

DOI: 10.4274/tpa.46.63

Tıbbi uygulama hatası iddiası ile Adli Tıp Kurumu'na gönderilen 0-18 yaş grubu olguların değerlendirilmesi

Evaluation of cases aged 0-18 years referred to the Council of Forensic Medicine with the claim of medical malpractice

Nesrin Özkaya, Rıza Yılmaz*, Halit Özkaya**, Muhammet Can***, Işıl Pakış****, Ali Yıldırım*****, İmdat Elmas*****

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, İstanbul, Türkiye

**Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Zonguldak, Türkiye*

***Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

****Balıkesir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye*

*****Acıbadem Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

******Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye*

******İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul, Türkiye*

Özet

Amaç: Bu çalışmada amaç, 0-18 yaş grubu olgulara, tıbbi müdahalede bulunan sağlık mesleği çalışanları hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası ile ilgili açılan davaların adli tıbbi boyutunu değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Adli Tıp Kurumu'na 2002-2006 yılları arasında gönderilen 3. İhtisas Kurulu'nca incelenen ve tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan 0-18 yaş grubu 378 olgu çalışmaya alındı. Olgular, hangi sağlık çalışanlarından şikayetçi olduğu, hangi sağlık kuruluşlarının davalı olduğu, sağlık kuruluşlarının hangi bölümlerinden şikayetçi olduğu, tıbbi uygulama hatası tespit edilen olgularda ortaya çıkan zararların neler olduğu ve saptanan hataların hangi süreçlerde meydana geldiği açısından değerlendirilmiştir.

Bulgular: Dava konusu sağlık kuruluşları içinde ilk sırada devlet hastaneleri gelmekte (%52,7) ve bunu özel hastaneler (%16,4) izlemekteydi. Tıbbi uygulama hatası iddiası ile suçlanan sağlık çalışanı dağılımında ilk sırayı çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı alırken, bunu pratisyen hekimler takip etmekteydi. Olguların 219'unda (%57,9) ortaya çıkan zarar ölümdü. Tıbbi uygulama hatalarının değerlendirilmesinde 195 olguda (%51,6) uygulamaların tıbbi kurallara uygun olduğu yönünde ve 109 olguda (%28,8) tıbbi uygulama hatası olduğu şeklinde görüş bildirilmişti.

Çıkarımlar: Ülkemizde 0-18 yaş grubunda artan tıbbi uygulama hataları (TUH) nedeniyle bu gruba yönelik çalışan sağlık mesleği çalışanlarının, özellikle çocuk doktorları ve pratisyenlerin; tanı, tedavi, bakım ve sevk konularında daha dikkatli olmaları ve özenli davranmaları gerekmektedir. Bunların yanı sıra, hastaya ve yakınlarına ayrıntılı bilgi verilerek önerilen tedavinin komplikasyon ve yan etkileri mutlaka hastanın anlayacağı dil ile anlatılmalıdır. (*Türk Ped Arş 2011; 46: 151-8*)

Anahtar sözcükler: Adli tıp, çocuk sağlığı ve hastalıkları, tıbbi uygulama hatası

Summary

Aim: The objectives of this study are to evaluate malpractice from forensic medicine perspective, studying lawsuits filed against healthcare professionals who performed medical interventions on cases aged between 0-18 years.

Material and Method: Medical malpractice claims filed against healthcare professionals (n= 378) submitted to The Council of Forensic Medicine during the years 2002–2006 by the courts to form expert opinion, were evaluated by 3. Specialty Board were examined retrospectively. The cases were evaluated in regard to being complaint about which health workers, being engaged with a lawsuit of which

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Rıza Yılmaz, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Zonguldak, Türkiye
E-posta: dr_riza_yilmaz@yahoo.com **Geliş Tarihi/Received:** 21.12.2010 **Kabul Tarihi/Accepted:** 20.01.2011

Türk Pediatri Arşivi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır. / Turkish Archives of Pediatrics, published by Galenos Publishing

health institutions, being complaint about which department of health institutions and the damages arising and fault finding processes which occur in medical malpractice cases.

Results: Among the healthcare institutions subjected to malpractice claims, state hospitals ranked first (52.7%) followed by private hospitals (16.4%). Pediatricians took the lead among healthcare professionals accused of malpractice followed by practitioners. 219 cases of malpractice (57.9%) ensued in death. Opinions in favour of or against medical malpractice were expressed in 28.8% (n=109), and 51.6% (n=195) of the cases, respectively.

Conclusions: Because of increasing medical malpractices by age group (0-18) in our country, the group of health professionals, especially pediatricians and practitioners should be more careful and attentive of the diagnosis, treatment and care. Moreover, the patient, his/her relatives, and intimates should be provided with detailed information about the complications, and adverse effects of the recommended treatment using eligible words. (*Turk Arch Ped 2011; 46: 151-8*)

Key words: Forensic medicine, malpractice, pediatrics

Giriş

Tıbbi uygulama hataları (TUH), sağlık hizmetlerini sunan hekim, hemşire ve ilgili yasaya göre hastaya müdahale yetkisi bulunan fizyoterapist, psikolog veya diyetisyen gibi sağlık çalışanının; öneri ve/veya uygulamaları sonucu, hastalığın normal seyrinin dışına çıkarak, iyileşmesinin gecikmesinden hastanın ölümüne kadar geniş bir yelpazedeki koşulların tamamını içermektedir (1,2).

Tıbbi uygulama hataları oluşumundaki etkenler, sağlık çalışanları ve sisteme ait sorumlulukları ile çok bileşenli bir sorun özelliği taşımaktadır. Tıbbi uygulama hatalarında genellikle insan etkeni, çevresel etkenler ve tıbbi aletler gibi hata oluşumu riskini artıran pek çok etken iç içe geçmiş durumda etki göstermektedir (3).

