

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**2010-2014 YILLARI ARASINDA TIBBİ
UYGULAMA HATASI İDDİASI İLE ADLİ TIP
KURUMU İZMİR GRUP BAŞKANLIĞINDA
OTOPSİSİ YAPILAN OLGULARIN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. BURÇİN GÜRBEDEEN

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2016

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**2010-2014 YILLARI ARASINDA TIBBİ
UYGULAMA HATASI İDDİASI İLE ADLİ TIP
KURUMU İZMİR GRUP BAŞKANLIĞINDA
OTOPSİSİ YAPILAN OLGULARIN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. BURÇİN GÜRBEDEEN

**Danışman Öğretim Üyesi
Prof. Dr. ERDEM ÖZKARA**

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
Tablo Listesi	ii-iii
Grafik Listesi	iv
Kısaltmalar	v
Teşekkür	vi
Özet	1-2
Summary	3-4
Giriş ve Amaç	5-7
Genel Bilgiler	8-47
Gereç ve Yöntem	48-50
Bulgular	51-74
Tartışma	75-86
Sonuç ve Öneriler	87-88
Kaynaklar	89-106
Ekler	107-121

Ekler

Ek 1. Çalışmamıza Ait Veri Kayıt Formu.

Ek 2. Çalışmamıza Ait Otopsi Denetim Formu.

Ek 3. Adli Tıp Kurumu Başkanlığınının 17.02.2015 tarihli kararı.

Ek 4. Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulununun 14.05.2015 tarihli kararı.

TABLO LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 1. Goldman ve arkadaşları tarafından önerilen sınıflama.....	26
Tablo 2. Battle ve arkadaşları tarafından önerilen sınıflama.....	27
Tablo 3. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasındaki azami teminat tutarları.....	42
Tablo 4. Olguların yaş gruplarına göre dağılımı.....	52
Tablo 5. Olguların başvurdukları ve iddialara konu olan sağlık birimlerine göre değerlendirilmesi.....	53
Tablo 6. Olguların başvurdukları ve iddialara konu olan klinik birimlere göre değerlendirilmesi.....	54
Tablo 7. Olguların iddialara konu olan sağlık birimlerine başvuru nedenlerinin sistemlere göre dağılımı.....	55
Tablo 8. Olgulara iddialara konu olan sağlık birimlerinde konulan tanıların sistemlere göre dağılımı.....	56
Tablo 9. Olguların iddialara konu olan sağlık birimlerinde uygulanan tedavi şekline göre dağılımı.....	57
Tablo 10. Olguların iddialara konu olan sağlık birimlerinde yatış sürelerine göre dağılımı..	58
Tablo 11. Tıbbi uygulama hatası iddiasını ortaya atan kişilerin değerlendirilmesi.....	59
Tablo 12. Tıbbi uygulama hatası iddiasını ortaya atan kişilerin iddia konularının dağılımı..	60
Tablo 13. Hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan kişilerin görev alanlarına göre dağılımı.....	61
Tablo 14. Hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan hekimlerin klinik birimlerine göre dağılımı.....	62
Tablo 15. Olguların otopsi yapılması amacıyla gönderildikleri illere göre dağılımı.....	63
Tablo 16. Ölü muayenesini yapan hekimlerin özelliklerine göre dağılımı.....	64

Tablo 17. Ölü muayenesi sonucunda hekimin otopsi ile ilgili aldığı kararın Cumhuriyet savcısının otopsi kararı ile uyumluluğunun değerlendirilmesi.....	65
Tablo 18. Olguların ölüm tarihi ve otopsilerinin yapıldığı tarih arasında geçen süreye göre dağılımı.....	65
Tablo 19. Klinik tanı ile otopside belirlenen ölüm nedeni arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.....	67
Tablo 20. Klinik tanı ile ölüm nedeni uyumsuz bulunan olguların (Grup 2) değerlendirilmesi.....	67
Tablo 21. Otopsi denetim formuna göre otopsilerin değerlendirilmesi.....	68
Tablo 22. Otopside tıbbi belgelerin incelenme durumu.....	68
Tablo 23. Otopside konsültan hekime başvurma durumu.....	69
Tablo 24. Olguların otopsilerini yapan adli tıp uzmanı hekimlerin mesleki deneyim süresine göre değerlendirilmesi.....	71
Tablo 25. Otopsi denetim formuna göre başarı yüzdeleri ile otopsiyi yapan adli tıp uzmanı hekimin mesleki deneyim süresi arasındaki ilişki.....	72
Tablo 26. Otopsi denetim formuna göre başarı yüzdeleri ile olgunun ölüm tarihi ile otopsisinin yapıldığı tarih arasında geçen süre arasındaki ilişki.....	72
Tablo 27. Otopsi denetim formuna göre başarı yüzdeleri ile otopsi raporunda ölüm nedeni belirtilmesi arasındaki ilişki.....	73

GRAFİK LİSTESİ

	Sayfa No.
Grafik 1. Olguların yıllara göre dağılımı.....	51
Grafik 2. Olguların cinsiyetlerine göre dağılımı.....	52
Grafik 3. Otopsi raporunun sonucunda ölüm nedeninin belirtilme durumu.....	66
Grafik 4. Cerrahi operasyon uygulanan olgularda konsültan hekime başvurma durumu.....	70
Grafik 5. Olgularda tıbbi malzeme mevcudiyetinin durumu.....	70
Grafik 6. Feth-i kabir yapılan adli olguların dağılımı.....	74

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ATK: Adli Tıp Kurumu

CMK: Ceza Muhakemesi Kanunu

DMK: Devlet Memurları Kanunu

DTB: Dünya Tabipler Birliği

EALM: European Academy of Legal Medicine

HMEK: Hekimlik Meslek Etiği Kuralları

JMA: Japan Medical Association

KHK: Kanun Hükümünde Kararname

NHS: National Health Service

NPDB: National Practitioner Data Bank

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TBK: Türk Borçlar Kanunu

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

TCK: Türk Ceza Kanunu

TDT: Tıbbi Deontoloji Tüzüğü

TTB: Türk Tabipler Birliği

TUS: Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı

UHK: Umumi Hıfzıssıhha Kanunu

YSS: Yüksek Sağlık Şurası

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez çalışmalarım da danışman öğretim üyesi olarak değerli yardım ve katkılarıyla beni yönlendiren, ayrıca bilgisi ve özverili yaklaşımıyla bana yol gösteren, her zaman yanımda olduğunu hissettiğim hocam, Sayın Prof. Dr. Erdem Özkara'ya teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, tecrübe ve ilgilerini bana aktaran hocalarım Prof. Dr. Yücel Arısoy, Prof. Dr. M. Hakan Özdemir, Prof. Dr. Akça Toprak Ergöner, Doç. Dr. İ. Özgür Can ile Yard. Doç. Dr. Zehra Demiroğlu Uyaniker'e teşekkür ederim.

Bu çalışmanın yapılmasına verdikleri izin nedeniyle Adli Tıp Kurumu Başkanlığına, arşiv ve materyallerinde çalışma olanağı sağlayan Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığına, çalışmam süresince Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığında yardımlarını esirgemeyen tüm Morg İhtisas Dairesi çalışanlarına teşekkür ederim.

Çalışmam için istatistiksel analiz ve verilerin değerlendirilmesinde bilgi ve katkılarından dolayı Dr. Özden Özilice'ye teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitim sürecimi birlikte paylaştığım değerli asistan arkadaşlarıma ve aileme içtenlikle teşekkür ederim.

Dr. Burçin GÜRBEDEN

ÖZET

2010-2014 YILLARI ARASINDA TIBBİ UYGULAMA HATASI İDDİASI İLE

ADLİ TIP KURUMU İZMİR GRUP BAŞKANLIĞINDA OTOPSİSİ YAPILAN

OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Burçin Gürbeden, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye (burcin.kose@deu.edu.tr)

Giriş ve Amaç: Tıbbi uygulama hataları dünyada ve ülkemizde etik, hukuki, tıbbi, eğitimsel ve yönetsel yönleriyle her geçen gün daha fazla tartışılan çok boyutlu bir konudur. Son yıllarda tıbbi uygulama hatası iddialarında artışların olduğu gözlenmektedir. Tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan ve ölümle sonuçlanmış olguların değerlendirilmesinde otopsinin önemli bir yeri vardır. Adli nitelik kazanmış ölümlü olguların adli makamlara bildirimini yapılmaması da önemli sorunlara yol açmaktadır.

Çalışmamızda tıbbi uygulama hatası iddiası ile otopsi yapılan olguların özelliklerini incelemek, yapılan otopsilerin niteliğini irdelemek, ayrıca adli nitelik kazanmasına rağmen yetkili makamlara hekimler tarafından bildiri yapılmadan ölüm belgesi düzenlenen olguların özellikleri irdelenerek hekimlerin adli tıp eğitiminin önemine dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 01.01.2010-31.12.2014 tarihleri arasında Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığında otopsi yapılan olgular içerisinde tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan olgular ile hatalı tıbbi uygulama kapsamına girmesi nedeniyle adli nitelikte olmasına rağmen yetkili makamlara bildirilmeden ölüm belgesi düzenlenen ve sonrasında mezarı açılan olguların özellikleri incelendi. Tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan olgularda yapılan otopsinin niteliği ile ilgili değerlendirme yapılırken otopsi raporları European Academy of Legal Medicine (EALM) tarafından önerilen kılavuz kapsamında oluşturulan otopsi denetim formuna göre değerlendirildi. İstatistiksel analizde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0 programı kullanılarak tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde ile belirtilirken Bağımsız gruplarda t testi ve Mann-Whitney U testi kullanılmış ve $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: 2010-2014 yılları arasında tıbbi uygulama hatası iddiası ile Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığında otopsi yapılan olgu sayısı 146 olarak bulundu. Olguların %56,8'inin (83)

erkek, yaş ortalamasının $38,30 \pm 26,41$ olduğu görüldü. Olguların başvuru yaptıkları ve iddialara konu olan sağlık birimlerine göre dağılımında ilk sırada devlet hastanelerinin (%44,5) yer aldığı görüldü. Olgular hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan hekimlerin klinik birimlerine göre değerlendirildiğinde en büyük grubu Acil Tıp (%19,9) oluşturduğu gözlemlendi. Otopsi aynı gün içerisinde yapılan olguların otopsi denetim formundaki başarı yüzdelerinin yüksekliği istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,039$). Mezarı açılarak otopsi yapılan toplam 45 olgudan %37,8'inin (17) adli nitelikte olgular olduğu halde hekimler tarafından yetkili makamlara bildirilmediği gözlemlendi. Adli olgular içerisinde en büyük grubu 10 olgu ile (%58,8) trafik kazalarının oluşturduğu, trafik kazası geçiren olgulardan 2 olgunun (%20) yakınının hekimlerden mezarın açılmasına sebebiyet vermeleri nedeniyle şikayetçi olduğu görüldü.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamız ülkemizdeki benzer çalışmalarla kıyaslandığında İzmir'de tıbbi uygulama hatası iddiasıyla otopsi yapılan olgu sayısındaki dikkat çekici bir artış olduğu gözlemlenmiştir. Konunun çok boyutlu olarak ele alınması gerektiğini düşünmekteyiz. İddiaların aydınlatılmasında otopsi en etkili yöntem olduğundan ülkemizde otopsilerin standardizasyonu için bir kılavuz oluşturulmasının faydalı olacağı görüşüne varılmıştır. Ayrıca adli olgulara yaklaşım ile ilgili hekimlere yönelik eğitim faaliyetlerinin artırılmasının da hatalı tıbbi uygulamaları azaltacağı düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi uygulama hatası, otopsi, denetim formu, adli olgu bildirim.

SUMMARY

ASSESSMENT OF CASES WITH MEDICAL MALPRACTICE CLAIMS WHICH'S AUTOPSIES WERE PERFORMED IN İZMİR COUNCIL OF FORENSIC MEDICINE, MORGUE SPECIALITY DEPARTMENT BETWEEN 2010-2014

Burçin Gürbeden, Dokuz Eylül University, Faculty of Medicine, Forensic Medicine Department, İzmir, Turkey (burcin.kose@deu.edu.tr)

Introduction and objectives: Medical malpractice is a sophisticated issue which is being discussed about its ethical, legal, medical, educative and administrative aspects more with every passing day in the world and in our country. In recent years, it is seen that there is an increase in malpractice claims. Autopsy has an important role in assessment of cases with malpractice claims which were resulted with death. Making no notification to the authorities about cases which gained a judicial nature and resulted with death, may cause important problems.

In our study, taking attention to the importance of forensic medicine education of physicians is aimed by assessment of characteristics of cases involving malpractice claims which's autopsies were performed, examining the quality of performed autopsies, also examining the cases which's death certificates were edited by physicians without not making any notification to the authorities although these cases were got a judicial nature.

Materials and Methods: In the cases which's autopsies were performed between 01.01.2010-31.12.2014 in İzmir Council of Forensic Medicine, the characteristics of the cases involving medical malpractice claims and the cases which's death certificates were edited without making any notification to the authorities although they had a judicial nature due to the falling within the scope of medical malpractice then which's graves were opened were assessed. When making an assessment about the quality of autopsies of the cases involving medical malpractice claims, the autopsy reports were assessed according to the autopsy control form generated within the context of guide suggested by European Academy of Legal Medicine (EALM). Using Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0 in statistical analyse, when descriptive statistics were defined as numbers and percentages, Mann – Whitney U test and t test were used in independent groups and $p < 0.05$ value was accepted as significant.

Results: The number of cases which's autopsies were performed in İzmir Council of Forensic Medicine with medical malpractice claims between 2010-2014 were found 146. 56.8% of the cases (83) were male, the mean age was 38.30 ± 26.41 . In the distribution of the cases according to health care centers which were subjected to claims and where the cases applied, the public hospitals were seen in the first place (44.5%). When the physicians who were alleged with the medical malpractice claims about the cases were assessed according to their health care units, the biggest group was seen as emergency medicine (19.9%). The highness of success percentage in autopsy control form of the cases which's autopsies were performed at the same day were found significant statistically ($p=0.039$). It was seen that 37.8% of the 45 cases (17) which's autopsies were performed after opening their graves, were not notified to the authorities by the physicians although these cases were in judicial nature. In legal cases it was seen that the biggest group was the traffic accidents with 10 cases (58.8%), 2 of these traffic accident cases' (20%) relatives lodged a complaint against the physicians as they caused the opening of the grave.

Discussion and Conclusion: When our study is compared with similar studies in our country, a remarkable increase was observed in the number of cases which's autopsies were performed with medical malpractice claims in İzmir. We think that this issue should be addresses as multifaceted. As the autopsy is a most efficient method in clarifying the claims, the consensus of generating a guide for standardizing the autopsies in our country was reached. Additionally, we think that increasing in educational activities for physicians about approaching legal cases will decrease the medical malpractices.

Key Words: Medical malpractice, autopsy, control form, forensic case report.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tıbbi uygulama hataları; Dünya Tabipler Birliği (DTB)'nin 1992 yılındaki 44. genel kurulunda 'hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar' olarak tanımlanmıştır (1).

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 (2).

Hekimin ve diğer sağlık personelinin ya da tedavi kurumlarının kusurlu davranışı sonucu ortaya çıktığı iddia edilen hastalık, sakatlık veya ölüm olayları, son yıllarda giderek artan oranlarda karşımıza çıkmaktadır.

Tıbbi uygulama hataları birçok Avrupa ülkesi ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de çok boyutlu olarak tartışılmaktadır. ABD'de tıbbi uygulama hatalarına bağlı ölümlerin tüm ölümler içinde 3. sıraya yükseldiği öne sürülmüştür (3). Yakın dönemde ABD'de yayınlanan bir araştırmada her yıl yaklaşık 210.000 ila 440.000 kişinin önlenebilir tıbbi hatalar nedeniyle öldüğü bildirilmiştir (4).

Belçika'da her yıl yaklaşık 2000 adet tıbbi kusur şikayeti alınmakta olduğu, bunların %20'sinin yargıya gittiği ve yargıya gidenlerin %17'sinin de tazminatla sonuçlandığını belirtilmiştir (5).

Hekimlik uygulamalarından doğan hatalar ile ilgili olarak ülkemizde genellikle resmi bilirkişilik kurumları olarak Yüksek Sağlık Şurası (YSS) 'na, Adli Tıp Kurumu (ATK) 'na, üniversitelere; meslek örgütü olarak tabip odalarına başvurular yapılmaktadır (6). Bilirkişilik görüşü veren bu kurumların verileri kullanılarak yapılan araştırmaları incelediğimizde olgu sayılarının dünyada olduğu gibi ülkemizde de yıllar içerisinde önemli bir artış gösterdiği gözlenmektedir (7-10).

Türkiye'de yapılan araştırmalarda, tıbbi uygulama hatası iddialarındaki artış nedeniyle hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yöneldiği ve Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı (TUS)'nda dava riski yüksek bulunan uzmanlık dallarından kaçındıkları belirtilmektedir (11-

14). Bu nedenle konunun çok yönlü olarak tartışılmasının ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından da ayrı bir önemi bulunmaktadır.

Ölümlerle sonuçlanmış tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan olgularda otopsi büyük değer taşımaktadır. Otopsi; patolojik olayların ortaya çıkarılması, bunların klinik olaylar ve anamnez ile ilişkisinin saptanması ve rastlanılan değişikliklerin nedenlerinin belirlenmesi için cesette yapılan incelemelerden oluşan, ölüm nedeninin saptanmasında en kesin yöntem olarak tanımlanmıştır (15).

Otopside elde edilen bulgular sadece, hastanın tedavisinin o duruma uyan standart bakım koşullarının yerine getirilip getirilmediğinin saptanmasında değil ölümün bir tedavi hatasından mı, yoksa önceden var olan bir hastalıktan mı kaynaklandığının ortaya çıkarılabilmesine de katkıda bulunur (16). Ayrıca otopsi ile klinik olarak tanısı konulamamış ya da şüpheli tanısı olan olguların ölüm nedenlerinin ortaya çıkarılması sağlanabilir. Ölüm nedeni belirlenemeyen negatif otopsilerde dahi düşünülen tanıların elenmesi yoluyla tıbbi uygulama hatası iddiasına bir yaklaşım geliştirilebilir. Tüm bu nedenler tıbbi uygulama hatalarının değerlendirilmesinde otopsinin önemini artırmaktadır.

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 ve yaptığı otopsinin niteliği önemlidir (17).

Otopsilerin standardizasyonu için çeşitli otopsi protokolleri ve kılavuzları oluşturulmuştur (18-26). Yapılan çalışmalarla yazarlar bu protokol ve kılavuzlar ışığında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan olguların otopsisinde kullanılmak üzere çeşitli değerlendirme yöntemleri belirleyerek, belli bir standart oluşturup, hata payını azaltmak ve doğru tanıya ulaşmak amaçlanmıştır (27-30).

Hekimlerin ölüm olayları ile karşılaştıklarında ise ölüm halini belirleme ve ölüm belgesi düzenleme sorumlulukları bulunmaktadır. Adli nitelik kazanmış ölümlü olguların yetkili makamlara bildirimini yapılmaması önemli sorunlara yol açan tıbbi hatalı uygulamalardır. Bu

sorunlar içerisinde olguların daha sonrasında otopsi işlemi için mezarlarının açılması önemli bir yer tutmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, tıbbi uygulama hatası iddiası ile otopsi yapılan olguların özelliklerini incelemek, yapılan otopsilerin niteliğini irdelemek, ülkemizde otopsilerin belli bir standartta olması amacıyla bir kılavuz oluşturulması gerekliliğine dikkat çekmek ve konuyla ilgili yakın dönem verilerini elde ederek bilimsel tartışmalara katkıda bulunmaktır. Çalışmamızda ayrıca adli nitelik kazanmasına rağmen yetkili makamlara hekimler tarafından bildiri yapılmadan ölüm belgesi düzenlenen olguların özellikleri irdelenerek hekimlerin adli tıp eğitimindeki eksikliklere dikkat çekmek amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1 Tanım

Tıbbi uygulama hatası ihmal, bilgi ve beceri eksikliği gibi nedenlerle ortaya çıkan bakım standartlarından sapmayı da içeren ve hastada bir zararla sonuçlanan, hatalı olduğu kabul edilen tıbbi uygulamalardır (31).

ABD’de “The Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations” tıbbi uygulama hatası kavramını sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi şeklinde tanımlamaktadır (32).

DTB; “hekimin tedavi sırasında standart güncel uygulamayı yapmaması, bilgi, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar”ı tıbbi uygulama hatası olarak tanımlamaktadır (1).

Türk Tabipler Birliği (TTB) Meslek Etiği Kuralları’nın 13. maddesinde de tıbbi uygulama hatası tanımı; “bilgisizlik, ilgisizlik, deneyimsizlik nedeniyle hastanın zarar görmesi” şeklinde yapılmaktadır (33).

Bu anlamda kapsayıcı bir başka tanım da sağlık bakanlığı tarafından hazırlanan ve daha sonra gündemden kaldırılan Tıbbi Hizmetlerin Uygulamasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı’nda “Sağlık personelinin kasıt, kusur ve ihmali ile standart uygulamayı yapmaması, bilgi ve beceri eksikliği ile yanlış ya da eksik teşhiste bulunması ya da hastaya tedavi vermemesi ile oluşan ve zarar meydana getiren fiil ve durumlar” olarak yer almıştır (34).

Genel kullanımıyla terim, yalnızca hekimin meslek uygulamaları sırasında doğan zararlı sonucu değil, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog, teknisyen ve diğer tüm sağlık çalışanlarının hastaya müdahaleleri ya da diğer günlük mesleki uygulamaları sırasında, tıbbi standartların dışında hareket etmeleri sonucu oluşan zararı da kapsamaktadır (35).

Tıbbi uygulamalarda standartlara uygun davranmış olmak, tıbbi uygulama hatasına yaklaşımda anahtar noktadır. Tıbbi standart ise “Güncel tıp biliminin, teorik ve bilimsel bilgi birikim düzeyi ile bir tıbbi tedavinin amacına ulaşabilmesi için gereken ve deneysel tıp alanında da kanıtlanıp benimsenmiş olan deneyimlere dayalı mevcut durum” şeklinde tanımlanmıştır (36). Bu durumda; tıbbi uygulama hatası, tıbbi müdahalenin standartlara uygun olmaması anlamına gelmektedir.

2.2 Tarihçe

Hekimin, tarih boyunca, insan sağlığına faydalı olduğu zaman takdir edilmesine karşın, zarar verdiğinde, sorumlulukla karşı karşıya kaldığı tarihi belgelerden anlaşılmaktadır. Mezopotamya uygarlığından g¼n¼m¼ze yazılı belgeler olarak gelen, Hammurabi Kanunları'nda "hekimin neşter ile tehlikeli bir yara aarak hastasını öld¼rmesi veya göz¼n¼ harap etmesi halinde iki elinin de kesileceği" belirtilmektedir. Burada istenmeyen sonucun, sorumluluk için yeterli kabul edildiği anlaşılmaktadır (37).

Hindistan'da Manu ve Zoroastra Kanunlarında, doktorun sorumluluğunun bir juri tarafından saptanan kusura dayandırıldığı gör¼lmektedir. Manu kanunlarına göre, mesleğini kötü ifa eden hekim ve cerrah para cezası ile cezalandırılmaktaydı. Zoroastre kanununa göre ise yetersiz olduğu çeşitli olaylarla ispatlanan hekim, şayet mesleğini ifa ederse parçalanarak öld¼r¼lmekteydi. Hekimin mesleğini kötü ifa edip etmediği ya da sorumluluğunun olup olmadığına hekimlerden oluşan bir j¼ri karar vermekteydi. Hekimlerin ancak kötü niyetli veya dikkatsiz olmaları halinde sorumluluklarına karar verilirdi. Sorumluluğun temeli ilk kez kötü niyet ve dikkatsizlik gibi terimlerle kusurluluğa dayandırılmaktaydı (38, 39).

Mısır'da ise, her hasta iyileştikten sonra 'Canope' veya 'Memphis' tapınaklarına giderek hastalığının belirtilerini ve tedavi yöntemlerini anlatmışlardır ve bu doğrultuda da bir kitap hazırlanmıştır. Bu kitaptaki kuralları uygulayan doktor hastasının ölmesi ya da iyileşmemesi halinde sorumlu tutulmuyordu. Ancak, kurallardan ayrılma halinde meydana gelen ve istenmeyen durumdan, doktor sorumlu tutuluyordu. Kurallara uymama kusur kabul edilmekteydi (38, 39).

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 (38).

Roma Hukuku'nda da ilk önceleri, sorumluluğun cezai ve hukuki ayrımı yapılmıyordu. Fakat "Lex Aquia ve Lexcornela De sicariis et veneficiis" kanunları ile hekim sorumluluğunu düzenlenmiş, cezai ve hukuki sorumluluk birbirinden ayrılmıştır (37, 38).

Profesyonel anlamda malpraktis kavramı ise 18. yüzyılın başlarında İngiliz hukuk sisteminde yerini almıştır. Sir William Blackstone 1768'deki bir yorumunda tıbbi uygulama hatalarını; "hekimin, cerrahın ya da eczacının; ihmal ya da beceri eksikliği içeren davranışı sonucu, hastanın zarara uğrayarak hekime olan güveninin sarsılması" şeklinde tanımlamıştır (40).

İskoçya'da en eski malpraktis davası olarak bilinen ve 1900 yılında gerçekleşen bir olayda ise Dr. Murray parmak yaralanması olan bir hastaya çağrılmış, hastaya erizipel tanısı koymuş ve tedavi başlamıştır. Ancak hastası Dr. Murray'ın ilerleyen günlerde tedavisini takip etmediğini ve bu nedenle parmağının ampute edildiğini belirterek kendisinden şikayetçi olmuştur (41).

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 (16).

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 (16).

2013 yılında ABD'de yayınlanan bir araştırmada her yıl yaklaşık 210.000 ila 440.000 kişinin önlenebilir tıbbi hatalar nedeniyle öldüğü belirlenmiştir (4). ABD'de yapılan başka bir araştırmada, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezinin (Centers for Disease Control and Prevention) 2013 yılı raporunda paylaştığı ölüm nedenleri içerisinde tıbbi uygulama hatalarına bağlı ölümlerin tüm ölümler içinde kalp hastalıkları ve kanserden sonra 3. sıraya yükseldiği öne sürülmüştür (3).

Son yıllarda ülkemizde de tıbbi uygulama hatası iddialarında önemli bir artış söz konusudur. Hekimlik uygulamalarından doğan hatalar ile ilgili olarak ülkemizde resmi bilirkişilik kurumları olarak görev yapan YSS, ATK, üniversiteler; meslek örgütü olarak tabip odalarının verileri kullanılarak yapılan araştırmaları incelediğimizde iddia sayılarının dünyada olduğu gibi ülkemizde de yıllar içerisinde önemli bir artış gösterdiği gözlenmektedir (7-10).

2.3 Dünya’da Tıbbi Uygulama Hataları

Organisation for Economic Co-operation and Development tarafından 2006 yılında yayınlanan “Medical Malpractice: Prevention, Insurance and Coverage Options” isimli raporda son yıllarda tıbbi uygulama hatası nedeniyle açılan dava sayısında ve istenen tazminat miktarlarında artış olduğu belirtilmiştir (42).

ABD’de tıbbi uygulama hataları önemli bir gündem oluşturan boyuttur. Tıbbi uygulama hatası ve bunlara karşı yüksek tazminat cezaları 1970’lerin sonundan itibaren, büyük bir ivme kazanmış ve gündeme oturmuştur (31).

1969’da hastanelerle ilgili standartlar yeniden gözden geçirilmeye başlanmış ve tıbbi uygulamalarda gizlilik, aydınlatma, hastaların eşit ve insancıl tedavi edilebilmeleri gibi konular ele alınmıştır. Amerikan Hastaneler Birliği (American Hospital Association) 1973’de “Hasta Hakları Beyannamesi”ni (A Patient’s Bill of Rights) yayımlamıştır (43).

ABD’de tıbbi müdahaleden doğan zararların tazmininde kusura dayanan tazmin esasının kabul edildiği; bu zararların giderilmesine yönelik tazminatın, hekimler ve sağlık kuruluşlarının sigorta prim ödemeleri ile finanse edilen özel sigortacılık sistemleri aracılığı ile giderildiği ve mesleki sorumluluk sigortasının zorunlu olduğu bildirilmektedir (44).

ABD’de National Practitioner Data Bank (NPDB)’in verilerine göre 1991-2004 yılları arasında sigorta şirketlerinin tıbbi malpraktis davalarında hekimler için yıllık ödediği tazminat miktarının 1991 yılından 2003 yılına kadar iki kattan daha fazla artış gösterdiği bildirilmiştir (45).

Hastanede yapılan tıbbi uygulama hatalarına bağlı meydana gelen ölümler önemli bir gündem oluşturmaktadır. Institute of Medicine’nin Kasım 1999’da ‘*To Err Is Human*’ raporunda ABD’de her yıl 44.000 ile 98.000 arasında hastanın hastanelerde tıbbi uygulama hatalarına bağlı öldüğü bildirilmiştir (46). 2013 yılında ABD’de yayınlanan bir araştırmada bu rakamın yaklaşık 440.000’e kadar yükselmiş olması oldukça dikkat çekicidir (4).

ABD’de 2016 yılında yayınlanan güncel bir çalışmada tıbbi uygulama hatası riski en yüksek uzmanlık dallarının Dahiliye, Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Genel Cerrahi olduğu bildirilmiştir (47).

İngiltere’de 1990’ların başında Ulusal Sağlık Hizmetleri (National Health Service, NHS)’nde reformlara gidilmiş ve hasta hakları ile ilgili çalışmalar başlatılmıştır (48). 1990’ların

başından bu yana, NHS hastanelerinin ve sağlık hizmetleri ile uğraşan uzmanların denetim faaliyetlerinde önemli bir artış olmuştur. Bugün hemen hemen her sağlık kurumunun, faaliyetleri denetleyen ve yönetim kuruluna bir rapor halinde sunan bir denetleme komitesi, bir klinik denetleme programı; denetleme faaliyetlerinin koordinasyonu ve izlenmesi ile sorumlu, üç ya da dört personelden oluşan bir bölüm; bölüm veya uzmanlık bünyesinde, her biri kendi alanındaki kalite problemleri üzerine bir dizi denetleme projesi yürütürken, birbirine bağlı denetleme grupları bulunmaktadır (31).

İngiltere’de, sağlık hizmeti nedeni ile doğan zararların tazmininde, kusura dayanmayan tazmin sisteminin uygulandığı; zararların tazmininin, sağlık kurumlarının katkıları ve kamusal fonlarla finanse edilen kamu sistemi aracılığı ile gerçekleştirildiği aktarılmıştır (44).

Ulusal Hasta Güvenliği Derneği (National Patient Safety Agency) tarafından Ulusal Raporlama ve Öğrenme Sistemi (National Reporting and Learning System) kurulmuştur. Ulusal Raporlama ve Öğrenme Sistemi’nin amacı; olayların bildirim yoluyla patern gösteren durumları saptamak, yan etkilerden çıkarım yapmak, majör sistem hatalarını belirlemek, çözüm geliştirmek ve yaymak, raporlama kültürünü geliştirmektir. Raporlanan konular arasında NHS’ten hizmet alan bir hastada beklenmeyen ya da planlanmayan bir olay yaşanması ya da kazaya sebep olan herhangi bir olay yaşanması bulunmaktadır (49).

İngiltere’de NHS Litigation Authority tarafından yayınlanan 2014/15 yılı raporunda 2010/11 yılında 12.584 olan tıbbi hata iddia sayısının 2014/15 yılında 16.459’a yükseldiği, 2014/15 yılında iddialara konu olan ilk üç uzmanlık dalının ise Ortopedi ve Travmatoloji, Acil Tıp ve Genel Cerrahi olduğu bildirilmiştir (50).

Almanya’da tıbbi uygulama hataları son yıllarda artış göstermiş ve buna bağlı olarak bu konudaki çalışmalar artmıştır. Üniversitelerde hem hukuk hem tıp mensuplarına yönelik yüksek lisans programları ve sağlık hukuku merkezlerinin sayısının her geçen gün artıyor olması da bu ilginin bir başka göstergesidir (31).

Almanya’da uzun zamandan beri mahkemelerde tıbbi uygulama hataları davalarında çok yararlı bir sistem kullanılmaktadır. 1970’lerde Almanya’da Gutachterkommssionen (danışma kurulu) Schlich tungsstellen (bilirkişi kurulu) oluşturulmuştur. Bu kurullar tıbbi uygulama hataları olgularının kısa sürede değerlendirilerek çabuk sonuç alınmasını sağlarlar. Gutachterkommssionen (danışma kurulu) hekimin davranışını değerlendirir ama ana amacı hekim ve hastayı bilgilendirmek ve dava konusunda bilgi vermektir. Buna karşın

Schlichtungsstellen (bilirkişi kurulu) hata saptanmış olgularda direkt sigortaya bildirimde bulunarak görüşmeleri tamamlamaktadır (31).

