

Dört Olgu Nedeniyle Tıbbi Yanlış Uygulama

Medicai Malpractice- 4 Cases

Fatma YÜCEL BEYAZTAŞ

ÖZET

Tıbbi yanlış uygulama (malpraktis); standart tıbbi uygulamanın yapılmaması, beceri'eksikliği veya hastaya tedavi verilmemesi ile oluşan zararlardır. Türkiye'de malpraktis davaları giderek yaygınlaşırken, yabancı ülkelerde de sıkça görülmekte ve sağlık personeli sıkıntılar yaşamaktadır. Bu çalışmada, Yüksek Sağlık Şurası'nda karara bağlanmış dört tıbbi malpraktis olgusu dolayısıyla bu konu irdelendi ve tıbbi hataları azaltmak için gerekli uygulamalar önerildi.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi yanlış uygulama, ihmal, adli olgu, hekim hataları.

SUMMARY

Medicai malpractice means to cause to death or injury resulting from inadequate medicai practice, medicai treatment or lack of skill. Medicai malpractice lawsuits are increasing in Turkey whereas they are also common in foreign countries and health staff falls in trouble. In this study, four medicai malpractice cases, which were discussed and made a decision about them in the High Health Council were reviewed and some suggestions to decrease the medicai malpractice were offered.

Key Vtforde: Medicai malpractice, negligence, forensic case, mistakes of physicians.

C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 23 (1): 49 - 53, 2001

GİRİŞ

Hasta, sağlık kuruluşuna kabul edildikten sonra hekim ile arasında sözleşme kurulmuş olur. Buna bağlı olarak hekim hastasına beklenen standart tanı ve tedavi hizmeti vermek, gerekli özen ve sadakati göstermek zorundadır. Kendisinden beklenen görev aynı şartlarda orta düzey ve nitelikteki bir hekimin davranışlarıdır. Dolayısıyla, kendini tıbbın gelişmesi düzeyinde yetiştirmesi ve mesleği ile ilgili benimsenmiş, kabul edilmiş klasik bilgileri bilmesi, gelişmeleri takip etmesi ve buna uyması gerekmektedir. Ancak gerekli dikkat ve özene rağmen zararlı sonuç, kaçınılmaz olarak ortaya çıkarsa kusurlu davranıştan söz edilemez. Kusurlu davranış diyebilmek için zararlı sonucun önceden öngörülmesi, bilinmesi ve davranışı uygulayan kişinin sonucu istememiş olması gerekir. Tıbbi girişimler sırasında "izin verilen risk (komplikasyon)" adı verilen istenmeyen durumlar oluşabilmektedir. Bu risk çerçevesinde gerçekleşen tıbbi uygulamalarından dolayı, önlenemez olmayan, tahmin edilmeyen ve istenmeyen, kötü bir sonuçtan hekim veya diğer sağlık personelinin sorumlu tutulması hukuksal açıdan mümkün değildir. Hekimden beklenen aşırı bir dikkat

göstermesi ve önlem alması değil, normal bir dikkat göstermesi ve tedbir almasıdır. Yani hekimin tıbbi uygulamadan doğan sorumluluğundan söz edebilmek için, bu uygulamanın hukuka aykırı ve kusurlu olması, oluşan hasarın da bu kusurlu uygulamanın sonucu (illiyet=nedensellik) olması gerekmektedir (1 - 6).

