

Ölümlle sonuçlanan acil ve elektif genel cerrahi olgularında tıbbi uygulama hatasının değerlendirilmesi

Dr. İbrahim Üzün,¹ Dr. Erdinç Özdemir,² Dr. İpek Esen Melez,³
Dr. Deniz Oğuzhan Melez,⁴ Dr. Adem Akçakaya⁵

¹Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu, İstanbul; Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Antalya

²Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu Muş Adli Tıp Şube Müdürlüğü, Muş

³Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu, İstanbul

⁵Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

ÖZET

AMAÇ: Genel cerrahi, komplikasyon ile hata karşılaştırmasında karar vermenin zor olduğu dallardan biridir. Çalışmamızda tıbbi uygulamada hata iddiası bulunan genel cerrahi ölüm olgularında, tıbbi uygulama hatasının değerlendirilmesi için göz önüne alınan temel adli tıbbi parametrelerin sunulması ve bu kavramların literatür üzerinden tartışılması amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM: 01.01.2012–31.12.2013 tarihleri arasında, genel cerrahi branşı hekimleri hakkında tıbbi uygulamada hata iddiası nedeniyle Adli Tıp Kurumu Birinci Adli Tıp İhtisas Kurulu'na gönderilmiş ve tıbbi uygulama ile ölümün illiyetli olduğu belirlenmiş olgular geriye dönük olarak incelendi.

BULGULAR: Toplam 105 olgunun %21.9'unda (n=23) tıbbi uygulama hatası olduğu ve en sık primer hastalık tanılarının sırasıyla travma–yaralanma (n=32, %30.5), kolesistit (n=25, %23.8) ve apandisit (n=8, %7.6) olduğu görüldü. Tedavi şekilleri, tıbbi uygulamada hata kararı açısından karşılaştırıldığında, sadece medikal tedavi olan olgularda hata gözlenme oranı, cerrahi+medikal tedavi gören olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p=0.003; p<0.01). Ancak, acil ve elektif cerrahi tedaviler, tıbbi uygulamada hata kararı açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0.05). Klinik tanı ile otopside belirlenen tanı arasındaki ilişkinin tıbbi uygulamada hata kararı üzerindeki etkisi değerlendirildiğinde; klinik tanı ve -otopsi var olduğunda- otopsi tanısının uyum durumu ile tıbbi uygulamada hata kararı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi (p=0.031; p<0.05). Klinik tanının otopsi ile doğrulandığı olgularda, hata olduğu yönünde karar verilme oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olarak bulundu (p=0.028; p<0.05).

SONUÇ: Elde edilen sonuçlar yorumlandığında, Adli Tıp Kurumu'nun tıbbi uygulama hatası değerlendirmesinde otopsi verileri kadar klinik takip verilerini de dikkate aldığı, genel cerrahide medikal tedavinin doğru uygulanmasına önem verilmesi gerektiği ve hekimlerin acil şartlarda elektif şartlar kadar başarılı oldukları unsurları dikkat çekici bulunmuştur.

Anahtar sözcükler: Adli tıp; genel cerrahi; otopsi; tıbbi uygulama hatası.

GİRİŞ

Hatalı tıbbi uygulama, hastaya müdahale yetkisi bulunan tüm sağlık çalışanlarının standart tıbbi uygulamayı yapmaması, be-

ceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar olup bu durumda hastalık normal seyrinin dışına çıkar.^[1,2] Tıbbi uygulamaların hemen hepsinde bir takım riskler vardır. Uygulamalar, riskler dikkate alınarak ve yarar zarar dengesi gözetilerek yapılır. Eğer tıbbi uygulama belirgin derecede hasta yararına ise, kesin olarak görülmesi beklenen veya görülme olasılığı bulunduğu bildirilen riskler uygulama için engel teşkil etmez. Hastanın bilgilendirilmesi dahilinde hekim bu zararların ortaya çıkmasından sorumlu tutulamaz. Bu kapsamda, hukukta yer alan 'izin verilen risk' kavramının tıbbi karşılığı komplikasyondur.^[3,4] Bir başka tanımla, komplikasyon bir hastalığın seyri esnasında oluşan, mevcut hastalığa eklenen ikincil bir hastalık veya bozukluktur.^[5]

Sorumlu yazar: Dr. Erdinç Özdemir,
İstasyon Caddesi, Adalet Sarayı, Kat: 3, Adli Tıp, 49000 Muş.
Tel: +90 436 - 212 36 58 E-posta: erdincoz.md@gmail.com



Ulus Travma Acil Cerrahi Derg
2016;22(4):365–373
doi: 10.5505/tjtes.2015.26543
Telif hakkı 2016 TJTES

Genel cerrahi branşı, komplikasyon ile hata karşılaştırmasında iddiaların en fazla olduğu dallardan biridir.^[6,7]

Bu çalışmada, tıbbi uygulamada hata iddiası bulunan ölümlü genel cerrahi olgularında, branş hekiminin tıbbi uygulama hatasının olup olmadığı değerlendirilirken göz önüne alınan temel adli tıbbi parametrelerin sunulması ve literatür eşliğinde tartışılması amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

01.01.2012–31.12.2013 tarihleri arasında Adli Tıp Kurumu Birinci Adli Tıp İhtisas Kurulu'na (ATK Birinci ATİK) gönderilmiş, genel cerrahi branşı hekimleri hakkında tıbbi uygulamada hata iddiası içeren ve tıbbi uygulama ile ölümün illiyetli olduğu belirlenmiş olgular geriye dönük olarak incelendi.

Veriler kayıt altına alınırken; olgunun cinsiyeti, olay tarihindeki yaşı, olayın gerçekleştiği coğrafi bölge, müracaat edilen sağlık kuruluşu, iddiaya konu olan hekimin akademik ünvanı, tanıları, yapılan medikal ve/veya cerrahi tedaviler, komplikasyon varlığı ve türü, otopsi yapılma durumu, otopsinin tıbbi uygulamada hata kararındaki etkisi, tıbbi uygulama hatası meydana gelip gelmediği, tıbbi uygulama hatası tespit edilen olgularda hataların hangi süreçlerde meydana geldiği parametreleri incelendi. İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007&PASS (Power Analysis and Sample Size) 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında

Fisher's Exact Test ve Yates Continuity Correction test (Yates düzeltmeli ki-kare) kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.01$ ve $p < 0.05$ düzeylerinde değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmamızda, belirlenmiş arama kriterlerini karşılayan 105 olgu tespit edildi. Olguların 23'ünde (%22) tıbbi uygulamada hata olduğu, 82'sinde (%78) ise olmadığı değerlendirildi. Olguların 67'sinin (%63.8) erkek, 38'inin (%36.2) kadın olduğu; en genç hastanın üç, en yaşlı hastanın 85 yaşında olduğu; ortalama yaşın ise 47.5 ± 18.78 olduğu tespit edildi. Olguların gönderildiği coğrafi bölgeler değerlendirildiğinde, en fazla Marmara Bölgesi'nden geldiği ($n=36$, %34.2), hastanelerin dağılımına bakıldığında ise tedavilerin en sık devlet hastanesinde ($n=48$, %45.7) gerçekleştiği belirlendi. Tıbbi uygulamada hata varlığına göre olguların tedavi oldukları hastane türlerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0.05$) (Tablo 1). İncelenen bütün olgularda, kişinin takip ve tedavisini yapan, davaya konu olan ve hakkında tıbbi uygulamada hata iddiası bulunan hekimlerin ünvanları arasında, en sık uzman doktor ($n=89$, %84.8) ünvanı tespit edildi. Tıbbi uygulamada hata durumuna göre olguların tedavi oldukları hekimlerin ünvanlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0.05$) (Tablo 1).

