcacheParser, AppCompatCacheParser, RecentFileCacheParser, Yet Another Registry Utility – yaru, Windows ShellBag Parser – sbag, Computer Account Forensic Artifact Extractor – cafae, Accessdata Registry Viewer, Forensafe ArtiFast, GetData Forensic Explorer, Magnet Axiom, X-Ways Forensics benzeri programlar kullanılarak yapılır.

Bulgular:
Windows kayıt defterinin analizi sonucunda incelenen vakanın konusuna göre kanıt olabilecek aşağıdaki bilgiler ve daha fazlası elde edilebilir: Yüklü işletim sistemi hakkında bilgiler, ağ paylaşım bilgileri, çalıştırılan programlar, kişisel ayarlar, internet tarayıcı tercihleri, takılmış USB cihazlar, sistemde tanımlı cihazlar, bilgisayar adları, bilgisayar zaman dilimi bilgisi, bilgisayara takılan yazıcılar, Bluetooth cihazların bilgisi, en son kullanılan yazılımlar, sistem konfigürasyon bilgileri, sistemde etkileşimde bulunulan son dosyalar, kablosuz ağlarla ilgili bilgiler, yüklenen/ kaldırılan uygulamalar, kullanıcıların son giriş tarihi ve parola değiştirme tarihleri, Windows Çalıştır uygulamaları, Windows gezgini hızlı erişim aramaları gibi bilgiler elde edilir.

Sonuç:
Yapılan kayıt defteri analizi sonucu suça konu tarihler arasında ilgili bilgisayar üzerinde suça konu olabilecek; herhangi bir dosyaya erişilip erişilmediği, herhangi bir program kullanıp kullanılmadığı, herhangi bir ağa/cihaza erişilip erişilmediği gibi bilgiler ile bu aktivitelerin hangi kullanıcı profili ile gerçekleştirildiği gibi birçok bilgi soruşturma makamına kanıt olarak sunulur.

Anahtar Kelimeler:
Windows, kayıt defteri, adli bilişim

S32
EV İÇİ ŞİDDET MAĞDURİYETİ VE İNTİHAR GİRİŞİMİ İLİŞKİSİ ÜZERİNE

Yasemin BALCI

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Adli Tıp Anabilim Dalı

Amaç:
Kolluk Birimleri tarafından Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi Adli Tıp Polikliniğine ev içi şiddet ve intihar girişimi nedeniyle rapor düzenlenmesi için yönlendirilen olguların değerlendirilmesi ile ev içi şiddet ve intiharlar arasındaki ilişkiye vurgu yapmak amaçlanmıştır.

Yöntem:
Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi Adli Tıp Polikliniğinin kurulduğu 2014 yılından 2020 yılı sonuna kadar, Polikliniğimize intihar girişimi ve ev içi şiddet nedeniyle başvuran olgular ayrı ayrı analiz edilmiştir. İntihar girişimi nedeniyle başvuran olgulardan, girişim öncesi/sonrası ev içi şiddet nedeniyle de başvurmuş olanlarının kayıtları çıkarılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular:
2014-2020 yılları arasındaki 7 yıllık süreçte Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi Adli Tıp Polikliniğinde toplam 11971 rapor düzenlenmiş olup bunların 883'ünde (%7.4) ev içi şiddet nedeniyle rapor düzenlenmiştir. Ev içi şiddet nedeniyle rapor düzenlenen olguların 634'ünde (%71.8) şiddet uygulayan taraf eş/partner olup geri kalan olgularda şiddet diğer ev içi bireylerden gelmiştir. Eş/partner şiddeti raporlarının 565'i (%89.1), eş/partner dışı ev içi şiddet raporlarının 130'u (%52.2) kadınlara aittir.
Raporların 591'i (%4.9) intihar girişimi nedeniyle düzenlenmiş olup bunların 381'i (%64.5) kadınlara aittir.
Kadın intihar girişimi olgularının 17'sinde girişim öncesi/sonrası eş/partner, 2'sinde ev içi olmak üzere 19'unda (%5.0) eş/partner ve diğer ev içi bireylerden şiddet nedeniyle rapor düzenlendiği saptanmıştır. Erkeklerde bu gruptaki olgu sayısı 5 olup oran %2.4'tür. Bunların sadece 1'i eş şiddeti olup diğerleri ev içi şiddettir. Veri tabanımıza göre ev içi şiddet yaşayan kadınlarda (n:565+130=695) intihar girişimi oranı %2.73'dir. Bu oran erkeklerde (n:69+119=188) %2.65'tir.

Sonuç:
Hem intihar girişiminde bulunan hem de ev içi şiddet mağduru olan kişilerin özel ve ayrıntılı değerlendirilmesinin, her iki sosyal problemin çözümüne katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler:
Ev içi şiddet, intihar, adli rapor

S33
AMFETAMİN KULLANANLARDA LİTARATÜRDE BULUNMAYAN ATİPİK BULGU: CİLT LEZYONLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ferhat Turgut TUNÇEZ, Utku NALBANT,
Mehmet TOKDEMİR

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Adli Tıp Anabilim Dalı, İzmir

Giriş:
Uyutucu, uyarıcı, uyuşturucu madde kullananlarda madde kullanımı ile ilişkilendirilebilecek deri lezyonları görülebilmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda deri bulguları içerisinde en sık görülen olarak eski kesi skarları olduğu bildirilmiştir. Uyutucu, uyarıcı, uyuşturucu madde tüketiminin büyük oranda kişilerin kendi evleri olduğu, bunu metruk binaların takip ettiği raporlanmıştır. Çalışmamızda madde bağımlısı olduğunu belirten kişilerde sıklıkla karşılaşılan atipik deri lezyonlarının tanımlanması, tariflenmesi ve ek bulguların bulunarak literatüre katkıda bulunulması amaçlanmıştır.

Materyal Metot:
01/01/2021-30/06/2022 tarihleri arasında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesine gözaltı muayenesi için getirilen vücudunda atipik deri lezyonları bulunan 21 uyuşturucu bağımlısı olduğunu ifade eden kişi çalışmaya alındı. Lezyonların oluşuma ile ilgili sorular soruldu. Metamfetamin kullandığını ve metamfetamin kullanım ilişkili yarası olduğunu düşünülen vakaların sadece geldiği gün kayıt altına alınacak ve yüzü görülmeyecek şekilde fotoğrafları çekildi. Yaralarda ortak özellikler not alındı.

Bulgular:
Çalışmamızda biri kadın yirmisi erkek toplam 21 metamfetamin bağımlısının vücutlarında litaratürde tarif edilmeyen atipik yuvarlak şekilli, ülsere yaralar bulunduğu görüldü. Vakaların tamamında yaralar ekstremitelerde ve özellikle de alt ekstremitedeydi (16 vaka%76). Üç vakada (%14) hem alt ekstremite hem de üst ekstremite etkilenmişti. Yalnızca 2 vakada alt ekstremiteye ek olarak kafa bölgesinde de lezyonlar görülmüştür. Tamamı metamfetamin kullandığını kabul etmiş olmakla beraber vakaların yarısından fazlasında (15 vaka %71) metamfetamin dışında ek uyuşturucu-uyarıcı madde kullanım öyküsü mevcuttu.

Sonuç:
Mevcut yaraların direkt olarak metamfetamin kullanımından ziyade metamfetamin ile karıştırılmış ek maddelerin vücutta yarattığı etkiler ve kişilerin madde etkisinde oldukları psikoaktif döneminde stimulanlara artan yanıtlara (kaşıntı, enfeksiyon vb.) bağlı olduğu düşünüldü. Ekstremitelerdeki yaraların vücutta baskın elin ulaşabileceği yerlerde olduğu ve uyuşturucu tüketilen ortamın ev olduğu düşünüldüğünde ev ortamında giyilen kıyafetlerde açıkta kalan kısımların (ekstremite distalleri) olması bu yaraların oluşum mekanizmalarında rol oynadığını düşündürmüştür.

Anahtar Kelimeler:
Metamfetamin, Deri Lezyonları, Madde Bağımlılığı

S34
SİYANÜR ZEHİRLENMESİNE BAĞLI ÖLÜMLER; OLGU SERİSİ

Berk GÜN[1], Erkan SARUHAN[2],
Ferhat Turgut TUNÇEZ[2], Mehmet TOKDEMİR[2]

[1]Adli Tıp Kurumu, 3.Adli Tıp İhtisas Kurulu, İstanbul
[2] İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Ana Bilim Dalı, İzmir

Amaç:
Siyanür bilinen en hızlı ölümcül zehirler arasında yer alır. Siyanür bileşikleri çok toksik olmalarına karşın kaza zehirlenmelerine ve ölümlere beklenilenden daha az yol açarlar. İntihar ve kasıtlı zehirlenme/zehirleme aracı olarak kullanılmaları daha sık görülmektedir. Çalışmamızda tarih boyunca en öldürücü ve yıkıcı zehirlerden biri olan siyanürün otopsi bulguları incelenerek siyanür zehirlenmelerine dikkat çekmek amaçlanmaktadır.

Yöntem:
İzmir Adli Tıp Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesinde 2011 ile 2021 tarihleri arasında ölüm nedeni siyanür zehirlenmesi olduğu tespit edilen 7 olgunun olay yeri, otopsi, histopatolojik ve toksikolojik bulguları birlikte değerlendirilmiştir.

Bulgular:
Olguların 2 si kadın 5 i erkek olduğu tespit edildi. Ölüm orijini bakımından 2 si cinayet 5'i intihar olduğu saptanmıştır. Olguların olay yerlerinde; siyanür olduğu tespit edilen beyaz renkli kristal toz madde ve içerisinde siyanür mevcut olduğu tespit edilen cam kavanozda ve pet şişede sıvı bulunduğu bildirilmiştir.
Otopsilerde; özefagus lümeni hiperemik ve kanamalı olduğu, trakea ve her iki ana bronş-bronşiol lümenlerinde köpüklü sekresyon sıvısı bulunduğu, akciğer parankiminin ödemli, lob aralarında peteşial tarzda subplevral kanama odakları, kesitlerinde sıkmakla kanlı köpüklü sıvı çıkısı olduğu, kalpte papiller kaslarda kanama odakları olduğu, mide mukozası kanamalı mide mukozası hiperemik olduğu görülmüş olup mide içerisinden acı badem benzeri koku alınmıştır. Otopsi sırasında cesetlerden alınan örneklerin ve hastanede alınan ilk kanların HS-GS/ MS toksikolojik incelemesinde; kanda ve mide içeriğinde siyanür saptanmıştır. Otopsi sırasında cesetlerden alınan doku örneklerinin histopatolojik incelemelerinde; nonspesifik bulgular olduğu görülmüştür.

Sonuç:
Siyanür zehirlenmelerinde ölüm nedeni belirlenirken; toksikolojik veriler, otopsi bulguları ve olay yeri inceleme bulguları beraber değerlendirilmelidir. Siyanürün gerek satış yerlerinden gerekse internetten kolaylıkla alınabilmesini ve suistimal amaçlı erişiminin bu kadar kolay olmasını engellenmek için yurt içinde gerekli denetimlerinin yapılması, dağıtım kanallarının her birinin ve son kullanıcısının tespit edilmesinin gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler:
Siyanür Zehirlenmesi, İntihar, Otopsi

S35
2016-2017 YILLARI ARASINDA ADLİ TIP KURUMU BİRİNCİ ADLİ TIP İHTİSAS KURULU'NCA DEĞERLENDİRİLEN ZEHİRLENME VAKALARINA ADLİ TIBBİ BAKIŞ

Gülsüm DAMAR[1], Arif GARBIOĞLU[2], İbrahim UZUN[3]

[1] Adli Tıp Kurumu, Dördüncü Adli Tıp İhtisas Kurulu
[2] Adli Tıp Kurumu, Zonguldak Adli Tıp Şube Müdürlüğü
[3] İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Adli Tıp Kurumu Birinci Adli Tıp İhtisas Kurulu

Amaç:
Zehirlenmeler, sık karşılaşılan, ölümle sonuçlanabilen önemli sağlık sorunlarındandır. Çalışmamız, ülkemizde ölüme neden olan zehirlenme olgularının sosyodemografik özellikleri, zehirlenmeye neden olan etken maddeler ve olguların adli tıbbi özellikleri açısından değerlendirilerek adli tıp pratiğinde karar verme sürecine katkı sağlaması amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Adli Tıp Kurumu Birinci Adli Tıp İhtisas Kurulu tarafından Ocak 2016 ile Aralık 2017 tarihleri arasında düzenlenmiş raporlar retrospektif olarak incelenmiş, kesin ölüm nedeni zehirlenme olarak belirlenen vakalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Bulgular:
Vakaların %80,4'ü (n: 804) erkek, %19,6'sı (n: 196) kadın olup, yaş gruplarına göre değerlendirme yapıldığında vakaların en sık (%27,7) 20-29 yaş arası grupta olduğu saptanmıştır. Zehirlenmeye en sık yol açan etkenlerin başında %37,4 ile uyuşturucu maddeler olduğu belirlenmiştir. Orijin açısından değerlendirildiğinde zehirlenmelerin sıklıkla kazara (%86,2) meydana geldiği, intihar orijinli ölümler ise %11,2 olarak tespit edilmiştir. Vakaların çoğunda oral (%34,1) yol ile maruziyet olduğu görülmüştür. Zehirlenme olayının meydana geldiği yer açısından incelendiğinde; vakaların %41,7'sinin ev ortamında ölü olarak bulunduğu saptanmıştır.

Sonuç:
Zehirlenmeye bağlı ölümlü vakaların riskli yaş grupları, cinsiyet, zehirlenmeye neden olan yaygın toksik ajanlar gibi özellikler belirlenmesi adına kapsamlı çalışmalar yapılması, toplumu zehirlenmeye yönelik bilinçlendirmek amacıyla danışmanlık ve eğitim verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler:
Zehirlenme, intoksikasyon, ölüm, otopsi

S36
DİJİTAL MULTİMEDYA GÜVENLİĞİ

Fulya AKDENİZ, Yaşar BECERİKLİ

Bilgisayar Mühendisliği Bölümü, Kocaeli Üniversitesi , Kocaeli

Amaç:
Dijital multimedya güvenliği için, dijital multimedya kaynakları üzerinde yapılan değişikliklerin hızlı ve güvenilir bir şekilde tespit edilmesini sağlamaktır.
Hızla gelişen teknoloji ile dijital multimedya güvenliği konusundaki araştırmalar artmış ve bu konu oldukça önemli bir konuma yükselmiştir. Dijital multimedya kaynaklarının ürettiği verilerin (ses, görüntü ve video) doğruluğu ve güvenilirliği oldukça kritik bir konudur. Yazılımcılar tarafından geliştirilen birçok yazılım ve uygulama dijital multimedya üzerinde kolaylıkla iyi veya kötü amaçlı değişiklik yapılabilmesini ortaya çıkarmıştır. Bu değişikliklerin tespiti, analizi ve sınıflandırılması oldukça zordur. Ses, görüntü ve video verileri üzerinde yapılan değişiklikler şantaj, mahkemede sahte delil olarak kullanma, telif hakkı, akıllı ev sistemleri ve otomatik konuşmacı doğrulama sistemlerini (OKD) yanıltmak gibi birçok alan ve konuda kullanılmaktadır. Kısaca dijital verilerde sağlanacak olan bütünlük doğrulaması verilerin güvenilirliği için kritik bir öneme sahiptir [1].

Yöntem ve Bulgular:
Literatürdeki araştırmalar analiz edildiğinde dijital multimedya verilerinin güvenilirliği için farklı alanlarda birçok çalışma bulunmaktadır. Ses analizi ve adli bilişimi üzerine Akdeniz vd. [1] Khan vd. [2], görüntü analizi ve adli bilişimi üzerine Fridrich vd. [3] Stamm vd. [4], video analizi ve adli bilişimi üzerine D'Amiano vd. [5], Gironi vd. [6] ve bunun gibi dijital multimedya güvenliği alanında farklı çalışmalar yapmışlardır.

Sonuç:
Dijital multimedya güvenliği üzerine yapılan çalışmaların sayısının gün geçtikçe arttığı gözlemlenmiştir. Bu da dijital multimedya güvenliği konusundaki çalışmaların hala güncel ve aktif bir araştırma alanı olduğunu göstermektedir. Dijital verilerin bütünlük doğrulamasının adli bilişim açısından önemli olduğu da bir gerçektir. Bu sebepten ses, görüntü ve video alanında yapılan sahteciliklerin doğru ve güvenilir bir şekilde tespit edilmesi oldukça önemli bir konudur.

Anahtar Kelimeler:
Multimedya, güvenlik, adli bilişim

S37
SAÇ EKİMİ İLE İLİŞKİLİ ÖLÜMLERİN MEDİKOLEGAL OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ: 3 OLGU SUNUMU

Arda AKAY[1], Mustafa KARAKUŞ[1],
Oğuz ÇETİNKALE[1-2], Fehmi MERCANOĞLU[1-3],
Bora ÖZDEMİR[1-4], Hüseyin ÖZ[1-5]

[1] Adli Tıp Kurumu Başkanlığı
[2] İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
[3] İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı
[4] Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı
[5] İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç:
Saç ekimi işlemine bağlı olarak kanama, taşikardi, senkop, ağrı, enfeksiyon, kaşınma, ödem, ilaç advers etkisi, nekroz, hipertrofik skar, arteriovenöz fistül, epitelial kist, hipopigmentasyon gibi komplikasyonlar bildirilmiştir. Ülkemizde ve yurtdışında işlem sırasında ve sonrasında meydana gelen ölümler ile ilgili medyaya yansıyan haberler bulunmakla birlikte, İngilizce literatürde bu şekilde bir olgu bildirimi yapılmamıştır. Bu sunumda; Adli Tıp Kurumu Başkanlığı Sekizinci İhtisas Kurulunda görüşülerek hakkında mütalaa düzenlenmiş olan saç ekimi ile ilişkili 3 ölüm olgusunun klinik ve otopsi bulguları ile bu ölümlerdeki tıbbi uygulama hatası iddialarının adli tıbbi açıdan değerlendirilerek sunulması amaçlandı.

Olgu 1:
Özgeçmişinde hipertansiyon öyküsü bulunan 34 yaşındaki olguda, 7 saat süren saç ekimi işlemi tamamlandıktan yaklaşık 1,5 saat sonra evinde kardiyopulmoner arrest gelişmiş olup, otopside myokardda erken enfarktüs bulguları görülmüştür.
Olgu 2:
Bilinen bir hastalığı bulunmayan 28 yaşındaki olguda, saç grefti alınması sonrasında transplantasyona başlamadan önce göğüs ağrısını takiben kardiyopulmoner arrest gelişmiştir. CPR sonrası çekilen EKG'de akut koroner sendrom bulguları görülmesi üzerine koroner anjioplasti yapılmış ancak olgu yoğun bakımda eksitus olmuştur.
Olgu 3:
Bilinen bir hastalığı bulunmayan 44 yaşındaki olguda, sakal bölgesinden greft alımı işlemi esnasında ani siyanoz ve bunu takiben kardiyopulmoner arrest gelişmiş, CPR'a yanıt alınmasına rağmen sevk edildiği hastanede kısa süre içerisinde eksitus olmuştur. Otopsisinde ölümü açıklayacak bir bulgu tespit edilmemiştir.

Tartışma ve Sonuç:
Saç ekimi işlemi uzun süren, ağrılı ve stresli bir işlemdir. Olguların 2 tanesinde işlem sırasında muhtemelen stresör faktörlerin tetiklemesi nedeniyle akut koroner sendrom meydana gelmiştir. Bu olgularda, kullanılan lokal anestezik maddeler ve lokal anestezi esnasında kullanılan adrenalin dozlarını gösteren tıbbi belge bulunmamaktadır. Bu nedenle ilaçların uygun dozda kullanılıp kullanılamadığı dolayısıyla belirlenememektedir. Ayrıca, olguların işlem sırasındaki vital bulgularının takip edilmediği görülmektedir. Basit bir işlem gibi görünse de, saç ekimi işlemleri uzun sürdüğü ve işlem sırasında tekrarlayan lokal anestezik kullanımı bulunduğu için, hastaların vital bulgularının takip edilmesi uygun olacaktır.

Anahtar Kelimeler:
Saç ekimi, tıbbi uygulama hatası, otopsi

S38
BANKA ÇALIŞANLARINDA GÖRÜLEN RAHATSIZLIKLAR MESLEK HASTALIĞI KABUL EDİLEBİLİR Mİ ?

Taşkın ÖZDEŞ[1], Emel Kurtoğlu ÖZDEŞ[2]

[1] Kırklareli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Kırklareli
[2] İstanbul Galata Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

Bankacılık mesleğinin yaratmış olduğu stres ortamı, uzun süre bilgisayar başında çalışma, çalışma sürelerinin uzun oluşu, çalışma ortamının olumsuz ergonomik koşullarından dolayı banka çalışanları da günümüzde meslek hastalıkları ile karşı karşıyadırlar.

Amaç:
Çalışmamızda, banka çalışanlarında sık görülen rahatsızlıkların işe bağlı hastalık ya da meslek hastalığı olarak kabul edilip edilemeyeceği hususunu tartışmak ve bu konuya dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Yöntem:
Bu çalışmada uluslararası çalışan bir bankada İstanbul'da 2017-2019 yılları arasında 796 personelle yüzyüze görüşülmüştür. İşe giriş/periyodik muayene formundaki bilgilere göre; sosyodemografik özellikleri, tıbbi anamnezi, muayene sonuçları, iş kazaları, meslek hastalıkları incelenerek sonuçlar istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular:
Çalışanlar 20-64 yaş aralığında olup ortalama, 384'ü erkek, 412'si kadındır. Medeni durumuna göre 500 çalışan evli, 286'sı ise bekârdır. İş kazası geçiren 15 kişi iken maluliyet alan 13 kişi mevcuttur. Sistemik hastalıklara bağlı tıbbi tedavi alan 128 kişidir. Çalışanlar arasında 114 (%14.3) kişide sırt ağrısı, 88 (%11.1) kişide eklemlerde ağrı, 47 (% %5,9) kişide ishal ve kabızlık, 110 (%13,8) kişide bel-boyun fıtığı, 67 (%8,4) kişide reflü rahatsızlığı mevcuttur. Sistemik muayeneleri sonucunda; 128 (%16.1) kişide kas ve iskelet sistemi hastalığı, 40 (%5,0) kişide kardiyovasküler hastalık, 92(%11,6) kişide sindirim sistemi hastalığı mevcuttur. Görme incelemesinde 242 (%34,6) kişide miyop, 79 (%11,3) kişide hipermetrop, 24 (%3,4) kişide astigmat vardır.

Sonuç:
Banka çalışanlarının ofis ortamının fiziksel şartları, hareketsiz uzun masa başı çalışma saatleri ve stres altında olmaları nedeniyle kas- iskelet sistemi ve gastrointestinal sistem rahatsızlıkları sık görülmekte ve günlük ve iş yaşamlarını olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle bu rahatsızlıkların meslek hastalığı olarak kabul edilip edilemeyeceği hususunda uzmanlardan oluşan geniş araştırmalar yapılmasını ve farklı merkezlerde daha fazla katılımcı ile çalışmalar yapılması gerektiği kanaatindeyiz.

Anahtar kelimeler:
Banka çalışanları, meslek hastalığı, işle ilgili hastalıklar

S39
LC-MS/MS İLE KUYU GAZI ÖLÜMLERİNDE HİDROJEN SÜLFÜR ZEHİRLENMESİNİN TESPİTİ İÇİN KANTİTATİF TİYOSULFAT TAYİNİ

Oya YETER[1], Soner HAYIRLI[1], Yeter ÖZTÜRK[2], İsmail ATEŞ[1]

[1]Adli Tıp Kurumu Kimya İhtisas Dairesi, İstanbul
[2]Adli Tıp Kurumu Ankara Grup Başkanlığı Kimya İhtisas Dairesi, Ankara

Amaç:
Kanalizasyon gazı olarak da bilinen hidrojen sülfür (H2S) oldukça zehirli, renksiz, çürük yumurta kokulu, tahriş edici, suda çözünen bir gazdır. Atık su içinde bulunan sülfat (SO4 -2) iyonu, anaerobik şartlarda bakteriler tarafından oksijen kaynağı olarak kullanılır ve sülfür iyonuna dönüşür (S-2). Sülfür iyonu ise ortamdaki hidrojen iyonu ile reaksiyona girerek hidrojen sülfür gazı oluşturur (H2S). Havadan ağır olan H2S gazı kuyu, kanalizasyon, çukur gibi havalandırmanın iyi olmadığı kuşatılmış yerlerde birikerek dibe çöker. 1000 ppm ve üzerinde ani ölüm etkisi olan H2S konsantrasyonu bu yerlerde 6000 ppm seviyesine kadar çıkabilir.H2S hızlı bir şekilde sülfit (SO32-), sülfat (SO42-), tiyosülfata (S2O32-) metabolize olur. Bu metabolitlerden biri olan tiyosülfat (S2O32-), H2S zehirlenmesinin biyolojik belirteci olarak bilinir. H2S zehirlenmesi vakalarının teşhisi için kanda ve idrarda tiyosülfatın kantitatif analizi gereklidir.
Tiyosülfat (S2O3), insan serumu ve idrarında endojen olarak bulunan bir anyondur. H2S zehirlenmelerinin tespitinde ise tiyosulfatın konsantrasyonu kritiktir. Kanda ve idrarda bulunan normal tiyosülfat seviyeleri aşılmamalıdır. Zehirlenme durumunda kanda ve idrarda bulunan tiyosülfat seviyeleri sırasıyla 3uM ve 30uM'yi geçmelidir. Bu çalışmada postmortem kan ve idrarda tiyosulfatın kantitatif analizi için LC-MS/MS metodu geliştirildi.

Yöntem :
Protein çöktürme ve ultra filtrasyonun ardından dilue edilen örnekler direk olarak LC-ESI-MS/MS' e enjekte edildi. Raptor Bifenil 2.7 uM (100*2.1 mm) analitik kolon ile %0.1 formik asit ve % 0.2 amonyum asetat içeren mobil faz ile izokratik sistemde çalışıldı.

Bulgular ve Sonuç:
Metot, tespit sınırı (LOD: 1uM), tayin sınırı (LOQ: 3uM), lineer aralık (1-50uM), kesinlik (RSD<%15) parametreleri ile valide edildi. Geliştirilen metot, Adli Tıp Kurumu Kimya İhtisas Dairesine gelen kuyuda ölüm vakalarına uygulanarak H2S zehirlenmeleri analiz ile teşhis edildi.

Anahtar kelimeler:
LC-MS/MS, kuyu gazı, hidrojen sülfür, zehirlenme

S40
ADLİ TIP KURUMU 2. ADLİ TIP İHTİSAS KURULUNCA ORTOPEDİ MUAYENESİ YAPILAN OLGULARIN TCK YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dilşat Azer ÇELİK, Emin BİÇEN, Kağan GÜRPINAR, Selçuk FİRİK
Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul

Giriş:
Vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçlarda yaralanmanın niteliği Türk Ceza Kanuna göre önem arz etmekte olup bunun standardizasyonu için kılavuzlar düzenlenmektedir. Ancak buna rağmen aynı olgu ile ilgili hazırlanan medikolegal görüşler arasında çelişkiler görülebilmektedir. Çalışmamız ile kas iskelet sistemi yakınması olan adli travmatoloji olgularının medikolegal değerlendirmesinde dikkat edilmesi gereken hususların tartışılması amaçlanmıştır.

Yöntem:
Çalışmamızda Adli Tıp Kurumu 2. İhtisas Kurulunca 01.07.2021-31.12.2021 tarihleri arasında ortopedik muayenesi yapılan, yaralanmalarının kişinin organlarından birinin sürekli zayıflaması veya kaybı niteliğinde olup olmadığı sorulan 313 olgu sosyodemografik ve olay özellikleri ile klinik bulguları yönünden retrospektif olarak incelenmiştir. Çalışmamıza her yaş grubundan hasta dahil edilmiş olup, muayenesi yapılmış ancak illiyet kurulmamış ve hakkında rapor düzenlenmemiş olgular çalışmaya dahil edilmemiştir. Elde edilen veriler SPSS 16.00 paket programı ile analiz edildi.

Bulgular:
Olguların yaş ortalaması 36.94±15,6 (min:9aylık- max:84) olup, 248'i (%79,2) erkek, 65'ü (%20,8) kadındı. Olguların 103'ünün (%32,9) trafik kazası, 74'sının (%23,6) şiddete bağlı künt travma ve 75'inin (%23,96) ateşli silah yaralanmasına maruz kaldığı tespit edildi. Ateşli silah olgularının 69'unun (%92) erkek olduğu görüldü. 174 olgunun öncesinde dış merkezde düzenlenmiş medikolegal değerlendirme raporlarının olduğu, bunların 136'sının yalnızca Adli Tıp Kurumu şubelerince, 8'inin yalnızca Adli Tıp Anabilim Dalları tarafından düzenlenmiş olduğu görüldü. Önceki raporlarında kemik skoru değerlendirilmiş 126 olgunun, 91'inde kemik skorunun teyit edildiği, 6 vakada ise kemik skorunun daha düşük olarak belirlendiği görüldü. Önceki raporlarında yaralanmalarının kişinin organlarından birinin sürekli zayıflaması veya kaybı niteliğinde olup olmadığı yönünden değerlendirilen 48 olgudan sadece 13'ünde (%27,08) farklı bir karara varıldığı görüldü.

Sonuç:
Vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçlarda yaralanmanın niteliğinin doğru bir şekilde ortaya konması önemlidir. Adli travmatolojik değerlendirmenin sağlıklı bir şekilde yapılabilmesi için başta ortopedi ve radyoloji olmak üzere multidisipliner bir yaklaşım önemlidir. Medikolegal değerlendirmenin standardizasyonun sağlanabilmesi için değişik kliniklerin verilerini paylaşması, medikolegal değerlendirme kılavuzlarının güncellenmesi ve detaylandırılması önemlidir.

Anahtar kelimeler:
Adli travmatoloji, Vücut dokunulmazlığına karşı suçlar, Medikolegal değerlendirme

S41
BEBEK OTOPSİLERİNDE MULTİPLEKS PCR YÖNTEMİ İLE SOLUNUM YOLU VİRÜSLERİNİN

Bekir DİNÇER[1], Adem KARBUZ[2], Erdoğan KARA[3], Hızır ASLIYÜKSEK[3]

[1]Adli Tıp Kurumu Ankara Grup Başkanlığı, Morg İhtisas Dairesi
[2]Adli Tıp Kurumu Birinci İhtisas Kurulu
[3]Adli Tıp Kurumu İstanbul Morg İhtisas Dairesi

Amaç:
Bu çalışmada, bebek ölüm vakalarının demografik özellikleri ile adli tıp uygulamaları sonucu belirlenen ölüm sebeplerine, solunum yolu virüslerinin katkısının saptanması amaçlandı.
Yöntem: Bu çalışma Ocak 2017-Aralık 2019 tarihleri arasında İstanbul'da otopsisi yapılan 0-1 yaş aralığındaki travmatik olmayan bebek ölüm vakaları üzerinde retrospektif olarak yürütüldü. Canlı doğum sonrası 1 yaşına kadar meydana gelen travmatik olmayan bebek ölümleri çalışmaya dahil edildi. Kazalar (trafik kazaları, ev kazaları, vs.), zorlamalı ölümler, doğum sırasında gerçekleşen travma veya komplikasyonlara bağlı ölümler çalışmaya dahil edilmedi.

Bulgular:
İncelenen 290 vakanın %53,1'inin (n:154) erkek cinsiyette olduğu, %79,3'ünün postneonatal dönem ölümlerinden oluştuğu saptandı. Ölümlerin en sık kış mevsiminde (n:101, %34,8) gerçekleştiği tespit edildi. Ölüm sebebi hakkında görüş bildirilen 266 vakanın, %59,0'ında (n:157) kesin ölüm sebebi pnömoni olarak belirlenmiştir. Trakeal sürüntü örneği ile yapılan multipleks PCR çalışması sonucunda 175 (%60,3) vakada en az bir virüs saptandığı, PCR pozitifliğinin en yüksek kış (n:64) mevsiminde görüldüğü, Rinovirusun 94 vaka ile en sık saptanan virüs olduğu tespit edildi. Postneonatal dönem (n:161, %55,5) vakaların neonatal (n:14, %4,8) vakalara göre viral solunum yolu patojenleri ile enfekte olma oranı yüksek bulundu (p<.001). Akciğer dokusunun postmortem histopatolojik incelemesinde enfeksiyon bulgusu olan vakaların trakeal sürüntü PCR pozitifliği istatiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (p<.05).

Sonuç:
Solunum yolu viral patojenleri hakkında klinik temelli geniş literatür olmasına karşılık, adli vakalarda yapılan yeterince çalışma bulunmamaktadır. Bu dezavantaj solunum yolu viral etkenlerin bebeklerde mortalite üzerine etkisinin gözden kaçırılmasına sebep olabilir. Postmortem histopatolojik ve mikrobiyolojik incelemelerin yapılması, multidisipliner bir yaklaşımla tüm bulguların değerlendirilmesi, negatif otopsi oranlarını düşürmeye ve bebek ölümlerinin önlenmesine yönelik yapılacak ileri çalışmalara katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler:
Bebek ölümleri, solunum yolu enfeksiyonu, multipleks PCR, solunum yolu virüsleri.

S43
SUDA BOĞULMA VEYA BOĞULAYAZMA İLE BAŞVURAN ÇOCUKLARIN RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRMESİ VE PROGNOSTİK FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Adem KARBUZ[1], Didem Kızmaz İŞANÇLI[1], Mey TALİP[2]

[1]Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Kliniği
[2]Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım

Giriş:
Çocuklarda suda boğulma doğal olmayan ölüm nedenleri arasında, özellikle 5 yaş altında, ilk sıralarda yer almaktadır. Boğulmada hasar hipoksi, iskemi, respiratuvar ve metabolik asidoz ile alakalıdır. Kardiyopulmoner resüsitasyon gereksinimi uzun dönem nörolojik sekelle ilişkili bulunmuştur. Bu sebeple başvuran hastaların epidemiyolojisi, laboratuvarı, prognozları ve aralarındaki bağlantıların incelenmesi, bu hastaların yönetim ve takibinde yol gösterici olabilir. Biz de boğulma ve boğulayazma ile 2016-2022 yılları arasında acil servise başvuran 0-19 yaş arası hastaları retrospektif olarak inceledik.

Bulgular:
2016- 2022 yılları arasında boğulma veya boğulayazma nedeni ile acil servise başvuran hastalar retrospektif olarak incelendi. 15 hastanın %60'ı 5 yaş altında olup, ortalama yaş 94 ay idi. Hastaların %60'ı (9) kız, %40'ı (6) ise erkek cinsiyette idi. Maksimum su altında kalma süresi 5 dakika olarak bildirilmişti. 5'i tatlı su, 5'i ise tuzlu suda gerçekleşmiş olup kalanların bilgisine ulaşılamadı. Olayların %33'ü kış, %67'si yaz aylarında gerçekleşmişti.
Hastaların ikisinde kardiyopulmoner arrest tablosu gelişmiş, birine hastanede, diğerine ise olay yerinde 112 ekipleri tarafından kardiyopulmoner resüsitasyon (CPR) başlanmıştı. Acile ex duhul olarak gelen hasta yoktu. 6 hastanın yoğun bakım takip ihtiyacı oldu. Bu hastalardan biri müşahede takibi sonrası tetkik tedavi ret ile hastaneyi terk etti. Kardyopulmoner arrest ile gelen hastalardan biri 120 günlük yoğunbakım takibi sonrası nörolojik sekel ile taburcu olurken, bir hastada beyin ölümü gerçekleşti. İkisinin de başvurusundaki transaminaz, glukoz, CK, LDH değerleri yüksek, kan gazları ise asidotikti.

Sonuç:
Suda boğulmalar önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olup, çocukluk döneminde en sık 5 yaş altında, 2. sıklıkta ise adölesan yaş döneminde görülmektedir. Erken müdahale prognoz açısından önemlidir. 10 dakikadan fazla su altında kalma, CPR'ın gecikmesi, CPR'ın 25 dakikadan uzun sürmesi, laktat yüksekliği, pH'ın 7'nin altında olması, hiperglisemi, Glasgow koma skorunun 5'in altında olması kötü prognoz göstergeleridir. Hastalarımız arasında da nörolojik sekeli olan ve beyin ölümü gerçekleşen iki hastada kötü prognostik faktörler mevcuttu.

Anahtar kelimeler:
Boğulayazma, prognoz, yoğun bakım, çocuk

S44
ADLİ VAKALARDA VİDEO ANALİZİ VE NESNE TAKİBİ

Özlem MUTLU, İsa EROL, Oğuzhan ÇİLTAŞ, Muhammet ŞİMŞEK, Yaşar BECERİKLİ

Adli Bilişim İhtisas Dairesi, Adli Tıp Kurumu, İstanbul

Amaç:
Bilişim dünyasının hızla gelişmesi ve hayatın bir parçası olmasıyla beraber internet ortamı, sosyal medya platformları ve video kayıt cihazlarında bulunan videolar hızla artış göstermektedir. Bu hızlı artış adli vakaların inceleme sürecinde çeşitli zorluklara sebep olmaktadır. Video incelemesi; anormal olay tespitleri, kişi davranışlarının doğrulanması, videolardaki hedef sahnelerin iyileştirilmesi gibi konuları içermektedir.
Adli vaka inceleme sürecinde bulut ortamı, sunucu, bilgisayar, tablet ve akıllı telefon gibi cihazlarda inceleme talep edilen konu haricinde de birçok görüntü bulunmaktadır. Bu durum inceleme yapan uzmanların iş yükünü artırıp, zaman kaybına ve yargıda hedef sürenin aşımına sebep olmaktadır. Çalışmamızda videolarda hedef bölge tespiti yapılması, olay anının mevcudiyeti ve şahıs/ nesne takibini içeren bir yazılım geliştirilmiştir.

Yöntem:
Çalışmada, video üzerinde incelenmesi istenen şahısların/ nesnelerin takibi için Mean Shift (Ağırlıklı Ortalama Öteleme), Camshift (Anlık nesne takibi), GOTURN(Regresyon Ağları Kullanarak Genel Nesne Takibi), CSRT (Kamera açısında var olan mekanın filtreler yardımıyla tespiti) ve KCF (Filtre yardımıyla görüntülerin minimize edilmesi) gibi takip algoritmaları ve videolarda hedef bölgelerin tespiti ve olay anının mevcudiyeti için, pHash (Algısal Özet Fonksiyonu) algoritmaları, histogram ve derin öğrenme yöntemleri kullanılmıştır.

Sonuç:
Bu çalışmada adli vaka incelemelerine konu olan videoların, inceleme sürecinde karşılaşılan ve inceleme sürecinin uzamasına neden olan sebepler ortaya konularak bu durumun çözümü için bir uygulama geliştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Nesne takibi, video analizi, bilişim suçları

S45
2018 VE 2019 YILLARINDA ADLİ TIP KURUMU SEKİZİNCİ ADLİ TIP İHTİSAS KURULU'NA TIBBİ UYGULAMA HATASI İDDİASI İLE GELEN ÜROLOJİ OLGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Muhammed Abdullah İMAT, Ali İhsan TAŞÇI, Bora ÖZDEMİR, Hüseyin SARI

Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul

Amaç:
Ülkemizde yaygın adı ile 'Bonzai ' olarak bilinen ve sentetik cannabinoid içeren bitkisel görünümlü çeşitli ürünlerin kullanımı son yıllarda kaygı verici bir hızla artmaktadır. Üreticilerin sentetik kimyasal maddelerin yapılarında küçük modifikasyonlar yaparak maddelerin rutin uyuşturucu analizlerinde tespitini güçleştirmeleri bu maddelerin kullanımını daha cazip hale getirdiğinden değişen maddelere dikkat etmek gerekmektedir. Amacımız Son bir yılda Malatya Adli Tıp Kurumu'na en fazla gelen Sentetik Cannabinoid (SK) ailesinin bir üyesi olan 4F MDMB BUTINACA ve 4 F MDMB BUTICA'yı Narkotik birimine geliş şekilleri ve nitel analizi yönünden değerlendirmek bu maddelere farkındalık sağlamaktır.

Yöntem :
Bitkisel ürünler (50-100 mg) öncelikle homojenize edildi .Sonrasında metanol inkübasyonu ile kromatografi için hazır hale getirildi. Gaz kromatografi-kütle spektrometresine (GC/MS) verildi. Kandaki 4F MDMB BUTINACA ve 4 F MDMB BUTICA'nın tanımlanması için spe (Solid Faz Extraction) yöntemi kullanılarak örnek hazır hale getirildi. Likit kromatografi-kütle spektrometresi (LC/MS/MS) ve GC/MS cihazlarında nitel analizi yapıldı.

Bulgular:
Narkotik birimine gelmiş olan içeriğinde 4 F MDMB BUTICA'nın olduğu bitkisel ürünlerden ve kan örneğinden 4 F MDMB BUTICA' nın GC/MS spektrumu , LC/MS/MS spektrumları elde edildi . 4 F MDMB BUTINACA' nın LC/MS/MS spektrumu elde edildi.

Sonuç:
Designer drugs tabiri içindeki SK lerden 4 F MDMB BUTINACA' nın LC/MS/MS cihazı ile 4 F MDMB BUTICA' nın kurumumuzda bulunan yüksek hassasiyetli iki cihazla da nitel analizi yapılarak madde tanımlandı. Bitkisel görünümlü gelen örneklere ve blendlere karşı daha dikkatli davranılması gerektiği vurgulandı. Yeni nesil uyuşturuculardan her iki maddenin de analizinde hassas analitik yöntemlerin kullanılması gerektiği Sentetik Kannabinoidlerin tanımlanmasının rutin hastane laboratuvar analizleri için uygun olmadığı değerlendirildi.

Anahtar kelimeler :
Sentetik Kannabinoidler , LC/MS/MS, GC/MS , Kan, Bonzai, 4F MDMB BUTINACA ,4 F MDMB BUTICA

S46
ADLİ VAKALARDA MÜSTEHCEN GÖRÜNTÜLERİN YAPAY ZEKA ALGORİTMALARIYLA TESPİT EDİLMESİ

Özlem MUTLU, Abdulkadir ALTUNDAĞ,
Ferhat KABLAN, Muhammet ŞİMŞEK,
Yaşar BECERİKLİ

Adli Bilişim İhtisas Dairesi, Adli Tıp Kurumu, İstanbul

Amaç:
Günümüz dünyasında dijital teknolojilerin hızlı bir şekilde gelişimi ve kötü niyetli insanların bu teknolojilere erişebilirliğinin artması bilişim suçlarının yaygınlaşmasına neden olmaktadır. Dijital ortamlarda üretilen içeriklerin artması, suça konu materyallerde depolanan verilerin artmasına sebep olmakta ve bilişim suçlarına ilişkin yapılacak incelemelerde delillerin tespitini zorlaştırmaktadır.

Dijital materyaller üzerinde cinsel şantaj, ifşa ve çocuk istismarına yönelik incelemeler, materyaller içerisindeki tüm resim ve video dosyalarından müstehcen görüntülerin uzman gözüyle görsel olarak ayrıştırılmasıyla gerçekleştirilmektedir. Materyaller içerisinde depolanan görüntülerin artmasıyla doğru orantılı olarak materyallerin inceleme süresi de artmaktadır. Ayrıca görüntülerin görsel olarak ayrıştırılması, inceleme uzmanından kaynaklı yanlış ya da eksik tespitlere yol açabilmektedir. Tüm bu sebepler yargılama süreçlerini olumsuz etkilemekte ve adli incelemelerde farklı yaklaşımların uygulanmasını zorunlu hale getirmektedir.

Yöntem:
Görüntülerde müstehcenlik tespitinde, insan dokusu, yerel izler, renk, insan geometrisi gibi birçok ayırt edici özellik kullanılarak sınıflandırma yapılır. Görüntülerdeki ışık değişimi, insan ırklarındaki cilt renk farklılıkları, arka plan benzerlikleri, aydınlatma koşulları, duruş benzerlikleri gibi durumlar göz önüne alındığında müstehcen görüntülerin sınıflandırılmasında oluşabilecek yanlış pozitiflerin önüne geçilmesi amacıyla resim ve videoların sınıflandırılmasında diğer makine öğrenmesi tekniklerinden daha iyi sonuçlar ortaya koyan bir Derin Öğrenme tekniği olan Evrişimsel Sinir Ağları (ESA) kullanılmıştır. Bu teknik üzerinde sınıflandırmaya etki edecek şekilde katman sayısı ve evrişim adımları optimize edilerek başarımı yüksek görüntü sınıflandırması elde edilmiştir. Ayrıca görüntülerdeki öznitelikler çıkarılırken transfer öğrenme, parçacık tabanlı yöntemler ve GoogleNet, AlexNet, VGG116 ve Resnet gibi birden fazla popüler ESA modelleri ayrı ayrı eğitilerek başarımları karşılaştırılmıştır.

Sonuç:
Adli incelemelerin insan faktöründen bağımsız bilimsel temellere dayanan, tekrarlandığında aynı sonucu veren, tarafsız ve sistematik bir şekilde gerçekleştirilmesi ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. Müstehcen görüntülerin tespitiyle ilgili adli incelemelerde görsel inceleme yaklaşımı yerine yapay zeka destekli görüntü işleme teknikleri kullanılarak karşılaşılan sorunların ortadan kaldırılmış ve ihtiyaçlar giderilmiştir.

Anahtar Kelimeler:
Müstehcen görüntü, Derin Öğrenme, Bilişim Suçu

S47
ADLİ VAKALARDA GÖRÜNTÜ MANİPÜLASYONUNDA KULLANILAN YÖNTEMLER

Oğuzhan ÇİLTAŞ, Özlem MUTLU, İsa EROL, Muhammet ŞİMŞEK

Adli Bilişim İhtisas Dairesi, Adli Tıp Kurumu, İstanbul

Amaç:
Teknolojinin gelişmesiyle birlikte görüntüler üzerinde düzenleme imkânı veren programların kullanımı yaygınlaşmıştır. Bu programlar sayesinde görüntüler üzerinde iz bırakmadan manipüle etmek kolaylaştırmıştır. Bu durum dijital bir görüntünün özgünlüğünün ve güvenilirliğinin belirlenmesini zorlaştırmıştır.

Yöntem :
Dijital görüntünün özgünlüğünün tespiti için araştırmacılar çeşitli görüntü analiz yöntemleri önermişlerdir. Bu öneriler aktif yöntem ve pasif yöntem başlığı altında 2 ana grupta toplanmıştır. Pasif yöntem görüntü üzerinde var olan izler takip edilerek uygulanır. Bu izler; görüntünün oluşturulması, depolanması veya manipüle araçları yardımıyla düzenlenmesi sonucu ortaya çıkan izlerdir. Aktif yöntem, pasif yöntemin kullanımına ek olarak yazılımsal ve donanımsal bazı bilgilere ihtiyaç duyar. Bu bilgilerin elde edilmesi zor olduğu için aktif yöntem yaygın olarak kullanılamamaktadır.
Görüntüler lens, CFA(Colour Fitler Array), CCD(Charge Coupled Device) ve interpolasyon gibi aşamalardan geçerek oluşur. Bu işlem sırasında görüntü üzerinde cihazın lens kaynaklı renk sapmaları, sensör gürültüsünün etkisi gibi çeşitli faktörlere bağlı olarak izler oluşabilir. Görüntü üzerinde quantizasyon tabloları, çift JPEG ve sıkıştırma gibi farklı yöntemlere bağlı olarak depolanma sürecinde izler oluşabilir. Manipüle araçları yardımıyla görüntü üzerinde ekleme-çıkarma, içine veri gömülmesi gibi işlemler sonucunda izler oluşabilir. Pasif yöntemde yukarıda bahsedilen bu izler incelenmektedir.

Sonuç:
Bu çalışmada son yıllarda adli vakalarda artan manipülasyon incelemelerine bağlı olarak görüntü manipülasyon çeşitlerine kapsamlı bir giriş yapılmak suretiyle dijital görüntülerdeki pasif montaj yöntemi hakkında değerlendirme sunulmuştur. Çalışmada, manipülasyon izlerinin neler olduğu, nasıl oluştuğu sorularına cevap verilerek bu izleri tanımlayacak yöntemler hakkında detaylı bilgi verilmiştir. Mevcut tekniklerin artıları, eksileri ve gelecekte nerelere evrilebileceği hakkında değerlendirmede bulunulmuştur.

Anahtar kelimeler :
Görüntü manipülasyonu, pasif yöntemler, adli bilişim

S48
ACİL SERVİSTE DÜZENLENEN ADLİ RAPORLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yunus Emre ÇAKIR[1], Çağrı KARA[1],
Necmi BAYKAN[2]

[1]Nevşehir Adli Tıp Şube Müdürlüğü,
[2]Nevşehir Devlet Hastanesi Acil Servis Kliniği

Amaç:
Hekimler mesleklerini icra ederken, hasta ve yakınlarına sorumlu oldukları gibi bununla birlikte adli birimlere karşı da sorumludurlar. Bu çalışmada, Nevşehir Devlet Hastanesinde belirli zaman aralığında düzenlenen adli raporlar değerlendirilerek acil serviste görev yapan hekimlerin dikkat etmesi gereken hususların belirlenmesi amaçlandı.

Yöntem:
01.01.2021 - 31.01.2021 tarihleri arasında Nevşehir Devlet Hastanesi Acil Servisinde düzenlenen adli raporların olgu türlerine göre dağılımları belirlenmiş olup rapor sonucu, vakaların sosyodemografik özellikleri, klinik durumları, alkol-madde kullanımı ve raporlardaki eksiklikler araştırıldı. Belirlenen zaman aralığında acil servise başvuran 848 adli olguya ait bilgiler değerlendirilmeye alındı.

Bulgular:
Adli olayların sıklıkla haftasonu günlerinde meydana geldiği, olguların yarıya yakınının geçici rapor şeklinde düzenlendiği, en sık olgu türünün darp-cebir olguları olduğu, en çok hatanın basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilme kavramının anlamı ve doğruluğu hususunda yapıldığı tespit edildi.

Sonuç:
Bilhassa acil servislerde görev yapan hekimlerin kanunlarda belirtilen hususları karşılayacak ölçüde yeterli bilgi birikimine sahip olmaları gerekmekle birlikte düzenleyecekleri adli raporların özenli, açık ve anlaşılır olmasına dikkat etmeleri önem arz etmektedir. Hekimlerin düzenledikleri adli raporlardaki eksiklik ve hataların sebepleri, adli tıp ve kanunlara ilişkin bilgi ve tecrübe eksiklikleri ile günümüzde sıkça karşılaştığımız defansif tıp uygulamalarından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle tıp fakültelerindeki adli tıp staj eğitiminin niteliği ve süresi gözden geçirilmeli, adli tıp alanında çalışan uzmanlarla birlikte sağlık kuruluşlarının idari birimlerinin koordine bir şekilde hareket edip hekimlerin meslek hayatları boyunca periyodik aralıklarla yasal sorumlulukları ve adli raporların nasıl düzenlenmesi gerektiğine dair meslek içi eğitim programları düzenlenmelidir. Özellikle acil servislerde yaşanan hasta yoğunluğu ve uzun çalışma saatlerinden kaynaklanan hatalı ve eksik düzenlenen adli raporların adli yargılama sürecinde hatalara ve sürecin uzamasına yol açabileceği gibi tarafların hak kayıplarına neden olabilecektir. Aynı zamanda bu hukuksal sorunlar hekimlerin hukuksal yaptırımlarla karşı karşıya kalmalarına da yol açacaktır. Hekimlerin meslekleri ile ilgili yasal düzenleme ve yaptırımları bilmemesi kendilerini sorumluluktan kurtarmayacaktır.

Anahtar kelimeler :
Acil servis, adli rapor

S49
MALULİYET RAPORLARI DÜZENLEYENLER ARASINDAKİ FARKLILIKLAR: RAPORLARIN PERDE ARKASI

Ertuğrul GÖK

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

Amaç:
Maluliyet raporları düzenlenirken taraf avukatlarından, firma yetkililerinden rapor düzenleyicilerden kaynaklanan bilimsellikten ve etik değerlerden uzak düzenlenen taraflı raporlara değinilerek bu alandaki sorunların ortaya konulması ve çözüm önerileri sunulması amaçlandı.

Yöntem :
Rapor düzenlenmesi sırasında taraf avukatları veya firma görevlileri tarafından dile getirilen taraflı rapor taleplerine ve bu alanda düzenlenmiş raporların eksikliklerine değinilerek değerlendirmelerde bulunulacaktır.

Bulgular:
Maluliyet oranı hesaplanırken olay tarihinde yürürlükte olan yönetmelik ya da tüzük kullanılarak değerlendirme yapılması zorunluluktur. En önemli husus, olay ilişkili patolojilerin dikkate alınarak maluliyet değerlendirilmesi yapılması olacaktır. Yani olay ilişkisiz hasarlar, sekeller varsa bunlar dikkate alınmamalıdır. Özellikle firmalar veya avukatlar tarafından yapılan başvurularda muayeneye getirilen kişilerin öğretilen simülasyon yapmalarıyla sıkça karşılaşılmaktadır. Ayrıca raporu düzenleyen kişiler arasında da etik değerlerden ve bilimsellikten uzak durumlarla da karşılaşılmaktadır. Tıp bilimine aykırı bulgular tanımlanmakta, hasta görülmeden uzak mesafedeki rapor düzenleyicisi oran sözü vererek raporun kendi kurumundan çıkmasını talep edebilmektedir. Bu durumlarla karşılaşılmasının arkasında firmaların veya kişilerin daha fazla para kazanma beklentileri bulunmaktadır. Ülkemizin farklı yerlerinde bu tür uygulamaların cesurca uygulanması objektif, tarafsız rapor verenlerin dışlanmasına yol açmaktadır. Bu sorunlar büyük boyutlara ulaşmış vaziyettedir.

Sonuç:
Maluliyet raporları, sadece hekimler tarafından hazırlanmalıdır. Menfaat ilişkileri sebebiyle tüzük ve yönetmeliklere rağmen bilimsellikten ve objektiften uzak raporlar düzenlenmemelidir. Yanlı rapor vicdansızlığı gösterir. Maluliyet raporunu hekim tıbbi bilgisi ve vicdanı doğrultusunda, hiç kimsenin fayda ve zararını dikkate almadan yazmalıdır. Bu tür raporlarının denetlenmesi açısından yasal düzenlemelerin yapılarak yaptırımların getirilmesi uygun olacaktır. Bilimsellikten uzak taraflı raporlar nedeni ile maddi ödeme yapan kişilerin veya kuruluşların da gerekli hukuki süreçleri başlatmaları önerilir.

Anahtar kelimeler:
Maluliyet raporu, sorunlar, taraflı rapor, tarafsız rapor

S50
ÇOCUĞA YÖNELİK CİNSEL İSTİSMARDA CİNSEL YOLLA BULAŞAN HASTALIKLARIN ADLİ TIBBI YÖNETİMİ: 3 OLGU SUNUMU

Fatih Hitami USLUOĞULLARI,
Tuğçe KALAMAN ŞAHİN, Emine Gül TAŞ,
Eda YİĞİT, Sıtkı TIPLAMAZ

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

Amaç:
Çocuklarda cinsel yolla bulaşan bir organizmanın izolasyonu, istismarın gerçekleştiğinin ilk göstergesi olabilmektedir. İstismarın tanısını koymanın yanı sıra hastane temelli merkezlerde yapılan değerlendirme sonucunda cinsel yolla bulaşan hastalıkların (CYBH) tanısının ve tedavisinin de yapılması gerekmektedir.
Çocuğa yönelik cinsel istismar iddiası olgularında; CYBH'ların değerlendirilmesi açısından hastane temelli bütüncül yaklaşım deneyimimizi, olgu anlatımı üzerinden paylaşmaktır.

Olgu 1:
Çocuk izlem merkezinde değerlendirmesi yapılan 16 yaşında erkek çocukta sifiliz antikoru 25.44 s/co, VDRL-RPR pozitif, Anti-HIV1/2+p24 normal sınırların üzerinde olduğu tespit edilmiştir.

Olgu 2:
Çocuk izlem merkezinde değerlendirmesi 15 yaşında kız çocuğun muayenesinde labia majör, labia minör, hymen ve perianal bölgede multiple kondiloma aküminatalar saptanmıştır.

Olgu 3:
Dış merkezde genital bölgede lezyon saptanması üzerine, çocuk koruma biriminde değerlendirilen 6 yaşında kız çocuğun yapılan muayenesinde genital herpes tanısı konmuştur.
Olgularımız ilgili klinik bölümler ile birlikte değerlendirilip ileri tanı ve tedavi/izlemi yapılmıştır.

Sonuç:
Çocuğa yönelik cinsel istismar olgularında mağdurlara sadece hukuki boyuttaki süje gibi davranılmaması, onlara birer hasta olarak yaklaşılması gerekmektedir. Bu nedenle adli tıp hekimi ve/veya adli muayeneyi yapan diğer branş hekimleri cinsel istismar değerlendirmesi esnasında CYBH'ları tedavi ve koruyucu hekimlik hizmetleri açısından da incelemelidir. Adli tıp kliniklerinin bu tip olguların yönetiminde, çocuk enfeksiyon hastalıkları, dermatoloji ve kadın hastalıkları ve doğum gibi branşlarla birlikte multidisipliner yaklaşımla ileri tanı ve tedavisini/izlemini yapması önemlidir.

Anahtar Kelimeler:
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, çocuk istismarı, adli tıp

S51
VAKALAR ÜZERİNDEN DİYABETİK KETOASİDOZLA İLGİLİ TIBBİ HATA UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Caner BEŞKOÇ, Ali Ulvi ÇALIK, Hızır ASLIYÜKSEK

Adli Tıp Kurumu

Amaç:
Acil tıbbi uygulamalarda, uygun tedaviyle ölümleri yüzde yüz engellenebilir diyabetik ketoasidoz hızlı tanı ve tedavi gerektiren , diabetes mellitus hastalığının ciddi bir komplikasyonudur. Özellikle yeni çalışmaya başlayan hekimler tarafından gözden kaçırılmakta ve tıbbi hata açısından haklarında davalar açılmaktadır. Sunulan 3 olguyla bu konuya dikkat çekilmek istenmiştir.

Vaka 1:
13 yaşındaki kız çocuğunun geçirdiği ameliyat sonrası çok su içme ve sık idrara çıkma şikayetlerinin başladığı, değerlendirilen hekimler tarafından mevcut şikayet ve bulgularının psikolojik orjinli olarak düşünülüp tanı gecikmesi ve tedavinin erkenden başlanmaması sonucunda ciddi sekel gelişimi ortaya çıkmıştır.

Vaka 2:
47 yaşında erkek hasta, 7 yıldır diabetes mellitus tanısı olup halsizlik, ateş, ishal ve kusma şikayetleriyle başvurduğu hastanede akut gastoenterit ve Akut bronşit tanısı konularak ayaktan tedavisinin başlandığı, ancak 6 saat sonra bilinci kapalı olarak hastaneye getirildiği, uygulanan tedaviye rağmen eks olmuştur.

Vaka 3:
6 yaşındaki kız çocuğu, karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleriyle hastaneye getirildiği, tetkikleri sonucu idrar yolu enfeksiyonu düşünülerek ayaktan tedavisine başlandığı, 9 gün sonra halsizlik ve kilo kaybı yakınması ile başvurduğu hastanede tanısı konularak tedavisi sonucu düzelmiştir.

Sonuç:
Diyabetik Ketasidoz, genelde yeni tanı almış Diabete Mellitus Tip 1 ciddi bir komplikasyonudur. Hastalık için enfeksiyon risk faktörüdür. Başta idrar yolu enfeksiyonu olmak üzere bir çok klink durumla karışabilir. Bunun sonucunda ölüm dahil bir çok klinik sonuçlara yol açmaktadır. Sonucunda da hukuki olarak hekimlere dava açılmaktadır. Bu çalışma ile farklı klinik yelpazedeki vakalar üzerinden hekimlerin tıbbi hata açısından farkındalık yaratılmak istenmektedir.

Anahtar kelimeler:
Diyabetik ketoasidoz, tıbbi uygulama hatası, enfeksiyon

POSTERLER

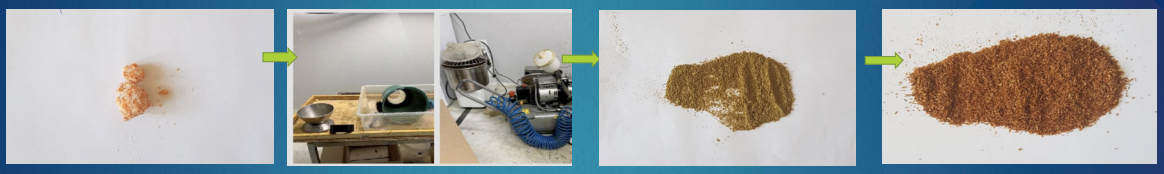
Yeni Nesil Sentetik Kannabinoidlerden 4F MDMB BUTICA ve 4F MDMB BUTINACA 'nın Değerlendirilmesi

Nursel AYAZ [1], Mücahit ORUÇ [2], İbrahim BULUN [1], Özcan SOYLU [1], Eşref DÜNDAR [1]

1:Malatya Adli Tıp Grup Başkanlığı/Kimya İhtisas Dairesii
2: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Dr.Öğretim Üyesi

Designer drugs olarak da adlandırılan yeni nesil psikoaktif madde grupları içinde en yaygın kullanılanlardan ve en geniş gruplardan biri Sentetik Kannabinoidlerdir. (1). Online olarak kolay ulaşılabilirliği , doğal esrarlarla kıyaslandığında rutin analizlerde tespitinin zor olması gibi nedenlerden dolayı kullanımı çok hızlı yayılmıştır. (2).4F MDMB BUTINACA ve 4F MDMB BUTICA da sentetik Kannabinoid (SK) grubuna dahildir. 4F MDMB BUTINACA ve 4F MDMB BUTICA toksisitesi ,ilaç metabolizması gibi konularda üzerinde çalışmalar yapılan popüler maddelerdir. (3)

Sentetik kannabinoidler bitkisel görünüm kazandırılması amacıyla çeşitli bitki kırıntılarına emdirilmektedir. Bu nedenle ülkemizde 'Bonzai' olarak bilinmektedir.(4)



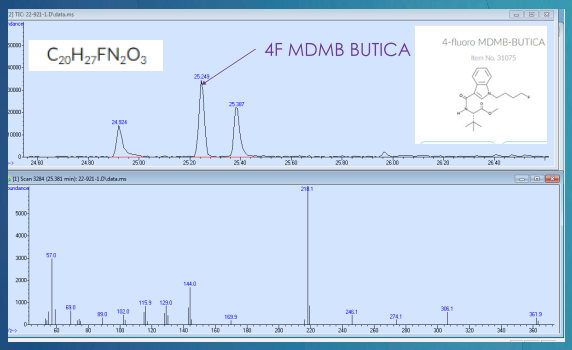
4F MDMB BUTICA | Bitkiye sentetik uyuşturucu emdirmede kullanılan spreyleme/kompressör düzeneği (alıntı resim) | Bitkiye emdirilmiş 4F MDMB BUTICA | Tütüne emdirilmiş 4F MDMB BUTINACA

Resimler : 4F MDMB BUTINACA ve 4F MDMB BUTICA nın Narkotik birimine geliş şekilleri

Son iki yılda Malatya Adli Tıp kurumuna en fazla gelen Sentetik maddeler 4F MDMB BUTINACA ve 4F MDMB BUTICA' dır. Resimlerde bu maddelerin saf veya bitkiye emdirilmiş haldeki Narkotik birimine geliş şekilleri verilmiştir.

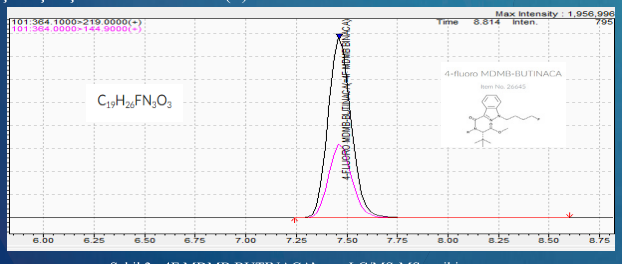
Yöntem ve Bulgular

Gelen Bitkisel ürünler (50-100 mg) öncelikle homojenize edildi , sonrasında metanol inkübasyonu ile kromatografi için hazır hale getirildi. Saf veya bitkiye emdirilmiş haldeki sentetik uyuşturucuların nitel analizi Gaz kromatografi-kütle spektrometresinde (GC/MS) (Agilent 7890B GC/MS cihazı) yapıldı. Şekil - 1 de bitkiye emdirilmiş haldeki 4F MDMB BUTICA piki ve iyonları (218,1-144-246,1) gösterilmektedir.



Şekil 1: 4F MDMB BUTICA' nın GC-MS spektrumu

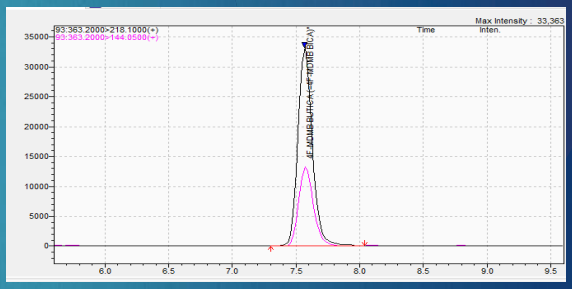
Şekil-2 de Bitkiye emdirilmiş haldeki 4F-MDMB-BUTINACA'nın Likit kromatografi-kütle spektrometresi (LC/MS/MS) piki gösterilmektedir. (Cihaz: Shimadzu 8050 LC/MS-MS PRECURSOR ve PRODUCT iyonlar: 364/219-144,9) Bir çok SK in ve 4F MDMB BUTICA ve 4F MDMB BUTINACA'nın analizinde GC/MS ve LC/MS-MS cihazının kullanıldığı çeşitli çalışmalar mevcuttur. (5)



Şekil 2: 4F MDMB BUTINACA' nın LC/MS-MS piki

Sentetik Kannabinoid kullanmış bir kişinin kan ve idrarında bu maddeler yüksek yoğunluklu piklerle bulunabilmektedir.

Kurumumuzda kan, serum, idrar, tükürük ve kıl gibi biyolojik örneklerde birçok SK tanımlanmaktadır.Kandaki 4F MDMB BUTICA ve 4F MDMB BUTINACA nın tanımlanması için spe (Solid Faz Extraction) yöntemi kullanılarak örnek hazır hale getirildi. LC/MS/MS ve GC/MS cihazlarında analizi yapıldı. Şekil-3 'te son bir yıl içerisinde en çok kullanılan sentetik kannabinoid olan 4F MDMB BUTICA'nın kandaki LC/MS-MS piki görülmektedir.



Şekil 3: Kandaki 4F MDMB BUTICA'nın LC/MS-MS piki

Sonuç

Designer drugs tabiri içindeki 4F MDMB BUTINACA ve 4F MDMB BUTICA nın kurumumuzda bulunan yüksek hassasiyetli iki cihazla da (LC/MS-MS ,GC/MS) analizi yapılarak madde tanımlanmıştır. Yaptığımız çalışmalardan bitkisel görünümlü gelen örneklere karşı daha dikkatli davranılması ve SK'lerin analizinde hassas analitik yöntemlerin kullanılması gerektiği anlaşılmaktadır.

KAYNAKÇA

1-Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi. Avrupa Uyuşturucu Raporu 2018: Eğilimler ve Gelişmeler, Avrupa Toplulukları Resmi Yayınlar Bürosu, Lüksemburg:2018.

2- Seely KA, Lapoint J, Moran JH, Fattore L. Spice drugs are more than harmless herbal blends: a review of the pharmacology and toxicology of synthetic cannabinoids. Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry 2012;39(2)234-243

3- Induction of Liver Size Reduction in Zebrafish Larvae by the Emerging Synthetic Cannabinoid 4F-MDMB-BINACA and Its Impact on Drug Metabolism Yu Mi Park ,...*Molecules* 2022, 27(4), 1290;

4- Synthetic Cannabinoid 'Bonzai' Intoxication: Six Case Series , Dursun Fırat Ergül, Serdar Ekemen, and Birgül Büyükkıdan Yelken , Turk J Anaesthesiol Reanim. 2015 Oct; 43(5): 347–351.

5- Use of SPME-HS-GC–MS for the Analysis of Herbal Products Containing Synthetic Cannabinoids Anderson O. Cox, Richard C. Daw, Michele D. Mason, Megan Grabenauer, Poonam G. Pande, Kenneth H. Davis, Jenny L. Wiley, Peter R. Stout, Brian F. Thomas, John W. Huffman ,*Journal of Analytical Toxicology*, Volume 36, Issue 5, June 2012, Pages 293–302

Travma Sonrası Meydana Gelen Diş Avülsiyonunun TCK 87. Madde Kapsamında Değerlendirilmesi: Olgu Sunumu

Uzm. Dr. Veysel Osman SOĞUKPINAR[1], Uzm. Dr. Koray BÜYÜKATAK[1], Uzm. Dr. Mustafa Bilal CEYLAN[2], Uzm. Dr. Burhan DEMİR[3], Uzm. Dr. Cem TERECE[4], Dt. Kamer GÖKHAN[5], Dr. Öğr. Üyesi Kağan GÜRPINAR[5]

[1]Adli Tıp Kurumu, Adli Tıp Grup Başkanlığı, Ankara
[2]Adli Tıp Kurumu, Adli Tıp Üçüncü İhtisas Kurulu, İstanbul
[3]Adli Tıp Kurumu, Adli Tıp Şube Müdürlüğü, Erzincan
[4]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinataloji Bilim Dalı, Ankara
[5]Adli Tıp Kurumu, Adli Tıp İkinci İhtisas Kurulu, İstanbul

17. Uluslararası Katılımlı Adli Tıp Günleri 13-16 Ekim 2022 Aksu - Antalya

ÖZET:

Tüm travmaların %0.56-7.3'ünü diş yaralanmaları oluşturmaktadır. Diş bölgesindeki yaralanmalar; kök kırığı, avülsiyon, sublüksasyon veya kron kırığı şeklinde olabilmektedir.



Dişin alveolar yuvasından çıkmasına avülsiyon denilmektedir. Tüm diş yaralanmalarının %0.5-3'ünde avülsiyon görülmekte olup bunların da tamamına yakının travmalarla ilişkili olduğu bilinmektedir. Avülsiye olan dişin en kısa sürede replante edilmesi travmaya uğrayan dişin kayıp oranını azaltacaktır.

Diş travmalarının, kişinin sağlığını ilgilendirdiği gibi yaralama suçu mevcutsa adli yönden de değerlendirilmesi gerekir. Türk Ceza Kanunu kapsamında dişlerin çiğneme ve konuşma fonksiyonları yönünden değerlendirilmesinde, her bir diş çeşidi için puanlama yapılmıştır.

DİŞLER

Dişlerin çiğneme ve konuşma fonksiyonları yönünden değerlendirilmesinde; her bir diş çeşidi için ayrı puanlama yapılmıştır. Diş kayıplarında puanların toplamı 15-30 arasında ise; işlevin sürekli zayıflaması, 30'un üzerinde ise; işlevin yitirilmesi olarak kabul edilecektir. Puanlama şöyle yapılacaktır:

Kanin: 4,5
Kesici: 4
Premolar: 3
1. ve 2. Molar: 3
3. Molar: 0,5

Diş kayıplarına eşlik eden alveol kırıklarında, yukarıdaki puanlara birer puan eklenir.

Bu puanlamayla TCK 87. madde uyarınca meydana gelen yaralanmanın organlardan birinin işlevinin sürekli zayıflamasına veya yitirilmesine sebep olup olmadığı hususlarında değerlendirme yapılması amaçlanmıştır. Biz darp nedeniyle dört dişinde avülsiyon meydana gelen ve sonradan replantasyon uygulandığı için TCK'nin 87. maddesi 1(a) kapsamında değerlendirmediğimiz olgumuzu sunduk.

Neticesi sebebiyle ağırlaşmış yaralama
MADDE 87. (1) *Kasten yaralama fiili, mağdurun;*
a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,
b) Konuşmasında sürekli zorluğa,
c) Yüzünde sabit ize,
d) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma,
e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun vaktinden önce doğmasına,
Neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, bir kat artırılır. Ancak, verilecek ceza, birinci fıkraya giren hallerde üç yıldan, üçüncü fıkraya giren hallerde beş yıldan az olamaz.
(2) *Kasten yaralama fiili, mağdurun;*
a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine,
b) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine,
c) Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına,
d) Yüzünün sürekli değişikliğine,
e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun düşmesine,
Neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, iki kat artırılır. Ancak, verilecek ceza, birinci fıkraya giren hallerde beş yıldan, üçüncü fıkraya giren hallerde sekiz yıldan az olamaz.

OLGU-BULGULAR:

Dava dosyasındaki tıbbi belgelerde; on iki yaşında erkek çocuğunun yumrukla darp edildiği, dört dişinin avülsiye olduğu, bu dişlerin yakınları tarafından su içerisine konularak sağlık kuruluşuna götürüldüğü, maksillofasiyal ve beyin tomografilerinde patoloji saptanmadığı, diş travması olan hasta için diş hekiminden konsültasyon istenildiği, yapılan muayenesinde 11, 12, 21, 22 numaralı dişlerin avülsiye olduğu, alveolar duvarların repoze edildiği ve dişlerin replante edilerek splintleme işleminin uygulandığı, uygun antibiyotiğin reçete edildiği ve kontrole çağrılarak taburcu edildiği kayıtlıdır.



Küçüğün kurulumuz diş hekimi tarafından olay tarihinden on ay sonra yapılan muayenesinde; tüm dişlerin ağızda olduğu görülmüş olup, üst ön dört kesici dişin alveol üzerindeki diziliminde hafif değişiklik dışında patoloji saptanmamıştır.

