

Yoğun Bakım Ünitelerinde ve İnfeksiyonlarında Etik ve Yasal Sorunlar

Sorumluluk Eksikliğinin Sorunları ve Hukuki Boyutu

Nur BİRGEN*

* Adli Tıp Kurumu, 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu Başkanı, İSTANBUL

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu (TCK)'nun 22. maddesinde taksirin tanımı yapılmıştır. Bu maddenin ikinci fıkrasında taksir, “dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmemeyerek gerçekleştirilmesidir” şeklinde tanımlanmıştır^[9].

Kanunun gerekçesinde ise,

“Taksirli suçların belirgin özelliği, icrai veya ihmali şekilde olabilen iradi hareketin varlığı ve kanuni tanımında yer alan unsurlardan birinin öngörülmemiş olmasıdır. 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. Bu dikkat ve özen yükümlülüğünün belirlenmesinde, failin kişisel yetenekleri göz önünde bulundurulmaksızın, objektif esastan hareket edilir. Nitekim toplum halinde yaşamının güvenli bir biçimde sürdürülebilmesi için, çeşitli alanlarda kişile-

rin dikkat ve özenli davranmalarıyla 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 değerlendirmeye ancak olay hakim tarafından yapılabilir. Bu nedenle, taksirden dolayı kusurluluğun matematiksel olarak ifadesi mümkün değildir. Ancak, normatif değerlendirmeyle hakim 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 ihlal edilip edilmediğinin belirlenmesi açısından bilirkişi incelemesi yaptırılabilir. Örneğin ölümle sonuçlanan bir ameliyat sırasında hastaya yapılan tıbbi müdahalenin tekniğine uygun olarak yapılmış olup olmadığının belirlenmesi açısından bilirkişi inceleme-

Yazışma Adresi: Uzm. Dr. Nur BİRGEN

Adli Tıp Kurumu, 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu Başkanı,
İSTANBUL

e-mail: nur.birgen@gmail.com

sine gerek bulunduğu muhakkaktır. Keza, ölüm veya yaralanma ile sonuçlanan bir trafik kazasında, sürücülerin trafik kurallarına uyup uymadıklarının, hangi trafik kuralının ne suretle ihlal edildiğinin, trafiğe çıkarılan aracın teknik bakımından 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 hakim yetkisinde bulunan kusurluluk konusunda herhangi bir değerlendirme yapılmamalıdır. Aksi yöndeki tutum, bilirkişilik görevinin sınırını aşmayı ve hakim yerine geçmeyi ifade eder.

Hakim, 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]

Tıbbi uygulama hataları taksir kapsamında ele alınmakta olup, taksirle zarar meydana getirilmesi durumunda sorumlu olan kişi TCK'nın 85 ve 89. maddesi kapsamında işlem görecektir.

TCK'nın 85. maddesi taksirle eylem sonucu ölüm ortaya çıkması hallerini düzenlemektedir. Bu maddeye göre, taksirle bir insanın ölümüne neden olan kişi, iki yıldan altı yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

TCK'nın 89. maddesinin birinci fıkrasında ise, taksirle yaralamanın tanımı yapılmış ve “Taksirle başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının bozulmasına neden olan kişi, üç aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır” denilmiştir. Bu yaralamanın ağırlaşmış hali ise 89. maddenin ikinci fıkrasında,

“Taksirle yaralama fiili mağdurun;

- Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,
- Vücudunda kemik kırılmasına,
- Konuşmasında sürekli zorluğa,
- Yüzünde sabit ize,
- Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma,
- Gebe bir kadının çocuğunun vaktinden önce doğmasına neden olmuşsa, birinci fıkraya göre belirlenen ceza yarısı oranında arttırılır.”

89. maddenin üçüncü fıkrasında ise,

“Taksirle yaralama fiili mağdurun;

- İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine,
- Duyularından veya organlarından birinin işlevini yitirmesine,
- Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına,
- Yüzünün sürekli değişikliğine,
- Gebe bir kadının çocuğunun düşmesine, neden olmuşsa birinci fıkraya göre belirlenen ceza bir kat arttırılır.” şeklinde tanımlanmıştır.