Konu ile ilgili Almanya'da Bonn Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsünün kapsamlı bir araştırmasında 1990 ve 2000 yılları arasında 17 ayrı merkezde otopsi yapılan ve tıbbi uygulama hatası şüphesi bulunan toplam 4450 olgu değerlendirilmiştir. Olgu sayılarının yıllar içerisinde yükseldiği, tıbbi disiplinlere göre dağılım incelendiğinde ise ilk sıralarda cerrahi branşlar ve dahiliyenin yer aldığı belirtilmiştir (51).

İtalya'da 1980'lerin sonuna kadar gündemde olmayan tıbbi uygulama hataları olguları birdenbire yaşanan olgular açısından patlama göstermiştir. Yapılan bir çalışmada 1986'daki olgu sayısı 1985 yılına göre %50 artış gösterirken, 1987'de bu olguların sayısının 1986'ya göre %90 artış gösterdiği belirlenmiştir (52).

İtalya'da adli tıp uzmanı ve klinik uzmanlardan oluşan kurullar tıbbi uygulama hataları olgularında bilirkişilik yapmaktadır. Bu Almanya'daki deneyimden yola çıkarak hazırlanmış bir modeldir. İki kurul aracılığı ile tıbbi uygulama hataları değerlendirilmektedir (31).

İtalya'da Milan Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü arşivinin analiz edildiği retrospektif bir çalışmada 1996 ve 2009 yılları arasındaki on dört yıllık süreçte tıbbi uygulama hatası şüphesi ile otopsi yapılan olgu sayısı 317 olarak tespit edilmiş ve bu sayının yapılan tüm otopsilere oranının %2,2 olduğu belirtilmiştir (53).

İtalya'da Bari Üniversitesinde yapılan bir diğer çalışmada ise 1991-2000 yıllarında otopsi yapılan ve hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan toplam 364 olgu incelenmiştir. Hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan hekimler uzmanlık dallarına göre değerlendirildiğinde Kadın Hastalıkları ve Doğum, Genel Cerrahi ve Acil Tıp branşlarının ilk üç sırada yer aldığı bildirilmiştir (54).

Çin, dünyanın en kalabalık nüfusuna sahip olması nedeniyle tıp hizmetlerinin insanlara ulaştırılmasında kısıtlılık ve yetersizlik problemleri yaşamaktadır. Sağlık kaynaklarının yetersizliğinin birçok uygulama hatasına ve yanlışlıklara yol açtığı görülmektedir. Her geçen gün tıbbi uygulama hatası ile ilgili şikayetlerin arttığı görülmektedir (31).

Çin'de dikkati çeken en önemli özellik birçok gelişen ülkede karşılaşıldığı gibi doktorların çok stresli ve zor bir görev yapmalarına karşın çok kötü koşullarda ve çok az maaşla çalışmalarıdır. Her geçen gün tıp mesleğini seçenlerin sayısı azalmaktadır. Bu nedenle tıbbi uygulama hatalarında ceza konusundaki sınırlamalarla bu sayının daha da azalması hedeflenmektedir (31).

Çin’de yapılan bir araştırmada 1998-2011 yılları arasındaki toplam 1086 tıbbi uygulama hatası davasının verileri incelendiğinde dava sayısının yıllar içerisinde artış gösterdiği, davaya konu olan ilk üç uzmanlık dalının ise Kadın Hastalıkları ve Doğum, Ortopedi ve Travmatoloji ile Genel Cerrahi olduğu bildirilmiştir (55). Çin’de yapılan çok sayıda araştırmada bu çalışmaya benzer olarak ilk sıralarda Kadın Hastalıkları ve Doğum, Ortopedi ve Travmatoloji ile Genel Cerrahi branşlarının olduğu gözlenmiştir (56-61).

Japonya’da bir hekimle ilgili şikayet olduğunda hekim Japon Tıp Birliği (Japan Medical Association, JMA) üyesi ise dava açılmasını ya da JMA tarafından karara bağlanmasını seçme hakkına sahiptir. Ancak hekim zamanında JMA’ya başvurmazsa hasta dava açabilir ve JMA davayı sigorta kapsamı dışında sayabilir. Hastalar JMA’nın çözümünden tatmin olmazsa yine dava açabilmektedirler. JMA’ya başvuru yapıldığında JMA bilirkişileri, hukuk danışmanları ve sigorta şirketlerinden oluşan iddiaları inceleme komitesinde şikayeti ayrıntıları ile olayın olduğu bölgesel kuruluşlarla yakın ilişki içinde inceler. İddiaları inceleme komitesi daha sonra tüm dokümanları, yol açılan zararı ve sorumlulukları tespit etmesi için sorumluluk saptama konseyine yollar. Konseyde dört hukuk altı tıp uzmanı yer alır. JMA sisteminin yararı iddiaların sadece %8’inin mahkemeye gitmesi diğerlerinde ise mahkeme olmadan uzlaşma sağlanmasıdır. JMA bir iddiayı ortalama 3-12 ay sonra sonlandırırken, bu süre mahkemelerde ortalama 36 aydır (31).

Japonya’da yapılan bir araştırmada 1990-2009 yılları arasında arasındaki toplam 366 tıbbi uygulama hatası davasının verileri incelendiğinde 216 olguda hekimin sorumlu bulunması dikkat çekicidir (62).

Japonya’da yapılan bir diğer araştırmada ise 1979-2008 yıllarındaki toplam 366 tıbbi uygulama hatası davası kararları incelenmiştir. 1979-1989 yılları arasında hekimin sorumlu bulunduğu karar oranı %34 iken, 2000-2008 yılları arasında bu oranın %78’e yükseldiği belirtilmiştir (63).

Yapılan bir başka araştırmada Japonya’da son yirmi yılda cerrah sayısının azaldığı, bu tablonun uzmanlık alanı olarak daha az sayıda hekimin cerrahi branşları seçmesi ve Japan Surgical Society (Japon Cerrahi Derneği) tarafından 2011 yılında yapılan bir çalışmada da gösterildiği gibi yüksek dava edilme riskinin bir sonucu olduğu bildirilmiştir (64).

2.4 Türkiye’de Tıbbi Uygulama Hataları

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de tıbbi uygulama hatası iddiaları gün geçtikçe artarak karşımıza çıkmakta ve tartışılmaktadır. Tıbbi uygulama hataları ile ilgili olarak ülkemizde genellikle resmi bilirkişilik kurumları olarak görev yapan YSS, ATK, üniversiteler ve tabip odalarının verileri kullanılarak yapılan araştırmaları incelediğimizde olgu sayılarının yıllar içerisinde önemli bir artış gösterdiği gözlenmektedir (8-10, 65).

Algan’ın tez çalışmasında, 2006-2010 yılları arasında ATK 1. ve 3. İhtisas Kurullarına ait tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan ve otopsi İstanbul Morg İhtisas Dairesinde yapılan 306 olgunun dosyası retrospektif olarak incelenmiştir. Hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan hekimlerin klinik birimlere göre dağılımında ilk sırada Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları sonrasında Kadın Hastalıkları ve Doğum ile Genel Cerrahi branşlarının yer aldığı, 81 olguda tıbbi uygulama hatasının varlığı yönünde karar verildiği gözlenmiştir (66).

Ülkemizde tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan olgularla ilgili yapılan çok sayıda araştırmada iddialara konu olan uzmanlık dalları incelendiğinde ilk sıralarda Kadın Hastalıkları ve Doğum branşının yer aldığı gözlenmiştir (7, 67-72).

Tıbbi uygulama hataları medyada da giderek artan oranlarda gündeme gelmektedir (73, 74). Ertem ve arkadaşlarının arşivine internet aracılığı ile ulaşılabilen 18 gazetenin 2000-2007 yılları arasında “hatalı tıbbi uygulama, doktor hatası, hemşire hatası, yanlış tedavi, hatalı ilaç uygulamaları, hatalı ameliyat” anahtar kelimeleri girilerek tıbbi hatalar ile ilgili haberlerin incelendiği retrospektif çalışmasında yapılan haber sayılarının yıllar içerisinde artış gösterdiği, haberlere en fazla konu olan uzmanlık dalının ise Kadın Hastalıkları ve Doğum olduğu gözlenmiştir (74).

Tıbbi uygulama hatalarındaki artış hekimlerin TUS tercihlerine de yansımaktadır. 2007 Nisan-2013 Nisan arasında düzenlenen 13 adet TUS ile ilgili verilerin incelendiği bir araştırmada tıbbi biyokimya ve tıbbi mikrobiyoloji gibi branşların TUS taban puanlarında yükselme olurken, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Genel Cerrahi ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları branşlarının taban puanlarında belirgin düşüşler olduğu saptanmıştır (75).

Benzer başka bir çalışmada ise Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası kapsamında en yüksek riskli grup olarak adlandırılan ve Acil Tıp, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Genel Cerrahi, Göğüs Cerrahisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kalp-Damar Cerrahisi, Ortopedi ve Travmatoloji, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi gibi

uzmanlık dallarının yer aldığı 4. gruptaki uzmanlık dallarının TUS taban puanlarının, 2009-2013 yılları arasında anlamlı derecede düştüğü belirlenmiştir (14).

Tıbbi uygulama hatası iddialarındaki artışın sağlık hizmetlerini etkileyen bir diğer etkisi ise defansif tıp uygulamalarının yaygınlaşıyor oluşudur. Türkiye’de yapılan çok sayıda araştırmada tıbbi uygulama hatası iddialarındaki artış nedeniyle hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yöneldiği bildirilmiştir (12, 13, 76, 77).

2.5 Tıbbi Uygulama Hatası-Komplikasyon Ayrımı

Tıp hukukunun en önemli ve ana konularından biri de tıbbi uygulama hatası ile komplikasyon ayrımıdır. Hekimlik, riskli bir meslek grubudur. Uygulanan her tıbbi müdahalenin kendine özgü riskleri mevcuttur. Bu nedenle oluşabilecek her türlü istenmeyen sonuçtan hekimin sorumlu tutulması beklenemez. Hekimin ya da sağlık çalışanının sorumluluğundan bahsedebilmek için yapılan uygulamanın hukuka aykırı olması, uygulamada bir kusur bulunması, zararın meydana gelmesi ve bu kusur ile zarar arasında nedensellik bağı bulunması gereklidir (78). Kusurun belirlenmesi açısından meydana gelen zararın komplikasyon mu yoksa tıbbi uygulama hatası mı olduğu ayrımının yapılması gereklidir.

Dilimize Fransızca’dan geçmiş olan komplikasyonun kelime anlamı “karmaşıklık”tır (79).

Komplikasyon bir hastalığın seyri sırasında olaya eklenen ikinci bir hastalık veya bozukluktur (10).

Komplikasyon bir hastalığın seyri veya tedavisi esnasında ortaya çıkan, hastalığın kendisinden veya tıbbi müdahaleden kaynaklanan, ortaya çıkabileceği o konu ile ilgili çevrelerde ve literatürde belirlenmiş olan, kabul edilen, diğer bir hastalık ya da bozukluktur. Her türlü tedbirin alınmasına rağmen ortaya çıkmasından kaçınılamayan zarar olarak tanımlanmaktadır (68).

Bir başka ifade ile komplikasyon tıbbi müdahalenin öngürülebilen fakat önlenemeyen, istenmeyen zararlı sonuçlarıdır (80).

Bazı yazarlara göre; hasta aydınlatılmış ve onamı alınmış ise komplikasyon kusur sayılmazken, aksi durumlarda hekim kusurlu sayılabilmektedir. Buna karşın bazı yazarlar ise komplikasyonun onama yazılmasını yeterli görmeyip zamanında fark edilmesi ve önleme çabalarını da birlikte değerlendirme eğilimindedir (Komplikasyon Yönetimi). Buna göre; komplikasyon zamanında fark edilmez, fark edilmesine karşın gerekli önlemler alınmaz ve fark

edilip önlem alınmasına rağmen yerleşmiş standart tıbbi girişimde bulunulmazsa, tıbbi uygulama hatası söz konusu olur. Komplikasyon ve tıbbi uygulama hatası ayrımını yapabilmek için tıbbi girişimlerin standartlarının belirlenmesi önemlidir (80-82).

2.6 Tıbbi Uygulama Hataları ile İlgili Kavramlar

2.6.1 Tıbbi Müdahale

Tıbbi müdahale kişileri hastalık, sakatlık ve diğer istenmeyen tıbbi durumlardan koruma, bu durumlar oluşmuşsa teşhis ve tedavi etme, iyileşmeden sonraki sosyal iyilik halinin devamını sağlama vb. meşru sebeplerle; konusunda eğitim almış yetkili kişiler tarafından, tıp bilimi ve tekniği çerçevesinde, rıza dahilinde gerçekleştirilen; kişinin beden ve ruh bütünlüğünü etkileyen müspet ya da menfi fiillerdir (83).

Uygulamada çoğunlukla “tıbbi müdahale” olarak isimlendirilen, vücut bütünlüğüne etkili fiiller doktrinde; “Tıbbi yardım ve el atmalar”, “Tıbbi faaliyetler”, “Tıbbi uygulama”, “Tıbbi girişim”, “Teşhis tedavi edimi”, “Hekimlerin mesleki faaliyetleri” gibi çeşitli adlar verilmektedir (80).

2.6.2 Tıbbi Standart

Tıbbi uygulamalarda tıbbi standartlara uygun davranmış olmak, tıbbi uygulama hatasına yaklaşımda anahtar noktadır. Hekimin tedavi amacına ulaşması için gerekli olan ve denenerek ispatlanmış bulunan, hekim tecrübesi ve doğa bilimlerinin o anki ulaştığı düzey, tıp biliminin genel olarak tanınıp kabul edilmiş kuralları, hekimlerin çoğunluğunun aynı/benzer olaylarda birbirine benzer, uyumlu uygulamalar yapması olarak bilinmektedir. Tıbbi standardın 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 (31, 84).

Tıbbi standardın tespitinde:

- Tıp biliminin günümüzde ulaştığı teknik düzey,
- Ortamın koşulları,
- Aynı yetkinlik düzeyinde bir hekimin göstermesi gereken özen dikkate alınır.

2.6.3 İstenmeyen Sonuç

Sağlık çalışanlarının mesleki uygulamalarının temelinde yatan neden hastanın yararına iş görme, onu sağaltma ve ona faydalı olmasıdır. Ancak bu uygulamaların her biri doğası gereği belli oranda risk taşır ve uygulama bu riskler göze alınarak, yarar-zarar dengesi gözetilerek yapılır. Kimi zaman da yapılan uygulama, hiç istenmemesine rağmen zararlı sonuçlanır. Bu zararlı sonuç, nedenine bakılmaksızın “istenmeyen sonuç” olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım içinde tıbbi uygulama hatalarından kaynaklananların yanı sıra komplikasyon sonucu ortaya çıkan zararlar da yer almaktadır (16).

2.7 Tıbbi Uygulama Hata Alanları

2.7.1 Aydınlatılmış Onam ile İlgili Hatalar

Aydınlatılmış onam; bireyin kendi bedenine yapılacak olan her türlü tıbbi uygulamayı bilmesi ve belirleme hakkına sahip olması görüşünü temel alan ve kişinin hastalık anında da kişilik haklarını koruyabilmek için bu konuda düzenlenmiş yasalarla güvence altına alınmış olan, başlarda bir öğretilen ibaret iken tarihi gelişimiyle birlikte uyulması zorunlu hale gelen bir kavramı ifade etmektedir (85).

Aydınlatılmış onam süreci; hastanın kendisine uygulanacak herhangi bir tıbbi işleme onay verebilmesi ya da reddedebilmesi için yeterince bilgilendirilmesi, aldığı bilgi üzerine düşünmesi, özgür seçimine dayalı kararını vermesi sürecidir. Aydınlatılmış onamın temel bileşenleri; bilginin hastaya açıklanması, bilginin hasta tarafından anlaşılması, onamın gönüllü olması, hastanın onam vermeye yeterli olması, anladığının bilgilendirmeyi yapan tarafından denetlenmesi ve yetkilendirilmediği (86).

Aydınlatılmış onam sürecinin yasal bağlamına ilişkin ülkemizdeki hukuki metinler incelendiğinde en eski düzenlemenin 1928 yılında yürürlüğe giren 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun olduğu görülmektedir. Adı geçen kanunun 70. maddesinde; hekim ve diş hekimlerinin yapılacak her türlü müdahale için hastadan veya belirlenen şartlarda hastanın velisi ya da vasisinden müdahale öncesinde rıza almasını ve büyük cerrahi operasyonlar için bu rızanın yazılı olması gerektiği karara bağlanmıştır (87).

Sağlık Bakanlığı tarafından 24.05.2015 tarihinde güncellenen Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 15. maddesi bilgilendirmenin kapsamı ile ilgilidir. Hastaya hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği, tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde

ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi, diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri, muhtemel komplikasyonları, reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri, kullanılacak ilaçların önemli özellikleri, sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri, alternatif tedavi seçenekleri, gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceği hususlarında bilgi verilmesi gerektiği belirtilmiştir (88).

TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları (HMEK)'nın 26. maddesinde aydınlatılmış onam ile ilgili olarak; “Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır. Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmelidir. Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri, hasta kendisi belirler. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Alınan onam, baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir. Hasta vermiş olduğu aydınlatılmış onamı dilediği zaman geri alabilir.” ifadelerine yer verilmiştir (33).

Hasta veya onun adına yasal anlamda karar verme yetkisi olan kişilerin onamının olmadığı, eksik veya yanlış bir şekilde mevcut olduğu her tıbbi girişim mutlaka hukuka 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 (66).

2.7.2 Tanı Hataları

Hastanın hekimden beklentilerinden biri de, hastalığının tanısının doğru olarak koyulması olacaktır. Bunun için hastaya birtakım muayenelerin ve tetkiklerin yapılması, gerekli durumlarda hastanın ilgili hekime konsülte edilmesi ve sonrasında tüm bunların birlikte değerlendirilmesi gerekebilir. Ancak hekim hastasına her durumda kesin tanı koyamayabilir.

Tanı koyma sürecinin gecikmesi, bilimsel olmayan, güncelliğini yitirmiş, eksik yöntemlerle hatalı tanı konulması veya tanı konulamaması, testin uygulanmasında yapılan hatalar sonucu hastaya zarar verilmesi tanı hataları kapsamındadır (89).

Leape ve arkadaşları tanı hatalarını yanlış tanı ve tanı koymada gecikme, uygun ve gerekli tetkiklerin yapılamaması, güncel olmayan tanı yöntemlerinin kullanılması, tetkik sonuçlarına uygun davranışların yapılamaması şeklinde sınıflandırmışlardır (90).

Schiff ve ark. ise tanı hatalarını tanı sürecini yönetirken yanlış tanı, atlanmış tanı ya da gecikmiş tanı nedeniyle meydana gelen herhangi bir hata ya da yanlışlık olarak tanımlamış, pulmoner emboli, ilaç reaksiyonu veya doz aşımı ile akciğer kanserini en sık atlanan tanılar olduğunu belirtmişlerdir (91).

Rorat ve ark. 2004-2013 yılları arasında medikolegal görüş verilen 66 tıbbi uygulama hatası dosyasını retrospektif olarak inceledikleri çalışmalarında 55 olguda tıbbi uygulama hatası saptandığını, tıbbi uygulama hatası saptanan olgulardan 50'sinde (%90,9) ise tanı hatası bulunduğunu bildirmişlerdir (92).

2.7.3 Tedavi Hataları

Hekim hastalığın tanısını koyduktan sonra tedaviyi uygulama basamağına geçecektir. Uygulanacak tedavi, tıbbi standartlara uygun olmalıdır. Tıbbi standartlar sabit olmayıp zamanla değişiklik gösterebilmektedir. Ancak bazen tanı doğru konmuş olmasına rağmen tedavi eksik ya da yanlış uygulanabilir. Tedavinin güncel tıbbi bilgiler ışığında uygunsuz veya yetersiz olduğu durumlarda ise hata söz konusu olacaktır. İlaç uygulamalarında doz ya da yöntem hataları, tedavinin geciktirilmesi, tedavi seçiminde yöntem hatası, ameliyat ya da işlemin uygulanmasında hatalar, gereksiz veya uygun olmayan tedaviler, postoperatif takibin uygunsuz ya da yetersiz yapılması bu kapsamdaki örneklerdir (89, 93).

Leape ve arkadaşları tedavi hatalarını beşe ayırmıştır:

- Bir operasyon, işlem ya da testin uygulanması sırasındaki hata
- Tedavinin uygulamasında hata
- İlacın kullanım metodu ya da dozunda hata
- Tedavide gecikme veya anormal test yanıtı
- Uygun olmayan (bildirilmemiş) bakım

Leape ve arkadaşları profilaktik tedaviye de yer vermişlerdir. Profilaktik tedavinin sağlanmaması, yetersiz izlem ve uygulanan tedavinin takip edilmemesi gibi konular bu başlık altında incelenmiştir (90).

Literatürde üzerinde sıkça durulan tedavi hataları ise ilaç hataları ve hastane enfeksiyonlarıdır (94-96).

2.7.4 Diğer Hatalar

Diğer hatalar başlığı altında iletişimdeki eksiklikler, tıbbi kayıt hataları, yetki sınırlarının aşılması, terk etme, komplikasyon yönetimindeki başarısızlıklar ve adli olgu bildirimini ile ilgili hatalara yer verilebilir.

Çağımızın bütün teknolojik ilerlemelerine karşın, bir hekimin hastasını muayene ve tedavi edebilmesi için elindeki en güçlü, en etkili araç iyi bir hasta-hekim iletişimidir. Tanıda hekime yardımcı olabilecek bilgilerin toplanabilmesi, tanı ve tedavide gerekli olan hasta iş birliğinin sağlanması için hekimin hastasını iyi anlaması ve kendisini de hastasına iyi anlatabilmesi ancak etkili iletişimin gerçekleşmesi ile olanaklıdır. İletişim problemlerinin malpraktis riskini arttırdığına dair birçok örnek bulunmaktadır (97). Literatürde pek çok yazar davacıların tıbbi uygulama hatası davalarını açma kararı almasında iletişimi önemli bir faktör olarak göstermektedir (98-101).

Tıbbi kayıtlara ilişkin sorunlar da karşımıza çıkmaktadır. Tıbbi kayıtların asıl sahibinin sağlık kuruluşu değil, bedeninin bu işlemler için kullanılmasına izin veren ve bunun için özveri gösteren hastanın kendisi olduğu unutulmamalıdır. Tıbbi kayıtların özenli, kapsamlı ve gerçeğe uygun bir şekilde tutulması, hekimler ve diğer sağlık çalışanları ile hastane yönetimleri için yasal zorunluluktur.

Sağlık Bakanlığının 06.11.2001 tarih ve 10588 sayılı olurları ile yürürlüğe girmiş olan Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi'ne göre; yataklı tedavi kurumlarına muayene, teşhis ve tedavi amacıyla gelen hastalara, yaralılara, acil ve adli vakalara ait kayıtların, düzenlenen ve kullanılan dokümanların toplanmasına ve bu dokümanların hastaların daha sonraki başvurularında veya araştırmacılar veyahut adli makamlarca her istenildiğinde derhal hazır bulundurulması için merkezi tıbbi kayıt ve arşiv sistemi içinde tasnif ve muhafaza edilmesinin gerekli olduğu belirtilmiştir (102).

Tıbbi kayıtların amacı kime, niçin, nerede, ne zaman ve nasıl bir hasta bakımı verildiğinin kanıtlanmasını sağlamaktır. Tıbbi kayıtlar ve özellikle hasta dosyaları hastaya verilen tıbbi

bakım ve tedavi hizmetlerinin değerlendirilmesinde önemli bir kaynak niteliğindedir. Sağlık eğitimleri, hasta, hekim ve sağlık kuruluşlarının yasal haklarının korunması, tıbbi araştırmalar ve epidemiyolojik çalışmalar, maliyet ve finansal yönetim açısından tıbbi kayıtların değeri büyüktür (103).

Artan tıbbi uygulama hatası davaları nedeniyle tıbbi kayıtların önemi daha fazla ön plana çıkmıştır. Sağlık kurumunun veya personelinin söz konusu davalarda en iyi savunma aracı eksiksiz ve düzgün tutulmuş tıbbi kayıtlar olacaktır.

Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğu için uygulayıcı sağlık personelinin yetkili olması gerekmektedir. TTB'nin 47. Genel Kurulunda kabul edilerek, 10-11 Ekim 1998 tarihinde yürürlüğe giren HMEK içerisinde yetkinlik dışı faaliyet yasağı başlığı altında hekimin tıbbi görevlerini yerine getirirken, gecikmenin hasta yaşamını tehdit edebileceği zorunlu durumlar dışında özel bilgi, beceri gerektiren bir girişimde bulunamayacağı belirtilmiştir (33). Bu nedenle hekimler, gerekli hallerde diğer alanlardan meslektaşlarının uzmanlık bilgi, birikim ve deneyimlerine başvurmalı, acil ve hayati tehdit eden zorunlu durumlar hariç, kendi uzmanlık alanı dışındaki konulara müdahil olmamalıdır.

Bilimsel bilginin gelişmesine paralel olarak günümüzde uzmanlık alanlarının sayısı giderek artmaktadır. Bu nedenle bir vakaya bütüncül yaklaşabilmek için, birden fazla tıp alanının birlikte çalışması kaçınılmaz olmuştur. İsbetli bir tanı ve tedavi amacıyla günümüzde her uzmanlık alanındaki hekim, mesleğini uygularken diğer alanların bilgi ve teknik desteğine de gereksinim duymaktadır. Hekimin hasta merkezde olmak üzere, farklı bir alanda çalışan hekimlerden bilimsel ve teknik açıdan aldığı yardım ya da danışmanlık, konsültasyon ya da danışım olarak adlandırılmaktadır (104).

Konsültasyon, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü (TDT)'nin 24-30. maddelerinde ve HMEK'nin 19. maddesinde yer almıştır. HMEK'nin 19. maddesinde konsültasyon sürecinde konsültan hekimin de, hastanın sürekli hekimi gibi hastadan sorumlu olduğu belirtilmiştir. Başka bir deyişle hastanın konsültasyonu sırasında yapılan muayene ve tıbbi girişimlerde konsültan hekim, tedavi edici hekim kadar sorumludur (33, 105).

Hastanın sorumlu hekiminin gerekli olduğu halde hastayı konsülte etmemesi ya da konsültasyonda gecikme olması durumlarında da tıbbi uygulama hatası gündeme gelecektir.

Yasal düzenlemeler ile bazı sınırlar içerisinde hastaya tedavi verilmesinin reddi ya da tedavinin yarıda bırakılması düzenlenmiştir. HMEK'nin 25. maddesi "Tedaviyi Üstlenmeme

veya Yarıda Bırakma Hakkı” başlığı altında ‘Hekim, ancak tıbbi bilgisini gerektiği gibi uygulayamayacağına karar verdiğinde ve hastasının başvurabileceği başka bir hekim bulunduğu durumlarda, hastanın bakımını ve tedavisini üstlenmeyebilir veya tedaviyi yarım bırakabilir. İkinci hekim bulunmadan hekim hastasını bırakamaz.’ ifadesine yer verilmiştir. TDT’nin 19. maddesinde de benzer ifadelerin yer aldığı gözlenmiştir (33, 105).

Terk etme, tıbbi özenin devam etmesinin gerekli bulunduğu bir sırada hekimin geçerli bir bildirimde bulunmadan veya yerine yeterli bir tıbbi bakım sağlayacak olan birisini bırakmadan hastasıyla olan mesleki ilişkisine tek taraflı olarak son vermesi şeklinde tanımlanmaktadır. Terk etme eylemi nedeniyle hasta zarar görürse hekim bu durumdan sorumlu tutulabilir (103).

Yapılan tıbbi uygulama sonunda oluşan olumsuzluk, klasik tıp bilgilerinde (uluslararası kitaplarda ve yayınlarda) “komplikasyon” olarak nitelendiriliyorsa, bu müdahale, tıbbın kabul ettiği normal risk ve sapmalar çerçevesinde yapılmışsa, kötü sonuçlar meydana gelse bile, hekime sorumluluk yüklenmeyecektir. Ancak komplikasyon iyi yönetilememişse, sorumluluk gündeme gelebilir. Komplikasyon eğer; zamanında fark edilmez ise, fark edilmesine rağmen gerekli önlemler alınmaz ise, fark edilip önlem alınmasına rağmen bu önlemler yerleşmiş standart tıbbi girişim olarak değerlendirilmez ise tıbbi uygulama hatası söz konusu olacaktır. Genellikle mahkemelere intikal eden dosyalarda “takipte yetersizlik”, “yetersiz takip” veya “tedavide takip hatası” denilen durumların çoğu komplikasyon yönetiminin doğru, yeterli ve zamanında yapılmamış olmasından kaynaklanmaktadır (81, 106, 107).

Hekimlik uygulamasında adli olgu niteliği taşıyan, ya da taşıdığından kuşku duyulan bir hasta ile karşılaşıldığında, bu olgunun niteliğinin aydınlatılabilmesi için, yargıya bildirim bir zorunluluk olarak tanımlanmıştır. Türk Ceza Kanunu (TCK)’nun 280. maddesi, bir suç belirtisi ile karşılaşan sağlık çalışanlarına bildirim zorunluluğu getirmektedir (108).

Ölümlerle sonuçlanan olgularda, ölüme yol açan etkenin bilinmediği, klinik izlemi bulunmayan ve/veya önceden bilinen bir hastalığı söz konusu olmayan birden ve çabuk ölümler dış etki kuşkusunu taşıması nedeniyle adli olgu olarak değerlendirilmeli ve benzer mekanizma işletilerek Cumhuriyet savcılığı aracılığı ile otopsi kararı için ölü muayenesinin yapılması sağlanmalıdır (108).

Ölü muayeneleri ve ölüm belgesi düzenlenmesi konusunda uygulamada zaman zaman ciddi sorunlar yaşanmaktadır. Adli nitelik kazanmış ve ölümlerle sonuçlanmış olguların yetkili makamlara bildirimini yapılmadan ölüm belgesinin düzenlenmesi daha sonrasında bu

olguların otopsi işlemi için mezarlarının açılması gerekliliğini doğurmaktadır. Defnedilmiş olan bir cesedin postmortem muayene için mezardan çıkarılması anlamına gelen feth-i kabir işleminin ölenin yakınları üstündeki duygusal etkileri, cesette meydana gelecek olan çürüme nedeniyle otopsi sonucunda elde edilecek bulgulardaki sınırlılıklar, ölümü bildirmeyen hekimin yaşayacağı yasal problemler gibi birtakım olumsuz sonuçları vardır. Uygulamada gerçekte adli nitelikte olan birçok ölüm olgusunun doğal ölüm olarak kabul edildiği ve otopsi yapılmadan ölüm belgesi verildiği ve bu durumun sıklıkla hekimlerin bilgi, deneyim, dikkat eksikliklerinden kaynaklanan hatalı uygulamalar olduğu belirtilmektedir (109, 110).

2.8 Tıbbi Uygulama Hatalarının Değerlendirilmesinde Otopsinin Rolü

Kelime anlamı “kendi gözleriyle görme” olan otopsi; “patolojik olayların ortaya çıkarılması, bunların klinik olaylar ve anamnez ile ilişkisinin saptanması ve rastlanılan değişikliklerin nedeni veya nedenlerinin belirlenmesi için cesette yapılan bilimsel incelemedir”. Otopsiler nedenlerine ve yapılaş şekillerine göre tıbbi otopsi ve adli otopsi olarak ikiye ayrılabilir (15).

Tıbbi otopsi; ölüm nedeninin aydınlatılması, tanının koyulabilmesi veya tıp eğitimi için tedaviyi yürüten hekim, hastane ya da ölen kişinin yakınlarının talebi üzerine yapılan, yapılmasında yasal zorunluluk bulunmayan otopsidir. Bu otopsiye “hastane otopsi/özel otopsi/patolojik otopsi” adları da verilmektedir. Otopsinin bu yoldan yapılabilmesi için ölenin yakınlarının onamı gereklidir. Ancak Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK)’nun 70. maddesinde yer alan “bulaşıcı ya da salgın hastalığı bulunduğu şüphesi bulunan bir kişi üzerinde gereği gösterildiği takdirde ilgili hekim tarafından otopsi uygulanabilir” hükmü gereği, salgın hastalık durumlarında ilgili hekim ölenin yakınlarından izin almaksızın otopsiye karar verebilir (111, 112).

Adli otopsi ise kaza, intihar, cinayet sonucunda oluşan ya da yalnızken veya beklenmedik bir şekilde meydana gelen ölüm olayları gibi şüpheli durumlarda adaletin sağlanması ve toplumun korunması amacıyla ölüm nedenini, tarzını ve zamanını belirlemek ve delil özelliği taşıyan materyali bularak saklamak ve ölenin kimliğini tespit etmek amacıyla yapılmasına yetki verilen özel tipte bir otopsidir. Başka bir ifade ile kanuni yetkililerce istenilen sorulara yanıt arayan özelleşmiş bir postmortem incelemedir (113).