TARTIŞMA:

Avülsiyon vakalarına tedavi yaklaşımları Uluslararası Dental Travmatoloji Derneği tarafından 2012 yılında güncellenmiştir. Tedavinin ana basamaklarını acil olarak replantasyon, ataşman hasarı ve pulpa enfeksiyonunun en aza indirilmesi oluşturmaktadır. İdeal başarı için avülse dişin 15-20 dakikada replante edilmesi önerilmektedir. Kısa sürede replantasyon uygun değilse dişlerin uygun sıvı içerisine konulup hemen diş hekimine başvurmak gerekmektedir. En uygun taşıma sıvısı Via Span ve Eagle's medium sıvılarıdır. Fakat bu solüsyonlara ancak laboratuvar ortamlarında ulaşılabildiğinden pratik değildir. Bunun yerine süt, tükürük veya serum fizyolojik kullanılabilir. Pastörize edilmiş inek sütü bakteri ihtiva etmediğinden, pH'nin uygun olmasından ve kolay ulaşılabilir olmasından dolayı iyi bir seçimdir.

Avülsiyon yaralanmalarında dişler kök yüzeyinden ayrılırken travma etkisiyle periodontal ligamenti yırtar. Canlı periodontal ligament hücrelerinin büyük bölümü avülsiye olan diş üzerinde kalır. Replantasyon işleminin başarısının bu hücrelerin canlılığına bağlı olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla periodontal ligament hücrelerinin dehidrate kalmaması hücreleri nekrozdan koruyacak, bu da sonradan yapılacak replantasyon işleminin başarısını arttıracaktır.

Çalışmalarda avülse dişin ağız dışında 60 dakikadan fazla süre kaldığında periodontal hücrelerin canlı kalamadığı gösterilmiştir. Olgumuzda avülsiye dişler su içerisinde taşınmıştır. Su uygun bir taşıma sıvısı olmamasına rağmen periodontal ligament hücrelerinin dehidrate kalmasını engellemiştir. Replantasyon işleminin olgumuzun 2. saatinde yapılması da işlemin başarısını arttırdığını düşünüyoruz.

SONUÇ-ÖNERİLER:

Travmaya bağlı meydana gelen avülsiyon yaralanmalarında uygun solüsyonlarla (pastörize inek sütü, tükrük veya serum fizyolojik) kısa süre içerisinde yapılacak transfer sonrasında replantasyon işleminin uygulanması ile dişlerin korunabileceği anlaşılmaktadır.

İNSAN ISIRIĞI NEDENİYLE YÜZ BÖLGESİNDE OLUŞAN AMPUTASYONLAR: İKİ OLGU SUNUMU

Merve Türkkal, Muhammed Furkan Demir, Kamil Hakan Doğan
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı

GİRİŞ

İnsan ısırıkları, fiziksel bir kavgada direk olarak failin saldırısı ile veya dolaylı olarak mağdurun kendini savunması esnasında oluşabileceği gibi, cinsel suçlarda, çocuk istismarlarında ve hatta rızaya dayalı olarak cinsel aktivite sırasında görülebilir.(1) İnsan ısırıkları en sık üst ekstremitede görülmekle birlikte, boyun, meme, gövde, yanaklar, bacaklarda da sık görülür. (2) İnsan ısırık yaralanmaları ekimoz, abrazyon, kesi ve hatta avulsiyon şeklinde görülebilir. (3) Avulsiyon ısırıkları meme uçları, burun, kulaklar, parmaklar veya cinsel organlar gibi uç organlarda daha sıktır. (4) Bu yaralanmalar fonksiyonel ve estetik açılardan önemlidir. Bu çalışmada insan ısırığına bağlı kulak ve burunda subtotal amputasyon gelişen iki olgu sunulmuştur.

OLGU 1

46 yaşında, kavga esnasında burnundan ısırılma sonucu yaralanan erkek olgunun olay günü çekilen beyin BT'sinde burun distalinde kartikaj kaybı ve defekt görülmüş, kopuk parça dikilmiştir. Dikilen parçada nekroz gelişmesi nedeniyle nekroza giden defektif alan flep ve sağ kulaktan alınan kartilaj grefti ile onarılmıştır. Olgunun olaydan 6 ay sonra yapılan muayenesinde; burun ucunda ters 'C' harfi şeklinde 4x1 cm ebadında ciltten koyu renkte, iyi aydınlatılmış bir ortamda, 1-2 metrelik sözel diyalog mesafesinden, şahsı tanımayan birisi tarafından ilk bakışta belirgin bir şekilde fark edilebilen yara izi olduğu görülmüştür. Olgunun yapılan adli tıbbi muayenesi sonucu burun distalinde kopmaya neden olan yaralanmasının yüzde sabit iz niteliğinde olduğuna karar verilmiştir.

OLGU 2

41 yaşında erkek olgunun tıbbi belgelerinin incelenmesinde; kavga esnasında kulağından ısırılma sonucu yaralandığı, sol kulak helikal kıvrımdan antihelikal kıkırdaklara uzanan subtotal ampütasyon oluştuğu, primer sütüre edildiği görülmüştür. Olgunun olaydan 6 ay sonra yapılan muayenesinde; iyi aydınlatılmış bir ortamda, 1-2 metrelik sözel diyalog mesafesinden, şahsı tanımayan birisi tarafından ilk bakışta belirgin bir şekilde fark edilebilen sol kulak kepçesi üst kısmında başlayıp orta kısma uzanan 3x0,2 cm uzunluğunda tamamen iyileşmiş yara izi olduğu, kulak kepçesi alt kısmında 0,2 cm çapında 2 adet kıkırdaksı yapı, kulak kepçesi üst kısımda 0,3 cm doku kaybı olduğu görülmüştür. Olgunun yapılan adli tıbbi muayenesi sonucu burun distalinde kopmaya neden olan yaralanmasının yüzde sabit iz niteliğinde olduğuna karar verilmiştir.



ŞEKİL 1: Olgu 1'e ait beyin BT görüntüsü. Burun distalinde kartilaj kaybı işaretlenmiştir.



ŞEKİL 2: Olgu 2'nin olay üzerinden 6 ay sonraki görüntüsü. Sol kulakta insan ısırığı sonucu yüzde sabit iz niteliğinde değerlendirilen yara izi ok işareti ile gösterilmiştir.

TARTIŞMA - SONUÇ

İnsan ısırıkları, fiziksel bir kavgada direk olarak failin saldırısı ile veya dolaylı olarak mağdurun kendini savunması esnasında oluşabileceği gibi, cinsel suçlarda, çocuk istismarlarında ve hatta rızaya dayalı olarak cinsel aktivite sırasında görülebilir. (1) İnsan ısırıkları vücudun hemen hemen tüm bölgelerinde görülebilir. En sık üst ekstremitede görülmekle birlikte, boyun, meme, gövde, yanaklar, bacaklarda da sık görülür. (2) Literatürde nadir olarak skrotum ısırığı olgusu da bildirilmiştir. (5) İnsan ısırık yaralanmaları ekimoz, abrazyon, kesi ve hatta avulsiyon şeklinde görülebilir. (3) Avulsiyon ısırıkları meme uçları, burun, kulaklar, parmaklar veya cinsel organlar gibi uç organlarda daha sıktır. (4) Bu yaralanmalar sadece fonksiyonel olarak değil aynı zamanda estetik nedenlerden de önemlidir. Kulağın ve burnun total ya da parsiyel travmatik ampütasyonu nadir durumlardır. Kulağın ısırılma sonucu kopmasına geçmişten bilinen en iyi örnek Mike Tyson ve Evande Hoyfield arasında bilinen olaydır. (6) İnsan ısırıklarının erkeklerde daha sık gözlendiği ve erkeklerin daha çok kollarda, kadınların daha çok göğüs bölgesinde ısırık yaralanmalarına maruz kaldığı bildirilmiştir. (7) Sharma ve ark. tarafından yapılan çalışmada insan ısırığı nedeniyle meydana gelen yüz bölgesi yaralanmalarında hastaların çoğunluğunun erkek cinsiyette olduğu ve insan ısırığına bağlı en sık yaralanan bölgenin burun (%80.76) olduğu, bunu kulak ve alt dudağın izlediği bildirilmiştir. (8) İnsan ısırıkları, gelişebilecek enfeksiyon ve buna bağlı komplikasyonlardan dolayı komplike yaralanmalardır. Ağız boşluğundaki geniş bakteri florası nedeniyle insan ısırıklarında yara yerinin kontamine olma ihtimali yüksektir. (9) Lindsey ve ark. tarafından insan ısırığına bağlı yaralarda enfeksiyon insidansı üzerine yapılan çalışmada enfektif komplikasyon potansiyelinin %10-20 arasında olduğu bildirilmiştir. İnsan ısırığına bağlı yaralarda yüksek enfeksiyon riski nedeniyle tedavide antibiyotik kullanımı önerilmektedir. (10) Isırık izlerinin analizi bir şüpheliyi teşhis etmek için de sıklıkla kullanılır.

Burun ve kulak insan yüzüne bakışta dikkat çeken, belirgin ve karakteristik organlardır. Bu organların travmatik kaybı işlev kaybı ve estetik deformite oluşturması nedeniyle önemlidir. İnsan ısırığı sonucu burun ve kulağın subtotal ampütasyonu nedeniyle oluşan izler Türk Ceza Kanununa göre yüz sınırları içinde olduğundan, bu yaralanmalar adli tıp uzmanları tarafından yüzde sabit iz açısından dikkatle değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

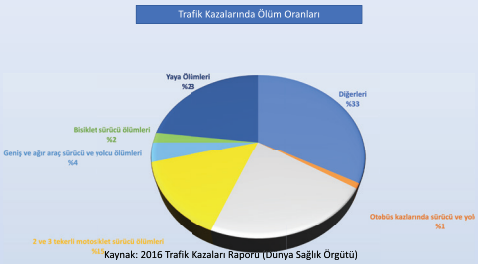
1. Mennen, Howwels. Human fight-bite injuries of the hand. A study of 100 cases within 18 months. The Journal of Hand Surgery, (British Volume, 1991) 16B: 431-435.
2. Vale, Noguchi. Anatomical distribution of human bite marks in series of 67 cases. Journal of Forensic Science. 1983 Jan; 28(1):61-9.
3.Pretty IA, Hall RC. Forensic dentistry and human bite marks: issues for doctors. Aug Hosp Med. 2002;63(8):476-482. PubMed PMID: 12212419. Epub 2002/09/06.
4. Dental WH. *Identification and Forensic Odontology*. London: Henry Kimpton Publishers; 1976.
5. Dorothy. A human bite on the scrotum: case report and rewiew of management in the emergency department. The Journal of Emergency Medicine, Vol. 54, No. 4, pp. 537-539, 2018.
6. Dorion RB. Human bitemarks. In: Dorion RB, ed. Bitemark Evidence- A color atlas and text. second ed. Boca Raton: CRC Press; 2011:241-281.
7. Freeman A., Senn D.R., Arendt D.M. Seven hundred seventy eighy bite marks: analysis by anatomic location, victim and biter demographics, type of crime, and legal disposition. Journal Forensic Science. 2005 Nov;50(6):1436-43.
8. Sharma, Singh. Profile of human bite facial injuries and their management. Journal of Medical Education and Research, Vol. 17, No:1, Jan-March 2015.
9. Goldstein EJC. Bite wound and infection.Clin infect disease. 1992;14:633-38.
10. Lindsey D,Christopher M, Hollenbach J, et al. Natural course of the human bite wound:incidence of infections and complications in 434 bites and 803 lacerationg in the same group of patients. J Trauma 1987;48:2745-48.

Trafik Kazalarında Çocuk Yayaların (5-12 Yaş) Davranış Analizi

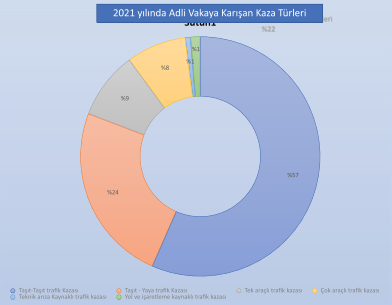
Müh.Faruk BACACI, Müh.Burak TOPCU, Müh.Bilal GÜLSEVEN
Adli Tıp Kurumu Ankara Grup Başkanlığı
Trafik İhtisas Dairesi

Özet

Trafik Kazası türlerinden araç- yaya kazaları ülkemizde yüksek oranda gerçekleşmektedir. bu kaza türlerinden araç-yaya kazaları türlerindeki ölüm oranlarında yaya ölüm oranları oldukça yüksektir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 5-29 yaş aralığında başlıca ölüm sebebi trafik kazaları olduğu belirtilmiştir. Kurumumuz olan Adli Tıp Kurumu Ankara Grup Başkanlığı Trafik İhtisas Dairesi olarak 2021 yılında 10768 adet trafik kazası içinde yaklaşık olarak %25 oranında olduğu görülmektedir. Araç-yaya türünde ise araç-çocuk yaya (5-12) trafik kaza oranı ise yaklaşık %6 olduğu görülmüştür. Bu kapsamda araç- çocuk yaya kazasının nedenlerini, sonuçlarını tespit edebilmek için animasyon ortamında hazırlayarak bilimsel veriler eşliğinde trafik kazası analiz edilmek istenmiştir.



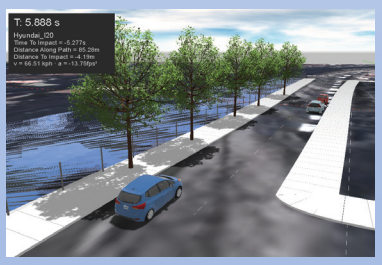
Kaynak: 2016 Trafik Kazaları Raporu (Dünya Sağlık Örgütü)

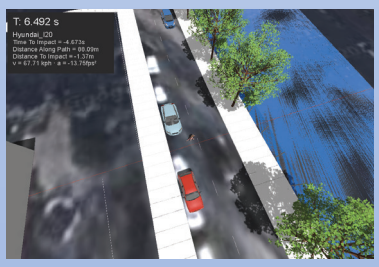


Kaynak: 2021 yılı Adli Tıp Kurumu Ankara Grup Başkanlığı Trafik İhtisas Dairesi istatistikleri

Yöntem

Araç- çocuk yaya kazasını bilimsel verileri dikkate alarak animasyon ortamında canlandırarak, aracın ne hızla yaya çarptığı, yayanın ne şekilde yola girdiği, araç sürücüsünün görüş açısının animasyon ortamında analiz edilmek istenmiştir.









Bulgular

Animasyon ortamında kazayı analiz ettiğimizde çocuk yayanın, araç sürücüsünün görüş alanı dışından park halindeki iki aracın arasından, kontrolsüzce yola koşarak girdiği görünüyor, bunun yanında araç sürücüsünün mahal şartları (50 km/h) üzerinde bir hızla (72 km/h) seyir etmesi sebebi ile yola çıkan çocuk yayaya karşı etkin tedbir alamadığı görülmüştür.

Sonuç

Çalışmamızda gerçek bir trafik kazasından yola çıkılarak, araç-çocuk yaya trafik kazası animasyon ortamında canlandırılmış, kazanın oluş şekli; farklı açılardan analiz edilmiş, aracın hızı, sürücünün yayayı görüş mesafesi, yayanın yola giriş davranışı analizleri yapılmıştır. Çalışmamızda çocuk yayanın davranışı ele alındığında yola park halindeki iki araç arasından tehlikeli şekilde koşarak girdiği görülüyor. Çocuk yayalarda bu davranış biçimini sebebi ile meydana gelen trafik kazalarını önlemek için okullarda eğitim verilmesi, yaya geçitlerinin kullanılmasının özendirilmesi ve bilinçlendirilmesi, sürücüler açısında mahal şartlarında belirlenen hız limitinde seyir etmesi, Okul ve yaya geçidi mahallerinde seyirlerini daha dikkatli ve özeli sürdürmesi bunun yanında bahse konu okul bölgelerinde, yayaların yoğunlukta olduğu bölgelerde sorumlu kurum tarafından gerekli işaretleme ve levhaların düzenlemesi gerektiği hususlarının önemi anlaşılmaktadır. Bu önlemleri alınması çalışma konumuz olan araç yaya çocuk kazalarının en az seviyeye indireceği değerlendirilmektedir .

Kaynaklar:

1. **http//Who.int/violonce_injury_prevention/road_traffic/en/(erişim tarihi: 07.10.2022)**
2. **Adli Tıp Kurumu Ankara Grup Başkanlığı Trafik İhtisas Dairesi istatistiği (erişim tarihi: 07.10.2022)**

İNTAKT HYMENLİ ADOLESAN GEBE OLGU SUNUMU

Dr.Öğr.Üyesi Serbülent KILIÇ[1], Uz.Dr.Serkan Süleyman KARASİN[2]
[1]Kastamonu Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı
[2]Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

ÖZET

AMAÇ: Cinsel İstismar, önemli bir halk sağlığı sorunudur. Adolesan gebeliği bu istenmeyen durumların ön sırasında yer almaktadır. Öte yandan genital yapının anatomik varyasyonları muayeneyi yapan hekimi konfüze edebilmektedir. Bu çalışmanın amacı hymenin anatomik varyasyonlarına karşı hekimlerin dikkatini çekmek, hymen dokusunun çeşitliliğini ortaya koymaktır. Amacımız bu çok nadir olguyu meslektaşlarımızla paylaşmak ve bu ihtimale karşı dikkati çekmektir.

YÖNTEM: 16 yaşında kadın hasta cinsel istismara uğrama iddiası ile adli makamlara başvurusunun ardından tarafımıza iç beden muayenesine yönlendirilmektedir.

BULGULAR: Tıbbi öyküde yaklaşık 4 aydır menstrüel kanamasının olmadığını belirten hastanın yapılan muayenede hymenin elastik yapıda, fevhanın yaklaşık 2 cm açıklığında ve intakt olduğu; USG tetkikinde 4 ay 3 günlük gebe olduğu raporlanmıştır. Hastanın gebelik öncesi metamfetamin kullanım öyküsü bulunmasına rağmen fetüste herhangi bir anomali tespit edilmemiştir.

SONUÇ Hymen, sadece vajina ağzını saran zar yapıda bir doku değil aynı zamanda bekaret sembolüdür. Ne adli jinekolojik muayene tek başına cinsel ilişki olup olmadığını teşhis etmeye yetmez, ne de yapılmasından kaçınılamaz. Ayrıca faile ait spermatozoa, pubis kılı vb. delillerin toplanması için de bir fırsattır. Adli Tıp Uzmanı, genital organların anatomik varyasyonlarını göz önünde bulundurmalı, genital muayene bilgisini ve becerisini geliştirmeli ve Beta-İnsan Koryonik Gonadotropin (B-HCG) hormon düzeyi, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar (CYBH) taraması gibi laboratuvar testlerini kullanmalı ve görüntüleme yöntemlerinin katkısıyla en doğru şekilde raporlarını hazırlamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Adolesan gebeliği, cinsel istismar, adli tıp, intakt hymen.

ABSTRACT

Child sexual abuse is a public health problem due to either itself or its consequences. Adolescence pregnancy is in the front row of these unwanted situations. On the other hand, it is hard to reveal the sexual crime by forensic gynecologic examination which is based on only visual inspection of genitalia. Anatomic variations of genitalia always can make the physician's mind confusing for making diagnosis of rape.

A teenager girl was admitted to our hospital with allegation of sexual abuse. Although it was easy to figure out her pregnancy due to shape of her abdomen, an intact hymen of her was found after the examination. She had history of abuse of methamphetamine nearly 20 times. Ultrasound imagining (US) revealed she had a 4 months and 3 days pregnancy without any abnormalities.

The goal of this study is to draw attention to the physicians from anatomic variations of hymen. And we also aimed to explain diversity of hymenal tissue. Thus, it can be said that it is not always easy to making diagnosis of sexual intercourse with or without consent. The Practitioner must present multidisciplinary approach and develop knowledge and skills of genital examination.

Keywords: Adolescence pregnancy, Child sexual abuse, Forensic Medicine, Intact Hymen

GİRİŞ

Cinsel istismar, Dünya Sağlık Örgütü tarafından 'çocuğun rızasıyla/rızası olmaksızın bir eylemin parçası olması veya hangi toplumun yasal normlarına veya örf ve adetlerine aykırı olduğunu bilememesi' olarak tanımlanmaktadır [1]. Çocuk, yaşı on sekizden küçük olan bireyldir. Cinsel istismar suçu Türk Ceza Kanunu'nun 103, 104 ve 105'inci maddelerinde çocuğun cinsel istismarı başlığı altında düzenlenmiştir [2]. Cinsel istismar suçu işlediği iddiasını aydınlatmak için genital muayene yapılır. Bu nedenle adli tıp uzmanı tarafından adalete yardımcı olmak için bilirkişi raporu hazırlanır. Öte yandan, birçok durumda anatomik varyantlar muayene eden için kafa karıştırıcı olabilir. Kızlık zarının sağlam olduğu gebelik iddiası bunlardan biri sayılabilir. Adolesan gebelik nadiren karşılaşılan bir gerçektir. Ayrıca, genel emsaller açısından bozulmamış bir kızlık zarı ile hamilelik neredeyse imkansızdır. Çalışmanın amacı, beklenmeyen nadiren görülen bir hukuki durumu meslektaşlarımızla paylaşmak ve bu olasılık hakkında farkındalık yaratmaktır.

OLGU

On dört yaşında bir adolesan kız, cinsel istismara uğradığı için tarafımıza yönlendirildi. Küçük, 59 kg ağırlığında ve 156 cm boyunda ölçüldü. Yaklaşık dört aylık bir hamileliği olduğunu söyledi. Başvurusunda herhangi bir hastalıktan şikayet etmemişti. Herhangi bir ilaç kullanmadığını söyledi. Buna karşılık, hamilelikten önce en az 20 kez metamfetamin kullandığını itiraf etti. Buna karşılık, laboratuvar testlerinde metamfetamin içeren madde kötüye kullanımı açısından hiçbir şey bulunamadı. Genital muayenede elastik kızlık zarının sağlam olduğu saptandı. Ancak Ultrason Görüntüleme (US) 21 hafta 3 günlük bir gebeliğin mevcut olduğunu gösterdi. Hymenal açıklığı 20 mm olup kızlık zarını bozmadan çiftleşmeyi mümkün kılmıştır. Fetus 161 mm boyunda ve 390 gram olarak ölçüldü. Madde kullanımından kaynaklanabilecek herhangi bir anormallik fark edilmedi. Halen gebelik açısından kadın doğum uzmanları tarafından takip edilmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Kızlık zarının esnekliği bazen yırtılmadan penetran ilişki sırasında kendini sağlar. Bu özellik, ergenlik döneminde yıllar içinde gelişir [3]. Kızlık zarının yırtılması her zaman sadece tam değil, bazen kısmidir. 426 olgunun adli muayenesine dayanan bir çalışmada, hastaların kızlık zarı yarıklarının üçte ikisinin kısmi olduğu bildirilmiştir [4]. Adams ve arkadaşları, kızlık zarında derin çentiklerin ve tam yırtıkların varlığı açısından penil-vajinal penetrasyona izin veren ve vermeyen arasında anlamlı bir fark olmadığını öne sürmüşlerdir [5]. Çalışmamızda sunduğumuz gibi kızlık zarı bekaret göstergesi değildir [6][7]. Dhall, elastik formu sayesinde bazı fahişelerin sağlam kızlık zarına sahip olduğunu öne sürmüştür [7]. Literatürde bizim olgumuza benzer şekilde, kızlık zarı sağlam olmasına rağmen ikinci gebeliği olan 13 yaşında bir kız çocuğu bildirilmiştir [8]. 36 adolesan gebeyi içeren bir çalışmada, sadece iki olguda genital muayene sırasında kesin bulguların görüldüğü ileri sürülmüştür. Bizim olgumuzda da benzer şekilde kızlık zarı dokusunda penetrasyonun kesin bir bulgusu yoktu [9]. Bazı durumlarda çocuk sahibi olmak için penetrasyon gerekli değildir. Perineye ejekülasyon sonrasında hamile kalan yetişkin bir kadın bildirilmiştir [10]. Eğer bir himen kenarı parmak kadar büyük bir şeyi kabul etmezse sağlam bulunur [11]. 5 mm'den fazla vajinal açıklığın normal olmasına izin verilmez ve penis, katı cisim veya parmak penetrasyonuna ilişkin şüpheler doğurur [12][13]. Öte yandan, sağlam bir kızlık zarı penetrasyona engel olamaz [12]. Literatürde daha önce istismara uğramamış bir kız çocuğunun himenal kenarının 24.1 mm² olduğu bildirilmişti [14]. Buna karşılık Mishori ve arkadaşları, hymen açıklığının çaplarının ölçülmesi zor olduğu için değerli bir şey olamayacağını, muayene tekniklerine, dokuların gevşemesine, çocuğun yaşına, hekimin kapasitesine göre değişebileceğini öne sürmüşlerdir [9].

Kızlık zarı, birçok toplumda yüzyıllardır bir kadının geçmişte cinsel aktivite yapmadığının bir kanıtı olarak görülmektedir [9]. Kızlık zarı sadece vajina ağzını saran zarlı bir doku değil aynı zamanda bekaret sembolüdür. Ne adli jinekolojik muayene tek başına cinsel ilişki olup olmadığını teşhis etmeye yetmez, ne de yapılmasından kaçınılamaz. Ayrıca faile ait spermatozoa, pubis kılı vb. delillerin toplanması da bir fırsattır. Adli Tıp Uzmanı, en isabetli raporları hazırlamak için; genital organların anatomik varyasyonlarını göz önünde bulundurmalı, muayene becerilerini geliştirmeli, genital muayene bilgisini geliştirmeli ve Beta-İnsan Koryonik Gonadotropin (B-HCG) hormon düzeyi, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar (CYBH) taraması gibi laboratuvar numune testlerini ve görüntüleme yöntemlerini kullanmaktan vazgeçmemelidir.

KAYNAKLAR

1. GUIDELINES FOR MEDICO-LEGAL CARE FOR VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE https://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/guidelines_chap7.pdf Accessed 11 May 2021.
2. Turkish Penal Code 103-5 https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf Accessed 10 May 2021.
3. Pokorny, S. F., Murphy, J. G., & Preminger, M. K. (1996). Circumferential hymen elasticity: A marker of physiologic maturity. The Journal of reproductive medicine, 41(11), 843–848.
4. Eg, M. B., Hansen, L. A., Sabroe, S., & Charles, A. V. (2015). Hymenal lesions and legal outcome in sexually abused girls with a history of vaginal penetration. Forensic science international, 252, 163–167. https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2015.04.031
5. Adams, J. A., Botash, A. S., & Kellogg, N. (2004). Differences in hymenal morphology between adolescent girls with and without a history of consensual sexual intercourse. Archives of pediatrics & adolescent medicine, 158(3), 280–285. https://doi.org/10.1001/archpedi.158.3.280
6. Joki-Erkkilä, M., & Sulkki, E. (2018). Impact of mechanical force on posterior hymen - Implications for sexual abuse injury interpretations. Forensic science international, 292, 204–211. https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2018.08.045
7. Dhall A. (1995). Adolescence: myths and misconceptions. Health for the millions, 21(3), 35–38.
8. Kellogg, N. D., Menard, S. W., & Santos, A. (2004). Genital anatomy in pregnant adolescents: "normal" does not mean "nothing happened". Pediatrics, 113(1 Pt 1), e67–e69. https://doi.org/10.1542/peds.113.1.e67
9. Mishori, R., Feldwisan, H., Namuo, K., Volpellier, M., & McHale, T. (2019). The little tissue that couldn't - dispelling myths about the Hymen's role in determining sexual history and assault. Reproductive health, 16(1), 74. https://doi.org/10.1186/s12978-019-0731-8
10. Wolf B. (1988). Schwangerschaft nach ejakulatio ante portas bei anatomisch bedingtem Kohabitationshindernis [Pregnancy after ejaculatio ante portas in a patient with an anatomical obstruction to intercourse]. Zentralblatt fur Gynakologie, 110(22), 1457–1459.
11. Goodyear-Smith, F. A., & Laidlaw, T. M. (1998). What is an 'intact' hymen? A critique of the literature. Medicine, science, and the law, 38(4), 289–300. https://doi.org/10.1177/002580249803800404
12. Herman-Giddens, M. E., & Frothingham, T. E. (1987). Prepubertal female genitalia: examination for evidence of sexual abuse. Pediatrics, 80(2), 203–208.
13. Busum, S., Rehn, M., Haller, A., Weichert, K., & Dietl, J. (2001). Kindergynäkologische Aspekte des sexuellen Missbrauchs [Genital findings in sexually abused prepubertal girls]. Zentralblatt fur Gynakologie, 123(10), 562–567. https://doi.org/10.1055/s-2001-19089
14. Lillibridge, C., & Kappes, B. (1993). Quantitative observations of hymens in prepubescent females selected for non-abuse. Alaska medicine, 35(2), 160–167.

İLETİŞİM
Dr.Öğr.Üyesi .Serbülent KILIÇ
Kastamonu Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı
kilicserbulentmd@gmail.com

17. ULUSLARARASI KATILIMLI ADLİ TIP GÜNLERİ 13-16 EKİM 2022 AKSU - ANTALYA

İŞ KAZASI SONUCU MEYDANA GELEN ELEKTRİK YARALANMASINA BAĞLI MOTOR SİNİR HASARI

Serdar ÖZDİL[1], Bülent DOĞAN[1], Murat SÖNMEZ[2], Hızır ASLIYÜKSEK[3]

[1] *Uzm. Dr., Adli Tıp Uzmanı, Adli Tıp Üçüncü İhtisas Kurulu*

[2] *Asistan Dr., Adli Tıp Kurumu*

[3] *Dr. Öğr. Üyesi, Adli Tıp Uzmanı, Adli Tıp Kurumu Başkanı*

ÖZET Elektrik yaralanmaları yol açtıkları mortalite ve morbidite nedeniyle tüm dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık sorunu olduğu gibi, iş gücü kaybı nedeniyle de ekonomik boyutları da bulunan bir durumdur. Ülkemizde istatistiki olarak mortalite ve morbidite ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır. Elektrik yaralanmaları çok farklı biçimlerle meydana gelebilmekle birlikte en sık kaza sonucu karşımıza çıkmaktadır. Bu tip yaralanmalar basit yanık lezyonundan ciddi çoklu organ hasarına ve ölümle sonuçlanan geniş bir yelpazede karşımıza çıkmaktadır. Yurtdışında yapılan çalışmada yaş aralığı 15 ila 40 arasındaki 1000 ila 1500 kişinin %60'ının elektrik yaralanması sonucu öldüğü bildirilmiştir. 2003 ila 2018 arasında Amerika'da meydana gelen işle ilgili elektrik yaralanmalarında, 35,930 kişi yaralanırken, 2,948 kişi hayatını kaybetmiştir. Yaklaşık %20 oranındaki elektrik yaralanmaları çocukları etkilerken, %80 oranında yetişkinler etkilenmektedir. Literatürde, vücuttan elektrik akımı geçişine bağlı cilt duyu kusurlarından, polinöropatilere kadar çok geniş spektrumda sinir sistemi bulgularına rastlanılabildiği bildirilmiştir.

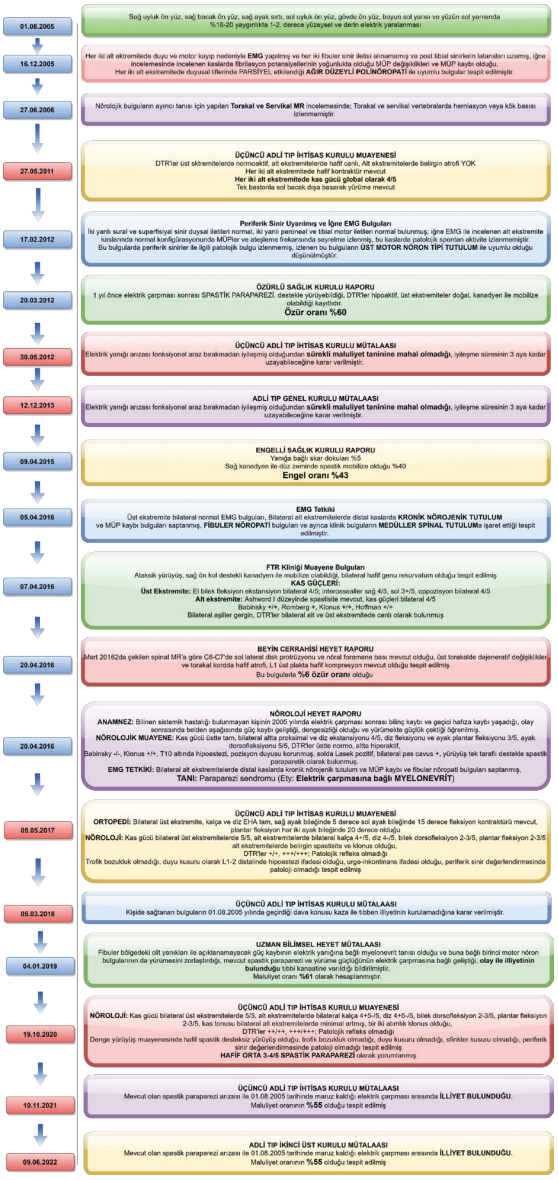
Bu olgu sunumunda bahçe işi yaparken korunaksız kablolara temas nedeniyle, vücuttan elektrik akımı geçmesi sonucu yaralanan 24 yaşında erkek vakanın maluliyet değerlendirilmesi ele alınacak olup, olay tarihindeki klinik bulguları olaya ait bilgiler olaydan yaklaşık 4 ay sonra yapılan nörolojik muayene bulguları bir arada değerlendirilerek, hem kişinin iş göremezlik durumunun yaralanmasıyla illiyetli, hem de yaralanması sonucu maluliyet durumu adli tıbbi açıdan değerlendirilecektir.

GİRİŞ

Elektrik yaralanmaları yol açtıkları mortalite ve morbidite nedeniyle tüm dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık sorunu olduğu gibi, iş gücü kaybı nedeniyle ekonomik boyutları da bulunan bir durumdur. Ülkemizde istatistiki olarak mortalite ve morbidite ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır. Elektrik yaralanmaları çok farklı nedenlerle meydana gelebilmekle birlikte en sık kaza sonucu karşımıza çıkmaktadır. Bu tip yaralanmalar basit yanık lezyonundan ciddi çoklu organ hasarına ve ölümle sonuçlanan geniş bir yelpazede görülebilmektedir. Literatürde, vücuttan elektrik akımı geçişine bağlı cilt duyu kusurlarından, polinöropatilere kadar çok geniş spektrumda sinir sistemi bulgularına rastlanılabildiği bildirilmiştir.

OLGU

Bahçe işi yaparken korunaksız kablolara temas nedeniyle, vücuttan elektrik akımı geçmesi sonucu yaralanan 24 yaşında erkek vakanın yaralanmasından sonra düzenlenen tıbbi bulguları ve iş görmezlik değerlendirme bulgular zaman çizelgesinde gösterilmiştir.



TARTIŞMA

Elektrik yaralanmaları küçük cilt yanıklarından, hayatı tehdit eden hasarlara ve hatta ölüme kadar uzanan geniş bir spektrumda karşımıza çıkabilmektedir. Elektrik yaralanmalarında dokularda ortaya çıkan hasarın şiddeti, elektriğin türü, voltajı, temas eden yüzeyin genişliği, temas süresi, dokunun iletkenliği ve akımın geçtiği organların hangileri olduğuna bağlıdır. Vücuttan elektrik akımı geçmesi durumlarında başlıca sinir sistemi, kas iskelet sistemi ve kardiyovasküler sistem yapıları etkilenmektedir.

Elektrik, alternatif ve doğru akım (AC/DC) olmak üzere temel iki gruba ayrılır ve AC akım daha ciddi ve daha ölümcül yaralanmalara sebep olmaktadır. Elektrikle meydana gelen yaralanmalar temel olarak flaş yaralanma (ark), ikincil yanıklar, yıldırım çarpması ve doğrudan elektrikle temas olmak üzere dört ana başlıkta incelenmektedir. Doğrudan elektrikle temas sonucu yaralanmalarda, vücut, giriş ve çıkış bölgeleri nedeniyle elektrik devresinin bir parçası haline gelir. Elektriğin vücutta izlediği yol temel olarak hangi sistemlerin etkileneceğini belirler. Bu olguda ilk tıbbi evrak dikkate alındığında, elektrik kaynağıyla temasın baş bölgesinden olduğu, yüz, boyun, gövde ön yüz ve her iki alt ekstremite ön yüzlerinde yanıklar tarif edildiği görülmüştür. İlk tıbbi bulgulara göre, hastanın temel sağlık probleminin yanık olduğu ve ilk tedavilerin bu yönde düzenlendiği tespit edilmiştir. Elektriğin temas ettiği dokuların yanında, vücuttan geçen elektrik akımının voltajı büyük önem taşımaktadır. Yüksek voltajlı elektrik yaralanmaları merkezi sinir sistemi üzerinde ciddi hasarlar oluşturabilmektedir. Gecikmiş spinal kord hasarı nadir olmakla birlikte, genellikle kısmi ve baskın olarak motor kayba neden olduğu bildirilmiştir. Gecikmiş ilerleyici özellik gösteren paralizi ve iyileşme mekanizması henüz tam olarak aydınlatılamamıştır.

Sinir sistemi tutulumu, elektrik yaralanmalarında sık görülmektedir. Literatürde parestezi, periferik mononöropatiler, polinöropatiler, pleksopatiler, tetrapleji, demiyelinizan hastalıklar, motor nöron sendromu, horner sendromu ve amiyotrofik lateral skleroz gibi daha birçok nörolojik klinik prezentasyonlara neden olabildiği bildirilmiştir. Bu nörolojik durumlar erken ya da geç dönemde ortaya çıkabilmektedir. Yüksek voltaj dokuda joule etkisine (ısınmasına), membran elektro geçirgenliğine ve hücre zarı protein denaturasyonuna neden olabilmektedir. Erken dönem sinir sistemi tutulumu, genellikle yaralanmadan sonraki birkaç saat içerisinde ortaya çıkabilmekte ve kısa süre içinde tam iyileşme gösterebilmektedir. Geç dönem tutulumun ise günler hatta aylar sonra ortaya çıkabildiği ve hemen hiçbir zaman tamamen iyileşmenin olmadığı bildirilmiştir. Nörolojik semptomların kanama ve beyin ödemi gibi yapısal hasarlara bağlı olabileceğine inanılmaktaysa da bu mekanizma gecikmiş tip sinir sistemi tutulumunu açıklayamamaktadır. Sunulan bu olguda elektrik yaralanmasından sonra akut dönemde klinik bulgular ve tedavi eden hekimin konsantrasyonu yanıklar üzerine odaklanmışken, yaralanmadan yaklaşık dört ay sonra nörolojik bulgular kendisini göstermeye başlamıştır. Bu da yapısal merkezi sistemi hasarından ziyade periferik mekanizmaların rol oynadığına işaret etmektedir.

Sunulan olguda elektrik yaralanmalarının nörolojik sonuçlarının kendisini geç gösterebileceği ve ilerleyici doğası olabileceği göz önünde bulundurularak, maluliyet değerlendirmesinin kısa süre içerisinde yapılmasından ziyade, bu bulguların takip edilmesi, aralıklı tekrarlayan nörolojik ve nörofizyolojik tetkiklerle kontrol muayenelerinin yapılması, değerlendirmeyi yapacak hekimi daha doğru sonuca ulaştırabilecektir. Bunun yanında yaralanmanın ilk dönemlerinde bulunmayan, geç dönemde ortaya çıkan çok geniş spektrumdaki nörolojik bulguların da hastanın maruz kaldığı elektrik yaralanmasıyla illiyetli olabileceği akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

Akıllı NB, Köylü R, Opuş B, Kızmaz M, Günaydın YK, Cander B. Thalamic infarct due to electrical injury. Journal of Emergency Medicine Case Reports. 2014; 5(10): 244-6.

Arevalo JM, Lorente JA, Balseiro-Gomez J. Spinal cord injury after electrical trauma treated in a burn unit. Burns 1999;449-52.

Bernal E, Arnoldo BD. Electrical Injuries. Total Burn Care: Elsevier; 2018. s. 396-402. e2.

Breugem CC, Van Hertum W, Groenevelt F. High Voltage Electrical Injury Leading to a Delayed Onset Tetraplegia, with Recovery. Ann NY Acad Sci 1999;888:131-6.

Duff K, McCaffrey RJ. Electrical injury and lightning injury: A review of their mechanisms and neuropsychological, psychiatric, and neurological sequelae. Neuropsychology Review 2001;11(2):101-16.

Korkmaz M, Uysal C. Diyarbakır'da 2007-2014 yılları arasında otopsisi yapılmış vücuttan elektrik akımı geçişine bağlı ölüm olgularının değerlendirilmesi. The Bulletin of Legal Medicine. 2021;26(1):27-32.

Lubin J. Electrical injuries. Emergency Medical Services2015. p. 243-7.

Nielsen KJ, Carstensen O, Kærgaard A, Vestergaard JM, Biering K. Neurological symptoms and disorders following electrical injury: A register-based matched cohort study. PLoS one. 2022;17(3):e0264857.

Piotrowski A, Fillet A-M, Perez P, Walkowiak P, Simon D, Corniere M-J, Cabanes P-A, Lambrozo JJB. Outcome of occupational electrical injuries among French electric company workers: a retrospective report of 311 cases, 1996–2005. 2014; 40(3): 480-8.

Reisner AD. Possible mechanisms for delayed neurological damage in lightning and electrical injury. J Brain injury. 2013; 27(5): 565-9.

Schaefer NR, Yaxley JP, O'Donohue P, Lisec C, Jeyarajan E. Electrical burn causing a unique pattern of neurological injury. Plast Reconstr Surg Glob Open 2015;3(4):e378.

Wesner ML, Hickie J. Long-term sequelae of electrical injury. Canadian Family Physician 2013;59:935-9.

Zoccolella S, Masi G, Mezzapesa D, Carnicella F, Illiceto G, Lamberti P, Serlenga L. Motoneuron disease after electric injury: A case report. J Neurological Sciences 2008; 29(1): 47-9.

BİRDEN FAZLA ATIŞ İLE GERÇEKLEŞTİRİLEN İNTİHAR ORİJİNLİ ATEŞLİ SİLAH YARALANMASINA BAĞLI ÖLÜM: OLGU SUNUMU

Damla Özşahin, Abdullah Aşcı, Merve Türkkal, Serap Emine Semerci, Kamil Hakan Doğan

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Konya

GİRİŞ VE AMAÇ

Ateşli silahlar, mermi çekirdeği veya saçma adı verilen özel şekil ve nitelikteki maddeleri, barut gazı veya bu neviden patlayıcı ve itici bir güç ile uzak mesafelere kadar atabilen silahlardır (1,2).

Ülkemizde ateşli silahlara bağlı gerçekleşen ölümlerin sayısı artış göstermektedir. 2002-2019 yılları arasında gerçekleşme şekline göre Türkiye'de ateşli silah kullanılarak meydana gelen intiharlar %25,5 ile asıdan sonra 2. sırada gelmektedir (3).

Birden fazla giriş yarası olan intihar orijinli ateşli silah yaralanmalarıyla nadiren karşılaşılmaktadır. Bu çalışmamızda tek silah ile dört ateşli silah mermi çekirdeği yaralanması sonucu ölen intihar orijinli bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

OLGU

39 yaşında erkek yanında tabanca ile ölü olarak bulunmuştur. Yapılan otopside göğüs sol tarafta erozyon halkası ihtiva eden, yanık bulguları mevcut, kenarları içe dönük üç adet giriş yarası (Resim 1), sol taraf sırt bölgesinde 10. kaburga hizasında kenarları dışa dönük iki adet çıkış yarası (Resim 2), sağ temporal bölgede sağ kulak sayvanı 6 cm üzerinde 1 cm çapında ön kısımda 0,8 cm'ye ulaşan is bulaşığı ve yanık halkası ihtiva eden bitişik atış mesafesinden yapılmış bir adet giriş (Resim 3), sol parietal bölgeden kenarları düzensiz içerisinde kırık kafatası parçaları ihtiva eden bir adet çıkış yarası (Resim 4) tespit edilmiştir. Şahsın ölümünün ateşli silah mermi çekirdeği yaralanması sonucu gelişen beyin doku hasarı, iç organ yaralanması, iç ve dış kanama neticesinde meydana geldiği anlaşılmıştır. Olay yerinde bulunan kamera görüntülerinin incelenmesi ile olayın intihar olduğu saptanmıştır.



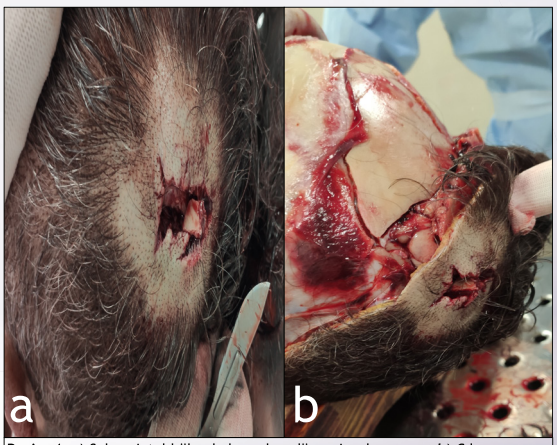
Resim 1: Göğüs sol tarafta epidermik erozyon halkası ve yanık bulguları içeren 3 adet giriş yarası



Resim 2: Sol taraf sırt bölgesi 10. kaburga hizasında 2 adet çıkış yarası



Resim 3: Sağ temporal bölgede 1 cm çapında, kenarı ok ile gösterilen is bulaşığı ve yanık halkası ihtiva eden giriş yarası



Resim 4: a) Sol parietal bölgede kenarları düzensiz çıkış yarası, **b)** Çıkış yarası altındaki kırık kafatası parçaları

TARTIŞMA ve SONUÇ

Bireysel silahlanma neredeyse her ülkeyi etkileyen bir problem olmasının yanı sıra dünya genelinde de gözlenen bir eğilimdir (4). Dünyanın farklı bölgelerinde ateşli silahlara bağlı gerçekleşen ölüm olaylarının yüzdeleri silahların ulaşılabilirliğine bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Türkiye'de her yıl 2.000'den fazla kişi ateşli silah mermi çekirdeği yaralanmalarına bağlı hayatlarını kaybetmektedir (5).

Balcı ve arkadaşları ateşli silah yaralanmasına bağlı birden fazla giriş deliği olan intihar orijinli 2 olgu bildirmişlerdir. İlk olguları 33 yaşında erkek olup, iki giriş yarası, karın sağ yan tarafta ve alt çene sol kısımda tespit edilmiştir. İkinci olguları olan 59 yaşında erkek olguda boyun sol tarafında ve göğsün sol tarafında giriş yarası mevcut olduğu bildirilmiştir (6).

İntiharlarda ateşli silah kullanılmasının nedeni kişinin hızlı bir şekilde ölmeyi amaçlamasıdır. Atış bölgesi olarak genellikle baş, boyun ve toraks hedeflenmektedir. Çoklu atış ile gerçekleştirilen intiharlarda, ilk atışların yapıldığı vücut bölgesi ve yaralanma ağırlığının şiddetine göre kişi daha sonraki atışlarını gerçekleştirebilmektedir.

Ateşli silah yaralanmalarında orijinin belirlenmesi önemlidir. Adli incelemelerin detaylı yapılması gerekmektedir. Adli tıp uzmanlarının göz önünde bulundurması gereken hususlar ise atış yapılan silahın türü, kişinin dominant elinin tespiti, atış mesafesi, traje, mermi çekirdeğinin hasar verdiği organ ve dokular ile birden fazla atış yapabilme kabiliyeti gibi parametrelerdir.

KAYNAKLAR

1.Di Maio VJM, Gunshot Wounds, Second edition, CRC press, New York, 1999.
2. Gülsepet S. Balistik. 2. Adli Bilimler Sempozyumu Kitapçığı, Ege Üniversitesi Basımevi, 1997.
3. TÜİK İntihar İstatistikleri. Erişim: https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr Erişim tarihi: 15.09.2022
4. Nakaya AC. Thinking critically: gun control and violence. San Diego: ReferencePoint Press, Inc. 2014.
5. Yasuntimur A, Ögünç Gİ. Bireysel silahlanma ve şiddet: Ateşli silah şiddetinin genel durumu. Journal of Security Sciences. 2022;11(1):167-200.
6. Balcı Y, Ekinci E, Seçkin Ç, Anolay N. Birden fazla giriş deliği olan intihar orijinli ateşli silah yaralanmasına bağlı ölüm olguları: 2 olgu sunumu, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi. 2022;9(1):77-80.

Fişek İçeriği Bulgurla Değiştirilerek Meydana Gelen Sıra Dışı Bir Cinayet Vakası

Salih GÜVEN*, Vahap GÖÇÜK*, Mücahit ORUÇ*
*Malatya Adli Tıp Grup Başkanlığı

Giriş ve Amaç

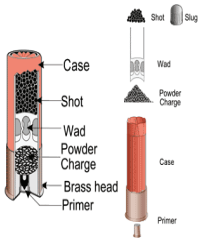
Ateşli silah yaralanmaları önemli bir toplumsal sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de ateşli silah yaralanmalarında artış görülmektedir.

Bu artışa katkı yapan faktörler arasında; ateşli silahların teminin kolay olması, üretim maliyetlerinin düşük olması ve temin edildikten sonra modifiye edilebilmeleri sayılmaktadır. Modifikasyon silah üzerinde olabileceği gibi mermi üzerinde de yapılabilmektedir.

Amacımız içeriği başka materyallerle değiştirilse bile fişeklerin ölümcül olabileceğini vurgulamak ve bu konuda farkındalık oluşturabilmektir.



Resim 1. Av tüfekleri



Resim 2. Fişek yapısı



Resim 3. Bulgur içeren fişek

Olgu

16 yaşında erkek şahıs, av tüfeği yaralanması sonucu öldürülme iddiası ile otopsi amaçlı başvurdu.

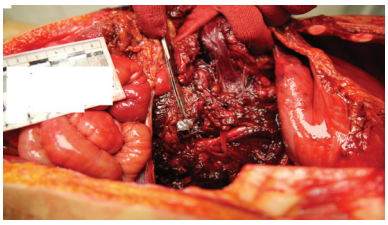
Yapılan ölü muayenesinde; sol flank bölgesinde 8x6,5 cm ebadında, barsak anslarının dışarı protrüze olduğu etrafında epidermal sıyrılmalar olan av tüfeği toplu giriş yarası (Resim 4) olduğu, çıkış yarası olmadığı görüldü.

Çekilen skopide vücut içerisinde herhangi bir metalik cisim imajı görülmedi. Çıkış yarası ve içeride metalik cismin olmaması olay hakkında soru işaretleri oluşmasına sebep oldu.

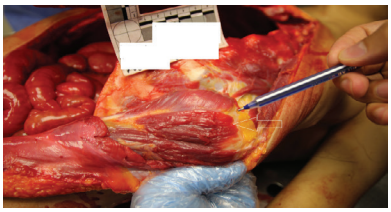
Yapılan diseksiyon sonucu yara altındaki cilt altı kas dokularında CO etkisine bağlı pembe renk değişikliği olduğu (Resim 6), batın içerisinde 700cc kan olduğu, dalakta ve sol böbrekte doku harabiyeti olduğu, dalak lojunda bir adet plastik tapa (Resim 5) ve çok sayıda bulgur tanesi olduğu, sol diyaframda 3x3 cm'lik yırtık olduğu, sol akciğer alt lobda çok sayıda mm boyutlu bulgur geçişiyle oluşan geçiş yaraları olduğu, bu yaraların çevresinde ve içerisinde kıvamı yumuşamış bulgur taneleri olduğu görüldü.



Resim 4. Av tüfeği giriş yarası



Resim 5. Dalak lojunda plastik tapa



Resim 6. Kaslarda CO etkisiyle oluşan pembe renk değişikliği

Tartışma

Ülkemizde özellikle bazı yörelerde düğünlerde silah sıkma geleneği devam etmektedir.

Fişek içerisine bulgur koymadaki amaç; ateşleme sırasında bulgurun yanarak daha çok ses ve ateş çıkarmasının yanında ölüm riskini de azaltmaktır.

Olgumuzda av tüfeği yerine fişeğin modifiye edildiği, fişek içerisine saçma yerine bulgur konulduğu ve bitişik atış mesafesinden ölüm gerçekleştiği tespit edildi.

Sonuç olarak, av tüfeği fişek içeriğinin değiştirilmesi insanlarda zararsız algısı oluşturmaktadır.

Oysa bitişik veya yakın mesafe atışlarında fişeğin basınç etkisi ve içeriğin öldürücü olabileceği unutulmamalı ve bu konuda bilgilendirme yapılmalıdır.

Av tüfeği yaralanması iddiası ile gelen ve özellikle çıkış yarası olmayan vakalarda skopide metalik cisim görülmemesi durumunda fişek içeriğinin başka bir maddeyle değiştirilebilmiş olma ihtimali unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1-Knight B., (1991) Simpson's Forensic Medicine, 10th edition, pp, 103, Emold Arnold A division of Hodder and Stoughton, London, Melbourne-Auckland.
2- Albek E., Yorulmaz, C. Özaslan A. Koç, S., Ağır G., Çetin G., (1995) 8. Ulusal Adli Tıp Günleri, 16-20 Ekim 1995 Antalya Poster Sunuları kitabı, S 277-282
3- Koops E, Flus K, Lockemann U, K. Puschel, Fatal gunshot injuries in Hamburg 1966-1991, Arch Kriminol, 1994 Jan-Feb, 193 (1-2), s. 14-22.
4- Koç S, Şam B, Yılmaz R. Av tüfeği yaralanmalarının adli tıbbi boyutu. Acta Turcica Çevrimiçi Tematik Türkoloji Dergisi 2009; 1: 213-27
5- Di Maio VJM. Gunshot Wounds: Practical Aspects of Firearms. In: Ballistics and Forensic Techniques 1993: 163-208.
6- Avis SP. Suicidal gunshot wounds. Forensic Sci Int. 1994;67:41– 47.
7- Singh BP, Singh RP. Shotgun shootings in northern India: a review (1980 –1999). Forensic Sci Int. 2005;150:103–111
8- Beyaztaş, F., Özen, B., & Bütün, C. (2011). Av tüfeği ile intihar eden olgudan otopsi sırasında "müdahale" ile silahın çıkarılması. Cumhuriyet Medical Journal, 33(3), 357-360.
9- Behera, C., Sikary, A. K., & Gupta, S. K. (2019). Homicide patterns for the last 20 years in South and South East Delhi, India. Medicine, Science and the Law, 59(2), 83-94.
10- Wendy C. Regoeczi,1 Ph.D.; and Thomas Gilson,2 M.D. Technıcal Note Psychıatry & Behavıoral Scıence Homicide–Suicide in Cuyahoga County, Ohio, 1991–2016
11- Demirci, Ş., Doğan, K. H., Günaydın, G., & Koç, S. (2009). Av tüfeği ile ölümler. Acta Turcica Çevrimiçi Tematik Türkoloji Dergisi, 1(1), 206-12.
12- Luchini, D., Di Paolo, M., Morabito, G., & Gabrielli, M. (2003). Case report of a homicide by a shotgun loaded with unusual ammunition. The American journal of forensic medicine and pathology, 24(2), 198-201.

T.C. ADALET BAKANLIĞI
ADLİ TIP KURUMU
17. ULUSLARARASI KATILIMLI ADLİ TIP GÜNLERİ
13-16 EKİM 2022
AKSU - ANTALYA

BOĞAZLANMA İLE BÜYÜK DAMAR KESİSİ

İbrahim Üzün[1], Ömer Faruk Ardıç[2], Muhammed Emin Gökşen[3], Sabahattin Erkut Özkale[4], Cihat Özdamar

Adli Tıp Kurumu 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu
Adli Tıp Kurumu 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu
Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi
Adli Tıp Kurumu 7. Adli Tıp İhtisas Kurulu

GİRİŞ VE AMAÇ: Kesici alet yaralarında orijin, yaranın bulunduğu bölgeye ve yaranın niteliğine göre değişir. Boyun ön yüzde kesici alet yaraları bulunduğunda boğazlama olarak adlandırılır. Bu yaralarda orijin cinayet, intihar veya kaza olabilir. En sık karşılaşılan orijin cinayettir. Cinayette genellikle tek ve derin kesik bulunmaktadır. Boyundaki arter ve venler, trakea, özofagus kesilmiş ve kesinin derinliği boyun omurlarına kadar inmiş olabilir. Genellikle kişinin vücudunda boğuşmaya bağlı başka belirtiler de mevcuttur. Hatta kişinin direncini kıracak şekilde bir kafa travması da bulunabilir. Cinayetlerde mağdur genellikle yere yatırılmış olduğundan, kesikten akan kanlar boynun yanlarından arkaya akmış durumdadır. Omurlarda büyük miktarda kuvvet gerektiren çentikler ve medulla spinaliste hasar olması olası bir cinayete işaret eder.
Sunulması planlanan olguda boğazlama akabinde yanık ve karbonmonoksit zehirlenmesi aynı anda geliştiğinden üç öldürücü mekanizmanın etkileri ve ilişkilerini, otopsi ve olay yeri inceleme bulguları ile beraber değerlendirmenin adli tanatoloji alanında çalışan adli tıp uzmanlarına fayda sağlaması açısından değerli bir olgu olduğu düşünülmüştür.





OLGU: Dış muayenesinde boyun ön orta hatta, yatay seyirli, yara dudakları arasından yanmış boyun kasları ve tam kat inkomplet trakea kesisinin ve trakea lümeninden dışarı çıkmış beyaz köpüğün görüldüğü, 9,5 cm'lik kesik vasıfta yara ile bu yaradan supin pozisyona uygun şekilde boyun sağına doğru akan kan, tüm vücudun karbonizasyon derecesinde yanık olduğu, kafada sağ temporoparietal bölgede cilt defekti olup deri altı yumuşak dokunun yanarak kaybolmuş olduğu, açığa çıkan kemik dış tabulasında yanığa bağlı değişiklikler olduğu görüldüğü, sağ omuz ön kısım, suprapubik bölge, sağ ve sol inguinal bölgeler, sağ ve sol uyluk ön kısım, sağ ve sol bacakta ciltte ayrışmalar ve cilt altı yumuşak dokuda ısıya bağlı renk ve kıvam değişiklikleri görüldüğü, sağ ve sol kol ve ön kolda ciltte ayrışmalar ve cilt altı yumuşak dokuda da karbonizasyon derecesinde yanık alanlar görüldüğü, sağ el tarak kemiklerinden itibaren el kemikleri ve yumuşak dokuları yanığa bağlı kaybolmuş olup açıkta kalan kemik dokular da karbonizasyon derecesinde yanmış olduğu tespit edildi. Olgunun iç muayenesinde; sağ vena jugularis interna'da tam kat inkomplet kesi tespit edildi. Kimya İhtisas Dairesi'nce yapılan toksikolojik incelemede kanda %19,9 COHb bulunduğu, kıyafetlerde benzin, mazot, tiner, gazyağı gibi hızlandırıcıların bulunmadığı tespit edilmiştir.
İfadelerde maktulün ölüm anında yanında bulunan erkek ve kadın şahsın birbirini suçladığı, ormanda çıkan tartışmada maktulün dört farklı yerinden kesici delici alet ile yaralanması üzerine yere düştüğü, akabinde üzerine çalı toparlanarak ateşe verildiği ve bu haliyle terk edildiği bildirilmektedir.
Olay yerinin incelemesinde; orman genel müdürlüğü ekiplerinin çıkan 4-5 metre çaplı yangına ilk müdahaleyi yaptığı, yangının söndürülmesi üzerine 112 ekipleri tarafından şahsın ölü olduğunun tespit edildiği, şahsın boksör pozisyonunda karbonizasyon derecesinde yanık halde bulunduğu, stabilize yoldan 50 metre içerde etrafı çam ağaçları bulunan bir alan olduğu, etrafta yanmış kuru dalların bulunduğu, söndürme çalışmaları nedeniyle ıslak ve çamurlu olduğu tespit edilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Kişide kesici delici alet ile büyük damar yaralanması ilk ölüm mekanizmasıdır. Boyunda başlayan dış kanama ile hemodinami bozularak ölüm gerçekleşmiştir. Ancak eş zamanlı olarak başlayan yangın ile cilt, cilt altı ve kas dokular yanmış, iç organlar korunmuştur. Yanık vakalarında en çok ölüm sebebi nörolojik şoktur. Vakamızı biraz daha ilginç kılan bulgu ise COHb düzeyinin %19,9 olarak bulunmasıdır. Yani vakamız canlı olarak yakılmış, çalı yangını nedeniyle ortaya çıkan CO'yu soluyarak zehirlenmeye başlamış, ancak zehirlenme ile ölmeden önce hemodinamiyi bozan büyük damar kesisinden dolayı ölmüştür.
Olgu bu haliyle üç farklı ölüm mekanizmasının aynı anda etkin olduğu bir olgu olması nedeniyle sunulmaya değer görülmüştür.

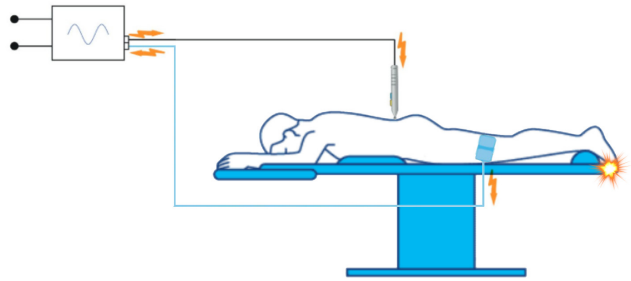
KAYNAKLAR:
1. Ozdemir, B., Celbis, O., & Kaya, A. (2013). Cut throat injuries and honor killings: review of 15 cases in eastern Turkey. Journal of forensic and legal medicine, 20(4), 198-203.
2. Cetin G. Injuries. In: Soysal Z, Cakalir C eds. Forensic Medicine Book Vol 1[in Turkish]. Istanbul: Istanbul University Cerrahpasa Medical School Publications, 1999.p. 475-523.
3. Payne-James J, Vanezis P. Sharp and cutting-edge wounds. In: Payne-James J, Roger Byard, Tracey Corey and Carol Henderson, editors. Encyclopedia of forensic and legal medicine. 1ed. Amsterdam: Academic Press, 2005;119-29
4. Feck, G., Baptiste, M.S. (1979) Accid.Anal.Prev., Il, 129 - 133
5. Abu Regheb, S.,Qaryoute, S., El-Muhtaseb, H. (1984) Burns , LO, 439 - 443.
6. Chaurasia, A.R. (1982) Burns ,9, 184 - io7.
7. Muir, I.F.K., Barday, T.L. (1974) Burns and The ir Treatment, 2nd ed., p.7, Lloyd Luke Ltd., London
8. Images: Freepik.com

KOTER YANIĞI SONRASI AMPUTASYON KARARI VERİLEN OLGUDA TIBBİ MALPRAKTİS DEĞERLENDİRMESİ

Enes Barış ERGÜNEY[1*], Dilan YOLOĞLU[1], Ahsen KAYA[1], Ekin Özgür AKTAŞ[1]
[1] Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Adli Tıp Anabilim Dalı, İzmir

GİRİŞ

Bipolar ve monopolar gibi çeşitleri bulunan koterler ameliyat esnasında dokuları hızlı, güvenli ve etkili kesme ve çıkarmakta kullanılan cihazlardır (1-3). Bipolar koter yönteminde aktif ve akımın geri döndüğü elektrot ameliyat bölgesinde ve tek parçada bulunmaktadır (3). Monopolar koter yönteminde ise aktif elektrottan çıkan akım hastaya yerleştirilen koter plağına doğru yönelmekte böylece hasta akımı tamamlayan devrenin bir parçası olmaktadır (1, 3). Dolayısıyla akımın aktif elektrottan dağılıp koter plağında toplanmasının güvenli bir şekilde sağlanmadığı durumlarda ısı belirli bir yerde toplanmakta bu da koter yanığına neden olmaktadır (1, 3). Plağın yanlış yerleştirilmesi, hastada bulunan metal aksesuarın çıkarılmaması, hastanın metal yüzeylere temasının engellenmemesi gibi nedenler koter yanığına yol açan nedenlerdendir (1, 3).

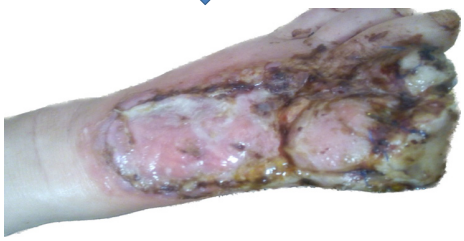


OLGU

Bel fıtığı ve lomber darlık nedeniyle çoklu ameliyat öyküsü olan kadın olgu, aynı sebeple yapılan son ameliyatından sonra ameliyat esnasında sol ayak 1. ve 2. parmakta yanık oluştuğunu öğrendiğini, pansuman önerisiyle taburcu edildiğini, pansuman için sargıları açıldığında ayak parmaklarının siyahlaşmış olduğunu gördüğünü, parmaklarındaki durumun kötüleştiği söylenince başka bir hastaneye başvurduğunu, orada yapılan ameliyatlarla sol ayak 1. ve 2. parmağının kesildiğini belirtmiştir.



Adli Tıp Anabilim Dalımızda yapılan muayenesinde; olguda sol ayak 1. parmağın metatarsofalangeal, 2. parmağın proksimal falanks seviyesinden ampute olduğu, sol ayak dorsumunda ve sol uyluk ön yüzünde greft transferine bağlı olduğu belirtilen skar dokuları olduğu görülmüştür.



Tıbbi belgeler değerlendirildiğinde; olguda tıbbi uygulamanın bel bölgesine yapıldığı ancak hastanın sol ayak birinci ve ikinci parmağında koter yanığı oluştuğu, buna yol açan nedenin koter cihazından gelen elektrik akımının koter plağı yerine ayak birinci ve ikinci parmağın metal bir yüzeyle teması sonucu ark oluşturması olabileceği düşünülmüştür.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Literatür incelendiğinde; koter yanıklarının en sık koter plağına bağlı olduğu, ancak plağın bulunduğu bölge dışında, hastanın metal nesnelerle temas ettiği vücut yüzeylerinde de yanık oluştuğu görülmektedir (1, 4, 5). Elektrokoter uygulamalarında yanık riskinden kaçınabilmek için; koter cihazının düzenli bakımının yapılması, koter plağının yerleştirildiği yerin seçimi, hastanın metal yüzeylerle temasını engelleyecek pozisyonda tutulması gibi tedbirlerin alınması gerekmektedir (3). Güvenli Cerrahi Kontrol Listelerinin aktif ve etkin bir şekilde kullanılarak operasyon öncesi, sırası ve sonrasındaki önlemlerin alınması, sağlık personelleri arasındaki görev dağılımının sağlıklı ve net bir biçimde belirlenmesi ve personelin bu konudaki farkındalığının artırılması ile her personelin üzerine düşen görevi eksiksiz olarak yerine getirmesi sonucu istenmeyen sonuçlarla daha az karşılaşılacağı düşünülmektedir.

Bu konuda gerekli özen ve dikkatin gösterilmediği durumlarda oluşacak zarardan sorumlu sağlık personelinin belirlenmesi cevaplanması istenen hususlar arasında yer almakta dolayısıyla Adli Tıp açısından önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR
1. Zeynep Bektaş, Nuray Yılmaz, Ayşe Yarenoğlu, Gülay Aldemir, Semayer Demir, Münevver Özkan Reusable ve Disposable Plakların Ameliyathanelerde Kullanımının Değerlendirilmesi. İstanbul Med J 2013; 14: 44-6. DOI: 10.5152/imj.2013.10
2. Kirk RM, Mansfield A, Cochrane J. Operating theatres and special equipment. Clin Surg Gen 1994; 18191-4.
3.Cordero, I. (2015). Electrosurgical units–how they work and how to use them safely. Community eye health, 28(89), 15.
4. Bisinotto, F. M. B., Dezena, R. A., Martins, L. B., Galvão, M. C., Martins, J., & Calçado, M. S. (2017). Burns related to electrosurgery-Report of two cases. Revista Brasileira de Anestesiologia, 67, 527-534.
5. Sultan, S. A., Alahmadi, B., & Mohabbat Sr, A. (2020). Hand skin burn as a complication of electrosurgery use in prone position in surgery: a case report. Cureus, 12(8).

KAFA TRAVMASI SONRASI GELİŞEN HETEROTOPİK OSSİFİKASYON LEZYONU

Abdullah Aşcı, Damla Özşahin, Merve Türkkal, Serap Emine Semerci, Kamil Hakan Doğan

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ

Heterotopik kemikleşme, normalde kemikleşme özelliği göstermeyen dokularda kemik oluşumu olarak tanımlanabilir. İlk olarak 1883'te Reidel tarafından tanımlanmış ve 1918'de Dejerne ve Ceillier tarafından I. Dünya Savaşı'nda omurilik travması yaşayan askerler arasında heterotopik kemikleşmenin sıklıkla meydana geldiği bildirmiştir (1). Bu hastalıklı yumuşak doku kemikleşmesi, tümör gibi morbid dokularda oluşan hiperkalsemi ve metastatik ve distrofik yumuşak doku kalsifikasyonundan farklı bir patogeneze sahip olduğu gösterilmiştir. Kas içindeki bağ dokusu septasında bulunan mezenkimal orijinli ilkel hücrelerin osteojenik hücrelere dönüşmesinin heterotopik kemikleşmenin patogenezi olduğu düşünülmektedir (2). Heterotopik kemik oluşumu genellikle spinal travma, kafa travması veya uzun süreli koma sonrasında görülür (4). Heterotopik kemikleşmenin başlıca komplikasyonları eklem hareketliliği kaybı ve bunun sonucunda ortaya çıkan fonksiyon kaybıdır (6). Nörolojik yaralanmayı takiben, heterotopik kemikleşme insidansının %11 ile %22 arasında değiştiği bildirilmiştir (3,4). En sık etkilenen eklemler; kalça, ardından omuzlar, dirsekler ve nadiren dizdir (5).

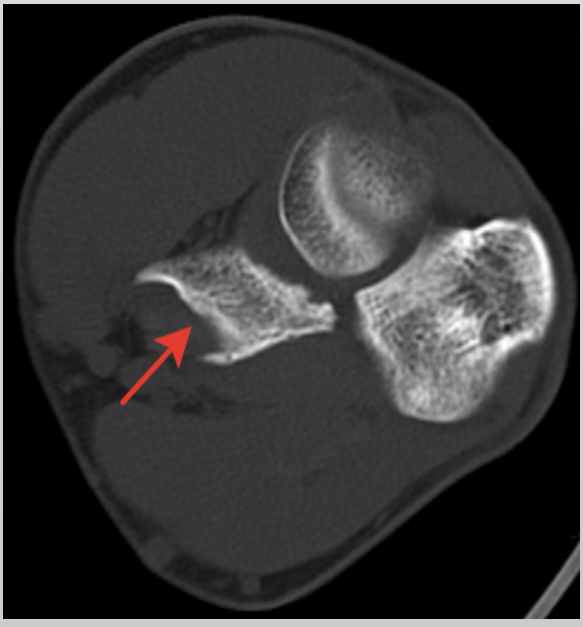
Bu olgu sunumunda amaç, nadir görülen bu patolojik lezyonun muayene ve görüntüleme bulgularını literatür bilgileri eşliğinde tartışarak adli tıp uzmanlarının heterotopik kemikleşme lezyonu hakkında farkındalığını artırmaktır.

OLGU

2021 yılında araç içi trafik kazası geçirerek yaralanan şahıs olaydan bir yıl sonra maluliyetinin değerlendirilmesi amacıyla ana bilim dalımıza başvurmuştur. Olay sonrasında tedavi gördüğü hastanenin evrakları tarafımızca incelenmiş, kaza sonucunda beyin kanaması ve beyin kontüzyonu meydana geldiği görülmüştür. Beş ay sonra sol dirsek tomografi ve manyetik rezonans incelemesi yapılmış, sol dirsek radius başı anterior kesimde kalsifikasyona ait olabilecek sinyal değişikliği izlenmiş ve heterotopik kemikleşme lezyonu olarak değerlendirildiği anlaşılmıştır. Şahsın kazadan bir yıl sonra Mayıs 2022'de tarafımızca yapılan muayenesinde sol dirseğinde hareketleri sırasında ağrı olduğu, sol ön kol çevresi 26 cm ve sol kol çevresi 28.5 cm olduğu, sol dirsek fleksiyon 130, ekstansiyon -25, pronasyon 90, supinasyon 90 derecede olduğu, çekilen sol dirsek grafisi ve BT'de sol dirsek yerleşimli heterotopik kemikleşme lezyonu saptanmıştır (Resim 1 ve 2). Şahsın muayene bulgularının "Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmeliğe göre yapılan değerlendirmesinde, sol dirsek hareketlerinde kısıtlılık için kişinin engel oranının %2 olduğu tespit edilmiştir.



Resim 1: Sol dirsek grafisi heterotopik ossifikasyon görüntüsü



Resim 2: Sol dirsek bilgisayarlı tomografisinde heterotopik ossifikasyon görüntüsü

TARTIŞMA VE SONUÇ

Heterotopik kemikleşmede nörolojik yaralanmadan birkaç hafta sonra başlasa da tanı genellikle gecikir. Hastanın belirti ve semptomlarının özgül olmaması (ağrı (duyu sağlamsa), ateş, şişme, eritem ve eklem hareketliliğinde azalma) nedeniyle, başlangıç evrelerinde tanı koymak zordur. Erken inflamatuar fazın klinik özellikleri tümör, enfeksiyon, selülit, osteomiyelit, derin ven trombozu (DVT) ve akut artriti taklit edebilir (8,9,10,11).

Heterotopik kemikleşme eklem hareket açıklığının (ROM) ciddi şekilde kısıtlanmasına ve hatta periferik eklemlerin tam ankilozuna yol açabilir (8,11). Heterotopik kemikleşme en sık olarak bir radyografide rastlantısal bir bulgu olarak ortaya çıkar. Kemikleşmenin bir radyografide belirgin hale gelmesi altı hafta kadar sürebilir (6). Semptomatik yerleşik heterotopik kemiğin tek etkili tedavisi cerrahi rezeksiyondur (12).