Tıbbi uygulamada hata iddiası olan olguların 34'ünün (%32.3) zorlamalı ölüm, 71'inin (%67.7) ise doğal ölüm olduğu tespit edildi. Zorlamalı ölüm olgularının dokuzunda (%26), doğal ölüm olgularının da 14'ünde (%19) tıbbi uygulamada hata kararının verildiği belirlendi. Tıbbi uygulamada hata durumu-

Tablo 1. Tıbbi uygulamada hata olgularının takip ve tedavilerinin yapıldığı sağlık kuruluşlarına göre ve tıbbi uygulama yapan sağlık personelinin akademik ünvanına göre dağılımı

		Tıbbi uygulama hata durumu				Test değeri	p
		Yok (n=82)		Var (n=23)			
		n	%	n	%		
Başvurulan hastane	Devlet hastanesi	36	43.9	12	52.2	0.218	^c 0.641
	E.A.H.*	14	17.1	5	21.7	0.264	^d 0.759
	Özel hastane	24	29.3	4	17.4	0.759	^c 0.383
	Özel poliklinik	1	1.2	0	0.0	–	–
	Üniversite hastanesi	7	8.5	2	8.7	0.001	^d 1.000
Hekim ünvanı	Bilinmiyor [‡]	10	12.2	0	0.0	3.100	^d 0.113
	Asistan doktor	1	1.2	0	0.0	–	–
	Uzman doktor	68	82.9	21	91.3	0.976	^d 0.513
	Doçent doktor	2	2.4	1	4.3	0.236	^d 0.528
	Profesör doktor	1	1.2	1	4.3	0.941	^d 0.392

*Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

[‡]Uzmanlık alanı belli olmayıp sadece 'Dr.' şeklinde ifade edilen kişi gösterilmiştir.

^cYates Continuity Correction Test.

^dFisher's Exact Test.

Tablo 2. Sonrasında ölüm gerçekleşen primer hastalık tanılarının dağılımı

Tanı	n	%
Travmalar – yaralanmalar	32	30.5
Kolesistit*	25	23.8
Apendisit	8	7.6
Özefagus, mide ve bağırsak perforasyonları	7	6.7
Tümör – neoplazi	6	5.7
İleus	4	3.8
Tiroid hastalıkları	3	2.9
Özefagus, mide ve bağırsak kanamaları	3	2.9
Yanık	2	1.9
Hemoroid – anal kanal hastalıkları	2	1.9
Diğer‡	13	12.4
Toplam	105	100

*Bir olguda safra kesesi perforasyonu, kolesistiti başlığı altında değerlendirilmiştir.
 ‡Divertikülit, varis, volvulus, dalak rüptürü, DIC, splenik arter rüptürü, akut pankreatit, aort anevrizma rüptürü, inguinal herni, batın TBC, gebelik, over perforasyonu, tuba rüptürü.

na göre zorlamalı – doğal ölüm olguları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Olguların hastalık tanıları incelendiğinde en sık ‘travmaya bağlı yaralanmalar’ şeklinde tanı aldıkları ($n=32$, %30.5) bunu kolesistit tanısının izlediği ($n=25$, %23.8) belirlendi (Tablo 2).

Genel cerrahi branşı hakkında tıbbi uygulamada hata iddiası bulunan 105 olgunun 81’ine (%77.1) cerrahi+medikal, 24’üne (%22.9) sadece medikal işlem uygulanmış olup cerrahi işlem uygulanan 81 olgunun 44’üne (%54.3) acil cerrahi tedavi, 37’sine (%45.7) elektif cerrahi tedavi uygulandığı tespit edildi. Tıbbi uygulamada hata durumuna göre yapılan tedavi şekilleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmış olup sadece medikal tedavi olan olgularda hata gözlenme oranı, cerrahi+medikal tedavi gören olgulara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0.003$; $p<0.01$) (Tablo 3).

Olgularda komplikasyon varlığı değerlendirildiğinde; olguların

80’inde (%76.2) yapılan tedaviler sırasında komplikasyon geliştiği belirlendi. Meydana gelen komplikasyonlar arasında en sık enfeksiyon-sepsis ($n=33$, %41.3) grubunun, daha sonra organ yaralanmaları ($n=13$, %16.3) grubunun ve üçüncü olarak ise emboli-infarkt ($n=8$, %10) grubunun yer aldığı tespit edildi (Şekil 1). Komplikasyonların, olguların tıbbi uygulamada hata durumlarına göre dağılımları değerlendirildiğinde, hata olduğu yönünde karar verilen 23 olgunun 17’sinde (%73.9), olmadığı yönünde karar verilenlerin ise 63’ünde (%76.8) komplikasyon meydana geldiği tespit edildi. Tıbbi uygulamada hata durumuna göre olgularda komplikasyon gözlenme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Tıbbi uygulamada hata kararı verilen 23 olguda hata nedenleri değerlendirildiğinde; olguların 11’inde (%47.8) tedavi sürecindeki eksikliklerden, sekizinde (%34.8) doğru tanı konulmamasından, üçünde (%13) takip sürecindeki eksikliklerden, birinde ise (%4.3) görevi ihmalen dolayı hata bulunduğu yönünde karara varıldığı tespit edildi.