Çocuklara yönelik uygulamalarda her türlü araştırma ve tedavi zor olduğu kadar, tıbbi uygulama hatalarına bağlı herhangi bir zararın sonuçlarını ömür boyu taşıyacak olma olasılığı da yüksektir. Özellikle iki yaşın altındaki çocuklarda, acil servisler ve yoğun bakım birimlerinde TUH oldukça yaygındır. Hataların büyük kısmı reçete yazılımlarında ve özellikle yanlış doz olarak öne çıkmaktadır (2,3). Bu nedenlerle çocuklara yönelik uygulamalarda onların gelişim aşamaları dikkate alınarak farklı bir yaklaşım gereklidir. Bu durum görevini yaparken bir doktor için olabilecek zorlukları da birlikte getirmektedir (2).

Bu çalışmada, cumhuriyet savcılığı veya mahkemelerce tıbbi uygulama hatası olup olmadığının saptanması amacıyla Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulu'na gönderilen 0-18 yaş grubu olgular geriye dönük olarak incelenmiştir.

Çalışmada, 0-18 yaş grubu olgulara, tıbbi girişimde bulunan sağlık mesleği çalışanları (doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanı) hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası ile ilgili açılan davaların adli tıbbi boyutu değerlendirilerek, bu yaşta çocuklara müdahale eden tüm sağlık çalışanına geri bildirim sağlamak ve alınabilecek önlemleri tartışmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Adalet işlerinde bilirkişilik görevi yapan Adli Tıp Kurumu, mahkemeler ile hakimlikler ve savcılıklar tarafından gönderilen adli tıpla ilgili konularda bilimsel ve teknik görüş bildirir (4). Dava konusu olan olgulardan yola çıkılarak hazırlanan bu çalışma, kesitsel tipte tanımlayıcı ve analitik olarak planlandı, 2002-2006 yıllarını kapsayan dört yıllık dönemde Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulunca "kusur" yönünden değerlendirilen 1458 olgu geriye dönük olarak incelendi ve bu olgular içerisinde 0-18 yaş aralığında olan 378 çocuk olgu çalışmaya alındı.

Sağlık çalışanlarının uygulamalarının tıp kurallarına uygunluğunun değerlendirildiği bilirkişi görüşleri taranarak olgular veri toplama formuna işaretlendi ve daha sonra istatistik analizi SPSS for Windows 15.0 programında yapıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (Ortalama, standart sapma; frekans, oran) yanı sıra, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında tek gözlü düzende ve çok gözlü düzende ki-kare testi kullanılarak sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular

2002-2006 yılları arasında Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulu'nda değerlendirilen tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan olgu sayısı 1458 idi. Bu olgular içerisinde 0-18 yaş aralığında 378 çocuk olgu çalışmada değerlendirildi. Olguların 258'i (%68,2) erkek, 116'sı (%30,7) kadındı. Dört olguda (%1,1) ise cinsiyet belirtilmemişti (Grafik 1).

Hatalı tıbbi uygulama iddiası içeren olgular yıllara göre değerlendirildiğinde, 2004 yılından itibaren hatalı tıbbi uygulama iddiası sayısında önemli artış göze çarpmaktaydı. Olguların yıllara göre dağılımı Grafik 2'de görülmektedir.

İkibin dört yılından itibaren saptanan artış ile yıllara göre cinsiyet dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$). Cinsiyet açısından 2002 yılı ve cinsiyeti bilinmeyen dört olgu göz ardı edilerek anlamlılık değerlendirildiğinde hasta cinsiyetleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 1).

Dava konusu sağlık kuruluşları incelendiğinde devlet hastaneleri ilk sırada bulundu. 2005 yılından itibaren Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) hastanelerinin de sağlık bakanlığına devredilmesi ile onlar da devlet hastanesi özelliği kazanmıştır. Bu olguları da dahil ettiğimizde dava konusu olguların % 52,7'si devlet hastanelerine karşı açılmıştır. Bunu özel hastaneler (%16,4) ve üniversite hastaneleri (%9,3) izlemekteydi (Tablo 2).

Dava konusu olguların sağlık kuruluşlarının hangi bölümlerinden şikayetçi olduklarına bakıldığında ise en büyük oranın acil servisten kaynaklandığı (%19), bunu klinikler, ameliyathane ve doğumhanenin izlediği saptandı (Grafik 3).

Tıbbi uygulamaları gerçekleştiren sağlık çalışanları incelendiğinde, toplam 459 sağlık çalışanının 380'i doktor, 11'i diş doktoru, 64'ü ebe-hemşire ve dördü de doğum ekibi idi. Tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan toplam 380 doktorun branşlarına göre dağılımı Tablo 3'de görülmektedir.

Olgular ortaya çıkan zararlar açısından incelendiğinde; 378 olgunun 219'unda (%57,9) ortaya çıkan zarar ölümdü, geriye kalan 159 yaşayan olgunun 113'ünde (%29,9) sekel (düşük ayak gibi fokal nöropati, ansefalit sekeli, ekstremitte amputasyonu, yanık izi vb.) kalmıştı. Kırk altı (%12,4) olguda herhangi bir tıbbi zararın oluşmadığı saptandı. Ölümle sonuçlanmış 219 olgunun 161'inde (%73) ölüm nedenini belirleyebilmek amacıyla otopsi yapılmıştı. Otopsi yapılan olguların 120'sinde (%74,5) ölüm nedeni tespit edilebilirken, 41 olguda (%25,4) ölüm nedeni belirlenemedi. Ölümle sonuçlanmış olguların 58'inin (%27) otopsi yapılmamış olmasına rağmen, 42'sinde (%72,4) ölüme neden olan hastalık klinik, laboratuvar bulguları ve dosyada bulunan grafilerin yeniden değerlendirilmesi ile belirlendi ve 16'sında (%26,6) ise belirlenemedi.