Yaptığımız literatür taramasında heterotopik kemikleşmenin adli tıbbi açıdan yeterince incelenmediği görülmüştür. Travma sonrası ortaya çıkan bir yumuşak doku yaralanması niteliğinde olan lezyonun adli tıp uzmanları tarafından bilinmesi ve hem adli rapor hem de maluliyet değerlendirmesinde doğru şekilde değerlendirilmesinin önemli olduğu sonucuna varılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Dejerne A, Ceillier A. Para-osteo-arthropathies des paraplegiques par lesion medullaire; etude clinique et radiographique. Ann Med. 1918;5:497.
2. Urist MR, Nakagawa M, Nakata N, Nogami H. Experimental myositis ossificans: cartilage and bone formation in muscle in response to diffusible bone matrixderived morphogen. Arch Pathol Lab Med. 1978;102:312-316.
3. Garland DE. Clinical observations on fractures and heterotopic ossification in the spinal cord and traumatic brain injured populations. Clin Orthop 1988;233:86-101.
4. Citta-Pietrolungo TJ, Alexander MA, Seg NL. Early detection of heterotopic ossification in young patients with traumatic brain injury. Arch Phys Med Rehabil 1992;73: 258-62.
5. Garland DE, Blum CE, Waters RL. Periarticular heterotopic ossification in headinjured adults: incidence and location. J Bone Joint Surg [Am] 1980;62-A:1143-6.
6. Garland DE. A clinical perspective on common forms of acquired heterotopic ossification. Clin Orthop 1991; 263:13-29.
7. Garland D: Heterotopic ossification, in Nickel VL, ed: *Orthopaedic Rehabilitation*. New York, NY, Churchill Livingstone, 1992, pp 453-469.
8. AA van Kuijk , ACH Geurts , HJM van Kuppevelt. Neurogenic heterotopic ossification in spinal cord injury. Spinal Cord , 40 (2002) , s. 313 - 326
9. T. Youssefian, R. Sapena, R. Carlier, C. Bos, A. Denormandie, P. Denys, *et al*. Nodular osteochondrogenic activity in soft tissue surrounding osteoma in neurogenic para osteo-arthropathy: morphological and immunohistochemical study. BMC Musculoskelet Disord, 5 (2004), p. 46
10. A.B. Taly, K.P. Nair, P.N. Jayakumar, D. Ravishankar, P.L. Kalaivani, B. Indiradevi, *et al*. Neurogenic heterotopic ossification: a diagnostic and therapeutic challenge in neurorehabilitation. Neurol India, 49 (2001), pp. 37-40
11. E.F. McCarthy, M. Sundaram. Heterotopic ossification: a review. Skeletal Radiol, 34 (2005), pp. 609-619
12. Thomas BJ. Heterotopic bone formation after total hip arthroplasty. Orthop Clin North Am. 1992; 23:347-358.

FTA kartına spotlanmış kan lekesinde LC-MS/MS cihazı ile yasaklı maddelerin kantitatif olarak validasyonu ve gerçek örneklere uygulanması

***Yeter Erol Öztürk, **Oya Yeter, *Serkan Öztürk**

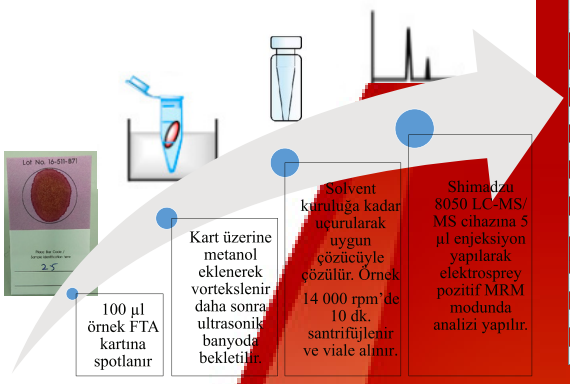
*Adli Tıp Ankara Grup Başkanlığı, **Adli Tıp Kurumu Başkanlığı

GİRİŞ

Kurutulmuş kan lekesi (DBS) yöntemi yenidoğan taramasında ve genetik incelemelerde sıklıkla kullanılmaktadır fakat yasaklı maddelerin analizi için yapılmış çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı; kurutulmuş kan lekesi (DBS) yöntemi ile alınan örneklerin yasaklı madde taraması analizlerine uyarlanmasıdır. Bu yöntem, klasik olarak kullanılan tam kan analizi yöntemiyle karşılaştırılarak performansı değerlendirilecektir.

YÖNTEM

Bu yöntemle 19 yasaklı madde ve metabolitin analizi yapılmıştır. Negatif kan örnekleri 100 µl hacimde ve belirli konsantrasyonlarda Ahlstrom marka FTA kartlarına spotlanıp örnekler bir gece bekletilirek uygun yöntem ile hazırlanmıştır. Örnekler Shimadzu 8050 LC-ESI-MS/MS ile analiz edilmiştir. Metot validasyonu için tespit sınırı (LOD), tayin sınırı (LOQ), lineer aralık, düşük (5 ng/mL) ve yüksek (50 ng/mL) konsantrasyonlarda gün içi ve günler arası tekrarlanabilirlik ve geri kazanım parametreleri çalışılmıştır. Validasyonu yapılan metotla daha önce tam kanla analizi yapılmış pozitif 30 vaka tekrar analiz edilerek metot performansı değerlendirilmiştir.



BULGULAR

Yöntemin validasyon parametreleri kabul edilebilir değerlerdedir. Analiz edilen analitler için LOD degerleri (0.3-2.91 ng/mL) ve LOQ değerleri (0.44-3.88 ng/mL) aralığında bulunmuştur. Geri kazanım yüzdeleri düşük konsantrasyonda ortalama % 77.1 ve yüksek konsantrasyonda ortalama % 80.4 bulunmuştur. Yöntemin gün içi tekrarlanabilirliği düşük ve yüksek konsantrasyonda yüzde bağıl sapma olarak sırasıyla % 2.4-9.9 ve % 1.2-8.8 aralığında hesaplanmıştır. Yöntemin günler arası tekrarlanabilirliği düşük ve yüksek konsantrasyonda yüzde bağıl sapma olarak sırasıyla %3.6-10.1 ve %2.1-9.2 aralığında hesaplanmıştır.

Tablo 1: Yasaklı maddelere ait tespit sınırı (LOD) ve tayin sınırı (LOQ) değerleri

Madde:	LOD (ng/mL)	LOQ (ng/mL)
6-MAM	0,8	1,1
ADB-BUTINACA	0,3	0,5
ADB-BUTINACA N-4 hydroxy butyl	0,3	0,4
ADB-BUTINACA N-butanoıc acıd	0,3	0,5
Amfetamin	2,6	3,9
Benzoilekgonin	0,7	1,1
Buprenorfin	2,9	3,7
Kokain	0,6	0,8
Kodein	0,7	0,8
MDA	1,6	1,9
MDEA	0,6	0,8
MDMA	0,7	1,0
MDMB-4EN-PINACA	0,3	0,5
MDMB-4EN-PINACA butanoıc acıd	0,3	0,5
Metadon	0,7	1,2
Metamfetamin	2,0	3,1
Morfin	0,5	0,7
THC	2,3	2,9
THC COOH	1,0	2,0

Tablo 2: Yasaklı maddelere ait düşük ve yüksek konsantrasyonlarda geri kazanım (RE %) Gün içi Tekrarlanabilirlik (GİT %) ve Günler arası Tekrarlanabilirlik (GAT %) değerleri

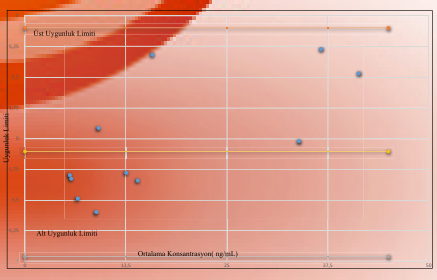
Madde:	RE (%) (5 ng/mL)	RE(%) (50 ng/mL	GİT (%) (5ng/mL)	GİT(%) (50 ng/mL)	GAT (%) (5ng/mL)	GAT(%) (50 ng/mL)
6-MAM	78,3	77,4	4,8	2,8	5,6	3,1
ADB-BUTINACA	102,8	93,8	3,3	1,9	4,8	2,3
ADB-BUTINACA N-4 hydroxy butyl	98,9	83,7	3,8	2,1	4,2	2,5
ADB-BUTINACA N-butanoıc acıd	97,3	92,2	3,2	2,3	4,1	2,6
Amfetamin	25,9	28,3	5,3	4,5	6,5	5,3
Benzoilekgonin	115,3	109,2	4,3	2,2	5,8	4,3
Buprenorfin	75,8	69,0	5,7	3,0	6,5	5,1
Kokain	75,0	67,5	4,1	3,0	4,9	3,2
Kodein	105,5	101,9	3,0	2,6	4,1	2,7
MDA	67,6	62,9	4,7	3,7	5,5	2,8
MDEA	63,6	55,8	4,4	2,4	4,9	2,5
MDMA	67,1	63,0	4,3	1,2	6,0	3,4
MDMB-4EN-PINACA	87,0	93,1	2,6	1,8	3,8	2,3
MDMB-4EN-PINACA butanoıc acıd	95,9	98,3	2,5	1,7	3,9	2,4
Metadon	74,6	64,8	2,4	1,8	5,6	4,4
Metamfetamin	24,7	21,1	4,1	2,3	4,8	2,1
Morfin	85,3	84,5	3,6	3,3	4,5	3,8
THC	63,5	52,0	9,9	8,8	10,1	9,2
THC COOH	91,3	87,3	3,2	2,3	4,5	2,8

Tablo 3: Kan Lekesi ve Klasik yönteme ait sonuçlar (Örnek Sayısı (n)= 30

Madde	Kan Lekesi Yöntemi Konsantrasyon (ng/mL)	Saptanan Örnek Sayısı	Klasik Yöntem Konsantrasyon (ng/mL)	Saptanan Örnek Sayısı
6-MAM	0.9-2.7	3	1.3-3.2	3
ADB-BUTINACA	0.9-1.2	3	1.1-1.4	3
ADB-BUTINACA N-4 hydroxy butyl	2.3-3.9	4	2.8-4.1	4
ADB-BUTINACA N-butanoıc acıd	8.3-11.2	4	9.1-12.3	4
Amfetamin	9.5-68.9	12	3.0-75.8	12
Benzoilekgonin	1.4-101.6	6	2.0-121.3	6
Buprenorfin	6.3-7.8	3	7.1-9.3	3
Kokain	3.2-4.6	3	4.3-5.9	3
Kodein	0.9-5.1	8	0.8-4.3	8
MDA	6.4-15.5	5	7.4-14.6	5
MDEA	2.7-4.3	3	2.3-4.1	3
MDMA	70.7-107.1	5	65.9-103.4	5
MDMB-4EN-PINACA	0.6-1.8	3	0.7-1.7	3
MDMB-4EN-PINACA butanoıc acıd	2.8-10.3	3	3.1-9.7	3
Metadon	6.9-14.8	4	8.3-14.8	4
Metamfetamin	4.6-195.2	12	3.2-183.6	12
Morfin	0.7-10.7	8	1.7-8.9	8
THC	3.1-4.9	3	5.6-7.3	3
THC COOH	4.5-43.1	11	6.6-39.2	11

Yöntemle çalışılan gerçek örneklerin analiz sonuçları tam kan ile yapılmış analiz sonuçlarıyla T testi uygulanarak karşılaştırılmış ve anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Ayrıca örneklere Bland-Altman analizi uygulanarak dağılımın uygunluk limitleri içerisinde olup olmadığı incelenmiştir. İncelenen yasaklı maddeler dağılım uygunluk limitleri içerisinde bulunmuştur. Yöntemler arasında anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 3: Esrar metaboliti THC-COOH için oluşturulmuş olan Bland-Altman grafiği



SONUÇ

Kurutulmuş kan lekesinde çalışmanın avantajları; çok küçük hacimde numune gereksinimi, taşıma ve saklama kolaylığı, numune kurutulduğu için örneklerde hidrolizin engellenmesi olarak sayılabilir. Yöntem daha düşük numune hacmi ile klasik yöntemle tamamen uyumlu sonuçlar üretebilmektedir. Ayrıca depolama, transfer gibi avantajlara da sahiptir. Yöntemin klasik yöntemlere göre daha ucuz, tekrarlanabilirliği yüksek ve basit olması iyi bir alternatif olduğunu göstermektedir.

KAYNAKÇA

1. S.S. Simões, A.C. Ajenjoa, M.J.Diasa. Dried blood spots combined to an UPLC-MS/MS method for the simultaneous determination of drugs of abuse in forensic toxicology. Journal of Pharmaceutical and Biomedical Analysis (2018) 5;147:634-644.
2. R. Quraishi, R. Jain, A. Ambekar. The Use of Dried Blood Spot Samples in Screening Drugs of Abuse. Pharmacology & Pharmacy (2013) 4;2 :152-159.
3. M. Protti, J. Rudge, A.E. Sberna, G. Gerra, L. Mercolini. Dried haematic microsamples and LC-MS/MS for the analysis of natural and synthetic cannabinoids. J Chromatogr B Analyt Technol Biomed Life Sci (2017) 15;1044-1045:77-86.

KAMERA KAYDINA YANSIYAN KESİCİ-DELİCİ ALET İLE İNTİHAR: OLGU SUNUMU

Serap Emine Semerci, Damla Özşahin, Kamil Hakan Doğan

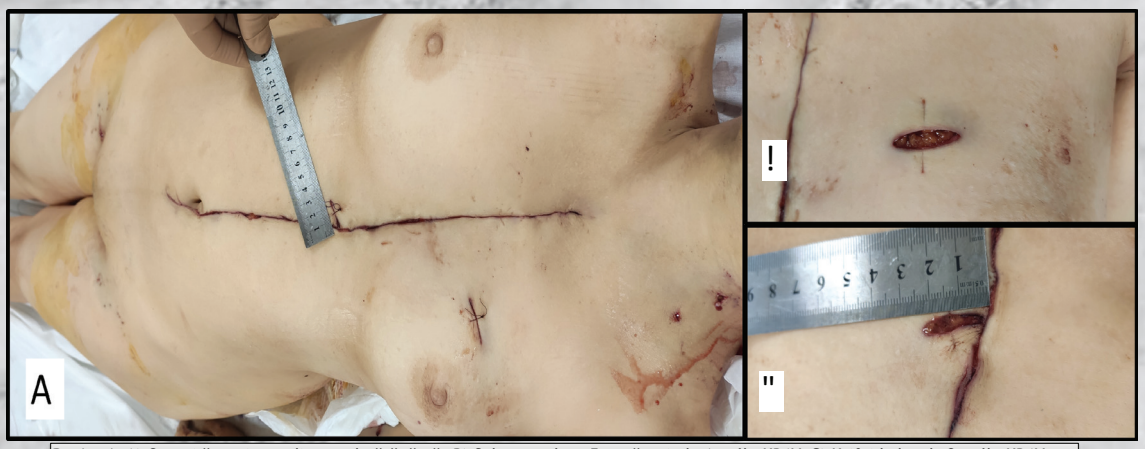
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı

GİRİŞ

Kesici alet yaralanmalarına bağlı ölümler daha çok kaza ve cinayet orijinlidir. Kesici delici alet yaralanmalarına (KDAY) bağlı ölümler ise en sık cinayet orijinli olarak gerçekleşmektedir. Her iki yöntemin de ölümle sonuçlanmış olgularda intihar amaçlı kullanımı nadir olarak görülmektedir. Kendini bıçaklayarak intihar etmek nadiren tercih edilen bir yöntemdir. Bu tür intiharlar tüm vakaların yaklaşık %2'sini oluşturur ve yaralanan organ genellikle kalptir. Bu çalışmada, iki ayrı öldürücü kesici delici alet yarası ile gerçekleşen bir intihar olgusu ilginç bulunarak sunulmuştur.

OLGU

49 yaşında kadın olgunun, işlek bir caddede kendini bıçaklayarak intihar ettiği, sonrasında yalpalayarak bir iş yerinin dış camekanına çarptığı güvenlik kameralarından izlenmiştir. Acil serviste müdahale sonrası öldüğü bildirilen olgunun otopsisi yapılmıştır. Harici muayenede; sol meme başının 5 cm üst ve 5 cm medialinde 3 cm uzunluğunda yara (1 no'lu yara), ksifoid altında 2,5 cm uzunluğunda (2 no'lu yara), bir açısı geniş, bir açısı dar kesici delici alet yaraları olduğu görülmüştür (Resim 1). Göğüs açıldığında; kalbin sağ ventrikül ön duvarında ve karaciğer sol lobda yaralanma tespit edilmiştir. Ölümün kesici delici alet yaralanması sonucu gelişen iç organ yaralanması, iç ve dış kanama neticesinde meydana geldiği anlaşılmıştır. Olgunun olay yeri kamera görüntüleri incelendiğinde; olayın otopsi bulguları ile uyumlu olduğu ve intihar orijinli olduğu belirlenmiştir (Resim 2).



Resim 1: A) Otopsi öncesi cesedin genel görünümü, B) Sol meme başı 5 cm üzerinde 1 no'lu KDAY, C) Ksifoid altında 2 no'lu KDAY.



Resim 2: Olgunun elinde bıçak ile kuyumcu vitrinine hızla gelerek çarptığı anı gösteren kamera görüntüsü.

TARTIŞMA

Kesici delici alet kullanımı ile intihar ülkemizde nadir olarak görülmektedir. Erol ve ark. 2007'de yayınladıkları 128 intihar olgusundan 1'inin KDAY olduğunu (1), Demir ve ark. 2007-2016 arasında 444 intihar olgusundan 4'ünün kesici delici alet kullanımı ile olduğunu (2) belirtmişlerdir. Bu vakada güvenlik kamerası görüntüsünde kendini bıçaklayan kadının dengesiz yürüyerek iş yerinin dış cephesine çarpıp yere düştüğü izlenmiştir. Literatürde Alunni ve ark. 2020'de yayınladıkları olguda boynunda 19 bıçak yarası ile cinayet şüphesi olarak değerlendirilen daha sonra olay yeri güvenlik kamerasına yansıyan görüntülerde şahsın kendini bıçaklayarak intihar ettiği ve 6 dakika hayatta kaldığı belirtilmiştir (3). Kalp bölgesi ağırlıklı olmak üzere kolay erişilebilir vücut bölgelerinin hedeflenmesi, sağ elini kullananlar için yaraların vücudun sol tarafında görülmesi, yaraların düzensiz ve grup halinde küçük bir alanda sınırlanması, kosta ve sternumda hasarın seyrek olması, savunma yaraları bulunmaması, 10'dan az sayıda derin yara olması gibi bulgular kesici delici alet ile intihar olgularında orijini belirlemek için literatürde tanımlanmış bazı morfolojik özelliklerdendir (4,5,6). 2001 yılında Atılgan ve Karagöz, evinde göğsüne bıçak saplı halde ölü olarak bulunan intihar orijinli, 71 yaşında erkek olgunun, ciltte tek giriş yarası olduğunu, her iki el ve ayak bilekleri, popliteal bölgeler, dirsek iç yüzleri, inguinal bölgeler ve boynunda yüzeysel çizik ve kesik tarzında yaralar olduğunu ifade etmiştir (7). Erkol ve ark. 2007 yılında sundukları olguda 23 yaşında kadın, göbek üst kısmından oluşturduğu biri batına nafiz diğerleri yüzeysel olan intihar orijinli enine seyirli dört adet KDAY olduğunu, vena cava inferior kesisi meydana geldiğini belirtmişlerdir (8). Olguda savunma yaralarının olmaması, göğüs sol tarafında ve batında birbirine yakın 2 adet KDAY tespit edilmesi, hayati organların hedef alınması literatür ile uyumlu bulunmuştur. Otopside tanımlanan bulgular, olay yeri inceleme verileri ile değerlendirilen olgunun intihar orijinli olduğu kanaatine varılmıştır. Kesici-delici alet ile intiharlar nadir olmakla birlikte cinayetle karıştırılma potansiyeli vardır. Bu tür olgular ile karşılaşıldığında yaraların kişinin kendisi tarafından oluşturulup oluşturulamayacağı araştırılmalı, olay yeri ve giysi incelemesi, cesedin dış ve iç muayenesinden elde edilen bulgular ve yaraların özellikleri birlikte değerlendirilerek intihar orijinli olup olmayacağı belirlenmelidir.

KAYNAKÇA

1. Erkol Z. Kahramanmaraş İlindeki İntihar Orijinli Ölüm Olgularının Analizi. Türkiye Klinikleri Journal Forensic Medicine 2007;4:7-16.
2. Demir S. Denizli'deki İntihar Ölümlerinin Analizi: 10 Yıllık Retrospektif Otopsi Çalışması. Adli Tıp Bülteni 2018;23(2):93-99.
3. Alunni V. A case of multiple self-inflicted stab wounds of the neck captured on surveillance video. Journal of Forensic Sciences 2020;65(4):1368-1370.
4. Kaliszan M. Multiple severe stab wounds to chest with cuts to the ribs. Suicide or homicide? Journal of Forensic and Legal Medicine 2011;18:26-29.
5. Ohshima T, Kondo T. Eight cases of suicide by self-cutting or -stabbing: consideration from medico-legal viewpoints of differentiation between suicide and homicide. Journal of Clinical Forensic Medicine 1997; 4:127-132.
6. Karlsson T. Homicidal and suicidal sharp force fatalities in Stockholm, Sweden. Orientation of entrance wounds in stabs gives information in the classification. Forensic Science International 1998; 93: 21-32.
7. Atılgan M, Karagöz YM. Göğüse Bıçak Saplama Yoluyla İntihar: Bir Olgu Sunumu. Yıllık Adli Toplantıları Kitabı 2001, 269-273.
8. Erkol Z. Kesici ve Kesici-Delici Alet İle İntihar: İki Olgu Sunumu. Adli Tıp Bülteni 2007;12(1):36-40.

METANOL ZEHİRLENMESİ SONUCU POSTMORTEM VE ANTEMORTEM KAN ÖRNEKLERİNDE METANOL VE FORMİK ASİT BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: OLGU SUNUMU

Özgür TURNA[1], Hüseyin Çetin KETENCİ[1,2]

[1]Adli Tıp Kurumu Trabzon Grup Başkanlığı, Trabzon

[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Rize

turnaozgur@hotmail.com

Giriş

Metanol (metil alkol); endüstride, boya, cila, solvent ve antifiriz gibi birçok ürünün yapımında kullanılır (1). Etil alkole göre ucuz olduğundan, özellikle kaçak içki tüketimi sonucunda, ürünlerin kazara alınması ölümlere neden olabilmektedir (2).



Metanol zehirlemesine bağlı ağır hasar ve ölümlerden, metabolitleri olan formaldehit ve formik asit sorumludur(3). Metanol zehirlenmesinde bulgular sıklıkla oral alımdan dan 12 - 24 saat sonra ortaya çıkar. Bu gecikme metanolün toksik metabolitlerine yavaş metabolize olması ile ilgilidir. Metanol zehirlenmesi ölüm nedenleri; solunum yetmezliği, solunum arresti ve kardiyak arresttir (4).

Bu çalışmanın amacı metanol zehirlenmesi sonucu gerçekleşen ölüm vakalarında otopsiden alınan kandaki metanol ve formik asit düzeyi ile anamnez ve klinik arasındaki çelişkiyi ortadan kaldırmaya yöneliktir. Nitekim olguda hastaneye yatış sırasında alınan kanda yüksek miktarda metanol olmasına rağmen otopsi kanında metanol ve formik asit bulunamamıştır.

Olgu

Bu vakada metanol ölçümü HS/GC (Head Space/Gaz Kromatografi) ve formik asit ölçümü HS/GC/MS (Head Space/Gaz Kromatografi/Kütle Spektrometri) cihazlarında yapıldı.

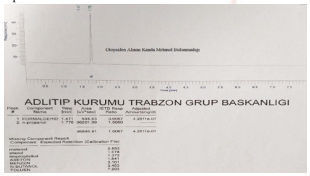
Ordu Eğitim ve Araştırma Hastanesinin 04/04/2020 yatış tarihli raporunda; daha önce alkol bağımlılığı için tedavi öyküsü olan 50 yaşındaki erkek hastanın önceden kolonya içtiğinin yakınları tarafından belirtildiği, eşi hastanın alkol tüketimini görmemekle birlikte 03/04/2020 tarihinde evden çıktığı bir zaman diliminde almış olabileceğini belirttiği kayıtlıdır.

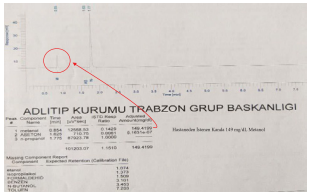
Akşam saatlerinde baş ağrısı ve kusması olan hastanın gece uyuduğu, sabah ise bilinç bulanıklığı ve yeşil görme geliştiği, acil servise genel durum bozukluğu ile getirilen hastada; metabolik asidoz, GKS: 3, miyozis olduğu, spontan solunum olmadığı, nabız: 58/dk, TA: 120/80 mmHg, pH: 6.77, anyon gap: 31, lactat: 9 mmol/L ölçüldüğü, hasta tipik anamnez ve kliniği ile metanol intoksikasyonu olduğu düşünüldü.

Dopamin desteği altında yoğun bakıma alınarak monitorize edildiği, oral yolla % 20 etanol başlandığı, diyalize alındığı, etanol düzeyleri ve kan gazı takibe alındığı, diyaliz sırasında iv tedavi başlandığı, 5 saat diyaliz sonrası kan pH' sı 7,28' e kadar yükseldiği, etanol kan düzeyleri takip edildiği, ancak 07/04/2020 tarihinde hemodinamik olarak instabil seyreden hasta dolaşım arresti ve ardından kardiyak arrest gelişmesi üzerine medikal desteğinin sonlandırıldığı kayıtlıdır.

07/04/2020 tarihinde yapılan tedavilere yanıt vermeyerek öldüğü bildirilen şahsın cesedi üzerinde 08/04/2020 tarihinde Adli Tıp Kurumu Trabzon Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesi'nde otopsi yapıldı ve alınan örnekler Kimya İhtisas Dairesine gönderildi.

Yapılan analizlere göre; otopsiden alınan kanda, HS/GC cihazında etanol ve metanol bulunmadığı, HS/GC/MS cihazında formik asit bulunmadığı, ancak olay öyküsü ve klinik bulgulardan hareketle metanol zehirlenmesi olduğu sonucuna varıldı ve böylece hastaneden ilk kan örnekleri istendi. Hastaneden istenen kanda; (149 mg/dL) metanol, (585 mg/L) formik asit saptandı.





OLAY ÖYKÜSÜ



Anamnez ?



Gastrointestinal Semptomlar (Bulantı, Kusma vb..)



Göğüs Ağrısı



Hiperventilasyon



Görme Bozuklukları



Koma ve Ölüm

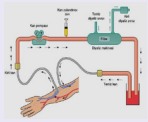
TEDAVİ

Tedavi metanol metabolitlerinin oluşumunu önlemek ve vücuttan uzaklaştırılmasını sağlamak üzerine kurulur.











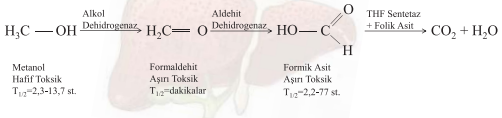




Erken Teşhis Hayat Kurtarır!

Tartışma

Metanol zehirlenmesinin semptomları başlangıçta hafif santral sinir sistemi depresyonu ve ardından kısmen metanol dozuna bağlı olarak yaklaşık 12 - 24 saat süren latent bir süre içerir. Gecikme süresi metanolün formaldehite yavaş dönüşmesinden kaynaklanır. Bununla birlikte, bu aralık oldukça değişken olabilir ve bir saatten az olabileceği gibi 72 saate kadar da uzayabilir. Latent dönem; metanol, etanol ile aynı anda alındığında daha uzundur (5).



İçki alımının akşamında baş ağrısı ve kusma olduğu yani zehirlenme belirtilerini kendinde gösteren şahsın, metil alkolün oral yolla alımlarında, etil alkolden ayırt edilmesinin zor olması nedeniyle hastaneye başvurmadığı anlaşılmaktadır. Buradaki gecikme, tanı ve tedaviye geç kalınmasına neden olarak ölüm riskini daha da artırmıştır. Şahısta semptomların erken ortaya çıkması, aldığı alkol içeriğinde etil alkol olmadığını ya da varsa da az olduğunu bize göstermektedir. Bu durum hastaneye yatış sırasında alınan kan örneğinin, alkol testi sonucunda etanol sonucu negatif bulunarak da desteklenmiştir.

ADLİ TIP KURUMU	Etanol	Metanol	Formik Asit
Otopsiden Alınan Kan Örneği	-	-	-
Hastaneden İstenen Kan Örneği	-	149 mg/dL	585 mg/L

Metanol zehirlenmesi sonucu tıbbi müdahale sonrası ölüm gerçekleşmişse her zaman otopsiden alınan kanda metanol bulunmadığı gibi metabolit olan formik asit de bulunamamaktadır. Çünkü metanolün kan seviyesi, alım zamanıyla ilişkilidir. Böyle durumlarda hastaneye yatış sırasında alınan kanın önemi büyüktür.

Hastaneden gönderilen kanda, metanol ve formik asit bulunup otopsiden alınan kanda metanol ve formik asit bulunmaması, şahsın 3 günlük hastane yatışı sırasında metabolit olan formik asitin CO_2 ve H_2O ya dönüştüğünü göstermektedir.

Tedavide hastaya toksik metabolit oluşumunu engellemek için başlangıçta oral yolla % 20 etanol verilmiştir. Antidot olarak etanol verilmesi durumunda kanda ulaşılması gereken etanol düzeyi 100-150 mg/dL olması gerektiği için kan düzey takibini gerektirmektedir. Fomepizolün yan etkisi daha azdır ve ADH'ye afinitesi etanolden daha yüksektir ayrıca ilaç düzeyinin takibine gerek yoktur (6). Ancak temini her zaman mümkün olmayabilir. Bu vakada hastaya fomepizol verilmemiştir.

Hastaya antidot olarak etanol verilmesi sonrası hasta diyalize alınmıştır. Hemodiyaliz, kandan metanolü ve metabolitlerini temizler, asit-baz dengesini sağlar. Görme bozukluğu olan ve son organ yetmezliği bulguları gösteren her metanol zehirlenmesinin gecikmeden diyalize alınması önerilir(7). 5 saat diyaliz sonrası pH' nın 7,28'e yükseldiği görüldü. Ancak hastanın, 07/04/2020 tarihinde tedavilere yanıt vermeyerek öldüğü bildirilmiştir.

Sonuç

Metil alkol zehirlenmesi kesin tanısı için en iyi yöntem kanda metanol düzeyi ölçümüdür. Tanı konulmasındaki gecikmenin önemli sebebi Türkiye'de birçok hastanede metil alkol düzeyi analiz imkanının olmamasıdır. Bu nedenle her hastane metanol düzeyi ölçebilme imkanına sahip olmalı ya da metanol testi yapan kurumlarla direkt olarak çalışabilmelidir.

Metanol zehirlenmesi vakalarında tıbbi müdahaleye rağmen ölümle sonuçlanan olgularda metanol ve formik asit seviyelerinin ölümcül dozun altında bulunma ihtimali söz konusudur. Bu durumlarda antemortem örneklerin analizi sonuçların yorumlanmasına yardımcı olmak açısından önemlidir. Ancak bu örneklerin muhafazası için gerekli mevzuat olmadığından, bu örnekler hastane yönetimi tarafından imha edilmekte ve çoğu zaman bu örneklere ulaşılamamaktadır. Bu nedenle bu örneklerin muhafazası için yasal altyapı hazırlanmalı ve metanol zehirlenmesi vakalarında kan örneklerinin belli bir süre hastanelerde muhafaza edilmesi gerekmektedir.

Bu çalışmada; metanol zehirlenmesi sonucu ölen şahsın hastaneye yatış esnasındaki kanının ölçülmesinin önemi üzerinde durulmuştur. Çünkü bu gibi metanol zehirlenmesi vakalarında alkol analizi yapılırken otopsi kanı kullanılmaktadır. Otopside alınan kanda metanol ve metabolit olan formik asit miktarı anlamlı olmayabilir. Bu durum ölüm sebebinin metanolden kaynaklandığını açıklamada yetersiz kalmaktadır. Yapılan çalışma, tıbbi müdahale gerektiren metanol zehirlenmesi vakalarında, otopsiden alınan kanın yanında hastaneden istenen kanda, metanol ve formik asit düzeyinin hesaplanmasının daha doğru olduğunu göstermektedir.

Kaynaklar

Abdülkadiroğlu Z, Uysal A, Acaroğlu Ş, İlhan N. Metil alkol intoksikasyonu: Bir olgu nedeniyle. Türkiye Tıp Dergisi 5 (6): 403-405, 1998.

Givens M, Kalbfleisch K, Bryson S. Comparison of Methanol Exposure Routes Reported to Texas Poison Control Centers. West J Emerg Med. 2008;9(3):150-153.

Satar S, Güneysel Ö, Türedi S, Yürümez Y, Akıcı A. Klinik Toksikoloji Tanı ve Tedavi. Alkoller ve Glikoller. Antalya. Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, 2020.

Kruse JR. Methanole poisoning. Intensive Care Med. 1992;18:391-7.

Barceloux DG, Bond GR, Krenzelok EP, Cooper H, Allister J. American Academy of Clinical Toxicology Practice Guidelines on the Treatment of Methanol Poisoning. J Toxicol Clin Toxicol. 2002;40(4):415-46.

Kraut JA, Kurtz I (2008) Toxic alcohol ingestions: clinical features, diagnosis, and management. Clin J Am Soc Nephrol 3(1):208-25.

Anatolian Journal of Emergency Medicine 2022;5(1):37-42

KAN, İDRAR, TIRNAK ve SAÇ ÖRNEKLERİNDE ESRAR MADDESİNİN ANALİZ SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Esra KÖSE[1], Elif KESMEN ÖZ[2], Ahmet Nezih KÖK[3] , Emine YAKAR[4]

Erzurum Adli Tıp Grup Başkanlığı

17. Uluslararası Katılımlı Adli Tıp Günleri 13-16 Ekim 2022 Aksu - Antalya

GİRİŞ VE AMAÇ

Uyutucu, uyuşturucu, uyarıcı ve keyif verici maddelerin kullanımı ülkemizde ve dünyada hızla artmaktadır. Bu durum toplumsal bir sorun haline gelmektedir.Kullanılan bu yasadışı maddeler arasında esrar ilk sıralarda yer almaktadır. Esrar hint keneviri(cannabis sativa) bitkisinin yaprak ve

çiçeklerinin kurutulmasıyla elde edilmektedir. Ağız yoluyla çiğneme suretiyle alındığı gibi en yaygın kullanımı sigara formuyla içine çekme şeklidir.Keyif verici bir ilaç olarak kullanılmasına rağmen potansiyel olarak bağımlılık ve davranış bozukluklarına yol açmaktadır. Esrar maddesinin metabolizması incelendiğinde birincil psikoaktif bileşeni olan Delta9 -Tetrahidrokanabinol (THC) ,en önemli metabolitleri ise aktif metaboliti 11-hidroksi-delta9 - tetrahidrokanabinol (11-OH-THC) ve aktif olmayan metaboliti ise 11- nor- 9- karboksi- delta9- tetrahidrokanabinol (THC-COOH) olarak görülmektedir. Bu çalışmada Adli Tıp Kurumu Erzurum Grup Başkanlığı Kimya İhtisas Dairesi' ne gelmiş olan 50 gerçek adli vakadan alınan kan, idrar, tırnak ve saç örnekleri üzerinde esrar maddesi metabolitlerinin karşılaştırılması amaçlandı.

YÖNTEM

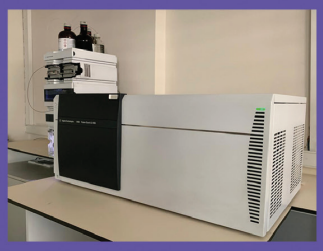
Adli Tıp Kurumu Erzurum Grup Başkanlığı' ndan elde edilen 50 gerçek adli vakadan alınan kan, idrar, tırnak ve saç örnekleri üzerinde katı faz ekstraksiyonu (SPE) ile gerekli işlemleri yapıldı. Tırnak ve saç örnekleri ön işlemleri yapılarak SPE için hazır hale getirildi. Kan, idrar, tırnak ve saç örneklerinden 1 mL alınıp üzerine 5 ml saf su ilave edilerek 4400rpm de santrifüj edildi.

Santrifüj edilen numuneler kartuşlara konularak ekstraksiyon işlemleri yapıldı. Elde edilen numuneler kuruluğa kadar uçuruldu ve 1 mL metanolde çözülerek viallere alındı. 4.6x150mm 2.7-Micron kolonda 10µL enjeksiyon hacmiyle LC-MS/MS cihazında analizleri yapıldı. Her bir örnek için analiz sonuçları karşılaştırıldı.



BULGULAR

Analizler sonucunda esrar maddesi, kan ve idrar örneklerinde THC-COOH olarak tespit edilirken tırnak ve saç örneklerinin tamamında Delta 9 Tetrahidrokannabinol olarak tespit edildi.







SONUÇ

Bu çalışmada;

1- Esrar maddesi kan, idrar örneklerinde THC-COOH olarak görülürken kreatin yapılı tırnak ve saç örneklerinde Delta 9 Tetrahidrokannabinol olarak birikmektedir.

2-Esrar maddesi ilk alındığında kan örneklerinde Delta 9 Tetrahidrokannabinol olarak tespit edilebilirken daha sonraki vakitler sonunda uzun süre tespit edilebilen THC-COOH olarak tespit edilmektedir. Elde edilen kan örnekleri de esrar kullanım sırasında yada hemen sonrası alınamadığından Delta 9 Tetrahidrokannabinol tespiti zor olmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Marilyn A. Huestis , Jack E.Henningfield , Edward J. Koni Journal of Analytical Toxicology, Volume 16, Issue 5, September-October 1992, Pages 276–282
2. Priyamvada Sharma 1, Pratima Murthy , MM Srinivas Bharath Iran J Psychiatry. 2012 Fall; 7(4): 149–156.
3. İstanbul Psikiyatri Enstitüsü
4. Goulle JP 1, Saussereau E , Lacroix C, Annales Pharmaceutiques Françaises , 29 Ağustos 2008 , 66(4): 232-244

Bu çalışma Adli Tıp Kurumu Eğitim ve Bilimsel Araştırma Komisyonunun izni ile gerçekleştirilmiştir. [07/09/2022; 21589509/2022/815].

Tam Mol Gebelik İçeren Adli Babalık Davasının Değerlendirilmesi

Filiz USTA BAL*, Mustafa GÜNDÜZ*, Kağan BOZKURT*
*Adli Tıp Kurumu Ankara Grup Başkanlığı Biyoloji İhtisas Dairesi

Özet

Gebelikle sonuçlanan cinsel saldırı vakalarında biyolojik babanın tespit edilmesi gerekir. Bu tespit için rutin olarak STR (Short Tandem Repeat) tabanlı genetik çalışmalar yapılmaktadır. Bazı genetik anomali durumlarında olağan bir STR profili gözlenmez ve bu durum yorumlamada zorluklara neden olabilir. Komplet mol gebelik ürünlerinden elde edilen STR profilleri de bunlardan birisidir. Mol gebeliklerde çok nadir olarak yaşayan bir çocuk dünyaya gelir. Nesep tayini yapan laboratuvarlarda mollere nadiren rastlanır çünkü hukuk davalarının konusu genellikle yaşayan çocukların soybağı tespiti üzerinedir. Ancak ceza davalarında gebelik ürünleri ile de nesep tayini yapılması gerekebilir. Sunulan vakada anne (mağdur), baba olduğu iddia edilen şahıs (şüpheli) ve gönderilen küretaj materyali genotiplendirilmiştir. Küretaj materyalinde hem otozomal STR hem de gonozomal X-STR profillerinin çalışılan tüm lokuslarında sadece biyolojik babaya ait homozigot allelerin gözlenmesinden dolayı vakanın komplet mol gebelik olduğu sonucuna varılmıştır. Genetik anomalilerin bile yaklaşık %1,5'inde görülen (4) komplet mollerin nesep tayini yapan laboratuvarlarda bir ceza davasına konu olmasına oldukça nadir rastlanır. Elde edilen komplet mol profili, çalışılan tüm lokuslarda homozigot olacağından ve anneye ait çekirdek DNA'sı taşımayacağından hatalı yorumlanabilir. Böyle bir yorumlama da fazladan laboratuvar çalışmalarının yapılmasına ve raporlama sürecinin uzamasına neden olur. Ayrıca literatürde çok az yayınlanmış komplet mol vakası ile ilk kez karşılaşan çalışanlar paternite indeksi (PI) hesaplamalarında güçlük çekebilir. Bu vakada paternite indeksinin hesaplanmasında geleneksel formüller kullanılmıştır. Paternite indeksi hesaplanarak %99,9999 gibi çok yüksek bir yüzdelik oranla şüphelinin molün biyolojik babası olabileceği tespit edilmiştir.

Anahtar kelimeler: Tam (komplet) mol gebelik, otozomal STR, gonozomal STR, paternite indeksi

Giriş

Gebelikle sonuçlansın veya sonuçlanmasın cinsel saldırı vakaları adli genetiğin temel çalışma alanlarından birisidir. Gebelikle sonuçlanan vakalarda çoğunlukla biyolojik babanın tespiti gerekir. Bunun yapılabilmesi için çocuk doğmuşsa çocuğa ait biyolojik örnekler ile anneye ve baba olduğu iddia edilen şahsa ait biyolojik örneklerin STR analizleri gerçekleştirilerek ilgili karşılaştırmalar yapılır. Eğer çocuk düşürtülmüşse bu çalışma küretaj materyali ile gerçekleştirilir.

STR çalışmaları için gönderilen küretaj materyalleri anneye ait dokuları da içerdiğinden gebeliğin erken döneminde yapılan küretaj sonucu elde edilen materyallerden sadece fetüse ait örnekleme yapmak her zaman mümkün olmamaktadır. Bu nedenle anne ve fetüsün DNA'larının birlikte bulunduğu ve her bir lokusta olması gerekenden daha fazla alelin bulunabildiği bir karışım DNA profili elde edilmektedir. Buna benzer karışım DNA profilleri aynı zamanda bazı kromozomal anomali durumlarında da gözlenir. Gestasyonel trofoblastik hastalık (GTH) grubuna dahil mol gebelikler de bunlardan birisidir. Mol gebelik, komplet mol ve parsiyel mol olmak üzere iki türe sahiptir (Tablo 1).

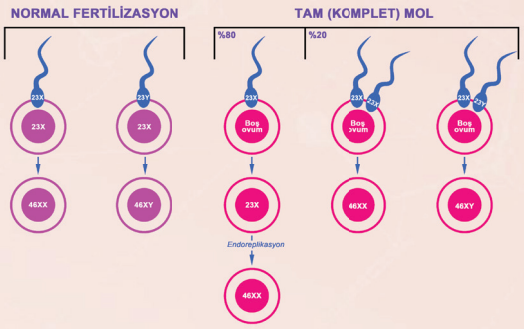
Tablo 1. Mollerin temel karakteristikleri

Patoloji	Genotip	Etiyoloji	Ploidi	Zorunlu baba alleli sayısı	Zorunlu anne alleli sayısı
Parsiyel mol	B1B2A	Dispermi	Triploit	Homozigot veya heterozigot 2 allel*	1
Komplet mol	B1B2	Dispermi	Diploit	Homozigot veya heterozigot 2 allel*	0
Komplet mol	BB	Monospermi	Diploit	Homozigot 2 allel	0

B: Babadan gelen kromozom seti, A: Anneden gelen kromozom seti
* Her iki setteki allel aynı ise elektroferogramda tek bir pik, farklı ise 2 pik gözlenecektir.

Komplet mol gebeliklerin %80'i mayoz bölünme sırasında kromozomlarını kaybeden bir ovumun tek bir haploit sperm tarafından fertilize olup duplikasyona uğraması ve geri kalan %20'si kromozomlarını kaybeden bir ovumun iki farklı spermle fertilize olması sonucu oluşur (Şekil 1). Birinci durumda 46,XX homozigot bir karyotip gözlenirken ikinci durumda 46,XX veya 46,XY karyotiplerinden birisi gözlenebilir (1, 2). Her iki durumda da nükeer DNA'nın tamamı paternal kaynaklı olmasına karşın mitokondrial DNA maternal kaynaklıdır (2).

Şekil 1. Komplet mollerin oluşumu



Amaç

Mol gebeliklerde çok nadir olarak yaşayan bir çocuk dünyaya gelir. Nesep tayini yapan laboratuvarlarda mollere nadiren rastlanır çünkü hukuk davalarının konusu genellikle yaşayan çocukların soybağı tespiti üzerinedir. Ancak ceza davalarında gebelik ürünleri ile de nesep tayini yapılabildiğinden molün soybağının tespit edilmesi gerekebilir. Böyle bir durumda olağan bir STR profili gözlenmediğinden paternite indeksi hesaplamaları kafa karıştırıcı olabilir. Ele alınan bu vakada STR genotiplendirmesi sonucu komplet mol gebeliğin tanımlanması, sonuçların babalık yönünden değerlendirilmesi ve bu alanda çalışanlara örnek bir hesaplama metodolojisi sunmak amaçlanmıştır.

Yöntem

Örneklerin alınması

Cinsel saldırı sonucu meydana gelmiş gebeliğin sonlandırılması ile tarafımıza gönderilen küretaj materyali görsel olarak incelenerek fetüse ait olabilecek doku örnekleri DNA ekstraksiyonu için seçildi. Vakanın 16 yaşındaki şüphelisinden (baba olduğu iddia edilen şahıs) ve 14 yaşındaki mağdurundan (anne) DNA incelemesine esas biyolojik örnekler tarafımızca alındı.

DNA ekstraksiyonu, miktar tayini ve amplifikasyonu

Alınan tüm örneklerin DNA ekstraksiyonu EZ1&2 DNA Investigator Kiti kullanılarak EZ1 Advanced XL cihazı ile yapıldı. Ekstrakte edilen örneklerin DNA kalitesi ve miktarı Investigator Quantiplex Pro Kit kullanılarak 7500 Real-Time PCR System cihazı ile belirlendi. Sonrasında Power Plex Fusion 6C ve Investigator Argus X-12 QS kitleri ile amplifikasyon gerçekleştirildi.

Genotiplendirme

Amplifikasyon sonrası örnekler ABI 3500xL genetik analizörde elektroforeze tabi tutuldu ve sonrasında GeneMapper ID-*X* v1.6 yazılımı ile analiz edilerek değerlendirildi.

Paternite indeksinin (PI) hesaplanması

Elde edilen veriler karşılaştırılarak şüpheli ve fetüse ait DNA profilinde alelik geçiş gözlendikten sonra paternite indeksinin hesaplanması, Baes Teoremi temel alınarak ve Kurumumuza başvuran olgular arasından rastgele seçilen şahısların genotipleri üzerinden hesaplanan Türkiye popülasyonu alel frekansları (yayınlanmamış veriler) ile yapıldı.

Tablo 2. Komplet mol vakalarında olası STR profilleri ve olabilirlik oranları

Baba profili	Tam mol profili	Anne profili	Paternite indeksi (PI)
A	A	-	1/a
AB	B	-	0,5/a

Büyük harfler alelleri, küçük harfler ilgili allel frekanslarını göstermektedir.

Bulgular

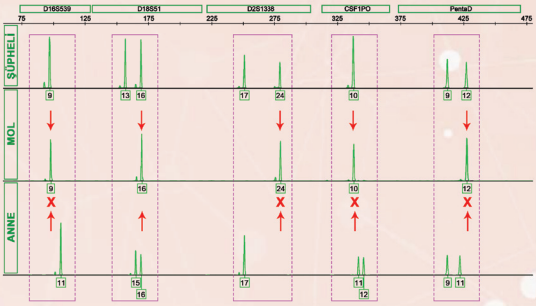
Anne, şüpheli ve küretaj materyalinden alınan örneklerden Power Plex Fusion 6C ve Investigator Argus X-12 QS kitleri ile otozomal ve gonozomal STR profilleri tespit edildi (Tablo 3).

Tablo 3. Şüpheli, mol ve anneye ait STR ve X-STR lokus bilgileri. Şüpheli profilinde kutu içerisine alınan aleller (kırmızı) kalıtsal olarak aktarılan alelleri gösterirken annenin profilindeki kutular (mavi) alel paylaşımının olmadığı lokusları göstermektedir.

	Lokuslar	Şüpheli	Mol	Anne
Power Plex Fusion 6C Kit	Amelogen	X - Y	X - X	X - X
	D3S1358	16 - 18	18 - 18	16 - 18
	D1S1656	13 - 15	13 - 13	13 - 17.3
	D2S441	11 - 11	11 - 11	11 - 12
	D10S1248	13 - 15	15 - 15	15 - 16
	D13S317	8 - 10	8 - 8	11 - 11
	PentaE	22 - 22	22 - 22	12 - 13
	D16S539	9 - 9	9 - 9	11 - 11
	D18S51	13 - 16	16 - 16	15 - 16
	D2S1338	17 - 24	24 - 24	17 - 17
	CSF1PO	10 - 10	10 - 10	11 - 12
	PentaD	9 - 12	12 - 12	9 - 11
	TH01	6 - 6	6 - 6	7 - 9.3
	vWA	15 - 15	15 - 15	18 - 18
	D21S11	30 - 31.2	30 - 30	29 - 29
	D7S820	10 - 10	10 - 10	8 - 10
	D5S818	11 - 11	11 - 11	12 - 13
	TPOX	8 - 11	8 - 8	9 - 11
	D8S1179	13 - 13	13 - 13	12 - 14
	D12S391	22 - 24	22 - 22	20 - 23
	D19S433	14 - 14	14 - 14	14 - 16
	SE33	15 - 29.2	15 - 15	16 - 22.2
	D22S1045	15 - 16	15 - 15	11 - 11
	FGA	21 - 24	21 - 21	20 - 25
Argus X-12 QS Kit	DXS10103	19	19 - 19	16 - 19
	DXS8378	10	10 - 10	10 - 12
	DXS10101	29.2	29.2 - 29.2	30.2 - 30.2
	DXS10134	38	38 - 38	34 - 34
	DXS10074	16	16 - 16	16 - 17
	DXS7132	13	13 - 13	13 - 15
	DXS10135	18	18 - 18	18 - 23
	DXS7423	15	15 - 15	14 - 15
	DXS10146	27	27 - 27	25 - 28
	DXS10079	20	20 - 20	17 - 23
	HPRTB	12	12 - 12	11 - 14
	DXS10148	26.1	26.1 - 26.1	19 - 24.1

Küretaj materyalinden elde edilen ve çalışılan tüm lokuslarda homozigot olan STR DNA profili komplet mol olarak değerlendirildi. Elde edilen otozomal STR profillerinin tüm lokuslarında küretaj materyali (mol) ve şüpheli arasında alel paylaşımı tespit edildi. Bazı lokuslarda anne ve mol arasında alel paylaşımı gözlenmiş olmasına rağmen bu paylaşımın anne ve şüphelinin bu lokuslarda aynı allelere sahip olmasından kaynaklandığı sonucuna varıldı (Şekil 2). Gonozomal X-STR profilleri de mevcut tabloyu desteklediği (Tablo 3).

Şekil 2. JOE-6C ile etiketlenmiş lokusların şüpheli, mol ve anneye ait elektroferogramı. D18S51 lokusu hariç anne ve mol arasında hiçbir alel paylaşımı olmadığına dikkat ediniz.



Paternite indeksi Tablo 2'deki formüller kullanılarak 511.010.892.846.003 olarak hesaplandı ve %99,9999 gibi çok yüksek bir yüzdelik oranla şüphelinin molün biyolojik babası olabileceği tespit edildi (Argus X-12 QS STR profilleri hesaplamaya dahil edilmedi).

Sonuç

Kromozom anomalisine neden olan molar gebelik materyallerinden olağan bir STR profili elde edilmeyeceğinden dolayı hem annelik hem de babalık açısından hatalı değerlendirmeler yapılabilir. Tam mol gebelikler nadir karşılaşılan vakalar olduğundan (3) ve soy bağı tespiti ile alakalı olarak literatürde oldukça az örneğinin olmasından dolayı (5) bu çalışma, babalığın tespitinde ve paternite indeksinin hesaplanmasında örnek teşkil edecektir. Ancak tam mol gebeliklerde annelik sorgulanıyorsa değerlendirme, mitokondrial DNA sonuçlarına göre yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Nussbaum RL, McInnes RR, Willard HF. Genetics In Medicine 7th Edition, Elsevier Inc., 2007: p.81.
2. Gürbüz AS, Özçimen EE. Basic Gynecology and Obstetrics [in Turkish] Nobel Tıp Bookstores, 2021. p.194
3. Altieri A, Franceschi S, Ferlay J, Smith J, La Vecchia C. Epidemiology and aetiology of gestational trophoblastic diseases. Lancet Oncology 2003;4: 670-8 .
4. Carey L, Nash BM, Wright DC. Molecular genetic studies of complete hydatidiform moles Translational Pediatrics 2015;4(2):181-8
5. Wenk RE, Michael Baird M, Peterson J, Davis D, Lieberman R, Maly JM, Campbell LJ, Fox KK, Schelling KA. Parentage of Hydatidiform Moles. Journal of Forensic Sciences 2020;65(4):1346-9

İletişim: filiz.usta.bal@adalet.gov.tr

FARKLI YÖNTEMLER KULLANILARAK YAPILAN İMZA SAHTECİLİĞİ: BİR OLGU SUNUMU

Çağdaş Savaş, İsmail Özgür Can, Erdem Özkara
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, İzmir

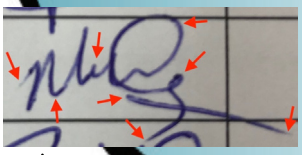
GİRİŞ VE AMAÇ

- İmza sahteciliğinde kişinin kendisi tarafından atılmayan imzalar üstten kopyalama, bakarak taklit, serbest taklit, üzerinde imza içeren pulların nakli, bilgisayar ve fotokopi teknolojileri, uydurma ve imza makineleri gibi çeşitli yöntemler kullanılarak oluşturulabilmektedir.
- Bu yöntemler içerisinde uydurma yöntemi ile atılan imzalarda; sahteci başka biri adına imzayı hiç bilmeden uydurarak atar. Bakarak taklit yönteminde; sahteci, gerçek bir imzayı örnek alarak bunu taklit etmeye çalışır. Serbest taklit yönteminde ise sahteci günlerce hatta bazen haftalarca atacağı imzaya özen içinde çalışıp yeterli sayıda deneme yaparak imzayı tüm yönleriyle hafızasına atmaya çalışır ve taklidi oluşturabileceğine karar verdiğinde model imzayı bakmadan bir bütün halinde bir seferde atar.
- Bu çalışmamızda amacımız; farklı sonuç bildirme skalaları çerçevesinde farklı sahtecilik yöntemi kullanılarak oluşturulmuş imzaların incelemesinde dikkat edilecek hususların ve izlenecek yöntemlerin tartışılması ile bilimsel tartışmalara katkıda bulunmaktır.

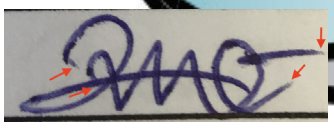
OLGU

- Ağır Ceza Mahkemesince 8 adet denetimli serbestlik defteri üzerindeki imzaların denetimli serbestlik cezası bulunan 8 kişi ve denetimli serbestlik cezası bulunan kişiler adına imza attığı iddia edilen 4 kişi olmak üzere toplam 12 adet sanığa aidiyeti yönünden incelenmesi istenmiştir.
- İmzalar anabilim dalımız belge inceleme laboratuvarında grafometrik yöntemler, optik cihazlar ve Leica DFC450 C cihazı yardımıyla incelenmiş ve inceleme konusu denetimli serbestlik defterlerindeki imzaların;
  - 1. olguda sanığın eli ürünü olmadığı,
  - 2. olguda sanığın eli ürünü olduğunun kabulünün güçlü olasılık seviyesinde değerlendirildiği,
  - 3. olguda sanığın eli ürünü olmadığı,
  - 4. olguda sanığın eli ürünü olmadığının kabulünün güçlü olasılık seviyesinde değerlendirildiği,
  - 5. olguda sanığın eli ürünü olmadığı,
  - 6. olguda sanığın eli ürünü olmadığının kabulünün güçlü olasılık seviyesinde değerlendirildiği,
  - 7. olguda sanığın eli ürünü olmadığının kabulünün güçlü olasılık seviyesinde değerlendirildiği,
  - 8. olguda sanığın eli ürünü olmadığı,
  - İmzaların takibini yapmakla görevli sanıklara aidiyeti yönünden bir saptama ve ayrım yapılamadığı yönünde görüş bildirilmiştir.

OLGU 1

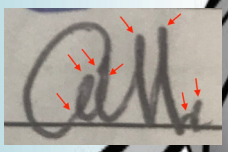


İnceleme konusu imza



Mukayese imza

OLGU 2

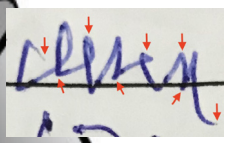


İnceleme konusu imza

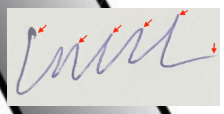


Mukayese imza

OLGU 3

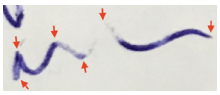


İnceleme konusu imza

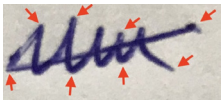


Mukayese imza

OLGU 4

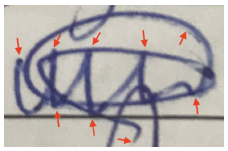


İnceleme konusu imza

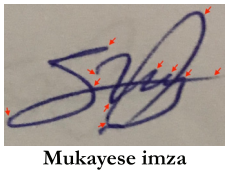


Mukayese imza

OLGU 5

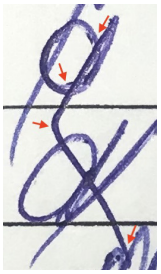


İnceleme konusu imza

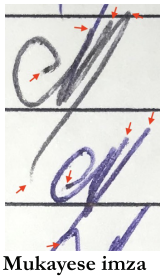


Mukayese imza

OLGU 6

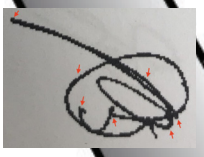


İnceleme konusu imza

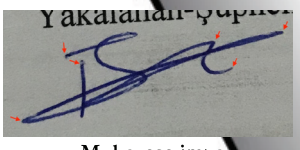


Mukayese imza

OLGU 7



İnceleme konusu imza

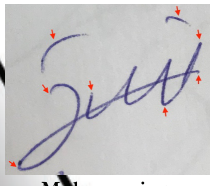


Mukayese imza

OLGU 8

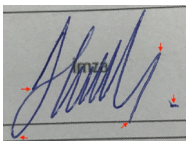


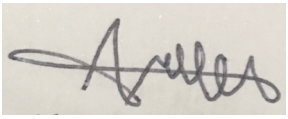
İnceleme konusu imza

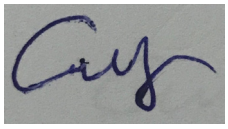


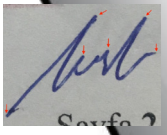
Mukayese imza

Denetimli serbestlik cezası bulunan sanıklar adına imza attığı iddia edilen 4 adet sanığa ait mukayese imzalar









TARTIŞMA VE SONUÇ

- İmza sahteciliği, çeşitli yöntemler kullanılarak oluşturulabilmekle; adli belge incelemesine dair yapılan bilirkişilikte bu yöntemlerin tespiti her zaman mümkün olmamaktadır. Bu bağlamda yapılacak dosya incelemesi bilirkişiye yol gösterici olabilmektedir. Her ne kadar her imza aidiyetine yönelik yapılan bilirkişi incelemesinde kesin hükümlere varmak mümkün olmasa da standartlaştırılmış farklı sonuç skalaları çerçevesinde yapılacak bilirkişi incelemesinin yargısal süreçlere gerekli katkıyı sağlayacağı görüşündeyiz.

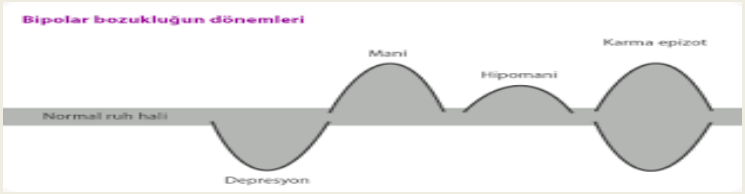
FİİLİ EHLİYETİ DEĞERLENDİRİLEN BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUK TANILI HASTANIN OLGU SUNUMU

Uzm. Dr. Gamze Baş, Uzm. Dr. Muhammed Emin Boylu, Dr. Öğr. Üyesi Hızır Aslıyüksek
Adli Tıp Kurumu Adli Tıp Birinci Üst Kurulu, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar Affektif Bozukluk tekrarlayan manik, depresif ve karma ataklarla seyreden ve serbest ara dönemlerin olduğu ruhsal bir bozukluktur. (1) Depresyon; derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü, hem bunaltılı bir duygu durumla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karam sarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendromdur. Bu sendrom birçok ruhsal ya da ruhsal olmayan hastalıkta görülebilir. Bu nedenle birincil ve ikincil olmak üzere iki ana kümede ele alınması yaygınlaşmıştır . Mani; depresyon durumunun tam tersi, aşırı neşeli, bazen de öfkeli, coşkulu bir duygudurum içinde düşünce, konuşma, devinimde hızlanma, benlik kabarması, aşırı güçlülük, büyüklük duyguları ve sanrıları ile belirli genel bir kabarma, taşkınlık, coşma ile giden bir duygudurum bozukluğu dönemidir (2).

Fiil ehliyeti; Türk Medeni Kanunu'nda hak edinebilme ve borç altına girebilme olarak tanımlanmıştır. Ayırt etme gücüne sahip ve kısıtlı olmayan her ergin kişinin fiil ehliyeti vardır. Yaşının küçüklüğü yüzünden veya akıl hastalığı, akıl zayıflığı, sarhoşluk ya da bunlara benzer sebeplerden biriyle akla uygun biçimde davranma yeteneğinden yoksun olmayan herkes, bu kanuna göre ayırt etme gücüne sahiptir (3). Bu bildiride Bipolar Affektif Bozukluk tanısı bulunan olgunun fiili ehliyetini haiz olup olmadığı değerlendirilirken sorulan tarihteki psikiyatrik bulgularının önemli olduğunu göstermek amaçlanmıştır.



OLGU SUNUMU

72 yaşında erkek hasta, 01.08.2017 tarihinde düzenlenen senet nedeniyle açılan menfi tespit ve takibin taliki veya iptali davaları nedeniyle 2 ayrı mahkeme tarafından fiili ehliyetini haiz olup olmadığı sorularak Adli Tıp Birinci Üst Kuruluna gönderilmiştir.

Olgumuz 21.08.2017 tarihinde ilk defa psikiyatri polikliniğine başvurmuş, bu tarihten itibaren Bipolar Duygulanım Bozukluğu tanısı ile İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde takip edilmiş, 24.08.2017 tarihinde Bipolar Duygulanım Bozukluğu, remisyonda tanısı ile ilaç raporu düzenlenmiştir. 08.01.2018 - 19.02.2018 tarihleri arasında aşırı hareketlilik, uyku ihtiyacında azalma, çok konuşma şikayetleri ile İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde 43 günlük bir yatışı olmuştur. Yapılan ilk ruhsal durumu muayenesinde; duygudurumun eleve, duygulanımın duygudurum ile uyumlu olduğu, grandiyöz hezeyanların dikkat çektiği, psikomotor aktivitenin artmış olduğu, çağrışımların dağıldığı, konuşma hız ve tonlamasının artmış olduğu, muhakeme ve içgörünün kısmi, dürtü kontrolünün yetersiz olduğu görülmüştür ve Duygudurum bozuklukları, tanımlanmamış tanısı ile takibi yapılmıştır. Geliş yakınmaları gerileyen, muhakemesinde, içgörüsünde gelişme gözlemlenen dürtü kontrolü yeterli düzeyde gözlemlenen aktif suisid homisid fikri gözlemlenmeyen aktif psikotik bulgusu olmayan hasta psikiyatri poliklinik kontrolü önerisi ile taburcu edilmiştir.

Olgumuz hakkında Adli Tıp Kurumu Adli Tıp 4. İhtisas Kurulu tarafından 27.12.2017 tarihinde bu akıl hastalığının manik devresinde olup bu tarihte fiili ehliyetini haiz olmadığı hususunda mütalaa düzenlendiği, ancak başka bir mahkeme tarafından gönderilen dava dosyasının Adli Tıp Kurumu Birinci Üst Kurulunda incelenmesi sonucunda kişinin 01.08.2017 tarihinde fiil ehliyetini ortadan kaldıracak mahiyet ve derecede herhangi bir akıl hastalığına musab olduğunu gösteren tıbbi bulgu ve belgeye rastlanmadığı, akit tarihinde tam bir akli sağlık içinde bulunduğu (serbest ara dönem)de bulunduğu cihetle bu tarihte fiili ehliyetini haiz olduğu hususunda mütalaa düzenlendiği anlaşılmaktadır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Medeni hukukta yapılan adli psikiyatrik işlemin özü ayırt etme gücünün belirlenmesidir. Ancak ayırt etme gücü ceza hukukunda olduğundan farklılıklar gösterir. Ceza hukukunda inceleme kişinin yaptığı eylemin suç olup olmadığının farkında olma; doğruyu yanlıştan, iyiyi kötüden ayırabilme kavrayışı ve kişinin kendi yanlış eylemlerini durdurma yetisi üzerine yoğunlaşır. Medeni hukukta ise incelemenin, kişinin yaptığı ya da yapacağı hukuksal işlemin ayrıntılarını bilme, kendi yararına olup olmadığını ayırt edebilme, kendi yararına olanı seçebilme yetisi üzerine odaklanması gerekir (4).

Ülkemizde fiili ehliyet değerlendirilirken 65 yaş üstü hastalar için Mini Mental Test (MMT) ve Hukuki Ehliyeti Değerlendirme Formu (HEDEF) gibi ölçekler kullanılmaktadır(5). Zeka geriliği şüphesinde ise IQ testlerinden yararlanılmaktadır (6). Bipolar Affektif Bozukluk tanısında ise elimizdeki en değerli veri ruhsal durum muayenesidir. Geriye yönelik yapılan değerlendirmelerde, hastalığın seyri önemli olmakla birlikte yapılan işlemin tarihinde ve yakın süreçte düzenlenen tıbbi belgeler ele alınarak kişinin hastalığın hangi döneminde olduğunun tespit edilmesi gerekmektedir.

Bipolar AfFektif Bozukluk manik ve depresif atak dönemleri ile giden, aralarda tam remisyon dönemlerinin bulunabildiği bir ruhsal bozukluktur (2). Burada hem manik hem depresif dönemlere psikotik özellikler eşlik edebilir. Bununla birlikte remisyon döneminde kesitsel muayenede herhangi bir psikopatoloji saptanmayabilir. Bu nedenle; Bipolar Affektif Bozukluk tanısı bulunan kişilerin fiili ehliyetini ortadan kaldıracak mahiyet ve derecede olan atak döneminde ya da tam bir akli sağlık içinde bulundukları serbest ara dönemde bulunup bulunmadıklarına göre fiili ehliyetini haiz olup olmadıkları değişebilmektedir.

Kaynaklar

1) American Psychiatric Assosicationi Diagnostic and statictical manual ofmental diorders.(fifth Edition; DSM- V) Washington DC: Author. 2013G.
2) ÖZTÜRK, M. O., & ULUŞAHİN, A. (2014). Ruh sağlığı ve bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri.
3) http://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.4721.pdf
4) SERCAN M (2006) Adli Psikiyatri. Ruhsal Hastalıklar. Yüksel N (Ed), 3. Baskı, MN Medikal &Nobel, Ankara, s. 605-619
5) CAN Yeşim, SERCAN Mustafa, SAATÇİOĞLU Ömer. "Hukuki Ehliyeti Değerlendirme Formu (HEDEF) Geçerlilik, Güvenilirlik ve Duyarlılığı." Klinik Psikiyatri 2006;9 5-16.
6) AYDOĞDU Halil İlhan, ASKAY Mehmet, KIRCI Güven Seçkin "18-65 Yaş Aralığındaki Kişilerde Hukuki Ehliyetin Değerlendirilmesi Adli Tıp Bülteni, 2018; 23 (2): 100-105

KAÇAK KAZI SIRASINDA GERÇEKLEŞEN PATLAMAYA BAĞLI OLUŞAN ÖLÜM: OLGU SUNUMU

Mehmet Askay[1], Halil Boz[1], Uğur Reyhan[2], Hüseyin Çetin Ketenci[1,3]

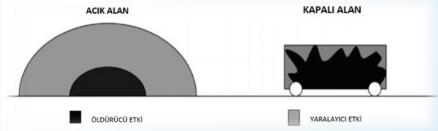
[1]Adli Tıp Kurumu Trabzon Grup Başkanlığı

[2]Adli Tıp Kurumu Denizli Şube Müdürlüğü

[3]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ

Arkeolojik bir alan dışında herhangi bir yerde olduğu tahmin edilen ve maddi değeri olan buluntular define olarak tanımlanmakta olup, bu buluntuların meydana çıkarılması definecilik olarak adlandırılmaktadır. Amatörce yapılan bu kaçak kazılar, hayati tehlikeleri de beraberinde getirmektedir. Kazı sırasında meydana gelen göçük, zehirli gazların etkileri ve kullanılan patlayıcılar başlıca ölüm nedenlerini oluşturmaktadır. Kaza sonucu meydana gelen patlamalar ile yaralanmalar çok farklı şekillerde ve farklı klinikler ile karşımıza çıkmaktadır. Kapalı alanlarda (binalar, madenler vb.) meydana gelen patlamalarda mortalite ve morbiditenin arttığı görülmüştür.



Patlamaya bağlı yaralanma mekanizmaları; patlayıcının cinsine, patlama yaşanan ortamdaki materyallere, hasta ile patlama merkez noktası arasındaki uzaklığa, koruyucu bariyer kullanımı olup olmamasına bağlı olarak değişiklik gösterir.

Bu çalışmada define aramak için yapılan izinsiz bir kazıda, kazı amacıyla kullanılan patlayıcının şahsın elinde patlaması sonucu meydana gelen bir ölüm olgusu tartışılmaktadır.



Olayın meydana geldiği mağara



Şahsın ölü olarak bulunduğu alan

OLGU

Kırk beş yaşındaki erkek olgunun otopsisinde; Sağ temporalde 4,5 cm lik ve 2 adet 3'er cm lik olmak üzere toplam 3 adet yırtık olduğu, yüzde 0,3-0,5 cm boyutlarında yaygın abrazyonların olduğu, sol kaş dış yan kısımda taş saptanmış olduğu, göğüs ön yüzde, sağ hemitoraksta daha yoğun olmak üzere 0,3-1,5 cm boyutlarında değişen çok sayıda abrazyon olduğu, sağ el 2. parmağın proksimal interfalangeal eklem hizasından ampute olduğu, diğer el parmaklarının dorsal ve palmar yüzlerinde laserasyon olduğu, sol ulna ve radiusun alt uçtan kırılarak el bileği kemiklerinin ayrıldığı, bölge damar sinir paketlerinin rüptüre olduğu, cildin parçalandığı, sol el 5. parmağın metakarpofalengeal eklemden ampute olduğu, sol el metakarpal eklemlerin parçalandığı, kafatası açıldığında beyinde sol hemisfer üst yüzde subaraknoidal kanamanın olduğu, vena cava inferior ve superiorun sağ atriuma döküleceği kısımdan lasere olduğu, torakal aortta T3 seviyesinde tam kat inkomplet rüptür, sağ ventrikül arka yüzde ventrikül boşluğu ile iştirakli laserasyon olduğu, kişinin ölümünün genel beden travmasına bağlı kafatası, kosta, ekstremite kemik kırıkları ile birlikte, beyin kanaması, beyin doku harabiyeti, iç organ ve büyük damar yaralanmasından gelişen iç kanama sonucu meydana gelmiş olduğu tespit edildi.

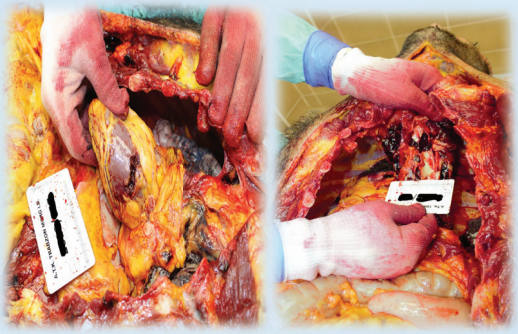
TARTIŞMA VE SONUÇ

Patlama ile yaralanmalar birincil, ikincil, üçüncül ve dördüncül yaralanma olarak dört ayrı şekilde ortaya çıkabilir. Birincil etki temel olarak şok dalgaları ile oluşur. İkincil etkiden şarapnel parçaları ve etrafa saçılan taş toprak parçaları sorumludur. Üçüncül etkiyi patlama gazlarının yarattığı patlama rüzgarı meydana getirir. Dördüncül etki ise termal ve kimyasal olarak ortaya çıkan yanıkları ifade eder.



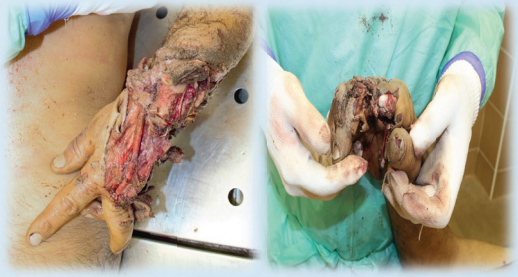
Yüzde meydana gelen lezyonlar

Birincil etkiyi oluşturan şok dalgasından en çok etkilenen organlar hava içeren organlardır. Organ sıvı ve havayı aynı anda içeriyorsa organ duvarlarında oluşan yırtıcı etki daha güçlü olmaktadır. Yapılan çalışmalar organların şok dalgası nedeniyle milisaniyeler içinde önce ezildiği ve sonra hemen genişleyip eski haline döndüğü göstermiştir.