Sağlık personelinin taksirli eylemi sonucunda yukarıdaki sonuçlardan hangisinin ortaya çıktığına bakılacak ve hakim takdirini buna göre yapacaktır. TCK'nın 89. maddesinde bilinçli taksir hali hariç, taksirle yaralama suçlarının tümü şikayete bağlı suç haline getirilmiştir.

Taksirli davranış dışında görevi kötüye kullanma nedeniyle de sağlık personeli hakkında ceza davası açılabilir. 257. madde hükümlerine göre;

1. Kanunda ayrıca suç olarak tanımlanan haller dışında, görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle, kişilerin mağduriyetine veya kamunun zararına neden olan ya da kişilere haksız bir kazanç sağlayan kamu görevlisi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

2. Kanunda ayrıca suç olarak tanımlanan haller dışında, *görevinin gereklerini yapmaktan ihmal veya gecikme göstererek, kişilerin mağduriyetine veya kamunun zararına neden olan ya da kişilere haksız bir kazanç sağlayan kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.*

Tazminat davaları ise, Borçlar Kanunu esaslarına göre açılmaktadır. 41. maddede “Gerek kasten gerek ihmal ve teseyyüp yahut tedbirsizlik ile haksız bir surette diğer kimseye bir zarar ıka eden şahıs, o zararın tazminine mecburdur.” hükmü bulunmakta ve hizmet sırasında taksirli eylemi olan sağlık personelinin tazminat ödeyeceği belirtilmektedir. TCK'da, her kişi eylemi nedeniyle ayrı ayrı değerlendirmeye tabi tutulurken Borçlar Kanunu hükmüne göre müteselsilen (silsile izleyerek) sorumludurlar. Yani hakim zararı tazmin ettirirken toplu olarak alabilir, daha sonra zararı ödeyen diğer so-

rumlulardan bu zararın tazminini isteyebilir. Örneğin; dava özel bir sağlık kuruluşu aleyhine açılmışsa, tazminatı hastane yönetimi öder, ancak bu zararın ortaya çıkışında sorumlu olan cerrahi uzmanı, infeksiyon hastalıkları uzmanı ise, onlara rücu davası açarak bu tazminatı ödemelerini talep edebilir.

Ceza hukuku ile medeni hukuk arasındaki ilişki ise 53. maddede açıklanmıştır. Bu madde hükümlerine göre, hakim, kusur olup olmadığına karar vermek için cezai soruşturma ya da kovuşturmanın tamamlanmasını beklemek zorunda olmadığı gibi, ceza kovuşturması sonunda verilen beraat kararı ile de bağlı değildir. Yani ceza davasında beraat edilse dahi tazminat ödenebilir.

Hastane infeksiyonları ile ilgili şikayetler gün geçtikçe artmaktadır. 11 Ağustos 2005 gün ve 25903 sayılı Resmi 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 iletme 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.

Hastanelerdeki nöbet sistemi düzenlenirken 13 Ocak 1983 tarih ve 17927 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği hükümlerine dikkat edilme-

lidir. MADDE 43’teki tabip nöbetleri düzenlemesinde,

“A) Tek tabip bulunan kurumlarda, kurumda yatan hasta varsa, tabip arandığında bulunabileceği yeri bildirmekle ve akşam vizitlerini yapmakla görevlidir.

B) Baştabip dahil iki veya üç uzman bulunan kurumlarda sadece ev nöbeti tutulur.

C) Baştabip dahil dört ve daha yukarı tabip bulunan kurumlarda normal nöbet tutulur. Ancak baştabip dahil beş veya yukarı olduğu zaman baştabip nöbet tutmaz.” denilmektedir. Birçok sağlık kuruluşunda bu hükme dikkat edilmediğini ve doçent, profesör ünvanlı hekimlerin uzman sayılmayarak nöbete dahil edilmediklerini ve uzman kadrosundaki hekimlere icap nöbeti tutturulduğunu görmekteyiz.