Tıbbi uygulamada hata iddiası bulunan olgulara otopsi yapılma durumları değerlendirildiğinde, feth-i kabir işlemi yapılan dört olguda otopsi yapılan gruba dahil edildiğinde, 105 olgunun 60’ına (%57.1) otopsi yapıldığı belirlendi. Otopsi yapılma durumunun, tıbbi uygulamada hata kararı verilmesindeki etkisi değerlendirildiğinde; tıbbi uygulamada hata olduğu yönünde karar verilen 23 olgunun 16’sında (%69.6), olmadığı yönünde karar verilen 82 olgunun 44’ünde (%53.7) otopsi yapılmış olup tıbbi uygulamada hata durumu ile otopsi oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Klinik tanı ile otopside belirlenen tanı arasındaki ilişkinin tıbbi uygulamada hata kararı verilmesi üzerindeki etkisi değerlendirildiğinde; klinik tanı ve -otopsi var olduğunda- otopsi tanısının uyumlu olup olmaması ile tıbbi uygulamada hata yönünde karar verilip verilmemesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p=0.031$; $p<0.05$). Otopsinin tıbbi uygulamada hata iddiası bulunan olgularda karar verilmesine katkısı değerlendirildiğinde; 105 olgunun sadece 60’ına otopsi yapılmış olduğu belirlendi. Olgular, otopsi tanısı ile klinik tanı arasındaki uyumu araştırmak amacı ile dört gruba (1. grup: Klinik tanı otopsi ile doğrulanmış, 2. grup: Klinik tanı otopsi

Tablo 3. Tıbbi uygulama hatasına göre uygulanan tedavilerin değerlendirilmesi

		Tıbbi uygulama hata durumu				Test değeri	p
		Yok (n=82)		Var (n=23)			
		n	%	n	%		
Tedavi	Cerrahi+medikal*	69	85.2	12	14.8	8.679	0.003‡
	Medikal	13	54.2	11	45.8		

*Endoskopi ve kolonoskopi gibi girişimsel işlemler cerrahi tedavi başlığı altında kabul edilmiştir.

‡Yates Continuity Correction Test.

† $p<0.01$.

Tablo 4. Tıbbi uygulama hatasına göre klinik tanı ile otopsi uyumluluğunun değerlendirilmesi ve ölüm sebebi belirlenmesinde kullanılan, klinik ve otopside tespit edilen tanılarının uyumluluğu

		Tıbbi uygulama hata durumu				Test değeri	p
		Yok (n=82)		Var (n=23)			
		n	%	n	%		
Klinik – otopsi tanı uyumu	Uyumsuz	10	22.7	9	56.3	4.643	^c 0.031*
	Uyumlu	34	77.3	7	43.8		
Grup	Grup 1	32	72.7	6	37.5	4.845	^c 0.028*
	Grup 2	1	2.3	3	18.8	5.120	^d 0.054
	Grup 3	9	20.5	6	37.5	1.818	^d 0.195
	Grup 4	2	4.5	1	6.3	0.072	^d 1.000

^cYates Continuity Correction Test.

^dFisher's Exact Test.

*p<0.05.

ile değişmiş, 3. grup: Klinik tanı yok, otopsi ile tanı konulmuş, 4. grup: Klinik tanı yok, otopsi ile tanı konulamamış) ayrıldığı; klinik tanı otopsi ile doğrulanmış olgular, tıbbi uygulamada hata değerlendirmesinde hata var kararı verilmiş olgular arasında %37.5; hata yok kararı verilmiş olgular arasında ise %72.7 oranında saptanmış olup; hata olduğu kararı verilme oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olarak bulundu (p=0.028; p<0.05). Otopsi ile klinik tanı değişmişse, hata olduğu kararı verilme oranı yüksek bulundu, ancak olgu sayısının az olması nedeniyle istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0.05). Klinik tanı yok iken otopsi ile tanı konulmuş olgular, tıbbi uygulamada hata değerlendirmesinde hata var kararı verilmiş olgular arasında %37.5; hata yok kararı verilmiş olgular arasında ise %20.5 oranında saptanmış olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (p>0.05). Hem klinik hem otopsi tanısı olmayanlarda da hata oranları açısından anlamlı farklılık saptanmadı (p>0.05).

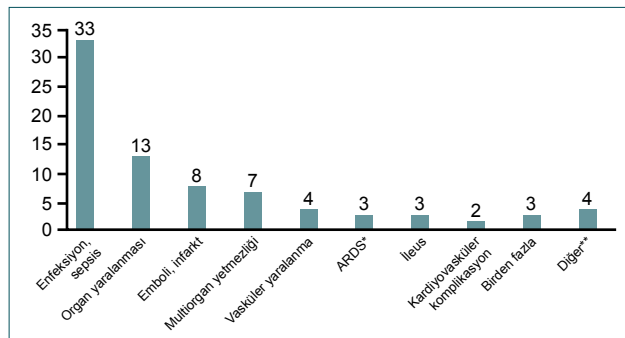
ATK Birinci ATİK tarafından tıbbi uygulamada hata kararı verilen 23 olgu hakkındaki veriler detaylandırıldığında, olguların 3–80 yaş aralığında oldukları (ortalama: 45.26), erkek/kadın oranının 19/4, primer sağlık kuruluşunun en sık devlet hastanesi (n=12, %52.17), olayda suç isnat edilen hekimin akademik

ünvanının en sık uzman hekim (n=21, %91.30), primer hastalığın en sık travma – yaralanma ile ilgili (n=20, %86.96) olduğu görüldü. İlgili hekim tarafından tercih edilen tedavi türü açısından yapılan değerlendirmede cerrahi+medikal tedavi (n=12, %52.17) ile sadece medikal tedavinin (n=11, %47.83) yakın oranlarda olduğu ve en sık sepsis (n=6, %26.09) komplikasyonu ile karşılaştığı bulundu. Ayrıca, olguların dokuzunda (%39.13) klinik tanı ile otopsi tanısının uyumlu, yedisinde (%30.43) ise uyumsuz olduğu, en sık tıbbi uygulamada hata nedeninin tedavi hatası (n=11, %47.8) olduğu tespit edildi (Tablo 5).

TARTIŞMA

Ülkemizde genel cerrahi branşı ile ilgili olarak tıbbi uygulamada hata iddiası olgularının sıklığının diğer tıp branşları ile karşılaştırılması yapıldığında genel cerrahi tıbbi uygulamada hata iddiası olgularının oranlarının %10.69–13.6 olup sıklık olarak genellikle üçüncü sırada olduğu belirtilmiştir.^[6-8] Pakiş'in tıbbi uygulamada hata iddiası nedeni ile otopsi yapılmış olguları değerlendiren tezinde, genel cerrahi branşı ile ilgili olguların %45.31'inde hata kararı verildiği belirtilmiştir.^[9] Genel cerrahi branş hekimlerinin tıbbi uygulamalarını kapsayan, tıbbi müdahale ile ölüm arasında illiyet bağı kurulmuş olan ve yine aynı hekim veya hekimlerin tıbbi uygulamada hatalarının bulunduğu iddiasıyla sanık durumunda oldukları olguları kapsayan bu çalışmamızda, hata kararı oranı %21.90 olarak tespit edilmiştir. Adli Tıp Kurumu'nun tıbbi uygulama hataları konusunda kendi istatistikleri açısından yapılan çalışmalarda, bu oranın nöroloji-nöroşirürji alanlarında %31.9 ve üroloji alanında %30 olduğu, acil sınıfına giren tüm olgular şeklinde sınıflandığında %38, yardımcı sağlık personeli hataları şeklinde sınıflandığında %22.5 olarak bulunduğu, dış hekimliği alanında ise %39 oranında olduğu görülmektedir.^[10-14]

Sağlık kuruluşları arasında tıbbi uygulamada hata iddiasına neden olan olayın İrez'in tez çalışmasında %83.3'lük, Özkaya'nın



Şekil 1. Komplikasyon sıklıkları. *ARDS: Akut respiratuar distres sendromu. **Mide aspirasyonu, mezenter iskemi, bilateral vokal kord paralizisi.

