

ADLİ TIBBİ AÇIDAN MALPRAKTİS ve HEKİM SORUMLULUĞU

FORENSIC MEDICINE RELATED PHYSICIAN LIABILITY AND MALPRACTICE

Sermet Koç

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

e-mail: sermetkoc@gmail.com

DOI:10.5152/tcb.2014.002

Özet

Hekimler, tıbbın kabul ettiği normal risk ve sapmaları çerçevesinde doğabilecek istenmeyen, kötü sonuçlardan (komplikasyon) sorumlu değildir. Hekim, tedavi sonucunda ortaya çıkacak riskten ancak hata yapması (malpraktis) halinde sorumlu tutulabilir. Tıbbi uygulama hataları başlıca tanı ve tedavi süreci ile ilişkili hatalardır; ayrıca iletişim, ekipman yetersizliği gibi diğer etkenlerden kaynaklanan hatalar da söz konusu olabilir. Malpraktisin meydana gelmesinde olgunun niteliği, rastlanma sıklığı, olumsuz sonuca yol açma sıklığı, olumsuz sonucun erken fark edilebilme, engellenebilme özelliği, tedavi koşulları, aydınlatılmış onam özellikle önem taşır. Bu farklı etkenler, daha sonraki süreçte bilirkişi ve yargı kararlarını önemli derecede etkilemektedir. Malpraktis olgularının bir kısmı her hekimin karşılaşılabileceği genel hekimlik uygulamaları ile ilgili; bir kısmı ise bir uzmanlık alanı veya spesifik bir tanı-tedavi yöntemi ile ilişkilidir. Bu yazıda malpraktis, hukuksal ve adli tıbbi boyutu, tıbbi uygulamalardaki yaklaşımlar açısından ele alınmıştır. Malpraktiste hekim sorumluluğu konusu, özellikle göğüs cerrahisi ve göğüs hastalıkları alanı açısından örneklerle verilmiştir.

Anahtar kelimeler: Tıbbi malpraktis, hekim sorumluluğu, adli tıp

Günümüz hukuk anlayışında, hekimler ve diğer sağlık personeli çalışmalarını “izin verilen risk” kavramı çerçevesinde yerine getirirler. İzin verilen risk’in tıbbi karşılığı komplikasyon’dur ve tek başına kusur sayılmaz. Hekimlik, doğası gereği riskli bir meslektir. Her tıbbi girişimin, tıbbın kabul ettiği normal risk ve sapmaları çerçevesinde doğabilecek kötü sonuçlar hekimi sorumlu kılmaz. Ancak tıbbi yardımın özenle yürütülmesi zorunluluğu (özen borcu) vardır. Beklenen özen ise hiç kuşkusuz ilgili sağlık biriminin tıbbi olanakları ve tıbbi girişimin tehlikelilik derecesi ile orantılıdır. Hekim, tedavi sonucunda ortaya çıkacak riskten ancak kusur yapması (malpraktis) halinde sorumlu tutulabilir (1-4).

Abstract

Physicians are not held responsible for unwanted complications that arise from any medical procedure. A physician will only be responsible in case of mistake (malpractice) and not risks associated with the treatment. The main medical malpractice cases are associated with diagnoses and treatment; however, it can also include communication errors and other factors such as equipment failure. The nature, frequency, ability to treat, chance of recovery, response method, speed of treatment of the complication and informed consent of the patient are some important factors that has significant effect on expert and judicial decision making process. Some malpractice cases deal with general medical practice that every physician can experience; while other involve specialized area of medicine or a specific diagnose-treatment procedure. This article discusses legal and forensic medicine approaches to medical malpractice cases. It concentrates on examples of medical malpractice liability associated specially with thoracic surgery and lung diseases.

Key words: Medical malpractice, physician liability, forensic medicine

Dünya Tabipler Birliği’nin 1992 yılında yapılan 44. Genel Kurulu’nda kabul edilen bildirisine göre, malpraktis (tıbbi uygulama hataları) “hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastayı tedavi etmemesi ile oluşan zarar” şeklinde tanımlanmış; tıbbi bakım ve tedavi sırasında görülen ve hekimin hatası olmayan durumlardan (komplikasyon) ayırt edilmesi gerektiği vurgulanmıştır (5).

MALPRAKTİS TÜRLERİ

Tıbbi uygulama hataları tanı, tedavi hataları ve diğer hatalar olmak üzere üç grupta incelenebilir.

1) Tanı hataları

Ameliyat öncesinde, esnasında veya daha sonra yapılan tetkiklerde, tanı koyma sürecinde yapılan hatalar nedeni ile hastanın zarar görmesi söz konusudur.

Tanı koyma sürecinin gecikmesi, bilimsel olmayan, güncelliğini yitirmiş, eksik yöntemlerle hatalı tanı konulması veya tanı konulamaması, testin uygulanmasında yapılan hatalar sonucu hastaya zarar verilmesi bu kapsamdadır.

2) Tedavi hataları

İlaç uygulamalarında doz ya da yöntem hataları, tedavinin geciktirilmesi, tedavi seçiminde yöntem hatası, ameliyat ya da işlemin uygulanmasında hatalar, gereksiz veya uygun olmayan tedaviler, postoperatif takibin uygunsuz ya da yetersiz yapılması bu kapsamdaki örneklerdir. ABD’de en sık malpraktis örneklerinin ilaç uygulamalarında doz ya da yöntem hataları olduğu bildirilmiştir. Tıbbi hataların içinde, transfüzyon hataları, cerrahi yaralanmalar, hastane infeksiyonları, hastanın hastane içinde düşürülmesi, yanlış taraf cerrahileri ve kimlik hatalarının da bulunduğu dikkat çekilmiştir (6).

Bir hastalık açısından risk taşıyan kişilerde koruyucu tedavinin uygulanmaması, yanlış ya da eksik profilaksi uygulanması da tedavi ile ilişkili hatalardandır.

3) Diğer hatalar

Tanı ve tedavi dışında bu süreci olumsuz etkileyen etkenlere, iletişimde yetersizliğe bağlı hatalar, kullanılan ekipmanın yetersizliğine bağlı hatalar ve diğer sistem yetersizlikleri örnek verilebilir (6).