Adli otopsilerde amaç; kimlik tespiti, ölüm nedeni, ölüm zamanının belirlenmesi, ölüm orjinine yönelik bulguların saptanması, 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 (31).

Ülkemizde adli otopsiler Ceza Muhakemesi Kanunu (CMK)'nın 87-89'uncu maddelerine göre yapılmaktadır. 87. maddede belirtildiği üzere adli otopsilerde üç boşluğun yani kafa, göğüs ve karın boşluklarının açılıp incelenmesi gereklidir. Ancak otopsiyi yapan hekim gerekli gördüğü hallerde otopsinin kapsamını genişletebilir (114).

Ülkemizde tıbbi uygulama hatası olguları dava konusu olduklarında, adli olgu kapsamına girdiklerinden otopsileri adli otopsi kuralları içerisinde yapılmaktadır.

Son yıllarda daha yeni ve etkili tanı yöntemleri özellikle de görüntüleme tekniklerinin bulunması nedeniyle dünya genelinde otopsi oranlarında azalmalar gözlenirse de (115-117), yapılan araştırmalar antemortem ve postmortem tanı arasındaki uyumsuzluğun sürdüğünü göstermektedir (118-123). Klinik tanı ile otopsi tanısı arasında devam eden uyumsuzluklar otopsiyi gerçekleştirmeye devam etmek için önemli bir argüman olarak görülmektedir (124-127).

Ermenc 1999 yılında yayınladığı bir çalışmada otopsi tanısı ile klinik tanı arasındaki total uyumsuzluk oranını %13,5, 2000 yılında yayınladığı bir diğer çalışmada ise bu oranı %9,87 olarak tespit etmiştir (128, 129).

Ülkemizde de yapılan birçok araştırmada tıbbi uygulama hatası iddiası taşıyan ve ölümlerle sonuçlanan olgularda klinik tanı ile otopsi tanısı arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Yayıncı ve arkadaşlarının postoperatif ölümlerle sonuçlanmış ve tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan olguları değerlendirdikleri bir çalışmada antemortem kesin tanısı olmayıp otopsi ile tanı konulan ve antemortem kesin tanısı olup otopsi ile sonuç değişen olgular otopside majör tanı değişikliği saptanan olgular olarak kabul edilmiştir. 1995-2000 yılları arasında çalışma kapsamına alınan toplam 49 olgudan 16'sında antemortem kesin ölüm nedeni ya da tanısının olmadığını, bunlardan 14 tanesine otopsi sonrası tanı konulabildiğini, antemortem tanısı olan 33 olgudan 9'unda ise tanının otopsi ile değiştiğini bildirmişlerdir. Bu çalışmada otopsi ile kesin tanı konulan ve otopsi ile tanısı değişen olguların oranı %47'dir (130). Benzer şekilde Algan tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan ve otopsi yapılan olguları değerlendirdiği tez

çalışmasında otopside önemli tanı değişikliği oranını %45,4 olarak bildirmiştir (66). Pakiş'in tez çalışmasında ise bu oran %36,3 olarak saptanmıştır (67).

Goldman ve arkadaşları 1983 yılında otopsi ile klinik tanı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için kullanışlı bir sınıflama önermişlerdir (125). Bu tarihten sonra pek çok araştırmada bu sınıflamadan yararlanılmıştır (131-133). Goldman otopsi raporlarındaki otopsi tanılarını majör ve minör tanılar olarak iki gruba ayırmıştır. Majör tanılar ölüme neden olan başlıca hastalıkları ve ölümün primer nedenlerini içermekte iken, minör tanılar hastanın daha önceki durumları, ilişkili tanıları, katkı sağlayan nedenler ve diğer önemli durumları kapsar. Otopside tespit edilen majör tanı klinik olarak konulamamışsa grup 1 ve 2 içerisinde değerlendirilmiştir. Otopside tespit edilen atlanmış minör tanılar ise grup 3 ve 4 içerisinde değerlendirilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Goldman ve arkadaşları tarafından önerilen sınıflama

<p>Grup 1: Ölümden önce tespit edilmiş olması durumunda hastanın tedavisinde değişikliğe neden olarak sağkalım süresinin uzamasını veya hastalığın tedavi edilmesini sağlayacak atlanmış majör tanılar.</p> <p>Grup 2: Ölmeden önce tespit edilmiş olması durumunda muhtemelen hastalığın yönetiminde değişikliğe neden olmayacak atlanmış majör tanılar (Hastalığın o zaman için etkin bir tedavisi mevcut değildir, her ne kadar tanı konulamamış olsa da hasta uygun tedaviyi almıştır, hasta uygun şekilde tedavi edilmiş akut kardiyopulmoner arrestle gelmiştir, hasta daha ileri değerlendirme veya tedaviyi reddetmiştir).</p> <p>Grup 3: Terminal hastalık süreciyle ilgili olup ölüme direkt olarak ilgili olmayan atlanmış minör tanılar.</p> <p>Grup 4: Sonuçta prognozu etkilemiş olabilen veya terminal dönemdeki hastanın ölümüne katkıda bulunan süreçte yer alan önemli ve ilgisiz atlanmış minör tanılar.</p>

Goldman ve arkadaşlarının bu sınıflaması 1987 yılında Battle ve arkadaşları tarafından modifiye edilmiştir (Tablo 2) (134). Bu sınıflama da yapılan birçok araştırmada kullanılmıştır (135, 136).

Tablo 2. Battle ve arkadaşları tarafından önerilen sınıflama

Majör Uyumsuzluklar

Grup 1: Majör tanılardaki uyumsuzluklar. Ölümden önce tanının bilinmesi, hayatta kalmayı uzatacak veya hastayı iyileştirecek müdahalelerde değişikliklere izin verecektir.

Grup 2: Ölümden önce bilinmesi halinde, doğru tedavi olsa dahi hayatta kalmayı değiştirmeyecek olan majör tanılardaki uyumsuzluklardır.

Minör Uyumsuzluklar

Grup 3: Direkt olarak ölüm nedeni ile ilgili olmayan minör tanılardaki uyumsuzluklardır. Tedavi edilebilecek veya sonunda prognozu etkileyebilecek semptomlar ile ilişkilidir.

Grup 4: Olası epidemiyolojik veya genetik önemi olan, minör tanılardaki uyumsuzluklardır.

Uyumsuzluk Bulunmayan

Grup 5: Tanılar arasında uyumsuzluk bulunmaması.

Sınıflandırılmayan Olgular

Grup 6: Hasta hastaneye kabulünden itibaren hiçbir tanı prosedürü uygulanmadan ölmüştür veya hasta herhangi bir tanı işlemini veya tedaviyi reddetmiştir. Otopsi hiçbir tanı olmadığından net bulgular vermez, klinik ve otopsi ile ilişkili verilerin yeniden incelenmesinden sonra sonuç belirlenebilir.

Literatür incelendiğinde yapılan çok sayıda araştırmada en sık atlanan majör tanıların (grup 1) miyokard infarktüsü ve pulmoner emboli olduğu gözlenmiştir (118, 131-133, 135, 137).

İlerleyen zamanlarda klinik tanı ile otopsi tanısı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için birçok araştırmacı farklı sınıflandırmalar geliştirmiştir (128, 138-140).

Caplan ise tıbbi uygulama hatası olgularında meydana gelen ölümlerde tıbbi müdahalenin ölümle ilişkisini ve ölüme etkisini önemli bir sınıflandırma oluşturarak irdemiştir. Bu sınıflandırmanın temelinde, hastalığın ve tıbbi prosedürün ölüme katkı sağlayıcı rolleri temel alınmış ve uygulanan tıbbi prosedürün ölümle ilişkisi 5 gruba ayrılarak incelenmiştir. 1. grupta ölümün sadece mevcut hastalık nedeniyle olduğu, tıbbi tedavinin ölüme hiçbir rolünün olmadığı, 2. grupta ölümün ağırlıklı olarak mevcut hastalık nedeniyle olmakla birlikte uygulanan tıbbi tedavinin de katkı sağlayıcı etkisinin olmuş olabileceği, 3. grupta, uygulanan

tıbbi tedavi ve hastalığın ölümüne etkisinin eşit ağırlıkta olduğu, 4. grupta, ölümün ağırlıklı olarak tıbbi prosedüre bağlı olarak meydana geldiği ancak, mevcut hastalığın ölümüne katkı sağlayıcı etkisinin olduğu, 5. grupta ise ölümün sadece tıbbi prosedür sonucu meydana geldiği şeklinde özetlenebilecek bir yaklaşım tanımlanmıştır (141).

Uluslararası literatür incelendiğinde günümüzde halen tıbbi uygulama hatası iddialarının aydınlatılmasında otopsinin çok etkili bir yöntem olarak görüldüğü gözlenmektedir (123, 131, 142-145).

Bu nedenle yapılan otopsinin nitelikli olması ayrı bir önem taşımaktadır. 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 (31).

Madea ve ark. tıbbi uygulama hatası iddiası ile yapılmış 4450 otopsiyi değerlendirdikleri çalışmalarında olguların %64,3'ünde davanın otopsi sonrası aydınlatıldığı, otopside elde edilen bilgilerin genellikle suçlanan hekimlere zarar verici nitelikte olmadığı sonucuna ulaşımlardır (51).

Juvin ve ark. tıbbi uygulama hataları açısından 15 ameliyat sonrası ölüm olgusunu değerlendirdikleri çalışmalarında iki olguda otopsi tekniğinin tanı için yeterli olmadığını belirtmişlerdir. Bu olgulardan birinde klinik tanı anaflaktik şok olup, postmortem örnekler anaflaksi mediatörleri açısından incelenememiştir. Diğer olgu ise nöroleptik ajan enjeksiyonundan sonra ölmüş, bu olguda örnekler doz aşımı ya da anaflaksi açısından değerlendirilememiştir. Bu da otopsinin sorulara cevap verebilmesi için belli standartta olmasının gerekliliği ve bazı olgularda özel bir otopsi prosedürü kullanmanın önemini göstermektedir (123).

Otopsilerin standardizasyonu için çeşitli otopsi protokolleri ve kılavuzları oluşturulmuştur (18-26). Yapılan çalışmalarla bu protokol ve kılavuzlar ışığında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan olguların otopsisinde kullanılmak üzere çeşitli değerlendirme yöntemleri belirleyerek, belli bir standart oluşturup, hata payını azaltmak ve doğru tanıya ulaşmak amaçlanmıştır (27-30).

Sonuç olarak tıbbi uygulama hatası iddiası olan ve ölümlerle sonuçlanmış olgularda ölüm nedeninin tıbbi uygulama hatasına bağlı olup olmadığının en net verileri ancak otopsi ile elde edilebilir. Otopside elde edilen bulgular, hastanın tanı ve tedavi işlemlerinin tıbbi standartlara uygun olarak yerine getirilip getirilmediğinin belirlenmesine yardımcı olur. Otopsi ile ölümün bir tıbbi uygulama hatasından mı, komplikasyondan mı yoksa önceden var olan bir hastalıktan mı kaynaklandığı ortaya çıkarılabilir. Ayrıca otopsi ile klinik olarak tanı konulamayan ya da tanısı şüpheli olan olguların ölüm nedenlerinin ortaya çıkarılması sağlanabilir. Ölüm nedeni anlaşılamayan negatif otopsilerde dahi düşünülen tanıların elenmesi yoluyla tıbbi uygulama hatası iddiasına bir yaklaşım geliştirilebilir.

Ölümlerle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası olgularında, özellikle hukuksal süreçler açısından nedenselliğin sınırlarının çizilmesinin ne kadar önemli olduğu göz önüne alındığında; bu olgularda otopsi çok daha fazla önem kazanmaktadır. Gelişen zarar ile sağlık çalışanının eylemi arasındaki ilişkiyi belirlemenin en iyi yolu ise yüksek standartta gerçekleştirilecek otopsi işlemidir. Ayrıca otopsi sırasında edinilen bilgiler ve geri bildirimler ile klinik uygulamalarda eksikliklerin giderilmesine yönelik çalışmalar da yapılabilecektir.

2.9 Tıbbi Uygulama Hatalarının Hukuki Boyutu

Hekim sorumluluğunun yasal anlamda söz konusu edilebilmesi için; hekimin fiilinin hukuka aykırı olması, bir zararın meydana gelmiş olması, bu zararın hekimin kusurlu bir davranışına bağlı olması ve fiil ile sonuç arasında nedensellik (illiyet) bağı bulunması koşulları aranır. Böylece, meydana gelen suçlar ceza davalarının, haksız fiiller ise tazminat davalarının konusunu oluşturmaktadır (89).

Hekimlerin cezai ve hukuki sorumluluklarının yanında, görev yaptığı kurumlarda disiplin yönünden idari sorumlulukları ve meslek odalarını ilgilendiren mesleki ve etik sorumlulukları da söz konusudur (89).

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 (146).

Ülkemizde sağlık çalışanlarının hatalarını değerlendiren spesifik bir tıbbi uygulama hatası yasası yoktur ve şu anda geçerli olan yasal süreç oldukça yavaş işlemekte, davaların sonuçlanması yıllar sürebilmektedir. Sağlık Bakanlığınca hazırlanıp 2002 yılında Türkiye

Büyük Millet Meclisine (TBMM) sunulan “Tıbbi Hizmetlerin Uygulamasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı” kanunlaşmamış, halen özel bir yasal düzenleme uygulamaya geçirilememiştir (34).

Sağlık çalışanlarının yaptıkları tıbbi uygulamalar açısından sorumlulukları dört ayrı başlık altında incelenebilir (147):

1. Cezai Sorumluluk
2. Hukuki (Tazminat) Sorumluluk
3. İdari Sorumluluk
4. Mesleki Sorumluluk

2.9.1 Hekimlerin Cezai Sorumluluğu

Hekimlerin mesleki uygulamaları sırasında yaralama ya da ölüme neden olmaları halinde, hekimlere özel yaptırım getiren bir kanun bulunmamakta ve hekimler 12 Ekim 2004 tarihinde Resmi Gazete’de yayınlanan ve 01 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe giren 5237 sayılı TCK’nin ilgili maddeleriyle yargılanmaktadır.

Yeni TCK’de, dört tür kusurluluk hali düzenlenmiştir:

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

Kanunun 21. maddesinin 1. fıkrasında “kast”, 2. fıkrasında “olası kast”, 22. maddesinin 2. fıkrasında “taksir” ve 3. fıkrasında da “bilinçli taksir” açıklanmıştır (147).

TCK’nin 22. maddesinde taksir ile bilinçli taksir arasındaki fark “Taksir, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyle gerçekleştirilmesidir. Kişinin öngördüğü neticeyi istememesine karşın, neticenin meydana gelmesi halinde bilinçli taksir vardır.” şeklinde tarif edilmiştir. Maddeden de anlaşılacağı üzere, taksir basit ve bilinçli olarak iki başlık altında toplanabilir. Basit taksir, suçu işleyen kişinin gereken dikkat ve özeni göstermemiş olması dolayısıyla suçun kanunda belirtilen neticesini öngöremediği hallerde söz konusudur. Bilinçli taksir ise, suçu işleyen kişinin sonucu öngördüğü fakat gerçekleşmesini istemediği hallerde söz konusudur. Bilinçli

taksirde failin, neticeyi öngörmesine rağmen harekete devam etmesinin sebebi, bu neticenin gerçekleşmeyeceğine inanç duymasındır (148).

Taksiri kasttan ayıran temel özellik, neticenin istenmemesidir. Kasıtlı suçlarda ceza oranı taksirli suçlara oranla daha fazladır.

TCK'nin 21. maddesinde kast ile olası kast arasındaki fark "Kast, suçun kanuni tanımındaki unsurların bilerek ve istenerek gerçekleştirilmesidir. Kişinin, suçun kanuni tanımındaki unsurların gerçekleşebileceğini öngörmesine rağmen, fiili işlemesi halinde olası kast vardır." şeklinde açıklanmıştır. Bir konuda kast iradesi bulunan kişi, suçun kanundaki tanımındaki unsurlarını bilerek ve isteyerek suçu işler. Olası kastta ise, kişi suçun kanunda tanımlanan unsurlarını bilir ve bunların gerçekleşebileceğini öngörür; ancak gerçekleşme olasılığını veya durumunu önemsemez ve fiili işler (149).

Olası kast hekimler açısından son derecede tehlikeli bir durumdur. Bir hekimin, ölürse ölsün, sakat kalırsa kalsın düşüncesi ile hareket etmesidir, sonuca doğrudan doğruya istemese de rıza göstermesidir (150). 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 (151).

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 davranış gerçekleştirilerek bu sonuca yol açmaktadır. Sağlık mesleği mensubu ve özellikle hekimler açısından yeni yasayla getirilen bir hüküm olan 83. maddede düzenlenen kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi ve 88. maddede düzenlenen kasten yaralamanın ihmali davranışla işlenmesi suçları oldukça önem kazanmıştır (152).

Uygulamada hekimlere yönelik tıbbi uygulama hatası davalarında genellikle taksirli suçlardan dava açılmaktadır (153, 154).

Hekimin tıbbi uygulama hatalarında cezai sorumluluğu, yeni TCK'de şu şekilde yer almaktadır:

Taksirle Öldürme (Madde 85)

1. Taksirle bir insanın ölümüne neden olan kişi, iki yıldan altı yıla 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 hükmolünür.

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 gerçekleştirmemesi 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 oluşturması,

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 (155).

Hekimlerin cezai sorumluluğunu gündeme getirecek bir başka önemli konu ise adli olguların yetkili makamlara bildirim ile ilgilidir. Hekimler görevlerini yerine getirirken çoğu zaman adli nitelikteki olgular ile karşılaşmaktadırlar. Hekimlerin ölüm olayları ile karşılaştıklarında ise ölüm halini belirleme ve ölüm belgesi düzenleme sorumlulukları bulunmaktadır. Adli nitelik kazanmış ölümlü ve yaşayan tüm olguların adli makamlara bildirimini yapılmaması önemli sorunlara yol açan tıbbi hatalı uygulamalardır. TCK'nin 280. maddesinde konu ile ilgili olarak sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi başlığı altında "Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır." ifadeleri yer almaktadır (155). CMK'nin 159. maddesi ise şüpheli ölümün bildirim sorumluluğu ile ilgilidir (114).

2.9.2 Hekimin Hukuki Sorumluluğu

Hukukumuzda öğretinin büyük çoğunluğu, hekim ile hasta arasındaki ilişkiyi vekalet sözleşmesi hükümleriyle açıklamaktadır. Vekil konumunda bulunan hekim, vekalet görevini yerine getirirken yöneldiği sonucun elde edilmemesinden sorumlu değilse de, bu sonuca ulaşmak için gösterdiği çabadaki özen eksikliğinden dolayı sorumluluk altındadır. Eğer bu özen

eksikliği nedeniyle vekil eden yani hasta bir zarara uğramış ise, vekilin tazminat sorumluluğu gündeme gelir (156).

Hasta ile hekim arasında teşhis ve tedavi amaçlı vekalet akdinin kurulması ile taraflar birbirlerine karşı kimi hak ve yükümlülükleri de üstlenmektedir. Vekalet sözleşmesinden kaynaklanan asli borçlar olan vekilin; sır saklama, vekil edene karşı sadakat ve bağlılık gösterme, hesap verme borcunun yanında tıbbi uygulamaların yapısı gereği vekil; hastalığın tam bir geçmişinin anlaşılması amacıyla öykü alma, muayene, teşhis ve tedavi prosedürlerini işletme ve kayıt tutma yükümlülüğüne sahiptir. Vekil eden konumunda olan hasta ise, hekime ücret ödeme, hekim ile iş birliği yapma ve hekimin tavsiyelerine uyma yükümlülüğüne sahiptir (31).

Hekim tıbbın yerleşmiş kural ve uygulamalarını bilmek ve doğru şekilde uygulamak zorunluluğu yanında ifa yardımcısı olarak kullandığı personeline bu uygulamaları bilmesi ve doğru şekilde uygulaması için gerekli tedbirleri almalıdır, dolayısıyla hekim aynı zamanda yardımcı sağlık personelinin hatalarından da sorumlu olabilmektedir. Hekimin hem kendisinin hem de personelinin bilgi ve becerilerini çağın gereklerine göre yenileme görevi vardır (31).

Hekimler yaptıkları hatalardan dolayı cezadan ayrı olmak üzere “özel hukuk” (tazminat) yönünden de sorumlu olurlar. Ceza hukukunda hukuka aykırılık devletin cezalandırma hakkının kullanılması; özel hukukta ise zarar görenin zararının tazminiyle sonuçlanmaktadır. Hukuk davaları ceza davalarının sonucuna bağlı değildir (Türk Borçlar Kanunu (TBK) 74. madde) (147, 157, 158).

Hukuki sorumluluktan bahsedebilmek için zarar oluşması gereklidir. Zarar, hastanın fiziksel, bilişsel ve ruhsal yetilerinde meydana gelen kayıptır. Zarar, sistem, organ veya vücut bölgelerinde fonksiyon kaybı gibi maddi nitelikte olabileceği gibi ağrı, acı veya elem gibi manevi olabilir. Hekimin hatalı uygulaması nedeniyle ortaya çıkan zarardan sorumlu tutulabilmesi için, yaptığı girişim ile oluşan zarar arasında neden-sonuç ilişkisi bulunmalıdır. Bu duruma nedensellik bağı, eski adıyla illiyet rabitası denilmektedir. Bu zararı ve aradaki illiyet bağını ispat etmek, TBK 50. maddeye göre hastaya veya yakınlarına aittir. Zarar meydana gelmiş ise yine TBK 49. maddeye göre hekimin maddi ve manevi tazminat ödemesi söz konusudur (158, 159).

Kamuda görevli sağlık çalışanlarına yönelik tıbbi uygulama hatası iddialarında tazminat talepli davalar ancak kurum aleyhine ve idare mahkemesinde açılır. Nitekim bu durum Anayasa m. 40 ve m. 129/5; 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu (DMK) m. 13’de açıkça hükme

bağlanmıştır. İdare aleyhine açılacak davada tazmin kararı verilmesi durumunda, hizmet kusurundan kaynaklanan zarar idare tarafından tazmin edildikten sonra personele rücu edilebilmektedir. Buna karşın özel sağlık birimlerinde çalışan hekimlere doğrudan dava açılabilmektedir (146, 160, 161).

2.9.3 Hekimin İdari Sorumluluğu

İdari sorumluluk kapsamında iddia konusu olaya ilişkin kamu veya özel kurum içi soruşturma yapılmaktadır. Devlet memurlarını ilgilendiren temel yasa, 657 sayılı DMK'dir. "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, kınama, aylıktan kesme, kademe ilerlemesinin durdurulması, devlet memurluğundan çıkarma gibi cezaları içerir (162).

Üniversitede görev yapan akademik personel açısından, 2547 sayılı "Yükseköğretim Kanunu" ve bununla ilişkili olarak "Yükseköğretim Kurumları Yönetici, Öğretim Elemanı ve Memurları Disiplin Yönetmeliği" önem taşımaktadır. Bu yönetmelik, 54 maddeden ibaret olup; 657 sayılı DMK'nin 124-145. maddeleri ile paralellik göstermekle birlikte bazı önemli farklıklar da içermektedir (163, 164).

Sağlık personeli hakkında, görevi dolayısıyla işlediği iddia olunan suçlarla ilgili olarak şikayete bağlı veya re'sen takip edilen suçlarda "izin-karar" özel prosedürü geçerlidir. 4483 sayılı "Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun"da yapılan düzenleme ile kamu görevlilerine görevleri dolayısıyla işledikleri suçlarla ilgili olarak bir nevi koruma sağlamaktadır. Savcılıkların şikâyete bağlı suçlar hariç olmak üzere doğrudan dava açma yetkileri olmasına rağmen, kamu görevlilerinin görevleri dolayısıyla işledikleri suçlarda, ağır cezayı gerektiren suçüstü halleri, rüşvet, zimmet gibi bazı suçlar haricinde bu yetki verilmemiştir (165).

Sağlık Bakanlığı, belediye ve üniversitelere bağlı sağlık kuruluşlarında kamu görevlisi sıfatıyla çalışan sağlık personelinin bir hastanın yaralanmasına veya ölümüne yol açması durumunda da savcılığa bir ihbar veya şikâyet yapılsa bile savcılık doğrudan dava açmamakta, gerekli ve kaybolma ihtimali olan delilleri toplayarak ilgili makamdan soruşturma izni istemektedir (166).

Kamu görevlileri açısından böyle ayrı bir düzenleme yapılmasının nedeni, kamu görevlilerinin göreviyle ilgili her suçlama karşısında adliye kapılarında mesailerini harcamalarının önlenmesi, suçlamanın ciddi olup olmadığının kurum içinde araştırılarak, ciddi bulunduğu takdirde savcıya dava açma yetkisinin verilmesidir (166).

İzin vermeye yetkili merci, ilde ve merkez ilçede görevli kamu görevlileri bakımından vali; ilçede görevli kamu görevlileri bakımından ise kaymakamdır. Suç iddiası bulunduğu, ön inceleme ile görevlendirilen kişi veya kişiler, bakanlık müfettişleri ile kendilerini görevlendiren merciin bütün yetkilerini haiz olup, 4483 sayılı kanunda hüküm bulunmayan hususlarda CMK'ye göre işlem yapabilirler; hakkında inceleme yapılan memur veya diğer kamu görevlisinin ifadesini de almak suretiyle yetkileri dahilinde bulunan gerekli bilgi ve belgeleri toplayıp, görüşlerini içeren bir rapor düzenleyerek durumu izin vermeye yetkili merciye sunarlar (165).

Yetkili merci ön inceleme raporu üzerine soruşturma izni verilmesine veya verilmemesine karar verir. Bu kararlarda gerekçe gösterilmesi zorunludur. Yetkili merci, soruşturma izni verilmesine veya verilmemesine ilişkin kararını Cumhuriyet başsavcılığına, hakkında inceleme yapılan kamu görevlisine ve varsa şikayetçiye bildirir (165).

Soruşturma izni verilmesine ilişkin karara karşı hakkında inceleme yapılan kamu görevlisi; soruşturma izni verilmemesine ilişkin karara karşı ise Cumhuriyet başsavcılığı veya şikayetçi itiraz yoluna gidebilir. İtiraza, yetkili merciin yargı çevresinde bulunduğu bölge idare mahkemesi bakar. Bölge idare mahkemesi kararı kesindir (165).

Üniversitede kamu görevlisi statüsünde çalışan sağlık personelinin görevi nedeniyle işlediği suçlar dolayısıyla 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu hükümleri gereğince "karar" prosedürü uygulanmaktadır. Buna göre disiplin amirince doğrudan veya görevlendireceği uygun sayıdaki soruşturmacı tarafından ilk soruşturma yapıldıktan sonra üniversite yönetim kurulu üyeleri arasından oluşturulacak üç kişilik kurul son soruşturmanın açılıp açılmamasına karar vermektedir. Kurulun son soruşturmanın açılması yönündeki kararı lüzum-u muhakeme kararı olarak adlandırılmakta olup bu karar için Danıştay'a itiraz edilebilir (163, 166).

2.9.4 Hekimin Mesleki Sorumluluğu

Mesleki sorumluluğu tanımlayan kurallar, ilgili meslek odaları tarafından ortaya konulmaktadır. Hekimin uyması gereken mesleki kurallar TTB tarafından tanımlanmıştır (167).

TTB Disiplin Yönetmeliği, kamu kurumlarında görevli hekimlerin, idareyi ilgilendiren konular dışındaki mesleki ve etik davranışlarından doğan sorunları açısından önem taşır. Hekim dışı akademik personel açısından da; kendilerini ilgilendiren meslek odası veya benzer bir kuruluşun disiplin ile ilgili belgelerinin önemi bulunmaktadır (6).

28.04.2004 tarih ve 25446 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe giren ve 6023 sayılı TTB Kanunu’nun 59. maddesine dayanılarak çıkartılmış olan TTB Disiplin Yönetmeliği, disiplin cezası verilecek kişileri ve durumları belirlemek ve disiplin cezası verilmesinde uyulması gereken usul ve esasları saptamak üzere hazırlanmıştır (168, 169).

Tabip odalarında hekimlerin mesleki uygulamaları ile ilgili suç veya suç iddiası durumlarında “Yönetim Kurulu” ile birlikte özellikle “Onur Kurulu” görev yapmaktadır. TTB Disiplin Yönetmeliği’nde disiplin işlemleri, disiplin soruşturması ve disiplin kovuşturması olarak iki bölüme ayrılarak disiplin soruşturmasını oda yönetim kurulunun, disiplin kovuşturmasını ise onur kurulu ve yüksek onur kurulunun yürütüleceği ifade edilmiştir. Tabip Odaları Onur Kurulları, yapılan başvuruları değerlendirirken ve karara bağlarken TDT başta olmak üzere ilgili yasa, yönetmelik ve benzer belgeleri dikkate almaktadır (6, 169).

Hekimlerin disiplin suçu olarak kabul edilen kusurlu eylemleri;

- Deontolojiye aykırı davranmak,
- Yasa ve tüzüklere uymamak,
- Haksız çıkar,
- Hasta haklarını ihlal etmek şeklinde dört ana grupta tanımlanmıştır (147).

TTB Disiplin Yönetmeliği’nde bu kusurlu eylemlere karşı;

- Uyarı,
- Para,
- Geçici olarak meslekten alıkoyma,
- Oda bölgesinde çalışmanın yasaklanması olmak üzere başlıca dört tür yaptırım ön görülmüştür (Madde: 3-6) (169).

Oda onur kurulları tarafından verilen geçici meslekten alıkoyma kararları, itiraz edilmemiş bile olsa, Yüksek Onur Kurulu tarafından onaylandıktan sonra kesinleşmekte ve sonuç doğurmaktadır. Yüksek Onur Kurulu’nun onadığı geçici meslekten alıkoyma cezalarının Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanması öngörülmüştür (Madde: 28) (169).

Ancak, bu anlamda uygulamada önemli sorunların yaşandığı görülmektedir. TTB Kanunu’nda ve TTB Üyelik İşlemleri Yönergesi’nde de belirtildiği üzere, kamu alanında

çalışan hekimlerin tabip odalarına üye olma zorunluluğu olmamakla birlikte; mevcut hali ile de tabip odalarının tüm hekimlerle ilgili önemli yasal yetki ve sorumlulukları bulunmaktadır (168, 170).

Bakanlar Kurulu'nca kararlaştırılarak 2 Kasım 2011 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanan 663 sayılı Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 23. maddesinde 'Sağlık Meslekleri Kurulu' adı ile yeni bir kurulun oluşumu, görevleri ve yetkileri düzenlenmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanarak 14 Aralık 2012 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanan Sağlık Meslekleri Kurulu Yönetmeliği ile de Sağlık Meslekleri Kurulu'nun görevleri ile çalışma usul ve esasları düzenlemiştir (171, 172).

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK)'nin 23. maddesinde Sağlık Meslekleri Kurulu'nun görevleri;

“Yeni bir sağlık mesleğinin veya dalının ihdasında görüş bildirmek.

Sağlık mesleklerinin eğitim müfredatı hakkında görüş bildirmek.

Sağlık mesleklerinin etik ilkelerini belirlemek.

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

Sağlık engeli sebebiyle mesleğin icrasının yasaklanmasına karar vermek.

Meslekten geçici veya sürekli men etmeye karar vermek.” olarak tanımlanmıştır (171).

663 sayılı KHK ile TTB ve bağlı odaların işleyişleriyle ilgili değişiklikler getirmiş ve birçok konuda yoğun tartışmalara yol açmıştır. Kararnamenin 23. maddesinin 11. fıkrasında “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.” ifadesine yer verilmiştir. Bu ifade ile TTB Disiplin Yönetmeliği'nin uygulanabilirliği de tartışılan konular arasında yer almıştır.

Kararnamenin 23. maddesinin 7. fıkrasında c bendince “Meslek icrası esnasında neticesini öngörerek veya görevinin gereklerine aykırı hareket ederek veyahut görevinin gereklerini yapmakta ihmal veya gecikme göstererek bir kişinin ağır derecede olmayan özür lülüğüne 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 bendinde ise “Meslek icrası esnasında neticesini öngörerek veya görevinin gereklerine aykırı hareket ederek veyahut görevinin gereklerini yapmakta ihmal veya

gecikme göstererek bir kişinin ağır özür lülüğüne 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.” hükümlerine yer verilmiştir. Tartışmalara yol açan bu hükümler Anayasa Mahkemesinin 14/2/2013 tarihli ve E.: 2011/150, K. 2013/30 Sayılı Kararı ile iptal edilmiştir. Ancak 6495 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile bu maddeler tekrar yasalaşmıştır (173).

2.10 Türkiye’de Tıbbi Uygulama Hataları ile İlgili Mesleki Yasal Düzenlemeler

Sağlık çalışanlarının mesleki uygulamaları ve sorumlulukları ile ilgili çok sayıda yazılı uluslararası ve ulusal belge bulunmaktadır. Bu belgelere yasalar, yönetmelikler, genelgeler, ulusal/uluslararası anlaşmalar, bildirgeler ve yargı kararları örnek verilebilir (147).

