

TIBBÎ UYGULAMA HATALARINA ADLÎ TIP AÇISINDAN YAKLAŞIM

Nur BİRGEN

Adli Tıp Kurumu, 3.Adli Tıp İhtisas Kurulu Başkanı, İSTANBUL
dokornur@e-kolay.net

ÖZET

5.1.1961 tarihli ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'da, tıbbî hizmetler: "İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin giderilmesi ve toplumun bu faktörlerin etkisinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedenî ve ruhi yetenek ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan faaliyetler" olarak tanımlanmıştır.

Tanımda belirtilen tıbbî hizmetlerin sunulması sırasında görevli sağlık personelinin kusurlu hareket etmesi sonucunda tıbbî uygulama hataları ortaya çıkmaktadır.

Sağlık personelinin kusurlu davranışını tespit edebilmek için Cumhuriyet Başsavcılıkları ve mahkemelerin teknik görüşüne başvurdukları resmi bilirkişiler, Adli Tıp Kurumu ve Yüksek Sağlık Şurası'dır. Adli Tıp Kurumu hem ceza hem hukuk mahkemelerince gönderilen dosyalar hakkında görüş vermekte iken, Yüksek Sağlık Şurası sadece ceza mahkemelerince gönderilen dosyalar hakkında görüş verebilmektedir. 4810 sayılı Adli Tıp Kurumu Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un yürürlüğe girmesinden sonra, Adli Tıp Kurumu'na tıbbi uygulama hatalarıyla ilgili olarak gönderilen dosyaların tümü 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu tarafından değerlendirilmeye başlamıştır. Karara itiraz halinde Adli Tıp Kurumu Genel Kurulu'ndan görüş istenmektedir.

Bu yazıda 3.Adli Tıp İhtisas Kurulu'nun bu dosyalara yaklaşımı ve olgu örnekleri sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: adli tıp, malpraktis, taksir, tıbbi uygulama hatası

SUMMARY

Medical Malpractice Cases and Forensic Medicine

The Statute on Socialization of Health Services which came into force on Jan 5th, 1961 (No.224) says that: "Medical services are the activities done in order to get rid of the factors that are harmful to health, prevention of the public from these factors, treatment of ill people, rehabilitation of the disabled".

Medical malpractices occur during these services if the health care personnel acts in a negligible way.

The judges and the prosecutors ask the opinion of the Council of Forensic Medicine and the Supreme Health Council as experts. After the Statute on the Council of Forensic Medicine came into force, the 3rd Specialty Board started to deal with the malpractice cases. If there is a conflict between the Board's report and other experts then the case is brought to the General Assembly.

In this study the way of evaluating these cases are defined and examples of cases are given.

Keywords: forensic medicine, medical malpractice, negligence

5.1.1961 tarihli ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'da, tıbbî hizmetler: "İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin giderilmesi ve toplumun bu faktörlerin etkisinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedenî ve ruhi yetenek ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan faaliyetler" olarak tanımlanmıştır^(2,3).

Tanımda belirtilen tıbbî hizmetlerin sunulması sırasında görevli sağlık personelinin kusurlu hareket etmesi sonucunda tıbbî uygulama hataları ortaya çıkmaktadır.

Tıbbî uygulama hataları 765 Sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 455 ve 459.maddesi hükümlerine göre değerlendirilmekte idi. 455.maddede "Tedbirsizlik veya dikkatsizlik veya meslek ve sanatta acemilik veya nizamata ve evamir ve talimata riayetsizlik ile bir kimsenin ölümüne sebebiyet veren şahıs iki seneden beş seneye kadar hapse ve ikiyüzelli liradan ikibinbeşyüz liraya kadar ağır para cezasına mahkûm olur" şeklinde hüküm bulunmaktaydı.

5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 22. maddesinde ise, öncelikle taksirin tanımı yapılmıştır. Bu maddenin ikinci fıkrasında taksir, "dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanunî tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyerek gerçekleştirilmesidir" şeklinde tanımlanmıştır⁽⁹⁾. Gereğede ise "Taksirli suçların belirgin özelliği, icrai veya ihmali şekilde olabilen iradi hareketin varlığı ve kanunî tanımda yer alan unsurlardan birinin öngörülmemiş olması" vardır. Fakat bu öngörmemenin, "gerekli dikkat ve özen" yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla ortaya çıkması gerekir. Çünkü, gerekli dikkat ve özen gösterilmediği için kanunda tanımlanmış olan neticenin gerçekleşeceği öngörülmemiştir.

22. maddenin gerekçesine baktığımızda "Bu dikkat ve özen yükümlülüğünün belirlenmesinde, failin kişisel yetenekleri göz önünde bulundurulmaksızın, objektif esastan hareket edilir" denmektedir. Nitekim toplum halinde yaşamının güvenli bir biçimde sürdürülebilmesi için, çeşitli alanlarda kişilerin dikkat ve özenli davranışlarıyla ilgili kurallar konmaktadır. İnşaat faaliyeti, sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ve trafik düzeniyle ilgili kurallar, dikkat ve özen yükümlülüğüne örnek olarak gösterilebilir.

