

Anestezi Uygulaması Sırasında Ölümle Sonuçlanan ve Dava Konusu Olmuş Olguların Adli Tıp Açısından Retrospektif Değerlendirilmesi

RETROSPECTIVE FORENSIC MEDICINAL EVALUATION OF THE CASES RESULTED IN DEATH DURING ANAESTHESIA APPLICATION AND SUBJECTED TO LAWSUIT

Dr. Ayşegül ERTAN,^a Dr. Hüseyin ÖZ,^b Dr. Akif İNANICI,^c Dr. Rabiş KESKİN^a

^aAdalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu,

^bAnesteziyoloji ve Reanimasyon AD, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,

^cAdli Tıp AD, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İSTANBUL

Özet

Amaç : Bu çalışmada anestezi uygulaması sonucu ölümle sonuçlanarak dava konusu olan olgularda, anestezi uygulama hatalarının profilini ortaya çıkarmak, önlenbilir hataları saptamak ve güvenli anestezi uygulaması için alınması gereken önlemlere ışık tutmak amaçlandı.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmamızda; 1998-2002 yıllarını içeren dönemde, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'na gönderilen dosyalarda, anestezi uygulamasına bağlı ölüm iddiası bulunan 67 olgu incelendi.

Bulgular: Altmışyedi olgunun 19'unda (%28.4) anesteziye bağlı tıbbi uygulama hatası kararı verildiği, kalan 48 olguda ise (%71.6) anesteziye bağlı tıbbi uygulama hatasından bahsedilmediği görüldü. Anesteziye bağlı tıbbi uygulama hatası bulunamayan 48 olgudan 17'sinde (%35.4) cerrahi uygulamanın değerlendirilmesi için diğer kurullardan görüş istendiği saptandı. Kalan 21 olguda (%43.8) mevcut bilgilerle ölüm nedeninin belirlenemediği, 5 olguda (%10.4) mevcut hastalığın etkisi ile diğer 5 olguda (%10.4) ise ilaç hassasiyetine bağlı ölümün meydana geldiği ve anestezi uygulaması yönünden hatadan bahsedilmediği belirlendi.

Tıbbi uygulama hatası kararı verilen 19 olgunun 12'sinde preoperatif hazırlığın eksik bırakıldığı veya hiç yapılmadığı saptandı. Oniki olgunun 4'ünde mevcut akciğer ve kalp hastalığına yönelik inceleme yapılmadığı ve müdahale acil olmadığı halde olgular stabil hale getirilmeden anestezi uygulandığı, diğer 3 olguda zor entübasyon tesbit edilmesine rağmen gereken önlem alınmadığı, kalan 5 olguda ise hiçbir preoperatif hazırlık yapılmaması nedeni ile uygulamanın hatalı olduğu kararı verildiği görüldü. Kalan 7 olgudaki diğer hata nedenlerine bakıldığında, 1 olguda anestezi sırasında oksijen yerine yanlış gaz bağlandı, 1 olguda ameliyat sırasında %50 dekstroz takıldı, 1 olguda yüzüstü pozisyonda entübasyon tüpünün yerinden çıktığı ve farkedilmediği, 1 olguda özefagus entübasyonu yapıldığı ve farkedilmediği, 1 olguda cerrahi tarafından infiltratif adrenalin uygulaması sırasında elektrokardiografi monitörizasyonunun yapılmadığı, 1 olguda ameliyat sonrası takibinin yapılmadığı, 1 olguda ise hata nedeninin raporda yer almadığı saptandı.

Sonuç: Çalışmamızda tıbbi uygulama hatalarının çoğunun preoperatif dönemde hastaların yeterli hazırlanmaması (%63.1) ve intraoperatif dönemde uyulması gereken temel kurallara uyulmaması (% 31.5) sonucu ortaya çıktığı dikkate alındığında uygulanacak standardizasyon uygulama hatalarının azalmasına katkıda bulunacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Anesteziyoloji, tıbbi uygulama hatası, adli tıp

Türkiye Klinikleri J Foren Med 2004, 1:67-71

Geliş Tarihi/Received: 13.08.2004 **Kabul Tarihi/Accepted:** 09.11.2004

Çalışmamız 3-6 Haziran 2004 tarihinde Yunanistan Serez'de düzenlenen "2. Meeting of the Balkan Academy of Forensic Sciences" organizasyonunda poster sunum olarak yer almıştır.

