



T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ

**İSTANBUL'DA YAPILAN ADLİ OTOPSİLERİN TIBBİ MALPRAKTİS AÇISINDAN
İRDELENMESİ**

Dr. BERNA ALGAN

UZMANLIK TEZİ

ADLİ TIP ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. SERMET KOÇ

İSTANBUL -2012

TEŞEKKÜR

Öncelikle tanımaktan onur duyduğum, çok erken yaşta yitirdiğimiz değerli hocam sevgili Prof.Dr.Emre Albek'i büyük bir özlem ve saygıyla anıyorum.

Adli tıbbi sevmemi ve bu alanda çalışmamı sağlayan, bu süreçte çalışmalarımı sürekli destekleyen ve tezimin hazırlanmasının tüm aşamalarında büyük destek gördüğüm sevgili ve saygıdeğer hocam Prof.Dr.Sermet Koç'a, yine tezimin hazırlanmasının tüm aşamalarında her an yanımda olan sevgili Yrd.Doç.Dr.İşıl Pakiş'e, Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof.Dr.Gürsel Çetin'e ve tüm Anabilim Dalı Öğretim Üyesi hocalarıma, Sayın Doç.Dr.C.Haluk İnce şahsında bize arşiv ve materyallerinde çalışma olanağı sağlayan Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'na, tezin yazım aşamasında gerçek bir dostluk ve dayanışma örneği sergileyerek, özveriyle yanımda olan sevgili arkadaşım Dr.Bünyamin Başpınar'a ve aynı şekilde yardım ve desteklerini esirgemeyen dostlarım Dr. Kubilay Kınöğlu, Dr. Ayşe Keskin ve Dr. Veysi Asoğlu'na, motivasyonumda köşe taşı olan sevgili arkadaşım Uz.Dr.Safa Çelik'e, bu süreçte benimle geçirecekleri zamanlarından fedakarlık etmek zorunda kalan herşeyim, canım aileme sonsuz teşekkür ederim.

Dr.Berna Algan

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
KISALTMALAR	v
ÖZET	vi
SUMMARY	viii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.Genel Tanım.....	3
2.2.Tarihçe	4
2.3. Dünyada Tıbbi Uygulama Hatalarına Yaklaşım	6
2.4.Türkiye’de Tıbbi Uygulama Hatalarına Yaklaşım	9
2.5.Tıpta Genel Olarak Malpraktis Kavramı	11
2.5.1.İzin verilen risk	11
2.5.2.İstenmeyen sonuç.....	11
2.5.3.Bakım standardı	11
2.6.Tıbbi uygulama hata alanları.....	12
2.6.1.İletişim eksiklikleri ve kayıt hataları.....	12
2.6.2.Aydınlatma ve Onam	13
2.6.3.Tanı Hataları.....	14
2.6.4.Tedavi Hataları.....	14
2.6.5.Yetki sınırlarının aşılması ve tıbbi konsültasyon	14
2.6.6.Hatalı Karar	15
2.6.7.Girişim Hataları ve Teknik Hatalar	15
2.6.8.Terk Etme.....	15
2.6.9.Özen Eksikliği	15

2.7. Tıbbi uygulama hatalarının değerlendirilmesinde otopsinin rolü	16
2.8.Tıbbi Uygulama Hataları ile İlgili Hukuksal Düzenlemeler	21
2.8.1.Hekimlerin Cezai Sorumluluğu	21
2.8.2.Hekimlerin Hukuki Sorumluluğu	26
2.8.3.İdari Sorumluluk	26
2.8.4.Mesleki Sorumluluk	27
2.9.Türkiye’de Tıbbi Uygulama Hataları ile İlgili Mesleki Yasal Düzenlemeler ve Yetkili Kurumlar	28
2.10.Bilirkişilik Kurumları	33
2.10.1.Yüksek Sağlık Şurası	34
2.10.2.Adli Tıp Kurumu	35
2.10.3.Yüksek Öğretim Kurumları.....	36
2.10.4.Tabip Odaları Onur Kurulları.....	36
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	37
4.BULGULAR	39
5.TARTIŞMA.....	61
6.KAYNAKLAR	74

KISALTMALAR

ATK : Adli Tıp Kurumu

CMK : Ceza Muhakemesi Kanunu

TCK : Türk Ceza Kanunu

TTB : Türk Tabibler Birliği

YSŞ : Yüksek Sağlık Şurası

WHO : Dünya Sağlık Örgütü

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

ÖZET

Gelişen teknoloji ve bilimsel ilerlemeler doğrultusunda tıbbi uygulamalarda yeni yaklaşımlar ve gelişmeler olmasıyla birlikte, son yıllarda tıbbi uygulama hatası iddialarında belirgin artış izlenmektedir.

Çalışmada 2006-2010 yılları arasında Adli Tıp Kurumu 1. ve 3. İhtisas Kurulları'nca düzenlenen tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan ve otopsisı İstanbul Morg İhtisas Dairesi'nde yapılan toplam 306 olgu değerlendirilmiştir. Bu olguların 185'inin erkek, 121'inin kadın olduğu görülmüştür. Olgular ilk başvuru yapılan klinik birimlere göre değerlendirildiğinde; en büyük grubu acil servise başvuran olgular (%31,4) oluşturmaktadır. Olguların en sık genitoüriner sistem şikayetleri ile (%24,2), sonrasında solunum sistemi şikayetleri (%15,7) ve gastrointestinal sistemi şikayetleri (%14,1) ile sağlık birimlerine başvurduğu görülmüştür. Hastanede kalış süreleri göz önüne alındığında en büyük grubu 0-24 saat arası tedavi gören olgular (%24,5) oluşturmaktadır. Olgular tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan kişilerin görev alanları açısından değerlendirildiğinde ise en büyük grubu 558 olgu (%83,8) ile doktorlar oluşturmakta, bunlardan 39 olgunun uzmanlık öğrencisi olduğu görülmektedir. Hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan doktorlar en sık çocuk hastalıkları (%15,9) ve kadın hastalıkları ve doğum (%15,1) branşlarındadır. 280 olguda (%91,5) tıbbi uygulama hatasına dair karar verildiği, 26 olguda (%8,5) ise değişik nedenlerle karar verilemediği, tıbbi uygulama hatası varlığı yönünde karar verilen doktorların ise % 14,9 oranla en sık pratisyen hekimler olduğu görülmüştür.

Otopsinin tıbbi uygulama hatalarına karar vermeye etkisini araştırmak amacı ile otopsi yapılmış olgularda; otopsi tanısı ile klinik tanı arasındaki uyum araştırılmıştır. Otopside klinik tanıda % 45,4 oranla majör değişiklik saptanmıştır. Otopsinin kalitesi ile otopsiyi yapan hekimin niteliği arasındaki ilişki açısından özellikle İstanbul Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi'nde Adli Tıp Uzmanları tarafından uygulanan standardize edilmiş otopsi rapor formu esas alınmış, homojen bir grup oluşturulması amaçlanmıştır. Bu nedenle Adli Tıp Kurumu 1. ve 3. İhtisas Kurulu'nda değerlendirilen ancak otopsisı İstanbul dışında yapılmış vakalar çalışma kapsamı dışında tutulmuştur.

Sonuç olarak otopsi tıbbi uygulama hatası iddiası olan olgularda karar aşamasında etkin bir yöntemdir. Ancak otopsinin belli bir standartta olması ve otopsiyi yapan hekimin deneyimi de önemli etkenlerdir.

Anahtar kelimeler : Tıbbi uygulama hatası, otopsi, malpraktis, adli tıp.

SUMMARY

‘Evaluation of Forensic Autopsies Performed in İstanbul in Medical Malpractice’

Technological and scientific developments resulted in significant improvements in medical practice; however medical malpractice claims increased as well in recent years.

306 cases, which autopsies performed in İstanbul, referred to the Council of Forensic Medicine with the claim of medical malpractice are included in this study. The number of related medical malpractice cases investigated in the 1st and 3rd Boards of the Council between the years 2006-2010 was 306. 185 of the cases were male, 121 were female. Considering the first consulting clinical units, the majority of the cases were from the emergency unit (31,9%). Taking the duration of hospitalization into account, the major group was the group hospitalized for 0-24 hours (24,5%). Medical malpractice was concluded in 91,5% (n=280) of the cases, whereas 26 cases (8,5%) remained inconclusive for various reasons.

Concordance between clinical diagnosis and autopsy findings is investigated in order to evaluate the impact of autopsy in the investigation of medical malpractice cases. Considering the relationship between medical malpractice adjudication and major discrepancies determined at the autopsy, conclusion of medical malpractice is found 45,4% of all cases in the group showing major discrepancies. Standardizing the quality of the autopsy and the qualification of the physician performing cases selected which autopsies performed by Forensic Medicine experts, using autopsy audit form. Therefore the cases which autopsies performed out of İstanbul evaluated in 1st and 3rd Boards of the Council of Forensic Medicine were excluded.

In conclusion, autopsy is an effective tool in the investigation of cases with the claim of medical malpractice. However, the high standard of the autopsy as well as the competency of the performing physician are determining factors.

Keywords: medical malpractice, autopsy, forensic medicine.

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Malpraktis kelimesi, Latince’de mala-praxis kelimesinden türemiş olup, makul olmayan beceri veya özen eksikliğinin olduğu mesleki hatalar için kullanılır. Söz konusu hata tıp alanını ilgilendiriyorsa, tıbbi uygulama hatası ya da “tıbbi malpraktis” den söz edilir (1).

Tıbbi uygulama hataları; Dünya Tabibler Birliği’nin (The World Medical Association) 1992 yılındaki 44. genel kurulunda ‘hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar’ olarak tanımlanmıştır (2). Tıbbi uygulama hataları, “hizmetleri sunan hekim, hemşire ve ilgili yasaya göre hastaya müdahale yetkisi bulunan fizyoterapist, psikolog veya diyetisyen gibi sağlık personelinin, öneri ve/veya uygulamaları sonucu, hastalığın normal seyrinin dışına çıkarak, iyileşmesinin gecikmesinden hastanın ölümüne kadar geniş bir yelpazedeki koşulların” tamamını içermektedir (3).

Amerikan Tıp Enstitüsünün 2000 yılı raporuna göre A.B.D’de her yıl 44.000 ile 98.000 arasında hastanın tıbbi uygulama hatalarına bağlı öldüğü bildirilmektedir (4). Yurtdışında tıbbi uygulama hatası iddialarının artmasının nedenleri arasında tıpta sürekli yeniliklerin görülmesi ve bunların bütün topluma hızla yayılması, toplumun bilinç ve eğitim düzeyinin artması, sigorta sisteminin gelişmesi, hak arama mücadelesi gibi çeşitli tıbbi, hukuki ve sosyal faktörler yer almaktadır(5).

Hekimlere yönelik tıbbi uygulama hatası iddiaları son yıllarda ülkemizde de giderek artan oranlarda karşımıza çıkmaktadır. Son 10 yıl içinde konu çeşitli boyutlarda tartışılmaya başlanmıştır ve çözüm arayışlarının sürdüğü dinamik bir süreç yaşanmaktadır (1). Tıbbi uygulama hatalarının tıbbi açıdan değerlendirilmesinde ülkemizde genellikle ilgili branş hekimleri ile konsülte edilmek suretiyle adli tıp uzmanları etken rol oynamaktadırlar.

Tıp uygulamaları içerisinde, yapılan hataların tümü tıbbi uygulama hatası olmadığı gibi tıbbi uygulama hatalarının tümü de zararlı sonuçlanmamaktadır. Zarar, tıbbi uygulama hatasından kaynaklanabileceği gibi, altta yatan başka bir hastalığın etkisiyle de ortaya çıkabilir (6). Bu bağlantılar ancak eksiksiz kayıt alınmış tıbbi evrakların incelenmesi ile birlikte özenle yapılmış bir otopsiye dayanarak çözümlenebilir. Ayrıca klinik olarak tanı konulamayan ya da şüpheli tanısı olan olguların ölüm sebeplerinin açığa kavuşturulması sağlanabilir. Ölüm

sebebi anlaşılamayan negatif otopsilerde dahi düşünölen tanıların dışlanması yoluyla tıbbi uygulama hatası iddiasına bir yaklaşım geliştirilebilir. Tüm bu nedenler tıbbi uygulama hatalarının değeriendirilmesinde otopsinin önemini artırmaktadır.

Çalışmada 2006-2010 yılları arasında Adli Tıp Kurumu 1. ve 3. İhtisas Kurulları'nca düzenlenen tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan ve otopsisini İstanbul Morg İhtisas Dairesi'nde yapılan olguların özellikleri, otopsinin tıbbi uygulama hatası kararı vermedeki rolünün araştırılması amaçlanmıştır. Aynı dönemdeki İstanbul dışı otopsiler heterojen özellikleri nedeni ile çalışma kapsamı dışında tutulmuştur.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Genel Tanım

Malpraktis kelimesi, Latince'de "mala-praxis" kelimesinden türemiş olup, başka birinin zararına neden olan meslek erbabı kişinin kötü dikkatsiz faaliyeti anlamına gelir. Bu terim, özen, eğitim, tecrübe, iyi yorum veya ehliyet eksikliği sonucunda meydana gelen zararları kapsar (1).

Bir işi profesyonelce yapmakta olan kişilerin, kötü ve hatalı uygulamaları, makul olmayan beceri ve özen eksiklikleri sonucu hizmeti alanın zarar görmesi durumunu anlatır. Söz konusu hizmet tıp alanını ilgilendiriyorsa "tıbbi uygulama hatası", "tıbbi malpraktistir". Bu bağlamda tıpta malpraktis; tıp bilimi ve ilgili uğraşı alanlarında çalışmakta olan profesyonellerin hatalı, kötü uygulamalarından hizmeti alan kişinin zarar görmesi durumudur (7).

Dünya Tabipler Birliği'nin 44. Genel Kurulu sonuç bildirgesinde ise 'Tıbbi kötü uygulama, hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi uygulamaması ile oluşan zarardır. Tıbbi uygulama sırasında öngörülemeyen bilgi ya da beceri noksanlığı sonucu oluşan ise, istenmeyen neticedir ve bunda hekimin sorumluluğu yoktur' şeklinde tanımlanmıştır (2). Türk Tabipler Birliği Meslek Etiği kuralları 13. Maddesinde 'Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle hastanın zarar görmesi hekimliğin kötü uygulanması anlamına gelir' şeklinde tanımlanmaktadır. Hekim, uygulamalarını izin verilen risk (komplikasyon) çerçevesinde yapmaktadır ve ortaya çıkan komplikasyonlardan sorumlu tutulmamaktadır. Ancak özen yükümlülüğü bulunmaktadır ve belli bir tıbbi standardın sağlanması için gerekli özenin gösterilmemesi sonucu ortaya çıkan risklerden sorumlu olacaktır (8).

'Hastalık sürecine bağlı olmayan tıbbi yönetimden kaynaklanan yaralanma' tanımını birçok tanım içerisinde tıbbi uygulama hatalarını oldukça yalın olarak anlatmaktadır.

Tıbbi uygulama hataları, "hizmetleri sunan hekim, hemşire ve ilgili yasaya göre hastaya müdahale yetkisi bulunan fizyoterapist, psikolog veya diyetisyen gibi sağlık personelinin, öneri ve/veya uygulamaları sonucu, hastalığın normal seyrinin dışına çıkarak, iyileşmesinin gecikmesinden hastanın ölümüne kadar geniş bir yelpazedeki koşulların" tamamını

içermektedir (1, 3, 9). Bir işin belirlenen şekilde yapılması “standart” olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi uygulama hatası, “hastanın yaralanmasına sebep olan, kabul edilmiş sağlık bakım ve beceri standartlarını sağlamada, bakım hizmeti sunan açısından, başarısızlık veya yanlış uygulama” olarak da tanımlanmaktadır. Bu durumda; tıbbi uygulama hatası, standartlardan sapma anlamına gelmektedir (10, 11).

Tıbbi malpraktis, ancak nadiren tek bir nedene bağlı olarak meydana gelebilmektedir. Genellikle insan faktörü (bilgisizlik, zihinsel muhakeme hataları, dikkatsizlik gibi), çevresel faktörler ve tıbbi cihazlar gibi hata oluşması riskini artıran çeşitli faktörler mevcuttur. Bu faktörler, tek başına da tıbbi malpraktis oluşmasına neden olabilir. Ancak tıbbi bakım, bir ekip işi olduğundan hata oluşumunda söz konusu faktörler, genellikle iç içe geçmiş durumda karşımıza çıkmaktadır (9).

2.2.Tarihçe

Yeryüzü tarihi kadar eski olduğu söylenen, iyileştirme sanatının uygulayıcısı doktorun, insan sağlığına yararlı olduğu zaman değer verilmesine karşın; zarar verdiği anda, sorumlulukla karşı karşıya kaldığı tarihi belgelerden anlaşılmaktadır. Mezopotamya uygarlığından günümüze yazılı belgeler olarak gelen, Hammurabi kanunlarında: ‘Hekim birisine bronz neşter ile tehlikeli bir yara açarak onu öldürürse onun yerine bir esir verecektir. Onun göz perdesini bronz bir neşterle açıp harap etmiş ise, esirin bedelinin yarısını verecektir’ denmektedir (1, 12).

Hindistan’da Manu ve Zoroastra Kanunlarında, doktorun sorumluluğunun bir juri tarafından saptanan kusura dayandırıldığı görülmektedir (1).

Mısır’da doktorlar tapınaklarda düzenlenen deney ve uygulamalara dayanan tıp bilgilerini içine alan kitaba önem verdikleri belirtilmektedir. Bu kitaptaki kuralları uygulayan doktorun sorumlu tutulmadığı, ancak kurallardan ayrılma halinde meydana gelen ve istenmeyen durumdan, sorumlu tutulduğu vurgulanmaktadır (12).

Eski Yunan’da Hipocrate ve onu izleyenler tarafından, doktorun sorumluluğunun ilk temeli atılmıştır. Kabul edilen kurallara göre doktorun Mısır’da olduğu gibi ‘tıp kurallarına uymaması’ kusur olarak kabul ediliyor ve sorumluluk bu kusurdan kaynaklanıyordu. Bu

döneme kadar olan sorumluluk kavramı, zararın giderilmesinden çok, cezai niteliği (toplumun korunması, intikam gibi) ağır basan kurallara dayanmaktaydı (12).

Profesyonel anlamda genel malpraktis kavramı ilk olarak 18. yüzyılın başlarında İngiliz hukuk teorisinin içine girmiştir. 1768 de Sir William Blackstone'nin İngiliz hukuku üzerine olan, modern anlamda kullandığımız malpraktisin orijinin de olduğu "mala praxis" kelimesinin geçtiği ünlü yorumunda; tıbbi uygulama hatalarını, "ihmal ya da beceri eksikliği içeren hekimin, cerrahın ya da eczacının yönetimi ile hastanın zarara uğrayarak, hekime güvenin sarsılması" şeklinde tanımlanmıştır. Bu yorum Amerikan tarihinde önemli etki bırakmıştır. Ancak teorik olarak tanımlanmasına karşın 19. yüzyılın ilk 4 dekadında Amerika'da tıbbi uygulama hataları ile ilgili bir hareket gündeme gelmemiştir. Tıbbi uygulama hatalarının günümüzdeki biçimiyle modern tıbbın gündemine girmesi için oldukça uzun zaman geçmiştir. ABD başta olmak üzere İngiltere ve Kanada gibi ülkelerde 1970'lerin sonlarından itibaren tıbbi uygulama hataları ve bunlara karşı yüksek tazminat cezaları gündeme gelmiştir. Hasta hakları ile ilgili ilk çalışmalarda aynı tarihlerde başlamıştır (5).

ABD'de 1980'li yıllarda da hala milyonlarca dolarlık tazminat davaları olmasına ve cezalar verilmesine karşın, hekimleri sigorta eden kuruluşların bunları karşıladığı görülmektedir. 1990'lı yıllarda bu yüksek tazminatlar ve suçlamalar; tıbbi uygulamalarda bazı olumsuzluklara yol açmıştır. Hekimler çok sayıda, aşırı ayrıntılı ve çoğunlukla da gereksiz tetkikler yaptırmaya başlamışlardır (1).

Son yıllarda Türkiye'de de tıbbi malpraktis ile ilgili gerek ceza gerekse tazminat davalarında önemli bir artış söz konusudur. Bu artış; gerek mahkemelerin arşivlerinde yapılan, gerekse bu davalarda mahkemelerce bilirkişi olarak görevlendirilen veya başlı başına araştırma yapan kurum ve kuruluşlarda yapılan istatistiksel çalışmalarda çok açık biçimde göze çarpmaktadır. Yüksek Sağlık Şurası, Adli Tıp Kurumu, Tabip Odaları, Sağlık Müdürlükleri başvuran kurum ve kuruluşların başında gelmektedir. Tıbbi malpraktis ile ilgili şikayetlerin artmasının çok çeşitli sebepleri vardır. Sağlık politikaları ile ilgili yeni yasal düzenlemeler ve uygulamalar başta olmak üzere hastaların genel olarak sağlık sisteminden ve bireysel olarak sağlık çalışanlarından beklentilerinin artmış olması, medya organlarının konunun üzerine fazlaca gitmesi nedeni ile toplumun hassasiyetinin artması, doğal sonuç olarak bazı

avukatların bu tür davaları özel ilgi ve çalışma alanı olarak seçmeleri, en başta sayılabilecek sebepler arasındadır (9).

Tıbbi malpraktis davalarındaki hızlı artış, sağlık çalışanları üzerinde ileri derecede tedirginlik yaratmıştır. Türk Ceza Yasasının bu konuda sağlık çalışanlarına daha fazla sorumluluk yüklediği inancı da bu tedirginliğin daha da fazla artmasına ve bir panik havası yaşanmasına sebep olmuştur (9). Son olarak da 02.11.2011 tarihinde Resmi Gazete’de yayınlanan 28103-663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname’de 23. Ve 24. maddeler kamu ile ilgili önemli değişiklikler getirmiş ve beraberinde yoğun tartışmalara yol açmıştır.

2.3. Dünyada Tıbbi Uygulama Hatalarına Yaklaşım

Tüm dünyada son zamanlarda geleneksel tıbbın terkedilmesi, tıpta teknolojinin ve çağdaş gelişmelerin önem kazanması, hasta güvenliği ve sigorta sistemleri kavramlarının gelişmesi ve buna paralel malpraktis davalarının artan şekilde gündeme gelmesi hekim hasta ilişkilerinde değişikliğe yol açmış, hukuksal boyutta karşı saflarda konumlanmalarına sebebiyet vermiştir. Özellikle hukuk çalışanlarının bu konuya yönelmeleri, hasta ve hasta yakınlarını yönlendirmeleri, medyanın konuya ilgisinin artması ve malpraktis iddiası ile açılan dava sayısının hızla artması ile hekimler doğal olarak sigorta sistemine dahil olmak yoluna gitmiştir.

ABD’de tıbbi malpraktis iddiaları 1800’lerin başında ortaya çıkmıştır. 1960’lara kadar bu iddialar oldukça nadirdir (13). 1960’lardan günümüze ise sıklığı artmıştır (14). 1990’lardan sonra yaklaşık her 100 doktorun 15’i hakkında malpraktis davası açıldığı görülmektedir (15, 16). ABD’deki tıbbi malpraktis ile ilgili düzenlenen kanunlar İngiliz kanunlarından köken almış ve verilen mahkeme kararlarıyla geliştirilmiştir (17).

1847 tarihinde yaşanan, ilk ulusal düzeyde tıbbi uygulama hatası krizi ile kurulan Amerikan Tıp Derneği, yüzyılın geri kalan zamanında temel standartları belirleyerek tıbbi yönetmelik oluşturmuştur. Dernek 19. Yüzyılın sonlarında doktorların tıbbi uygulamalarını % 80 oranında kontrol eder durum gelmiştir. Hasta hakları ile ilgili ilk çalışmaların ABD’de yapıldığı kabul edilmektedir. 1959 yılında Kaliforniya’da hekimlerin acil durumlardaki girişimleri nedeniyle kovuşturmayla uğramamaları için hekimi koruyan bir kanun çıkarılmıştır. ABD’de tıbbi müdahaleden doğan zararların tazmininde kusura dayanan tazmin esasının

kabul edildiği; bu zararların giderilmesine yönelik tazminatın, hekimlerin mesleki sigorta prim ödemeleri ile finanse edilen özel sigortacılık sistemleri aracılığı ile giderildiği bildirilmektedir (1). ABD’de NPDB (National Practitioner Data Bank)’ın verilerine göre 1991-2004 yılları arasında sigorta şirketlerinin tıbbi malpraktis davalarında yıllık ödediği tazminatın sürekli artış gösterdiği, 2004 yılında iki misline çıktığı belirtilmiştir (18).

Amerika’da 50 eyaletin 21’i zorunlu bir raporlama sistemine sahiptir. Zorunlu olarak bildirilmesi beklenen olaylar; beklenmeyen ölümler, yanlış taraf cerrahisi gibi olaylardır. Özel olarak geliştirilmiş çeşitli sistemler vardır. Başlıca şunlardır:

Institute for Safe Medication Practices (ISMP), ilaç hatalarının raporlanması için kurulmuş ulusal bir sistemdir.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) 1996 yılında sentinel olay raporlama sistemini kurmuştur.