Taksirle işlenen suçlardan dolayı *kusurluluk*, bir değerlendirmeyle ancak olay hâkimi tarafından yapılabilir. Bu nedenle, taksirden dolayı kusurluluğun matematiksel olarak ifadesi mümkün değildir. Ancak, normatif değerlendirmeyle hâkim tarafından belirlenen kusurluluk göz önünde bulundurulmak suretiyle, suçun cezasında belli bir oranda indirim yapılabilir.

Taksir dolayısıyla kusurun belirlenmesi normatif bir değerlendirmeyle mümkün olmakla birlikte, *somut olayda dikkat ve özen yükümlülüğünün ihlâl edilip edilmediğinin belirlenmesi açısından bilirkişi incelemesi yaptırılabilir.*

Örneğin ölümle sonuçlanan bir ameliyat sırasında hastaya yapılan tıbbî müdahalenin tekniğine uygun olarak yapılmış olup olmadığının belirlenmesi açısından bilirkişi incelemesine gerek bulunduğu muhakkaktır. Keza, ölüm veya yaralanma ile sonuçlanan bir trafik kazasında, sürücülerin trafik kurallarına uyup uymadıklarının, hangi trafik kuralının ne suretle ihlâl edildiğinin, trafiğe çıkarılan aracın teknik bakımdan herhangi bir arızasının olup olmadığının belirlenmesi açısından da bilirkişi incelemesi yapılabilir. Ancak, bu durumlarda, *bilirkişinin yapacağı inceleme, işin tekniği ile sınırlı olmalıdır. Bunun dışında, bilirkişi tarafından münhasıran hâkimin yetkisinde bulunan kusurluluk konusunda herhangi bir değerlendirme yapılmamalıdır. Aksi yöndeki tutum, bilirkişilik görevinin sınırını aşmayı ve hâkimin yerine geçmeyi ifade eder.*

Hâkim, bu teknik veriler çerçevesinde somut olayda failin kusurlu olup olmadığını takdir edecektir. "Failin kusurlu bulunması durumunda, kusurun ağırlığı ve diğer sebepleri de göz önünde bulundurmak suretiyle suçun kanuni tanımındaki cezanın alt ve üst sınırı arasında bir cezaya hükmedecektir." denilmektedir⁽⁹⁾.

Sağlık personelinin kusurlu davranışını tespit edebilmek için Cumhuriyet Başsavcılıkları ve mahkemelerin teknik görüşüne başvurdukları resmi bilirkişiler, Adli Tıp Kurumu ve Yüksek Sağlık Şurası'dır. Adli Tıp Kurumu hem ceza hem hukuk mahkemelerince gönderilen dosyalar hakkında görüş vermekte iken, Yüksek Sağlık Şurası sadece ceza mahkemelerince gönderilen dosyalar hakkında görüş verebilmektedir. 4810 sayılı Adli Tıp Kurumu Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un yürürlüğe girmesinden sonra, Adli Tıp Kurumu'na tıbbi uygulama hatalarıyla ilgili olarak gönderilen dosyaların tümü 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu tarafından değerlendirilmeye başlamıştır⁽¹⁾. Karara itiraz halinde Adli Tıp Kurumu Genel Kurulu'ndan görüş istenilmektedir.

Kurulumuzca bu tipte dosyalar incelenirken öncelikle yapılmış olan müdahalenin hukuka uygunluğu araştırılmaktadır. Bir müdahalenin hukuka uygun olabilmesi için:

- ✓ Müdahalede bulunan kişinin buna yetkili olması,
- ✓ Müdahalenin mesleğin gereklerine uygun yürütülmesi,
- ✓ Aydınlatma ve rıza,
- ✓ Rızanın bulunmadığı durumda genel sağlığın korunması gibi daha üstün bir kamusal yarar olması gerekmektedir.

Tıp Fakültesi'nden mezun olmamış kişinin hekimlik yapması, ebe olmayıp köyde doğum yaptırdığı için ebe olarak tanınan kişinin müdahalesi, eczacının enjeksiyon yapması gibi durumlarda müdahalede bulunan kişinin buna yetkili olmaması ortaya çıkmaktadır.

Aydınlatma, müdahalenin hukuka uygun olmasının diğer bir şartıdır. Dünya Tabipler Birliği'nin *Lizbon Hasta Hakları*

Bildirgesi'nde doktorların, aklen salâhiyetli hastalarından herhangi bir muayene veya tıbbi işlem için baskı altında olmadan ve bilgilendirilmiş onam almakla görevli oldukları ifade edilir⁽⁸⁾. Bunun anlamı, kişilerin tıbbi tedaviyi kabul ettiklerinde olacakları veya tedaviyi reddetmenin sonuçlarını bilmek zorunda olduklarıdır. Baskı altında ya da yanlış bilgilendirme sonucu alınan onam geçerli değildir ve bu onama dayanarak hareket eden doktorlar tıp etiğine aykırı davranıyorlardır.

