

Acil Hekimleri için “Geçici” Adli Raporların Anlamı Nedir? Kendini Koruma? Önyargı? Alışkanlık?...

What is the Meaning of “Temporary” Forensic Reports for Emergency Physicians? Self Protection? Bias? Habit?...

Serkan Emre EROĞLU,¹ Sıddıka Nihal TOPRAK,² Aydın Deniz KARATAŞ,³ Özge ONUR,¹ Çiğdem ÖZPOLAT,¹ Emre SALÇIN,¹ Arzu DENİZBAŞI¹

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul;

²Toros Devlet Hastanesi, Acil Servis, Mersin;

³İskenderun Devlet Hastanesi, Acil Servis, Hatay

ÖZET

Amaç

Günümüzde, bir adli olguya hekim raporları hastanelerde oluşturulmakta ve adli makamlarca kullanılmaktadır. Bu çalışmada, “geçici adli rapor” olarak sonlandırılmış adli raporların düzenlenme nedenleri araştırıldı.

Gereç ve Yöntem

Çalışma, ileriye yönelik olarak iki farklı devlet hastanesinde gerçekleştirildi. Veriler, SPSS 16 programında analiz edildi. Veriler 4 hafta boyunca toplandı ve ardından Kolmogorov-Smirnov (K-S) ve ki-kare testleri kullanılarak analiz edildi.

Bulgular

Çalışmamızda, toplam 610 adli olgu [Mersin Toros Devlet Hastanesi (MTDH), n=171; İskenderun Devlet Hastanesi (İDH), n=439] saptandı. MTDH’da 100 (%58.5) geçici adli rapor ve İDH’de 433 (%99.6) kesin adli rapor mevcuttu. Yatışı yapılan/sevk edilen hastalara ait adli raporlar analiz edildiğinde, bunlardan 14’ü “geçici” olarak sonlandırılmıştı. Çalışmaya göre adli rapor sonucu acil servise geriatrik/pediyatrik hastalar, kafa travması/penetran travma ile başvuran hastalar olduğunda doğrudan etkilenmekteydi. Toplam 11 hekimden 7’si geçici rapor düzenlenmesinin nedeni olarak kendini koruma olarak iletti. Otuz iki (%18.7) konsültasyon istemi mevcuttu. Konsültasyon istemi ve adli rapor sonlandırma şekli arasında istatistiksel anlamlı fark mevcuttu (p=0.009).

Sonuç

Kendi içlerinde tutarlı, birbirleri arasında ise zıt sonuçlu iki hastane olması, adli olgulara standart yaklaşımın olmadığını göstermektedir. Bununla birlikte, geçici adli raporlar genellikle kendini koruma, önyargı ya da bireysel kurallar nedeniyle yazılmaktadır. Bu iki sonuç sebebiyle, adli tıp eğitimi acil hekimlerine gerekenden daha fazla verilmelidir.

Anahtar sözcükler: Acil servis; adli olgu; geçici adli rapor.

SUMMARY

Objectives

Doctor’s reports of forensic cases are prepared in hospitals and are used by legal offices. In this research, we investigated the reasons for writing forensic reports terminated with “temporary report”.

Methods

This study was done prospectively in two different state hospitals. Data were analysed on SPSS v16.0. Data were collected during four weeks and then analyzed by using frequencies, Kolmogorov-smirnov (K-S) and Chi-square tests.

Results

In our study, a total of 610 forensic cases (Mersin Toros State Hospital (MTSH), n=171; Iskenderun State Hospital (ISH), n=439). There were 100 (58.5%) temporary forensic reports in MTSH, and 433 (99.6%) definitive forensic reports in ISH. When the legal reports of the 14 hospitalized/referred patients were analyzed, it was seen that all of them were terminated as ‘temporary’ in MTSH. According to our study, the results of forensic reports are affected directly when geriatric or pediatric patients, patients with head trauma or penetrating trauma to the Emergency room. 7 of the total of 11 physicians said that the reason of writing temporary reports was self protection. There were 32 (18.7%) consultation requests. The difference between the consultation requests and the type of the termination of the forensic reports were statistically significant (p=0.009).