United States Pharmacopoeia MedMARx, sistem zayıflıklarını saptamak ve zararları tanımlamak amacıyla kurulmuştur. İyi uygulamaları belirler. (best practice) ilaç yan etkileri, neredeyse hatalar ve diğer hatalar MedMARx’a girilebilir. Her ay sisteme 20 bin raporun girildiği bilinmektedir (1, 19).

İngiltere’de 1990’ların başında Ulusal Sağlık Hizmetleri’nde(National Health Service) reformlara gidilmiş ve hasta hakları ile ilgili çalışmalar başlamıştır (1).

İngiltere’de doktorların çoğu NHS (National Health Service) tarafından sigortalanmıştır. NHS (National Health Service)’nin çalıştırdığı doktorlar kişisel olarak tıbbi malpraktis iddialarından sorumlu değildirler ve malpraktis koruma sigortası satın almak zorunda değildirler. NHS (National Health Service)’nin tazminat kaynakları hükümetin genel bütçesinden kaynaklanmaktadır (17).

İngiltere’de Ulusal Hasta Güvenliği Derneği (NPSA) tarafından Ulusal Raporlama ve Öğrenme Sistemi kurulmuştur (NRLS). Ulusal Raporlama ve Öğrenme Sistemi’nin amacı; olayların bildirimi yoluyla patern gösteren durumları saptamak, yan etkilerden çıkarım yapmak, major sistem hatalarını belirlemek, çözüm geliştirmek ve yaymak, raporlama kültürünü geliştirmektir. İngiltere’deki toplam sağlık kuruluşlarının % 90’ı NRLS’ye üye olmuştur. Raporlanan konular, bir hastada beklenmeyen ya da planlanmayan bir olay

yaşanması ya da kazaya sebep olan herhangi bir olay yaşanması gibi konulardır. Bu raporlamayı herhangi bir sağlık çalışanı yapabilir (19).

Fransa'da 2002'den itibaren tıbbi malpraktis sistemi ABD'ye benzemektedir. Hastalarda doktor aleyhine açtıkları davalarda kanunların doktorlar lehine koruyucu nitelikte olduğunu düşüncesi yaygındır. 2002'deki değişikliklerden sonra hastaların doktora karşı kazandıkları para doktorlar, hastaneler ve devlet hazinesinden karşılanmaktadır (17).

Japonya'da 1970'de 100 doktora 0,09 dava düşerken, 1998'de 100 doktora 0,25 dava düştüğü tespit edilmiştir. Bu artışın nedeni olarak, artan doktor sayısı, nüfusun yaşlanması, tıbbi bakımın karmaşılaşması gibi faktörler sayılabilir. Bu ülkede bir hasta, ilgisiz davrandığı için doktora veya personelinin ilgisiz davranmasına izin verdiği için hastaneye tazminat davası açabilir. Aynı konu ile ilgili olarak ceza davası da açabilir. Ancak 50 yıl boyunca bu sebeplerle açılan ceza davası sayısı 100'ü geçmemektedir. Japonya'da tıbbi hata davalarının sayısının batıya oranla düşük olması, Japon insanının kültürel yapısına ve çatışmaları, mahkeme yerine uzlaşma ile çözme eğilimlerine bağlanmaktadır. Japonya'da tıbbi hata davalarına ilgi gösterilmemesinin başlıca sebepleri de, bu davaların sayısının fazla olmadığı inancı, tıbbi hata iddialarının, davalarla ilgili tüm bilgilerin gizlilik altında tutulması, birçok tıp dışı dergide yapılan bölük pörçük haberlerin tıp profesyonellerine ulaşmaması gibi sebepler olarak gösterilmektedir. Tıbbi hata davalarının profesyonel sorumluluk sigortası, kanunlar ve sağlık politikaları gibi bir çok faktörden etkilendiği düşünülmektedir. Doktorların yaklaşık yarısı tabip meslek odalarına üyedir. Bunlar kollektif sigorta havuzundan yararlanırlar. Özel sigorta seçeneği de vardır ama isteğe bağlıdır. Öncelikle mahkeme dışı değerlendirme sistemi kullanılmaktadır. Bu daha ucuz bir yöntemdir ve daha çabuk sonuç vermektedir. Hastalar daha çok doktorlar lehine kararlara varıldığını düşünmektedirler. Kurul kararları bağlayıcıdır ama hastalar isterse mahkemeye gidebilir. ABD'deki uygulamanın tersine sakatlanma ve ölüme neden olan tıbbi hatalar adli olarak algılanmakta ve adli soruşturmaya ve doktorun tutuklanması sonucuna kadar gidilebilmektedir (17).

Almanya'da 108.000 sigortalı doktor bulunan bir sigorta şirketi, yılda 4500 şikayet geldiğini, bunların % 30'u ile uzlaştıklarını, % 10'unun mahkemeye gittiğini, % 4'ünde mahkemece tıbbi malpraktis kararı verildiğini açıklamıştır.

Almanya’da ölümlü olmayan tıbbi malpraktis iddiası ile tıbbi kurumların tahkim komitelerince, ölümlü tıbbi malpraktis iddiaları Adli Tıp Enstitüleri’nce değerlendirilmektedir (20).

Ayrıca sigorta şirketlerinin üye doktorları hakkında sigorta, çalıştırdığı aynı branş uzmanı ile özel bilirkişiler fikir beyan etmektedir (20). Davacı buradan çıkan karar hakkında memnun olmazsa mahkemeye direkt başvurabilir. Bundan sonra mahkeme süreci ABD’dekine benzemektedir (17). Tıbbi uygulama hatası iddiası ile dava edilen hekim dava edildiği olgunun dış muayenesini yapabilmektedir (20).

Avustralya’da, sağlık hizmetleri sırasında meydana gelen tıbbi hataların sayısal büyüklüğü konusunda ulusal tahminlerin yapılabilmesi için ciddi girişimlerde bulunan birkaç ülkeden biridir. 1992 yılına ait 14000 hastane girişinin tıbbi kayıtlarının retrospektif gözden geçirilmesine dayanan çalışmada, hastane girişlerinin % 16’sının istenmeyen olay ilişkili olduğu belirlenmiştir. Avustralya Sağlık Hizmetlerinde Kalite Araştırması sonuçları dünyada tıbbi hatalar bakımından elde edilebilen oldukça önemli sonuçlardır. Bu araştırma istenmeyen olayların tespiti, sayısı ve önlenmesine yönelik çeşitli çalışmaların gerekliliğini net olarak ortaya koymuş ve hangi alanlarda çalışılması gerektiği yönünden öncelikleri belirlemekte faydalı olmuştur. 1993 yılında Avustralya Olay İzlem Sistemi kurulmuştur. Bu sistemin amacı, yeni olaylardan, eğilimlerden, risk faktörlerinden ve etki eden faktörlerden öğrenmeyi yaygınlaştırmaktır. Avustralya’da sağlık hizmetleri kaynaklı zararlardan doğan sorumluluklarda kusurun aranıp aranmaması yönünden karma sistemin benimsendiği ve zararın karma olarak (özel sigortalar ve kamu kurum ve kuruluşları tarafından) karşılandığı aktarılmaktadır (1).

2.4.Türkiye’de Tıbbi Uygulama Hatalarına Yaklaşım

Türkiye’de de tıbbi uygulama hatası iddiaları, özellikle son yıllarda artarak karşımıza çıkmaktadır. Hasta güvenliği, tıbbi malpraktis ve sigorta sistemi kavramları ülkemizde de yerini bulmuş, hekim, hukukçu ve sigorta şirketleri açısından daha sık ele alınan, üzerinde çalışılan ve geliştirilen alanlar durumuna getirilmiştir. Hekimler mesleki uygulamalarından dolayı yasalar önünde sorumludurlar ve kendileri ile ilgili yasaları bilmemeleri, onları bu sorumluluktan kurtarmamaktadır. Çünkü Türk Ceza Kanunu’na göre kanun bilmemek mazaret değildir. Tıbbi uygulama hatalarının tıbbi açıdan değerlendirilmesinde ülkemizde

genellikle ilgili branş hekimleri ile konsülte edilmek suretiyle adli tıp uzmanları etken rol oynamaktadırlar. Daha önce bahsedildiği gibi tıp uygulamaları, hekim başta olmak üzere tüm ekibin değişik boyutlarıyla paylaştığı sorumluluklar içerir.

Tüm ülkelerde olduğu gibi hekimler ülkemizde de Türkiye’de tıbbi uygulama hatalarının araştırılması için yapılan çalışmaların çoğu olguların analizlerini içermektedir. Bilindiği gibi, tıbbi uygulama hatalarının araştırılmasında kullanılabilecek yöntemler, ölüm ve yaralanma ile ilgili değerlendirme toplantıları, tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan davaların analizi, hataların bildirilmesi, retrospektif veri analizleri, uygulamanın gözlenmesi, kaydedilmesi ve tekrar değerlendirilmesi ya da klinik izlemdir.

Ülkemizde, sağlık bakanlığı bünyesindeki hastaneler, üniversite hastaneleri ve diğer hastanelerde kalite çalışmaları ile eş güdümlü, özellikle tıbbi uygulama hatalarından ve dava edilmekten nasıl korunacağı konusunda bilimsel toplantılar düzenlenmekte ve hastaneler kendi rehberlerini oluşturmaya çalışmaktadırlar.

Sağlık Bakanlığında ICD 10 listelerine geçiliyor olması, yan etkiler ve tıbbi hatadan kaynaklanan zararları kısmen içeren bölümlerin var olması nedeniyle, uygulamalar yaygınlaştıktan sonra ülkemizde konu hakkında veri toplamayı kolaylaştıracaktır.

Bakım standartlarının belirlenip bakım standartları dışında uygulamaların engellenmesi için eğitim ve kontrol faaliyetleri yapılmasında Sağlık Bakanlığı kadar, ilgili uzmanlık alanları derneklerinin çalışmaları da çok önemlidir.

Değişik uzmanlık alanları kendi dernekleri bünyesinde üyelerine yönelik eğitim standartlarını belirlemişler ve uzmanlık alanlarında bilmesi gereken asgari standartları içeren sertifikasyon uygulamasını başlatmışlardır. Bu da önemli girişimlerden biridir. Uzmanlık dernekleri uygulama alanlarına yönelik en az bulundurulması gereken donanım ve yardımcı personel sayı ve niteliklerini belirler ve bu donanımın bulunmadığı ortamlarda ilgili uygulamanın yapılmaması için çalışırsa, sistemden kaynaklanan hataların önlenmesi için önemli bir adım atılmış olacaktır (1).

2.5.Tıpta Genel Olarak Malpraktis Kavramı

2.5.1.İzin verilen risk

Hemen her tür tıbbi uygulamanın bir takım riskleri vardır. Uygulama bu riskler göze alınarak, yarar-zarar dengesi gözetilerek yapılır. Kesin ortaya çıkacağı veya çıkma olasılığı bulunduğu bilinen yani öngörülebilir riskler, uygulama belirgin derecede hasta yararına ise uygulamanın yapılmasına engel kabul edilmez. Hekim, hastanın bilgisi dahilinde (aydınlatılmış onam) olması durumunda, bu zararların ortaya çıkmasından sorumlu değildir. Hukukta 'izin verilen risk' olarak ifade edilen bu kavramın tıpta karşılığı komplikasyondur (12, 21-23). Komplikasyon; bir hastalığın seyri veya tedavisi esnasında ortaya çıkan, hastalığın kendisinden veya tıbbi müdahalelerden kaynaklanan, ortaya çıkabileceği o konu ile ilgili çevrelerde ve literatürde belirlenmiş olan, kabul edilen, diğer bir hastalık ya da bozukluktur.

Malpraktis iddiaları irdelenirken, olgular; hukuki, etik ve bakım standardı bağlamında klinik üç temel bakış açısından irdelenmelidir. İddia edilen zararın oluştuğu ortam koşulları, uygulamayı yapan kişinin mesleği, kişinin mesleğini uygulamak için edinmiş olması gereken ortalama bilgi ve beceri düzeyi, bu düzeyden bir sapma olup olmadığı; o ülke ya da yer için kabul edilen ortalama tıbbi bakım standardından bir sapma olup olmadığı, zararın iddia edilen hatanın uygun sonucu olup olmadığı göz önünde bulundurulmalıdır (7).

2.5.2.İstenmeyen sonuç

Hastalık sürecinde olaylar normal seyrinde gelişebileceği gibi, bir zarar da oluşabilir. Bu zarar yani istenmeyen sonuç; hem izin verilen risk yani komplikasyon sonucunda, hem de tıbbi uygulama hatası sonucunda gelişebilir. Hastada bir zarar ortaya çıktığında, bunun tıbbi uygulamadan kaynaklanıp kaynaklanmadığını, uygulamanın kusurlu olup olmadığını belirleme görevi, tıbbi bilirkişilerindir. Tıbbi bilirkişi ortaya çıkan zararı; uygulamayı yapanın eğitim düzeyini göz önünde bulundurarak, aynı ortam koşullarında, aynı yetkinlik düzeyinde bir hekimin göstermesi gereken özeni gösterip göstermediğine bakarak değerlendirir (1, 23).

2.5.3.Bakım standardı

Tıp biliminin günümüzde ulaştığı bilimsel ve teknik düzey, uygulamanın yapıldığı ortamın koşulları, uygulamayı yapanın eğitim düzeyi göz önünde bulundurulduğunda, aynı

ortam koşullarında, aynı yetkinlik düzeyinde bir hekimin göstermesi gereken özen, ‘bakım standardı’ olarak anılır. Bakım standardının belirlenmesinde; ortam koşulları (uygulamanın yapıldığı yerin teknik donanım olarak uygulamanın yapılmasına uygun olup olmadığı, uygulamanın acil ya da seçilmiş şartlarda yapılıp yapılmadığı, olay yerinin özellikleri...) ve kişinin yetkinlik düzeyi göz önünde bulundurulur (1, 23).

2.6.Tıbbi uygulama hata alanları

2.6.1.İletişim eksiklikleri ve kayıt hataları

Sağlık personelinin iletişim becerileri teşhis aşamasında olduğu gibi, hastaların tedavi planlarını doğru takip etmelerinde de önemli bir etkiye sahiptir. Bu etki malpraktis iddialarının azaltılması ile de yakından ilgilidir (24). Hastaya, hastalığın prognozu ile ilgili beklentiler uygun şekilde açıklanmalı ve ilave beklentiler daha sonra oluşabilecek hasta kritiklerini azaltmaya yardımcı olacak şekilde belirtilmelidir. Bütün bulguların detaylı olarak dokümantasyonu ve hasta ile iletişim, hastanın hastalığının her aşamasında ve her karar noktasında zorunludur. Hasta, belirtilen ve kararlaştırılan bir zamanda, belirli ve kararlaştırılan bulgu ve semptomların ortaya çıkması halinde tekrar hekime müracaat etmesi için mutlaka bilgilendirilmelidir (25). Yeni vardiya alan hekim ve hemşire bizzat sorumlu olduğu servisteki inceleme ve tedavi gerektiren hastaları ziyaret etmelidir. Ayrıca, iletişimdeki aksamalar özellikle yanlış teşhis ve tedavi sınıflandırmaları ile ilgili şikayetlerde önemli yer tutmaktadır (26). İletişim bozukluğunun malpraktis riskini arttırdığına dair birçok örnek bulunmaktadır. Hastaların şikâyetlerinin yeterince dinlenmediği durumlarda, önemli hususlar atlanabilmekte ve yanlış değerlendirme nedeniyle hatalı kararlar alınabilmektedir. Bu durum, doğru bir teşhisin, ancak fizik muayene ve yeterli iletişime bağlı olduğunu göstermektedir (8, 24).

Eksiksiz ve düzgün tutulan tıbbi kayıtlar herhangi bir hatalı uygulama iddiası durumunda hekimin savunmasında çok önemli bir delil niteliğindedir. Hekim savunmasını bu kayıtlara dayanarak yapabilir. Ayrıca kayıt tutulması hukuki bir zorunluluktur. Hastayla ilgili tıbbi bilgilerin hasta kartına, yatırılarak tedavi edilmiş ise hasta dosyasındaki ilgili kısımlara ayrıntılı olarak kaydedilmesi önemlidir. Adli raporlar bu kayıtlar dikkate alınarak hazırlanmaktadır. Bu nedenle kayıtların düzenli ve ayrıntılı olarak tutulması çok önemlidir.

Tıbbi hizmeti bir sağlık kurum ve kuruluğu veriyorsa bu kayıtların saklanma sorumluluğu hizmeti veren sağlık kurum ve kuruluğlarına aittir (1, 27).

2.6.2.Aydınlatma ve Onam

Onam; kişinin kendisine uygulanacak tanı ve tedavi yöntemlerini kabul ya da reddetmesi; aydınlatılmış onam ise bu kabul ya da reddetme eyleminin kişiye konuyla ilgili verilen bilgiye dayanması anlamına gelir (5). Hekimlerin mesleki uygulamalarını hukuka uygun hale getiren temel koşul hastanın ya da velisinin veya vasisinin onamıdır (Hasta hakları yönetmeliğinin 24. Maddesi). Hasta veya onun adına yasal anlamda karar verme yetkisi olan kişilerin onamının olmadığı, eksik veya yanlış bir şekilde mevcut olduğu her tıbbi girişim mutlaka aykırılık içermektedir. Hukuka aykırı davranışlar ise ilgili yasalar çerçevesinde idari açıdan disiplin ve para cezalarını, ceza hukuku açısından hapis ve para cezalarını, borçlar hukuku açısından ise tazminat cezalarını gündeme getirmektedir.

Aydınlatılmış onam hastasının kişilik ve kendi geleceğini belirlemesine fırsat vermesi yanında Anayasamızın 17. Maddesi olan ‘herkesin yaşama ve manevi varlığını geliştirme hakkına’ da saygı gösterilmesinin gereğidir.

Aydınlatılmış onamın başlıca unsurları şunlardır:

- Karar verebilme kapasitesi,
- Gönüllülük,
- Yapılan işlemle ilgili açık, anlaşılabilir bilgiler verilmesi,
- Önerilerde seçeneklerin olması, avantajların ve dezavantajların anlatılması,
- Risklerin anlaşılır şekilde anlatımı,
- Cerrah veya anesteziistin anlattıkları sonunda kararı hastanın vermesi,
- Hastanın özerk yetkisi (istediği an işlemi sonlandırabilir, vazgeçebilir olması) (28).

Aydınlatılmış onam; hastaya bilgi aktarmanın dışında hastanın kendisi için en iyi kararı verebilecek düzeyde yeterliliğe ulaştırılması işlemidir. Bilgi verme dışında, bilgiyi anlaşılır kılma, hastanın sorularını yanıtlama, başkalarına danışma fırsatı tanıyarak birlikte en doğru karara varma sürecidir (9).

2.6.3.Tanı Hataları

Hekim hastasına her durumda kesin tanı koyamayabilir. Ancak, eldeki olanaklarla tanı koyulabilecek olan bir hastalığın tanısının konmaması önemli bir tıbbi uygulama hatası olarak karşımıza çıkmaktadır. Bazı durumlarda da hekim hastasına hatalı olarak, olmayan bir hastalığa ait bir tanı koyabilir, buna bağlı olarak yan etkilerini göze alarak bazı ilaçları uygulayabilir. Hatta hatalı biçimde daha büyük risk ve olumsuzluk taşıyan gereksiz bir ameliyat uygulayabilir.

Yüksek riskli gebeliklerin belirlenememesi, doğumsal anomalilerin fark edilmemesi oldukça sık dava konusu olan tanı hatalarındandır (1, 23).

2.6.4.Tedavi Hataları

Bazı durumlarda tanı doğru olabilir, ama hekimin uyguladığı tedavi, geçerli tıbbi bilgiler ışığında uygunsuz ya da yetersiz olabilir. Bu durumun değişik olasılıkları bulunmaktadır. Bazen tedavi seçimi tümüyle yanlıştır. Bazen de uygulanan tedavi, tedavi seçeneklerinden biri olabilir. Ancak bu eski bir uygulama olabilir, ya da hastanın durumunda başka bir tedavi daha öncelikli olarak seçilmek zorunda olabilir (1, 6).

2.6.5.Yetki sınırlarının aşılması ve tıbbi konsültasyon

Tanı aşamasında kusur olarak nitelendirilebilecek bir husus, gerekli konsültasyonların istenmemiş olmasıdır. Bu durum eksik araştırma olarak kabul edilebileceği gibi, özen kusuru olarak da kabul edilebilir. Bu nedenle gerekli konsültasyonlar istenmeli ve bu konuda da hasta bilgilendirilerek rızası alınmalıdır (9).

Hekimler, günlük uygulamada kendi uzmanlık alanı dışındaki konularda yetki sınırlarını aşabilmektedir. Hekimler hastaları için seçtikleri konsültan hekimlerin hatalarından da sorumludur. Konsültan hekimlerin görevi ve yorumları ile ilgili sorunlar ortaya çıktığında konsültan hekim ile birlikte ona başvuran hekimin de sorumluluğu bulunmaktadır (1).

2.6.6.Hatalı Karar

Cerrahi dallarda ameliyat kararlarında yanlış yapmamak önemlidir. Doğru karar verilmelidir. Dahili bilimlerde ise özellikle ilaç seçimlerinde ve birden fazla ilaç kullanımda ilaç etkileşimleri açısından dikkatli olunmalıdır (1).

2.6.7.Girişim Hataları ve Teknik Hatalar

Ameliyat sırasında vücutta unutilan yabancı cisimlerle ilgili davalar açılabilir. Bu durum hekimi mahkemede savunmasız bir duruma düşürebilir. Doğum eylemi süresince hastada zarar oluşumuna yol açan kusurlu hareketlerle de sık karşılaşılmaktadır. Doğum hekimlerine karşı tıbbi uygulama hataları iddiaları, özellikle doğum eylemi sırasında veya ameliyat sonrası bakımda ihmal konusunda olmaktadır (1).

2.6.8.Terk Etme

Terk etmede hekim ile hasta arasındaki ilişkinin sonlanması, hekim tarafından tek yanlı bir tasarruf ile gerçekleşmiş olmalıdır. Terk etme şekilleri şunlardır: Gerekçesiz yere hasta ile ilgilenmeyi reddetmek (kamu kurumlarında çalışan hekimler ve bulundukları yerde ilgili alanda tek olan hekimler için çağrıldıkları halde hastaya gelmemek, nöbetçi icapçı olmalarına bakılmaksızın kusurdur), hastayı ameliyat sırasında veya hemen sonra terk etmek, hastayı zamanından önce taburcu etmek veya hasta taburcu edilirken uygun talimatı vermemek, terk etme örnekleridir (8, 23, 29). Özellikle kadın doğum hastalıkları olgularında, çocuğun doğumundan hemen sonra hastanın tedavisinin hemen kesildiği şekilde terk etme iddiaları ile karşılaşılmaktadır. Bu iddianın esası, tıbbi özeninin devam etmesinin gerekli bulunduğu bir sırada hekimin geçerli bir bildirimde bulunmadan veya yerine yeterli bir tıbbi bakım sağlayacak olan birisini bırakmadan, hekim hasta ilişkisini kesmesine dayanmaktadır (24, 30).

2.6.9.Özen Eksikliği

Hastanın tedavisinde özen eksikliği konusu, sadece hekim hasta ilişkisi süresince ortaya çıkabilir. Özen ile ilgili hukuki sorunlar, tedavi uygulaması sırasında ortaya çıkan ihmalkar davranışların hekime yüklediği sorumlulukları kapsar. Hastanın şikayeti çoğu kez

hekimin hastaya gerekli dikkati göstermediği veya hastalığın doğru olarak teşhis edilmediği ya da doğru tedavinin uygulanmadığı durumlarda olur (23, 30).

2.7. Tıbbi uygulama hatalarının değerlendirilmesinde otopsinin rolü

Tıbbi uygulama hataları hem adli hem de tıbbi yönü bulunan bir konudur. Ölümle sonuçlanan olgularda neden sonuç ilişkisinin kurulabilmesinde otopsinin rolü tartışılmazdır. Ölüm nedeni, yapılan hatalar ve sonuçları ancak tam olarak otopsi ile ortaya konulabilir. Otopside elde edilen bulgular hastanın tedavisinin o duruma uyan standart bakım koşullarının yerine getirilip getirilmediğinin saptanmasında da işe yarar. Otopsi ile ölümün bir tedavi hatasından mı, yoksa önceden var olan bir hastalıktan mı kaynaklandığı ortaya çıkarılabilir.

Adli otopsiler, şüpheli ölüm olgularında yargının olayı aydınlatmak için otopsi yapılmasını zorunlu kıldığı olgulardır. Bu olgularda otopsi için aileden izin almaya gerek yoktur. Bu bağlamda uygulama hatası iddiası veya kuşkusu bulunan tüm olgular adli niteliktedir.