Arşiv düzenlemesi ve kayıt yetersizliği de karşılaştığımız sorunlardandır.

15 Haziran 1988 tarih ve 19816 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre, idareler, arşiv malzemesi ile arşivlik malzemenin korunması ile ilgili olarak;

- a. Yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toza ve her türlü hayvan ve haşaratın tahriplerine karşı gerekli tedbirlerin alınmasından,
- b. Yangına karşı, yangın söndürme cihazlarının yangın talimatı çerçevesinde daimi çalışır durumda bulundurulmasından,
- c. Arşivin her bölümünde uygun yerlerde higrometre bulundurmak suretiyle, rutubetin %50-60 arasında tutulmasından,
- d. Fazla rutubeti önlemek için, rutubet emici cihaz veya kimyevi maddelerin kullanılmasından,
- e. Yılda en az bir defa mikroorganizmalara karşı koruyucu tedbir olarak arşiv depolarının dezenfekte edilmesinden,
- f. Işık ve havalandırma tertibatının elverişli bir şekilde düzenlenmesinden,
- g. Isının mümkün olduğu kadar sabit (kağıt malzeme 12-15 derece arasında) tutulmasından, sorumludurlar.

Kurumlar, belirli bir süre saklayacakları arşivlik malzeme için “Birim Arşivleri”, daha uzun bir süre saklayacakları arşiv malzemesi veya arşivlik malzeme için “Kurum Arşivle-

ri”ni kurarlar. Ellerinde bulunan arşivlik malzeme birim arşivlerinde 1-5 yıl süre ile; arşiv malzemesi ise, kurum arşivlerinde 10-14 yıl süre ile saklanmalıdır.

Sağlık personelinin kusurlu davranışını tespit edebilmek için cumhuriyet başsavcılıkları ve mahkemelerin teknik görüşüne başvurdukları resmi bilirkişiler, Adli Tıp Kurumu ve Yüksek Sağlık Şûrası’dır. Adli Tıp Kurumu hem ceza hem hukuk mahkemelerince gönderilen dosyalar hakkında görüş vermekte iken, Yüksek Sağlık Şûrası 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 fakültesinden 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 salahi yetli 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 anlatmalıdır. 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 iş birliği 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 (onam) alınması genellikle ihmal edilen önemli bir nokta olup, bunun kayıt altına alınması da unutulmamalıdır. Rızası alınan kişinin reşit olması ve hukuki ehliyetini etkileyecek derecede bir akli arıza içinde bulunmaması gerekir^[5,6].

Müdahale hukuka uygunsa, 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 konulması, 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 bir dosya örneği, değerlendirme şeklimizi aktarabilmek amacıyla aşağıda sunulmuştur.

OLGU

-Ölümün bebekte daha önceden meydana gelen bir hastalıktan mı, yoksa iddialar doğrultusunda kuvöz ortamındaki hijyen şartlarına uyulmamasından kaynaklanan mikrobik bir enfeksiyondan mı olduğu,

-Uygulanan tedavide herhangi bir eksiklik, yanlışlık, tedaviyi uygulayan doktorların tedavi kusurlarının bulunup bulunmadığı, ölümler varsa tedavi kusuru arasında illiyet bağı olup olmadığı sorulmaktadır.

