

1995-2005 Yılları Arasında Dava Konusu Olan Anestezi Hataları ve Önlenebilirliği : Adli Tıp Kurumu Verileri

Preventibility of Malpractice Cases Which Subject to Court Between 1995-2005: Data of the Concil Forensic Medicine

Dr. Ayşegül ERTAN,^a
Dr. Nesime YAYCI,^b
Dr. Hüseyin ÖZ,^{a,c}
Dr. Nurşen TURAN^d

^aAdalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu,
Ankara

^bAdli Tıp AD,

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi,
^cAnesteziyoloji ve Reanimasyon AD,
İstanbul Üniversitesi

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul

^dAdli Tıp AD,

Karadeniz Teknik Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Trabzon

Geliş Tarihi/Received: 17.03.2009

Kabul Tarihi/Accepted: 02.06.2009

Yazışma Adresi/Correspondence:

Dr. Ayşegül ERTAN
Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu,
Ankara,
TÜRKİYE/TURKEY
a.ertan@superonline.com

ÖZET Amaç: Uygulama hataları konusunda anesteziştlere geri bildirim verilmesinin mortalitenin düşmesine yardımcı etkenlerden olduğunu bilinmektedir. Bu nedenle çalışmanın amacı; anestezi uygulaması ile ortaya çıkan istenmeyen sonuçları ortaya çıkararak, önlenebilir hata nedenlerinin saptanması, çözüm önerileri üretilmesi ve başarılı risk yönetimi uygulanmasına katkıda bulunulmaktır. **Gereç ve Yöntemler:** Hatalı anestezi uygulama iddiası olan Adli Tıp Kurumu'na ait raporlar retrospektif olarak değerlendirildi. **Bulgular:** 1995-2005 yıllarında anestezi tıbbi uygulama hata iddiası ile düzenlenen bilirkişilik karar sayısı 123 olup, yargılama sonuçları bilinmemekle birlikte, iddiaların kabaca 2/3'ünün temelsiz olduğu saptanmıştır. Hataların sık görüldüğü alanlara bakıldığında; özel hastane ve radyoloji ünitelerindeki uygulamaların yarısı, muayenehanelerdeki uygulamaların ise tamamı hatalı bulunmuştur. Anestezi uzmanı sorumluluğundaki uygulamaların 1/3'ü, operatör sorumluluğunda anestezi teknisyeni ile yapılan uygulamalarının yarısından fazlası, anestezi dışı diğer branş hekimlerin uygulamalarının ise neredeyse tamamı hatalı olarak değerlendirilmiştir. Hatalar en sık, preoperatif hazırlığın yapılmaması veya yetersiz yapılması (%42.5) ve hava yolu güvenliğinin sağlanamamasından (%20) kaynaklanmaktadır. Ayrıca, ameliyat sırası ve daha az oranda ameliyatın başladığı dönemde ortaya çıkan istenmeyen sonuçlarda hatalı uygulamalar görülmektedir. **Sonuç:** Hataların yoğunlaştığı dönemler anestezi güvenliğinde riskli alanları göstermektedir. İstenmeyen sonuçların meydana gelmemesi için; anestezi uzman sayısı artırılmalı, ameliyathane dışı uygulamalarda ise, anestezi donanımı açısından gerekli eğitim, yasal düzenleme ve denetim mekanizmaları oluşturulmalıdır. Ayrıca anestezi uygulaması sırasında tam bir monitorizasyon sağlanmalı, acil durumlar için her zaman uyanık ve donanımlı olunmalı, risk yönetimi ile ilgili geri bildirim, kontrol listeleri ve simülatörlü eğitim uygulamaları yaygınlaştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Anestezi, malpraktis, risk yönetimi