24 Nisan 1930 tarih ve 1953 sayılı Umum Hıfzıssıhha Kanunun 70. maddesi gereğince resmi veya özel hastanede ölmüş ve bulaşıcı ya da salgın hastalıktan öldüğü iddiası ya da şüphesi bulunan kişilere yakınlarının izni gerekmeksizin, ilgili hekimin otopsi gereklidir demesi ile otopsi yapılabilir. Bu tarz olgular esasen adli açıdan da önem taşıyan, sıklıkla tanı-tedavi hatasını gündeme getiren olgulardır.

Adli otopsilerde amaç; kimlik tespiti, ölüm nedeni, ölüm zamanını belirlemek ve ölüm orjinine yönelik bulguları belirlemek, ölüm ile ilgili koşulların yorumlanması, delil olabilecek organ, doku, kan ya da vücut sıvısı örneklenmesi ya da ceset üzerindeki suç delillerinin elde edilmesi, dış ve iç yara özelliklerinin tanımlanması, ölümün travma ve hastalık ile birlikte olması durumunda ölüm etkilerinin araştırılması ve bütün bu bulguların rapor edilmesidir.

Adli otopsilerde zorunlu olarak üç boşluğun yani kafa, göğüs ve karın boşluklarının açılıp incelenmesi gerekir. Vücudun açılan bir boşluğunda ölüm nedeni bulunmuş olsa bile diğer bölümlerinin de açılması gereklidir. Eksik inceleme yapılmış bir ceset gömüldükten sonra ölümde travma dışı bir hastalığın etkisi olup olmadığı, ya da açılmayan bölümlerde de travma olasılığı dışlanamaz.

Adli otopsiyi yapan hekim her olgu için ileride çıkabilecek adli tıpla ilgili soruları düşünüp, otopsi niteliğini ve kapsamını genişletebilir. Örneğin klinik anamnezin travmaya bağlı ölümü düşündürdüğü olgularda, açılan rutin boşluklarda ölüm sebebi saptanamamışsa, medulla spinalis incelemesi otopsiye dahil edilmeli, yağ ve hava embolizmi gibi travma komplikasyonları araştırılmalıdır. Kapsamlı toksikolojik ve histpatolojik incelemelerin yapılması da ölüm nedeninin belirlenmesi oldukça önemlidir (31).

Perinatal ölümler ve bebek ölümlerinde miyad tayini, bebeğin canlı doğup doğmadığının tayininde dikkatlice yapılmış bir otopsi ölüm nedenini ve etyopatogenezinin bize verebilir. Bir çok durumda fetüste hipoksik hasarın bulunduğu olgularda etyopatogenezin anlaşılması ile ilgili temel bilgi plasentanın ayrıntılı incelemesiyle sağlanabilir. Özellikle anne ölümlerinin otopsisini yapan hekimlerin, doğum hekimleri ile görüş alışverişinde bulunmaları, konu ile ilgili sorunların aydınlatılmasına yardımcı olabilir. Öte yandan anne ölümlerinin incelenmesi, obstetrik bakımın kalitesini, değerlendirmede önem taşır. Bazı anne ölümlerinde ölüm nedeninin belirlenmesi, klinik açıdan zordur. Bu gibi olgulara örnek olarak amnion sıvı embolizmi ve hava embolizmi verilebilir. Bunların tanısı ancak özenli bir otopsi ile mümkündür (31).

Anestezi uygulaması sırasında da enjeksiyon bölgesinde hafif bir reaksiyondan ölüme kadar giden istenmeyen sonuçlar karşımıza çıkabilir. İstenmeyen sonuçlar her zaman tıbbi uygulama hatasına bağlı değildir. Kimi zaman cerrahi uygulamaya, kimi zaman ise altta yatan başka bir hastalığın etkisiyle ortaya çıkmış olabilir. Anesteziye bağlı tıbbi uygulama hata iddiasıyla yapılan otopsilerde anestezi ve cerrahi uygulama da hata olup olmadığı ayrıca kişide operasyona neden olan patoloji ile önceden saptanan patoloji dışında ölüme sebebiyet verecek bir durumun olup olmadığı soruları araştırılmalıdır. Perioperatif ölümlerle ilgili yapılan retrospektif çalışmalar, ölüm nedenlerinin büyük çoğunluğunun kişide daha önceden bulunan hastalığa ve cerrahi girişimin kendisine bağlı olduğunu göstermektedir (32). Perioperatif dönemde anestezinin tek başına sorumlu olduğu ölüm olguları çok daha az görülmektedir (32, 33). Tıbbi uygulama hata iddiası ile yapılan otopsilerde, hastaya ve/veya cerrahiye ait faktörler varsa bunlar ortaya çıkarılarak istenmeyen sonucun meydana gelmesinde anestezinin yeri bulunmadığı gösterilebilecektir. Pek çok çalışma, tıbbi uygulama hatası iddiası taşıyan olgularda hem iddiaların hem de antemortem tanılarının otopsi ile değiştiğinin göstermektedir (32). Anestezi ölümlerinde otopsi dikkatle yapılmalı, hipoksi için

beyin, hipokampus, serebellum örneklenmeli, aletlerin yerleşimleri, toksikolojik ve bakteriyolojik örnekler dikkatlice alınmalıdır (28). Otopsilerde kişiden alınan örneklerde kan gazı çalışılması postmortem sağlıklı bilgi vermediğinden kullanılmamakta, toksikolojik incelemelerde ise uçucu maddeler özel tekniklerle alınarak tespit edilebilmektedir. İstanbul Morg İhtisas Dairesi'nde bu teknikler gerekli olgularda kullanılmakta, anesteziye bağlı ölüm nedenlerinin anlaşılmasına olanak sağlamaktadır.

Ayrıca otörler kişide mevcut önemli hastalıkların saptanması ve ölüm nedeninin belirlenmesinden dolayı otopsinin anesteziistlerin savunmalarında yardımcı olacağının söylemişlerdir (34).

Goldman ve arkadaşları 1983 yılında otopsi ile klinik tanı arasındaki uyumsuzlukları sınıflandırmak için kullanışlı bir sınıflama önermişlerdir (35). Veress ve arkadaşları da benzer bir sınıflama önermişlerdir. Bu tarihten sonra yapılan çalışmaların çoğunda bu kriterler esas alınarak sınıflama yapıldığı görülmektedir. Goldman kriterlerinde uyumsuzluklar 4 gruba ayrılmış;

Grup 1 : Kurtarılmaya engel olabilecek potansiyel tanı uyumsuzluğu,

Grup 2: Kurtarılmaya etkisi olmayan veya şüpheli olan major tanı uyumsuzluğu,

Grup 3: Ölümden önce tanısı konulabilecek özellikte olan minör tanı uyumsuzluğu,

Grup 4: Ölümden önce tanısı konulamayacak özellikteki minör tanı uyumsuzluğu olarak tanımlanmıştır (36).

Ülkemizde tıbbi uygulama hatası olguları dava konusu olduklarında, adli olgu kapsamında olduğundan otopsileri adli otopsi kuralları içerisinde yapılmaktadır. Hastane otopsileri ise daha çok risk yönetimine yöneliktir. Edinilen bilgiler ve geri bildirimler ile hekimlerin hata yapması bir ölçüde önlenmeye çalışılır. Otopsinin gerekli olduğu diğer bir alan da eğitimidir. Tıp öğrencilerinin mesleki eğitimlerinde ve hastalıkların istatistiklerinin belirlenmesinde oldukça önemli bir yeri vardır. Üçüncü işlevi olarak da tıbbi araştırmalar da önemlidir. İlaç, kimyasal ve toksik ajanların dokulara etkisi, kongenital hastalıklar, enfeksiyon hastalıkları, neoplazi, kardiyovasküler hastalıkların incelenmesi için fırsat vermektedir (37).

Tanısal ilerlemelerin son yıllarda otopsi gereksinimini azalttığı iddiaları doğru ise, günümüzde otopside beklenmedik başlıca bir tanı değişikliği bulma olasılığımızın da düşük olması gereklidir. Oysa tanı yöntemlerindeki ilerlemelere rağmen tanı hatalarında son 30 yılda herhangi bir gerileme olmamıştır (6). Ermenc 2000 yılında yaptığı çalışmada tıp alanında meydana gelen teknolojik gelişmelerin tanıya yönelik araç ve gereçleri arttırmasıyla tanı doğrultusunda da artış beklenmesi gerektiğini ancak bu beklentinin gerçekleşmediğini göstermiştir. Çalışmada otopsinin amacının sadece klinisyenlerin hatalarını ortaya çıkarmak değil, daha çok hata yaptıkları alanlarla ilgili bilgilendirmeye çalışmak olduğu vurgulanmıştır. Bu çalışmada tanı değişikliği %49,3'dür (38).

Tanı hatalarında azalma olmamasının muhtemelen morfolojik histolojik bulguların ve laboratuvar bulgularının fazla ön plana alınıp, klasik klinik yöntemler olan tıbbi öykü, fizik muayene ve laboratuvar tetkiklerinin göz ardı edilmesinden ileri geldiği öne sürülmektedir. Bu çalışmalarda klinik tanı doğruluğunun değerlendirilmesi için en iyi bilginin otopside elde edildiği, objektif patolojik bulgularla tıbbi kayıtlardan klinik değerlendirmelerin karşılaştırılabilirdiği gösterilmiştir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada Yayı ve arkadaşları ameliyat edilmiş tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan ve bu yüzden adli otopsi yapılan olgularda antemortem ve postmortem bulgularla otopsinin değerini karşılaştırmışlardır. 1995-2000 yılları arasındaki çalışmada otopsi ile kesin tanı konulan ve otopsi ile sonucu değişen olguların oranı %47'dir (39).

Klinik olarak şüphelenilmeyen ölüm nedenleri arasında en sık görülenler pulmoner emboli, bronkopnömoni, iskemik kalp hastalığı ve malignitedir. Antemortem tanılarının klinik duyarlılığı özellikle pulmoner emboli ve peritonitte düşüktür (40, 41).

Otopsi bulgularının tıbbi uygulama hatalarında mahkemenin vereceği karara etkisi otopsinin kalitesine bağlıdır. Otopsi bulgularının eksik ya da yanlış oluşu mahkemenin kararının farklı yönde çıkmasına neden olabilir. Burada otopsinin kalitesi gündeme gelmektedir. Bunun için otopsi uygulamasının belli standartta olması gereklidir. Kaliteli bir otopsi için hem ortam ve kullanılan araç gereç hem de hekimin yaptığı otopsinin niteliği önemlidir. Otopsiyi yapan hekimin otopsi öncesi olay hakkında çok iyi bilgilenebilmesi ve olguyla ilgili olarak çıkabilecek adli tıbbi sorulara yanıt verebilecek biçimde otopsiyi yönlendirmesi

çok önemlidir. Otopsilerin standardizasyonu için belli merkezlerde çeşitli otopsi protokolleri oluşturulmuştur. Ancak otopsi protokolleri oluşturmak bile yeterli olmamaktadır. Otopsinin bu protokollerdeki standardı sağlayabilmesi ve kalite kontrolünün sağlanması ise otopsi denetim mekanizmalarının kullanılmasına bağlıdır. Otopsi denetim mekanizmaları kullanılır ve kalite kontrolü sağlanırsa adli otopsilerde hukuk sistemi için gerekli kalite, kesinlik ve güvenilirliğe ulaşılabilir. Bu konularda standardizasyonun yanısıra raporun adli makamlara zamanında ulaşması ve klinisyenle iletişim de etkilidir (6).

Otopsi yapılmadan gömülen olgularda kesin ölüm nedenine olayda tıbbi uygulama hatası olup olmadığına karar vermek ancak klinik bulgulara dayanılarak yapılmaktadır. Bu durum ise işi zorlaştırmaktadır. Hatta bazı yazarlar özellikle tıbbi uygulama hatası iddiası ameliyat sonrası dönemde oluşmuşsa, davacıların genellikle tıbbi kayıtların yetersiz ya da güvenilir olmaktan uzak olduğu kuşkusunda olabileceklerini vurgulamışlardır. Bu durumda otopsinin kesin ölüm nedenini vereceği gibi, bir hata olup olmadığını da ortaya koyacağını savunmuşlardır.

Yapılan çalışmalar, bazı hastalara tedavisi süresince tanı konulmayabileceğini ancak bu sürede standart bakım kriterleri güncel tıp kurallarına uygunsa hekimlerin eyleminin zararlı sonuca etkisi ve katkısı bulunmadığını göstermektedir. Önemli olan otopsinin, standart protokollere uygun, kalite kontrolünün sağlanarak yapılmasıdır. Ancak bu şekilde yapılan otopsiler ile hukuk sistemi için gerekli kalite, kesinlik ve güvenilirlik sağlanabilir (32).

Sonuç olarak klinik tanı hataları çalışmaları daha çok risk yönetimine yönelik olup, hekimlerin geri bilgilendirilmeleri yoluyla eğitimlerine katkıda bulunabilir. Ancak klinik tanı hatalarının tıbbi uygulama hataları davalarını nasıl etkilediği sorusu gündeme geldiğinde, tıbbi uygulama hatalarının sadece tanı hatası değil, esas olarak standart bakım kriterlerinden sapma olduğunu düşünmek gerekir. Kişi tedavisi süresince tanı konulmamış olabilir ancak bu sürede standart bakım kriterleri de usulüne ve gündeme uygun bir şekilde yerine getirilmiş ve kişide bu eylemlere bağlı zarar oluşmamış olabilir. Bu nedenle tıbbi uygulama hataları ile ilgili otopsilerde adli tıp uzmanının görevi çok iyi bir anamnez ve ön bilgi edinme ile sonradan sorulabilecek soruları da hesaplamak ve otopsiyi buna göre yönlendirmektir (6).

2.8.Tıbbi Uygulama Hataları ile İlgili Hukuksal Düzenlemeler

Hekimlerin hastalarına nasıl davranması gerektiği, bu konudaki beklentiler, yapılması ve yapılmaması gerekenler; ulusal ve uluslararası tıbbi etik değerler ve deontolojik kurallar, sözleşmeler, bildirgeler, yasalar, yönetmelikler gibi yazılı metinlerle belirlenmiştir. Ayrıca genel ahlak kuralları, örfler, adetler ve ananeler gibi yazılı olmayan kurallar da bulunmaktadır. Hasta haklarının, güçlü olduğu düşünülen hekim karşısında korunması ilkesi benimsenmiştir. Ancak hastaları en etkin biçimde koruyacak bir sorumluluk sistemi, hekimlerin mesleği yürütmedeki cesaretini kırabilmektedir. Tıbbi uygulamada, zor olguların tedavisi hızlı karar vermeyi ve risk almayı gerektirir. Hekimlik mesleğinin bu özel durumu, konuya hukuki yaklaşımda da bazı farklılıkları tartışma konusu yapmaktadır (42).

Hekimlerin ve sağlık çalışanları tıbbi uygulamalarında hukuka aykırı bir davranışla hastaya zarar verdikleri takdirde çeşitli hukuk dalları karşısında sorumlulukları söz konusu olur ve bu zararı tazmin etmekle yükümlüdürler. Türk hukuk sisteminde hekimlerin sorumluluğu için özel kurallar bulunmamaktadır. Yargıtay, çeşitli çeşitli uygulamalarında hekimlere daha esnek ve ayrıcalıklı ölçüler uygulanacağına ilişkin açık bir içtihatla bulunmamıştır. Ancak tıbbi uygulamada, zor olguların tedavisi hızlı karar vermeyi ve risk almayı gerektirmektedir. Hekimlik mesleğinin bu özel durumu, konuya hukuki yaklaşımda da bazı farklılıklar olması gerektiğini göstermektedir (23). Kökleşmiş birçok hukuk sistemi, bilimin eksikliklerini ve insanın yanılabilirliğini göz önünde bulundurmaktadır (23, 43). Türkiye’de de daha önce hekimlerin hatalı uygulamalarına yönelik yasa tasarıları hazırlanmış, ancak hiçbirisi kanunlaşmamıştır (23).

Kusura dayalı genel sorumluluk kuralı hekimler için de geçerlidir. Kusur varsa sorumluluk da vardır, kusur yoksa sorumluluk da yoktur. Sorumluluk, hukuka aykırı bir fiile, hukukun öngörmüş olduğu bir yaptırımdır. Hekimin sorumluluğu kaynağını hasta ile önceden kurulmuş bir sözleşmeden veya bir haksız fiilden almaktadır (23, 29, 30).

2.8.1.Hekimlerin Cezai Sorumluluğu

Hekimlerin mesleki uygulamaları ile ilgili çok sayıda kapsamlı yasal düzenlemelerin varlığına karşın, gerek ceza gerekse medeni kanunumuzda hekimlerin ‘cezai’ ve ‘hukuki’ sorumluluğunu düzenleyen özel bir madde bulunmamaktadır. Yasal düzenlemelerde yer alan

mesleki etik kurallar gereğince hekim, ilgili yasalardaki genel tanımlar çerçevesinde cezai ve hukuki açıdan sorumlu hale gelmektedir (30, 44, 45). Hekim sorumluluğunun yasal anlamda koşulları şunlardır:

1. Fiilin hukuka aykırı olması
2. Zararın doğmuş olması
3. Kusurlu bir davranışın bulunması
4. Zarar ile sonuç arasında uygun nedensellik (illiyet) bağı bulunması

Böylece, haksız fiiller tazminat davalarının, meydana gelen suçlar ceza davalarının konusunu oluşturmaktadır. Eski yasada bulunan kavramlar yeni yasada geçmemekle birlikte, içerik olarak 'malpraktis' kavramı kapsamında önemini korumaktadır(44).

Yeni TCK 12 Ekim 2004 tarihinde resmi gazetede yayınlanmış ve 01 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe girmiştir. 5237 sayılı yeni TCK' nın 1. maddesinde "Ceza Kanununun amacı; kişi hak ve özgürlüklerini, kamu düzen ve güvenliğini, hukuk devletini, kamu sağlığını ve çevreyi, toplum barışını korumak, suç işlenmesini önlemektir" denmektedir (46). Yani yeni TCK' da kişinin hak ve özgürlüklerini kısıtlayan durumlarla ilgili kanun maddelerinde ceza miktarları belirgin derecede artırılmıştır. Ayrıca yeni TCK'ya, kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi (TCK md. 83) ve bilinçli taksir (TCK md. 22) gibi yeni kavramlar da eklenmiştir.

Yeni TCK' da dört tür kusurluluk hali tarif edilmiştir;

- 1- Kast
- 2- Olası kast
- 3- Taksir
- 4- Bilinçli Taksir

Kasıtlı suçlarda kişi eyleminden doğacak sonucu öngörerek, tahmin ederek ve bu sonucu isteyerek suçu işler(47).

Yeni TCK' nın 21. maddesinde kast ile olası kast arasındaki farka değinilmiştir ve *“Suçun oluşması kastın varlığına bağlıdır. Kast, suçun kanuni tanımındaki unsurların bilerek ve istenerek gerçekleştirilmesi iken; kişinin, suçun kanuni tanımındaki unsurların gerçekleşebileceğini öngörmesine rağmen, fiili işlemesi halinde olası kast vardır”* denilmektedir. Ayrıca TCK md. 81 ve 82' de kasten öldürme suçları ile madde 86, 87, 88' de kasten yaralama suçları ve verilecek cezalar belirtilmiştir (30).

Olası kast ve kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi farklı iki kavramdır. Olası kastta kişi sonucu öngörmesine rağmen fiili işlemekte, ihmali davranışla adam öldürme veya yaralama suçunda ise kişi yapmakla yükümlü olduğu bir davranışı gerçekleştirmeyerek bu sonuca yol açmaktadır(47).

Taksirin kelime anlamı bir işi eksik yapma, yapabilecekken yapmama, kabahat demektir (3). Taksiri kasttan ayıran özellik, neticenin istenmemesidir (48). Taksirli suçlarda ceza oranı kasıtlı suçlara oranla daha azdır.

Yeni TCK' nın 22. maddesinde taksir ile ilk kez yeni TCK' da yer alan bilinçli taksir suçları tanımlanmıştır. Buna göre madde 22' de *“Taksirle işlenen fiiller, kanunun açıkça belirttiği hâllerde cezalandırılır. Taksir, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanunî tanımında belirtilen neticesi öngörülmemeyerek gerçekleştirilmesidir. Kişinin öngördüğü neticeyi istememesine karşın, neticenin meydana gelmesi hâlinde bilinçli taksir vardır; bu hâlde taksirli suça ilişkin ceza üçte birden yarısına kadar artırılır”* denilmektedir. Taksirle adam öldürme suçu yeni TCK madde 85' te, taksirle yaralama ise madde 89' da yer almaktadır (49).

Sağlık mesleği mensuplarının esas olarak bilinçli taksirle hareket ettiği düşünülemez. Çünkü müdahaleyi yapan hekim ağır bir kusurla hareket edecek olumsuz sonucu öngörmesine rağmen fiili ağır ceza işleyecektir. Olağan olarak hiçbir hekimden meslek ve etik dışı hareket etmesi beklenmez. Bununla birlikte, elbette istisnaların olması kaçınılmazdır. Bilinçli taksirde basit taksire oranla daha ağır ceza öngörülmüştür (48, 50).

Olası kast hekimler açısından son derecede tehlikeli bir durumdur. Bir hekimin, ölürsün, sakat kalırsa kalsın düşüncesi ile hareket etmesidir, sonuca doğrudan doğruya istemese de rıza göstermesidir (51). Sağlık kuruluşunda görev yapan hekimin durumu acil

olan hastayı kabul etmeyerek, müdahale etmemesi halinde ölüm meydana gelmesi ihmali bir davranışla kasten adam öldürme suçu kapsamında değerlendirilmektedir (48).

Hekimin cezai sorumluluğu, 12/10/2004 tarih, 25611 sayılı yeni TCK'da şu şekilde yer almaktadır:

Taksirle Öldürme (Madde 85)

1. *Taksirle bir insanın ölümüne neden olan kişi, iki yıldan altı aya kadar hapis cezası ile cezalandırılır.*
2. *Fiil, birden fazla insanın ölümüne ya da bir veya birden fazla kişinin ölümü ile birlikte bir veya birden fazla kişinin yaralanmasına neden olmuş ise, kişi iki yıldan onbeş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.*

Kasten yaralamanın ihmali davranışla işlenmesi (Madde 88)

Kasten yaralamanın ihmali davranışla işlenmesi hâlinde, verilecek ceza üçte ikisine kadar indirilebilir. Bu hükmün uygulanmasında kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesine ilişkin koşullar göz önünde bulundurulur.

Taksirle Yaralama (Madde 89)

1. *Taksirle başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, üç aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır.*
2. *Taksirle yaralama fiili mağdurun;*
 - a- *Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,*
 - b- *Vücudunda kemik kırılmasına,*
 - c- *Konuşmasında sürekli zorluğa,*
 - d- *Yüzünde sabit ize,*
 - e- *Yaşamını tehlikeye sokan duruma,*
 - f- *Gebe bir kadının çocuğunun vaktinden önce doğmasına, neden olmuşsa, birinci fıkraya göre belirlenen ceza, yarısı oranında artırılır.*

3. *Taksirle yaralama fiili mağdurun;*

- a- İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine,*
- b- Duyularından veya organlarından birinin işlevini yitirmesine,*
- c- Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına,*
- d- Yüzünün sürekli değişikliğine,*
- e- Gebe bir kadının çocuğunu düşürmesine,*

Neden olmuşsa, birinci fıkraya göre belirlenen ceza bir kat artırılır.

4. *Fiilin birden fazla kişinin yaralanmasına neden olması halinde, altı aydan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.*

5. *Bilinçli taksir hali hariç olmak üzere, bu maddenin kapsamına giren suçların soruşturulması ve kovuşturulması şikâyete bağlıdır.*

Kasten öldürmenin ihmali, davranışla işlenmesi (Madde 83)

1. *Kişinin yükümlü olduğu belli bir icrai davranışı gerçekleştirmesi dolayısıyla meydana gelen ölüm neticesinden sorumlu tutulabilmesi için, bu neticenin oluşumuna sebebiyet veren yükümlülük ihmalinin icrai davranışa eşdeğer olması gerekir.*

2. *İhmali ve icrai davranışın eşdeğer kabul edilebilmesi için, kişinin;*

- a- Belli bir icrai davranışta bulunmak hususunda kanun düzenlemelerden veya sözleşmeden kaynaklanan bir yükümlülüğünün bulunması,*
- b- Önceden gerçekleştirdiği davranışın başkalarının hayatı ile ilgili olarak tehlikeli bir durum oluşturmaması gerekir.*

3. *Belli bir yükümlülüğün ihmali ile ölüme neden olan kişi hakkında, temel ceza olarak, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmi yıldan yirmibeş yıla kadar, müebbet hapis cezası yerine onbeş yıldan yirmi yıla kadar, diğer hallerde ise on yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunabileceği gibi, cezada indirim de yapılmayabilir (44).*

2.8.2.Hekimlerin Hukuki Sorumluluğu

Hukuki sorumluluk, hekimin hukuka aykırı bir davranış sonucu hastaya verdiği zararı tazmin etme yükümlülüğüdür (52). Hukuk davaları ceza davalarının sonucuna bağılı değildir (48). Hekimler mesleki uygulamaları sırasında bir hata yaptıkları zaman ceza dışında özel hukuk yönünden de sorumlu olurlar.