Hekimlerin ceza sorumluluğu, Türk Ceza Yasasının (TCY) 455. ve 459. maddelerinde değerlendirilmiştir. Bu tür olgular için genelde "taksir suçları" ifadesi kullanılır. Buna göre; tedbirsizlik (önlenebilir bir tehlikenin önlenmesinde gösterilen kusurluluk), dikkatsizlik (yapılmaması gerekeni yapma), meslek ve sanatta acemilik (kişinin meslek ve sanatının esaslarını bilmemesi ve beceriden yoksun olması) veya emir ve yönetmeliklere uymama (acil hastanın kabul edilmemesi, tedavinin geciktirilmesi, kurallaşmış bir tedavi dışında başka bir tedavi şeklinin uygulanması) ile bir kimsenin ölümüne veya yaralanmasına yol açan kişi para ve/veya hapis cezasıyla cezalandırılır. Bu cezalar, kusur derecesine göre hakim kararı ile 1/8 oranına kadar indirilebilir (7). Tıbbi malpraktis örneklerinden bazıları; hastanın hastalığına rağmen tedaviye kabul edilmemesi, tedavi ve ameliyat için aydınlatılmış onamının alınmaması, radyoloji ve laboratuvar sonuçlarının değerlendirilememesi, fark edilmeyen kemik kırıkları, yara yerinde unutulmuş yabancı cisimler, tanının geç konması, yanlış ilaç verilmesi, hastayı bir uzmana ya da hastaneye göndermede ihmali, eksik tıbbi kayıt tutulmasıdır. Tıbbi malpraktis olaylarında sağlık personelinin kusurunun saptanmasında mahkemeler, esas olarak Yüksek Sağlık Şurası'na başvururlar. Ceza sorumluluğunun yanında, sağlık personeli kusurlu uygulamalarından dolayı hukuken de sorumludur. Hasta, haksız uygulamaya veya sözleşmeye dayanarak maddi ve manevi tazminat talebinde de bulunabilir (4, 5,8-12).

Bu çalışmada; Yüksek Sağlık Şurası'nda karara bağlanmış dört olgu nedeniyle tıbbi malpraktis konusu incelenerek, tıbbi hataları ve ihmalleri azaltmak için gerekli uygulamaların önerilmesi amaçlandı.

OLGU SUNUMU

Olgu 1: Fare zehri aldığı kuşkusıyla babası tarafından ilçe devlet hastanesine getirilen BZ'ye Dr. HT tarafından "aktif karbon uygulanmasına karar verildiği, sağlık memurunun hastane eczanesinden aktif karbon sanarak potasyum permanganat aldığı ve doktorun onayıyla hemşire ve sağlık memurunun bu maddeyi

hastaya toz halinde ağızdan bir-iki çay kaşığı verdikleri, kimyasal korozyon belirtileri gösteren hastaya yanlış uygulama yapıldığı anlaşıldığından acilen üniversite hastanesine sevk edildiği, üç yıldır BZ'nin, özefagus darlığı tanısıyla tedavi edildiği, solunum ve beslenme işlevlerinin ameliyat ile yerleştirilen tüplerle sağlandığı belirtilmektedir. Yüksek Sağlık Şurası'nın kararında; hastaya aktif kömür yerine toz halde oral yoldan potasyum permanganat verilmesi sonucunda, hastada bu maddenin oluşturması beklenen alkalik korozyon komplikasyonlarının ortaya çıktığı, girişimi yapan ekibin, aktif kömür uygulaması konusunda deneyimleri olmadığı da göz önüne alınarak, azami özeni göstermedikleri ve tedbirsizlik, dikkatsizlik sonucu hastanın yaralanmasına yol açtıkları dolayısıyla 4/8 oranında kusurlu buldukları sonucuna varılmıştır (13).

Olgu 2: C ailesinin tüm bireylerinin birden bire ortaya çıkan bulantı, kusma, ishal yakınması ile sabah saat 09:30'da acil servise başvurdukları, alınan anamnezde bir gece önce akşam yemeğinde iki gün önce alınıp buzdolabında saklanan tavuk ile gece yatmadan önce ve ertesi sabah kahvaltıda kızartılmış sucuğun yendiğinin öğrenildiği, acil serviste' bir ampul antiemetik yapıldıktan sonra enfeksiyon hastalıkları uzmanı Dr. KB'nin hastaları muayene ettiği, reçete yazıp evlerine gönderdiği, ancak ailenin ilaçları kullanmadığı ve aynı gün 17:30'da ailenin küçük kızının yüksek ateş, kusma ve bilinç kaybı yakınmaları ile yeniden getirildiği, çocuk hastalıkları servisine yatırılarak penisilin + kemisetin + novalgin tedavisine başlandığı, servise yatırıldıktan altı saat sonra öldüğü, ertesi günü yapılan otopside akciğerlerin ödemli ve küçük kanama odakları olduğu, 15 gün sonraki Hıfzıssıhha Enstitüsü raporundan patojen mikroorganizma üremediği, toksik maddeye rastlanmadığı anlaşılmış olduğundan hastanın ölümünde Dr. KB'nin ihmali bulunduğu gerekçesiyle ailenin dava açtığı bildirilmektedir. Yüksek Sağlık Şurası'nın kararında; kasıt olmadığı, ancak dikkatsizlik ve özensizlik olduğu, kemisetin kullanımının çocuk sağlığı ve hastalıklarında son derece sınırlı endikasyonu bulunduğu ve penisilin + kemisetin + novalgin karışımının literatür bilgisi olmasa da uygun karışım olmadığı, bu görüş doğrultusunda hekimin 2/8 oranında kusurlu olduğu görüşü benimsenmiştir (14).

