

Ölümlerle Sonuçlanan Tıbbi Uygulama Hatalarına Yaklaşımında Adli Otopsinin Rolü

The Role of Legal Autopsy in the Investigation of Death Cases Due to Medical Malpractice

Dr. Işıl PAKIŞ^a
Dr. Nesime YAYCI^b
Dr. Mustafa KARAPIRLİ^b
Dr. Oğuz POLAT^b

^aAdli Tıp Kurumu, Adalet Bakanlığı
^bAdli Tıp ABD, Marmara Üniversitesi
Tıp Fakültesi, İSTANBUL

Geliş Tarihi/Received: 21.02.2007
Kabul Tarihi/Accepted: 07.05.2007

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Işıl PAKIŞ
Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu
Yenibosna, İSTANBUL
isilpakis@yahoo.com

ÖZET Amaç: Gelişen teknoloji ve bilimsel ilerlemeler doğrultusunda tıbbi uygulamalarda gelişmeler olmasına rağmen, son yıllarda tıbbi uygulama hatası iddialarında belirgin artış izlenmektedir. **Gereç ve Yöntemler:** Çalışmada Adli Tıp Kurumu'nda tıbbi uygulama hatası iddiası ile incelenen, ölümlerle sonuçlanan olgular değerlendirilmiştir. **Bulgular:** 2001-2005 yılları arasında Adli Tıp Kurumu 1. ve 3. İhtisas Dairesi'nde değerlendirilen tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan ve ölümlerle ya da ölü doğumla sonuçlanan olgu sayısı 525 olarak bulunmuştur. Olguların 303'ü erkek, 215'i kadın olup, 7 olguda cinsiyet belirtilmemiştir. Olgular sorumlu tutulan klinik birimlere göre değerlendirildiğinde; en büyük grubu acil birimine başvuran olgular (%28) oluşturmaktadır. Hastanede kalış süreleri göz önüne alındığında en büyük grubu 0-24 saat arası tedavi gören olgular (%51.6) oluşturmaktadır. Olguların %92 (482 olgu)'sinde tıbbi uygulama hatası kararı verilmiş, %8 (43 olgu)'inde 43 olguda (%8) ise karar verilememiştir. Otopsinin tıbbi uygulama hatalarına karar vermeye etkisini araştırmak amacı ile otopsi yapılmış olgularda; otopsi tanısı ile klinik tanı arasındaki uyum araştırılmıştır. Klinik tarafından en sık tanı hatası saptanan hastalıklar; aort anevrizma rüptürü, miyokard infarktüsü ve pnömöni olarak bulunmuştur. Tıbbi uygulama hatası kararının sonucu ile otopside majör değişiklik saptanması arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, otopside majör tanı değişikliği saptanan grupta, başlıca değişiklik saptanmayan gruba göre anlamlı yüksek olarak tıbbi uygulama hatası varlığı yönünde karar verilmiştir. **Sonuç:** Sonuç olarak, otopsi tıbbi uygulama hatası iddiası olan olgularda karar aşamasında etkin bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi uygulama hatası; otopsi; adli tıp

ABSTRACT Objective: Technological and scientific developments resulted in significant improvements in medical practice; however, medical malpractice claims increased as well in recent years. **Material and Methods:** Cases of death referred to the Council of Forensic Medicine with the claim of medical malpractice are included in this study. **Results:** The number of related medical malpractice cases investigated in the 1st and 3rd Boards of the Council between the years 2001-2005 was 525. Of these, 303 were males and 215 were females and in 7 cases the gender was not identified. Considering the responsible clinical units, the majority of the cases were from the emergency unit (28%). Taking the duration of hospitalization into account, the largest group was the group hospitalized for 0-24 hours (51.6%). The ultimate decision was medical malpractice in 92% of the cases, whereas 43 cases (8%) remained inconclusive for various reasons. Concordance between clinical diagnosis and autopsy findings was investigated in order to evaluate the impact of autopsy in the investigation of medical malpractice cases. The most common conditions that resulted with misdiagnosis were aortic aneurysm rupture, myocardial infarct, and pneumonia. Considering the relationship between medical malpractice adjudication and major discrepancies determined at autopsy, conclusion of medical malpractice was significantly higher in the group showing major discrepancies. **Conclusion:** In conclusion, autopsy is an effective tool in the investigation of cases with the claim of medical malpractice.

Key Words: Malpractice; autopsy; forensic medicine

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008, 28:30-39

Ölümlerle sonuçlanan olgularda tıbbi uygulama hatalarının değerlendirilmesinde, otopsinin önemli bir yeri vardır. Tıbbi uygulama hatası iddiası durumunda, hata varlığı veya yokluğunun saptanması ve

iddiaların kanıtlanmasında değer taşır. Otopsiyle ölümün bir teşhis veya tedavi hatasından mı, yoksa önceden var olan bir hastalıktan mı kaynaklandığı ortaya çıkarılabilir.¹

Otopsi yapılmadan gömülen olgularda, kesin ölüm nedeninin belirlenmesi ve tıbbi uygulama hatası olup olmadığına karar verilmesi ancak klinik bulgulara dayanılarak yapılmaktadır. Bu durum ise işi zorlaştırmaktadır. Hatta bazı yazarlar özellikle tıbbi uygulama hatası iddiası ameliyat sonrası dönemde oluşmuşsa, davacıların genellikle tıbbi kayıtların yetersiz ya da güvenilir olmaktan uzak olduğu kuşkusunda olabileceklerini vurgulamışlardır. Bu durumda otopsinin kesin ölüm nedenini vereceği gibi, bir hata olup olmadığını da ortaya koyacağını savunmuşlardır.²

Otopsi sonuçlarının tıbbi uygulama hatası davalarında sonucu nasıl etkilediğini araştıran çalışmalar bulunmaktadır. Bove ve ark. 1970-2000 yılları arasında tıbbi uygulama hatası iddiası olan 99 olguyu incelemişlerdir. Tüm otopsi raporları klinik bulgular, klinik tanı ve otopsi tanıları açısından değerlendirilmiştir. Bu çalışmada otopsi standart alınarak klinik tanının doğruluğu ile tıbbi uygulama hatası kararı verilmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Otopsi tanısı ile klinik tanı arasında majör uyumsuzluk olan olgularda bile sanık hekim genellikle beraat etmiştir. Hekimlerin kusurlu bulunduğu olgularda da majör uyumsuzluk genellikle yoktur. %20 olguda otopsi bulguları sanık hekime yardımcı olmuştur. Bu çalışma, tıbbi uygulama hatası kararının tanı yanlışlığından çok standart bakım kriterlerinden sapma temeline dayandığını ortaya çıkarmıştır.^{3,4}