Hekimin tanı ve tedavi sırasında yaptığı hatalar hukuki sorumluluk içinde yer alır. Bir hastayı tedavi etme sorumluluğunu yüklenen hekim, hastaya doğru tanı koymakla yükümlüdür. Tanı hatalarından sorumlu olmasa da doğru tanıya ulaşmak için kullandığı yöntem ve araştırmasındaki özensizlik ağır kusur olarak değerlendirilir. TDT 6. maddeye göre hekim, tanı ve tedavide kullanacağı metodları seçmekte serbesttir fakat sonucunda hastada zarar ortaya çıktığı zaman hukuki yönden sorumludur (53).

Hukuki sorumluluktan bahsedebilmek için zarar oluşması gereklidir. Zarar, hukuken korunan maddi ve manevi değerlerin bir el atma veya kazadan önceki ve sonraki durumları arasındaki eksilme halidir. Zarar, insan yaşam ve sağlığında (maddi) olabildiği gibi ruhsal bütünlüğünde (manevi) oluşan istenmeyen değişiklikler olarak da ortaya çıkabilir (3).

Hekimin hatalı uygulaması nedeniyle ortaya çıkan zarardan sorumlu tutulabilmesi için, yaptığı girişim ile oluşan zarar arasında neden-sonuç ilişkisi bulunmalıdır. Bu duruma illiyet (nedensellik) bağı denilmektedir (48). Bu zararı ve aradaki illiyet bağıını ispat etmek, Borçlar Kanunu 42. maddeye göre hastaya veya yakınlarına aittir. Zarar meydana gelmiş ise yine Borçlar Kanunu 41. maddeye göre hekimin maddi ve manevi tazminat ödemesi söz konusudur (54).

2.8.3.İdari Sorumluluk

Kamu veya özel kurum içi yapılan soruşturmadır. Devlet memurlarını ilgilendiren temel yasa, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu (DMK)'dur. 'Disiplin' konusu; 657 sayılı yasanın 7. bölümünde (124-145.maddeler) ele alınmıştır. Burada, disiplin kavramı ile ilgili herhangi bir tanımlama yapılmamış, disiplin cezasını gerektiren fiil ve haller ile bu fiil ve hallerde uygulanacak cezalara yer verilmiştir. Uyarı, maaş kesme, kademe ilerlemesinin durdurulması, kurumdan ihraç gibi cezaları içerir.

Üniversitede görev yapan akademik personel açısından, 2547 sayılı ‘Yüksek Öğretim Kanunu’ (YÖK) ve bununla ilişkili olarak ‘Yükseköğretim Kurumları Yönetici, Öğretim Elemanı ve Memurları Disiplin Yönetmeliği’ önem taşımaktadır. Bu yönetmelik, 54 maddeden ibaret olup, 657 sayılı DMK’nun 124-125.maddeleri ile paralellik göstermekle birlikte bazı önemli farklılıklar da içermektedir (44).

2.8.4.Mesleki Sorumluluk

Hekimlerin, mesleklerinin gerektirdiği ve hem toplumsal hem de etik kuralları çerçevesinde uyulması gereken kanun ve tüzüklere uyma zorunluluğu mesleki sorumluluktur (52). Kamu kurumlarında çalışan hekimlerin mesleki ve etik davranışlarından dolayı ortaya çıkan sorunlarda TTB Disiplin Yönetmeliği önem taşır. Bu yönetmelik, disiplin cezalarına yönelik olarak ve TTB kanununa dayanılarak 2004 yılında çıkarılmıştır. Hekimlerin mesleki uygulamaları sırasında ortaya çıkan hatalı tıbbi uygulamalarında, Tabip Odası “Yönetim Kurulu” ile birlikte “Onur Kurulu” görev yapmaktadır. Bu kurullar karar verirken TTB Disiplin Yönetmeliği ve TDT başta olmak üzere ilgili yasa ve yönetmelikleri dikkate almaktadır. Hekimlerin disiplin suçu olarak kabul edilen kusurlu eylemleri;

- Deontolojiye aykırı davranmak,
- Yasa ve tüzüklere uymamak,
- Haksız çıkar,
- Hasta haklarını ihlal etmek şeklinde tanımlanmıştır (30).

Bu kusurlu eylemlere karşı ise,

- Uyarı,
- Para,
- Geçici olarak meslekten men,

-Oda bölgesinde çalışmanın yasaklanması, olmak üzere dört tür yaptırım öngörülmüştür.

Oda kurulları tarafından verilen geçici meslekten alıkoyma kararları, itiraz edilmemiş bile olsa, Yüksek Onur Kurulu tarafından onaylandıktan sonra kesinleşmekte ve sonuç doğurmaktadır (44).

2.9.Türkiye’de Tıbbi Uygulama Hataları ile İlgili Mesleki Yasal Düzenlemeler ve Yetkili Kurumlar

Türkiye’de aşağıdaki kanun ve yönetmelikler ile hekim ve hekim dışı sağlık personelinin, mesleklerini uygulama şekilleri düzenlenmektedir(1). Mesleki açıdan önemli olan düzenlemeler şunlardır:

- Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Kanun No: 3359, Kabul Tarihi: 7.5.1987;
- 1993 tarihli İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik
- Tababet-i Şuabat-ı Sanatların Tarz-ı İcrası' na Dair Kanun, Kanun No: 1219, Kabul Tarihi: 11.4.1928;
- Hemşirelik Kanunu, Kanun No: 6283, Kabul Tarihi: 15.2.1954;
- Adli Tıp Kurumu Kanunu, Kanun No: 2659, Kabul Tarihi: 14.04.1982;
- 2238 Sayılı Organ Ve Doku Alınması, Saklanması Ve Nakli Hakkında Kanun
- Kan ve Kan Ürünleri Kanunu, Kanun No: 2857, Kabul Tarihi: 23.6.1983;
- Tababet Uzmanlık Tüzüğü (22.5.1974 tarih ve 14893 sayılı Resmî Gazete);
- Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik (1.1.1995 tarih ve 22168 sayılı Resmî Gazete);
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Karar No: 8/5319, Karar Tarihi: 10.9.1982;
- Yataklı Tedavi Kurumları Merkezî Tıbbî Arşiv Yönetmeliği;
- 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge (154 Sayılı).

-Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, Karar No: 4 /12578, Kabul Tarihi: 13.01.1960;

-2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun

-83/7395 karar nolu Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin tüzük

-1983 Tarihli Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği

-1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliği

-Zorunlu Mesleki Sorumluluk sigortası

-Kanun Hükmünde Kararname

Bu düzenlemelerden son ikisi özel önem taşımaktadır.

2.9.1.Zorunlu Mesleki Sorumluluk Sigortası

Üniversite ve sağlık personelinin tam gün çalışma ve bazı kanunlarda değişiklik yapılmasına dair 5947 no'lu yasa hekim hatalarına yönelik yeni bir düzenleme getirmemiş, bu alanla ilgili sadece zorunlu mesleki sorumluluk sigortasını şansını uygulamaya koymuştur. 5947 no'lu yasanın 8. maddesi kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbi kötü uygulama nedeniyle kendilerinden talep edilebilecek zararlar ile kurumlarınca kendilerine yapılacak rüculara karşı sigorta yaptırmak zorunluluğu getirmektedir. Kanunda kamu kurumlarında ve özel hastanelerde çalışan hekimlerin primlerinin yarısının bu kurumlarca ödeneceği, özel çalışan hekimlerinin primlerinin kendileri tarafından ödeneceği belirtilmektedir. Sigorta şirketlerinin hekimler için yaptığı mesleki sorumluluk sigortasının kapsamı, hekimin uzmanlık alanları, risk faktörleri, prim miktarı gibi değişkenlere bağlıdır. Bu yasa ile hukuk ve sağlık alanındaki sorunların çözümüne odaklanmak yerine sadece tazminatların karşılanmasındaki güçlükleri çözmek hedeflenmiştir (23).

2.9.2. 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname

02.11.2011. tarihinde Resmi Gazete’de yayınlanan 28103-663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname’de 23. Ve 24. Maddeler kamu ile ilgili önemli değişiklikler getirmiş ve beraberinde yoğun tartışmalara yol açmıştır.

Bu düzenleme şu şekildedir:

Sağlık Meslekleri Kurulu

MADDE 23- (1) Sağlık mesleklerinde eğitim müfredatı, meslekî alan ve dal belirlemesi gibi meslekî düzenlemelerde ve istihdam planlamalarında görüş bildirmek, meslekî yeterlilik değerlendirmesi yapmak, meslekî müeyyide uygulamak, etik ilkeleri belirlemek ve uyumu denetlemek üzere Sağlık Meslekleri Kurulu teşkil olunmuştur.

.....

(6) Kurulun görevleri şunlardır:

a) Yeni bir sağlık mesleğinin veya dalının ihdasında görüş bildirmek.

b) Sağlık mesleklerinin eğitim müfredatı hakkında görüş bildirmek.

c) Sağlık mesleklerinin etik ilkelerini belirlemek.

ç) Meslek mensuplarının meslekî yeterlilik ve etik eğitimi ile hasta hakları eğitimine tâbi tutulmasına ve eğitimlerin süresine ve müfredatına karar vermek.

d) Sağlık engeli sebebiyle mesleğin icrasının yasaklanmasına karar vermek.

e) Meslekten geçici veya sürekli men etmeye karar vermek.

(7) Meslekî yetersizliğe ilişkin ihbar ve şikâyetler Kurulca doğrudan değerlendirmeye alınmaz. Bu ihbar ve şikâyetler öncelikle denetim görevlileri veya il ve ilçe sağlık müdürlüklerince incelemeye tâbi tutulur. Yapılan inceleme neticesinde fiilin meslekî yeterlilik değerlendirmesi yapılması veya meslekî müeyyide uygulanması gerektirdiğinin tespit edilmesi hâlinde kanaat raporunu içeren inceleme dosyası Kurula gönderilir. Ayrıca fiil hakkında adlî kovuşturma yapılmış ise, verilen kararlar da Kurula intikal ettirilir. İdarî inceleme veya varsa adlî kovuşturma kapsamında elde

edilen bilgi ve belgeler de değerlendirilerek, genel hükümler saklı kalmak üzere Kurulca;

a) Mesleğinde yetersizliği tespit edilenler ile dikkatsiz ve özensiz davranışla ölüme veya vücut fonksiyon kaybına sebep olanların yetersiz görüldükleri alanda meslekî yeterlilik eğitime tâbi tutulmalarına karar verilir. Bu eğitim, yetersiz görülen alanda teorik ve/veya pratik eğitim ve/veya başka bir sağlık meslek mensubunun nezaret ve sorumluluğunda meslek icrası şeklinde yaptırılabilir. Yeterlilik eğitime tâbi tutulanlar eğitim sonunda Kurulun belirleyeceği teorik ve/veya uygulamalı sınava tâbi tutulur. Bu sınavda başarılı olanlar mesleğini icraya devam eder; başarısız olanlar meslek icrasından men edilir. Meslekten men edilenler, durumlarına göre Kurulca belirlenen eğitime devam ettirilerek veya eğitime tâbi tutulmadan yapılacak müteakip sınavlarda başarı gösterdiği takdirde meslek icra etme hakkını yeniden kazanır.

b) Hasta hakları uygulamalarına veya etik ilkelere aykırı davranışı sebebiyle ikiden fazla yazılı ikaz edilen veya ilgili mevzuatına göre disiplin cezası uygulanan sağlık meslek mensubu, hasta hakları veya etik ilkeler eğitim programına tâbi tutulur.

c) Meslek icrası esnasında neticesini öngörerek veya görevinin gereklerine aykırı hareket ederek veyahut görevinin gereklerini yapmakta ihmal veya gecikme göstererek bir kişinin ağır derecede olmayan özürlülüğüne sebebiyet verenlerin üç aydan bir yıla kadar meslekten geçici men edilmesine karar verilir. Bu fiillerin beş yıl içinde tekrarı hâlinde verilecek cezalarda alt ve üst sınırlar iki katı olarak uygulanır.

ç) Meslek icrası esnasında neticesini öngörerek veya görevinin gereklerine aykırı hareket ederek veyahut görevinin gereklerini yapmakta ihmal veya gecikme göstererek bir kişinin ağır özürlülüğüne veya ölümüne sebebiyet verenlerin bir yıldan üç yıla kadar meslekten geçici menine karar verilir. Bu fiillerin beş yıl içinde tekrarı hâlinde meslekten sürekli men kararı verilir.

(8) Mesleğini icra etmesine mâni ve iyileşmesi mümkün olmayan aklî, ruhî ve bedenî hastalığı ortaya konulan sağlık meslek mensupları, Kurulun kararı ile mesleğini icradan yasaklanabilir.

(9) Meslekî yetersizliğinden dolayı bir uzmanlık dalında mesleğini icra edemeyeceğine karar verilen meslek mensuplarının yetersizliğinin niteliğine göre uzmanlık öncesi sahip olduğu sağlık mesleğini icra edebilmelerine karar verilebilir.

(10) Aynı olaydan dolayı ilgili hakkında ceza takibatına veya disiplin soruşturmasına başlanmış olması bu maddeye göre işlem yapılmasını geciktirmez ve engellemez; ilgilinin mahkûm olması veya olmaması ile disiplin cezası verilmiş veya verilmemiş olması hâlleri, ayrıca meslekî müeyyide uygulanmasını etkilemez.

(11) Kanunla kurulmuş meslek odalarının ve birliklerinin kuruluş kanunlarındaki disiplin hükümleri saklıdır. Ancak fiilin her iki kanuna göre de müeyyide gerektirmesi hâlinde bu Kanun hükümleri uygulanır.

(12) Meslekten geçici men edilmesine karar verilen Devlet memurları, men müddetince aylıksız izinli sayılır veya talepleri hâlinde aynı süreyle mesleği ile ilişkisi bulunmayan durumlarına uygun başka bir kadroya atanır. Sözleşmeli olanların sözleşmeleri men müddetince ücretsiz olarak askıya alınır. Meslekten sürekli men edilmesine karar verilen Devlet memurları istekleri hâlinde, mesleği ile ilişkisi bulunmayan durumlarına uygun başka bir kadroya atanır, aksi halde görevleri sona erer. Meslekten sürekli men edilmesine karar verilen sözleşmeli personelin sözleşmeleri sona erer.

(13) Bu maddeye göre mesleğini geçici olarak sürdüremeyeceklerin durumları kayıtlara işlenir. Meslekten sürekli men edilmesine karar verilenlerin veya mesleğini icra etmekten yasaklananların diplomaları, uzmanlık veya meslek belgeleri Bakanlıkça iptal edilir ve sistemden kaydı silinir.

(14) Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar Bakanlık tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Uzlaştırma prosedürü

MADDE 24- (1) Sağlık mesleklerinin uygulanmasından dolayı zarara uğradığını iddia edenlerin dava açma süresi içerisinde bu madde kapsamında yapacakları maddî ve manevî tazminat başvuruları Bakanlık tarafından aşağıdaki şekilde uzlaşma yoluyla halledilir.

a) Tazminat talebinde bulunan veya bunların birden fazla olması hâlinde aralarından seçecekleri bir temsilci,

b) Zarar verdiği iddia olunan ilgili meslek mensubu veya bunların birden fazla olması hâlinde aralarından seçecekleri bir temsilci,

c) Varsa ilgili meslek mensuplarının meslekî malî sorumluluk sigortasını yapan sigorta şirketinin temsilcisi veya bunların birden fazla olması hâlinde ise aralarından seçecekleri bir temsilci,

Bakanlık tarafından uzlaşmaya davet edilir. Tarafların uzlaşma yolunu kabul etmeleri hâlinde, üzerinde anlaştıkları bir hukukçu uzlaştırmacı marifetiyle uzlaşma süreci başlatılır. Uzlaşma en fazla üç ayda sonuçlandırılır. Bu süre bilirkişi görüşleri alınamadığı hallerde tarafların kabulü ile altı aya kadar uzatılabilir. Uzlaşma müracaatı dava açma süresini durdurur. Uzlaşma sağlanamaması hâlinde taraflarca tanzim edilecek tutanak veya taraflardan birinin talebi üzerine Bakanlık tarafından taraflara tebliğ edilerek verilecek belge tarihinden itibaren dava açma süresi yeniden başlar. Uzlaşma sağlanırsa, uzlaşma konusunu, yerini, tarihini, yerine getirilmesi gereken hususları içeren uzlaşma tutanağı tanzim edilir. Bu tutanak 9/6/1932 tarihli ve 2004 sayılı İcra ve İflas Kanununun 38 inci maddesi anlamında ilâm niteliğindedir. Uzlaşturma masrafları ve arabulucu ücreti taraflarca karşılanır. Uzlaşma neticesinde belli bir bedel üzerinde uzlaşma sağlandığında bu bedel doğrudan sigortacı, sigortasının bulunmaması durumunda ilgili personel tarafından ödenir. Bakanlıkça bu madde kapsamında herhangi bir ödeme yapılmaz.

(2) Uzlaştırmacı, meslekî kusur bulunup bulunmadığı hususunda Yüksek Sağlık Şûrasının belirlediği bilirkişilerin; uğranıldığı iddia edilen zarar miktarının hesaplanmasında adli yargı adalet komisyonları tarafından her yıl düzenlenecek olan listelerde yer alan bilirkişilerin görüşüne başvurabilir (55).

2.10.Bilirkişilik Kurumları

Hastada bir zarar ortaya çıktığında, bunun tıbbi uygulamadan kaynaklanıp kaynaklanmadığını, uygulamanın kusurlu olup olmadığını belirleme görevi, bilirkişilik kuruluşlarıdır. Bu kuruluşlar karar verirken bu konu ile ilgili görülen kişilerin ifadeleri,

sağlık kuruluşu kayıtları, hasta evrakı, filmleri, laboratuvar, incelemeleri ve varsa otopsi bulgularını dikkate almaktadır (23).

Tıbbi uygulama hataları disiplin suçu kapsamında ilçelerde İlçe Disiplin Kurulları, illerde İl Disiplin Kurulu, etik boyutuyla mesleki denetleme kurumu olarak Tabip Odaları Onur Kurulları ve Türk Tabipleri Birliği Yüksek Onur Kurulu'nda ele alınmaktadır. Hukuk alanında ise ceza ve tazminat yönünden yapılacak değerlendirmede, büyük oranda Sağlık Bakanlığı düzeyinde Yüksek Sağlık Şurası, Adalet Bakanlığı içinde Adli Tıp Kurumu bilirkişiliği ile mahkemeler tarafından karara bağlanmaktadır (3, 6, 30).

2.10.1.Yüksek Sağlık Şurası

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun Yüksek Sağlık Şurası'na tıbbi olaylarda bilirkişilik görevini yüklemiştir. 1930 yılında yürürlüğe giren Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile de bu yükümlülüğü yerine getirecek bir yapılanma, yani Yüksek Sağlık Şurası oluşturulmuştur. Kuruluş ve çalışma esasları ise 1984 tarihinde yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 210 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile değişik 31. Maddesine göre yeniden düzenlenmiştir. Anılan kararnameye göre, Yüksek Sağlık Şurası *"önemli sağlık konuları hakkında ve tıbbi uygulamalar sonrası oluşan adli nitelik kazanmış olaylarda"* görüş bildirmekle yükümlü kılınmıştır.

Yüksek Sağlık Şurası; Bakanlık Müsteşarı, Araştırma Planlama Koordinasyon Kurulu Başkanı, Temel ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürleri, Birinci Hukuk Müşaviri gibi doğal üyeler ile ülkede hizmetleri ve eserleri ile tanınmış Sağlık Bakanınca seçilen 11 üyeden oluşur. Görev süreleri 1 yıldır. Yılda en az bir kez toplanma şartı getirilmiş olup, bakanlığın gerekli görmesi halinde olağanüstü toplantılar da yapılabilmektedir.

Yüksek Sağlık Şurası'nda dosyalar üzerinde inceleme yapılarak mahkemelere görüş bildirilmektedir. Şura'nın vermiş olduğu görüşler mahkeme tarafından değerlendirilip olay hakkında yeterli kanaat verici nitelikte bulunmazsa, diğer bilirkişilerin vermiş oldukları görüşler doğrultusunda da hüküm kurulabilir. Yüksek Sağlık Şurası'nda mahkemelerce sorulan konular yanıtlanmaktadır. Bu kapsamda *"ilgili sağlık personelinin olayda oluşan zarar yönünden kusurlu olup olmadığı ya da ihmalinin bulunup bulunmadığı"* sorularına cevap

aranır. Bu nedenle mahkeme aşamasında alınan ifadeler ve Şura'da alınan kararlar genellikle "tıbbi uygulamalar sonucu zarar oluşup oluşmadığı, oluşan zararlar sağlık personelinin eylemi arasında nedensellik bağı olup olmadığı ve bu zararın sağlık personelinin eyleminden kaynaklanıp kaynaklanmadığına" yöneliktir. Şura'da dosya üzerinden karar verilmektedir. Adli olay ile ilgili görülen kişilerin ifadeleri, sağlık kuruluşu kayıtları, hasta evrakı ve filmleri laboratuvar incelemeleri, diğer bilirkişilerin görüşleri, varsa otopsi raporu ve Adli Tıp Kurumu raporlarının yorumları değerlendirilmektedir. Bu sırada ilgililerin muayenesi ya da ifadelerinin değerlendirilmesi yapılmamaktadır (1, 3, 43).

2.10.2.Adli Tıp Kurumu

20.04.1982 tarih ve 17670 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan, 2659 no'lu Kurum Kanunu'na göre; Adli Tıp Kurumu, adalet işlerinde bilirkişilik (Ek ibare: 19/2/2003-4810/1 md.) yapmakla görevlendirilmiştir. Kurum, başkanlık, başkanlık kurulu, ihtisas daireleri ve kurulları ile şube müdürlüklerinden oluşmaktadır.

Adli Tıp Genel Kurulu, Adli Tıp Kurumu Başkanının başkanlığında, adli tıp ihtisas kurulları başkan ve üyelerinden oluşur. Genel Kurulda görüşülen konu, daha önce Kurum merkezinde veya taşradaki Adli Tıp İhtisas Dairelerinde karara bağlanmış ise, Adli Tıp Genel Kuruluna Kurum merkezindeki ilgili ihtisas dairesi başkanı, yokluğunda vekili yerine bakar ve oylamaya katılır. Genel Kurul, mahkemeler ve savcılıkların yeterince kanaat verici bulmadıkları ihtisas kurulları ve dairelerinin raporlarını karara bağlar. Ayrıca bu kurul ve dairelerin iç ve aralarındaki çelişkili raporlarını da karara bağlar. Genel kurul ve ihtisas kurulları gerek duyduğunda ilgili kişilerin ifadesini alıp muayene edebilir. Adli Tıp Kurumu Kanunu'na göre, mesleki kusurlara bakan kurul 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu'dur. Üçüncü Adli Tıp İhtisas Kurulu, Bir başkan ve adli tıp uzmanı iki üye ile birer Ortopedi ve Travmatoloji, Genel Cerrahi, Nöroloji, İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları ve Enfeksiyon Hastalıkları uzmanından oluşmaktadır. Adli Tıp Kurumu Genel Kurulu'nun kararları nihai olarak algılanmakla birlikte Yüksek Sağlık Şurası kararlarında olduğu gibi yine bağlayıcı nitelikte olmayıp mahkemelerin takdir yetkilerini kısıtlamaz (43).

Adli Tıp Kurumu Birinci Adli Tıp İhtisas Kurulu bir başkan ile ikisi Adli Tıp uzmanı olmak üzere çeşitli branş uzmanı hekim üyelerden oluşmaktadır ve ölümle ilgili sonuçları karara bağlamakla yükümlüdür. Otopsi yapılmış ya da yapılmamış olgularda kesin ölüm

nedeni belirlenememiş ise dosyalar ve materyaller üzerinden kesin sonuca varır. 08.04.2010 tarihinden itibaren ölümle sonuçlanan ve hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası olan dava dosyaları Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Dairesi'nde değerlendirilmekte ve karara bağlanmaktadır.

2.10.3.Yüksek Öğretim Kurumları

Adli Tıp Kurumu Kanunu'nun "Diğer Adli Ekspertiz Kurumları" başlığı altında (Madde 31) *"Yükseköğretim Kurumları veya birimleri, adli tıp mevzuatı çerçevesinde adli tıp olaylarında ve diğer adli konularda Ceza Muhakemeleri Usulü Kanununa göre resmi bilirkişi sayılır. Bu birim ve kliniklerde tetkik edilecek adli tıp ile ilgili işler yönetmelikte belirlenir"* denilmiştir. Aynı şekilde Yüksek Öğretim Kanunu'nun 37. maddesinde mahkemelerin teknik ve uzmanlık isteyen her konuda üniversite ve bağlı birimlerinden yararlanabileceğini, bilirkişi olarak görüş isteyebileceğini belirtmiştir. Ayrıca aynı kanunun 38/2. maddesinde Yüksek Öğrenim Kurulu'nun isteği ve ilgili kamu kuruluşunun onayı ile yüksek öğrenim kurumları ya da birimleri, ilgili adli makamların talepleri ile adli tıp mevzuatı kapsamında adli tıp ve diğer adli konularda resmi bilirkişi olarak görevlendirilebilecekleri belirtilmiştir (1, 3).