Tablo 5. ATK Birinci ATİK tarafından tıbbi uygulama hatası kararı verilen olgular

Olgu	Yaş	Cinsiyet	Hastane	Hekim unvanı	Primer hastalık tanısı	Tedavi	Komplikasyon	Klinik – otopsi tanı uyumu	Tıbbi uygulama hatası nedeni
1	44	Erkek	D.H.	Uz. Dr.	pnömotoraks, ileum perforasyonu	Cerrahi+medikal	Yok	3	Eksik ve özensiz muayene
2	46	Erkek	E.A.H.	Uz. Dr.	Akut apendisit	Cerrahi+medikal	Nekrotizan fasiit	Otopsi yok	Eksik eylem/tedaviyi tamamlamamak
3	18	Kadın	E.A.H.	Uz. Dr.	İnce bağırsak, rektum perforasyonu, over yaralanması	Medikal	Peritonit, sepsis	2	Yanlış tanı koymak
4	17	Erkek	D.H.	Uz. Dr.	Volvulus	Medikal	Yok	2	Yanlış tanı koymak
5	26	Kadın	E.A.H.	Uz. Dr.	Jejunum, kolon perforasyonu	Cerrahi+medikal	Peritonit, sepsis	1	Yöntem doğru işlem kusurlu
6	3	Erkek	Ü.H.	Prof. Dr.	Yanık	Medikal	Multiorgan yetmezliği	Otopsi yok	Eksik eylem/tedaviyi tamamlamamak
7	27	Erkek	D.H.	Uz. Dr.	Taşı kolesistit	Cerrahi+medikal	Duodenum perforasyonu	Otopsi yok	Eksik eylem/tedaviyi tamamlamamak
8	70	Erkek	E.A.H.	Uz. Dr.	Özefagus perforasyonu	Medikal	Sepsis	Otopsi yok	Tedavi takibinde eksiklik/komplikasyonu yönetememek
9	26	Kadın	Ö.H.	Uz. Dr.	Taşı kolesistit	Cerrahi+medikal	Kardiyovasküler kopikasyon	4	Yöntem doğru işlem kusurlu
10	51	Erkek	Ö.H.	Uz. Dr.	Hemoroid, anal fissür	Cerrahi+medikal	Nekrotizan fasiit	Otopsi yok	Eksik eylem/tedaviyi tamamlamamak
11	18	Erkek	D.H.	Uz. Dr.	İleus	Medikal	Multiorgan yetmezliği	3	Görev ihmali
12	79	Erkek	D.H.	Uz. Dr.	Mide perforasyonu	Medikal	Sepsis	Otopsi yok	Gerekli tetkik ve grafileri istememek/yaptırmamak
13	64	Erkek	D.H.	Uz. Dr.	Aort anevrizma rüptürü	Medikal	Yok	2	Eksik eylem/tedaviyi tamamlamamak
14	63	Kadın	D.H.	Uz. Dr.	Taşı kolesistit	Cerrahi+medikal	Duodenum perforasyonu	3	Tedavi takibinde eksiklik/komplikasyonu yönetememek
15	51	Erkek	Ü.H.	Doç. Dr.	Mezenter rüptürü	Medikal	Yok	3	Eksik eylem/tedaviyi tamamlamamak
16	67	Erkek	Ö.H.	Uz. Dr.	Taşı kolesistit	Cerrahi+medikal	Mide perforasyonu, ince bağırsak ve kalın bağırsak yaralanması	Otopsi yok	Yöntem doğru işlem kusurlu
17	35	Erkek	E.A.H.	Uz. Dr.	Diyafragma, kolon perforasyonu	Cerrahi+medikal	Sepsis	1	Yanlış tanı koymak
18	80	Erkek	D.H.	Uz. Dr.	Mezenter rüptürü	Medikal	Yok	3	Eksik ve özensiz muayene
19	73	Erkek	D.H.	Uz. Dr.	Taşı kolesistit	Cerrahi+medikal	Karaciğer yaralanması, gossipiboma	1	Yöntem doğru işlem kusurlu
20	48	Erkek	D.H.	Uz. Dr.	Jejunum perforasyonu	Medikal	Peritonit, sepsis	1	Eksik ve özensiz muayene
21	48	Erkek	Ö.H.	Uz. Dr.	Taşı kolesistit	Cerrahi+medikal	Mide perforasyonu	1	Tedavi takibinde eksiklik/komplikasyonu yönetememek
22	30	Erkek	D.H.	Uz. Dr.	Taşı kolesistit	Cerrahi+medikal	İnce bağırsak perforasyonu	1	Eksik eylem/tedaviyi tamamlamamak
23	57	Erkek	D.H.	Uz. Dr.	pnömotoraks, juguler ven, karotis arter yaralanması	Medikal	Yok	3	Eksik ve özensiz muayene

DH.: Devlet hastanesi; E.A.H.: Eğitim ve araştırma hastanesi; Ü.H.: Üniversite hastanesi; Ö.H.: Özel hastane; 1: Klinik tanı otopsi ile doğrulanmış; 2: Klinik tanı otopsi ile değişmiş; 3: Klinik tanı yok otopsi ile tanı konmuş; 4: Klinik ve otopsi tanı yok.

tez çalışmasında %39.7'lik, Gündoğmuş ve ark. çalışmasında %39.6'lık, Büken ve ark. çalışmasında ise %40.1'lik oranla devlet hastanelerinde meydana geldiği belirtilmiştir.^[6,14-16] Nabil ve ark. Yemen'de yaptıkları bir çalışmada tıbbi uygulamada hata olgularının %51 ve Samarkandi'nin Suudi Arabistan'da yaptığı 1537 olgudan oluşan çalışmada %46.2 (n=710) oranları ile en sık devlet hastanesinde meydana geldiği belirtilmiştir.^[17,18] Bizim çalışmamızda da, tıbbi uygulama hatasına konu oluşturan müdahalenin gerçekleştiği hastanenin ilk sırada devlet hastaneleri (%45.7) olduğu tespit edilmiştir. Ancak tıbbi uygulamada hata durumuna göre olguların başvurdukları hastanelerin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05). Sağlık Bakanlığı'nın 2013 verilerine göre Sağlık Bakanlığı bünyesine dâhil hastanelere (devlet hastanesi ile eğitim ve araştırma hastaneleri) müracaat sayısı 277.485.135 iken bu sayının üniversite hastanelerine 29.985.697, özel hastanelere ise 71.341.411 olduğu ve kişi başı hastanelere müracaat sayısının 4.9 olduğu belirtilmiştir.^[19] Buna göre, 'sadece devlet hastanelerine müracaat sayısı' hakkında net bir bilgi elde edilememiş olmasına rağmen Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelere müracaat sayısının diğer hastanelerden belirgin şekilde fazla olması bize en çok müracaatın yine de devlet hastanelerine yapılmış olduğunu düşündürmüştür. Ancak net bir sayı olmadığı için düzeltilmiş bir oran hesabı yapılarak ileri bir yoruma gidilememiştir.

