



Adli Tıp Kurumu'ndan görüş sorulan ve ortopedi uzmanlık alanına giren tıbbi uygulama hatalarının gözden geçirilmesi

A review of malpractice claims concerning orthopedic applications submitted to the Council of Forensic Medicine

Mesut Mehmet SÖNMEZ, Faik Mustafa SEÇKİN, Bener ŞEN,¹
Nur BİRGEN,² Ayşegül ERTAN,² İrfan ÖZTÜRK

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği;
Adli Tıp Kurumu, ¹2. Adli Tıp İhtisas Kurulu, ²3. Adli Tıp İhtisas Kurulu

Amaç: Bu çalışmada, Cumhuriyet Başsavcılıkları ve mahkemelerce Adli Tıp Kurumu'ndan görüş sorulan şikayet konusu olmuş tıbbi uygulamalarda ortopedi uzmanlık alanını ilgilendirenler gözden geçirildi.

Çalışma planı: Ortopedi alanındaki tıbbi uygulama hatalarıyla ilgili düzenlenen, Ocak 2004 ile Aralık 2007 tarihleri arasında 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve sonuçlandırılmış olan 174 dosya geriye dönük olarak incelendi.

Sonuçlar: İncelenen dosyaların 129'u travma, 45'i ortopedik nedenli şikayetlerle hazırlanmıştı. Şikayet edilen sağlık personelinin çalıştığı kurumların dağılımı, 82 devlet hastanesi, 56 özel hastane, 17 eğitim-araştırma hastanesi, 18 üniversite hastanesi ve bir askeri hastane şeklindeydi. Bu dosyaların 61'inde (51 travma, 10 ortopedik nedenler) hekim kusurlu bulundu. Kusurlu bulunan hekimlerin çalıştığı kurumlardan 26'sı özel hastane, 24'ü devlet hastanesi, yedisi eğitim-araştırma hastanesi, ikisi üniversite hastanesi idi. Kusurlu bulunan sağlık personelinin ikisi profesör, biri klinik şefi, ikisi doçent, 54'ü uzman, üçü asistan ve biri hemşire idi.

Çıkarımlar: Tıbbi uygulama hatalarını en aza indirmek için, hekimler mesleki bilgi ve becerilerini geliştirmeli, uygulama ve hasta ile ilişkili tüm bilgilerin kaydedilmesine özen göstermeli ve hasta ile yakın iletişim içinde bulunmalıdırlar.

Anahtar sözcükler: Tanı hataları; malpraktis/mevzuat ve içtihat; ortopedi; hekim-hasta ilişkisi; ameliyat sonrası komplikasyon.

Objectives: The aim of this study was to review malpractice claims concerning orthopedic applications that were sent to the Council of Forensic Medicine by public prosecutors and law courts.

Methods: A retrospective review was conducted on 174 malpractice claim files related with orthopedic applications, which had been examined and concluded by the Third Specialized Board of the Council of Forensic Medicine between January 2004 and December 2007.

Results: Of 174 files, 129 files were concerned with trauma and 45 files were concerned with orthopedic causes. The types of institutions involved were 82 state hospitals, 56 private hospitals, 17 training and research hospitals, 18 university hospitals, and one military hospital. Orthopedic surgeons were found liable for failure in 61 cases (51 trauma, 10 orthopedic cases). Those who were considered blameworthy were working for 26 private hospitals, 24 state hospitals, seven training and research hospitals, and two university hospitals with the following titles: professor (n=2), chief of clinic (n=1), associate professor (n=2), specialist (n=54), resident (n=3), and nurse (n=1).

Conclusion: In order to minimize malpractice claims, physicians should steadily improve professional knowledge and skills, give special attention to documenting all information about the patients and applications, and establish a good and intimate physician-patient relationship.

Key words: Diagnostic errors; malpractice/legislation & jurisprudence; orthopedics; physician-patient relations; postoperative complications.

Yazışma adresi / Correspondence: Dr. Mesut Mehmet Sönmez, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, 34360 Şişli, İstanbul. Tel: 0212 - 227 42 56 e-posta: mdmesutsonmez@yahoo.com

Başvuru tarihi / Submitted: 27.09.2008 **Kabul tarihi / Accepted:** 24.04.2009

© 2009 Türk Ortopedi ve Travmatoloji Derneği / © 2009 Turkish Association of Orthopaedics and Traumatology

Hipokrat yaklaşık 2500 yıl önceki aforizmasında hekimin önceliğinin “zarar vermeme” (Primum non nocere) olduğunu vurgulamıştır. Her hekimin bu özdeyişle hareket ettiği kabul edilmekle birlikte, tıbbi girişimler sonucunda istenmeyen sonuçlar ortaya çıkabilmektedir.^[1] Günümüzde tıbbın bilimsel, sosyal ve ekonomik gelişmişlik süreciyle paralel olarak geldiği noktada, hasta hekim ilişkilerinde hastaların hekimlerden beklentileri artmıştır. Tedavi sırasında beklentilerin karşılanamaması veya tıbbın klasik bilgilerine dayanarak elde edilmesi istenen sonuçta ulaşılamaması durumunda ortaya çıkan sonuçlar hastaların tepkisine neden olmaktadır. Haklı-haksız olarak basın organlarının bu aksaklıkları haber olarak kullanması sağlık personelinin daha fazla tepki toplamasına neden olmaktadır.