2.10.4.Tabip Odaları Onur Kurulları

Türk Tabipleri Birliği (TTB), 6023 sayılı yasa ile kurulmuş kamu yararına faaliyet gösteren bir sivil toplum kuruluşudur. TTB ve tabip odalarının; halkının sağlığını koruyucu, geliştirici çalışmalar yürütmek, hekimlik mesleğinin çıkarını her ortamda dile getirmek, üyelerinin maddi, manevi haklarını korumak gibi görevleri bulunmaktadır. Ayrıca, tıbbi uygulama hataları iddiaları, etik boyutuyla mesleki denetleme kurumu olarak Tabip Odaları Onur Kurulları ve Türk Tabipleri Birliği Yüksek Onur Kurulu'nda ele alınmaktadır. Bir bilirkişilik kurumu olarak çok az bilinmektedir.

Tabip odalarında hekimlerin mesleki uygulamaları ile ilgili suç veya suç iddiası durumlarında "Yönetim Kurulu" ile birlikte özellikle "Onur Kurulu" görev yapmaktadır. Tabip Odaları Onur Kurulları, hekimlik uygulamaları ile ilgili olarak esas olarak 28.4.2004 tarih, 25446 sayılı TTB Disiplin Yönetmeliği'ne göre çalışmaktadır. Bu kurullar, yapılan başvuruları değerlendirirken ve karara bağlarken Tıbbi Deontoloji Tüzüğü başta olmak üzere ilgili yasa, yönetmelik ve benzer belgeleri dikkate almaktadır (56).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmada 2006-2010 yılları arasında Adli Tıp Kurumu 1. ve 3. İhtisas Kurulları'na ait tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan ve otopsi İstanbul Morg İhtisas Dairesi'nde yapılan 306 olgu retrospektif olarak incelendi. Olgulara ait; yaş, cins, sağlık birimleri, ilk başvuru yapılan klinik birimler, başvuru nedenleri, yatış süreleri, klinik tanıları, uygulanan tedavi şekilleri, otopsi tanıları, verilen 1.ve 3. İhtisas Kurul kararları, tıbbi uygulama hatası kararı verilen olgularda hatalı bulunan kişilerin görev alanları, hatalı bulunan doktorların klinik birimleri, hatalı uygulama konuları ile ilişkili veriler değerlendirildi. Bulgular tablo ve grafiklerde gösterildi; elde edilen sonuçlar tıbbi malpraktislerde otopsinin önemi açısından irdelendi.

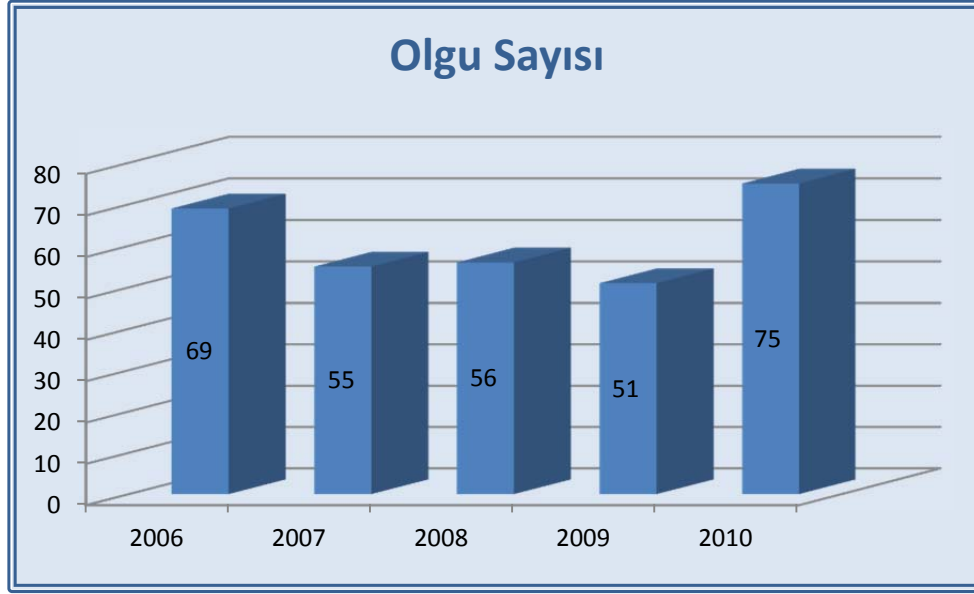
Pakiş'in daha önce 2000-2005 yılları arasında Adli Tıp Kurumu 1. Ve 3. İhtisas Kurulları'nca düzenlenen malpraktis iddiası bulunan otopsilerin tamamına ait kurul raporları incelenerek hazırlamış bulunduğu doktora tezi çalışmasında, konu Türkiye'de yapılan tüm otopsi olguları ile ilgili olmak üzere otopsi açısından heterojen bir grupta yapılmıştır. Bu çalışmada ise, farklı olarak otopsileri yalnızca İstanbul'da yapılan ve böylece otopsi standartları açısından standardize sayılabilecek olguların irdelenmesi amaçlanmıştır, otopsi materyali açısından farklı tür materyallere ait sonuçlarda oluşabilecek olumsuzlukların giderilerek tartışılması ve ayrıca güncel özelliklerinin belirlenmesi sağlanmıştır.

Otopsi yapılan olgular ayrıca 4 gruba ayrılmış, klinik tanısı olan ve otopsi ile bu tanı doğrulan (Grup 1), klinik tanı ile otopsi tanısı farklı olan (Grup 2), klinik tanısı olmayan ve otopsi ile tanı konulan (Grup 3) ve hem klinik tanısı olmayan hem de otopsi ile de tanı konulamayan (Grup 4) olgular olarak sınıflandırılmıştır. Klinik tanının otopsi ile değiştiği (Grup 2) ve klinik tanı olmayıp otopsi ile tanı konulan olgular (Grup 3) otopside major değişiklik saptanan olgular olarak kabul edilmiş, klinik tanı ile otopsi tanısı uyumlu olan olgularla (Grup 1), otopsi ile tanı konulamayan ve klinik tanısı da bulunmayan olgular (Grup 4) otopside major değişiklik saptanmayan olgular olarak değerlendirilmiş, otopside major değişiklik saptanan olgular ile major değişiklik saptanmayan olgular yıl, yaş grupları, başvuru yaptıkları sağlık birimleri, sağlık birimlerindeki yatış süreleri, tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan kişilerin görev alanları, adli tıp kurumunda verilen tıbbi uygulama hatası kararlarına göre karşılaştırılmıştır. Verilerin analizi ki kare testi kullanılarak yapılmış, anlamlılık düzeyi

$p < 0,05$ olarak, yüksek düzeyde anlamlılık düzeyi ise $p < 0,001$ olarak kabul edilmiştir. Çok satırlı tablolarda anlamlılığın hangi satırdan geldiğini açıklayabilmek için en yüksek ki karesi olan satırı çıkarma yöntemiyle ileri analiz yapılmıştır.

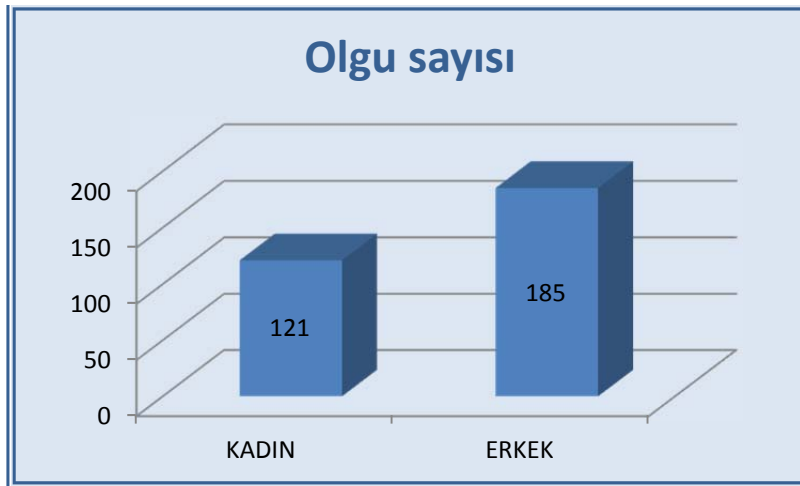
4.BULGULAR

2006-2010 yılları arasında Adli Tıp Kurumu 1. ve 3. İhtisas Kurulları'nca değerlendirilen tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan ve otopsisı İstanbul Morg İhtisas Dairesi'nde yapılan olgu sayısı 306 olarak bulunmuştur. Olguların yıllara göre dağılımı Grafik 1'de görülmektedir.



Grafik 1 : Olguların yıllara göre dağılımı

Olguların 185'i (%60,46) erkek, 121'i (%39,54) kadın olarak bulunmuştur. Olguların cinsiyetlerine göre dağılımı Grafik 2'de görülmektedir.



Grafik 2: Olguların cinsiyetlerine göre dağılımı

Olguların yaşları 0 ile 90 arasında olup, ortalama yaş 37,2'dir. Olguların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; en büyük grubu 70 olgu ile (%22,9) intrauterin ve perinatal ölüm grubu oluşturmaktadır. 0-24 hafta arası intrauterin ölümler (1 olgu) ve intrauterin 24 hafta-neonatal 7. gün arasındaki perinatal ölümler (69 olgu) birlikte intrauterin ve perinatal ölümler grubu içerisinde değerlendirilmiştir. Perinatal ölümlerin % 48,5'i (34 olgu) canlı doğum-7.gün arasında olup, % 51,5'i ise (35 olgu) ölü doğum niteliğindedir. İkinci büyük grup % 14,1 oranla 21-30 yaş arası olgulardan oluşmaktadır. Olguların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1: Olguların yaş gruplarına göre dağılımı

	Olgu sayısı	%
Perinatal ölüm*	70	22,9
8 gün-12 ay	25	8,2
1-10 yaş	29	9,5
11-20 yaş	21	6,9
21-30 yaş	43	14,1
31-40 yaş	33	10,8
41-50 yaş	21	6,9
51-60 yaş	25	8,2
61-70 yaş	21	6,9
71 yaş ve üzeri	18	5,9
Toplam	306	100,0

*0-24 hafta arası intrauterin ölümler (1 olgu) ve intrauterin 24 hafta-neonatal 7. gün arasındaki perinatal ölümler (69 olgu) birlikte intrauterin ve perinatal ölümler grubu içerisinde değerlendirilmiştir.

Olguların başvuru yaptıkları sağlık birimlerine göre dağılımı Tablo 2’de görülmektedir. Olgular sorumlu tutulan sağlık birimlerine göre değerlendirildiklerinde Devlet Hastanelerinin % 42,6’lık oranla ilk sırada olduğu görülmektedir. Tabloda diğer olarak sınıflandırılan gruba sağlık kabini (1 olgu), özel hiperbarik tedavi merkezi (1 olgu), ebe-hemşirenin evi (1 olgu) dahil edilmiştir.

Tablo 2 : Olguların ilk başvuru yapılan sağlık birimlerine göre değerlendirilmesi

	Olgu sayısı	%
Devlet Hastanesi	129	42,16
Özel Hastane	123	40,20
Birden fazla	21	6,86
Revir-Askeri Hastane	11	3,59
Üniversite Hastanesi	7	2,29
Muayenehane	7	2,29
Sağlık Ocağı	5	1,63
Diğer	3	0,98
Toplam	306	100,00

Olgular ilk başvuru yapılan klinik birimlere göre değerlendirildiğinde; Acil servisin ilk sırada olduğu görülmektedir. İkinci sırada Kadın Hastalıkları ve Doğum, üçüncü sırada çocuk hastalıkları, dördüncü sırada genel cerrahi bulunmaktadır. Acil birimine başvurup burada tedavi gören olgu sayısı 96 (%31,4), kadın hastalıkları ve doğum servisinde tedavi gören olgu sayısı 69 (%22,5), çocuk hastalıkları servisinde tedavi gören olgu sayısı 41 olgu (%13,4), genel cerrahi servisinde tedavi gören olgu sayısı 22 (%7,2) olarak bulunmuştur. Olguların ilk başvuru yapılan klinik birimlere göre dağılımı Tablo 3’de görülmektedir.

Tablo 3: Olguların ilk başvuru yapılan klinik birimlere göre dağılımı

	Olgu sayısı	%
Acil Servis	96	31,4
Kadın Hastalıkları ve Doğum	69	22,5
Çocuk Hastalıkları	41	13,4
Genel Cerrahi	22	7,2
Dahiliye	11	3,6
Beyin Cerrahisi	10	3,3
Ortopedi	7	2,3
Kardiyovasküler Sistem	6	2,0
Üroloji	6	2,0
Kardiyoloji	5	1,6
Sağlık Ocağı	5	1,6
Psikiyatri	4	1,3
Kulak Burun Boğaz	3	1,0
Plastik Cerrahi	2	0,7
Yoğun Bakım	1	0,3
Göğüs Hastalıkları	1	0,3
Nöroloji	1	0,3
Dermatoloji	1	0,3
Radyoloji	1	0,3
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	1	0,3
Göz Hastalıkları	1	0,3
112	1	0,3
Diğer	11	3,6
Toplam	306	100,0

Olguların sağlık birimlerine ilk başvuru nedenlerinin sistemlere göre dağılımı değerlendirildiğinde; genitoüriner sistem şikayetleri ile gelen olgular (%24,2) en büyük grubu oluşturmaktadır. İkinci sırada solunum sistemi şikayetleri ile gelen olgular (%15,7), üçüncü sırada travmaya bağlı gelişen şikayetler ile gelen olgular (% 15,4) bulunmaktadır. Tablo 4'te travmaya bağlı gelişen şikayetler ile gelen grupta 37 olguda travma (darp, araç içi-araç dışı trafik kazası, motosiklet kazası, künt batın-kafa travması v.b.), 3 olguda ateşli silah yaralanması, 3 olguda kesici-delici alet yaralanması, 2 olguda yanık, 1 olguda elektrik

çarpması, 1 olguda parmak amputasyonu bulunmaktadır. 4 olguda cerrahi tıbbi girişime bağlı şikayetler, diğer grubunda ise 11 olguda enfeksiyon hastalıkları, 3 olguda intoksikasyon, 3 olguda kongenital anomali, 2 olguda doğumsal kalça çıkığı, 2 olguda morbid obezite nedeniyle mide ligasyon istemi, 2 olguda rutin kontrol, 2 olguda iğne sonrası fenalaşma, 1 olguda aşı komplikasyonu, 1 olguda liposuction ve abdomenoplasti istemi, 1 olguda özefagusta yabancı cisim, 1 olguda anestezi MRI görüntüleme istemi, 1 olguda metabolik hastalık, 1 olguda pilonoidal sinüs, 1 olguda hemodializ bulunmaktadır. Olguların sağlık birimlerine ilk başvuru nedenleri Tablo 4’de görülmektedir.

Tablo 4 : Olguların sağlık birimlerine ilk başvuru nedenlerin sistemlere göre dağılımı

	Olgu sayısı	%
Genitoüriner Sistem şikayetleri	74	24,2
Solunum Sistemi şikayetleri	48	15,7
Travmaya bağlı gelişen şikayetler	47	15,4
Gastrointestinal Sistem şikayetleri	43	14,1
Kardiyovasküler Sistem	16	5,2
Kas ve İskelet Sistemi şikayetleri	13	4,2
Santral Sinir Sistemi	11	3,6
Kulak Burun Boğaz şikayetleri	5	1,6
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları şikayetleri	5	16,1
Cerrahi girişime bağlı şikayetler	4	1,3
Endokrinolojik Sistem	3	1,0
Hematoloji-Onkoloji Sistem şikayetleri	2	0,7
Cilt Hastalıkları şikayetleri	2	0,7
Göz Hastalıkları şikayetleri	1	0,3
Diğer	31	10,1
Bilinmeyen	1	0,3
Toplam	306	100,0

Olgular uygulanan tedavi şekline göre değerlendirildiğinde en büyük grubu tek başına ilaç tedavisi uygulanan olgular (%46,1) oluşturmaktadır. İkinci sırada ise cerrahi operasyon (%36,9) bulunmaktadır. Tablo 5’de belirtilen diğer grubunda ise diyet, egzersiz, ilk yardım, kan transfüzyonu, küvöz bakımı, dializ, yoğun bakım takibi ve atel uygulamaları bulunmaktadır. Olguların uygulanan tedavi şekline göre değerlendirilmesi Tablo 5’de görülmektedir.

Tablo 5 : Olguların uygulanan tedavi şekline göre değerlendirilmesi

	Olgu sayısı	%
İlaç Tedavisi	141	46,1
Cerrahi Operasyon	113	36,9
Minimal Cerrahi Girişim	8	2,6
Vajinal doğum	21	6,9
Diğer	11	3,6
Tedavisi Olmayan	12	3,9
Toplam	306	100,0

Olguların yatış süreleri değerlendirildiğinde en büyük grubu 0-24 saat arası tedavi gören olgular (%24,5) oluşturmaktadır. Olguların sağlık birimlerinde yatış süreleri Tablo 6’da görülmektedir

Tablo 6 : Olguların sağlık birimlerinde yatış süreleri

	Olgu sayısı	%
Yatış Yok	65	21,2
İlk 24 saat	75	24,5
25-48 saat	40	13,1
3-7 gün	62	20,3
8-20 gün	36	11,8
21 gün ve üzeri	28	9,2
Toplam	306	100,0

Hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan kişilerin görev alanlarına göre dağılımı Tablo 7’de görülmektedir. Olgular tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan kişilerin görev alanları açısından değerlendirildiğinde en büyük grubu 558 olgu (%84,2) ile doktorlar oluşturmaktadır. Bunlardan 39 olgu uzmanlık öğrencisi olarak saptanmıştır. Diğer grubuna ise Dializ teknisyeni, diş hekimi, anestezi teknisyeni, radyoloji teknisyeni dahil edilmiştir.

Tablo 7 : Hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan kişilerin görev alanlarına göre dağılımı

	Olgu sayısı	%
Doktor	558	84,2
Hemşire	22	3,3
Ebe	26	3,9
Sağlık Memuru	5	0,8
Hastane Yönetimi	24	3,6
Diğer	10	1,5
Toplam	663	100

Olgular hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan hekimlerin klinik birimleri açısından değerlendirildiğinde en büyük grubu 89 olgu (%15,9) ile çocuk hastalıkları oluşturmaktadır. Bunlardan 83 olgu çocuk hastalıkları uzmanı, 6 olgu uzmanlık öğrencisi olarak saptanmıştır. İkinci sırada 84 olgu (%15,1) ile kadın hastalıkları ve doğum bulunmaktadır. Bunlardan 83 olgu kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, 1 olgu uzmanlık öğrencisi olarak saptanmıştır. Üçüncü sırada ise 63 olgu (%11,3) ile genel cerrahi bulunmaktadır. Bunlardan 59 olgu genel cerrahi uzmanı, 4 olgu uzmanlık öğrencisi olarak saptanmıştır. Tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan hekimlerin klinik birimlere göre dağılımı Tablo 8’de görülmektedir.

Tablo 8 : Hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan hekimlerin klinik birimlere göre dağılımı

	Olgu sayısı	%
Çocuk Hastalıkları	89	15,9
Kadın Hastalıkları ve Doğum	84	15,1
Genel Cerrahi	63	11,3
Pratisyen Doktor	54	9,7
Anestezi	53	9,5
Dahiliye	37	6,6
Ortopedi ve Travmatoloji	36	6,5
Beyin Cerrahisi	33	5,9
Kardiyovasküler Cerrahi	17	3,0
Üroloji	12	2,2
Nöroloji	11	2,0
Kardiyoloji	10	1,8
Göğüs Hastalıkları	8	1,4
Çocuk Cerrahisi	7	1,3
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	6	1,1
Psikiyatri	6	1,1
Enfeksiyon Hastalıkları	4	0,7
Yoğun Bakım	4	0,7
Askeri Revir Doktoru	4	0,7
Acil Tıp	4	0,7
Aile Hekimliği Uzmanı	3	0,5
Adli Tıp	3	0,5
Plastik Cerrahi ve Rekonstrüksiyon	2	0,4
Radyoloji	2	0,4
Göz Hastalıkları	2	0,4
Göğüs Cerrahisi	2	0,4
Dermatoloji	1	0,2
Sualtı Hekimliği	1	0,2
Toplam	558	100,0

Olgular klinik tanı ile otopsi tanısı arasındaki uyumu araştırmak amacı ile dört grupta incelendi. 1. Grup: Klinik tanısı olan ve otopsi ile bu tanı doğrulanan, 2. Grup: Klinik tanı otopsi ile değişmiş, 3. Grup: Klinik tanısı olmayan veya şüpheli tanısı olan otopsi ile tanı konulmuş, 4. Grup: Hem klinik tanısı olmayan hem de otopsi ile tanı konulamayan olgular. Olguların % 45,4'ünde klinik tanının otopsi ile doğrulandığı görülmektedir (Grup 1). Olguların % 9,2'sinde ise hem klinik hem de otopsi ile tanı konulamamıştır (Grup 4). Otopsi tanısı ile klinik tanı arasındaki ilişki Tablo 9'da görülmektedir.

Tablo 9 : Otopsi tanısı ile klinik tanı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	Olgu sayısı	%
Grup 1 (Klinik tanı ile otopsi tanısı uyumlu)	139	45,4
Grup 2 (Klinik tanı ile otopsi tanısı uyumsuz)	68	22,2
Grup 3 (Klinik tanısı yok ya da şüpheli, otopsi ile tanı konmuş)	71	23,2
Grup 4 (Klinik tanı yok, otopsi tanısı yok)	28	9,2
Toplam	306	100,0

Klinik tanı ile otopsi tanısı arasında farklılık olan olguların değerlendirilmesi (Grup 2) Tablo 10'da görülmektedir. Bu gruptaki olgularda (68 olgu) otopsi sonucu ile klinik tanı değişmiştir. Klinik tarafından en sık tanı hatası saptanan hastalıklar kalp damar hastalığı, sepsis, akciğer enfeksiyonu ve barsak perforasyonu olarak bulunmuştur. Negatif bulgu görülen otopsiler de bu grup içerisinde değerlendirilmiştir.

Tablo 10 : Klinik tanı ile otopsideki ölüm nedenlerinin karşılaştırılmasında uyumsuzluk görülen 68 olgunun (Grup 2) değerlendirilmesi

Klinik Tanı	Otopside Tespit Edilen Ölüm Nedeni
Masum üfürüm Peptik ülser (2)* Akut batin, gastroenterit Anemi Fros bite sendromu (Soğuk ısırması) A.cerebri media infarktı Pulmoner emboli Myalji Astmatiform bronşit	Kalp damar hastalığı
Myokard enfarktüsü Hiperemesis gravidarum, idrar yolu enfeksiyonu	Kalp laserasyonu
Anesteziye bağlı gelişen bronkospazm	Myokardit
Üst solunum yolu enfeksiyonu (5) Akut gastroenterit Akut kolesistit Hemolitik anemi	Akciğer enfeksiyonu
Dehidratasyon, pnömoni	Salisilikasit intoksikasyonu
İrritabl barsak sendromu İntestinal obstrüksiyon Akut gastroenterit Ürolitiazis	Barsak perforasyonu
Akut apandisit Gastrointestinal kanama	Mide-duodenum perforasyonu
Ürolitiazis	Perfore apandisit
Pyonefroz	Sigmoid perforasyon
Prematürite, Respiratuar distress sendrom Akut tonsillit, akut bronşit Akut tonsillit, otit	İnfektif endokardit Pankardit Myokardit
Chron hastalığı	Jeneralize milier tüberküloz
Prematürite, Respiratuar distress sendrom	Mama aspirasyonuna bağlı mekanik asfiksi
Tüberküloz	Metastatik Akciğer Karsinomu
Diabetik ketoasidoz	Pulmoner emboli
Varikosel, lumbalji	Malign epitelial tümör metastazı
Akut bronşit Akut sinüzit Prematürite, Respiratuar distress sendrom	Menenjit
Mekonyum aspirasyonu	Zor doğuma bağlı kafa içi kanama
Travmaya bağlı eklem içi efüzyon	Yağ embolisi

Sepsis	Patolojik beyin kanaması
Pelvis kırığı	Subaraknoidal kanama, iç organ yaralanması
kruris fraktürü	Arter yaralanması, yağ embolisi
Tibia-fibula kırığı	A.uerina rüptürü
Üst solunum yolu enfeksiyonu (4) Prematürite, Respiratuar distress sendrom (4) Kotta fissür Kot fraktürü Dirsek kırığı	Sepsis
Gastrointestinal kanama Kırığa bağlı kompartman sendromu Perinatal asfiksi Anhidramniyoz Konjestif kalp yetmezliği, akciğer ödemi Ürolitiazise bağlı hidronefroz Bronşit Atrial Septal Defekt İdiopatik Trombositopenik Purpura Pnömoni, kist hidatik	Negatif Bulgu

*Parantez içindeki sayılar birden fazla olan olgu sayılarını göstermektedir. Parantez içermeyen tanılar 1 olgu bulunduğunu ifade etmektedir.