1. Baba ...'nin 15.6.2006 günü savcılıkta verdiği ifade; doğumdan hemen sonra yoğun bakım ünitesine alındığı ve normal kuvözün bir üst modeli olan kruvazörlü kuvöze konulduğu, burada 12-13 gün kaldıktan sonra tekrar normal kuvöze alındığı, normal kuvözde iken bebeğe mikrop bulaşır diye yanına almadıkları ancak hademe ve personelin galoşsuz ve eldivensiz temizlik yaptıkları, çocuğun durumunun iyiye gittiği ancak 13.6.2006 günü öldüğünü ifade ettiği,

2. Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 25.5.2006 yatış tarihli hastane evrakının aslının incelendiği, vajinal yolla baş gelişi olarak doğan ve aspire edilip O₂ verilen 1. dakikada Apgar 4, 5. dakikada 9 olan 31 haftalık SKÇ +, İKÇ + olması nedeniyle kadın doğum kliniğinden gönderildiği, saat 08.00 fizik muayenede kalp tepe atımı 140 dakika, solunum sayısı 50/dakika, aktivite canlı, turgor normal, siyanoz, ödem, İKÇ yok, solunum şekli torakoabdominal, solunum sesleri doğal, retraksiyon SKÇ + İKÇ + kardiyovasküler sistem doğal moro refleksi -/-, yakalama, emme, arama refleksi negatif, GÜS doğal, anüs açık, ekstremiteler doğal, 1480 g ağırlığında saat 10.00'da genel durumu stabil CPAP'a alındığı, SS 60/dakika, CPAP sonrası hastanın inleme + retraksiyonu yok, kalp tepe atımı 158/dakika, sat; %100, saat 14.00'te GD stabil, SS 66/dakika olması ve kliniğinin bozulması üzerine alınan kontrol kan gazında pH; 7.277, PO₂; 103, PCO₂; 31.9, HCO₃; 15.9, metabolik asidozu mevcut, KŞ; 85 mg/dL, saat 22.30'da SS 80-90 civarında, sat; %89, kan gazı alındığı, pH; 7.39, PCO₂; 312, PO₂; 41.1, HCO₃; 20.6, saat 14.00 KTA; 146, Sat %76, hasta entübe edildiği, sürfaktan verilmesi planlandığı, saat 21.17'de PH; 7.35, PO₂; 147, PCO₂; 37.1, saat 22.00'de pH; 7.29, PCO₂; 44.8, PO₂; 86.1, midesi kirli olan hastaya Ulcuran

başlandığı, 27.5.2006 günü kan gazları düşen hastanın tekrar entübe edildiği, Sat; %100 olduğu, 28.5.2006 günü genel durumu iyi değil, entübe, her iki akciğer eşit havalanıyor, KŞ; 65 mg/dL, Hct; %35, T. Bil; 4.3, PH; 7.28, PCO₂; 446, PO₂; 95.0, HCO₃; 20.1, 29.5.2006 günü TB; 8.4, fototerapi başlandığı, 20 cc/kg eritrosit süspansiyonu istenildiği, Htc; %21.6, Hb; 10.1 g/dL, 30.5.2006 günü ekstübe edildiği,

31.5.2006 günü genel durumu orta, stabil solunumu düzenli, fototerapi devam ediyor, oral beslenmesi denenecek, 1.6.2006 günü genel durumun stabil, üç gündür gaita çıkışı olmadığı için gliserin supp. verildiği,