Sağlık personelinin kusurlu davranışı yönünde karar verilebilmesi için Cumhuriyet Başsavcılıkları ve mahkemeler, teknik görüş alabilmek için bilirkişiye başvurmaktadır. Türkiye’de tıbbi uygulama hataları hakkında görüş veren resmi bilirkişiler, Adli Tıp Kurumu, Yüksek Sağlık Şurası ve üniversitelerin anabilim dallarıdır. Adli Tıp Kurumu, Cumhuriyet Başsavcılıklarınca ceza, hukuk, ticaret ve idare mahkemelerince gönderilen dosyalar hakkında görüş vermekte iken, Yüksek Sağlık Şurası sadece ceza mahkemeleri için bilirkişi raporu düzenleyebilir. Ceza mahkemeleri dışında kalan diğer adli merciler (hukuk mahkemeleri, savcılıklar, Danıştay, idare mahkemeleri) Yüksek Sağlık Şurası’ndan görüş almaz. 4810 sayılı Adli Tıp Kurumu Kanunu’nda 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.^[2,3] Karara itiraz halinde Adli Tıp Kurumu Genel Kurulu’ndan görüş istenmektedir.

3. Adli Tıp İhtisas Kurulu’nca bu tipte dosyalar incelenirken öncelikle yapılmış olan müdahalenin hukuka uygunluğu araştırılmaktadır. Bir müdahalenin hukuka uygun olabilmesi için:^[4]

- Müdahalede bulunan kişinin buna yetkili olması,
- Aydınlatma ve rıza,
- Müdahalenin mesleğin gereklerine uygun yürütülmesi, şartları sağlanmalıdır.

Müdahale hukuka uygun ise, ortaya çıkan zararın ne olduğu araştırılır. Zarar oluşmuşsa, bunun sağlık

personelinin davranışından kaynaklanıp kaynaklanmadığı değerlendirilir. Zarar ile hekim arasında ilişki mevcut ise, zararın “komplikasyon” mu, “hata” mı olduğu incelenir.

Komplikasyon ise, öngörülerek gerekli önlemlerin alınıp alınmadığı; önleme rağmen ortaya çıkmışsa, zamanında ve uygun şekilde tedavisi yoluna gidilip gidilmediği araştırılır. Hata ise tedavinin klasik tıp kurallarına uygun olup olmadığı yönü ile değerlendirilir. Değerlendirme:

- Tanı (teşhis yöntemlerinin seçimi ve uygulamaları),
- Tedavi (klasikleşmiş tedavi şeklinin seçimi ve uygulanışı),
- Takip (hastanın bilgilendirilmesi ve süreci), başlıklarını kapsar.

Değerlendirme süreci temelini, mahkemelerce gönderilen hastaya ait dokümanlar oluşturmaktadır. İhtisas Kurulu’nca hastanın filmi, laboratuvar tetkikleri, sağlık hizmetinin verildiği kuruma ait tüm tıbbi belgeler (müşahede, günlük takip formu, ameliyat notu, vb.) talep edilmektedir. Karar aşamasında tıbbi evraklar ayrıntılı olarak incelenmekte ve sonucu doğrudan etkilemektedir. Gerektiğinde hasta kurula çağrılarak muayene edilmektedir.

Bu inceleme sonucunda sağlık personelinin kusurlu olup olmadığı kararına varılır. Kusur çeşitleri şunlardır:^[5]

Dikkatsizlik: Girişim sırasında yapılmaması gerekeni yapmaktır. Örneğin, total kalça protezi ameliyatı sırasında siyatik sinirin kesilmesi.

Tedbirsizlik: Önlenebilir bir tehlikeyi önlemede yetersiz kalmak, geç kalmak, unutmak olarak tanımlanır. Örneğin, açık kırık tedavisinde antibiyotik profilaksisi yapmamak, kan sağlamadan ameliyata girmek.

Meslekte acemilik-yetersizlik: Meslek ve sanatın esaslarını ve optimal klasik bilgilerini bilmemek, temel beceriden yoksun olmak. Güncel temel mesleki kitaplardaki bilgileri uygulayamamak.

Özen eksikliği: Dikkatsizlik ve tedbirsizlik dışında evrensel tıp değerlerini uygulamamak. Örneğin, yakın izlem gerektiren hastayı gerekli zaman aralıklarında görmemek (alçı takibi), hastayı görmeden telefonla tedavi etmek.

Emir ve yönetmeliklere uymamak: Kanun, tüzük ve yönetmelikler ile yetkili idari ve mülki amirin verdiği emirlere uymamak. Örneğin, acil hastaya bakmamak, bilimsel tedavi dışındaki bir tedaviyi uygulamak, icap nöbetine çağrıldığında gelmemek, adli rapor ve kayıt hataları gibi.

Tüm bu kusurlar “taksirli suç” kapsamına girmektedir.