Klinik olarak tanı konulmayıp, otopsi sonrası değerlendirme ile tanı konulan (Grup 3) olgu sayısı 71'dir. Bu gruptaki olguların otopsi tanıları Tablo 11'de görülmektedir. Bu grupta klinik olarak tanı konulmayan olguların en büyük grubunu ameliyat komplikasyonları oluşturmaktadır. Bu ameliyatların da büyük bölümünü disk hernisi ameliyatları ve laparoskopik safra kesesi ameliyatları oluşturmaktadır. İkinci büyük grup ise perinatal asfiksiye bağlı ölüm olgularından oluşturmaktadır. Tabloda diğer olarak sınıflandırılan 1 olguda ateşli silah yaralanmasına bağlı femur kırığı nedeni ile gelişen yağ embolisi, 1 olguda gıda aspirasyonu, 1 olguda kongenital Arteriovenöz malformasyona bağlı oluşan subaraknoid kanama, 1 olguda dehidratasyon ve komplikasyonları, 2 olguda pulmoner tromboemboli tanısı konulmuştur.

Tablo 11 : Klinik tanısı olmayıp otopsi ile tanı konulan 71 olgunun (Grup 3) değerlendirilmesi

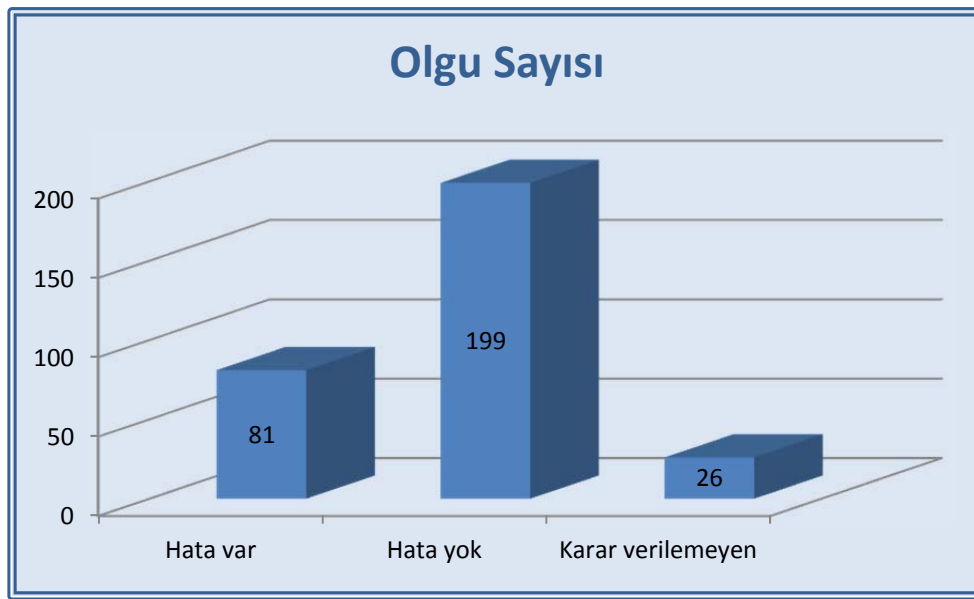
Otopside Tespit Edilen Ölüm Nedeni	Olgu sayısı (n)
Ameliyat komplikasyonları*	18
Travma komplikasyonları	7
Kalp damar hastalığı	5
Anestezi esnasında oluşan ölümler	5
Sepsis	3
Akciğer enfeksiyonu	3
İlaç allerjisine bağlı anafilaksi	3
Perinatal Ölümler	
-Perinatal asfiksi	14
-RDS, yenidoğan pnömonisi	5
-Persistan pulmoner hipertansiyon	1
-İntrauterin gelişim geriliği	1
Diğer	6
Toplam	71

*Ameliyat esnasında ya da postoperatif dönemde yapılan ameliyat ile ilişkili şekilde gelişen, tanı almamış ve otopside ölüm nedeni olarak görülmüş olgular.

Otopsi yapılmasının tıbbi uygulama hatası olgularında önemi araştırmak amacı ile öncelikle klinik tanının otopsi ile değiştiği (Grup 2) ve klinik tanı olmayıp otopsi ile tanı konulan (Grup 3) olgular otopside majör değişiklik saptanan olgular olarak kabul edildi. Klinik tanı ile otopsi tanısı uyumlu olan olgularla (Grup 1), otopsi ile tanı konulamayan ve klinik tanısı da bulunmayan olgular (Grup 4) otopside major değişiklik saptanmayan olgular olarak değerlendirildi. Bu aşamadan sonra otopside major değişiklik saptanan olgular ile otopside major değişiklik saptanmayan olgular yıl, yaş grupları, sağlık birimleri, sağlık birimlerindeki yatış süreleri, Adli Tıp Kurumu'nda verilen tıbbi uygulama hatası kararlarına göre karşılaştırıldı.

Verilerin analizi ki kare testi kullanılarak yapıldı, anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak, yüksek düzeyde anlamlılık düzeyi ise $p<0,001$ olarak kabul edildi. Çok satırlı tablolarda anlamlılığın hangi satırdan geldiğini açıklayabilmek için en yüksek ki karesi olan satırı çıkarma yöntemiyle ileri analiz yapıldı.

Olgular Adli Tıp Kurumu'nda verilen tıbbi uygulama hatası kararı açısından incelendiğinde 306 olgunun % 91,5'inde (280 olgu) tıbbi uygulama hatasına dair bir karara varılmış olduğu, 26 olguda (% 8,5) ise değişik nedenlerle karar verilemediği görüldü. Karar verilen olguların 81'inde tıbbi uygulama hatası varlığı yönünde karar verilmiş olup, 199 olguda tıbbi uygulama hatası saptanmadığı görüldü. Olguların Adli Tıp Kurumu'nda verilen tıbbi uygulama hatası kararı açısından değerlendirilmesi Grafik 3'de görülmektedir.



Grafik 3 : 306 olguda tıbbi uygulama hatası kararlarının değerlendirilmesi

Tıbbi uygulama hatası varlığı yönünde karar verilen olgularda hatalı uygulama konuları Tablo 12'de görülmektedir.

Tablo 12 (a) : Tıbbi Uygulama Hatası Kararı Verilen Olgularda Hatalı Uygulama Konuları

Tek Alanda Tıbbi Uygulama Hatası Saptanan Olguların Hatalı Uygulama Konuları		
	Olgu sayısı	%
Aydınlatılmış Onam almama	1	0,9
Tanı Hatası	7	6,5
İzleme Hatası	17	15,9
Konsültasyon istememe/ gecikme/ sevk etmeme	5	4,7
Tedavi Hatası/ tedavi eksikliği/ tedavi etmeme	12	11,2

Tablo 12 (b) : Tıbbi Uygulama Hatası Kararı Verilen Olgularda Hatalı Uygulama Konuları

Birden Fazla Alanda Tıbbi Uygulama Hatası Saptanan Olguların Hatalı Uygulama Konuları		
	Olgu sayısı	%
Tanı ve Tedavi Hatası	12	11,2
Tanı Hatası ve Tedavide Gecikme	1	0,9
İzleme Hatası ve Tedavi Eksikliği	5	4,7
Tanı ve İzleme Hatası	5	4,7
Tanı Hatası ve Konsültasyon İstememe	2	1,9
Tanı, tedavi Hatası ve Konsültasyon İstememe	2	1,9
Tanı, tedavi ve İzleme Hatası	3	2,8
Tanı, tedavi Hatası ve Yetki Aşımı	4	3,7
Diğer	6	5,6
Karar verilemeyen	25	23,4
Toplam	107	100,0

Tıbbi uygulama hatası saptanan kişilerin görev alanlarına göre dağılımı Tablo 13’de görülmektedir. Burada en büyük grubu % 89,2 (140 olgu) ile hekimler oluşturmaktadır. Bunlardan toplamda 114’ünün uzman doktor, 20’sinin pratisyen doktor, 6’sının da uzmanlık öğrencisi olduğu görülmüştür

Tablo 13 : Tıbbi uygulama hatası saptanan 81 dosyada kişilerin görev alanlarına göre dağılımı

	Olgu	%
Doktorlar	140	88,1
Hemşire	4	2,5
Ebe	4	2,5
Sağlık Memuru	0	0,0
Hastane Yönetimi	7	4,4
Eczacı	0	0,0
Diğer	4	2,5
Toplam	159	100,0

Tıbbi uygulama hatası varlığı yönünde karar verilen hekimlerin klinik birimlerine göre dağılımı Tablo 14’de görülmektedir. Tıbbi uygulama hatası varlığı yönünde karar verilen hekimlerin içinde en büyük grubu 20 olgu (% 14,9) ile pratisyen hekimler oluşturmuş, bunu 19 olgu (% 13,4) ile genel cerrahi, 16 olgu (% 11,9) ile çocuk hastalıkları doktorları izlemiştir. Bunların içinde 1 olguda genel cerrahi asistanı, 2 olguda dahiliye asistanı, 1 olguda beyin cerrahi asistanı, 1 olguda kalp damar cerrahi asistanı, 1 olguda acil tıp asistanı olmak üzere toplam 6 uzmanlık öğrencisi de çeşitli alanlarda hatalı bulunmuştur.

Tablo 14 : Tıbbi uygulama hatası saptanan hekimlerin klinik birimlerine göre dağılımı

	Olgu sayısı	%
Pratisyen Doktor	20	14,3
Genel Cerrahi	19	13,6
Çocuk Hastalıkları	16	11,4
Kadın Hastalıkları ve Doğum	14	10,0
Anestezi	13	9,3
Beyin Cerrahisi	10	7,1
Dahiliye	10	7,1
Ortopedi	9	6,4
Üroloji	5	3,6
Kardiyovasküler Cerrahi	4	2,9
Psikiyatri	2	1,4
Plastik Cerrahi ve Rekonstrüksiyon	2	1,4
Çocuk Cerrahisi	2	1,4
Radyoloji	2	1,4
Askeri Revir Doktoru	2	1,4
Adli Tıp	2	1,4
Kardiyoloji	1	0,7
Enfeksiyon Hastalıkları	1	0,7
Nöroloji	1	0,7
Göğüs Hastalıkları	1	0,7
Aile Hekimliği	1	0,7
Göz Hastalıkları	1	0,7
Göğüs Cerrahisi	1	0,7
Acil Tıp	1	0,7
Toplam	140	100,0

Yıllar ve otopside major değişiklik ilişkisi Tablo 15’de görölmektedir. Otopside major değişiklik saptanan olgularla major değişiklik saptanmayan olgular arasında yıllar açısından ki kare testi ile anlamlı ilişki saptanmamıştır (χ^2 : 2,989 , p: 0,560).

Tablo 15 : Yıllar ve otopside major değişiklik ilişkisi

YIL	Major Değişiklik		Toplam
	Var	Yok	
2006	35(%50,7)	34(%49,3)	69
2007	24(%43,6)	31(%56,4)	55
2008	29(%51,8)	27(%48,2)	56
2009	19(%37,3)	32(%62,7)	51
2010	34(%45,3)	41(%54,7)	75

χ^2 : 2,989 p: 0,560

Tıbbi uygulama hatasına dair karar verilen olguların yıllara göre değerlendirilmesi Tablo 16’de görölmektedir. Yıllara göre olgu dağılımı ile tıbbi uygulama hatası kararı sonucu arasında ki kare testi ile anlamlı ilişki saptanmamıştır (χ^2 : 8,026 , p: 0,091).

Tablo 16 : Tıbbi uygulama hatasına dair karar verilen olguların yıllara göre değerlendirilmesi

	Hata Var	Hata Yok	Karar verilemeyen	Toplam
2006	25(%36,2)	35(%50,7)	9(%13)	69
2007	15(%27,3)	36(%65,5)	4(%7,3)	55
2008	15(%26,8)	38(%67,9)	3(%5,4)	56
2009	13(%25,5)	35(%68,6)	3(%5,9)	51
2010	13(%17,3)	55(%73,3)	7(%9,3)	75

χ^2 : 8,026 , p: 0,091

Yaş gruplarına göre tıbbi uygulama hatası kararının sonucu arasındaki ilişki Tablo 17’de görülmektedir. Yaş grupları ile tıbbi uygulama hatası kararı sonucu arasında ki kare testi ile istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır (χ^2 :14,621, p:0,102). İntrauterin ve 1 yaş altı ölüm olguları ile 1 yaş üstü ölüm olgularının tıbbi uygulama hatası kararı sonuçları arasında ki kare testi uygulandığında ise anlamlı ilişki bulunmuştur. (χ^2 : 5,698, p : 0,017) İntrauterin ve 1 yaş altı ölüm olgularında, 1 yaş üstü ölüm olgularına göre daha fazla tıbbi uygulama hatası saptanmaktadır.

Tablo 17 : Tıbbi uygulama hatası saptanan olguların yaş gruplarına göre değerlendirilmesi

	Hata var	Hata yok	Toplam
Perinatal ölüm	13(%20)	52(%80)	65
8 gün- 12 ay	3(%15,8)	16(%84,2)	19
1-10 yaş	5(%18,5)	22(%81,5)	27
11-20 yaş	8(%42,1)	11(%57,9)	19
21-30 yaş	12(%30)	28(%70)	40
31-40 yaş	13(%40,6)	19(%59,4)	32
41-50 yaş	5(%27,8)	13(%72,2)	18
51-60 yaş	12(%50)	12(%50)	24
61-70 yaş	6(%30)	14(%70)	20
71 yaş ve üzeri	4(%25)	12(%75)	16

χ^2 : 14,621, p : 0,102

Yaş grupları ve otopside başlıca major değişiklik ilişkisi Tablo 18’de görülmektedir. Ki kare testine göre otopside major değişiklik saptanan olgularla, major değişiklik saptanmayan olgular arasında yaş grupları açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır (χ^2 :21,741 p: 0,010).

En yüksek majör değişiklik görülen yaş grubu perinatal ölümler olmakla birlikte, ki karesi en yüksek olan satırı çıkarma yöntemiyle ileri analiz yapıldığında sırası ile 11-20 yaş ve 51-60 yaş gruplarında major değişiklik varlığı diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 18 : Olguların yaş grupları ile otopside başlıca major değişiklik ilişkisinin değerlendirilmesi

	Major Değişiklik		Toplam
	Var	Yok	
Perinatal ölüm	26(%37,1)	44(%62,9)	70
8 gün-1 yaş	7(%28)	18(%72)	25
2-10 yaş	11(%37,9)	18(%62,1)	29
11-20 yaş	16(%76,2)	5(%23,8)	21
21-30 yaş	24(%55,8)	19(%44,2)	43
31-40 yaş	11(%33,3)	22(%66,7)	33
41-50 yaş	10(%47,6)	11(%52,4)	21
51-60 yaş	17(%68)	8(%32)	25
61-70 yaş	12(%57,1)	9(%42,9)	21
71 yaş ve üzeri	7(%38,9)	11(%61,1)	18

χ^2 : 21,741 p : 0,010

Olguların başvurdukları sağlık birimleri ile otopside major değişiklik ilişkisi Tablo 19’da g r lmektedir.

Tablo 19 : Olguların başvurdukları sağlık birimleri ile otopside major değişiklik ilişkisinin değerlendirilmesi

	Major Değişiklik		Toplam
	Var	Yok	
Devlet Hastanesi	62(%48,1)	67(%51,9)	129
Özel Hastane	53(%43,1)	70(%56,9)	123
Üniversite Hastanesi	2(%28,6)	5(%71,4)	7
Sağlık Ocağı	5(%100)	0	5
Askeri Revir-Hastane	6(%54,5)	5(%45,5)	11
Muayenehane	1(%14,3)	6(%85,7)	7
Diğer	2(%66,7)	1(%33,3)	3
Birden Fazla	8(%38,1)	13(%61,9)	21

Olguların başvurdukları sağlık birimleri ile tıbbi uygulama hatası kararı ilişkisi Tablo 20’de g r lmektedir.

Tablo 20 : Olguların başvurdukları sağlık birimleri ile tıbbi uygulama hatası kararı ilişkisi

	Hata Var	Hata Yok	Toplam
Devlet Hastanesi	33(%29,5)	79(%70,5)	112
Özel Hastane	31(%26,7)	85(%73,3)	116
Üniversite Hastanesi	4(%57,1)	3(%42,9)	7
Sağlık Ocağı	2(%40)	3(%60)	5
Revir-Askeri Hastane	1(%9,1)	10(%90,9)	11
Muayenehane	1(%16,7)	5(%83,3)	6
Diğer	1(%33,3)	2(%66,7)	3
Birden Fazla	8(%40)	12(%60)	20

Tablo 19 ve Tablo 20 için dağılım özellikleri uygun olmadığından istatistiksel değerlendirme yapılamamıştır.

Olguların sağlık birimlerinde yatış süreleri ile otopside major değişiklik arasındaki ilişki Tablo 21’de görülmektedir. Burada en büyük grubu ilk 24 saat içinde ölen olgular oluşturmaktadır. Sağlık birimlerinde yatış süreleri değerlendirildiğinde, ki kare testi ile yatış yok grubunda major değişiklik varlığı diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. (χ^2 : 32,637 p< 0,0001).

Tablo 21 : Olguların sağlık birimlerinde yatış süreleri ile otopside major değişiklik ilişkisi

	Major Değişiklik		Toplam
	Var	Yok	
Yatış Yok	48(%73,8)	17(%26,2)	65
İlk 24 saat	27(%36)	48(%64)	75
25-48 saat	21(%52,5)	19(%47,5)	40
3-7 gün	25(%40,3)	37(%59,7)	62
8-20 gün	12(%33,3)	24(%66,7)	36
21 gün ve üzeri	8(%28,6)	20(%71,4)	28

χ^2 : 32,637 p< 0,0001

Tıbbi uygulama hatasına dair karar verilebilme durumu ile otopside major değişiklik saptanması arasında ilişki Tablo 22’de görölmektedir. Tıbbi uygulama hatasına dair karar verilebilme durumu ile otopside major değişiklik saptanması arasında ki kare testi anlamlı ilişki saptanmamıştır (χ^2 : 0,240, p: 0,624).

Tablo 22 : Tıbbi uygulama hatasına dair karar verilebilme durumu ile otopside major değişiklik saptanması arasındaki ilişki

	Major Değişiklik		Toplam
	Var	Yok	
Karar Verilebilen	128(%45,7)	152(%54,3)	280
Karar Verilemeyen	12(%46,2)	13(%50)	26

χ^2 : 0,240, p : 0,624

Tıbbi uygulama hatasına dair kararın sonucu ile otopside major değişiklik saptanması arasındaki ilişki Tablo 23’de görölmektedir. Otopside major değişiklik saptanan grupta, diğer gruba göre anlamlı yüksek olarak tıbbi uygulama hatası varlığı yönünde karar verilmiştir (χ^2 : 14,858 ; p<0,0001).

Tablo 23: Tıbbi uygulama hatasına dair kararın sonucu ile otopside major değişiklik saptanması arasındaki ilişki

	Major Değişiklik		Toplam
	Var	Yok	
Hata Var	53(%65,4)	28(%62,3)	81
Hata Yok	75(%37,7)	124(%62,3)	199

χ^2 : 14,858 ; p<0,0001

5.TARTIşMA

Son yıllarda hekimlere yönelik tıbbi uygulama hatası iddiası ve buna paralel ceza ve tazminat davalarında önemi bir artış görölmektedir. Tıp uygulamalarında oluşan hızlı gelişim ve yenilikler, bunların bütün topluma hızla yayılması, toplumun bilinç ve eğitim düzeyindeki artış, hastaların genel sağlık sistemi ve sağlık çalışanlarından beklentilerinin artması, sigorta sisteminin gelişmesi ve bazı avukatların bu tür davaları özel ilgi ve çalışma alanı olarak seçmeleri, basın yayın organlarının konuya olan yoğun ilgisi bu davalardaki artışın nedenleri olarak sayılabilir.

Ülkemizde Yüksek Sağlık Şurası'na başvurular göz önüne alındığında her 30 hekimden birinin yasal şikayete uğradığı görölmektedir. Bu oran, ABD'de yaklaşık 12'de birdir (23). Özkaya ve arkadaşları Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulu'nda 2002-2006 yıllarını kapsayan dört yıllık dönemde değerlendirilen tıbbi uygulama hatası dosyaları üzerinde yaptıkları çalışmalarında, tıbbi uygulama hatası iddiası olan olgularda 2004 yılından itibaren önemli artış görüldüğünü bildirmişlerdir (57). Tıbbi uygulama hataları ile ilgili olarak İstanbul Tabip Odası Hekimlik Uygulama Bürosu'na başvuran 1993-2003 yılları arası dönemi kapsayan dosyalar üzerinde yaptığı doktora tezinde Yorulmaz, 1999 yılından 2003 yılına kadar olgu sayısında % 42 oranında bir artış saptamıştır (58). Son yıllarda malpraktis iddiası bulunan olguların sayısındaki hızlı artış sağlık çalışanları üzerinde tedirginlik ve çekinceler yaratmış, bu durumda defansif tıp kavramı gündeme gelmiştir. Tıpta uygulama hatalarında bilirkişilik yapan kurumlarda görevli kişiler karar verirken bu konu ile ilgili görülen kişilerin ifadeleri, sağlık kuruluşu kayıtları, hasta evrakı, filmleri, laboratuvar incelemeleri ve varsa otopsi bulgularını dikkate almaktadır. Adli Tıp Kurumu'nda tıbbi uygulama hatalarına ilişkin dosyalar incelenirken ortaya çıkan zararın tespiti, ortaya çıkan zararın sağlık personelinin davranışı ile illiyeti, illiyet mevcutsa hata-komplikasyon ayrımının yapılması, komplikasyon ise öngörülerek gerekli önlemlerin alınıp alınmadığı, önlem alınmasına rağmen komplikasyon ortaya çıkmışsa uygun şekilde tedavisinin yapılıp yapılmadığının incelendiği bildirilmektedir (59). Burada ölümle sonuçlanan olgularda otopsi bulguları bilirkişi değerlendirmesinde oldukça önemli bir yere sahiptir. Zarar ile hekimin fiili arasındaki ilişki en iyi standardı yüksek bir otopsi ile çözümlenebilir. Ayrıca otopsi sırasında edinilen bilgiler ve geri bildirimler ile eksikliklerin giderilmesine yönelik çalışmalar yapılabilir.

Bu çalışma 2006-2010 yılları arasını kapsamakta olup, tıbbi uygulama hatası iddiası olan ve Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi'nde otopsi yapılan olgu sayısı 306 olarak bulunmuştur. Pakiştirin çalışmasında ise 2001-2005 yılları arasında Adli Tıp Kurumu 1. ve 3. İhtisas Dairesi'nde değeriendirilen, tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan ve otopsi yapılan olgu sayısı 385 olup bunlardan Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi'nde otopsi yapılan olgu sayısı 114 olarak bildirilmektedir (6). (Yaklaşık olarak Türkiye'deki ölümlü tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan vakaların % 29,6'sının otopsisinin İstanbul Morg İhtisas Dairesi'nde yapıldığı görülmektedir.)

Bu iki çalışma karşılaştırıldığında 2001-2005 arası 114 olan olgu sayısının, 2006-2010 yılları arasında 306'ya yükseldiğı dikkat çekmektedir. Sonuçlar ölkemizde yıllarla tıbbi uygulama hatası iddiasıyla yapılan otopsilerdeki artışı göstermektedir.

Çalışmada erkek olguların kadın olgulardan yaklaşık % 50 oranla daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Bu durum erkeklerin sosyal olaylarla ilintisinin daha sık olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmada olguların yaş gruplarına göre değeriendirilmesinde en büyük grubun 70 olgu ile (% 22,9) intrauterin ve perinatal ölümler olduğu görülmüştür. Çalışmada 1 intrauterin ölüm olgusunun 19 haftalık olduğu, diğeri 69 olgunun perinatal ölüm olduğu görülmüş, birlikte bir grup olarak değeriendirilmiştir. Literatüre göre perinatal bebek ölümleri 28. gebelik haftası ile doğumdan sonraki ilk hafta arasındaki ölümleri kapsamakta, ancak yaşatılabilirlik sınırı kabul edilen 20-24. hafta veya doğum ağırlığı 400-500 gr olan fetüsler de perinatal ölüm içinde değeriendirilmektedir (42, 60). (Bu grupta 36 olgu ölü doğum olup 34 olgunun canlı doğumdur). İkinci büyük grup ise 43 olgu (% 14,1) ile 21-30 yaş arası grup olarak bulunmuştur. Bu sonuç ölü doğumlarda ebeveynlerin yaşadığı hassasiyeti ve ölüm nedenlerini anlama yönündeki çabalarını da gösterir bir durumdur. Özkaya ve arkadaşları Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulu'nda 2002-2006 yıllarını kapsayan dört yıllık dönemde değeriendirilen 0-18 yaş arası tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan olgular üzerinde yaptıkları çalışmada da en büyük grubun perinatal dönem olgularının (% 48,2) olduğunu görmüşlerdir. Bu veri ölü doğum ve yeni doğan ölümleri ile sonuçlanan uygulamaların 0-18 yaş arası tıbbi uygulama hatası suçlamaları arasında önemli yer tuttuğunu göstermektedir (39). Bunda ailelerin çok hassas bir dönemlerinde bebeklerin kaybı ile yaşadıkları stres ve

çoğu olguda ölüm nedenlerinin bilinmeyişinin etkili olduğu düşünülebilir (61). Ölü doğumlar ve yenidoğan ölümlerinde ölüm nedeninin belirlenmesi ailelerde psikolojik iyileşmeyi hızlandırdığı gibi, tekrarlayıcı riskin tanınması ve gelecek gebeliğin planlanmasında da önem taşımaktadır (62, 63). Adli tıp açısından bebek ölümlerinde bebeğin canlı doğup doğmadığı, canlı doğmuş ise yaşama yeteneği gösterip göstermediği, miadında doğup doğmadığı ve ölüm nedeninin belirlenmesi önem taşır. Ölümlerin önlenmesi için nedenlerinin saptanması, bunun için de ayrıntılı perinatal otopsi gereklidir. Perinatal otopsi tıbbi uygulama hatalarında karar verme sürecinde önemi dışında antemortem tanının doğrulanmasında, beklenmeyen bulguların tanımlanmasında, hereditör hastalıkların ortaya çıkartılmasında da önem taşımaktadır (29).