2.6.2006 günü genel durumu stabil, bilirubin yüksek olduğu için fototerapi devam edildiği, takipnesi mevcut, çekilmesi yok, mide temiz olmadığı için oral başlanmadığı, 4.6.2006 günü genel durumu orta, solunumu rahat, 5.6.2006 günü fototerapi stoplandığı, solunumun rahat, NG ile orali minimal aldığı, postnatal 13. gününde göbek ucu kateteri kültürü alındığı, 9.6.2006 günü kuvöz içi O₂ alıyor, KTA; 150/dakika, SS 40/dakika, NG ile 5 cc alıyor, zaman zaman rezidüleri oluyor, yakalama 1/1, Moro olmadığı, Cermevit alıyor, 12.6.2006 günü FM bulguları doğal, NG ile besleniyor, Ulcuran stoplandığı, yenidoğan refleksleri iki taraflı iyi alınıyor, 13.6.2006 günü genel durumu kötü, hasta entübe edilerek yoğun bakıma alındığı, KTA; 135/dakika, SPO₂; %94, Hb; 9 mg/dL olan ve çok soluk görülen hastaya eritrosit süspansiyonu verildiği, takiplerinde kalp tepe atımı olmayan SO₂ %60 olan hastaya kalp masajı ve ambu yapıldığı, KTA alınmaya başlandığı, 2 kez 0.1 mg Adrenalin yapıldığı, saat 15.30'da eks kabul edildiği, 25.5.2006 tarihinden itibaren Ampisina 2 x 75 mg IV, Neotromycin 1 x 7.5 mg IV başlandığı, 27.5.2006 günü Ulcuran, Dormicum, Ca, potasyum, klorür, heparin ilave edildiği, 30.5.2006 günü Cermevit 1 x 1.5 cc başlandığı, 25.5.2006 günü ateş 35.5-36.8°C arası, 26.5.2006 günü ateş aynı seyrettiği, 27.5.2006 günü ateş 37°C'ye çıktığı, 28.5.2006 günü 36°C'nin altına düştüğü, yattığı süre içinde ateş 37°C'nin üzerine çıkmadığı, 13.6.2006 günü ateş 35°C civarı olduğu, beyaz küre 29.5.2006 günü 4000, 5.6.2006 günü 17.100, 13.6.2006 günü 52.000 alındığı, 13.6.2006 tarihli kültür ve antibiyogram raporunda kateter ucunda *Pseudomonas aeruginosa* ürettiği,

Tedavi tabelasında 25.05.2006 Ampisina 2 x 7.5 mg ve Netromisin 1 x 1 mg mayi order edildiği,

Hasta tabelası formunun aslında,

26.5.2006 Ampisina 2 x 75 mg, Neutromisin 1 x 7.5 mg.

13.6.2006 günü de dahil aynı diğer destek tedavileri ile birlikte antibiyotiklerin order edilmiş olduğu,

Laboratuvar sonuçlarının incelendiği;

13.6.2006, kateter ucu kültürde *P. aureginosa* ürettiği, antibiyogram raporunda; sefoperazon, imipenem, tobramisin, meropenem, sefepim duyarlı olup

Ampisilin, amoksisilin, seftalotin, sefazolin, sulbaktam, sefotavim, seftazidim dirençli olduğu,

26.5.2006 CRP negatif,

13.6.2006 1.45 (0-0.8)

TARİH	BK	Hb	PLT
29.5.2006	4000	10.1 g	119 bin
5.6.2006	17.100	11 g	392 bin
13.6.2006	5200	9.7 g	20 bin

Günlük müşahade ve muayene kağıdına yazılı doktor günlük takip notlarının olduğu,

25.5.2006 günü 08.00'den itibaren genel durum orta olup nazal CPAP ile solunum sıkıntısının izlendiği, kan gazlarının bozulması ile 26.5.2006 günü entübe edildiği, sürfaktan verilmesi planlandığı, verildiği,

27.5.2006 tekrar entübe edildiği,

28.5.2006 entübe,

29.5.2006 genel durum kötü mayisine human albumin katıldığı,

30.5.2006 entübe 11.00'de ekstübe edildiği, CPAP'de izlendiği,

3.6.2006 yenidoğana geçişi planlandığı, genel durum orta, stabil, sol rahat,

5.6.2006 NG'den oral beslenmesinin denendiği,

6.6.2006 NG'den az 1-2 cc beslendiği, 133 gün, kültür göbek ucu kateteri,

12.6.2006'ya dek genel durum stabil, orta NG'den 5-7 cc + mayi ile beslendiği,

13.6.2006 genel durum kötüleştiği, entübe edildiği,

13.6.2006 günü 09.30'dan itibaren takibi yazılı olup, uygulanan ilaçların yazılı olmadığı,