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Ayşegül ERTAN
Adli Tıp Kurumu Başkanlığı,
3. Adli İhtisas Kurulu, Eskapı, İSTANBUL
a.ertan@superonline.com

Copyright © 2004 by Türkiye Klinikleri

Türkiye Klinikleri J Foren Med 2004, 1

Abstract

Objective: In this study, we to reveal the profile of anaesthesia application errors, to establish the preventable errors and to shed light on the measures that could be taken for secure anaesthetic application in the cases which had resulted in death during anaesthesia application and subject to lawsuit.

Material and Methods: Sixty-seven cases which were evaluated by Council of Forensic Medicine with the claim of death caused by the anaesthesia application belong to the period 1998-2002.

Results: It has been detected that there was adjudication about medical application errors due to anaesthesia in 19 cases (28.4 %) and no medical application errors due to anaesthesia had been mentioned in the rest 48 cases (71.6 %). In the 17 of 48 cases (35.4 %) which have no medical application error due to anaesthesia, it has been detected that evaluation of surgical operation has been requested from the other committees and in the rest 21 cases (43.8%) cause of death could not be identified with the current information. The reason of death was ongoing disease in 5 cases (10.4 %), drug sensitivity in other 5 cases. There was not mentioned any kind of anaesthesia application error in these 48 cases.

It was established that pre-operative preparation was incomplete or absent in 12 of 19 cases sentenced to medical application errors. It is detected that it was concluded as a faulty medical application in 4 of 12 cases which no evaluation of current lung and heart disease had been made and anaesthesia implemented even though it had not been urgent, in 3 cases which measures required had not been taken in spite of determination of difficult intubation, and in the rest 5 cases which no pre-operative preparation had been made. Inspection of the medical mistakes in the rest 7 cases revealed that wrong gas had been implemented in 1 case, 50 % dextrose had been applied during operation in 1 case, intubation tube was dislocated at prone position in 1 case, esophageal intubation had been performed in 1 case, ECG was not monitored during infiltrative administration of adrenalin by surgeon in 1 case, and post-operative follow-up had not been performed in 1 case. In 1 case the reason of the mistake did not take place on the records.

Conclusion: We have detected that most of the medical application errors (63.1%) were originated from incomplete pre-operative assessment, absence of precautions for the current disturbances, and most of the rest (31.5%) was absence of attention during intra-operative period. As a consequence of these, it can be concluded that medical practice errors due to anaesthesia could be reduced by standardization of anesthesiological procedures.

Key Words: Anaesthesiology, malpractice, forensic medicine

Tıbbi uygulama hataları ve bunlara yönelik tazminat davaları 1970'lerin sonundan itibaren Amerika Birleşik Devletleri başta olmak üzere pek çok ülkede gündemde yer almaya başlamıştır.^{1,2} Son yıllarda ülkemizde de hekimler ve diğer sağlık personelinin yapmış oldukları uygulamalar nedeni ile aleyhlerine açılan dava sayısında ciddi

bir artış gözlenmektedir.³ Yüksek Sağlık Şurası'na 1994-1999 yılları arasında gelen 932 şikayet dosyasının klinik branşlara göre dağılımı incelendiğinde kadın doğum ilk sırada, anesteziyoloji ise 6. sırada yer almaktadır.⁵

Ülkemizde, anestezi uygulamasına bağlı olarak gelişen tıbbi uygulama hataları ile ilgili çalışmalar yeni yeni tıp literatüründe yer almaya başlamıştır. Bu nedenle bu çalışmada; anestezi uygulamasına bağlı ölümle sonuçlanıp dava konusu olmuş olgularda, anestezi uygulama hatalarının profilini ortaya çıkarmak, önlenabilir hataları saptamak ve güvenli anestezi uygulaması için alınması gereken önlemlere ışık tutmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler

1993-2002 yılları arasında meydana gelen ve 1998-2002 yıllarında Adli Tıp Kurumu'nda dosyaları incelenen, anestezi uygulamasına bağlı ölüm iddiası bulunan 67 olgu değerlendirilmiştir. Diş hekimlerinin muayenehanelerinde anestezi uygulaması sırasında meydana gelen ölüm olguları, hekimlerin genellikle hastalar ile anestezi uygulayacakları dönemde karşılaşılıyor olmaları ve müdahale öncesi gerekli laboratuvar inceleme ve ileri tetkikleri yaptırılmamaları nedeni ile değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Olgular; olay yılı, olayın gerçekleştiği sağlık birimi, müdahalenin acil olup olmadığı, anestezi-nin uygulandığı klinik branş, anesteziyi uygulayan sağlık personeli, preoperatif hazırlık, anestezi yöntemi, komplikasyonun meydana geldiği dönem, tıbbi uygulama hatasının olup olmadığı, tıbbi uygulama hatasından sorumlu sağlık personeli ve sorumlu tutulan hata nedenleri yönünden incelenerek değerlendirilmiştir. Değişik sağlık birimlerinde belli bir zamanda yapılan operasyon sayısı bilinmediği ve çalışmaya dahil edilen olgular tüm komplikasyon olgularını içermediği için istatistiki karşılaştırma yapılamamıştır.

Bulgular

Olguların olayın meydana geldiği yıllara göre dağılımı Tablo 1, olayın gerçekleştiği sağlık birimine göre dağılımı Tablo 2, anestezi-nin uygulandığı klinik branşa göre dağılımı Tablo 3, anesteziyi

Tablo 1. Olguların olayın meydana geldiği yıllara göre dağılımı.

	Olgu sayısı	Yüzde (%)
1993	4	6
1994	3	4.5
1995	3	4.5
1996	4	6
1997	11	16.4
1998	7	10.4
1999	12	17.9
2000	7	10.4
2001	13	19.4
2002	3	4.5
Toplam	67	100

Tablo 2. Olguların gerçekleştiği sağlık birimine göre dağılımı.

	Olgu sayısı	Yüzde (%)
Devlet Hastanesi	24	35.8
SSK Hastanesi	15	22.4
Özel Hastane	14	20.9
Üniversite Hastanesi	6	8.9
Askeri Hastane	5	7.5
*Diğer	3	4.5
Toplam	67	100

*Muayenehane, tomografi merkezi, poliklinik

Tablo 3. Olguların klinik branşlara göre dağılımı.

	Olgu sayısı	Yüzde (%)
Genel cerrahi	19	28.4
Ortopedi	15	22.4
KBB	12	17.9
Kadın Doğum	8	11.9
*Diğer cerrahi branşlar	11	16.4
Radyoloji	1	1.5
Belirlenemeyen	1	1.5
Toplam	67	100

*Üroloji/Göz/Plastik cerrahi/Kalp damar ve göğüs cerrahisi

uygulayan sağlık personeline göre dağılımı ise Tablo 4'te yer almaktadır.

Olguların 64'üne (%95.5) genel anestezi, 3'üne (%4.5) lokal anestezi uygulandığı saptanmıştır. Kırkdokuz olguda (%73.1) müdahalenin planlı, 18 olguda (%26.9) acil olduğu görülmüştür.

Tablo 4. Olguların anesteziyi uygulayan sağlık personeline göre dağılımı.

	Olgu sayısı	Yüzde (%)
Anestezi uzmanı ile beraber anestezi teknisyeni/Anestezi uzmanı	34	50.7
Anestezi Teknisyeni (Operatör sorumluluğunda)	15	22.4
Operatör	1	1.5
Anestezi teknisyeni (Radyolog sorumluluğunda)	1	1.5
Belirlenemeyen	16	23.9
Toplam	67	100

Preoperatif değerlendirmede 67 olgunun 11'inde (%16.4) laboratuvar testlerinin yetersiz yaptırıldığı, 7 olguda (%10.4) hiç tahlil yaptırılmadığı, onbir olguda (%16.4) bu konuda kayıt bulunmadığı saptanmıştır.