ABSTRACT Objective: In order to decrease medical malpractices with deadly consequences, it is important to give feedback to anesthesia specialists about anesthesia faulty applications. Therefore, the aim of this study is to reveal the errors related with anesthesia malpractice and to determine the preventable anesthesia faulty applications in order to offer new strategies with contribution of successful risk management. **Material and Methods:** Reports of cases with claim of faulty anesthesia application at the Council of Forensic Medicine were retrospectively evaluated. **Results:** Cases that were claimed of faulty anesthesia application and had decision of expertise in Forensic Medicine Institution were evaluated. There were 123 expertise reports arranged because of the claim of anesthesia malpractice between 1995 and 2005. Although the results of the trials were not known, it was established that roughly two third of the claims were groundless. When the areas that malpractices mostly occurred were investigated; it was established that half of the applications in private hospitals and radiology units and all of the applications in private practices were faulty. One third of applications within the responsibility of anesthesiologists, more than half of the applications driven by anesthesia technicians within the responsibility of surgeons and approximately all of the applications driven by non-anesthesiologist specialists were evaluated as faulty. Faults mostly originated from the absence or insufficiency of preoperative preparation (42.5%) and from the absence of provision of airway safety (20%). Besides those, malpractices are observed in unwanted results occurring during the operation and at the beginning of the operation period. **Conclusion:** Periods which the faults were intensified shows the risky areas in anesthesia safety. For preventing the occurrence of unwanted results, the number of anesthesiologists should be increased and necessary educational, legal and inspectional measures should be constituted for outside the operation room applications. Besides, full monitorisation should be applied during anesthesia, workers should be fully equipped and awake for emergency situations, feed-back for risk management, check lists and educational applications using simulators should become widespread.

Key Words: Anesthesia, malpractice, risk management

Dünya Tabipler Birliği, tıbbi uygulama hatasını “hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar” olarak tarif etmektedir.¹ Ölüme kadar uzanabilen bu durumların önlenmesi için uygulama hatalarının nerede yoğunlaştığı, hataların hangi durumlardan kaynaklandığının bilinmesi çok önemlidir. Periooperatif mortalite ve morbiditenin saptanması ile ilgili yapılan çalışmalarda uygulama hataları konusunda anesteziistlere geri bildirim verilmesinin mortalitenin düşmesine yardımcı etkenlerden olduğu bildirilmiştir.² Anestezi uygulamasına bağlı ortaya çıkan zarar, bu zarara sebep olan uygulama ve alınacak önlemler konusunda yapılan çalışmalar literatürde son dönemde artan hızla yer almaya başlamıştır.²⁻⁴ Ülkemizde de tıbbi uygulama hatalarının genel profilini yansıtabilecek geniş veri tabanına sahip tek yer Adli Tıp Kurumu’dur. Adli Tıp Kurumu, Türkiye Cumhuriyeti Adalet Bakanlığı’nın resmi bilirkişilik kurumudur. Mahkemelerden gönderilen tıbbi uygulama hata iddiası bulunan dosyalar burada değerlendirilmekte olup, adli tıp ile ilgili konularda bilimsel ve teknik görüşler bildirilmektedir. Bu nedenle çalışmada Adli Tıp Kurumu’nun verileri incelenmiştir.

Son yıllarda gerek monitorizasyonun standartlaşması ve gerekse sürekli eğitim konusunda yeni birçok çalışmalar yapılmaktadır.⁵ Ancak mevcut durum hakkında kapsamlı bir çalışma yoktur. Bu çalışmanın amacı, ülkemizde anestezi tıbbi uygulama hata iddiasıyla dava açılan olguların özelliklerini ortaya koymaktır. Anestezi uygulaması ile ortaya çıkan istenmeyen sonuçları ortaya çıkararak, önlenbilir hata nedenlerinin saptanması, çözüm önerileri üretilmesi başarılı risk yönetimi uygulanmasına katkıda bulunulması düşünülmüştür.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışma Adli Tıp Kurumu’nda yapılan retrospektif bir çalışmadır. Adli Tıp Kurumu arşivinden 1995-2005 yıllarına ait bilirkişilik görüşü verilen tüm kararlar incelendi ve hatalı anestezi uygulama iddiası bulunan ve bu yönde bilirkişilik kararı verilen olgular veri tabanı olarak kaydedildi. Henüz sonuçlandırılmamış, yeni veri istenen, dosyada eksiklik bul-