Klinik tanı hatalarının tıbbi uygulama hataları davalarını nasıl etkilediğine baktığımızda, tıbbi uygulama hatalarının esas olarak standart bakım kriterlerinden sapma olduğunu belirtmek gerekir. Kişinin tedavisi süresince tanı konulmamış olabilir ancak bu sürede standart bakım kriterleri de usulüne uygun bir şekilde yerine getirilmiş ve kişide bu eylemlere bağlı zarar oluşmamış olabilir. Bu nedenle tıbbi uygulama hataları ile ilgili otopside adli tıp uzmanının görevi çok iyi bir anamnez ve ön bilgi edinme ile sonradan sorulabilecek soruları da he-

saplamak ve otopsiyi buna göre yönlendirmektir.

Bu çalışmada ülkemizde tıbbi uygulama hatası iddiası olan olgularda yapılan değerlendirmeler, otopside tanı değişikliği zemininde incelenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmada, 2001-2005 yılları arasında Adli Tıp Kurumu 1. ve 3. İhtisas Kurulları'na ait tüm dosyalar incelenerek bunlardan tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan ve ölümle sonuçlanan 525 olgu çalışmaya kapsamına alındı.

Olgulara ait; yaş, cins, sağlık birimleri, yatış süreleri, izlendikleri klinik birimler, klinik tanıları, otopsi tanıları, 1. ve 3. İhtisas Kurulları kararları, tıbbi uygulama hatası kararı verilen olgularda uzmanlık dalı ve hata oranı açısından elde edilen veriler değerlendirildi.

Tüm olgularda otopsi yapıp yapılmadığı değerlendirildi. Otopsi yapılan olgularda otopsi tanıları ile klinik tanı arasındaki ilişki 4 grupta değerlendirildi.

Grup 1: Klinik tanısı olan ve otopsi ile bu tanı doğrulanan olgular,

Grup 2: Klinik tanı ile otopsi tanısı farklı olan olgular,

Grup 3: Klinik tanısı olmayan ve otopsi ile tanı konulan olgular,

Grup 4: Hem klinik tanısı olmayan hem de otopsi ile de tanı konulamayan olgular.

Klinik tanının otopsi ile değiştiği ve klinik tanısı olmayıp otopsi ile tanı konulan olgular otopside majör değişiklik saptanan olgular olarak kabul edildi (Grup 2 ve 3). Klinik tanı ile otopsi tanısı uyumlu olan olgularla, otopsi ile tanı konulamayan ve klinik tanısı da bulunmayan olgular otopside majör değişiklik saptanmayan olgular olarak alındı (Grup 1 ve 4). Otopside majör tanı değişikliği saptanan olgular ile majör tanı değişikliği saptanmayan olgular yıl, yaş grupları, sağlık birimlerindeki yatış süreleri, adli tıp kurumunda verilen tıbbi uygulama hatası kararları açısından karşılaştırıldı.

Verilerin analizi ki kare testi kullanılarak yapıldı. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ kabul edildi.

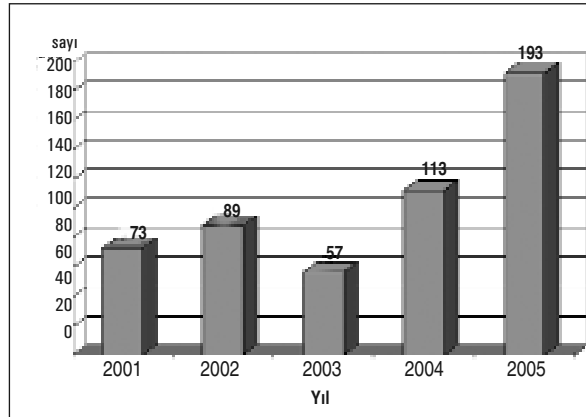
BULGULAR

2001-2005 yılları arasında Adli Tıp Kurumunda değerlendirilen tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan ve ölümlü sonuçlanan olgu sayısı 525'tir. Olguların 303 (%57.7)'ü erkek, 215 (%41)'i kadın olup, 7 olguda (%1.3) cinsiyet belirtilmemiştir.

Olguların yıllara göre dağılımı Grafik 1'de görülmektedir.

Olguların yaşları 0 ile 90 yaş arasında olup, ortalama yaş 26.8'dir. Yaş gruplarında; en büyük grubu (%15.4) perinatal ölüm grubu oluşturmaktadır. İkinci büyük grup ise (%15) 31-40 yaş arası olgulardır (Tablo 1).

Devlet hastanelerinin sorumlu tutulan sağlık birimleri arasında %62'lik oranla ilk sırada olduğu görülmektedir (Tablo 2).



GRAFİK 1: Olguların yıllara göre dağılımı.

TABLE 1: Olguların yaş gruplarına göre dağılımı.

	Olgu Sayısı	%
Perinatal ölüm	81	15.4
8 gün-12 ay	38	7.3
1-10 yaş	70	13.3
11-20 yaş	44	8.4
21-30 yaş	61	11.6
31-40 yaş	79	15.0
41-50 yaş	55	10.5
51-60 yaş	45	8.6
61-70 yaş	29	5.5
71 yaş ve üzeri	23	4.4
Toplam	525	100

TABLE 2: Olguların sorumlu tutulan sağlık birimlerine göre değerlendirilmesi.

	Olgu Sayısı	%
Devlet hastanesi	325	62
Özel hastane	120	22.8
Üniversite hastanesi	51	9.7
Sağlık ocağı	12	2.3
Askeri hastane	15	2.8
Bilinmeyen	2	0.4
Toplam	525	100

TABLE 3: Olguların sorumlu tutulduğu klinik birimlere göre dağılımı.