Ölümlerle sonuçlanan olaylar 8 olguda (%11.9) anestezi başlaması ile ameliyatın başlaması arasında, 31 olguda (%46.3) ameliyatın başlaması ve ameliyatın bitmesi arasında, 9 olguda (%13.4) ameliyatın bitimi ile uyandırma döneminde, 1 olguda (%1.5) derlenme döneminde, 17 olguda (%25.4) serviste 24 saatlik takip sırasında meydana geldiği saptanmıştır. Bir olguda ise (%1.5) bu konuda bir kayıt bulunmadığı görülmüştür.

Olguların 19'unda (%28.4) anesteziye bağlı tıbbi uygulama hatası kararı verildiği, kalan 48 olguda ise (%71.6) anesteziye bağlı tıbbi uygulama hatasından bahsedilmediği görülmüştür. Anesteziye bağlı tıbbi uygulama hatası bulunamayan 48 olgudan 17'sinde (%35.4) cerrahi uygulamanın değerlendirilmesi için diğer kurullardan görüş istendiği, kalan 21 olguda (%43.8) mevcut bilgilerle ölüm nedeninin belirlenemediği, 5 olguda (%10.4) mevcut hastalığın etkisi ile diğer 5 olguda (%10.4) ise ilaç hassasiyetine bağlı ölümün meydana geldiği ve anestezi uygulaması yönünden hatadan bahsedilmediği belirlenmiştir.

Tıbbi uygulama hatası kararı verilen 19 olgunun 12'sinde (%63.1) preoperatif hazırlığın eksik bırakıldığı veya hiç yapılmadığı saptanmıştır. Oniki olgunun 4'ünde mevcut akciğer ve kalp

hastalığına yönelik inceleme yapılmadığı ve müdahale acil olmadığı halde olgular stabil hale getirilmeden anestezi uygulandığı, diğer 3 olguda zor entübasyon tesbit edilmesine rağmen gereken önlem alınmadığı, kalan 5 olguda ise hiçbir preoperatif hazırlık yapılmaması nedeni ile uygulamanın hatalı olduğu kararı verildiği görülmüştür. Kalan 7 olgudaki diğer hata nedenlerine bakıldığında, 1 olguda anestezi sırasında oksijen yerine yanlış gaz (ne olduğu belli değil) bağlandığı, 1 olguda ameliyat sırasında %50 dekstroz takıldığı, 1 olguda yüzüstü pozisyonda entübasyon tüpünün yerinden çıktığı ve farkedilmediği, 1 olguda özefagus entübasyonu yapıldığı ve farkedilmediği, 1 olguda cerrah tarafından infiltratif adrenalin uygulaması sırasında elektrokardiografi monitörizasyonunun yapılmadığı, 1 olguda ameliyat sonrası takibinin yapılmadığı, 1 olguda ise hata nedeninin raporda yer almadığı saptanmıştır.

Tartışma ve Sonuç

Tıbbi girişimler esnasında ortaya çıkan yaralanma ve ölüme sebebiyet durumlarında hekimler için özel yaptırım gerektiren bir kanun yoktur. Genel olarak Türk Ceza Kanunu 455 ve 459. maddeleri kullanılmaktadır. Hekimlerin cezadan ayrı olarak hukuki sorumlulukları da bulunmaktadır. Hukuki sorumluluk, borçlar kanununun 43. maddesine göre maddi ve manevi tazminatı beraberinde getirmektedir.^{4,6,7}

Ceza ve hukuk davalarında, sağlık personelinin kusurlu olup olmadığı konusunda başvuru iki resmi kuruluş bulunmaktadır. Bunlar, Sağlık Bakanlığına bağlı Yüksek Sağlık Şurası ve Adalet Bakanlığı'na bağlı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'dır.⁴