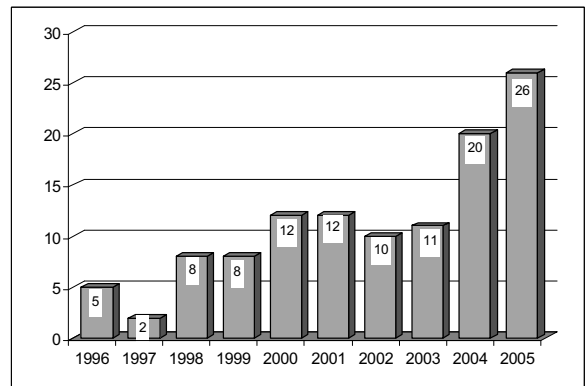
nan olgular çalışma dışı bırakıldı. Ameliyathane ve/veya ameliyathane dışında herhangi bir nedenle anestezi verilen olgular çalışmaya dahil edildi. Anestezi tıp kurallarına uygun olup olmadığı yönünde bilirkişilik kararı verilmesi çalışmaya dahil edilme koşulu olarak alındı. Olgular için yaş ve cinsiyet sınırı konulmadı. Zehirlenme, travma gibi çeşitli nedenlerle anestezi yoğun bakımında takip ve tedavisi yapılan, ancak anestezi uygulanması söz konusu olmayan hastalar değerlendirme dışı bırakıldı.

Olgular; cinsiyet, yaş, rapor karar yılı, olayın gerçekleştiği sağlık birimi, anestezi uygulandığı klinik branş, preoperatif hazırlık, müdahalenin acil olup olmadığı, uygulanan anestezi yöntemi, anesteziyi uygulayan sağlık personelinin niteliği, preoperatif hazırlık, istenmeyen sonucun meydana geldiği dönem, istenmeyen sonuçların neler olduğu, ölüm olgularında otopsi yapılıp yapılmadığı, tıbbi uygulama hatası olup olmadığı, tıbbi uygulama hatasından sorumlu sağlık personeli ve sorumlu tutulan hata nedenleri yönünde incelenerek değerlendirildi.

BULGULAR

Adli Tıp Kurumu’nda bu 10 yıllık dönemde tıbbi uygulama hatası konusunda bilirkişilik istenen olgu sayısı 123’tür. Dosyada eksiklik bulunmayan, yeni değerlendirme istenmeyen, sonuç verilen olgu sayısı ise 114 tür. 114 olgu yukarıda verilen ölçütler ışığında değerlendirilmiştir.

Bu dönemde çıkan kararların yıllara göre dağılımı Şekil 1’de verilmiştir. Dava konusu hatalı uygulamaya maruz kalanların 54’ü (%47.36) erkek, 60’ı



ŞEKİL 1: Kararların yıllara göre dağılımı.

(%52.63) kadındır. Yaşları 1 ile 72 arasında değişmektedir, ortalama yaş 28.5'dur. Yaşlar grupları halinde incelendiğinde; 1-10 yaş grubu %27.19 (s:31), 11-20 yaş grubu %7.01 (s:8), 21-30 yaş grubu %13.15 (s:15), 31-40 yaş grubu % 18.42 (s:21), 41-50 yaş grubu % 13.15 (s:15), 51-60 yaş grubu %8.77 (s:10), 61-70 yaş grubu %6.14 (s:7) ve 71-80 yaş grubu %1.75 (s:2) dir. 5 olguda (%5.22) yaş belirtilmemiştir. En büyük grup 1-10 yaş arası olgu grubudur.

Anestezi uygulamalarının yapıldığı sağlık birimleri Tablo 1'de, anestezi uygulaması gerektiren klinik branşlar ise Tablo 2'de yer almaktadır.

Preoperatif hazırlık açısından ön değerlendirilmelerde "tam kan sayımı, biyokimya, kanama pıhtılaşma zamanı, elektrokardiografi ve/veya çocuk hastalıkları veya dahiliye konsültasyonu" bulunan olgularda hazırlık tam, bu testlerden en az ikisi olanlarda hazırlık yetersiz, hiçbir tetkik bulunmayan olgularda hazırlık yapılmamış olarak kabul

TABLO 1: Sağlık birimleri ve tıbbi uygulama hata ilişkisi.