Kalpte ve torakal aortta meydana gelen laserasyonlar

Üçüncül etkiyle, patlama noktasına yakın olgularda vücut bütünlüğü önemli ölçüde bozulmakta, parçalanmalar, uzuv kopmaları ve anatomik boşlukların açılması görülmektedir Olgumuzda kapalı alanda patlama nedeniyle birincil, ikincil ve üçüncül yaralanma bulguları bir arada görülmektedir.



Ekstremite yaralanmaları

Kaza sonucu gerçekleşen yaralanmaların ve ölümlerin azaltılması için, izinsiz kazı faaliyetlerinin kolluk güçlerinin denetimleri ile engellenmesi, yasal kazı faaliyetleri sırasında ise kazı ekibine yönelik olarak göçük, zehirli gazların etkileri veya kullanılan patlayıcıların yaralayıcı etkileri ile oluşabilecek hayati riskler konusunda farkındalığın ve yapılacak denetimlerin arttırılması sağlanmalıdır.

İletişim;
Uzm. Dr. Mehmet ASKAY
Adli Tıp Kurumu Trabzon Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesi
E-posta: mehmetaskay@hotmail.com

Gaz Kromatografisi/Kütle Spektrometresi (GC/MS) Cihazı ile Eroin, Morfin, Kodein, Kokain, Amfetamin, Metamfetamin, MDMA ve THC'nin Kalitatif Metot Validasyonu

Ömer AKGÜL, Oya YETER, İsmail ATEŞ, Murat YILMAZ
Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul

Giriş ve Amaç

Uyuşturucu madde analizlerinde kullanılan birçok cihaz içerisinde önde gelen sistemlerden biri Gaz Kromatografi-Kütle Spektrometresi cihaz sistemidir. Bu çalışmada en çok karşılaşılan uyuşturucu maddelerden Eroin, Morfin, Kodein, Kokain, Amfetamin, Metamfetamin, MDMA (3,4 metilendioksimetamfetamin) ve THC Maddelerinin gaz kromotografi-kütle spektrometresi cihazında nitel metot validasyonu hedeflenmiştir.

Materyal ve Metot

Bu çalışmada Adli Tıp Kurumu Başkanlığı Narkotik Şube'sinde kullanılan (GC/MS) cihazı ve referans standartları kullanılmıştır. Seçicilik, Tespit limiti (LOD) ve Kesinlik parametreleri incelenmiştir.[1]

Seçicilik için maddelerin referans standartlarının 50 ppm (Metanol-Diklormetan (50:50, v/v) konsantrasyonda hazırlanan karışım çözeltisinden enjeksiyon yapıldı.

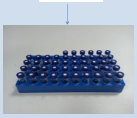
Tespit limiti hesaplanması için 125 ppm stok çözeltisi hazırlanmıştır. 5 ppm'den 50 ppm derişme kadar 5'er ppm artırılarak her derişim için 20 bağımsız analiz yapıldı.

% Hassasiyet (% S): (PA/ PA+NA)*100 NA: Yanlış Negatif Sonuç PA: Doğru Pozitif Sonuç %S: 95 olduğu yer LOD Değerini ifade eder.

Kesinlik parametresi için; LOD Değeri Üstünde Yanlış Negatifler (FN), Toplam Bilinen Pozitifler (P+) tespit edilerek, %Yanlış Negatif (FN/P+)* 100 ve Kör Seviyesinde Yanlış Pozitifler(FP), Kör Seviyesinde Toplam Bilinen Negatifler (N-) tespit edilerek **%**Yanlış Pozitif (FP/N)* 100 hesaplanarak şekildeki gibi kesinlik parametresi hesaplandı.







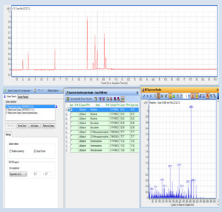
Vialler hazırlandı

Referans standartlar + Metanol-Diklormetan (50:50, v/v)

GC/MS çalışma koşulları



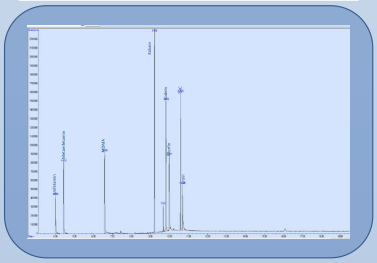
GC/MS'te analiz aşaması



Sonuç değerlendirme aşaması

Bulgular

a) Seçicilik

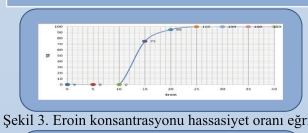


Şekil 1. 50ppm'lik stok çözeltisinin GC/MS kromatogramı

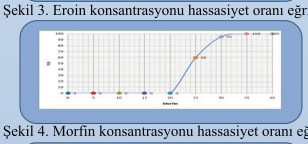
Analit	Alıkonma Zamanı (Dk)
Amfetamin	**3.994**
Dextroamfetamin	4.103
Metamfetamin	**4.430**
Ephedrine	5.724
Pseudoephedrine	5.724
N-formilamfetamin	6.419
MDMA	**6.572**
Prokain	6.633
MDA	6.642
MDEA	6.777
Benzokain	6.787
MDMB	6.994
Phenacetin	7.359
Piperazine	7.532
Paracetamol	7.363
Kafein	7.947
Lidocaine	8.109
Teofiline	8.740
Kokain	**9.202**
CBD	9.709
Kodein	**9.811**
Diazepam	9.938
Morfin	**9.982**
THC	**9.993**
CBN	10.193
6-MAM	10.225
Tebain	10.178
Eroin	**10.579**
Kinin	11.257
Fenitilin	11.269
Noscapine	13.276

Şekil 2. Çalışmada karşılaşılaşılan analitlerin alıkonma zamanları

b) Tespit Limiti



Şekil 3. Eroin konsantrasyonu hassasiyet oranı eğrisi



Şekil 4. Morfin konsantrasyonu hassasiyet oranı eğrisi



Şekil 5. Kodein konsantrasyonu hassasiyet oranı eğrisi



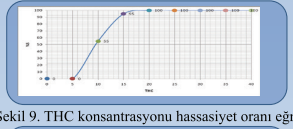
Şekil 6. MDMA konsantrasyonu hassasiyet oranı eğrisi



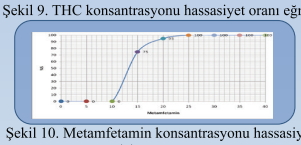
Şekil 7. Amfetamin konsantrasyonu hassasiyet oranı eğrisi



Şekil 8. Kokain konsantrasyonu hassasiyet oranı eğrisi



Şekil 9. THC konsantrasyonu hassasiyet oranı eğrisi



Şekil 10. Metamfetamin konsantrasyonu hassasiyet oranı eğrisi

c) Kesinlik

Madde	Kör Seviyesinde Yanlış Pozitifler(FP)	Kör Seviyesinde Toplam Bilinen Negatifler(N-)	%Yanlış Pozitif (FP/N)* 100
Eroin	0	20	0
Morfin	0	20	0
Kodein	0	20	0
Kokain	0	20	0
Amfetamin	0	20	0
Metamfetamin	0	20	0
MDMA	0	20	0
THC	0	20	0

Şekil 11. % Yanlış pozitif

Madde	Madde	LOD Değeri Üstünde Yanlış Negatifler (FN)	Toplam Bilinen Pozitifler (P+)	%Yanlış Negatif (FN/P+)* 100
Eroin	Eroin	0	20	0
Morfin	Morfin	0	20	0
Kodein	Kodein	0	20	0
Kokain	Kokain	0	20	0
Amfetamin	Amfetamin	0	20	0
Metamfetamin	Metamfetamin	0	20	0
MDMA	MDMA	0	20	0
THC	THC	0	20	0

Şekil 12. % Yanlış negatif

Sonuçlar

Bu çalışmada farklı kimyasal yapıda bulunan ve en fazla suistimal edilen uyuşturucu maddelerden eroin, morfin, kodein, kokain, amfetamin, metamfetamin, MDMA ve THC'nin GC/MS ile kalitatif analizleri yapılmış ve metot validasyonu yapılmıştır. Metot ile yüksek kesinlikte ve seçicilikte sonuçlar elde edilmiştir. LOD değerleri Eroin 20ppm, Morfin 30ppm, Kodein 15ppm, Kokain 15ppm, Amfetamin 35ppm, Metamfetamin 30ppm, MDMA 30ppm ve THC için 15ppm şeklindedir. Bu sayede Adli Tıp Kurumu Başkanlığı İstanbul Narkotik Şubesi Laboratuvarının TS EN ISO/IEC 17025:2012 standartına göre akredite olan klasik uyuşturucular için Kalitatif analiz yöntemi değiştirilerek İnce Tabaka Kromatografisi yerine ekonomik yönden maliyetinin daha düşük olması, organik çözücü sarfiyatının daha az olması, çevre kirliliğinin daha az olması daha güvenilir sonuçlar üretilmesi ve analiz süresinin kısalması gibi avantajları bulunan GC/MS kullanılması sağlanacaktır.

Kaynaklar

1.Metodun geçerli kılınması ve doğrulanması için bilgilendirme kılavuzu. Türk Akreditasyonu Kurumu,2019:14.

ORMANCILIK SEKTÖRÜNDE MEYDANA GELEN VE ÖLÜMLE SONUÇLANAN BİR İŞ KAZASI; OLGU SUNUMU

Hüseyin Çetin Ketenci[1,2], Mehmet Askay[1], Halil Boz[1]

[1]Adli Tıp Kurumu Trabzon Grup Başkanlığı

[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ

Büyük bölümü ormanlarla kaplı olan Karadeniz Bölgesi, sahip olduğu zengin ağaç florası ile yöre insanı için ekonomik anlamda büyük bir sektör oluşturmakta ve bu iş kolu ormancılıkla ilgili çeşitli riskleri de beraberinde getirmektedir. Ormancılık bünyesinde genel olarak; üretim, fidanlık ve ağaçlandırma, yol yapımı, koruma ve bakım işleri gibi çok değişik faaliyet alanlarını içermektedir. Diğer sektörlere nazaran ormancılıkta, işin hammaddesi doğanın kendisidir ve yapılan işler açık hava koşulların etkisi ile direkt bağlantılıdır.

Ormancılık faaliyetlerinde, iş kazaları önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Ormancılık faaliyetlerinde basit yaralanmalardan ölümle sonuçlanan ciddi travmalara kadar birçok yaralanma görülebilmektedir. Koruyucu ekipman olmadan kullanılan motorlu testere kullanımı, kontrolsüz bir şekilde ağaçların devrilmesi, tomrukların taşınması kazalara neden olabilmektedir.

Doğu Karadeniz Bölgesi ve Doğu Anadolu Bölgesinin kuzeyi, ülkemizde ormancılık faaliyetlerinin en yoğun olarak yapıldığı bölgelerin başında gelmektedir. Genel olarak yoğun ormanlık alanları ihtiva eden bu coğrafi bölgede, eğitimli işçiler tarafından devlet eliyle kontrollü olarak yapılan ormancılık faaliyetlerinin yanında, bireysel odunculuk da sıkça yapılmaktadır.

Bu çalışmada ormancılıkla ilişkili ölüm olgusu üzerinden, ormancılık sektöründe yaşanan iş kazalarının doğurabileceği sonuçlar konusunda farkındalık oluşturmak ve literatüre katkı sağlamak amaçlanmıştır.



Olayda yaralanmaya neden olan tomruk

OLGU

Tomruğun yamaçtan yuvarlanarak, aşağıdaki yolda, araç içinde sürücü koltuğunda seyretmekte olan şahsın karın bölgesine saplandığı, kaza sonrası olay yerine gelen ilk yardım ekiplerince hastaneye götürülen şahsın acil serviste yapılan ilk değerlendirmesinde, tomruğun sol lomber bölgeden girip sağ lomber bölgeden çıktığının görüldüğü, acil operasyona alındığı, sol nefrektomi, hemikolektomi, sürrenalektomi ve appendektomi işlemlerinin yapıldığı, ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesindeki takiplerinin 3. gününde exitus olduğu kayıtlıdır.



Olay sonrası şahsın araç içindeki görüntüsü



Ambulansta olay sonrası ilk müdahale

Şahsın Adli Tıp Kurumu Trabzon Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesi'nde yapılan otopsisinde, 40-45 yaşlarında, 175 cm boyunda, 105 kg ağırlığında olduğu, harici muayenesinde sol aksiller hatta 9-10. kosta hizasından başlayıp batın orta hattan devamla pelvis sağ tarafta arka dış yanı hizasında sonlanan etrafında ekimozlar ile yer yer kahverengi-siyah renk değişiklikleri olan sütüre edilmiş yaraların olduğu, sütürler açıldığında cilt altı yumuşak dokuda sarı-kahverengi renk değişiklikleri (enfekte görünüm) ve peritonda sütür materyalleri batın organlarında yapışıklıklar ile sarı-yeşil renk değişikliklerinin olduğu, sol retroperitoneal alanda ve sol psoas kasında yırtıkların görüldüğü, bağırsaklar arasında yapışıklıklar, sarı-yeşil renk değişiklikleri ile birçok alanda barsak dokularında ve mezenterde sütüre edilmiş alanların olduğu, sol böbreğin yerinde olmadığı, şahsın penetran cisim yaralanmasına bağlı iç organ yaralanması ve buna bağlı gelişen komplikasyonlar nedeniyle öldüğü tespit edildi.



Batın yan duvardaki yaralanma

TARTIŞMA VE SONUÇ

Uluslararası Çalışma Örgütü'ne göre ormancılık, "3-D" mesleği, yani kirli (dirty), zor (difficult) ve tehlikeli (dangerous) işler olarak tanımlanmıştır. İş yeri sayısı ve dağınık yerleşim özelliği bakımından çalışan nüfusa bulundukları yerde istihdam imkanı sağlayan sektörler arasında yer alan orman ürünleri sanayi sektörü imalat sanayinin en aktif sektörleri arasında yer almaktadır.

Orman ürünleri sanayi alanında özellikle vasıfsız ve tecrübe eksikliği bulunan çalışanlarla üretim ortamında tehlikeli, ezici ve kesici aletlerin birlikte bulunması kazalara davetiye çıkarmakta ve önemli sağlık ve ekonomik sorunlar gündeme gelmektedir. Ticari amaçlı olsun ya da olmasın ormancılık alanında faaliyet gösteren bireylerin yaralanma ve ölüm riskinin azaltılması için sektörel eğitimlerin ve denetimlerin arttırılmasının yararlı olacağı kanatindeyiz.

İletişim;
Doç. Dr. Hüseyin Çetin KETENCİ
Adli Tıp Kurumu Trabzon Grup Başkanlığı
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı
E-posta: hcketenci@gmail.com

KİMLİĞİ BELİRSİZ CESETLERİN KİMLİKLENDİRİLMESİ AMACIYLA YAPILAN ÇALIŞMALAR

Neslihan ALPAY ARAL
Adli Tıp Kurumu, Ankara Grup Başkanlığı, Ankara, Türkiye
e-mail: neslihanalpay@yahoo.com

ÖZET:
Kimliği belirsiz cesetler ölüm gerçekleştikten sonra genellikle dış ortamda uzun süre kalan, fiziksel özellikleri itibariyle tanınamaz durumda olan ve üzerlerinde herhangi bir kimlik belgesi bulunmayan bireylerdir. Bu kişilerin kimlik tespitinin yapılması hem kendisinden uzun süredir haber alamayan ve şahsın nerede olduğuna dair bir bilgisi olmayan aile bireylerinin, kayıp şahıs hakkında bilgi edinmesi (aranan şahsın öldüğünün belirlenmesi, adli incelemeler ile ölüm sebebinin araştırılması vb.) hem de bazı hukuki işlemlerin (miras, sigorta işlemleri vb.) başlatılabilmesi için oldukça önemlidir. Çünkü ilgili birimler tarafından kesin kimlik tespiti yapılana kadar şahıslar "ölü" değil, "kayıp" kabul edilmektedir. Bu çalışma ile kayıp olarak aranan ancak tanınamaz durumda olmasından dolayı yakınlarının verdiği dış görünüşlerine ait bilgiler ile herhangi bir karşılaştırma imkanı olmayan ve kimliği belirsiz ceset olarak kabul edilen şahısların kimliklendirilmesine yönelik yapılan çalışmalar hakkında bilgi verilmesi planlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Kimliği belirsiz ceset, kimliklendirme.



GİRİŞ:

Bir insanın tanınmasını sağlayan kişiye özgü nitelikler ve ayırt edici özelliklerin tümüne "kimlik" adı verilmektedir. Kimlik tespiti çalışmalarının çoğu ölmüş kişilere yönelik olmasına karşın aranan suçluların tespiti, hafıza kaybına uğramış kişilerin kimliklerinin bulunması ya da suçluların kimlik değiştirme çabaları kimlik tespitini gerekli kılan durumlardır. (1) Şüpheli ölümler, intihar ve cinayetlerde özellikle işlenen suçların cezasız kalmaması ilkesi değerlendirildiğinde, kimlik tespiti büyük önem arz etmektedir. Hayatını kaybeden mağdurların yakınları için ölen kişinin kim olduğunun bilinmesi, ölünün ardından cenaze törenlerin yapılabilmesi, toplumsal kurallara göre gömülebilmesi ve hukuki işlemlerin (maaş, sigorta, miras işlemleri vb.) başlatılabilmesi için kimlik tespiti bir ön koşul olarak kabul görmektedir. (2,3)
Kimliklendirme; bir biyolojik örneğin kimliği bilinen bir kişiye ait olup olmadığının karşılaştırılması ya da kime ait olduğu bilinen bir biyolojik örnekle, kimliği bilinmeyen cesetlerden veya insan kalıntılarından elde edilen örneklerin karşılaştırılması yoluyla yapılır. (4) Bir insanı kesin olarak kimliklendirebilmek için, onu diğer bireylerden kesin olarak ayırt eden farkların bulunması gerekir. Dolayısıyla her kimliklendirme adli ve bilimsel bir sınavı geçmek zorundadır. (2)
Bir kimsenin öldüğü sonucuna cesedin bulunması ve cesedin o kişiye ait olduğunun belirlenmesiyle varılır. Ancak şüpheli ölüm olgularında ölümün üzerinden bir süre geçmiş ve çürüme başlamışsa kimlik tespitinde güçlükler de başlamıştır. Özellikle orman ve benzeri bir yerde uzun süre beklemiş, çürümüş ve iskeletleşmeye başlamış cesetlerde vahşi hayvanların saldırıları, bunların ölen kişinin vücudunda meydana getirdiği lezyonlar kişinin tanınmasını zorlaştırır. (1) Ölüm olayının yeni gerçekleştiği ve vücut bütünlüğünün korunduğu durumlarda kimlik tespiti yapmak nispeten daha kolay ve hızlıdır. Ancak çürümenin ilerlediği, yandığı, parçalandığı ya da iskeletleştiği durumlarda kimlik tespitine olanak sağlayacak veriler azaldığı için süreç uzun ve güç olmaktadır. (5)

Şüpheli ölümler ile kitlesel felaketlerde birincil ve en güvenilir olan kimliklendirme metotları parmak izleri analizi ile karşılaştırmalı DNA analizleridir. Parmak izleri eşsizdir ve değişmez. Hatta tek yumurta ikizlerinin dahi parmak izleri birbiriyle benzer özellik taşımaz. Parmak izleri gebeliğin dördüncü ayında şekillenirler ve ölümden hemen sonrasına kadar bile değişmeden kalırlar. Küçük yaralanmalar sonrasında da aynı şekiller düzeninde tekrar oluşurlar. Daha şiddetli yaralanmalar ve yanmalar ise kalıcı deformasyona neden olabilir. (6,7,10)

DNA analizleri ile cesetten alınan biyolojik örnekler incelenir, kurban ve birinci derecedeki yakınları arasında ilişki ve irtibat kurulur, mukayese ve analizler yapılır. Analizlerde yalnız kan, kan lekesi, doku, tükürükten değil, kıl, diş ve kemiklerden de DNA elde edilmektedir. Dişten kimlik tespitinin en büyük avantajı dişlerin vücuttaki en sert ve dirençli doku olması ve tam dekompozisyon durumlarında hatta (ölü yakılması hariç) en ciddi yangınlarda bile bozulmadan kalmasıdır. (3,11)

İkincil derecedeki kimliklendirme metotları ise, görsel kimliklendirme, tıbbi bulgular ve kişisel eşyalardır. (6,7) Ancak bu uygulamalar özellikle tanınamaz durumda olan kimliği belirsiz cesetlerde teşhiste yanılma, kişisel eşyalarda karışıklık, evrak sahteciliği vb. ihtimallerden dolayı kimlik teşhisinde doğru kişiye ulaşmak için yol gösterici olarak kabul edilmeli, kesin ve doğru kimlik tespiti için parmak izi ve DNA incelemeleri tercih edilmelidir.

TARTIŞMA ve SONUÇ:

Türkiye'de yılda yaklaşık 5 bin kişinin, sadece İstanbul'da her yıl ortalama 2 bin kişinin çeşitli nedenlerle kaybolduğu ve kayıpların en çok 15-30 yaş arasında olduğu bilinmektedir. (8) Aileler, kayıplarını ararken elbette önce polise başvuruyor, hastaneleri ve morgları dolaşıyorlar. Ancak bir sonuca ulaşamadıkları takdirde aylarca hatta yıllarca yakınlarını ölü ya da diri bulabilmek ümidiyle aramaya devam ediyorlar.
Ailelerin yakınlarının akıbeti hakkında bilgi edinmesi, olayın aydınlatılması ve adli incelemelerin başlatılabilmesi amacıyla ilgili adli birimler tarafından çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Kolluk kuvvetleri bir ceset bulduğunda cesedin üzerinde kimliğini belirleyecek bir bilgi ya da belgenin çıkmaması durumunda kayıp yakınlarının verdiği bilgiler ile ceset arasında fiziksel özellikleri yönünden bir eşleşme var mı diye arşiv taraması yapmakta, yoksa bunu halkın bilgisine sunmaktadır. Yakını olduğunu düşündüğü birinin olması durumunda ise karşılaştırmalı DNA analizleri ile şüphenin giderilmesi sağlanmaktadır.
Emniyet Genel Müdürlüğünün gerekli uyarıları yapmasına rağmen cesetlere ait fotoğraflara çocukların ve gençlerin kolayla erişebilmeleri ve olumsuz etkilenebilecekleri sebebiyle şu anda kullanımda olmayan internet sitesindeki "Kimliği Belirsiz Ceset Sorgulama" bölümünde, kimliği belirlenemeyen cesetlere ilişkin fotoğrafların yanı sıra bulunduğu yer ve tarih, ölüm zamanı, cinsiyeti ve tahmini yaş bilgileri yer alıyordu. Emniyet mensupları 1990-2015 yıllarında 1740 kimliği belirlenemeyen cesede ulaştı ve bu uygulama ile cesetlerden 474'ünün kimlikleri yakınlarına ulaşılarak tespit edildi. (9)
Jandarma Genel Komutanlığının internet sitesinde yayınlanan benzer bir uygulama ile ülke genelinde bulunan sahipsiz ve kimliği belirsiz cesetlere ait fotoğraflar ve fiziksel özelliklerine ait bilgiler bulunuyor. Bu bilgilere ulaşabilmek için internet sayfasında yapılan yönlendirmeler ile 18 yaşından büyük olmak ve bunun e-devlet sorgulama sistemi üzerinden teyit edilmesi zorunlu tutuluyor.
Emniyet Genel Müdürlüğü ve Jandarma Genel Komutanlığı bünyesinde özellikle toplu ölümlerin yaşandığı felaket olaylarında en kısa sürede doğru kimlik teşhisinin yapılabilmesi amacıyla olay yerinde cesetlerden parmak izleri alınmakta ve mevcut parmak izi arşiv kayıtlarında eşleşme olup olmadığına bakılmaktadır.
Kimliği belirsiz bir ceset bulunduğunda genel olarak bir suçun mevcut olduğu olasılığından hareket edilir. Bu sebeple kimliği belirsiz cesetler otopsi işlemi için Adli Tıp Kurumuna gönderilmektedir. Otopsi sırasında kimlik tespitine faydası olacak kişisel bilgiler kayıt edilir ve cesetten inceleme amacı ile gerekli biyolojik örnekler alınır. Kimliği belirsiz cesetlerden alınan DNA örnekleri üzerinde moleküler genetik inceleme yapılarak sadece tek yumurta ikizlerinde aynı olduğu bilinen kişiye özgü DNA profilleri tespit edilir ve ileride kimlik tespitinde kullanılmak üzere muhafaza altına alınır.
Bulunmuş bir cesede DNA testi yaparak kişinin DNA profili belirlense bile, o kişinin verilerini karşılaştıracağınız birinci dereceden bir aile yakını olmadığı zaman DNA testinin yapılmış olması maalesef kimliklendirme çalışmalarını sonuçsuz bırakmaktadır. Bu sebeple yakınlarını kaybetmiş şahısların adli makamlara müracaatları sonrasında bu kişilerden gerekli biyolojik örneklerinin alınarak DNA profillerinin tespit edilmesi ve Adli Tıp Kurumunda bulunan kimliği belirsiz cesetlere ait DNA profilleri ile karşılaştırma yapılması sağlanmalıdır. Bu amaca yönelik olarak yasal mevzuatın yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. Kayıp olarak aranan kişilerin kayıp mı ölü mü olduğunun belirlenmesi, onları arayan yakınları olduğu halde kimsesiz olarak kimsesizler mezarlığına değil dini usul ve esaslar çerçevesinde mezar taşlarında kimlik bilgilerinin yazıldığı mezarlara gömülmesi, yakınlarına maddi olarak fayda sağlayacak miras, sigorta vb. işlemlerin başlatılabilmesi ayrıca olay yerinden elde edilen delillerin incelenmesi sonucunda elde edilen DNA profillerinin aidiyetinin belirlenerek faili meçhul olayların aydınlatılması amacıyla DNA veri bankasının kurulmasının önemi ve gerekliliği bu çalışma ile bir kere daha ifade edilmiştir.
İç İşleri Bakanlığının resmi internet sitesinde 02/03/2022 tarihinde yapılan açıklamada; "Parmak izi başta olmak üzere biyometrik verilerin milli yazılımlarla güvence altına alınması amacıyla geliştirilen Ulusal Biyometrik Veri Yönetim Sistemi'nin kullanımı yaygınlaşıyor. Yerli parmak izi tanıma sistemi 7 Ocak 2022'de Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü bünyesinde 81 ilde kullanıma alındı. Kısa sürede TC kimlik kartı, sürücü belgesi ve pasaport olmak üzere yaklaşık 2 milyon kimlik belgesi yerli parmak izi tanıma sistemi kullanılarak hazırlandı. Ulusal Biyometrik Veri Yönetim Sistemi Projesi kapsamında, olay yerinden alınan parmak izlerini de tespit etme özelliği olan yerli parmak izi tanıma sisteminin Emniyet Genel Müdürlüğü, Jandarma Genel Komutanlığı ve Sahil Güvenlik Komutanlığında kullanıma alınmasına yönelik çalışmalara da başlandı Parmak izi tanıma konusunda yerli sermayenin korunması ve teknoloji kazanımı sağlanırken gelecek dönemde avuç içi, damar, yüz, iris, retina, ses gibi diğer biyometrik teknolojilerin de millileştirilmesi ve Ulusal Biyometrik Veri Ailesi'nin elde edilmesi hedefleniyor." ifadeleri yer almaktadır. Parmak izi gibi ayırt edici özelliği yüksek olan ve genetik parmak izi olarak bilinen DNA verilerinin de bu kapsam içerisinde değerlendirilmesi, kimliklendirme ve adli olayların çözümlenmesinde hızlı ve güvenilir sonuçların elde edilmesi yönünden büyük fayda sağlayacaktır.





KAYNAKLAR:

1- Eşiyok, B., Eke, M., Hancı, H., Yaşlılarda Kimliklendirme, Turkish Journal of Geriatrics, 2005; 8 (3):148-152
2- Işık, M., Facia Kurbanlarının Kimliklendirilmesinde Karşılaşılan sorunlar ve Uluslararası İşbirliği, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, 2007
3- Zeyfeoglu, Y., Hancı, H., İnsanlarda Kimlik Tespiti, 10:375. Erisim: [http://www. ttb.org.tr/STED/sted2001/kimlik.pdf']. Erisim tarihi: 02.10.2022
4- Büken E., Adli Tıpta Genetik Araştırmalar. İku Dergisi 2009; 22: 32-42
5- Ünlütürk, Ö., Afşin, H., Ölüm olgularında kimlik tespiti, Türkiye Klinikleri J Foren Med-Özel Konular. 2016; 2(1):24-34
6- International Criminal Police Organization (INTERPOL), Disaster Victim Identification Guide.2009;15-18,http://www.interpol.int/INTERPOL-expertise/Forensics/DVI-Pages/DVI-guide.
7- Uysal, K., Felaket Kurbanlarının Kimliklendirilmesi (F2K/DVI), Türkiye'deki F2K çalışmaları, Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Yüksek Lisans Tezi, Polis Akademisi, 2014
8- Erisim: https://medyascope.tv Yayın tarihi: 25.03.2022 Erisim tarihi: 02.10.2022
9- Erisim: https://www.cnnturk.com Güncelle tarihi:11.12.2018 Erisim tarihi: 02.10.2022
10- Kimliklendirmede Parmakizi İncelemeleri Erisim:https://polisdergisi.pa.edu.tr Erisim tarihi: 06.10.2022

Adli Rapor Düzenlerken Radyolojik Görüntülemelerin İncelenmesinin Önemi: Olgu Sunumu

Faruk AYDIN*, Ufuk AKIN.**

**Kars Harakani Devlet Hastanesi Adli Tıp Polikliniği, Kars*
***Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Balıkesir.*

Giriş ve Amaç

Adli rapor düzenleme hekimlere yüklenen yasal sorumluluklar arasında yer alır. Adli rapor düzenlerken olaya ilişkin tıbbi belgeler ve anamnez kadar, kişininin daha önce yaşadığı diğer travmatik olaylar ve olaydan önceki sağlık durumu büyük önem taşımaktadır [1].

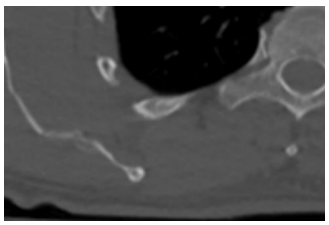
Kemik kırıkları ve kırıkların değerlendirilmesi, adli travmatolojide önemli yer tutmaktadır [2]. Adli rapor isteminde, kişiye ait gönderilen tıbbi belgeler arasında radyoloji raporları olmasına rağmen söz konusu görüntüleme CD'lerinin dosya içeriğinde olmadığı durumlar olabilmektedir. Bu durumlarda radyolojik görüntülemeler değerlendirilmeksizin radyoloji raporlarında tarif edilen patolojiler esas alınarak adli rapor düzenlendiği görülmektedir. Görüntüleme CD'leri incelenmeksizin radyoloji raporları okunarak düzenlenen adli raporlar, eksik (eski ve yeni kırığın tarif edilmemesi) veya hatalı radyoloji raporları sonucu adli yargılama sürecinin yanlış yönlendirilmesine sebep olmaktadır.

Bu çalışmada, adli rapor düzenleme sürecinde travma sonrası tarif edilen radyolojik bulguların, adli raporu düzenleyen hekim tarafından söz konusu görüntüleme CD'lerinin incelenerek teyit edilmesi ve varsa eksik veya hatalı noktalar tespit edilerek olası yanlış sonuçların önüne geçilmesi amaçlanmıştır.

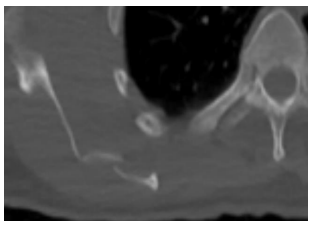
Olgu Sunumu

Adli Tıp Polikliniği'ne 18.03.2022 tarihinde başvuran altmış iki yaşında erkek olgu hakkında, 15.09.2020 tarihinde maruz kaldığı etkili eylem sonucu meydana gelen yaralanmanın şahsın duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflaması ya da yitirilmesi niteliğinde olup olmadığı hususunda adli rapor düzenlenmesi istenmiştir. Şahsa ait gönderilen tıbbi belgeler incelendiğinde, genel adli muayene raporu, radyoloji raporları ve başka merkezde düzenlenen adli rapor olduğu görülmüştür. Başka merkezde düzenlenen adli raporunda, sağ skapulada parçalı deplase kırık olduğu, kemik kırığı skorlaması yapılarak tarafımıza sorulan hususta olay tarihinden 18 ay sonra sağ omuz eklem hareketleri ile birlikte değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Her ne kadar olay tarihli radyoloji raporlarında sağ skapulada kırık olduğu belirtilmişse de, genel adli muayene raporunda bu bölgede travmatik lezyon tarif edilmediğinden tarif edilen kırığın teyit edilmesi için hastane sistemimizde kayıtlı radyolojik görüntülemeler tarafımızca incelenmiştir.

Radyolojik görüntülemelerin incelemesinde, olay tarihinde çekilmiş toraks BT'de sağ skapulada kırık olduğu ancak kırık bölgelerinde eski kırık ile uyumlu kallus oluşumu izlendiği (Resim-1), olaydan daha önce 11.02.2019 tarihinde geçirmiş olduğu trafik kazası sonucu çekilmiş toraks BT'de sağ skapulada yeni kırık olduğu izlenmiştir (Resim-2). Şahıs hakkında 15.09.2020 tarihinde maruz kaldığı etkili eylem sonucu vücudunda travmatik kırık oluşmadığı, bu nedenle şahsın duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflaması ya da yitirilmesi niteliğinde değerlendirilebilecek herhangi bir yaralanma olmadığı tıbbi kanaatine varılmıştır.



Resim 1- Sağ skapulada eski kırık



Resim 2- Sağ skapulada yeni kırık

Tartışma ve Sonuç

Adli rapor hazırlanmasında en önemli sorunlardan biri mevcut yaralanma sonucu meydana geldiği iddia edilen tıbbi araz ile söz konusu travma arasında illiyet bağının kurulmasıdır. Kişilerin özgeçmişi sorgulandığında kişi sağlık durumunu bilmemekte, unutabilmekte, bazen de karşı tarafın daha fazla ceza alması veya daha fazla tazminat elde etme motivasyonuyla temaruz yapabilmektedir [3].

Radyolojik incelemelerle eski bir fraktürle yeni bir fraktürün birbirinden ayrılması mümkündür. Kemik kırıklarının iyileşmesinin radyolojik evreleri kallus oluşumu ve yeniden şekillenme ile son bulur [4].

Klinisyen ve radyoloji uzmanları tarafından terapötik amaçlara odaklanarak, medikolegal amaçlar gözetilmeksizin yapılan radyolojik değerlendirme hastaların bazı travmatik lezyonlarının eksik veya yanlış tanımlanmasına yol açabilmektedir. Adli rapor düzenleyen tüm hekimlerin, radyoloji raporlarında tarif edilen patolojileri olası hataların önüne geçmek için teyit etmek ve travma ile illiyet açısından eksik bir husus var ise saptamak amacıyla radyolojik görüntülemeleri değerlendirmesinin önemli olduğunu, böylece adil yargılama sürecindeki olası hataların önüne geçilebileceğini düşünmekteyiz.

Kaynakça

1- Çelik Y, Kılıboz T, Doğan B, Garbioğlu A, Şimşek Ü, Karbeyaz K. Adli Raporların Yaşamsal Tehlike Kriteri Açısından Değerlendirilmesi. Osmangazi Tıp Dergisi 2021;43(4):308-17.
2- Canverenler S, Göçeoğlu Ü, Balcı Y. Adli Tıp Polikliniğine Başvuran Olgularda Kemik Kırıklarının Değerlendirilmesi: Tanımlayıcı Araştırma. Turkiye Klinikleri J Foren Sci Leg Med. 2022;19(1):20-9.
3- Baltacı AS, Acar K. Olgu örnekleri ile adli olguların raporlanmasında E-Nabız ve Teletıp uygulamalarının etkin kullanımı.J For Med 2022;36(1):37-9.
4- Orman G. Kırıkların Radyolojik Değerlendirilmesi. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi 2012; 2(1):A6-7.

17. ULUSLARARASI KATILIMLI ADLİ TIP GÜNLERİ 13-16 EKİM 2022 AKSU - ANTALYA

KARDİYOVASKÜLER ORJİNLİ ÖLÜMDE YALANCI TELEM

Yunus Emre ÇAKIR[1]
Mehmet DOĞAN[2]
İbrahimÜZÜN[2]
Nazım Özdemir[2]
İpek İNCİ[2]

1-Nevşehir Adli Tıp Şube Müdürlüğü
Nevşehir/Merkez

2-İstanbul Adli Tıp Kurumu Başkanlığı
Bahçelievler/İstanbul

GİRİŞ

Asi sonucu yaklaşık yılda bir milyondan fazla insan yaşamını yitirmektedir (1). Ülkemizde kaba intihar hızı yüz binde 4,19 olarak belirlenmiş olup TÜİK intihar istatistiklerine göre her iki cinsiyette de en sık kullanılan intihar yönteminin ası olduğu bildirilmektedir (2). İp, halat, atkı, kablo ve benzeri nesnelerle dıştan aktif bir kuvvet uygulanması veya kişinin kendi ağırlığını kullanması sonucu gelişen ölümlerde ası vasıtasının veya tatbik edilen bağın boyun cildinde oluşturduğu ize telem (sillion) adı verilmektedir (3-4). Telem; asının iyi bilinen en tipik özelliklerinden birisi olmakla birlikte ası telemi ile karıştırılabilecek dış muayene bulguları da karşımıza çıkabilmektedir. Kilolu kişilerde ve bebeklerde boyun bölgesindeki cilt katlanmasına bağlı veya boyun kısmı sıkı elbiseler içinde ölmüş kişilerde, telem izini andırır şekilde bir görüntü oluşabilir. Buna yalancı telem veya telem benzeri lezyon adı verilmektedir. Ayrıca çürüme sonucu böcek aktivitesine bağlı boyun bölgesinde oluşan bulgu telem ile karışabilir (5-6). Bu çalışmada adli tanatoloji alanında çalışan adli tıp uzmanlarının adli tahkikat dosyası, olay yeri, dış muayene ve otopsi bulguları ile histopatolojik bulgularını birlikte değerlendirerek multidisipliner bir yaklaşımın olayın aydınlatılmasında fayda sağlayacağı vurgulanmaktadır.

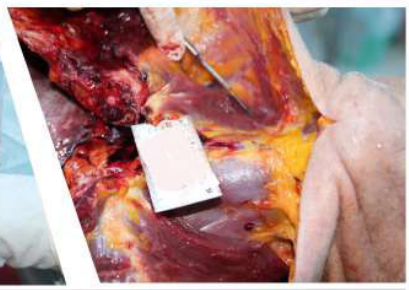


OLGU

69 yaşındaki erkek cesedinin akrabaları tarafından, bodur çalıların ve kayalıkların olduğu, olay yerine uzak mesafede müstakil evlerin olduğu ve bölgeye patika yollarla ulaşılan ormanlık alanda ağaç altında oturur vaziyette bulunduğu bildirilmiştir. Yakınlarının ifadesine göre; şahsın keçilere meşe dalı toplamak üzere evden ayrıldığı, bir miktar meşe budağı toplayıp eve götürmek üzere 2,5 metre uzunluğunda siyah keçi kılından örme kendir ile sırtına yüklemeye çalıştığı, henüz bilinmeyen bir nedenle olay yerinde eks olduğu, akşam eve gelmeyince aile bireylerinin olay yerine gelerek cesedi sırt üstü yatar vaziyette buldukları, baş ucunda toplanıp bağlanmış bir miktar meşe budakları olduğu, kendir ipin bir tarafının boynuna takılı olduğunu gördüklerini ifade etmişlerdir. 112 görevlilerinin hayata döndürmek için müdahalede bulunduğu bildirilmiştir. Olay yerinin yapılan detaylı sistematik incelenmesinde; olayın meydana geldiği yerin meskûn mahalden uzakta araç girişine müsait olmayan sarp kayalık ve ormanlık alan olduğu, olay günü havanın 35-36 derece olduğu, bölgenin yer yer 1,5-2 metre boyunda meşe ağaçları ile kaplı olduğu, örtü ve gizleme nedeniyle uzaktan görüşün mümkün olmadığı, cesedin sırt üstü yatar vaziyette başının hemen bitişiğinde kesilmiş ve bağlanmış bir miktar (tahminen 20 kg) meşe çalısı bulunduğu, çalının siyah renkli keçi kılından örme kendir ip ile bağlanmış olduğu, ipin olaya müdahale edenlerce cesedin boğazından ve belinden çıkarılarak hemen yanı başına bırakılmış olduğunun görüldüğü, cesedin boyun kısmında kızarık şeklinde ip izleri tespit edildiği, olay yerinde kesici delici ya da ateşli silah kullanıldığına dair herhangi bir şüphe veya bir şüpheli durum bulunmadığı tespit edildiği, olay yerinde gerekli kroki, inceleme, delil toplama ve fotoğraflama işlemleri yapıldığı belirtilmiştir. Yapılan ölü muayene işleminde; Boyun kısmında basıya bağlı ekimozun olduğu, elle yapılan muayenede kırık olmadığı ve ellerinde pikür izleri dışında herhangi bir travmatik bulgunun bulunmadığı belirtilmiştir.







Yapılan otopside; 155 cm boyunda, 80-85 kg ağırlığında, 70 yaşlarında, kır saçlı, kırçıl kaş ve kirpikli, bıyıklı, beyaz tenli, sünnetli erkek cesedi olduğu; ölü katılığının oluşup devam ettiği, ölü lekelerinin sırtta bası görmeyen yerlerde oluştuğunun görüldüğü, boyun önde sağ kulak altına doğru yükselici yüzeylleşici vasıfta devam eden silik görünümde yüzeyel telem benzeri lezyon olduğu, boyunda çok sayıda katlantı ve boyun önde yaygın ekimotik lezyonlar bulunduğu, hyoid kemik, tiroid kartilaj ve boyun omurları sağlam olup dil kökünde ve larenkste ekimoz olduğu, kalp 410 gr tartıldığı, koroner arterler açık, aort temiz olup, myokard kesitlerinde makroskopik patolojik özellik görülmediği, otopsi sırasında alınan iç organ parçalarının histopatolojik tetkinde; kalpte perivasküler ve interstisyel ileri derecede fibrozis, mikroskopik nedbe alanı, konjesyon izlendiği, koroner arterlerde lümeni hafif derecede daraltıcı özellikte, kalsifiye aterom plakları görüldüğü, akciğerlerde ödem, konjesyon, hemosiderin yüklü makrofajlar görüldüğü belirtilmiştir. Otopsi sonucu olarak; İstanbul Adli Tıp Kurumu Başkanlığı ilgili ihtisas dairesinden görüş alınmasının uygun olacağı belirtilmiştir. İstanbul Adli Tıp Kurumu Başkanlığı 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu tarafından hazırlanan mütalaada olay yeri inceleme ve ölü muayenesi ile otopsi fotoğraflarının birlikte yapılan değerlendirmesinde boyunda telem izi görülmediği, otopside tanımlananların boynun katlantı izi olduğu, ekimoz olarak tanımlanan bulguların ise ölü lekeleri ve çürüme bulguları olduğu, kişinin vücudunda travmatik değişim ve telem görülmediği tespit edilmiştir. Otopsisinde iç muayenede kalp ağırlığında artış, yapılan histopatolojik incelemede kalpte perivasküler ve interstisyel ileri derecede fibrozis, mikroskopik nedbe alanı, koroner arterde lümeni daraltıcı özellikte kalsifiye aterom plakları tespit edildiği dikkate alındığında: Kişinin ölümünün Kalp-damar hastalığı sonucu meydana gelmiş olduğu mütaala edilmiştir.

SONUÇ

Yüzey artefaktları bazen gerçek yaralanmalar ile karıştırılabilir. Çürüme sonrası dokularda şişme ile birlikte giysiler ve takıların telem benzeri lezyon oluşturabileceği gibi bebek ve obez kişilerde boyun katlantıları altında telem benzeri lezyonlar oluşabileceği unutulmamalıdır. Dar giysiler de benzer lezyonlar oluşturabilmekle birlikte ölüm anında veya sonrasında ölen kişinin boynuna yakın olan giysilerin türünü belirlemek önem taşımaktadır. Bu gibi durumlarda otopsi esnanında boyun diseksiyonları önem arz etmektedir. Dikkatli bir diseksiyon yapmakla birlikte boyun açılmadan önce artefakt kanaması oluşmaması açısından öncelikle boyun damarlarındaki kanın boşaltmak için beynin çıkarılması artefakt oluşması açısından dikkat edilmesi gereken noktadır. Telem benzeri lezyonların görüldüğü olgularda boyun diseksiyonu sırasında boyun cildinin hassas bir şekilde diseke edilmesi subkutan bağ dokusu ve platisma kasında meydana gelen kanamaların tespiti açısından değerlidir. Bu nedenle adli tıp uzmanlarının telem ve telem benzeri lezyonların ayırt edilmesi hususunda yeterli bilgi birikimi ve tecrübeye sahip olmaları önem taşımaktadır. Ayrıca soruşturmayı yürüten Cumhuriyet savcısı ve olay yeri inceleme ekiplerinin bu gibi şüpheli durumlar ile ilgili yeterli donanıma sahip olmaları tahkikatın seyri açısından ehemmiyet arz etmektedir. Sunulan olguda olay yeri bulguları ve otopside görülen makroskopik bulgular değerlendirildiğinde, boyna bağ tatbiki olduğu düşünülmüş olsa da olgunun otopsi fotoğraflarının ve histopatolojik tetkiklerinin farklı branş hekimlerinin de katıldığı kurulca yeniden değerlendirilmesi sonrası, otopsisinde tarif edilen lezyonların yalancı telem-telem benzeri lezyon olduğu tespit edilmiş olup olgunun ölüm sebebi, kalp damar hastalığı şeklinde raporlanmıştır.

KAYNAKÇA
1- . Mohanty S, Sahu G, Mohanty MK. Suicide in India – a four year retrospective study. J. Forensic Leg. Med. 2007;14(2):185–9
2- Oner S, Yenilmez C, Ozdamar K. Sex-related differences in methods of and reasons for suicide in Turkey between 1990 and 2010. The Journal of International Medical Research. 2015;43(4):483-93.
3-Üzün İ, Büyük Y, Gürpinar K. Suicidal hanging: fatalities in Istanbul retrospective analysis of 761 autopsy cases. Journal of forensic and legal medicine. 2007;14(7):406-9.
4-Maxeiner H, Bockholdt B. Homicidal and suicidal ligature strangulation—a comparison of the post-mortem findings. Forensic science international. 2003;137(1):60-6.
5-Sharma G, Murty O, Dogra T. Study of ligature marks in asphyxial deaths of hanging and strangulation. International Journal of Medical Toxicology & Legal Medicine. 2002;4(2):21-4.
6-Shaikh MMM, Chotaliya H, Modi A, Parmar A, Kalele S. A study of gross postmortem findings in cases of hanging and ligature strangulation. Journal of Indian Academy of Forensic Medicine. 2013;35(1):63-5.
7-Jayaprakash S, Sreekumari K. Pattern of injuries to neck structures in hanging—an autopsy study. The American journal of forensic medicine and pathology. 2012;33(4):395-9.

Bu çalışma Adli Tıp Kurumu'nun izniyle yapılmıştır.

17. Uluslararası Katılımlı Adli Tıp Günleri 13-16 Ekim 2022 Aksu - Antalya

ÇERÇEVE ŞEKLİNDE BOŞLUKTAN ATTIRILAN İMZADAN FAYDALANILARAK OLUŞTURULMUŞ SENET SAHTECİLİĞİNİN İNCELENMESİ

Ersen SALTI*, Okan UYANIK*, Nilüfer Şeyda DURSUN*, Uğur GÜNAYDIN*
*Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Fizik İhtisas Dairesi, İstanbul, Türkiye

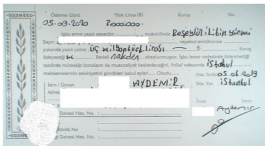
AMAÇ

Bu olgu bir belgedeki imza adına atfen atılı kişinin eli ürünü olsa dahi başka bir sahtecilik olabileceğini, bu yüzden adli belge incelemelerinde ortaya çıkan imza sahteciliklerinin yeterli yazılım, donanım ve uzmana sahip laboratuvar ortamında adli tahkikat eşliğinde açığa çıkarılmasının önemini vurgulamaktadır.

YÖNTEM

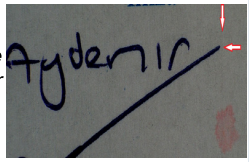
İmza günlük hayatımızda önemli bir yer tutmaktadır. İmzamız aracılığıyla borç ve yükümlülük altına girer, borç ve yükümlülükten kurtuluruz. İrademizi beyan eder, düşüncelerimizi açıklarız ve bu irade beyanının ve düşüncelerin bize ait olduğunu imzamız ile başkalarına ifade ederiz. İmza incelemeleri, gerek hukuk ve ceza davalarında gerekse kamu hayatının ve özel hayatın çeşitli kesimlerinde vazgeçilemez bir bilim ve uzmanlık alanıdır. Bu uzmanlık alanı imza incelemesini de içine alan çok geniş alanları bulunan adli belge inceleme uzmanlığıdır. Zira adli belge inceleme bilimi sadece sahtecilik ya da imza inkârı konularında değil, ceza hukukunu ilgilendiren çok çeşitli alanlarda da adli birimlere yardımcı olmaktadır. Sahte imzalar yapılış şekillerine göre: üstten kopya, bakarak kopya, serbest taklit, pul transferi (nakli), bilgisayar yardımıyla oluşturulan sahte imzalar, kaşe imzalar, uydurma imzalar ve hile ile elde edilen imzalar olarak söylenebilir. Bu olgu türü sayılan imza sahteciliklerinin hile ile elde edilen imza türüne girdiği ve bu sahtecilik türü her geçen gün artış gösterdiğinden çalışmamızın konusunu oluşturmuştur.
Bu imza sahteciliği türü, görünürde tek bir imzadan oluşmuş senetteki imzanın aslında senedi onaylar mahiyette atılmamış olduğu, farklı bir belgenin (örn. kargo teslim belgesi…vb) imza bölümünün çerçeve şeklinde kesilerek kesilen yere senet yapıştırılması ve senette imzası bulunan kişinin aslında farklı bir belgeyi imzaladığını düşünmesiyle ilgilidir. Senette atılı borçlu imzasının mukayese imzalarına kıyasla müştekinin eli ürünü olduğu kanaatine varılmış ancak incelemeler sonucunda senedin imza bölümündeki fiziksel bulgular ortada bir imza sahteciliğinin varlığını göstermiştir. Söz konusu senetteki bulgular VSC8000 (Video Spectral Comparator) cihazı kullanılarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR

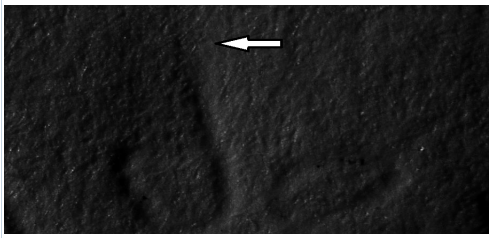


Resim 1

İnceleme konusu senette (Resim 1) yer alan "Aydemır" isim yazısı ve borçlu imzasının sağ ve üst bölümünde konumlanmış doğrusal bir hat tanımlayan lokal yapıştırıcı bakiyelerinin bulunduğu saptanmıştır. (Resim 2)

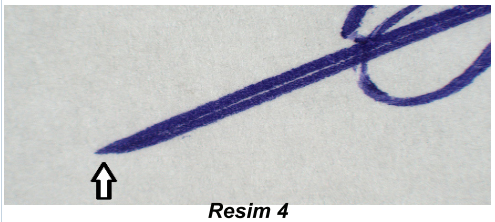


Resim 2



Resim 3

Müştekinin mukayese olarak gönderilen miniskül "d" harflerinin inceleme konusu senette yer alan isim yazısındaki miniskül "d" harfinden nispeten uzun olduğu görülmüş, söz konusu "d" harfinin yatay ışık altında yapılan incelemesinde yapıştırıcı bakiye hattının üzerinde kalacak şekilde baskı izi içerdiği gözlenmiştir. (Resim 3)



Resim 4

Müştekinin mukayese yazılarında soyisim yazısının "Aydemir" şeklinde yazılmış olduğu ancak inceleme konusu senetteki soyisim yazısında "ı" harfinin okunduğu, "i" harfine ait diakritik (noktalama işaretinin) bulunmadığı, üst bölümde yer alan yapıştırıcı hattının "ı" okunur harfinin üzerinde yer aldığı gözlenmiştir.

Müştekinin mukayese imzalarının sol alt bölümünde yer alan dar açılı döngülerin inceleme konusu imzada doğal olmayan kesintiye uğradığı gözlenmiş (Resim 4)



Resim 5

ve yine mukayese imzaların sonlandırılışını oluşturan kalem çekişinin mukayese imzalarda hızlı ve işlek olduğu ancak inceleme konusu imzada söz konusu sonlandırılışın kesintiye uğradığı, söz konusu kesintinin sağda yer alan doğrusal yapıştırıcı hattı ile uyumlu olduğu saptanmıştır. (Resim 5)

SONUÇ

Sonuç olarak; inceleme konusu senette yer alan "Aydemır" isim yazısı ve imzanın senet metnini onaylar mahiyette oluşturulmayıp, senedin başka bir belgeye oluşturulduğu düşünülen isim yazısı ve imzadan faydalanılarak oluşturulmuş olduğu sonucuna varılmıştır. İmza sahteciliği yapıldığına yönelik hukuki bir süreç başladığında, savcılıklarımız ya da mahkemelerimiz bilirkişi incelemesi talep ederken gerekli teknik yazılım ve donanım bulunan laboratuvar eşliğinde konusunda uzman bilirkişilere incelettirilmesi hatalı sonuçlar doğmaması açısından ciddi bir önem arz etmektedir. Nitekim ayrıntılarıyla açıkladığımız olgumuzda imzanın adına atfen atılı şahsın eli ürünü olduğu kanaatine varılmış, ancak söz konusu şahsın imzaladığını düşündüğü belgenin imza bölümünün çerçeve şeklinde kesilmesiyle altına senet yapıştırılmış ve şahsa imzalattırılmış, imzaladıktan sonra ise senet çıkarılarak senedin üzeri doldurulmuş ve şahıs borçlu gibi gösterilmiştir.

17. ULUSLARARASI KATILIMLI ADLİ TIP GÜNLERİ 13-16 EKİM 2022 AKSU - ANTALYA

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ AÇISINDAN ADLİ BİLİMLER VE ADLİ TOKSİKOLOJİ ALANINDA ÇALIŞAN GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: ADANA VE MERSİN İLLERİ ÖRNEĞİ

Feyza ÜNEL[1], Zehra YILDIZ[2], Mehmet ŞAHİN[1], Toygün Anıl ÖZESEN[3], Kemal Çağdaş YILDIRIM[1]

[1] Adli Tıp Kurumu Adana Grup Başkanlığı, Adana/TÜRKİYE
[2]Tarsus Üniversitesi Mühendislik Fakültesi, Mühendislik Temel Bilimleri, Mersin/TÜRKİYE
[3] Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Adana/TÜRKİYE
Feyza ÜNEL[1], Kimyager, İş Güvenliği Uzmanı- C, Adli Tıp Kurumu Adana Grup Başkanlığı, Kimya İhtisas Dairesi, Adana/TÜRKİYE,
feyza.unel@hotmail.com

AMAÇ: İş sağlığı ve güvenliğinin (İSG) adli bilimler ve adli toksikoloji alanında oldukça önemli bir yere sahip olduğunu vurgulamak, bu alanda çalışanların görüşlerini alarak çalışma alanlarında karşılaşabilecekleri tehlikelerin önüne geçilebilecek düzenlemeler yapılmasına yardımcı olmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Gerekli etik kurul izinleri alınarak Adana, Mersin illerinde adli bilimler ve adli toksikoloji alanında çalışan 60 kişi ile görüşülmüştür. Yarı yapılandırılmış soru formu kullanılarak katılımcıların gönüllü olarak verdikleri cevaplar değerlendirmeye alınmıştır.



BULGULAR:

Meslek	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Biyolog	2	% 3
Doktor	21	%35
Evrak İşleri Sorumlusu	4	%7
Kimya Mühendisi	4	%7
Kimyager	9	%15
Kimya Teknikeri	1	%2
Laborant	6	%10
Otopsi Teknikeri	6	%10
Diğer (Temizlik İşleri vb.)	7	% 12

Tablo 1: Araştırmaya katılan kişilerin meslek gruplarına göre dağılımları

Çalışmaya katılan kişiler;

- "Olası temas durumlarında, temas edilen maddenin veya vücut sıvısının türüne uygun olarak kişide meydana gelebilecek durumlar için temas sonrası adımların yazılı olduğu kılavuzlar oluşturulması''
- ''İSG açısından düzenlenen eğitimlerin yapılan işe özgü, spesifik olarak verilmesi ve pratikte uygulamalı olarak yapılandırılmış olması,''
- ''Riskli durumların video olarak kolayca ulaşılabilir elektronik ortama aktarılması,''
- ''Çalışanların sağlık kontrolünden geçirilmesi, bağışıklamalarının ve takibinin yapılması, otopsi salonlarına giriş- çıkışlarda hijyen kurallarına dikkat edilmesi, bu alanların sterilizasyonunun iyileştirilmesi vb." şeklinde önerilerini ifade etmiştir.







SONUÇ:

- Adli bilimler ve adli toksikoloji alanında çalışma ortam ve koşullarının İSG açısından iyileştirilebilmesi için her ihtisas dairesinin konusunda bilgili İSG temsilcisi olmalı, düzenli İSG kurul toplantıları gerçekleştirilmeli, aktif katılımlar sağlanmalıdır.
- Mevzuatta belirlenen minimum aralıklarda İSG eğitimleri işe özgü olarak yönetimce organize edilmeli, çalışanların aktif katılımı ile gerçekleştirilecek olan eğitimlerde sıklıkla karşılaşılan tehlikeli durumlar iş güvenliği uzmanlarıyla paylaşılmalı, bu doğrultuda gerekli önlemler alınmalıdır.
- Ramak Kala Olay kayıtları tutulup bunlarla ilgili düzenleyici faaliyetler planlanmalıdır.
- Sistemli şekilde gerekli önlemler alındığında iş kazaları ve sağlık problemleri minimize edilebilecek, çalışanlara daha sağlıklı, güvenli ve motive edici bir çalışma ortamı sağlanabilecektir.

KAYNAKÇA

1- Resmi Gazete, 2013. Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. Sayı:28648
2- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019. Laboratuvar Güvenliği El Kitabı, Yayın No:1114
3- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014. Ulusal Mikrobiyoloji Standartları, Laboratuvar Güvenliği Rehberi, Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 937
4- Ünel, F. (2022). Adli bilimlerin adli toksikoloji alanında yapılan çalışmalarında iş sağlığı ve güvenliği açısından risklerin belirlenmesi ve değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi)

Bu çalışma Adli Tıp Kurumu'ndan izin alınarak gerçekleştirilmiştir.

PERİNATAL ASFİKSİNİN TIBBİ UYGULAMA HATALARI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ: BİR OLGU SUNUMU

Tansu Bensu Aydın,[1] **Batuhan Turgut**[1], **Cemyiğit Deveci**[1], **Mehmet Atılgan**[1]

[1]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Konyaaltı/Antalya

Giriş

Perinatal asfiksi tanımı; plasentada yetersiz gaz değişimi veya doğum sonrası olaylar nedeniyle yenidoğanda pulmoner düzeyde solunumun bozulmasıdır (1). Sağlık personelinin, kusur veya ihmal nedeniyle standart uygulamayı yapmaması, bilgi veya beceri eksikliği sebebiyle yanlış veya eksik teşhiste bulunması, yanlış tedavi uygulaması veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan ve zarar meydana getiren fiil veya durum tıbbi uygulama hatası olarak tanımlanır. Adli Tıp Kurumu'na tıbbi uygulama hatası olup olmadığı yönünde görüş sorulan dosyaların %30'u kadın hastalıkları ve doğum uzmanlık alanı ile ilgili olup bunların %90'ını da gebelik takibi ve doğumlar oluşturmaktadır (2).

Perinatal asfiksi, tüm dünyada önemli bir mortalite ve morbidite nedeni olmaya devam etmektedir. Adli sürece yansıyan olguların değerlendirmesinde çoğunlukla doğum süreci ve doğum eylemi ile ilgili tıbbi uygulama hatası iddiaları ortaya atılmaktadır. Bu nedenle hem alanda çalışan ebe/hekimlerin hem de olay adli mercilere yansıdıktan sonra görüşüne başvurulan tıbbi bilirkişinin bu konuda yeterli bilimsel ve mediko-legal birikime sahip olması gerektiği vurgulanmıştır (3). Türkiye'de 10 yıllık incelemelerde en sık rastlanan tıbbi uygulama hatası davaları umblikal kord basısı ve uterin rüptüre bağlı asfiksi vakalarından oluşmaktadır. Araştırmalara göre doğum sırasında gelişen hipoksi, serebral palsi ve hipoksik iskemik ensefalopatiye neden olabilmektedir. Fakat doğum sırasında ya da sonrasında engellenemeyecek faktörler yüzünden gelişen serebral palsi için doğum ekibinin ihmalinden veya tıbbi uygulama hatalarından bahsedilemeyecektir (4).

Gelişmiş ülkelerde, doğumla bağlantılı malpraktis iddialarından kaynaklanan sigorta maliyetleri istikrarlı bir şekilde artmakta ve esas olarak asfiksinin neden olduğu ağır sakatlıkların ömür boyu tazminatı nedeniyle tüm sağlık sigortası maliyetlerinin %25'ini oluşturmaktadır (5). Bu bildiride, Anabilim Dalımızda karşılaştığımız bir olgu üzerinden bu olgulara adli tıbbi yaklaşımın ve yargı sürecinin irdelenmesi amaçlanmaktadır.

Olgu

38 haftalık gebe kadın takipli olduğu Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanı ameliyatta olduğu için diğer bir uzmana kontrol muayenesine gitmiş, uzman tarafından oligohidroamniyoz sebebiyle acil sezaryene alınması gerektiği söylenerek yatışı yapılmıştır. Yatışı sırasında takipli olduğu uzman tarafından acil sezaryen endikasyonu olmadığı, normal doğum yapılabileceği söylenmiş, doğum indüksiyonu yapılmıştır. Ayrıca hastanın bu işlemler sırasında NST ile takibi yapılmış, gece saatlerinde normal doğumun halen gerçekleşmemesi ve fetal bradikardi tespit edilmesi üzerine bir kez vakum ekstraksiyon denenmiş ve başarısız olunması üzerine hasta acil sezaryene alınmıştır. Dünyaya gelen kız çocuğunun genel durumunun kötü olması sebebiyle yoğun bakıma yatışı yapılmıştır. Sonrasında takiplerinde küçüğe infantil serebral palsi tanısı konmuştur. Aile, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekimlerinin normal doğuma zorlayarak sezaryen için geç kaldığını ve bu nedenle asfiktik kalan küçüğün %96 engelli kaldığını iddia etmektedir. Ayrıca daha önce alınan Adli Tıp Kurumu raporunda uygulamaların tıbben doğru olduğu belirtilmiştir. Ancak aile gebenin oligohidroamniyoz teşhisi ile saat 16:30'da doğumhaneye sevk edildiğini, buna rağmen 23:20'ye kadar bekletildiğini ifade etmişlerdir. Sonuç olarak, aile bireyleri gebenin zamanında sezaryene alınmadığını iddia ederek rapora itiraz etmişler ve yeniden değerlendirme talep ettiklerini belirtmişlerdir. Anabilim Dalımızda dava dosyası detaylıca incelendikten sonra görüş alınmak üzere Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalına konsülte edilmiş, yapılan değerlendirmeler sonucunda "Fadime Korkmaz'ın 01.11.2012 saat 15:00 sularında Hastaneye başvurduğu, 16:30'da doğumhaneye alındığı (davacı makamın belirttiği saatler), hastaya 17:00'de doğumun ilerlemesine katkı için indüksiyon tedavisi başlandığı, 23:30'da acil sezaryen ile doğum gerçekleştirildiği, Sağlık Bakanlığı Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi'nde (Sayfa 46) belirtildiği üzere 'Doğumun 2. evresinde olan bir gebede, 12 saat veya üzerinde devam eden eylem ağrılarına rağmen doğum gerçekleşmez ise uzamış eylemden bahsedilir, bu durumda ameliyathanede müdahaleli doğum denenebilir, doğum gerçekleşmez ise sezaryen tercih edilmelidir', bu rehber ve güncel tıbbi bilgilere doğrultusunda, doğumun normal sürelerde gerçekleştiğinin görüldüğü, sonuç olarak, Fadime Korkmaz'ın doğumunda doğumun geç gerçekleşmesi ya da tıbbi uygulama hatası söz konusu olmadığı" tıbbi kanaatine varıldığı belirtilmiştir.

Tartışma ve Sonuç

Fetal sağlığın değerlendirilmesi için doğum sırasında rutin olarak her geçen gün daha güvenilir araçlar kullanılmasına rağmen, doğum asfiksisi veya perinatal asfiksi, her 1000 canlı doğumda 1 ila 6 yenidoğan arasında değişen bir insidans ile perinatal tıpta önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Bu olguların yarısında hipoksik iskemik ensefalopati (HIE) gelişmektedir ve HIE gelişen olgularda da serebral palsi görülme riski yüksektir (6). Adli sürece yansıyan serebral palsi olgularında da Kadın Hastalıkları ve Doğum hekimleri tarafından yapılan doğum sırasındaki uygulamaların yanı sıra doğum sırasında mevcut olan ve yenidoğana ilk müdahaleyi yapan ve/veya doğum sonrasında yenidoğan takibini yapan Pediyatri hekimleri ile ilgili olarak da malpraktis iddiaları gündeme gelebilmektedir. Doğum sırasında kullanılan kılavuzlar dünyanın çeşitli yerlerinde değişebilse de tıbbi teamüllere uygun şekilde yapılan uygulamalar sonucunda bile komplikasyonlara bağlı olarak istenmeyen sonuçların elde edilebileceği unutulmamalıdır. Bu durumlarda ise hekimlerin ve yardımcı sağlık personelinin suçsuzluklarını kanıtlayabilmelerinin tek yolu tıbbi kayıtların düzenli ve kapsamlı şekilde tutulmasıdır. Berglund ve Norman (7) şiddetli neonatal asfiksi sonrası resüsitasyon yapılan olguları incelemiş ve tüm olguların %45'inde tutulan kayıtların yetersiz olduğunu tespit etmişlerdir. Yazarlar da sonradan yapılacak olan değerlendirmelerin daha doğru ve güvenilir olması için yapılan müdahale ve işlemlere dair kayıtların çok daha iyi tutulması gerektiğini belirtmişlerdir.

Tıbbi uygulama hatası iddiaları ile adli süreci başlayan bu olguların dikkat çeken bir başka özelliği ise davaların çok uzun yıllar sürüyor olmasıdır. Olgumuzda değerlendirmeye alınan küçüğün de 10 yaşında olmasına rağmen dava süreci halen devam etmektedir. Yargıtay kararlarına baktığımızda da benzer durumlar görmekteyiz. Ayrıca bu kararlara bakıldığında mahkemelerce verilen kararların sıklıkla adli tıp raporlarındaki eksikliklere dikkat çekilerek bozulduğu görülmektedir. Bu nedenle bu tür olguların değerlendirilmesi yapılırken mümkünse Adli Tıp uzmanlarının yanında Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanlarını ve gerekirse Pediyatri anadal ve çeşitli yan dal uzmanlarını içeren multidisipliner bir kurul oluşturularak, itirazlara mahal vermeyecek şekilde, bilimsel çerçevede detaylı ve kapsamlı açıklamalar yapılarak rapor düzenlenmelidir.

Kaynaklar

1. Türk Neonatoloji Derneği Neonatal Ensefalopati Tanı ve Tedavi Rehberi (2018 Güncellemesi)
2. Özorhan EY, Öztürk Altınayak S, Ejder Apay S. Obstetrik Acillerde Adli Vakalar. Kocatepe Tıp Dergisi, 2017;18 (3), 119-129.
3. Silahlı N, Celkan T. Adli Tıpta Hipoksik İskemik Ensefalopati. Adli Tıp Bülteni, 2021;26(3), 205 - 209. 10.17986/blm.1491
4. Taghizadeh Z, Pourbakhtiar M, Azimi K, Ghadipasha M, Soltani K. Claims about medical malpractices resulting in neonatal and maternal impairment in Iran. J Forensic Leg Med. 2019;66:44-49.
5. Berglund S, Norman M. Neonatal resuscitation assessment: documentation and early paging must be improved! Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2012;97(3):F204-8.
6. d'Aloja E, Muller M, Paribello F, Demontis R, Faa A. Neonatal asphyxia and forensic medicine. J Matern Fetal Neonatal Med. 2009;22 Suppl 3:54-6.
7. Fanos V, Tagliabue P, Greco L, Agostiniani R, Carbone MT, D'Agostino P, et al. Neonatal malpractice claims in Italy: how big is the problem and which are the causes? J Matern Fetal Neonatal Med. 2012;25(5):493-7.

PRES MAKİNESİ İLE İNTİHAR: OLGU SUNUMU

Uğur REYHAN[1], Kemalettin ACAR [2] , Ayşe SEYDAOĞULLARI BALTACI [2]

[1]Denizli Adli Tıp Şube Müdürlüğü
[2] Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Denizli

GİRİŞ VE AMAÇ:

İntihar; kişinin istemli olarak yaşamına son vermesi olup, bireyin kendisine yönelmiş yok etme eylemi olarak tanımlanmaktadır. Dünyada intihar oranının ortalama yüz binde 16 olduğu ve her 40 saniyede bir insanın intihar nedeniyle öldüğü bildirilmiştir. İntihar amaçlı kullanılan yöntemler kültürlere göre değişmekte olup, en sık ası yönteminin kullanıldığı, bunu ateşli silah, yüksekten atlama, ilaç içme gibi yöntemlerin takip ettiği bilinmektedir. Yöntem seçiminde kişinin ruhsal yapısı, cinsiyet, yaş ve değer yargılarının etkili olduğu bildirilmektedir.

Bu çalışmada; partnerine intihar edeceği mesajını gönderdikten sonra arabasıyla kendine ait işyerine gelerek pres makinesine kafasını koymak suretiyle intihar ettiği bildirilen ölüm olgusu tartışılmaktadır.

Hidrolik pres makineleri; malzemeleri ezmek, düzleştirmek, sıkıştırmak, yapıştırmak, kalıplaştırmak ve kaplama yapmak amaçlı makinelerdir. İşlem görecek malzemeler, pres makinesinin içinde bulunan bir plaka veya yatağa yerleştirilerek uygulanır. Hidrolik Pres makinelerinin kullanımı çok geniş bir alana sahiptir, endüstriyel alanda birçok sektörde kullanılır. Preslerde, yaralanmaların önlenebilmesi için teknik olarak bazı güvenlik önlemleri bulunmaktadır.

OLGU:

Olgu için Adli Tıp Kurumu Eğitim ve Bilimsel Araştırma Komisyonu'ndan 07/09/2022 tarih ve 21589509/2022/80 sayısı ile izin alınmıştır.

44 yaşında erkek olgu, paslanmaz metal ürünlerinin yapıldığı bir iş yerinde kafası pres makinesine sıkışmış şekilde bulunması üzerine tarafımızca medikolegal değerlendirilmesi yapılmıştır.

Olay yerinde; kapının içeriden kilitli olduğu, olgunun kafasının pres makinesinde sıkışmış olduğu, kişinin vefat ettiği, pres makinesinin otomatik ayarda olduğu, otomatik ayarda emniyeti sağlayan iki adet emniyet fotoselinin etkisizleştirildiği tespit edilmiştir.

Yakınlarından alınan ifadelerin ve tahkikat evrakının değerlendirilmesinde; kişinin olay tarihinden yaklaşık bir yıl önce de fare zehri içmek ve bileklerini kesmek suretiyle intihar girişimi ve ailevi sıkıntılarının olduğunun ifade edildiği, olay tarihinde de yüklü miktarda iş yeri ile ilişkili ticari borçlarının olduğu anlaşılmıştır.

Ceset üzerinde yapılan otopsi işleminde; yüzde ve kollarda siyah renkli motor yağı bulaşları, sağ kulağın 3 cm arkasında, açıklığı aşağı bakan yay şeklinde flep oluşturan laserasyon ve bu bölgenin altında sağ temporal kas ile 6x4 cm lik kemik defekti olup, kas ve kemik dokunun yer değiştirmiş olduğu görüldü. Defekt alanından foramen magnuma ve sfenoid korpusuna uzanan iki farklı hafif deplase kırık hattı saptandı. Beyinde sol temporal lobun alt kısmında ve ponsta kontüzyon görüldü. Diğer iç organlarda travmatik değişim saptanmadı. Künt kafa travmasının eşlik ettiği kafatası kırıklarıyla birlikte beyin doku hasarı ve beyin kontüzyonu sonucu ölümün meydana geldiği belirlendi.

Otopsi esnasında alınan kan, idrar ve göz içi sıvısı örneklerinin toksikolojik analizinde, kan ve göz içi sıvısı örneklerinde herhangi bir madde bulunmadığı, idrarda analiz edilen ilaç etkin maddelerinden Prilokain tespit edildi. Cesedin ölüm anında sarhoş edici veya uyuşturucu-uyarıcı herhangi bir madde etkisi altında olmadığı saptandı.