HUKUKSAL AÇIDAN MALPRAKTİS

Hekimlerin mesleki uygulamaları ile ilgili çok sayıda kapsamlı yasal düzenlemelerin varlığına karşın, gerek ceza gerekse medeni kanunumuzda hekimlerin “cezai” ve “hukuki” sorumluluğunu düzenleyen özel bir madde bulunmamaktadır. Hekimlerin uymakla yükümlü olduğu mesleki ve etik kurallar genel olarak yasal sorumluluklarının da esasını oluşturur (7,8).

Hekim sorumluluğunun yasal anlamda söz konusu edilebilmesi için; hekimin fiilinin hukuka aykırı olması, bir zararın meydana gelmiş olması, bu zararın hekimin kusurlu bir davranışına bağlı olması ve fiil ile sonuç arasında nedensellik (illiyet) bağı bulunması koşulları aranır. Böylece, meydana gelen suçlar ceza davalarının, haksız fiiller ise tazminat davalarının konusunu oluşturmaktadır(1-4).

Ceza hukuku (ceza davaları) açısından, malpraktislerin ağırlık derecesine göre farklı kavramlar ve cezai yaptırımlar söz konusudur. Malpraktislerin ağırlık derecesine

göre; hastada taksirle yaralamaya yol açılması (Madde 89), taksirle ölüme yol açılması (Madde 85) ve kasten ölümün ihmali davranışla işlenmesi (Madde 83) durumu söz konusu edilebilir (9). Yasadaki tanımına göre kişinin ön gördüğü sonucu istememesine karşın sonucun meydana gelmesi halinde “taksir” vardır. Hekimin öngörülmesi gereken sonucu öngöremeyişi “basit taksir”, sonucu öngörmesine karşın kendine güvenerek aktif ya da pasif olarak olumsuz sonuca yol açması “bilinçli taksir” olarak kabul edilmektedir. Sağlık mesleği mensuplarının esas olarak bilinçli taksirle hareket ettiği düşünülmez. Çünkü müdahaleyi yapan hekim, ağır bir kusurla hareket edecek olumsuz sonucu öngörmesine rağmen fiili işleyecektir. Olağan olarak hiçbir hekimden meslek ve etik dışı hareket etmesi beklenmez. Bununla birlikte, elbette istisnaların olması kaçınılmazdır. Bilinçli taksirde basit taksire oranla daha ağır ceza ön görülmüştür. “Kast” ise, daha ağır bir durumdur. Kastten öldürme suçunun, tıbbi uygulamada yeri yoktur. Ancak, kastın ihmali bir davranışla gerçekleşmesi halinde “olası kast” tanımı kullanılmaktadır ki, bu tanımın tıbbi uygulamalar açısından geçerli olabileceği kabul edilmektedir. Örneğin bir sağlık kuruluşunda görev yapan hekimin durumu acil olan hastaya müdahale etmemesi, görev yerinde bulunmaması ve benzeri örnekler bu kapsamda tartışılmaktadır (4).

Hekimler, uygulamada cezai açıdan olduğu kadar, özel hukuk açısından da artan sayıda “tazminat davası” ile karşılaşmaktadır. Özel Hukukta her türlü kusur haksız fiil sayılır ve kusurlu olduğu saptandığında hekim bu zararı ödemekle yükümlüdür. Tazminat davası olarak bilinen bu davanın açılması ve zararın ispatı ise, Borçlar Kanunu’nun 41. ve 42. maddesi uyarınca davacı hasta ya da yakınına düşer (10).

Hekimlerin cezai ve hukuki sorumluluklarının yanında, görev yaptığı kurumlarda disiplin yönünden idari sorumlulukları ve meslek odalarını ilgilendiren mesleki-etik sorumlulukları da söz konusudur (11).

TIBBİ UYGULAMALARDAKİ YAKLAŞIMLAR

- Malpraktis, hekimin görev ve sorumlulukları açısından değerlendirildiğinde; birincisi yapılmaması gerekeni yapma, ikincisi yapılması gerekeni yapmama olmak üzere, hastada bir zarara veya istenmeyen sonuca yol açılması nedeniyle ortaya çıkmaktadır.
- Malpraktisin meydana gelmesinde olgunun niteliği, rastlanma sıklığı, olumsuz sonuca yol açma sıklığı, olumsuz sonucun erken fark edilebilme, engellenbilme özelliği, tedavi koşulları önem taşır. Bu

farklı etkenler daha sonra bilirkişi ve yargı kararlarını doğal olarak etkilemektedir.

- Rutinde sık karşılaşılan, her uzmanın kolaylıkla değerlendirebileceği olgu türleri ile daha az rastlanılan, komplike ve riskli olgularda; malpraktis açısından aynı yaklaşım gösterilmeyecektir. Bununla birlikte, sık rastlanılan ve uygulanan bazı tedaviler açısından da olağan dışı risk faktörlerinin varlığı, olguyu komplike ve riskli hale getirebilir.
- Hekimin söz konusu girişim ve tedavilerle ilgili olarak bir yetkinliğinin (uzmanlık belgesi, sağlık bakanlığı veya uzmanlık alanlarınca kabul edilen sertifikalar,..) bulunup bulunmadığı, bu uygulamanın izin verilmiş uygun ortamlarda yapılıp yapılmadığı gibi hususlar önem taşır.
- Bir cerrahi veya klinik tedaviden esas olarak “uzman hekim” sorumludur. Ancak bir ekip içerisindeki her kişi kendi mesleki görevleri kapsamında ortaya çıkan olumsuzluklardan da sorumlu tutulabilir. Tedaviden sorumlu uzman hekim, ayrıca yardımcılarının neden oldukları hatalardan da (asistanlar dahil), olaydaki kişisel veya idari rolü ölçüsünde sorumlu tutulabilir.
- Malpraktis olgularının bir kısmı her hekimin karşılaşılabileceği genel hekimlik uygulamaları ile ilgili; bir kısmı ise bir uzmanlık alanı veya spesifik bir tanı-tedavi yöntemi ile ilişkilidir.

Bazı malpraktis olguları, uzman olsun veya olmasın tüm hekimlerin karşılaşılabileceği türden olgulardır. Genel hekimlik uygulamaları ve kuralları çerçevesinde yapılan hatalar, örneğin; yanlış enjeksiyon uygulamaları, yanlış ilaç seçimi, ilaçların hatalı doz ve sürede kullanımının önerilmesi, ilaçların yan etkisi gözetilmeden yapılan uygulamalar.., örnek olarak verilebilir.