	Olgu Sayısı	%
Acil	147	28.0
Kadın hastalıkları ve doğum	118	22.5
Genel cerrahi	64	12.2
Çocuk hastalıkları	44	8.4
Beyin cerrahisi	36	6.9
Ortopedi	25	4.8
Yoğun bakım	19	3.6
Dahiliye	18	3.4
Kalp damar cerrahisi	12	2.3
Kulak burun boğaz hastalıkları	6	1.1
Göğüs cerrahisi	6	1.1
Üroloji	5	1.0
Göğüs hastalıkları	5	1.0
Nöroloji	4	0.8
Enfeksiyon hastalıkları	4	0.8
Kardioloji	3	0.6
Çocuk cerrahisi	2	0.4
Psikiyatri	2	0.4
Plastik cerrahi	1	0.2
Bilinmeyen	4	0.8
Toplam	525	100

Hakkında iddia bulunan klinik birimlerden acil birimine başvuru burada tedavi gören olgu sayısı 147 (%28), kadın hastalıkları ve doğum servisi adına tedavi gören olgu sayısı 118 (%22.5), genel cerrahi servisi adına tedavi gören olgu sayısı 64 (%12.2)'tür (Tablo 3).

Olguların yatış süreleri değerlendirildiğinde; en büyük grubu 0-24 saat arası tedavi gören olgular (%51.6) oluşturmaktadır. Olguların sağlık birimlerinde yatış süreleri Tablo 4'te görülmektedir.

Toplam 525 olgunun %71 (375 olgu)'ünde otopsi yapılmış, %29 (150 olgu)'unda ise otopsi yapılmamıştır.

TABLO 4: Olguların sağlık birimlerinde yatış süreleri.

	Olgu Sayısı	%
İlk 24 saat	271	51.6
2-7 gün	127	24.2
8-20 gün	80	15.2
21 gün ve üzeri	40	7.6
Bilinmeyen	7	1.3
Toplam	525	100

TABLO 5: Tıbbi uygulama hatası kararı verilen kişilerin görev alanlarına göre dağılımı.

	Olgu Sayısı (n: 167)	%
Hekimler	161	96.4
Ebe	12	7.2
Hemşire	3	1.8
Hastane yönetimi	4	2.4
Eczacı	2	1.2
Biyolog	1	0.6

TABLO 6: Tıbbi uygulama hatası saptanan hekimlerin klinik birimlerine göre dağılımı.

	Olgu Sayısı (n: 167)	%
Kadın doğum uzmanı	37	22.2
Genel cerrahi uzmanı	29	17.4
Pratisyen hekim	28	16.7
Çocuk hastalıkları uzmanı	17	10.2
İç hastalıkları uzmanı	12	7.2
Beyin cerrahisi uzmanı	11	6.6
Anestezi uzmanı	7	4.2
Kalp damar cerrahisi uzmanı	7	4.2
Ortopedi uzmanı	4	2.4
Kardiyoloji uzmanı	3	1.8
Enfeksiyon hastalıkları uzmanı	2	1.2
KBB uzmanı	2	1.2
Üroloji uzmanı	2	1.2

Adli Tıp Kurumu'nda verilen rapor sonuçlarına göre: Olguların %92 (482 olgu)'sinde hatalı tıbbi uygulama, 43 olguda (%8) ise karar verilememiştir. Karar verilen olguların 167'sinde hatalı tıbbi uygulama yönünde karar verilirken, 315 olguda tıbbi uygulama hatası saptanmamıştır.

Hatalı tıbbi uygulama yaptığı saptanan kişilerin görev alanlarına göre dağılımı Tablo 5'te görülmektedir. En büyük grubu hekimler (%96.4) oluşturmaktadır.

Tıbbi uygulama hatası kararı verilen hekimlerin çalıştıkları kliniklere göre dağılımında en büyük grup kadın hastalıkları ve doğum kliniği

(%22.2) olduğu, bunu genel cerrahi kliniğinin (%17.4) izlediği saptanmıştır (Tablo 6).

Tıbbi uygulama hatası kararı verilen olgularda hatalı uygulama alanları Tablo 7'de gösterilmiştir.

Otopsi yapılan 375 olgunun %49.1'inde klinik tanının otopsi ile doğrulandığı görülmektedir. Olguların %14.7'sinde ise hem klinik hem de otopsi ile tanı konulamamıştır (Tablo 8).

Otopsi tanısı ile klinik tanı arasında farklılık olan olgular (Grup 2) Tablo 9'da sıralanmıştır. Klinik tarafından en sık tanı hatası saptanan hastalıklar; aort anevrizma rüptürü, miyokard infarktüsü, pnömonidir.

Klinik olarak tanı konulamayıp, otopsi sonrası değerlendirme ile tanı konulan (Grup 3) olgu sa-

TABLO 7: Tıbbi uygulama hatası kararı verilen olgularda hatalı uygulama alanları.

Tek Alanda Tıbbi Uygulama Hatası Saptanan Olguların Hatalı Uygulama Alanları		
	Olgu Sayısı	%
Tanı hatası	12	7.2
İzleme hatası	25	14.9
Konsültasyon istememe	5	3
Tedavi uygulamama veya tedavi hatası	39	23.4
Birden Fazla Alanda Tıbbi Uygulama Hatası Saptanan Olguların Hatalı Uygulama Alanları		
	Olgu Sayısı	%
Tanı ve tedavi hatası	27	16.2
Tanı ve tedavide gecikme	19	11.3
İzleme ve tedavi hatası	14	8.4
Tanı ve İzleme hatası	9	5.4
Tanı ve konsültasyon istememe	8	4.8
Tedavi, konsültasyon istememe	2	1.2
Tanı, tedavi ve izleme hatası	7	4.2
Toplam	167	100

TABLO 8: Otopsi tanısı ile klinik tanı arasındaki uyumun değerlendirilmesi.

	Olgu Sayısı	%
Grup 1 (Klinik tanı ile otopsi tanısı uyumlu)	184	49.1
Grup 2 (Klinik tanı ile otopsi tanısı uyumsuz)	52	13.8
Grup 3 (Klinik tanı yok, otopsi ile tanı konmuş)	84	22.4
Grup 4 (Klinik tanı yok, otopsi tanısı yok)	55	14.7
Toplam	375	100

TABLO 9 Klinik tanı ile otopsi tanısı arasında uyumsuzluk olan olguların değerlendirilmesi.