Sağlık çalışanları, hastaları muayene etmeden önce muayenenin ve tedavinin amacını açıkça anlatmalıdırlar. İşlemin sonuçları hasta açısından ne kadar ağırsa, usulüne uygun bilgilendirilmiş onam almanın ahlaki yükümlülüğü de o denli büyüktür. Muayene ve tedavi, kişilere sonuçları belirgin bir yarar sağlayacaksa, hastanın yapılacak işlem için işbirliği yaparak, örtülü onay vermesi yeterli olacaktır^(7,8).

Genellikle hekimler hastalarını tespit ettikleri tablo ve ortaya çıkabilecek sonuçları ile ilgili olarak yeterince bilgilendirmediklerinden müdahale sonucunda kabul edilebilir risk sınırları içinde bir komplikasyonla karşılaşılması durumunda dahi hastalar şikayetçi olmaktadır. Yeterince detaylı aydınlatma sonrası hastanın o müdahale için rızasının (onamının) alınması genellikle ihmal edilen önemli bir nokta olup bunun kayıt altına alınması da unutulmamalıdır. Rızası alınan kişinin reşit olması ve hukukî ehliyetini etkileyecek derecede bir akli arıza içinde bulunmaması gerekir^(5,6).

Müdahale hukuka uygunsuzsa, ortaya çıkan zararın ne olduğu araştırılır. Zarar varsa, sağlık personelinin davranışı ile illiyeti olup olmadığına bakılır. İlliyet varsa, zararın komplikasyon mu hata mı olduğu incelenir. Komplikasyon ise öngörülerek gerekli önlemlerin alınması, önleme rağmen ortaya çıkmışsa zamanında ve uygun şekilde tedavisi yoluna gidilip gidilmediği araştırılır. Ortaya çıkan zararın sağlık personelinin hatalı davranışı ile bağlantısı yoksa mutlaka bilirkişi raporunda belirtilir.

3.Adli Tıp İhtisas Kurulu'nun değerlendirmelerinde, eksik tetkik yapılması veya hiç yapılmaması, tanının yanlış konması, yanlış tedavi uygulanması, takip, dikkat, özen eksikliği, yerleşik uygulama ile bağdaşmama, uzmana haber vermemek, sevk hatası, hastanın yatırılmaması, nöbet sistemindeki hatalı uygulamalar, hastane şartlarının elverişsiz olması gibi hususlar değerlendirilmektedir⁽⁴⁾.

3.Adli Tıp İhtisas Kurulu'na gönderilen bazı dosya örnekleri değerlendirme şeklimizi aktarabilmek amacıyla aşağıda sunulmuştur:

OLGU 1:

Kişinin testinin HIV(+) çıkması sonucu intihar ettiğinin iddia edildiği, davalı idarenin (Sağlık Bakanlığı) hizmet kusuru bulunup bulunmadığı sorulmaktadır.

Kişinin yakınlarının avukatının 11.06.2004 tarihinde Kayseri İdare Mahkemesine verdikleri dilekçelerinde; müteveffanın Devlet Hastanesinde 7.1.2004'de yaptırdığı test sonucunda anti-HIV (+) çıktığının belirtilmesi üzerine intihar ettiği, ölüm sonrası yapılan testlerde anti-HIV negatif çıktığı, kişinin yanlış teşhis sonucunun ailelerini basına yansıyacak şekilde AIDS'li aile konumuna getirdiği, davalı idare olan Sağlık Bakanlığının hizmet kusuru olduğunu ifade ettikleri,

..... Devlet Hastanesinde laboratuvar teknisyeni olarak görev yapan'nın 12.1.2004 tarihli ifadesinde; 7.1.2004'de saat 16.00 sıralarında kendisini daha önceden tanıdığı'nın geldiğini, AIDS'ten şüphesi olduğunu ve tahlil yaptırmak istediğini söylediğini, HIV test kartı ile testi yaptığını, sonucun pozitif olduğunu, bu sonucu kimseye söylemeyeceğini, ona doktora görünmesi gerektiğini, testte yanılma payı olabileceğini, mutlaka .. Fakülte Hastanesinde gelişmiş laboratuvarlarda tekrar tahlil yaptırması gerektiğini söylediğini, kendisinin de kabul ettiğini, bir gün sonra sabah nöbetçi doktor'a giderek test kartını gösterdiğini, onun da sonucun pozitif olduğunu söylediğini, hastanın mutlaka kendisi ile görüşmesini istediğini,'yu arayarak durumu ilettiğini ve mutlaka tekrar test için Fakülte Hastanesi'ne gitmesi gerektiğini söylediğini, onun da doktorla görüşmesine gerek olmadığını, ama test için gideceğini belirttiğini, daha sonra kişinin babası ve kardeşinin kendisini aradığını, onlara anti-HBs pozitif olduğunu söylediğini, HIV pozitifliğini iletmediğini, testi şahsın kendisine direkt müracaat ettiği için yaptığını, daha sonra kartı tıbbi atıklarla birlikte yakarak imha ettiklerini ifade ettiği,