Bazı malpraktis olguları ise, bir uzmanlık alanı veya rutin dışı özel nitelikli bir girişimle ilgilidir. Bunlar genellikle ameliyat hataları ile tanı veya tedavi amaçlı girişimlerden kaynaklanmaktadır. Yapılacak bir cerrahi işlemin, her uzman tarafından mutlaka bilinmesi ve dikkat edilmesi gereken, o uzmanlık alanında yapılacak cerrahi girişime özgü kuralları vardır.

- Bazı girişimlerin her uzman tarafından risksiz bir şekilde yapılması beklenir. Örneğin, göğüs cerrahisi veya kalp-damar cerrahisinde bazı damar ve sinirlere zarar verilmesi kural dışıdır ve böyle bir durum doğrudan hata olarak (malpraktis) kabul edilecektir.
- Hemen her uzman bazı girişimlerde ise kaçınmakla birlikte, yapılan girişimin doğası gereği bazı risklerle (komplikasyon) karşılaşabilir. Örneğin, akciğer tümörü cerrahisinde ameliyat sırasında, önceden ihtimal olarak düşünülse de tespit edilemeyen, ameliyat sırasında ortaya çıkan bulgular veya komp-

likasyonlar nedeni ile ameliyat sınırlarının genişletilmesi ihtiyacı doğabilir. Hatta bu komplikasyonlar, bazen hiçbir şekilde ön görülemeyen sürpriz bulgu veya olaylarla da ilişkili olabilir. Örneğin, yapılan bir bronkoskopi veya rezeksiyon cerrahisinde önceden bilinmeyen bir hemanjiomun kanaması bazen kanama kontrolünü zorlaştırabilir ve hasta zarar görebilir veya hatta kaybedilebilir. Ancak ilk örnek üzerinden hareket edersek, bir lobektomi sırasında istenmeden de olsa, başka loba ait bir damarın veya ana pulmoner arterin zedelenmesi nedeni ile rezeksiyon sınırlarının genişletilmesi söz konusu olur ise, bu durum malpraktis kapsamında düşünülmelidir.

- Bir komplikasyon veya malpraktise neden olan olaylar, sadece ameliyat süreci ile sınırlı düşünülmemelidir. Bir cerrahi uygulamanın hazırlık süreci, ameliyat aşaması veya ameliyat sonrası takip sürecinde, önceden tahmin edilsin veya edilmesin, bazı komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Bu durumda hekim, ortaya çıkan bu komplikasyondan sorumlu tutulamaz. Ancak hekim komplikasyonların uygun bir şekilde yönetilmesinden sorumludur. Komplikasyonlarla ilgili olarak önlemlerin önceden alınmış olması gerekir. Başlangıçta bir komplikasyon olarak başlayan durum, sürecin iyi yönetilememesi nedeniyle malpraktise dönüşebilir. Ameliyat öncesi, ameliyat sırası veya postoperatif süreçte ortaya çıkan komplikasyonların izleminde yapılan ihmal veya hatalar, uygun olmayan taburcu ve sevk gibi işlemler malpraktis oluşmasına yol açabilir.
- Örneğin bir göğüs cerrahisi uzmanı; kanama, pnömotoraks gibi komplikasyonların olduğunu bildiği cerrahi girişimlerde, hastasının yararına ve daha önceden aydınlatılmış onamını almış olmak kaydı ile, söz konusu cerrahi girişimi bilinen, kabul edilmiş, güncel kurallar çerçevesinde yapacaktır. Bu girişimler konusunda söz konusu uzmanın eğitimi ve yetkin olması; eğer şeklen hak sahibi dahi olsa kendisini yeterli görmüyorsa invaziv işlemlerden kaçınması, kendi sınırlarını bilerek hareket etmesi önemlidir. Bir uzmanın kendisine güvenerek, kabul edilmiş kurallara aykırı bir risk alarak hareket etmesi (bazı önemli tetkikleri yapmamış olması, yüksek riskli hastalardaki uygulamalar vb.) hastanın zarar görmesine yol açmış ise, yapılan işlem malpraktisdir. Malpraktis davalarında, bir hekimin daha önce de benzer hataları olduğunun bilinmesi, bilirkişi ve yargı kararlarını etkilemektedir.
- Hekim hastası ile ilgili olarak; tanı, tedavi ve kontrol sürecindeki görevlerini standart, olağan bir şekilde yerine getirmiş ve ortaya çıkan problemler de komplikasyon niteliğinde ise, sorumlu tutulamaz.

Ancak, ortaya çıkan komplikasyonların yönetilmesi ile ilgili eksik, hatalı bir tutum sergilemiş ise; örneğin ilaçların yan etkisi vb bulguları önemsememiş (benzer koşullarda görev yapan konu ile ilgili başka bir uzmanın da rahatlıkla dikkatini çekmesi beklenen), gerekli tetkik ve konsültasyonlarda bulunmamış ve bu nedenle hasta bir zarar görmüş ise, hekim sorumluluğu da ortaya çıkacaktır.

Bazı olgularda, komplikasyonlar çok açık değildir veya maskelenmiş olabilir. Bu durumda, yine benzer koşullarda görev yapan konu ile ilgili başka bir uzmanın da tespit edemeyeceği türden problemlerle ilgili olarak, hekimi sorumlu tutmak doğru olmayacaktır. Burada dikkat edilmesi gereken husus, hekimin çalışma koşullarıdır. Birbirinin hemen hemen aynı olan olgularda, donanımlı bir üniversite veya hastane ile; çok zor ve güç koşullarda tek başına görev yapan bir hekimin sorumluluğu da aynı olmayacaktır.

- **Aydınlatılmış Onam Alınması (Hekimin Sözleşme Sorumluluğu):** Uygulamada, özellikle ceza ve tazminat davalarında en sık söz konusu edilen hususlar hastanın aydınlatılmış onamı ile ilişkilidir. Hekimin, hastaya uygulayacağı tedavi ve ameliyat hakkında bilgi vermesi ve iznini alması zorunludur. Aydınlatılmış onamın hazırlanmasındaki sorumluluk tedaviyi uygulayacak hekime aittir. Tedaviden sorumlu hekimin, hastasını yapılacak tedavi ve muhtemel sonuçları konusunda yeterince aydınlatması; ameliyat gibi önemli girişimler öncesinde yazılı iznini alması esastır.