Bu çalışmada sorumlu tutulan sağlık kuruluşları değerlendirildiğinde en büyük grubun 129 olgu ile (% 42,16) devlet hastaneleri, ikinci büyük grubun da 123 olgu ile (% 40,20) özel hastaneler olduğu görüldü. Burada devlet hastaneleri ne kadar daha fazla görünse de özel hastanelerdeki olgularla arasında küçük bir fark (% 1,96) bulunmaktadır. Devlet hastanelerinin özel hastanelerden daha yaygın olduğu, devlet hastanelerinde bakılan ve doktor başına düşen hasta sayısının diğer sağlık birimlerinden daha fazla, hastaya ayrılan sürenin daha az olduğu göz önüne alındığında bu fark beklenir bir sonuçtur. Büken'in çalışmasında ise devlet hastaneleri % 40,1, özel hastaneler % 18,6 oranındadır (7). Burada dikkat çeken bir hususta 2006'dan sonra tıbbi uygulama hatası iddiası ile dava açılan devlet hastaneleri ile özel hastanelerin sayısı arasındaki farkın azalmasıdır. Özel hastanelerin yaygınlaşması ve yüksek ücret ödeyen hastaların bunun karşılığında beklentilerinin artması, istenilenin dışında sonuçlar geliştiğinde ise tıbbi uygulama hatası iddiasında bulunulması özel hastanelere ve çalışanlarına açılan davalardaki bu artışın nedenleri olabilir. Maeda ve arkadaşları ise tıbbi uygulama hatası iddialarının büyük hastanelerde, daha az yataklı birimlere göre yüksek olduğunu vurgulamışlardır (64).

Bu çalışmada olgular ilk başvurdıkları klinik birimlere göre değerlendirildiğinde, Acil servisin 96 olgu ile (%31,4) ilk sırada olduğu görülmektedir. İkinci sırada 69 olgu ile (%22,5) kadın hastalıkları ve doğum, üçüncü sırada 41 olgu ile (%13,4) çocuk hastalıkları, dördüncü sırada 22 olgu ile (%7,2) genel cerrahi bulunmuştur. Sıralama acil nitelikteki olguların ön planda olduğunu göstermektedir. Özkaya ve arkadaşları dava konusu olguların en büyük şikayetin acil servisten olduğunu belirtmişlerdir (57). Daha farklı olarak Büken çalışmasında

ilk sırada kadın hastalıkları ve doğum, ikinci sırada genel cerrahi olduğunu belirtmiştir (29). Yorulmaz ise İstanbul Tabip Odası'nda yaptığı çalışmasında tıbbi uygulama hatası iddiası ile gelen olguların en sık kadın hastalıkları ve doğum alanında olduğunu, İstanbul Tabip Odası'na kayıtlı hekimlerin sayısı dikkate alındığında ve yeniden oranlandığında, kadın hastalıkları ve doğum alanında en fazla malpraktis saptandığı ya da iddiaların bu alanda yoğunlaştığı sonucunun yanıltıcı olduğunu belirtmiştir (39, 43, 58, 65-67). Bu çalışmadaki sonuçlar Özkaya ve arkadaşlarının çalışmasına paralel ilk başvuruların sıklıkla acil servislere olduğunu göstermektedir. İlk başvurunun en sık acil servislere yapılması durumunun, kişilerin fiziki rahatsızlıklarda yaşadıkları ölüm anksiyetesi başta olmak üzere hasta yakınlarının yaşadığı anksiyete ve diğer psikolojik faktörlerle de ilişkili olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada yatış süreleri değerlendirildiğinde en büyük grubu 0-24 saat arası tedavi gören olguların (%24,5) , ikici büyük grubu ise yatış yapılmadan ayaktan tedavi gören olguların (%21,2) oluşturduğu görülmüştür. Sağlık birimlerinde yatış sürelerinin otopside major değişiklik saptanması ile ilişkisi ki kare testi ile değerlendirildiğinde, yatış yok grubunda major değişiklik varlığı diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. ($\chi^2 : 32,637$ $p < 0,0001$) Yani yatış süresi kıaldıkça tanıda major değişiklik artmakta, yatış olmayan grupta en üst düzeye ulaşmaktadır. Goldman ve arkadaşları ise farklı biçimde tanı hatası ile hastanede yatış süresinin uzaması arasında anlamlı ilişki bulunduğu belirtilmiştir (36). Bu çalışmada varılan sonuç bize doğru yatış endikasyonunun kritik önemde olduğunu, yatış süresi kıaldıkça olgularda tanı koymada, tedavi etmede, konsültasyon isteme ve sevk etmede eksikliklerin yaşandığı, ölümlerin ve tanı hatalarının arttığını düşündürmektedir.

Bu çalışmada acil birime başvuran olguların % 26'sında otopside major değişiklik saptanmış, % 39,1'inde ise tıbbi uygulama hatası kararı verildiği görülmüştür. Pakiş'in çalışmasında ise acil birime başvuran olguların %42,8'inde otopside majör değişiklik saptandığı, % 42'sinde ise tıbbi uygulama hatası verildiği dikkat çekmektedir (6). Acil birime başvuran hastaların semptomlarının çeşitliliği, klinik olarak riskli durumda ve hızlı girişim gerektiren olgular oluşu, konsültasyon ve tetkik evrelerinin zaman açısından olumsuz etkisi hata olasılığını artırmaktadır.

Çalışmada tek başına ilaç tedavisi uygulanan olguların (%46,1), cerrahi operasyon (%36,9) yapılan olgulardan daha fazla olduğu görülmektedir. Bu durum cerrahi tıbbi

girişimlerde tıbbi uygulama hatası iddiasıyla daha fazla dava açıldığı düşüncesinin doğru olmadığını göstermektedir.

Görev alanlarına göre değerlendirmede tıbbi uygulama hatası davalarının en çok hekimlere açıldığı, bazı vakalarda ebe, hemşire, sağlık memuru, hemşire gibi diğer sağlık personelinin de tıbbi hatalardan sorumlu tutulduğu görülmektedir. Çalışmada dava edilen en büyük grubu 558 olgu (%83,8) ile doktorlar oluşturmaktadır. Bunlardan 39 olgunun (%6) uzmanlık öğrencisi olduğu görülmüştür. Dializ teknisyeni, diş hekimi, anestezi teknisyeni, radyoloji teknisyeni gibi diğer sağlık çalışanlarının da azımsanmayacak oranda (%1,5) dava edildiği görülmüştür. Ayrıca solaryum merkezi sahibi v.b. tıp dışı kişiler de eylemlerinde sağlık ile istenmeyen sonuçlara sebebiyet verdiklerinde dava edilebilmektedir. Ebelerin hemşirelere göre az bir farkla daha fazla dava edildiği ve hatalı bulundukları, ebelerin daha çok doğum öncesinde izleme eksikliği ve konsültasyon istemede gecikme alanlarında hatalı bulundukları görülmüştür. Bu durumda sadece doktorların değil, diğer sağlık çalışanlarının da sorumluluklarına dair bilgilendirilmesi ve tıbbi uygulama hataları konusunda aydınlatılması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin her zaman bir ekip bilinciyle yürütülmesi gerekliliği de unutulmamalıdır.

Tıbbi uygulama hatası davası açılan hekimlerin klinik birimlere göre değerlendirilmesinde ilk sırada 89 olgu (%15,9) ile çocuk hastalıkları doktorları (bunlardan 83 olgu uzman, 6 olgu uzmanlık öğrencisidir), ikinci sırada 84 olgu (%15,1) ile kadın hastalıkları ve doğum doktorları (bunlardan 83 olgu uzman, 1 olgu uzmanlık öğrencisidir), üçüncü sırada ise 63 olgu (%11,3) ile genel cerrahi doktorları bulunmaktadır (bunlardan 59 olgu uzman, 4 olgu uzmanlık öğrencisidir). Tıbbi uygulama hatası kararı verilen hekimlerin değerlendirilmesinde ise ilk sırada 20 olgu (%14,9) ile pratisyen hekimler bulunmuş, bunu 18 olgu (%13,4) ile genel cerrahi doktorları (bunlardan 17 olgu uzman, 1 olgu uzmanlık öğrencisidir), 16 olgu (%11,9) ile çocuk hastalıkları doktorları (bunlardan 15 olgu uzman, 1 olgu uzmanlık öğrencisidir) izlemiştir. Dettmeyer ve arkadaşları çalışmalarında ilk sırada genel cerrahi, ikinci sırada kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarını bulmuşlardır (31). Can ve arkadaşları da en sık genel cerrahi branşıyla ilgili şikayet olduğunu ve yanlış tedavi kusuru verilenlerin en sık genel cerrahi uzmanları sonrasında kadın doğum uzmanları olduğunu tespit etmişlerdir. Yine dikkat özen eksikliği kusurunun da en sık genel cerrahi uzmanları, ikinci olarak kadın doğum uzmanları tarafından yapıldığını belirtmişlerdir (68). Bu çalışmada

literatürden farklı olarak en çok çocuk hastalıkları doktorları ve sonrasında kadın doğum doktorları dava edilip, pratisyen hekimler ve sonrasında genel cerrahi doktorlarının hatalı bulunması dikkat çekicidir. Çocuk hastalıkları doktorlarının daha sık dava edilme nedeni ebeveynlerin bebeklerinin kaybı ile yaşadıkları üzüntü, çoğunlukla ölüm nedenlerinin bilinmeyişi olabilir. Tıbbi uygulama hatasının da en sık pratisyen hekimlerde saptanması, pratisyen hekimlerin çoğunlukla acil serviste ve birinci basamakta görevlendirilmeleri, riskli olgularla çalışma olasılıklarının yüksek oluşu ve gerek acil servislerde gerek sağlık ocaklarında çocuk hastaları da tedavi etmeleri durumu ile açıklanabilir. Ayrıca koruyucu bakım alan kronik hastaların da çoğunlukla pratisyen hekimler tarafından izlenmesi buna duruma dahil edilebilir. Bu sonuçlar pratisyen hekimlere tıbbi uygulama hatalarına yönelik eğitimler verilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır.

Çalışmada 39 uzmanlık öğrencisine dava açılmış olup, 1 olguda genel cerrahi asistanı, 2 olguda dahiliye asistanı, 1 olguda beyin cerrahi asistanı, 1 olguda kalp damar cerrahi asistanı, 1 olguda acil tıp asistanı çeşitli alanlarda hatalı bulunmuştur. Uygulamada henüz uzman olmayan asistanlar, yetkili uzman hekim kontrolünde tedavi ve ameliyat yapabilirler. Olayda üçüncü şahıslar da sorumluluk taşıyorsa Türk Ceza Kanunu'nun 22/5 hükmüne göre herkes kendi taksirli hareketinden sorumlu olur. Her failin cezası kusuruna göre ayrı ayrı belirlenir. Yoğun eğitim hastanelerinde hem rutin hasta bakımının hem de eğitim faaliyetlerinin aksamadan ve tıbbi yanı sıra izin vermeyecek şekilde dizaynı sistematik bakış ve hazırlık gerektirmektedir. Asistan ve tıp fakültesi öğrencilerinin eğitiminin, hastaların tıbbi bakım kalitesini olumsuz etkilemeyecek, aynı zamanda uzman hekimlerce denetlenecek şekilde gerçekleşmesi için simülasyon, beceri laboratuvarları, asistan karnelerinin kullanımı yaygınlaşmalıdır. Yasal sorumluluklarının bilinmesi, asistanların ve hekim adaylarının eğitiminde ayrılmaz parçası olarak algılanmalıdır (69).

Son yıllarda tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan davaların branşlara göre dağılım özelliği, Tıp Fakültesi öğrencilerinin mesleki planlamalarında ve Tıpta Uzmanlık Sınavında branş belirlemede tercihlerini de değiştirmiştir. Kadın Hastalıkları ve Doğum, diğer cerrahi branşlar ve Pediatri gibi hakkında daha sık tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan bölümler artık daha az tercih edilirken Dermatoloji, Psikiyatri, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Göz Hastalıkları gibi bölümler daha çok tercih edilir olmuştur. Bu durum, son dönemde sayısı

artan tıbbi uygulama hatası iddialarının, doktorlarda belli branşlara karşı geliştirdiği defansının göstergelerinden biri kabul edilebilir.

Bu çalışmada olguların % 65'inde (199 olgu) tıbbi uygulama hatası olmadığı yönünde karar verilirken, % 26,5'inde (81 olgu) tıbbi uygulama hatası yönünde karar verildiği görülmüştür. 1990-2000 Yıllarında Adli Tıp Kurumu 1. ve 2. İhtisas Kurullarına Obstetrik ve Jinekolojik Malpraktis iddiasıyla gönderilen olguları inceleyen Büken çalışmasında asılsız tıbbi uygulama hatası iddialarını % 69'22 oranında bulmuştur (4). Bu yüksek oran Büken'in çalışmasının sadece Obstetrik ve Jinekolojik Malpraktis alanında olmasından kaynaklanabilir. Durum hekimleri olumsuz etkilemekte, defansif tıp kavramını gündeme getirmektedir. Bu gelişmelerin en kaygı verici bir sonucu da hekimler riskli branşları tercih etmemekte, riskli hastaları tedavi etmekten kaçınmaktadırlar. Bu bağlamda hatasızlıkları tespit edilse bile mesleklerine olan sevgi ve bağlılık duyguları zedelenmekte, hasta hekim ilişkileri bozulmakta, kariyerlerine dair endişe yaşamakta ve psikolojik olarak olumsuz etkilenmektedirler.

Sağlık çalışanları ile ilgili medyada hızla artan haberler ve artan malpraktis davalarına paralel olarak hasta ve yakınlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddet uyguladığı vakaların artması dikkat çekici ve kaygı verici bir durumdur.

Çalışmada olguların hatalı uygulama konularına göre değerlendirilmesinde en yüksek oranda izleme hatası (%15,9) görülmüş, bunu takiben de eşit oranlarda (%11,2) tedavi hatası (tedavi etmeme, tedavi eksikliği v.b.) ile tanı ve tedavi hatası görülmüştür. Dettmeyer ve arkadaşları hatalı uygulama konularını değerlendirdiklerinde, en çok tedavi hatası, sonrasında sırayla tanı hatası ve komplikasyonları tanınamaya bağlı hatalar görmüşlerdir (31). Saki ve arkadaşları 1983-2006 arası yılları kapsayan çalışmalarında en sık tanı hatası yapıldığını görmüşlerdir (70). Can ve arkadaşları 1978-2006 yılları arasında tıbbi uygulama hatası nedeniyle yargıya yansımış ve yerel mahkemeler tarafından Yüksek Sağlık Şurası veya Adli Tıp Kurumu'ndan bilirkişi görüşü alınarak verilen kararlar-hükümlere itiraz sonucunda yüksek yargı organında oluşturulmuş görüşleri değerlendirdikleri çalışmalarında, kusur nedenleri arasında ilk sırada yanlış tedavinin geldiğini, sonrasında sırasıyla dikkat ve özen göstermeme, ihmal ve tanı hatalarının yapıldığını göstermişlerdir (68). Yayı ve arkadaşları genel cerrahi ile ilgili olguları değerlendirirken acil travma olgularında daha çok tanı eksikliğine, travma dışı olgularda ise daha çok tedavi ve izlem yetersizliklerine dikkat etmeleri

gerektiği sonucuna varmışlardır (71). Sonuçta, literatürde sıklıkla ilk sırada tanı ve tedavi hatalarının yapıldığı görülmekte, bu çalışmada ise farklı olarak 'izleme eksikliği' hatası daha yüksek oranda görülmektedir. Teke ve arkadaşlarının hekimlerin tıbbi uygulama hatası ile ilgili kanunlara bakışına dair yaptıkları anket çalışmalarında, tıbbi uygulama hatalarının meydana gelmesinde etkili olabilecek faktörler içinde en fazla günlük bakılan hasta sayısının fazla olması şıkkı ve hastanelerin fiziki koşullarının uygunsuzluğu ve yeterli alt yapının bulunmaması şıkkını işaretlenmiştir. Yine bu çalışmada hekimlerin % 39,4'ünün tıbbi işlem öncesi aydınlatılmış onam almadıkları tespit edilmiştir (59). Tıp Fakültelerinde mesleki sorumluluk ve yükümlülüklere dair derslerin artırılması, gerekirse mezuniyet sonrası konu ile ilgili kurum içi eğitimler ile desteklenmesi gerekliliği açıkça görülmektedir. Teke ve arkadaşları Eğitim Hastanelerinde ve çalışma yükü fazla olan hastanelerde karşılaşılan adli-tıbbi sorunlar ile ilgili olarak danışmanlık hizmeti verebilecek olan birimlerin kurulmasını hekimlerin çoğunluğunun gerekli gördüğünü bildirmişlerdir (59).

Dünyada pek çok profesyonelin organizasyon standart bakım rehberleri hazırlanması ve uygulanması için çalıştığı bildirilmektedir. Ülkemizde de sosyoekonomik koşullar doğrultusunda bu rehberlerin geliştirilmesi, böylece farklı yerlerde farklı cerrahi müdahalelere maruz kalma riski en aza indirgenerek, değerlendirmenin de standartlara dayalı olarak yapılabileceği önerilmektedir (71).

Hastanelerde tıbbi uygulama hatasından kaçınmak için rehber ve danışmanlık birimlerinin kurulması bir önlem olarak düşünülebilir. Bu alanda Adli Tıp uzmanları önemli bir sorumluluk üstlenmektedir.

Tıbbi uygulama hataları hem adli hem de tıbbi yönü bulunan bir konudur. Ölümle sonuçlanan olgularda neden sonuç ilişkisinin kurulabilmesinde otopsinin rolü tartışılmazdır. Ölüm nedeni, yapılan hatalar ve sonuçları ancak tam olarak otopsi ile ortaya konulabilir (71). ABD'de otopsi oranı son 50 yılda dramatik olarak azalmıştır. 1950'lerde tüm ölümlerin % 60'ına otopsi yapılırken 1990'da bu oran % 10-12 arasına düşmüştür (72). Hull ve arkadaşları 2007 yılında yaptığı çalışmada ABD'de otopsi oranlarının devlet hastanelerinde % 5, akademik enstitülerde % 10'lara düştüğünü belirtmiştir. Yine ABD'de görülen tüm ölümlerde otopsi oranı % 4'tür (73). ABD ve bazı Avrupa ülkelerinde özellikle adli nitelikte olmayan hastane otopsi oranlarının düşmesinde başta yüksek otopsi ücretleri (Belçika'da 473 £,

Londra’da 850 £) olmak üzere, yargısal faktörler, hasta yakınlarının duygusal nedenlerle otopsiye ikna olmaması, patoloğların isteksizlikleri, modern teknolojiden dolayı tanılara duyulan güven sebep olarak gösterilmektedir (74). Buna karşın; Türkiye’de yapılan çalışmalarda ise artan nüfus ve adli olayların yanısıra; tıbbi uygulama hatası iddialarının da artışına paralel olarak yapılan adli otopsi sayısının arttığı gözlemlenmektedir. Tanının kesin olmadığı veya olduğu düşünülse bile ölümle sonuçlanan olgularda, sorumluluğun saptanması veya hekimin aklanmasını sağlayacak bulgular ancak otopsi uygulanması ile elde edilebilir. Otopsi yapılmadan gömülen olgularda kesin ölüm nedenine, olayda tıbbi uygulama hatası olup olmadığına karar vermek ancak klinik bulgulara dayanılarak yapılmaktadır. Bu da işi zorlaştırmaktadır. Hatta bazı yazarlar özellikle ameliyat sonrası dönemi kapsayan tıbbi uygulama hatası iddialarında, davacıların genellikle tıbbi kayıtların yetersiz ya da güvenilir olmaktan uzak olduğu kuşkusunun da etkili olabileceğini vurgulamışlardır. Bu durumda otopsi kesin ölüm nedenini vereceği gibi, bir hata olup olmadığını da ortaya koyacaktır (75). Otopsinin hekimlerin tanı ve tedaviden doğan sorumluluklarının belirlenmesinin yanı sıra, hekimlerin yanlış yere suçlanmalarını önleyen, hatta onların aklanmasını sağlayan en önemli unsur olduğu belirtilmektedir (76). Tabi bu noktada yapılan otopsinin standardı ve kalitesi de önem taşımaktadır. Otopsiyi yapan hekimin otopsi öncesi olay hakkında bilgilenmesi, otopsiyi buna göre yönlendirmesi, otopsi yapılan ortam, kullanılan araç gereç otopsinin kalitesini belirlemektedir. Gerektiğinde bazı otopsilerde özel prosedürler kullanılabilir. Bove ve arkadaşları otopsi performansı ve raporlamasına dair yaptıkları çalışmalarında çeşitli örneklerle kaliteli bir otopsi için dikkat edilmesi gereken unsurları vurgulamış, raporlarda gecikme, ön raporla son rapor arasındaki tutarlılık, otopsi bilgilerinin kabul edilebilirliğinin öneminden bahsetmiştir (41).

Bu çalışmada otopside major değişiklik oranı % 45,4 (139 olgu) olarak bulunmuştur. Bunlardan 68 olguda otopsi tanısı ile klinik tanı uyumsuzluğu saptanırken, 71 olguda klinik tanı bulunmayıp ya da şüpheli olup otopsi ile tanı koyulmuştur. Pakiş’in çalışmasında ise majör değişiklik oranı % 36,3 (136 olgu) oranında bulunmuş, bunların 52’sinde otopsi ile klinik tanı uyumsuz iken 84 olguda klinik tanı olmayıp otopsi ile tanı konulmuştur (6). Yayı ve arkadaşlarının çalışmasında ise major değişiklik oranı % 47’dir (39). Bizim bu iki çalışmadan diğer önemli bir farkımız incelenen otopsi materyalinin bir merkeze ait, daha homojen bir grup ile ilişkili olmasıdır. Ermenc çalışmasında % 49,3 oranında major değişiklik tespit etmiştir

(38). Ong ve arkadaşlarının, otopsi yapılan, yoğun bakımda yatan travma hastalarına yaptıkları çalışmada, Goldman sınıflasına göre % 19 oranında Grup 1-2 kaçırılmış tanı tespit etmişlerdir.

Bunu açığa çıkaran otopsinin değerli bir araç olduğunu ve klinik problemlerle ilgili geri dönüşüm verdiğini belirtmişlerdir (77). Combes ve arkadaşları ise yoğun bakımda ölen 315 kişiden 167'sine otopsi yapıldığını, 148 olguda ise en sık ailenin reddi, sonrasında aileye ulaşamama, ailenin dini ve kültürel sebeple hemen cenazeyi kaldırmak istemesi nedeniyle otopsi yapılamadığını belirlemişlerdir. Otopsi yapılanların % 31,7'sinde major değişiklik saptamışlardır (78). Pastores ve arkadaşları ise 1999-2005 yılları arasında üçüncü basamak kanser merkezinin medikal ve cerrahi yoğun bakım ünitesinde ölen hastaların klinik tanıları ile postmortem bulguları arasında Goldman sınıflasına göre Grup 1-2 majör değişikliği % 26 oranında bulmuşlardır (79). Diğer çalışmalarda da Grup 1-2 major uyumsuzluğun % 19,8 ile % 27 arasında olduğu belirtilmiştir (80, 81). Silfast ve arkadaşları Helsinki üniversite hastanesinde 1996-2000 yılları arasında yoğun bakım ünitelerinde ölen kişilerde yapılan otopsilerde (otopsi oranı % 89) % 5 oranında Grup 1-2 major değişiklik saptamışlardır (82). Sakai ve arkadaşları çalışmalarında % 22,7 major değişiklik % 14,4'ünde ise negatif otopsi veya uyum konusunda belirsizlik saptamışlardır. Major değişiklik saptananların büyük kısmının dahiliye, sonrasında cerrahi olguları olduğunu belirtmişlerdir (70). Shojania ve arkadaşları 1966-2002 yılları arasında dekadlara göre 53 otopsi serisini istatistiksel olarak incelemiş, otopside tespit edilen major hata ve Grup 1 (kişinin ölmesine kuvvetle muhtemel etkisi olan tanı) tanı hatasında zamanla bariz düşüş olduğunu tespit etmişlerdir (83). Ermenc ise 2000 yılında yaptığı çalışmasında tıp alanında meydana gelen teknolojik gelişimlerin tanıya yönelik araç ve gereçleri artırmasıyla tanı doğrultusunda da artış beklenmesi gerektiğini ancak bu beklentinin gerçekleşmediğini belirtmiştir (38). Burada bahsi geçen ilgili literatürlerin sonuçlarına bakıldığında klinik tanı ile otopsi tanısı arasında major değişiklik görülme sıklığının yaklaşık olarak % 19 ile % 49 arasında görüldüğü dikkat çekmektedir. Tıbbi uygulama hatalarının karara bağlanmasında major değişikliğin tespiti şüphesiz temel belirleyicilerden biridir. Yurt içi ve yurt dışında yapılan pek çok çalışma, tüm teknolojik gelişmelere, tanıda kullanılmaya başlanılan yeni yöntemlere rağmen tıbbi uygulama hatası iddiası taşıyan olgularda hem iddiaların hem de antemortem tanıların otopsi ile değiştiğini göstermektedir (40, 41).