Gereç ve yöntem

Mahkemeler ve Cumhuriyet Başsavcılıkları tarafından ortopedi alanındaki tıbbi uygulama hatası sorulan dosyalardan, 1 Ocak 2004 ile 31 aralık 2007 tarihleri arasında 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve sonuçlandırılmış olan 174 dosya geriye dönük olarak incelendi. Mevcut dosyalarda şikayete neden olan olayın tarihi, dava tarihi ve karar tarihleri kaydedilerek hastaların yaşı ve cinsiyetleri tanımlandı. Her bireyin sağlık kuruluşlarına başvuru nedenleri irdelenerek sağlık kuruluşlarının özel, devlet eğitim-araştırma ve üniversite hastaneleri olarak ayrımı yapıldı. Müdahaleyi yapan sağlık personelinin unvanı kaydedilip, hastaların adli mercilere şikayet nedenleri incelendi. 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu'nun vardığı sonuçlar kaydedildi. Kusurlu bulunan olgularda nedenler incelendi.

Sonuçlar

2004 yılında sonuçlanan dosyalar

Bu dönemde dokuz dosya sonuçlandırıldı. Şikayet konusu olan tedavi hizmetinin 1997-2002 yılları arasında verildiği ve bu şikayetlerin 1997-2003 yılları arasında yapıldığı görüldü.

Davacı hastaların tümü erkek (ort. yaş 33; dağılım 11-60) idi. Bir hasta çocuk yaş grubundaydı (11 yaş).

Hastaların hekime başvuruş nedeni altı hastada geçirilmiş travma iken, üç hastada ortopedik nedenlerdi.

Tedavi hizmetinin verildiği merkezlerin beşi devlet hastanesi, dördü özel hastane idi. Şikayet edilen hekimlerden biri profesör, diğerleri uzman idi.

İncelenen dokuz dosyanın beşinde hekim kusurlu bulundu. Kusurlu bulunan hekimlerin tümü uzman idi. Sağlık kuruluşunun ikisi Sağlık Bakanlığı, üçü özel sektöre aitti. Bir olguda teşhis, iki olguda takip kusuru saptanırken, iki olguda tedavide kusur saptandı. İki hastanın ölümü ile sonuçlanan olaylarda hekim kusurlu olarak değerlendirildi (Tablo 1).

2005 yılında sonuçlanan dosyalar

Sonuçlanan 49 dosya incelendiğinde, şikayet konusu olan tedavi hizmetinin 1994-2005 yılları arasında verildiği ve bu şikayetlerin 1997-2005 yılları arasında yapıldığı görüldü.

Davacı hastaların 35'i erkek, 14'ü kadın (ort. yaş 36; dağılım 1-78) idi. Hastaların beşi çocuk yaş grubundaydı (6 yaş ve altı).

Hastaların hekime başvuruş nedeni 38 hastada geçirilmiş travma iken, 11 hastada ortopedik nedenlerdi.

Hekimlerin çalıştığı kurumların dağılımı, 23 devlet hastanesi, 16 özel hastane, beş üniversite, üç eğitim-araştırma hastanesi ve bir askeri hastane şeklindeydi.

Şikayet edilen hekimler arasında bir doçent, 34 uzman, bir pratisyen ve bir acil hekimi vardı. İncelenen 49 dosyanın 12'sinde hekim kusurlu bulundu (Tablo 1). Kusur nedenleri, bir olguda teşhiste yetersizlik, 11 olguda ise tedavide eksiklik idi. Altı hastanın ölümü ile sonuçlanan şikayet konusu davaların üçünde görüş bildirilmezken, diğerlerinde de hekim kusuru saptanmadı. Kusurlu bulunan sağlık görevlilerinin tümü uzman idi. Kusurlu bulunan hekimlerin çalıştıkları kurumlar şöyleydi: Dört devlet hastanesi, dört özel hastane, iki eğitim-araştırma hastanesi.

2006 yılında sonuçlanan dosyalar

Bu dönemde 72 dosya sonuçlandırıldı. Şikayet konusu olan tedavi hizmetinin 1999 ve 2006 yılları arasında verildiği ve bu şikayetlerin 2001-2006 yılları arasında yapıldığı görüldü.

Davacı hastaların 49'u erkek, 23'si kadın (ort. yaş 32; dağılım 1-77) idi. Hastaların 15'i çocuk yaş grubundaydı (10 yaş ve altı).

Hastaların hekime başvuruş nedeni 51 hastada geçirilmiş travma iken, 21 hastada ortopedik nedenlerdi.

Söz konusu sağlık hizmetlerinin 35'i devlet hastanesinde, 22'si özel hastanede, dokuzu üniversite hastanesinde, yedisi eğitim-araştırma hastanesinde verilmişti.

Şikayet edilen sağlık personelinin üçü profesör, dördü doçent, ikisi yardımcı doçent, 60'ı uzman, ikisi asistan (birinde uzman ile birlikte), ikisi klinik şefi idi.