Çalışmamızda, 1993 yılında anesteziye bağlı ölüm iddiası ile ilgili Adli Tıp Kurumu'ndan 4 (%6) ve 1994 yılında 3 olgu (%4.5) için görüş istenmiş olmakla beraber 2001 yılında görüş istenen olgu sayısı 13'e çıkarak diğer yıllar içindeki en yüksek artışı göstermiştir. 2002 yılında meydana gelen anestezi ölümü iddiası taşıyan olgu sayısının azlığının ise olayın henüz Adli Tıp Kurumu'na intikal etmemiş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Olguların kurum ve klinik branşlara göre dağılımındaki yüzdeleri sağlıklı değerlendirebilmek için, belirtilen kurum ve branşlardaki 1998-2002 yılları arasında yapılan toplam müdahale sayısına oranlamak gerekmektedir. Bu konuda sağlıklı bir bilgiye ulaşılamadığından böyle bir karşılaştırma ve istatistiki değerlendirme yapılamamıştır.

Günümüzde anestezi uygulamalarının anestezi uzmanları tarafından yapılması gerekirken, ülkemiz koşullarında anestezi uzman sayısının yeterli olmaması nedeni ile, pek çok hastanemizde anestezi; anestezi uzmanının denetiminde anestezi teknisyeni veya operatörün sorumluluğunda anestezi teknisyeni ile uygulanmaktadır. Anestezi uzmanı sorumluluğunda anestezi teknisyeninin görev yaptığı pek çok sağlık kuruluşunda da anestezi uzmanı, birden fazla ameliyathanede anestezi uygulamasından sorumlu olmaktadır.

Olguların 34'ünde (%50.7) anestezi tarafından tek başına anestezi uzmanı veya anestezi uzmanı sorumluluğunda anestezi teknisyeni uygulanmıştır. Geri kalan olguların 15'inde (%22.4) operatör sorumluluğunda, 1'inde (%1.5) ise radyolog sorumluluğunda olmak üzere anestezi teknisyeni uygulama yapmıştır. Bir olguda (%1.5) operatörün kendisi anesteziyi uygularken, 16 olguda da (%23.9) anesteziyi uygulayan sağlık personeli kayıtlı değildir. Dr. A.Yalman ve arkadaşlarının yaptığı "Türkiye'de Anestezi Teknisyen/Tekniker'lerinin Durumu" adlı anket çalışmasında 1999 yılı verilerine göre, ülke dahilinde anestezi teknisyenlerinin %90'ının anestezi uzmanı ile beraber çalıştığı saptanmış ancak bu çalışmada da anestezi uzmanının kaç ameliyathaneden sorumlu olduğu hakkında bilgiye ulaşılamamıştır.⁸ Yurt genelinde anestezi uzmanının sorumluluğunda anestezi uygulanması oranı yüksek olduğundan, anestezi uygulaması nedeniyle dava konusu olan olgularda, uygulamadan sorumlu kişinin daha yüksek oranda anestezi uzmanı olması beklenmektedir.

Çalışmamızda tıbbi uygulama hatalarının büyük bir kısmının (%63.1) preoperatif değerlendirmenin yetersiz yapılmasından, mevcut patolojilere yönelik önlemlerin alınmamasından, geri kalanların büyük çoğunluğunun ise (%31.5) intraoperatif dönemde gerekli dikkat ve özenin gösterilmeme-

sinden kaynaklandığı görülmüştür. Dünya literatürlerindeki çalışmalarda tüm ölüm olgularında ortaya çıkan komplikasyonlar değerlendirilmiştir. Bizim çalışmamızda ise Adli Tıp Kurumu'na yansıyan komplikasyonlar yer aldığından böyle bir karşılaştırma yapılamamıştır.

Preoperatif dönemde gerekli özenin gösterilmemesi, ameliyat esnası ve postoperatif bakımda da belirli kurallara uyulmaması bazen hataları beraberinde getirmektedir.