Türkiye’de sağlık çalışanları için mesleki uygulamalar açısından önemli olan belgeler şunlardır:

- 07.05.1987 tarih ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu
- İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (13.04.2013 tarih ve 28617 sayılı Resmi Gazete)
- 11.04.1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atların Tarzı İcrasına Dair Kanun
- 25.02.1954 tarih ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu
- Hemşirelik Yönetmeliği (08.03.2010 tarih ve 27515 sayılı Resmi Gazete)
- 14.04.1982 tarih ve 2659 sayılı Adli Tıp Kurumu Kanunu
- 29.05.1979 tarih ve 2238 sayılı Organ Ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması Ve Nakli Hakkında Kanun
- 11.04.2007 tarih ve 5624 sayılı Kan ve Kan Ürünleri Kanunu
- Kan ve Kan Ürünleri Yönetmeliği (04.12.2008 tarih ve 27074 sayılı Resmi Gazete)
- Tıpta Ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği (26.04.2014 tarih ve 28983 sayılı Resmi Gazete)
- Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik (11.01.1995 tarih ve 22168 sayılı Resmi Gazete)
- Özel Hastaneler Yönetmeliği (27.03.2002 tarih ve 24708 sayılı Resmi Gazete)
- Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik (15.02.2008 tarih ve 26788 sayılı Resmi Gazete)
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (13.01.1983 tarih ve 17927 sayılı Resmi Gazete)

- Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi (Sağlık Bakanının 06.11.2001 tarih ve 10588 sayılı olurları ile yürürlüğe girmiştir.)
- 24.05.1933 tarih ve 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik (09.09.1964 tarih ve 11802 sayılı Resmi Gazete)
- Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi (19.02.1960 tarih ve 10436 sayılı Resmi Gazete)
- 24.05.1983 tarih ve 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun
- Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği (06.10.1983 tarih ve 18183 sayılı Resmi Gazete)
- Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük (18.12.1983 tarih ve 18255 sayılı Resmi Gazete)
- Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete)
- Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş Ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik (22.05.2014 tarih ve 29007 sayılı Resmi Gazete)
- Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ (21.07.2010 tarih ve 27648 sayılı Resmi Gazete)
- 24.04.1930 tarih ve 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu
- 01.02.1999 tarihli Türk Tabipler Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları
- 05.01.1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun
- 23.1.1953 tarih ve 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu
- 28.4.2004 tarih ve 25446 sayılı Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği
- 22.09.2005 tarih ve 2005/143 sayılı Adli Tabiplik Hizmetlerinin Yürütülmesinde Uyulacak Esaslar Hakkında Genelge
- 03.12.2013 tarih ve 5013 sayılı Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun
- Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul Ve Esaslara Dair Tebliğ (21.07.2010 tarih ve 27648 sayılı Resmi Gazete)
- 21.01.2010 tarih ve 5947 sayılı Üniversite Ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına Ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun
- 11.10.2011 tarih ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname

2.11 Zorunlu Mesleki Sorumluluk Sigortası

Mesleki sorumluluk sigortası; mesleki uygulamalar sırasında oluşan ve hizmet alan kişiyi zarara uğratan uygulama hataları, ihmal veya özen eksikliği nedeniyle, ödenmesi gereken tazminata yönelik sigortalama işlemidir (167).

Ülkemizde sigortaların genel şartlarını düzenleme yetkisini elinde bulunduran Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigortacılık Genel Müdürlüğü, 2004 yılında hekim, avukat, mimar-mühendis ve muhasebeci-mali müşavir meslek grupları temsilcileri ile “Mesleki Sorumluluk Sigortaları İhtisas Komitesi”ni oluşturmuştur. 2004 yılında başlayan toplantılarda öncelikle mesleki sorumluluk sigortalarının genel şartları belirlenmeye çalışılmış ve 2005 tarihinde genel şartlar son şeklini almıştır. Bazı değişiklikler Bakanlık makamınca onaylanarak 16 Mart 2006 tarihinde 26110 Sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır (167, 174).

Mesleki Sorumluluk Sigortaları İhtisas Komitesi tarafından Hazine Müsteşarlığına Ocak 2006 sonunda “Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası Ek Şartları Taslağı” sunulmuş ve Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası Kızı ise 21 Eylül 2006 tarihinde yayımlanarak yürürlüğe konulmuştur (167, 175).

2006 yılının sonundan itibaren bir kısım sigorta şirketleri tarafından hekim mesleki sorumluluk sigortası poliçeleri hazırlanarak hekimler sigortalanmaya başlanmıştır. Bu süreç hekimlerin isteğine bağlı olarak sigortalanması şeklinde gelişirken 30 Ocak 2010 tarihli 27478 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 5947 nolu “Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”un 12. ek maddesi ile;

- Mesleki sorumluluk sigortasının kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, dış tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanların, tıbbi kötü uygulama nedeniyle kendilerinden talep edilebilecek zararlar ile kurumlarınca kendilerine yapılacak rüculara karşı sigorta yaptırılmasının zorunlu olduğu,

- Kamuda çalışan sağlık personelinin sigorta priminin yarısının kendisi tarafından, diğer yarısının ise döner sermayesi bulunan kurumlarda döner sermayeden, döner sermayesi bulunmayan kurumlarda kurum bütçelerinden ödenmesini, mesleklerini serbest olarak icra edenlerin kendileri, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışanlar için ilgili özel sağlık kurum ve kuruluşları tarafından yaptırılması,

- Sigorta yaptırmayanlara, mülki idare amirince sigortası yaptırılmayan her kişi için 5000 TL idari para cezası verileceği,

- Zorunlu sigortalara ilişkin teminat tutarları ile uygulama usul ve esaslarının Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Hazine Müsteşarlığınca belirleneceği belirtilmiştir (167, 176).

21 Temmuz 2010 Tarihli 27648 Sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ”de tıbbi kötü uygulamaya ilişkin zorunlu mali sorumluluk sigortası primine yapılacak kurum katkısına ilişkin usul ve esaslar belirlenmiştir (177).

Bu tebliğe göre;

- Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında her bir olay için azami teminat tutarı 300,000 TL olarak tespit edilmiştir.

- Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası primlerine ilişkin risk grupları belirlenmiş ve buna uygun prim tutarları saptanmıştır.

26 Mayıs 2013 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan “Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları” ile yeniden düzenleme yapılarak 16 Mart 2006 tarihli ve 26110 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları ve bu Genel Şartların eklerini oluşturan Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası Klozu yürürlükten kaldırılmıştır (174).

28 Ekim 2015 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan “Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ’de Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ”de bazı değişikliklere gidilmiştir (178).

Bu tebliğe göre;

- Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında her bir olay için azami teminat tutarları belirlenmiş (Tablo 3), her durumda sözleşme kapsamında ödenecek tazminat miktarının 1.800.000 TL’yi aşamayacağı belirtilmiştir.

Tablo 3. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasındaki azami teminat tutarları

Risk Grubu	Azami Teminat Tutarı (TL)
I. Grup	200.000
II. Grup	400.000
III. Grup	600.000
IV. Grup	800.000

Talep edilen ve bazı mahkemeler tarafından uygun görülen yüksek tazminat oranları karşısında hekimler, kendilerini güvence altına almak amacıyla sigorta yaptırmaktan başka çözüm bulamamaktadır (167).

2.12 Tıbbi Uygulama Hataları ile İlgili Bilirkişilik Hizmeti Veren Yetkili Kurumlar

Hukuk ve ceza yargılaması kanunlarının bilirkişilik sistemindeki temel dayanak noktası, hakimin çözümü uzmanlığı, özel ya da teknik bir bilgiyi gerektiren konularda bir bilirkişiye başvurup bu konuda kendisini aydınlatmak istemesidir. CMK'nin 62. ve 73. maddeleri arasında bilirkişi incelemesine yer verilmiştir. CMK'nin 68. maddesi gereğince, mahkeme, bilirkişinin duruşmada dinlenmesine karar verebileceği gibi, ilgililerden birinin istemesi halinde de açıklamalarda bulunmak üzere bilirkişiyi duruşmaya çağırabilmektedir. Usul kanunlarımıza göre (Hukuk Muhakemeleri Kanunu, CMK) hakim bilirkişinin verdiği rapor ile bağlı değildir (114, 179, 180).

Hekimlik uygulamalarından doğan hatalar ile ilgili olarak ülkemizde genellikle resmi bilirkişilik kurumları olarak YSS'ye, ATK'ye, üniversitelere; meslek örgütü olarak tabip odalarına başvurular yapılmaktadır (6, 146).

Adalet Bakanlığı tarafından bilirkişilerin nitelikleri, eğitimi, seçimi ve denetimine ilişkin usul ve esasların belirlenmesi ile bilirkişilik için etkin ve verimli bir kurumsal yapı oluşturulması amacıyla bilirkişilik kanun tasarısı taslağı hazırlanarak 18 Mayıs 2015 tarihinde tüm kamu kurum ve kuruluşlarının görüşüne sunulmuştur. Taslağın 11. maddesinde bilirkişiliğe kabul şartları arasında bilirkişilik temel eğitimini tamamlamak ve bu eğitim sonunda yapılacak sınavda başarılı olmak ile bilirkişilik yapacağı uzmanlık alanında en az beş yıl fiilen çalışmış olmak gibi ifadeler yer verilmesi dikkati çekici olmuştur. Tasarı 4 Mart 2016 tarihinde TBMM'ye sunulmuş ve 2 Haziran 2016 tarihinde TBMM Adalet Komisyonu tarafından kabul edilmiştir. Tasarıda taslakta yer alan bilirkişiliğe kabul şartları arasında bilirkişilik temel eğitimi sonunda yapılacak sınavda başarılı olmak ifadesine yer verilmediği gözlenmiştir. Tasarıda ayrıca ATK Kanunu ile ilgili çok sayıda değişikliğe yer verilmiştir (181, 182).

2.12.1 Yüksek Sağlık Şurası

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 75. maddesine göre tıp mesleklerinin icrasından kaynaklanan suçlarda YSS'nin görüşünün alınması

gerekmektedir. 1930 yılında yürürlüğe giren UHK ile de bu yükümlülüğü yerine getirecek bir yapılanma, yani YSS oluşturulmuştur (87, 111).

Tıbbi uygulamalar sonrası oluşan durumların adli nitelik kazanması durumunda açılan ceza davalarında, mahkemelerin başka bilirkişilere başvuru hakkı saklı kalmak kaydıyla, YSS'nin görüşünün alınması zorunlu kılınmıştır. Ancak Kadirli 1. Asliye Ceza Mahkemesinin görüş almak için gönderilen dava dosyalarının çok geç raporlanmasını ve buna bağlı olarak davaların karara bağlanmasının yıllar aldığını gerekçe göstererek itiraz yoluyla yaptığı başvuru sonucunda Anayasa Mahkemesi 03.06.2010 gün, E.2009/69, K.2010/79 sayılı kararıyla YSS'nin ceza davalarında zorunlu bilirkişi olması ile ilgili maddeyi iptal etmiştir (183).

Şurada 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 değerlendirilmektedir. Bu sırada ilgililerin muayenesi veya ifadelerinin değerlendirilmesi yapılmamaktadır. Bu nedenle gönderilen dosyanın sorulan tıbbi görüşü oluşturacak, tüm delilleri içermesi, tam bilgi vermesi önemlidir (179, 184).

02.11.2011 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'de YSS'nin görevi ve yapısıyla ilgili düzenlemeler yapılmıştır. Söz konusu KHK'nin 21/1. maddesinde Şuranın görevi "sağlık meslek mensuplarının mesleklerini icra ederken ortaya çıkan adli konularda mahkemelere görüş vermek ve idari soruşturmacılar ve uzlaşma komisyonları için bilirkişi listesi belirlemek" olarak tanımlanmıştır.

Yüksek Sağlık Şurası Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge 663 sayılı KHK'nin 21 inci maddesi hükümlerine dayanılarak hazırlanmıştır. Şuranın üye sayısı on beş olarak belirlenmiştir. Şura yılda en az dört kere toplanır. Buna göre Şura en az sekiz üyenin katılımıyla, Müsteşar veya görevlendireceği Müsteşar yardımcısının başkanlığında toplanır. Toplantıya üyeler ve görevlilerden başka kimse giremez. Başkan gerek görürse Şurayı programlananın dışında bir tarihte toplantıya çağırabilir. Şura gerekli gördüğünde incelenecek konuyla ilgili bilirkişi görüşü alabilir, bilirkişiyi toplantıya davet edip görüşlerini dinleyebilir. Yapılan tüm tartışmalar sesli olarak kaydedilir ve kararlar tüm üyelerce imzalanıncaya kadar saklanır. Tartışmalar tamamlandıktan sonra başkan söz almak isteyen olup olmadığını sorar ve ardından açık oylamaya geçilir. Oylamada ilgili meslek mensubunun ya da meslek mensuplarının kusurlu olup olmadığı değerlendirilir. İhtisas Komisyonları üyeleri, raportörler, bilirkişi sıfatıyla toplantıya davetli olarak katılanlar oy kullanamazlar.

Şuranın toplantılarında ele alınacak konular hakkında danışma görevi yapmak; teknik görüş ve önerilerini Şuraya sunmak üzere genel müdürlüğün teklifi ve Müsteşarlık makamının onayı ile sayısı üçten az olmamak üzere konunun uzmanlarından oluşan danışma kurulları oluşturulur. Kurulun görev süresi 1 yıl olup, üyeler aynı esaslar gözetilerek kurula yeniden seçilebilirler. Danışma kurulu, şura gündemine alınacak konuları inceler ve Şuraya sunulmak üzere konu hakkında bir ön görüş raporu hazırlar.

Mahkemelerden gelen dosyaları incelemek, Şuraya bilimsel görüş ve rapor vermek üzere de ihtisas komisyonları oluşturulur. İhtisas komisyonları, danışma kurullarına benzer bir şekilde konunun uzmanı en az üç kişiden oluşur ve üyelerin görev süresi 1 yıldır.

Kurul ve komisyonlar, başkanının davetiyle ve üyelerin çoğunluğunun katılımıyla toplanır. Kendilerine gönderilen dosyaları inceleyerek görüşlerini bildiren raporlar hazırlarlar. Şura toplantıları sağlık bakanının başkanlığında, bakan olmadığı zaman müsteşar ya da görevlendirdiği müsteşar yardımcısının başkanlığında salt üye sayısı çoğunluğunda yapılır. Danışma kurulu ve ihtisas komisyonu raporları ilgili gündem maddesi tartışılırken okunur. Şura gerek görürse üçüncü kişilerden uzman görüşü alabilir, bu uzmanı toplantı sırasında dinleyebilir. Adli dosyaların görüşüldüğü toplantılar basına kapalı olarak yapılır. Genel sağlık politikalarının görüşüldüğü toplantılarda ise bu şart aranmaz. Şura toplantılarında yapılan tüm görüşmeler sesli kayıt altına alınır. Şura kararları dosya ile ilgili mahkeme karara bağlanınca açıklanır (171, 185).

2.12.2 Adli Tıp Kurumu

ATK, 14.04.1982 tarih ve 2659 sayılı ATK Kanunu'na göre Adalet Bakanlığına bağlı olarak adalet işlerinde bilirkişilik görevi yapmak üzere kurulmuştur. 19.02.2003 tarih ve 4810 sayılı ATK Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile bilirkişilik görevine adli tıp uzmanlığı ve yan dal uzmanlığı programları ile görev alanına giren konularda diğer adli bilim alanlarında sempozyum, konferans ve benzeri etkinlikler düzenlemek ve bunlara ilişkin eğitim programları uygulamak eklenmiştir. Kurum, başkanlık, başkanlar kurulu, genel kurul, ihtisas daireleri ve kurulları, grup başkanlıkları ile şube müdürlüklerinden oluşmaktadır (186).

Adli Tıp Genel Kurulu, ATK Başkanının başkanlığında, adli tıp ihtisas kurulları başkan ve üyelerinden oluşur. Genel Kurul, mahkemeler ve savcılıkların yeterince kanaat verici bulmadıkları ihtisas kurulları ve dairelerinin raporlarını karara bağlar. Genel Kurul ve ihtisas kurulları gerek duyduğunda ilgili kişileri dinleyip muayene edebilir. Ayrıca bu kurul ve

dairelerin iç ve aralarındaki çelişkili raporlarını da karara bağlar. Adli Tıp Genel Kurulu'nun kararları nihai olarak algılanmakla birlikte YSS kararlarında olduğu gibi yine bağlayıcı nitelikte olmayıp mahkemelerin takdir yetkilerini kısıtlamaz (179, 186).

ATK Kanunu'nun 16. maddesi 2/c'ye göre, mesleki kusurları değerlendiren kurul 3. Adli Tıp İhtisas Kuruludur. 3. 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. Ancak tıbbi uygulama hatası ölümle sonuçlanmışsa 1. Adli Tıp İhtisas Kurulunda değerlendirilir. 1. İhtisas Kurulu ise, bir başkan ve adli tıp uzmanı iki üye ile Tıbbi Patoloji, İç Hastalıkları, Kardiyoloji, Genel Cerrahi, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanından oluşur. 2012 yılından itibaren tıbbi uygulama hataları ile ilgili dosyalara 2. Adli Tıp İhtisas Kurulunun da baktığı bilinmektedir (186).

2 Haziran 2016 tarihinde TBMM Adalet Komisyonu tarafından kabul edilen Bilirkişilik Kanunu Tasarısı'nda ATK'nin teşkilat yapılanması ile ilgili bazı değişikliklere yer verilmiştir. Tasarıda Genel Kurul'un kaldırılarak yerine üç ayrı üst kurul oluşturulması, ihtisas kurulu sayısının altıdan sekize çıkarılması, 7. İhtisas Kurulunun ölümle sonuçlanmayan tıbbi uygulama hatlarına ilişkin işler, 8. İhtisas Kurulunun ise ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatalarına ilişkin işler hakkında bilimsel ve teknik görüş bildireceği belirtilmiştir (182).

2.12.3 Yükseköğretim Kurumları

Yükseköğretim kurumları ATK Kanunu ve Yüksek Öğretim Kanunu'nda düzenlenen maddeler gereğince resmi bilirkişilik kurumları arasındadır. ATK Kanunu'nun 31. maddesinde "Diğer Adli Ekspertiz Kurumları" başlığı altında "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." ifadesine yer verilmiştir (186).

Yükseköğretim Kanunu'nda da benzer yönde ifadeler yer almaktadır. Kanunun 37. ve 38/2. maddesinde bilirkişilikle ilgili hükümlere yer verilmiştir. Yükseköğretim Kanunu'nun 38/2. maddesinde Yükseköğretim Kurulunun isteği ve ilgili kamu kuruluşunun onayı ile yükseköğretim kurumları veya birimlerinin, ilgili adli mercilerin talebi ile adli tıp mevzuatı çerçevesinde adli tıp olaylarında ve diğer adli konularda resmi bilirkişi olarak

görevlendirilebilecekleri belirtilmiştir. Bu kapsamda Adli Tıp Anabilim Dalları ve Adli Tıp Enstitüleri mahkemelere bilirkişi olarak görüş bildirebilirler (163).

2.12.4 Tabip Odaları Onur Kurulları

Hatalı tıbbi uygulama nedeniyle zarar gördüğünü iddia eden kişi veya yakınları, tabip odalarına veya TTB Merkez Konseyine başvurabilirler. Tıbbi uygulama hataları iddiaları, etik boyutuyla mesleki denetleme kurumu olarak Tabip Odaları Onur Kurulları ve TTB Yüksek Onur Kurulu'nda ele alınmaktadır. TTB Yüksek Onur Kurulu, TTB'nin merkezi birimlerinden biridir ve hekimleri mesleki uygulamaları nedeniyle yargılayan en yüksek mercidir (169, 179).

Tabip Odaları Onur Kurulları 2004 tarih ve 25446 sayılı TTB Disiplin Yönetmeliği'ne göre çalışmaktadır ve başvuruları değerlendirip karara bağlarken TDT, Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, HMEK gibi ilgili yasa ve yönetmelikleri dikkate almaktadır (169, 187).

TTB Disiplin Yönetmeliği'nde, hekimlerin hatalı tıbbi uygulamaları sonucu öngörülen disiplin suçları ve cezaları belirlenmiştir. Tabip Odaları tarafından verilen disiplin cezalarının amacı; hekimlerin davranış ve mesleki uygulamalarına özen göstermeleri, hekimlik mesleğinin güvenilirliğinin ve saygınlığının korunması ve geliştirilmesidir (169, 187).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu çalışma ölü muayene tutanağı ve otopsi raporlarının retrospektif olarak tarandığı ve incelendiği bir arşiv tarama çalışmasıdır.

3.2 Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni 01.01.2010-31.12.2014 tarihleri arasında Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığında otopsi yapılan tüm olgulardır.

3.3 Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örnekleme 01.01.2010-31.12.2014 tarihleri arasında Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığında otopsi yapılan olgular içerisinde tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan olgular ile hatalı tıbbi uygulama kapsamına girmesi nedeniyle adli nitelikte olmasına rağmen yetkili makamlara bildirilmeden ölüm belgesi düzenlenen ve sonrasında mezarı açılan olgulardır.

3.4 Araştırma Önerisinin Sunumu

Araştırma önerisi “Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Yönergesi” çerçevesinde Adli Tıp Anabilim Dalı Akademik Kuruluna sunuldu. DEÜTF Adli Tıp Anabilim Dalının 25.11.2014 tarihli Akademik Kurul kararıyla çalışmanın uzmanlık tezi olarak belirlenmesine karar verildi.

3.5 Arşiv Tarama İzni

Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığında Grup Başkanı ve Morg İhtisas Dairesi Başkanı ile görüşüldü. Bilimsel araştırma önerisi formu doldurularak 25.12.2014 tarihinde Adli Tıp Kurumu Başkanlığına gönderildi. Adli Tıp Kurumu Başkanlığının 17.02.2015 tarih ve 21589509/110 sayılı yazısında (Ek.3) çalışma önerimizin başlığında değişiklik yapılması koşulu ile kabul edildiği belirtilmiştir.

3.6 Etik Kurul Görüşü

Çalışma önerisi ve hazırlanan Veri Kayıt Formu Örneği (Ek.1) 30.04.2015 tarihinde Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kuruluna sunuldu ve 14.05.2015 tarihinde etik sakınca bulunmadığı konusunda onay verildi (Ek. 2).

3.7 Verilerin Elde Edilmesi

Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesi arşivi taranarak 01.01.2010-31.12.2014 tarihleri arasında tıbbi uygulama hatası iddiası ile otopsi yapılan 146

olgu belirlendi. Ayrıca adli nitelikte olmasına rağmen yetkili makamlara bildirilmeden ölüm belgesi düzenlenen ve sonrasında mezarı açılan 17 olgu hatalı tıbbi uygulama kapsamında olması nedeniyle çalışmamız kapsamında irdelendi. Belirlenen olguların ölü muayene tutanağı ve otopsi raporları incelendi.

3.8 Verilerin Analizi

Belirlenen 146 olgunun ölü muayene tutanağı ve otopsi raporları incelenerek her olgu için veri kayıt formu dolduruldu.

Veri kayıt formu içerisinde olgular 3 gruba ayrıldı. Klinik tanısı ile otopside belirlenen ölüm nedeni uyumlu olan (Grup 1), klinik tanısı ile otopside belirlenen ölüm nedeni uyumsuz olan (Grup 2), klinik tanısı olmayan veya şüpheli olan otopsi ile ölüm nedeni belirlenen (Grup 3) olgular olarak sınıflandırıldı.

Yapılan otopsinin niteliği ile ilgili değerlendirme yapılırken otopsi raporları EALM tarafından önerilen kılavuz kapsamında oluşturulan otopsi denetim formuna (Ek. 4) göre değerlendirildi. Otopsi denetim formundaki parametrelerden %20 ve daha azını yerine getirenler yetersiz, %21-%40 arasını yerine getirenler az yeterli, %41-60 arasını yerine getirenler orta, %61-%80 arasını yerine getirenler iyi, %80'in üzerini yerine getirenler ise çok iyi olarak değerlendirildi.

Elde edilen veriler SPSS 22.0 programına yüklendi ve bu programda istatistiksel yönden değerlendirildi. Verilerin analizi Bağımsız gruplarda t testi ve Mann-Whitney U testi kullanılarak yapıldı. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Bu değerlendirmeler için Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ile görüşülerek destek alındı. Bulgular tablo ve grafiklerde gösterilerek olguların özellikleri incelendi ve tıbbi uygulama hatası iddialarında otopsinin önemi irdelendi.

Adli nitelikte olmasına rağmen yetkili makamlara bildirilmeden ölüm belgesi düzenlenen ve sonrasında mezarı açılarak otopsi yapılan 17 olgu, ölüme neden olan olayın niteliğine göre değerlendirildi.

Çalışmamızda yer alan tüm olgularda gerçekleştirilen otopsinin türü adli otopsi olduğundan, otopsi kelimesi adli otopsi kelimesi anlamında kullanılmıştır.

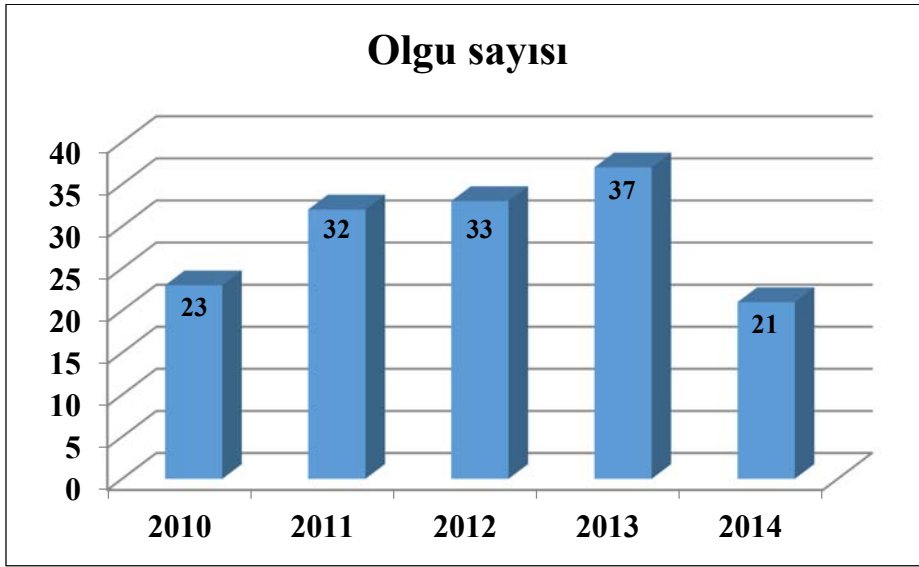
3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları

Tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan toplam 146 olgudan 124 olgunun otopsi raporunda ölüm nedeni belirtilmemiştir. Bu olguların tümünün dosyasının ATK Başkanlığına gönderilmesinin uygun olduğu bildirilmiştir. İncelenen 146 olgudan 145 olgunun otopsi raporunda tıbbi uygulama hatası kararı verilmemiştir. Tıbbi uygulama hatası kararının verilmediği 145 olgudan 144 olgunun dosyasının ATK Başkanlığına, 1 olgunun dosyasının ise YSS'ye gönderilmesinin uygun olduğu belirtilmiştir.



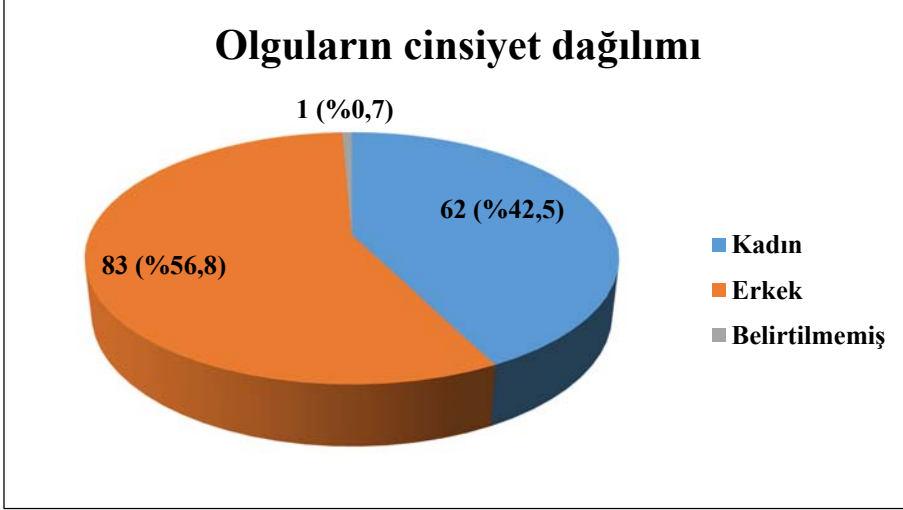
4. BULGULAR

2010-2014 yılları arasında tıbbi uygulama hatası iddiası ile Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığında otopsi yapılan olgu sayısı 146 olarak bulundu. 2010-2014 yılları arasında Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığında yapılan otopsilerin toplam sayısının 9543 olduğu gözlemlendi. Olguların yıllara göre dağılımı Grafik 1’de görülmektedir.



Grafik 1: Olguların yıllara göre dağılımı

Olguların %56,8’inin (83 kişi) erkek, %42,5’inin (62 kişi) kadın olduğu görüldü. 1 (%0,7) olgunun fetal dönemde öldüğü, mezarının açılması sonrası otopsisinin yapıldığı, çürüme nedeniyle genital bölgesinin değerlendirilemediği ve otopsi raporunda cinsiyetinin belirtilmediği gözlemlendi. Olguların cinsiyetlerine göre dağılımı Grafik 2’de görülmektedir.



Grafik 2: Olguların cinsiyetlerine göre dağılımı

Olguların yaşları 0 ile 95 arasında olup, yaş ortalaması $38,30 \pm 26,41$ 'dir. Olguların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; en büyük grubu %15,8 (23 olgu) ile fetal ve perinatal ölüm grubunun oluşturduğu görüldü. İkinci büyük grubu ise yirmişer olgu (%13,7) ile 51-60 yaş arası olgular ve 71 yaş ve üzeri olgular oluşturmaktadır. Olguların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 4'de gösterilmektedir.

Tablo 4: Olguların yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş Grupları	Olgu Sayısı	%
Fetal ve perinatal ölüm	23	15,8
8 gün-12 ay	2	1,4
1-10 yaş	6	4,1
11-20 yaş	11	7,5
21-30 yaş	15	10,3
31-40 yaş	17	11,6
41-50 yaş	16	11,0
51-60 yaş	20	13,7
61-70 yaş	16	11,0
71 yaş ve üzeri	20	13,7
Toplam	146	100,0

Olguların başvuru yaptıkları ve iddialara konu olan sağlık birimlerine göre dağılımı Tablo 5’de görülmektedir. İddialara en sık konu olan sağlık biriminin %44,5 oranıyla (65 olgu) devlet hastaneleri olduğu gözlemlendi. Tabloda diğer olarak sınıflandırılan gruptaki 2 olgunun herhangi bir sağlık birimine başvurmadığı, olgulara evde 112 ekibi tarafından sağlık hizmeti verildiği, 1 olgunun ise özel ağız ve diş sağlığı polikliniğine başvurduğu görüldü.

Tablo 5. Olguların başvurdukları ve iddialara konu olan sağlık birimlerine göre değerlendirilmesi

Sağlık Birimi	Olgu Sayısı	%
Devlet hastanesi	65	44,5
Özel hastane	28	19,2
Eğitim ve araştırma hastanesi	18	12,3
Üniversite hastanesi	17	11,6
Aile sağlığı merkezi	2	1,4
Birden fazla	10	6,8
Diğer	3	2,1
Belirtilmemiş	3	2,1
Toplam	146	100,0

Olguların başvurdukları ve iddialara konu olan klinik birimlere göre dağılımı incelendiğinde; ilk sırada acil servisin olduğu görüldü. İkinci sırada kadın hastalıkları ve doğum, üçüncü sırada genel cerrahi kliniği yer almaktadır. Acil servise başvuran olgu sayısı 69 (%47,3), kadın hastalıkları ve doğum kliniğine başvuran olgu sayısı 21 (%14,4) ve genel cerrahi kliniğine başvuran olgu sayısı 10 (%6,8) olarak bulundu. Olguların başvurdukları ve iddialara konu olan klinik birimlere göre dağılımı Tablo 6’da gösterilmektedir.