Klinik Tanı	Otopsi Tanı
- Miyalji - Aort yetmezliği (2 olgu) - Endokardit - Gastrit ve üriner enfeksiyon	Aort anevrizma rüptürü
- Entoksikasyon - Alt solunum yolu enfeksiyonu (2 olgu) - Akciğer ödemi - Peptik ülser	İskemik kalp hastalığı
- Hipertansiyon - Miyalji (3 olgu) - Peptik ülser (2 olgu)	Akut miyokard infarktüsü
- Üst solunum yolu enfeksiyonu (3 olgu) - Pulmoner emboli - Gastroenterit - Peptik ülser - Tüberküloz - Menenjit, ensefalit - Hipoksik ensefalopati	Pnömoni
- Gastroenterit - Sepsis	Mide-duodenum ülser perforasyonu
- Böbrek taşı - Gastroenterit - Üst solunum yolu enfeksiyonu	Bağırsak perforasyonu
- Gastroenterit	Mide kanseri komplikasyonları
- Hipoksik ensefalopati	Beyin kanaması
- Frontal ensefalomalazi - Pulmoner emboli - Genel beden travması	Tanı konulamamış ameliyat komplikasyonları (iliyak arter yaralanması, koledok yaralanması vs.)
- Sıkıntılı solunum sendromu (H.M. Hast.)	Gıda aspirasyonuna bağlı mekanik asfiksi
- Bronşit	Yabancı cisim aspirasyonu
- Amnion embolisi	Akciğer ödemi
- Beyin kanaması - Kongenital anomali	Asfiksi
- Amnion embolisi (2 olgu)	Uterus rüptürü komplikasyonları
- Entoksikasyon	Metabolik hastalık komplikasyonları
- Plasenta previa	Amnion embolisi
- Alt solunum yolu enfeksiyonu	Meningoensefalit
- Gastrit ve üriner enfeksiyon	Dış gebelik ruptüre
- İleti defekti	Negatif otopsi
- Entoksikasyon - Sepsis - Genel beden travması - Kesici delici alet yaralanması	

H.M. Hast: Hyalen Membran hastalığı

yısı 84'tür (Tablo 10). Klinik olarak tanı konulmayan olguların en büyük grubunu ameliyat komplikasyonları oluşturmaktadır. Bu ameliyatların da büyük bölümünü laparoskopik safra kesesi ameliyatları ve disk hernisi ameliyatlarıdır.

Otopside majör tanı değişikliği saptanan olgular ile otopside majör tanı değişikliği saptanmayan olgular yaş grupları, sorumlu tutulan sağlık birimleri, adli tıp kurumunda konulan tanılar, sağlık birimlerindeki yatış süreleri, adli tıp kurumunda verilen tıbbi uygulama hatası kararları açısından karşılaştırıldı.

Yaş grupları ve otopside majör tanı değişikliği ilişkisi Tablo 11'de verilmiştir. Otopside majör tanı

TABLO 10: Klinik tanısı olmayıp otopsi ile tanı konulan olguların ölüm nedenleri.

Otopsi Tanı	Olgu Sayısı (n)	%
Tanı konulamamış ameliyat komplikasyonları	15	17.8
İskemik kalp hastalığı	14	16.7
Pnömoni	12	14.3
Kafa travmasına bağlı beyin kanaması	8	9.5
Asfiksi	5	5.9
Kesici delici alet yaralanması komplikasyonları	3	3.6
Meningoensefalit	2	2.4
Anafaksi	4	4.7
Travmaya bağlı iç organ yırtılması	5	5.9
Dış gebelik rüptürü	1	1.2
Patolojik beyin kanaması	2	2.4
Uterus rüptürü	3	3.6
Mide ülser perforasyonu	2	2.4
Kanama komplikasyonu	2	2.4
Aort rüptürü	1	1.2
Enfeksiyon hastalığı komplikasyonu	2	2.4
Bağırsak dolanması	1	1.2
Miyokardit	1	1.2
Yağ embolisi	1	1.2
Toplam	84	100

TABLO 11: Yaş grupları ve otopside majör tanı değişikliği ilişkisi.

	Majör Değişiklik	
	Var	Yok
Perinatal ölüm	6 (%10.9)	49 (%89.1)
8 gün-1 yaş	16 (%66.7)	8 (%33.3)
2-10 yaş	16 (%30.2)	37 (%69.8)
11-20 yaş	15 (%42.9)	20 (%57.1)
21-30 yaş	18 (%40.9)	26 (%59.1)
31-40 yaş	22 (%36.7)	38 (%63.3)
41-50 yaş	17 (%38.6)	27 (%61.4)
51-60 yaş	13 (%40.6)	19 (%59.4)
61-70 yaş	8 (%47.1)	9 (%52.9)
71 yaş ve üzeri	5 (%45.5)	6 (%54.5)
Toplam	136	239

χ^2 : 28.444 p: 0.0008

değişikliği saptanan olgularla, majör tanı değişikliği saptanmayan olgular arasında yaş grupları açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptandı (χ^2 : 28.444, p: 0.0008). 8 gün-1 yaş arası, otopside majör tanı değişikliği saptananların saptanmayanlara göre oranı en yüksek olan yaş grubu iken, perinatal dönem, otopside majör tanı değişikliği saptanmayanların saptananlara göre oranı en yüksek olan yaş grubudur.

Sorumlu tutulan sağlık birimleri ile otopside majör değişiklik saptanması arasında ki kare testi anlamlı ilişki saptandı. Devlet hastanesi, özel hastane ve askeri hastanenin sorumlu tutulduğu olgularda üniversite hastanesinin sorumlu tutulduğu olgulara göre otopside majör tanı değişikliği anlamlı yüksek bulundu (Tablo 12) (χ^2 : 9.738, p: 0.045).

Sağlık birimlerinde yatış süreleri açısından en büyük grubu oluşturan, ilk 24 saat içerisinde ölen olgularda, 8-20 gün arası yaşayan olgulara göre majör değişiklik saptanma oranı istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (Tablo 13) (χ^2 : 11.304, p: 0.0102).

Tıbbi uygulama hatası kararı verilebilmesi ile otopside majör değişiklik saptanması arasında ki

TABLO 12: Sorumlu tutulan sağlık birimleri ile otopside majör tanı değişikliği ilişkisi.