Tablo 1. Tıbbi uygulama hatası saptanan olguların yıllara göre dağılımı ve özellikleri

Yıl	Olgu	Sorumlu	Tanı	Olay	Sonuç
2004	1	Uzm. Dr.	Torakal 4. vertebra disloke burst kırığı	Geç tanı	Teşhiste yetersizlik
	2	Uzm. Dr.	Ayak ezici yaralanma	Cerrahi sonrası sepsis ve ölüm	Cerrahi müdahale sonrası yetersiz takip
	3	Uzm. Dr.	Tibia kırığı	Kısalık yanlış kaynama	Tedavide mesleki acemilik
	4	Uzm. Dr.	Femur kırığı	Cerrahi sonrası hemorajik şok ve ölüm	Cerrahi müdahale sonrası yetersiz takip
2005	5	Uzm. Dr.	Femur kırığı	Kısalık	Tedavide mesleki acemilik
	1	Uzm. Dr.	Kruris kırığı	Kısalık	Tedavide mesleki acemilik
	2	Uzm. Dr.	Lateral malleol kırığı	Ameliyat sonrası yarı çıkık	Tedavide mesleki acemilik
	3	Uzm. Dr.	Koksartroz	Çimentolu protez kullanılmıyken çimentosuz kullanılmış	Tedavide mesleki acemilik
	4	Uzm. Dr.	Suprakondiler humerus kırığı	Alçı sonrası Wolkman iskemik kontraktürü	Tedavide mesleki acemilik
	5	Uzm. Dr.	Koksartroz	Total kalça protezi uygulanmış, sonrasında çıkık ve revizyon ameliyatı yapılmış	Tedavide mesleki acemilik
	6	Uzm. Dr.	Önkol çift kırık	Kaynamama	Tedavide mesleki acemilik
	7	Uzm. Dr.	Önkol çift kırık	Alçı sonrası kompartman ve amputasyon	Tedavide mesleki acemilik
	8	Uzm. Dr.	Distal radius kırığı	Yanlış kaynama	Tedavide mesleki acemilik
	9	Uzm. Dr.	Proksimal humerus kırığı	Aksiler artere bası, amputasyon	Teşhiste yetersizlik
	10	Uzm. Dr.	Parmakta kitle	Karpal tünel sendromu ameliyatı yapılmış	Tedavide mesleki acemilik
	11	Uzm. Dr.	Femur parçalı kırık	Kısalık	Tedavide mesleki acemilik
12	Uzm. Dr.	Tırnak batması	Turnike unutulması sonrası parmak amputasyonu	Tedavide mesleki acemilik	
2006	1	Uzm. Dr.	Kollum femoris kırığı	Ameliyat sonrası kalçada artroz	Tedavide mesleki acemilik (vida eklem içinde)
	2	Uzm. Dr.	Femur kırığı	Ameliyat sırasında CFF kırığı	Tedavide mesleki acemilik
	3	Uzm. Dr.	Distal humerus yanlış kaynama	Ameliyat sırasında sinir hasarı	Tedavide mesleki acemilik, dikkatsiz eylem
	4	Uzm. Dr.	Sağ el 3. EDS kesisi	Cerrahi sonrası atel uygulanmamış	Tedavide eksik eylem
	5	Uzm. Dr.	İntertrokanterik femur kırığı	Kaynamama, tekrarlayan ameliyat	Tedavide yanlış materyal seçimi
	6	Klinik şefi	C ₅₋₆ kırıklı çıkık	Tanı konulamamış, eve gönderilmiş, kuadripleji gelişmiş, solunum arresti ve ölüm	Teşhis için yeterli tetkik yapılmamış
	7	Prof. Dr.	Distal femur encondrom	Lezyon bölgesi dışında bir bölge ekstirpiye edilmiş	Tedavide mesleki acemilik
	8	Uzm. Dr.	Gonartroz	Ameliyat sonrası böbrek yetmezliği ve ölüm (Uygulanan ilaç süresi nefrotoksiteye neden olmuş)	Tedavide mesleki acemilik
	9	Uzm. Dr.	Distal radius kırığı	Yanlış kaynama	Tedavide mesleki acemilik
	10	Uzm. Dr.	Femur kırığı	Yanlış kaynama, kısalık	Tedavide mesleki acemilik
	11	Uzm. Dr.	Opere femur kırığı plak ekstirpasyonu	Ameliyat sırasında ölüm (Anestezi uzmanı yok, sorumlu cerrah)	Tedavide mesleki acemilik
	12	Doç. Dr.	Peroneal sinir sıkışma sendromu	Yanlış ekstremite ameliyat edilmiş	Tedavide mesleki acemilik
	13	Uzm. Dr.	Sol el 5. parmak crush yaralanma	5. parmağın amputasyonu	Tedavide eksik müdahale
	14	Uzm. Dr.	El bileği kırığı	Yanlış kaynama	Tedavide mesleki acemilik
	15	Uzm. Dr.	Suprakondiler humerus kırığı	Alçı sonrası Wolkman iskemik kontraktürü	Tedavide mesleki acemilik
	16	Uzm. Dr.	Omuz çıkığı	Acil başvuruda tanı konulamamış	Teşhis için yeterli tetkik yapılmamış
	17	Uzm. Dr.	Elde kesi	Hemşire müdahale etmiş	Tedavide hekimin özensiz eylemi
	18	Uzm. Dr.	Polio sekeli	Kaynamama	Tedavide mesleki acemilik
	19	Uzm. Dr.	Parçalı femur kırığı	Ameliyat sonrası kısalık	Tedavide mesleki acemilik
	20	Uzm. Dr.	Kollum femoris kırığı	Enfeksiyon	Tedavide hekimin özensiz eylemi
	21	Uzm. Dr.	Ulna diyafiz kırığı	Kaynamama	Tedavide mesleki acemilik
	22	Uzm. Dr.	Femur kırığı	Alçı, daha sonra açık redüksiyon ve osteosentez	Her iki tedavide de eksik müdahale
	23	Uzm. Dr.	Suprakondiler humerus kırığı	Ameliyat/sevk edilmemiş	Tedavide eksik eylem
24	Uzm. Dr.	İntertrokanterik femur kırığı	Tanı konulamamış	Teşhis için yeterli tetkik yapılmamış	
25	Uzm. Dr.	Gonartroz	Gevşeme (protez yerleşimi kusurlu)	Tedavide mesleki acemilik	