Ölüm dışı istenmeyen sonuçların meydana geldiği ve herhangi bir tıbbi zararın oluşmadığı 159 olgunun 151'inde (%94,9) hastalık tanısı konuldu. Çalışma kapsamındaki 378

olgunun toplam 313 'ünde (%82,8) mevcut hastalığın tanısı konuldu, 65 (%17,2) olguda ise herhangi bir tanı konulamadı.

Karara bağlanan 378 olgudan, 195 olguda (%51,6) uygulamaların tıbbi kurallara uygun olduğu yönünde, 109 olguda (%28,8) tıbbi uygulama hatası olduğu şeklinde görüş bildirilirken, 74 olguda (%19,6) herhangi bir tıbbi uygulama hatası olup olmadığı yönünde herhangi bir karara varılamadı. Tıbbi uygulama hatası olup olmadığı şeklinde görüş bildirilemeyen olgular incelendiğinde 57'sinde ölüm nedeninin belirlenememiş olması nedeniyle tıbbi uygulama ile ortaya çıkan zarar arasında bir illiyet olup olmadığının anlaşılabilmesi, 17 olguda da tıbbi kayıt eksikliği nedeniyle görüş bildirilemedi.

Tıbbi uygulama hatası bulunduğu belirlenen 109 olguda kusurlu veya tıbbi uygulama hatası olarak belirlenen eylemler incelendiğinde, 59'unda (%54,1) tanı yetersizliği, 42'sinde (%38,5) tedavi ve takip yetersizliği belirlendi. Diğer saptanan hatalar incelendiğinde; bir olguda tedavi sırasında kontrolsüz ısıtma sonucu yanık oluşumu, bir olguda ameliyatta koter yanığı oluşumu, iki olguda ameliyat sahasında gazlı bez unutulması, bir olguda ameliyat sahasında klemp unutulması, bir olguda sezeryan ile doğum gerçekleşirken bebeğin yüzünün neşter ile kesimi, bir olguda prematüre retinopatisi (ROP) taramasında gecikme, bir olguda fenil ketonüri (FKÜ) tarama testinin uygulandığı bir ilde çalışan yetersizliğinden dolayı taramanın yapılamamış olması saptandı.

0-18 yaş grubu çocuklara yapılan ve kusurlu olup olmadıkları yönünden değerlendirilen olguların uzmanlık dallarına ve kusur durumuna göre dağılımı Tablo 4'de gösterilmiştir.

Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarından kusurlu bulunan toplam 21 olgu üzerinden kusur nedenleri Tablo 5'de gösterilmiştir.

Yaş/ Yıllar	2002	2003	2004	2005	2006
0-1	0 (%0,0)	1 (%9,1)	38 (%44,7)	69 (%51,9)	74 (%52,1)
2-4	0 (%0,0)	3 (%27,3)	17 (%20,0)	26 (%19,5)	16 (%11,3)
5-7	3 (%42,9)	2 (%18,2)	8 (%9,4)	12 (%9,0)	17 (%12,0)
8-13	2 (%28,6)	2 (%18,2)	12 (%14,1)	19 (%14,3)	18 (%12,7)
14-18	2 (%28,6)	3 (%27,3)	10 (%11,8)	7 (%5,3)	17 (%12,0)

$\chi^2:31,84$ $p:0,010^*$

Tıbbi uygulama yeri	n	%
Devlet hastanesi	150	39,7
Üniversite hastanesi	35	9,3
Özel hastane	62	16,4
Özel poliklinik/Sağlık merkezi	16	4,2
Özel muayene	8	2,1
Ev	8	2,1
SSK hastanesi*	49	13,0
Sağlık ocağı	28	7,4
Askeri hastane	3	0,8
Diğer	9	2,4
Belirlenemeyen	10	2,6
Toplam	378	100

*2005 yılından itibaren SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devredilmesi nedeniyle, SSK Hastanelerinin verileri Devlet Hastanesi içerisinde yer almaktadır.

İkibin iki ve 2006 yılları arasında incelenen 159 yaşayan olgunun kararları arasında kusurluluk yönünden istatistiksel olarak 2004 yılından itibaren kusurlu oranlarındaki düşüş, kusursuz oranlarındaki artış anlamlı farklılık göstermekteydi ($p < 0,05$) (Tablo 6).

Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanının ilişkili olduğu ölümlü 63 olguda; çocuk uzmanı 15' inde (%24) kusurlu; 38' inde (%60) kusursuz ve 10'unda (%16) kusurlu olup olmadığı belirtilmemiştir. Çocuk uzmanı kusur durumuna göre ölümlü olgulardaki karar durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmekteydi ($p < 0,01$). Kusursuz bulunma oranı diğerlerinden anlamlı düzeyde yüksek olarak saptandı (Grafik 4).