Ameliyatlara, invaziv girişimler ile rutin dışı özellikli tanı ve tedavi uygulamaları öncesinde; yapılan işlemin şekli, sonucu, komplikasyonları ayrıntılı olarak hastaya açıklanmalıdır. Hasta ve tanıkların adları ve açık adreslerinin altına imzalarını atmaları gerekir. Aydınlatılmış onam; hastanın o andaki sağlık durumu, konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve uygulama süresi, hastanın sağlığı açısından taşıdığı riskler, kullanılacak ilaçların kullanış tarzı ve olası yan etkileri, tedavi yönteminin nerede, ne kadar süre ile ve kimler tarafından yapılacağı, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, tıbbi girişim öncesinde, sırasında ve sonrasında hastadan beklentileri kapsmalıdır. Rutin muayeneler ve herhangi bir riskin söz konusu olmadığı tedavilerde yazılı onam alınması gerekmez, hastanın hekime başvurusu ile zımnen (varsayılan, gizli) onam bulunduğu kabul edilir. Yine, acil olgularda daha büyük bir zararın önlenmesi amacı ile yazılı onam alınmasını beklemezsiniz hekim acil girişimde bulunabilir (4,7).

Genel bir kural olarak, onam yazılı olmalıdır. Hasta ellerini kullanamayacak durumda ise, tutanak düzen-

lenmesi gerekir. Bu tutanak hasta yakınları veya yanında bulunan kişiler tarafından imzalanır. Hastanın yanında herhangi bir kişi bulunmuyorsa, etrafta bulunan herhangi bir kişinin tanıklık etmesi ve bunun tutanakla belirlenmesi yeterlidir. Onam, standart form halinde hazırlanmış olabilir. Bu formda olası tüm durum ve risklerin belirtilmiş olması, aydınlatmanın uygun, yeterli olduğu anlamına gelmeyecektir. Önemli olan, bunun ayrıntılı olması değil; hastanın onamının alınmasını gerektirecek hususların hastaya anlayabileceği sade bir dilde anlatılması, tıbbi terimlerin ne anlama geldiğinin açıklanması ve böylece imzasının alınmasıdır (4,7).

Tedavi olanakları ve hekimin uygulayacağı yöntemler farklı olabileceğinden, standart formlar yetersiz kalabilir. Standart formların hazırlanması ve bunların kullanım esaslarının, her bir alanın ilgili kurulları, uzmanlık dernekleri tarafından belirlenmesi daha uygun olacaktır.

ADLİ OLGULARA YAKLAŞIM, ADLİ RAPORLARIN DÜZENLENMESİ VE HEKİM SORUMLULUĞU

Toraks travmalarının sayısı günümüzde yaşam koşulları ve sosyal problemler nedeniyle artış göstermekte olup, önemli bir mortalite ve morbidite sebebidir. Ölümcül kazaların %50'sinin toraks travması ile ilişkili olduğu ve bu kazaların %50'sinde toraks travmalarının ölüm nedeni olduğu belirtilmektedir (12).

Klinik olgular, travmalar başta olmak üzere, başlangıcından itibaren "adli" nitelikte olgular olabileceği gibi; adli bir niteliği bulunmayan doğal hastalıklara bağlı olgular da olabilir. Bu ikinci grup olgular, tanı ve tedavi sürecinde bazı adli nitelikli problemlerin ortaya çıkması ile (örneğin malpraktis veya malpraktis kuşkusu ortaya çıkması, hasta ve yakınlarının tedavi konusundaki adli makamlara şikâyetle bulunması vb durumlar) "adli" nitelik de kazanmış olurlar.

Adli olgularda, hekimlerin tanı ve tedavi gibi mesleki görevlerinin yanı sıra, adli rapor düzenlenmesi, adli olgunun bildirilmesi vb. sorumlulukları da vardır (7,13). Adli olgularda, örneğin bir göğüs travması olgusunda hekimin tanı ve tedavi açısından sorumluluğu, esasen diğer olgulardan farklılık göstermez. Hekim tanı, tedavi ve takip eden süreçte kontrol muayeneleri açısından hastasına standart bir yaklaşım göstermek durumundadır. Bu sorumluluk, tedavi süreci sonlanıncaya kadar devam eder ve tedavinin herhangi bir aşamada ortaya çıkan değişik nedenlerle (iş-görev paylaşımı, izin, hastalık ...) tedavinin başka bir hekim tarafından üstlenilmesi ile ancak ortadan kalkabilir.

Hastanın muayene ve tedavisi kadar, tıbbi belge ve adli raporların zamanında ve eksiksiz düzenlenmesi de

hekimlerin önemli bir sorumluluğudur. Özellikle yaraların anatomik lokalizasyonu ve karakteristik özelliklerine göre ayrıntılı olarak tanımlanması büyük önem taşır. Yaraların vücut şemalarında gösterilmesi, fotoğraflarının çekilmesi adli açıdan son derece önemli bir kanıttır. Müdahale edilmiş, sütür atılmış veya iyileşmeye başlamış yaraların özelliklerinin ne şekilde ve ne tür bir alet ile oluştuğunun sonradan tespit edilmesi çoğu kez olanaksızdır. Tıbbi müdahaleye bağlı tüp, drenaj kesileri, görünüm olarak kesici-delici, delici, ateşli silah yaraları ile çok benzerlik gösterir. Bu yaraların ayırımı daha sonra adli tıbbi açıdan özellikle yaraların yaşamsal tehlike ve öldürücü niteliğinin ayırt edilmesi bakımından sorun yaratabilir. Bu nedenle, tıbbi amaçlı kesilerin lokalizasyonu ve diğer travmatik yaralarla ilişkisinin ilk belgelerde dikkatli bir şekilde belirtilmiş olması önem taşır.

Tıbbi belgelerin ve adli raporların okunaksız ve düzensiz olması, rapor tekniğine uyulmadan yazılmış olması; uzun süreli, güvenilir bir arşiv sisteminin bulunmaması ya da bu belgelerin sorumlu hekim dışındaki kişiler tarafından hazırlanması sık yapılan; ancak ciddi yanlıgı ve sorunlara yol açan olumsuz örneklerdir.