Conclusions

The results of two hospitals with steady approaches in their own, but reverse results between each other may show that there is no standard approach for legal cases in our country. In addition to this, Temporary forensic reports are usually written for the reasons of self protection, prejudice or individual rules. Because of these two results, forensic medicine education was given to Emergency physicians more than needed.

Key words: Emergency service; legal cases; temporary forensic report.

Geliş tarihi (Submitted): 19.07.2012 **Kabul tarihi (Accepted):** 26.02.2013

İletişim (Correspondence): Dr. Serkan Emre Eroğlu. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, 34890 Pendik, İstanbul, Turkey.

e-posta (e-mail): drseroglu@gmail.com



Giriş

Günümüzde, bir adli olguya ait hekim kanaat ve değerlendirilmesi içeren raporlar hekimin olduğu her kurumda oluşturulmakta ve adli makamlarca kullanılmaktadır. Yargılama ve cezalandırma işlemleri, hekimlerin düzenleyeceği ayrıntılı ve doğru olması gereken bu raporlara göre yapılmaktadır.^[1,2]

Kesin rapor düzenlenimi için yeterli bulgu ve değerlendirme ölçütleri var iken, raporun "geçici rapor" olarak sonlandırılması yargı sürecini uzatarak, adaletin oluşmasını geciktirmekte^[3] ve kişilerin gözetim altında tutulma süresini uzatabilmekte ve hatta kesin rapor almak için hastaneye başvuruyu arttırarak iş gücü kaybına^[4] neden olabilmektedir. Ülkemizde yapılan bir çok çalışma hekimlerimizin raporlarının çoğunlukla "geçici rapor" şeklinde sonlandığını göstermektedir.^[5-7]

Bu çalışma ile iki farklı hastane acil servisinde düzenlenen adli rapor ve hekim görüşlerinden faydalanılarak bir adli raporun, "geçici rapor" şeklinde sonlandırılmasının nedenleri araştırılmak istenmiştir.

Gereç ve Yöntem

Adli raporların geriye dönük olarak elde edilememesi sebebiyle ileriye yönelik planlanan çalışma Mersin Toros Devlet Hastanesi (MTDH) ve İskenderun Devlet Hastanesi (İDH) acil servislerinde 01 Kasım ile 01 Aralık 2010 döneminde yürütüldü. Aynı ortamda çalışan hekimlerin birbirlerini etkileyebileceği ve benzer rapor sonlandırma yaklaşımı içerisinde olabileceği düşüncesiyle iki farklı merkezin karşılaştırılması planlandı. Çalışma merkezi seçiminde üç koşul arandı; birincisi, benzer sosyokültürel, psiko-dinamik, göç oran ve ekonomik özelliklere sahip olabilmesi açısından merkezlerin "aynı coğrafi bölge içinde olması" idi. İkincisi, merkezlerin Sağlık Bakanlığı'nca önerilen "Genel Adli Muayene Form"larını kullanıyor olması ve bir diğeri ise, adli makam, hastane idarecileri ve hekimlerin birbirini tanıma olasılığının en aza indirilmesi açısından merkezlerin birbirine komşu olmayan farklı illerde hizmet vermesi idi.

Anketle desteklenmiş, dosya ve kayıt incelemesi olarak yürütülen gözlemsel çalışma, Helsinki Deklarasyonuna uygun ve hastane onamı alınarak yapıldı. Bir ay boyunca her gün, bir önceki güne ait adli raporlar her iki hastanenin acil servisinden sorumlu acil tıp uzmanlarınca değerlendirildi.

Çalışmadaki çıkarılma kriterleri; 1) Darp-cebir ya da Alkol raporu olma, 2) Okunaklı yazılmamış ya da eksik bilgili rapor olma, 3) Çalışma yürütücüsü tarafından ya da aktif olarak acil serviste çalışmayan bir hekimce düzenlenme, 4) Anket çalışmasına katılmayı kabul etmeme idi. Çalışma süresince diğer acil hekimlerine bilgi verilmezken, 1 ay sonunda her iki has-