Dr.....'un 12.1.2004 tarihli ifadesinde; 8.1.2004'de laborant'nın hastanın test kartını kendisine gösterdiğini, o esnada yanında ebe'ın da olduğunu, test sonucunun pozitif olduğunu, hastanın kendisi ile irtibat kurmasını, testin yanlış çıkabilme durumu olabileceğini ve fakülteye göndermek gerektiğini, hastanın görüşmeye gelmediğini, hastane başhekimliğine bilgi vereceğini, şahsın 9.1.2004 'de ateşli silah yaralanması ile geldiğini, geldiğinde ölüm olduğunu, ancak yine de gerekli müdahaleleri yaptığını ifade ettiği,

Ebe'ın 12.1.2004 tarihli ifadesinden 8.1.2004'de Dr.....'un yanında iken laboratuvar teknisyeni'nın anti-HIV test kartı ile geldiğini, kartı gösterdiğini, doktorun sonucun pozitif olduğunu söylediği, hastanın mutlaka kendisi veya başka doktorlarla görüşmesi gerektiğini, daha gelişmiş laboratuvarlarda tekrar tahlil yaptırması gerektiğini söylediğini ifade ettiği,

Tıbbi belgeler incelendiğinde,..... Devlet Hastanesinde anti-HIV testinde kullanılan test kiti protokolünün Clinotech Diagnostics olduğu,

..... Kan Merkezi serolojik testler kayıt defterinde 24.5.2003'de'nın test sonuçlarının HBsAg, HIV, HCV, VDRL negatif olduğu,

..... Devlet Hastanesi laboratuvar protokol defterinin fotokopisinde 7.1.2004'de kişinin kanda HBsAb (+), HBsAg (-), HIV (+) olduğu,

..... Devlet Hastanesi acil defterinin fotokopisinde, 9.1.2004'de kişinin ex duhul olarak geldiği,.....Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin seroloji-2 laboratuvarının 9.1.2004 tarihli postmortem alınan kanla ilgili raporunda anti-HIV negatif olduğu, bir merkeze daha gönderildiği,..... Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin mikrobiyoloji laboratuvarının 12.1.2004 tarihli raporunda anti-HIV negatif olduğu kayıtlıdır.

Kurulumuzca dosyanın incelenmesi sonucunda,'ya Devlet Hastanesinde 7.1.2004 tarihinde Clinotech Diagnostic HIV kartı ile test yapıldığı, bu testin yalancı pozitif ya da yalancı negatif çıkabileceği, literatürde bu teste ait duyarlılık araştırması olmadığı, üretici firmanın sitesinde de bilgi bulunmadığı, bu tip testlerin duyarlılığının % 100 olmadığı göz önüne alındığında, hastanın ileri tetkik için Üniversitesi Hastanesine yönlendirildiği kabul edildiği takdirde davalı idare Sağlık Bakanlığı'nın hatalı bir davranışının olmayacağı mahkemeye bildirilmiştir. Adli soruşturma ile bu konuyu aydınlatmak mahkemenin görevidir.

OLGU 2:

Söz konusu komplikasyonların oluşmasının şahsın kendisinde var olan bir nedenle veya yanlış tedavi, hastane ortamının yeterince steril olup-olmamasından veya başka bir nedenle olup-olmadığı, hastane çalışanlarının ihmal ve kusurunun olup-olmadığı sorulmaktadır.