Tablo 1 (Devam). Tıbbi uygulama hatası saptanan olguların yıllara göre dağılımı ve özellikleri

Yıl	Olgu	Sorumlu	Tanı	Olay	Sonuç
2007	1	Prof. Dr.	Medial plato kırığı	Konservatif tedavi	Tedavi yetersiz
	2	Uzm. Dr.	Asetabulum kırıklı çıkık	Tetik eksikliği	Teşhiste hata
	3	Uzm. Dr.	Suprakondiler humerus kırığı	Kompartman sendromu	Alçı sıkı uygulanmış
	4	Doç. Dr.	Plato tibia 6 grade 2 açık kırığı	Eksik eylem	Tedavi seçimi yanlış
	5	Uzm. Dr.	Önkol çift kırık sonrası gazlı kangren	Amputasyon	Antibiyotik zamanında verilmemiş
	6	Uzm. Dr.	Distal radius kırığı	Yanlış kaynama	Tedavi yetersiz
	7	Uzm. Dr.	Suprakondiler humerus kırığı	Kompartman sendromu	Alçı sıkı uygulanmış, takip yetersiz
	8	Asist. Dr.	Sol el 4. parmak distal interfalangeal ekleme amputasyon	Yetersiz müdahale	Mikrocerrahi sevki yok
	9	Uzm. Dr.	Sol ayak 1. parmak açık kırık	Amputasyon	Özensiz eylem
	10	Uzm. Dr.	Kalça kırığı	Gaz unutulması	Hemşire-hekim dikkatsiz eylem
	11	Hemşire	Suprakondiler humerus kırığı	Yanlış kaynama	Ameliyatta yetersiz redüksiyon
	12	Uzm. Dr.	Önkol çift kırık	Kaynamama	Tedavi yetersiz
	13	Uzm. Dr.	Torasik çıkış sendromu	Servikal kot çıkarılmamış	Tedavi hatası
	14	Uzm. Dr.	Koksartroz	Total kalça protezi uygulanmış, sonrasında çıkık olmuş, tekrar ameliyat edilmiş	Tedavi yetersiz
	15	Asist. Dr.	Önkol çift kırık	Dirsek dezartikülasyonu	Tedavide takip hatası
	16	Asist. Dr.	Önkol çift kırık	Alçı sonrası kompartman sendromu	Takip hatası
	17	Uzm. Dr.	Kısalık	Boy uzatma ameliyatı sonrası kaynamama	Tedavi yetersiz
	18	Uzm. Dr.	Femur kırığı	Kaynamama, kısalık	Tedavi yetersiz
	19	Uzm. Dr.	Sağ femur diyafiz kırığı, intertrokanterik femur kırığı	Femur plak kalça DHS	Yetersiz tespit

İncelenen dosyaların 25'inde hekim kusurlu bulundu. Kusur nedenleri iki olguda teşhiste yetersizlik, 17 olguda tedavide eksiklik idi. Sekiz hastanın ölümlü ile sonuçlanan şikayet konusu davaların üçünde hekim kusuru saptandı. Kusurlu bulunan hekimlerin çalıştıkları kurumlar şöyleydi: 12 devlet hastanesi, 10 özel hastane, iki eğitim-araştırma hastanesi, bir üniversite hastanesi. Kusurlu bulunan sağlık görevlilerinin biri profesör, biri doçent, biri klinik şefi, 22'si uzman idi (Tablo 1).

2007 yılında sonuçlanan dosyalar

Bu dönemde sonuçlanan 44 dosyadaki şikayet konusu tedavi hizmetinin 1994-2006 yılları arasında verildiği ve bu şikayetlerin 1998-2007 yılları arasında yapıldığı görüldü.

Davalı hastaların 36'sı erkek, sekizi kadın (ort. yaş 32; dağılım 1-78) idi. Hastaların 10'u çocuk yaş grubundaydı (11 yaş ve altı).

Hekime başvuruş nedeni 34 hastada geçirilmiş travma iken, 10 hastada ortopedik nedenlerdi.

Hekimlerin çalıştığı kurumların dağılımı, 19 devlet hastanesi, 14 özel hastane, dört üniversite ve yedi eğitim-araştırma hastanesi şeklindeydi.

Şikayet edilen sağlık personeli arasında bir profesör, bir doçent, 38 uzman, dört asistan (iki uzman ile birlikte), bir hemşire (uzman ile birlikte), bir klinik şefi, iki pratisyen (bir uzman ile birlikte) vardı.

İncelenen 44 dosyanın 19'unda hekim kusurlu bulundu. Kusur nedenleri bir olguda teşhiste yetersizlik, 18 olguda ise tedavide eksiklik idi. Dört hastanın ölümlüyle sonuçlanan olayların hiçbirinde hekim kusuru saptanmadı. Kusurlu bulunan hekimlerin dokuzu özel hastanede, altısı devlet hastanesinde, üçü eğitim-araştırma hastanesinde, biri üniversite hastanesinde çalışmaktaydı. Kusurlu bulunan sağlık görevlileri bir profesör, bir doçent, 15 uzman, üç asistan ve bir hemşire idi (Tablo 1).