Olgu 3: Ebe KN'nin işlettiği sağlık kabinine sabah giden ŞM'nin muayenesinde uterus ağzının iki cm açıklıkta olduğu, dextroz sıvı verildiği, akşam saat

18:00'de uterus ağzının tam olarak açılmasına ve hastanın ıkmına karşı çocuğun başının ilerlemediği, bunun üzerine vakum uygulandığı, çocuk kalp seslerinin düzensizleşmesiyle hastaneden uzman hekimle görüşülerek hastaneye yollandığı, ŞM'nin daha önce dört doğum yaptığı, ikinci doğumun sezeryanla, son doğumun normal yoldan ölü doğum biçiminde olduğu, hastanede yapılan muayenesinde kan basıncının 100/50 mmHg, nabız 80/dak olduğu, kontraksiyonların ve çocuk kalp seslerinin olmadığı, silinmenin % 80, açıklığın tama yakın olduğu, uterusun eski ameliyat yerinden rüptüre olduğu, bebeğin (50 cm, 5.000 gr kız) uterus dışında karın boşluğunda olduğu, rüptürün sağda ve solda uterin arterlere dek uzanıp sol uterin arterin yırtıldığı, bunun üzerine subtotal histerektomi ile ameliyata son verildiği, hastanın yaşam tehlikesi geçirip çocuk yapabilmeye yeteneğini yitirdiği, arızanın uzuv tatili niteliğinde olduğu belirtilmektedir. Yüksek Sağlık Şurası'nın kararında; ŞM'nin riskli gebe sınıfında olduğu, bebeğin iri ve hastanın eski sezeryanlı olması nedeniyle rüptür olasılığının % 100 olduğu, ebe KN'nin olayda tam kusurlu bulunduğu, bebeğin ölümünün doğum travayı ya da rahim yırtılması sırasında oluştuğu, annenin çocuk yapma yeteneğini yitirdiği, yaşam tehlikesi geçirdiği, arızasının uzuv tatili niteliğinde olduğu, bebeğin uzamış ve güç doğuma bağlı asfiksiden ölmüş olduğu, canlı doğduğunun tıbbi delillerinin bulunmadığı, bebeğin anne karnında iken hangi aşamada öldüğünün var olan verilerle saptanamayacağı, ölümden itibaren kusurlu olduğu görüşüne varılmıştır (15).

Olgu 4: Sabah saat 10:00-10:30 sıralarında AF'nin abdominal bölgede ateşli silah yaralanması nedeniyle ailesi tarafından ilçe devlet hastanesi acil servise getirildiği, geçici görevle bu hastaneye yollanan genel cerrah raporlu olduğundan hastanede genel cerrah olmadığı, AF'nin çok kötü durumda olduğu, kan basıncının alınamadığı, nöbetçi doktor HG'nin acil serviste intravenöz serum vermeye yarayan intraket, anjiyotet gibi araçlar olmadığından serum takılmadığı, hiçbir girişim yapılmadan il devlet hastanesine yollandığı, hastaneye 20 dakika kala yolda öldüğü, mahkemede nöbetçi doktora "Acil serviste kelebek set normal serum seti var mı diye sorulduğunda, "O anda olup olmadığını bilmiyorum" diye ifade verdiği, ayrıca mahkemede ki ifadesinde "Serum şekerli sudur, bu hastaya kan vermek gerekir, burada da bu imkan yoktur" diye eklediği belirtilmektedir. Yüksek Sağlık Şurası'nın kararında; Dr. HG'nin cerrah olmadığı, ancak

yaralanmalardaki ilk müdahale prensiplerine dahi uymadığı, kan kaybı nedeniyle tansiyonu alınamayan bir hastaya kan dışında verilebilecek sıvılardan ringer laktat, izotonik NaCl solüsyonu gibi her hastanede olabilecek sıvılardan hiçbirini vermediği, ölmek üzere olan bir hastaya hastanenin diğer bölümlerinden damar yoluna girmeyi sağlayacak malzemenin temininin istenirse bir dakika bile sürmeyeceği, Dr. HG'nin asli görevini ihmal ettiği bildirilmektedir (16).