Ölenin ağabeyinin ifadesinde; "22.03.2004 günü saat 22.00 sıralarında ölen kardeşi'ün kendi kendine sinirlenerek eşinin yemek yapmak için et doğradığı ekmek bıçağını alarak kendi karnının sağ boşluğuna sapladığı, oğlu ile eşinin'ın üzerine atlayarak elinden bıçağı aldıkları, saat 22.30 sıralarında Özel ... Hastanesine geldiği, Saat 24.00 sıralarında ameliyattan çıktığı, hastaya serum taktıkları, 23.3.2004 günü saat 09.00 sıralarında hastaneye gittiği, ...'ın durumunun iyi olduğu, 24.3.2004 günü saat 10.00 sıralarında hastaneye gittiği, kendine gelmiş ve konuştuğu, doktorun kardeşinin gazlı olduğunu ve onu gezdirmelerini söylediği, bunun üzerine'ın yanına çıkarak odanın dışında koridorda biraz gezdirdiği, soğuk soğuk terlemeye başladığı için tekrar doktorun yanına giderek'ın soğuk soğuk terlediğini söylediği, doktorun normal olduğunu, camları açmamaları gerektiğini söylediği ve saat 17.45 sıralarında karnının iyice şişmeye başladığı, doktorun saat 18.00 sıralarında kontrol edeceğini söylediği, saat 19.15'e kadar gelmeyince yengesiyle doktorun yanına gittikleri, durumu anlatınca hemen odadaki hademeyi çağırdığı, 25.3.2004 günü sabahı fenalaşmaya başladığı, doktorun hemen röntgene aldığı, Hastanesi'ne sevk ettikleri, orada yoğun bakımda yer olmadığı gerekçesiyle ...'ı kabul etmedikleri,

gazlı gangren olduğunu, hastanede mikrobun tam olarak temizlenemediğini söyleyerek Özel Hastanesi'ne gönderdiği, hemen yoğun bakıma aldıkları, doktorun gerekli müdahaleleri yaptıktan sonra doktorla görüştüğünde yaşamamasının mucize olduğunu ve Özel Hastanesi'nin görevli doktorunun ihmalden kaynaklandığını 26.3.2004 günü saat 05.00 sıralarında kardeşinin vefat ettiğini" söylediği,

Kişi hakkında düzenlenmiş tıbbi belgeler incelendiğinde: Özel Hastanesi'nin 22.3.2004 tarihli raporunda; saat 22.05 sıralarında kesici-delici alet yaralanması nedeniyle acil olarak müraacaat ettirildiği, TA:120/70 mmHg, nabız:78/dk olarak bulunduğu, göbek sol alt tarafta (3 cm sağında) 3 cm'lik kesici-delici alet yarası tespit edildiği, lokal anestezi altında yara eksplorasyonunda batına nafiz olduğu görülerek acil ameliyata alındığı, omentum üzerinde iki yerde kanayan odakların olduğu görüldüğü, ligasyon yapıldığı, kesici-delici alet yarasının karın adalesindeki ve peritonda meydana getirdiği yarının sütüre edildiği, batının hemostaz kontrolünü müteakip anatomisine uygun olarak kapatıldığı,

Hasta takip evrakında; 22.03.2004 tarihli post op saat 24.00 ile sabat 8.00 arasında 140/60-120/60 mmHg, nabız:84-88/dk arasında olduğu, saat 12.00 ile saat 06.00 arasında TA:120/70-110/70 mmHg, nabız 80-84/dk arasında, ateş:37°C-37.2°C arasında olduğu, 1-dekstroz % 5 1000 cc, 2-sefamisin flk 1x1(1 g IV), 3-novalgin amp. İM, 4-dobutamin amp 50 mg uygulandığı, 23.03.2004 tarihinde genel durumu iyi, batın yumuşak, saat 02.30 sıralarında dispne, terleme gibi şikayetleri ortaya çıktığı, gerekli tedavisi yapıldığı, 24.03.2004 tarihinde batında distansiyon olduğu, lavman yapıldığı, gaz-gaita çıkışı olduğu, aynı tedaviye devam edildiği, 25.03.2004 tarihinde saat 03.00 sıralarında dispne, terleme olduğu, saat 8 sıralarında akciğer grafisi çekildiği, dahiliye konsültasyonu yapıldığı, muayenede cilt-cilt altı krepitasyon, toraks ön duvarında yaygın olarak tespit edildiği, gazlı gangren düşünülerek Hastanesi İntaniye Kliniği ile görüşüldüğü, önerilen tedavinin (penisilin kristalize 7000000 U+sefamezin 3x1 g) yapıldığı, ambulansla sevk edildiği,

.... Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 25.3.2004 tarihli klinik müşahade kartında; (saat 15.25 ?) genel durum kötü (gazlı gangren), şuur açık, koopere, SS 40/dk, spontan solunumu olduğu, akciğer sesleri dinlemekle derinden geldiği, periferik siyanoz, TA:80/? mmHg, nabız:75/dk, ciltaltında toraksta ön kısımda amfizemi olduğu, pH:7.25, pCO₂:26, pO₂:59, HCO₃:11.4 saptandığı, yoğun bakım takibinin uygun olduğu, ancak hastanede yoğun bakımda yer bulunmadığı,Ataköy Hastanesi'nin 25.3.2004 giriş, 26.3.2004 çıkış tarihli hastane evrakı ve epikrizinde, gazlı gangren tanısı konan hastaya yoğun bakım endikasyonu konarak 25.3.2004 saat 16.00'da yoğun bakım ünitesine yatırıldığı, şuur açık, koopere, uykuya meyilli, KTA:130 dk., TA:110/60 mmHg, spontan solunumu mevcut, yeterli, SPO₂:90, sıvı replasman