Tıbbi uygulama hatalarından kaçınmak için pre, per ve postoperatif dönemde yapılması gereken uygulamalar için bir standart belirlenmelidir. Dünyada, tıbbi uygulamalar için profesyonel organizasyonlar tarafından hazırlanmış standart bakım rehberleri kullanılmaktadır. Anestezioloji için de ülkeden ülkeye değişen standart uygulama rehberleri bulunmaktadır.⁹ Anestezistler için ilk tıbbi standart uygulama rehberi Amerikan Anestezistleri Birliği (ASA) ile Gıda ve İlaç Birliği (FDA) tarafından 1986 yılında hazırlanmıştır.¹⁰ Bu çalışmanın hemen arkasından anestezi ile ilgili profesyonel birlikler Avrupa ve İngiltere'de de benzer standart uygulama rehberleri hazırlamışlardır. Halen dünyada standart bakım rehberlerinin hazırlanması ve uygulanması için çalışmalar sürdürülmektedir.¹¹⁻¹³

Ülkemizde de Türk Anestezioloji ve Reanimasyon Derneği tarafından 1997 yılında hazırlanmış olan "Anestezioloji, Reanimasyon ve Algolojide Eğitim ve Klinik Uygulama Standartları Konusunda Taslak" adlı bir kitapçık standart anestezi uygulamaları açısından büyük bir boşluğu dolduran çok önemli bir adımdır.¹⁴

Sonuç olarak; çalışmamızda tıbbi uygulama hatalarının çoğunun preoperatif değerlendirmenin yetersiz yapılması ve intraoperatif dönemde uyulması gereken temel kurallara uyulmaması sonucu ortaya çıktığı dikkate alındığında anestezi uygulamalarında belirlenecek standardizasyonun tıbbi uygulama hatalarının azalmasına katkıda bulunacağını düşünmekteyiz.

Teşekkür

Çalışmada emeği geçen Dr. Akif Seval ve Uz. Dr. Kaan Gürpınar'a teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Lanser EG. Surviving the medical malpractice crisis. Health Exec 2003;18(2):12-6.
2. Klein C. Surveying the malpractice terrain. Health Module, Nov 2002;27:11-62.
3. Şenocak Z. Özel hukukta hekimin sorumluluğu. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayınları 1998;3-29.
4. Hancı H. Hekimin yasal sorumlulukları. İzmir, Egem Tıbbi Yayıncılık 1995;75-86.
5. Alkaç R. Malpraktis yasa tasarısı üzerine değerlendirmeler. <http://ssto.org.tr/belgeler/malpraktis.htm>, 07.07.2004.
6. Aşçıoğlu Ç. Tıbbi yardım ve el atmalardan doğan sorumluluklar. Ankara: Kazancı Matbaacılık; 1993.
7. Ayan M. Tıbbi müdahalelerden doğan hukuki sorumluluk, Ankara, Kazancı yayınları, 1991.
8. Yalman A, Kırımlı Y, Çelik M, Arpa N. Türkiye’de anestezi teknisyen/teknikerlerinin durumu, 2001.
9. Clinical Standards Board for Scotland, Draft Clinical Standarts Anaesthesia, Care before, during and after anaesthesia. first published, Edinburg; 2002:21-49.
10. Arens J. Practice parameters: some new others under development or revision. ASA Newsletter 1999;63:26-8.
11. Coper JB, Newbower RS, Kitz RJ. An analysis of major errors of equipment failures in anaesthesia management considerations preventions and detections. Anaesthesiology 1984;60:34-42.
12. March MG, Crowley JJ. An evaluation of anaesthesiologists present checkout methods and validity of the FDA checklist. Anaesthesiology 1991;75:724-9.
13. Charlton JE. Checklists and patient safety. Anaesthesia, 1990;45:425-6.
14. Türk Anestezioloji ve Reanimasyon Derneği, Anestezioloji. Reanimasyon ve Algolojide eğitim ve klinik uygulama standartları konusunda taslak, 1997.