Tablo 6. Olguların başvurdukları ve iddialara konu olan klinik birimlere göre değerlendirilmesi

Klinik Birim	Olgu Sayısı	%
Acil servis	69	47,3
Kadın Hastalıkları ve Doğum	21	14,4
Genel Cerrahi	10	6,8
Ortopedi ve Travmatoloji	5	3,4
Beyin ve Sinir Cerrahisi	4	2,7
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	4	2,7
Kardiyoloji	3	2,1
Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları	3	2,1
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	3	2,1
Üroloji	2	1,4
112 Ambulans Servisi	2	1,4
Aile Sağlığı Merkezi	2	1,4
Dahiliye	1	0,7
Kalp ve Damar Cerrahisi	1	0,7
Göz Hastalıkları	1	0,7
Göğüs Hastalıkları	1	0,7
Göğüs Cerrahisi	1	0,7
Yoğun Bakım Ünitesi	1	0,7
Birden fazla	6	4,1
Diğer	1	0,7
Belirtilmemiş	5	3,4
Toplam	146	100,0

Olguların iddialara konu olan sağlık birimlerine başvuru nedenlerinin sistemlere göre dağılımı değerlendirildiğinde; genitoüriner sistem Őikayetleri ile gelen olguların (%20,5) ilk sırada olduğu görüldü. İkinci sırada travma sonucu gelişen Şikayetler ile gelen olgular (%19,2), üçüncü sırada ise gastrointestinal sistem Őikayetleri ile gelen olgular (%15,8) yer almaktadır. Travma sonucu gelişen Şikayetler ile gelen toplam 28 olgudan 14 olgunun araç içi-araç dışı trafik kazası, 7 olgunun düŐme, 3 olgunun Őiddete bağlı künt travma, 2 olgunun künt travma, 1 olgunun motosiklet kazası, 1 olgunun ateŐli silah yaralanması sonucu sağlık birimine başvurduğu gözlendi. Olguların iddialara konu olan sağlık birimlerine başvuru nedenlerinin sistemlere göre dağılımı Tablo 7’de görülmektedir.

Tablo 7. Olguların iddialara konu olan sağlık birimlerine başvuru nedenlerinin sistemlere göre dağılımı

Başvuru Őikayetleri	Olgu Sayısı	%
Genitoüriner Sistem Őikayetleri	30	20,5
Travma sonucu gelişen Şikayetler	28	19,2
Gastrointestinal Sistem Őikayetleri	23	15,8
Solunum Sistemi Őikayetleri	14	9,6
Sinir Sistemi Őikayetleri	12	8,2
Kardiyovasküler Sistem Őikayetleri	11	7,5
Kas İskelet Sistemi Őikayetleri	7	4,8
Ruhsal Şikayetler	3	2,1
Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları Őikayetleri	2	1,4
Endokrin Sistem Őikayetleri	2	1,4
Göz Hastalıkları Őikayetleri	1	0,7
Birden fazla	4	2,7
Belirtilmemiş	9	6,2
Toplam	146	100,0

Olgulara iddialara konu olan sağlık birimlerinde konulan tanuların sistemlere göre dağılımları değerlendirildiğinde; birinci sırada gastrointestinal sistem hastalıkları tanısı konulan olgular (%11,6), ikinci sırada sinir sistemi hastalıkları tanısı konulan olgular (%10,3), üçüncü sırada ise solunum sistemi hastalıkları tanısı konulan olguların (%8,2) yer aldığı gözlendi. Olguların %13,7'sine (20 kişi) tanı konulmadığı görüldü. Tablo 8'de yer alan diğer grubunda ise 3 olguda herhangi bir hastalığın saptanmadığı, 1 olguda fetal anomali, 1 olguda ilaç intoksikasyonu, 1 olguda mekonyum aspirasyonu, 1 olguda ise kordon dolanması tanularının konulduğu gözlendi. Tablo 8'de olgulara iddialara konu olan sağlık birimlerinde konulan tanuların sistemlere göre dağılımları gösterilmektedir.

Tablo 8. Olgulara iddialara konu olan sağlık birimlerinde konulan tanuların sistemlere göre dağılımları

Klinik Tanı	Olgu Sayısı	%
Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	17	11,6
Sinir Sistemi Hastalıkları	15	10,3
Solunum Sistemi Hastalıkları	12	8,2
Genitoüriner Sistem Hastalıkları	11	7,5
Kas iskelet Sistemi Hastalıkları	9	6,2
Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	8	5,5
Endokrin Sistem Hastalıkları	3	2,1
Ruhsal Hastalıkları	2	1,4
Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları	1	0,7
Enfeksiyon Hastalıkları	1	0,7
Tanı konulmamış	20	13,7
Birden fazla	14	9,6
Diğer	7	4,8
Belirtilmemiş	26	17,8
Toplam	146	100,0

Olgular iddialara konu olan sağlık birimlerinde uygulanan tedavi Şekline göre incelendiğinde; ilk sırada 37 olgu (%25,3) ile cerrahi operasyonların yer aldığı görüldü. İkinci sırada ise ilaĉ tedavisi uygulanan 32 olgu (%21,9) bulunmaktadır. 34 olguya (%23,3) herhangi bir tedavi uygulanmadığı görüldü. Tablo 9’da yer alan diğer grubunda ise 1 olguya iddiaya konu olan iki farklı sağlık biriminin ilkinde cerrahi operasyon, diğerinde kan transfüzyonu uygulandığı, yine 1 olguya iddiaya konu olan iki farklı sağlık biriminin ilkinde minimal invaziv girişim, diğerinde ilaĉ tedavisi uygulandığı, 1 olguya traksiyon ve diyaliz işlemlerinin uygulandığı, 1 olguya fetosit, 1 olguya 112 ekibi tarafından evde nazogastrik sonda takılması, 1 olguya diyaliz, 1 olguya dişe implant tedavisinin uygulandığı gözlendi. Olguların iddialara konu olan sağlık birimlerinde uygulanan tedavi Şekline göre dağılımı Tablo 9’da görülmektedir.

Tablo 9. Olguların iddialara konu olan sağlık birimlerinde uygulanan tedavi Şekline göre dağılımı

Tedavi Şekli	Olgu Sayısı	%
Cerrahi operasyon	37	25,3
İlaĉ tedavisi	32	21,9
Yoğun bakım takibi	12	8,2
Minimal invaziv girişim	12	8,2
Vajinal/sezeryan doğum	3	2,1
Küretaj	1	0,7
Ortopedik işlemler	1	0,7
Tedavi uygulanmamış	34	23,3
Diğer	7	4,8
Belirtilmemiş	7	4,8
Toplam	146	100,0

Olguların iddialara konu olan sağlık birimlerinde yatış süreleri incelendiğinde; en büyük grubu kliniğe yatışı olmayan olgular (%47,9) oluşturduğu gözlendi. Olgular içerisinde en uzun yatış süresi 8 ay olarak bulundu. Olguların iddialara konu olan sağlık birimlerinde yatış süreleri Tablo 10’da gösterilmektedir.

Tablo 10. Olguların iddialara konu olan sağlık birimlerinde yatış sürelerine göre dağılımı

Yatış Süreleri	Olgu Sayısı	%
Kliniğe yatışı olmamış	70	47,9
24 saat	17	11,6
25-48 saat	3	2,1
3-7 gün	18	12,3
8-20 gün	18	12,3
21 gün ve üzeri	12	8,2
Belirtilmemiş	8	5,5
Total	146	100,0

Tıbbi uygulama hatası iddiasını ortaya atan kişiler incelendiğinde; olgunun yakınlarının (%76,7) ilk sırada yer aldığı görölmektedir. Tablo 11’de diğer grubunda yer alan 1 olguda iddiayı ortaya atan kişilerin Cumhuriyet savcısı ve olgunun yakınları olduğu gözlendi. Tablo 11’de tıbbi uygulama hatası iddiasını ortaya atan kişilerin değerlendirilmesi gösterilmektedir.

Tablo 11. Tıbbi uygulama hatası iddiasını ortaya atan kişilerin değerlendirilmesi

İddia Sahibi	Olgu Sayısı	%
Olgunun yakınları	112	76,7
Cumhuriyet savcısı	24	16,4
Adli Tıp Uzmanı	9	6,2
Diğer	1	0,7
Toplam	146	100,0

Tıbbi uygulama hatası iddiasını ortaya atan kişilerin iddia konuları değerlendirildiğinde; tedavi hatalarının olguların %47,3'ünde (69 kişi) yer alarak en büyük grubu oluşturduğu gözlemlendi. Olguların %21,9'unda (32 kişi) iddia sahibinin iddia konusu belirtmediği ancak tıbbi uygulama hatası şüphesinin var olduğunu belirttiği görüldü. Tablo 12'de diğer grubunda yer alan 9 olgudan 2 olguda sedyeden düşürülme, 1 olguda oksijen cihazının takılmaması, 1 olguda nazogastrik sondanın yanlış takılması, 1 olguda ambulansda hekim bulunmaması, 1 olguda hekimin ameliyat için para isteyip ameliyatı yapmaması, 1 olguda hastane enfeksiyonu olduğu, 1 olguda tanı ve tedavi hatası ile hastanın yer olmaması nedeniyle kabul edilmemesi, 1 olguda ise tedavi hatası ile ambulans sürücüsünün yolu uzatması iddialarının olduğu görülmüştür. Tıbbi uygulama hatası iddiasını ortaya atan kişilerin iddia konularının dağılımı Tablo 12'de gösterilmektedir.

Tablo 12. Tıbbi uygulama hatası iddiasını ortaya atan kişilerin iddia konularının dağılımı

İddia Konusu	Olgu Sayısı	%
Aydınlatılmış onam ile ilgili sorunlar	1	0,7
Tanı hataları	12	8,2
Tedavi hataları	69	47,3
İzlem ile ilgili hatalar	5	3,4
Sevk etme ile ilgili hatalar	3	2,1
Tanı ve tedavi hataları	6	4,1
Tanı ve sevk etme hataları	2	1,4
Tedavi ve izlem hataları	2	1,4
Tıbbi uygulama hatası şüphesi	32	21,9
İlaç enjeksiyonu ile ilgili hatalar	3	2,1
Anestezi nedenli hatalar	2	1,4
Diğer	9	6,2
Toplam	146	100,0

Olgular hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan kişilerin görev alanlarına göre değerlendirildiğinde; en büyük grubu 139 olgu (%78,5) ile hekimlerin oluşturduğu görülmüştür. Diğer grubuna ise ambulans hekimi yokluğu, diş hekimi, ambulans sürücüsü dahil edilmiştir. Hakkında tıbbi uygulama hatası bulunan kişilerin görev alanlarına göre dağılımı Tablo 13’de görülmektedir.

Tablo 13. Hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan kişilerin görev alanlarına göre dağılımı*

Görev Alanı	Olgu Sayısı	%
Hekim	139	78,5
Sağlık Memuru-Sağlık Teknikeri	15	8,5
Hemşire	12	6,8
Hastane Yönetimi	4	2,2
Ebe	3	1,7
Diğer	3	1,7
Belirtilmemiş	1	0,6
Toplam	177	100,0

*Oranlar, 177 olgu üzerinden hesaplanmıştır. Toplam olgu sayısı 146 olmakla beraber bazı olgularda birden fazla görev alanında bulunan kişiler bulunduğundan tabloda 177 olgu değerlendirilmiştir.

Olgular hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan hekimlerin klinik birimlerine göre değerlendirildiğinde; en büyük grubu 36 olgu (%19,9) ile Acil Tıp oluşturmaktadır. İkinci sırada 29 olgu (%16,0) ile Kadın Hastalıkları ve Doğum, üçüncü sırada 17 olgu (%9,4) ile Anesteziyoloji ve Reanimasyon yer almaktadır. Diğer grubuna ise ambulansda hekim yokluğu dahil edilmiştir. İncelenen evraklarda acil servislerde hizmet veren ve iddialara konu olan hekimlerin Acil tıp uzmanı ya da pratisyen hekim olup olmadıkları bilgisine ulaşılamadığından acil serviste çalışan ve iddialara konu olan tüm hekimler Acil Tıp içerisine dahil edilmiştir. Hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan hekimlerin klinik birimlerine göre dağılımı Tablo 14'de görülmektedir.

Tablo 14. Hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan hekimlerin klinik birimlerine göre dağılımı*

Klinik Birimler	Olgu Sayısı	%
Acil Tıp	36	19,9
Kadın Hastalıkları ve Doğum	29	16,0
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	17	9,4
Genel Cerrahi	15	8,3
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	8	4,4
Dahiliye	8	4,4
Kardiyoloji	7	3,9
Beyin ve Sinir Cerrahisi	6	3,3
Ortopedi ve Travmatoloji	6	3,3
Üroloji	5	2,8
Kalp ve Damar Cerrahisi	4	2,2
Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları	4	2,2
Yoğun Bakım	4	2,2
Nöroloji	3	1,7
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	3	1,7
Göz Hastalıkları	2	1,1
Göğüs Hastalıkları	2	1,1
Göğüs Cerrahisi	2	1,1
112 hekimi	2	1,1
Aile Sağlığı Merkezi Hekimi	2	1,1
Radyoloji	1	0,6
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	1	0,6
Diğer	1	0,6
Belirtilmemiş	13	7,2
Total	181	100,0

*Oranlar, 181 olgu üzerinden hesaplanmıştır. Hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan toplam hekim sayısı 139 olmakla beraber bazı olgularda birden fazla klinik birimde bulunan hekimler bulunduğuundan tabloda 181 olgu değerlendirilmiştir.

Olguların otopsi yapılması amacıyla gönderildikleri illere göre dağılımı incelendiğinde; ilk sırada 75 olgu (%51,4) ile İzmir'in, ikinci sırada 43 olgu (%29,5) ile Manisa'nın, üçüncü sırada 13 olgu (%8,9) ile Aydın'ın yer aldığı belirlenmiştir. Tablo 15'de olguların otopsi yapılması amacıyla gönderildikleri illere göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 15. Olguların otopsi yapılması amacıyla gönderildikleri illere göre dağılımı

İller	Olgu sayısı	%
İzmir	75	51,4
Manisa	43	29,5
Aydın	13	8,9
Uşak	6	4,1
Muğla	6	4,1
Denizli	2	1,4
Eskişehir	1	0,7
Toplam	146	100,0

Ölü muayenesini yapan hekimlerin özelliklerine göre dağılımı değerlendirildiğinde; olguların %61,6'sında (90 kişi) ölü muayenesinin adli tıp uzmanı tarafından yapıldığı gözlemlendi. Olguların %20,5'inde (30 kişi) ölü muayenesinin Aile Sağlığı Merkezi Hekimi tarafından yapıldığı, %6,2'sinde (9 kişi) ise Toplum Sağlığı Merkezi Hekimi tarafından yapıldığı görüldü. Tablo 16'de diğer grubunda yer alan 5 olgudan 1 olguda Ana Çocuk Sağlığı ve Eğitim Merkezi hekimi, 1 olguda Sağlık Grup Başkanlığı hekimi, 1 olguda Verem Savaş Dispanseri hekimi, 1 olguda adli tıp uzmanı ile birlikte Adli Tıp Anabilim Dalında araştırma görevlisi hekim tarafından ölü muayenesinin yapıldığı, 1 olguda ise ölü muayenesinin yapılmadığı görüldü. Ölü muayenesini yapan hekimlerin özelliklerine göre dağılımı Tablo 16'da gösterilmektedir.

Tablo 16. Ölü muayenesini yapan hekimlerin özelliklerine göre dağılımı

Ölü muayenesini yapan hekim	Olgu sayısı	%
Adli Tıp Uzmanı	90	61,6
Aile Sağlığı Merkezi Hekimi	30	20,5
Toplum Sağlığı Merkezi Hekimi	9	6,2
Devlet hastanesinde çalışan hekim	8	5,5
Diğer	5	3,4
Belirtilmemiş	4	2,7
Toplam	146	100,0

Ölü muayenesi sonucunda hekimin otopsi ile ilgili aldığı kararın Cumhuriyet savcısının otopsi kararı ile uyumluluğu değerlendirildiğinde; olguların %95,9’unda (140 kişi) hekimin ve Cumhuriyet savcısının otopsi yapılması gerektiği yönünde karar verdikleri, %2,7’sinde (4 kişi) ise hekimin otopsiye yapılmasına gereksinim olmadığı yönünde karar verdiği ancak Cumhuriyet savcısının otopsi yapılması gerektiğine karar verdiği görüldü. Ölü muayenesi sonucu otopsi yapılmasına gereksinim olmadığı yönünde karar veren 4 hekimden 2’sinin Aile Sağlığı Merkezi Hekimi, 1’inin Verem Savaş Dispanseri Hekimi, 1’inin ise devlet hastanesinde çalışan hekim olduğu görüldü. Diğer grubunda yer alan 1 olguda ölü muayenesinin yapılmadığı gözlemlendi. Ölü muayenesi sonucunda hekimin otopsi ile ilgili aldığı kararın Cumhuriyet savcısının otopsi kararı ile uyumluluğunun değerlendirilmesi Tablo 17’de gösterilmektedir.

Tablo 17. Ölü muayenesi sonucunda hekimin otopsi ile ilgili aldığı kararın Cumhuriyet savcısının otopsi kararı ile uyumluluğunun değerlendirilmesi

Hekim ve Cumhuriyet savcısının otopsi kararı	Olgu Sayısı	%
Uyumlu	140	95,9
Uyumsuz	4	2,7
Diğer	1	0,7
Belirtilmemiş	1	0,7
Toplam	146	100,0

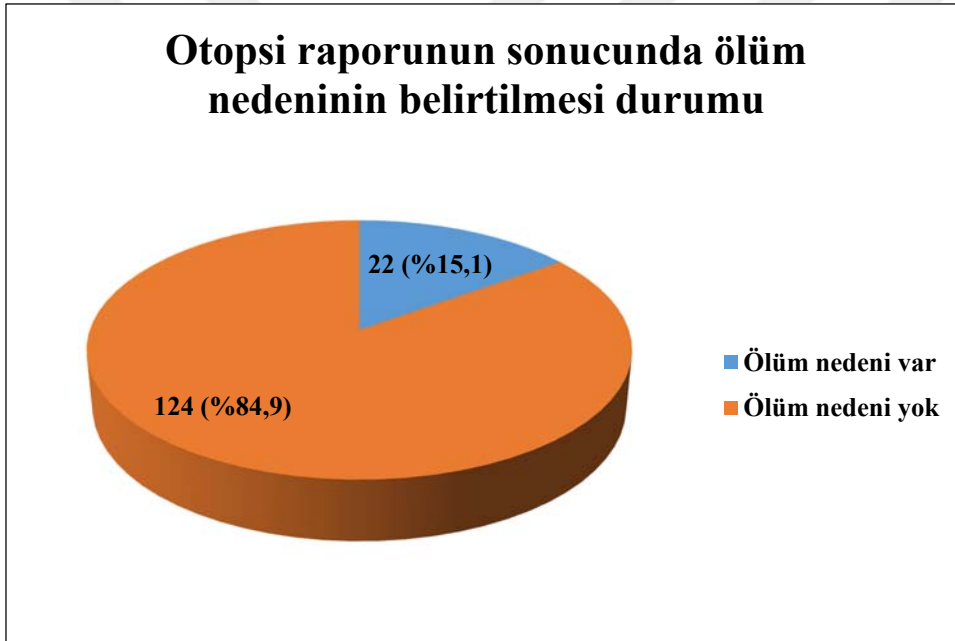
Olguların ölüm tarihi ve otopsilerinin yapıldığı tarih arasında geçen süreler incelendiğinde; en büyük grubu 1 gün sonra yapılan otopsilerin oluşturduğu, ikinci büyük grubu ise aynı gün içerisinde yapılan otopsilerin oluşturduğu gözlemlendi. 8 olgunun (%5,5) gömülmesinin ardında tıbbi uygulama hatası iddiasının ortaya atılması nedeniyle mezarının açılarak otopsisinin yapıldığı görüldü. Tablo 18’de olguların ölüm tarihi ve otopsilerinin yapıldığı tarih arasında geçen süreye göre dağılımı görülmektedir.

Tablo 18. Olguların ölüm tarihi ve otopsilerinin yapıldığı tarih arasında geçen süreye göre dağılımı

Ölüm tarihi ve otopsi tarihi arasında geçen süre	Olgu Sayısı	%
1 gün sonra	101	69,2
Aynı gün içinde	24	16,4
2 gün sonra	6	4,1
3 gün sonra	5	3,4
4 gün ve üstü	2	1,4
Feth-i Kabir	8	5,5
Toplam	146	100,0

Otopsi raporunun sonucunda ölüm nedeninin belirtilme durumu incelendiğinde; olguların %84,9'unda (124 kişi) ölüm nedeninin belirtilmediği ve bu olguların tümünün dosyasının Adli Tıp Kurumu Başkanlığına gönderildiği gözlemlendi. 146 olgudan 1 olguda tıbbi uygulama hatası olmadığı yönünde karar verildiği, 145 olguda tıbbi uygulama hatası kararının verilmediği gözlemlendi. Tıbbi uygulama hatası kararının verilmediği 145 olgudan 144 olgunun dosyasının Adli Tıp Kurumu Başkanlığına, 1 olgunun dosyasının ise Yüksek Sağlık Şurasına gönderilmesi gerektiği belirtilmiştir. Grafik 3'de otopsi raporunun sonucunda ölüm nedeninin belirtilmesi durumu görülmektedir.

Grafik 3. Otopsi raporunun sonucunda ölüm nedeninin belirtilmesi durumu



Otopside ölüm nedeni belirtilen 22 olgu 3 gruba ayrılmıştır. 1. gruba klinik tanısı ile otopside belirlenen ölüm nedeni uyumlu olan olgular, 2. gruba klinik tanısı ile otopside belirlenen ölüm nedeni uyumsuz olan olgular, 3. gruba ise klinik tanısı olmayan veya şüpheli olan otopsi ile ölüm nedeni belirlenen olgular dahil edilmiştir. Olguların %54,5'inde (12 kişi) klinik tanının ölüm nedeni ile uyumlu olduğu gözlemlendi. Klinik olarak tanı konulamayıp otopside ölüm nedeni belirlenen 3. gruptaki 4 olguda ölüm nedenlerinin kalp damar hastalığı, hidrosefali komplikasyonları ve akut pnömoni, patolojik beyin kanaması, künt boyun travmasına bağlı

omurilik yaralanması olarak belirlendiği görüldü. Klinik tanı ile otopside belirlenen ölüm nedeni arasındaki ilişki Tablo 19’da gösterilmektedir.

Tablo 19. Klinik tanı ile otopside belirlenen ölüm nedeni arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Klinik tanı ile otopside belirlenen ölüm nedeni arasındaki ilişki	Olgu Sayısı	%
Grup 1 (Klinik tanı ile ölüm nedeni uyumlu)	12	54,5
Grup 2 (Klinik tanı ile ölüm nedeni uyumsuz)	6	27,3
Grup 3 (Klinik tanı yok veya şüpheli, otopsi ile ölüm nedeni belirlenmiş)	4	18,2
Toplam	22	100,0

Klinik tanısı ile ölüm nedeni uyumsuz bulunan 2. grupta yer alan 6 olgunun klinik tanıları ve otopside belirlenen ölüm nedenleri Tablo 20’de görülmektedir.

Tablo 20. Klinik tanı ile ölüm nedeni uyumsuz bulunan olguların (Grup 2) değerlendirilmesi

Klinik tanı	Otopside belirlenen ölüm nedeni
Tibia kırığı	Akciğer embolisi
Akut gastrit	Torasik aorta anevrizma rüptürü
Adenoid vejetasyon	Bronkopnömoni ve akciğer ödemi
Üst solunum yolları enfeksiyonu	Aort anevrizma rüptürü ve kalp tamponadı
Akut kolesistit	Kalp damar hastalığı
Lomber disk hernisi	İliak arter yaralanmasına bağlı iç kanama

Yapılan otopsilerin niteliğini irdelemek amacıyla otopsi raporları EALM tarafından önerilen kılavuz kapsamında oluşturduğumuz otopsi denetim formuna göre değerlendirildi. Bu forma göre yapılan değerlendirme sonucunda otopsilerin başarısı yetersiz, az yeterli, orta, iyi, çok iyi olarak toplam beş gruba ayrıldı. Ancak otopsi başarısı yetersiz olan olgu saptanmadı. Olguların %71,9'unda (105 kişi) yapılan otopsi orta düzeyde başarılı olarak belirlendi. Otopsi denetim formuna göre otopsilerin değerlendirilmesi Tablo 21'de gösterilmektedir.

Tablo 21. Otopsi denetim formuna göre otopsilerin değerlendirilmesi

Otopsi denetim formuna göre otopsinin başarısı	Olgu sayısı	%
Az yeterli	1	0,7
Orta	105	71,9
İyi	39	26,7
Çok iyi	1	0,7
Toplam	146	100,0

Yapılan otopsilerin niteliğini irdelemek amacıyla oluşturduğumuz otopsi denetim formu parametreleri arasında yer alan tıbbi belgelerin incelemesi durumu değerlendirildiğinde; olguların %44,5'inde (65 kişi) incelendiği, %23,3'ünde (34 kişi) ise incelenmediği gözlemlendi. Otopside tıbbi belgelerin incelenme durumu Tablo 22'de gösterilmektedir.

Tablo 22. Otopside tıbbi belgelerin incelenme durumu

Tıbbi belgelerin incelenme durumu	Olgu sayısı	%
İncelenmiş	65	44,5
Kısmen incelenmiş	47	32,2
İncelenmemiş	34	23,3
Toplam	146	100,0

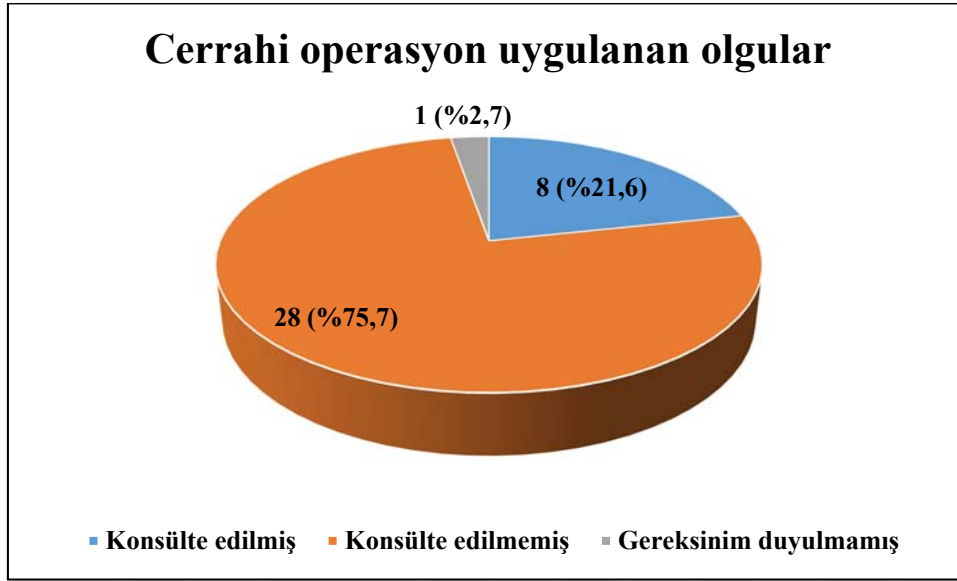
Yapılan otopsilerin niteliğini irdelemek amacıyla oluşturduğumuz otopsi denetim formunda yer alan konsültan hekime başvuru durumu incelendiğinde; olguların %61,6'sında (90 kişi) adli tıp uzmanının konsültasyon ihtiyacı duymadığı, %11,0'ında ise (16 kişi) adli tıp uzmanının konsültan hekime başvurulduğu gözlemlendi. Otopside konsültan hekime başvurma durumu Tablo 23'de gösterilmektedir.

Tablo 23. Otopside konsültan hekime başvurma durumu

Konsültasyon durumu	Olgu sayısı	%
Konsülte edilmiş	16	11,0
Konsülte edilmemiş	40	27,4
Gereksinim duyulmamış	90	61,6
Toplam	146	100,0

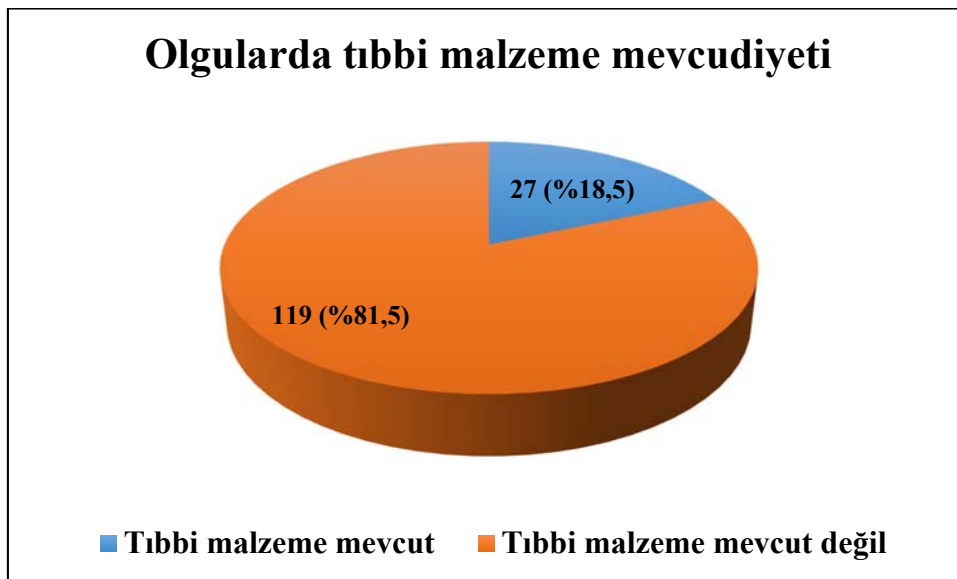
Cerrahi operasyon uygulanan 37 olguda konsültan hekime başvurma durumu değerlendirildiğinde; 8 olguda (%21,6) konsültan hekime başvurulduğu, 28 olguda (%75,7) başvurulmadığı, 1 olguda (%2,7) ise konsültasyon ihtiyacı duymadığı görüldü. Konsültasyon ihtiyacı duyulmayan 1 olgunun feth-i kabir olgusu olduğu gözlemlendi. Grafik 4'de cerrahi operasyon uygulanan olgularda konsültan hekime başvurma durumu gösterilmektedir.

Grafik 4. Cerrahi operasyon uygulanan olgularda konsültan hekime başvurma durumu



Yapılan otopsilerin niteliğini irdelemek amacıyla oluşturduğumuz otopsi denetim formu parametreleri arasında yer alan bir diğer parametre olan otopside tıbbi malzemelerin mevcudiyeti ve incelenmesi durumu değerlendirildiğinde; olguların %81,5'inde (119 kişi) herhangi bir tıbbi malzemenin mevcut olmadığı, %18,5'inde (27 kişi) ise tıbbi malzemelerin mevcut olduğu ve incelendiği gözlemlendi. Olgularda tıbbi malzeme mevcudiyetinin durumu Grafik 5'de gösterilmektedir.

Grafik 5. Olgularda tıbbi malzeme mevcudiyetinin durumu



Olguların otopsilerinin tamamının adli tıp uzmanı hekimler tarafından yapıldığı, otopsiyi yapan adli tıp uzmanı hekim sayısının 8 olduğu gözlemlendi. Adli tıp uzmanı hekimler mesleki deneyim süresine göre iki gruba ayrıldı. Mesleki deneyim süresi 10 yıl altı olan 4 hekim tarafından otopsileri yapılan olgu sayısı toplam 36 (%24,7) iken, mesleki deneyim süresi 10 yıl ve üstü olan 4 hekim tarafından otopsileri yapılan toplam olgu sayısı 110 (%75,3) idi. Olguların otopsilerini yapan adli tıp uzmanı hekimlerin mesleki deneyim süresine göre değerlendirilmesi Tablo 24’de gösterilmektedir.

Tablo 24. Olguların otopsilerini yapan adli tıp uzmanı hekimlerin mesleki deneyim süresine göre değerlendirilmesi

Mesleki deneyim süresi	Olgu Sayısı	%
10 yıl altı	36	24,7
10 yıl ve üstü	110	75,3
Toplam	146	100,0

Olguların otopsisini yapan ve mesleki deneyim süresi 10 yıl altında olan adli tıp uzmanı hekimlerin otopsi denetim formundaki başarı yüzdelerinin yüksekliği istatistiksel oldukça anlamlı olarak bulundu ($p<0,001$). Otopsi denetim formuna göre başarı yüzdeleri ile otopsiyi yapan adli tıp uzmanı hekimin mesleki deneyim süresi arasındaki ilişki Tablo 25’te gösterilmiştir.

Tablo 25. Otopsi denetim formuna göre başarı yüzdeleri ile otopsiyi yapan adli tıp uzmanı hekimin mesleki deneyim süresi arasındaki ilişki

Mesleki deneyim süresi	Olgu sayısı	Otopsi denetim formu başarı yüzdeleri ortalaması	Standart Sapma	p değeri
10 yıl altı	36	60,97	9,120	0,000
10 yıl ve üstü	110	55,68	6,198	

Otopsi aynı gün içerisinde yapılan olguların otopsi denetim formundaki başarı yüzdelerinin yüksekliği istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,039$). Otopsi denetim formuna göre başarı yüzdeleri ile olgunun ölüm tarihi ile otopsisinin yapıldığı tarih arasında geçen süre arasındaki ilişki Tablo 26’da görülmektedir.