tanede aktif olarak çalışmakta olan tüm acil hekimlerine yüz yüze uygulanan ve iki bölümden oluşan 25 soruluk anket çalışması yapıldı. Anketin 13 sorudan oluşan birinci bölümünde, hekimler ve çalıştıkları hastanelere ait demografik değişkenlere ait veriler toplandı. Bu bölüm, aynı zamanda çalışmanın birinci ve ikinci aşaması arasındaki uyumluluğu saptamak üzere geliştirilmiş soruları barındırmaktaydı. Hastanelerden herhangi birinden elde edilen veriler, bu bölümle uyumlu olmaz ise güvenilirlikteki azalma sebebiyle ilgili hastaneye ait anketin ikinci bölümünün değerlendirme dışı bırakılması planlandı. Anketin, 12 sorudan oluşan ikinci bölümü ise, 5'li Likert ölçeğine uygun yapılandırılan tutum değerlendirmesi idi. İkinci bölüme, anketlerin doldurulmasını takiben güvenilirlik analizi uygulanması planlandı. Çalışma süresi sonunda hastaneler arasında adli olgu sayıları açısından ayırışma saptanırsa, yorum ve değerlendirme hatası yapılmaması amacıyla her bir hastanenin kendi içinde değerlendirilmesi planlandı. Bu sayede hastaneler ve hekimler arası adli olguya yaklaşım farklılıklarını daha net görülebileceği varsayıldı. Çalışma yürütücüleri olmaları sebebiyle anket çalışmasına alınmayan acil tıp uzmanlarının düzenlediği raporlar da değerlendirme dışı bırakıldı. Verilerin analizinde "SPSS for Windows 16" programı kullanıldı. Bağımlı değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov (K-S) testi ile değerlendirildi. Nonparametrik verilerin istatistiğinde ki-kare testi kullanıldı. Parametrik sonuçların değerlendirilmesinde ise, ortalama \pm standart sapma ve %95 güven aralığı (%95 GA) kullanıldı.

Bulgular

Çalışma süresince her iki hastane acil servislerinde aktif çalıştığı saptanan toplam 25 hekimce 1344 (MTDH 192; İDH 1152 adli rapor) düzenlendiği saptandı. Çalışmadan çıkarılma kriterleri doğrultusunda 734 rapor çalışma dışı (MTDH n=21, İDH n=713) bırakılarak toplam 610 rapor incelendi. Yüz yüze yapılan anket formunun ikinci bölümünde yer alan 12 sorudan 3'ünün güvenilirliği yeterli bulunmaması sebebiyle değerlendirme dışı bırakıldı. Kalan 9 soruya ait güvenilirlik katsayısı / Cronbach alpha 0.950 olarak bulundu.

1. Mersin Toros Devlet Hastanesi verileri

a) Çalışmanın ilk aşamasından elde edilen veriler ve değerlendirmesi

Çalışma kurallarına uygun doldurulmuş toplam 171 adli rapor saptanmış olup, "geçici rapor" şeklindeki sonlanım oranı %58.5 (n=100) idi. Yaş ortalaması 29.1 ± 1.4 (%95 GA 26.9-31.2) olan hastalardan 33'ü 18 yaş ve altı idi. Çocuk yaş grubundaki bu hastalardan 25'inin (%75.75) raporu "geçici rapor" şeklinde sonlandırılmıştı. "Kesin rapor" verilen tüm hastaların (25 Kadın, 46 erkek) yaş ortalaması 31.4 ± 1.4 (%95 GA 28.1-34.7) iken; "geçici rapor" verilenlerinki (26 Kadın, 74 Erkek), 27.6 ± 1.4 (%95 GA 24.7-30.5) idi.

Adli rapor düzenlenmesindeki en sık neden trafik kazaları idi (n=84, %49.1). Trafik kazası nedeniyle gelen bu hastalardan 50'sinin raporu "geçici rapor" ile sonlandırılmıştı (Tablo 1). Yine, silahla yaralanma dışındaki tüm geliş nedenlerine ait raporlarda, "geçici rapor" oranı "kesin rapor"dan fazla idi. Geliş nedenleri ile raporun sonlanım şekli arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.045). Çalışmaya göre, bu acil serviste toplam 32 (%18.7) konsültasyon istenmiş ve 26'sının (%81.25) raporu "geçici" olarak sonlandırılmıştı. Bir branştan konsültasyon istenilmişse, sıklıkla "geçici rapor" ile sonlandırılmaktaydı (p=0.009). Acil servisten sevk edilen ve yatışı yapılan hastanın tümüne "geçici rapor" verilirken, taburcu edilen hastaların %54'üne "geçici rapor" verildiği görüldü (p=0.004).