TARTIŞMA

Tıbbın tedavi edici yönü yanında, aynı zamanda hastalara karşı sorumluluktan dolayı tıbbi ihmal ve malpraktisi içeren adli tıp yönü de söz konusudur (17, 18). Malpraktis olayları ciddi fiziksel ve ruhsal hasarlar, ölümler ve ekonomik kayıplara yol açmakta ve tüm toplumlarda önem kazanmaktadır (19 - 23). Son yıllarda basılı ve görsel basın aracılığıyla sıkça haber edilmeye başlayan bu olaylarla ilgili olarak kusur ve ihmal aranmakta; hekim ve diğer sağlık personeli sonuçtan sorumlu tutularak hastalar, gördükleri zarara karşılık mahkemelere başvurmaktadır (24).

ABD'nde ilk tıbbi malpraktis davası 1840'larda açıldı. Malpraktis iddialarının 150 yıldan fazla zamandır olmasına karşın bu konuyla ilgili bilgiler oldukça yenidir. Malpraktis iddialarının artmasının nedenleri arasında; tıpta sürekli yeniliklerin görülmesi ve bunların bütün topluma hızla yayılması, toplumun bilinç ve eğitim düzeyinin artması, bazı ülkelerde halk jürilerinin oluşması, sigorta sisteminin gelişmesi, hak arama mücadelesi gibi çeşitli tıbbi ve hukuki faktörler yer almaktadır (20, 25, 26).

ABD'deki üçüncü en iyi araştırma hastanesi olan Kaliforniya Üniversitesi Hastanesi'ne karşı, İngilizce bilmeyen hastalar için yeterli dil çeviri servislerinin sağlanmaması nedeniyle açılan malpraktis davasında, hastanenin ödemesi gereken tazminatın, bu servislerin sağlanmasından daha pahalı olduğu belirtilmektedir (27). Kalküta'da son zamanlarda malpraktise karşı, sahte doktorlar ve şarlatanlardan halkı korumak için sağlık personelinin aktivitelerinde düzenlemeler getirilmektedir (18).

Hindistan'da hekimliğin, Tüketiciyi Koruma Yasası'na dahil edildiğinden beri Hintli hekimler malpraktis iddialarıyla karşılaşmaktadırlar. Hindistan'da hastanelerde hatalı tıbbi uygulama % 39-56 oranında görülmekte olup, olguların % 13-25'i malpraktis iddialarıdır (28).

Dört Olgu Nedeniyle Tıbbi Yanlış Uygulama

Olgularımızın dördünde olduğu gibi; hekim ve diğer sağlık personeli, görevini yaparken yapılması gerekeni yapmaktan, önlenabilir bir tehlikenin önlenmesinde özen göstermemekten, mesleğinin esaslarını bilmemek ve beceriden yoksun olmaktan dolayı ortaya çıkan zarardan sorumlu tutulabilmektedir (8).

Dikkatsizlik sonucu, tedavi sırasında sunuş biçimi ve isim benzerliği gibi nedenlerle ilaçlar karıştırılabilmekte, yan etki ve hatta ölüm gibi istenmeyen kötü sonuçlar oluşmakta, hekimler de yasal sorumluluk altına girmektedir (8, 13). Birinci olgumuzda da, yanlışlıkla başka bir ilacın verilmesiyle hastada hasar meydana gelmiştir. Hekimlerin bu konuda daha duyarlı ve dikkatli olmaları, reçeteleri okunaklı yazmaları gerekmektedir.

Hayati tehlike veya şüphesi bulunan bir hasta veya yaralının başka hastaneye mutlaka şevki gerekiyorsa acil durumun yapılacak tıbbi girişimle düzeltilmesi, sevk edilen hastanenin önceden bilgilendirilmesi, yeterli ekip ve ekipmanı bulunan bir ambulans ile sevk edilmesi gerekmektedir (5 - 8). Dördüncü olgumuzdaki gibi, acil tedavi gereksinimi olan bir hastaya tedavi uygulamadan, uygun olmayan koşullarda yeterli ekip ve ekipmanı bulunan ambulans temin edilmeden başka bir hastaneye sevk edilmesi hastanın tedavisinin gecikmesine, bazen da ölümüne yol açmaktadır.