Tablo 26. Otopsi denetim formuna göre başarı yüzdeleri ile olgunun ölüm tarihi ile otopsisinin yapıldığı tarih arasında geçen süre arasındaki ilişki

Ölüm tarihi ile otopsi tarihi arasında geçen süre	Olgu sayısı	Otopsi denetim formu başarı yüzdeleri ortancası	Çeyrekler arası aralık (Interquartile range-IQR)	p değeri
Aynı gün içinde	24	60,00	7	0,039
Aynı gün içerisinde olmayan ve feth-i kabir olguları	122	57,00	11	

Otopsi raporunda ölüm nedeni belirtilen olguların otopsi denetim formu başarı yüzdeleri ile otopsi raporunda ölüm nedeni belirtilmeyen olguların otopsi denetim formu başarı yüzdeleri arasında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır ($p=0,151$). Tablo 27’de otopsi denetim formuna

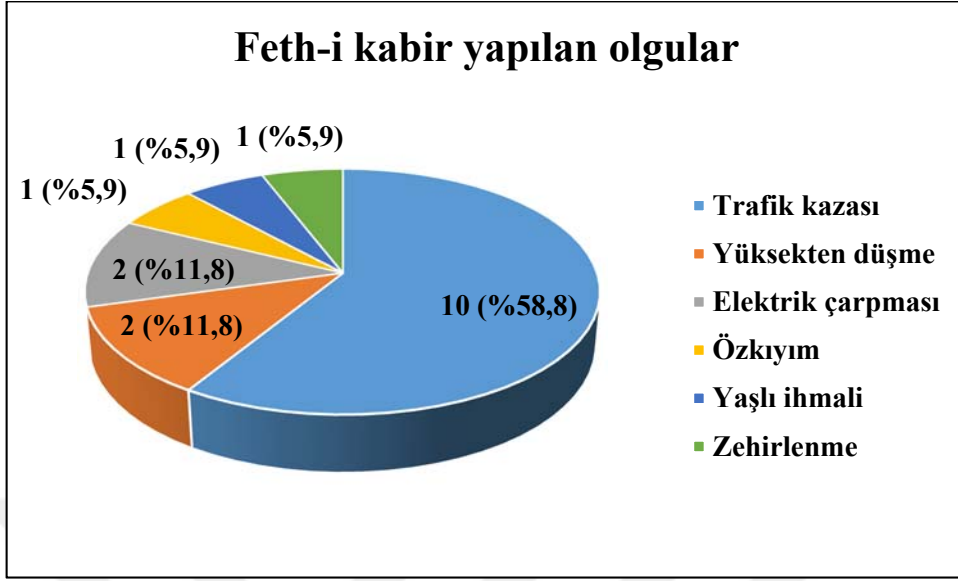
göre başarı yüzdeleri ile otopsi raporunda ölüm nedeninin belirtilmesi arasındaki ilişki gösterilmektedir.

Tablo 27. Otopsi denetim formuna göre başarı yüzdeleri ile otopsi raporunda ölüm nedeninin belirtilmesi arasındaki ilişki

Otopsi raporunda ölüm nedeninin belirtilmesi durumu	Olgu sayısı	Otopsi denetim formu başarı yüzdeleri ortancası	Çeyrekler arası aralık (Interquartile range-IQR)	p değeri
Ölüm nedeni var	22	54,00	10	0,051
Ölüm nedeni yok	124	57,50	9	

Feth-i kabir sonrası otopsi yapılan toplam 45 olgunun 17'sinde (%37,8) olguların adli nitelikte olgular olduğu ancak olguların hekimler tarafından adli makamlara bildirilmediği ve olguların defnedildiği gözlenmiştir. Olguların dağılımı incelendiğinde en büyük grubu trafik kazalarının oluşturduğu saptanmıştır. Trafik kazası geçiren olgulardan 2 olgunun yakınının hekimlerden mezarın açılmasına sebebiyet vermeleri nedeniyle şikayetçi olduğu görülmüştür. Grafik 6'da feth-i kabir yapılan adli olguların dağılımı görülmektedir.

Grafik 6. Feth-i kabir yapılan adli olguların dağılımı



5. TARTIŞMA

Tıbbi uygulama hataları dünyada ve ülkemizde yasal, etik ve tıbbi yönleriyle her geçen gün daha fazla tartışılan çok yönlü bir konudur. Ülkemizde son yıllarda özellikle hekimlere yönelik tıbbi uygulama hatası iddialarının yazılı ve görsel basında sıkça yer aldığını, açılan ceza ve tazminat davası oranlarında ise artışın söz konusu olduğunu görmekteyiz (73, 74). Hukuksal süreçte bilirkişilik hizmeti veren kurum ve kuruluşlarda yapılan araştırmalarda bu artış oldukça açık bir biçimde göze çarpmaktadır (7-10).

Hastaların sağlıkla ilgili bilim ve teknolojiadaki gelişmeler nedeniyle sağlık sisteminden ve bireysel olarak sağlık çalışanlarından beklentilerinin artmış olması, basın yayın organlarında konuyla ilgili yapılan haberlerdeki artışın sonucu olarak insanların kendilerine verilen sağlık hizmetini daha fazla sorgulamaları, konuyla ilgili yasal düzenlemeler, sigorta sistemindeki gelişmeler, hukuksal alanda konunun daha fazla irdelenmesi gibi nedenlerden dolayı hekimlere yönelik şikayetler artmaktadır.

Ülkemizde tıbbi uygulama hataları ile ilgili olarak İstanbul Tabip Odası Hekimlik Uygulama Bürosuna 1999-2003 yılları arasındaki dönemde başvuran olguların dosyaları üzerinde yaptığı doktora tezinde Yorulmaz, 1999 yılından 2003 yılına kadar olgu sayısında %42 oranında bir artış olduğunu bildirmiştir (8). Özkaya'nın 2002 -2006 yıllarını kapsayan beş yıllık dönemde ATK 3. İhtisas Kurulunca tıbbi uygulama hatası yönünden değerlendirilen dosyalar üzerinde yaptığı yüksek lisans tez çalışmasında, tıbbi uygulama hatası iddiası olan olgularda 2003 yılından itibaren önemli bir artış saptanmıştır (7). Pakiş'in yaptığı doktora tezinde 2001-2005 yılları arasında ATK 1. ve 3. İhtisas Kurullarınca değerlendirilen tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan ve ölü doğum ya da ölümle sonuçlanan olguların dosyaları incelendiğinde 2001 ve 2005 yılları arasındaki olgu sayısında %160'lık bir artış olduğu bildirilmiştir (67). Yazıcı ve ark. yaptıkları çalışmada ise tıbbi uygulama hatası iddiası ile 2010-2011 yılları arasında Adli Tıp Genel Kurulunda değerlendirilen olguların dosyaları incelenerek olgu sayısının 2000 ve 2010 yılları arasında %300 oranında artış gösterdiği saptanmıştır (9).

Çalışmamızda 2010-2014 yılları arasında tıbbi uygulama hatası iddiası ile ATK İzmir Grup Başkanlığında otopsi yapılan olgu sayısı 146 olarak bulunmuştur. Pakiş'in yaptığı çalışmada 2001-2005 yılları arasında ATK 1. ve 3. İhtisas Kurullarınca değerlendirilen, tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan ve otopsi yapılan olgu sayısı 375 olduğu, olguların otopsisinin yapıldığı illere göre dağılımı incelendiğinde İzmir'de otopsi yapılan olgu sayısının

34 olduğu bildirilmektedir. İki çalışma karşılaştırıldığında İzmir’de tıbbi uygulama hatası iddiası ile otopsi yapılan olgu sayısının 2001-2005 yılları arasında 34 iken, 2010-2014 yılları arasında 146’ya çıktığı, yaklaşık 4,3 kat arttığı gözlenmiştir (67). Elde edilen sonuçlar İzmir’de de tıbbi uygulama hatası iddiasıyla otopsi yapılan olgu sayısındaki dikkat çekici artışı göstermektedir.

Çalışmamızda olguların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde en büyük grubu fetal ve perinatal ölümlerin, ikinci büyük grubu ise 51-60 yaş arası olgular ile 71 yaş ve üzeri olguların birlikte oluşturduğu gözlenmiştir. Pakiş’in 2000-2005 yılları arasında, Algan’ın ise 2006-2010 yılları arasındaki dönemleri kapsayan İstanbul’da yaptıkları tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan olguları inceledikleri çalışmalarında benzer olarak olguların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde en büyük grubu perinatal ölümlerin oluşturduğu gözlenmiştir (66, 67). Çalışmamızda 23 fetal ve perinatal ölüm olgusundan 12 olgunun ölü olarak doğduğu görülmüştür. Bu veri ölü doğumla sonuçlanan uygulamaların tıbbi uygulama hatası iddiaları arasında önemli bir yer tuttuğunu göstermektedir.

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. Perinatal otopsi intrauterin ölümlerin önlenmesinde ve azaltılmasında ana stratejilerin belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır (188). Perinatal otopsi sonucu elde edilen bulgular gelecek gebeliklerle ilgili aileye ve klinisyene önemli bilgiler verebilir (189-191). Perinatal otopsi önemini inceleyen çok sayıda araştırma yapılmıştır (189, 190, 192, 193-197). Perinatal otopsi tıbbi uygulama hatalarında karar verme sürecindeki önemi dışında antemortem tanının doğrulanmasında, beklenmeyen bulguların tanımlanmasında, herediter hastalıkların ortaya çıkartılmasında da önem taşımaktadır (188). Kaya ve ark. tarafından yapılan çalışmada 1999-2007 yılları arasındaki dokuz yıllık dönemde otopsi yapılan 378 bebeklik dönemi olgusunun 15’inde tıbbi uygulama hatası iddiasının ileri sürüldüğü bildirilmiştir (198). Çalışmamızda 2010-2014 yılları arasındaki beş yıllık dönemde bebeklik dönemi olgu sayısı 25 olarak saptanmıştır. İki çalışma kıyaslandığında İzmir’de tıbbi uygulama hatası iddiasıyla otopsi yapılan bebeklik dönemi olgularının sayısında artış olduğu dikkati çekmektedir.

Tıbbi uygulama hatası iddiası olgularının ilgili sağlık birimlerine göre dağılımı da oldukça önemlidir ve konuyu aydınlatmada yararlıdır. Pakiş’in ve Algan’ın tez çalışmalarında iddialara konu olan sağlık birimleri içinde ilk sırada devlet hastanelerinin ikinci sırada ise özel hastanelerin yer aldığı belirtilmiştir (66, 67). Gündoğmuş ve ark. YSS’deki tıbbi uygulama

hatası olgularını incelemişler ve en sık devlet hastanelerinin (%42,4) iddiaya konu olduğu belirtilmiştir (199). Büken'in 1990-2000 yılları arasındaki obstetri ve jinekoloji ile ilişkili tıbbi uygulama hatası iddiaları ile ilgili yaptığı tez çalışmasında benzer şekilde devlet hastanelerinin (%40,1) ilk sırada, özel hastanelerin (%18,6) ikinci sırada olduğu görülmüştür (68). Yazıcı ve ark.'nın yaptığı araştırmada ilk sırada devlet hastanelerinin, ikinci sırada özel hastanelerin bulunduğu, üniversite hastanelerinin ise dördüncü sırada (%6) yer aldığı gözlenmiştir (9). Çalışmamızda da riskli ve komplike olan hastaların daha yoğun olarak tedavi gördüğü üniversite hastanelerinin (%11,6) dördüncü sırada yer aldığı gözlenmiştir. Di Nunno ve ark. İtalya'da yaptıkları bir araştırmada tıbbi uygulama hatası iddialarına konu olan kurumların %88'inin kamu kuruluşu, %12'sinin ise özel sektör kuruluşu olduğu saptanmıştır (54). Araştırmamızda olguların başvurdukları ve iddialara konu olan sağlık birimlerine göre dağılımı değerlendirildiğinde branşa spesifik olmayan genel araştırmalarla da uyumlu olarak birinci sırada devlet hastanelerinin (%44,5), ikinci sırada ise özel hastanelerin (%19,2) yer aldığı görülmüştür. Devlet hastanelerinin ilk sırada yer alması bakılan hasta sayısındaki fazlalık, hasta başına ayrılan muayene sürenin azlığı, devlet hastanelerinin diğer sağlık kuruluşlarından sayıca daha fazla ve yaygın oluşu, teknik donanım ve ekipman yetersizliği gibi koşullara bağlanabilir. Özel hastanelerde hastaların ücret karşılığı aldıkları sağlık hizmetinden beklentilerinin yüksek olması tıbbi uygulama hatası iddiasını ortaya orta eğilimini artırıcı bir neden olarak düşünülebilir.

Tıbbi uygulama hatalarında branşlara bağlı dağılım oldukça önemlidir ve çalışılan hasta gruplarına göre değişebilmektedir. Ülkemizde tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan davaların branşlara göre dağılımında cerrahi branşların üst sıralarda yer alması (9, 67), cerrahi tıbbi girişimlerin tıbbi uygulama hatası açısından daha riskli uygulamalar olduğunu düşündürmektedir. Li ve ark. yaptıkları bir çalışmada cerrahi tedavi gören hastaların sıklıkla ağır hastalıklarla mücadele ettiklerini ve cerrahi tedavi ile elde edilecek sonuçtan beklentilerinin yüksek olduğunu ayrıca cerrahi işlemler içeren branşların diğer uzmanlık dallarına göre daha fazla risk taşıdığını bildirmişleridir (55). Studdert ve ark. ise çalışmalarında tıbbi uygulama hatası iddialarında cerrahi ile ilişkili olan iddia oranını %31, medikal tedavi ile ilgili iddia oranını %17 olarak bulmuşlardır (200). Çalışmamızda cerrahi tedavi uygulanan olgu sayısının (%25,3) yalnızca ilaç tedavisi uygulanan olgu sayısından (%21,9) daha fazla bulunmuştur. Bu durum cerrahi tıbbi girişimlerde tıbbi uygulama hatası iddiasıyla daha fazla dava açıldığı düşüncesi ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda olguların başvurdukları ve iddialara konu olan klinik birimlere göre dağılımı incelendiğinde Acil servisin (%47,3) en büyük grubu oluşturduğu gözlenmiştir. Özkaya'nın tez çalışmasında da benzer olarak en yüksek tıbbi hata iddialarının acil servislerden olduğu görülmüştür (7). Çalışmamızda olguların sağlık birimlerinde yatış süreleri değerlendirildiğinde ise birinci sırada kliniğe yatışı olmayıp ayaktan tedavi gören olguların (%47,9), ikinci sırada ise 0-24 saat arası tedavi gören olguların (%11,6) yer aldığı gözlenmiştir. Çalışmamızdaki yatış süreleri incelendiğinde olguların büyük çoğunluğunu yatış yapılmayıp ayaktan tedavi gören ve 0-24 saat arası tedavi gören olguların oluşturması acil servislerin ilk sırada olmasını destekleyici özelliktedir. Ülkemizde acil servise başvuru sayılarındaki artışlar, hekim ve diğer sağlık personeli sayısında yaşanan sıkıntılar, hasta başına düşen muayene süresindeki azlık, sağlık personelinin uzun çalışma süreleri, konsültasyon ve sevk etmede yaşanan sorunlar, teknik donanım, ilaç ve malzeme eksiklikleri gibi nedenlerin bu durumda etkili olduğu düşünülmüştür.

Tıbbi uygulama hatası iddiasını ortaya atan kişilere ilişkin çalışmalar da o ülkenin sosyal koşulları ve adli sistemine göre değişik sonuçlar içermektedir. Wamisho ve ark. 2011-2013 yılları arasındaki tıbbi uygulama hatası iddialarını analiz ettikleri çalışmalarında iddia sahibinin olguların 1/3'ünde hasta ve/veya hasta yakınları, 1/3'ünde ise polis ya da mahkeme olduğunu bildirmişlerdir (201). Hasta yakınlarının tıbbi uygulama hatası iddiasını ortaya atmalarının altında çok sayıda neden gösterilebilir. Kişilerin sağlık sisteminden ve sağlık personelinin beklentilerindeki artış, konunun medyada ve hukuksal alanda kapladığı yerin gün geçtikçe artıyor oluşu, yakınlarının ölümü nedeniyle kişilerin yaşadıkları duygular, sağlık personeli ile yaşanan iletişim problemleri bu nedenlerin başlıcaları arasındadır. Literatürde birçok yazar kişilerin tıbbi uygulama hatası davalarını açma kararı almasında iletişimi önemli bir faktör olarak görmektedir (98-101). Çalışmamızda tıbbi uygulama hatası iddiasını ortaya atan kişiler incelendiğinde hasta yakınlarının büyük bir oranla ilk sırada (%76,7) yer aldığı, ikinci sırada ise Cumhuriyet savcısının (%16,4) yer aldığı gözlenmiştir. Hasta ve hasta yakınları ile sağlık personelinin sağlıklı bir iletişim kurması, sağlık hizmetinin kaliteli bir şekilde sürdürülmesi açısından önemlidir.

Tıbbi uygulamalar, tanıdan tedaviye ve izleme kadar uzanan geniş bir yelpazede yer aldığından hatalar da buna göre geniş bir dağılım gösterebilmektedir. Selbst ve ark.'nın 1985-2000 yılları arasındaki pediatrik malpraktis dava dosyalarını inceledikleri çalışmalarında en sık

tanı hatalarının (%39) görüldüğünü bildirmişlerdir (202). Fransa’da pediatrik malpraktis dava dosyalarının incelendiği başka bir çalışmada da en sık tanı ilişkili hataların görüldüğü belirtilmiştir (203). Brown ve ark. yaptıkları çalışmada 1985-2007 yılları arasındaki acil servisteki olgularla ilgili tıbbi uygulama hatası dava dosyalarını inceledikleri çalışmalarında en sık görülen hatanın tanı hatası (%37) olduğunu bildirmişlerdir (204). Wanzel ve ark. yaptıkları araştırmada inceledikleri tıbbi uygulama hatası olgularından %72’sinde tedavide kusur, %28’inde tanıda kusur olduğunu bildirmişlerdir (205). Can ve ark. 1978-2006 yılları arasında tıbbi uygulama hatası iddiası nedeniyle yargıya yansımış ve yerel mahkemeler tarafından YSS ve/veya ATK’den bilirkişi görüşü alınarak verilen kararlar-hükümlere itiraz sonucunda yüksek yargı organında oluşturulmuş görüşleri inceledikleri çalışmalarında kusur nedenleri arasında en sık yanlış tedavinin (%47) yer aldığını görmüşlerdir (206). Li ve ark. Çin’deki 1998-2011 yılları arasındaki tıbbi uygulama hatası davalarının verilerini inceledikleri çalışmalarında hata tiplerini tıbbi teknoloji, etik, ürün ve yönetim hatası olarak dört ana gruba ayırmışlardır. Tıbbi teknoloji hatalarını cerrahi, kullanılan ilaç, tanı, tedavi, hamilelik ve doğum, enfeksiyon, hemşirelik, izlem ve anestezi ile ilişkili hatalar olarak alt gruplara bölmüşler, olguların %79’unda tıbbi teknoloji hatası saptanmışlardır (55). ABD’de 1986-2010 yılları arasındaki 25 yıllık dönemi kapsayan bir başka çalışmada ise tıbbi uygulama hatası iddiaları içinde ilk iki sırayı tanı (%28,6) ve tedavi (%27,2) ilişkili iddialar oluşturmuştur (207). Pakiş tez çalışmasında olguların hatalı uygulama alanlarına göre değerlendirmesinde en yüksek oranda tedavi uygulamama veya tedavi hatası (%23,4), bunu takiben de tanı ve tedavi hatası (%16,2) izlendiğini bildirmiştir (67). Çalışmamızda tıbbi uygulama hatası iddia konuları değerlendirildiğinde en büyük grubu literatürle uyumlu olarak tedavi ile ilgili hataların (%47,3) oluşturduğu gözlenmiştir. İkinci grupta iddia sahibinin iddia konusunu belirtmediği ancak tıbbi uygulama hatası varlığından şüphe duyduğu görülmüştür. Üçüncü grupta ise tanı hatası yer almıştır. Çalışmamızda tıbbi uygulama hatası şüphesi olan olgular iddia konusunu belirtmediğinden en sık saptanan hataların tedavi ve tanı kaynaklı hatalar olması literatürle uyumlu bulunmuştur.

Tıbbi uygulama hatasından dolayı suçlanan kişilere bakıldığında işleme göre değişmekle birlikte genellikle hekimler başta yer almaktadır. Ancak hekim, hemşire ve diğer çalışanların suçlanma oranlarında farklılıklar da gözlenmektedir. Pakiş’in 2001-2005 yılları arasında ATK 1. ve 3. İhtisas Kurullarına ait tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan dosyaları incelediği tez çalışmasında tıbbi uygulama hatası saptanan kişiler içerisinde hekimlerin %96,4’lük bir oranla ilk sırada olduğunu belirtmiştir (67). Algan tez çalışmasında 2006-2010 yılları arasında ATK

1. ve 3. İhtisas Kurullarına ait tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan dosyaları incelemiş, hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan kişilerin görev alanlarına bakıldığında ilk sırada hekimlerin %84,2'lik bir oranla yer aldığını görmüştür (66). Wallensten bir makalesinde İsveç'te yıllık yaklaşık 3000 tıbbi kusur şikayeti ile karşılaşıldığı, bunların %70'inin hekim, %30'unun ise diş hekimi, hemşire ve diğer sağlık personeli ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (208). Araştırmamızda hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan sağlık personelinin görev alanlarına göre dağılımı incelendiğinde birinci sırada hekimlerin (%78,5) ikinci sırada ise sağlık memuru ve sağlık teknikerlerinin (%8,5), üçüncü sırada ise hemşirelerin (%6,8) yer aldığı görüldü. Tıbbi uygulama hatası her ne kadar tüm sağlık hizmeti sunan kişileri içine alan bir kavram olsa da hekimlerin yüksek oranlarda ilk sıralarda yer aldığı gözlenmiştir. Ancak çalışmamız Pakiş ve Algan'ın tez çalışmaları (66, 67) ile kıyaslandığında hekim dışı sağlık personeli hakkındaki tıbbi uygulama hatası iddialarında bir artışın söz konusu olduğunu göstermektedir. Hekim dışı sağlık personelinin mesleki olarak yasal hak ve sorumlulukları, tıbbi uygulama hatası kavramı gibi konularda bilgilendirilmelerinin önemli olduğunu düşünmekteyiz. Nitelikli sağlık hizmeti sunabilmenin temel koşullarından birinin, alanında uzmanlaşmış sağlık profesyonellerinin varlığı, bir diğerinin ise bu profesyonellerin birbirleri ile yakın iş birliği ve iletişim içinde, ekip anlayışı doğrultusunda çalışması olduğunun unutulmaması gerekmektedir.

Branşlara göre tıbbi uygulama hatası suçlama oranları ülkelere ve sağlık politikalarına göre değişkenlik gösterebilmektedir. ABD'de NPDB'nin verileri kullanılarak yapılan güncel bir araştırmada tıbbi uygulama hatası riski en yüksek uzmanlık dallarının Dahiliye, Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Genel Cerrahi olduğu bildirilmiştir (47). Çin'de yapılan bir araştırmada 1998-2011 yılları arasındaki 1086 tıbbi uygulama hatası davalarının incelendiği çalışmada klinik branşlara göre dağılım incelendiğinde ilk üç sırada Kadın Hastalıkları ve Doğum, Ortopedi ve Travmatoloji ile Genel Cerrahi'nin yer aldığı bildirilmiştir (55). Almanya'da Madea ve Preuss'un tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan 4450 otopsi olgusunun dosyaları üzerinde yaptıkları çalışmalarında ilk sırada cerrahi branşların olduğunu, Acil Tıp branşının ise dördüncü sırada yer aldığını belirtmişlerdir (51). Di Nunno ve ark. İtalya'da yaptıkları çalışmada ise ilk üç sırada Kadın Hastalıkları ve Doğum, Genel Cerrahi ve Acil Tıp olduğunu saptamışlardır (54). Ülkemizde Yazıcı ve ark. tıbbi uygulama hatası ile karşılaşan hekimleri uzmanlık alanlarına göre dağılımını incelemişler, ilk iki sırada Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Genel Cerrahi, beşinci sırada ise Anesteziyoloji ve Reanimasyon olduğunu

bildirmişlerdir (9). Can ve ark. tarafından yapılan bir başka çalışmada ilk sıralarda Genel Cerrahi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Anesteziyoloji ve Reanimasyon olduğu bildirilmiştir (206). Araştırmamızda hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan hekimlerin klinik birimlerine göre dağılımı incelendiğinde ilk sırada Acil Tıp (%19,9), ikinci sırada Kadın Hastalıkları ve Doğum (%16), üçüncü sırada Anesteziyoloji ve Reanimasyon (%9,4), dördüncü sırada ise Genel Cerrahi (%8,3) olduğu gözlenmiştir. Çalışmamızda hakkında tıbbi uygulama hatası bulunan hekimlerin klinik birimleri literatürle uyumlu bulunmuştur. Çalışmamızda Acil Tıp ilk sırada yer almıştır. Olguların başvurdukları ve iddialara konu olan klinik birimlere göre dağılımı incelendiğinde de acil servisin en büyük grubu oluşturması Acil Tıp branşının ilk sırada olmasını destekleyici özelliktedir. Araştırmamızda acil servislerde hizmet veren hekimlerin acil tıp uzmanı ya da pratisyen hekim olup olmadıkları bilgisine erişilemese de acil servislerdeki çalışma koşullarına ek olarak ülkemizde acil tıp uzmanı sayısındaki yetersizliklerin ve bu nedenle acil servislerde görev yapan pratisyen hekimlere düşen sorumlulukların artmasının Acil Tıp branşının ilk sırada yer almasına katkıda bulunduğu düşünülmüştür.

Branşlara göre tıbbi uygulama hatası suçlamalarında cerrahi ve ilgili branşlardaki artış işaret eden çalışmalar vardır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda anestezi uygulamasına bağlı ölüm iddialarında yıllar içerisinde artışın meydana geldiği, bu artışta anestezi uzmanı sayısındaki yetersizliklerin, preoperatif değerlendirmedeki eksikliklerin, uygun koşullar sağlanmadan ameliyathane dışı anestezi uygulamalarının etkili olduğu belirtilmektedir (209, 210). Çalışmamız Anesteziyoloji ve Reanimasyon dalının ilk sıralarda yer alması bu artışa paralellik göstermektedir.

Tıbbi uygulama hatası davalarındaki artış hekimlerin TUS tercihlerini etkilemekte ve hekimleri defansif tıp uygulamalarına yönlendirmektedir. Literatürde bazı yazarların tıbbi malpraktis stres sendromunu tanımlayarak irdelemeleri dikkat çekici bulunmuştur (211). Çalışmamızda tıbbi uygulama hatası iddiası açısından Acil Tıp, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Anesteziyoloji ve Reanimasyon ile Genel Cerrahi branşlarının ilk sıralarda yer aldığı görülmüştür. Ülkemizde yapılan araştırmalarda bu branşların TUS taban puanlarında belirgin düşüşlerin yaşandığı saptanmış (14, 75), ayrıca 2015 ilkbahar dönemi TUS'ta ilk yüzde yer alan hekimlerin tercihleri içerisinde bu dört uzmanlık dalının yer almadığı gözlenmiştir (212). Bu durum TUS'ta hekimlerin dava riski yüksek bulunan uzmanlık dallarından kaçındıklarını göstermektedir.

Tıbbi uygulama hatası olgularının aydınlatılmasında otopsi halen en etkili yöntemdir. Son yıllarda daha yeni ve etkili tanı yöntemleri özellikle de görüntüleme tekniklerinin bulunması nedeniyle dünya genelinde otopsi oranlarında azalmalar gözlenirse de (115-117), yapılan araştırmalar antemortem ve postmortem tanı arasındaki uyumsuzluğun sürdüğünü göstermektedir (118-123). Klinik tanı ile otopsi tanısı arasında devam eden uyumsuzluklar otopsiyi gerçekleştirmeye devam etmek için önemli bir argüman olarak görülmektedir (124-127). Günümüzde halen tıbbi uygulama hatası iddialarının aydınlatılmasında otopsi çok etkili bir yöntem olarak görülmektedir. Tıbbi uygulama hatası olgularının otopsi raporlarında elde edilen tanı ile klinik tanılarının kıyaslanmasında farklı sınıflamalar geliştirilmiştir. Goldman ve arkadaşları 1983 yılında otopsi ile klinik tanı arasındaki uyumsuzlukları sınıflandırmak için kullanışlı bir sınıflama önermişlerdir (125). Bu sınıflama 1987 yılında Battle ve arkadaşları tarafından geliştirilerek güncellenmiştir (134). Bu tarihten sonra çok sayıda araştırmada bu iki sınıflamadan yararlanılmıştır (131-133, 135, 136) ancak farklı sınıflandırma yöntemleri de araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir (128, 138-140). Çalışmamızda otopsi raporunun sonucunda ölüm nedeninin belirtilmesi durumu incelendiğinde olguların sadece %15,1’inde (22 kişi) ölüm nedeninin belirtildiği, ölüm nedeni belirtilmeyen diğer 124 olgunun (%84,9) tümünün dosyasının ATK Başkanlığına gönderildiği gözlenmiştir. Ölüm nedeni belirtilmeyen olguların otopsi raporu sonuçlarına ulaşamadığından literatürde önerilen sınıflamalar çalışmamızda kullanılamamıştır. Ancak ölüm nedeni belirtilen 22 olgu klinik tanı ve otopside belirlenen ölüm nedeni açısından; klinik tanısı ile otopside belirlenen ölüm nedeni uyumlu olan olgular (grup 1), klinik tanısı ile otopside belirlenen ölüm nedeni uyumsuz olan olgular (grup 2), klinik tanısı olmayan veya şüpheli olan otopsi ile ölüm nedeni belirlenen olgular (grup 3) olarak üç gruba ayrılmıştır. Otopside ölüm nedeni belirtilen 22 olgunun 12’sinde (%54,5) klinik tanının ölüm nedeni ile uyumlu olduğu gözlenmiştir. Goldman ve ark. tarafından oluşturulan sınıflamada hastanın ölümünden önce belirlenmiş olması durumunda hastanın tedavisinde değişikliğe neden olarak sağkalım süresinin uzamasına veya hastalığın tedavi edilmesine neden olabilecek atlanmış major tanılar grup 1’de incelenmiştir (125). Yapılan çok sayıda araştırmada en sık atlanan major tanı myokard infarktüsü ve pulmoner emboli olarak bulunmuştur (118, 131-133, 135, 137). Çalışmamızda klinik tanı ile otopsi tanısı uyumsuz olan (grup 2) ve klinik olarak tanı konulamayıp otopsi ile tanı konulan (grup 3) toplam 10 olgudan 2 olguda aort anevrizma rüptürü, 2 olguda kalp damar hastalığı, 1 olguda ise pulmoner emboli olduğu saptanmıştır. Çalışmamızdaki otopsi raporunun sonucunda ölüm nedeni belirtilen olgu

sayısındaki azlık, literatür ile araştırmamızda elde edilen bulguların kıyaslanmasında sınırlılığı neden olmuştur.

Tıbbi uygulama hatası olgularının aydınlatılmasında otopsi önemlidir ancak olguların karmaşıklılığı nedeniyle genel standartlarda değil tıbbi uygulama hatasına yönelik otopsi uygulaması gereklidir. Otopsilerin standardizasyonu için çeşitli otopsi protokolleri ve kılavuzları oluşturulmuştur (18-26). Yapılan çalışmalarla yazarlar bu protokol ve kılavuzlar ışığında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan olguların otopsisinde kullanılmak üzere çeşitli değerlendirme yöntemleri belirleyerek, belli bir standart oluşturup, hata payını azaltmak ve doğru tanıya ulaşmak amaçlanmışlardır (27-30). Çalışmamızda yapılan otopsilerin niteliği ile ilgili değerlendirme yapılırken otopsi raporları EALM tarafından önerilen kılavuz kapsamında oluşturduğumuz otopsi denetim formuna göre değerlendirilmiştir (28). Bu forma göre yapılan değerlendirme sonucunda otopsilerin başarısı yetersiz, az yeterli, orta, iyi, çok iyi olarak toplam beş gruba ayrılmıştır. Olguların %71,9'unda (105 kişi) yapılan otopsinin başarısı orta düzeyde, %26,7'sinde ise iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Pakiş tez çalışmasında otopsi raporlarını Viktorya Enstitüsü Adli Tıp Bölümünün önerdiği Otopsi Denetleme Formu kriterlerine göre değerlendirilmiş, forma göre yapılan değerlendirme sonucu otopsi başarısı başarısız, başarılı-kötü, başarılı-orta ve başarılı-iyi olarak dört gruba ayrılmıştır. Olguların %57'sinde otopsi standardının bu kriterlere göre başarılı-iyi, %32,3'ünde başarılı-orta bulunduğunu bildirmiştir (67).