Yeterli ve yetkili uzmanlar, daha komplike ve daha ağır operasyonlara müdahale ettiklerinden, dava edilme ve daha yüksek tazminat istemiyle karşılaşma ihtimalleri fazladır.^[12,20,21] Çalışmamızda hem tıbbi uygulamada hata suçlaması açısından, hem de hatalı bulunma açısından ilk sırayı uzman hekimlerin (n=89, %84.8) aldığı tespit edilmiştir. Ancak hekimin akademik derecesi ile hata durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05). Literatürde bu yönde istatistiksel anlamlılık değerlendirmesi yapılmamış olmakla birlikte, yeterli ve yetkili uzmanların dava edilme ve daha yüksek tazminat istemiyle karşılaşma ihtimalleri kavramı ile çalışmamızdan elde edilen bu veri uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Travma olguları tıbbi uygulamada hata açısından yüksek riskli bir alan olarak kabul edilir.^[22] Travmaya uğramış genel cerrahi olgularında dava riski az olmasına rağmen yüksek tazminat ödemeleri yönünde eğilim olduğu belirtilmiştir.^[23] Yayı ve ark. çalışmasında travmaya uğramış genel cerrahi olgularının %31.8'inde, travma dışı genel cerrahi olgularının ise %62.5'inde tıbbi uygulamada hata olduğu belirtilmiştir.^[24] Bunun yanında Erkol ve ark. tıbbi uygulamada hata durumu yönünde görüş istenen doğal nedenlerle troidektomi yapılmış olguları kapsayan çalışmasında da, olguların sadece üçünde (%10.7) ölüm meydana geldiği, bu ölümlü olguların ikisinde de (%66.7) tıbbi uygulamada hata olduğu bildirilmiştir.^[25] Bizim çalışmamızda tıbbi uygulamada hata iddiası olan olguların %32.3'ünün (n=34) zorlamalı ölüm (genel beden travması, kesici alet yaralanması, ateşli silah yaralanması, yanıklar), %67.7'sinin (n=71) doğal ölüm sınıfında olduğu görülmüştür. Zorlamalı ölüm olgularının %26'sında (n=9), doğal ölüm olgularının ise %19'unda (n=14)

tıbbi uygulamada hata olduğu yönünde karar verildiği tespit edilmiştir. Ancak ölüm türü (zorlamalı ölüm-doğal ölüm) ile hata durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05). Bunun, serimizdeki genel cerrahi kapsamında yer alan doğal ölüm olgularının sayısının da fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Genel cerrahi polikliniğine başvuran ya da genel cerrahi tarafından konsülte edilen olgularda fizik muayene bulguları ve yaklaşıma göre gerekli tetkik ve görüntüleme yöntemleri sonucunda herhangi bir karın içi patolojik bulgu ve belirtisi olanlara laparotomik veya laparoskopik cerrahi tedavi, geri kalan hastalara ise bir süre klinik takip altında medikal tedavi uygulanabileceği bildirilmiştir. Fizik muayene bulguları ile inceleme ve medikal tedavi sonrası kesin cerrahi müdahale endikasyonu konamayan, ancak medikal tedavinin de riskli olabileceği düşünülen olgularda diyagnostik laparoskopinin yararlı olacağı belirtilmiştir.^[26] Rutin uygulanan acil laparotomilerin, %40'lara varan oranda negatif laparotomi ile sonuçlanabileceği, bu hastaların %5-22'sinde ciddi morbidite, %0.5'inde ise mortalite gelişebileceği de belirtilmiştir.^[27-29] Leape ve ark. çalışmasında cerrahların ihmalkâr davranışları sonucu istenmeyen sonuçların meydana gelmesinin, cerrahi tedavi uygulanmayan hastalarda cerrahi tedavi uygulananlara göre daha fazla olduğu bildirilmiştir.^[30] Çalışmamızda olguların %77.1'ine (n=81) cerrahi ile birlikte medikal tedavi uygulandığı, %22.9'una (n=24) ise sadece medikal tedavi uygulandığı görülmüştür. Cerrahi+medikal tedavi yapılan olguların %14.8'inde (n=12), sadece medikal tedavi yapılan olguların ise %45.8'inde (n=11) tıbbi uygulamada hata olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, tercih edilen tedavi şekli (medikal+cerrahi – sadece medikal) ile hata durumu arasında istatistiksel düzeyde anlamlı farklılıklar saptanmıştır (p=0.003; p<0.01). Sadece medikal tedavi uygulanan olgularda tıbbi uygulama hata oranı, medikal+cerrahi tedavinin birlikte tercih edildiği olgulardaki hata oranına göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu veriler, Leape ve ark. çalışması ile uyumlu olarak değerlendirilmiş ancak sadece medikal tedavi uygulanan grupta oluşan olumsuz sonuçların, uygulanması gereken bir cerrahi işlem atlandığından mı yoksa yapılması gereken medikal tedavide doğru bir uygulama sağlanamadığından mı meydana geldiğine dair devam çalışmalarının yapılabileceği düşünülmüştür.

Stewart ve ark. çalışmasında acil cerrahi uygulanan hastaların tıbbi uygulamada hata yönündeki şikâyetlerinin az olduğu, bunun acil cerrahi uygulanan hasta beklentisinin elektif cerrahi hastalarına göre daha az olduğundan kaynaklandığının düşünüldüğü belirtilmiştir.^[23] Çalışmamızda olguların %41.9'unda (n=44) acil cerrahi, %35.2'sinde (n=37) elektif cerrahi uygulandığı belirlenmiştir. Acil cerrahi tedavi uygulananların %11.4'ünde (n=5), elektif cerrahi uygulananların ise %18.9'unda (n=7) tıbbi uygulamada hata olduğu tespit edilmiştir. Ancak cerrahi tedavinin acil veya elektif olması ile tıbbi uygulamada hata durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05). Acil durumlarda zaman baskısı altında daha fazla hata yapılması beklenirken böyle tes-

pit edilmemiş olması, genel cerrahların acil durum karşısında, elektif koşullardaki kadar dikkatli davranabildiklerini gösterir niteliktedir. Bunun yanında adli tıbbi değerlendirmede, tıbbi uygulamada hata durumu yönünden görüş bildirilirken, acil cerrahi girişimlerde komplikasyon olasılığının ve komplikasyon takibinin daha zor olduğunun göz önüne alındığı düşünülebilir.