Adli olgularda her hekimin başından itibaren “geçici” veya “kesin” rapor vermesi hem bir hak, hem de sorumluluğudur. Uygulamada hekimlerin sıklıkla kesin rapor vermekten kaçındığı gözlemlenmektedir. Bu durum esasen olası bir hata ya da doğacak sorumluluktan kaçınmak için yapılmakta ise de; aynı zamanda hekimin temel bir mesleki hak ve görevini devretmesi anlamına da gelmektedir. Hekimin ya da söz konusu sağlık biriminin kendine güvensizliğini ifade etmektedir.

İlerleyen süreçte tedavi tamamlansa bile, ilgili savcılık veya mahkemelerce ek rapor, tıbbi belge istenebilir ve yine savcılık veya mahkeme aşamasında hekimin yazılı veya sözlü olarak bilirkişilik, tanıklık yapma şeklinde sorumlulukları devam eder. Adli nitelikte olsun veya olmasın tüm olgularda düzenli kayıt ve arşiv tutulması da hekimin sorumlulukları arasındadır.

Göğüs travmalarında genellikle başlangıçtan itibaren travmatik bulguların kapsam ve niteliği kesin rapor vermek için yeterlidir. Örneğin, trafik kazası sonucu vücudunun değişik yerlerinde sıyrık ve ekimozları bulunan bir kişide esas önemli bulguların göğüste olduğunu düşünelim. Bu olguda üç kaburga kırık, hemopnömotoraks tespit edilmiş ve kapalı drenajla hasta kontrol altına alınmış olsun. Bu olguda, elbette acil tedavi ve bakım önceliklidir; ancak adli açıdan da adaletin gecikmeden sağlanabilmesi için bir rapora ihtiyaç duyulur. Hekimin, bu olguda

kesin rapor verme kriterleri mevcut olduğu halde (kesin rapor vermesinin kendi görev ve sorumluluğu olmadığını, bunu adli tıp uzmanının vermesinin uygun olacağı veya tedavi süreci tamamlandıktan sonra kesin rapor vermesinin daha doğru olacağını düşünmesi) geçici rapor vermesi, sürecin uzaması ve belki de bu nedenle şüpheli kişilerin lehine veya aleyhine kararlar verilmesine neden olabilecektir. Söz konusu olguda yapılması gereken, kişide saptanan bulguların (travmatik bulgular arasında özellikle kot kırıkları ve hemopnömotoraks raporun niteliği açısından belirleyicidir), yaşamsal tehlike ve kot kırıklarının basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek derecede olup olmadığının kesin raporda belirtilmesidir. Bir göğüs cerrahisi uzmanının, kendi alanına giren konuların büyük çoğunluğunda, hangi yaraların yaşamsal tehlikeye yol açtığı, kırıkların basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek derecede olup olmadığı, lobektomi, pnömoektominin organ işlevinin sürekli zayıflaması ya da yitilmesi (kalıcı uzuv zaafı veya uzuv tatili) niteliğinde olup olmadığı gibi hususları bilmesi gerekli ve yararlıdır. Bu hususları bilmemesi veya komplike multipl travmaların söz konusu olması durumunda da, bu konuda hazırlanmış cetvelleri inceleyerek kolaylıkla değerlendirme yapılabilir (14,15).

TÜRKCEZAKANUNU'NDATANIMLANAN GÖĞÜS BÖLGESİNİ İLGİLENDİREN YARALAMALARIN ADLI TIP AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ (14)

Yaşamsal tehlike ve basit tıbbi müdahale (BTM) ile giderilme özelliği	
Memede avülsiyon (kadınlarda)	BTM ile Giderilemez
Hemo/pnömotoraksın eşlik ettiği yaralanmalar	Yaşamsal Tehlike
Lokal cilt altı amfizemi, organ lezyonu yok	BTM ile giderilemez
Geniş cilt altı amfizemi	Yaşamsal Tehlike
Trakea ve bronşlarda, laserasyon, perforasyon, avülsiyon, parçalanma (crush), rüptür, ayrılma (transsection) ve fraktürler	Yaşamsal Tehlike
Trakeostomi zorunluluğu	Yaşamsal Tehlike
Diyafragmada laserasyon ve rüptür	Yaşamsal Tehlike
Özefagusta her dereceden laserasyon, perforasyon, avülsiyon, parçalanma (crush), rüptür, ve ayrılma	Yaşamsal Tehlike

Özefagusta korozif madde yaralanmaları	Yaşamsal Tehlike
Perikard tamponadı	Yaşamsal Tehlike
Kalpde kontüzyon, laserasyon, perforasyon	Yaşamsal Tehlike
Korda tendinea laserasyonu	Yaşamsal Tehlike
Akciğerlerde kontüzyon ve laserasyon	Yaşamsal Tehlike
Hemotoraks, pnömotoraks/tansiyon pnömotoraks, pnömomediastinum, hava embolisi	Yaşamsal Tehlike
Yelken göğüs	Yaşamsal Tehlike

Vücutta kemik kırılmasının değerlendirilmesi

Vücuttaki kemik kırıkları, kırığın hayat fonksiyonlarına etkisine göre HAFİF (1), ORTA (2-3) ve AĞIR (4-5-6) olarak sınıflandırılmıştır. Eklem çıkıkları da iskelet sistemindeki anatomik bozukluklar olduğundan bu sınıflama içinde değerlendirilmiştir.

Vücutta birden fazla kemik kırığı bulunması halinde hayat fonksiyonlarındaki etkinin saptanması açısından skorlamaya gidilmiştir. Konu ile ilgili tablolarda tek başına "6" olarak derecelendirilebilen bir yaralanma mevcut olmayıp, bu dereceye skorlama sonucu varılabilmektedir.

Skorlamada, kırılan her bir kemiğin derecesi bulunur, bunların kareleri alınarak toplanır ve çıkan toplamın karekökü alınır. Çıkan sonucun küsuratlı olması halinde; küsurat 0,5'ten yüksek ise bir üst derece alınır.