Tartışma

Günümüzde TUH ile ilgili dava sayısı giderek artış göstermektedir (3,6-9). Çalışmada TUH iddiası olan olgu sayısında 2004 yılından itibaren belirgin artış saptanmıştır. İkibin iki ve 2003 yıllarında tıbbi uygulama hatası iddiası sırasıyla 57 ve 50 iken, 2004 yılında 268, 2005 yılında 534 ve 2006 yılında 549 olarak hızlı bir artış göstermektedir. 2004 yılından bu yana artış gösteren TUH iddiaları, özellikle değişen sağlık mevzuatı (hasta hakları yönetmeliği, 2004 yılında kabul edilen 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu) ve sağlık çalışanlarının geleneksel hasta-hekim ilişkisindeki otoriter yapıdan farklı olan bu sürece (alo şikayet hattı, doktor seçme hakkı vb) uyum sağlamada yaşanan

zorluklar ile ilişkisi olduğu kadar, Sağlık Bakanlığı tarafından 2002'den bu yana uygulamaya sokulan piyasa merkezli "sağlıkta dönüşüm programı" örneğinin etkisiyle hasta-doktor ilişkisini sağlık çalışanlarının zararına bir sürece soktuğu ve güven dengesini farklılaştırdığı tartışılmaktadır (10-13).

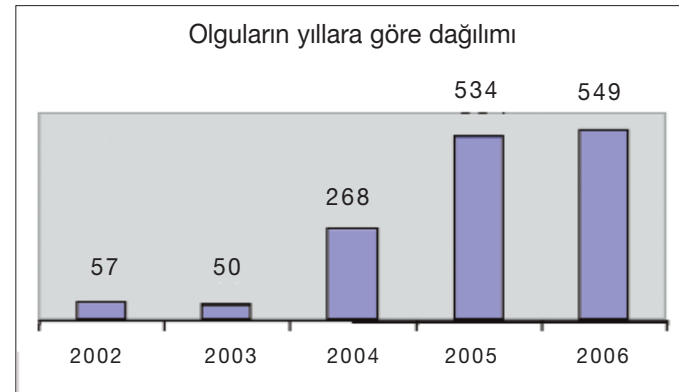
Doktor ile hastası arasındaki sözleşmeye dayanan eylemli durumun hukuken geçerli olması, hastanın rızası ile doktorun tıp mesleğini uygulama ve yapabilme hak ve görevinin birlikte bulunmasına bağlıdır. Özel hukukta hasta doktor ilişkisi sözleşmeye (vekalet) dayanmaktadır. Sözleşmenin kurulabilmesi için ilk koşul hastanın rızası, ikincisi ise doktorun mesleğini uygulayabilme ve yapabilme hakkına dayanan kabulüdür. Sözleşme kurulduktan sonra doktorun eylemleri ve yardımları belirli sınırlar içinde hukuka uygun olarak kalacaktır. Doktorun tedavi nedeniyle sorumluluğuna asıl olan, sorumluluğun sözleşmeden kaynaklanmasıdır. Ancak doktorun sorumluluğunun tek kaynağı sözleşme değildir. Zarar görenle doktor arasında sözleşmeye dayanmayan bir ilişkinin bulunması da olağan durumlardandır (14).

Yapılan çalışmalarda hasta ile daha iyi iletişim kuran, hastalığı ile ilgili gerekli bilgiyi veren ve aydınlatılmış onam konusunda titiz davranan sağlık çalışanlarını hastaların %55 oranında daha az şikayet ettikleri saptanmıştır (15).

Tablo 3. Tıbbi uygulama hatası iddiası olan hekimlerin uzmanlık dallarına göre dağılımı		
	Toplam	% *
Çocuk hastalıkları uzmanı	97	25,53
Kadın-doğum uzmanı	75	19,74
Pratisyen doktor	70	18,42
Ortopedi uzmanı	33	8,68
Genel Cerrahi uzmanı	23	6,05
Anestezi uzmanı	16	4,21
KBB uzmanı	11	2,90
Beyin Cerrahi uzmanı	11	2,90
Göz Hastalıkları uzmanı	9	2,37
Kardiyoloji uzmanı	8	2,11
Radyoloji uzmanı	7	1,84
Çocuk Cerrahi uzmanı	5	1,31
Kalp-Damar Cerrahi uzmanı	5	1,31
Dahiliye uzmanı	4	1,05
Üroloji uzmanı	4	1,05
Plastik Cerrahi uzmanı	2	0,53
Toplam	380	100



Grafik 1. Olguların cinsiyetlerine göre dağılımı



Grafik 2. Olguların yıllara göre dağılımı

Yorulmaz (16), İstanbul Tabip Odası Hekimlik Uygulama Bürosu'na kabul edilen 1993-2003 yılları arası dönemi kapsayan dosyalar üzerinde yaptığı çalışmada, 1999 yılından 2003 yılına kadar olgu sayısında %42 oranında bir artış saptamıştır. Pakiş ve ark'larının (17) 2001-2005 yıllarını kapsayan çalışmada da olgu sayısında %160'lık bir artış bildirilmiştir. Bu çalışmada 2004 yılından itibaren görülen yüksek orandaki artış (%104) son yıllarda ülkemizde tıbbi uygulama hatası iddialarında belirgin bir yükselme olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada olguların %60,3'ünde tıbbi uygulama hatası olmadığı yönünde karar verilirken, %15,4'ünde tıbbi uygulama hatası olup olmadığının kararının bilinmediği, %23,8'inde tıbbi uygulama hatası kararı verildiği saptanmıştır (Grafik 4). Bu da olguların yaklaşık 3/4'ünde tıbbi uygulama hatası iddialarının asılsız çıktığını göstermektedir. Kısıtlı sayıda yapılan çalışmalar nedeniyle farklı çalışmalarda hekimlere yönelik iddiaların ne kadarının doğru olduğu karşılaştırıldığında; Büken'in (17) çalışmasında asılsız iddialar %69,2, Pakiş'in (18) çalışmasında ise %68 oranındadır. Yine bu değer Lynch ve ark'ları (19) tarafından %46 olarak bildirilmektedir. Bu asılsız iddialar sonucunda açılan davalar; hekimlerin aklanması durumunda