3. 16.6.2006 günü fethi kabir yapılarak elde edilen cesede Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi'nde aynı gün yapılan otopsiye ait düzenlenen 22.9.2006 tarih, 1898/32034 sayılı otopsi raporunda; 42 cm boyunda, 1600 g ağırlığında, erkek bebekte ölü katılığı gelişmiş olup ölü lekeleri ayırt edilemediği, vücudun tümünde çürümeye bağlı sarı-yeşil renk değişiklikleri görüldüğü, alında enjeksiyon izi görüldüğü, el ve ayak tırnakları pulpa sınırını geçmemiş, ayak tabanı ve kulak sayvan değişiminin tamamlanmamış olduğu görüldüğü, oturma yüksekliği 29 cm, baş çevresi 30 cm, göğüs çevresi 24 cm, ayak tabanı 6 cm, biparietal çap 8 cm, frontooksipital çap 10 cm, karın çevresi 25 cm, mentooksipital çap 11 cm ölçüldüğü,

Saçlı deri altında çürümeye bağlı sarı-yeşil değişiklikler görüldüğü, beyin, beyincik 250 g tartıldığı, yüzey ve kesitlerinde makroskobik patolojik özellik görülmediği, kaide kemikleri sağlam bulunduğu,

Göğüs cilt altında çürümeye bağlı renk değişiklikleri görüldüğü, sağ akciğer 40 g, sol akciğer 30 g tartıldığı, her iki akciğer kesit ve yüzeylerinde makroskobik patolojik özellik görülmediği, kalp 20 g tartıldığı, büyük damar transpozisyonu, anomalisi saptanmadığı,

Boyun organlarının tetkikinde; trakea, boyun omurları, hiyoid kemik ve boyun yumuşak dokularında özellik saptanmadığı,

Karaciğer 80 g tartıldığı, yüzey ve kesitlerinde makroskobik patolojik özellik görülmediği, dalak anatomik pozisyonunda bulunduğu, mide boş bulunduğu, her iki böbrekte, yüzey ve kesitlerinde fotal lobülasyon ve çürüme dışında özellik görülmediği,

Her iki testis skrotum içinde bulunduğu, timus 40 g olup yüzey ve kesitlerinde makroskobik patolojik özellik görülmediği,

Mesane boş bulunduğu, yıkama sıvısı alındığı,

4. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Kültür Laboratuvarının 20061052562 ve 2006127150 protokol no'lu raporlarında; beyin omurilik sıvısında az sayıda lökosit ve genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz (GSBL) yapan *Klebsiella pneumoniae*, akciğerde gram-pozitif diplokoklar, gram-negatif çomaklar ve GSBL yapan *K. pneumoniae*, kan-

da GSBL yapan *K. pneumoniae* ve rektal sü-
rüntüde GSBL yapan *Escherichia coli* saptan-
dığı, şiltede havadan bulaşan kontaminant ola-
rak değerlendirilen gram-pozitif çomaklar gö-
rüldüğü,

Histopatolojik tetkik raporunda;
Miyokard; birkaç damarda iltihabi staz,
Akciğer, karaciğer; otoliz,
Böbrek; otoliz başlangıcı,
Beyin; otoliz başlangıcı,
İnce bağırsak; otoliz,
Dalak; hiperemi,
Timus; hiperemi belirlendiği kayıtlıdır.

5. 1. İhtisas Kurulu'nun 31 Ocak 2007 tarih ve 279 sayılı kararında;

1. Otopsi esnasında alınan örneklerde ara-
nan toksik maddelerden hiçbirinin bulunmadı-
ğı, cesette haricen ve iç organlarda travmatik
değişim tarif edilmediği,

2. Prematüre ve solunum sıkıntısı mevcut
olarak yaklaşık 1500 g doğan immatür (rahim
içi gelişimini tamamlamamış) bebeğin ölümü-
nün kendinde mevcut bu patolojinin takip ve
tedavisi sırasında oluşan sepsis ve gelişen
komplikasyonlar sonucu meydana gelmiş oldu-
ğu, infeksiyon (sepsis) gelişmemesi halinde de
yaşama şansının düşük olduğu bildirilmiştir.