Çalışmada, klinik tarafından en sık tanı hatası saptanan hastalıklar kalp damar hastalığı, sepsis, akciğer enfeksiyonu ve barsak perforasyonu olarak bulunmuştur (Tabo 10). Bu tanı farklılıkları, ilgili alanlarda tedavi fark ve sorumlulukları ile ilişkiyi yansıtmaktadır. Combes ve arkadaşları yoğun bakım ölümleri üzerine yaptıkları çalışmalarında en çok atlanılmış tanı (klinik tanı yok, otopsi ile tanı konulmuş) olarak sırasıyla çeşitli organlarda oluşan infarktüs-trombozları (%15,3), kanserleri (%12,3), stroke (%7), pulmoner emboli (%5,9) tespit etmişlerdir (78). Selfast ve arkadaşları ise Grup 1 uyumsuzlukları en çok transplant hastalarında, Grup 2 uyumsuzlukları ise non-masif myokard enfarktüslerinde gördüklerini belirtmişlerdir (82). Davis ve arkadaşları 3 yıllık zaman diliminde yapılan otopsilerde en sık yoğun bakım hatası olarak sepsis tanısında gecikme ve cerrahide gecikme tespit etiklerini bildirmişlerdir (84). Tejerina ve arkadaşları çalışmalarında pulmoner embolizm, özellikle pnömoni, sekonder peritonit, invaziv aspergillozis, endokardit gibi enfeksiyonlar ve myokard enfarktüsü gibi olayların yaygın ve tanıda zorlanılan durumlar olduğunu göstermişlerdir (85).

Çalışmada Tablo 11’de klinik olarak tanı konulmayan otopsi ile tanı koyulan olguların en büyük grubunu ameliyat komplikasyonları oluşturmaktadır. Bu ameliyatların da büyük bölümünü ‘disk hernisi’ ve ‘laparoskopik safra kesesi’ ameliyatları oluşturmaktadır. Juvin ve arkadaşları ameliyat sonrası ölümlerde otopsinin önemini araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmalarında klinisyen tanılarının çoğunluğunun hatalı olduğunu saptamış, 15 ameliyat sonrası ölüm olgusunun değerlendirildiği çalışmada 2/3’ünde otopsi yeni bir bilgi vermiştir. Postoperatif ölümlerde erken postmortem otopsi ölüm nedenini açıklamada ve beklenmeyen bilgiler sunmada önemli bulunmuştur. Ölüm anındaki tanıların çoğu yanlış bulunmuş, antemortem olarak tanı konulamayan intraperitoneal abse, intraperitoneal hematoma, ince barsak nekrozunu erken cerrahi tedavi ile kurtulma şansı bulunan olgular olarak değerlendirilmiştir. Anafilaktik şok, ani gelişen ilaç ölümleri ve perioperatif ölümlerde özel bir otopsi prosedürü kullanmanın gerekliliği vurgulanmıştır (75).

Bu çalışmada, klinik tanısı olmayıp, otopsi ile anesteziye bağlı ölüm tanısı konulan 5 olgu mevcuttur. Anestezinin hatalı uygulanması iddiası ile hekimler ve diğer sağlık personeli aleyhlerine açılan davalarda ciddi bir artış gözlenmektedir. Perioperatif ölümlerle ilgili yapılan retrospektif çalışmalar ölüm nedenlerinin büyük çoğunluğunun kişinin preoperatif hastalığına ve cerrahi girişime bağlı olduğunu göstermektedir. Bununla beraber anestezi

uygulanmasına bağlı ortaya çıkan istenmeyen durumlarına en büyük sebebinin insan hataları oluşturmaktadır (86). Preoperatif değerlendirmelerin yetersizliği, mevcut patolojilere yönelik önlem alınmaması, intraoperatif dönemde gerekli dikkat ve özenin gösterilmemesi hataları sıktır (87). Anestezi ölümlerinde otopsi dikkatle yapılmalı, hipoksi için beyin, hipokampus, serebellum örneklenmeli, aletlerin yerleşimleri, toksikolojik örnekler, bakteriyolojik örnekler özenle alınmalıdır (28). İstanbul Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi'nde yapılan otopsilerde bu kriterlere uyulmakta, bu tür olgularda tam beyin filksasyonu ve incelemesine gidilmektedir. Postoperatif lm görülen otopsilerde örneklemeler anestezi ölümü kuşkusu bulunan olguları da kapsayacak şekilde yapılmalıdır.

Bu çalışmada olguların % 91,5'inde (280 olgu) tıbbi uygulama hatasına dair karar verilmiş, 26 olguda (%8,5) ise değişik nedenlerle karar verilememiştir. Karar verilen olguların 81'inde tıbbi uygulama hatası varlığı yönünde karar verilirken, 199 olguda tıbbi uygulama hatası saptanmamıştır. Tıbbi uygulama hatası kararının sonucu ile otopside major değişiklik saptanması arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, otopside major değişiklik saptanan grupta, diğer gruba göre istatistiksel anlamlı olarak tıbbi uygulama hatası varlığı yönünde karar verildiği görülmüştür. Bove ve arkadaşları, çalışmalarında otopsi sonuçlarının tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan dava sonuçlarını nasıl etkilediğini araştırmış, otopsi tanısı ile klinik tanı arasında major uyumsuzluk olan olgularda bile sanık hekimin genellikle beraat ettiğini, hekimin kusurlu bulunduğu olgularda da klinik tanı ile otopsi tanısı arasında genellikle major uyumsuzluk bulunmadığını görmüşlerdir (40). Tıp uygulamaları içerisinde ortaya çıkan istenmeyen sonuçların tamamı tıbbi uygulama hatası olmadığı gibi, tıbbi uygulama hatalarının tamamı da zararlı sonuçlanmamaktadır. Ortaya çıkan zarar ile uygulanan tıbbi girişime bağlı nedenselliğin söylenebilmesi için adli ve tıbbi belgelerin analizi ile beraber otopsinin değeri tartışmasız çok önemlidir. Geriye dönüş söz konusu olmadığından eksiksiz bir otopsi için öncelikle olgunun tam bir analizi yapılmalıdır (32).

Otopsi objektif verilerle hasta yakınlarının şüphelerini gidermede ve klinisyene geri bildirim vermede, tehlikeli ve yarasız uygulamaların tanımlanmasında, hastalıkların fizyopatolojisini anlamada, mevcut tanısall araçların isabetliliğini kontrol etmede, epidemiyolojinin anlaşılmasında ve yeni hastalıkları açıklamada ve tıp eğitiminde oldukça önemli bir role sahiptir. .

Sonuç olarak, bu çalışmada 2006-2010 yılları arasında Adli Tıp Kurumu 1. ve 3. İhtisas Kurulları'nca düzenlenen tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan ve otopsi İstanbul Morg İhtisas Dairesi'nde yapılan toplam 306 olgu değerlendirilmiş, klinik tanı ile otopsi tanısı arasında % 45,4 major değişiklik saptanmış olup major değişiklik saptanan olgularla tıbbi uygulama hatası kararı arasında yüksek anlamlı ilişki bulunduğu, malpraktis davalarının sonuçlanmasında otopsinin önemli bir yeri olduğu sonucuna varılmıştır. Ülkemizde tıbbi uygulama hatası iddiası ile yapılan otopsilerde son dönemlerde artış olduğu, çarpıcı bir bulgu olarak en sık çocuk hastalıkları uzman ve uzmanlık öğrencilerine tıbbi uygulama hatası iddiasıyla dava açıldığı ancak en sık pratisyen hekimlerin hatalı bulunduğu görülmüştür. Tıbbi cerrahi tedavi süreci sonucu herhangi bir şikâyet dışında da belirsizlik, kuşku bulunan tüm girişimlerde de otopsi uygulanmalıdır. Olgular ile ilgili tüm adli tıbbi belgeler ve kayıt niteliği taşıyan tüm veriler en başta otopsi merkezine gönderilmelidir. Hekimleri ve sağlık çalışanlarını korumaya yönelik gerçekçi yasal düzenlemeler yapılmalı, etkin eğitim programları oluşturulmalıdır.

6.KAYNAKLAR

1. Polat O. Tıbbi Uygulama Hataları, 2005, Seçkin Yayınları, Ankara
2. Sayek F. Sağlıkla ilgili uluslararası belgeler/ Dünya Tabipler Birliği Avrupa Konseyi Birleşmiş Milletler UNESCO Avrupa Tabip Birlikleri Forumu, 2.Baskı, Türk Tabipler Birliği Yayınları, 2009, Ankara.
3. Hancı İ. Malpraktis: Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu, 1.Baskı, 2002, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
4. Gore D, Gregory S. Historical Perspective on Medical Errors. Journal Am College Surgeons. 2003;197:609-11.
5. Mohr J. American medical malpractice litigation in historical perspective. JAMA. 2000;283(13):1731.
6. Pakiş I. Ölüm ya da doğumla sonuçlanan tıbbi uygulama hatalarına yaklaşımda Adli otopsinin rolü, (Doktora Tezi): Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul; 2006.
7. Büken B. 1990-2000 Yıllarında Adli Tıp Kurumu I. ve II. İhtisas Kurullarına Obstetrik ve Jinekolojik Malpraktis İddiasıyla Gönderilen Olguların Adli Tıp Açısından İrdelenmesi, Adli Tıp Kurumu, İstanbul, (Uzmanlık Tezi), 2001
8. Özkara E, Hancı H. Türkiye'de Nöroşirurjenin Yasal Sorumlulukları ve Medikolegal Sorunları. Türk Nöroşirurji Dergisi. 2003;13:213-20.
9. Çetin G, Yorulmaz C. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi. İstanbul 2006.
10. Giray A. Malpraktis Açısından Hekimlerin Karakteristikleri ve İşyeri Fiziksel Koşullarının Akciğer Tüberküloz Hastalığı Teşhisinde Kullanılan Muayene Protokolü Uygulama Yeterliliğine Etkisi [Doktora Tezi]: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1999.
11. Snook I, Donald J. Hospitals: What They Are and How They Work Philadelphia, 1981, Aspen Publication Philadelphia.
12. Aşçıoğlu Ç. Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar,1993. Ankara.
13. Sloan F, Bovbjerg R, Githens P. Insuring Medical Malpractice. New York: NY: Oxford University Press; 1991.
14. Upadhyay A, York S, Macaulay W, McGrory B, Robbennolt J, Ball B. Medical malpractice in hip and knee arthroplasty. Journal of Arthroplasty. 2007;22:2-7.
15. Thorpe K. The Medical Malpractice 'Crisis': Recent Trends and the Impact of State Tort Reforms, 2004, Health Affairs Web Exclusive, W-4-20.doi:10.1377/hlthaff.w4.20.

16. Kessler D. Evaluating the Medical Malpractice System and Options for Reform. *Journal of Economic Perspectives*. 2011;25(2):93–110.
17. Ball B. An Introduction to Medical Malpractice in the United States. *Journal of Clinical Orthopaedics and Related Research*. 2009;467:339-47.
18. Peter P, Budetti M, Edward E, Helen T. Medical Malpractice Law in the United States: Department of Health Administration and Policy, College of Public Health, University of Oklahoma Health Sciences Center, Washington2005.
19. Savaş H. Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları Tıbbi Malpraktis Tıbbi Davaların Seyri ve Sonuçları, 2009, Seçkin Yayınları, Ankara.
20. Madea B, Preub J. Medical malpractice as reflected by the forensic evaluation of 4450 autopsies. *Forensic Science International*. 2009;190(1-3):58-66.
21. <http://www.turkhukuk sitesi.com/showthread.php?t=18941> (Erişim Tarihi: 03.04.2012).
22. Kocatürk U. Açıklamalı Tıp Terimleri Sözlüğü, Ankara Üniversitesi Basımevi, 1989.
23. Polat O, Pakiş İ. Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2011;2(3):119-25.
24. Ambady N, LaPlante D, Ngyen T, Rosenthal R. Surgeon's tone of voice: a clue to malpractice history. *Journal of Surgery*. 2002;132:5-9.
25. Henderson C, Danner D. Legal pitfalls in the diagnoses and management of breast cancer. *Hematolog OncolClinNorth Am*. 1989;3(4):823-42.
26. Kadzombe E, Coals J. Complaints againts doctor is an accident and emergency department: a10 years analysis. *Archives Emergency Med*. 1992;9(2):134-42.
27. İnce H, İnce N, Özyıldırım B, Safran N. Hatalı tıbbi uygulama ve korunma yolları. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*. 2005;68:123-7.
28. Sharma B. Death during or following surgical procedure and the allegation of medical negligence: An overview. *Forensic and Legal Medicine*. 2006;14:311-7.
29. Büken E, Büken Ö, Büken B. Obstetric and jynecologic malpractice in Turkey: incidence, impact, causes and prevention. *Journal of Clinical Forensic Medicine*. 2004;11:233-47.
30. Koç S. Yasal Düzenlemeler Çerçevesinde Hekimlerin Sorumluluğu. *TürkDerm*. 2007;41:33-8.
31. Dettmeyer R, Egl M, Madea B. Medical malpractice charges in Germany-Role of the Forensic Pathologist in the preliminary criminal proceeding. *Journal Forensic Science*. 2005;50(2):423-7.

32. Ertan A, Pakiş I. Anestezinin Hatalı Uygulamasına Bağlı Olduğu İddia Edilen Ölümlerin Araştırılmasında Otopsi Prosedürü. *The Bulletin of Legal Medicine*. 2006;11(3):119-24.
33. Lienhart A, Chigot J. Claims related to anesthesia at the university hospitals off Paris. *Ann Fr Anesth Reanim*. 1996;15(2):215-9.
34. McLemore J, Garvin A. Autopsy and malpractice considerations. *Anesthesiology*. 2011;115:685-6.
35. Roulson J, Benbow E, Hasleton P. Discrepancies between clinical and autopsy diagnosis and the value of postmortem histology; a meta-analysis and review. *Histopathology*. 2005;47:551-9.
36. Goldman L, Sayson R, Robbins S, Cohn L, Betmann M. The value of the autopsy in three medical areas. *New England Journal Med*. 1983;308:1000-5.
37. King D. Potential of the autopsy. *Archives Pathology Lab Medicine*. 1984;108:439-43.
38. Ermenc B. Comparison of the clinical and postmortem diagnoses of the causes of death. *Journal of Forensic Science International*. 2000;114:117-9.
39. Yayı N, Üzün İ, Arslan M, İris M. Postoperatif Ölümle Sonuçlanmış ve Tıbbi Uygulama Hatası İddiası Bulunan Olgularda Otopsinin Değeri. *Türkiye Klinikleri Journal Forensic Science*. 2004;1:57-61.
40. Bove K, Iery C. The role of the autopsy in medical malpractice cases, I. *Archives of Pathology&Lab Medicine* 2002;126(9):1023-5.
41. Bove K, Iery C. The role of the autopsy in medical malpractice cases II. *Archives of Pathology&Lab Medicine* 2002;126(9):1032.
42. Pakiş I, Karayel F, Akçay Turan A, Ketenci Ç, Arıcan N. Otopsi Olgularında Perinatal ve Neonatal Bebek Ölümlerinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal Forensic Science*. 2005;2:85-9.
43. Gündoğmuş Ü, Bilge Y, Kendi Ö, Hancı İ. Hekimlerin Yasal Sorumluluğunun Yüksek Sağlık şurası Açıısından İrdelenmesi. *Adli Tıp Bülteni*. 1999;2:127-30.
44. Tuğcu H, Yorulmaz C, Koç S. *Türk Tabipler Birliği Klinik Gelişim Dergisi*. 6-10.
45. Çelik F. Cerrahin yasal sorumlulukları, <http://www.istabip.org.tr/genel/15.asp>. (Erişim tarihi: 04.04.2012).
46. *Türk Ceza Kanunu*, Kanun Numarası: 5237, Kabul Tarihi: 26.09.2004.
47. Odabaşı A, Tümer A. Çekinik (Defansif) Hekimlik; Yeni Türk Ceza Kanunu'nun Uygulanma Aşamasında Toplum Bekleyen Tehlike. *Sted*. 2006;15:55-9.
48. Hakeri H. *Tıp Hukuku*. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2007.

49. Alkan G. Yüksek Sağlık Şurasında 2000-2009 Yılları Arasında Değerlendirilen Anestezi ile İlgili Uygulama Hataları, Uzmanlık Tezi, 2010: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Ankara
50. Demir M. Hekim sözleşmesinden doğan sorumluluğun koşulları, Sağlık Hukuku Kurultayı, Ankara. 1-3 Kasım 2007:153-60.
51. Fevzioğlu M. Türk Ceza Kanununda Zorla Tedavi, Sağlık Hukuku Kurultayı, Ankara. 2007:311-9.
52. Tümer A. 1995-2000 Yılları Arasında Yüksek Sağlık Şurası Tarafından Değerlendirilen Cerrahi Vakaların Komplikasyonları ve Malpraktis Yönünden Araştırılması, Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi, 2002.
53. Demirel B. Hekimin yasal sorumlulukları. Gazi Medical Journal. 2005;16:99-106.
54. Borçlar Kanunu, Kanun Numarası: 818, Kabul Tarihi: 22.04.1926, Resmi Gazete Tarihi: 29.04.1926, Resmi Gazete Sayısı: 359.
55. <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx>. (Erişim Tarihi:10.04.2012).
56. Güler M. Hekimler ve Tabip Odası Çalışanları için Mevzuat. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Yayını, 3 Baskı. 2001.
57. Özkaya N, Yılmaz R, Özkaya H, Can M, Pakiş I, Yıldırım A, et al. Tıbbi Uygulama Hatası İddiası ile Adli Tıp Kurumu'na Gönderilen 0-18 yaş Grubu Olguların Değerlendirilmesi. Turkish Archives of Pediatrics. 2011;48:151-8.
58. Yorulmaz C. İstanbul Tabip Odası'na Yansıyan Hekim Hatası İddiası Bulunan Olguların Adli Tıbbi Açidan İrdelenmesi, (Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, 2005, İstanbul.
59. Teke H, Alkan H, Başbulut A, Cantürk G. Tıbbi Uygulama Hataları ile İlgili Kanuni Düzenlemelere Hekimlerin Bakışı ve Bilgilenme Düzeyi: Anket Çalışması. Türkiye Klinikleri Journal Forensic Science. 2007;4:61-7.
60. Keith M. The Developing Human Clinically Oriented Embryology. Philadelphia: Pennsylvania: WB Saunders Company: The Curtis Center Independence Square West 19106.
61. Yılmaz R, Pakiş I, Turan N, Can M, Kabakuş Y, Gürpınar S. Adli Tıp Kurumu Birinci Adli Tıp İhtisas Kurulu'nca ölüm sebebi verilen 0-1 yaş grubu bebeklerin ölüm sebebi açısından değerlendirilmesi. Türk Pediatri Arşivi. 2010;45:31-6.
62. Horn L, Langner A, Stiehl P, Wittekind C, Faber R. Identification of causes of intrauterine death during 310 consecutive autopsies. Journal of Obstetric Gynecologic Reprod Biol. 2004;113(2):134-8.
63. Laig I. Clinical aspects of neonatal death and autopsy. Seminars in Neonatology. 2004;9:247-54.

64. Maeda H, Fujita M, Zhu B, Quan L, Taniguchi M. Medical practice related fatalities in forensic autopsy during the past 6 years in southern half of Osaka city and surrounding areas. *Legal Medicine*. 2003;5(322-324).
65. Gündoğmuş Ü, Ersoy N, Biçer Ü. Yüksek Sağlık Şurası Kararlarının Etik Açıdan Değerlendirilmesi. *Toplum ve Hekim*. 1998;13:8-14.
66. Yayıcı N, Üzün İ, Başer L, İnanıcı M. Genel Cerrahide Tıbbi Uygulama Hataları: 1996-2000 Yılları Arasında Adli Tıp Kurumu'na Yansıyan Olgular, *Türkiye Klinikleri Journal Forensic Science*, 2004, 1; pg.12-17.
67. ACOG committee opinion. Coping with the Stress of Malpractice Litigation *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2001;74:65-6.
68. Can İ, Özkara E, Can M. Yargıtayda Karara Varılan Tıbbi Uygulama Hatası Dosyalarının Değerlendirilmesi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2011;25(2):69-76.
69. Yaylacı S, Yücel Ö, Hancı H. Uzmanlık öğrencisi hekimlerin ve aile hekimi adayı öğrencilerin müdahalelerinden doğan yasal sorumluluk.
70. Sakai K, Takatsu A, Shigeta A, Fukui K, Maebashi K. Potential medical adverse events associated with death: a forensic pathology perspective. *International Journal For Quality in Health Care*. 2009;22(1):9-15.
71. Yayıcı N, Üzün İ, Baier L, İnanıcı M. Cerrahide tıbbi uygulama hataları: 1996-2000 yılları arasında Adli Tıp Kurumu'na yansıyan olgular. *Türkiye Klinikleri Journal Medical Science*. 2004;1:12-7.
72. McPhee S. Maximizing the benefits of autopsy for clinicians and families. *Archives PatholLabMed*. 1996;120:743-8.
73. Hull M, Nazarian R, Wheeler A, Schaffer S. Resident physician opinions on autopsy importance and procurement. *Human Pathology*. 2007;38(2):342-50.
74. De Vlieger G, Lia Mahieu M, Meersseman W. Clinical review: What is the role for autopsy in the ICU? *Critical Care*. 2010;14(2):221-8.
75. Juvin P, Teissiere F, Brion F, Desmonts J, Durigon M. Postoperative death and malpractice suits: Is autopsy useful? *Journal of Anesthesia&Analgesia*. 2000;91:344-6.
76. Sullivan H. Doctors are at risk if they fail to complete patients forms promptly, insurance MD warns. *Can Med Assoc J*. 1992;146:1229-31.
77. Ong A, Cohn S, Cohn K, Jaramillo D, Parbhu R, McKenney M. Unexpected findings in trauma patients dying in the intensive care unit: results of 153 consecutive autopsies. *American College OF Surgeons*. 2002;194(4):401-6.
78. Combes A, Mokhtari M, Couvelard A, Trouillet J, Baudot J. Clinical and autopsy diagnoses in the intensive care unit. *American Medical Association*. 2004;164:389-92.

79. Pastores S, Dulu A, Voigt L, Raoof N, Alicea M, Halpern N. Premortem clinical diagnoses and postmortem autopsy findings: discrepancies critically ill cancer patients. *Critical Care*. 2007;11(2):1-7.
80. Roosen J, Frans E, Wilmer A, Knockaert D, Bobbaers H. Comparison of premortem clinical diagnoses in critically ill patients and subsequent autopsy findings. *Mayo Clinic Proc*. 2000;75:562-7.
81. Tai D, El-Bilbeisi H, Tewari S. A study of consecutive in a medical ICU. *Chest*. 2001;119:530-6.
82. Silfast T, Takkunen O, Kolho E, Andersson L, Rosenberg P. Characteristics of discrepancies between clinical and autopsy diagnoses in the intensive care unit: a 5-year review. *Intensive Care Medicine*. 2003;29:321-4.
83. Shojania K, Burton E, McDonald K, Goldman L. Changes in rates of autopsy-detected diagnostic errors over time. *JAMA*. 2003;289(21):2849-56.
84. Davis J, Hoyt D, McArdle M. The significance of critical care errors in causing preventable death in trauma patients in a trauma system. *Journal Trauma*. 1991;31:813-9.
85. Tejerina E, Esteban A, Segoviano P, Barbero J, Gordo F, Vivar F. Clinical diagnoses and autopsy findings: Discrepancies in critically ill patients. *Critical Care Medicine*. 2012;40(3):842-6.
86. Ertan A, Öz H. Tıbbi Uygulama Hatalarına Bağlı Mortalite Ve Morbiditede Anestezinin Yeri. *The Bulletin of Legal Medicine*. 2006;11(3):80-4.
87. Ertan A, Öz H, İnanıcı A, Keskin R. Anestezi uygulaması sırasında ölümle sonuçlanan ve dava konusu olmuş olguların adli tıp açısından retrospektif değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal Medical Science*. 2004;1:67-71.