Komplikasyon, hukukta "izin verilen risk" kavramının tıbbi karşılığı olup^[3,4] bir hastalığı seyri esnasında (perimedikal – postmedikal) oluşan, mevcut hastalığa eklenen ikincil bir hastalık veya bozukluk olarak tanımlanır.^[5] Komplikasyonlar, tıbbi bakım maliyetlerinde büyük yük meydana getiren, morbidite ve mortaliteye sebep olan önlenebilir durumlardır. Bu nedenle komplikasyon, hasta, hekim ve ilgili sağlık kuruluşu tarafından istenmeyen bir sonuçtur. Bu istenmeyen sonuç, tıp bilimi tarafından belirlenmiş sınırlarda "olabilir" şeklinde kabul görmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı'nın 2014 yılında çıkan raporunda, komplikasyon oranı 1990 yılında %9.3 iken, bu oranın 2012 yılında %83.6 olduğu belirtilmiştir.^[3,1] Muhtemelen, gelişen tanı yöntemleri ve hastaların hastalıkları hakkındaki bilinç düzeyi artışı sonucu, hekimlerin komplikasyon tanısı koyabilme başarıları artmaktadır, ancak komplikasyonların doğru tanı, takip ve tedavisi sağlandığında bu süreç tıbbi uygulamada hata olarak kabul edilmediğinden, komplikasyon oranlarındaki artış oranlarının tümü tıbbi uygulamada hata oranlarına artış olarak yansımamaktadır. Ancak bunun için komplikasyon yönetiminde eksik ve özensiz yaklaşımın olmaması gerekir. Komplikasyon yönetiminin, ilgili hekimin hasta ile ilk temasından itibaren başlayıp hastanın salah ile taburcu edilmesinden sonra devam eden, hastanın tedavi görmesine neden olan durum ile ilişkili rutin sağlık taramalarını da kapsayan süreç boyunca yapılması beklenir. Bu kavram içinde ilk hedef komplikasyonun meydana gelmemesi için gerekli tedbirlerin alınmasıdır. Sonrasında ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonların tespitine dair gerekli ve yeterli kontrollerin yapılması, gelişmiş ise zamanında tanısının konulup uygun tedavi yönteminin seçilmesi ve takibinin sürdürülmesi komplikasyon yönetiminin uygun yapılmış kriterleridir. Eğer bu kriterlere göre komplikasyon yönetiminde bir eksiklik tespit edilmemiş ise, istenmeyen sonuç olarak meydana gelmiş olan komplikasyondan dolayı ilgili sağlık personeline hata verilmez.^[3,2] Literatürdeki cerrahi operasyonlar ile ilgili çalışmalar değerlendirildiğinde; Dindo ve ark. çalışmasında %16.4 oranında komplikasyon tespit edilmiş olduğu, en sık komplikasyon türünün minör risk oluşturan komplikasyonlar olduğu, Wanzel ve ark. çalışmasında da %39 oranında komplikasyon tespit edilmiş olduğu, en sık komplikasyon türünün respiratuvar komplikasyonlar olduğu belirtilmiştir.^[3,3,4] Çalışmamızda olguların tümünde ölüm gerçekleşmiş olup komplikasyon gelişme oranı %76.2 (n=80) olarak tespit edilmiştir. En sık tespit edilen komplikasyonun enfeksiyon – sepsis olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda literatürle karşılaştırıldığında yüksek olarak tespit edilen komplikasyon oranının ve en sık tespit edilen komplikasyonun sepsis olmasının, çalışmamızın ölümlü olgular üzerinden yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Komplikasyon gözlenme oranları ile tıbbi

uygulamada hata durumu arasında yapılan istatistiksel analizde de anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Tüm bunlar birlikte değerlendirildiğinde, genel cerrahi ile ilişkili olarak ölümle sonuçlanan olgularda, ölüme neden olan komplikasyonların genel cerrahi hekimleri tarafından uygun şekilde yönetildikleri düşünülmüştür.

Hasta ve hekim açısından adaletin doğru bir çizgide gerçekleşebilmesi için, ölümle sonuçlanan, tıbbi uygulamada hata iddiası bulunan olgularda, otopsinin gerekliliği birçok araştırmacı tarafından vurgulanmaktadır.^[3,5-38] Ülkemizdeki otopsinin tıbbi uygulamada hata iddiası bulunan olgulardaki önemine dair Pakiş ve Algan'ın yapmış olduğu tez çalışmalarında, ortak sonuç olarak otopside başlıca tanı değişikliği saptanan grupta, saptanmayan gruba göre anlamlı derecede yüksek olarak tıbbi uygulamada hata varlığı yönünde karar verildiği belirtilmiştir.^[7,9] Çalışmamızda otopsi yapıp yapılmama ile tıbbi uygulama hata durumu arasında yapılan istatistiksel analizde anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Bunun yanında klinik tanı ve -otopsi var olduğunda- otopsi tanısının uyumlu olup olmaması ile tıbbi uygulamada hata yönünde karar verilip verilmemesi arasında anlamlı bir fark olup olmadığını göstermek amacıyla yapılan istatistiksel analizde anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.031$; $p<0.05$). Klinik tanı ile otopsi arasında uyum gözlenmeyen olgularda hata verme oranı, klinik tanı ile otopsi arasında uyum gözlenen olgulara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Klinik tanı otopsi ile doğrulanmış olgularda hatalı bulma oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olarak bulunmuştur ($p=0.028$; $p<0.05$). Otopsi ile klinik tanı değişmişse, hata saptanma oranı yüksek bulunmuş, ancak olgu sayısı nedeniyle istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Klinikte tanı konulamayıp otopside tanı konulmuş olgularda tıbbi uygulamada hata olup olmaması açısından aralarında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Klinik ve otopsi tanısı olmayanlarda da hata oranları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4). Tüm bunlar birlikte değerlendirildiğinde; çalışmamızda, otopsi tanısı ve klinik tanı uyumluluğu ile tıbbi uygulamada hata kararı verilip verilmemesi arasındaki ilişki incelendiğinde elde edilen sonuçlar, ATK Birinci ATİK kararlarında klinik verilerin otopsi verilerden daha güçlü bir etkisinin bulunduğunu düşündürmektedir. Çünkü klinik tanıyı destekleyen otopsi tanısı mevcut olduğunda, hata vermeme yönünde daha rahat bir şekilde karar verilmiş olduğu, ancak klinik tanı otopsi tanısı tarafından çürütüldüğünde veya klinik tanı konulamamış olduğunda otopsi tanısı varken tıbbi uygulama hatası verme oranlarında aynı istatistik anlamlılığa ulaşacak bir karar verme rahatlığı bulunmadığı dikkati çekmektedir. Ancak yine de, özellikle klinik tanının otopsi tanısı ile çürütüldüğü durumun bulunduğu dosya sayısı az olduğundan ve tüm dosyalarda da tıbbi uygulamada hata türü tanı koyabilme ile ilişkili olmadığından, anlamlılık düzeyinin istatistiksel olarak yakalanamamış olması beklenebilir bir sonuçtur. Benzer şekilde, klinik tanı yok iken otopsi ile tanı konulmuş olgular da zaten klinik olarak tanı konulması zor olan tablolar olarak değerlendirilerek -volvulus, aort anevrizma rüptürü, özefagus-mide-bağırsak perforasyonu, cerrahi işlem sırasında ani