Elmas ve arkadaşlarının Yüksek Sağlık Şurası ve Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu tarafından değerlendirilen beş olguya ilişkin (29) ve Gürpınar ve arkadaşlarının Adli Tıp Kurumu Trabzon Grup Başkanlığı'nca 1984-1992 yılları arasında otopsi yapılan ve hekim kusurunun saptandığı altı olguya ilişkin (30) benzer çalışmalarında; acil tedavi gerektiren sağlık problemleri nedeniyle sağlık kuruluşlarının acil ünitelerine başvuran hastalara ayrıntılı anamnez alınıp muayenelerin yapılması, tetkik ve konsültasyonların istenmesi, gerekiyorsa yeterli süre gözlem altında bulundurulmaları, tedavi uygulanması, sağlık kuruluşları arasındaki iletişim ile hasta nakli aşamalarında karşılaşılan hekim hataları ve yetersizlikler belirtilmektedir.

Tıbbi hataları azaltmada önemli rolü olan yeterli bilgi ile donanmış, yetenekli hekimlerin kazandırılması için; tıp eğitiminin kalitesinin artırılması, tıptaki gelişmelerin izlenmesi ve bilgilerin yenilenmesi gerekir. Sağlık personeli empati kurabilmeli ' ve hastaya yaklaşımı katı olmamalı, sevecen, iyi niyetli olmalıdır.

Bunun yanında, hasta kayıtlarının güvenli ve standart bir sisteme büründürülmesi gerekmektedir. Kayıtlar muayene bulgularını, yapılan tetkik sonuçlarını, gözlem j ve konsültasyon bilgilerini, tanı ve tedaviye ilişkin bulguları içermelidir (5, 28, 29, 31, 32). Ayrıca, tıbbi uygulamalarda "aydınlatılmış onam" olarak ifade edilen tıbbi müdahale ile ilgili olarak hastaya yarar-risk oranının ve müdahale alternatiflerinin açıklanması, tıbbi durumla ilgili gerekli daha başka bilgilerin hastaya bildirilmesi ile onayının alınması öncelikle göz önüne alınan etik bir kuraldır ve olmaması durumunda hekimi zor duruma düşürecektir (24, 33).

Ülkemizde sağlıkla ilgili devletin yaptırımlara bağladığı sosyal düzen kurallarını içeren tam teşekküllü bir sağlık hukuku bulunmamaktadır. Dolayısıyla hastane koridorlarında yaşanan pek çok yanlışın genel hukuk kuralları çerçevesinde yapılmaya çalışılan çözümü yetersiz kalmaktadır. Tıbbi girişim sırasında meydana gelen zarar durumlarında hekimler hakkında özel yaptırım getiren bir yasa olmadığı için; tıbbi malpraktis, genel olarak bütün meslek grupları için geçerli olan TCY'nın 455. ve 459. maddeleri içerisinde değerlendirilir. Ancak konusu, insan hayatı olan hekimlik uygulamasında meydana gelen tıbbi hataların diğer meslek hatalarından farklı olarak ele alınması ve yeni yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Aşçıoğlu Ç. Doktorların Hukuki ve Cezai Sorumluluğu. Ankara, Olgaç Matbaası, 62-72, 1982.
2. Aşçıoğlu Ç. Tıbbi bilirkişiliğin hukuki sınırları. 1. Adli Bilimler Kongre Kitabı (.12-15 Nisan 1994, Adana). Adana, Çukurova Üniversitesi Basımevi, 48-51, 1995.
3. Polat O, İnana MA, Aksoy ME. Adli Tıp. 1. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 373-87, 1997.
4. Soysal Z, Cakalır C. Adli Tıp. Cilt:1, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 51-71, 1999.
5. Işık AF. Acil Durumlarda Adli Tıp Sorunları, in: Kadayıfçı A, Karaaslan Y, Köroğlu E. Acil Durumlarda Tanı ve Tedavi, 2. baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 439-512, 1999.
6. Hancı İH. Penisilin allerjisi ve hekim sorumluluğu. İzmir Tabip Odası Yayını. Hekim ve Yaşam. Mart-Nisan, 30-31, 1999.
7. Ekdemir İ. Son Değişiklikleri ile Açıklamalı-İçtihatlı Türk Ceza Kanunu ve Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu (1st ed). Ankara, Adalet Matbaacılık, 1990: 618-20, 631-4.
8. Hancı İH. Hekimin Yasal Sorumlulukları ve Hakları (Tıp ve Sağlık Hukuku). 2. baskı, İzmir, Toprak Ofset Matbaacılık Ltd. Şti., 1999: 102-238.