Otopsi, kişiye ait önceki verilerin bilinmesiyle daha güvenilir sonuçlar vermektedir. Tüm otopsilerde kişinin ölümünden evvel tıbbi tedavi görmesi durumunda ilgili tıbbi belgelerin tümünün temin edilip incelenmesi, ayrıca mevcut ise hastaneye girişte alınan kan örnekleri ve çekilen radyolojik grafilerin de temin edilmesi gerektiği kaynaklarda vurgulanmaktadır. Tıbbi uygulama hatası iddialarının söz konusu olduğu olguların otopsilerinde ise otopsi öncesi tüm tıbbi kayıtların incelenmesi büyük önem taşımaktadır. Otopsi öncesi incelenen tıbbi kayıtlar, adli tıp uzmanına otopsi esnasında yol gösterici bilgiler vermesi açısından oldukça değerlidir. EALM tarafından önerilen kılavuzda tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan otopsilere başlamadan önce hastaya ait tüm tıbbi belgelerin ayrıntılı olarak incelenmesi gerektiği, bu ön değerlendirme sonucuna göre konsültasyon ihtiyacı doğer ise ilgili uzmanla görüşülmesi gerektiği vurgulanmaktadır (28). Ülkemizde ATK'nin tıbbi uygulama hatası iddiası olan olguların raporlarının düzenlenmesinde istenen belge ve materyaller içerisinde tüm tıbbi belgelerin yer aldığı görülmektedir (213). Tawadros ve ark. yaptıkları bir olgu sunumunda tıbbi

uygulama hatası iddiası olgularının otopsilerinde otopsi öncesi tüm tıbbi kayıtların incelenmesi ve mümkün ise ilgili uzmanlara konsültasyonda bulunulmasının değerli bilgiler sağlayacağını belirtmişleridir (214). Çalışmamızda olguların %44,5'inde (65 kişi) tıbbi belgelerin incelendiği, %32,2'sinde (47 kişi) kısmen incelendiği, %23,3'ünde (34 kişi) ise incelenmediği gözlenmiştir. Pratikte tıbbi belgelerin temin edilmesi ile ilgili yaşanan problemlerin tıbbi belgelerin kısmen incelendiği ve incelenmediği gruptaki olgu sayılarında etkili olduğu düşünülmüştür. Çalışmamızda otopsi denetim formunda yer alan bir diğer parametre olan konsültan hekime başvuru durumu incelendiğinde olguların %61,6'sında (90 kişi) adli tıp uzmanının konsültasyon ihtiyacı duymadığı, %11,0'ında ise (16 kişi) konsültan hekime başvurduğu, %27,4 (40 kişi) konsültan hekime başvurmadığı saptanmıştır. Otopsilerin hastane ortamında yapılmamış olması ve uygulamada konsültan hekime ulaşmada yaşanan sıkıntıların otopsi öncesi veya esnasında konsültan hekime başvuru oranlarında etkili olduğu düşünülmüştür. Madea kitabında bazı özel cerrahi operasyonlar sonrası gerçekleşen ölüm olgularında, deneyimli bir cerrahın otopsiye katılması gerektiğini vurgulamıştır (29). Cerrahi operasyon yapılan toplam 37 olgudan 8'inde (%21,6) konsültan hekime başvurulduğu, 28 olguda (%75,7) başvurulmadığı, 1 olguda (%2,7) ise konsültasyon ihtiyacı duymadığı görülmüştür. Bulgular cerrahi operasyon sonucu ölümün meydana geldiği olgularda adli tıp uzmanı hekimlerin otopsi esnasında ilgili cerrahi hekime konsültasyon ihtiyacını daha çok hissettikleri şeklinde yorumlanmıştır.

Otopsi esnasında cesette var olan tıbbi malzemelerin incelenmesi oldukça önemlidir. EALM tarafından önerilen kılavuzda tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan otopsilerde cesette mevcut olan tüm tıbbi malzemelerin eksiksiz olarak incelenmesi gerektiği, bu bağlamda otopsiyi yapacak olan uzmanın, iddia konusu olan tıbbi hatalı uygulamanın gerçekleştiği hastaneye mevcut olan tıbbi malzemelerin cesetten uzaklaştırılmaması gerektiği konusunda bilgi vermesinin yararlı olacağı belirtilmiştir (28). Araştırmacılar tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan otopsilerde cesette bulunan tüm tıbbi malzemelerin ayrıntılı olarak incelenerek kayıt altına alınması gerektiğini bildirmişlerdir (27, 29). Çalışmamızda otopsi denetim formu parametreleri arasında yer alan otopside tıbbi malzemelerin mevcudiyeti ve incelenmesi durumu incelendiğinde olguların %81,5'inde (119 kişi) herhangi bir tıbbi malzemenin mevcut olmadığı, %18,5'inde (27 kişi) ise tıbbi malzemelerin mevcut olduğu ve incelendiği gözlenmiştir. Bulgular tıbbi uygulama hatası iddiasının söz konusu olduğu durumlarda, cesedin

üzerinde mevcut olan tüm tıbbi malzemeler ile birlikte otopsiye gönderilmesi hususunda hekimlerin bilgilendirilmesinin yararlı olacağını düşündürmüştür.

Mesleki deneyim ve hata oranı arasında bir ilişki söz konusudur. Deneyim arttıkça hata oranının düşmesi beklense de veriler her zaman bunu göstermemektedir. Çalışmamızda olguların otopsisini yapan ve mesleki deneyim süresi 10 yıl altında olan adli tıp uzmanı hekimlerin, mesleki deneyim süresi 10 yıl üstünde olan adli tıp uzmanı hekimlere göre otopsi denetim formundaki başarı yüzdelerinin yüksekliği istatistiksel oldukça anlamlı olarak bulundu ($p < 0,001$). Bu tablo her ne kadar beklenen durumun tersi olarak görünse de 19 Haziran 2002 tarih ve 24790 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe giren Tıpta Uzmanlık Tüzüğü ile eskiden 2 yıl olan adli tıp uzmanlık eğitimi süresi 4 yıla çıkarılması, Adli Tıp Uzmanları Derneğinin Meslekte Yeterlilik Kurulu çalışmalarında, bu 4 yıllık süre göz önüne alınarak bir adli tıp uzmanı için Avrupa Birliği standartlarına uygun teorik ve pratik minimum standartların belirlendiği “Çekirdek Müfredat” oluşturulmasının gibi tıpta uzmanlık eğitiminde yapılan yeniliklerin bir sonucu olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca bu durumda mesleki deneyim süresi 10 yıl altında olan adli tıp uzmanı hekimlerin rapor yazım dillerinin de katkı sağladığı görüşüdeyiz.

Otopsi işleminin gecikmeden yapılması sağlıklı verilere ulaşılmasında ve olayın aydınlatılmasında oldukça önemlidir. Juvin ve ark. cerrahi operasyon sonrası ölen ve ailelerinin tıbbi uygulama hatası iddiasında bulunmaları nedeniyle otopsi yapılan 15 olguluk bir çalışmada otopsilerin tıbbi değerinin tartışılmış, erken postmortem otopsilerin, ölüm nedeni belirlemede yeni ve umulmadık verilerle büyük fayda sağladığını saptanmıştır (123). Adli patoloğ Manion W. otopsilerin ölümden sonraki 24 saat içerisinde gerçekleştirilmesinin daha yararlı olduğunu belirtmiştir (215). Çalışmamızda otopsi aynı gün içerisinde yapılan olguların otopsi denetim formundaki başarı yüzdeleri diğer olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan otopsilerin ölümden sonra çok fazla vakit kaybetmeden ve organlardaki bozulmalar başlamadan önce yapılmasının daha yararlı olacağını düşünmekteyiz.

Adli olgu bildirimini hekimlerin temel yükümlülüklerinden olup bazen bu konu bile tıbbi uygulama hatası iddiasına yol açabilmektedir. Bu bildirimlerin zamanında yapılmayışı ise olayın aydınlatılmasını olumsuz etkilemektedir. Hekimler ölüm olayları ile karşılaştığında ölüm halini belirlemek ve ölüm belgesi düzenlemekle yükümlüdür. Ölüm belgesi düzenlenirken hekime düşen en önemli görev ölüm tanısı koymak ve gerçekleşen ölümün doğal veya adli

nitelikte olup olmadığının ayrımını yapmaktır. Adli nitelikteki ölüm olguları ile kesin ölüm nedeni hekim tarafından yapılan ayrıntılı muayeneye rağmen belirlenememiş olan şüpheli ölüm olgularının adli makamlara bildirimini yapılmaması birçok soruna yol açan tıbbi hatalı uygulamalardır. Bu sorunlar içerisinde olguların daha sonrasında otopsi işlemi için mezarlarının açılması önemli bir yer tutmaktadır. Çalışmamızda beş yıllık süreçte toplam 45 olgunun feth-i kabir sonrası otopsisinin yapıldığı, bu olgulardan 17'sinin (%37,8) adli nitelikte olduğu ancak hekimler tarafından adli makamlara bildirilmediği ve olguların defnedildiği gözlenmiştir. Adli makamlara bildirilmeyen adli olgular içinde en büyük grubu 10 olgu (%58,8) ile trafik kazalarının oluşturduğu görülmüştür. Trafik kazası geçiren olgulardan iki olgunun yakınının hekimlerden mezarın açılmasına sebebiyet vermeleri nedeniyle şikayetçi olduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde feth-i kabir yapılan adli nitelikteki olgular içerisinde trafik kazalarının ilk sırada yer aldığı gözlenmiştir (216, 217). Demirci ve ark. yaptığı çalışmada en sık feth-i kabir nedeninin %28,6 oranı ile adli olgunun ihbar edilmeden defin ruhsatı düzenlenmesi olduğu bildirilmiştir (218). Çalışmamızda feth-i kabir yapılan olguların %37,8'inin adli nitelikli olgular olduğu dikkate alındığında, adli ölüm olgularının değerlendirilmesinde hekimlerin birtakım eksikliklerinin olduğu düşünülmüştür. Hekimlerin adli olgularla ilgili yaşadıkları sorunların meydana gelmesinde en önemli nedenlerinden birinin eğitim eksikliği olduğu düşünülmektedir. Fincancı ve Biçer pratisyen hekimlerin almış oldukları adli tıp eğitimini %93 sıklıkta yetersiz bulduklarını belirtmişlerdir (219). Antalya'da yapılan bir çalışmada hekimlerin %62'si, Kocaeli'nde hekimlerin %66'sı ve Konya'da %80'i mezuniyet öncesi almış oldukları adli tıp eğitimini yetersiz bulduklarını belirtmişlerdir (220-222). Türkiye'de adli tıp uzmanı sayısının yetersiz olması nedeniyle adli tıp hizmetlerinin önemli bir bölümünü yürüten adli tıp uzmanı olmayan hekimlerin hem tıp fakültesindeki eğitimleri sırasında hem de sonrasında adli tıbbi yönden eğitimlerine ağırlık verilmelidir. Hekimlerin bu konuda yaşayacakları hukuki sorunlar da dikkate alındığında meslek içi eğitim çalışmalarında adli tıbbi konulara daha sık yer verilmesi gerekmektedir. Üniversitelerdeki Adli Tıp Anabilim Dalları, ATK'ye bağlı Adli Tıp Grup Başkanlıkları ve Şube Müdürlüklerinde görev yapan adli tıp uzmanı hekimlerin adli tıbbi hizmetler konusunda kendi bölgelerindeki tüm hekimlerin eğitimlerine destek olmaları gerektiğini düşünmekteyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Dünyada ve ülkemizde yapılan araştırmalar tıbbi uygulama hatası iddialarında önemli bir artışın söz konusu olduğunu göstermektedir. Çalışmamız İzmir ilinde tıbbi uygulama hatası iddiası ile otopsi yapılan olgu sayısında beş yıllık dönemde dikkat çekici bir artış olduğunu göstermiştir. Tıbbi uygulama hatası olgularına ait verilerin ülke genelinde ortak bir sistem kurularak toplanması ve sistemden elde edilecek sonuçların ayrıntılı olarak irdelenmesi yararlı olacaktır. Kurulacak sistemden elde edilecek veriler konu ile ilgili yapılacak olan araştırmalara kaynak sağlaması, yasal düzenlemelere yön vermesi, sigorta şirketlerinin mesleki sorumluluk sigortası primlerini adil bir şekilde belirleyebilmesi, konu ile ilgili sağlık çalışanlarına yönelik düzenlenecek olan eğitim çalışmaları için yol gösterici bilgiler vermesi açısından önemli olacaktır.

2. Çalışmamızda olguların başvurdukları ve iddialara konu olan sağlık birimlerine göre dağılımı değerlendirildiğinde birinci sırada devlet hastanelerinin, klinik birimlere göre dağılımı incelendiğinde ise birinci sırada acil servislerin yer aldığı görülmüştür. Devlet hastaneleri ve acil servislerin ilk sırada yer almasında bakılan hasta sayısındaki fazlalık, hasta başına ayrılan muayene sürenin azlığı, hekim ve diğer sağlık personeli sayısında yaşanan sıkıntılar, sağlık personelinin uzun çalışma süreleri, teknik donanım, ilaç ve malzeme eksiklikleri gibi nedenlerin bu durumda etkili olduğu düşünülmüştür.

3. Çalışmamızda; ulusal literatürde yer alan çalışmalar ile kıyaslandığında hekim dışı sağlık personeli hakkındaki tıbbi uygulama hatası iddialarında bir artışın söz konusu olduğu gözlenmiştir. Elde edilen bu sonuç hekim dışı sağlık personelinin mesleki olarak yasal hak ve sorumlulukları, tıbbi uygulama hatası kavramı gibi konularda bilgilendirilmelerinin önemli olduğunu düşündürmüştür.

4. Araştırmamızda hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan hekimlerin klinik birimlerine göre dağılımında ilk sırada Acil Tıp yer alırken bunu Kadın Hastalıkları ve Doğum izlenmiştir.

5. Tıbbi uygulama hatası davalarındaki artış hekimlerin TUS tercihlerini etkilemekte ve hekimleri defansif tıp uygulamalarına yönlendirmektedir. Ülkemizde yapılan araştırmalarda çalışmamızda ilk sıralarda yer aldığı belirlenen klinik

branşların TUS taban puanlarında belirgin düşüşlerin yaşandığı saptanmıştır. Sağlık hizmetlerinin kaliteli bir şekilde sürdürülebilmesi açısından bu sonuçlar gelecek için endişe verici bulunmuştur.

6. Literatürdeki araştırmalar ölümle sonuçlanan olgularda tıbbi uygulama hatası iddialarının aydınlatılmasında otopsinin çok etkili bir yöntem olduğunu göstermektedir. Bu nedenle yapılacak otopsilerin belli bir standartta olması gereklidir. Otopsilerin standardizasyonu için dünyada belli merkezlerde çeşitli otopsi protokolleri ve kılavuzları oluşturulduğu gözlenmiştir. Tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan olguların otopsisinde kullanılmak üzere çeşitli değerlendirme yöntemleri belirleyerek, belli bir standart oluşturup, hata payını azaltmak ve doğru tanıya ulaşmak amacıyla ülkemizde de bir kılavuz oluşturulmasının faydalı olacağı düşünülmüştür.

7. Çalışmamızda beş yıllık süreçte feth-i kabir sonrası otopsi yapılan olgulardan %37,8'inin adli nitelikte olgular olduğu ancak hekimler tarafından adli makamlara bildirilmediği gözlenmiştir. Bu durum hem verilerin kaybına yol açarak adaleti olumsuz etkilemekte hem de ölenin yakınlarını incitmektedir. Bu hatalı tıbbi uygulamanın önemli nedenlerden biri hekimlerin adli tıp eğitimindeki eksikliklerdir. Bu nedenle hekimlerin hem tıp fakültesindeki eğitimleri sırasında hem de sonrasında yapılacak mesleki eğitim çalışmalarında adli tıp konularına daha fazla yer verilmesinin önemli olduğuna inanıyoruz.

KAYNAKLAR

1. Sayek F. Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler. 2. Baskı. Ankara: TTB Yayınları; 2009.
2. Hancı İH. Malpraktis: Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu. 1. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2002.
3. Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. BMJ 2016;353:i2139.
4. James JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. J Patient Saf 2013;9(3):122-8.
5. Naeyaert H. Medical errors and compensation under Belgian law. Erişim adresi: <http://www.eurojuris.net/en/node/41628> Erişim tarihi: 22.03.2015.
6. Tuğcu H, Yorulmaz C, Koç S. Hekim sorumluluğu ve tıbbi malpraktis. Klinik Gelişim Dergisi 2009;22:6-10.
7. Özkaya N. 2002 – 2006 yılları arasında Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulunca görüş bildirilen pediatrik malpraktis iddiası içeren kararların incelenmesi ve tıbbi hataların tespiti. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü; İstanbul: 2008.
8. Yorulmaz C. İstanbul Tabip Odasına yansıyan hekim hatası iddiası bulunan olguların adli tıbbi açıdan irdelenmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü; İstanbul: 2005.
9. Yazıcı YA, Şen H, Aliustaoğlu S, Sezer Y, et al. Evaluation of the medical malpractice cases concluded in the General Assembly of Council of Forensic Medicine. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2015;21(3):204-208.
10. Özkara E, Naderi S, Gündoğmuş ÜN, Arda MN. Yüksek Sağlık Şurasında 1994-1998 yılları arasında incelenen spinal cerrahi malpraktis olgularının değerlendirilmesi. Türk Nöroşirürji Dergisi 2004;14(3):151-158.
11. Tümer AR. 1995-2000 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası tarafından değerlendirilen cerrahi vakalarının komplikasyon ve malpraktis yönünden araştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı; Ankara: 2002.
12. Yılmaz A, Demiral G, Şahin G, Yener O ve ark. 2005 yılında yürürlüğe giren Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) cerrahi branş hekimleri üzerindeki etkisi. Adli Tıp Dergisi 2013;27(3):158-172.

13. Aynacı Y. Hekimlerde defansif (çekinik) tıp uygulamalarının araştırılması. Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı; Konya: 2008.
14. Kasap H, Akar T, Demirel B, Dursun AZ ve ark. Tıbbi uygulama hatası riski yüksek olan uzmanlık dallarının Tıpta Uzmanlık Sınavında tercih edilme önceliklerinin yıllara göre değişimi. Adli Tıp Bülteni 2015;20(1):34-37.
15. Soysal Z, Eke M, Çağdır S. Tanımlama. Soysal Z, Eke M, Çağdır S, editörler. Adli Otopsi Cilt I. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları Rektörlük Yayın No: 4164. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi; 1999. s. 1.
16. Polat O. Tıbbi Uygulama Hataları. 1. Baskı. Ankara: Seçkin yayıncılık; 2005.
17. Pakiş I, Yaycı N, Karapirli M. Tıbbi uygulama hatası olgularında otopsi denetim formu uygulaması. Türkiye Klinikleri J Foren Med 2007;4(3):113-120.
18. Hutchins GM. Practice guidelines for autopsy pathology. Autopsy performance. Autopsy Committee of the College of American Pathologists. Arch Pathol Lab Med 1994;118(1):19-25.
19. Burke MP, Opekin K. Audit in forensic pathology. The Am J Forensic Med Pathol 2000;21(3):230-236.
20. Hanzlick RL. The autopsy lexicon: suggested headings for the autopsy report. Arch Pathol Lab Med 2000;124:594-603.
21. Hutchins GM, Berman JJ, Moore GW, Hanzlick R. Practice guidelines for autopsy pathology: autopsy reporting. Arch Pathol Lab Med 1995;119:777-783.
22. The Royal Collage of Pathologists. Guidelines on autopsy practice. London: September 2002. Erişim adresi: <http://www.ihrdni.org/314-008-1.pdf> Erişim tarihi: 16.10.2015.
23. Council of Europe. Recommendation no. R (99) 3 of the Committee of Ministers to member states on the harmonization of medico-legal autopsy rules. Forensic Sci Int 2000;111(1-3):5-58.
24. Powers JM. Practice guidelines for autopsy pathology. Autopsy procedures for brain, spinal cord, and neuromuscular system. Autopsy Committee of the College of American Pathologists. Arch Pathol Lab Med 1995;119(9):777-83.
25. Bove KE. Practice guidelines for autopsy pathology: the perinatal and pediatric autopsy. Autopsy Committee of the College of American Pathologists. Arch Pathol Lab Med 1997;121(4):368-76.

26. Randall BB, Fierro MF, Froede RC. Practice guidelines for forensic pathology. Members of the Forensic Pathology Committee, College of American Pathologists. Arch Pathol Lab Med 1998;122(12):1056-1064.
27. Prahlow JA, McClain JL. Deaths due to medical therapy. In: Froede RC, eds. Handbook of Forensic Pathology. 2nd ed. Northfield: Collage of American Pathologists; 2003. p.381-392.
28. Ferrara SD, Baccino E, Bajanowski T, Boscolo-Berto R et al. Malpractice and medical liability. European guidelines on methods of ascertainment and criteria of evaluation. Int J Legal Med 2013;127:545-557.
29. Madea B. Medical malpractice. In: Madea B, eds. Handbook of Forensic Medicine. 1st ed. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.; 2014. p.545-61.
30. Dettmeyer RB, Verhoff MA, Schütz HF. Medical malpractice. In: Dettmeyer RB, Verhoff MA, Schütz HF, eds. Forensic Medicine Fundamentals and Perspectives. Berlin: Springer; 2014. p.459-66.
31. Polat O. Tıbbi Uygulama Hataları. 2. Baskı. Ankara: Seçkin yayıncılık; 2015.
32. Patient Safety Dictionary. Erişim adresi: <http://www.npsf.org/?page=dictionaryfm>
Erişim tarihi: 25.10.2015
33. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. Erişim adresi: http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=65&Itemid=31
Erişim tarihi: 25.09.2015.
34. Tıbbi Hizmetlerin Uygulamasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı. Erişim adresi: <http://www2.tbmm.gov.tr/d21/1/1-1030.pdf> Erişim tarihi: 24.10.2015.
35. Yüksel C. Tıbbi uygulama hatalarında bilirkişilik. Özel Hukuk Yüksek Lisans Tezi, Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; İstanbul.
36. Carstensen Gerd. Von Heilvursuch zum medizinische Standard. Dtsch Arztebl 1989;86(36):2431.
37. Bayraktar K. Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu. İstanbul: Sermet Matbaası; 1972.
38. Aşçıoğlu Ç. Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar. Ankara: Tek Işık Ofset Tesisleri; 1993.
39. Yelmer NS. Hekimlerin Hukuki Mesuliyeti. İstanbul: Güven Basımevi; 1948.

40. Mohr JC. American medical malpractice litigation in historical perspective. JAMA 2000;283:1731-7.
41. Hurwitz B. Learning from primary care malpractice: past, present and future. Qual Saf Health Care 2004;13(2):90-1.
42. Medical Malpractice-Prevention, Insurance and Coverage Options. Erişim adresi: <http://www.oecd.org/finance/insurance/medicalmalpractice-preventioninsuranceandcoverageoptions.htm> Erişim Tarihi: 04.04.2016.
43. Görkey ř. Hasta hakları. Hatemi H, Doğan H, editörler. Medikal Etik, Tıp Organizasyonunda Etik ve Hukuk (Mediko-Legal). 1. Baskı. İstanbul: Yüce Yayım; 2003.
44. Türk Tabipleri Birliği. “Mesleki sorumluluk sigortalanmalıdır” Evet ama nasıl? “Hekim-Hasta-Toplum İçin Tıbbi Zararları (Nasıl) Karşılayalım?” Erişim adresi: <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/malpraktis.pdf> Erişim tarihi: 04.04.2016.
45. Budetti PP, Bartlett EE, Bartlett HT, Waters TM. Medical Malpractice Law in the United States. Washington: The Henry J. Kaiser Family Foundation; 2005.
46. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington: National Academies Press; 2000.
47. Studdert DM, Bismark MM, Mello MM, Singh H, et al. Prevalence and characteristics of physicians prone to malpractice claims. N Engl J Med 2016;374(4):354-62.
48. Sert G. Hasta Hakları: Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Çerçevesinde. 1. Baskı. İstanbul: Babil Yayınları; 2004.
49. <http://www.sdplatform.com/Dergi/112/Hasta-guvenligi-kulturu.aspx> (Erişim tarihi: 27.10.2015).
50. <http://www.nhsa.com/AboutUs/Pages/AnnualReport.aspx> (Erişim tarihi:24.10.2015).
51. Madea B, Preuss J. Medical malpractice as reflected by the forensic evaluation of 4450 autopsies. Forensic Sci Int 2009;190(1-3):58–66.
52. Martelli A, Mastroberto L. Implicazioni assicurative della responsabilita` professionale del medico nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale. La Responsabilita` Medica in ambito civile, CEDAM, 1989, 193-225.
53. Casali MB, Mobilia F, Del Sordo S, Blandino A, et al. The medical malpractice in Milan-Italy. A retrospective survey on 14 years of judicial autopsies. Forensic Sci Int 2014;242:38-43.

54. Di Nunno N, Dell'Erba A, Viola L, Vimercati L, et al. Medical malpractice: a study of case histories by the Forensic Medicine Section of Bari. *Am J Forensic Med Pathol* 2004;25(2):141-4.
55. Li H, Wu X, Sun T, Li L, et al. Claims, liabilities, injures and compensation payments of medical malpractice litigation cases in China from 1998 to 2011. *BMC Health Serv Res* 2014;14:390.
56. Wang D, Yang Y. Retrospective Analysis on 315 cases of medical dispute in a general hospital. *Sun Yatsen University Forum* 2007;27(11):32–36.
57. Zhu Z, Jiang B. To discuss the necessity of establishing a medical identification system of medical disputes- Report of 62 cases of medical dispute lawsuit case analysis. *Jiangsu Health Management* 2007;18(97):78–80.
58. Su Y, Hu Y, Yang J, Yan Z, et al. A retrospective analysis on 356 cases of forensic identification for medical dispute. *West China Med J* 2009;24(2):288–291.
59. Zheng L, Jin K, Yan X, Chen Y, et al. 111 case of the investigation and analysis of medical disputes. *Chin J Hosp Admin* 2006;22(4):250–252.
60. Li W. Analysis of 69 cases of medical disputes and protection. *J Qiqihar Med Coll* 2011;32(1):94–95.
61. Kong F, Bai R, Cui Z, Wang X, et al. Identification results of 254 cases of medical disputes. *Chinese Hospital Management* 2011;31(2):17–18.
62. Hamasaki T, Hagihara A. Physicians' explanatory behaviours and legal liability in decided medical malpractice litigation cases in Japan. *BMC Med Ethics* 2011;21:12:7.
63. Hagihara A, Hamasaki T, Abe T. Association between physician explanatory behaviors and substandard care in adjudicated cases in Japan. *Int J Gen Med* 2011;4:289-97.
64. Hanazaki K, Tominaga R, Nio M, Iwanaka T, et al. Report from the Committee for Improving the Work Environment of Japanese Surgeons: survey on effects of the fee revision for medical services provided by surgeons. *Surg Today* 2013;43(11):1209-18.
65. Özkaya N, Özkaya H, Özkara E. Pediatric malpractice: an overview of Turkey. *Pediatr Int* 2013;55(5):637-40.
66. Algan B. İstanbul'da yapılan adli otopsilerin tıbbi malpraktis açısından irdelenmesi. Uzmanlık tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı; İstanbul: 2012.

67. 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.
68. Büken E. 1990-2000 yıllarında Adli Tıp Kurumu 1. ve 2. İhtisas Kurullarına obstetrik ve jinekolojik tıbbi uygulama hatası iddiasıyla gönderilen olguların adli tıp açısından irdelenmesi. Uzmanlık Tezi, Adli Tıp Kurumu; İstanbul: 2002.
69. Baydar ÇL. 1990-2000 yıllarında Adli Tıp Kurumu ve Yüksek Sağlık Şurasına ortopedi dalında tıbbi uygulama hatası iddiasıyla gönderilen olguların değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Adli Tıp Kurumu; İstanbul: 2002.
70. Tüzün B, Aşçıoğlu F, Elmas İ, İnce H. Kusurlu tıbbi uygulamalara bağlı ölümler. İstanbul Tıp. Fak. Mecmuası 1997;60(4):468-474.
71. Tümer AR. 1995-2000 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurasına gelen ortopedi vakalarının değerlendirilmesi. Artroplasti Artroskopik Cerrahi 2003;14:182-7.
72. Güzel S, Yavuz MS, Aşirdizer M. Adli Tıp Kurumu ihtisas kurulları ile Yüksek Sağlık Şurası raporları arasında çelişki bulunan ve Adli Tıp Kurulunda görüşülen malpraktis olgularının irdelenmesi. Adli Tıp Bülteni 2002;7(1):14-20.
73. Güçhan AS, Özkara E. Approach Of Mass Media To Medical Malpractice. The 8th Congress of the Balkan Academy of Forensic Sciences, 02-05 June 2011, Prhistina-Kosova. p. 51.
74. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. Dirim Tıp Gazetesi 2009;84(1):1-10.
75. Kaya A, Aktürk Z, Çayır Y, Taştan K. 2007-2013 arası tıpta uzmanlık sınavları: Bir trend analizi. Ankara Med J 2014;14(2):53-58.
76. Yılmaz K. Defansif tıbbi uygulamaların hukuki açıdan yorumlanması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı; İstanbul: 2012.
77. Yıldırım A, Aksu M, Çetin İ, Şahan AG. Tokat ili merkezinde çalışan hekimlerin tıbbi uygulama hataları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. Cumhuriyet Med J 2009;31(4):356-66.
78. Verda Ersoy L. Tıbbi malpraktis. Toraks Cerrahisi Bülteni 2014;5(1):29-32.
79. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.579a08761e6588.90837881 (Erişim tarihi: 03.11.2015).

80. Savaş H. Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları-Tıbbi Malpraktis-Tıbbi Davaların Seyri ve Sonuçları. 3. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2013.
81. Çelik F. Komplikasyon. Akyıldız S, Çelik F, Hakeri H, Somer P, editörler. Tıp Hukuku Atölyesi-I. 1. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2013. s. 78-103.
82. Özkara E. Tıbbi bilirkişilik. Kaynak S, Yazar Z, editörler. Oftalmolojide Malpraktis-Hekimin Yasal Hak ve Sorumlulukları. Türk Oftalmoloji Derneği Eğitim Yayınları No:14. 1. Baskı. İstanbul: Galenos Yayınevi; 2012. s. 71-6.
83. Savaş H. Sağlık Çalışanlarının ve Sağlık Kurumlarının Tıbbi Müdahaleden Doğan Sorumlulukları: Ceza-Hukuk. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2007.
84. Hakeri H. Tıp Hukuku. 3. baskı. Ankara: Seçkin yayıncılık; 2010.
85. Tümer AR, Karacaoğlu E, Akçan R. Cerrahide aydınlatılmış onam ile ilgili sorunlar ve çözüm önerileri. Ulusal Cerrahi Dergisi 2011;27(4):191-197.
86. Aydınlatılmış onam kılavuzu. Erişim adresi: http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=983:onam&Itemid=65 Erişim tarihi: 05.11.2015.
87. Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219.pdf> Erişim Tarihi: 05.11.2015.
88. Hasta Hakları Yönetmeliği. Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hasta%20haklar%C4%B1> Erişim tarihi: 05.11.2015.
89. Koç S. Adli tıbbi açıdan malpraktis ve hekim sorumluluğu. Toraks Cerrahisi Bülteni 2014;5(1):14-22.
90. Leape LL, Lawthers AG, Brennan TA, Johnson WG. Preventing medical injury. QRB Qual Rev Bull 1993;19(5):144-9.
91. Schiff GD, Hasan O, Kim S, Abrams R, et al. Diagnostic error in medicine: analysis of 583 physician-reported errors. Arch Intern Med 2009;169(20):1881-7.
92. Rorat M, Jurek T. Sepsis: Medical errors in Poland. Med Sci Law 2016;56(1):30-5.
93. Hakeri H. Tıp Hukuku. 5. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2012.
94. Kaushal R, Bates DW, Landrigan C, McKenna KJ, et al. Medication errors and adverse drug events in pediatrics inpatients, JAMA 2001;285(16):2114-20.
95. Sharek PJ, Classen D. The Incidence of adverse events and medical error in pediatrics, Pediatric Clinics Of North America 2006;53(6):1067-77.