SONUÇ : Tüm dünyada ciddi bir sorun olan intiharın, çalışma çağındaki bireyler arasında arttığı görülmekte ve işyerleri intihar haberleriyle gündeme gelmektedir. Bunun nedenleri; işle ilişkili sorunlara yönelik bir tepki düşüncesi, mesai saatleri dışında müdahale şansının az olması, iş yerinde kolay ulaşılabilir intihar araçlarının bulunması olabilir.

İşyerleri, çalışanların ruh sağlığını korumak için önlemler almalı, intihar riski altında olabilecek çalışanlarını desteklemek için iyi bir plana sahip olmalıdır. Bireylerin intiharı düşündüğüne dair belirtileri tanıyabilme, yanıt verebilme, intihar nedeniyle ölümün önlenmesine yardımcı olabilir.

otopsitabibi@gmail.com

17. ULUSLARARASI KATILIMLI ADLİ TIP GÜNLERİ 13-16 EKİM 2022 AKSU - ANTALYA

ADLİ VAKALARDA İNCELENEN VİDEOLARDA/GÖRÜNTÜLERDE KARŞILAŞILAN PROBLEMLER VE ÇÖZÜM YÖNTEMLERİ

MÜH. İSA EROL, MÜH ÖZLEM MUTLU, MÜH. OĞUZHAN ÇİLTAŞ, MÜH. MUHAMMET ŞİMŞEK
ADLİ BİLİŞİM İHTİSAS DAİRESİ
{isaerol,ozlemmutlu,oguzhan.ciltas,simsek.muhammet}@adalet.gov.tr

AMAÇ:

Adli vakaların görsel incelemelerinde fotoğraf/video kayıtları içerisinde suça konu olan görüntülerin analizi yapılırken görüntülerin net olmaması, hedefin istenilen mesafe ve açıda olmaması, ışık miktarının yeterli olmaması sonucunda gerekli tespitler yapılamamaktadır. Görüntüleri daha anlamlı hale getirmek için renk tonu, doygunluk, bulanıklaştırma, piksel iyileştirme, parlaklık ve renk açıklığı gibi iyileştirme teknikleri kullanılmaktadır. Bu çalışmanın amacı karşılaşılan sorunlara cevap bulabilmektir.

YÖNTEM:

Kameranın Konumu, Işık Kaynağı

Kameranın bulunduğu ortamın ışık kaynakları ve ışık seviyesi sahne kontrastının anlaşılmasını ve adli vakalarda video/kameranın incelemesinde en iyi performansı göstermesini sağlamaya yardımcı olur.

Farklı aydınlatma sistemlerinin farklı aydınlatma/renk seviyelerine sahip olabilir. Aynı nesne, farklı ışık kaynakları altında farklı bir renkte görünebilir.



Daylight



Hihg Pressure Sodium



Low Pressure Sodium

Etkili bir görünürlük seviyesini korumak için yapay ışık gerekebilir.Objektif üzerine eğik düşen parlak ışık, kontrast kaybı olarak görünen parlamaya neden olarak renklerin doygunluğunun azalmasına ve soluk görünmesine neden olur ve ayrıca ayrıntı kaybına neden olabilir.



Resim 1: Işığın etkisi

Eşit olmayan aydınlatmaya neden olan zayıf aydınlatma tasarımı da geniş kontrast aralıklarının yaygın bir nedenidir.

Kameranın konumu, güçlü aydınlatma ile yukarıdan aydınlatılma eğilimindedir; bu durum daha sonra yüksek raf ünitelerinin oluşturduğu gölgelerle daha da kötüleşir. Bu durumda bir kişinin bir ışık kaynağının altından geçtiğinde baş bölgesinin önemli ölçüde daha parlak hale geldiği anlamına gelir. Bu sorunun etkisi iki yönlüdür; kişi bir ışık kaynağı altındayken önemli ölçüde aşırı pozlanmış görünebilir ve ikincisi kontrast aralığı değişmesi ile önemli ayrıntılarını kaybeder. Bu sorun koridorlar gibi yüksek yoğunluklu yaya alanlarındaki ışık kaynaklarının sayısını artırarak çözülebilir. Güvenlik kameraların (ATM, ÖSYM, banka içi kameraları) güneş ışığına göre konumlanması gerekir. Tek kamere kullanılması yerine birden fazla kameranın farklı açılarda kişiyi uygun ve mesafede çekim yapması gerekir. Çünkü adli vakalarda inceleme konusu görüntüye daha iyi bir sonuç vermek için kişinin yüzüne ait karakteristik yüz hat ve yapılarını (genel yüz ve kafa anatomisi ile alın, kaş, göz, kulak, dudak vb.) belirgin olması gerekir.



Resim 2: Kamera açılarına göre nesnelerin kaydının tespiti

Bulanıklık, Parlaklık ve Renk Sorunları:

Video veya görüntü analizde başarılı sonuçlar elde etmek için belli bir çözünürlük aralığı net olarak verilmemektedir. Çünkü birçok farklı problemler vardır, bunların çözümü içinde farklı yöntemlerin kombinasyonu kullanılır.

Gürültü, bulanıklık, parlaklık ve renk sorunlarının varlığı ve bir arada olması da bir diğer önemli faktördür. Bu faktörlerin farklı kombinasyonları, geliştirmenin farklı fizibilitesine neden olacaktır. Plakanın 3 beyaz pikselden oluştuğu tek bir çerçeveden hiçbir şey elde etmek asla mümkün olmayacaktır. Yeterli kareye sahipsek, güçlü gürültüden etkilenen çok karanlık bir videodan genellikle iyi ayrıntıları geri yüklemek mümkündür. Çok güçlü bulanıklıkta bile çözünürlük yeterliyse ve sıkıştırma çok güçlü değilse temiz bir görüntü elde etmek mümkündür.

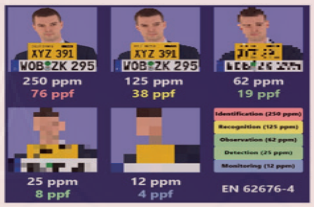


Resim 3: Hareketli nesnelerin çekiminde meydana gelen bulanıklık

Bulanıklık kötü odaklanmış veya kir, toz ve kirle kaplanmış mercekten yada hareketten kaynaklanabilir. Görüntülerde bulanıklığı engel olmak için, kamera pozlama süresi 2,34 ms'den daha fazla olarak ayarlanması gerekir. Enstantane hız 100mm bir lens ile 1/100sn veya 1/125sn değerinde olmalıdır. hareketli görüntüleri ise genel olarak 1/400sn veya 1/500sn enstantane hızı ile yakalayabilirsiniz. Ayrıca hareketli bölgelerde frame ratelerin yüksek olması gerekiyor

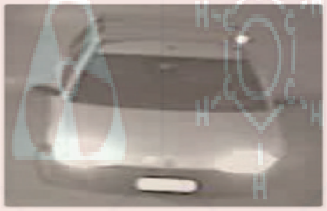
Çözünürlük:

Bir yüzü tespit etmek veya plaka okumak kusur ve gürültülerden dolayı okunmuyorsa bilimsel prosedürle, onu kurtarabilir ve görünür hale getirebilir. Fakat Görüntü işleme algoritmalarının sürekli iyileştirilmesine adli video analizinde orijinal çekimde bilgi yoksa, onu ekleyemez veya yeniden oluşturamayız.



Resim 4: Çözünürlük detaylarına göre görüntülerin anlamlandırılması

Bu konulara karar vermek için uzmanın yeterli deneyime sahip olması gerekir. Arabanın türü, rengi plakası mı ya da şahıs tespitine yönelik iyileştirme ya da şahıs tespiti mi yapılıyor. Örneğin çözünürlüğün HD olduğu bir durumda inceleme konusunun çok uzakta olması durumunda düşük çözünürlükte inceleme konusu görüntü yakın olmasında daha iyi sonuç üretecektir.



Resim 5: Araç plaka tespiti

En yaygın taleplerden biri olan plaka geliştirme konusunda ise deneyimlerimize göre tipik bir CCTV videosunda dikey çözünürlüğün 12-15 pikselden az olması durumunda anlamlı bir iyileştirme elde edemeyeceğimizi söyleyebiliriz. Her zaman 15 piksel yüksekliğindeki bir plakanın yararlı olduğu söylenmez, tüm faktörlerin dikkate alınması gerekir.

Birkaç pikselden bir şey elde etmek mümkün değil çünkü veri ve bilgi orada hiç yok. Görseli gözümüze daha çekici hale getirebiliriz ama yeni bilgi alamayız

Kişinin yüz bölgesinin görünmesinin engelleyecek şekilde giyildiği durumlarda karakterisitik bilgiler elde edilmediği için sonuç elde edilmektedir.



Resim 6: Olay anının kameraya yansıması

Sıkıştırma:

Görüntü ve videoların sıkıştırılması durumunda zamansal ve uzaysal durumunda doğrusal olmayan piksel hatalarına, gürültülere neden olduğu için görüntü iyileştirme ve restorasyon algoritmaların başarılı sonuç vermesini engelleyecektir.

SONUÇ:

Herhangi bir sonuç alamasanız bile, her şeyi denemiş, bilimsel bir şekilde çalışmış ve hızlı bir şekilde (olumlu veya olumsuz) sonuca vardığınız için soruşturma için daha kritik zamanınız olduğundan emin olabilirsiniz

Bu çalışmada adli vaka incelemelerine konu videolara/görüntülere ait temel problemler ortaya konulmuş ve gereksinimler tanımlanmıştır.

KAYNAKLAR:

1. https://blog.ampedsoftware.com/2014/12/15/the-untold-secrets-of-forensic-video-enhancement-myth-versus-science/
2. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/912880/Image_Comparison_and_Interpretation_Guidance_Issue_2.pdf
3. https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02083780/document
4. https://goruntulemeteknikleri.wordpress.com/2012/12/17/goruntuleme-alani-fovfield-of-view/
5. https://www.automationinc.com/post/determining-exposure-time-to-prevent-motion-blur
6. https://openaccess.thecvf.com/content/CVPR2021/papers/Saye-d_Improved_Handling_of_Motion_Blur_in_Online_Object_Detection_CVPR_2021_paper.pdf
7. https://www.forensicsciencesimplified.org/av/
8. https://blog.ampedsoftware.com/2014/12/15/the-untold-secrets-of-forensic-video-enhancement-myth-versus-science/
9. https://www.researchgate.net/profile/Fatih-Marasli/publication/328192821_GORUNTU_IYILESTIRME_VE_GORUNTU_ONARMA_TEKNIKLERI_ILE_YAPILMIS_UYGULAMALAR/links/5bbdeca6299bf1010175b8dd/GOeRUeNTUe-IYILESTIRME-VE-GOeRUeNTUe-ONARMA-TEKNIKLERI-ILE-YAPILMIS-UYGULAMALAR.pdf?origin=publication_detail
10. https://docplayer.biz.tr/17497392-Adli-amacli-goruntu-onarma-icin-kullanilan-sayisal-suzgeclerin-incelenmesi-ve-tasarimi.html

MATERNAL İNFANTİSİT OLGULARINDA ADLİ EBELERİN ÖNLEYİCİ ROLÜ

Yazar: Zeynep SUVER*
***Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Psikiyatri Kliniği**

- **AMAÇ:** İnfantisit, hem ruh sağlığı biliminde hem de ebelik bakım hizmetlerinde dikkat edilmesi gereken ve önemli bir yeri olan adli bir olgudur. Dünyada ana ve çocuk sağlığının ölümle sonuçlanan araştırmalarında bazı rakamlar yer alsa da gerçek sayıların tespit edilemediği bilinmektedir. Kriminolojik ve psikopatolojik olarak da değerlendirilebilen, diğer adli olgular gibi infantisitin de tespit edilmekte güçlük çekilen yönleri vardır. Bu yüzden adli olgu farkındalığı yaratmak ve annenin ruh sağlığının anne ve bebek üzerindeki etkisini açıklamak gerekliliği ortaya çıkmıştır. Adli olgular içinde infantisitte de adli ebenin koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerindeki görevleri bulunmaktadır. Hem annede hem de bebekte infantisit riski tespit etmek için önemli bulgular bulunmakta, bunların kayıt altına alınması gerekmektedir. Ebelerin adli olguların tümüne olan yaklaşımlarının öğretilmesi, özellikle infantisitte hem risk değerlendirmeyi başarılı kılar hem de çocuğunun hayatını kurtarır. Bu çalışma ile maternal infantisit olgularında adli ebelerin rolü detaylı taranmış ve değerlendirilerek önerilerde bulunulmuştur.
- **YÖNTEM:** Yurt dışı ve yurt içi araştırmalar incelenmiş, ampirik ve literatürde yer alan verilerden sistematik derleme çerçevesinde yararlanılarak elde edilen verilerin karşılaştırmalı değerlendirilmesi yapılmıştır.
- **BULGULAR:** Postneonatal dönem (29-364 günlük) çocuk ölümlerinde infantisit sayılarındaki belirsizlik ve tespitindeki zorluklara göre, en sık gerçekleşen ölüm sebepleri olarak “Ani Bebek Ölüm Sendromu, Transport Yaralanmaları-İntoks-Düşme-Boğulma, Solunum Sistemi Hastalıkları, Bilinmeyen, Sepsis, ASYE-ÜSYE” sayılabilir
- Bebek ölüm hızlarına bakıldığında 0-29 gün arasındaki bebek ölüm hızı, 1-12 ay arasındaki ölüm hızının 2 katına yaklaşık olduğu görülmüştür.
- Bebek ölümlülüğü ve hızı, DSÖ tarafından takip edilmekle birlikte, beş yaş altı çocuk ölümlerinin %70’i kritik dönem olan yaşamın ilk yılında meydana geldiği tespit edilmiştir. Bu nedenle annenin mental hastalıkların bir kısmı özellikle postpartum psikozu olan annelerin infantisit oranı %4’ü bulunmuştur. Sarsılmış bebek sendromunda bebek ölüm oranının %25 olduğu tespit edilmiştir.
- Cinayet işleyen ebeveynlerin %60’a yakını ise suçtan önce bir sağlık profesyoneli ile temas içinde olduğunu söylemiştir. Mevcut aile planlaması programlarıyla her yıl 187 milyon istenmeyen gebelik, 60 milyon planlanmamış doğum ve 105 milyon abortus da önlenmiştir.
- **SONUÇ**: İnfantisitle ilgili en önemli adım önlenmesidir ve bu da annenin psikososyal sağlığının iyileştirilmesi ile mümkün olmaktadır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan ebeler; annenin fizik/ruh sağlığı takibine ek olarak, yenidoğan fiziksel istismar ve ihmal riskini de değerlendirmelidir. Bu çalışma ile maternal ruh sağlığı konusu öne çıkartılmaktadır ve bu konuda yapılacak çalışmalara destek olması hedeflenmektedir.

Kaynaklar

-https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=114&locale=tr Erişim Tarihi: 01.01.2021

-https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk_ergen_db/dokumanlar/istatistikler/bebek_cocuk_olumleri_2018.pdf Erişim Tarihi: 21.10.2020

-https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=bebek%20%C3%B6l%C3%BCm&dil=1 Erişim Tarihi: 21.01.2021

-Dünya Sağlık Örgütü. (2020, Şubat 6). Mortality and global health estimates: https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/GHO/mortality-and-global-health-estimates

ADLİ TIPTA ADLİ EBELİK ROLLERİ

Yazarlar: **Zeynep SUVER[1], İnci Yağmur TEZBASAN[2], Büşra PİLGİR[3]**
[1]MS.c Adli Bilimler, Ebe, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Psikiyatri Kliniği, zeynepsuvers@gmail.com
[2]MS.c Adli Bilimler, Ebe, Member of IAFN /SAFE (International Association of Forensic Nurses / Sexual Assault Forensic Examiner)
[3]MS.c Adli Bilimler, Ebe, Lüleburgaz Devlet Hastanesi, Kırklareli

- **AMAÇ:** Adli ebelik, ebelik lisans eğitimi sonrası üniversitelerin; Adli Tıp ve Adli Bilimler alanında lisansüstü eğitim alan uzman ebeleri tanımlamaktadır. Bu tanımla kısaca ebelerin adli vaka yönetiminde; ebelik bilgi ve becerilerini aldığı adli bilimler eğitimleri ile pekiştirmesi ile gerçekleşmektedir. Amaç tüm diğer adli bilimler alt uzmanlık dalları gibi adli ebeliğinde temel uzmanlık alanlarından kabul edilerek gelişiminin desteklenmesidir.

- **YÖNTEM:** Yurt dışı ve yurt içi akademik unvanlar ve eğitimler incelenmiş, ampirik ve literatürde yer alan verilerden sistematik derleme çerçevesinde yararlanılarak elde edilen verilerin karşılaştırmalı değerlendirilmesi yapılmıştır.

- **BULGULAR:** Ebeler, mağdura hizmet eden, kadına fiziki/ruhsal olarak temasının sağlandığı, coğrafyaya göre bazen tek sağlık personelidir. Dünyadaki kadim mesleklerden biri olan ebelik mesleği, eski zamanlarda adli olguyla karşılaşan, bilgisine başvurulan sağlık mesleği mensuplarının başında gelmektedir. Bireyin yaşamının erken dönemlerinde kötü deneyimler içeren istismar, ihmal gibi olaylar yaşaması, yetişkinlik döneminde ruhsal, algısal ve davranışsal bozukluklara neden olabilmektedir. Adli Ebelik, ebelik uygulamaları ile adaleti destekleyici bir sağlık hizmeti sunulması olarak tanımlanabilir.

- Adli Bilimler, multidisipliner çalışma odaklı olduğu için, adli olguya müdahale sırasında görevli ekibin yeterli düzeyde adli tıp ve adli bilimler eğitimi almış olması gerekmektedir. Yetersiz eğitim ve adli alan tecrübesi bulunmaması, meslek mensuplarının olaya katkılarından çok zararı dokunabilir. Ortak amaç adalete hizmettir.

- **SONUÇ**: Adli bilimler içerisinde Adli Ebelik uzmanlık alanı ülkemizde olduğu gibi yurtdışında da ayrı bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Adli Ebelik, adalet sistemindeki karar süreçlerinde kullanılacak fiziksel delillerin toplanması, değerlendirilmesi ve sunulması ile uğraşan adli bilimlerin uygulamalı bir alt alanıdır. Adli ebelik uygulamaları; ulusal ve uluslararası kuruluşların hedeflediği olan kadınların sağlıklı bir ortamda üreme ve diğer sağlık hizmetlerine kolay erişim ve danışmanlık alabileceği hedeflenmektedir. Bu hedefe ek olarak adli olguya yaklaşımda, kadına acil sağlık ve bakım hizmeti veren ve adli süreci destekleyen bir uzmanlık alanı olarak kabul edilebileceği bir gelecek hedeflemektedir.

Kaynaklar

-Karaçam, Z. (2016). Türkiye'de Profesyonel Bir Disiplin Olarak Ebelik Mesleğinin Durumu: Yasal Düzenlemeler, Eğitim ve Araştırma. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 6 (3), sayfa 128-136. Retrieved from http://dergipark.org.tr/muftfd/issue/43178/523742

-Gök, Ş. (2000). Adli Tıp. 7. Baskı. Beyazıt/İstanbul: Filiz Yayınevi.

-Gökdoğan, M.R. (1997). Adli Tıp ve Hemşirelik Eğitimi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.

-Gökdoğan, M.R. (2008) Cinsel Saldırı Konusunda Çalışan Adli Hemşireye (SANE) Duyulan Gereksinim. Adli Tıp Bülteni 13 (2): sayfa 69-77.

-Akıncı-Sokullu Füsun. (2008). Viktimoloji (Mağdurbilim). İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.

-Adli Ebelik Eğitimi https://adlibilimler.net/tag/adli-ebelik/ (Erişim Tarihi 25.05.2019)

-Adli Ebelik Lisans Dersi http://cdn.istanbul.edu.tr/FileHandler2.ashx?f=ebelik.pdf (Erişim Tarihi: 25.05.2019)

‘MİYOKARDİAL BRIDGE’YE BAĞLI GENÇ YAŞTA ÖLÜM: OLGU SUNUMU

Giriş

Adli olgu bildirimi yapılan doğal ölüm nedenlerinden ilk sırayı kardiyovasküler sistem kaynaklı patolojilerin oluşturduğu bilinmektedir. Bu grup içerisinde etyolojik sebep olarak koroner arter anomalileri nadiren sebep olarak gösterilmektedir.

Doğumsal bir koroner arter anomalisi olan miyokardiyal bridge (MB), epikardiyal koroner arterlerden birinin bir segmentinin miyokardiyum içerisinde seyretmesi ile karakterize bir durumdur (1).

Koroner kan akımı normal şartlarda diyastolde olur ve sistolde yalnızca %20'lik bir akım meydana gelir. Bu nedenle miyokardiyal bridgenin iskemik komplikasyonlarının nedeni açık değildir (2). Ancak myokaridyal bridge olgularında intramural segmentin sistolde basıya uğraması nedeniyle distale giden koroner kan akımının azalmasına bağlı miyokard iskemisi meydana gelebilir (3).

Fiziksel efor sonrası myokard enfarktüsü sonucu öldüğü tespit edilen olgumuzda, ölümün genç yaşta olması ve alt yatan patolojinin myokardiyal bridge saptanması sunulmaya değer bulmuştur.

Olgu

15 yaşında erkek olgu parkta fiziksel aktivite sonrası yere yığılma hikayesi ile canlandırma işlemi eşliğinde 112 tarafından sağlık kuruluşuna getirilmiştir. EKO’da kalp anatomisi normal izlenmiş, tekrarlayan arrestler gelişmiş, yaklaşık 5,5 saat kadar süren tıbbi müdahale sonrası ölümü gerçekleşmiştir.

Adli vaka bildirimi yapılan olgumuzun adli soruşturma sırasında alınan tanık ifadesi; oğlunun kardeşiyle birlikte parkta bisiklet sürdüğü, sonrasında basketbol oynadığı, “başım dönüyor” diyerek yere yığıldığı, bilinen bir hastalığı ya da madde kullanımı olmadığı şeklindedir.

Ölü muayenesinde vücudunda tıbbi müdahale ile uyumlu izler görülmüş, takiben sistematik otopsi işlemine geçilmiş, kafada sol temporalde 3x2 cm’lik kanamalı alan dışında anlamlı özellik saptanmamış, göğüs kafesinde her iki taraf 2-5. kaburgalar muhtemel canlandırma işlemine bağlı orta klavikular hat hizasından ekimozlu kırık görülmüş, sol göğüs boşluğundan 50 cc kadar hemorajik vasıfta mayi boşaltılmış, sağ akciğer 836 gr, sol akciğer 770 gr ağırlığında tartılmış, kesitlerinden sıkmakla yoğun miktarda kanlı köpük çıkışı izlenmiş, kalp çıkartılmış, 468 gr ağırlığında tartılmış, yüzeyinde nadir noktavi kanamalı alanlar ile yağlanmaya sekonder hafif değişimler izlenmiş, kalp kapakları sırasıyla triküspit 12 cm, pulmoner 7 cm, mitral 9.5 cm, aort 5.5 cm, sağ miyokart 0.4 cm kalınlıkta, sol myokart baziste 1.5 cm kalınlıkta ölçülmüş, aort yüzeyinde nadir aterom plakları izlenmiş, koroner arterler açık bulunmuş, sol ön inen koroner arterin orta 1/3’lük segmentinin yaklaşık 5 cm’lik kısmı kas doku içi seyirli görülmüş (Resim 1), kalbin kordotendinealarında kanamalı görünüm izlenmiş (Resim 2), myokard kesitlerinde interventriküler septumun bazis komşuluğu ile endokart yüzeyinde yer yer kanamalı alanlar (Resim 3) dışında anlamlı özellik saptanmamış, boyun organlarından sağ taraf cilt, cilt altı, kas gruplarında iğne enjeksiyon girişimi ile uyumlu yoğun kanama, trakea girişi ile özefagusta sıvaşık miktarda gıdai içerik izlenmiş, batın organlarından karaciğerde yağlanma ile uyumlu hafif sarımtrak renk değişimi görülmüş ve dalak 400 gr ağırlığında tartılmıştır.

Histopatolojik incelemede; beyin, beyincik-beyin sapı, böbrek ve karaciğerde; konjesyon, kalpte; myokardiyal kesitlerde 4-12 saatlik bir zaman aralığında geçirilmiş myokard enfaktüsü (akut MI) lehine değerlendirilen subendokardiyal genişçe bir kaç sahada kuagülasyon nekrozu bulguları olan nüklesularda kayıp ve hipereozinofili, kontraksiyon bant nekrozu ile intertisyel mesafelerden ilerleyen kanama ve/veya ödem, akciğerde; pürülan bronşit, taze lobar pnömoni, alveoler ödem ve taze kanama, konjesyon, küçük-orta çaplı damarlarda yağ embolisi (resüsitasyon?) izlenmiştir.

Toksikolojik incelemede; kanda, ilaç etkin maddelerinden 228 ng/ml Lidokain ve 95 ng/ml Midazolam tespit edilmiştir.

Soruşturma dosyasında bulunan ifadeler ve tüm postmortem inceleme sonuçları birlikte değerlendirildiğinde olgumuzun ölümünün, kendisinde mevcut konjenital kalp damar hastalığına bağlı kalp krizi (akut myokard enfarktüsü) sonucu gerçekleştiği belirlenmiştir.



Resim 1: Myokardda seyrettiği görülen sol ön inen koroner arter segmenti



Resim 2: Kordotendinealarda kanamalı görünüm (kırmızı ok)



Resim 3: Endokart yüzeyi ile interventriküler septumun myokardiyal kesitlerinde kanamalı görünüm

Tartışma ve Sonuç

Miyokardiyal bridge en yaygın olarak sol ön inen arterin (LAD) orta segmentinde görülür (4). İlk kez 1737 yılında otopside Reyman tarafından tanımlanmıştır (5). Genellikle uzun dönem sağ kalımı oldukça iyi olan benign bir hastalıktır (6).

Çocuklarda myokardiyal iskeminin temelini oluşturan koroner arter hastalıkları etyolojik neden olarak; koroner arterlerin konjenital anomalileri, konjenital kalp hastalığı ile ilişkili koroner arter komplikasyonları, Kawasaki Hastalığının koroner sekelleri, hipertrofik kardiyomiyopati ile ilişkili miyokardiyal iskemi ve kokain kullanımı ile ilişkili miyokardiyal iskemi olarak sınıflandırılır (7).

MB köprüleşen kısmın proksimalinde ateroskleroz gelişim eğilimini arttırır ve bu yolla koroner arter hastalığı için anatomik bir risk faktörü gibi davranır (8). MB’in neden olduğu koroner obstrüksiyonun derecesi, MB’nin yerleşimine, kalınlığına, uzunluğuna ve kardiyak kontraktilitenin derecesine bağlıdır (1).

Miyokardiyal bridgenin, miyokardiyal iskemiye katkı sağlayıp sağlamadığı konusu halen tartışmalı olmasına rağmen, yayınlarda egzersiz ya da istirahatta MB ile ilişkili miyokardiyal iskemi yanında (9) akut miyokardiyal enfarktüs (AMI), aritmi ve ani ölüm vakaları da bildirilmiştir (10).

Fiziksel eforun ölüm üzerine etkisi bu tür olgularda akla getirilmelidir. Ani genç ölümünde; öncelikle şahsın tıbbi özgeçmişi ve soy geçmişi hakkında kapsamlı bilgilere ulaşılmaya çalışılmalıdır. Sonra detaylı otopsisi yapılmalı, kalp titizlikle incelenmelidir. Kalp örnekleri, muhtemel odakları da içerecek şekilde alınmalı ya da kalp histopatolojik incelemeye bir bütün halinde gönderilmelidir (11).

Sunduğumuz fiziksel efor sonrası ölen genç yaştaki olgumuzda, myokardiyal bridge literatürle uyumlu olarak sol ön inen koroner arter yerleşimli görülmüştür. Kalbin myokardial kesitlerinde kanamalı alanlar izlenmiş ve buralardan yapılan histopatolojik örnekleme sonuçları akut myokard enfarktüsü lehine yorumlanmıştır.

Sonuç olarak; otopsi sırasında koroner arterde görülen myokardiyal bridge, yalnızca basit bir doğumsal anomali olarak değerlendirilmemeli, genç yaştaki olgularda özellikle fiziksel efor sonrası kardiyak temelli ölümlerin primer sebebi olabileceği unutulmamalıdır.

Kaynaklar:

1- Alegria JR, Herrmann J, Holmes DR Jr, Lerman A, Rihal CS. Myocardial bridging. Eur Heart J 2005;26:1159-68.
2- Grocer M. Mancini GBJ. Myocardial bridge associated with pacing induced coronary spasm. Am Heart J 1984;108:1540-1543.
3- Angelini P, Trivellato M, Donis J, Leachman RD. Myocardial bridges: a review. Prog Cardiovasc Dis 1983;26:75-88.
4- Garg S, Brodison A. Chauan A. Occulisive systolic bridging of circumflex artery. Cathet Cardiovasc Diagn 2000;51:477-478.
5- Reyman HC. Diss. De vasis cordis propriis. Bibl Anat 1737;2:359-79.
6- Bashour T. Espinosa E. Blumenthal R. Wong T. Mason DT. Myocardial infarction caused by coronary artery myocardial bridge. Am Heart J 1997;133:473-477.
7- Takahashi M. Cardiac Ischemia in Pediatric Patients. Pediatr Clin North Am 2010;57(6):1261-80.
8- De Winter RJ, Kok WE, Piek JJ. Coronary atherosclerosis within a myocardial bridge not a benign condition. Heart 1998;80:91-3.
9- Faruqui AM, Maloy WC, Felner JM, Schlant RC, Logan WD, Symbas P. Symptomatic myocardial bridging of coronary artery. Am J Cardiol 1978;41:1305-10.
10- Bestetti RB, Costa RS, Zucolotto S, Oliveira JS. Fatal outcome associated with autopsy proven myocardial bridging of the left anterior descending coronary artery. Eur Heart J 1989;10:573-6.
11- Fedakar R, Gök E, Çetin S, Baduroğlu E, Saka N, Aslanhan N. Genç Ani Kardiyak Ölümlerde Adli Tıbbi Boyut: Bir Olgu Sunumu. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2012;38(3):201-205.

İletişim:
Hamza Keskinkılıç
hmzkeskinkilic@gmail.com
0532 646 4724

Hamza KESKİNKILIÇ*, Mehmet ALTINOK*, Hakan TOKA*, Emre GÜRBÜZ*
***Adli Tıp Kurumu Konya Şube Müdürlüğü**

KAPAK REPLASMANI YAPILAN KİŞİNİN YILLAR İÇERİSİNDEKİ KLİNİK SEYRİNE VE DEĞİŞEN YÖNETMELİKLERE GÖRE ÇALIŞMA GÜCÜ KAYBINDAKİ DEĞİŞİKLİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Olgu Sunumu

Ümran Taşçı BÜYÜKŞAHAN, Şeyma Erdem ARSLAN, Zeynep ORHAN, Hızır ASLIYÜKSEK

Adli Tıp Kurumu, İstanbul

e-mail: dr.umrantasci@gmail.com; Tel: 0212 454 15 00-1667

Giriş ve Amaç: Çalışma gücü kaybına neden olan kalp hastalıkları içerisinde; koroner arter hastalıkları, kalp yetersizliği ve hipertansiyondan sonra sık görülen ve genellikle ameliyat gerektiren kalp kapak hastalığına sahip bireylerin çalışma gücü kaybındaki değişikliklerin değerlendirilirken kişilerin klinik seyrindeki değişim ve değişen yönetmeliklerin verilen kararlar üzerindeki önemini göstermek amaçlanmıştır.

Yöntem (Olgu sunumu): 1973 doğumlu erkek hasta; 28/09/2021 tarihli Maluliyet ve Çalışma Gücü Kaybı Tespit İşlemleri Yönetmeliği kapsamında maluliyetinin bulunup bulunmadığı hususunda rapor düzenlenmesi amacıyla Adli Tıp İkinci Üst Kuruluna gönderilmiştir. Olgumuz 1993 yılında aort kapak replasmanı ameliyatı olduğu ve bu nedenle aynı yıl içerisinde askerliğe elverişli olmadığı kararı verildiği, 2001 yılında aort kapak replasmanı ve hafif mitral yetmezlik tanıları ile %40 özür durumunu belirtir rapor aldığı, 2012 yılında aortotomi ameliyatı olduğu, 2018 yılında yapılan değerlendirmede EF: %29, fonksiyonel kapasitenin düşük olduğu, NYHA III (üç) ileri dönem kalp yetmezliği ve düşük fonksiyonel kapasitesi olması sebebiyle 03/08/2013 tarih ve 28727 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliğinin K-7 maddesi gereğince çalışma gücünün %60'ını kaybettiğine karar verildiği, sonrasında 2019 yılında SGK ve SSYSK tarafından tekrar yapılan değerlendirmede EF: %38, kalp kapak hastalığı ve konjestif kalp yetmezliği bulgularıyla çalışma gücünün %60'ını kaybetmediğine karar verildiği, 2021 yılında Adli Tıp Kurumu Üçüncü Adli Tıp İhtisas Kurulunca olgunun değerlendirildiği EF: %35, NHYA I(bir) olduğu ve çalışma gücünün %60'ını kaybetmediğine karar verildiği görüldü. Yeni yönetmeliğin yürürlüğe girmesi nedeniyle 28/09/2021 tarih ve 31612 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Maluliyet ve Çalışma Gücü Kaybı Tespiti İşlemleri Yönetmeliğine göre Adli Tıp Kurumu İkinci Üst Kurulu'na değerlendirilmesi için gönderildi.

Bulgular: Olgumuz hakkında SGK, SSYSK ve Adli Tıp Kurumu kararlarından önce kişinin Kardiyoloji kliniğinde muayenesi ve yapılan EKO incelemesinde kalp fonksiyonlarına, ejeksiyon fraksiyonuna bakıldığı ve NYHA sınıflamasına göre klinik bulgularıyla evresinin belirlendiği ve ilgili yönetmeliklerin ilgili bölümlerine göre mütalaa düzenlendiği, 2018 yılında yapılan muayenesine göre 03/08/2013 tarih ve 28727 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanan Maluliyet Tespit İşlemleri Yönetmeliğine göre çalışma gücünün %60'ını kaybettiğine karar verilirken, 2019 ve 2021 yıllarında yapılan muayene bulgularına göre aynı yönetmelik kapsamında SGK, SSYSK ve 3. ATİK tarafından %60'ını kaybetmediğine karar verildiği, dosyanın bu haliyle 2. Üst Kurula gönderilerek 28/09/2021 tarih ve 31612 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanan Maluliyet ve Çalışma Gücü Kaybı Tespiti İşlemleri Yönetmeliği Hükümleri kapsamında değerlendirilmesi istendiği, 12/10/2017 tarihinden itibaren 18/01/2021 tarihine kadar geçen sürede çalışma gücünün en az %60 (yüzdealtmış)'ını kaybetmiş olduğu, bu süre içerisinde malul sayılması gerektiği, 18/01/2021 tarihinden itibaren ve hâlihazırda çalışma gücünün en az %60 (yüzdealtmış)'ını kaybetmemiş olduğu, malul sayılamayacağına hususunda mütalaa düzenlendiği görülmüştür.

Sonuç: Kalp kapak hastalıkları bulunan kişilerin uygulanan girişimsel yöntem ve medikal tedavilere göre değişen klinik tabloları ve yönetmeliklere göre çalışma gücü kayıplarının farklı değerlendirildiği görülmüştür.

Farklı Düzenekler ile Gerçekleşen Üç Asfiktik İntihar Olgusu

Bekir DİNÇER, Mert ASLAN, Koray BÜYÜKATAK
Adli Tıp Kurumu Ankara Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesi

Giriş

İntiharlar dünyada önemli ölüm sebeplerinden biridir. ABD'de en sık kullanılan intihar yöntemleri ateşli silah, ası ve asfiksi iken, ülkemizde intihara bağlı ölümlerin çoğunluğunu ası, ateşli silah, yüksekten düşme oluşturmaktadır. Bu seride asfiktik ölümle sonuçlanan farklı düzenekler kullanılarak gerçekleştirilmiş üç intihar olgusunun literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu 1

İkametinde çöp poşeti içerisinde ölü bulunan 51 yaşında, erkek cesedinin olay yeri fotoğraflarında ağız kısmı içeriden bantlanmış şekilde tamamen kapatılmış siyah poşet içerisinde, yatar pozisyonda bulunan erkek cesedi ile 2 adet küçük tüp, ışık kaynağı ve bant olduğu görüldü. Otopside iç ve dış muayenede çürüme bulgularının olduğu, travmatik lezyon olmadığı görüldü. Kişinin ölümünün tüp gaz bileşenleri (propan, izobütan, bütan) zehirlenmesi sonucu meydana geldiği saptandı.



Resim 1 ve 2. Olgu 1'in olay yeri görüntüleri

Olgu 2

Araç içerisinde ölü bulunan 48 yaşındaki erkek cesedinin olay yeri fotoğraflarında aracın egzozundan sol arka camına hortumla düzenek oluşturulduğu, cesedin sürücü koltuğunda oturur vaziyette olduğu görüldü. Otopside haricen travmatik bulgu saptanmadı. Ölü lekelerinin pembe renkte oluştuğu, iç muayenede organlarda pembe renk değişiklikleri, yer yer çürüme bulguları görüldü. Ölümün karbonmonoksit zehirlenmesi (kan COHb düzeyi %96,1) sonucu meydana geldiği saptandı.



Resim 3. Olgu 2'nin olay yeri görüntüsü

Olgu 3

Orduevindeki odasında ölü bulunan 25 yaşında erkek cesedinin olay yeri fotoğraflarında baş bölgesine siyah poşet geçirilmiş ve poşetin boyun kısmı bantlanmış, cesedin yatakta sırt üstü yatar vaziyette olduğu ve poşet içerisinden helyum tüpüne uzanan hortum düzeneği bulunduğu görüldü. Otopside dış muayenede göz çevrelerinde peteşiler izlendi. Travmatik bulgu saptanmadı. Toksikolojik incelemede madde veya uçucu gazlar bulunmadı. Ölüm sebebinin tespiti için Birinci İhtisas Kuruluna sevk edildi.



Resim 4. Olgu 3'ün olgunun olay yeri görüntüsü

Sonuç

Karbonmonoksit zehirlenmelerinde ölüm mekanizması kanın oksijen taşıma kapasitesinde azalma iken, propan-bütan ve helyum zehirlenmelerinde ise solunan hava içerisindeki oksijen oranının düşmesidir. Kapalı otoparkların yaygın olarak kullanıldığı ülkelerde egzoz dumanı solunmasına bağlı intiharlar çok sık bildirilmekte ise de ülkemizde de adli tıbbi uygulamada artan sıklıkla karşılaşılmaktadır. Bu nedenle bu konuda yapılacak araştırmaların arttırılması büyük önem arz etmektedir.

Uz.Dr. Bekir DİNCER
Adli Tıp Kurumu Ankara Grup Başkanlığı
Morg İhtisas Dairesi
drdincerbekir@gmail.com

ANKARA ŞEHİR HASTANESİ

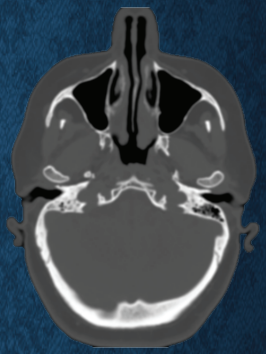
BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ GÖRÜNTÜLERİNDEKİ MASTOİD HÜCRELERİN VOLÜMETRİK DEĞERLERİNİN TÜRK POPÜLASYONUNDA KİMLİK TAYİNİNDEKİ ROLÜ

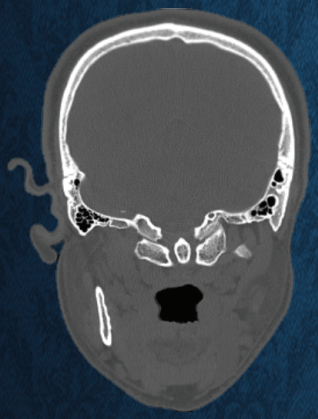
Hadi SASANİ*, **Sıla YAZKAN HIRA****, Hakan KUL**, Aytunç AKREP**, Muhsin CEVRİOĞLU**, Burak TAŞTEKİN**, Yavuz HEKİMOĞLU**

*Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı
**Ankara Şehir Hastanesi Adli Tıp Kliniği

GİRİŞ

Antemortem ya da postmortem kimliği bilinmeyen kişilerin kimliğinin tanımlanması veya doğrulanması adli tıp pratiğinde önemli bir yer tutmaktadır. Kimlik tanımlama yöntemi olarak DNA analizinin kullanılması bilinen en iyi yöntemdir ancak maliyet etkin olmayabilmektedir. Bu nedenle radyolojik yöntemlerle kişilerin kimliklerinin tayini giderek artan bir popülariteye sahiptir.





AMAÇ

Bu çalışmada, Türk popülasyonundaki kişilerin mastoid hücrelerinin hacimleri ölçülerek kimlik tayini ve tahmin modeli oluşturulması hedeflenmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM

20-69 yaş aralığında beyin bilgisayarlı tomografisi (BT) çekilen 100 (50 kadın/50 erkek) hastanın cinsiyet, yaş, mastoid hücre volümleri incelenmiş ve kimlik tayini için tahmin modellemesi oluşturulmuştur.

BULGULAR

Vakaların yarısı erkek, yarısı kadın olmak üzere yaş ortalamaları 45±14,6 saptanmıştır. Erkeklerde mastoid hücre volüm ortalaması sağ/sol 7,13±4,23/6,76±4,34 cm^3, kadınlarda mastoid hücre volüm ortalaması sağ/sol 5,65±3,72/6,18±4,46 cm^3 olarak ölçülmüştür. Sol mastoid hücre hacmi 40 yaş öncesi ve sonrası gruplar arası karşılaştırmada anlamlı farklılık göstermiştir.

SONUÇ

Kimliği belli olmayan olguların tespiti ya da doğrulanmasında BT incelemesi vasıtasıyla mastoid hücrelerin hacimlerinin ölçülerek karşılaştırma yapılması basit ve kullanışlı bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Kişilerin BT görüntüleri kullanılarak olguların mastoid hücre hacimlerinin ölçülmesi kimlik tespitinde yardımcı metod olarak kullanılabilir ancak kesin olarak tespit için ileri incelemelere ihtiyaç duyulmaktadır.

CEZA EHLİYETİ DEĞERLENDİRİLEN FETİŞİZM TANISI BULUNAN HASTANIN OLGU SUNUMU

Gülsüm Damar[1], Safiye Abakay[2], Özge Demir[1]
1- Adli Tıp Kurumu Adli Tıp Dördüncü İhtisas Kurulu
2- Adli Tıp Kurumu Adli Tıp Altıncı İhtisas Kurulu

GİRİŞ

Parafili bozuklukları, diğer adıyla cinsel sapkınlık bozuklukları cinsel uyarılmanın sıra dışı eylemler yoluyla yaşanmasıdır (1). Pedofili bozukluğu, gözetlemecilik (voyeurism) bozukluğu, göstermecilik (exhibitionism) bozukluğu, fetişizm bozukluğu bu grup içerisinde yer alan bozukluklardandır (2). Fetişizm (nesne tutkusu) canlı olmayan nesnelere ve vücudun bazı kısımlarına duyulan cinsel haz durumudur (3). Fetişizm bozukluğu tanısı için semptomların en az 6 ay sürmesi, cansız nesnelere ya da cinsel organ dışı vücut kısımları ile cinsel olarak tekrarlayan uyarılmaları sağlaması, kişinin sosyal ve iş hayatında işlevselliğinde bozulmaya neden olması gereklidir (2).

Olgumuz Adli Tıp Kurumu Dördüncü İhtisas Kurulunda 2009 yılından 2022 yılına kadar düzenlenen tüm mütalaalar içinde fetişizm tanısıyla hakkında TCK 32/2. maddesinin tatbiki uygulanan tek vaka olmasıyla önem arz etmektedir.

OLGU

1968 doğumlu erkek olgu, Adli Tıp Kurumuna ilk olarak 2008 yılında işlediği "hırsızlık" suçu nedeniyle 5237 sayılı TCK 32/1. maddesi uyarınca akıl hastası olup olmadığı, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayıp algılamadığı veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin önemli derecede azalmış olup olmadığı, 5237 sayılı TCK 32/2. maddesi uyarınca işlediği fiil ile ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin azalmış olup olmadığı sorusu ile gönderilmiştir. Dava konusu olayda başkasına ait bir evin açık olan kapısından içeri girip evin yatak odasındaki çekmeceleri karıştırdığı, komodinin içerisinden kadın iç çamaşırı alarak cebine koyduğu, aynı yerden dışarı çıktığında buradaki vatandaşların kişiyi yakalattığı anlaşılmıştır. Bu olay nedeniyle 2009 yılında Adli Tıp Kurumu Dördüncü İhtisas Kurulunca yapılan muayenesinde; 16 yaşından itibaren balkonlardan ve eve girerek kadın iç çamaşırı aldığını, çok kez yaptığını, 5 defa yakalandığını, 8-9 defa mahkemelik olduğunu, kadın çamaşırı gördüğü zaman alamadığında içinde çok sıkıntı yaşadığını ifade ettiği, muayene sonucunda fetişizm tanısı konduğu ve 2008 tarihinde sanığı bulunduğu hırsızlık suçuna karşı cezai sorumluluğu tam olmayıp hakkında 5237 sayılı TCK'nin 32/2. maddesinin tatbikinin uygun bulunduğuna dair mütalaa düzenlenmiştir. Olgunun işlediği bu suç sonrasında (...) Eğitim ve Araştırma Hastanesinde cinsel işlev bozukluğu + obsesif kompulsif bozukluk tanısıyla tedavi düzenlendiği, 2009 yılında da anksiyete bozukluğu tanısıyla takip ve tedavilerinin yapıldığı görülmüştür. Olgunun Adli Tıp Kurumuna ikinci başvurusunda 2009 yılında işlediği "geceleyin kilitlenmek suretiyle muhafaza altına alınan eşya hakkında hırsızlık" suçu nedeniyle 5237 sayılı TCK 32/1. maddesi uyarınca akıl hastası olup olmadığı, işlediği Fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayıp algılamadığı veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin önemli derecede azalmış olup olmadığı, 5237 sayılı TCK 32/2. maddesi uyarınca işlediği fiil ile ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin azalmış olup olmadığı sorusu ile gönderilmiştir. Dava konusu olayda sokaktan geçerken bir apartmanın birinci katının balkonunda ipe asılı kadın iç çamaşırları gördüğü, dayanamayıp balkona tırmandığı, kadın iç çamaşırlarını aldığı, ayrılırken kendisini birisinin gördüğü, bir süre sonra polislerin kendisini yakaladığı anlaşılmıştır. Bu olay nedeniyle 2014 yılında Adli Tıp Kurumu Dördüncü İhtisas Kurulunca yapılan muayenesinde; iç çamaşırı görünce huzursuz olduğunu, almadan rahat edemediğini, önceleri çamaşırları sakladığını, sonradan atmaya başladığını, tedavi aldığını, tedavinin çok işe yaradığını söylediği, muayene sonucunda fetişizm tanısı konduğu ve 2009 tarihinde sanığı bulunduğu suça karşı cezai sorumluluğu tam olmayıp hakkında 5237 sayılı TCK'nin 32/2. maddesinin tatbikinin uygun bulunduğuna dair mütalaa düzenlenmiştir. Kişinin işlediği "kilitlenmek suretiyle muhafaza altına alınan eşya hakkında hırsızlık, konut dokunulmazlığını ihlal etme" suçu nedeniyle (...) Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde cinsel tercih bozuklukları/fetişizm tanısı ile koruma ve tedavi amacıyla 2014 yılında yatışının yapıldığı, aynı hastane tarafından 5 yıl süreyle ve 6 ay aralarla oturduğu yere en yakın devlet hastanesi psikiyatri kliniği ya da üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde ya da bölgesindeki ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde tıbbi kontrol ve takibinin uygun olduğu kanaati bildirilmiştir. Yine aynı yıl içinde (...) Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde yatışının yapıldığı, yatışı sonunda işlediği iddia edilen "konut dokunulmazlığını ihlal etme, hırsızlık" suçları esnasında da "Parafrenia (Fetişizm)" denilen psikiyatrik hastalığın kısmen etkisinde olduğu, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını tam algılayamadığı ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin azalmış olduğu, dolayısıyla işlediği öne sürülen suça yönelik ceza sorumluluğunun azalmış olduğu, hakkında 5237 sayılı TCK'nin 32/2. maddesinin tatbikinin uygun olduğu ve suç tarihinden sonra gördüğü tedavilerle hastalığı halen remisyon (klinik belirtilerde düzelme) halinde olduğundan, hakkında TCK'nin 57. maddesi gereğince koruma ve tedavi amaçlı akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirlerinin uygulanmasına gerek bulunmadığına karar verilmiştir. 2017 ve 2018 yıllarında bir eğitim ve araştırma hastanesinde toplum açısından tehlikeliliğinin önemli ölçüde azalmış olduğu tıbbi kanaatine varıldığına dair rapor düzenlenmiştir. Olgunun Adli Tıp Kurumuna son başvurusunda 2018 yılında işlediği "mala zarar verme, gece vakti konut dokunulmazlığının ihlali, gece vakti nitelikli hırsızlığa teşebbüs" suçları nedeniyle yine TCK 32/1 ve TCK 32/2 kapsamında değerlendirilmesi istenmiştir. Dava konusu olayda daha önceden balkonunda kadın iç çamaşırları gördüğü bir daireye, ışıklarının yanmadığını görünce kadın iç çamaşırı bulup çalmak amacıyla girdiği, iç çamaşırı bulamadığı, tam çıkmaya hazırlanırken polis ekibinin geldiği ve yakalandığı, bu hastalığı nedeniyle de tedavi gördüğü anlaşılmıştır. Bu olay nedeniyle 2021 yılında Adli Tıp Kurumu Dördüncü İhtisas Kurulu ve Gözlem İhtisas Dairesince yapılan muayenelerinde; 16 yaşından beri kadın iç çamaşırı çaldığı, iç çamaşırı görünce huzursuz olduğu, almadan rahat edemediği, önceleri çamaşırları sakladığı, sonradan atmaya başladığı, tedavi aldığı, bu olayın 20'den fazla yaşandığı, bu mahkemelik olaydan sonra bir daha yapmadığını ifade ettiği, bilinci açık, koopere, yöneliminin tam olduğu, öz bakımının orta, yaşında gösteren, psiko-motor aktivitesi olağan olarak tespit edildiği, duygulanımı ötimik, düşünce içeriğiyle uygun, çağrışımları düzgün, amaca yönelik olan kişide düşünce ve algı bozukluğu saptanmadığı, dikkati, hesaplaması, muhakemesi, soyutlaması gibi bilişsel işlevleri olağan bulunduğu, psikometrik incelemesi sonucunda nevrotik anksiyete ve dürtü kontrolünde zayıflık olarak değerlendirildiği, muayene sonucunda fetişizm tanısı konduğu ve 2018 tarihinde sanığı bulunduğu bu suçlara karşı cezai sorumluluğu tam olmayıp hakkında 5237 sayılı TCK'nin 32/2. maddesinin tatbikinin uygun bulunduğuna dair mütalaa düzenlenmiştir.

TARTIŞMA

Erişkin cinsel yaşantısında sıra dışı cinsel davranışlar görülebilmektedir ancak bu durum zorlantı şeklinde gerçekleşmediği sürece sorun olarak algılanmamaktadır (4). Parafili, alışılmışın dışında cinsel davranışlarla cinsel uyarılma veya hazza ulaşmayı amaçlayan sapkın davranışlar olarak tanımlanır (1). Parafilik aktlar, bireyi cinsel partneriyle ya da toplumla çatışma noktasına getirmediği sürece adli bildirimlere uğramazlar. Ancak bu sınır aşılarak parafilik davranışlardan kaynaklanan bozukluk halini aldığında hukuki ve klinik önem arz eden hale gelir (5).

Parafilik bozukluklardan olan fetişizm bozukluğu ise en az 6 aylık bir süre boyunca, kadın iç çamaşırları gibi cansız nesneler ya da genital organ dışı vücut bölgelerine yönelik, yineleyici, yoğun cinsel uyarıcı fanteziler, cinsel dürtüler veya davranışlarla karakterize bir bozukluktur. Fanteziler, cinsel dürtüler veya davranışlar genellikle klinik olarak belirgin bir sıkıntıya veya sosyal veya mesleki işlevsellikte bozulmaya neden olur (2, 6). Bu eylemler nedeniyle kliniğe başvurular, fetişist kişi ve çevresindekilerin yaşamını etkilemediği sürece nadiren görülmektedir (3). Fetişizm bozukluğunun toplumdaki sıklığı ve yaygınlığı hususunda kesin verilere ulaşmak bu nedenle oldukça güçtür. Olgumuz, evlendikten sonra parafilik aktlarını eşinin fark etmeye başladığını, böylelikle psikiyatri kliniğine başvurduğunu, daha öncesinde de yine aynı suçtan ceza aldığını, fakat o dönemde mevcut olan parafilik davranışları nedeniyle herhangi bir tedavi görmediğini ifade etmiştir. Bu durum fetişizm bozukluğunun toplumda sık görülse de nadiren gün yüzüne çıktığını düşündürmektedir.

Etiyolojisi hala bilinmemekle beraber bu cinsel sapkınlık bozuklukları erkeklerde kadınlardan daha yaygın görülmektedir. Cinsiyetler arasındaki bu farklılık, cinsel dürtü ile parafilik ilgi arasındaki ilişki ile açıklanmaktadır (7). Olgumuz literatürle uyumlu olarak erkek cinsiyettedir. Literatürde fetiş objeye özel bir anlam yüklemenin çocuklukta ortaya çıktığı, parafilik aktların ise ergenlikte başlayıp kronisite gösterdiği belirtilmektedir (8). Fetiş nesne oluşumunda anneden ayrılma ve prefallik dönemde oluşan anksiyetenin önemli olduğu, çocukluk döneminde ebeveynin kötü tutumlarının sebep olduğu travma nedeniyle parafilik davranışların oluştuğu öne sürülmektedir. Obsesif kompulsif bozukluğa benzer şekilde fetiş nesneye yönelik zorlantı benzeri dürtü gelişimi fetişizm bozukluğunun özelliklerindendir (9). Olgumuzun 16 yaşında ilk eylemlerinin başladığını, yirmiden fazla kez bu eylemlerin gerçekleştiğini, almazsa rahatsız hissettiğini ifade ettiği dikkat çekmektedir. Olgunun ilk çocukluk dönemi, belirtilerin ne zaman ve nasıl ortaya çıktığı hakkında bilgi sahibi olunamamıştır. Ancak muayene ve nöropsikometrik değerlendirmesinde kuvvetli enfantilizm saptanması, erken dönem anne ilişkilerinde olumsuz duygular, baba/otorite figürleri tarafından kabul görme ihtiyacı, kuvvetli nevrotik anksiyete ve dürtü kontrolünde zayıflık saptanması literatürü destekler niteliktedir.

Parafilik bozukluklara sıklıkla kişilik bozuklukları ve psikiyatrik hastalıklar eşlik etmektedir (10). Olgumuzun klinik geçmişinde cinsel işlev bozukluğu, anksiyete bozukluğu gibi tanılar aldığı görülmektedir.

Fetişizm bozukluğu olan bireylerde fetiş nesnenin çalınması sık görülen bir davranıştır. Fetişistlerin % 25'inin fetiş nesneyi çaldıkları, genellikle de çalınan nesnelerin iç giyim eşyaları ve ayakkabılar olduğu tespit edilmiştir (9). Olgumuzun önceki başvuruları kadın iç çamaşırı çalma nedeniyle olup son eyleminde kadın iç çamaşırı çalmak amacıyla girdiği evde yakalanmış; "mala zarar verme, gece vakti konut dokunulmazlığının ihlali, gece vakti hırsızlığa teşebbüs" suçları nedeniyle ceza sorumluluğunun bulunup bulunmadığının tespiti amacıyla Kurumumuza gönderilmiştir.

Fetişizm bozukluğu, fetişist ve çevresinin yaşamını etkilemediği ve adli birimlere yansımadığı sürece genelde açığa çıkmayan, klinikte nadir rastlanan bir bozukluktur. Bu hastalıkta kişi, fetiş nesneye yönelik adli sorunlarla karşılaşılabilmektedir. Olgumuzda muayene bulguları ve uygulanan nöropsikometrik testler sonucunda kadın iç çamaşırı çalma suçu cinsel uyarıyı sağlamaya yönelik bir eylem olarak değerlendirilerek fetişizm bozukluğu tanısı konulmuş ve işlediği fiille ilgili davranışlarını yönlendirme yeteneğini azaltan bir durum olarak değerlendirilmiştir.

Kaynaklar

1. Akbaş, G. "Parafili: Cinsel Sapkınlık." PiVOLKA 22.7 (2012): 2-4.
2. Köroğlu E. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabı. Beşinci baskı, Ankara: HYB, 2013.
3. Oğuz N, Uygur N. "Bir Olgu Nedeniyle Bebek Bezi Fetişizmi." Türk Psikiyatri Dergisi 16.2 (2005): 133.
4. Gabbard, G. O. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, 3. baskı, Washington: American Psychiatric Press; 2000:299- 307.
5. Purcell CE & Arrigo BA. The psychology of lust murder: Paraphilia, sexual killing and serial homicide. Amsterdam, Netherlands: Elsevier; 2006.
6. Firoz K, Nidheesh Sankar V, Rajmohan V, Manoj Kumar G, Raghuram TM. Treatment of fetishism with naltrexone: a case report. Asian journal of psychiatry. 2014;8:67-8
7. Konrad N, Welke J, Opitz-Welke A. Paraphilias. Current opinion in psychiatry. 2015;28(6):440-4.
8. Bozkurt A, Gülçat Z. Parafililer. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: HYB Basım Yayın; 2007:433-436.
9. Laws DR, O'Donohue W. Fetishism: psychopathology and theory. Sexual Deviance Theory, Assessment and Treatment. 1st ed. New York: Guilford Publications; 1997:75-91.
10. Dawson SJ, Bannerman BA, Lalumiere ML. Paraphilic interests: An examination of sex differences in a nonclinical sample. Ajournal of research and treatment. 2016;28(1):20-45.

ELEKTRİKLİ SCOOTER VE ELEKTRİKLİ BİSİKLET KAZALARINA ADLİ TIBBİ YAKLAŞIM

Araş.Gör.Dr.Beyza Betül CENİKLİ, Araş.Gör.Dr.Zehra ARSLAN ÇEVİK, Prof.Dr.Gürol CANTÜRK

ÖZET

Kentleşmenin artması ve ulaşımın günlük hayat içerisinde zorlu bir hale gelmesi nedeniyle elektrikli bisiklet ve elektrikli scooter'ların hem bireysel hem de paylaşımlı olarak kullanımı günden güne artmaktadır. Trafik yoğunluğunun azalması açısından avantajlı olan bu ulaşım araçlarıyla yapılan kazalar ve yaralanmalar da günden güne artmaktadır. Çalışmamızın amacı Ankara Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalına elektrikli scooter ya da bisiklet ile yapılan kaza ile ilgili başvurusu bulunan dosyalar incelenerek, elektrikli scooter ile gerçekleşen yaralanmaların ciddiyeti konusunda farkındalık yaratmak ve kazalardaki yaralanma oranlarını düşürebilmek için alınabilecek önlemleri değerlendirmektir.

GİRİŞ

Elektrikli scooter ve bisiklet gibi alternatif ulaşım araçlarına ait özel yol ve yol işaretlerinin olmamasının yanı sıra kullanıcıların deneyimsizliği sonucu hafif bir sıyrıktan ciddi komplikasyonlara yol açan yaralanmalara kadar geniş bir skalada kliniğe yol açabilen kazalar gerçekleşmektedir (1,2,5). Ayrıca bu yaralanmalar yalnızca bu araçları kullanan sürücüleri değil yayaları da içermektedir (3,4).Çalışmamızda bu kazalara ve yol açabileceği yaralanmalara dikkat çekilmek istenmiştir.



YÖNTEM

Çalışmamızda Ankara Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı'na kati raporu düzenlenmek üzere Ocak 2019- Ağustos 2022 yılları arasında başvuran vakalar incelenmiştir. Vaka dosyaları elektronik ortamda retrospektif olarak incelenmiş ve Kati Raporlardaki yaralanma dereceleri Türk Ceza Kanunu'nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi Rehberi'ne göre değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Çalışmamızda 4 (%66,6) olgunun erkek ve 2 (%33,3) olgunun kadın olduğu, 15-77 yaş aralığındaki vakalardan 1 (%16,6)'inin yaya 5 (%83,3)'inin ise sürücü olduğu tespit edilmiştir. Elektrikli scooter ile yaralanan 3 (%50) olgunun tamamının kati rapor nedeniyle başvurduğu tespit edilmiştir. Elektrikli bisiklet ile yaralanan 3 (%50) olgunun 1 tanesi kati rapor tanzimi, kalan 2 olgu ise maluliyet tespiti için tarafımıza başvurmuştur. Olgularımızın tamamında etanol düzeyleri 10 mg/dl'nin altında tespit edilmiştir. Olguların yalnızca bir tanesinin basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek şekilde yaralandığı tespit edilmiştir. Bir olgunun yaşamsal tehlike içeren yaralanması olduğu ve kırığı olmadığı, dört olguda kemik kırığı olduğu tespit edilmiştir. Olguların hiçbirinde kask takılı olmadığı tespit edilmiştir.

TARTIŞMA

Elektrikli scooter ve bisikletler hızlı, ucuz ve çevre kirliliği yaratmayan bir ulaşım aracı olarak günden güne kullanımı artan ulaşım araçları olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu araçların kullanımına bağlı yaralanmalar sıklıkla kafa ve ekstremitelerde kırık, kontüzyon, laserasyon ve burkulma olarak karşımıza çıkmaktadır (6). Özellikle kask kullanımının zorunlu olmaması kafa travması sonucu yaralanmaların sık gözlenmesi sonucunu doğurmaktadır (3, 7). Kask kullanımı Amerika'nın bazı eyaletlerinde belli yaş aralığında zorunluyken, İtalya'da tüm yaş grupları ve tüm taşıtların kullanımı sırasında zorunlu hale getirilmiştir. Ülkemizde ise elektrikli scooter kullanımı ile ilgili yayınlanan yönetmelikte kullanım için yaş sınırı 16 olarak belirlenmişse de kask kullanımı ile ilgili bir düzenleme yapılmamıştır (8-10). Çalışmamızda da vakalarımızın hiçbirinin kask kullanmıyor olması endişe vericidir. Çalışmalar paylaşımlı elektrikli scooter kullanımının yaygınlaştığı yıllarda bu kazalara bağlı mortalite oranlarının arttığını göstermiştir (1, 3, 7).

Sürücü yaralanmalarının yanı sıra halka açık kaldırım ve alanlarda kullanılması sonucu yaya yaralanmaları da ortaya çıkmaktadır. Yapılan çalışmalarda sürücü olmayan yaralanmaların genellikle yaşlılarda görüldüğü tespit edilmiş olup çalışmamızda yaya olan vakanın ileri yaş erişkin birey olması literatürle uyumlu bulunmuştur (3).

Literatürde erişkin yaş grubuna ait yaralanmalı kazalarda 18-64 yaş arası bireylerde alkol düzeylerinin yüksek çıktığı tespit edilmiştir (1, 9). Çalışmamızda tüm olguların etanol düzeyi düşük bulunsa da örneklem grubumuzun sınırlılığı nedeniyle bu sonucun ortaya çıkabileceği düşünülmüştür.

Sonuç olarak yasal düzenlenmelerin özellikle kask kullanımını arttıracak şekilde düzenlenmesi, elektrikli scooter ve bisiklet gibi ulaşım araçlarının kullanabileceği yol düzenlemeleri ve alkol kontrollerinde bu araçları kullanan kişilerin de kontrolden geçirilmesi kazaların azalması açısından gerçekleştirilmesi gereken önemli adımlardır.

KAYNAKLAR

1.Traynor Jr MD, Lipsitz S, Schroeder TJ, Zielinski MD, Rivera M, Hernandez MC, et al. Association of scooter-related injury and hospitalization with electronic scooter sharing systems in the United States. The American Journal of Surgery. 2022;223(4):780-6.
2.Ioannides KL, Wang P-C, Kowsari K, Vu V, Kojima N, Clayton D, et al. E-scooter related injuries: Using natural language processing to rapidly search 36 million medical notes. PLoS one. 2022;17(4):e0266097.
3.Blomberg SNF, Rosenkrantz OCM, Lippert F, Christensen HC. Injury from electric scooters in Copenhagen: a retrospective cohort study. BMJ open. 2019;9(12):e033988.
4.English KC, Allen JR, Rix K, Zane DF, Ziebell CM, Brown CV, et al. The characteristics of dockless electric rental scooter-related injuries in a large US city. Traffic injury prevention. 2020;21(7):476-81.
5.Cicchino JB, Kulie PE, McCarthy ML. Severity of e-scooter rider injuries associated with trip characteristics. Journal of safety research. 2021;76:256-61.
6.Trivedi TK, Liu C, Antonio ALM, Wheaton N, Kreger V, Yap A, et al. Injuries associated with standing electric scooter use. JAMA network open. 2019;2(1):e187381-e.
7.Zhang X, Cui M, Gu Y, Stallones L, Xiang H. Trends in Electric Bike–Related Injury in China, 2004-2010. Asia Pacific Journal of Public Health. 2015;27(2):NP1819-NP26.
8.Bresler AY, Hanba C, Svider P, Carron MA, Hsueh WD, Paskhover B. Craniofacial injuries related to motorized scooter use: a rising epidemic. American journal of otolaryngology. 2019;40(5):662-6.
9.. Paylaşımlı Elektrikli Scooter Hizmetlerini Kullanma Niyetinde Etkili OlaTabanlı A. Elektrikli Scooter Kazalarına Nöroşirurjikal Açıdan Bir Bakış. İzmir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi. 2022;26(1):99-103.
10.Bölen Mc, Çeliker On Faktörler. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2021;35(3):1101-23.

Lazer Epilasyona Bağlı İkinci Derece Cilt Yanığı Olgusunun Medikolegal Değerlendirmesi Olgu Sunumu

ARŞ.GÖR.DR. ZEHRA ARSLAN ÇEVİK, ARŞ.GÖR.DR. ESRA ARSLAN

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

ÖZET

Lazer kaynağının epilasyon yöntemi olarak kullanılması güvenilir, hızlı, etkili ve ucuz bir yöntem olması nedeniyle günden güne yaygınlaşmaktadır. Lazer epilasyon güvenilir bir yöntemle olmakla birlikte komplikasyon gelişme olasılığı bulunan bir işlemdir. Özellikle koyu renkli ve bronzlaşmış ciltlerde yanık, krut oluşumu, hiperpigmentasyon, hipopigmentasyon ve skara neden olabilmektedir. Kişiye uygun dalga boyu aralığı tercih edilmesi önemlidir. Ciddi komplikasyonlar gelişebilen tıbbi bir işlem olması nedeniyle işlem öncesi bilgilendirme yapılarak aydınlatılmış onam formlarının uygun bir biçimde doldurulması gerekmektedir. Sunulan olguda 44 yaşında kadın hastaya lazer epilasyon yapmaya yetkin olmayan bir kişi tarafından lazer epilasyon uygulanmıştır. Olgunun kollarında ve el dorsumunda ikinci derece yanık oluştuğu görülmüştür. Dosya içeriğinde işlem öncesine ait aydınlatılmış onam formu bulunmadığı tespit edilmiştir. Lazer epilasyon işlemi tıbbi bir uygulamadır. Lazer epilasyon; tıp fakültesi mezunu doktor veya uzman doktorlar tarafından ya da bu konuda eğitim almış sağlık çalışanlarının doktor gözetiminde yapması gereken tıbbi bir işlemdir. İstenmeyen tıbbi sonuçların önüne geçilmesi açısından lazer epilasyon işlemine ait hukuki alt yapının sağlam bir şekilde oluşturulması gerekmektedir. Hukuki zemini oluşturulduktan sonra; lazer epilasyon yöntemi ile uygulama yapan merkezlerin düzenli denetimlerinin yapılması gerekmektedir.

GİRİŞ

Lazer epilasyon 1990'lı yıllardan bu yana estetik amaçlı kullanım sıklığı günden güne artan bir yöntemdir. Lazer epilasyonda kıl foliküllerindeki melaninin fototermoliz yoluyla yok edilmesi hedeflenmektedir (1, 2). Bu amaçla kullanılan cihazların her birinin farklı dalga boyu ve penetrasyon derinliği bulunmaktadır. Sıklıkla kullanılan cihazlar Alexandrite, Diode ve Neodymium: yttrium-aluminum-garnet (Nd:YAG) laser cihazlarıdır.

Lazer epilasyon nedeni ile oluşan yan etkilerin temel sebebi laser enerjisinin parsiyel absorsiyonu sonrası oluşan epidermal hasardır (3, 4). Lazer epilasyon sonrası akut dönemde perifoliküler eritem ve ödem gibi beklenen yan etkiler ortaya çıkmaktadır. Komplikasyon olarak hipopigmentasyon, hiperpigmentasyon, krutlanma , vezikül, bül, gibi akut belirtiler ve uzun dönemde skar oluşumu, akne artışı ve paradoksik hipertrikoz görülebilmektedir (5, 6). Özellikle koyu renkte ve ince cilt tipi olan kişilerde bu tip yan etki sıklığı artmaktadır. Lazer cihazlarına eklenebilecek epidermal soğutucu özellikli cihazlar ve epilasyon sonrası uygulanacak kişisel koruyucu tedbirler bu yan etkilerin görülme sıklığını düşürmektedir (5).

Lazer epilasyon ile ilgili son hukuki düzenleme ise 25.07.2019 tarih ve 27652 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan yayınlanan "İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatlarına İlişkin Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik – J bendi- Güzellik Salonları" maddesi ile yapılmıştır. Bu yönetmelik hükümlerine göre güzellik salonlarında güzellik uzmanları tarafından yapılabilecek işlemler belirtilmiş olup "12.2- Epilasyon ve depilasyon biriminde a. Lazer ve foto epilasyon uygulamaları dışındaki yöntemlerle epilasyon ve depilasyon işlemleri" yapılabileceği belirtilmiştir. Aynı yönetmeliğin J bendi 15.maddesinde ise güzellik salonlarında yapılması yasak olan işlemler sıralanmıştır. Bu işlemler; "Güzellik salonlarının reklam ve diğer tanıtım faaliyetlerinde lazer epilasyon, lazer veya IPL ile akne, cilt yenileme, vasküler damar tedavisi, pigmentli lezyon tedavisi yapılır biçiminde tanımlar kullanılamaz. 15.4. Güzellik salonunda tıp fakültesi mezunu olan biri çalışsa bile mezoterapi, akupuntur, lipoelektro gibi her türlü invazif girişimler ile tabip yetkisinde olan tıbbi işlemler yapılamaz. Beşerî tıbbi ürün tavsiye edilemez ve hastalıkların tedavisine ilişkin tavsiyelerde bulunamaz." şeklinde sıralanmıştır (2). Olgumuzda lazer epilasyon işlemine bağlı gelişen komplikasyonlar ve hukuki boyutuna yönelik yapılan dosya incelemesi tartışılmıştır.

OLGU

Anabilim dalımıza başvuran 44 yaşında ek bir hastalığı ve düzenli kullandığı ilaç olmayan kadın olgunun alınan anamnezinde 2018 yılı Haziran ayında her iki ön kol ve el dorsumu bölgelerine lazer epilasyon yaptırdığı anlaşılmıştır. Olgu daha önceki yıllarda vücudunun farklı bölgelerine farklı bir merkezde Alexandrite tip cihaz ile epilasyon yaptırdığını; ancak herhangi bir yan etki oluşmadığını belirtmiştir. Lazer epilasyon işlemi için gittiği merkezde ilk seans sonrası kollarında yanık oluştuğunu ifade etmiştir. Yan etkiler hakkında bilgilendirmenin işlem öncesinde yapılmadığını, herhangi bir onam formu imzalamadığını belirtmiştir. Lazer epilasyon sonrası kollarında oluşan yanığa müdahale eden personelin tıbbi personel olmadığını, lazer epilasyonu yapan kişiyle aynı kişi olduğunu belirtmiştir. İşlem sonrasında başvurduğu özel hastaneden ikinci derece yanık teşhisi konduğu ve yanık tedavisine başlandığını ifade etmiştir.

Şahsa ait tıbbi epikrizlerde; lazer epilasyondan 3 gün sonra özel bir sağlık kuruluşuna ait Dermatoloji poliklinik başvurusu olduğu, burada yapılan fizik muayenesinde her iki ön kol ve el dorsumunda sağda daha belirgin olmak üzere eritemli erode kahverengi kurutlu lazer başlığı ile uyumlu çaplarda ikinci derece yanık lezyonları olduğu belirtilmiştir (Resim 1). Dosya içeriğinde davalı işletmeye ait şahsın kol bölgesine 4 Julle enerji verilerek Alexandrite tipi cihaz ile estetisyen uzmanı personel tarafından epilasyon uygulandığına dair evrak olduğu tespit edilmiştir. Dosya içeriğinde davacının imzası bulunan herhangi bir aydınlatılmış onam metni tespit edilememiştir.

Şahsın Aralık 2018 ayında Anabilim Dalımızda yapılan muayenesinde sağ ön kol dış yüzde en büyüğü 2x3 cm olan birden fazla deri ile aynı seviye hiperpigmente alan olduğu, sol ön kol, sağ ve sol el dorsumunda herhangi



Resim 1. lazer işlemi sonrası ilk muayene Haziran 2018



Resim 2. Aralık 2018

TARTIŞMA VE SONUÇ

Standart cihaz ve tedavi parametresi bulunmayan lazer epilasyon uygulamaları malpraktis davalarına konu olmaktadır. William ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada en sık malpraktis konusu olan non-cerrahi estetik işlemler incelendiğinde lazer epilasyon yönteminin üçüncü sırada olduğu görülmüştür (7). Balçık ve Çakmak'ın yaptığı çalışmada estetik işlemlere bağlı malpraktis davaları incelendiğinde lazer epilasyonun en sık dava konusu işlem olduğu tespit edilmiştir (8).