	Majör Değişiklik	
	Var	Yok
Devlet hastanesi	86 (%37.4)	144 (%62.6)
Özel hastane	32 (%36.8)	55 (%63.2)
Üniversite hastanesi	5 (%15.6)	27 (%84.4)
Sağlık ocağı	4 (%40)	6 (%60)
Askeri hastane	9 (%60)	6 (%40)
Toplam	126	238

χ^2 : 9.738 p> 0.045

TABLO 13: Olguların sağlık birimlerinde yatış süreleri ile otopside majör değişiklik ilişkisi.

	Majör Değişiklik	
	Var	Yok
İlk 24 saat	92 (%42.4)	125 (%57.6)
2-7 gün	30 (%34.9)	56 (%65.1)
8-20 gün	11 (%21.6)	40 (%78.4)
21 gün ve üzeri	3 (%16.7)	15 (%83.3)
Toplam	136	236

χ^2 : 11.304 p: 0.0102

TABLO 14: Tıbbi uygulama hatası kararı ile otopside majör değişiklik saptanması arasındaki ilişki.

	Majör Değişiklik		
	Var	Yok	Toplam
Karar verilebilen	126 (%36.4)	220 (%63.6)	346
Karar verilemeyen	10 (%34.5)	19 (%65.5)	29
Toplam	136	239	375

χ^2 : 1.341 p> 0.2469

TABLO 15: Tıbbi uygulama hatası kararının sonucu ile otopside majör değişiklik saptanması arasındaki ilişki.

	Majör Değişiklik		
	Var	Yok	Toplam
Hata var	66 (%54.5)	55 (%45.5)	121
Hata yok	60 (%26.7)	165 (%73.3)	225
Toplam	126	220	346

χ^2 : 25.222 p< 0.0001

kare testi anlamlı ilişki saptanmadı (Tablo 14) (χ^2 : 1.341, p: 0.2469).

Tıbbi uygulama hatası kararının sonucu ile otopside majör değişiklik saptanması arasındaki ilişki Tablo 15'te verilmiştir. Otopside majör tanı değişikliği saptanan grupta, diğer gruba göre anlamlı yüksek olarak tıbbi uygulama hatası varlığı yönünde karar verilmiştir (χ^2 : 25.222; p< 0.0001).

TARTIŞMA

Hekimlere yönelik tıbbi uygulama hatası iddiaları son yıllarda ülkemizde de giderek artan oranlarda karşımıza çıkmaktadır.

Tıbbi uygulama hatası iddialarının artmasının nedenleri arasında tıpta sürekli yeniliklerin görülmesi ve bunların bütün topluma hızla yayılması, toplumun bilinç ve eğitim düzeyinin artması, sigorta sisteminin gelişmesi gibi çeşitli faktörler yer almaktadır. Bunların yanı sıra özellikle ülkemizde medyada bu konuyla ilgili çok sayıdaki haber bu artışta etkilidir. Basın yayın kuruluşlarının ilgisinin ana nedenleri arasında sağlık sistemindeki aksaklıkların kamuoyunda yarattığı hoşnutsuzluk ve hukuk sistemimizdeki yetersizlikler sayılabilir. Bu çalışma 2001-2005 yılları arasında kapsamakta olup, 2001 yılında olgu sayısı 73 (%13.9) iken, 2005 yılında olgu sayısı 193 (%36.8)'tür. Bu da ülkemizde son yıllarda tıbbi uygulama hatası iddialarında belirgin bir artış olduğu fikrini desteklemektedir.

Bu çalışmada otopsi oranı %71 (375 olgu)'dir. Bu ülkemiz için çok iyi bir orandır. Örnek olarak, hepsi adli olgu olan ve otopsi yapılması gereken trafik kazalarından ölümlerde bu oran %1.5-2'ye düşmektedir.^{5,6}

Çalışmada tıbbi uygulama hatası kararı verilemeyen olguların %30.2 (13 olgu)'sinde neden olarak otopsi yapılmaması ve sonucunda ölüm nedeninin saptanamamış olması gösterilmiştir. Yine otopsi ile tanı konulamayan 55 olgunun 11 (%20)'inde tıbbi uygulama hatası yönünde karar verilememiştir. Hekimler; kendilerini çoğu kez aklayacak olan otopsiyi ihmal etmeyerek sahiplenmeli, otopsi yapılmasını sağlamaya yardımcı olmalıdır.

Bu çalışmada olguların yaş gruplarına göre değerlendirilmesinde en büyük grubu perinatal ölüm olguları (%15.4) oluşturmaktadır (Tablo 1). Bu veri ülkemizde ölü doğumla sonuçlanan uygulamaların tıbbi uygulama hatası suçlamaları arasında önemli yer tuttuğunu göstermektedir.

Hakkında hata iddiası olan klinik birimler arasında bu çalışmada ilk sırada 147 olgu (%28) ile acil birimi gelmektedir. Kadın hastalıkları ve doğum servisinde tedavi gören olgu sayısı 118 (%22.5), genel cerrahi servisinde tedavi gören olgu sayısı 64 (%12.2)'tür. Oysa ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada tıbbi uygulama hatası iddialarının en sık olarak kadın hastalıkları ve doğum (%16.8), bunu izleyerek genel cerrahi, nöroloji, beyin cerrahisi, anestezi ve iç hastalıkları branşlarında olduğu saptanmıştır.⁷ Maeda ve ark. ise en yüksek hasta grubunun iç hastalıklarına ait olduğunu bildirmişlerdir.⁸ Bu çalışmada diğer çalışmalardan farklı olarak, acil biriminde tedavi gören olgular (%28) en yüksek orandadır. Bu durum; çalışmanın ölümle sonuçlanan olguları kapsaması ve bunların çoğunluğunun da acil birime başvurduktan sonra kısa süre içinde ölmüş olmaları ile açıklanabilir. Yine çalışmada yatış süreleri incelendiğinde olguların %51'ini 0-24 saat arası tedavi gören olguların oluşturması, acil biriminin ilk sırada olmasını destekler özelliktedir. Çalışmada saptanan diğer klinik birimlerin oranı literatürle uyumludur.^{7,9}