	Tıbbi Uygulama Hatası		
	Var	Yok	Toplam
Devlet Hastanesi	9	28	37
Özel Hastane	15	15	30
SSK Hastanesi	9	14	23
Askeri Hastane	-	5	5
Üniversite Hastanesi	1	10	11
Muayenehane	4	-	4
Radyoloji ünitesi	2	2	4
Toplam	40	74	114

TABLO 2: Klinik branş ve tıbbi uygulama hata ilişkisi.

Klinik Branşlar	Tıbbi Uygulama Hatası		
	Var	Yok	Toplam
Genel Cerrahi	11	21	32
Ortopedi	6	13	19
KBB	9	14	23
Kadın Doğum	6	12	18
GKDC	2	2	4
Radyoloji	1	1	2
Üroloji	1	2	3
Beyin Cerrahi	1	3	4
Göz	3	1	4
GKDC	-	5	5
Toplam	40	74	114

edildi. Bu kriterlere göre preoperatif hazırlığı tam 70 olgu (%61.40), hazırlığı yetersiz 19 olgu (%16.66), hazırlık yapılmayan 12 olgu (%10.52) saptandı. 13 olguda (%11.40) ise rapordan preoperatif hazırlık ile ilgili veri elde edilemedi.

Olguların 90'ına (%78.94) genel anestezi, 10 olguya (%8.77) sedasyon anestezi, 5 olguya (%4.38) lokal anestezi, 4 olguya (% 3.50) spinal, 5 olguya (%4.38) epidural anestezi uygulanmıştır. Doksan üç olguda (%81.57) müdahale planlı, 21 olguda (%18.42) ise acildir.

Anestezi uygulaması sırasında istenmeyen sonuçların ortaya çıktığı dönem Tablo 3'te, anestezi-nin kim tarafından uygulandığı ise Tablo 4'te yer almaktadır.

Anestezi uygulamalarında en sık ortaya çıkan istenmeyen sonuç %85.08 oranıyla ölümdür (97 olgu). Ölümle sonuçlanmayan olguların 9 tanesinde hipoksik ensefalopati dava konusu olmuştur. Anestezi sonrası gelişen radikülopati, kauda ekina sendromu, görme kaybı, unutkanlık ve yorgunluk, serebral emboli ve hepatik ensefalopati ile sezer-yan sırasında histerektomi uygulanması ve bir başka olguda da ölü doğumun meydana gelmesi diğer şikayet konularıdır.

Yüzondört olgudan hatalı anestezi uygulaması kararı verilen 40 olguda sağlık mensuplarının hatalı buldukları alanlar Tablo 5'te gösterilmiştir. En büyük grup eksik preoperatif hazırlıktır.

Dava konusu olan ve ölümlü sonuçlanan 97 olgudan 90'ına (% 93.95) otopsi yapılmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Adli Tıp Kurumu'na yansıyan dava sayısında geçmiş yıllara göre ciddi bir artış saptanmıştır. 2005 yılında çıkan karar sayısı, 1996 yılında çıkan karar sayısına göre yaklaşık beş kat artış göstermiştir. Bunun başlıca nedenleri arasında basın yayın organları ve yargı çalışanlarının bu konuya ilgisi ve toplumun hak arama konusunda bilinçlenmesi sayılabilir. Hatalı tıbbi uygulama iddiası bulunan davalarda anestezi uygulamaları ne durumdadır diye bakıldığında, gerek ülkemizde gerekse yurtdışında anestezi-nin hatalı uygulanma iddiası ile açılan davalarda artış gözlenmektedir.^{2,4}