Çalışma verilerine göre, raporlara yazılan son tanılar içinden 20'sinde (%11.7) hastanın "normal" olduğu belirtilmekteydi.

Normal değerlendirilen olguların tamamı, ekstremitelere ait tanılarının (n=41) ise %56.1'i (n=23) "kesin rapor" ile sonlandırılırken, diğer tüm durumlarda "geçici rapor" hakimiyeti mevcuttu (p<0.001).

Çalışmada hekimlere ait raporlar incelendiğinde; hekimlerin "geçici" halin, "kesin" hale dönüşümünü yapacak olan branş (Kesin raporu yazacak bölüm/branş) olarak birinci sırada beyin cerrahi ikinci sırada ise ortopedi bölümünü işaret ettiği (n=42, %42.0 ve n=25, %25.0) tespit edildi.

b) Çalışmanın ikinci aşamasından (anket çalışması) elde edilen veriler ve değerlendirmesi

1. Genel değerlendirme soruları;

MTDH'nden anket çalışmasına katılan ve yaş ortalamaları 41.3±4.9 (%95 GA 38.0-44.7) olan 11 hekimin mesleki süre

Tablo 1. Çalışma merkezlerindeki rapor sonlandırma tercihleri

	Mersin Toros Devlet Hastanesi			İskenderun Devlet Hastanesi		
	Sayı	Geçici rapor	Kesin rapor	Sayı	Geçici rapor	Kesin rapor
Başvuru nedeni						
Trafik kazası	84	50 (%59.5)	34 (%40.5)	197	2 (%1.0)	195 (%99.0)
Darp	34	19 (%55.9)	15 (%44.1)	120	2 (%1.7)	118 (%98.3)
Zehirlenme	9	9 (%100)	0	51	1 (%2.0)	50 (%98.0)
İş kazası	6	5 (%83.3)	1 (%16.7)	37	0	37 (%100)
Silahla yaralanma	13	5 (%38.5)	8 (%61.5)	9	1 (%11.1)	8 (%88.9)
Diğer	25	12 (%48.0)	13 (%52.0)	25	0	25 (%100)
Konsültasyon						
Ortopedi	9	6 (%66.7)	3 (%33.3)	30	0	30 (%100)
Birden fazla cerrahi	5	4 (%80.0)	1 (%20.0)	46	1 (%2.2)	45 (%97.8)
Beyin cerrahi	4	3 (%75.0)	1 (%25.0)	17	0	17 (%100)
Genel cerrahi	4	4 (%100)	0	3	1 (%33.3)	2 (%66.7)
Dahiliye	3	3 (%100)	0	17	1 (%5.9)	16 (%94.1)
Diğer	7	6 (%85.7)	1 (%14.3)	19	1 (%5.3)	18 (%94.7)
Acil servis sonlanımı						
Taburcu	157	86 (%54.8)	71 (%45.2)	391	2 (%0.5)	389 (%99.5)
Sevk	10	10 (%100)	0	1	0	1 (%100)
Yatış	4	4 (%100)	0	47	4 (%8.5)	43 (%91.5)
Son tanı						
Normal	20	0	16 (%27.1)	131	0	75 (%100)
Kraniyal patoloji	59	18 (%43.9)	23 (%56.1)	136	3 (%2.3)	128 (%97.7)
Ekstremitte patolojileri	41	22 (%73.3)	8 (%26.7)	22	1 (%0.7)	135 (%99.3)
Çoğul tanılar	30	8 (%100)	0	37	0	22 (%100)
Zehirlenme (ilaç ile)	8	9 (%69.2)	4 (%30.8)	38	1 (%2.7)	36 (%97.3)
Diğer	13	20 (%100)	75	0	1 (%2.6)	37 (%97.4)