Vakamızda tespit edilen lezyonlar her ne kadar komplikasyon olarak kabul edilse de; işlemi uygulayan kişinin yasal olarak lazer epilasyon uygulama yetkisi bulunmamaktadır. Türkiye'de lazer epilasyon uygulamasına yönelik hukuki düzenlemede tıbbi eğitim almamış güzellik uzmanlarının lazer ve foto epilasyon uygulamaları dışındaki yöntemlerle epilasyon ve depilasyon işlemleri yapabileceği belirtilmiştir (12). Bu kapsamda tıp fakültesi mezunu olmayan herhangi bir kişinin tıbbi işlem olan bu tür uygulamaları yapması yasalara aykırı bulunmaktadır (2). Dosya içeriğinde lazer epilasyon uygulayan kişinin tıp fakültesi mezunu olmadığı, "Güzellik Uzmanı" sertifikası bulunduğu tespit edilmiştir. Yapılan işlemin tıbbi nitelikte olması ve olası yan etkileri nedeniyle kişinin bilgilendirilmesi ve işlem öncesi onamının alınması gerekmektedir. Bu tür kozmetik işlemler öncesi bilgilendirilmiş onam formunda beklenilen yan etkilerin belirtilmesi, kişinin işlem sonrası yapacağı işlemlerin ayrıntılı olarak yer alması, uygulayıcı ve işlem gerçekleştirilen kişinin imzasının bulunması önem taşımaktadır (2, 11). İncelenen dosya içeriğinde işlem öncesinde bilgilendirme yapıldığına dair herhangi bir belgeye rastlanmamıştır.

Yapılan incelemeler sonucunda mahkemeye bildirilen bilirkişi görüşümüzde kişide oluşan hiperpigmentasyonun bir yan etki olduğu ve 12-24 ay arasında iyileşmenin beklendiği; ancak lazer epilasyonu yapan kişinin doktor olmaması ve yapılan işlem ile ilgili bilgilendirilmiş onam formu bulunmaması nedeniyle oluşan zararda davalının kusurlu olduğu belirtilmiştir.

Lazer epilasyon teknik ve tıbbi bilgi gerektiren medikal bir işlemdir. Lazer epilasyon tıp fakültesi mezunu doktorlar tarafından veya lazer epilasyon konusunda eğitim almış diğer sağlık personelleri tarafından doktor gözetiminde uygulanmalıdır. Yasalar çerçevesinde belirlenen bu sınırın kontrol ve denetimlerinin düzenli olarak yapılması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Nisar MS, Lloyd JR, Khan T. Laser hair removal put in the wrong hands. Dermatologic Surgery. 2013;39(3 pt1):480-2.
2. Kar H, Dokgöz H, Bilgin NG, Albayrak B, Kaya TI. Lazer Epilasyona Bağlı Cilt Lezyonlarının Malpraktis Açısından Değerlendirilmesi. The Bulletin of Legal Medicine. 2016;21(3):153-8.
3. Nanni CA, Alster TS. A practical review of laser-assisted hair removal using the Q-switched Nd: YAG, long-pulsed ruby, and long-pulsed alexandrite lasers. Dermatologic surgery. 1998;24(12):1399-405.
4. Lanigan SW. Incidence of side effects after laser hair removal. Journal of the American Academy of Dermatology. 2003;49(5):882-6.
5. Kutlubay Z. Alexandrite laser hair removal results in 2359 patients: a Turkish experience. Journal of Cosmetic and Laser Therapy. 2009;11(2):85-93.
6. Casey AS, Goldberg D. Guidelines for laser hair removal. Journal of Cosmetic and Laser Therapy. 2008;10(1):24-33.
7. Snapp WK, Kraft D, Jehle CC, Hartnett D, Crozier JW, Schmidt S. Medical Malpractice Claims After Nonsurgical Cosmetic Procedures. Plastic and Reconstructive Surgery Global Open. 2019;7(8 Suppl).
8. Yalcin Balcik P, Cakmak C. The evaluation of malpractice cases arising from aesthetic intervention in Turkey based on Supreme Court case law. The International journal of health planning and management. 2019;34(1):e885-e95.
9. Alajlan A. Crescent-Shaped Hyperpigmentation Following Laser Hair Removal: Case Series of Fifteen Patients. Lasers in Surgery and Medicine. 2021;53(3):333-6.
10. Davis EC, Callender VD. Postinflammatory hyperpigmentation: a review of the epidemiology, clinical features, and treatment options in skin of color. The Journal of clinical and aesthetic dermatology. 2010;3(7):20.

Erzurum Adli Tip Şube Müdürlüğünce 2020 ve 2021 Yillarında Düzenlenen Adli Raporlarin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi

Yiğit SEZER[1], Melikşah Raşit DEMİRCAN[1], Ömer Faruk SEYHAN[1], Seda KARAL[1], Büşra BAYDEMİR KILINÇ[1], Ramazan BUĞDAYCI[1], Ahmet Nezih KÖK[1,2]

[1] Erzurum Adli Tıp Grup Başkanlığı Erzurum Adli Tıp Şube Müdürlüğü

[2] Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

GİRİŞ

Adli raporlar, adli makamlarca hekimden istenilen ve kişinin tıbbi durumunu tespit ederek sorulan soruları yanıtlayan, hekimin görüş ve kanaatini bildiren raporlardır (1). Ülkemizde adli hekimlik hizmetleri Adalet Bakanlığına bağlı Adli Tıp Kurumu ve bağlı Adli Tıp Grup Başkanlıkları ve Adli Tıp Şube Müdürlükleri, Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler, Toplum Sağlığı Merkezleri ve aile hekimleri, üniversite adli tıp anabilim dalları ve adli tıp enstitüleri tarafından verilmektedir (2-4). Adli raporlar konuları açısından çok çeşitlilik arz etmekle birlikte künt travmatik yaralanmalar, ateşli silah, kesici-delici alet yaralanmaları, her türlü kazalar gibi etkiler sonucu kişilerin vücut dokunulmazlığının ihlal edildiği her türlü durumla ilgili Mahkeme ve Savcılıklarca adli rapor düzenlenmesi istenebilmektedir. Bu çalışmada Erzurum Adli Tıp Grup Başkanlığı Erzurum Adli Tıp Şube Müdürlüğünce 2020-2021 yılları arasında düzenlenen adli raporların sosyodemografik ve medikolegal özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

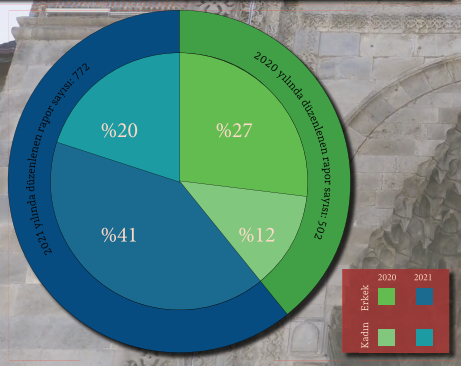
Erzurum Adli Tıp Grup Başkanlığı Erzurum Adli Tıp Şube Müdürlüğünce 2020-2021 yılları arasında düzenlenen adli raporlar retrospektif olarak incelenmiş ve bu olgular geldiği yer, yaş, cinsiyet, rapor türü, olay tarihi-polikliniğe müracaat arasında geçen süre, şube müdürlüğümüzce muayene edilip edilmediği, olay türü ve adli raporlarda verilen kararlar yönünden değerlendirilmiştir.

BULGULAR

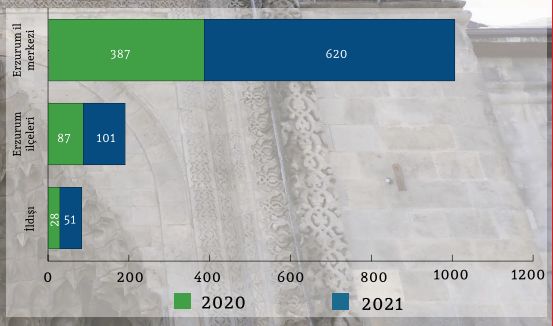
2020 yılında 502 olgunun ve 2021 yılında 772 olgunun değerlendirmesi yapılmıştır. Olguların 863'ünün erkek, 411'inin kadın olduğu, olguların 735'inde yalnızca dosya tetkiki ile, 342'sinde ise mevcut tıbbi belgelerle birlikte kişiler muayene edilerek rapor düzenlendiği, olguların 1195'inin Erzurum il merkezi ve ilçe adli mercilerince, 79'unun il dışı adli mercilerce şube müdürlüğümüze gönderildiği, olguların 1001'inde TCK 86-87-89 kapsamında vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçların adli tıbbi olarak değerlendirilmesi (kati rapor) talep edilmişken, 41'inde tek başına "yüzde sabit iz" (YSİ) değerlendirmesi, 26'sında meydana gelen yaralanmanın duyu veya organlardan birinin işlevinin zayıflaması veya yitirilmesi (UZ/UT) niteliğinde olup olmadığının değerlendirilmesi, 8'inde "YSİ" ve "UZ/UT"nin birlikte değerlendirilmesi, 198'inde TCK 31, TCK 32 veya diğer hususlarda rapor düzenlenmesi talep edilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Yargı sisteminin ayrılmaz bir parçası olan Adli Tıp Şube Müdürlüklerince düzenlenen adli raporların niteliksel olarak geliştirilebilmesi için adli raporların analizi ve sahada karşılaşılan sorunların tespiti önem arz etmektedir.



Şekil 1: Düzenlenen raporların yıla ve cinsiyete göre dağılımı



Şekil 2: Adli makamların bulundukları yere ve yıla göre düzenlenen rapor sayıları

İlgili kanun maddesi	Sorulan hususlar	2020	2021
TCK 86/87	Genel adli rapor	412	589
	Yüzde sabit iz/sürekli değişiklik değerlendirmesi	19	22
	Duyu veya organ işlevinin sürekli azalması/yitirilmesi	15	11
	YSİ ve UZ/UT birlikte	2	6
TCK 31	Yaş küçüklüğünde ceza ehliyeti	46	123
TCK 32	Akıl hastalığı varlığında ceza ehliyeti	0	6
Diğer	Mütalaa, çelişkinin giderilmesi vb.	8	15

Tablo 1: Adli makamlarca rapor düzenlenmesi istenen hususlar

TCK 86/87 kapsamında;	2021	2022
Muayenesi yapılarak rapor düzenlenen	140	202
Dosya üzerinden rapor düzenlenen	309	426

Tablo 2: Adli makamlarca Türk Ceza Kanununun (TCK) 86. ve 87. maddelerine göre rapor düzenlenmesi taleplerinde yıllara göre şahısların muayenesi yapılarak veya dosya üzerinden rapor tanzimi sayıları

Yaralama-rapor istemi arası geçen süre	2020	2021
0-6 ay	265	391
6-12 ay	70	106
12-18 ay	47	48
>18 ay	67	83

Tablo 3: TCK'nun 86/87. maddeleri kapsamına giren yaralama sonrası olay tarihi ve adli makamlarca rapor istemi arasında geçen süre

Yaralanma şekli	2020	2021
Künt travma	330	465
Ateşli silah ile	20	16
Kesici-delici alet ile	45	56
Trafik kazası	43	62
Diğer (zehirlenme, iş kazası vb.)	9	20

Tablo 4: TCK'nun 86/87. maddeleri kapsamına giren yaralanmalarda yıllara göre yaralanma şekillerinin sayıları (Birden çok yaralanma şekli bulunan durumlarda en ağır yaralanma şekli dikkate alınmıştır.)

KAYNAKLAR

1. Soysal Z. , Çakalır C. Adli Tıp. 1. Baskı: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, İstanbul, 1999; Cilt 3 , s.1574
2. Adli Tıp Kurumu Kanunu Uygulama Yönetmeliği. https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=7076&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeliği&mevzuatTertip=5
3. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=17051&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeliği&mevzuatTertip=5
4. Kök AN. Adli hekimlik hizmetlerinin yerine getirilmesinde Sağlık Bakanlığı (Sağlık Ocakları) ve Adalet Bakanlığı (Adli Tıp Kurumu) hizmetlerinin karşılaştırılması. Yıllık Adli Tıp Toplantıları Bildiri Kitabı,Antalya, 2002:19-22.
5. Polat O. Adli tıp prosedürü, Klinik Adli Tıp, 2. Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2006.

APENDEKTOMİ SONRASI MEYDANA GELEN MALULİYET: BİR OLGU SUNUMU

Hülya GÜLER*, Ekin Özgür AKTAŞ*, Ahsen KAYA*, Ender ŞENOL*
*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

GİRİŞ ve AMAÇ

Akut apandisit; hem çocukluk çağında hem de yetişkinlerde en sık acil ameliyat nedenlerinden biridir (1-6). Akut apandisit tedavisinde açık apendektomi altın standart olarak uygulanan bir yöntemdir (2-5). Laparoskopik apendektomi ise son yıllarda ön plana çıkan ve açık apendektomiye alternatif olarak tercih edilebilecek bir yöntem olarak kabul edilmektedir (2,4,7).

Bu olgu sunumunda; apendektomi operasyonuna bağlı görülen nadir komplikasyonlar nedeniyle meydana gelebilecek maluliyete dikkati çekmek amaçlandı.

OLGU SUNUMU

13 yaşında geçirdiği apendektomi operasyonu sonrasında sakat kaldığı iddia edilen erkek olgunun, İdare Mahkemesi tarafından çalışma gücü kaybı ve maluliyet oranının ne kadar olduğu, sürekli olup olmadığı, başkasının bakımına geçici veya sürekli muhtaç bulunup bulunmadığı hususunda raporunun düzenlenmesi istendi. Anabilim Dalımıza müracaatında 18 yaşında olan olgunun; alınan anamnezi, yapılan muayenesi, incelenen tıbbi evrakı ve istenen Nöroloji, Nefroloji ile Ruh Sağlığı ve Hastalıkları konsültasyonları sonrasında maluliyet raporu düzenlendi. Olgu sunumu için aydınlatılmış yazılı onamı alındı.

Adli tıbbi evrakı incelendiğinde; karın ağrısı nedeniyle akut apandisit ön tanısıyla laparoskopik cerrahiye alındığı, veres iğnesi ve trokar girişi sırasında zorlanıldığı, operasyonda ani tansiyon düşüklüğü nedeniyle açık ameliyata geçildiği, retroperitoneal alanda kanama alanı gözlendiği, apendektomi yapıldığı, kanama alanında değişim olmaması üzerine bu alana müdahale edilmeden operasyonun sonlandırıldığı, servise alınarak takibine başlandığı, tansiyon ve hemoglobin düşüklüğü nedeniyle kan transfüzyonu yapıldığı, hemoglobinin yükselmemesi ve durumunun kötüleşmesi üzerine kanama düşünülerek 2. kez acil ameliyata alındığı, sol ana iliak arterde yaralanma saptandığı ve Kalp Damar Cerrahisi Uzmanı operasyona davet edilerek damar tamiri yapıldığı, operasyonda ve sonrasında tansiyon düşüklüğü nedeniyle masif kan transfüzyonu uygulandığı, genel durum bozukluğu nedeniyle kontrol amaçlı 3. kez operasyona alındığı, aktif kanama izlenmediği ancak sıvama tarzında pek çok alanda kanama görüldüğü, bir kısmına müdahale edildiği, bir kere kardiyak arrest geliştiği, resüsite edildiği, bu süre içinde idrar çıkışı olmadığı, Dissemine İntravasküler Koagülasyon (DIC) ön tanısıyla plazmaferez ve hemofiltrasyon yapılması amacıyla hastanemize sevk edildiği kayıtlıdır.

Hastanemize entübe ve ambu desteğinde getirilen olgunun yaklaşık 2 ay kadar Çocuk Yoğun Bakım Servisinde, sonra sırasıyla yaklaşık 2 hafta dış merkez Genel Cerrahi servisinde, yaklaşık 2 hafta hastanemiz Çocuk Cerrahisi Servisinde, yaklaşık 2 hafta dış merkez Genel Cerrahi Servisinde, daha sonrasında da yaklaşık 1 ay kadar dış merkez Ortopedi Servisinde yatırılarak tedavi edildiği anlaşılmıştır.

APENDEKTOMİ SONRASI SAPTANAN TIBBİ BULGULAR:

-Sol ana iliak arter yaralanması (posttravmatik ileri dereceli darlık).

-Sol böbrek alt polde kortikal perfüzyon defekti.
(**Nefroloji konsültasyonu:** sol böbrekte atrofi, sağ böbrekte kortikal skar alanları. Tanıları: esansiyel hipertansiyon, nefrotik sendrom, poliklinik takibi gerektiren kronik obstrüktif piyelonefrit)

-Kranial Manyetik Rezonans Görüntülemede (MRG): hipoksiye sekonder her iki serebral hemisferde akut iskemi ile uyumlu sahalar.

-Sol alt ekstremitesinde iskemik nöropati nedeniyle düşük ayak gelişen olguda sol siyatik sinirin 3 dalında total aksonal etkilenme.
(**Nöroloji konsültasyonu:** EMG'de solda lumbosakral pleksusun parsiyel aksonal dejenerasyonu)

-Ruh Sağlığı ve Hastalıkları konsültasyonu: Olaya bağlı kalıcı bir ruhsal bozukluğun olmadığı, eşik altı belirtiler devam etse de kişinin büyük ölçüde iyileştiği, bu durumuyla kişinin ruhsal durum açısından çalışma olanağı verdiği belirtilmiştir.

ANABİLİM DALIMIZDA YAPILAN MUAYENESİ:

-Karın orta hatta 18x0,5 cm boyutunda vertikal seyreden ve karın sol alt kadrana uzanan 8x0,5 cm uzunluğunda kolu olan, ciltten açık renkte, hafif çökük, operasyona bağlı skar dokusu **(Şekil 1)**

-Sol uyluk ve baldırda **(Şekil 2 ve 3)** 3 cm'lik atrofi.



Şekil 3



Şekil 2



Şekil 1

-Sol ayak bileği plantar fleksiyon kas gücü 3-4/5
-Sol ayak bileği dorsifleksiyon 1-2/5
-Sol ayak bileği inversiyon ve eversiyon yapamıyor.
-Sol bacak ve ayak ön yüzde duyu kaybı tarifliyor.
-Alt ekstremite kas güçleri 4-5/5

MALULİYET RAPORU:

Olay tarihinde öğrenci olduğunu belirten olgunun apendektomi ameliyatına bağlı arızaları ve fonksiyon kısıtlılıkları nedeniyle oluşan **«Meslekte Kazanma Gücünde Meydana Gelen Azalma Oranı»**, olay tarihinde yürürlükte olan **«Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği»**nden (Resmi Gazete, Ağustos 2013, 28727 Sayılı) faydalanılarak hesaplandığında;

1. **A Cetveli XII. Liste:** Pelvis ve Alt Ekstremite Arızaları, **Arıza Çeşidi (AÇ):** Alt tarafın sinir sistemi arızaları (Pleksus lumbalis, pleksus sakralis lezyonu sonucu oluşan alt tarafın periferik sinir paralizileri) B-Dejenerasyonla birlikte N. iskiadikusun kısmi veya tam paralizisi, **Arıza Sıra No (ASN):** 38, **Arıza Ağırlık Ölçüsü (AAÖ):** 45, **Meslek Grup No (MGN):** 1 (Düz işçi olarak alınmıştır.), **Sürekli İşgöremezlik Simgesi (SİGS):** A, **Meslekte Kazanma Gücündeki Azalma Oranı (MKGAO):** %49
2. **A Cetveli XI. Liste:** Karın Hastalıkları ve Arızaları, **AÇ:** Nefrolojik hastalıklar, B-Nefropatiler (X) Böbrek fonksiyon testleri sonuçlarına ve tedavi gerektirip gerektirmediğine göre; b-%10-%30 arızalı (sık tedaviyi ve devamlı takibi gerektiren), **ASN:** 4, **AAÖ:** 45, **MGN:** 1 (Düz işçi olarak alınmıştır.), **SİGS:** A, **MKGAO:** %49.

Şahısta olaya bağlı gelişen birden fazla arıza olması nedeniyle Balthazard formülü uygulandığında; olaya bağlı kalıcı arızaları nedeniyle **Meslekte Kazanma Gücündeki Azalma Oranı** şahsın olay tarihindeki ve bugünkü yaşına göre **%69** olarak bulunmuştur.

Tıbbi iyileşme süresinin ise olay tarihinden itibaren **18 (onsekiz) ay** olarak kabulünün uygun olacağı ancak varsa iş göremezlik/sağlık kurulu raporlarının göz önünde bulundurulmasının uygun olacağı belirtilmiştir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Damar yaralanmaları apendektominin nadir fakat ciddi, morbidite ve mortalitesi yüksek bir komplikasyonudur (8). Laparoskopik apendektominin; karın içinin daha iyi görülmesi, periton boşluğunun daha iyi yıkanması, kozmetik olarak daha iyi olması, daha az ağrı olması, normal aktiviteye daha kısa sürede dönülmesi gibi avantajları olmakla birlikte (5,9); en sık iliak arter olmak üzere, bazı ciddi vasküler yaralanmalar, kontrol edilemeyen kanama, güdük açılması, visseral perforasyon gibi ciddi komplikasyonları da bildirilmiştir (1).

Laparoskopide bildirilen vasküler yaralanmaların çoğu, trokar veya veres iğnesi yerleştirilmesi sırasında meydana gelir (9). Literatüre göre, laparoskopik girişimlerde trokar ve veres iğne yaralanmalarının insidansı yaklaşık %1'in altında (8,9) bildirilmekle birlikte, eksik bildirime bağlı olarak gerçekte daha fazla olabileceği de tahmin edilmekte olup intraoperatif olarak fark edilmezler ve hemen tamir edilmezlerse morbidite ve mortalitede artışa neden olurlar (8). Literatürde; operasyona ait komplikasyonların her iki yöntem için de hem düşük hem de benzer oranda olduğunu belirten yayınlar (1) olduğu gibi; laparoskopik yöntemde daha düşük oranda olduğu da belirtilmiştir (7).

Çocuklarda akut apandisit için laparoskopik tekniğin açık apendektomiden daha güvenli göründüğünü söyleyen yayınlar mevcuttur (7). Günümüzde açık ameliyata üstünlükleri nedeniyle gittikçe tercih edilebilir bir yöntem haline geldiği tahmin edilen laparoskopik yöntemde nadir de olsa hayati derecede önemli komplikasyonların meydana gelebileceği göz önüne alınmalıdır. Komplikasyonların yönetimi, komplikasyonlara bağlı gelişebilecek zararın önlenmesi ya da erken müdahaleyle minimuma indirilmesi; cerrahın ceza ve tazminat açısından sorumluluğunun değerlendirilmesinde önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Uysal M, Küçükaydın M, Çiftler A.N, Arslan S, Aslan A. Çocuklardaki perfore apandisitte açık ve laparoskopik apendektomi sonrası komplikasyonlar. Erciyes Tıp Dergisi 2011;33(2):117-20.
2. Bozkurt MA, Unsal MG, Kapan S, Gonenc M, Dogan M, Kalayci M.U, Alis H. Is laparoscopic appendectomy going to be standard procedure for acute appendicitis; a 5-year single center experience with 1,788 patients. European Journal of Trauma and Emergency Surgery 2015;41(1):87-9.
3. Guercio G, Augello G, Licari L, Dafnomili A, Raspanti C, Bagarella N, Falco N, Rotolo G, Fontana T, Porello C, Gulotta G. Acute appendicitis: should the laparoscopic approach be proposed as the gold standard? Six-year experience in an Emergency Surgery Unit. G Chir 2016;37(4):174-9. DOI: 10.11138/gchir/2016.37.4.174.
4. Çay F, Girgin M. Laparoskopik appendektominin avantaj ve dezavantajlarının değerlendirilmesi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2018;15(1):31-5.
5. Canty TG Sr, Collins D, Losasso B et al. Laparoscopic appendectomy for simple and perforated appendicitis in children: the procedure of choice? J Pediatr Surg 2000;35(11):1582-85.
6. Benk MS, Olcucuoğlu E, Kaya İO. Evaluation of complications after laparoscopic and open appendectomy by the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program surgical risk calculator. Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery 2022;28(4):418-27. DOI: 10.14744/tjtes.2020.45808
7. Liu Y, Cui Z, Zhang R. Laparoscopic versus open appendectomy for acute appendicitis in children. Indian pediatrics 2017;54(11):938-41.
8. Schäfer M, Lauper M, Krähenbühl L. Trocar and veress needle injuries during laparoscopy. Surg Endosc 2001;15(3):275-80. DOI: 10.1007/s004640000337.
9. Kaafarani H, D'Achille J, Graham RA. Non-trocar related major retroperitoneal bleeding during laparoscopic appendectomy. World Journal of Emergency Surgery 2011;6(1):1-3.

17. ULUSLARARASI KATILIMLI ADLİ TIP GÜNLERİ 13-16 EKİM 2022 AKSU - ANTALYA

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ 2010 TIP FAKÜLTESİ

MİDYE YEME SONRASI BOTİLİNUSMUSA BAĞLI GULLİAN-BARRE SENDROMU GEÇİREN HASTANIN ADLİ YÖNDEN İNCELENMESİ; OLGU SUNUMU

Ferhat Turgut Tunçez *, Burcu Harmancı*, Utku Nalbant*, Mehmet Tokdemir*
* İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş:

Guillain Barre Sendromu (GBS), vücudun bağışıklık sisteminin periferik sinir sistemine karşı aktive olduğu bir hastalıktır. GBS' nin nedeni hala bilinmemekle beraber tanıda ön planda viral ve bakteriyel enfeksiyon düşünülmektedir. GBS insidansı nadirdir ve yılda 100.000 kişide 1-2 kişiyi etkiler. Genellikle distal, simetrik başlangıçlı parestezi, ardından ilerleyici uzuv zayıflığı kliniğiyle seyreder. İntravenöz immünoglobulin veya plazma değişimi ile tedavi, destekleyici bakımın yanı sıra optimal yönetim yaklaşımıdır.

Amaç:

Çalışmamızda midye tüketimi sonrası başlayan botilinusmusa bağlı guillain barre sendromu geçiren hastanın adli yönden incelenmesi amaçlanmıştır.

Her şey nasıl başladı...

1

?

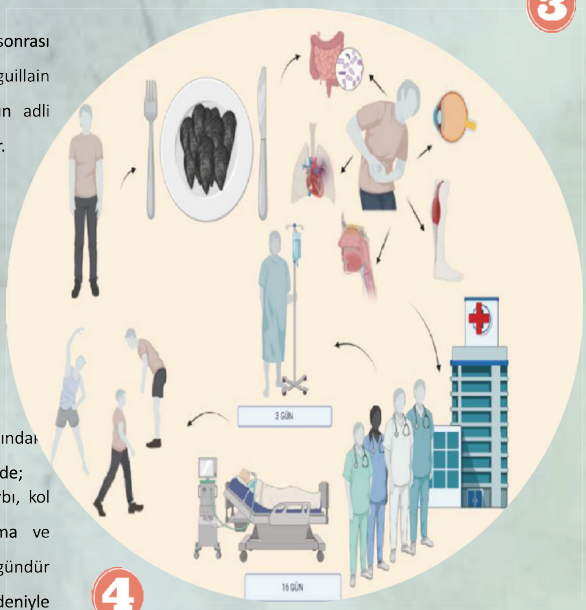
Olgu:

Hastanemiz Adli Tıp Polikliniğine başvuran 30 yaşındaki erkek hastanın evrak incelemelerinde; 3 gündür devam eden denge kaybı, kol ve bacaklarda güçsüzlük, uyuşma ve soğuma, çene kaslarında ağrı, iki gündür artan nefes darlığı şikayetleri nedeniyle acil servis başvuru muayenesinde yakını bulanık gördüğü, kas gücünün her iki üst ekstremitede proksimalinde 3/5, baş ve omuz bölgesinde 4/5, alt ekstremitede bilateral 4/5, dört yanlı DTR alınamadığı, kısa eldiven çorap tarzı duyu kusuru izlendiği, patolojik refleks olmadığı yazılıdır.

2

Hastanın anamnezinde tüm şikayetlerine ek olarak yaklaşık 3 gün önce dışardan midye yediği, o günün akşamında yüzünde şişlik oluştuğunu fark ettiğini belirtmiştir. 2 gün önce dış merkeze başvurduğunu ve şikayetleri üzerine yapılan EMGsi akut sensorimotor-aksonal polinöropati olarak sonuçlanan hastanın, Nöroloji ve Enfeksiyon tarafından botilizm düşünülerek yatışına karar verildiği belirtilmiştir.

3



Yatışı esnasında 4 gün boyunca IVIG tedavisi almasına rağmen, yatışın ilk gününden itibaren uyuşmasının tüm vücuda yayıldığı, kas gücü kaybının arttığı görülmüş, ayrıca bulanık görmesi, sağda periferik fasyal paralizi oluştuğu ve miksiyon ve defekasyonda zorlanmaya başladığı, bunlara giderek artan prezentasyon nefes darlığının da eklenmesi sonucu entübasyonu yapılarak yoğun bakımdan izlemine devam edilmesine karar verilmiştir.

4

16 günlük yoğun bakım yatışı süresince 8 kür plazmaferez tedavisi uygulanan hastası 3 günlük nöroloji servis izlemi sonrası FTR servisine nakil edilerek, devam eden güç ve his kaybı açısından hastaya FTR programı düzenlenerek tedavisine devam edildiği, taburcu edilirken genel durumunun kas gücü açısından 4/5, desteksiz oturma dengesi mevcut, destekli kısa süreli ayakta durma olduğu belirtilmiştir.



Türk Ceza Kanunu

Sonuç:

Tüm diğer zehirlenmeler gibi gıda zehirlenmeleri de adli olarak değerlendirilmesi gereken olgulardır. Türk Ceza Kanunu çerçevesinde düzenlenecek adli raporlar için hazırlanan kılavuzda zehirlenme olguları ayrı bir bölümde değerlendirilmiştir. Yalnızca semptomatik tedavi ile yetinilen, gastrik lavaj ve aktif kömür gerektirmeyen ve gözlem sırasında herhangi bir komplikasyon gelişmeyen olgular; basit tıbbi müdahale ile giderilebilir nitelikteki zehirlenmeler olarak değerlendirilmiştir. Ağır klinik tablolara yol açan zehirlenmeler yaşamsal tehlike olarak değerlendirilmiştir. Bu vakada midye yeme sonrası botilinismus zehirlenmesine sekonder gelişen Gullian-Barre sendromunun entübasyon ve plazmafarez uygulamaları nedeniyle kişinin yaşamında tehlikeye neden olduğu ve BTM ile giderilemeyeceği, gelişen periferik facial paralizi sonrası konuşmasında sürekli zorluğa neden olup olmadığı, duyu ve işlev kaybı ile yüzde sabit iz açısından 1 yıl sonra kontrol muayenesi ile değerlendirilebileceği şeklinde raporu tarafımızca düzenlenmiştir.

Kaynaklar:

Lomber Disk Herisi Ameliyatı Esnasında İliak Arter ve Vena Cava İnferior Yaralanması Meydana Gelen Olgu Sunumu

Uzm. Dr. Tuğba Özbulat, Uzm. Dr. Ömer Faruk Şimşeker,
Dr. Öğr. Üyesi Hızır Aslıyüksek
Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç:

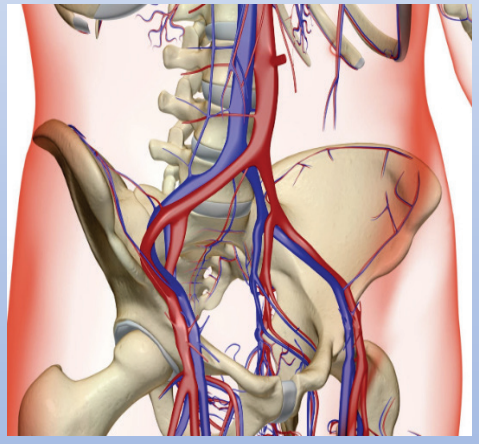
Lomber disk hernisi klinik omurga pratiğinde sık karşılaşılan bir problemdir. Lomber disk hernisinin ilk tedavisinin temeli operatif olmayan tedavidir ancak lomber disk hernisi operasyonu, uygun şekilde seçilmiş hastalarda iyi bilinen ve etkili bir tedavi yöntemidir.

Adli Tıp Kurumu Adli Tıp Üçüncü Üst Kurulu tarafından değerlendirilmesi istenen sol L4-5 lomber disk hernisi ameliyatı yapılan 59 yaşındaki kadın hastanın ölümü sonrası takip ve tedavisinde tıbbi uygulama hatası olup olmadığı ve kusur durumunun yüzde olarak tespiti istenmektedir

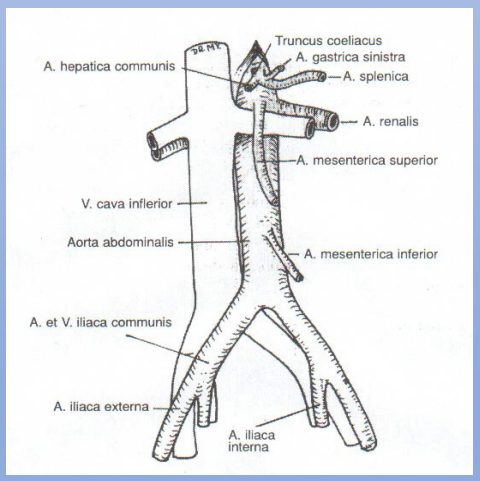
Lomber disk hernisi ameliyatı komplikasyonlarından biri olan iliak arter ve vena cava inferior yaralanmalarının hastaların mortalitesi açısından önemli olduğunu göstermek amaçlanmıştır.

Olgu:

5-6 yıldır bel ağrısı, her iki bacakta ağrı, boyun ağrısı ve sol kolda uyuşukluk yakınması olan hastanın 2-3 aydır mevcut şikayetlerinde artma ile başvurduğu Devlet Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Bölümünde Uzman Doktor tarafından yapılan muayenesinde tüm ekstremiteleri 5/5 kas gücünde, duyu muayenesi normal, Laseque sağ bacakta 40 derecede (+), FGT: -/-, Refleksler: BR ++/++, TR ++/++, PR:+/++, AR: ++/++, taban derisi refleksi bilateral fleksör, sfinkter intakt olarak tespit edilmiş ve hastaya medikal tedavi başlanmış, fizik tedavi ve rehabilitasyon önerilerek taburcu edilmiştir. Ancak hastanın şikayetlerinde iyileşme olmaması üzerine 2 ay sonra yeniden yapılan muayenesinde sol ayak başparmak dorsal fleksiyonu +4/5 kas gücünde, diğer tüm ekstremiteleri 5/5 kas gücünde olduğu, duyu muayenesinde solda L4 ve L5 dermatomlarında hipoestezi mevcut, refleks muayenesinde BR:++/++, TR:++/++, PR: ++/++, AR: ++/++ olarak değerlendirildiği, taban derisi refleksi bilateral fleksör, sfinkter intakt, Laseque solda 40 derecede (+), K. Laseque (-), taban derisi refleksi bilateral fleksör olarak tespit edilmiş, ameliyat planlanarak servise yatırılmış.



Preop hazırlıklarının tamamlanması üzerine 25/11/2015 tarihinde genel anestezi altında sol L4 hemiparsiyel laminektomi, flavektomi, sol L4-L5 mikrocerrahi ile diskektomi foraminotomi ameliyatları yapılmış, ameliyat sırasında hipotansiyon gelişmesi üzerine anestezi hekimi tarafından kanama kontrolü yapılması istenmiş cerrahi alanın temiz olması nedeniyle ameliyata devam edilmiştir. Ameliyat sonlandırılıp ameliyathanede uyandırılarak extübe edilen hastanın kan basıncında düzelme olmaması üzerine olası bir kanama şüphesi ile tekrar ameliyata alınmış ve sağ iliak arter ve vena cava inferiorda yaralanma tespit edilmiş, Kalp Damar Cerrahisi tarafından damar hasarı onarılmış, ameliyat esnasında hastaya 11 ünite eritrosit süspansiyonu ve 6 ünite taze donmuş plazma verilmiş ve hemostaz sağlanarak ameliyat sonlandırılmıştır. Takip ve tedavi edilmek üzere Yoğun Bakım Ünitesine devredilmiş yapılan muayenesinde genel durumunun kötü, şuur kapalı, ağrılı uyaran yanıtının olmadığı, bilateral ışık refleksinin alınamadığı tespit edilen hasta mekanik ventilatörde takip ve tedavisi devam ederken kardiyak arrest gelişmiş ve usulüne uygun yapılan kardiyopulmoner resüsitasyona cevap alınamayarak 25/11/2015 tarihinde exitus kabul edilmiştir. Düzenlenen ölüm belgesinde ölüm sebebi bulaşıcı olmayan hastalık (doğal ölüm) olarak değerlendirilerek otopsi yapılmamıştır..



Tartışma ve Sonuç:

Lomber disk cerrahisi ameliyatlarında ameliyat bölgesine anatomik olarak yakın komşulukları nedeniyle damar yaralanmalarının görülebileceği bu durumun her türlü dikkat ve özene rağmen öngörülemeyecek ve önlenemeyecek bir komplikasyon olduğu ancak ameliyat sırasında meydana gelen ve anestezi seyrine uygun olmayan ani tansiyon düşüklüğünün nedeni olabilecek damar yaralanmasının ameliyat esnasında kontrol edilmesinin hayati önem taşıdığı bilinmektedir. Olgumuzda anestezi hekiminin ameliyat sürecinde hastada anestezi seyrine uymayan bir hipotansiyon olduğuna dair beyin ve sinir cerrahisi hekimi uyarmasına rağmen ilgili hekim tarafından ameliyat sahasının temiz olması gerekçe gösterilerek damar yaralanması ihtimalini kontrol etmemesi olgumuzda tanı koyulması ve gerekli müdahalenin yapılması süresinin uzamasına sebep olmuştur.

Lomber disk cerrahisinde vasküler yaralanmalar nadir olmakla birlikte insidansı %0.01-0.05'dir. Lomber bölge intervertebral disk cerrahisinde, büyük vasküler yapılara yakın komşuluk nedeniyle vasküler yapılardaki hasarlar farklı şekillerde ortaya çıkmaktadır. Aorta, inferior vena cava, iliak arter ve ven laserasyonları, arteriovenöz fistüller, psödoanevrizmalar ve derin ven trombozu gibi komplikasyonlardan bazıları hayat kurtarıcı operasyonlar gerektirmekte olup %10'lara varan mortalite bildiren yayınlar mevcuttur .

Mortalitesi ve morbiditesi yüksek olan bu tür komplikasyonların yönetimi açısından cerrahi branş hekimlerinin ameliyat esnasında gerekli dikkati göstermeleri büyük önem taşımaktadır.

Kaynaklar:

- Harper, Robert, and Eric Klineberg. "The evidence-based approach for surgical complications in the treatment of lumbar disc herniation." International Orthopaedics 43.4 (2019): 975-980.
- Fjeld, Olaf Randall, et al. "Complications, reoperations, readmissions, and length of hospital stay in 34 639 surgical cases of lumbar disc herniation." The bone & joint journal 101.4 (2019): 470-477.Brach CJ.Text-Book of Anatomy, IX.ed., London, Oxford University Press, 1950, p.1104-1105.
- Papadoulas S, Konstantinou D, Kourea HP, Kritikos N, Haftouras N, Tsolakis JA. Vascular injury complicating lumbar disc surgery. A Systematic review. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2002;24:189-95
- Liu Y. Analysis of vascular injury in lumbar spine surgery. Pak J Med Sci 2012;28(5):791-794
- KARADEM, Kadir Burhan, Ahmet Rıfkı ÇORA, and Mehmet Ali YÜKSEK. "Lomber disk cerrahisinin kabusu aort yaralanması: olgu sunumu." SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi 26.3: 336-338.

Elektrik Çarpması Sonucu Ölen Bebek Olgu; Dramatik Bir Ev Kazası Örneği

Ahmet Sedat DÜNDAR[1], Abdullah Benna SARIN[2]

[1]Adli Tıp Kurumu Şanlıurfa Adli Tıp Şube Müdürlüğü
[2]Adli Tıp Kurumu Van Grup Başkanlığı

Giriş-Amaç

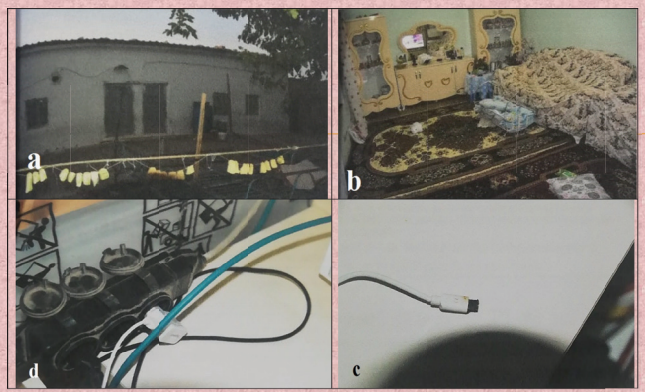
Hayatımızın vazgeçilmez unsurlarından olan elektrikli cihazların riskleri hafife alınmaktadır. Ürünler iyice test edilmiş ve sertifikalı olmasına rağmen, uygunsuz kullanılırsa yaralanmalara neden olabilmektedir. Elektrik çarpmasına bağlı yaralanmalar yetişkinlerde genellikle iş kazasından, çocuklarda ise ev kazasından kaynaklanmaktadır [1-5]. Elektrik çarpması kaynakları genellikle yıpranmış veya kopmuş elektrik kabloları, fişler, anahtarlar, elektrikli ısıtıcılar, ev ve iş yerlerindeki makineler ve aletlerdir [4]. Nadiren de olsa son zamanlarda, literatürde akıllı telefonlardan kaynaklanan elektrik çarpması sonucu yetişkin yaralanmalarının hatta ölümlerinin meydana geldiği bildirilmiştir [2].

Elektrik çarpmasında elektrik giriş yarası genellikle ellerde ve ayaklarda görülmektedir. Bazen elektrik giriş yarası baş-boyun ve ayak tabanı gibi başka yerlerde de görülebilmektedir [5,6]. Özellikle çocuklarda elektrik giriş yarasının üretra, ağız ve göz gibi atipik yerlerde de görülebileceğini bildiren çalışmalar da vardır [4,7,8]. Yapılan literatür araştırmasında elektrik giriş yarasının ağız çevresinde olduğu az sayıda vaka görüldü. Ancak elektrik giriş yarasının dilde olduğu bir elektrik çarpması vakasına hiç rastlamadık. Bu nedenle, burada telefon şarj kablosunu ısırarak dilinde elektrik giriş yarası oluşan ve elektrik çarpması sonucu öldüğü belirlenen nadir bir vaka takdimini sunuyoruz.

Olgu

Elektrik çarpması sonucu öldüğü belirlenen 9 aylık bir erkek olgu sunulmuştur. Fiziksel gelişimi yaşıyla uyumlu olan bebeğin bilinen bir hastalığı yoktu ve emekleme dönemindeydi. Olay anında babasının tarım arazisinde çalıştığı, annesinin tuvalette olduğu öğrenildi. Annesinden alınan bilgiye göre bebek olay anında evin oturma odasında (Resim 1a ve 1b) yalnız kalmıştır. Anne tuvaletten çıkıp oturma odasına gittiğinde bebeği bıraktığı yerde olmadığını görmüştür. Bebek duvara asılı TV'nin altındaki sehpaya doğru emekleyip, sehpanın üzerindeki üçlü prize bağlı olan telefon şarj kablosuna (Resim 1c ve 1d) ulaşmıştır. Anne odaya döndüğünde bebeğin kabloyu elinde tutar vaziyette yerde hareketsiz yattığını ve bebeğin eliyle ağzında yanık yarası olduğunu görmüştür. Anne, akıllı telefon şarj cihazının ucunu ısırdığını düşünerek bebeği hastaneye götürmüştür.

Bebeğin hastanede yapılan kontrollerinde arrest olduğu ve yapılan resüsitasyon sonrasında yanıt alınamayarak öldüğü belirlenmiştir. Daha sonra bebek medikolegal otopsi yapılmak üzere merkezimize gönderilmiştir. Yapılan otopside ağız sol kenarında, dil uç sol kısımda ve dilin sol kenarında, ağız içinde solda yer yer beyaz-kahverengi-siyah renkli etrafı hiperemik 2. ve 3. derece yanığın eşlik ettiği elektrik çarpması yarası (Resim 2a, 2c ve 2d) olduğu belirlenmiştir. Dil sol kenarda ortası hafif çökük elektrik giriş yarası olduğu (Resim 2e) belirlenmiştir. Sağ el 2. parmakta deri soyulmasının eşlik ettiği 2.5x1.7 cm'lik ve 3. parmakta 2.4x1.5 cm'lik etrafı hiperemik ortası koyu renkli 1. ve 2. derece yanık olduğu (Fig 2b) belirlenmiştir. Dil ve ciltte tariflenen yaralardan alınan örneklemelere yapılan histopatolojik inceleme sonucu elektrik çarpması ve ısı etkisi ile uyumlu bulgular tespit edilmiştir.



Resim 1. Olay Yeri İnceleme Bulguları



Resim 2. Elektrik Çarpması Sonucu Oluşan Yaralar

Tartışma ve Sonuç

Çocukların karıştığı ev kazalarının önemli bir nedeni elektrik çarpmalarıdır. Çocuklar, hatalı elektrikli cihazlarla oynarken veya yanlış kullanırken yaralanabilmektedir [2]. Bu yaralanmalarda olay yeri incelemeleri soruşturmaya önemli katkılar sunmaktadır [9]. Mevcut vakada, olay mahallinin incelenmesi sonucunda annenin ve komşuların ifadesi ile uyumlu bulgular elde edilmiştir. Yapılan olay yeri incelemesinde sehpanın üzerindeki üçlü prize bağlı olan akıllı telefon şarj kablosunun ucunun kararmış olduğu ucunda muhtemel dişlemeye bağlı çukurlaşmalar olduğu belirlenmiştir.

Son yıllarda elektrikli aletlerin yaygın kullanımı nedeniyle; elektrik çarpması insidansı oldukça yaygındır. Genellikle elektrik çarpmaları, hatalı kablolama ve hatalı bağlantı veya kullanıcının ağır ihmalinden kaynaklanırlar [4]. Elektrikli ev güvenlik standartları ile ilgili düzenlemelere rağmen; akıllı telefonlar, kullanıcılar arasında ciddi yaralanma riski oluşturmaktadır [1-3]. Akıllı telefon şarj aletinde bulunan converter AC akım olan ev elektriğini (Türkiye'de 220V) 5V DC akıma çevirmektedir [10]. Bu nedenle teknik arızası olmayan bir akıllı telefon şarj aletinde 5V gibi düşük voltajda elektrik çarpmasına bağlı yaralanma meydana gelmesi beklenmemektedir. Ancak bu vakada dramatik bir şekilde akıllı telefon şarj aletinin 5V'a düştüğü ucuyla temas eden bir bebeğin elektrik çarpması sonucu öldüğü belirlenmiştir. Bu beklenmeyen ölümün akıllı telefon şarj aletindeki bir arızadan kaynaklandığını düşünüyoruz.

Elektrik çarpması yaraları genellikle eller, parmaklar, avuç içi, bacaklar, tabanlar, gövde vb. üzerinde görülür. Nadiren baş, boyun, yüz, ağız, dudaklar, kulaklar, dış genital organlar vb.'de elektrik yaraları görülebilir [4-6]. Mevcut vakada da, akımla ilk temasın parçası olan dilde alışılmadık şekilde elektrik giriş yarası görülmüştür. Kabloyu tutan bebeğin elinde ve ağız çevresinde de elektrik çarpmasına bağlı yanıkla uyumlu bulgular görülmüştür.

Sonuç olarak; dramatik bir ev kazası sonucu nadir görülebilecek dildeki elektrik giriş yarasını sunduğumuz bu vaka takdiminde; çocukların karıştığı ev kazalarının önlenmesi konusunda hane halkının özellikle de çocuğa bakmakla sorumlu kişilerin farkındalık düzeyini arttırıcı eğitimlerin arttırılması gerektiğini ve güvenlik testlerinde yüksek başarı gösteren elektrikli ürünlerin tercih edilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Mashreky SR, Rahman A, Khan TF, Svanstrom L, Rahman F. Epidemiology of childhood electrocution in Bangladesh: findings of national injury survey. Burns. 2010;36(7):1092-1095.
2. Hardon SF, Haasnoot PJ, & Meij-de Vries A. Burn wounds after electrical injury in a bathtub: a case report. Journal of medical case reports. 2019;13(1):1-5.
3. Nakagawa Y, Uchida T, & Morizane S. iPhone charger-induced chemical burn from overnight contact with sweat: Two cases. The Journal of Dermatology. 2020;47(10):1187-1190.
4. Gupta BD, Singh OG, Mehta RA. Death comes through eye: a rare case of electrocution. The American journal of forensic medicine and pathology. 2009;30(3):301-302.
5. Oruç M, Dündar AS, Okumuş H, Dengesik O, Altın İ, Şamdancı ET, Celbiş O. Autopsy findings and scene of incident examination in deaths resulting from electrical injury. Australian Journal of Forensic Sciences. 2021;1-12.
6. Duff K, McCaffrey RJ. Electrical injury and lightning injury: a review of their mechanisms and neuropsychological, psychiatric and neurological sequelae. Neuropsychol Rev. 2001;11(2):101-116.
7. Parikh CK. Parikh's Textbook of Medical Jurisprudence and Toxicology. 4th ed. New Delhi, India: CBS Publishers; 1985:382-396.
8. Szmygyi E, Tedeschi CG. Injury by electric force. In: Tedeschi CG, Eckert WG, Tedeschi LG, eds. Forensic Medicine. Vol 1. Philadelphia, PA: WB Saunders Company; 1975:645-673.
9. Parakkattil J, Kandasamy S, Das S, Devnath GP, Chaudhari VA, Shuba KK. Atypical exit wound in high-voltage electrocution. The American Journal of Forensic Medicine and Pathology. 2017;38(4):336-338.
10. Ku, B., Cai, W., & Fahimi, B. (2016, October). Low-power LLC resonant AC-DC converter for phone charging applications. In 2016 IEEE Dallas Circuits and Systems Conference (DCAS) (pp. 1-4). IEEE.

MÜKERRER MATERNAL FİLİSİD:
Adli psikiyatrik bakış açısıyla bir olgu sunumu

Mehmet Doğan, Tuba Özcanlı, İlker Taşdemir, Kayıhan Oğuz Karamustafalıoğlu
Adli Tıp Kurumu, Gözlem İhtisas Dairesi, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ ve AMAÇ

Filisid, çocuğun anne-babası tarafından öldürülmesidir. Cinayetin baba tarafından işlenmesi paternal filisid, anne tarafından işlenmesi ise maternal filisid olarak tanımlanmaktadır.(1) Popüler inanışın aksine Finlandiya'da yapılan bir çalışma göstermiştir ki cinayeti işleyen üvey anne-babadan ziyade biyolojik ebeynlerdir. Bu çalışmada katil %59 anne, %39 baba, %2 ise üvey baba olarak bulunmuştur. Bir çocuğun öz annesi tarafından öldürmesindeki sebep ya da motivasyonları Resnick'in 1751-1967 yılları arasında bir çok ülkeden topladığı literatür ile değerlendirdiği 131 filisid vakasında ortaya koyduğu ve hala kabul gören 5 kategori bulunmaktadır, bunlar;

- Olduğu durumdan bir kaçış olamayacağını düşünen ebeveynlerin acıyı sonlandırmak amaçlı işlediği özgecil filisid, bu kategoriyle en çok ilişkilendirilen hastalıklar şizofreni ve psikotik özellikli depresyonu da içeren depresyondur,
- Herhangi bir motivasyonu veya ikincil kazancı olmayan akut psikozda saldırganlık haliyle işlenen filisid,
- İstenmeyen çocuğun öldürülmesi, sıklıkla evlilik dışı ilişkilerle ilişkilendirilir,
- Öldürme niyeti olmadan ihmal veya istismar sonucu kazara çocuğun öldürülmesi,
- Eşe intikam amaçlı gerçekleştirilen ve ağır kişilik bozukluklarıyla karakterize olduğu düşünülen gruptur.(2)

Toplumsal infiale neden olan yazılı, görsel veya sosyal medyada kendine sıkça yer bulan annenin öz evladını öldürmesi olgusuna bir vaka sunumu üzerinden genel bir bakış sağlanması; kişinin ceza sorumluluğu açısından adli psikiyatri alanında çalışan profesyonellerin değerlendirme yaparken özellikle akıl zayıflığı ve akıl hastalığı ile kişilik bozuklarının ayırıcı tanısında temaruzu da göz önünde bulundurarak dikkatli olması gereken noktaların vurgulanması amaçlanmıştır.

OLGU

Olgumuz 1987 doğumlu kadın, 2019 yılında 3 yaş 8 aylık kız çocuğunu balkondan aşağı atmak suretiyle öldürmekten yargılanmaktadır ve mahkemece tarafımıza TCK 32. madde uyarınca ceza sorumluluğunun değerlendirilmesi amacıyla gönderilmiştir. Adli belgelerin incelenmesinde; sanığın ifadesinde çocuğunun kendiliğinden düştüğünü, onu atmadığını ifade etse de olay yerini gören kameraların incelenmesinde şahsın çocuğu camdan fırlattığı tespit edilmiştir. Kişinin adli geçmişi değerlendirildiğinde 3 yaş 5 aylık oğlunun da 2016 yılında 6. Kat balkondan düşme sebebiyle ölmüş olduğu ve şahsın bu hususta soruşturma geçirmiş olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca tanıklardan birinin beyanında ise bir önceki çocuğun cenaze töreninde bir araya geldikleri sanığın 'kızdırmasın beni, onu da camdan aşağı atarım' ifadesi ve bir diğer tanık ifadesinde eşi ile tartışmalarına dair beyan ile karşılaşılmıştır. Kişinin tıbbi geçmişinde 2018 yılında bir eğitim araştırma hastanesinde 'hafif mental retardasyon' tanısıyla engelliliğine dair sağlık kurulu raporu, 'organik olmayan psikotik bozukluklar', 'yaygın anksiyete bozuklukları', 'bipolar duygulanım bozukluğu', 'davranış bozuklukları' ve 'depresif nöbet' tanı kodlarıyla poliklinik takipleri ve 'Risperidon, Duloksetin, Ketiapin Fumarat, Sodyum Valproat' etken maddelerine dair ilaç reçeteleri olduğu, ayrıca bir eğitim araştırma hastanesinde ceza sorumluluğunun değerlendirildiği ve bu olaya ilişkin 'hafif derecede zeka geriliğine bağlı davranış bozuklukları' tanısıyla ceza sorumluluğunun azalmış olduğuna dair raporu mevcuttur. Kişiye tarafımızca uygulanan Rorschach testine ve Kent EGY zeka testlerine negativist tutumuyla uyum göstermemiş, uygulanan SD Porteus Labirentleri testinde IQ, yine düşük uyum göstermesi de dikkate alınarak 61 olarak tespit edilmiştir. Vakamızın geçmişte almış olduğu 'davranış bozuklukları' tanısı ve yapılan psikiyatrik muayene ile psikometrik test çalışmalarında simülasyon çabası içerisinde olması akıl hastalığından ziyade kişilik bozukluğu yönünde değerlendirilmiş, ceza sorumluluğunun tam olduğu şeklinde raporlanmıştır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Literatürde filisid olayının en fazla öz anneler tarafından gerçekleştirildiği göz önüne alındığında, olgumuz da buna uyumlu olarak cinayet kurbanının biyolojik annesidir. Literatür taramasında bir annenin birden fazla evladını öldürmesi ve cinayet yöntemi olarak da 'yüksekten düşürülme' nadir rastlanan bir olgudur ve bu anlamda sunulmaya değer bulunmuştur. Bununla birlikte bir annenin çocuğunu öldürme motivasyonu akıl hastalığı da dahil bir çok faktöre bağlı olabilir. Resnick'in kategorizasyonunda bu motivasyonlar detaylıca gruplandırılmış, olgumuzun da bu cinayetleri evlilik süresince çatışmalar yaşadığı eşe intikam motivasyonu ile gerçekleştirdiği düşünülmüş, bu kategorideki filisid vakalarının da sıklıkla kişilik bozuklukları ile birlikte görüldüğü belirtilmiştir.(2) Ceza sorumluluğunu değerlendirmede ayaktan yapılan muayenelerin yanıltıcı olabileceği, yatış sonrası verilen kararların daha etkin olacağı saptanmıştır.(3)

Ceza sorumluluğunun değerlendirmesinde; temaruz, özellikle de geçmişte davranış bozuklukları tanısı da almış kişilerde kişilik bozuklukları ile birlikte akılda bulundurulmalı. Bu konuda gerekli psikometrik tetkikler yapılmalı, ayaktan muayeneler yerine gözlem altına alarak yatış esnasındaki tutum ve davranışları ile tekrarlayan muayeneler eşliğinde kanaat bildirilmelidir.

REFERANSLAR

1.Eke SM, Oral G, Taktak Ş, Başoğlu, Saba Türkiye'de Maternal Filisid Olgularının Adli Tıp Yönünden Analizi: Bir Klinik Araştırma Nöropsikiyatri Arşivi 2015; 52(1): 78-82
2.Raymond, S, Ducasse, M-V, Azoulay, M, Gasman, I. Maternal filicide and mental illness: A descriptive study of 17 women hospitalized in a French secure unit over a 24-year period. *J Forensic Sci*. 2021; 66: 1818
3.Maya K. Krischer, Michael H. Stone, Kathrin Sevecke, Eckhard M. Steinmeyer, Motives for maternal filicide: Results from a study with female forensic patients, International Journal of Law and Psychiatry, Volume 30, Issue 3, 2007, Pages 191-200,

HIZLI BİR ÖLÜM ŞEKLİ: YÜKSEK HIZLI TREN ve İNTİHAR

Arif GARBİOĞLU
Zonguldak Adli Tıp Şube Müdürlüğü, Adli Tıp, Zonguldak

Giriş

İntihar tüm toplumlarda görülen büyük bir halk sağlığı problemidir. Yöntemi kültürel farklılıklar, dini inanışlar, deneyim veya duyumlar gibi birçok faktöre bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir (1). Literatürde en sık intihar yönteminin ası olduğu bildirilmekle birlikte nadiren görülebilecek yöntemlerle de intihar olgularının olduğu belirtilmektedir (2). Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaygınlaşan yüksek hızlı tren konforlu ve hızlı ulaşım sağlamasının yanında bir intihar yöntemi olarak da seçilebilmesi nedeniyle adli tıp pratiğinde bu tür intihar olgularına farkındalık oluşturmak amaçlanmıştır.

Olgu

Olgu, 2021 yılında hareket halindeki yüksek hızlı trenin önüne geçerek intihar eden 20 yaşında gurbetçi bir erkek idi. Soruşturma dosyası kapsamında kamera görüntüleri incelendiğinde olgunun tek yön tren bileti alarak demir yolu raylarına inip bir süre trenin gelişini beklediği, kendisine doğru hızla gelen yüksek hızlı trenin bulunduğu raya geçip kollarını iki yana açarak beklediği ve kısa bir süre içerisinde yüksek hızlı trenin olguya çarptığı tespit edilmiştir.



Resim 1- Olay anı öncesi görüntüsü

Adli tahkikat dosyasından olgunun gönül ilişkisi yaşadığı kişiden ayrıldıktan sonra bunalıma girdiği, psikolojisinin bozulduğu, daha önceden de intihar girişimleri olduğu, olaydan birkaç gün önce sosyal medyada ölümle ilgili paylaşımlar yaptığı öğrenilmiştir.

Postmortem yapılan incelemesinde; vücut bütünlüğü bozulan, seçilebildiği kadarıyla siyah saçlı, yaklaşık 1-2 haftalık siyah sakal bıyıklı, esmer tenli, göz küreleri mevcut olmayan, ileri derecede deforme olması nedeniyle diğer kimlik özellikleri tefrik edilemeyen olgunun kafatası ve yüz kemiklerinde yaygın kırıklara ve kayıplara bağlı ileri derecede deforme görünüm olduğu, beyincik, beyin sapı ve beyin dokusunun mevcut olmadığı, boyun ve omuzda cilt ve yumuşak dokusunun kısmen mevcut olduğu, omuz sol kısımla birlikte ileri derecede kafatasının dekapite halde olduğu, kas, damar ve sinir yapılarının çok parçalı kopmuş olduğu, batın ve göğüs bölgesinin ağır genel beden travmasına bağlı açılmış halde olduğu, yoğun doku harabiyetleri, mevcut olan omur ve kotlarda deplase kırıklar olduğu, her iki kolun üst 1/3 seviyesinden kopmuş olduğu, her iki uyluğun çok parçalı olduğu, sağ kruris üst 1/3'ten kopmuş olduğu, sol kruris diz seviyesinden kopmuş olduğu, tüm yara dudaklarında vitalite bulguları olduğu, getirilen vücut parçaları mümkün olduğunca rekonstrükte edildiğinde göğüs kafesinde ve boyun yapılarında eksiklikler olduğu, iç organların ve yer yer yumuşak dokuların mevcut olmadığı görüldü.



Toksikolojik incelemesinde uyuşturucu veya uyarıcı maddeler ile ilaç etkin maddelerinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Kişinin ölüm nedeninin vücut bütünlüğünü ortadan kaldıran ağır genel beden travması olduğu belirlenmiştir.

Tartışma ve Sonuç

Demiryolu bağlantılı intihar, görece olarak nadir görülen ancak son derece ölümcül bir intihar metodudur. Tüm intihar ölümlerinin %1-12'sini oluşturduğu belirtilmektedir (3). Bekar ve yalnız olmak, ilişkide bozulma olması, iş veya ailevi problemler demiryolu intiharları için de risk faktörleri olarak bildirilmektedir (4). Olgumuzun da bekar olması, yalnız yaşaması ve sevgilisinden ayrılması literatürle uyumlu risk faktörleri olarak saptanmıştır. Çalışmalarda, insanların intihar yöntemi olarak demiryolunu tercih etmelerinin nedeninin anlık ve kesin olması ile sevdiklerine daha az yük getirdiği gibi sebepler olduğu belirtilmektedir. Ölümün gerçekleşeceğinden emin olma duygusu bu tür intihar yöntemlerinde kişiyi motive edebilmektedir (5). Tren ile ilişkili intihar olgularında olgumuzda olduğu gibi vücudun gövde bölümünde ağır genel beden travmasının daha fazla olduğu görülmüştür (6).

İntiharları önleme stratejileri geliştirilirken yüksek hızlı trenle ilişkili intihar olgularının da göz önünde bulundurulmasının, gelecekteki araştırmaların şekillendirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

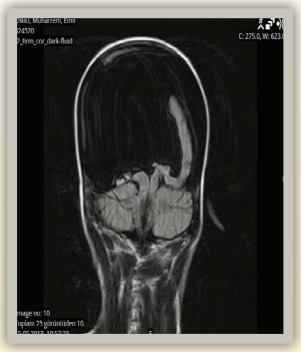
1. Garbioğlu A, Balcı I, Akkaya H, Karbeyaz K. COVID-19 sürecinin ruhsal etkileri ve intihar ilişkisi. Toprak Ergönen A, editör. Adli Tıp ve COVID-19. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. p.9-12.
2. Tugaleva E, Gorassini DR, Shkrum MJ. Retrospective analysis of hanging deaths in Ontario. J Forensic Sci. 2016;61(6):1498–507.
3. Barker E, Kolves K, De Leo D. Rail-suicide prevention: Systematic literature review of evidence-based activities. Asia-Pacific Psychiatry. 2017;9:e12246. doi: 10.1111/appy.12246.
4. Ratnayake R, Links PS, Eynan R. Suicidal behaviour on subway systems: a review of the epidemiology. J Urban Health 2007;84(6):766-81. doi: 10.1007/s11524-007-9211-5.
5. Duddin KSE, Raynes B. Why choose the railway? An exploratory analysis of suicide notes from a sample of those who died by suicide on the railway. Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention. Advance online publication, 2021 Aug. doi: 10.1027/0227-5910/a000807.
6. Kumral B, Büyük Y, Melez DO, Melez İE, Şahin F, Şahin E, et al. Evaluation of railway related deaths for which autopsies were performed in Istanbul. J For Med 2014;28(3):208-22. doi: 10.5505/adlitip.2014.47550.

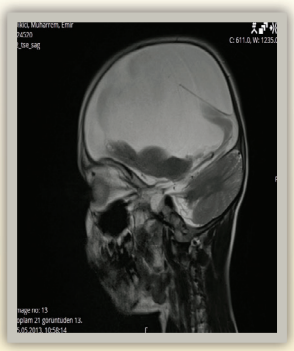
Haloprozensefali: Otopsi Bazlı Olgu Sunumu

Vahap GÖÇÜK*, Hüseyin Mehmet ŞENGÜL*, Salih GÜVEN*, Mücahit ORUÇ*
*Malatya Adli Tıp Grup Başkanlığı

Giriş ve Amaç

- Holoprosensefali, erken embriyonik dönemde ön beynin gelişimsel bozukluğundan kaynaklanan, nadir görülen bir beyin anomalisidir.
- Hastalık, şiddetine göre alobar, semilobar ve lobar tip olmak üzere üç gruba ayrılır. Holoprozensefalinin prognozu, beyin ve fasiyal deformitelerin şiddetine ve ilgili anomalilerin varlığına bağlıdır.
- Bu çalışmada, şüpheli ölüm bildirimi sonucu otopsisi yapılan holoprozensefali olgusuna ait otopsi bulguları sunulmaktadır. Elde edilen bulgular ile litaretüre katkı yapmak amaçlandı.





Olgu

- 14 yaşında erkek olguda; holoprozensefali, serebral palsi, epilepsi ve skolyoz tanıları mevcut.
- Öyküsünde; anne baba 1. derece akraba, anne yaşı:34, kardeş sayısı: 3, miadında C/S ile ikiz doğduğu, ikizininde 3 aylıkken öldüğü, sık sık nöbet geçirme ve solunum sıkıntısı şikayetleri ile hastane yatışları olduğu,
- Son olarak evde fenalaşarak acil servise kaldırıldığı, şüpheli ölüm olarak değerlendirilerek otopsi amaçlı kurumumuza yönlendirildiği tespit edildi.

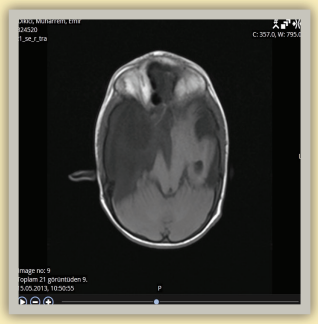


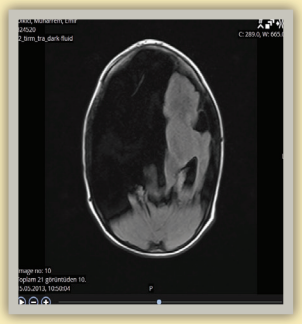






Hastaya ait ölümünden önce çekilmiş Beyin MR görüntülerinde; sağ serebral parankimin minimal olduğu, solda oksipital ve kısmen temporal parankim haricinde izlenmediği, interhemisferik fissürün mevcut olmadığı, serebrumun monoventriküler tarzda BOS ile dolu olduğu ve mevcut bulguların alobar haloprozensefali ile uyumlu olduğu görüldü.





Bulgular

- Yapılan ölü muayenesinde; cesedin 133 cm boyunda, 33 kg ağırlığında olduğu, ölü lekelerinin koyu mor renkte oluştuğu, el ve ayaklarda spastisite dışında vücudunda belirgin dismorfik görünüm olmadığı, sırtında spinal orta hatta cerrahi insizyon skarı olduğu görüldü.
- Yaplan otopsisinde; beyin parankiminin ileri derecede atrofik görünümde olduğu, beyin, beyincik ve beyin sapının 245 gr tartıldığı, kafatasındaki kaviter boşluğun yoğun sıvı ile dolu olduğu görüldü.
- Beyin dışarı çıkarıldığında sol oksipital ve kısmen temporal parankim haricinde serebral yapıların olmadığı, tek ventrikül yapısında olduğu görüldü.
- Alınan numunelerin histopatolojik ve toksikolojik incelemeleri neticesinde; şahsın beyin gelişim anomalisi (haloprozensefali) ve bu hastalığa bağlı bağlı gelişen bronkopnomoni nedeniyle öldüğü belirlenmiştir.









Tartışma ve Sonuç

- Holoprozensefali; prozensefalonun iki ayrı hemisfer ve ventriküle ayrılamadığı en sık malformasyonudur.
- Yüzün ve beynin ciddi malformasyonları ile karakterize olan çoğu zaman spontan intrauterin ölümle sonuçlanan bir orta hat gelişim ve ayrılma defektidir.
- Tek bir embriyolojik defekt, hem beyin hem de yüz gelişimini etkilemekte, böylece ağır beyin anomalilerine ağır yüz anomalileri eşlik etmektedir.
- Bu vakada literatürden farklı olarak ağır beyin anomalisine karşın belirgin yüz anomalisi olmayan 14 yaşına kadar hayatta kalabilen olgu sunulmuştur.

Genel Anestezide Yanlış Gaz Uygulamasına Bağlı Tıbbi Uygulama Hatası: Olgu Sunumu

Şahin Bora Tekin[1], Emre Özdemir[2], Mustafa Bilal Ceylan[2], Kağan Gürpınar[3], Ziya Salihoğlu[4]

[1]Adli Tıp Kurumu Bursa Adli Tıp Grup Başkanlığı
[2]Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul
[3]Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı
[4]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

GİRİŞ ve AMAÇ

Günümüzde teknolojik gelişmeler anestezik işlemlerin niteliğini ve güvenilirliğini arttırırken meydana gelen hataların tam olarak önüne geçememiştir. Gaz akımının devamlılığını sağlayan taşıyıcı sistemler ile ilgili hatalar, gaz basınç problemi, solunum sistemi problemleri, intravenöz problemler ve laringoskop arızaları gibi çeşitli sorunlar ile karşılaşılmaktadır. Bu çalışmada, yanlış gaz uygulanan ve nadir rastlanan bir olgu literatür eşliğinde sunulmaktadır.

Değerlendirme: ...Ameliyathanede yapılan keşif incelemesinde gaz bağlantılarının ters yapıldığının tespit edildiği, tadilat işlemi sonrasında ilk genel anestezi altında yapılan ameliyatın sunduğumuz olgu olduğu, söz konusu tadilatlardan sonra idare tarafından gerekli kontrollerin yapılması ve bu kontrollerden sonra ameliyathanenin kullanıma açılması gerektiği, bunun idarenin sorumluluğunda olduğu, ancak idarenin bu sorumluluğu yerine getirip getirmediğinin adli tahkikat ile aydınlatılması gerektiği belirtilmiştir.

OLGU

Yapılan göz ameliyatı sırasında anestezi cihazından oksijen yerine azot gazı verilmesi sonucu engelli hale geldiği iddiası ile tıbbi kusur durumu sorulmaktadır.

4.5 yaşında erkek hasta, şaşılık şikayeti nedeniyle başvurduğu hastanede gözlük ve kapama tedavileri sonrasında cerrahi tedavi planıyla yatırılmıştır.

Ameliyathaneye alınarak damar yolundan ilaçlar verildikten sonra maske ile solutulmaya başlanmış, sonrasında dudaklarında morarma olduğunun görülmesi üzerine alerjik reaksiyon veya bronkospazm geliştiği düşünülerek bu yönde tedaviler uygulanmıştır. Genel durumu daha da kötüleşerek arrest olması üzerine yeniden canlandırma işlemine başlanmış, uygun ilaçlar ile uygun sürelerde yeniden canlandırma işlemi yapılmasına rağmen kliniğinin net olarak düzelmediği görülmüştür. Bir süre sonra anestezi cihazından yüksek azot uyarısı gelmesi üzerine seyyar oksijen tüpü getirilerek oksijenizasyon sağlanmaya çalışılmış ve genel durumunda düzelme olduğu görülmüştür. Yapılması planlanan ameliyatta azot protoksit gazı hiç kullanılmamış olmasına rağmen cihazın yüksek azot uyarısı vermesi nedeniyle gaz bağlantılarının yanlış yapılmış olabileceğinden şüphelenilmiş ve yapılan incelemede ameliyathanenin Pendant cihazındaki bir arıza nedeniyle bir süre tadilata alındığı, tadilat sonrasındaki ilk ameliyatın sunduğumuz olgu olduğu, tadilat esnasında yetkili firma tarafından duvar arkası gaz bağlantılarının ters yapılmış olduğu tespit edilmiştir.



Resim1: Pendant
(Hareketli pendant kol tavana kare çelik flanş ile ve her gaz için ayrı ayrı tanımlanmış NIST bağlantı sistemi ile bağlanabilecek adaptörler ile bakır boru asma tavan üzerinde sonlandırılmıştır)



Resim2: Anestezi Cihazı

TARTIŞMA

Anestezinin hatalı uygulanması iddiası ile en sık dava açılma nedenleri ölüm ve hipoksik beyin hasarıdır. En sık hata verilme nedenleri ise; preoperatif hazırlığın yapılmaması veya eksik yapılmasıdır (1). Yapılan çalışmalarda en sık görülen hataların ameliyat veya anesteziye yetersiz hazırlık, yanlış ajan veya anestezi tekniği seçimi ile krizde yetersiz müdahale olduğu görülmektedir (2,3).

Yapılan bir çalışmada, anestezi cihaz ve bağlantı hataları %7.5 oranında görülmektedir. Bu hatalar; O2 tüpü yerine CO2 tüpü bağlanması, O2 tüpü yerine N20 tüpü bağlanması ve cihaz kontrolü yapılmamasıdır (4).