bile, hekimler açısından uzun ve zor bir sürece neden olmaktadır. Hekimler hata yapmaktan korkarak insiyatif kullanmada yetersiz kalmakta ve dava sürecinde çeşitli psikolojik sorunlar yaşayabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında yaşanan aksaklıklar nedeni ile son yıllarda daha kalıcı ve hızlı çözümler araştırılmaktadır. Hata yapan sağlık çalışanının daha etkin değerlendirilmesi için bir takım yasal düzenlemeler yapılmış ve yeni önlemler de gündeme gelmiştir. Hasta hakları yönetmeliği ile hastaların hakları korunurken, sağlık çalışanı ile ilgili düzenlemeler çok gerilerde kalmıştır. Yeni ve ağırlaştırılan koşulların açılan birçok davada hekimlerin ceza ve tazminat sorumluluğu ile karşı karşıya kalması sonucunu doğuracağı öngörülebilmektedir. Türkiye'de hiç bir doktor kendisini tıbbi uygulama hatası davalarının uzağında göremez. Bu gibi istenmeyen durumlarla karşılaşmaması, ancak doktorun kendi mesleği ile ilgili yetki ve sorumluluklarını, bunların yasal dayanaklarını iyi bilmesi ve uygulamalarına yansıtması ile mümkün olacaktır. Bu nedenle konu ile ilgili hekimlerin bilgilendirilmesinin önemi her geçen gün artmaktadır (2,16,20-23).

Bu çalışmada olguların yaş gruplarına göre değerlendirilmesinde en büyük grubu perinatal dönem olguları

Tablo 4. Olgularda tıbbi uygulama hatası tespit edilen doktorların kusurluluk dağılımı

	Kusurlu	Kusursuz	Belirtilmeyen	Toplam	% *
Çocuk hastalıkları uzmanı	21 (%21,6)	61 (%62,9)	15 (%15,5)	97 (%100)	21,13
Kadın-doğum uzmanı	14 (%18,7)	51 (%68,0)	10 (%13,3)	75 (%100)	16,34
Pratisyen doktor	13 (%18,6)	45 (%64,3)	12 (%17,1)	70 (%100)	15,25
Hemşire-ebe	14(%21,9)	40 (%62,5)	10 (%15,6)	64 (%100)	13,94
Ortopedi uzmanı	13 (%39,4)	15(%45,5)	5 (%15,2)	33 (%100)	7,19
Genel cerrahi uzmanı	5 (%21,7)	14 (%60,9)	4 (%17,4)	23 (%100)	5,01
Anestezi uzmanı	4 (%25)	12 (%75,0)	-	16 (%100)	3,49
KBB uzmanı	4 (%36,4)	6 (%54,5)	1 (%9,1)	11 (%100)	2,40
Beyin cerrahi uzmanı	3 (%27,3)	6 (%54,5)	2 (%18,2)	11 (%100)	2,40
Diş hekimi	3 (%27,8)	7 (%63,6)	1 (%9,1)	11 (%100)	2,40
Göz hastalıkları uzmanı	-	9 (%100)	-	9 (%100)	1,96
Kardiyoloji uzmanı	1 (%12,56)	4 (%50,0)	3 (%37,5)	8 (%100)	1,74
Radyoloji uzmanı	1 (%14,3)	5 (%71,4)	1 (%14,3)	7 (%100)	1,53
Çocuk cerrahi uzmanı	4 (%80)	1 (%20,0)	-	5 (%100)	1,09
Kalp-damar cerrahi uzmanı	1 (%20)	3 (%60)	1 (%20)	5 (%100)	1,09
Doğum ekibi	3 (%75)	1 (%25)	-	4 (%100)	0,87
Dahiliye uzmanı	2 (%50)	1 (%25)	1 (%25)	4 (%100)	0,87
Üroloji uzmanı	1 (%25)	3 (%75)	-	4 (%100)	0,87
Plastik cerrahi uzmanı	1 (%50)	-	1 (%50)	2 (%100)	0,44
TOPLAM				459	100*

*Oran toplam 459 olgu üzerinden hesaplanmıştır

(%48,2) oluşturmaktadır. Bu veri ölü doğum ve yeni doğan ölümleri ile sonuçlanan uygulamaların 0-18 yaş grubunda tıbbi uygulama hatası suçlamaları arasında önemli yer tuttuğunu göstermektedir. Ailelerin çok hassas bir dönemlerinde bebeklerinin kaybı ile yaşadıkları stres ve çoğu olguda ölüm nedenlerinin bilinmeyişi, bu dönemde doktorlar hakkında şikayetçi olmalarına yol açmaktadır (24).

Ülkemizde tasarı olarak bulunan ve henüz yasalaşmayan "malpraktis kanunu" tartışılırken, uzmanlık alanlarının kendilerine dönük TUH çalışmalarını güncel hale getirmeleri önem kazanmaktadır (25). Kısıtlı sayıda yapılan çalışmalar nedeniyle ve farklı çalışmalarda hangi yaş grubuna yönelik sorun yaşandığı karşılaştırıldığında; Selbst'in (26), doktor hatası iddiası ile çocuk yaş grubunda tedavi gören olgularda yaptıkları çalışmada olguların %47'sini iki yaş altı küçük çocuklar oluşturmaktadır. Kain'in (27) yaptığı bir çalışmada ise bir yaş altı çocukların sıklığının %43 olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada ise doktor hatası iddiası olan 0-1 yaş grubu çocuk olguların, 0-18 yaş olgulara oranı %48,1, tüm olgulara oranı %12,5 olarak bulunmuştur. Bu nedenle tıbbi tedavilerin ve takibin bu yaş grubuna giren çocuklarda daha özenle yapılması ve bu çocukların mümkün olduğu kadar çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir.

