



## Editöre Mektup

Ankara Med J, 2020;(1):251-253 // doi 10.5505/amj.2020.85579

# TANI HATALARINI NASIL AZALTALIM? HOW TO REDUCE DIAGNOSIS ERRORS?

 Yusuf Üstü<sup>1</sup>,  Basri Furkan Dağcıoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Yazışma Adresi / Correspondence:  
Yusuf Üstü (e-posta: dryustu@gmail.com)

Geliş Tarihi (Submitted): 10.02.2020 // Kabul Tarihi (Accepted): 03.03.2020



Sayın Editör,

Malpraktis; "tıbbi uygulamadaki bilgi-beceri eksikliği ya da ihmal nedeniyle hizmet sunulan kişinin sağlığına zarar gelmesidir."<sup>1</sup>

Günümüzde hasta-doktor ilişkisinin güvene dayalı yapısı giderek azalmakta ve daha resmi/yapılandırılmış hale gelmektedir.<sup>2</sup> Bu durum hekimlerin yaptığı işlemlerde sorgulanmasının önünü açmakta ve hasta hakları/malpraktis konularını daha sık gündeme taşımaktadır. Malpraktis davaları hekimlerde anksiyete, meslek memnuniyetsizliği ve tükenmişlik ile ilişkilidir.<sup>3</sup> Bu da defansif tıp uygulamalarına (gereksiz tetkik, işlem vb.) neden olur.<sup>3</sup>

Avrupa ülkelerinde her 6 hekimden 1'i malpraktis nedeniyle yargılanmaktadır ve bu oran giderek artmaktadır.<sup>4</sup> Aile hekimliği malpraktis açısından düşük risk grubundadır ve açılan davalar nadiren tazminatla sonuçlanmaktadır. Yine de aile hekimlerinin %75'inin 65 yaşına kadar malpraktis şikayetine maruz kalacağı tahmin edilmektedir.<sup>5</sup>

Hiçbir alanda kusursuzluk mümkün olmadığından, alanında en iyi kabul edilen uzman bir hekim bile tanı hatası yapmaya açıktır. Tanı hatalarını önlemenin en iyi yolu önleyici tedbirleri almaktan geçer.

#### *Tanı hataları*

Tanı hataları, hekimin tıbbi yanlış uygulama nedeniyle dava edilmesinin en önemli sebebidir. Teknolojiyi etkin kullanan bir hasta daha fazla bilgi vermeye, açıklama yapmaya ve soru sormaya meyilli davranmaktadır. Bazı hastalar ise bilgiyi saklayarak tanı koymayı zorlaştırabilir.<sup>2</sup> Aile hekimliğinde ayrışmamış nonspesifik bulgular nedeniyle erken dönemde tanı zor olabilir.<sup>6</sup> Bu zorlukları aşabilmek için püf noktalara dikkat etmek riski azaltabilir.

ABD'de tanı hatalarının çoğunun (%77'si) beş vaka tipi ile ilişkili olduğu saptanmıştır: Akut apandisit, miyokard enfaktüsü, akciğer kanseri, meme kanseri ve kolon kanseri.<sup>7,8</sup> Akciğer, meme ve kolon kanserinin sık görülen maligniteler olması nedeniyle daha sık dava konusu olması beklenebilir. Maligniteyi düşündürecek semptomlar ne yazık ki geç dönemlerde ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla tanıda gecikme hata olarak değerlendirilemez. Yani mevcut tıbbi imkanlar ile beklenen bir durumdur. Radyografinin akciğer kanseri tanısında spesifitesi ve sensitivitesi çok düşüktür. Mammografilere yanlış negatif sonuçlar yanıltıcı olabilir. Rektal kanamaların sebebi çoğunlukla hemoroiddir. Kolon kanseri tanısında bu nedenle gecikme mümkündür. Uzun süren kanamalarda tanı hatasını azaltmak için, yaş, cinsiyet, aile öyküsü, sigara gibi risk faktörleri değerlendirilerek malignite ihtimali akla getirilmelidir. Akut apandisit, miyokard enfaktüsü gibi durumların atlanması ise malpraktis ile ilişkilendirilebilir.<sup>8</sup>

Aile hekimliğinde tanı koymada "bekle ve gör" yaklaşımı uygulanmalıdır. Bu yaklaşım için öncelikle hastanın aciliyeti belirlenmelidir. Hasta major travma, ani başlayan şiddetli baş ağrısı, göğüs ağrısı, karın ağrısı vb. tipik bulgular ile başvurduğunda tanı kolaydır. Bu durumda hastayı her türlü acil müdahale yapılabilecek merkezlerde gözlem altında tutmak zorunludur ve tanı hatası olasılığı düşüktür.

Ancak tipik bulgularla başvurmayan akut apandisit ve miyokard enfarktüsü tanıları atlanabilir, tanı ve tedavide gecikmeler olabilir. Morbidite ve mortalite artar.