kardiyak ölüm;^[9,39-41] bir başka deyişle klinik verilerin otopsi verilerinden daha ön planda tutulması nedeni ile değil, dosya incelenmesinde tablonun klinikte tanısının güç olduğu değerlendirildiğinden hata verilememe eğilimi görülmüş olabilir. Bu nedenle, bu çalışmanın arkasından yapılması planlanabilecek devam çalışmalarında başka zaman dilimlerine ait ve bu özellikleri gösteren daha fazla sayıda dosya elde edilirse, bu parametrelerin karşılaştırılması ile ATK Birinci ATİK'nin karar verme eğilimlerinin daha net ortaya konulabileceği düşünülmüştür. Benzer şekilde, çalışmamızda, klinik ve otopside tanı konulamamış olarak tespit edilen üç olgu için de, genelleme ile yorum yapmak yanlış değerlendirmelere açık olacağından bir olguda hata verilmiş olması iki olguda verilmemiş olmasının yine tanı koymanın güç olduğu kendine has klinik durumlar nedeniyle gerçekleşmiş olabileceğini düşünülmüştür.

Sonuç

Ölümlü tıbbi uygulama hata iddiası bulunan olgularda, ilgili hekim ya da hekimlerin eylemlerinde hatalı olup olmadıkları hususunda görüş bildirilebilmesi için, ölüm sebebinin bilinmesi esas parametrelerdendir. Her ne kadar çalışmamızdaki olgularda tıbbi belgelerden yola çıkılarak ölüm nedeni ve dolayısıyla tıbbi uygulamada hata iddiaları değerlendirilmiş olsa da, olgularımız içinde otopsi yapılmayanlarda belirlenen ölüm nedenleri, aslında 'kuvvetli bir tahmin'den öteye gitmemektedir. Bunun yanında, çalışmamızda klinik tanı ve -otopsi var olduğunda- otopsi tanısının uyumlu olup olmaması ile tıbbi uygulamada hata yönünde karar verilip verilmemesi arasında anlamlı farklılık tespit edilmiş olması birlikte değerlendirildiğinde, 'kuvvetli bir tahmin' ile tespit edilen ölüm sebeplerinin belirlenmesinde klinik verilerin de ciddiyetle değerlendirildiği görülmektedir.

Hekimlerin tıbbi uygulamada hata iddialarıyla karşılaşma risklerinin her geçen gün artacağı beklenen bir gerçektir. Bu durumla karşılaşma ihtimalini azaltmanın yolunun, ilgili hekimlerin mesleki bilgi ve becerilerini artırmaları kadar, klinik takip ve müdahalelerdeki dikkatlerini artırmaları olduğu düşünülse de, tıbbi uygulamada hata iddialarının sayısında asıl azaltmanın, hekim ve hasta/hasta yakınları arasındaki kişisel ilişkinin kalitesinin artırılması ile sağlanabileceği de unutulmamalıdır.

Çıkar örtüşmesi: Çıkar örtüşmesi bulunmadığı belirtilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Leape LL. Error in medicine. JAMA 1994 Dec 21;272:1851-7. [Crossref](#)
2. T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 1 Ağustos 1998 tarih ve 23420 sayılı Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazetede yayınlanan kararname.
3. Polat O. Tıbbi uygulama hataları: Klinik-Sosyal-Hukusal-Etik boyutları. I. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2005.
4. Aşçıoğlu Ç. Tıbbi yardım ve el atmalardan doğan sorumluluklar: Doktorların devletin ve özel hastanelerin sorumluluğu (Cezai ve Hukuki). Ankara: YKY. 1993.
5. Özgönül MN. Türkiye'de Tıp Etiği ve Hukuk Açısından Tıbbi Hata Kavramı. Doktora tezi, Türkiye Cumhuriyeti Ankara Üniversitesi Sağlık

6. Bilimler Enstitüsü; Ankara: 2010.
7. Bükten E, Ornek Bükten N, Bükten B. Obstetric and gynecologic malpractice in Turkey: incidence, impact, causes and prevention. J Clin Forensic Med 2004;11:233-47. [Crossref](#)
8. Algan B. İstanbul'da yapılan adli otopsielerin tıbbi malpraktis açısından irdelenmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi; İstanbul: 2012.
9. Güzel S, Yavuz MS, Aşıröz M. Adli tıp kurumu ihtisas kurulları ile yüksek sağlık şurası raporları arasında çelişki bulunan ve adli tıp genel kurulunda görüşülen malpraktis olgularının incelenmesi. Adli Tıp Bul 2002;7:14-20.
10. Pakiş I. Ölüm ya da doğumla sonuçlanan tıbbi uygulama hatalarına yaklaşımda adli otopsinin rolü. Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; İstanbul; 2006.
11. Göktürk C. Adli Tıp Kurumu'nda dış hekimliği alanında tıbbi malpraktis (tıbbi uygulama hatası) iddiası bulunan olguların değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Adli Tıp Kurumu; İstanbul: 2014.
12. Özdemir M. Adli Tıp Kurumu'na görüş bildirilen üroloji dalı hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan olgularının değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Adli Tıp Kurumu; İstanbul: 2014.
13. Çoban İ. Adli Tıp Kurumu'na görüş bildirilen nöroloji ve nöroşirürji dalında tıbbi uygulama hatası iddiası olgularının değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Adli Tıp Kurumu; İstanbul: 2013.
14. Çakır İ. Yardımcı sağlık personeli tarafından yapılan tıbbi müdahalenin tıbbi uygulama hatası yönünden değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Adli Tıp Kurumu; İstanbul: 2013.
15. İrez A. Adli Tıp Kurumu'na görüş bildirilen hastaneye başvuran acil vakalarda tıbbi uygulama hatası iddiası olguların değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Adli Tıp Kurumu; İstanbul: 2013.
16. Özkaya ÖN. 2002-2006 Yılları arasında Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulunca görüş bildirilen pediatrik malpraktis iddiası içeren kararların incelenmesi ve tıbbi hataların tespiti. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü; İstanbul: 2008.
17. Gundogmus UN, Erdogan MS, Sehiralti M, Kurtas O. A descriptive study of medical malpractice cases in Turkey. Ann Saudi Med 2005;25:404-8.
18. Hamady NHSAL. Assessment of some medical malpractice cases during surgical procedures in Yemen. Egypt J Hosp Med 2006;24:415-29.
19. Samarkandi A. Status of medical liability claims in Saudi Arabia. Ann Saudi Med 2006;26:87-91.
20. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. Erişim: www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-97020/h/saglik-istatistik-yilligi-2013.pdf. Erşim Tarihi: 26.01.2015.
21. Brown RH. The pediatrician and malpractice. Pediatrics 1976;57:391-401.
22. Sönmez MM, Seçkin FM, Sen B, Birgen N, Ertan A, Öztürk I. A review of malpractice claims concerning orthopedic applications submitted to the Council of Forensic Medicine. Acta Orthop Traumatol Turc 2009;43:351-8. [Crossref](#)
23. Hall J, Davis C, Mahaffey S. Trauma center needed? Fredericksburg Free Lance-Star 2004.
24. Stewart RM, Johnston J, Geoghegan K, Anthony T, Myers JG, Dent DL, et al. Trauma surgery malpractice risk: perception versus reality. Ann Surg 2005;241:969-77. [Crossref](#)
25. Yayıc N, İbrahim Ü, Başer L, İnanıcı MA. General surgical malpractice: the cases that are submitted to the institute of forensic medicine between 1996-2. Türkiye Klin Adli Tıp Derg 2004;1:12-7.
26. Erkol Z, Ertan A, Gökdoğan C, Kadioğlu P, Yavuz N, Erkol H, et al. Retrospective Analysis of Thyroidectomy Cases That Became Subjects Due to Unintended Consequences. Türkiye Klin J Med Sci 2012;32:130-8.
27. Leppäniemi AK, Voutilainen PE, Haapiainen RK. Indications for