Tıbbi uygulama hataları ile yatış süresinin ilişkisinin araştırıldığı çalışmalarda, hastanede yatış

süresinin uzaması ile tanı hatası arasında anlamlı ilişki saptandığı bildirilmektedir.^{10,11} Çalışmamızda ise ilk 24 saatte ölen olgularda tıbbi uygulama hatası oranı %39.9 iken, 21 gün ve üzeri yaşayan olgularda bu oran %23.7'dir. Literatürün aksine çalışmada yatış süresi kısa olgularda otopside majör tanı değişikliği daha yüksek oranlardadır. Yine ilk 24 saatte ölen olgularda otopside majör tanı değişikliği oranı %42.4 olarak bulunmuştur (Tablo 13). İlk 24 saat içinde ölen ve otopside majör tanı değişikliği saptanan olgular, aynı sürede ölen ve otopside majör tanı değişikliği saptanmayan olgulardan anlamlı olarak yüksektir (p:0.0102). Bu bulgunun çalışmada kısa sürede ölümün gerçekleştiği olgularda tanı koymada, girişimlerin uygulanmasında, gerekli konsültasyonları istemede ve başka kuruluşlara sevk etmedeki eksiklikler nedeniyle ortaya çıktığını düşünülebilir.

Literatürde acil serviste ilk 24 saat içinde ölen 911 olguyu içeren bir çalışmada, otopsi tanısı ile klinik tanı arasındaki uyumsuzluk %51.7 olarak bildirilmiştir.¹² Çalışmamızda ise acil birime başvuran olgu sayısı 147 olup, bunların %42.8'inde otopside majör tanı değişikliği izlenmiştir. Yine acil servise başvuran olguların %42'sinde tıbbi uygulama hatası kararı verilmiştir. Acil birime gelen hastaların çok farklı semptomlarla gelmesi, bu semptomların geniş bir yelpazeye yayılması hata olasılığını arttırmaktadır. Saptanan yüksek oranlar acil birimlerdeki olguların hemen girişim gerektiren daha riskli olgular olmasından kaynaklanmaktadır. Hata yapma olasılığını azaltmak için acil ünitelerine başvuran hastalara ayrıntılı anamnez alınıp muayenelerin yapılması, tetkik ve konsültasyonların istenmesi, gerekiyorsa yeterli süre gözlem altında bulundurulmaları, tedavi uygulanması, sağlık kuruluşları arasındaki iletişim ile hasta nakli aşamalarında özenli olunması gerekmektedir.^{13,14}

Çalışmamızda olgular sorumlu tutuldukları sağlık kuruluşlarına göre değerlendirildiklerinde otopside majör tanı değişikliği; devlet hastanesi, özel hastane ve askeri hastanenin sorumlu tutulduğu olgularda, üniversite hastanelerinin sorumlu tutulduğu olgulara göre anlamlı yüksek bulunmuştur (p< 0.005). Bu bulgu üniversite hastanelerinde daha riskli hastaların sıklıkla tedavi görmesine karşın, bu hastanelerdeki teknik donanımın, tanı

yöntemlerinin ve diğer koşulların daha iyi olması ile açıklanabilir.

Bu çalışmada olguların %60 (315 olgu)'ında tıbbi uygulama hatası yönünde karar verilmezken, %32 (167 olgu)'sinde tıbbi uygulama hatası kararı verilmiştir. Bu da olguların yaklaşık 2/3'ünde tıbbi uygulama hatası iddialarının asılsız çıktığını göstermektedir. Büken'in çalışmasında temelsiz iddiaların sayısal değeri %69.2'dir.⁷ Yine bu değer Lynch ve ark. tarafından %46 olarak bildirilmektedir.⁹ Bu asılsız iddialar sonucunda açılan davalar; hekimlerin aklanması durumunda bile, hekimlerin hastalarını kaybetmelerine neden olabileceği gibi, hata yapmaktan korkarak insiyatif kullanmada yetersiz kalmaları, dava sürecinde yaşadıkları psikolojik sorunlar gibi sonuçlara da yol açabilmektedir. Bu süreç hekimin mesleğini bırakmasına kadar gidebilmektedir.

Tıbbi uygulama hatası kararı verilen hekimlerin klinik birimlerine göre değerlendirilmesinde ilk sırada kadın hastalıkları ve doğum yer alırken, bunu genel cerrahi, pratisyen hekimler, çocuk hastalıkları ve iç hastalıkları izlemiştir (Tablo 6). Lynch ve ark. yüksek risk taşıyan klinik birimleri kadın doğum, anestezi ve ortopedi olarak belirtmişlerdir.⁹ Dettmeyer ve ark.nın çalışmalarında ise en sık sorumlu tutulan klinik birim genel cerrahi (%38.5), bunu takiben kadın hastalıkları ve doğum (%19.3) kliniği gelmektedir.¹⁵ Bizim çalışmamızda da hata oranı literatürde belirtildiği gibi cerrahi birimlerde daha yüksektir.¹⁵

Olguları hatalı uygulama alanlarına göre değerlendirdiğimizde en yüksek oranda tedavi uygulamama veya tedavi hatası (%23.4), bunu takiben de tanı ve tedavi hatası (%16.2) izlenmiştir (Tablo 7). Bu çalışmada tıbbi uygulama hatası alanları içinde yüksek oranda saptanan tedavi hataları; literatürde de yüksek oranlarda bildirilmektedir. Maeda ve ark. 1996-2001 yıllarını kapsayan çalışmalarında tıbbi uygulama hatası saptanan olguların %50'sinde tanı ve tedavi hatası, %50'sinde ise bakım hatası saptamışlardır.⁸ Dettmeyer ve ark. ise tıbbi uygulama hatasının hangi aşamada olduğunu değerlendirdiklerinde, tıbbi uygulama hatası saptanan 285 olgudan; 72 olguda (%25.3) tedavide yanlış uygulama, 53 olguda (%18.6) tanı hatası, 45 olguda