TABLO 3: İstenmeyen sonuçların ortaya çıktığı dönem ve tıbbi uygulama hata ilişkisi.			
İstenmeyen sonuçların ortaya çıktığı dönem	Tıbbi Uygulama Hatası		
	Var	Yok	Toplam
Anestezinin başladığı dönem	6	3	9 (%7.89)
Ameliyatın/ müdahalenin başladığı dönem	8	3	11 (%9.64)
Ameliyat sırası	12	34	46 (%40.35)
Ameliyatın bitimi ve uyandırma dönemi	6	3	9 (%7.89)
Derlenme dönemi	2	6	8 (%7.01)
Postoperatif 24 saatlik dönem	5	18	23 (%20.17)
Postoperatif 24 saat sonrası	1	7	8 (%7.01)
Toplam	40	74	114

TABLO 4: Anesteziyi uygulayan sağlık personeli ve tıbbi uygulama hata ilişkisi.			
Anesteziyi uygulayan sağlık personeli	Tıbbi Uygulama Hatası		
	Var	Yok	Toplam
Anestezi uzmanı / Anestezi uzmanı ile anestezi teknisyeni	23	53	76
Operatör sorumluluğunda anestezi teknisyeni	13	6	19
Anestezi dışı branş uzmanları	3	1	4
Raporda belirtilmeyen	1	14	15
Toplam	40	74	114

TABLO 5: İstenmeyen sonuçlar ve tıbbi uygulama hata ilişkisi.			
İstenmeyen sonuçlar	Tıbbi Uygulama Hatası		
	Var	Yok	Toplam
Ölüm	36	61	97
Hipoksik Ensefalopati	4	5	9
Diğer	-	8	8
Toplam	40	74	114

Çalışmada istenmeyen sonucun meydana geldiği birimler arasında devlet hastaneleri ilk sırada yer almakla birlikte bu hastanelerdeki uygulamaların %75.67'si tıp kurallarına uygun bulunmuştur. Bu durum devlet hastanelerinde meydana gelen olaylarda anesteziye yüklenen iddiaların büyük ço-

ğunluğunun asılsız olduğunu göstermektedir. Üniversite hastanelerinde ise tedavi ve eğitim standartlarının yüksek olması hatalı uygulamaların meydana gelmemesi yönünde olumlu bir etkidir. Özel hastanelerde ve radyoloji ünitelerindeki uygulamaların %50'si, muayenehanelerdeki uygulamaların %100'ünün hatalı olduğu kararı verilmiştir. Özel hastanelerde meydana gelen olaylar sık olarak şikayet konusu olduğu gibi uygulamaların yarısında da hata olması bu hastanelerin gerek tedavi gerekse bakım standartı açısından geliştirilmesi gereken yönleri olduğunu düşündürmektedir. Ameliyathane dışı anestezi uygulamalarında; anestezi donanımının kimi zaman yetersiz, eski, iyi tanımlanmayan araç gereçlerden oluşması, acil yardım donanımının yetersiz olması, genellikle anestezi uzmanının çağrılmaması ve derlenme döneminde izlem zorlukları karşılaşılan sorunlardandır.⁶ Bu çalışmada da radyoloji ünitelerindeki hatalar, manyetik alan ile uyumlu anestezi cihazının olmaması, çekim odasının uygun olmaması, hastanın takibinin özensiz yapılmasından kaynaklanmaktadır. Muayenehanedeki anestezi uygulamaları ise, anestezi uzmanı olmadan ve uygun koşullar sağlanmadan gerçekleştirilmiştir. Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 23. maddesinde "Genel ve yerel anestezi ile yapılan bütün ameliyelerin kesinlikle, uzmanlık belgesi olan bir hekim ile beraber diğer bir hekim tarafından yapılması gereklidir. Uzman bulunması ve çağrılması olası olmayan yerlerde yapılması zorunlu ameliyeler ile acil ve olağanüstü durumlar bu hükmün dışındadır" denilmekte olup olgulardan ikisine KBB uzmanı ve birine kadın doğum uzmanı tarafından acil olmadıkları halde anestezi uzmanı olmadan anestezi uygulanmıştır.

Acil girişimlerde mortalitenin daha yüksek olduğu bilinmekle birlikte bu çalışmada ölümle sonuçlanan girişimlerin çoğunun acil olmadığı görülmektedir.⁷ Planlı girişimlerde ölüm gibi istenmeyen sonuçların kabul edilebilir bir durum olmaması, ölümün neden meydana geldiğini öğrenme isteği daha yüksek oranda dava açılma sebebidir.