yapıldığı, penisilin tedavisi başlandığı, saat 21.00'de SPO₂'si 80'e düştüğü, ciltaltı amfizemi çene altına kadar ilerlediği, kürarize edilerek entübe edildiği, PCV modunda ventilatöre bağlandığı, hipotansiyonu geliştiği, 26.3.2004 saat 02.00'de idrar çıkışı yok, Lasix'e cevap alınmadığı, hipotansiyonu geliştiği, TA:70/30 mmHg, sıvı replasmanı yapıldığı, cevap alınmadığı, saat 05.00'de asistoli geliştiği, CPR uygulandığı, cevap alınmadığı, 05.00'de eksitus kabul edildiği,

Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi'nin 27.3.2004 tarihinde yapılmış otopsisine ait 04.06.2004 tarih, 17537 sayılı otopsi raporunda, ...batın boşluğundan 2700 cc pürülan sıvı boşaltıldığı, omentumda tek sütür görüldüğü, tüm batın içi organlarda ileri derecede yapışıklık izlendiği, omentumdaki sütür dışında batın içi organlarda herhangi bir kesici delici alet yarası görülmediği, tüm batın içi organ yüzeylerinin fibrin örtüsü ile kaplı olduğunun görüldüğü, sürüntü örneği alındığı, Biyoloji İhtisas Dairesi'nin 8.4.2004 tarih ve 210/17537/577 sayılı raporunda; sürüntü örneğinin yapılan mikrobiyolojik incelenmesinde ekimi yapılan özel besiyerlerinde *Clostridium perfringens*, *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., ve *Candida* spp. tespit edildiği, histopatolojik incelemede, ince barsakta aktif kronik peritonit, kalın barsakta fibrinli peritonit, omentumda irinli fibrinli iltihap, taze kanama tespit edildiği, sonuç olarak; kişinin ölümünün kesici delici alet yaralanmasına bağlı iç organ delinmesinden gelişen komplikasyonlar sonucu meydana gelmiş olduğu,

1.Adli Tıp İhtisas Kurulu'nun 12.01.2005 tarih ve 115 sayılı kararında; kişide saptanan kesici-delici alet yaralanmasının batına nazif olmakla birlikte iç organ yaralanması oluşturmadığı, ancak mikrobiyolojik incelemesinde kişide bakteri üremesi ve klinik bulgularına göre hızlı gelişen bir infeksiyon hastalığı (gazlı gangren) saptandığı göz önüne alındığında kişinin ölümünün kesici-delici alet yaralanmasına bağlı gelişen gazlı gangren ve komplikasyonlarından ileri geldiği kayıtlıdır.

3.Adli Tıp İhtisas Kurulu'nca dosya değerlendirildiğinde; Gazlı gangrene tedavinin uygun cerrahi debridman, uygun antibiyotik tedavisi ile birlikte (penisilin+klindamisin) hiperbarik oksijen olduğu, acil tedavinin esas olduğu, tedavide gecikmenin mortaliteyi (ölüm oranını) artırdığı, şok gelişmiş olanlarda bu oranın % 40'a kadar yükseldiği, ancak uygun tedaviyle gazlı gangrene bağlı ölüm oranının % 20-25'lere düştüğü, tedavisiz olgularda mortalitenin % 100 olduğu bilindiğinden, kişinin ameliyatını ve ilk takibini yapan Özel ... Hastanesi'ndeki hekimlerin tanı ve tedavide gecikmiş oldukları bildirilmiştir.

OLGU 3:

.....'ün sakat kalmasında davalı idare çalışanlarının herhangi bir hizmet kusuru olup olmadığının tespiti istenmiştir.

Davacının İdare Mahkemesi Başkanlığı'na vermiş

olduğu dilekçede, Üniversitesi Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı'nda 16.5.2003 günü sağ gözüne katarakt tanısıyla fakoemülsifikasyon ile katarakt ekstraksiyonu ve foldable intraoküler lens implantasyonu ameliyatı yapıldığı, ön kamara irrigasyonu ameliyatı yapıldıktan sonra hastanın durumunun kötüleşmesi üzerine yapılan tedavi ve araştırmalar neticesinde hastaya *Pseudomonas aeruginosa* isimli mikrobun ameliyat esnasında bulaştığının tespit edildiği, bunun üzerine göz kliniği ve ameliyathanenin karantina altına alındığı, o gün ameliyat edilen 5 hastanın 4'ünde aynı mikrobun görüldüğü, sonradan yapılan tespitlerde bu mikrobun ameliyathanede bulunan fako cihazından bulaştığının öğrenildiği,'ün daha sonra Gazi Hastanesinde uzun süre tedavi görmesine rağmen gözünü kaybettiği, ağır bir hizmet kusurunun işlendiği, Üniversitesi Rektörlüğünün İdare Mahkemesi Başkanlığı'na vermiş oldukları dilekçede, katarakt ameliyatlarında % 0.5-0.7 oranında infeksiyon en gelişmiş batı ülkelerinde dahi bildirilen oran olduğu, hastada mevcut olan romatoid artrit hastalığında kullanılan çeşitli ilaçlara bağlı oluşan immün sistem zayıflığının da endoftalmi tablosunu ağırlaştırabileceğini düşündükleri,