ve acil serviste çalışılan toplam süre ortalamaları ise, sırasıyla; 175.8±53.5 ay (%95 GA 139.8–211.8) ve 113.2±81.0 ay (%95 GA 58.8-167.7) idi. Bu hekimlerden 3'ünün meslek hayatları daha uzun olmasına karşın, acil servisteki çalışma süreleri 1 yılı geçmemekteydi. Değerlendirmeye alınan hekimler, bir yılda sonlandırdıkları adli rapor sayısının ortalama 299.09±168.84 (%95 GA 185.66-412.52), kesin rapor tutma yüzde ortalamasının 36.82±20.52 (%95 GA 23.03-50.61) olabileceğini tahmin ettiklerini belirtmekteydi.

Adli tıp ve adli rapor doldurma eğitimlerine katılımı sorgulanan formlardan 6'sında (%54.54) tıp öğreniminde, 4'ünde (%36.36) hem tıp öğreniminde, hem de meslek hayatı sırasında adli tıp eğitimi/adi rapor doldurma eğitimi alındığı belirtilirken; 1 formda gerek tıp öğreniminde gerekse meslek hayatında bu tarz eğitim alınmadığı belirtilmekte idi.

MTDH acil hekimleri en sık rastlanan olgu tipinin trafik kazası

%63.6 (n=7) olduğunu ve çalışmaya alınan olgu tipleri düşünüldüğünde (Darp-cebir ve alkol raporunun düşünülmediği durumlar) "Geçici rapor"ların, "Kesin rapor"lardan daha fazla olduğunu düşündüklerini (n=9, %81.8) belirtmekte idi. Bu durumun nedeni olarak 7 hekim (%77.8) bu şekilde sonlandırmanın kendilerini güvende hissettirdiğini ifade etti. Yine, bu şekilde ortaya çıkan sonucun tesadüfen olmadığını belirten görüş sayısı da 7 idi (%77.8). Bununla birlikte, %36.4 hekim (n=4), bu durumun alışkanlıkları haline geldiği görüşündeydi.

Çalışmada adli olgulara karşı hekimlerde önyargı ya da hekime ait bireysel kurallarının olup olmadığı da araştırıldı. Buna göre 5 hekim (%45.5) adli olgu raporunun "kesin" ya da "geçici" şeklinde sonlandırılmasında önceden belirlediği kuralları olduğunu ifade etti. Bu hekimlere göre, hasta henüz değerlendirilmese bile, "Yaşlılık/çocuk hasta, Kafa travması, delici-kesici yaralanma v.b." durumların olduğu bilinmesi ra-

Tablo 2. Mersin Toros Devlet Hastanesi hekimlerinin "geçici rapor" verme kararına etki eden faktörler

	Kesinlikle	Çoğunlukla	Bazen	Nadiren	Asla
1) Konsültasyon istediğim hastaların adli raporunu "Geçici R." şeklinde sonlandırırım.	1 (%9.1)	4 (%36.4)	3 (%27.3)	3 (%27.3)	-
2) Fizik muayene ve tetkikler normal olsa dahi, çocuk yaş grubuna ait raporları "Geçici R." şeklinde sonlandırırım.	-	3 (%27.3)	4 (%36.4)	4 (%36.4)	-
3) Fizik muayene ve tetkikler normal olsa dahi, ileri yaş grubuna ait raporları "Geçici R." şeklinde sonlandırırım.	-	3 (%27.3)	3 (%27.3)	5 (%45.5)	-
4) Fizik muayene ve tetkikler normal olsa dahi, kafa travması geçiren hasta grubuna ait raporları "Geçici R." şeklinde sonlandırırım.	2 (%18.2)	5 (%45.5)	2 (%18.2)	2 (%18.2)	-
5) Fizik muayene ve tetkikler normal olsa dahi, Künt batın travması geçiren hasta grubuna ait raporları "Geçici R." şeklinde sonlandırırım.	-	4 (%36.4)	4 (%36.4)	3 (%27.3)	-
6) Tetkikler normal olsa dahi, Batın/toraks harici delici-kesici yaralanması geçiren hasta grubuna ait raporları "Geçici R." şeklinde sonlandırırım.	2 (%18.2)	7 (%63.6)	-	2 (%18.2)	-
7) Görüntüleme tetkikleri normal olsa dahi, ekstremitte travmalı hasta grubuna ait raporları "Geçici R." şeklinde sonlandırırım.	-	1 (%9.1)	4 (%36.4)	6 (%54.5)	-
8) Başka bir sağlık kurumuna sevk ettiğim hastalara ait raporları "Geçici R." şeklinde sonlandırırım.	5 (%45.5)	4 (%36.4)	2 (%18.2)	-	-
9) Acil servise başvuran ve Darp/Cebir - Alkol Muayane harici tüm adli olgulara ait raporları "Geçici R." şeklinde sonlandırırım.	-	2 (%18.2)	4 (%36.4)	3 (%27.3)	2 (%18.2)