Bu çalışmada ölümle sonuçlanan toplam olgu sayısı 219'dur (%73). Bu oran farklı çalışmalarda %18 ile %28,1 arasında verilmektedir (26-28). Çalışmamızdaki TUH belirlenen 109 olgunun 83'ünün (%76,1), ölümle sonuçlandığı göz önüne alındığında olgularımızdaki yüksek ölüm oranları, ölümle sonuçlanan olguların daha fazla dava konusu olmasına bağlı olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmada TUH iddiası ile açılan davalarının %19'u acil serviste meydana gelen doktor-hasta ilişkisi nedeniyle dir.

Tablo 5. Çocuk doktorlarının kusur nedenlerine göre dağılımı

Kusur Nedeni*	Kusurlu**
Takipte özen eksikliği/yetersizliği	3
Eksik muayene/ özensiz muayene	2
Konsültasyon istememek	5
Gereken sağlık kurumuna sevk etmemek	3
Gerekli tetkikleri yapmamak/gerekli grafileri istememek	1
Yatması gereken hastayı yatırmayıp evine göndermek	4
Doğru teşhis koymamak/ doğru tedavi vermemek	1
Çağırına zamanında uymamak	1
Meslekte acemilik/yetersizlik	1
TOPLAM	21***

*Bilirkişi görüşünde geçen kusur nedenleri dikkate alınmıştır

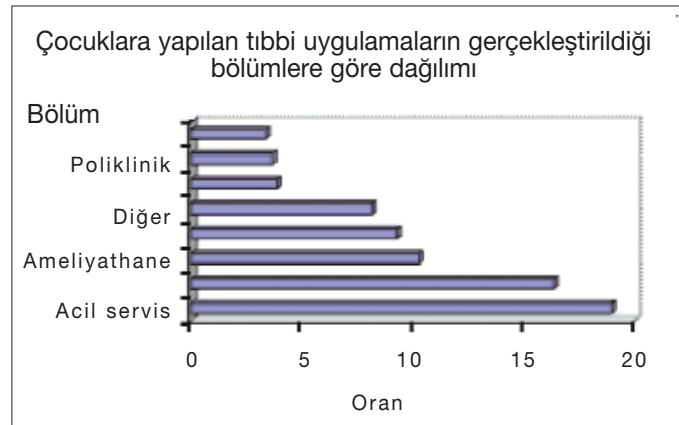
**Aynı nedenden dolayı değerlendirilip kusurlu bulunma oranı verilmiştir

***Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanı kusur durumu değerlendirilen toplam 97 olgu üzerinden kusurlu bulunma yüzdesi verilmiştir

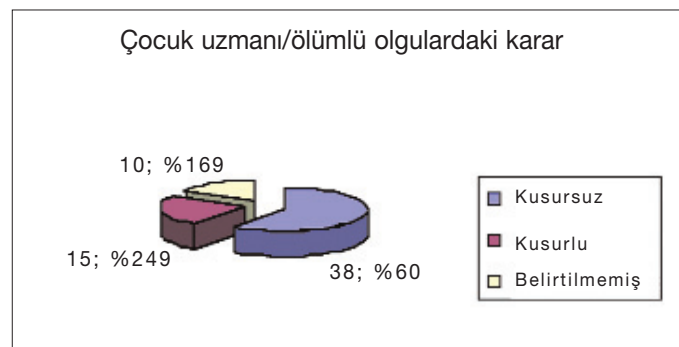
Acil birimlerdeki olgular doktorların çalışma temposu ve hastalara yapılan girişimler açısından daha riskli olgulardır. Doktorun hemen inisiyatif kullanmasını gerektiren bu olguların çoğu hayati tehlikesi olan hastalardır. Acil birime gelen hastaların çok farklı bulgularla gelmesi ve bunun çok geniş bir yelpazeye yayılması nedeniyle hata yapılması sıklığı çok yüksektir (29,30).

Çalışmada TUH iddiası ile 70 pratisyen doktor hakkında dava açılmış ve bunların %18,6'sı kusurlu bulunmuştur. Uygulamada çocuk uzmanları gibi pratisyen doktorlar da çocuk hastaları tedavi etmeleri nedeniyle, tıbbi uygulama hatası iddiaları ile de karşılaşabilmektedirler. Bu nedenle bu veriler pratisyen doktorlarca da iyi değerlendirilmelidir. Pratisyen doktorlukta çoğunlukla hasta izlemesi genel uygulamada basit, kısa seyirli hastalıklarla olmaktadır. Ancak pratisyenler karmaşık ihtiyaçları olan, ilk aşamada ciddi hastalık teşhisli, hayati tehlike durumunda yardım için yanıt arayan ve koruyucu bakım alan kronik hastalara da devamlı bakım sağlamaktadırlar. Pratisyen doktorlara özellikle çocuk olgularda en sık rastlanan uygulama hatalarına yönelik hizmet içi eğitim toplantıları yapılmalıdır.

Görev alanlarına göre değerlendirmede TUH öncelikle hekimleri ilgilendirdiği görülmektedir (Tablo 5). Ancak ebe, hemşire, ameliyathane teknisyeni, eczacı gibi diğer sağlık çalışanına da hatalı uygulama kararı verilmiştir.