(%15.8) tıbbi uygulamadan sonra komplikasyonu tanınamaya bağlı hata saptamışlardır.¹⁵ Wanzel ve ark. genel cerrahideki komplikasyonları araştırdıkları çalışmalarında tıbbi uygulama hatası saptanan olguların %72'sinde tedavi hatası saptarken, %28'inde tanı hatası bulmuşlardır.¹⁶ Literatürde sık rastlanan hatalı uygulama alanları; tanı, cerrahi tedavi, takip, medikal tedavi, beslenme ve anestezi uygulamasına bağlı hatalar olarak bildirilmektedir.^{15,17,18} Aslında hekim ulaşılabilir tüm tanı yöntemlerini kullanmasına rağmen her olguda doğru tanı koyamayabilir. Tanı değişikliği olan olgularda dahi bu değişiklik tedavi değişikliğine yol açmayabilir. Yapılan bir yoğun bakım otopsi çalışmasında %90 olguda yeni aktif tanılar elde edilirken, ancak %27 olguda bu tanıların tedaviyi değiştireceği saptanmıştır.¹⁹ Hekim sorumluluğu açısından hekimin tanı hatasından sorumlu tutulabilmesi için, tanı değişikliğinin tedavi değişikliğine ve dolayısıyla hastada zarara neden olması gerekmektedir.

Tablo 9'a bakıldığında klinik olarak miyalji, aort yetmezliği, endokardit, gastrit ve üriner enfeksiyon tanıları alan 5 olgunun otopsi ile aslında aort anevrizma rüptürü olduğu, miyalji ve peptik ülser tanıları alan 5 olgunun ise aslında akut miyokard infarktüsü geçirdikleri saptanmıştır. Bu tanı farklılıkları beraberinde tedavi farklılıkları ve sorumluluklarını doğuran uyumsuzluklardır. Juvin ve ark. ameliyat sonrası ölümlerde otopsinin önemini araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmalarında klinisyen tanılarının çoğunluğunun hatalı olduğunu saptamışlardır.² 15 ameliyat sonrası ölüm olgusunun değerlendirildiği çalışmada, olguların 2/3'ünde otopsi yeni bir bilgi getirmiş ve tıbbi uygulama hatası şüphesi olan ameliyat sonrası ölüm olgularında, erken postmortem otopsinin belirleyici olduğu belirtilmiştir. Yine otopsinin; ortaya çıkarılmayan cerrahi komplikasyonların saptanmasında, tanınamayan hata ya da ihmalin ortaya çıkarılmasında ve hasta yakınlarının şüphelerini ortadan kaldırmada önemli olduğu vurgulanmıştır.

Otopsi objektif verileri sunarak hasta yakınları ile doktor arasındaki uyuşmazlığı çözmeye yardımcıdır. Bu durumda otopsi dava açılmasını engelleyebilmektedir. Ayrıca tehlikeli ve yararsız uygulamaların tanımlanmasında da yardımcı oldu-

ğundan, gelecekteki hastaların güvenliği açısından da önemlidir. Bu nedenle ülkemizde çok düşük oranlarda yapılan hastane otopsilerinin (tıbbi otopsiler) artırılması gereklidir. Blesser ve Battle da çalışmalarında Juvin'e benzer şekilde otopsi ile tedavi kararında etkili olabilecek yeni bilgi saptamışlardır.^{2,19,20}

Tanı yöntemlerindeki ilerlemelere rağmen tanı hatalarında son 30 yılda herhangi bir gerileme olmamıştır. Çalışmamızda otopside majör tanı değişikliği oranı %36.3 (136 olgu) olarak bulunmuştur. Otopside majör tanı değişikliği saptanan grup içinde 52 olguda otopsi tanısı ile klinik tanı uyumsuzluğu saptanırken, 84 olguda klinik tanı yokken, otopsi ile tanı konulmuştur. Çalışmanın 2001-2005 yılları arası dönemde yapıldığını göz önüne alırsak, gelişmiş son tanı yöntemlerine karşın otopsinin halen ülkemizde de değerini yitirmediğini göstermektedir. Yine literatüre bakıldığında; Ermenc 2000 yılında yaptığı çalışmasında tıp alanında meydana gelen teknolojik gelişmelerin tanıya yönelik araç ve gereçleri arttırmasıyla tanı doğrultusunda da artış beklenmesi gerektiğini ancak bu beklentinin gerçekleşmediğini göstermiştir.²¹ Klinik tanı ile otopsi tanısı arasındaki uyumu araştıran çalışmalarda farklı sonuçlar bildirilmektedir.^{2,10,20} Ermenc ise çalışmasında tanı değişikliğini %49.3 olarak bildirmektedir.²¹ Yayıncı ve ark. tarafından 2004 yılında yapılan retrospektif değerlendirmede; otopside majör tanı değişikliği oranı %47'dir.²²

Bu çalışmada otopside majör tanı değişikliği saptanan olguları değerlendirdiğimizde; en sık klinikçe yanlış tanı konulan hastalıklar; aort anevrizma rüptürü, iskemik kalp hastalığı, pnömoni ve mide-duodenum ülser perforasyonudur (Tablo 9). Yine klinik tanı konulamayıp otopsi ile tanı konulan hastalıklar ise; sıklık sırasına göre tanınamayan ameliyat komplikasyonları, iskemik kalp hastalığı, pnömoni ve travmatik beyin kanamasıdır (Tablo 10). Bu veriler diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Bove ve ark. serilerinde klinik olarak şüphelenilmeyen ölüm nedenleri arasında en sık pulmoner emboli, bronkopnömoni, iskemik kalp hastalığı ve maligniteyi bildirmişlerdir.^{3,4} Antemortem tanuların klinik duyarlılığının özellikle pulmoner emboli ve peritonitte düşük olduğunu

vurgulamışlardır. Ermenc ve ark. ise en sık tanı hatası olan hastalıkları bronkopnömoni, rüptüre aort anevrizması, perforate mide ülseri ve özefagus varis kanaması olarak bildirmişlerdir.²¹

Bu çalışmada tıbbi uygulama hatası saptanma oranı, otopside majör tanı değişikliği bulunan grupta, majör tanı değişikliği saptanmayan gruba göre (Tablo 15) istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p < 0.001$). Bu da otopsinin tanı hatalarını ortaya çıkarmadaki önemini göstermektedir. Ancak tıbbi uygulama hatası kararı ile (karar verilebilen ya da verilemeyen) majör tanı değişikliği arasında anlamlı ilişki yoktur. Bu sonuç karara varan bilirkişilik kuruluşunun standartları ile ilgili olabileceği gibi, otopsi dışındaki kişilerin ifadeleri, klinik bilgiler, ameliyat notu gibi diğer faktörlerin karar vermedeki etkisinden de kaynaklanabilir.