6. 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu'nun kararında ise,

“Prematüriteye eşlik eden mekanik venti-
lasyon (solunum yetmezliği nedeniyle solunum
desteği sağlayan aygıtlarla tedavi) ve invaziv
girişimlerin gerektiği yenidoğan olgularda, no-
zokomiyal infeksiyon sıklığı literatürde, dün-
yada %20-40 olup, Türkiye’de %27-55 oranla-
rında tanımlanmış olup, bu infeksiyonun orta-
ya çıkışının bir komplikasyon olarak kabul
edildiği, doğum ağırlığı 1430 g prematüre, so-
lunum yetmezliği olan bebeğin infeksiyon ol-
masa da yaşam şansının düşük olduğu,
25.5.2006 doğumlu bebek’ye Eğitim ve
Araştırma Hastanesi’nde uygulanan tedavinin
tıp kurallarına uygun olduğu” kayıtlıdır.

Tıbbi uygulama hatalarını azaltabilmek için
alınabilecek önlemler de şöyle sıralanabilir:

- Tıp eğitimi sisteminin değiştirilmesi,
- Mezuniyet sonrası sürekli eğitim prog-
ramlarının olması,

- Kayıtların çok düzenli olarak tutulması
ve saklanması,
- Yapılan her işlemin hastaya detaylı ola-
rak anlatılması,
- Ortaya çıkabilecek komplikasyonlar ko-
nusunda uyarılması ve onamının alınması,
- Hastaya anlatılanların kayda geçirilmesi,
- Uzmanlık derneklerinin öncelikle kendi
uzmanlarının görev alanlarını belirlemeleri,
- Yapılacak olan işlemler hakkında hasta-
ları aydınlatıcı formlar hazırlamaları ve bu
formların Türkiye geneline dağıtılarak tüm
hastanelerde kullanımının sağlanması,
- Onamı alınması gereken hastanın bu for-
mu okuyup imzalaması ve formun hekimce
saklanması gereklidir.

Kayıtların düzgün tutulması, tıbbi belgele-
rin ve grafilerin düzgün arşivlenmesinin heki-
min en büyük sigortası olduğu akıldan çıkartıl-
mamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Adli Tıp Kurumu Kanunu. <http://www.atk.gov.tr>
2. Alver C. İdari Yargılama Usulü Kanunu. 3. Baskı. Ankara: Şafak Matbaacılık, 1993:45.
3. Armağan T. İdarenin Sorumluluğu ve Tam Yargı Da-
vaları. 1. Baskı. Ankara: Seçkin Kitabevi, 1997:25.
4. Birgen N, Mahmutoğlu FS, İçmeli ÖS, Anolay NN,
Kaptanoğlu K. Tıbbi Uygulama Hatalarını Değer-
lendirmede Karşılaşılan Yasal Sorunlar. 11.Ulusal
Adli Tıp Günleri Poster Sunuları Kitabı. İstanbul:
Adli Tıp Kurumu Yayınları, 2004:303-6.
5. Çilingiroğlu C. Tıbbi Müdahaleye Rıza. 1. Baskı.
İstanbul: Filiz Kitabevi, 1993:16,52,72.
6. İçel K, Ünver Y. Tıp ve Ceza Hukuku. 1. Baskı. An-
kara: Seçkin Yayıncılık, 2004:27.
7. Koç S, Yorulmaz C. Hekimin Yasal Sorumlulukları.
Sosyal Z, Çakalır C (editörler). Adli Tıp Cilt 1. 1.
Baskı. İstanbul: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Yayınları,
1999:45-61.
8. Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi. <http://www.ttb.org.tr/TD109/23.php3>
9. Özgenç İ. Türk Ceza Kanunu Gazi Şerhi. 1. Baskı.
Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2005:305-7.
10. Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yö-
netmeliği. [http://www.ttb.org.tr/mevzuat/modu-
les.php?name=News&file=article&sid=362](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/modu-
les.php?name=News&file=article&sid=362)