9. Köprülü Ö. Hekimin hukuki sorumluluğu. İstanbul Barosu Dergisi 10-12: 598, 1984.
10. Aykaç M. Adli Tıp. 2. baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 24-6, 1993.
11. Özen C. Adli Tıp. 8. baskı. İstanbul, Taş Matbaası, 14-6, 1983.
12. TTB-ATUD. 1. Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı. 1.baskı. Ankara, Polat Matbaası, Ankara, 13-4, 1999.
13. Siz olsaydınız ne yapardınız? Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 8(4): 147, 1999.
14. Siz olsaydınız ne yapardınız? Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 8(10): 385, 1999.
15. Siz olsaydınız ne yapardınız? Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 9(1): 28, 2000.
16. Siz olsaydınız ne yapardınız? Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 9(4): 145, 2000.
17. Kinsman J. Malpractice liability in health professional education. Radiol Technol 71(3): 239-46, 2000.
18. Mukherjee JB. Legal aspect of medical practice. J Indian Med Assoc 97(11): 461-5, 474, 1999.
19. Bassett KL, Iyer N, Kazanjian A. Defensive medicine during hospital obstetrical care: a by product of the technological age. J Soc Sci Med 51(4): 523-37, 2000.
20. Mohr JC. American medical malpractice litigation in historical perspective. JAMA 5;283(13): 1731-7, 2000.
21. Goebel RH, Goebel MR. Clinical practice guidelines for pressure ulcer prevention can prevent malpractice lawsuits in older patients. J Wound Ostomy Continence Nurs 26(4): 175-84, 1999.
22. Knox GE, Simpson KR, Garite TJ. High liability perinatal units: an approach to the prevention of patient injury and medical malpractice claims. J Healthc Risk Manag 19(2): 24-32, 1999.
23. Knight B. Simpson Adli Tıp. 10. baskı, Çeviri editörü: Nur Birgen. İstanbul, Bilimsel ve Teknik Yayınlan Çeviri Vakfı, 288-99, 1995.
24. Arda B. Tıp Etiği Araştırmaları. Ankara, Öncü Matbaası, 45-50, 1999.
25. Biddinger LA. A mock trial at nursing grand rounds. J Nurses Staff 15(3): 111-5, 1999.
26. Kapborg I, Svensson H. The nurse's role in drug handling within municipal health and medical care. J Adv Nurs 30(4): 950-7, 1999.
27. Duffy MM, Alexander A. Overcoming language barriers for non-English speaking patients. ANNA J 26(5): 507-10, 1999.
28. Bhatt AD. Drug-related problems and adverse drug events: negligence, litigation and prevention. J Assoc Physicians India 47(7): 715-20, 1999.
29. Elmas İ, Tuzun B, Aşırcıoğlu F, İnce H. Acil tedavi basamağındaki yetersizlikler ve hekim hataları: 5 olgu sunumu. İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası 61:2, 232-6, 1998.
30. Gürpınar S, Gündüz M, Özoran Y. Medikal malpraktis-Tıpta yanlış uygulama (6 ölüm olgusu nedeniyle). Adli Tıp Dergisi 10: 97-100, 1994.
31. Bartlett EE, Holman Ki, Bobetic K, Douglas M, Johnson L, Molchnowski G, Rehmar MI. The early diagnosis project: a collaborative to risk management J Healthc Risk Manag 19(1): 21-7, 1999.
32. Lichtstein DM, Materson BJ, Spicer DW. Reducing the risk of malpractice claims. Hosp Pract 15;34(7):69-79, 1999.
33. Erdemir AD. Tıbbi Deontoloji ve Genel Tıp Tarihi. Bursa, Güneş ve Nobel Tıp Kitabevleri, 31-43, 1996.

Yazışma adresi

Yrd. Doç. Dr. Fatma YÜCEL BEYAZTAŞ
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Sivas