..... 13.5.2003 giriş ve 29.5.2003 çıkış tarihi kayıtlı epikrizinde; "13.05.2003 tarihinde sağ göz katarakt tanısıyla kliniğimize yatırılan hastaya 16.05.2003 tarihinde fakoemülsifikasyon ile katarakt ekstraksiyonu ve foldable intraoküler lens implantasyonu yapıldı. Operasyon sonunda SC genta-dekort ve İM seftriakson 1 g yapıldı. Postoperatif 1.günde reaksiyonu başlayan hastaya SC genta-dekort, sistemik seftriakson, genta başlandı. Aynı gün reaksiyonun artması ve clear korneal kesiden reaksiyone membranların dışarı çıkması nedeniyle reaksiyonel membranlar kısmen temizlenerek kesi yeri ve side port sütüre edildi. Alınan materyallerde Gram negatif mikroorganizmalar görülmesi üzerine intravitreal amikasin+vankomisin+steroid önerilen klasik dozlarda yapıldı. Bu arada subkonjonktival amikasin, sistemik vankomisin+amikasin ve oral siproflaksasin başlandı. Kültürlerde *Pseudomonas* üremesi üzerine duyarlı olduğu siproflaksasin (Cipro 400 mg 2x1)+imipenem (Tianam 500 mg 4x1) sistemik amikasin SC olarak tedavi düzenlendi. Ön segment reaksiyonel membranların kısmen azalmaya başlaması, arkadaki vitredeki reaksiyonların çok yoğun olmaması, PP(+), EHS(+) seviyesindeki vizyon azalmasının pupiller alanı kaplayan membranlara bağlı olabileceği, ön segmentteki korneal melting, ödem ve patolojilerinin efektif bir vitreoretinal cerrahi için uygun olmadığı gibi hastanın nakli sırasında tedavinin aksayacağı ve tablonun daha da ağırlaşacağı düşünülerek tedaviye devam edildi. 23.05.2003 tarihinde hastaların kliniklerinde ağırlaşma olması üzerine (ön kamaradaki hipopionda artma vs) imipeneme direnç geliştirebileceği düşünülerek piperasilin+tazobaktam (Tazocin) ile değiştirildiği, siproflaksasin İV, amikasin SC devam edildi. Klinik olarak

ön kamaradaki reaksiyonların, korneal ödemin azalması, kısmen periferde irisin seçilebilmesi, yara yerindeki infeksiyon tablosunun kontrol altına alınması üzerine, ancak bu arada arkadaki vitredeki yoğunluğun artması nedeniyle vitrektomi için sevkinin uygun olacağı düşünüldü" yazılı olduğu, Üniversitesinin.....hakkında düzenlenmiş bilgi kağıdında; "Sağ gözde postoperatif endoftalmi tanısı alan hastanın geldiğinde görmesi P+P+ seviyesinde idi. Komeada diskoid infiltrasyon, ödem ve erime (özellikle insizyon noktalarında) mevcuttu, TO sınırda hipoton idi, USG'de retinası yatışık, yoğun vitreus kondansasyonu mevcuttu. Korneal erime nedeniyle PPK ve kombine vitrektomi bu aşamada grefin tutmayacağından uygun görülmedi. Antibiyogramı dikkate alınarak 3 gün arayla 2 kez intravitreal tap ve amikasin 0.1 cc uygulandı. Üstteki 10/0 sütürleri alındı ve sıkı kapama önerildi. Hasta klinik olarak daha da rahatladı. Ağrısı tamamen kesildi. Korneası skarlaşınca PPK+PPV uygun görüldü. Exocin ve genta damla saat başı dönüşümlü, Spersadex 5.1, Sikloplejin 3x1, Thiocilline oft pom 2x1 önerildi. Romatoid artriti açısından Romatoloji bölümünce ek önerilerde bulunduğu ve derin anemisi nedeniyle hematoloji bölümünce takibi önerildi" yazılı olduğu kayıtlıdır.