96. Grasso BC, Genest R, Jordan CW, Bates DW. Use of chart and record reviews to detect medication errors in a state psychiatric hospital. *Psychiatric Services* 2003;54(5):677-681.
97. Atıcı E. Erişkin lösemili hastalarda hasta-hekim ilişkisinin tıp etiği ilkeleri açısından incelenmesi. Doktora tezi, Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji Anabilim Dalı; Bursa: 2005.
98. Shapiro RS, Simpson DE, Lawrence SL. A survey of sued and non-sued physicians and suing patients. *Arch Intern Med* 1989;149(10):2190-6.
99. Valente CM, Antlitz AM, Boyd MD, Troisi AJ. The importance of physician patient communication in reducing medical liability. *Md Med J* 1988;37(1):75-8.
100. Meyers AR. Lumping it: the hidden denominator of the medical malpractice crisis. *Am J Public Health* 1987;77(12):1544-8.
101. Marabell P, Fitzsimmons LW. Understanding the powers of effective communication. *Mich Med* 1989;88:38-39.
102. Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi. Erişim adresi:http://www.ttb.org.tr/mevzuat/?option=com_content&view=article&id=228:yatakl.. Erişim tarihi: 09.11.2015.
103. Ebru Sürer. Tıbbi kayıtlar, kayıtların tutulması ve saklanması. Bitirme tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı; İzmir: 2015.
104. Konsültasyon. Erişim adresi: <http://www.ttb.org.tr/index.php/Etik-Kurul/etik-1358.html> Erişim tarihi: 09.11.2015
105. Tıbbi deontoloji tüzüğü. Erişim adresi: http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=52& Erişim tarihi: 09.11.2015.
106. Hakeri H. Tıp hukukunda komplikasyon malpraktis ayrımı. *Toraks Cerrahisi Bülteni* 2014;5(1):23-28.
107. Somer P. Komplikasyon yönetimi. Akyıldız S, Çelik F, Hakeri H, Somer P, editörler. *Tıp Hukuku Atölyesi-I*. 1. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2013. s. 105-29.
108. Korur Fincancı Ş. Adli olguya yaklaşım-“Audi alterem partem”. Yorulmaz C, Çetin G, editörler. *Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi*. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp

- Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No: 48. İstanbul: 2006. s. 92-103.
- 109.** Koç S. Aile sağlığı merkezi ve toplum sağlığı merkezinde çalışan hekimlerin karşılaştığı sorunların adli tıbbi yönü. Çetin G, Kaya A, editörler. Hekimlik Uygulamalarının Adli Tıbbi Güncellemesi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No: 78. İstanbul: 2012. s. 97-112.
- 110.** Myers KA, Farquhar DRE. Improving the accuracy of death certification. CMAJ 1998;158(10):1317-23.
- 111.** Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1593.pdf> Erişim tarihi: 10.11.2015.
- 112.** Ersoy G, Toprak S. Güncel durumu ile hukuki ve tıbbi açıdan otopsi süreci Klinik Gelişim Dergisi 2009;22:64-75.
- 113.** Celbiş O, Aydın NE, Soysal Z, Mızrak B. Türkiye’de adli otopsi uygulamasındaki güncel hukuki durum. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004;11(1):53-56.
- 114.** Ceza Muhakemesi Kanunu. Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5271.pdf> Erişim tarihi: 10.11.2015.
- 115.** Baker PB, Zarbo RJ, Howanitz PJ. Quality assurance of autopsy face sheet reporting, final autopsy report turnaround time, and autopsy rates: a College of American Pathologists Q-Probes study of 10003 autopsies from 418 institutions. Arch Pathol Lab Med 1996;120(11):1003-8.
- 116.** Potet F. Autopsy. A method for evaluating the quality of care. Ann Pathol 1996;16(6):409-13.
- 117.** Start RD, Firth JA, Macgillivray F, Cross SS. Have declining clinical necropsy rates reduced the contribution of necropsy to medical research? J Clin Pathol 1995;48(5):402-4.
- 118.** Twigg SJ, McCrerrick A, Sanderson PM. A comparison of post mortem findings with post hoc estimated clinical diagnoses of patients who die in a United Kingdom intensive care unit. Intensive Care Med 2001;27(4):706-10.
- 119.** Tse GM, Lee JC. A 12-month review of autopsies performed at a university-affiliated teaching hospital in Hong Kong. Hong Kong Med J 2000;6(2):190-4

120. Tai DY, El-Bilbeisi H, Tewari S, Mascha EJ, et al. A study of consecutive autopsies in a medical ICU: a comparison of clinical cause of death and autopsy diagnosis. *Chest* 2001;119(2):530-6.
121. Blosser AS, Zimmerman HE, Stauffer JL. Do autopsies of critically ill patients reveal important findings that were clinically undetected? *Crit Care Med* 1998;26(8):1332-6.
122. Fernandez-Segoviano P, Lazaro A, Esteban A, Rubio JM, et al. Autopsy as quality assurance in the intensive care unit. *Crit Care Med* 1988;16(7):683-5.
123. Juvin P, Teissiere F, Brion F, Desmots JM, et al. Postoperative death and malpractice suits: is autopsy useful? *Anesth Analg* 2000;91(2):344-6.
124. Burton EC, Troxclair DA, Newman WP 3rd. Autopsy diagnoses of malignant neoplasms: how often are clinical diagnoses incorrect? *JAMA* 1998;280(14):1245-8.
125. Goldman L, Sayson R, Robbins S, Cohn LH, et al. The value of the autopsy in three medical eras. *N Engl J Med* 1983;308(17):1000-5.
126. Mort TC, Yeston NS. The relationship of pre mortem diagnoses and post mortem findings in a surgical intensive care unit. *Crit Care Med* 1999;27(2):299-303.
127. Nichols L, Aronica P, Babe C. Are autopsies obsolete? *Am J Clin Pathol* 1998;110(2):210-8.
128. Ermenc B. Comparison of the clinical and post mortem diagnoses of the causes of death. *Forensic Sci Int* 2000;114(2):117-9.
129. Ermenc B. Discrepancies between clinical and post-mortem diagnoses of causes of death. *Med Sci Law* 1999;39(4):287-92.
130. Yaycı N, Üzün İ, Arslan MM, İris M. Postoperatif ölümlerle sonuçlanmış ve tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan olgularda otopsinin değeri. *Türkiye Klinikleri J Foren Med* 2004;1(2):57-61.
131. Perkins GD, McAuley DF, Davies S, Gao F. Discrepancies between clinical and postmortem diagnoses in critically ill patients: an observational study. *Crit Care* 2003;7(6):129-32.
132. Sblano S, Arpaio A, Zotti F, Marzullo A, et al. Discrepancies between clinical and autopsic diagnoses in Italy: evaluation of 879 consecutive cases at the "Policlinico of Bari" teaching hospital in the period 1990-2009. *Ann Ist Super Sanita* 2014;50(1):44-8.

133. Maris C, Martin B, Creteur J, Rummelink M, et al. Comparison of clinical and post-mortem findings in intensive care unit patients. *Virchows Arch* 2007;450(3):329-33.
134. Battle RM, Pathak D, Humble CG, et al. Factors influencing discrepancies between premortem and postmortem diagnoses. *JAMA* 1987;258(3):339-44.
135. Aalten CM, Samson MM, Jansen PA. Diagnostic errors; the need to have autopsies. *Neth J Med* 2006;64(6):186-90.
136. Sonderegger-Iseli K, Burger S, Muntwyler J, Salomon F. Diagnostic errors in three medical eras: a necropsy study. *Lancet* 2000;355(9220):2027-31.
137. Gibson TN, Shirley SE, Escoffery CT, Reid M. Discrepancies between clinical and postmortem diagnoses in Jamaica: a study from the University Hospital of the West Indies. *J Clin Pathol* 2004;57(9):980-5.
138. Veress B, Alafuzoff I. A retrospective analysis of clinical diagnoses and autopsy findings in 3042 cases during two different time periods. *Hum Pathol* 1994;25(2):140-5.
139. Alafuzoff I, Veress B. The selection for post-mortem examination: a retrospective analysis of 74 deceased surgical cases. *Qual Assurance Health Care* 1993;5(4):345-9.
140. Spiliopoulou C, Papadodima S, Kotakidis N, Koutselinis A. Clinical diagnoses and autopsy findings: a retrospective analysis of 252 cases in Greece. *Arch Pathol Lab Med* 2005;129(2):210-4.
141. Caplan MJ. A medical Examiner's Experience with the Evaluation of Deaths Associated with Complications of Diagnostic and Therapeutic Procedures (Therapeutic Complications/Periprocedural Deaths)-Revisited (Abstract). Proceedings of the 51st Annual Meeting of the American Academy of Forensic Sciences. 15-20 February 1999, Orlando, Florida. pp. 164-5.
142. Bove KE, Lery C. The role of the autopsy in medical malpractice cases, I: a review of 99 appeals court decisions. *Arch Pathol Lab Med* 2002;126(9):1023-31.
143. Bove KE, Lery C. The role of the autopsy in medical malpractice cases, II: controversy related to autopsy performance and reporting. *Arch Pathol Lab Med* 2002;126(9):1032-5.

144. Shojania KG, Burton EC. The vanishing nonforensic autopsy. *N Engl J Med* 2008;358(9):873-5.
145. Shojania KG, Burton EC, McDonald KM, Goldman L. Changes in rates of autopsy-detected diagnostic errors over time: a systematic review. *JAMA* 2003;289(21):2849-56.
146. Polat O, Pakiş I. Tıbbi uygulama hatalarında hekim sorumluluğu. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011;2(3):119-125.
147. Koç S. Yasal düzenlemeler çerçevesinde hekim sorumluluğu. *Türkderm* 2007;41(2):33-38.
148. Duysak M. Hekimin tıbbi uygulama hatalarından doğan cezai sorumluluğu. *Hukuk Gündemi Dergisi* 2009;3:25-38.
149. Adıgüzel R. Yeni Türk Ceza Kanunu'nda olası kast ve bilinçli taksir. *Ankara Barosu Dergisi* 2005;1:63-70.
150. Feyzioğlu M. Türk Ceza Kanunda Zorla Tedavi. Sağlık Hukuku Kurultayı, Ankara, 1-3 Kasım 2007. 1. Baskı. Ankara: Ankara Barosu Yayınları; 2008. s.311-319.
151. Hakeri H. Yeni TCK'da sağlık personelini ilgilendiren en önemli madde. Erişim adresi: <http://www.medimagazin.com.tr/authors/hakan-hakeri/tr-yeni-tck8217da-sağlik-personelini-ilgilendiren-en-onemli-madde-72-64-914.html> Erişim tarihi: 07.02.2016
152. Odabaşı AB, Tümer A. Çekinik (Defansif) hekimlik; Yeni Türk Ceza Kanunu'nun uygulanma aşamasında toplumu bekleyen tehlike. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2006;15(4):55-59.
153. Polat O. Tıbbi uygulama hatalarında adli tıp bilirkişiliği. Polat O, editör. *Adli Tıpta Bilirkişilik*. 1. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2013. s. 25-34.
154. Özbek VÖ. Tıbbi uygulama hatalarına ilişkin iddialarda hukuksal yaklaşım. Kaynak S, Yazar Z, editörler. *Oftalmolojide Malpraktis-Hekimin Yasal Hak ve Sorumlulukları*. Türk Oftalmoloji Derneği Eğitim Yayınları No:14. 1. Baskı. İstanbul: Galenos Yayınevi; 2012. s. 77-90.
155. Türk Ceza Kanunu. Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf> Erişim tarihi: 23.11.2015.

156. Çelik A. Hekimlerin ve hastanelerin sorumluluğu. Erişim adresi: http://www.tazminathukuku.com/dosyalar/465_hekimlerin-ve-hastanelerin-sorumlulugu.pdf Erişim tarihi: 24.11.2015.
157. Hekimlerin Yasal Sorumlulukları. Erişim adresi: <https://www.ttb.org.tr/eweb/adli/1.html> Erişim tarihi:24.11.2015.
158. Türk Borçlar Kanunu. Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6098.pdf> Erişim tarihi: 25.11.2015
159. Arısoy Y. Sağlık çalışanlarının hukuki sorumlulukları. DEUHYO ED 2009;2(4);183-187.
160. Canbolat F. Kamu hastanesinde yapılan tıbbi müdahalede hekimin özel hukuktan doğan sorumluluğunun dayanağı. TBB Dergisi 2009;80:156-181.
161. Hakeri H. Sağlık personelinin tazminat sorumluluğu. Erişim adresi: <http://www.medimagazin.com.tr/authors/hakan-hakeri/tr-saglik-personelinin-tazminat-sorumlulugu-72-64-1170.html> Erişim tarihi: 29.11.2015.
162. Devlet Memurları Kanunu. Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.657.pdf> Erişim tarihi: 29.11.2015.
163. Yüksek Öğretim Kanunu. Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2547.pdf> Erişim tarihi: 29.11.2015.
164. Yükseköğretim Kurumları Yönetici, Öğretim Elemanı ve Memurları Disiplin Yönetmeliği. Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=7.5.9897&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch> Erişim tarihi: 29.11.2015.
165. Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun. Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4483.pdf> Erişim tarihi: 29.11.2015.
166. Hakeri H. Kamu Görevlisi Sağlık Personelinin İşlediği Suçlardan Dolayı Soruşturma ve Kovuşturma Usulü. Erişim adresi: <http://www.medimagazin.com.tr/authors/hakan-hakeri/tr-kamu-gorevlisi-saglik-personelinin-isledigi-suclardan-dolayi-sorusturma-ve-kovusturma-usulu-72-64-1128.html> Erişim tarihi: 29.11.2015.
167. Tümer AR. Cerrahi Branşlar Açısından Hukuki Sorumluluklar ve Malpraktis. İstanbul: Matsis Matbaa Sistemleri; 2013.

168. Türk Tabipleri Birliği Kanunu. Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.6023.pdf> Erişim tarihi: 29.11.2015.
169. Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği. Erişim adresi: http://www.ttb.org.tr/data/haber/nisan04/disiplin_y.php Erişim tarihi: 29.11.2015.
170. Türk Tabipler Birliği Üyelik İşlemleri Yönergesi. Erişim adresi: http://www.ttb.org.tr/mevzuat/?option=com_content&view=article&id=908:tuerk.. Erişim tarihi: 29.11.2015.
171. Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/4.5.663.pdf> Erişim tarihi: 13.12.2015.
172. Sağlık Meslekleri Kurulu Yönetmeliği. Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/12/20121214-7.htm> Erişim tarihi: 13.12.2015.
173. 6495 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Erişim adresi: <http://www.bal-def.gov.tr/2013/6495%20Say%C4%B1%C4%B1%20Kanun.htm> Erişim tarihi: 20.07.2016.
174. Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları. Erişim adresi: <http://www.ttb.org.tr/index.php/Hukuk-Burosus/mesleki-sorumluluk-sigortalar-genel-rtlar-44.html> Erişim tarihi: 03.12.2015.
175. Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası Klozu. Erişim adresi: <http://www.ttb.org.tr/index.php/Hukuk-Burosus/hekim-mesleki-sorumluluk-sigortasozu-46.html> Erişim tarihi: 03.12.2015.
176. Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/01/20100130-1.htm> Erişim tarihi: 03.12.2015.
177. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ. Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=793:tibbkuygulamaya-k-zorunlu-malsorumluluk-sortasinda-kurum-katkisina-k-usul-ve-esaslara-da-tebl&catid=3:tebligenelge&Itemid=35 Erişim tarihi: 03.12.2015.

- 178.** Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ'de Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/10/20151028-1.htm> Erişim tarihi: 03.12.2015.
- 179.** Yorulmaz C, Kır Z, Ketenci Ç. Tıbbi uygulama hataları ve bilirkişilik. Yorulmaz C, Çetin G, editörler. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No: 48. İstanbul: 2006. s. 55-69.
- 180.** Hukuk Muhakemeleri Kanunu. Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6100.pdf> Erişim tarihi: 06.12.2015.
- 181.** Bilirkişilik Kanunu Tasarısı Taslağı. Erişim adresi: http://www.adalet.gov.tr/Tasarilar/bilirkisilik_tasarisi.pdf Erişim tarihi: 06.12.2015.
- 182.** Bilirkişilik Kanunu Tasarısı. Erişim adresi: <http://www2.tbmm.gov.tr/d26/1/1-0687.pdf> 25.03.2016.
- 183.** Ceza davalarında Yüksek Sağlık Şurasına başvuru zorunluluğunun iptali ile ilgili anayasa mahkemesi kararı. Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=816:ceza-davalarinda-ysek-saik-rasina-bauru-zorunlulunun-tale-ganayasa-mahkemeskarari&catid=24:belgeler&Itemid=41&1534-D83A_1933715A=5d69f8393db9c8939ef7c6612fcbfaaa8efa7842 Erişim tarihi: 07.12.2015.
- 184.** Gündoğmuş Ü, Bilge Y, Kendi Ö, Hancı İ. Hekimlerin yasal sorumluluğunun Yüksek Sağlık Şurası açısından irdelenmesi. Adli Tıp Bülteni 1999;2(3):127-30.
- 185.** Yüksek Sağlık Şurası Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. Erişim adresi: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15586/yukse-saglik-surasi-calisma-usul-ve-esaslari-hakkinda-.html> Erişim tarihi: 07.12.2015.
- 186.** Adli Tıp Kurumu Kanunu. Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2659.pdf> Erişim tarihi: 10.12.2015.
- 187.** Koç S. İstanbul Tabip Odasına başvuran tıbbi uygulama hataları. Yorulmaz C, Çetin G, editörler. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp

Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No: 48. İstanbul: 2006. s. 70-81.

188. Horn LC, Langner A, Stiehl P, Wittekind C, et al. Identification of the causes of intrauterine death during 310 consecutive autopsies. *Eur J of Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;113(2):134-8.
189. Meier PR, Manchester DK, Shikes RH, Clewell WH, et al. Perinatal autopsy: its clinical value. *Obstet Gynecol* 1986;67(3):349-51.
190. Porter HJ, Keeling JW. Value of perinatal necropsy examination. *J Clin Pathol* 1987;40(2):180-4.
191. Costache M, Cirstoiu M, Contolenco A, Lazaroiu AM, et al. A comparison between clinical diagnosis of death and autopsy diagnosis. A retrospective study of 131 newborns, stillborns and aborted fetuses. *Maedica (Buchar)* 2014;9(2):183-8.
192. Sharma AK. The clinical value of a perinatal autopsy. *Indian Pediatr* 1994;31(1):5-7.
193. Cartlidge PH, Dawson AT, Stewart JH, Vujanic GM. Value and quality of perinatal and infant postmortem examinations: cohort analysis of 400 consecutive deaths. *Br Med J* 1995;310(6973):155-8.
194. Faye-Petersen OM, Guinn DA, Wenstrom KD. Value of perinatal autopsy. *Obstet Gynecol* 1999;94(6):915-20.
195. Gordijn SJ, Erwich JJ, Khong TY. Value of the perinatal autopsy: critique. *Pediatr Dev Pathol* 2002;5(5):480-8.
196. Killeen OG, Burke C, Devaney D, Clarke TA. The value of the perinatal and neonatal autopsy. *Ir Med J* 2004;97(8):241-4.
197. Andola US, Am A, Ahuja M, Andola SK. Congenital malformations in perinatal autopsies—a study of 100 cases. *J Clin Diagn Res* 2012;6(10):1726-30.
198. Kaya A, Bilgin UE, Şenol E, Koçak A ve ark. İzmir’de yapılan bebeklik dönemi adli otopsiler: 1999-2007. *Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine* 2010;49(3):177-84.
199. Gündoğmuş ÜN, Erdoğan MS, Şehiraltı M, Kurtaş Ö. A descriptive study of medical malpractice cases in Turkey. *Ann Saudi Med* 2005;25(5):404-8.

200. Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Gandhi TK, et al. Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. *New Engl J Med* 2006;354(19):2024-33.
201. Wamisho BL, Abeje M, Feleke Y, Hiruy A, et al. Analysis of medical malpractice claims and measures proposed by the Health Professionals Ethics Federal Committee of Ethiopia: review of the three years proceedings. *Ethiop Med J* 2015;53(1):1-6.
202. Selbst SM, Friedman MJ, Singh SB. Epidemiology and etiology of malpractice lawsuits involving children in US emergency departments and urgent care centers. *Pediatr Emerg Care* 2005;21(3):165-9
203. Najaf-Zadeh A, Dubos F, Pruvost I, Bons-Letouzey C, et al. Epidemiology and aetiology of paediatric malpractice claims in France. *Arch Dis Child* 2011;96(2):127-30.
204. Brown TW, McCarthy ML, Kelen GD, Levy F. An epidemiologic study of closed emergency department malpractice claims in a national database of physician malpractice insurers. *Acad Emerg Med* 2010;17(5):553-60.
205. Wanzel KR, Jamieson CG, Bohnen JM. Complications on a general surgery service: incidence and reporting. *Can J Surg* 2000;43(2):113-7.
206. Can İÖ, Özkara E, Can M. Yargıtayda karara bağlanan tıbbi uygulama hatası dosyalarının değerlendirilmesi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2011;25(2):69-76.
207. Saber Tehrani AS, Lee H, Mathews SC, Shore A, et al. 25-Year summary of US malpractice claims for diagnostic errors 1986-2010: an analysis from the National Practitioner Data Bank. *BMJ Qual Saf* 2013;22(8):672-80.
208. Wallensten R. Legislation Covering All Medical Malpractice in Sweden. Erişim adresi: http://www.bjjprocs.boneandjoint.org.uk/content/88-B/SUPP_I/14.1 Erişim tarihi: 02.02.2016.
209. 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 J Foren Med* 2004;1(2):67-71.
210. Ertan A. Adli Tıp Kurumunda değerlendirilen olgularda saptanan anestezi hataları ve önlenbilirliği. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; İstanbul: 2006.

211. Sanbar SS, Firestone MH. Medical malpractice stress syndrome. In: Sanbar SS, ed. The medical malpractice survival handbook. Philadelphia: Mosby/Elsevier Publisher; 2007.
212. TUS'ta ilk 100'e girenler hangi branşları tercih etti! İşte en gözde branşlar! Erişim adresi: <http://www.medimagazin.com.tr/hekim/tip-egitimi-tus/tr-tusta-ilk-100e-girenler-hangi-branslari-tercih-etti-iste-en-gozde-branslar-2-22-66035.html> Erişim tarihi: 03.04.2016
213. Rapor düzenlemede Adli Tıp Kurumu İhtisas Kurul ve Dairelerinin istediği belge ve materyaller. Erişim adresi: <http://www.atk.gov.tr/pdf/belgevemateriyaller.pdf> Erişim tarihi: 04.04.2016.
214. Tawadros AM, Prahlow JA. Death related to nasal surgery: case report with review of therapy-related deaths. Am J Forensic Med Pathol 2008;29(3):260-4.
215. http://www.nytimes.com/2009/05/19/health/19seco.html?_r=0 Erişim tarihi: 14.04.2016.
216. Birincioğlu İ, Turan N, Teke HY. Trabzon'da feth-i kabir otopsileri. Adli Tıp Dergisi 2009;3(2):11-7.
217. Demirel B, Akar T, Balseven Odabaşı A, Özdemir Ç ve ark. Ankara'da 1996-2003 yılları arasındaki feth-i kabir olguları. Türkiye Klin J Foren Med 2006;3(2):53-7.
218. Demirci Ş, Doğan KH, Erkol Z, Deniz İ. Konya'da 2001-2007 yılları arasında gerçekleştirilen feth-i kabir olgularının değerlendirilmesi. Adli Tıp Bülteni 2008;13(2):63-8.
219. Fincancı ŞK, Biçer Ü. TTB-ATUD İnsan hakları ihlallerinin önlenmesine yönelik adli tıp eğitim projesi. Adli Tıp Bülteni 1997;2(2):71-80.
220. Karagöz YM, Karagöz SD. Adli tıp ve hekim sorunları, bir anket çalışması. Toplum ve Hekim 1997;12(80):2-6.
221. Çolak B, Biçer Ü, Gündoğmuş NG, Etiler N. Kocaeli ilinde adli görev ve pratisyen hekimler. Adli Tıp Dergisi 2001;15(2):36-45.
222. Günaydın İG, Demirci Ş, Doğan KH, Aynacı Y. Konya ilinde çalışan acil servis hekimlerinin adli raporlara yaklaşımı: bir anket çalışması. J For Med 2005;19(2):26-32.

Ek 1. Çalışmamıza Ait Veri Kayıt Formu

- 1. Protokol No:**
- 2. Soruşturma No:**
- 3. Olgunun cinsiyeti:**
- 4. Olgunun yaşı:**
- 5. Olgunun başvurduğu ve iddialara konu olan sağlık birimi:**
- 6. Olgunun başvurduğu ve iddialara konu olan klinik birim:**
- 7. Olgunun iddialara konu olan sağlık birimine başvuru nedeninin sistemlere göre değerlendirilmesi:**
- 8. Olguya iddialara konu olan sağlık biriminde konulan tanının sistemlere göre değerlendirilmesi:**
- 9. Olguya iddialara konu olan sağlık biriminde uygulanan tedavi şekli:**
- 10. Olgunun iddialara konu olan sağlık biriminde yatış süresi:**
- 11. İddiayı ortaya atan kişi:**
- 12. İddiayı ortaya atan kişilerin iddia konuları:**
- 13. Hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan sağlık personelinin görev alanı:**
- 14. Hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan hekimlerin klinik birimleri:**
- 15. Otopsi yapılması amacıyla gönderildiği il:**
- 16. Ölü muayenesi yapan hekimin özelliği:**
- 17. Ölü muayenesi sonucunda hekimin otopsi ile ilgili aldığı kararın Cumhuriyet savcısının otopsi kararı ile uyumluluğu:**
- 18. Ölüm tarihi ile otopsi tarihi arasında geçen süre:**
- 19. Olgunun yapılan otopsi sonucu belirlenen ölüm nedeni:**

20. Klinik tanı ile otopside belirlenen ölüm nedeni arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi:

Grup 1 (Klinik tanı ile ölüm nedeni uyumlu):

Grup 2 (Klinik tanı ile ölüm nedeni uyumsuz):

Grup 3 (Klinik tanı yok veya şüpheli, otopsi ile ölüm nedeni belirlenmiş):

21. Otopsiyi yapan adli tıp uzmanı hekimin mesleki deneyim süresi:

22. Tıbbi uygulama hatası kararı:



Ek 2. Çalışmamıza Ait Otopsi Denetim Formu

1. Otopsi öncesi olguya ait tıbbi belgeler incelenmiş mi?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

2. Otopsi öncesi eldeki tıbbi belgelerin incelenmesi sonucu yapılan ön değerlendirmede konsültasyon ihtiyacı doğmuş ise ilgili branş uzmanının görüşü alınmış mı?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

3. Otopsi öncesi yapılan değerlendirmede radyolojik inceleme ihtiyacı doğmuş ise gerekli radyolojik incelemeler (X ray, BT, MR) yapılmış mı?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

4. Otopsi öncesi yapılan değerlendirmede mikrobiyolojik veya genetik inceleme yapılması gerekli olan olgularda bu incelemeler için swaplarla örnekler alınmış mı?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

5. Otopsi en az bir adli tıp uzmanı iki hekim tarafından mı yapılmış?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

6. Otopsi fotoğraf yoluyla kayda alınmış mı?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

7. Otopsi video yoluyla kayda alınmış mı?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

8. Dış muayenede mevcut ise kıyafetler incelenmiş mi?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

9. Dış muayenede mevcut ise tıbbi malzemeler incelenmiş mi?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

10. Dış muayenede tıbbi kimliklendirme yapılmış mı?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

11. Dış muayenede postmortem değişiklikler tanımlanmış mı?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

12. Dış muayenede mevcut ise tüm yaralar (abrazyon, ekimoz, laserasyon gibi) ayrıntılı olarak tanımlanmış mı?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

13. Dış muayenede tüm eski ve yeni tıbbi (resüsitasyon gibi) ve cerrahi müdahale yaraları ayrıntılı olarak tanımlanmış mı?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

14. Dış muayenede detaylı inceleme (histolojik, histokimyasal) gerektiren yaralar mevcut ise yaralardan örnekler alınmış mı?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

15. Dış muayenede genital ve anal bölge muayenesi yapılmış mı?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

16. İç muayenede üç vücut boşluğu açılarak incelenmiş mi?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

17. İç muayenede sistematik olarak tüm organların yüzey ve kesitlerinin incelenmesi yapılmış mı?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

18. İç muayenede tüm majör organların ağırlıkları tartılmış mı?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

19. İç muayenede tüm içi boş organlar açılarak içerikleri incelenerek tanımlanmış mı?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

20. İç muayenede tanıya yönelik ilgili damar, sinüs ve kanal yapıları incelenmiş mi?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

21. İç muayenede yara ve lezyonlar mevcut ise özellikleri ayrıntılı olarak tanımlanmış mı?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

22. İç muayenede baş bölgesinin incelenmesi ilgili rehber¹ uygun olarak yapılmış mı?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

23. İç muayenede toraks ve boynun incelenmesi ilgili rehber¹ uygun olarak yapılmış mı?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

24. İç muayenede abdomenin incelenmesi ilgili rehber¹ uygun olarak yapılmış mı?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

25. İç muayenede kas iskelet sisteminin incelenmesi ilgili rehber¹ uygun olarak yapılmış mı?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

26. Örnekleme işlemi ilgili rehberlere^{1,2,3} uygun yapılmış mı?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

27. İlk değerlendirme sonucunda daha ileri testlere (genetik, biyomoleküler, mikrobiyolojik vb) gereksinim duyulmuş ise uygulanmış mı?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

¹ Brinkmann B. Harmonization of medico-legal autopsy rules. Committee of Ministers. Council of Europe. Int J Legal Med 1999;113:1–14.

² Royal College of Pathologists. Guidelines for autopsy investigation of fetal and perinatal death. London: Royal College of Pathologists; 2002.

³ Royal College of Pathologists. Guidelines for autopsy investigation in post-neonatal infant deaths or sudden unexpected deaths in infancy. London: Royal College of Pathologists; 2002.

Eğer olgu fetal ve perinatal dönemde ise ek olarak aşağıdaki sorular yanıtlanacaktır:

1. Olgunun dış muayenesi esnasında baş çevresi, baş-topuk, baş-popo uzunlukları, ayak uzunluğu gibi ölçümler yapılmış mı?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

2. Fontaneler, gözler, kulaklar, burun, ağız ve damak, parmaklar, tırnaklar, palmar ve plantar çizgiler, göbük deliği ve kordun yeri, verniks kazeoza varlığı, genital bölge ve anüsle ilgili açıklayıcı tanımlamalara yer verilmiş mi?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

3. Maserasyon ve mekonyum boyanması ile ilgili açıklamalara yer verilmiş mi?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

4. Plasenta ve umblikal kord incelenmiş mi?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

5. Timus incelenmiş mi?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

6. Tükürük bezleri incelenmiş mi?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

7. Akciğerlerle ilgili ayrıntılı inceleme (enflasyon derecesi, yüzdürme testi gibi) yapılmış mı?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

8. Konjenital kalp hastalıkları (ASD, VSD, PDA, BAT gibi) ile ilgili ayrıntılı değerlendirme yapılmış mı?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

9. Bağırsaklar gaz içeriği ve mekonyum seviyesi açısından incelenmiş mi?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

10. Kemikleşme noktaları incelenmiş mi?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

Eğer olgu infant ise ek olarak aşağıdaki sorular yanıtlanacaktır:

1. Olgunun dış muayenesi esnasında baş çevresi, baş-topuk, baş-popo uzunlukları gibi ölçümler yapılmış mı?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

2. Gözler, kulaklar, skalp, fontaneler, burun, ağız ve üst dudak frenulumu, parmaklar, tırnaklar, göbek deliği, anüs, genitalya ve uzuvlar ile ilgili açıklayıcı tanımlamalara yer verilmiş mi?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

3. Optik sinirler incelenmiş mi?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

4. Timus incelenmiş mi?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

5. Tükürük bezleri incelenmiş mi?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

6. Konjenital kalp hastalıkları (ASD, VSD, PDA, BAT gibi) ile ilgili ayrıntılı değerlendirme yapılmış mı?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)

7. Torakal ve abdominal yağ doku kalınlığı ölçümü yapılmış mı?

Evet (2)

Kısmen (1)

Hayır (0)



Ek 3. Adli Tıp Kurumu Başkanlığının 17.02.2015 tarihli kararı

T. C.
ADALET BAKANLIĞI
Adli Tıp Kurumu Başkanlığı

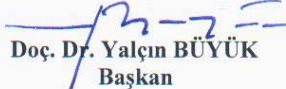
Sayı : 21589509/110
Konu: Bilimsel Çalışma

17/02/2015

Sayın, Dr. Burçin GÜRBEĞEN

“2010-2014 Yılları Arasında Tıbbi Uygulama Hatası İddiası ile İzmir Adli Tıp Kurumu Grup Başkanlığında Otopsi Yapılan Olguların Değerlendirilmesi.” isimli çalışma öneriniz, 17/02/2015 tarihli Eğitim ve Bilimsel Araştırma Komisyonu toplantısında görüşülmüş olup, çalışma başlığının “2010-2014 Yılları Arasında Tıbbi Uygulama Hatası İddiası ile Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığında Otopsi Yapılan Olguların Değerlendirilmesi.” olarak değiştirilmesi koşulu ile kabul edilmiştir.

Bilginize rica ederim.


Doç. Dr. Yalçın BÜYÜK
Başkan

**Ek 4. Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun
14.05.2015 tarihli kararı**

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI**

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	2114-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	2010-2014 Yılları Arasında Tıbbi Uygulama Hatası İddiası ile Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığı'nda Otopsi Yapılan Olguların Değerlendirilmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Erdem ÖZKARA Adli Tıp A.D
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input checked="" type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/13-18	Tarih: 14.05.2015
	Prof.Dr.Erdem ÖZKARA'nın sorumlusu olduğu "2010-2014 Yılları Arasında Tıbbi Uygulama Hatası İddiası ile Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığı'nda Otopsi Yapılan Olguların Değerlendirilmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ahmet Turan IŞIK	Geriyatri	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	