por sonucunu doğrudan etkilemekteydi.

Hekimlere, "kesin" ya da "geçici" rapor verme kararını, diğer uzmanlık dallarına göre daha fazla etkileyen bir branşın olup olmadığı da soruldu. Yedi hekim (%63.6) bu soruya "evet" cevabını verdi. Bu hekimlerin tamamının, sonlandırma kararlarını etkileyen branş olarak beyin cerrahi ve çocuk hastalıkları seçeneklerini işaretlediği tespit edildi. Hekimlerin nihai tanıya göre sonlandırma kararlarını etkileyen diğer branşlar ve yüzdeleri ise şu şekildeydi; ortopedi ve travmatoloji 5 (%71.4), genel cerrahi 4 (%57.1), iç hastalıkları 1 (%14.3).

II. Hekimlerin rapor sonlandırma üzerine tutumlarının değerlendirilmesi;

Anketin ikinci bölümü olan 9 soruluk bölüm ile hekimlerin tutumları araştırıldı. "Kesinlikle", "çoğunlukla", "bazen", "nadiren" ve "asla" yanıtlarından kesinlik bildirenleri araştırıldığında; 5 hekim (%45.5) sevk ettiği tüm hastalara 2 hekim ise tetkikleri normal olan batın/toraks harici delici-kesici yaralanmaların hepsine geçici rapor vereceğini belirtirken, darp-cebir ve alkol raporları hariç tutulduğunda tüm adli raporları "geçici rapor" ile sonlandırırım şeklinde sorulan soruya iki hekim "asla" yanıtını verdi (Tablo 2).

2. İskenderun Devlet Hastanesi verileri

İDH'de görev yapan 14 hekimin yaş, mesleki süre ve acil serviste çalışılan toplam süre ortalamaları, sırasıyla; 32.2±6.1 (%95 GA 28.7-35.8), 69.7±6.1 ay (%95 GA 36.5-102.9) ve 40.3±40.0 ay (%95 GA 17.2-63.4) idi. On dört hekimden 2'si, meslek hayatlarının ilk yılını doldurmadığını belirtirken, 5 hekimin meslek hayatları daha uzun olmasına karşın, acil servisteki çalışma süreleri 1 yılı geçmemekteydi. İDH acil servisinde, çalışma kurallarına uygun toplam 439 adli rapor düzenlendiği saptandı. Bu rapordan %99.6'sı "kesin" rapor şeklinde düzenlenmişti. Buna karşın anket çalışmasına göre; acil hekimlerinin %71.4'ü (n=10) darp-cebir ve alkol raporları dışlandığında; "geçici rapor" şeklindeki rapor sonlandırımının, "kesin rapor"lardan fazla olduğunu düşünmekte idi. Bu iki sonuçun meydana getirdiği tutarsızlık ve yine çok yüksek yüzdede "kesin rapor" sonlanımının; tutum karşılaştırmasını ve istatistiksel değerlendirmeyi güvenilir kılamayacağı gerekçesiyle sonuçların yorumlanmasında İDH verilerinin kullanılmamasına karar verildi.