Gaz dağıtım ekipmanlarından kaynaklanan istenmeyen sonuçların saptanması ile ilgili yapılan bir çalışmada ekipmanın hatalı kullanımının ekipman bozukluğundan 3 kat fazla görüldüğü belirtilmektedir (5). Bu tür kazaların en aza indirilmesi amacı ile Devlet Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) tarafından anestezi cihazı ve solunum sistemleri kontrol prosedürü geliştirilmiştir (6).

Sonuç olarak; Tıbbi kayıtlarda, anestezi ekibi tarafından genel anestezi uygulamasından sonra oksijen satürasyon değerlerinin düşmesi nedeniyle önce gerekli tıbbi müdahaleler yapılmış, başarılı yeniden canlandırma işlemi sonrasında kalp atımı geri geldikten sonra cihazdaki azot yüksekliği fark edilerek anestezi cihazına gelen oksijen bağlantılarında sorun olabileceği düşünülmüş, seyyar oksijen tüpü ile oksijenizasyon sağlanmış ve oksijen satürasyonlarının düzeldiği görülmüştür.

Kaynaklar

1. Posner KL.: Data reveal trends in anesthesia malpractice payments. ASA Newsletter ,68:7-14, 2004.
2. Duman A., Öğün C. Ö., Şahin M., Ökseli S.: Perioperatif Mortalite. Türkiye Klinikleri J Med Sci., 21:311-318. 2001.
3. Warden JC., Horan BF.: Deaths attributed to anaesthesia in New South Wales, 1984-1990. Anaesth Intensive Care., 24:66-73,1996.
4. Ertan A. Adli Tıp Kurumunda Değerlendirilen Olgularda Saptanan Anestezi Hataları ve Önlenebilirliği, Doktora Tezi, 2007, İstanbul.
5. Caplan RA.: Liability Arising From Anesthesia Gas Delivery Equipment. ASA Newsletter 1998;62.
6. March MG., Crowley JJ.: An evaluation of anesthesiologists' present checkout methods and the validity of the FDA checklist. Anesthesiology., 75:724-729, 1991.

İntramusküler Dikloron (Diclofenac Sodium) Enjeksiyonu Uygulaması Sonrası Siyatik Sinir Hasarı Gelişen 18 Yaş Altı Olgu Sunumu

Uzm. Dr. Ömer Faruk Şimşeker, Dr. Seda Şimşeker,
Dr. Öğr. Üyesi Hızır Aslıyüksek
Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç:

Parenteral ilaç uygulama yöntemlerinden biri olan intramuskuler enjeksiyon uygulaması ağrı ve inflamasyon kontrolünde tercih edilen uygulamalardan biridir. Erişkinlerde en sık intramuskuler (IM) enjeksiyon yapılan bölge dorsogluteal bölge olup, bebek ve erken çocukluk döneminde ise laterofemoral, deltoid ve dorsogluteal bölgeler sıklıkla kullanılmaktadır. Dorsogluteal bölge; siyatik sinir ve süperior gluteal sinir ve arteri içermesi bakımından ve bu bölgeye uygulanan enjeksiyonların bu yapılara zarar vermesi açısından riskli olmakla birlikte ülkemizde sıklıkla intramuskuler enjeksiyon uygulamalarında bu bölge tercih edilmektedir. Bu bölgeye yapılan enjeksiyonlar sırasında enjeksiyon lokalizasyonunun belirlenmesinde yapılacak yanlışlıklar, kas içine giren iğnenin uzun olması, uygulamanın dik açı ile uygulanmaması ve kişisel anatomik varyasyonlar nedeniyle siyatik sinir hasarı sonucu kişilerde enjeksiyon nöropatisi gelişebilmektedir.

Ağrı ve inflamasyon kontrolünde Diclofenac Sodium içeriğine sahip piyasa adı ile Dikloron (IM) ampul pratikte sıklıkla kullanılmaktadır. Deva Holding A.Ş. tarafından piyasada bulunan Dikloron 75 mg/3 ml IM ampul prospektüsünde yaşa göre kullanımını 'pediyatrik hastalarda güvenilirliği ve etkinliği kanıtlanmamıştır' ve 'yaşlılarda (65 yaş ve üzeri) farmakokinetik özellikler gençlerinkine benzerdir, yaşlı ve genç hastalarda güvenilirlik ve etkinlik açısından farklılık gözlenmemiştir, ancak yaşlılarda mümkün olan en küçük dozlar tercih edilmelidir' şeklinde belirtilmekte olup Adli Tıp Kurumu Adli Tıp 3. Üst Kurulunca değerlendirilmesi istenen olguda 18 yaş altında Dikloron ampul uygulanmasının tıp kurallarına uygun olup olmadığı sorulmaktadır.

İntramuskuler enjeksiyon uygulamalarında her türlü dikkat ve özen gösterilmesine rağmen enjekte edilen ilaçların doku içi yayılımı veya kişiye bağlı anatomik varyasyonlar nedeniyle enjeksiyona bağlı gelişen siyatik sinir hasarının en aza indirgenmesi için uygulanması gereken enjeksiyon bölgesinin tartışılması amaçlanmıştır.

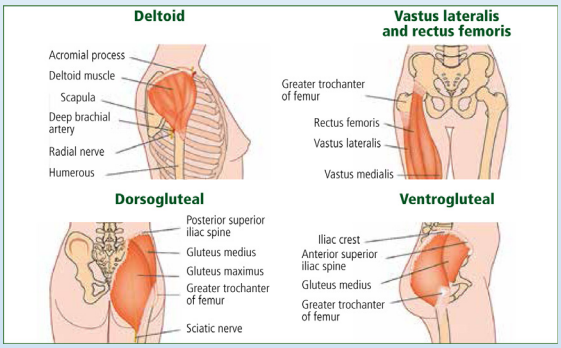
Olgu:

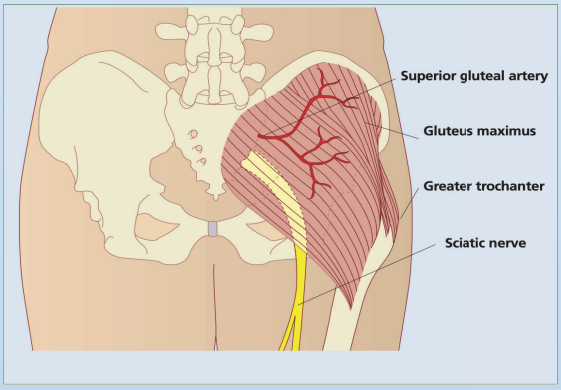
15 yaşında, düşme sonrası sol kolda ve sol omuzda travma öyküsü ile Devlet Hastanesi acil servisine başvurmakta olup acil servis doktoru tarafından iki yönlü omuz grafisi çekilerek yumuşak doku travması tanısı konulup Dicloron ampul 1x2/3 intramüsküler uygulanması talimatı hemşireye verilmiştir. Olguda enjeksiyon uygulaması sonrası sol bacağında ani bir ağrı ile birlikte kalçasından ayak parmağına kadar uyuşma gelişmesi üzerine olgunun Nöroloji Bölümüne konsülte edilerek yapılan muayenesinde sol ekstremite ayak dorsifleksiyonu 3/5 motor güçte parezi, solda parestezi olduğu, enjeksiyon yapılan yerin doğru olduğu, enjeksiyon bölgesinde ödem hiperemi olmadığı tespit edilmiştir. Sonrasında Prednol 40 mg (IV) tedavi düzenlenmesi ve Fizik Tedavi ile Beyin Cerrahi poliklinik kontrolüne başvurması gerektiği önerilmiştir.

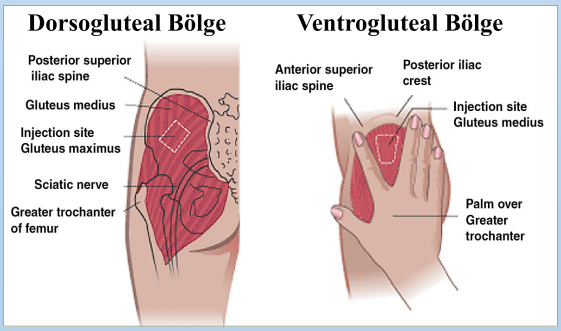
Enjeksiyon tarihinden yaklaşık 1.5 ay sonra yapılan EMG incelemesinde; sol tibia sinir iletim hızında yavaşlama ile beraber incelenen tibial innerve kaslarda kronik nörojenik tutulum ile sol siyatik sinir lezyonu olarak sonuçlanmış olup enjeksiyon tarihinden 9 ay sonra yapılan EMG incelemesinde ise solda siyatik sinirin fibular dalında ileri, post tibial dalında orta düzeyde parsiyel aksonal dejenerasyon ile uyumlu bulgular saptanmıştır.

Olgunun Kurumumuzda 2013 yılında yapılan muayenesinde kas gücü sol alt ekstremite diz 4/5, bilek dorsifleksiyon 2/5, bilek plantarfleksiyon 3/5, kas tonusu normal olduğu, derin tendon reflekslerinin her 4 ekstremitede + olduğu, patolojik refleks olmadığı, solda stepaj yürüyüşü gözlendiği, sağ GM 32 cm, sol GM 30 cm (2 cm atrofi) olduğu, sol ayak baş parmak ve bacak lateralinde parestezi ve hipoestezi tespit edildiği, sol alt ekstremitede siyatik sinirin (perineal ağır ve tibial orta düzeyde) etkilenmesi ile uyumlu bulgular saptanmıştır.

Adli Tıp Kurumu Adli Tıp 3. Üst Kurulu tarafından olgunun incelenmesi sonrası düzenlenen mütalaada; 'Kas içi enjeksiyon işlemi sonrası ortaya çıkan sinir hasarının klinik ve laboratuvar verileri birlikte değerlendirildiğinde enjeksiyon nöropatisi ile uyumlu olduğunun anlaşıldığı, kişiye uygulanan enjeksiyon tedavisinin endikasyonunun bulunduğu, bu tip enjeksiyon uygulamalarında enjekte edilen ilaçların doku içi yayılımı veya kişiye bağlı anatomik varyasyonlar nedeniyle nadir de olsa sinir hasarına neden olabildiklerinin tıbben bilindiği, bu durumun enjeksiyonun tekniğine uygun yapılması durumunda da önlenemeyecek şekilde ortaya çıkabildiği, her türlü dikkat ve özene rağmen gelişebilen bir komplikasyon olarak nitelendirildiği, ortaya çıkan komplikasyon sonrası kişinin ilgili branşlara (nöroşirurji) konsülte edilmesi ve tedavisinin düzenlenmesinin komplikasyon yönetimi açısından tıbben uygun olduğu, dava konusu olayda enjeksiyon tekniğinin yanlışlığına ya da uygulanan bölgenin uyumsuzluğuna dair herhangi bir tıbbi delil tanımlanmadığı ayrıca her ne kadar ilgili ilacın kullanma talimatında 18 yaşın altına kullanılmaması gerektiği belirtilmiş olsa da dava konusu olayda ilaç dozunun 2/3'ünün uygulanması ve kişinin içinde bulunduğu gelişim evresi (15 yaş) göz önüne alındığında; tedaviyi düzenleyen hekim ve enjeksiyonu uygulayan sağlık personelinin eylemlerine tıbbi uygulama hatası atfedilmediği' yönünde karar oy birliği ile mütalaa edilmiştir.







Tartışma ve Sonuç:

Dikloron SR 75 mg film tablet formuna ait prospektüsta 'doz gücünden dolayı, Dikloron SR çocuklar ve ergenler için uygun değildir' olarak belirtilmiş olsa da Dikloron 75 mg/3 ml IM ampul olarak piyasada kullanılan enjeksiyon formuna ait prospektüsta 'pediyatrik hastalarda güvenilirliği ve etkinliği kanıtlanmamıştır' şeklinde belirtilmiş olup kontrendikasyona ait bir husus yer almamaktadır. Olgumuzda da enjeksiyon bölgesinin doğru olması ayrıca hekim tarafından olgunun yaşının adölesan yaş grubunda olması göz önüne alınarak ilaç dozunun 2/3 oranında yapılmış olması nedeniyle hekime özen eksikliği veya tıbbi uygulama hatası atfedilmediği anlaşılmaktadır.

Ülkemizde sağlık personelleri tarafından intramüsküler enjeksiyon uygulamaları için sıklıkla dorsogluteal bölge tercih edilmekle birlikte bu bölgede siyatik sinir trasesi ile gluteal arter ve sinir yapılarının bulunması, ventrogluteal bölgede ise subkutan dokunun ince olması, büyük damar ve sinirlerin dorsogluteal bölgeye göre daha az bulunması nedeniyle son yıllarda yapılan çalışmalar intramüsküler enjeksiyon uygulamaları için ventrogluteal bölgenin daha güvenilir olduğunu ortaya koymuştur.

Kaynaklar:

- Small SP (2004) Preventing sciatic nerve injury from intramuscular injections: literature review. Journal Advanced of Nursing 47, 287–296.
- Cocoman A & Murray J (2008) Intramuscular injections: a review of best practice for mental health nurses. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 15, 424–434
- Bulut Y, Ülger Z, Bulut S, Egemen A. Gluteal intramuskuler ilaç enjeksiyonu sonrası gelişen düşük ayak: Bir vaka takdimi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2007; 50: 193-8
- Greenway, Kathleen. (2004). Using the ventrogluteal site for intramuscular injection. Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987). 18. 39-42. 10.7748/ns2004.03.18.25.39.c3560.

İshal ve Kusma Şikayetleri ile Başvuran ve Rastlantısal Olarak Özefagusta Yabancı Cisim (Pil) Tespit Edilen 1 Yaşında Olgu Sunumu

Dr. Seda Şimşeker, Uzm. Dr. Ömer Faruk Şimşeker,
Uzm. Dr. Mehmet Doğan, Uzm. Dr. Caner Beşkoç
Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç:

Çocuklarda yaygın halk sağlığı problemlerinden biri de yabancı cisim yutmalarıdır. Yabancı cisimlerin solunum yoluna ya da sindirim sistemine kaçarak ölüme yol açması kazayla ölümlerin en sık altıncı sebebidir ve bu olguların %64'ünü 5 yaşından küçük çocuklar oluşturmaktadır.

Adli Tıp Kurumu Adli Tıp Üçüncü Üst Kurulu tarafından değerlendirilmesi istenen ishal ve kusma şikayeti ile hastaneye başvuran 1 yaşındaki olgunun ölümü sonrası takip ve tedavisinde tıbbi uygulama hatası olup olmadığının incelenmesi istenmektedir.

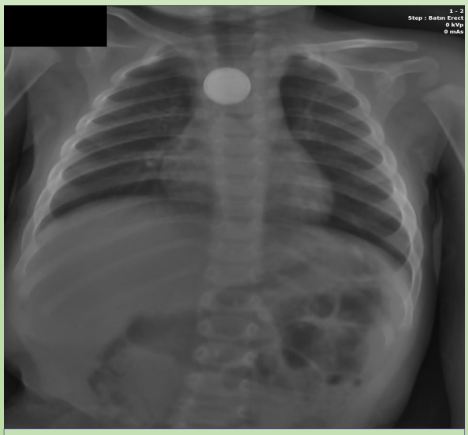
Pil yutma sonrası erken dönem mukozal hasar ve diğer komplikasyonlara yönelik tanı ve tedavideki gecikmeler ve bu gecikmelerin oluşturacağı mortalite ve morbiditeler ile alınabilecek önlemlerin tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu:

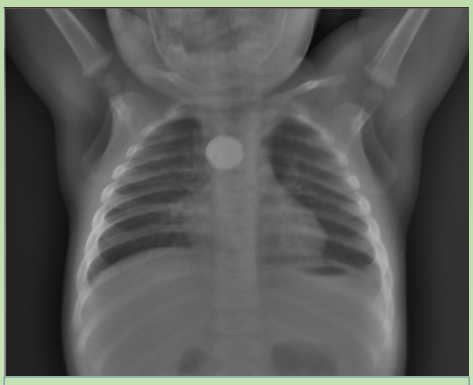
1-2 gündür devam eden ishal ve yeşil renkli kusma şikayetleri ile Üniversite Hastanesi Çocuk Acil Servisine başvuran 1 yaşında erkek olgunun Çocuk Acil Servisinde pratisyen hekim tarafından yapılan fizik muayenesinde anormal bulgu saptanmamış, kan ve gaita tetkikleri ile batın grafisi istenerek sıvı tedavisi düzenlenmiştir. Kan tetkikinde CRP 19.2 olup gaita tetkikinde patojen etken tespit edilmemiştir. Hekim ifadesinde; olgunun grafisini incelerken şikayetlerinin ishal ve kusma olması nedeniyle grafinin daha çok batın bölgesine odaklandığı ve özefagusta herhangi bir cisim olduğuna ilişkin şüphe gözlemlemediği, sıvı tedavisi ile kusma şikayeti geçen bebeğin daha iyi olduğunu annesinin belirtmesi üzerine tetkik sonuçlarını da değerlendirerek gastroenterit tanısı ile antibiyotik tedavisi düzenleyip şikayetlerin devamı halinde hastaneye başvurmasını söyleyerek taburcu ettiği anlaşılmıştır.

İlk başvurusundan 5 gün sonra huzursuzluk şikayeti ile tekrar aynı hastaneye başvuran olgunun çekilen grafisinde rastlantısal olarak özefagusta yabancı cisim tespit edilmesi üzerine Çocuk Cerrahisi Bölümüne danışılarak başka bir ilin Çocuk Gastroenteroloji Bölümüne sevk edilmiştir. Burada yapılan endoskopik incelemede özefagusta ön kesici dişlerden itibaren 14-18 cm arasında yaygın nekroz olup yabancı cisim çıkarma forsepsi ile cisim çıkarılmayınca cisim mideye düşürülmüştür. Endoskopiden 2 gün sonra olgunun abondan kanama nedeniyle yoğun bakıma alınarak, eritrosit süspansiyonu verilmiştir. Tekrarlanan ayakta batın grafisinde pil görülmüştür. Genel durumunun iyi olması nedeniyle servise alınan olguya ağzından abondan olmayan kanaması olması nedeniyle çocuk cerrahisi tarafından anjiografi yapılması önerilmiştir fakat olgunun genel durumunun kötüleşmesi nedeniyle bu öneri uygulanamayıp olgu yeniden yoğun bakım ünitesine alınmıştır. Takibinde 30 saniye süren jeneralize nöbet geçiren ve aktif olarak üst GİS kanaması olan olguya yapılan endoskopide özefagusta ön kesici dişlerden 15. santimde (önceki bakıda pile bağlı nekrozun olduğu yerde) üzeri pıhtı ile kaplı sızıntı şeklinde kanamanın devam ettiği lezyon görülüp kanamanın yeri lokalize edilememiştir. Aktif kanamanın hem ağızdan, hem de mideye doğru devam ettiği ayrıca mide bölgesi kan ile dolu olup hematom da olduğu görülmüştür. Takiplerinde satürasyonu düşen ve ardından arrest olan olgu yeniden canlandırma işlemine yanıt vermeyerek 12/09/2019 tarihinde exitus olmuştur. Düzenlenen ölüm belgesinde ölüm sebebi bulaşıcı olmayan hastalık (doğal ölüm) olarak değerlendirilerek otopsi yapılmamıştır.

İlk hastane başvurusunda çekilen batın grafisinin Adli Tıp Kurumunda incelenmesinde; üst mediastende vertebral hat üzerinde 2.2 cm çapında düzgün, yuvarlak metalik cisim izlendiği, bu başvurudan 5 gün sonra yapılan başvurusunda da yine aynı şekilde üst mediastende vertebral hat üzerinde 2.2 cm çapında düzgün, yuvarlak metalik cisim izlendiği görülmüştür.



İlk Hastane Başvurusunda Çekilen Grafi



5 Gün Sonra Çekilen Grafi

Tartışma ve Sonuç:

Pil yutma sonrası erken dönem mukozal hasarın oluşması sebebi ile erken tanı ve tedaviye başlanılsa dahi kalıcı hasar oluştuğu, hatta çoğu zaman erken ve doğru tedaviye rağmen bu vakaların ölümle sonuçlanabildiği bilinmektedir. Olgumuzda başvuruda pil yutma öyküsünün ebeveynler tarafından bilinmemesi/söylenmemesi ve ilk değerlendirme yapan doktor tarafından anamneze yönelik olarak çekilen röntgende batın bölgesine odaklanılarak özefagustaki metalik cismin atlanılması vakanın tanı süresinin uzamasına sebep olmuştur.

Yapılan çalışmalarda; pil yutulması sonrasında bir saat içinde mukozal nekrozun, iki saat içinde ülserasyonun ve sekiz saat ardından ise perforasyonun olabileceği ve pil yutan 6 yaşından küçük çocukların %12.6'sında perforasyon, trakeaözofagial fistül, büyük damara fistülizasyon, özofagus darlığı, vokal kord felci veya spondilodiskit gibi komplikasyonlar geliştiği gösterilmiştir. Hatta pil çıkartıldıktan birkaç gün sonra trakeaözofagial fistül, haftalar aylar sonra özefagial darlık gelişebilmektedir. Pil çıkarılmasından yaklaşık 2 hafta sonra özofagus-aort fistülizasyonuna bağlı kanamayla ölen vakalar mevcuttur.

Mortalitesi ve morbiditesi yüksek olan bu riskli durum için ailelerin ve çocuklarla ilgilenen tüm bireylerin, yutulması durumunda kısa sürede gerekli tedavinin uygulanması halinde dahi kalıcı hasara neden olabilecek bu tarz cisimlerin çocukların ulaşabileceği yerlerde bulundurulmamasına azami dikkat göstermeleri büyük önem taşımaktadır

Kaynaklar:

- Kalyanshettar S, Patil S, Upadhye G. Button battery ingestion-case report and review. J Clin Diagn Res. 2014;8(9):PD01-2
- Krom H, Visser M, Hulst JM, Wolters VM, Van den Neucker AM, de Meij T et al. Serious complications after button battery ingestion in children. Eur J Pediatr. 2018;177(7):1063-70.
- Hofmeyr R, Bester K, Willms A, Hewitson J, Byhahn C. Tracheoesophageal fistula following button battery ingestion in an infant: Airway management considerations. Anaesthesist. 2019;68(11):777-9.
- Brumbaugh DE, Colson SB, Sandoval JA, Karrer FM, Bealer JF, Litovitz T et al. Management of button battery-induced hemorrhage in children. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2011;52(5):585-9.

17. ULUSLARARASI KATILIMLI ADLİ TIP GÜNLERİ
13-16 EKİM 2022
AKSU - ANTALYA

TRAVMA SONRASI GELİŞEN ANİ KARDİYAK ÖLÜMLERDE CEZA SORUMLULUĞUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ



S.Yazgülü Taştemir 1, Arda Akay 2, Laçin Lal Çakır 3, Ali Ulvi Çalık 2, Abdullah Coşkun Yorulmaz 3

1 Yorulmaz Sağlık Eğitim Danışmanlık Hizmetleri Ltd. Şti.
2 Adli Tıp Kurumu Başkanlığı
3 Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

AMAÇ

Travmatik olaylar, mağdurlarda emosyonel ve fiziksel strese neden olmaktadır. Emosyonel stres ve fiziksel efor, ani kardiyak olayların en önemli tetikleyicilerindendir. Hukuka aykırı bir eylem sonucunda emosyonel ve fiziksel strese bağlı ani kardiyak ölüm veya basit travma sonrası inhibisyona bağlı ölüm gerçekleştiği durumlarda ise; fail açısından öldürme suçu kapsamında cezai sorumluluk doğmaktadır. Bu çalışmada Yargıtay kararları çerçevesinde bu tür olgularda failin ceza sorumluluğuna yaklaşımın açıklanması planlandı.

YÖNTEM

Yargıtay Başkanlığı'nın
https://karararama.yargitay.gov.tr
web sitesinde yayınlanan konu hakkındaki ceza dairesi kararları adli tıbbi açıdan incelendi.

Veritabanında; "ani kardiyak ölüm" "kalp damar hastalığı" ve "efor ve stresin tetiklediği" anahtar kelimelerle yapılan arama neticesinde 30 karara erişildi. Travma ile ilişkisi olmayan olgulara ilişkin kararlar kapsam dışı bırakıldı. Travma ile ilişkili 23 karar çalışma kapsamında değerlendirildi.

BULGULAR

Yargıtay Ceza Daireleri tarafından verilen 23 karar incelendiğinde; 3 kararda ATK raporlarında ölüm ile nedensellik olduğu dayanak gösterilerek kurulan mahkumiyet hükmünün Yargıtay tarafından olayda etkili eylem bulunmaması nedeniyle nedensellik kurulamayacağı, bu nedenle taksirle öldürme suçundan beraat kararı verilmesi gerekçesiyle bozulduğu görüldü. 3 kararda m.86/2 kapsamında verilen ilk derece mahkemesi kararları bozularak taksirle öldürme suçuna işaret edildiği görüldü. 1 kararda ölendeki yaralanmaların CPR kaynaklı olup olmadığı tespit edilmeden m.87/4 hükmünden ceza verilmesi bozma sebebi yapıldığı görüldü. 1 kararda, eşinin kalp hastalığı olduğunu bilmesine rağmen BTM ile giderilebilecek şekilde darp eden fail hakkında bilinçli taksirle öldürme hükmünün uygulanmamasını bozma sebebi yapılmıştır. 2 kararda ölenin kalp hastası olduğunu bilmeyen fail hakkında ilk derece mahkemesince kurulan bilinçli taksirle öldürme suçu hükümlerini bozduğu görüldü.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmaya konu Yargıtay kararları incelendiğinde; failin ceza sorumluluğunun belirlenmesinde; mağdurun vücudunda oluşan yaralanmaların düzeyi, mağdurda kalp hastalığı bulunup bulunmadığının fail tarafından bilinip bilinmediği önem taşımaktadır. Ölüm nedeninin ve yaralanma düzeyinin belirlenmesi için ilk derece mahkemeleri tarafından Adli Tıp Kurumu (ATK) 1. İhtisas Kurulu'ndan bilirkişi raporu temin edildiği, ATK raporlarında; "ölende tespit edilen travmatik değişimlerin müstakilen öldürücü nitelikte olmadıkları, 5237 sayılı TCK'nın 86-87. madde kapsamında yapılan değerlendirmeye göre basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olduğu/olmadığı, otopsi bulgularına göre; kişide kronik kalp damar hastalığının mevcut olduğu, ölümün maruz kaldığı olayın efor ve stresinin tetiklediği ani kardiyak ölüm sonucu meydana gelmiş olduğu, olayla ölüm arasında tıbben illiyet bağı bulunduğu" şeklinde değerlendirildiği görülmektedir.

Yargıtay'ın yaklaşımı;

- Mağdurun vücudunda oluşan yaralanmalar basit bir tıbbi müdahale (BTM) ile giderilebilecek ölçüde hafif değil ise, TCK m. 87/4; yaralanmalar BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif ise, 87/4 maddesinde 86. maddenin 2. fıkrasına atıfta bulunulmadığından 85. maddede tanımlanan taksirle öldürme hükmü uygulanmalıdır.

Mağdurda mevcut bir kalp hastalığının fail tarafından bilinmesi durumunda ise, bilinçli taksirle öldürme suçunun unsurlarının oluştuğu yönünde değerlendirilmelidir.

Bir muhalefet şerhinde; travmanın direkt etkisi ile oluşan yaralanmalar BTM ile giderilebilecek olsa da, travma ile arasında nedensellik bağı bulunan, mağdurun 1 ay boyunca yoğun bakım yatışına ve netice olarak ölüme neden olan durumun BTM ile giderilemeyeceği gerekçe gösterilerek sanığın TCK m. 87/4 kapsamında cezalandırılması gerektiği kanaati belirtilmiştir.

Netice olarak; bu tür olgularda, travma ile ölüm arasında nedensellik bağı ve travma nedeniyle mağdurun vücudunda oluşan yaralanmaların düzeyinin belirlenmesi gibi adli tıbbi bilirkişilik ihtiyacı duyulan hususlar, ceza düzeyinin belirlenmesi açısından büyük öneme sahiptir.

Kaynaklar:

1. Akay A. "Travma ve Kalp Ölümleri İlişkisi" Tıpta Uzmanlık Tezi, 2020.
2. 12. Ceza Dairesi 2019/13027 E. 2021/7571 K. sayılı kararı
3. 12. Ceza Dairesi 2020/580E- 2021/7253 K. sayılı kararı
4. 12. Ceza Dairesi 2020/744 E.-2021/2745 K. sayılı kararı
5. 12. Ceza Dairesi 2019/13283 E. , 2021/1832 K. sayılı kararı
6. 12. Ceza Dairesi 2019/3749 E. , 2020/6443 K. sayılı kararı
7. 12. Ceza Dairesi 2019/5361 E. , 2020/1695 K. sayılı kararı
8. 12. Ceza Dairesi 2018/5048 E. , 2020/70 K. sayılı kararı
9. 12. Ceza Dairesi 2017/6316 E. , 2019/2057 K. sayılı kararı
10. 12. Ceza Dairesi 2016/5183 E. , 2018/5161 K. sayılı kararı
11. 12. Ceza Dairesi 2015/12572 E. , 2016/9172 K. sayılı kararı
12. 12. Ceza Dairesi 2015/2531 E. , 2015/16421 K. sayılı kararı
13. 12. Ceza Dairesi 2015/1527 E. , 2015/12458 K. sayılı kararı
14. 12. Ceza Dairesi 2014/18611 E. , 2015/9874 K sayılı kararı
15. 12. Ceza Dairesi 2014/17807 E. , 2015/8574 K sayılı kararı
16. 12. Ceza Dairesi 2014/19228 E. , 2015/7844 K. sayılı kararı
17. 12. Ceza Dairesi 2014/17690 E. , 2015/7546 K sayılı kararı
18. 12. Ceza Dairesi 2013/12684E 2013/15283 K. sayılı kararı
19. 1. Ceza Dairesi 2018/2412 E. , 2020/2384 K. sayılı kararı
20. 1. Ceza Dairesi 2020/1469 E. , 2020/1866 K. sayılı kararı
21. 1. Ceza Dairesi 2019/3924 E. , 2020/552 K. sayılı kararı
22. 1. Ceza Dairesi 2013/6329 E. , 2015/1210 K. sayılı kararı
23. 1. Ceza Dairesi 2015/5759 E. , 2016/351 K. sayılı kararı
24. 12. Ceza Dairesi 2015/4829 E. , 2016/4767 K. sayılı kararı

HEKİMLERİN KORKULU RÜYASI ROP DAVALARI

LAÇİN LAL ÇAKIR1 , S. YAZGÜLÜ TAŞTEMİR2 , ARDA AKAY3 , AYŞE YILDIZ TAŞ4 , GÖRKEM AYAS5 , ERDAL MEHMET AKSOY6 , TUĞBA GÜRSOY7 , A. COŞKUN YORULMAZ1

1 UZMANLIK ÖĞRENCİSİ, KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ADLİ TIP ANABİLİM DALI
2 HUKUK DANIŞMANI, YORULMAZSAĞLIK EĞİTİM VEDAN.HİZ.LTD.ŞTİ
3 ADLİ TIP UZMANI, ADLİ TIP KURUMU
4 UZMAN DOKTOR, KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GÖZ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
5 TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİSİ, KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
6 BAŞHEKİM, KOÇ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
7 PROF. DR., KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI VE NEONATOLOJİ BİLİM DALI
8 PROF. DR. KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ADLİ TIP ANABİLİM DALI

ÖNERİ FORMUNA QR KODU OKUTUP ULAŞABİLİRSİNİZ

GİRİŞ VE AMAÇ:

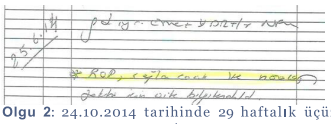
Prematüre retinopatisine (ROP) bağlı görme kayıpları ile ilgili davalar son yıllarda yüksek tazminat talepleri ile medyada giderek artan şekilde yer almaktadır. Adli tıpta ROP dosyaları olarak her zaman gündemde olan bu olgularda yeni olan, artan tazminat miktarları ile olgu sayılarıdır. Prematürite sorunu yaşayan olguların sağ kalım oranlarının artması, dava sayılarına da yansımaktadır. Bu çalışmada ROP olgularında görülen şikayet türleri medikolegal olarak değerlendirilerek, hasta güvenliği ve hekim savunma stratejisi açısından öneriler oluşturulması amaçlandı.

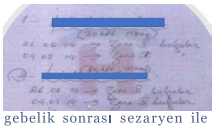
MATERYAL VE METOT:

Çalışmada üniversite hastanesinde rapor yazılan ve medikolegal danışmanlık hizmeti verilen dört olgu retrospektif olarak değerlendirildi ve literatür gözden geçirildi. Demografik verileri değerlendirildi. Hasta yakınlarının şikayetleri, bilirkişi tespitleri doğrultusunda analiz edildi. Bu verilerin tıbbi dosyayla karşılaştırılması yapıldı.

OLGULAR

Olgu 1: 22.05.2014'te 30 haftalık prematür doğan ve 26.06.2014 tarihinde aynı hastanenin yenidoğan bölümünde yenidoğan hekiminin talebi üzerine, ROP muayeneleri yapılan ikizlerin (üçüz gebelik olup süreçte bir olgu kaybedilmiştir) muayene bulguları "zone I bulgular" ve "zone II bulgular" olarak kaydedilmiştir. 8 gün sonra yapılan muayeneler de aynı şekilde kaydedilmiştir. Takip eden süreçte, her iki bebekte de evre 5 retinopati gelişmiştir. Adli süreçte; hekim, hastaları kontrole çağırdığını belirtmiştir. Ancak bu bilgi tıbbi belgelerde kayıtlı olmayıp hasta yakınları bilgilendirilmediklerini ifade etmektedir. İlk ROP muayeneleri bir reçete kağıdında olup, dosyaya ilk aşamada kazandırılmayan bu veri karşısında bilirkişiler ROP muayenesinin yapılmadığı kanaatine varmıştır. Aşağıda görüldüğü gibi tıbbi kayıtlar oldukça yetersizdir. Gerekli muayenelerin zamanında yapılmadığı yanı sıra yapılan ROP muayenesinin hatalı olduğu iddiası bulunmaktadır. Aşağıdaki belge ve bir reçete kağıdına yazılmış ROP muayene belgesi olması, pediatri uzmanının zamanında konsültasyon istediğini göstermesi açısından eldeki tek delildir.



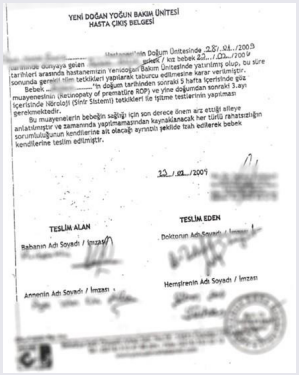


Olgu 2: 24.10.2014 tarihinde 29 haftalık üçüz gebelik sonrası sezaryen ile gerçekleştirilmiştir. İlk ROP muayenesi, 25.11.2014 tarihinde gerçekleştirilmiş olup, bulgular "sol-sağ zon 3 evre 1 demarkasyon hattı mevcut 15 gün sonra kontrol" şeklinde kaydedilmiştir. Hastanenin göz hastalıkları hekimi, ROP muayenesi için dış hekime eşlik etmiştir. Dış hekimin tıbbi belgelerde kaydı bulunmamaktadır. Bu muayene bulguları ile birlikte, standartlara uygun şekilde 15 gün sonrasında kontrol önerilmiştir. Ancak, 10.12.2014'te gidilmesi gereken kontrol muayenesine gidilmemiştir. 12.12.2014 tarihinde farklı bir hastaneye gidilmiş olup, muayene "sağ gözde zon 1 evre 3-4, sol gözde zon 3 evre 1" olarak kaydedilmiştir. Takip eden süreçte sağ gözde tam görme kaybı oluştuğu, sol gözde tedavi ile %5 görme sağlandığı görülmektedir. Tabip Odası, muayene sürelerinin uygun olduğu ancak tanıda hata olduğu gerekçesiyle göz hastalıkları hekimine para cezası vermiştir. 2022 yılında, göz hastalıkları hekimi aleyhine tazminat davası açılmış ve taksirle yaralama suçundan soruşturma süreci başlatılmıştır. Bu olguda; tıbbi kayıtların doğru ve eksiksiz tutulup arşivlenmemesi, hastalığın seyri açısından bilgilendirme eksikliği, dış hekimden istenen konsültasyonun kayda alınmaması, dış hekimin ifadesinin dosyaya kazandırılamaması yargılamada dezavantaj oluşturmaktadır. Ancak bu hastalığın agresif seyrettiği bilindiğinden ilk muayenede iddia edildiği üzere farklı bir tanı almış olsaydı dahi ROP'un uygun tarama ve tedaviye rağmen hızla gelişip görme kaybına neden olabileceği, yapılan müdahalelere rağmen bu sonucun oluşabileceği düşünülmektedir.

Olgu 3: 03.01.2018 tarihinde 25 haftalık iken 800 gr olarak doğan olgu, prematurite ve solunum sıkıntısı nedeniyle yenidoğan yoğun bakım ünitesine sevk edilmiştir. Postkonsepsiyonel 30 haftalıkken (ROP) açısından takibi yapılmak üzere Göz Hastalıkları uzmanından konsültasyon istenerek ROP muayeneleri yapılmaya başlanmıştır. Postkonsepsiyonel 40. haftasında yapılan ROP muayenesine kadar, daha önceki muayenelerinde göz damarlanmasının normal geliştiği, retinopati bulgularının olmadığı (evre sıfır, plus yok) muayeneyi yapan göz hekimi tarafından ROP muayene formuna not düşülmüştür. 17.04.2018'de yapılan ROP muayenesinde, göz hekimi tarafından "sağ göz: z1 z2 matur z3 immatur plus (+) evre (2) ROP -- sol: z1 z2 matur z3 imatur plus(+) evre(2) ROP, damarlarda tortiosite artışı var" şeklinde not düşülmüştür. Bu aşamada hızla ileri merkeze sevk edildiği ve 1 hafta sonra kontrol önerildiği şeklinde çelişkili bilgi bulunmaktadır. İleri merkez randevusu 25.04.2018 tarihine alınabilmiştir. Yapılan ROP muayenesinde "sağ gözde Evre 4A (makula hariç, temporal ve nazalde dekole), sol gözde vaskularizasyon zon 2 posteriorda, temporalde evre 1-2 ve preplus" tespit edilmesi üzerine hastanın acil olarak vitreoretinal cerrahi (Retina Cerrahisi) bölümünün olduğu ileri merkeze sevk edilmesi önerilmiştir. Süreç ciddi görme kaybı ile son bulmuştur. İlk bilirkişi değerlendirmeleri gecikme yaşandığı şeklindedir. Primer sorumlu pediatri hekimi ile göz hekimi arasındaki iletişim kopukluğunun istenmeyen sonuca neden olduğu ileri sürülmektedir. Kritik değer bildirim sorumluluğunun yerine getirilmediği tespiti bulunmaktadır.

Olgu 4: 28.01.2009 da doğumlu bebek yenidoğan solum sıkıntısı nedenli yoğun bakım tedavisine alınmış. 23.02.2009 tarihinde taburcu edilmiş. Hastanın bu tarihten sonra aynı hastanede aynı hekim tarafından 2 kez çocuk polikliniğinde nazofarenjit tanısı ile ayaktan tedavi gördüğü görülmektedir(04.03.2009 ve 18.03.2009). 14.04.2009 tarihinde göz poliklinik muayenesinde infantil, juvenil presenil katarak tanısı almıştır. Bu tanı bilirkişilerce dışlanmıştır. Aile taburculuk günü ROP muayenesi hakkında bilgilendirilmediklerini, hekimler ise bilgi verildiğini iddia etmektedir.

Aşağıda bu konudaki tutanak sunulmuştur. ATK kurul ve genel kurul raporunda taburculuk sonrası hastaneye gelişlerinde ROP muayenesi için kontrol ve yeniden yönlendirme yapılmamasını gerekçe göstererek tıbbi hata bulunduğu kanaati belirtilmiş olup, bu karar yerel mahkeme ve Yargıtay tarafından uygun bulunmuştur.



YENİ DOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ
HASTA ÇIKIŞ BELGESİ

TESLİM ALAN
Babanın Adı Soyadı / İmzası

TESLİM EDEN
Doktorun Adı Soyadı / İmzası

Annenin Adı Soyadı / İmzası

Hemşirenin Adı Soyadı / İmzası

Temel olarak şikayetlerin ve bilirkişi tespitlerinin; hastanın primer hekimi olan pediatri uzmanının ROP muayenesi konsültasyonunu zamanında istememesi, ROP muayenesini yapan göz hekiminin evre ve zon konusunda hata yapması, hastanın kontrol muayeneleri konusunda bilgilendirilmemesi, tıbbi kayıtların tutulmaması şeklinde dört ana başlıkta toplandığı görüldü.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

ROP için uygun tarama, optimal hastalık yönetimini sağlamak için kritik öneme sahiptir. Uzmanlık dernekleri tarafından yayınlanan kılavuzlar, ROP muayene kriterlerini belirterek, deneyimli bir göz hekimi tarafından hastaların muayene sürecini tanımlamaktadır. Bu kılavuzların amacı, klinik olarak anlamlı tüm ROP olgularını tespit etmektir.Bununla birlikte, ROP için risk altındaki bebeklerin sayısı artarken, ROP'u yöneten oftalmologların arzı azalmaktadır. Yıllık prematüre doğum oranı ve prematürlerin sağ kalım oranları arttıkça, tüm dünyada ROP olgu sayıları artmaya devam etmektedir. Ancak birçok araştırma ve kendi gözlemlerimiz, ROP muayenesi yapmak için istekli göz hekimi sayısında beklenen artışın olmadığı yönündedir. Medikolegal risklerin yüksek olması ve finansal getiri düşüklüğü hekimleri bu alandan uzaklaştırmaktadır.

Görme kayıplarından kaynaklanan maluliyet oranları yüksek olduğundan, buna bağlı maddi ve manevi tazminat talepleri de tıbbi zorunlu mesuliyet poliçe bedellerini sıklıkla aşmaktadır. Bu maluliyetlerin de sıklıkla önlenebilir olduğu görülmektedir. Elbette bu sonuçlar pediatrik yoğun bakım uzmanları ile göz hekimlerini tedirgin etmektedir.

Malpraktis davalarına yol açan sınırlı sayıda tekrarlayan hata olması, maluliyete yol açan fizyopatolojik süreç ile birlikte adli tıbbi olarak tartışıldığında; hasta güvenliği ve hekim savunması açısından ciddi destek sağlayacak öneriler oluşturulabileceği kanaati oluşmuştur.

Bu çalışmada ve literatürde; tıbbi kayıt yetersizliğinin, bilirkişilerin sorunun "adli tahkikat ile çözümlenmesi" gibi olası çözüm içermeyen taleplerine yol açtığı görüldü. Bilirkişilerin sıklıkla nedensellik bağı kurulmasını sağlayacak donelerin oluşturulmasında zorlandığı belirlendi. Birçok hastanenin yoğun bakım hizmeti sunma kapasitesi yeterli iken bu hizmeti alan çocuklara sunulması zorunlu ROP muayenesi için gerekli hekim ve muayene ortamına sahip olmadığı görüldü. Özellikle tıbbi kayıtların yetersizliğinden kaynaklanan, sağlık profesyonelleri arası iletişim kazalarına ve sonuçta takip yetersizliğine bağlı görme kaybına neden olan durumun bu hastanelerde gerçekleştiği görülmektedir.

Yönetimsel olarak bu sorunun çözümü mümkündür. Göz hekimi istihdam edilmesinin zorunlu olması ya da hizmete erişimin kurallarının belirlenmesi birçok olguyu önleyebilir. http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/ozeltedk/belge/8_ek_madde.pdf adresinden ulaşılabilen, 2016 yılından bu yana getirilen 3. Basamak yoğun bakım hizmeti kriterleri esas alınabilir. Bu kapsamda bir ROP veri bankası ve hizmet ağı da çok yararlı olacaktır. Aynı şekilde E-ROP muayenesi süreçleri ile konsültasyon ya da 2. görüş taleplerine cevap verebilecek bir sistem düşünülmelidir.

Değerlendirmelerde ROP muayenesini yapan hekimin eğitim durumunun tartışılmadığı görülmektedir. Mevzuatta da göz hastalıkları uzmanları yönünden açık ve net bir ROP eğitim kriteri bulunmamaktadır. Özellikle hatalı zon ve evre saptanması iddiaları bu konuda hızla bir standart belirlenmesi gerekliliğini göstermektedir. Donanımlı merkezlerin eğitim vermek üzere yapılandırılması aciliyet arz etmektedir.

Son olarak aşağıda sunulan "Prematüre Retinopatisi (ROP) Muayenesi Bilgilendirme Onam/Rıza Formu" önerisinin; hastanın üstün yararı ve hasta güvenliği ile hekim savunma stratejisine önemli katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. Türk Neonatoloji Derneği, Türk Oftalmoloji Derneği, Türkiye ROP Rehberi 2021 Güncellemesi dikkate alınarak hazırlanan bu önerinin hayata geçirilmesinin ya da kullanımının zorunlu kılınmasının birçok görme kaybını önleyeceği, açılan dava sayılarını azaltacağı, hastane ve hekimler üzerindeki riski azaltacağı öngörülmektedir. Zira bu form ile ROP muayene gereksinimi ve takip süreci takviminin oluşturulması, hasta yakınlarının bilgilendirilmesi, bu tarama muayenesinin sınırları açıklanmış ve bir ispat yükü olarak kayıt altına alınmış olacaktır.

Kaynaklar
R. V. Paul Chan ve diğerleri, *Accuracy of Retinopathy of Prematurity Diagnosis by Retinal Fellows, Retina. 2010 June ; 30(6): 958–965. doi:10.1097/IAE.0b013e3181e9696a.*
James D. Reynolds, *Malpractise and the quality of care in retinopathy of prematurity of prematurity(an American ophthalmological society thesis) , Trans Am Ophthalmol Soc 2007;105:461-480*
Türk Neonatoloji Derneği Türk Oftalmoloji Derneği, *Türkiye Prematürite Retinopatisi Rehberi 2021 Güncellemesi*

MEDİASTİNAL MALİGN LENFOMA OLGUSUNDA STEROİD İLE İNDÜKLENMİŞ TÜMÖR LİZİS SENDROMUNA BAĞLI ÖLÜM

Mahmut Enes Öztürk*,
Bora Özdemir, İbrahim İkizceli,
Fehmi Mercanoğlu, Muammer Bilir

ULUSLARARASI KATILIMLI
17. ADLİ TIP GÜNLERİ
13-16 EKİM 2022, ANTALYA - TÜRKİYE

* Adli Tıp Kurumu, 8. Adli Tıp İhtisas Kurulu, Tel: +90 212 454 1500/1923 E-mail: ozturkmahmutenes@gmail.com

GİRİŞ

Tümör lizis sendromu (TLS), tümör yükünün fazlalığı nedeniyle hücrelerin hızla yıkılmasıyla ortaya çıkan büyük miktarlarda potasyum, fosfat ve nükleik asitlerin sistematik dolaşıma salınmasıyla meydana gelen ve hayati tehlikeye neden olabilen klinik bir tablodur (1,2). TLS, hızla teşhis konulmazsa ve agresif bir şekilde müdahale edilmezse potansiyel olarak ölümcül bir durumdur (3). TLS'nin mortalitesi yaklaşık %15 olarak bildirilmiştir (4). Tümör hücrelerinin parçalanarak hücre içi iyonların ve metabolitlerin hızlı salınımı ve birikmesi, vücudun homeostatik mekanizmalarını tüketerek hiperürisemi, hiperkalemi, hiperfosfatemi ve hipokalsemi ile karakterize metabolik komplikasyonlara yol açar (5). Salınan sitokinlerin yanı sıra bu hücre içi maddelerin akut böbrek yetmezliği, kardiyak aritmiler, nöbetler, çoklu organ yetmezliği ve nihayetinde ölüme yol açan potansiyel olarak toksik etkileri vardır (4).

Sıklıkla akut hematopoietik neoplazmlarda, özellikle non-Hodgkin lenfomalar ve akut lösemiler gibi hızla büyüyen malignitelerde görülen TLS, büyük oranda sitotoksik kemoterapi/radyoterapi tedavisi sırasında/sonrasında ortaya çıkan bir komplikasyondur (6). Ancak herhangi bir antineoplastik ajan veya kemoterapi gibi müdahaleler olmadan spontan gerçekleşen TLS vakaları da söz konusudur. Tümörler katabolize edildiğinde, tümör hücreleri elektrolitleri ve nükleik asitleri dolaşıma bırakırlar (1). Kemoterapi tedavisiyle veya spontan olarak gelişen TLS dışında nadir de olsa literatürde TLS'nin kortikosteroid tedavisi sonrası da geliştiğini bildirilen vakalar vardır (3,6–8).

TLS teşhisi tanı konulmuş malignite, lizis olasılığı ve laboratuvar tetkikleri ile klinik korelasyonu gerektirir. Cario-Bishop yönergelerine göre laboratuvar tetkiklerinde en az iki anormalliğin ortaya çıkması durumunda TLS teşhisi konulabilir. Buna göre; ürik asit, potasyum, fosfat ve kalsiyum seviyelerindeki değişiklik takip edilir (1). Tabii bu yönergelerin uygulanabilmesi için öncelikle hastanın bilinen bir malignitesinin olması gerekir.

Bu çalışmada da; kortikosteroid tedavisine bağlı TLS nedeniyle ölümü gerçekleşen ve oldukça nadir görülen bir olgunun incelenmesiyle steroid tedavisinin potansiyel olarak yaşamı tehdit eden komplikasyonlara yol açabileceği konusunda farkındalığı artırmak ve süreci tıbbi uygulama hatası boyutuyla da değerlendirilerek literatüre katkı sağlamak amaçlanmıştır.

OLGU

Çalışmada Adli Tıp Kurumu, 8. Adli Tıp İhtisas Kurulu (ATİK)'na tıbbi uygulama hatası ve kesin ölüm sebebi tespiti için gönderilen dosyadaki 29 yaşında kadın olgu incelenmiştir.

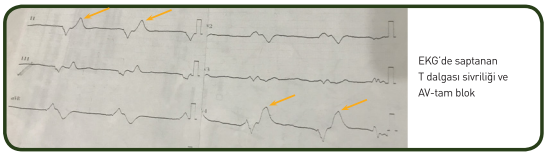
Acil Servise halsizlik ve sağ gözde ağrı şikayetiyle başvuran hastanın muayenesinde Bell paralizisi görülmesi nedeniyle Difüzyon MR ve Beyin BT tetkikleri istenmiş olup, görüntüleme sonuçlarının normal sınırlarda izlenmesi üzerine hasta Nöroloji Polikliniğine başvurması önerisiyle taburcu edilmiştir.

Aynı gün hasta Nöroloji Polikliniğe başvurmuştur. Muayenesinde sağ göz kapaması tam ama kuvvetsiz, sağ ağız kenarı düşük ve kaş kaldırması zayıf olan kişi; sağda periferik fasial paralizi teşhisi ile Benexol 1x1 tablet ve Prednol 16 mg 1x4 reçete edilerek takip önerisiyle taburcu edilmiştir. 32 mg oral steroid aldığı ifade edilen hasta aynı gece saat 02.00 civarı Acil Servise döküntü ve kaşıntı şikayetiyle tekrar başvurmuştur. Saat 02:40'ta TA:90/60 ve Nb:80 olan hastaya i.v yoldan Prednol tedavisi ve inhaler oksijen tedavisi uygulanarak TA: 120/60 olması üzerine saat 03:00'da taburcu edilmiştir.

Hasta, şikayetlerinin gerilememesi ve bilinç bulanıklığı gelişmesi üzerine aynı gece saat: 03:30 civarında tekrar Acile Servis'e başvurmuştur. Yapılan tetkiklerinde Troponin I:12.4, Potasyum:8.8, Glukoz:139, BUN: 28.2, ALT:77, AST:234.9 tespit edilmiştir.

Tetkik	Sonuç	Referans	Birim	Tetkik	Sonuç	Referans	Birim
Glukoz	139.5	70-100	mg/dl	AST	234.9	0-35	U/L
BUN	28.2	6.0-20.0	mg/dl	Sodyum	134	134-148	mmol/L
Kreatinin	0.82	0.30-1.20	mg/dl	Potasyum	8.82	3.50-5.10	mmol/L
eGFR	>90			Klor	101	96-110	mmol/L
ALT	77.0	0-35	U/L	Troponin I	12.43	0.00-39.59	ng/L

Saat 04:00'da vitalleri Nb:68, TA:63/44, SpO2:98 olarak kaydedilen ve EKG çekilen hastanın EKG'sinde AV-tam blok saptanması üzerine Atropin uygulanmıştır. Saat 04:50'de kan şekeri: 224, Nb:42, TA:88/34 olan hasta Kardiyoloji konsültasyonu sonrası saat 05:10'da 1 ampul Dopamin uygulanarak doktor gözetiminde ileri merkeze sevk edilmek üzere 112 ekiplerine devredilmiştir.



EKG'de saptanan T dalgası sivriliği ve AV-tam blok

Sevk edildiği ileri merkez Acil Servisindeki muayenesinde özellikle alt ve üst ekstremite olmak üzere vücutta multiple peteşi ve ekimotik alanlar izlenen hastada Acil Servis'e getirildiği sırada, saat 06:00'da kardiyak arrest gelişmiştir. Entübe edilerek CPR'a başlanan hasta yeniden canlandırma işlemine yanıt vermeyerek exitus kabul edilmiştir.

Kişinin otopsisinde; mediastende, trakea ve özefagusa yapışık, üzerinde peteşiyal tarzda kanama alanları bulunan, 17x15x5 cm'lik kitle tespit edilmiştir. Kitleden gönderilen materyalin tümüyle tümöral nitelikte olduğu, kesitlerde yaygın otoliz mevcut olduğu ve değerlendirilebilen alanlarda tümörün geniş tabakalar oluşturan, orta-büyük boyutlarda, çoğu alanda dar sitoplazmalı geniş nükleuslu atipik lenfoid hücrelerden oluşmakta olduğu saptanmıştır. Fokal bir alanda tümörde eozinofilik amorf materyal izlendiği, bulguların öncelikle malign lenfoma ile uyumlu olduğu, akciğer, böbrek, karaciğer ve dalak parankimleri ile perikardiyal yağ dokuda izlenen atipik lenfoid proliferasyonun, mediastinal kitle incelemesinde tarif edilen tümör ile benzer histomorfolojik görünümde olduğu kayıt altına alınmıştır.

8. ATİK tarafından yapılan incelemede; oral kortikosteroid kullanımı öyküsü olan ve yaklaşık 12 saat sonra Acil Serviste çekilen EKG'sinde T dalgasında sivrilik, AV-tam blok bulunan, kan tetkiklerinde Potasyum düzeyi 8.8 mmol/L tespit edilen hastanın tüm tıbbi belgeleri ile otopsi bulguları birlikte değerlendirildiğinde; kişinin ölümünün otopside tespit edilen mediastinal tümöre bağlı tümör lizis sendromu ve gelişen komplikasyonları (hiperpotasemi) sonucu meydana gelmiş olduğu saptanmıştır.

Tıbbi uygulama hatası açısından yapılan değerlendirmede ise; henüz mediastinal malign lenfoma tanısı almamış olguda Acil Servis şartlarında TLS tespit edilmesinin beklenemeyeceği, ancak TLS'nin ölümcül komplikasyonlarından biri olan hiperpotasemiye yönelik acil müdahalede bulunulması gerektiği, kişide tespit edilen hiperpotasemiye yönelik herhangi bir tedavi (i.v Kalsiyum Glukonat/hemodiyaliz) uygulanmadan sevkinin gerçekleştirilmesinin tıbbi açıdan eksiklik olduğu değerlendirilmiştir.



Mediastende, trakea ve özefagusa yapışık olarak tespit edilen, üzerinde peteşiyal tarzda kanama alanları bulunan, 17x15x5 cm.lik kitle.

SONUÇ

TLS'nin genellikle akut lösemi, lenfoma ve Burkitt lenfoma gibi malignitelerin tedavileri sırasında veya spontan olarak ortaya çıkan bir onkolojik acil olduğu bilinmekle birlikte steroid tedavisiyle indüklenen hastalar daha nadir bildirilmiştir. TLS'nin steroid uygulamasından 12 ila 72 saat sonra geliştiği bildirilmiştir (5). Halihazırda tanı ve hatta tedavi alan hastalarda TLS teşhis edilebilmekte ve tedavi seçenekleri bulunmaktadır (9). Ancak bu çalışmada; henüz lenfoma tanısı almamış bir olguda TLS'nin, kişinin farklı şikayetlerine yönelik gerçekleştirilen steroid tedavisi sonrası geliştiği ve ölümün bu sendromun ölümcül komplikasyonlarından biri olan hiperpotasemiye bağlı malign aritmi sonucu gerçekleştiği görülmektedir.

Hiperkalemi, TLS'nin önemli laboratuvar bulgularından biridir ve artan serum potasyum konsantrasyonları, iskelet kası ve kalp miyokardını olumsuz etkileyebilmekte; sivri dar T dalgaları, PR aralığının uzaması, QRS aralığının uzaması ve ayrıca sinüs dalgası morfolojisi gibi çeşitli EKG anormalliklerine neden olabilmektedir. Sonuçta aşırı potasyumun kardiyak etkileri ventriküler taşiaritmilere ve ölüme yol açabilir (9). İncelenen olguda da Potasyum 8.8 mmol/L olarak tespit edilmiş olup EKG'sinde de T dalga sivriliği ve AV-tam blok saptanmıştır. Olgu tıbbi uygulama hatası açısından değerlendirildiğinde; mediastinal malign lenfoma tanısı ancak otopsi sonrasında konulan bir hastaya elbette Acil Servis şartlarında TLS tanısı konulması beklenmemektedir. Ancak Potasyum değeri 8.8 mmol/L olarak tespit edilen kişiye hiperpotasemiye yönelik acil tedavi uygulanması gerekmektedir.

Sonuç olarak; özellikle akut lösemi, lenfoma ve Burkitt lenfoma gibi tanıları olan hastalarda nadir olmakla birlikte düşük doz steroid tedavilerinde TLS oluşabileceği akılda tutulmalıdır. Ayrıca sunulan olguda olduğu gibi henüz malignite tanısı almamış hastalarda gelişen TLS'ye bağlı ölümcül komplikasyonlara (hiperpotasemi, akut böbrek yetmezliği vb.) karşı uygun müdahalenin yapılması; hastanın ölüm riskini azaltarak sonraki süreçte ileri araştırmalarla tanı ve tedavi almasına katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Cao K, Wu JC, Hernandez M, Ganti L. Steroid-Induced Tumor Lysis Syndrome Accompanied by Diabetic Ketoacidosis and Acute Renal Failure in a Non-Hodgkin Lymphoma Patient. Cureus 2022;14(4):e24491.
2. Firwana BM, Hasan R, Hasan N, Alahdab F, Alnahhas I, Hasan S, et al. Tumor lysis syndrome: a systematic review of case series and case reports. Postgrad Med. 2012;124(2):92–101.
3. Malik IA, Abubakar S, Alam F, Khan A. Dexamethasone-induced tumor lysis syndrome in high-grade non-Hodgkin's lymphoma. South Med J. 1994;87(3):409–11.
4. Khan F, Ayub S, Mehmood Q, Hussain SF. Steroid-induced tumour lysis syndrome in small-cell lung cancer. Oxford Med case reports 2017;(5):62–4.
5. Yang SS, Chau T, Dai MS, Lin SH. Steroid-induced tumor lysis syndrome in a patient with preleukemia. Clin Nephrol. 2022;59(3):201–5.
6. Duzova A, Çetin M, Gümrük F, Yetgin S. Acute tumour lysis syndrome following a single-dose corticosteroid in children with acute lymphoblastic leukaemia. Eur J Haematol. 2001;66(6):404–7.
7. Vaisban E, Zaina A, Braester A, Manaster J, Horn Y. Acute tumor lysis syndrome induced by high-dose corticosteroids in a patient with chronic lymphatic leukemia. Ann Hematol. 2001;80(5):314–5.
8. Borne E, Serafi R, Piette F, Mortier L. Tumour lysis syndrome induced by corticosteroid in metastatic melanoma presenting with initial hyperkalemia. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2009;23(7):855–6.
9. Mirrakhimov AE, Voore P, Khan M, Ali AM. Tumor lysis syndrome: A clinical review. World J Crit care Med. 2015;4(2):130.

Bu çalışma Adli Tıp Kurumu'nun izniyle yapılmıştır.

Katkıları için Dr. Öğr. Üyesi Özge Ünlütürk'e teşekkür ederiz.

Malpraktis iddiası olan bir prematür preduktal sendrom olgusu

Muhammed Abdullah İMAT, Ece SALİHOĞLU, Bora ÖZDEMİR, Rıza MADAZLI

Uluslararası Katılımlı 17. Adli Tıp Günleri, 13-16 Ekim 2022, Antalya

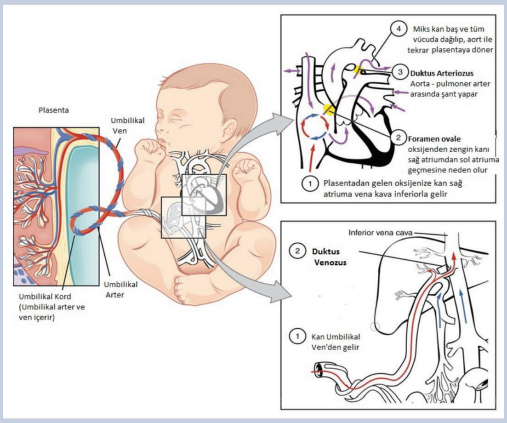
Giriş:

Bebek ölümleri hem dünyada hem de Türkiye'de ciddi bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmenin yanında bu olgulara ait adli süreçlerdeki tıbbi uygulama hatası iddialarının sayısı önemli derecede artmaktadır. Doğum sonrası bebek ölümleri büyük oranda tıbben tespit edilebilmektedir. Perinatal olgularda ise ölüm sebepleri arasında prenatal asfiksi başta gelmekle birlikte ölümü intrauterin gerçekleşen pek çok vakada kesin ölüm sebebi tıbben belirlenememektedir (1).

İntrauterin dönemde gerçekleşen fetal dolaşımda; plasentadan gelen kan oksijenize kan sağ atriuma vena kava inferiora geldikten sonra foramen ovale, oksijenden zengin kanı sağ atriumdan sol atriuma geçmesine neden olur, duktus arteriosus yapısı ise; aorta-pulmoner arter arasında şant olmasını sağlar ve en son miks kan baş ve tüm vücuda dağılıp, aort ile tekrar plasentaya dönerek fetal dolaşımı tamamlar; Fetal dolaşımdaki yapılardan; Foramen ovale (1 yıl), duktus arteriozus (1 ay), Duktus venozus (2 ay), Umblikal arterler (2-3 ay), Umblikal ven (2-3 ay) doğum sonrası kapanırlar (2).

Patent duktus arteriosus (duktus arteriosusun kapanmaması) doğum sonrası sık karşılaşılan klinik bir durum olmasına karşın prematür preduktal sendrom (duktus arteriosusun erken kapanması) intrauterin bebek ölümlerinde oldukça nadir karşılaşılmaktadır. Prematür preduktal sendrom olarak nitelendirilen bu durumun; non-steroid anti-inflamatuar ilaç (NSAİİ) kullanımı sonrası oluşabileceği gibi idiyopatik de gelişebileceği bildirilmiştir.

Bu çalışmanın amacı, intrauterin ölümü prematür preduktal sendrom nedeniyle gerçekleştiği tespit edilen olgunun verileri ışığında; hekimlerin tıbbi uygulama hatası (TUH) iddiası vakalarına karşı yaklaşımlarını geliştirmek ve bu konuda bilgi ve tecrübelerinin artırılmasıdır.

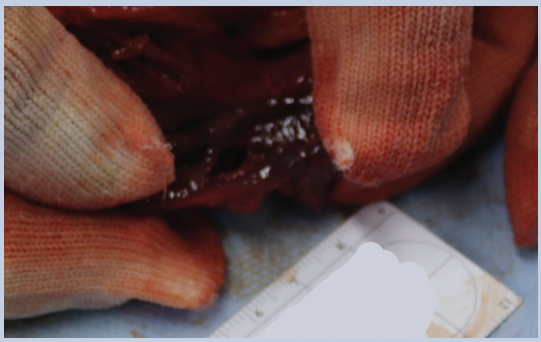


Bulgular, Tartışma ve Sonuç:

Çalışmada Adli Tıp Kurumu Başkanlığı Sekizinci Adli Tıp İhtisas Kurulunda rapor düzenlenmiş, ölüm sebebi olarak prematür preduktal sendrom bildirilmiş ve tıbbi uygulama hatası tespit edilmiş bir olgu irdelenmiştir.

Adli Tıp Kurumu Sekizinci Adli Tıp İhtisas Kurulu tarafından değerlendirilmiş bu olgudaki kayıtlı belgelerde; Annenin G5P3A1Y3 (5 gebelik, 3 normal doğum, 1 düşük, 3 yaşayan çocuk) anamnezi olduğu, son adet tarihine (20/12/2018) göre 39 haftalık gebe iken 17/09/2019 tarihinde kasık ağrısı nedeniyle ... Devlet Hastanesinde acil serviste görevli Dr... tarafından muayene edildiği, kendisine daha öncesindeki bel fıtığının karında meydana gelen ağırlıktan dolayı tekrar başlamış olabileceği veya böbrekteki bir rahatsızlıktan dolayı ya da idrar yollarındaki enfeksiyona bağlı bir rahatsızlıktan dolayı olabileceğini söyleyerek idrar tahlilinin istendiği, idrar tahlilinde olumsuz bir durumun olmaması üzerine fıtık rahatsızlığından kaynaklanan bu tetiklemenin kasık ağrısı olarak başladığı kanaatine vararak ilaç yazmak istediği, ilaç yazmadan önce yazacağı ilaçları Kadın Doğum Uzmanı Dr... ile görüşerek kas gevşetici ve ağrı kesici Surgam isimli ilacı yazdığını belirttiği, Anne ...'nin adına düzenlenmiş ilaç listesindeki tetkikinde ise; 17/09/2019 tarihinde Surgam retral 300 mg tb. reçete edildikten sonra aynı tarihte ilacın alınmış olduğunun kayıtlı olduğu, bununla birlikte Anne ...'nin ifadesinde ilaç kayıtlarında bulunan ... Devlet Hastanesi Dahiliye hekimi tarafından reçete edilen Nurofen isimli ilacı ise reçete edildiği tarih itibariyle sadece 2(iki) adet kullandığını, Nurofen isimli ilacı başkaca kullanmadığını, 20/09/2019 tarihinin 15 gün kadar öncesine kadar demir hapı, vitamin hapı ve guatr rahatsızlığı için kullandığı ilaçların haricinde sadece Surgam isimli ilacı kullandığını belirttiği, Surgam ilacı ise; reçetenin düzenlendiği gün olan 17/09/2019 tarihini 18/09/2019 tarihine bağlayan gece saat 00:00'da bir adet, 18/09/2019 günü saat 12:30'da bir adet ve 18/09/2019 günü gece ağrıları arttığı için saat 24:00 sıralarında bir adet olmak üzere 3(üç) kez kullandığını ifadesinde belirttiği, 19/09/2019 tarihinde sabaha karşı bebeğin hareketlerinde belirgin azalma olması üzerine saat 15:30 sularında başka bir Devlet Hastanesinde görevli Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Dr...'a başvurduğu, burada yapılan muayene ve USG'de fetal kalp atımının alınamaması üzerine bebeğin normal vajinal yol ile eks olarak dünyaya geldiği, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Dr...'ın polis memurları tarafından düzenlenen olay tutanağındaki ifadesinde Surgam ilacının son trimesterdaki gebede kullanılmaması gerektiğini belirttiği;

Bebeğe 20/09/2019 tarihinde yapılan otopsisinde; bebeğin 54 cm boyunda, 2985 gr ağırlığında, intrauterin yaklaşık 40 haftalık görünümde olduğu, ölü lekelerinin tefrik edilemediği, baş boyun, uyluk ve batın çevresinde mekonyum bulaşı, göğüs batın ve alt ekstremitelerin ön kısımları hiperemik izlendiği, akciğerler keskin kenarlı ve serbest olup göğüs boşluklarını kısmen doldurduğu görüldüğü, yapılan su testlerinde her iki akciğerin su yüzeyinde kalmadığı tespit edildiği, bronşlar açık izlendiği, koyu kırmızı renkte yumuşak kıvamdaki akciğer kesitleri otolize yapıda izlendiği, **patent duktus arteriozus ve aortta PDA orifisi tefrik edilemediği,** otopsisinde alınan doku örneklerinin histopatolojik incelemesinde; «BEYİN: Konjesyon BEYİN SAPI-PONS: Konjesyon BEYİNCİK: Konjesyon **AKCİĞER: Yaygın alanda mekonyum aspirasyonu,** BÖBREK-SÜRRENAL: Konjesyon KARACİĞER: Otoliz, izlenebilen alanlarda ekstramedüller hematopoez KALP: Konjesyon NOT: Kalbin makroskopik incelemesinde atrial septumda 3 mm çapında defekt (ASD) tespit edilmiştir. **Aort kapağından itibaren 2 cm uzunluğunda asendan ve arkus aorta gözlenmektedir. Arkus aortanın pulmoner arter ile ilişkisi net izlenemediği için PDA yönünden yorum yapılamamaktadır.** Olgunun bu açıdan otopsi bulguları eşliğinde değerlendirilmesi önerilir. TİMUS: Konjesyon GÖBEK KORDONU: Konjesyon FEMUR ALT UÇ: Materyalin tamamı kıkırdak dokudan oluşmaktadır. Ossifikayon alanı mevcut olmadığı» şeklinde bildirilmiştir.





Otopsisi sırasında alınan numunelerin toksikolojik incelemesinde; çürüme sıvısı karışık kanda ilaç etkin maddelerinden *TİAPROFENİK ASİT ve (453ng/mL) PARASETAMOL bulunduğu, (*Sistematik dışı madde) 3. Analizi istenen tüm numunelerde genel ilaç taraması yapılmış, özellikle SURGAM (tiaprofenik asit) tablet etken maddesi ile eczane ilaç çıktısında belirtilen PAROL(parasetamol) ve NUROFEN COLD AND FLU (ibuprofen ve psödoefedrin hidroklorid) aranmış olup; a) Çürüme sıvısı karışık kanda; SURGAM ilaç etkin maddesi *TİAPROFENİK ASİT ve PAROL ilaç etkin maddesi PARASETAMOL bulunduğu, b) Laboratuvar şartlarında LEVETİRON(levotiroksin sodyum), MAGVİTAL (magnezyum), SUPRAX (sefiksim), GYNO-FERROSANOL (ferroglikokol,folik asit ve Vit.B12), UROCARE (fosfomisin trometamol), DECAVIT PRONATAL(multivitamin) ve NOTUSS FORT (butanıirat sitrat)] ilaç etkin maddelerinin analizinin yapılamadığı bildirilmiştir. Adli Tıp Kurumu Sekizinci Adli Tıp İhtisas Kurulu'nun mütalaasının sonuç bölümünde; «**Bebeğin ölümünün prematür preduktal sendrom (intrauterin ortamda patent duktus arteriosus kapanmasına) sonucu geliştiğinin kabulü gerektiği», «...bebeğin intrauterin ölümü ile annenin Surgam® isimli ilacın etkin maddesi Tiaprofenik asiti kullanması arasında mutlak illiyet bağının kurulamayacağı» ve «...Surgam® isimli ilacın gebelikte kullanımının duktus arteriosusu kapatarak prematür preduktal sendroma neden olduğundan kontrendike olduğunun tıbben bilindiği ve Surgam isimli ilaç verilecekse de bebeğin fetal hareketlerinin yakından takip edilmesi gerektiği» kanaati bildirilmiştir.** K. Dathe ve arkadaşlarının 3. trimesterda Parasetamol kullanımının prenatal duktus arteriosus kapanması ya da fetal böbrek yetmezliği üzerinde ihmal edilebilir riski üzerindeki kohort çalışması sonucunda; parasetamol kullanımına bağlı duktus arteriosus kapanması ya da daralması tespit edilmemiştir. (3) Bununla birlikte Odile Becquet ve arkadaşlarının bir yayınında; iki yenidoğanda maternal parasetamol veya asetaminofen kullanımına bağlı olduğu düşünülen (muhtemel) prenatal duktus arteriosus kapanması bildirilmiştir. (4) İlaç kullanımından bağımsız olarak T. N. TREVETT, Jr ve J. COTTON tarafından hazırlanmış bir yayında; prenatal duktus arteriosus kapanmasının idiopatik olabileceği de bildirilmiştir (5). Prematür preduktal sendrom gibi nadir görülen vakalarda; özellikle tıbbi uygulama hatası yönünden değerlendirirken ve kesin illiyet bağının sorulduğu olgularda; mutlaka literatürdeki mevcut yayınların okunması, güncel bilgilerin irdelenmesi gerekmektedir.

Kaynaklar:

1. (Bodur, S., Durduran, Y., Küçükkendirci, H., & Doğan, C. (2009). Bebek ölümlerinin prenatal-natal sağlık hizmet kullanımı ve demografik özelliklerle ilişkisi: Vaka-kontrol çalışması. *Dicle Tıp Dergisi*, *36*(4), 288-293.)

2. (Aygün, N. K. P. D. C., & Uraş, N. PREMATÜRE BEBEKTE PATENT DUKTUS ARTERİOSUS'A YAKLAŞIM REHBERİ 2016.)

3. (Dathe, K., Frank, J., Padberg, S., Hultzsch, S., Meixner, K., Beck, E., ... & Schaefer, C. (2019). Negligible risk of prenatal ductus arteriosus closure or fetal renal impairment after third-trimester paracetamol use: evaluation of the German Embryotox cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *126*(13), 1560-1567.)

4. Becquet, O., Bonnet, D., Ville, Y., Allegaert, K., & Lapillonne, A. (2018). Paracetamol/acetaminophen during pregnancy induces prenatal ductus arteriosus closure. *Pediatrics*, *142*(1).)

5. (Trevett Jr, T. N., & Cotton, J. (2004). Idiopathic constriction of the fetal ductus arteriosus. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, *23*(5), 517-519.)