Preoperatif değerlendirme ile postoperatif mortalite ve morbidite azaltılmaktadır. Ayrıca ameliyat öncesi hasta ile görüşme ve aydınlatma hasta hekim iletişimini artırarak dava açılma ora-

TABLO 6: Hata nedenlerine göre grupların dağılımı.

Hata nedenleri	Olgu sayısı	Yüzde (%)
1. Preoperatif hazırlığın yapılmaması, eksik yapılması: Hiçbir ön hazırlık yapılmaması, eksik yapılması ve/veya hastada mevcut patolojinin stabil hale getirilmeden hastaya anestezi uygulanması	17	42.5
2. Havayolu güvenliği ile ilgili hatalar: Preoperatif dönemde zor entübasyonun atlanması, özefagus entübasyonu, zor entübasyona yönelik gerekli hazırlığın yapılmaması, zamanında trakeostomi açılmaması, entübasyon gerekirken maske ile anestezi uygulanması, pozisyon verirken entübasyon tüpünün kayması ve fark edilmemesi	8	20
3. Uygun koşulların sağlanmadan ameliyathane dışında anestezi uygulanması	6	15
4. Anestezi cihaz ve bağlantı hataları: O ₂ tüpü yerine CO ₂ tüpü bağlanması, yine O ₂ tüpü yerine N ₂ O tüpü bağlanması ve cihaz kontrolü yapılmamasına bağlı hastayı havalandıramama	3	7.5
5. İlaç ve serum kullanımında hata: Ağrı kesici yerine tracrium, pentotal yerine norcuron ve izolayt S yerine %50 dekstroz kullanılması	3	7.5
6. Hasta takibinde ekipman eksikliği: EKG monitörizasyonu olmaması	2	5
7. Sistemin işleyişi ile ilgili hata: Orta şiddette dikkati sürdürme güçlüğü olan epilepsi hastası anestezi uzmanının görevine devam ettirilmesi	1	2.5
Toplam	40	100

nını düşürmektedir.⁸ Bu çalışmada olguların 1/3'ünde preoperatif hazırlık yapılmamış veya yetersiz yapılmıştır. Preoperatif hazırlık yapılmaması bilirkişilik kurul kararında tıbbi uygulama hatası olarak değerlendirilmiştir. Hazırlığın eksik yapılması da hata kararının verilmesinde önemli etkenlerdendir. Perioperatif ölümlerle ilgili yapılan çalışmalarda en sık görülen hata nedeni bu çalışmada olduğu gibi ameliyat veya anesteziye yetersiz hazırlıktır.^{3,9} Bu çalışmada hava yolu güvenliği ile ilgili hatalar ikinci, uygun koşulların sağlanmadan ameliyathane dışında anestezi uygulanması üçüncü sırada yer alan hata nedenleridir.

Dava konusu olan anestezi uygulaması olguların 76'sında (%66.66), anestezi uzmanı veya anestezi uzmanı sorumluluğunda anestezi teknisyeni tarafından uygulanmıştır. Anestezi uzmanı sorumluluğunda gerçekleştirilen uygulamaların %69.73'ünde anestezi yönünden tıbbi uygulama hata kararı verilmezken, %30.26'sı hatalı olarak değerlendirilmiştir. Bilindiği gibi ülkemizde bir anestezi uzmanının kaç ameliyathaneden sorumlu olduğu yolunda net yazılı bir bilgi yoktur. Ancak ülkemizdeki uygulamalarda birçok hastanede anestezi uzmanı birden fazla ve hatta çok sayıda ameliyathaneden sorumludur. Bu ise uygulamalarda oldukça büyük aksamalara yol açmaktadır. Yapılan çalışmalar uykusuzluk ve kronik yorgunluğun psikomotor beceri, bellek, karar verme, dikkat ve öğrenmeyi azal-

tıcı etkileri olduğunu göstermektedir.¹⁰ Ancak bu çalışmada anestezi uygulayan kişilerin çalışma koşulları, nöbet sistemleri, hasta yoğunluğu bilinmemesi nedeni ile bu konuda nitelikli bir yorum yapmak ve fikir yürütmek mümkün olmamıştır.