Tartışma

Aldıkları eğitimde göz önünde bulundurularak, adli rapor yazımı sırasında hekimlerin yasal sorumluluk, yetki ve adli tıp bilgilerini doğru kullandığı varsayılrsa da, adli olgu değerlendirme ve raporlama en doğru şekilde adli tıp uzmanlarının yapılabileceğini söylemek yanlış olmayacaktır. Bununla birlikte, adli başvuru yerleri düşünüldüğünde, adli raporların

büyük çoğunluğu, hastanelerin acil servislerinde ve birinci basamak sağlık kurumlarında görev yapan hekimler tarafından verilmektedir.^[8-10] Bir hastanede, normal şartlar altında hastaların klinik durumuna göre karar verilebilecek rapor sonlanımlarının, "kesin rapor" ya da "geçici rapor" hakimiyeti şeklinde olması normal bir sonuç olarak düşünülemez. Nitekim, bizim çalışmamızda nicelik olarak olmasa da, nitelik olarak benzer olan iki merkezden İDH'deki raporların neredeyse tamamının "kesin rapor" ile sonlandırılması ülkemiz genelindeki adli rapor düzenlemelerindeki standartizasyonu sorgulatmaktadır. Zira, bir hastaneye başvuran tüm hastaların, klinik durum olarak kesinlik bildiren ya da takip/kontrol gerektirmeyen tanıya sahip olmaları olası değildir. Öte yandan, çalışmaya göre, MTDH'de gözlenen "geçici rapor" hakimiyeti; burada çalışan hekimlerin çoğunluğunca tesadüfi bulunmayıp, kendini güvende hissetme isteğinin ortaya çıkardığı bir sonuçtur. Hatta burada çalışan üçte bir hekimce alışkanlık olarak değerlendirilmesi de adli rapor düzenlenimindeki standartizasyonu sorgulatan diğer bir sonuçtur.

"Geçici rapor" ile sonlanımı sorgulayan anket bölümüne verilen cevapların tamamına yakınının likert tutum ölçeğindeki olumlu tarafta yer alması da, yazılı olmayan önyargı, kural ya da çekincelerin var olduğunu göstermektedir. Kafa travması, delici-kesici alet yaralanması, sevk edilen hasta grubuna sonuçlar normal dahi olsa "geçici rapor" vereceğini söyleyen hekim sayısının tüm hekimlerin 2/3'ü olması hekim önyargı ve kurallarının varlığını desteklemektedir. Bu değerlendirme, çalışmanın ilk aşama verilerinin analiziyle de örtüşmektedir. Konsültasyon istenen hastalara ait raporların, konsulte eden bölümlerden bağımsız şekilde anlamlı istatistiksel sonuç ile "geçici rapor" şeklinde sonlandırılması da bu yargımızı desteklemektedir.

Buna göre rapor sonlanım şekli ile geliş nedeni arasında rastlanan anlamlı ilişkinin, konsültasyon istenen bölüm arasında olmaması; acil hekiminin, uzman da olsa başka bir doktor yönlendirmesinden ziyade geliş nedenine göre rapor sonlandırmasına karar verdiğini; adli olguların acil servisten ayrılış şekillerinin rapor sonlandırmada etkin olduğu bulgusu ise hekimlerin rapor düzenledikleri olguların akıbetini bilmedikçe "geçici rapor" ile sonlandırmayı tercih ettiklerini gösterebilir. Yine, diğer tüm geliş nedenlerinin aksine silahla yaralanmanın sıklıkla "kesin rapor" ile sonlandırılması da, hekimlerin, hastanın akıbetine daha ilk başta karar vermeleri ve hayati tehlikenin var olduğu şeklindeki öngörülerini sebebiyle olabilir.

Çalışmamızın rapor sonlandırımı konusunda ortaya çıkardığı kurumlar arası tercih farklılığı, bu merkezlerde çalışan hekimlerin deneyimlerine de bağlı olabilir. İDH hekimlerin mesleki ve acil servis çalışma sürelerinin MTDH'ye göre belirgin olan kısalığı bu merkezde "kesin rapor" düzenleme korkusunu

geliştirmemiş olabilir. Ya da tam tersi olarak MTDH'de hekimlerin çok daha uzun süredir çalışıyor olmaları, hekimlerin edinilmiş tecrübeleri, korkuları çok daha kolay paylaşmalarına ve netice olarak da "geçici rapor" düzenleme eğilimine girmelerine sebep olmuş olabilir.