Grafik 3. Hatalı tıbbi uygulama iddiasının gerçekleştiği bölümler



Grafik 4. Çocuk uzmanı kusur durumunun 63 otopsi olgusundaki dağılımı

Tablo 6. Yaşayan olgularda kusurluluk oranlarının dağılımı (n=159)						
Yaşayan olgularda karar	Yıllar					Test Değ;P
	2002 n (%)	2003 n (%)	2004 n (%)	2005 n (%)	2006 n (%)	
Kusurlu	0 (%0)	2 (%50,0)	15 (%46,9)	14 (%28,0)	10 (%14,1)	χ^2 :16,95
p:0,031*						
Kusursuz	2 (%100,0)	2 (%50,0)	15 (%46,9)	29 (%58,0)	46 (%64,8)	
Belirtilmeyen	0 (%0)	0 (%0,0)	2 (%6,3)	7 (%14,0)	15 (%21,1)	

p<0,05

Bu yüzden sadece doktorlar değil, doktorlarla birlikte çalışan ebe ve hemşire gibi yardımcı sağlık çalışanının de kendi sorumluluklarına yönelik bilgilili ve aydınlatılmış olmaları gereklidir.

Hekim açısından diğer bir önemli nokta kayıtların uygun tutulmasıdır. Taraflar arasındaki anlaşmazlık yargı aşamasına gelirse maddi kanıtların sağlamlığı önem kazanmaktadır. Dosyada hekimin tanı veya hareketini destekleyecek yeterli derecede veri bulunması savunmayı kolaylaştırırken, önemli verilerin eksikliği, savunmayı güçleştirmektedir (18,31,32). Çalışmamızda olguların bir kısmında tıbbi verilerin eksikliği nedeniyle tıbbi uygulama hatası olup olmadığının tespit edilemediği bildirilmiştir.

Büken'in (18), Adli Tıp Kurumu'nda yaptığı çalışmada kadın doğum verilerinin %40,1'i devlet hastaneleri %18,6'sı özel hastane, %14,9'u SSK hastaneleri kaynaklıdır. Aynı kurumda yapılan bir diğer çalışmada ise Baydar (33) ortopedik olguların %48,15'inin devlet hastanelerinde, %20,37'sinin SSK hastanelerinde, %11,11'inin de özel hastanelerde tedavi gördüklerini saptamıştır. Bizim çalışmamızda, hatalı uygulama yapıldığı iddia edilen çocuk hastaların % 39,7'si devlet hastanelerinde, %16,4'ü özel hastanelerde, %13'ü SSK hastanelerinde tedavi görmüş, en az TUH iddiası Askeri hastaneler ile ilgili olmuştur (Tablo 2). Devlet hastaneleri ve SSK hastaneleri birlikte değerlendirildiğinde bu oran %52,7'ye yükselmektedir. Devlet ve SSK hastanelerinde bakılan hasta sayısı diğer hastane ve sağlık birimlerinden oldukça fazla sayıda olduğu için, doktor başına düşen hasta sayısı daha yüksek ve doktorun hastasına ayırdığı vakit diğer sağlık birimlerine göre daha az olmaktadır, dolayısıyla bu durum da hata oranlarını arttırmaktadır. Özel hastaneler ile ilgili TUH iddialarının yüksekliğinin, hastaların ücret karşılığı tedavi gördüklerinde sonuçtaki beklentilerin yüksek olması nedeniyle "malpraktis" davalarına yönelmeyi artırmasına bağlı olabileceğini düşünmekteyiz.

Sonuç olarak, son yıllarda tıbbi uygulama hatası ile gelen dosyalar artmakta olup, çocuk doktorları ve pratisyen doktorlar en çok suçlanan grubu oluşturmakta ve kusur cezası almaktadır. Devlet hastanelerinde tıbbi hatalar en

fazla olup, bu durum muhtemelen gelen hasta sayısı ile ilişkilidir. Acil servislerde çalışanların en fazla suçlandıkları göz önüne alındığında, hekimlerin daha dikkatli olmaları, daha sık konsültasyon yapmalarının gerektiği açıktır. Ayrıca, hastanın yatırılması durumunda ise; özenle muayene, tedavi ve takip edilmesi; başka sağlık kurumuna sevk edilmesi gerekiyorsa sevk esnasında hastanın sağlığı ile ilgili olarak daha özenli olmaları gerekmektedir.

Çıkar çatışması: Bildirilmedi.

Kaynaklar

1. Chantler C, Doyal I. Medical ethics; the duties of care in principle and practice. 3rd edition. In: Powers M, Harris N, Lockard-Mirams A, (eds). Clinical Negligence. London: Butterworths, 2002: 549-72.
2. Polat O. Klinik adli tıp, adli tıp uygulamaları; tıbbi uygulama hataları. Ankara: Seçkin Yayınları, 2007: 223-44.
3. Çetin G. Tıbbi Malpraktis. İçinde: Çetin G, Yorulmaz Ç, (yazarlar). Yeni yasalar çerçevesinde hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluğu, tıbbi malpraktis ve adli raporların düzenlenmesi. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, No:48, İstanbul, 2006: 31-42.
4. Adli Tıp Kurumu Kanunu. <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/587.html> (erişim tarihi 07.12.2010).
5. 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. Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul, 2008.
6. Aşçıoğlu Ç. Tıbbi yardım ve el atmalardan doğan sorumluluklar: doktorların devletin ve özel hastanelerin sorumluluğu (cezai ve hukuki). Ankara: Tekişik Ofset Yayınları, 1993.
7. Yayıncı N, Üzün İ, Başer L, İnanıcı MA. Genel cerrahide tıbbi uygulama hataları: 1996-2000 yılları arasında Adli Tıp Kurumu'na yansıyan olgular. Türkiye Klinikleri Adli Tıp Dergisi 2004; 1: 12-7.
8. Tümer AR. 1995-2000 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası'na gelen ortopedi vakalarının değerlendirilmesi. Artroplastik Artroskopik Cerrahi 2003; 14: 182-7.
9. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. Dirim Tıp Gazetesi 2009; 84: 1-10.
10. Hasta hakları yönetmeliği. <http://www.saglik.gov.tr/TR/beige/1-555/hasta-haklari-yonetmeliği.html> (Erişim tarihi 07.12.2010).
11. Türk Ceza Kanunu. <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html> (Erişim tarihi 07.12.2010).
12. Sağlıkta dönüşüm programı. <http://www.saglik.gov.tr/TR/beige/1-2906/saglikta-donusum-programi.html> (Erişim tarihi 07.12.2010).