Kırıkların yaşam fonksiyonlarını etkileme derecesi

- Klavikula kırığı (2)
- Klavikula açık kırığı (3)
- Sternoklavikular çıkık (1)
- Akromioklavikular çıkık (1)
- Akromiyon kırığı (2)
- Sternumda kırık (2)
- Sternum Parçalı Kırığı (4)
- 1 kaburga kırığı (1)
- 1 kaburgada birden fazla kırık (2)
- Skapulada kırık (çatlak, kopma kırığı, ayrıksız kırıklar) (2)

Göğüste organ işlevinin sürekli zayıflaması ya da yitilmesi açısından değerlendirme	
Lobektomi	İşlevde sürekli zayıflama
Pnömoektomi	İşlev kaybı

- Skapula kırığı (parçalı /ayrıklı/açık) (3)
- Glenoid ve boyun kırığı (2)
- Glenoid eklem içi kırığı (3)

Not: Hekimlerin, adli raporlar ile ilgili temel kavramlar ve travmatik lezyonlarla ilgili uygulamalar açısından "Türk Ceza Kanunu'nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi" (Adli Rapor Tanzimi İçin Rehber) kitapçığını (14) bulundurmaları veya örneğin "http://www.atk.gov.tr/Bilimsel_gerekleri_formlar.html" olmak üzere ilgili internet sitelerden sağlamaları uygun olacaktır.

ADLİ RAPOR ÖRNEĞİ

..... Cumhuriyet Başsavcılığı'nın tarih ve sayılı yazısı ile ...' in geçirdiği trafik kazası sonucunda; şahsın yaşamını tehlikeye sokup sokmadığı, basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek nitelikte olup olmadığı sorulmaktadır.

Şahıs hakkında düzenlenmiş,

- a)
- b)
- c) (belgeleri) incelenmesinde;

Sonuç:

.....'ın 14.07.2004 tarihinde meydana gelen traktörden düşmeye bağlı iki tekerlek arasına sıkışması sonucu pnömotoraks, sol klavikula kırığı, sol 3., 4., ve 5. kaburga kırığı ve sol humerus orta kısımda deplase kırığa neden olan yaralanmasının;

a. Kişinin yaşamını tehlikeye soktuğu,

b. Basit bir tıbbi müdahaleyle giderilemeyecek nitelikte olduğu,

c. Vücuttaki kemik kırıklarının hayat fonksiyonlarına etkisi Hafif (1), Orta (2-3) ve Ağır (4-5-6) olarak sınıflandırıldığında ve birden fazla kırık olması nedeni ile skorlama yapılarak; şahısta saptanan kırıkların müştereken; hayat fonksiyonlarını AĞIR (4) derecede etkileyecek nitelikte olduğu kanaatini bildirir rapordur.

Dr. H.A.

Açıklama:

Humerus cisim kırığının derecesi: 3

Klavikula kırığının derecesi: 2

Kaburga kırığının (her biri) derecesi: 1

Kırıkların birlikte skorlanmış derecesi: $3^2 + \sqrt{2^2 + 1^2 + 1^2 + 1^2} = \sqrt{9 + 4 + 1 + 1 + 1} = \sqrt{16} = 4$

Bu yaralanmada kırıkların toplamının hayat fonksiyonlarına etkisi AĞIR (4) olarak değerlendirilecektir.

Örneğin bir başka olguda, lobektomi yapılması ile sonuçlanan bir zarar meydana gelmiş ise, rapor sonu-

cuna “Akciğerde lobektomiye yol açan yaralanmasının organ işlevinin sürekli zayıflamasına yol açmış olduğu” maddesi de ilave edilecektir.

Multidisipliner yaklaşım gerektiren travmalarda sorumluluk

Trafik kazası, yüksekten düşme, saldırı ve birçok adli olayda, vücutta birden fazla uzmanlık alanını ilgilendiren yaralanmalar meydana gelmektedir. Bu durumda, ilgili branşlardan uzmanların olaya birlikte veya olgunun özelliğine göre belli bir sıra ile müdahalesi gerekir. Cerrahi tedaviler sonrası hastanın yaşamsal fonksiyonlarının yakın takibi gerekiyorsa yoğun bakımda monitörize edilerek izlenmesi, durumu stabilize edildiğinde en uygun klinik tarafından takip edilmek üzere servise alınarak tedavinin sürdürülmesi uygundur. Multitramalı olgularda adli raporların düzenlenmesi konusunda sıklıkla hatalar yapılmaktadır. Uygulamada her uzmanın daha çok kendi açısından olguyu değerlendirerek rapor düzenlediği gözlemlenmektedir. Örneğin, yukarıda verilen olgu örneği hem göğüs cerrahisi hem de ortopedi uzmanını ilgilendirmektedir. Olgu özellikle yaşamsal tehlike açısından göğüs cerrahisi uzmanını ilgilendirmektedir. Bir olguda iki ayrı kesin rapor düzenlenmesi hem adli, hem de teknik açıdan sorun yaratacaktır. Bu durumda göğüs cerrahisi uzmanının, ortopedi uzmanının düzenleyeceği geçici rapor veya konsültasyon notunu dikkate alarak, yukarıda belirtilen kesin raporu düzenlemesi en uygun yaklaşım olacaktır. Multitramalı olgularda rapor düzenlerken, birden fazla kırık saptandığında yapılması gereken, kırıkların karekök hesabı ile skorlanmasıdır.

Adli tıbbi açıdan özellik taşıyan komplike olgularda; örneğin adli makamların “yaralanmanın ne tür aletlerle meydana geldiği” “atış yönü ve mesafesi”, “çehrede sabit eser veya çehrenin daimi değişikliği”, “entoksikasyon durumunun vücut fonksiyonlarına etkisi”,... tarzında sorular da sorması durumunda; klinik bulguların ayrıntılı olarak rapor edilmesi, sorulan sorulara adli tıp uzmanı veya ilgili kurumun (Adli Tıp Kurumu, Adli Tıp Anabilim Dalı) karar vermesinin uygun olacağı kanaati bildirilebilir.

KANITLARIN KORUNMASI

Ateşli silah yaralanması, kesici delici alet yaralanması gibi kişinin üzerinde izler, kanıtlar oluşturan olgularda, alet izlerinin olduğu giysiler atılmaz, kişiye veya yakınlarına verilmez. Bu giysilerin ve olayla ilgili olabilecek kanıt niteliği taşıyan materyalin kolluk yardımı ile kontamine edilmeden kurutulularak bez torbalara konulması ve adli emanete alınması veya incelenmek üzere ilgili kurumlara gönderilmesi gerekir.