Ermenc ve ark.da tanı hatalarını azaltmanın otopsi olmadan mümkün olmadığını son yıllarda yapılan diğer çalışmaların da bunu desteklediğini belirtmişlerdir.²¹ Otopsi halen klinik uygulamaların kalite kontrolünü sağlayan en önemli araçtır. Ölüm nedenleri ve tanı hataları otopsi verileri ile sınıflandırılmalı ve klinikopatolojik toplantılarda tartışılmalıdır. Böylece klinik geri bildirim sağlanacak ve tıbbi uygulama hataları en aza indirilecektir. Tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan olgularda da otopsi sayısının artması adli konularda karara varma doğruluğunu ve kesinliğini arttıracaktır.

Bu çalışmada ülkemizde tıbbi uygulama hatası iddialarında son dönemde artış olduğu, ancak değerlendirmede %60'ında iddiaların yersiz olduğu, tıbbi uygulama hatalarının ön planda cerrahi branşlarda olduğu, değerlendirmede otopsinin önemli olduğu gösterilmiştir.

Ölümlerle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası olgularında, özellikle ceza hukuku açısından nedenliğin sınırlarının çizilmesinin ne kadar önemli olduğu göz önüne alındığında; bu olgularda otopsi çok daha önem kazanmaktadır. Bu sınıflamaya giren olguların sonuçlarının net olarak ortaya konulabilmesi sadece otopsi ile mümkün olabileceği ve bu otopsi işleminin mutlaka bu konuda eğitimli ve deneyimli uzmanlar tarafından yapılması gerektiği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Yaycı N. Tıbbi uygulama hatalarına yaklaşımda adli tip uzmanının yeri. Polat O, editör. Tıbbi Uygulama Hataları. 1. Baskı. Ankara: Seçkin Yayınları; 2005.p. 317-26.
2. Juvin P, Teissière F, Brion F, Desmots JM, Durigon M. Postoperative death and malpractice suits: is autopsy useful? *Anesth Analg* 2000;91:344-6.
3. Bove KE, Iery C; Autopsy Committee, College of American Pathologists. The role of the autopsy in medical malpractice cases, I: a review of 99 appeals court decisions. *Arch Pathol Lab Med* 2002;126:1023-31.
4. Bove KE, Iery C. Autopsy Committee, College of American Pathologists: The role of the autopsy in medical malpractice cases, II: Controversy related to autopsy performance and reporting. *Arch Pathol Lab Med* 2002;126:1032-5.
5. Demirel B, Akar T, Özdemir Ç, Cantürk N, ERDÖNMEZ F Trafik kazası sonucu ölümlerde otopsi kararını etkileyen nedenler. *Adli Tıp Bülteni* 2005;10:77-83.
6. Gören S, Subaşı M, Tıraşçı Y, Kaya Z. Trafik Kazalarına Bağlı Ölümler. *Türkiye Klinikleri J Foren Med* 2005, 2:9-13.
7. Büken E, Ornek Büken N, Büken B. Obstetric and gynecologic malpractice in Turkey: incidence, impact, causes and prevention *J Clin Forensic Med* 2004;11:233-47.
8. Maeda H, Fujita MQ, Zhu BL, Quan L, Taniguchi M Medical practice-related fatalities in forensic autopsy during the past 6 years in the southern half of Osaka city and surrounding areas. *Leg Med (Tokyo)*. 2003;5 Suppl 1:S322-4.
9. B-Lynch C, Coker A, Dua JA. A clinical analysis of 500 medico-legal claims evaluating the causes and assessing the potential benefit of alternative dispute resolution. *Br J Obstet Gynaecol* 1996;103:1236-42.
10. Cameron HM, McGoogan E, Watson H.. Necropsy: a yardstick for clinical diagnoses. *Br Med J* 1980;281:985-8.
11. Goldman L, Sayson R, Robbins S, Cohn LH, Bettmann M, Weisberg M The value of the autopsy in three medical eras *N Engl J Med* 1983;308:1000-5.
12. Lundberg GD.. Low-tech autopsies in the era of high-tech medicine: continued value for quality assurance and patient safety *JAMA* 1998;280:1273-4.
13. Elmas İ, Tüzün B, Aşıcıoğlu F, İnce H Acil Tedavi Basamağındaki Yetersizlikler ve Hekim Hataları: 5 Olgu Su-numu *İst Tıp Fak Mecmuası* 1998;61:232-6.
14. Gürpınar S, Gündüz M, Özoran Y. Medikal malpraktis-Tıpta yanlış uygulama (6 ölüm olgusu nedeni ile) *Adli Tıp Derg* 1994;10:97-100.
15. Dettmeyer R, Egl M, Madea B. Medical malpractice charges in Germany--role of the forensic pathologist in the preliminary criminal proceeding. *J Forensic Sci* 2005;50:423-7.
16. Wanzel KR, Jamieson CG, Bohnen JM.. Complications on a general surgery service: incidence and reporting. *Can J Surg* 2000;43:113-7.
17. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991;324:370-6.
18. Goldstein RL. Medical malpractice in the absence of a doctor-patient relationship: the potential liability of psychiatric examiners in New York State. *J Forensic Sci* 1989;34:1246-9
19. Blosser SA, Zimmerman HE, Stauffer JL Do autopsies of critically ill patients reveal important findings that were clinically undetected? *Crit Care Med* 1998;26:1332-6.
20. Battle RM, Pathak D, Humble CG, Key CR, Vanatta PR, Hill RB, et al. Factors influencing discrepancies between premortem and postmortem diagnoses. *JAMA* 1987;258:339-44.
21. Ermenc B. Comparison of the clinical and post mortem diagnoses of the causes of death. *Forensic Sci Int* 2000;114:117-9.
22. Yaycı N, Üzün İ, Arslan MM, İris M. Postoperatif Ölümle Sonuçlanmış Ve Tıbbi Uygulama Hatası İddiası Bulunan Olgularda Otopsinin Değeri. *Türkiye Klinikleri J Foren Med* 2004;1:57-61.