Çizim: Büyükfırat, E. (2015) Pediatrik Fizyoloji ve Anatomi. TARD, ANAG 2015, Sunum

Situs İnversus ve Çift Çıkışlı Sağ Ventrikül Birlikteliği Gösteren Olgu Sunumu

Alican KARAGÜZEL[1], Fulya KUNDAKÇI[1], Hakan IŞIK[1]

[1]Adli Tıp Kurumu, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ

Situs inversus totalis, torasik ve abdominal organların ayna görüntüsü şeklinde transpozisyonu ile karakterize nadir rastlanan anatomik bir durum olmakla birlikte eşlik eden çeşitli kardiyak patolojiler daha önce literatürde tanımlanmıştır. Olgumuzda kalp ve damar anomalileriyle birlikte batın organ yerleşim anomalileri görülen atipik bir situs inversus vakası vurgulanarak literatüre katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

OLGU

İş yerinde aniden rahatsızlanması sonucu ambulansla kaldırıldığı hastanede yapılan müdahalelere rağmen aynı gün içerisinde öldüğü bildirilen 34 yaşında erkek olgu kesin ölüm sebebinin tespiti için Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesine gönderilmiştir.

Yapılan dış muayenesinde 164 cm boyunda, 50 kg ağırlığında ve göğüs ön yüzde sternum üzerinde 17 cm uzunluğunda operasyon skarı olduğu görüldü.

Otopsisinde batında karaciğerin ayna görüntüsünde olup büyük olan sağ lobunun solda yerleşim gösterdiği (Şekil1), dalağın karaciğerin altında solda (Şekil2), doğal anatomik pozisyonunda olduğu, böbreklerin retroperitoneal bölgede yerleşim gösterdiği, midenin doğal anatomik pozisyonunda olup devamında duodenumun retroperitona girdiği, retroperitondan çıktıktan sonra jejenum ve ileum olarak devam ettiği, çekum, appendiks (Şekil1), çıkan kolon, transvers kolon, inen kolonun solda yerleşim gösterdiği, sigmoid kolon ve rektum olarak devam ettiği görüldü.



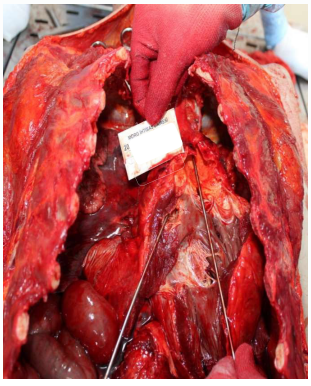
Şekil1: Solda yerleşim gösteren karaciğer sağ lobu, solda yerleşim gösteren çekum ve apendiks



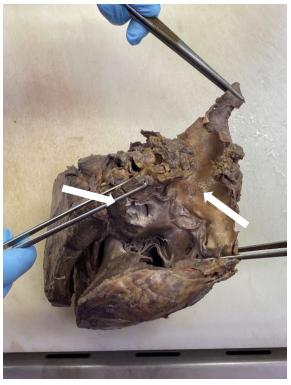
Şekil2: Doğal pozisyonda yerleşim gösteren dalak

Kalbin ağırlığı 775 gram ölçüldü. Morfolojik sol ventrikülün sağda yerleşimli olup mitral kapağın burada olduğu, sağdaki ventrikülün duvar kalınlığının 3.1 cm olduğu, morfolojik sağ ventrikülün solda yerleşimli olup triküspit kapağın burada olduğu ve duvar kalınlığının 1.4 cm olduğu, 3x2 cm boyutlarında atrial septal defekt, 6 cm çaplı ventriküler septal defekt olduğu görüldü. Soldaki ventrikülden hiçbir damar çıkışının olmadığı, tek bağlantısının ventriküler septal defekt ile sağdaki ventrikül boşluğu olduğu görüldü.

Sağda yerleşim gösteren morfolojik sol ventrikülden büyük arterlerin çıktığı (aort ve pulmoner arter), aortun pulmoner arterin solunda yerleşim gösterip kişide büyük arter transpozisyonu olduğu (Şekil3,4), aorttan solda ilk olarak truncus brachiocephalicus dalının çıktığı, bu dalın devamında sol a. carotis communis ve sol a. subclavia olarak ikiye ayrıldığı, arcus aortanın sağa doğru kavislenerek sağ a. carotis communis ve sağ a. subclavia dallarını verdiği (Şekil5), torakal aortun sağ paramediastenal bölgede batına doğru ilerlediği, pulmoner kapakta ise stenoz olup aorta ile pulmoner arter arasında 6 mm uzunluğunda operasyonel şant olduğu görüldü.



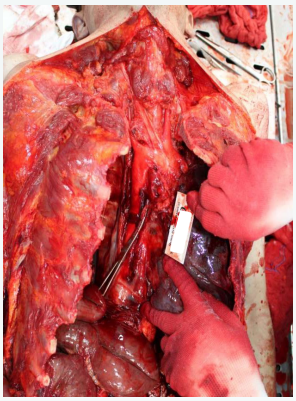
Şekil3: Stile ile işaretli aort, pulmoner arter



Şekil4: Aort, pulmoner arter

Atrial situs inversus olan kişide, morfolojik sağ atriumun solda yerleşim gösterdiği, apendiksinin geniş tabanlı, künt tepeli üçgen şeklinde olduğu, morfolojik sol atriumun ise sağda yerleşim gösterip parmak şeklinde ince uzun görünümde olan apendiksinin atrium kavitesine dar bir boyunla bağlandığı görüldü.

Solda yerleşim gösteren morfolojik sağ atriuma (sistemik venöz atrium) sol v. jugularis interna ve sol v. subclavianın birleşerek sol v. cava superioru oluşturup döküldüğü (Şekil6), sağ v. Jugularis interna ve sağ v. subclavianın sağ v. cava süperioru oluşturduğu, v. cava inferior ile birleşerek tek bir noktadan solda yerleşim gösteren morfolojik sağ atriuma döküldüğü, ayrıca hepatik venin direkt olarak sistemik venöz atriuma döküldüğü, pulmoner venlerin ise sağda yerleşim gösteren morfolojik sol atriuma döküldüğü görüldü.



Şekil 5: Sağa doğru kavis gösteren arkus aorta ve dalları



Şekil6: Sol vena jugularis interna ve sol subklavian venin birleşerek sol vena cava süperioru oluşturması

SONUÇ

Situs inversus abdominal organların rotasyonuyla giden pozisyonel bir anomali olup torasik organ transpozisyonu da eklendiğinde hastalık situs inversus totalis olarak adlandırılmaktadır [1,2]. Bu genetik anomali genellikle torasik ve abdominal organların görüntülemesi sırasında insidental olarak keşfedilir ve tüm canlı doğumların yaklaşık % 0.005'lik kısmını oluşturur [3]. Situs inversus totalis, genellikle otozomal resesif geçişlidir, bazen de X kromozomuna bağlı olabilir [4]. Çift çıkışlı sağ ventrikül ise bütün doğumsal kalp defektlerinin nadir bir kardiyak malformasyondur. Her iki büyük arter (pulmoner arter ve aorta) esas olarak morfolojik sağ ventrikülden çıkmaktadır[5]. Bu kardiyak malformasyon tüm konjenital kardiyak defektlerin %1'inden azını oluşturan, 1/10000 canlı doğumda bir ortaya çıkan nadir bir durumdur[6,7].

Chen ve arkadaşlarının 155 çocuk hasta ile gerçekleştirdiği bir çalışmada (2019); hastaların 24'ünde sağ ventrikül çift çıkış anomalisi, 20 tanesinde büyük arter transpozisyonu, 51'inde VSD, 36'sında ASD, 10'unda persistan vena cava superior sendromu, 22'sinde pulmoner stenoz olduğu görülmüştür. Yine aynı çalışmada sağ ventrikül çift çıkış anomalisine ASD ve VSD'nin de eşlik ettiği vakalar tanımlanmıştır [8]. Çalışmamızda bildirilen olguda da sağ ventrikül çift çıkış anomalisi, VSD ve ASD'ye ek olarak pulmoner stenoz, persistan vena cava seperior sendromu ile birlikte hepatik venin morfolojik sağ atriuma (soldaki atrium) tek başına direk olarak açıldığı görülmektedir.

Situs inversus totalis embriyonik orta barsağın saat yönünün tersine 270º döneceği yerde, saat yönüne 270º dönmesi ile oluşur. Böylece tüm torasik ve abdominal visseral organlar normalde olmaları gereken lokalizasyonun orta hatta göre simetrik lokalizasyonuna yerleşirler. Yani situs inversus normalin aynadaki görüntüsüdür. Malrotasyon ise rotasyonun derece ve yönündeki anormalliklere göre varyasyon gösterir [9]. Bizim olgumuzda da tüm batın organları ayna görüntüsünde olmayıp dalak, mide ve ince bağırsakların doğal anatomik pozisyonunda olduğu, karaciğer ve kalın bağırsakların solda yerleşim gösterdiği tespit edilmiş olup batın organlarındaki varyasyon gösterilmiştir.

Sonuç olarak bu olguda olduğu gibi konjenital malformasyonlara bağlı ölümler de otopsilerde karşımıza çıkabilmektedir. Adli Tıp Uzmanları, özellikle kompleks kalp-damar anomalilerinin eşlik ettiği bu tür nadir vakaların otopsilerinde zorluklarla karşılaşabilmektedirler. Bu çalışmada situs inversus ve çift çıkışlı sağ ventrikül başta olmak üzere nadir görülen anomalilerin birlikte göründüğü olgu özetlenerek tespit edilen anomaliler vurgulanmıştır.

Kaynaklar

1.Nelson MJ, Pesola GR. Left lower quadrant pain of unusual cause. J Emerg Med 2000;20:241-5.
2. Kassi A, Kouassi JC. Appendicite aiguë sur situs inversus: une forme topographique à ne pas méconnaitre à propos d'un cas. Med Afr Noire 2004;51:429-31.
3.Mayo CW, Rice RG. Situs inversus totalis: a statistical review of data on seventy-six cases with special reference
to disease of the biliary tract. Arch Surg 1949; 58: 724-30.
4.Gedda L, Sciacca A, Brenci G, et al. Situs viscerum specularis in monozygotic twins. Acta Genet Med Gemellol 1987: 33 (1): 81-5.
5.Silka MJ. Double outlet right ventricle. In: Garson A, Bricker JT, Fisher DJ, Neish SR. The Science in Practice of Pediatric Cardiology. 2nd ed. Willians & Wilkings; 1998. p.1505-23
6.Wilkinson JL, Eastaugh LJ, Anderson RH. Double Outlet Ventricle. In: Anderson RH, Baker EJ, Penny D, Redington AN, Rigby ML, Wernovsky G, eds. Paediatric cardiology. 3rd ed. Churchill Livingstone, Philadelphia; 2010. p.837-57.
7.Cil E. Congenital heart diseases.Turkiye Klinikleri J Int Med Sci 2006;2(15):51-9. 4. Neufeld HN, Lucas RV Jr, Lester RG, Adams P Jr, Anderson RC, Edwards JE. Origin of both great vessels from the right ventricle without pulmonary stenosis. Br Heart J 1962;24:393-408.
8.Chen W, Guo Z, Qian L, Wang L. Comorbidities in situs inversus totalis: A hospital–based study. Birth Defects Research. 2020 Mar;112(5):418-26.
9.Nelson MJ, Pesola GR. Left lower quadrant pain of unusual cause. The Journal of Emergency Medicine 2001; 20(3):241-5.

OKUL ÇAĞI ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE BEKLENMEDİK POTANSİYEL BİR ÖLÜM SEBEBİ: KONJENİTAL DİAFRAGMA HERNİSİ

Adem KARBUZ[1], Caner BEŞKOÇ[2], Hızır ASLIYÜKSEK[3], İbrahim ÜZÜN[1]

[1]Adlı Tıp Kurumu 1. İhtisas kurulu [2] Adlı Tıp Kurumu 7. İhtisas kurulu [3] Adlı Tıp Kurumu, İstanbul

GİRİŞ

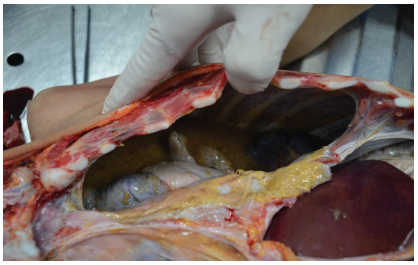
Diyaframın doğumsal bozuklukları, diyaframın birleşme defektlerinin sonucudur veya diyaframın kapanma sorunları ile birlikte olan barsak gelişim bozukluklarına bağlıdır. Doğumsal Diyafram Herni'leri Bochdalek (arka-yan), Morgagni (ön-retrosternal) ve septum transversum defekti şeklinde sınıflandırılır. Dünyada her 2000-12.500 canlı doğumdan birinde KDH görülür. Çoğu vaka doğumda semptomatik olmasına ve acil tedaviye yol açmasına rağmen, asemptomatik vakalar tespit edilemeyebilir. İleri yaş grubunda ani ve beklenmedik ölümün potansiyel sebebi olarak karşımıza çıkabilen bir durum olan konjenital diafragma hernisini bir vaka ile klinisyenlere hatırlatmak istedik

OLGU

10 yaşında erkek, karın ve göğüs ağrısı ardından başlayan kusma yakınması ile başvurduğu hastanede tekrarlayan kusmaları sonrasında değerlendirilen hastanın genel durumu toksik görünümde olup hipotansiyonu tespit edilmiş, batın muayenesi tamamen normal olan hastaya IV sıvı yüklemesi sırasında kardiyak arrest gelişmiş. Yaklaşık 1 saat uygulanan kardiyopulmoner resusitasyona yanıt alınamayan hasta exitus olarak kabul edilmiş.

Otopsisinde solda 5*3 cm lik konjenital diafragma hernisinden geçerek göğüs boşluğunda yerleşim gösteren majör kurvatur boyunca tam kat perfore olan midenin bir kısmı ve dalak ile birlikte serbest halde mide içeriği görüldü. Sağ göğüs boşluğunda da az miktarda yeşil renkli mide içeriği mevcut olduğu ancak diafragma hernisi veya başka bir anatomik varyasyon dikkati çekmedi.

Resim 1. Serbest halde mide içeriği



Resim 2. Serbest halde mide içeriği



Resim 3. Perfore olan mide



Histopatolojik olarak; diafragmada kalın fibröz bağ doku duvarla çevrili herni alanı ve hafif derecede kronik inflamasyon, midede büyük kurvatur boyunca izlenen perfore alanın büyük kısmında epitelin döküldüğü, büyük kısmı fibröz bağ dokudan ve serozadan oluşan düzensiz görünümde nekrotik mide duvarının belirgin derecede inceldiği bu alanda ve çevrede yoğun hemoraji ve akut iltihabı inflamasyon, dalakta subkapsüler alanda damarlanma artışı ve akut inflamasyon bulguları tespit edildi

TARTIŞMA

Konjenital diyafragma hernileri özellikle doğumdan sonraki ilk saatlerde ya da ilk bir ay içinde tanı alır. Yenidoğanda ani başlayan solunum güçlüğü ile seyretmesi nedeniyle acil cerrahi müdahale gerektiren bir durumdur.

Çocukluk çağında nadiren tanı alır. Geç başvurularda çok farklı klinik bulgularla seyredebilir. Süt çocukluğunda solunum sistemi yakınmaları daha sık görülürken, daha büyük çocuklarda gastrointestinal sistem yakınmaları ön plandadır. Hastamız gastrointestinal yakınmalar ile başvurmuş. Herninin çapının büyüklüğü klinik bulguların ortaya çıkış zamanında belirleyici rol oynamaktadır.

Otopsisinde çocuğun ölümünün göğüs ve karın boşluğunu ayıran zarın doğumsal kaynaklı olarak gelişim bozukluğundan mide ve dalağın göğüs boşluğuna geçmesi ve buna bağlı sıkışan mide duvarının yırtılması ve gelişen komplikasyonlar sebebiyle gerçekleştiği anlaşıldı.

SONUÇ

Geç başvurulu konjenital diyafragma hernisi, çocuklarda çok dikkat edilmediğinde ve akla getirilmediğinde yanlış tanı alabilmekte bu da morbidite ve mortalitede artışa neden olmaktadır.

YÜKSEK VOLTAJ ELEKTRİK YARALANMASINA BAĞLI ÖLÜM: BİR OLGU SUNUMU

RECEP FEDAKAR*'**, ERTUĞRUL GÖK***

*Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye
**Adli Tıp Kurumu Bursa Grup Başkanlığı, Bursa, Türkiye
***Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

fedakar@uludag.edu.tr, ertugrulgk@gmail.com

AMAÇ

Elektrik çarpmasına bağlı yaralanmalarda görülebilen deri lezyonlarından eğreltiotu görünümünü (1-6) sunarak farkındalık kazandırmayı amaçladık.

YÖNTEM

Adli Tıp Kurumu Bursa Grup Başkanlığı tarafından otopsisi yapılan kişinin adli tahkikat evrakı, otopsi bulguları, kimyasal ve histopatolojik analiz sonuçları ile literatür incelenmiştir.

OLGU

25 yaşındaki erkek, Bursa'da bir işyerinin çatısında tamirat yaparken 34500 volt elektrik akımına kapılarak ölmüştür. Aynı gün yapılan otopsisinde; dış muayenede: baş kısmında frontal bölgede yanık alanları, yüzde tütsülenmiş yaygın yanık alanı, göğüs ortada ve göğüs sol alt distalde, her iki spina iliaka anterior superior distalinde, batında ve sol uyluk 1/3 üst ön ve medialde, sağ uyluk 1/2 üstte ve lateralde yaygın yanık alanları, boynu tamamen çevreleyen şekilli yanık hattı, gövde ön sol kısımda belirgin eğreltiotu (Lichtenberg) görünümü (Fotoğraf 1), sağ alt ekstremite lateralde kıllarda yaygın tütsülenme, gluteal alanda solda 1 cm'lik, sağda 3 adet 1 cm'lik oval yanık lezyonları, sağ uyluk lateralde 3x2 cm'lik ve bunun 2 cm distalinde 3x2 cm'lik yanık alanı, sağ ayak 1. ve 2 parmak arasında çevresi kabarık, ortası çukur krater görünümünde elektrik akımı yarası, sol ayak 1. parmak medialde 2 adet ve 2. parmak dorsalde oval 1 adet elektrik akımı lezyonları, sol uylukta kıllarda tütsülenme



Fotoğraf 1: Gövde ön sol tarafta eğreltiotu (Lichtenberg) görünümü izlenmektedir.

Alınan kan ve idrar örneklerinde yapılan kimyasal analizlerde; kanda alkol olmadığı, vücudunda toksik bir madde ile uyutucuya/uyuşturucuya rastlanmadığı saptanmıştır. Alınan örnekler üzerinde yapılmış olan histopatolojik incelemede; iç organlarda kayda değer bir bulgu bulunmazken, üç adet cilt örneklerinde; epidermis ve dermisde koagülasyon nekrozu, epidermisde yer yer dermoepidermal, subbazal ayrışma, bazal tabaka hücrelerinde uzama ve bir tarafa yönelim izlenmiş olduğu, bu cilt bulgularının elektrik çarpması ile husulü mümkün yanık bulguları olduğu saptanmıştır. Ölüm nedeni elektrik çarpması olarak raporlanmıştır.

TARTIŞMA

Elektrik çarpmasına bağlı ölümler genellikle kaza, çok nadir olarak da intihar veya cinayet olarak meydana gelebilir (7).

Elektrik akımlarının vücut ile ilk temas ettiği yer deridir. Deri lezyonları adli yönden olayın açıklığa kavuşturulmasında yol göstericidir (8). Vücuttan elektrik akımı geçmesi sonucu meydana gelen fataliteler genelde akut nitelikte olduğundan, vücutta belirgin makroskobik ve mikroskobik düzeyde patomorfolojik değişimlerin olması beklenmez. Buna karşın akımın vücuda girdiği noktada genelde elektrik veya akım giriş lezyonu oluşur. Bu durum akımın deri direnci ile karşılaşması sonucu termik enerjiye dönüşmesi sonucu meydana gelmektedir. Bu lezyonlar, sıklıkla ortası çöküк ve bazen siyahımsı renkte kenarları ile mat porselen görünümünde kabarık kalınlaşmış lezyon olarak görülebilir. Deri direncinin çok düşük olduğu durumlarda (ıslak zemine çıplak ayakla basmak, nemli ve terli elle iletkeni tutmak vb.) hiç oluşmayabilir veya belli belirsiz olabilir (1). Yüksek voltaj ve yıldırım çarpması yaralanmalarında deride ağaç dalları şeklinde de tanımlanan eğreltiotu (Lichtenberg) görünümü oluşmaktadır. Bu lezyonun yıldırım ve yüksek voltaj yaralanmaları için patognomonik olduğu düşünülmektedir (1-6). Yıldırım çarpması olgularının yaklaşık olarak %30'unda gözlenen, kırmızı renkli bir lezyondur (9,10). Bu lezyonun bir kaç saat içinde gözle görünemeyecek şekilde azaldığını bildiren olduğu gibi (11), yaralanmadan bir saat kadar sonra belirginleştiği, 24 saat içinde gittikçe azalarak kaybolduğunu bildiren de (12) vardır. Oluşum mekanizması tam olarak bilinmemektedir (13). Bu lezyonun varlığı halinde erken yapılan ölü muayenesi ile saptanması mümkün olacaktır. Bu durumun farkında olunmalıdır.

SONUÇ

Eğreltiotu görünümü yıldırım çarpması ve yüksek voltaj yaralanmalarında görülebilmektedir. Elektrik çarpması ölümlerinde öncelikle kapsamlı olay yeri incelemesi yapılmalı, cesetteki olası cilt bulguları makroskobik olarak dikkatlice aranmalı, histopatolojik inceleme amaçlı cilt dokusu örnekleri de alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1-Şam B. Adli Otopsi Atlası. Efsane Ajans, İstanbul. (2003)
2- Reddy K, Lowenstein EJ. Forensics in dermatology: part I. J Am Acad Dermatol. 2011;64(5):801-8
3-Aksoy ME. Elektrik akımlarının neden olduğu yaralanmalar. Adli Tıp Bülteni 1997; 2(1): 25-34.
4-Demirel B, Yağan M, Balseven A, ve ark. Yıldırım çarpması ile ölüm: bir olgu sunumu. Gazi Tıp Dergisi 2007; 18(2): 92-4.
5-Yılmaz R, Bulut E, Özer E, ve ark. Yıldırım çarpmasına bağlı ölümlerin değerlendirilmesi. Adli Tıp Bülteni 2007; 12(3): 112-7.
6-Bütün C, Yücel Beyaztaş F, Yılmaz R. Yıldırım çarpmasına bağlı ölüm. Türk Ped Arfl 2012; 47: 60-3
7- Albek, E. Fiziksel zararlar. Adli Tıp Ders Kitabı (Cerrahpaşa Tıp Fakültesi adli tıp anabilim dalı öğretim üyeleri. eds.), s.361-371. İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi Müdürlüğü, İstanbul. (2011)
8- Gök Ş, Soysal Z. Elektrik akımlarının canlı organizmada meydana getirdiği lezyonlar ve bu lezyonların adli tıp açısından değerlendirilmesi. Temel Matbaası, İstanbul. (1983)
9-Shkrum MJ, Ramsay DA. Forensic pathology of trauma: common problems for the pathologist. Humana Press, Totowa New Jersey. (2007)
10- Wick R, Byard RW. Electrocution and the autopsy. Forensic pathology reviews. (Tsokos M. ed.), s.53-66. Humana Press, Totowa New Jersey. (2008)
11- Lifschultz BD, Donoghue ER. Deaths caused by lightning. J Forensic Sci 1993; 38(2):353-8
12-DiMaio VJ, DiMaio D. Forensic pathology. 2nd ed. CRC Press, New York. (2001)
13-Blumenthal R. Lightning and the Forensic Pathologist. Acad Forensic Pathol. 2018;8(1):98-111.

YÜZDE SABİT İZ KAVRAMI: BİR OLGU SUNUMU

Şeyhmus Merter*, Ertuğrul GÖK*

** Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye*
drsmerter@gmail.com, ertugrulgk@gmail.com

AMAÇ

Türk Ceza Kanunu'nda yüzde sabit iz kavramı cezayı arttırıcı nedenler arasında olduğu için özel öneme sahiptir (1). Bu olgu sunumunda yüksekten düşme sonucu çenesinin altından yaralanan ve 3 cm'lik laserasyon oluşan kişinin meydana gelen yaralanmasının yüz sınırları içerisinde yer almasına rağmen normal anatomik duruşta, ön ve yan cephelerden bakıldığında yüzde sabit iz niteliğinde olmadığı vurgulanarak farkındalık kazandırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Şahsın adli mercilerce gönderilen tıbbi evrakı incelendi, muayenesi yapıldı.

OLGU

Sekiz yaşındaki olgu, yüksekten düşme sonucu acil servise getirilmiş, yapılan muayenesinde alt çene altında 3 cm'lik laserasyon tespit edilmesi üzerine sütüre edilmiş, olgu adli rapor düzenlenmesi amacıyla tarafımıza olay tarihinden sekiz ay sonra gönderilmiştir. Anabilim Dalımızda yapılan fizik muayenesinde çene altında orta hat hizasında çene altına doğru oblik uzanım gösteren 2,5x0,2 cm boyutlarında iyileşme sürecinin tamamlandığı nedbe dokusu saptanmıştır. Tariflenen nedbe dokusunun Adli Tıp uygulamalarına göre yüz sınırları içerisinde olduğu ancak iyi aydınlatılmış bir ortamda, insanlar arası sözel diyalog mesafesinden (1-2 metre), anatomik duruşta ön ve yan profilden ilk bakışta belirgin bir şekilde fark edilebilir durumda olmadığından yüzde sabit ize neden olmadığı kanaatine varılmıştır (*Fotoğraf 1, 2*).



Fotoğraf 1: Kişinin yüzünün ön cepheden görünümü



Fotoğraf 2: Kişinin boyun ekstansiyonda iken yüzünün ön cepheden görünümü

TARTIŞMA

Yüz, insanın iç dünyası ve duygularını dışa yansıtan aynasıdır. Travmanın ardından meydana gelen ve ilk bakışta negatif izlenime neden olabilen yüzdeki sabit izler ceza hukuku açısından da önemli yer tutmaktadır (2). Yaraların iyileşme süreci çeşitli faktörlerden etkilenebilmekte olup kişisel farklılıklar gösterebilmektedir. Yara meydana geldikten hemen sonra dokularda iyileşme süreci başlamaktadır. Yaranın iyileşme süreci ikiye ayrılıp, ilk iyileşme dönemi (primer yara iyileşmesi) ve dokuların yeniden eski direnç ve yapılarına döndüğü dönem (sekonder yara iyileşmesi) olarak değerlendirilir. Yaranın eski direnç ve özelliklerine dönme zamanı daha uzun sürmekte ve yara izinin son şeklini alması bazen uzun yıllar sürebilmektedir (3). Hekim yüzde sabit izi değerlendirirken yaranın iyileşme sürecinin tamamlanmasını beklemelidir, gerektiğinde süreyi uzatmalıdır. Sunulan olguda olduğu gibi yüzde sabit iz değerlendirmesi "Türk Ceza Kanunu'nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi Rehberi" dikkate alınarak yapılmaktadır (4).

SONUÇ

Yüzde sabit iz değerlendirilmesinde rehber kitapçığa göre; alt çene altında bulunan anatomik pozisyonda görülemeyen bir nedbe dokusunun veya deformik görünümün yüzde sabit ize neden olmayacağı bilinmekle birlikte kişiye ön ve yan cephe dışında farklı açılardan bakılması halinde bu nedbe dokusu yüzde sabit ize neden olabilecek bir lezyondur. Adli Tıp Uzmanları tarafından yüzde sabit iz değerlendirilmesinde bu durumun tartışılarak rehber kitapçıkta güncelleme yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1-Türk Ceza Kanunu: Kanun Numarası: 5237. Kabul Tarihi: 26/9/2004
2-Kumral B, Gündoğmuş ÜN, İnce CH, İnce GN. Fixed trace ın trauma cases evaluatıon of the concept. Nobel Med. 2014; 10(1): 20-24
3-Aktaş, Ekin Özgür, and Ahsen Kaya. Yaralama Suçlarının Adli Tıbbi Değerlendirilmesinde Kullanılan Kılavuza Bakış. Adli Tıp Bülteni 2017; 22(1): 45-53
4-Balcı Y, Çolak B, Gürpınar K, Anolay NN. (Güncelleme Editörleri) Türk Ceza Kanunu'nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi Rehberi, 2019

ADLİ RAPOR DÜZENLENMESİNDE E-NABIZ UYGULAMASININ ÖNEMİ: BİR OLGU SUNUMU

ERTUĞRUL GÖK*

*Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye
ertugrulgk@gmail.com

AMAÇ

Adli rapor düzenlenirken adli olay ile insan vücudu üzerindeki patoloji arasında nedensellik bağının olup olmadığının değerlendirilmesinde e-nabız uygulamasının önemini vurgulayarak farkındalık kazandırılması amaçlandı.

YÖNTEM

Şahsın adli mercilerce gönderilen tıbbi evrakı incelendi, muayenesi yapıldı, sonrasında şahsa ait e-nabız uygulaması incelendi.

OLGU

Kırk bir yaşındaki bir erkek şahıs, 2021 yılındaki darp olayından dört ay sonra adli mercilerce adli rapor düzenlenmesi için adli tıp anabilim dalımıza tıbbi evrakı ile gönderilmiştir.

Olay günü düzenlenmiş olan adli raporunun incelenmesinde; sol dizde deformite, sol kaş üstünde 3 cm'lik raddi yara saptanmış olduğu, şahsın sol dizinde ağrı olduğunu ifade etmiş olduğu, alkollü olan hastanın takip edilemeden başka bir merkeze sevk edilmiş olduğu kayıtlıdır.

Sevk edildiği Diyarbakır merkezdeki hastanede olay günü çekilen görüntülemeler incelendiğinde ise; Alt ve Üst Abdomen BT, Toraks BT, Vertebra Lomber BT, Tüm Abdominal USG raporunun incelenmesinin normal sınırlarda olduğu kayıtlıdır.

Alınan anamnezde; Diyarbakır'ın bir dış ilçesinde akrabaları ile tartıştığını, darba maruz kaldığını, olaydan sonra ilçe devlet hastanesine götürüldüğünü, oradan da Diyarbakır merkezde bir devlet hastanesine sevk edildiğini, bir gece yatışının olduğunu, ameliyat olmadığını ifade etmiştir. Şahsa olay nedeniyle bir sağlık şikayetinin olup olmadığı sorulduğunda; herhangi bir sağlık şikayetinin olmadığını beyan etmiştir. Yapılan muayenesinde; vücudunda olay nedeni ile oluşmuş olan herhangi bir patolojiye rastlanmamıştır. Tüm vücut eklem hareket açıklıkları ve kas güçleri tam saptanmıştır.

Şahsın sol patellasındaki deplase görünümün olay nedeni ile olup olmadığının araştırılması amacıyla şahsa ait e-nabız uygulamasına girildiğinde; hasta tanıları bölümünde 2020 yılında patellada kırık olduğu ve bu nedenle ortopedi müracaatı olduğu ve ameliyat edilmiş olduğu saptanmıştır. Böylece şahısta 2021 yılındaki yaralanmasının vücudunda kemik kırığına neden olmadığı kanaatine varılmıştır.

TARTIŞMA

Adli raporlar düzenlenirken kişilerin öncelikle olay ilişkili tıbbi evrakı incelenir. İlgili rehber dikkate alınarak Türk Ceza Kanunu'na göre yaralanma tarif edilmektedir. Burada illiyet değerlendirilmesinde bazen olay ilişkisiz adli-tıbbi geçmişe de ihtiyaç duyulmaktadır. Bu amaçla e-nabız uygulaması da rapor hazırlanmasında büyük öneme sahiptir (1-4).

E-nabız uygulaması, internet üzerinden tüm sağlık bilgilerimize erişebildiğimiz, Sağlık Bakanlığı'nın kişisel sağlık kaydı sistemidir (3).

Olguda şahsa ait tıbbi özgeçmişe e-nabız uygulaması ile ulaşılmıştır ve patelladaki kırığın eskiye ait olduğu saptanmıştır. Bu uygulama kullanılmayıp da tıbbi özgeçmişine ait evrak istenmiş olsaydı yazışmalar ve belgelerin temin edilip gönderilmesi büyük zaman alacaktı. Bu uygulamanın olması, bu olguda raporun hızlı çıkmasını sağlamıştır.

E-nabız uygulamasına hekimlerin ulaşabilmeleri için kişilerin verilere ulaşılmasına izin vermeleri gerekmektedir. Bu erişim sayesinde de raporların hızlı çıkması ile adli merciler tarafından yapılmakta olan soruşturma veya kovuşturma sürecinin tamamlanması hızlı olacaktır.

Bir başka husus da e-nabız uygulamasının Adli Tıp Kurumu merkez ve taşra teşkilatına da entegre edilmesinin sağlanmasıdır. Böylece Adli Tıp Kurumlarında çalışan hekimler de e-nabız uygulamasına ihtiyaç duyulan hastaların elektronik tıbbi evrakına ulaşarak raporların hızlı tamamlanmasını sağlayacaklardır.

SONUÇ

Sunulan olguda olduğu gibi travma olgularında, adli mercilerce gönderilen tıbbi evrakın yeterli olmadığı durumlarda, adaletin hızlı tecellisi için e-nabız uygulamaları üzerinden de kişilerin tıbbi geçmişine ulaşılarak değerlendirilme yapılması büyük öneme sahiptir.

Bu nedenle e-nabız uygulamasına hekimlerin ulaşmasına bireylerin izin vermeleri yanında sağlık kuruluşlarının da bu uygulamaya entegre edilmelerinin bir ihtiyaç olduğu görülmektedir. Bu durumun bireyler yanı sıra ilgili kurumlar nezdinde dikkate alınması gerekli adımların atılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1-Türk Ceza Kanunu. Kanun Numarası:5237. Kabul Tarihi:26/9/2004

2-Balcı Y, Çolak B, Gürpınar K, Anolay NN (Güncelleme Editörleri). Türk Ceza Kanunu'nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi Rehberi, 2019

3-https://enabiz.gov.tr/Yardim/Index (Erişim tarihi: 5 Ekim 2022)

4-Gök E. Hekimlerin Yükümlülükleri. İçinde: Şen A, Ed., Akbaş A, Ed. Yard.,Karın Ağrısı. Nobel Matbaacılık, İstanbul 2019; 475-87

BİR SAĞLIK MESLEĞİ MENSUBUNUN İLAÇ İLE İNTİHARI: BİR OLGU SUNUMU

ERTUĞRUL GÖK*, RECEP FEDAKAR**'***, OKAN AKAN***

*Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye
**Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye
***Adli Tıp Kurumu Bursa Grup Başkanlığı, Bursa, Türkiye

ertugrulgk@gmail.com, okanakan17@gmail.com, fedakar@uludag.edu.tr

AMAÇ

Bursa'da bir sağlık kuruluşunda odasında ilaç almak suretiyle intihar eden anestezi teknisyenine ait adli-tıbbi evrak incelenerek tartışılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Adli Tıp Kurumu Bursa Grup Başkanlığı tarafından otopsisi yapılan kişinin adli tahkikat evrakı, otopsi bulguları, kimyasal ve histopatolojik analiz sonuçları incelenmiştir.

OLGU

20 yaşındaki bekar erkek, çalıştığı bir sağlık kuruluşunda 2012 yılının ekim ayında odasında etrafında ilaç-ampul kutuları, enjektörler, sağ ayak bileğinde ilaç enjektesi için konulmuş kanül olduğu halde ölü olarak bulunmuştur. Aynı gün yapılan otopsisinde; sol dirsek çukurunda beş adet, sol el bileği bölgesinde iki adet, sol el sırtında altı adet, sol ayak iç malleol bölgesinde dört adet, sağ el bileğinde iki adet ve el sırtında bir adet etrafı ekimozlu enjeksiyon izleri, sağ ayak sırtında orta kısımda üzerinde flaster ile tutturulmuş kanülün takılı olduğu tespit edilmiştir. Odasında; propofol lipuro %1 ibareli boş uyutucu ilaç ampulünün çöp kutusunun önünde yerde, yanında bir adet 5 cc'lik boş enjektör ve yatak altına doğru bir adet 2 cc'lik boş kullanılmış enjektör, yastığının altında bir adet 20 cc'lik enjektör ve içerisinde 2 cc propanol uyutucu ilaç bulunduğu, 10 cc'lik bölümünün kullanılmış olduğu, yastık altında bir adet 20 cc'lik boş kullanılmış enjektör, bir adet 10 cc'luk boş kullanılmış enjektör bulunduğu, serum askısı üzerinde boş ve bağlantıları olmayan üzerinde Polifleks 500 ml yazılı boş serum torbası görülmüştür (Fotoğraf 1). Adli tahkikat evrakı incelendiğinde; bu ilaçların kayıtlara girilmeden alındığının saptanmış olduğu görüldü.

Fotoğraf 1: Cesedin ölü bulunduğu odada görünümü

Alınan örnekler üzerinde yapılmış olan histopatolojik incelemede iç organlarda kayda değer bir bulguya rastlanmazken; yapılan toksikolojik analizde; kanda; 653 ng/ml (altıyüzelliüç nanogram/mililitre) ilaç etken maddesi Pheniramine, idrarda; Pheniramine ve Propofol, cilt dokusunda; ilaç etken maddesi olan Pheniramine tespit edilmiştir. Kişinin ölümünün propofol (anestezik) ve pheniramine'nin (antihistaminik) birlikte infüzyonuna bağlı gelişen solunum ve dolasım yetmezliği sonucu mevdana geldiği raporlanmıştır (Fotoğraf 2).





Fotoğraf 2: İç organların yüzeylerinin görünümü

TARTIŞMA

Kişinin yaşamına bilerek ve isteyerek son vermesi olarak tanımlanan intihar, ağır hastalıkları olan kişilerden bir sağlık problemi olmadığı halde hayat şartlarına karşı çaresiz ve umutsuz kalmış kişilere kadar geniş bir yelpazede görülebilir. İntihar, günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunudur (1). Risk faktörlerinin doğru belirlenmesi ve sonrasında zamanında önlenmesine yönelik adımların atılması toplum açısından önem taşımaktadır (2). Yapılmış çalışmalar incelendiğinde ilaç içmenin en sık tercih edilen intihar yöntemi olmadığı görülmektedir (3-6). Ancak ilaç ve toksik madde kullanımı en önde gelen intihar girişim yöntemi olarak bulunan çalışmalar vardır (7-9). İlaçlara ulaşım kolaylığı olması halinde bu yöntemin tercih edilmesi kaçınılmaz olacaktır. Sağlık mesleği mensubu olmanın intihar açısından yüksek riskli bir meslek olduğu unutulmamalıdır.

SONUÇ

İntihar, önlenebilir ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Bu ölümlerle karşılaşılması durumunda kişilerin sosyodemografik, kişisel, ailesel özellikleri ile ilgili bilgilere ulaşılmaya çalışılmalı ve intihara götüren faktörler tespit edilmeye çalışılmalıdır.

Sağlık mesleği mensubu kişilerin şüpheli ölümleri ile karşılaşıldığında kapsamlı olay yeri incelemesi yapılmalı, gerekli deliller usulüne uygun toplanmalı ve sonrasında otopsi yapılarak ölüm nedeni saptanmaya çalışılmalıdır. Böylece ölüm nedeni yanında orijinin de açıklığa kavuşmasının kolaylaşacağı unutulmamalıdır. İntiharı önleme hususunda etkin politikalar geliştirmek, intihar riski yüksek kişilere ulaşmak ve intihar önleyici programları yaşama geçirmek gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1-Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, (2008)
2-Şevik AE, Özcan H, Uysal E. İntihar Girişimlerinin İncelenmesi: Risk Faktörleri ve Takip. Klinik Psikiyatri 2012;15:218-25
3-Taktak Ş, Üzün I, Balcıoğlu İ. İstanbul'da tamamlanmış intihar olgularının psikolojik otopsisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2012;13
4-Erbay LG, Celbiş O, Oruç M, Karlıdağ R. Adli Tıp Kurumu Malatya Grup Başkanlığı'na gelen tamamlanmış intihar olgularının psikolojik otopsi yöntemi ile incelenmesi. Journal of Forensic Medicine. 2020;34:1
5- Demir S, Yazar ME, Dereli AK, Acar K. Denizli'deki İntihar Ölümlerinin Analizi 10 Yıllık Retrospektif Otopsi Çalışması. The Bulletin of Legal Medicine. 2018;23:93-9.
6- Oğuzhanoğlu NK, Uğurlu TT, Acar K, Atesci F. A psychological and social perspective on completed suicides in western Anatolia, Turkey: A case control psychological autopsy study. Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 2018;31:331.
7- Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2000;34:420-36
8-Denning DG, Conwell Y, King D, Cox C. Method choice, intent, and gender in completed suicide. Suicide Life Threat Behav 2000;30:282-8
9-Önsüz MF, Demir F, Afşari EK, Şahin A, Çatalbaş Y, Bektaş H. Sakarya İlinde gerçekleşen intihar girişimi vakalarının değerlendirilmesi. Turkish Journal of Public Health. 2012; 10.3:141-150.

KAFAYA İKİ ATIŞ İLE GERÇEKLEŞTİRİLEN ATEŞLİ SİLAH YARALANMASINA BAĞLI İNTİHAR ORİJİNLİ ÖLÜM OLGU SUNUMU

Mustafa Can Yazıcı[1], Hüseyin Çağrı Şahin[1], Çağla Ergin[1]
[1]Adli Tıp Kurumu, İstanbul, Türkiye
İletişim: dr.mustafacanyazici@outlook.com

1. GİRİŞ

İntihar orjinli ateşli silah yaralanmalarına bağlı ölümlerde tek giriş yarası bulunması sık karşılaşılan bir durum olmakla birlikte, birden fazla giriş yarası tespit edilen intihar orijinli ateşli silah olguları nadiren de olsa görülmektedir (1). Türkiye İstatistik Kurumu'nun intihar raporuna göre; 2010-2019 yılları arasında meydana gelen intihar olayları arasında ikinci sırada ateşli silahlar yer almakta olup 28740 intihar eyleminin 6949'u ateşli silah kullanılarak gerçekleştirilmiştir (2). İntihar amaçlı ateşli silahlar genellikle hızlı bir şekilde öldürmeye yönelik kullanılmakta ve mortalite oranı %90'ın üzerinde bulunmaktadır. Bununla birlikte yaralanma ile ölüm arasındaki sürede bazı kurbanların yürüme veya konuşma gibi bazı aktiviteleri gerçekleştirebildiği görülmektedir (3, 4). Ateşli silah kullanarak intihar etmeyi planlayan kişilerde yaralanmalar vücudun çeşitli yerlerinde (göğüs, boyun, karın, çene) bulunsa da en sık hedef kafa olmaktadır (5).

Ateşli silah yaralanması sonucu ölümün meydana geldiği vakalarda orijin tayini için cesedin ve silahın pozisyonu, yara girişinin karakteri ve diğer otopsi bulguları, kan lekesi paterni, kurbanın eski ve yakın tıbbi geçmişi, hane halkının ifadeleri, intihar notunun varlığı dahil olmak üzere kapsamlı bir olay yeri incelemesinin çok önemli olduğu akılda tutulmalıdır (6, 7). Silahın cinsi ne olursa olsun intihar olgularında birden fazla merminin beyne girdiği olayların seyrek olmasının temel nedeni; ilk merminin kafa içine girmesi ile birlikte ani bilinç kaybı ve tüm vücut kaslarının gevşemesidir. Otomatik silah kullanılması durumunda ölü sıkışması denilen bazı kaslarda spazmın devam etmesi ve parmağın tetikte kalması nedeniyle peş peşe atışlar görülebilmekte veya yarı otomatik silahların kullanıldığı durumda ise mekanizma arızası nedeniyle -seri atışa geçebileceği için- tek basmada ardışık atışlar yapılabilmesi mümkün olmaktadır. Ancak yarı otomatik veya otomatik olmayan silahta tetiği çeken parmağın gevşeyip tekrar çekmesi de sıra dışı bir durum olarak karşımıza çıkabilmektedir (8). Bu konuda yaygın olan görüş ise hatalı, yanlış kalibreli ya da namlu çıkış enerjisi düşük olan mermi çekirdeklerinin kullanılması nedeniyle dokuya kısmen az enerji geçişi olması ya da mermi çekirdeklerinin hayati önemi olmayan bölgelere rastlaması olarak belirtilmiştir (9).

Bu çalışmada; İstanbul Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi'nde otopsisi yapılan intihar orijinli ateşli silah yaralanmasına bağlı ölüm olguları içerisinden birden fazla giriş yarası tespit edilen olgunun sunulması ve literatürdeki benzer olgularla tartışılması amaçlanmıştır.



Görsel 1- **Sağ temporal bölge saçlı deri içerisinde, kulak sayvanının 2 cm üstünde, etrafında ve içerisinde iş bulaşığı ve alt kenarında pim izi bulunan ateşli silah mermi çekirdeği giriş yarası**

Görsel 2- **Sol frontoparietal bölgede, içerisinden beyin dokusunun protrüze olduğu ateşli silah mermi çekirdeği çıkış yarası**

Görsel 3- **Mentum altında, etrafında ve içerisinde iş bulaşığı seçilebilen ve kenarlarında yırtıklar bulunan ateşli silah mermi çekirdeği giriş yarası**

2. OLGU SUNUMU

Sokakta temizlik görevlisi olarak çalıştığı sırada ateşli silahla intihar ettiği bildirilen 45 yaşında erkek cesedinde; olay yerinde yapılan inceleme sonucu baş bölgesinde iki adet ateşli silah mermi çekirdeği giriş yarası tespit edildiği belirtilmiştir. Olay yerinde bulunan tanıkların; kişinin silahı ağzına doğru götürerek ateşlediği ve yere düştüğü, ardından silahı tekrar kafasına doğrultarak ikinci kez ateş ettiğini ifade ettikleri bildirilmiştir. Olay yerinde yapılan incelemelerde; 1 adet ibaresiz 9 mm'lik tabanca ile iki adet 9 mm'lik kovan elde edildiği kayıtlarda görülmüştür.

Otopsisinde yapılan dış muayenede; mentum altında, etrafında ve içerisinde iş bulaşığı seçilebilen ve kenarlarında yırtıklar bulunan ateşli silah mermi çekirdeği giriş yarası, sağ temporal bölge saçlı deri içerisinde, kulak sayvanının 2 cm üstünde, etrafında ve içerisinde iş bulaşığı ve alt kenarında pim izi bulunan ateşli silah mermi çekirdeği giriş yarası ile sol frontoparietal bölgede içerisinden beyin dokusunun protrüze olduğu ateşli silah mermi çekirdeği çıkış yarası ve alt dudak ortadan alt çeneye uzanan ve kenarlarında yırtıklar bulunan ağız boşluğu ile iştirakli laserasyon tespit edildi. Radyolojik incelemede; kafatası ve yüz kemiklerinde parçalı kırıklar tespit edilmiş olup sol frontoparietal bölgede deforme görünümde bir adet ateşli silah mermi çekirdeği ile uyumlu metalik imaj ile yüz ve frontal bölgede dağılım gösteren elde edilemeyecek boyutta milimetrik metalik imajlar saptandı.

İç muayenesinde; mentum altında tarif edilen mermi çekirdeği giriş yarası altında mandibulada çok parçalı kırıklar ile kırık kemik fragmanları üzerinde iş bulaşıkları izlendi. Sağ temporal bölgede tespit edilen mermi çekirdeği giriş yarası ile uyumlu saçlı deri altı ve temporal kas grubunda atış artıklarının bulunduğu Hoffman maden çukuru bulgusu ile temporal kemikteki mermi çekirdeği giriş defekti çevresinde iş bulaşığı saptandı. Dil ucunda ve üst damak ön kısım, sert damakta mermi çekirdeği geçiş defektleri ile ağız tabanında parçalı doku hasarı ile atış artıkları görüldü. Kafa kubbesinde sağ temporalde iç tabulada içe kalkma bulunan mermi çekirdeği giriş defekti, sol parietalde 2x3,2 cm'lik dış tabulada dışa kalkma bulgusu izlenen mermi çekirdeği çıkış defekti tespit edilmiş olup bu defektlerden kubbe ve kaideye uzanan kırık hatları görüldü. Kafatası açıldığında, sol parietal bölgede subdural kanama ile beyin, beyincik ve beyin sapı yüzeylerinde yaygın subaraknoid kanama gözlendi. Her iki parietotemporal lobu sağdan sola kat eden mermi çekirdeği geçiş defekti, kortekse uzanan yaygın kontüzyonlar, sol frontal lob bazalde optik kiazma hemen önünden sol ön ve üste devam ederek sol frontal üst iç yana seyreden mermi çekirdeği geçiş defekti mevcut olup sol frontal lob üst iç kenarda, yüzeye yakın parankim içerisinden, üzerinde yiv ve set izleri seçilebilen, yan ve dip kısmında gömleğinde yırtıklar bulunan, ileri derecede deforme görünümde, sarı gömlekli bir adet ateşli silah mermi çekirdeği elde edildi. Kafa kaidesinde; lamina kribrosada mermi çekirdeği geçişine bağlı kemik defekti ve etrafında parçalı kırıklar, sağ temporalde mermi çekirdeği giriş defektinden sağ ön ve orta kafa çukuruna inen ayrıklı kırık hatları ile tüm kafa çukurlarında lineer kırıklar görüldü. Sonuç olarak; kişide iki adet ateşli silah mermi çekirdeği giriş yarası tespit edilmiş olup yaralanmaların her birinin tek başına öldürücü nitelikte olduğu, giriş yaralarının cilt, ciltaltı ve kemik doku bulgularına göre atışların bitişik atış mesafesinden yapılmış oldukları, kişinin ölümünün ateşli silah mermi çekirdeği yaralanmasına bağlı kafatası kırıkları ile birlikte beyin kanaması ve beyin doku hasarı sonucu meydana geldiği kanaatine varılmıştır.



Görsel 4- **Çekilen skopide mentumdan giren ateşli silah mermi çekirdeğinin (Görsel 3) sol frontoparietal bölgede seyrini sonlandırdığı, kafatası ve yüz kemiklerinde çok parçalı kırıklar oluşturduğu görüldü.**

3. TARTIŞMA

İntihar yöntemi olarak ateşli silah kullanımı ülkemizde sık tercih edilen bir yöntemdir.

Azmak ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ateşli intihar eden olguların 5'inde iki adet ateşli silah giriş yarası tespit edildiği, ilk atışın göğüs ya da karın bölgesine isabet etmesi ve ölüm meydana getirir nitelikte iç organ ve büyük damar yaralanması olmaması nedeniyle ikinci atışın gerçekleştirilebildiğinin düşünüldüğü belirtilmiştir (10).

Adrienne ve arkadaşları, kafa bölgesinde birden fazla giriş deliğinin bulunduğu ateşli silah kullanılan 3 intihar olgusu sunmuş olup bu olgularda ilk atışın ölüme neden olmamasının nedeni olarak; kişilerin yeterli anatomik bilgiye sahip olmamaları nedeniyle beynin hayati merkezinde hasar meydana getirememesi veya kullanılan silahın düşük kinetik enerjili olması gösterilmiştir (11). İlk atışı alt çene altından yapılan olgumuzda ölümün ilk atış sonrasında meydana gelmemesi bu şekilde açıklanabilir.

Cingöz ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada 2004-2009 yılları arasında 146 olguda ateşli silah yaralanmasına bağlı ölüm meydana gelmiş olup bu olguların 54'ünün intihar orijinli olduğu, bunlardan sadece ikisinde çift giriş deliği saptandığı bildirilmiştir. İntihar orijinli ölümlerde giriş yaralarının lokalizasyonları incelendiğinde 42'sinin kafaya yapılan atış sonucu meydana geldiği görülmüştür (12).

Sonuç olarak ateşli silah yaralanması sonucu ölüm meydana gelen olgularda orijin tayini önemli bir yer tutmaktadır. Adli incelemenin detaylı bir şekilde yapılması ve kullanılan silahın türü, atışın mesafesi, trajesi ve meydana getirdiği yaralanmaların niteliği, birden fazla atış olması halinde kişinin bu atışları arka arkaya yapabilmesine neden olabilecek durumların değerlendirilmesi gibi parametreler de önem taşımaktadır.

4. KAYNAKÇA

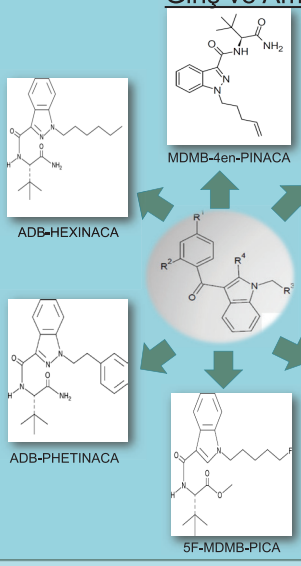
1. Hejna, P., Šafr, M., & Zátopková, L. (2012). The ability to act–multiple suicidal gunshot wounds. Journal of forensic and legal medicine, 19(1), 1-6.
2. Türkiye İstatistik Kurumu. (2010-2019). İntihar İstatistikleri. Türkiye İstatistik Kurumu.
3. Maghin, F., Antonietti, A., Farina, D., Benedetti, P., Verzeletti, A. (2019). A case of suicide by double gunshot wounds to the head: the ability to act after the first shot. International journal of legal medicine, 133(5), 1469-1476.Azmak D, Altun G, Bilgi S, ve ark. Firearm fatalities in Edirne, 1984–1997. Foren Sci Int. 95(1998):231–9.
4. Karger, B., Brinkmann, B. (1997). Multiple gunshot suicides: potential for physical activity and medico-legal aspects. International journal of legal medicine, 110(4), 188-192.
5. Stone J L, Lichtor T, Fitzgerald L, Gunshot Wounds to the Head in Civilian Practice. Neurosurgery Volume 37(6), December 1995, p 1104–1112
6. Kastanaki, A. E., Kranioti, E. F., Theodorakis, P. N., Michalodimitrakis, M. (2009). An unusual suicide inside a grave with two gunshot wounds to the head—the psychological approach. Journal of forensic sciences, 54(2), 404-407.
7. Arunkumar, P., Maiese, A., Bolino, G., Gitto, L. (2015). Determined to Die! Ability to Act Following Multiple Self-inflicted Gunshot Wounds to the Head. The Cook County Office of Medical Examiner Experience (2005–2012) and Review of Literature. Journal of forensic sciences, 60(5), 1373-1379.
8. Karaaslan, T. Sıra dışı intihar olgusu; Kafaya yapılan iki tabanca atışı. Adli Tıp Dergisi, 2011:25(2), 153-160.
9. Karagöz, M., Karagöz, S. D., Atılgan, M., Demircan, C. (1996). Ateşli silah yaralanmasına bağlı 133 ölüm olgusunun incelenmesi. The Bulletin of Legal Medicine, 1(3), 122-126.
10. Azmak D, Altun G, Bilgi S, ve ark. Firearm fatalities in Edirne, 1984–1997. Foren Sci Int. 95(1998):231–9.
11. Sekula-Perlman, A., Tobin, J. G., Pretzler, E., Ingle, J., & Callery, R. T. (1998). Three unusual cases of multiple suicidal gunshot wounds to the head. The American journal of forensic medicine and pathology, 19(1), 23-29.
12. Cingöz, G. (2010). Aydın ilinde ateşli silah yaralanmasına bağlı ölümler.

ATK KİMYA İHTİSAS DAİRESİ NARKOTİK ŞUBESİNE 2020-2022 YILLARI ARASINDA GELEN SENTETİK KANNADİNOİDLERİN DAĞILIMI

Murat YILMAZ, İsmail ATEŞ, Oya YETER
Adli Tıp Kurumu Başkanlığı Kimya İhtisas Dairesi, İstanbul

Giriş ve Amaç

Sentetik kannabinoidler tipik olarak, otsu bitkilerin oluşturduğu karışımın üzerine püskürtülmek sureti ile oluşan, esrara benzer biçimde içilen "bitkisel sigara karışımlarıdır".(1,2) Miktar ve içerik açısından yapıları tam olarak bilinmeyen bu maddelerin yaygın kullanımı ve bu maddelere özgü düzenlemelerin bulunmaması nedeniyle kötüye kullanılan tasarım maddeler olarak sentetik kannabinoidlerin artan tüketimi ciddi bir problem haline gelmektedir.(3) Sentetik kannabinoidler birbirilerine benzer kimyasal yapıları olan maddelerdir ve sigara gibi içildiğinde marihuananın etkisini taklit eder. Sentetik kannabinoidlerin üretimi sırasında spreylenen maddenin konsantrasyonlarının farklı olmasından dolayı, aynı isimli ürünü alan farklı kişilerde farklı yan etkiler olacağı hatta ölümle sonuçlanacak toksik ürünler elde edileceği göz önünde bulundurulmalıdır. (4) Bu çalışmada Adli Tıp Kurumu Kimya İhtisas Dairesi Narkotik Şubesine 2020-2021-2022 yılları arasında gelen toplam 774 dosya incelendi ve sentetik kannabinoidlerin istatistiksel analizi yapıldı.



Sentetik kannabinoidler neden popüler?

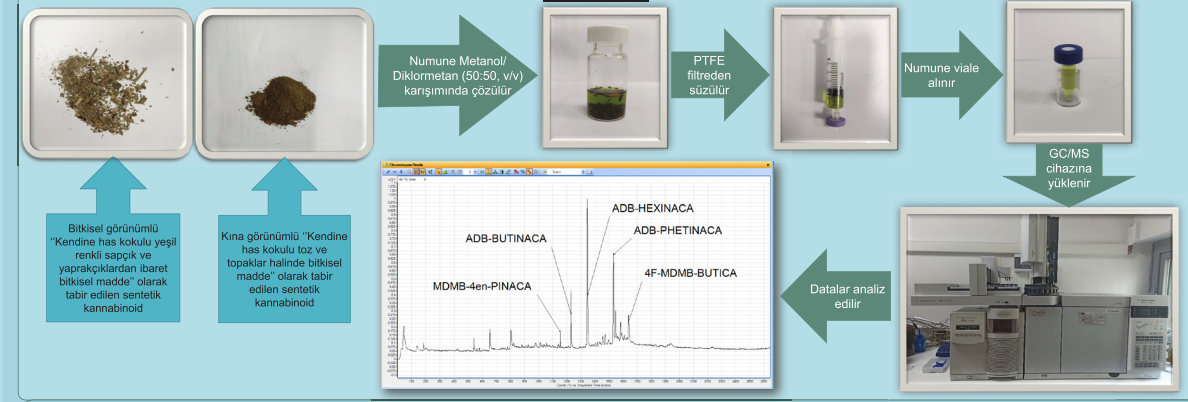
- Ana aktif maddenin üzerindeki farklı alkil gruplarının yerini değişik maddelerin alması ile üretimi çok kolay hale gelmekte ve tespiti zorlaşarak yasadan kaçmak kolay hale gelmektedir.
- Kokusu yok
- Rutin toksikolojik testlerde çıkmıyor.

İmalat Süreci

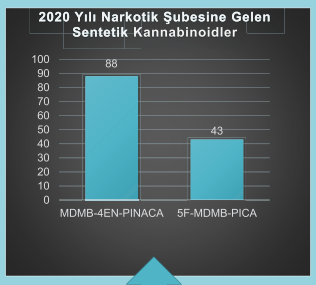
Laboratuvar ortamında hazırlanan kimyasal maddenin eter, aseton ve kloroform gibi solventler içerisinde çözülmesi → Ada çayı ve yavşan otu gibi bitki parçalarına püskürtülerek veya dökülerek emdirilmekte → Kurumaya bırakıldıktan sonra öğütülerek paketlenir ve piyasaya sürülür



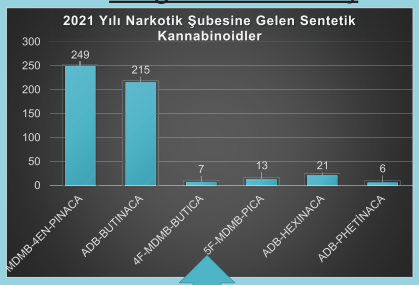
Yöntem



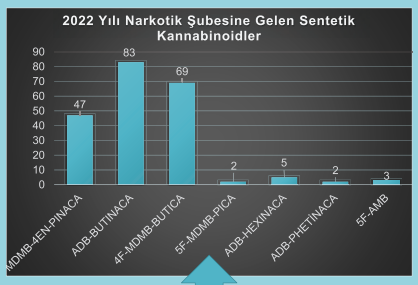
Bulgular ve Sonuç



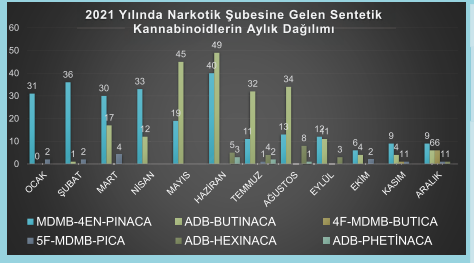
MDMB-4en-PINACA 2020 yılında en çok raporlanan sentetik kannabinoiddir.



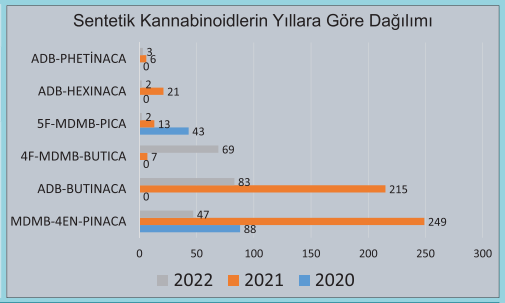
2021 yılında MDMB-4en-PINACA ile beraber ADB-BUTİNACA en çok görülen sentetik kannabinoiddir. 5F-MDMB-PICA 2021 yılında geçen yıla göre çok az raporlanmıştır.

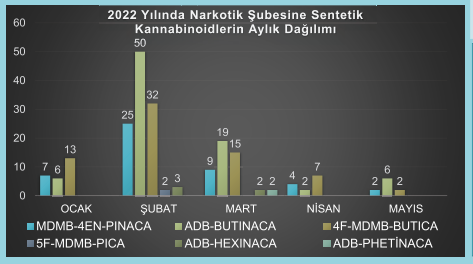


MDMB-4en-PINACA 2022 yılında geçen yıla göre daha az gelmektedir. ADB-BUTINACA 2022 yılında en çok karşılaştığımız sentetik kannabinoid olmuştur. 4F-MDMB-BUTICA 2022 yılında piyasaya girmiş ve en çok karşılaştığımız sentetik kannabinoidlerden olmuştur.



- ATK Kimya İhtisas Dairesi Narkotik Şubesine 2020, 2021 ve 2022 yılının ilk beş ayında gelen sentetik kannabinoid çeşitliliğinin giderek artmakta olduğu görülmektedir.
- En çok karşılaşılan MDMB-4en-PINACA, ADB-BUTINACA ve 4F-MDMB-BUTICA olmuştur.
- Narkotik Şubesine aylık olarak ortalama 2020 yılında 12 dosya, 2021 yılında 36 dosya ve 2022 yılı ilk beş ayında 40 dosya gelmiştir.
- Hem çeşitlilik hem de gelen sentetik kannabinoidlerin sayısı giderek artmıştır.





- Birçok sentetik kannabinoid maddenin referans standartları bulunamazken sürekli olarak yeni analoglar piyasaya sürülmektedir. Sentetik kannadinoidlerin içeriğinin tespiti ile yasa kapsamına alınan bir madde için yasadan kaçmak üzere hemen yeni bir sentetik kannabinoid madde piyasaya sürülmekte ve bu maddelerin kimyasal yapıları sürekli değişerek artmaktadır.
- Etken madde konsantrasyonuna ve kişisel duyarlılığa bağlı olarak da görülen etkiler ve şiddetleri değişebilmektedir. MDMB-4en-PINACA, ADB-BUTINACA, ADB-HEXINACA, ADB-PHETINACA, 5F-MDMB-PICA ve 4F-MDMB-BUTICA en çok karşılaşılan sentetik kannabinoidler olmuşlardır. Narkotik Şubesinde 2020 yılında en çok MDMB-4en-PINACA, 2021 yılında en çok MDMB-4en-PINACA ve ADB-BUTINACA ve 2022 yılında en çok ADB-BUTINACA ve 4F-MDMB-BUTICA tespit edilmiştir.
- ATK Kimya İhtisas Dairesi Narkotik Şubesi olarak 2020 yılında 134 dosyada, 2021 yılında 441 dosyada ve 2022 yılının ilk beş ayında 199 dosyada sentetik kannabinoidler tespit edilmiş ve raporlanmıştır. 2022 yılında yaklaşık 500 dosyada sentetik kannabinoid tespit edilmesi öngörülmektedir.

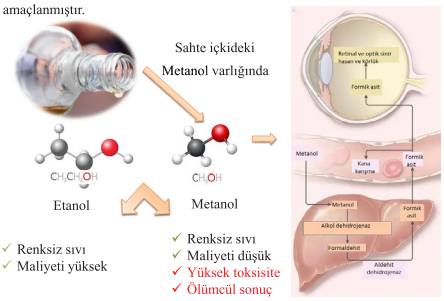
KAYNAKLAR 1-Vardakou I, Pistos C, Spiliopoulou Ch. Spice drugs as a new trend: Mode of action, identification and legislation. Toxicol Lett 2010; 197:157-162. 2. Auwärter V, Dresen S, Weinmann W, Mueller M, Puetz M, Ferreiros N. 'Spice' and other herbal blends: Harmless incense or cannabinoid designer drugs? J Mass Spectrom 2009; 44:832-837. 3. Merola G, Aturkib Z, D'Oraziob G, Gottardoc R, Macchiaa T, Tagliaroc F, Fanalib S. Analysis of synthetic cannabinoids in herbal blends by means of nano-liquid hromatography. J Pharm Biomed Anal 2012; 71:45-53. 4. Seely KA, Prather PL, James LP, Moran JH. Marijuana-based drugs: Innovative therapeutics or designer drugs of abuse? Molecular Interventions 2011; 11(1):36-51.

2021-2022 YILLARI ARASINDA ATK KİMYA İHTİSAS DAİRESİNE GÖNDERİLEN VAKALARDA SAHTE İÇKİLERDEN KAYNAKLI METANOL ZEHİRLENMELERİNİN SIKLIĞI

Aynur Tuncer, Damla Danış, Elif Yılmaz, Gökhan Gökçe, Tansu Güvenaltın, İsmail Kocaağa, İsmail Ateş
Adli Tıp Kurumu Başkanlığı Kimya İhtisas Dairesi, Bahçelievler/İstanbul
e-posta: ikoca34@gmail.com,

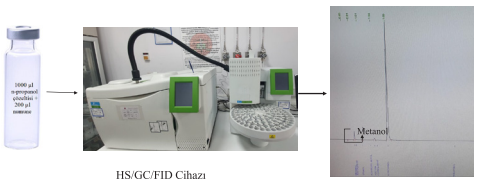
GİRİŞ

Çok iyi bir çözücü olduğu için endüstrinin pek çok alanında kullanılan, renksiz, uçucu özelliği ile etanole benzeyen ve insan sağlığı açısından oldukça zehirli olan metanol; yasa dışı olarak üretilen içkilerde de kullanılmaktadır. İçimi sırasında etanolden farkı anlaşılmayıp; ayrımı sadece laboratuvar şartlarında yapılan analiz yöntemleri ile belirlenen metanol, metabolizmada formik asite dönüşmesiyle; kişide ilerleyen saatlerde görme bozukluğu ve körlük; tedavinin gecikmesiyle ölüme sebebiyet vermektedir. Bu çalışmada; Adli Tıp Kurumu İstanbul Kimya İhtisas Dairesi Alkolmetri Şubesine 2021 Aralık ayı ve 2022 yılının Ocak-Temmuz ayları arasında gelen dosyalardan, kan ve göz içi örneklerinde metanol ve formik asitin birlikte tespit edildiği vakaların sıklığının belirlenmesi amaçlanmıştır.



YÖNTEM

Alkolmetri Şubesi'ne gelip, HS/GC/FID cihazıyla metanol tespiti yapılan kan ve göz içi numunelerinin; HS/GC/MS cihazında formik asit analizi yapılır. Vakalarda, formik asit ile metanol sonucu birlikte değerlendirilir.

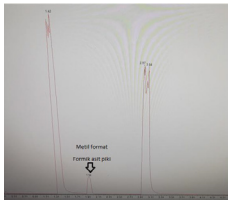


HS/GC/FID Cihazı
40 °C, 5 Dakika

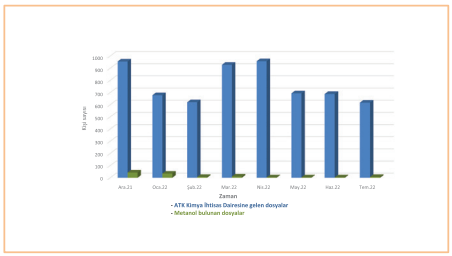
Metanolün varlığının tespiti sonrası
Kan ve göz içi sıvısında formik asit analizi



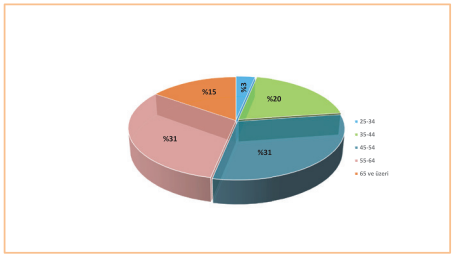
HS/GC/MS Cihazı
40 °C, 7 Dakika



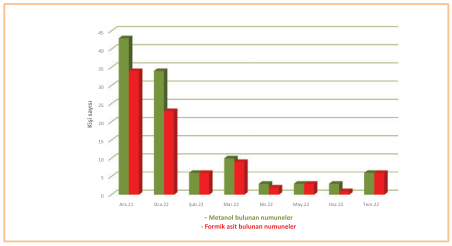
SONUÇLAR



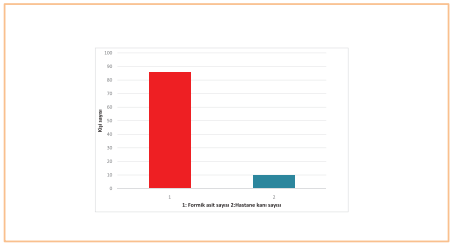
ATK Kimya İhtisas Dairesine gelen numunelerdeki metanol dağılımı



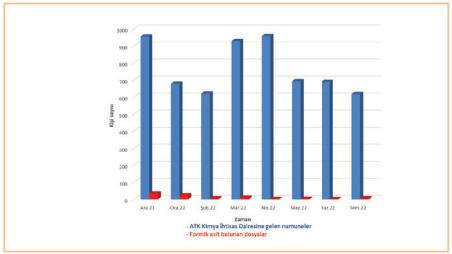
ATK Kimya İhtisas Dairesine gelen numunelerde formik asit tespit edilen vakaların yaşları



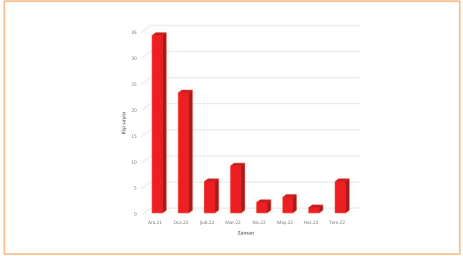
ATK Kimya İhtisas Dairesine gelen numunelerdeki metanol ve Formik asit dağılımı



ATK Kimya İhtisas Dairesine gelen otopsi numunelerinde bulunan formik asit sayısı ve vakaların formik asit zehirlenmesinde olayı aydınlatan tedavi öncesi hastane kanlarının oranı



ATK Kimya İhtisas Dairesine gelen numunelerdeki Formik asit dağılımı



ATK Kimya İhtisas Dairesine gelen numunelerdeki ay bazında bulunan Formik asit sayısı

ATK Kimya İhtisas Dairesi Alkolmetri Şubesine 2021 Aralık ayı ve 2022 yılının ilk yedi ayında gelen numunelerin metanol ve formik asit ilişkisi ay ve yaş grubu bazında incelenmiştir. Şubeye gelen ortalama 6100 adet dosyanın 109 adetinde metanolün varlığı tespit edilmiş olup, bu numunelere formik asit analizi yapılmış ve yaklaşık 86 adet dosyada formik asitin varlığı tespit edilmiştir.

Vakaların yaş ortalamasının 45-64 yaş arasında olduğu ve Aralık-ocak aylarında metanol zehirlenmelerinin arttığı gözlemlenmiştir.

Hastanede metanol zehirlenmesi şüphesiyle tedavi olmuş bazı kişilerin otopsi numunelerinde formik asitin negatif çıkmasına rağmen, kişinin tedavi öncesi alınan hastane kanlarında formik asit görüldüğü ve bu nedenle metanol intoksikasyonunun belirlenmesi açısından hastane kanlarının da önemli olduğu görülmüştür.

REFERANSLAR

•(1) Kolb B., Leslie S. E.,(1997) Static Headspace-Gas Chromatography Theory and Practice Newyork, Wiley-vch.,Inc.

(2) Saferstein R, (ed) (1993), Forensic Science Handbook, Regents Prentice Hall, New Jersey, s.594-651

(3) Steven B.K.,(1998), Drug Abuse Handbook, s. 505-585 California, CRC Pres, mc.

(4) Perkin-Elmer, Autosystem XL GC, User's Guide, 1997

(5) Perkin-Elmer, Automatic Headspace Sampler, User's Guide, 1997

(6) Perkin Elmer, Totalchrom User Manuals (2001)

(7) Jickells S., Negrusz A. (2008) Clarke's Analytical Forensic Toxicology , s.210-212 , USA , Pharmaceutical Press

Notlar:

Notlar:

Notlar:

Notlar:



T.C. ADALET BAKANLIĞI

ADLi TIP KURUMU



T.C. ADALET BAKANLIĞI

ADLİ TIP KURUMU