İncelenen dosyaların genel değerlendirilmesi yapıldığında 2004-2007 yılları arasında 3. İhtisas Kurulu'nca ortopedi uzmanlık alanıyla ilgili 174 dosya değerlendirildiğinde, dava konusu ilk başvuru nedenleri 129 olguda travma, 45 olguda ortopedik nedenler idi. Elli bir travma olgusunda sağlık personeli kusurlu bulunurken, 10 ortopedi olgusunda sağlık personeli kusurlu olarak değerlendirildi.

Şikayet edilen sağlık personelinin çalıştığı kurumların dağılımı, 82 devlet hastanesi, 56 özel hastane, 17

eğitim-araştırma hastanesi, 18 üniversite hastanesi ve bir askeri hastane şeklinde idi. Kusurlu bulunan hekimlerin çalıştığı kurumların 26'sı özel hastane, 24'ü devlet hastanesi, yedisi eğitim-araştırma hastanesi, ikisi üniversite hastanesi idi.

Sağlık personelinin ünvanları ise beş profesör, altı doçent, iki yardımcı doçent, üç klinik şefi, 152 uzman, bir acil tıp hekimi, altı asistan, üç pratisyen, bir hemşire idi. Kusurlu bulunan sağlık personeli arasında iki profesör, bir klinik şefi, iki doçent, 54 uzman, üç asistan ve bir hemşire vardı.

Tartışma

Cerrahi uygulamalar sonrasında belirli oranlarda komplikasyonların ortaya çıkması olağandır. Komplikasyonların meydana gelmesinde görevli sağlık personelinin olaya katkısının bulunması durumunda veya tedavi hizmetinin uygulanışı sırasında komplikasyon sayılmayan durumların ortaya çıkması halinde tıbbi uygulama hatasından (malpraktis) söz edilir. ABD'de 1960'lı yıllardan itibaren hekimlere karşı açılan davaların sayılarında büyük rakamlara ulaşılmıştır. Günümüzde ABD ortopedi uzmanlarına karşı açılan malpraktis dava sayısı binlerle ifade edilmektedir.^[6] Ülkemizde gelişen ekonomik, sosyal ve kültürel düzeyle paralel olarak, sağlık alanında da beklentiler haklı olarak artmıştır. Sağlık personelinin şikayet edilmeleri ve malpraktis nedeniyle hukuki işlemlere maruz kalan hekim sayısı ülkemizde giderek artmaktadır. Gerek mesleki sorumluluk, sigorta sistemindeki yetersiz yapılanma ve kayıt, gerekse ceza mahkemelelerinin kayıt ve sonuçlarına ulaşımında güçlük nedeniyle veri elde etmek güçtür. Tümer'in çalışmasında^[7] Yüksek Sağlık Şurası verileri en güvenilir kaynak olarak ele alınmıştır. Ortopedi uzmanlık alanı, genel cerrahi ve kadın hastalıkları ve doğum alanlarından sonra en sık şikayet edilen uzmanlık alanı olarak sıralanmıştır. Yüksek Sağlık Şurası'nca incelenen ortopedi uzmanlık alanına ait olguların büyük çoğunluğunda sağlık personeli kusursuz bulunmuştur. Çalışmamızda yer alan dosyalar içinde tazminat davası dosyaları incelendiğinde, kusurlu bulunan sekiz olgu daha önce savcılık soruşturması sırasında bilirkişi tarafından değerlendirilmiş ve bu değerlendirmede kovuşturmaya gerek olmadığı şeklinde görüş bildirilmiştir.

Cerrahi müdahalenin hukuka uygunluğu, müdahalede bulunan kişinin buna yetkili olması, aydınlatma ve rıza varlığı ve müdahalenin mesleğin gereklerine uygun yürütülmesi şartlarına bağlıdır. İncelenen dos-

yaların sadece birinde onam formu ve/veya hastanın rızası ile ilgili sağlık personelinin eyleminde eksiklik saptanmıştır. Hastanın yeterince aydınlatılması ve onamının alınması, müdahale sonrası ortaya çıkabilecek komplikasyonlara karşı hekimin sorumluluğunu ortadan kaldırmamaktadır.