Travma olgularında en sık göz ardı edilen, atlanılan hususlardan birisi, olguların entoksikasyon açısından değerlendirilmesidir. Adli olgularda genel bir kural olarak, kişilerin gecikmeden alkol, uyuşturucu vb. madde entoksikasyonu açısından muayenelerinin yapılması; gerektiğinde kan, idrar vb. örneklerin uygun bir teknikle alınarak kolluk yardımı ile laboratuvara gönderilmesi gerekir. Hastanın ilk başvurusu sırasında entoksikasyon veya entoksikasyon şüphesi açısından yapılacak işlemler, yalnızca adli amaç değil; daha öncelikli olarak, hastanın tedavisinin daha doğru, etkili bir şekilde yapılabilmesi için de bir zorunluluktur. Bu husus, olguların daha sonra ölümle sonuçlanması halinde kesin ölüm nedeninin belirlenmesi açısından da önem taşır.

Ölümle sonuçlanan olgularda, yalnızca travmatik olduğu bilinen olguların değil; hastalıklara bağlı olduğu düşünülmeyle birlikte kesin ölüm nedeni bilinmeyen veya tanı ve tedavi konusunda bir belirsizlik bulunan olguların da “adli” olarak değerlendirilmesi, ölü defin izni verilmesinden kaçınılarak adli makama bildirilmesi gerekir. Bu olgularda tıbbi belgelerin onaylı uygun bir örneğinin adli makama verilmesi, adli ölü muayenesi ve otopsi sürecine önemli katkıda bulunacaktır (16).

HEKİM HATALARINDA BİLİRKİŞİLİK

Hekim ve diğer sağlık mensuplarının kusurunun saptanmasında mahkemeler bilirkişi olarak daha çok Yüksek Sağlık Şurası (YSS) ve Adli Tıp Kurumu'na; daha az sıklıkta üniversitelere başvurmaktadır. Sağlık Bakanlığı içinde bulunan YSS, hekimlerin mesleğe ilişkin kusur ve durumlarını belirlemeye yetkilidir. Ancak; hukuk davaları açısından YSS'ne başvurma zorunluluğu bulunmamaktadır.

Hekim hataları ile ilgili olarak, Yüksek Sağlık Şurası, Adli Tıp Kurumu ve Tabip Odalarına yapılan başvurularda, uzmanlık alanı açısından kadın-doğum, ortopedi, nöroşirurji gibi cerrahi dallar, çocuk hastalıkları, iç hastalıkları, pratisyen hekimlik gibi uygulamada daha yoğunluk ve riskler taşıyan alanlar ön sıralarda yer almasına karşın; göğüs cerrahisi ve göğüs hastalıkları uzmanlarının hakkında en az başvuru yapılan dallar arasında olduğu dikkati çekmektedir (17-20). Ancak, genel olarak tüm hekimlerin giderek artan sayı ve kapsamda malpraktis olguları ile karşılaşmakta olduğu bir gerçektir. Hekimlerin bilimsel ve mesleki açıdan yeterli, donanımlı olmalarının yanı sıra; ilgili yasal düzenlemeler ve yaptırımları konusunda da bilgi sahibi olmaları gerekmektedir.

YÜKSEK SAĞLIK ŞURASINDA DEĞERLENDİRİLEN OLGU ÖRNEKLERİ*

• **Olgu 1:** 49 yaşında trafik kazası geçiren hastanın, kaldırıldığı hastanenin acil servis doktoru tarafından muayene edildiği, hastanın hayati tehlikesinin olmadığını belirtir geçici rapor verilerek evine yollandığı ve aynı gün hastanın evinde öldüğü belirtilmiştir.

YSŞ kararında, dosyada hastaya ait filmlerin olmadığı, otopsi tutanağından, ölümün, künt beden travmasına bağlı çok sayıda kaburga kırığı ile birlikte iç organ yaralanmasından gelişen iç kanamanın etkisiyle meydana geldiğinin anlaşıldığı, dolayısı ile hekimin hastayı dikkatli muayene etmediğinden ve toraks travmasını iyi değerlendirmedeğinden dikkatsizlik ve tedbirsizlik açısından kusurlu olduğuna karar verilmiştir.

• **Olgu 2:** Daha önce trafik kazası geçiren, getirildiği hastanede yapılan ilk müdahaleden 3 gün sonra taburcu edilen, ancak 4 gün sonra genel durumu kötü olarak aynı hastaneye başvuran 73 yaşında hastanın, yoğun bakımı olan üniversite hastanesine sevk edildiği, 12 gün süren yoğun bakım tedavisinden sonra taburcu edildiği, ancak hastanın 4 gün sonra evinde öldüğü, acil servise ölü duhul olarak geldiği ve acil serviste görevli doktor tarafından ölüm nedeni “solunum ve dolaşım yetmezliği” olarak belirtilerek defin ruhsatı verildiği belirtilmiştir.

YSŞ kararında, hastayı muayene ettikten sonra servise yatıran ve yeterli süre gözlem altında tutan, ancak; hastanın yaşına göre genel vücut travmasını tam değerlendiremeyen ilk hastane ile yaşlı olan ve genel vücut travması ile gelen hastayı iyi değerlendirmeyen, yeterli tedavisi yapılmadan ve gerekli tanı konulmadan hastayı hastaneden erken taburcu eden üniversite hastanesindeki hastanın tedavisine katılan tüm doktorların tedbirsizlik ve dikkatsizlik açısından; ölü duhul olarak getirildiği hastanenin acil servisindeki görevli doktorun ise adli vakaya otopsi yapılmadan defin ruhsatı verdiği için adli görevinin ihmali olduğuna karar verilmiştir.

• **Olgu 3:** 46 yaşında ara sıra nefes darlığı şikayeti olan hastanın, aynı rahatsızlık ile bir hastanenin acil servisine götürüldüğü, nöbetçi doktor tarafından muayene edildiği, astım krizi, hipertansiyon tanısı konulduğu, yapılan tıbbi müdahale ile hastanın rahatlamaması üzerine göğüs hastalıkları uzmanı arandığı ve hastaneye gelmeden telefonla hastanın sevk önerildiği, oksijen ve intravenöz mayi takılı olarak sevk edilen hastanın üniversite hastanesine getirildiğinde, solunumu olmadığı, tansiyon alınamadığı, genel durumu kötü ve siyanoze olduğu, entübe edilerek kardiyopulmoner resusitasyon yapıldığı, cevap alınmadığı ve öldüğü belirtilmiştir.