13. Hasta hekim ilişkisi. [http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ruh-sagligi/harppsk/dersnot/k%C4%B1ta%20hekimli%C4%9Fi%20\(psikiyatri\).pdf](http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ruh-sagligi/harppsk/dersnot/k%C4%B1ta%20hekimli%C4%9Fi%20(psikiyatri).pdf) (Erişim tarihi:07.12.2010)
14. Tıbbi deontoloji ve iyi hekimlik. <http://www.istabip.org.tr/index.php/buerolar/itobuero/hub.html> (Erişim tarihi:07.12.2010)
15. Gorney M. Anger as the root cause of malpractice claims. *Clin Plast Surg* 1999; 26: 143-7.
16. Yorulmaz Ç. İstanbul Tabip Odası'na yansıyan hekim hatası iddiası bulunan olguların adli tıp açısından irdelenmesi. Doktora tezi. İstanbul, 2005.
17. Pakiş I. Ölüm ya da ölü doğumla sonuçlanan tıbbi uygulama hatalarına yaklaşımda adli otopsinin rolü. Doktora tezi, İstanbul, 2006.
18. Büken, E. 1990-2000 yıllarında Adli Tıp Kurumu 1. ve 2. ihtisas Kurulları'na obstetrik ve jinekolojik tıbbi uygulama hatası iddiasıyla gönderilen olguların adli tıp açısından irdelenmesi. Uzmanlık tezi. İstanbul, 2002.
19. Lynch C, Coker A, Dua JA. A clinical analysis of 500 medico-legal claims evaluating the causes and assessing of potential benefit of alternative dispute resolution. *Br J Obstet Gynaecol* 1996; 103: 1236-42.
20. Hancı İH. Malpraktis: Tıbbi girişimler nedeniyle hekimin ceza ve tazminat sorumluluğu: 1. baskı. Ankara: Seçkin yayıncılık, 2002.
21. Özkara E, Hamit İH. Türkiye'de nöroşirürjiyenin yasal sorumlulukları ve medikolegal sorunları. *Türk Nöroşirürji Dergisi* 2003; 13: 213-20.
22. Aktaş EÖ, Koçak A. İlaç kullanımında hekim sorumluluğu. *Toksikoloji Dergisi* 2005; 3: 19-30.
23. Türk Tabipleri Birliği, Hekimlik meslek etiği kuralları. <http://www.ttb.org.tr/index.php/component/content/article/15-genel/552-hekl-meslek-etkurallari> (Erişim tarihi: 07.12.2010).
24. Yılmaz R, Pakiş I, Turan N, Can M, Kabakuş Y, Gürpınar SS. Adli Tıp Kurumu Birinci Adli Tıp İhtisas Kurulu'nca ölüm sebebi verilen 0-1 yaş grubu bebeklerin ölüm sebebi açısından değerlendirilmesi. *Türk Ped Arşivi* 2010; 45: 31-6.
25. Tıbbi yanlış uygulama (malpraktis) kanunu tasarı taslağı ve gerekçeleri metnine ilişkin görüşleri. <http://www.ttb.org.tr/index.php/etikkurul/1373-etik> (Erişim tarihi: 07.12.2010)
26. 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: 165-9.
27. Kain ZN, Caldwell-Andrews AA. What pediatricians should know about child-related malpractice payments in the United States. *Pediatrics* 2006; 118: 464-8.
28. Brown RH. The pediatrician and malpractice. *Pediatrics* 1976; 57: 391-401.
29. Tümer AR. 1995-2000 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası tarafından değerlendirilen cerrahi vakaların komplikasyon ve malpraktis yönünden araştırılması. Uzmanlık Tezi, Ankara, 2002.
30. Ertan A, Öz H, İnanıcı MA, Keskin R. Anestezi uygulaması sırasında ölümlerle sonuçlanan ve dava konusu olmuş olguların adli tıp açısından retrospektif değerlendirilmesi. *T Klin Adli Tıp Dergisi* 2004; 1: 67-71.
31. Entman SS, Glass CA, Hickson GB, Githens PB, Goldstein KW, Sloan AF. The relationship between malpractice claims history and subsequent obstetric care. *JAMA* 1994; 270: 1588-91.
32. Tuğcu H, Yorulmaz C, Koç S. Hekim sorumluluğu ve tıbbi malpraktis. İçinde: Koç S, Can M, (yazarlar). Birinci basamakta adli tıp. Birinci baskı; İstanbul: Golden print, İstanbul Tabip Odası Yayınları, 2010: 9-18.
33. Baydar ÇL. 1990-2000 yıllarında ATK ve YSS'na ortopedi dalında tıbbi uygulama hatası iddiasıyla gönderilen olguların değerlendirilmesi, Uzmanlık tezi. ATK. İstanbul, 2002.