Anestezi teknisyenlerinin anestezi uzmanı bulunmayan yerlerde yalnız çalışmak zorunda kalmaları ameliyatı yapan hekimlere yüklenen tıbbi ve hukuki sorumlulukları artırmaktadır. Ayrıca zaten riskli bir alan olan hem cerrahi hem de anestezi uygulamasının sorumluluklarını cerraha yüklemek, riskin daha da büyümesine neden olmaktadır. Çalışmamızda anestezi uzmanı bulunmaksızın anestezi teknisyeni tarafından anestezi uygulanan olguların yaklaşık yarısına tıbbi uygulama hatalıdır kararı verilmiştir.

Ölümlerle sonuçlanan girişimlerde hem hekim hem de hasta açısından doğru değerlendirme yapabilmek ve adaletin doğru gerçekleşmesi için otopsinin gerekliliği tartışmasız gibidir.¹¹⁻¹⁴ Çalışmamızda ölümlerle sonuçlanan olguların %93.95'inde otopsi yapılmıştır.

İstenmeyen sonuçlar en sık ameliyat sırasında ortaya çıkmaktadır. Ancak bu dönemde anestezi uygulamalarının %73.91'i tıp kurallarına uygun olmakla birlikte, anestezinin hatalı uygulandığı dönemlere bakılırsa en fazla anestezinin hatalı uygulandığı dönem yine ameliyat sırası dönemdir. Cooper ve ark.¹⁵ çalışmalarında kritik kazaların

%42'si cerrahi girişimin ortalarında, %26'sı induksiyon sırasında meydana geldiğini belirtmişlerdir. Bu çalışmada olduğu gibi hataların en sık ameliyat sırasında ortaya çıkması dikkatin dağılma göstergesidir.¹⁶ Günümüzde teknolojik gelişmeler yapılan işlerin güvenilirliği ve niteliğini artırırken ortaya çıkabilecek anestezi kazalarının tam olarak önüne geçememiştir.¹⁶ Güvenli bir anestezi uygulamasında çeşitli monitörizasyon teknikleri kullanılmaktadır. Ancak monitörizasyon takipleri yaparken hastadan ve cerrahi alan takibinden uzaklaşmamalıdır. Anestezi uzmanı, uyanık ve sağduyulu bir şekilde ellerini ve gözlerini hasta üzerinden ayırmamalı ve hangi monitörizasyonun ne amaçla kullanıldığını bilmelidir.

Yargılama sonuçları bilinmemekle birlikte elde edilen verilere göre hekimlere yüklenmek istenen suçlamaların kaba bir yaklaşım ile 2/3'ünün tıbbi dayanaktan yoksun olduğu söylenebilir. Lynch ve ark.¹⁷ tarafından bu oran %46 olarak bildirilmektedir. Asılsız iddialar sonucunda açılan davaların düşmesi hekimlerin aklanmasını sağlamaktadır. Ancak soruşturma ve/veya kovuşturma aş-

masında alınan ifadeler, mahkemelere gidiş gibi yargı sürecinde yaşanan stres, hata yapmaktan korkma, insiyatif kullanmada yetersizlik gibi hekimlik uygulamalarında sıkıntılara yol açmaktadır.¹⁸ Sağlık çalışanları aleyhine dava açılmadan önce hasta ve yakınlarını da tatmin edecek geniş kapsamlı tıp ve hukuk alanında yetmişmiş elemanlardan oluşan ön inceleme komisyonları kurulmalı, gerek kalırsa dava açılmalıdır.