Şikayet konusu müdahalelerin büyük çoğunluğu travma nedeniyle uygulanmıştır. Hastaların başlıca şikayet nedenleri ise uzuvlarının eski fonksiyonuna kavuşmaması idi. Travma tedavisi sonrasında tıp kurallarına göre mükemmel sonuçlar elde edilse de, anatomik bütünlüğün bozulduğu ortopedik travma olgularında yaralanma öncesi fonksiyonların tam olarak kazanılamaması olağan bir durumdur. Travma sonucunda hastalar sahip oldukları normal fonksiyonlarını kaybetmektedir. Hastaların beklentilerini buna göre oluşturmaması şikayet nedeni olabilmektedir. Nitekim incelenen dosyalarda, tedavi sonrası beklenen kısıtlılık veya artroz tanımlamaları ile yapılan şikayetlerde hekimler kusursuz bulunmuştur. Travma olgularında, elektif olgulara göre hekimin hazırlığı ve hastayı değerlendirme süreci kısıtlıdır. Tanı yöntemleri ve hekimin tanı için hastaya ayırdığı süre yetersiz olabilmektedir. Bu şartlar itinasız davranış ile birleşince teşhiste hata ve eksiklikler saptanması kaçınılmaz olmaktadır. Diğer yandan, ülkemizdeki hekimlerin acil çalışma şartları, hekim başına düşen hasta sayısı, tetkik için gerekli ekipman sayısı ve kalitesi ayrı bir tartışma konusudur. Ortopedik olgularda hastalar, kalça veya diz artrozunda olduğu gibi hastalıklar nedeniyle zaten bozulmuş bir fonksiyona sahiptirler. Geçirdikleri cerrahi müdahale sonrası mükemmel sonuç yerine, mevcut durumlarına göre daha iyi derecede bir işlevselliğe sahip olmaları hastaları memnun etmek için yeterlidir. Örneğin, kalça protezi yapılmış bir hastanın ağrılarının yarı yarıya azalması bile hasta için tatmin edici olabilmektedir. Cerrah açısından da ortopedik olguların birçok avantajı vardır. Ameliyat öncesi hazırlık, malzeme temini ve ekip oluşturma açısından yeterli zaman ve seçenekleri vardır.

Şikayet edilen kurumların dağılımında devlet hastaneleri başı çekmekteydi. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı veri tabanına göre, mevcut hizmet verilen hasta sayıları incelendiğinde sıralamanın değişeceği açıktır.^[8]

Sayıda en fazla kusurlu bulunan kurum özel hastaneler olarak belirlendi. Genel kanı, özel sağlık kurumlarının hastalara gösterdiği ilgi ve hizmetin daha

fazla olduğu şeklindedir. Çoğu zaman tercih nedeni bu kurumlardaki yatak hizmetlerinin daha iyi olması, hekim ile iletişimin devlet kurumlarından ileri düzeyde olmasından kaynaklanır. Diğer yandan, belirli sayıda bir kısmı dışında, ülkemizde mevcut özel sağlık kuruluşlarının sahip olduğu teknik imkanlar devlet hastanelerinin daha gerisindedir. Ayrıca, özel hastanelerde genelde çalışan ortopedi uzmanı sayısı tektir. Bu da hekimlerin, karmaşık ve tedavisi güç bazı olgularda tedavi sürecinde yalnız kalmalarına neden olmaktadır. Zaman zaman ihtiyaç duyduğumuz daha tecrübeli bir meslektaşın görüşleri ve/veya mesleki becerisi, daha üst bir kuruma sevk etme konusunda hastanın isteksiz davranması veya hekimin bundan çekinmesi, bu sağlık kuruluşlarında tedavi aşamasında hataların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Özel sağlık kuruluşlarından hizmet alan hasta grubunun sosyoekonomik ve kültürel açıdan yüksek seviyede olduğu kabul edilen bir gerçektir ve bu hasta grubu sağlık hizmet bedellerinin büyük bir kısmını kendileri karşılamaktadır. Bu faktörler, hasta grubunun beklentileriyle birlikte hak arama bilinçlerinin de artmasına yol açmaktadır.

Kurumlar arasındaki çalışma şartlarının farklılığı, çalışan sağlık personeli sayısı ve hizmet verilen hasta grubunun sosyal, eğitim ve ekonomik düzeylerinin de dikkate alınması gerektiği herkesçe kabul edilir. İncelenen dosyalarda hasta grubunun sosyoekonomik düzeyi, meslek grubu ve eğitim seviyesi ve buna bağlı olarak tedavi aşamasında hekim ile olan iletişimi hakkında bilgi edinmek mümkün olmadı; ancak, tedavi sürecine bu etkenin katkısı olduğu gerçektir. Hastanın tedaviye uyumu, hekim tavsiyelerine uyup uymadığının sorgulanması subjektif bir değerlendirme gibi görünse de, tıbbi kayıtlar ve hastaya tedavisi ile ilgili önerilerin kağıda dökülmesi hekimin savunması için temel kanıtları oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetlerini uygularken malpraktisten korunmak için öncelikle malpraktisin anlamını kavramak gerekir. Kısaca, güncel tıbbi bilgiler ışığında kabul gören standart tanı, tedavi ve takip uygulamalarının eksik veya yanlış yapılması ve bunun sonucunda hastanın zarar görmesi malpraktis olarak tanımlanır. "Standart" olarak kabul edilenler, ortopedi ve travmatoloji alanındaki güncel referans kitaplarında yazılı olan tanı, tedavi ve takip şekilleridir. Bu noktadan sonra eylemlerin değerlendirilmesinde bilirkişiler ve kurumlar devreye girmektedir. Sağlık personelinin tıbbi uygulama hatalarından korunması,

hekimin mesleği alanındaki temel prensipleri bilmesine ve bunları güncel bilgilerle pekiştirmesine bağlıdır. Hekim mesleki tecrübe ve becerisinin yetersiz olduğunu düşündüğü karmaşık olgularda hastayı üniversite veya eğitim-araştırma hastanelerine sevk etmekten kaçınmamalıdır.