YSŞ kararında, ilk gören pratisyen doktorun hastaya gerekli alakayı göstererek doğru tedavi uyguladığı ve uygun konsültasyon istediği, öneri doğrultusunda hastayı zamanında sevk ettiğinden, sorumluluğunu yerine getirdiğinden, kurursuz olduklarına, ancak göğüs hastalıkları uzmanının telefonla hasta hakkında bilgi aldıktan sonra, hastaneye gelmediği ve hastayı değerlendirmedeğinden, görevi ihmali açısından kusurunun olduğuna karar verilmiştir.

* *Olgu örnekleri “Türkan H, Tuğcu H. 2000-2004 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurasında değerlendirilen acil servislerle ilgili tıbbi uygulama hataları. Gülhane Tıp Dergisi 2004, 46 (3) : 226 - 231.” makalesinden alınmış olup, teşekkür ederim.*

SONUÇ

Sağlık sistemindeki sorunların artması malpraktis olgularının ve buna bağlı olarak ceza ve hukuk davalarının, mesleki sigorta işlemlerinin sayısının giderek artmasına yol açmaktadır. Bu durum, kısır bir döngü halinde bir yandan hekimleri haklı olduğu kadar haksız malpraktis ve benzer suçlamalara maruz bırakmakta; öte yandan defansif bir hekimlik anlayışının yayılmasına yol açmaktadır. Zorunlu mesleki sorumluluk sigortasının kapsamını; hekimin uzmanlık alanı, risk faktörleri ve prim miktarı gibi değişkenler belirlemektedir. Hekimlerin mesleki faaliyetleri esnasındaki ihmal veya kusurlu hareketi sonucunda kendisine yüklenecek hukuki sorumluluk nedeni ile ödenecek tazminat miktarlarını içermektedir.

Dünyada ve ülkemizde tıbbi malpraktis sayı ve oranları ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda, göğüs cerrahisini ilgilendiren olguların tüm cerrahi olgular içindeki; yine benzer şekilde göğüs hastalıklarını ilgilendiren olguların tüm dahili olgular içindeki oranının düşük olduğu gözlemlenmektedir. Ancak bu durumun göğüs cerrahisi ve göğüs hastalıkları alanında çalışan hekimlere bir ayrıcalık sağlamayacağı; özellikle son yıllarda sağlık alanında yaşanan gelişmeler (sağlık politikaları, performans, sigorta ...) nedeni ile hekimlerin malpraktis açısından daha dikkatli olmaları gerektiği de bir gerçektir.

KAYNAKLAR

1. Aşcıoğlu C. Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar, Doktorların Devletin ve Özel Hastanelerin Sorumluluğu (Cezai ve Hukuki). Ankara: Tekişik Ofset Tesisleri; 1993.
2. Ayan M. Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk. Ankara: Kazancı Kitap Ticaret A.Ş.;1991.
3. Çankaya H. Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğunun Temel Prensipleri ve Hekim Sorumluluğunda Kusurun

- Değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi). Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul, 1992.
4. Savaş H. Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2009.
 5. Sayek F. Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler 1. Baskı. Ankara. TTB Yayınları. 1998.
 6. Çoltu A. Tıbbi Uygulama hataları. In Koç S. Ed. Tıp Hukuku, Tıbbi Uygulama Hataları, Av. Dr. Hasan Çankaya anısına, Birinci basım, İstanbul Tabip Odası Yayınları, İstanbul, 2012; 24-33.
 7. Koç S. Yasal Düzenlemeler Çerçevesinde Hekim Sorumluluğu Türkderm. 2007; 41:33-38.
 8. Tuğcu H, Yorulmaz C, Koç S. Hekim sorumluluğu ve tıbbi malpraktis. In Koç S, Can M. ed. Birinci Basamakta Adli Tıp, 2. Baskı, TTB İstanbul Tabip Odası Yayınları, İstanbul, 2010: 9-17.
 9. Türk Ceza Kanunu. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf>
 10. Borçlar Kanunu. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6098.pdf>
 11. Çelik F. Cerrahin Yasal Sorumlulukları. http://www.usad.org.tr/veriler/cerrahin_yasal_sorumluluklari.pdf
 12. Çolak B. Toraks Travmasının Adli Yönü. TTD Toraks Cerrahisi Bülteni 2010; 1/1: 1-11.
 13. Koç S, Adli Tıpta Rapor Hazırlama Tekniği ve Rapor Örnekleri, In Soysal Z, Cakalır C. Ed. Adli Tıp Cilt III, 1999: 1573-633.
 14. Balcı Y, Güzel S, Çetin G, Türk Ceza Kanununda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi ve Adli Rapor Tanzimi İçin Rehber. İstanbul, 2005. (http://www.atk.gov.tr/Bilimsel_gerekleri_formlar.html).
 15. Balcı Y, Eryürük M. Adli Raporların Hazırlanmasında Temel Kurallar, Kavramlar; Hukuki ve Tıbbi Açısından Hekim Sorumluluğu. In Koç S, Can M. ed. Birinci Basamakta Adli Tıp, 2. Baskı, TTB İstanbul Tabip Odası Yayınları, İstanbul, 2010: 93-106.
 16. Koç S, Can M. Ölüm kavramı ve ölü muayenesi. In Koç S, Can M. Ed. Birinci Basamakta Adli Tıp; Golden Print, TTB İstanbul Tabip Odası Yayınları, İstanbul, 2010, 18-37.
 17. Gündoğmuş ÜN, Bilge Y, Kendi Ö, Hancı İH. Hekimlerin Yasal Sorumluluklarının Yüksek Sağlık Şurası Açısından Değerlendirilmesi. Adli Tıp Bülteni 1997; 2/3: 127-30.
 18. Tümer AR. 1995-2000 yıllarında Yüksek Sağlık Şurasına gelen cerrahi vakalarının malpraktis yönünden değerlendirilmesi. Ulusal Cerrahi Dergisi 2003; 19,11-16.
 19. Türkan H, Tuğcu H. 2000-2004 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurasında değerlendirilen acil servislerle ilgili tıbbi uygulama hataları. Gülhane Tıp Dergisi 2004; 46/3: 226 – 231.
 20. Algan B. İstanbul'da yapılan adli otopsilerin tıbbi malpraktis açısından irdelenmesi, Uzmanlık Tezi. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı. İstanbul, 2012.