- early mandatory laparotomy in abdominal stab wounds. *Br J Surg* 1999;86:76–80. [Crossref](#)
27. Ertekin C, Yanar H, Taviloglu K, Güloğlu R, Alimoğlu O. Unnecessary laparotomy by using physical examination and different diagnostic modalities for penetrating abdominal stab wounds. *Emerg Med J* 2005;22:790–4. [Crossref](#)
28. Schmelzer TM, Mostafa G, Gunter OL Jr, Norton HJ, Sing RF. Evaluation of selective treatment of penetrating abdominal trauma. *J Surg Educ* 2008;65:340–5. [Crossref](#)
29. Alimoğlu O. Laparoscopy in penetrating abdominal trauma. *Eur Surg* 2005;37:28–32. [Crossref](#)
30. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients — Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991;324:377–84.
31. Health Resources and Services Administration. U.S. Department of Health and Human Services. 2012 Annual Report, National Practitioner Data Bank. February 2014.
32. Hakeri H. Tıp hukukunda malpraktis komplikasyon ayrımı. *Bull Thorac Surgery/Toraks Cerrahisi Bülteni* 2014;23–8.
33. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg* 2004;240:205–13. [Crossref](#)
34. Wanzel KR, Jamieson CG, Bohnen JM. Complications on a general surgery service: incidence and reporting. *Can J Surg* 2000;43:113–7.
35. Nemetz PN, Ludwig J, Kurland LT. Assessing the autopsy. *Am J Pathol* 1987;128:362–79.
36. Özdemir MH, Çekin N, Gülmen MK. The importance of autopsy in medical malpractice claims. *Ankara Patoloji Bülteni* 1999;16:43–5.
37. Sullivan P. Doctors are at risk if they fail to complete patients' forms promptly, insurance MD warns. *CMAJ* 1992;146:1229–31.
38. Messenger OJ, Hadley JM. Good practice management can keep doctors out of court. *CMAJ* 1991;144:211–2, 215–7.
39. Akyürek N, Bengisu N, Şahin M, Ertuğrul K. Çekum volvulusları: (Vaka Takdimi). *Türkiye Klin J Gastroenterohepatol* 1994;5:41–4.
40. Öztürk H, Onen A, Otçu S, Dokucu AI, Yağmur Y, Kaya M, et al. Diagnostic delay increases morbidity in children with gastrointestinal perforation from blunt abdominal trauma. *Surg Today* 2003;33:178–82. [Crossref](#)
41. Ergin A, Orhan ME, Dağlı G. Reflex Cardiac Arrest (Case Report). *Gülhane Tıp Derg* 2004;46:248–50.

ORIGINAL ARTICLE - ABSTRACT

Evaluation of medical malpractice in emergency and elective general surgery cases resulting in death

İbrahim Üzün, M.D.,¹ Erdinç Özdemir, M.D.,² İpek Esen Melez, M.D.,³ Deniz Oğuzhan Melez, M.D.,⁴ Adem Akçakaya, M.D.,⁵

¹The Ministry of Justice Council of Forensic Medicine, İstanbul; Department of Forensic Medicine, Akdeniz University Faculty of Medicine, Antalya-Turkey

²Muş Branch Office, The Ministry of Justice Council of Forensic Medicine, Muş-Turkey

³Department of Forensic Medicine, Bezmialem Vakıf University Faculty of Medicine, İstanbul-Turkey

⁴The Ministry of Justice Council of Forensic Medicine, İstanbul-Turkey

⁵Department of General Surgery, Bezmialem Vakıf University Faculty of Medicine, İstanbul-Turkey

BACKGROUND: General surgery is one of the branches in which the distinction between complication and malpractice is difficult to distinguish. In this study, presentation of the main forensic medical parameters considered for the evaluation of medical malpractice in cases of general surgery deaths in which medical malpractice has been alleged and discussing related concepts through the literature are aimed.

METHODS: Allegations of medical malpractice against general surgery physicians sent to the First Forensic Expertise Board of the Council of Forensic Medicine between January 1, 2012 and December 31, 2013 for which the relation of casualty between medical malpractice and death had been determined were retrospectively evaluated.

RESULTS: Medical malpractice was ruled in 21.9% (n=23) of 105 cases. The most common primary disease diagnoses were trauma-injury (n=32, 30.5%), cholecystitis (n=25, 23.8%) and appendicitis (n=8, 7.6%). When treatment types were compared according to malpractice decision, rate of malpractice in medicine-only treatment was found to be significantly higher compared to surgery + medical treatment (p=0.003, p<0.01). No statistically significant difference was found regarding the rate of malpractice between cases of emergency and elective surgery (p>0.05). When incidence of medical malpractice was compared between cases with clinical diagnosis and diagnosis determined by autopsy, a statistically significant difference was found (p=0.031, p<0.05). Malpractice was ruled at a significantly lower rate in cases in which diagnosis was confirmed with autopsy (p=0.028, p<0.05).

DISCUSSION: It can be concluded that physicians are as successful in emergency conditions as in elective conditions and correct administration of medical treatment is of vital importance. Moreover, the Council of Forensic Medicine considers the clinical follow-up data as well as the autopsy data in medical malpractice evaluation.

Keywords: Autopsy; forensic medicine; general surgery; medical malpractice.

Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2016;22(4):365–373 doi: 10.5505/tjtes.2015.26543