Hasta ile iyi bir iletişim kurulması şikayetlerden korunmak için temel teşkil eden diğer bir unsurdur.^[3] Tanı, tedavi ve takip aşamalarında hasta ile kurulacak iletişim; olası tedavi şekillerinin, komplikasyonların hasta ile ayrıntılı konuşulması, hasta hekim ilişkisini güçlendirmektedir.^[9] Hastanın yeterince dinlenmemesi, şikayetlerinin irdelenmemesi durumunda teşhis ve tedavi hataları kaçınılmaz olabilmektedir. Öte yandan, tedaviye katkısı olmayan diğer sağlık personelinin tedavi ve tedaviyi yapan personel hakkında olumsuz görüşler bildirmesi ve kötülemesi hekim-hasta ilişkilerinde gerginliğe neden olmaktadır.

Sağlık personelinin kusuruna bağlı veya kusursuz olduğu durumlarda ortaya çıkan şikayet olgularında hekimin tek savunma kaynağı tıbbi kayıtlardır.^[8] Tıbbi kayıt hastanın sağlık kuruluşuna başvurduğu andan itibaren özenli ve eksiksiz olarak yapılmalıdır. Hastaya müdahaleyi hukuka uygun hale getiren, hastanın aydınlatılması ve rızasının kayıt altına alınması olmazsa olmazdır. Hastanın tedavi öncesi başvuru nedeni dışındaki rahatsızlıkları kesinlikle göz ardı edilmemelidir. Örneğin, romatoid artrit olan bir hastada kaynamanın gecikebileceği hastaya söylenmeli veya diyabeti olan bir hastada olağandışı yara sorunlarının ortaya çıkabileceği bildirilmelidir. Müdahale öncesi hastaya sistematik yaklaşımda bulunulmalıdır. Lokal muayenesi ile ilgili tüm bilgiler eksiksiz kayıt altına alınmalı ve istenecek grafilerin tıp kurallarına uygun olmasına ve bunların kayıt altına alınmasına azami dikkat gösterilmelidir. Cerrahi müdahalenin kaydı eksiksiz olmalıdır. Ekartörler yerleştirilirken nörovasküler yapılara dikkat edildiği ve korunduğunun yazılması, hekimin mesleki özeni gösterdiğinin tek kanıtı olabilir. Ameliyat sonrası fizik muayene bulgularının eksiksiz kaydedilmesine, ilaç ve diğer branş hekimlerinin kaydına (konsültasyon notları, vb.) önem verilmelidir. Profilaksi amaçlı uygulanan düşük molekül ağırlıklı heparin preparatının kayıtlı olmaması tromboemboli olgularında hekime doğrudan sorumluluk yüklenmesine neden olmaktadır. Hastanın taburcu olmasını takiben yapılan kontrollerin ve önerilerin (yük vermeme, atel kullanma gibi) de kayıt altına alınması hekim sorumluluğundadır.

Ülkemizde cerrahi dışı yöntemlerle tedavi edilen olgularda (alçı, atel gibi) tıbbi kayıt açısından birçok eksiklik görülmektedir. Kontroller sırasında hastanın nörovasküler durumunun kaydı, grafilerdeki kısalık, rotasyon gibi bulguların kaydı oldukça önemlidir.

Tıbbi uygulama hatalarını en aza indirmek için alınması gereken önlemlerin başında, hekimlerin mesleki bilgi ve becerilerini geliştirmek ve hasta ile kuracakları iletişimi en üst seviyede tutmak gelmektedir. Uzmanlık derneklerinin bu konuda daha çok sayıda seminer düzenlemesi ve hekimleri aydınlatmasının faydalı olacağı açıktır.

Kaynaklar

1. Kellsey DC. The anatomy of orthopaedic malpractice. A study of two hundred and fifty cases. J Bone Joint Surg [Am] 1975;57:1013-8.
2. İçel K, Ünver Y. Tıp ve ceza hukuku. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2004.
3. Birgen N, Mahmutoğlu FS, İçmeli ÖS, Anolay NN, Kaptanoğlu K. Tıbbi uygulama hatalarını değerlendirmede karşılaşılan yasal sorunlar. In: 11. Ulusal Adli Tıp Günleri Poster Sunuları; İstanbul: Adli Tıp Kurumu Yayınları; 2004. s. 303-6.
4. Çilingiroğlu C. Tıbbi müdahaleye rıza. İstanbul: Filiz Kitabevi; 1993.
5. Şuekin S. Tıpta yanlış uygulamalar nedeniyle hekimin sorumluluğu ve mesleki sorumluluk sigortası. SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi Mart 2007. Erişim adresi: <http://www.sdplatform.com/KonukYazarMakale.aspx?ID=27>.
6. Ries MD, Bertino JS Jr, Nafziger AN. Distribution of orthopaedic surgeons, lawyers, and malpractice claims in New York. Clin Orthop Relat Res 1997;(337):256-60.
7. Tümer AR. 1995-2000 yılları arasında Yüksek Sağlık Şûra'sına gelen ortopedi vakalarının değerlendirilmesi. Artroplasti Artroskopik Cerrahi 2003;14:182-7.
8. Yataklı Tedavi Kurumları İstatistiği. Erişim adresi: <http://www.saglik.gov.tr>.
9. Nebel EJ. Malpractice: love thy patient. Clin Orthop Relat Res 2003;(407):19-24.