25.5.2005 tarihinde 3.Adli Tıp İhtisas Kurulu'nda yapılan muayenesinde, sağ gözde fitizis, tam görme kaybı olduğu tespit edilerek kişiye konulan teşhis ve uygulanan tedavinin tıp bilimine uygun olduğu, kişinin ameliyatından hemen sonra gelişen şiddetli infeksiyonun, aynı gün ameliyat olan başka hastalarda da görülmesinin bu infeksiyonun ameliyat ortamında gerçekleşen bir bulaşma sonucu meydana gelmiş olduğunu gösterdiği, ameliyat sırasında gerekli olan antisepsi şartlarının gerçekleştirilmemesi nedeniyle hizmet veren sağlık kuruluşunun özen eksikliğinin bulunduğu bildirilmiştir.

Hastane infeksiyonları ile ilgili şikayetler gün geçtikçe artmaktadır. 11 Ağustos 2005 gün ve 25903 sayılı Resmî Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği, yataklı tedavi kurumlarında sağlık hizmetleri ile ilişkili olarak gelişen infeksiyon hastalıklarını önlemek ve kontrol altına almak, konu ile ilgili sorunları tespit etmek, çözümüne yönelik faaliyetleri düzenleyip yürütmek ve yataklı tedavi kurumları düzeyinde alınması gereken kararları gerekli mercilere iletmek üzere, infeksiyon kontrol komitesi teşkili ile bu komitenin çalışma şekline, görev, yetki ve sorumluluklarına ilişkin usûl ve esasları düzenlemek amacıyla hazırlanmıştır⁽¹⁰⁾. Bu yönetmelik hükümlerine göre hastanelerde kurulacak infeksiyon kontrol komiteleri, a) Sürveyans ve kayıt, b) Antibiyotik kullanımının kontrolü, c) Dezenfeksiyon, antisepsi, sterilizasyon, d) Sağlık çalışanlarının meslek infeksiyonları, e) Hastane temizliği, çamaşırhane, mutfak, atık yönetimi gibi destek hizmetlerinin hastane infeksiyonları yönünden

kontrolünü sağlayacaklardır. Hastanelerin bu yönetmelik hükümlerine göre infeksiyon kontrol komitelerini oluşturmaları ve düzenli çalışmalarını sağlamaları hastane infeksiyonlarının azaltılabilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Tıbbi uygulama hatalarını azaltabilmek için alınabilecek diğer önlemler de şöyle sıralanabilir:

- ✓ Tıp eğitimi sisteminin değiştirilmesi,
- ✓ Mezuniyet sonrası sürekli eğitim programlarının olması,
- ✓ Kayıtların çok düzenli olarak tutulması ve saklanması,
- ✓ Yapılan her işlemin hastaya detaylı olarak anlatılması,
- ✓ Ortaya çıkabilecek komplikasyonlar konusunda uyarılması ve onamının alınması,
- ✓ Hastaya anlatılanların kayda geçirilmesi,
- ✓ Uzmanlık derneklerinin öncelikle kendi uzmanlarının görev alanlarını belirlemeleri,
- ✓ Yapılacak olan işlemler hakkında hastaları aydınlatıcı formlar hazırlamaları ve bu formların Türkiye geneline dağıtılarak tüm hastanelerde kullanımın sağlanması,
- ✓ Onamı alınması gereken hastanın bu formu okuyup imzalaması ve formun hekimce saklanması gereklidir.

Kayıtların düzgün tutulması, tıbbî belgelerin ve grafilerin düzgün arşivlenmesinin hekimin en büyük sigortası olduğu akıldan çıkartılmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Adli Tıp Kurumu Kanunu :<http://www.atk.gov.tr>
2. Alver C: İdari Yargılama Usulü Kanunu, Üçüncü baskı, s.45, Şafak Matbaacılık, Ankara (1993).
3. Armağan T: İdarenin Sorumluluğu ve Tam Yargı Davaları, s.25, Seçkin Kitabevi, Ankara (1997).
4. Birgen N, Mahmutoğlu FS, İçmeli ÖS, Anolay NN, Kaptanoğlu K: Tıbbî uygulama hatalarını değerlendirmede karşılaşılan yasal sorunlar, 11.Ulusal Adli Tıp Günleri, Poster kitabı, s.303-6, Adli Tıp Kurumu Yayınları, İstanbul (2004).
5. Çilingiroğlu C: Tıbbi Müdahaleye Rıza, s.16, 52, 72, Filiz Kitapevi, İstanbul (1993).
6. İçel K, Ünver Y: Tıp ve Ceza Hukuku, s.27, Seçkin Yayıncılık, Ankara (2004).
7. Koç S, Yorulmaz C: Hekimin yasal sorumlulukları, "Sosyal Z, Çakalır C (editör): Adli Tıp, Cilt 1" kitabında s.45-61, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Yayınları, İstanbul (1999).
8. Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi: http://www.ttb.org.tr/TDD_109/23.php 3
9. Öztürk İ: Türk Ceza Kanunu Gazi Şerhi, s.305-7, Seçkin Yayıncılık, Ankara (2005).
10. Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği: <http://www.ttb.org.tr/mevzuat/modules.php?name=News&file=article&sid=362>