Hatalı uygulamaların sıklıkla preoperatif değerlendirilmenin yapılmamasından, anestezi uzmanı olmadan anestezi verilmesinden, uygun koşullar sağlanmadan ameliyathane dışı anestezi uygulamalarından kaynaklandığı görülmektedir. Bu nedenle anestezi uygulamasında Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği tarafından anestezi uygulamaları ile ilgili önerilen standartlara uyulmalıdır. Ayrıca anestezi uzmanı bulunmadan anestezi verilmemesi, anestezi teknisyeninin yardımcı eleman olması, hatta anestezi uzmanının bir tek masadan sorumlu olmasının acil olarak hukuksal temele oturtulması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Polat O. [Definitions of Medical Application Error and Related Concepts]. Tıbbi Uygulama Hataları. 1st ed. Ankara: Seçkin Publishing; 2005. p.31-2.
- Mackay P. Safety of anesthesia in Australia. A Review of Anesthesia Reletad Mortality 1997-1999. 1sted. Australian. Australian and New Zeleand College of Anesthetists; 2002. p.6-17.
- Duman A, Öğün CÖ, Şahin M, Ökesli S. [Perioperative mortality] Türkiye Klinikleri J Med Sci 2001;21(4):311-8.
- Ertan A, Öz H, İnanıcı MA, Keskin R. [Retrospective forensic medicinal evaluation of the cases resulted in death during anaesthesia application and subjected to lawsuit]. J Foren Med 2004;1(2):67-71.
- Ertan A, Yaycı N, Öz H. [Permissible risk range of the anesthesia applications review]. J Anest Reanim 2008;6(3):127-36.
- Feldman JM, Kalli I. Equipment and environmental issues for nonoperating room anesthesia. Curr Opin Anaesthesiol 2006;19(4):450-2.
- Irita K, Kawashima Y, Kobayashi T, Goto Y, Morita K, Iwao Y, et al. [Perioperative mortality and morbidity for the year of 1999 in 466 Japanese Certified Anesthesia-training Hospitals: with special reference to ASA-physical status--report of Committee on Operating Room Safety of Japan Society of Anesthesiologists]. [Article in Japanese] Masui 2001;50(6):678-91.
- Ali S, Weber S, Tierney E. Patient's evaluation and recall of the preoperative anaesthetic visit. Ir Med J 1996;89(2):74-5.
- Warden JC, Horan BF. Deaths attributed to anaesthesia in New South Wales, 1984-1990. Anaesth Intensive Care 1996;24(1):66-73.
- Howard SK, Gaba DM. Trainee fatigue: are new limits on work hours enough? CMAJ 2004;170(6):975-6.
- Bove KE, Iery C; Autopsy Committee, College of American Pathologists. The role of the autopsy in medical malpractice cases, I: a review of 99 appeals court decisions. Arch Pathol Lab Med 2002;126(9):1023-31.
- Bove KE, Iery C; Autopsy Committee, College of American Pathologists. The role of the autopsy in medical malpractice cases, II: controversy related to autopsy performance and reporting. Arch Pathol Lab Med 2002;126(9):1032-5.
- Dettmeyer R, Egl M, Madea B. Medical malpractice charges in Germany--role of the forensic pathologist in the preliminary criminal proceeding. J Forensic Sci 2005;50(2):423-7.
- Yaycı N, Üzün D, Arslan MM, İris M. [The value of the autopsy in the case of postoperative deaths with suspicion of malpractice]. Türkiye Klinikleri J Foren Med 2004;1(2):57-61.
- Cooper JB, Newbower RS, Long CD, McPeck B. Preventable anesthesia mishaps: a study of human factors. Anesthesiology 1978;49(6):399-406.
- Morgan GE, Michail MS. [Complications in Anesthesia]. Translator ed. Lüleci N. Klinik Anesteziyoloji. 1sted. İstanbul: Nobel Tıp Bookstore; 2002.p.755-65.
- Lynch C, Coker A, Dua J.A. A clinical analysis of 500 medico-legal claims evaluating the causes and assessing of potential benefit of alternative dispute resolution. Br J Obstet Gynaecol. 1996;103(12):1236-42.
- Robinson AR, Hohmann KB, Rifkin JI, Topp D, Gilroy CM, Pickard JA, et al. Physician and public opinions on quality of health care and the problem of medical errors. Arch Intern Med 2002;162(19):2186-90.