Akut apandisit olguları başlangıçta nonspesifik semptomlarla (hafif bulantı, dispeptik yakınmalar gibi) başvurabilir. Ek olarak diyare, dizüri ve vajinal akıntı vb. semptomların da olması tanıyı zorlaştırabilir. Hekime başvuru öncesi analjezik kullanımı, daha önce başvuru yapılan sağlık merkezlerinde başlanan tedaviler de tipik klinik tablonun ortaya çıkmasını geciktirebilir veya engelleyebilir.

Miyokard enfarktüsü kliniği de çok değişken olabilir. Tipik göğüs ağrısı yerine sırtta, çenede, epigastrik bölgede ağrılar olabilir. Hatta yaşlı hastalar sadece baş dönmesi gibi müphem şikayetler ile de başvurabilir. Hastanın mevcut hastalıkları ile ilgili klinik bulgular da hatalı yorumlara sebep olabilir.

Sistematik yaklaşım, yeterli kayıt, iletişimin sürdürülmesi, tekrar başvurmayı gerektiren önemli semptomların hastaya açıklanması ve hangi durumda nereye başvurusu gerektiğinin söylenmesi takibi kolaylaştıracaktır.<sup>6</sup>

#### *Takip sıklığını artırmak riski azaltır*

Takip eksikliği esas sorundur. Gerekli sıklıkta takip tanı hatalarını azaltacaktır. Akut apandisit ve miyokard enfarktüsü başta olmak üzere akut gelişen tüm vakaların (yeterli öykü alınarak ve fizik muayene yapılarak) gerekli sıklıkta yakın takipleri önem taşır.

Akut Apandisit tanısında günler önemli iken miyokard enfarktüsünde saatlik gecikmeler bile sorun yaratır. Bu nedenle her iki durumda da acil bir merkezde gözlem altında takip uygun olacaktır. Karar verilemediği durumlarda saatlik takiplerle (vital takip, semptomların değişimi, fizik muayenenin tekrarı, EKG değişimleri vb.) süreci yönetmek gerekir.

Genel yaklaşımda aciliyetine net karar verilemeyen durumlarda hasta ve hasta yakını ile acil durum riski tartışılarak paylaşılmalı ve semptomların kötüleşmesi (genel durumda bozulma, uykuya meyil, uyandıramama, bulantı, kusma, vücutta döküntü, yüksek ateş, bebeklerde emmeme vs.) halinde nereye ve nasıl başvurusu gerektiği ile ilgili bir takip planı (hasta ile ortak karar alarak) belirlenmeli, hatta yazılı olarak kişiye verilmeli ve süreci belgelemek için sisteme kaydedilmelidir.

Kesin tanı için acele edilmemelidir. Örneğin; "Ön tanı: Gastroözefageal reflü ile uyumlu. Mevcut bulgular ile akut koroner sendrom düşünülmedi." veya "Ön tanı: Karın ağrısı-etiyoloji belirsiz. Mevcut bulgular ile yüksek olasılıkla akut hadise (Akut apandisit vb.) düşünülmedi." gibi bir not düşülebilir ve sonrasında ".....sonra kontrol ile tekrar değerlendirilecek" veya "....şikayetleri olursa/artarsa tekrar kontrole gelecek..." şeklinde kayıt oluşturulabilir. Sonuç cümlesi "Hasta tüm riskleri ve tedavi planını anladı ve kabul etti" şeklinde olabilir.<sup>8</sup> Hastaya; acil durumda ulaşması gereken telefon, başvuracağı merkez vb. ile ilgili bilgi dökümanı verildiği notlara eklenmelidir.<sup>8</sup> Hasta ile konuşulması ve konuşulanların kısaca kaydedilmesi önerilmektedir. Notun hasta yanınızda iken dikte ederek yazılması faydalı olacaktır.<sup>8</sup> Hasta ile uzlaşıldığını göstermek için "Bu not hasta ile muayene odasında dikte edilmiştir" denilebilir.<sup>8</sup>

## Kaynaklar

1. Türk Tabipler Birliği Malpraktis Bildirgesi [İnternet]. 2009; 22-3.  
<http://www.ttb.org.tr/images/stories/file/etik/9.pdf> (Erişim tarihi: 05.02.2020).
2. Raveesh BN, Nayak RB, Kumbar SF. Preventing medico-legal issues in clinical practice. *Annals of Indian Academy of Neurology*. 2016;19(Suppl 1):15-20 (doi:10.4103/0972-2327.192886).
3. Hwang CY, Wu CH, Cheng FC, Yen YL, Wu KH. A 12-year analysis of closed medical malpractice claims of the Taiwan civil court: A retrospective study. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(13):e0237 (doi:10.1097/MD.0000000000010237).
4. Inelmen E, Sergi G, Enzi G, ve ark. On clinical errors in geriatric medicine diagnosis: ethical issues and policy Implication. *Ethics & Medicine: An International Journal of Bioethics*. 2010;26(1):15-24.
5. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. *New England Journal of Medicine*. 2011;365(7):629-36.
6. Roberts RG. Seven reasons family doctors get sued and how to reduce your risk. *Family practice management*. 2003;10(3):29.
7. Davenport J. Documenting high-risk cases to avoid malpractice liability. *Family Practice Management*. 2000;7(9):33.
8. Achar S, Wu W. How to reduce your malpractice risk. *Family practice management*. 2012;19(4):21-6.