Kısıtlılıklar

İDH, bulunduğu şehir merkezinde tek; MTDH ise iki devlet hastanesinden biridir. Kendi içlerinde değerlendirildiklerinde çalışmamızın amaçlarını doğru olarak aktarmış olsalar da, ülkemiz sağlık kurumları ve çalışan hekimleri düşünüldüğünde, anket dolduran hekimlerin sayısının evreni tam olarak yansıtamadığı varsayılabilir. Yine çalışmanın ikinci aşamasını oluşturan anketin ikinci bölümü, İDH hekimlerinin ilk bölümde verdiği cevapların güvensiz bulunması sebebiyle sadece MTDH hekimlerine yapılabilmektedir. İDH'de tama yakın oranda "kesin rapor" düzenlenmesi çalışmanın karşılaştırmaya dönük istatistiksel değerlendirmesini de zorlaştırmıştır. Dolayısı ile verilerin değerlendirilmesi ile oluşturulan yorum da, tek bir merkezdeki hekimlere göre yapılmış ve araştırmacıların daha net veri toplamalarını kısıtlamıştır.

Sonuç olarak, adli değerlendirme ve raporlandırmaya ait yetersiz bilgilere sahip olduğu⁽¹¹⁾ düşünülen ülkemiz hekimlerinin "geçici" ya da "kesin" rapor kararı verirken gözettikleri durumlar; bu çalışmanın ortaya çıkardığı gibi, kurumdan kuruma, hekimden hekime değişebilmektedir. Rapor düzenlenimi ve adli tıp konularına ait hizmet içi eğitimlerin sağlık kurumlarında düzenli aralıklarla yapılması, rapor düzenlenimlerindeki standart yaklaşım tarzını genele yayacaktır.

Çıkar Çatışması

Yazar(lar) çıkar çatışması olmadığını bildirmiş(lerdir)tir.

Kaynaklar

1. Erkol Z, Fincancı ŞK. TCK 456. maddesinin adli ve tıbbi açıdan değerlendirilmesi. Gaziantep Tıp Fakültesi Dergisi 1991;2:111-20.
2. Yılmaz A, Azmak D. Temel adli tıp bilgileri ve rapor örnekleri. Trakya Tıp Fakültesi Dekanlığı 1995. s. 1-20.
3. Beyaztaş FY. Adli rapor konusunda hekim sorumluluğu. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000;1:231-4.
4. Çolak B, Demirbaş İ, Albayrak Ü. The importance of temporary forensic reports. STED Dergisi 2005;14:161-4.
5. Serinken M, Türkçüer I, Acar K, Ozen M. Evaluation of medico-legal reports written by physicians in the emergency unit with regard to deficiencies and mistakes. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2011;17:23-8.
6. Korkmaz T, Kahramansoy N, Erkol Z, Sarıçıl F, Kılıç A. Acil servise başvuran adli olguların ve düzenlenen adli raporların değerlendirilmesi. Haseki Tıp Bülteni 2012;50:14-20.
7. Tümer AR, Hancı H. Adli raporlar ve cerrahi hekimleri. Ulusal Cerrahi Dergisi 2002;18:112-7.
8. Salaçin S, Çekin N, Özdemir MH, Kalkan Ş. Mezuniyet öncesi adli tıp eğitimi almış öğrencilere yönelik bir anket çalışması. Adli Tıp Bülteni 1997;2:21-4.
9. Çolak B, Etiler N, Biçer Ü. Adli Tıp hizmetleri kim tarafından sunulmaktadır/sunulmalıdır? Sağlık Bakanlığı mı? Adalet Bakanlığı mı? Toplum ve Hekim Dergisi 2004;19:131-8.
10. Yavuz MS, Aydın S. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde adli olgu ve raporlar. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2004;8:30-3.
11. Tuğcu H, Yorulmaz C, Ceylan S, Baykal B, Celasun B, Koç S. Acil servis hizmetine katılan hekimlerin acil olgularda hekim sorumluluğu ve adli tıp sorunları konusundaki bilgi ve düşünceleri. Gülhane Tıp Dergisi 2003;45:175-9.