

**T. C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI**

**YÜKSEK SAĞLIK ŞURASINDA 2000-2009 YILLARI
ARASINDA DEĞERLENDİRİLEN ANESTEZİ İLE
İLİŞKİLİ UYGULAMA HATALARI**

**UZMANLIK TEZİ
Dr. GÜZİDE ALKAN**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. ZERRİN ÖZKÖSE**

**ANKARA
EYLÜL 2010**

**T. C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI**

**YÜKSEK SAĞLIK ŞURASINDA 2000-2009 YILLARI
ARASINDA DEĞERLENDİRİLEN ANESTEZİ İLE
İLİŞKİLİ UYGULAMA HATALARI**

**UZMANLIK TEZİ
Dr. GÜZİDE ALKAN**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. ZERRİN ÖZKÖSE**

**ANKARA
EYLÜL 2010**

**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Uzmanlık Programı
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından Uzmanlık
Tezi olarak kabul edilmiştir.**

Tez Savunma Tarihi: / /2010

BAŞKAN

**Prof.Dr. Füsun BOZKIRLI
Anesteziyoloji ve Reanimasyon
Anabilim Dalı Başkanı**

ÜYE

ÜYE

**Prof.Dr. Zerrin ÖZKÖSE
Anesteziyoloji ve Reanimasyon
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi**

**Prof.Dr. Ömer KURTİPEK
Anesteziyoloji ve Reanimasyon
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi**

ÜYE

ÜYE

**Doç.Dr. Cengiz Bekir DEMİREL
Anesteziyoloji ve Reanimasyon
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi**

**Doç.Dr. Osman YÜKSEL
Genel Cerrahi Anabilim
Dalı Öğretim Üyesi**

KISALTMALAR

AANA	: American Association of Nurse Anesthetists
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASA	: American Society Of Anesthesiologists (Amerikan Anestezistler Birliği)
ASA-CCP	: American Society of Anesthesiologists Closed Claims Project
ATK	: Adli Tıp Kurumu
CMUK	: Ceza Muhakemesi Usul Kanunu
EKG	: Elektrokardiyografi
HHY	: Hasta Hakları Yönetmeliği
HMEK	: Hekimlik ve Meslek Etiği Kuralları
IOM	: Institute of Medicine
NHS	: National Health System
NPDB	: National Practitioner Data Bank
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TŞSTİDK	: Tababet ve Şuabatları Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun
TTB	: Türk Tabipler Birliği
UHK	: Umumi Hıfzısıhha Kanunu
YSS	: Yüksek Sağlık Şurası
YTKİY	: Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

Kabul ve Onay	i
Kısaltmalar.....	ii
İçindekiler	iii
Tablolar Listesi.....	vi
Şekiller Listesi.....	viii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 Tıbbi Uygulama Hataları.....	3
2.1.1. Tanım.....	3
2.1.2. Tıbbi Uygulama Hatalarının Tarihsel Gelişimi	4
2.1.3. Avrupa Birliği Ülkeleri ve Diğer Gelişmiş Ülkelerde Tıbbi Uygulama Hataları.....	6
2.1.3.1. Anestezi Dışı Bölümlerle İlgili Hatalar.....	6
2.1.3.2. Anestezi ile Doğrudan İlişkili Hatalar.....	8
2.1.4. Türkiye’de Tıbbi Uygulama Hataları	10
2.1.4.1. Anestezi Dışı Bölümlerle İlgili Hatalar.....	10
2.1.4.2. Anestezi ile Doğrudan İlişkili Hatalar	12
2.1.5. Anestezide Hatalı Uygulama Nedenleri ve Alınabilecek Önlemler.....	13
2.2 Hekimin Yasal Sorumlulukları.....	19
2.2.1. Hekimin Yükümlülükleri.....	22
2.2.1.1. Kişisel Edim Kavramı ve Muayene Yükümlülüğü.....	23
2.2.1.2. Öykü Alma Yükümlülüğü	23

2.2.1.3. Teşhis Yükümlülüğü.....	23
2.2.1.4. Tedavi Yükümlülüğü.....	24
2.2.1.5. Reçete Yazma Yükümlülüğü.....	24
2.2.1.6. Tıbbi Teknik Kullanma Yükümlülüğü.....	25
2.2.1.7. Kayıt Tutma Yükümlülüğü.....	25
2.2.1.8. Sır Saklama Yükümlülüğü.....	26
2.2.2. Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluğu.....	26
2.2.3. Tıbbi Müdahaleden Doğan Yasal Sorumluluklar.....	28
2.2.3.1. İdari Sorumluluk	29
2.2.3.2. Mesleki Sorumluluk.....	29
2.2.3.3. Hukuki (Tazminat) Sorumluluk.....	30
2.2.3.4. Cezai Sorumluluk	35
2.3. Bilirkişilik.....	45
2.3.1. Bilirkişilik Kurumları.....	47
2.3.1.1. Yüksek Sağlık Şurası.....	47
2.3.1.2. Adli Tıp Kurumu.....	50
2.3.1.3. Tabip Odaları Onur Kurulları.....	50
2.3.1.4. Yüksek Öğretim Kurumları.....	51
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	53
3.1. İstatistiksel Analiz.....	58
4. BULGULAR.....	59
5. TARTIŞMA.....	80
6. SONUÇ.....	110
7. KAYNAKLAR.....	113

8. ÖZET.....	126
9. SUMMARY.....	128
10. EKLER.....	130
11. ÖZGEÇMİŞ.....	132

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: ASA preoperatif fiziki durum sınıflaması ve olası mortalite oranları...	17
Tablo 2: Kasten adam öldürme ile ilgili eski ve yeni TCK hükümlerinin karşılaştırılması.....	38
Tablo 3: Kasten yaralama ile ilgili eski ve yeni TCK hükümlerinin karşılaştırılması.....	39
Tablo 4: Taksirle adam öldürme ile ilgili eski ve yeni TCK hükümlerinin karşılaştırılması.....	41
Tablo 5: Taksirle yaralama ile ilgili eski ve yeni TCK hükümlerinin karşılaştırılması.....	42
Tablo 6: Yüksek Sağlık Şurası tarafından incelenen dosyaları değerlendirme çizelgesi.....	54
Tablo 7: Hatalı anestezi uygulamalarının şehirlere göre dağılımı.....	61
Tablo 8: Hatalı tıbbi uygulamada bulunan sağlık personelinin mesleki branşlara göre dağılımı.....	63
Tablo 9: Hatalı tıbbi uygulamada bulunan sağlık personelinin mesleki deneyim süresi	63
Tablo 10: Anestezi uygulamalarında tespit edilen hata nedenleri.....	64
Tablo 11: Hatalı anestezi uygulama nedenlerinin yıllara göre dağılımı	65
Tablo 12: Anestezi uygulaması yapılan hastaların anestezi risk (ASA) oranları.....	68
Tablo 13: Hatalı anestezi uygulamalarında yaş gruplarına göre hasar dağılım oranları	70
Tablo 14: Hatalı anestezi uygulamalarında onam alınma oranları.....	70
Tablo 15: Hatalı anestezi uygulamalarının klinik branşlara göre dağılımı.....	72

Tablo 16: Anestezi uygulaması sonucu oluşan hasar oranları.....	72
Tablo 17: Ölümle sonuçlanan olgularda ölümün meydana geldiği dönem.....	73
Tablo 18: Ölümle sonuçlanan olgularda ölümün meydana geldiği yer.....	73
Tablo 19: Tıbbi uygulama hatasının ilişkili görüldüğü kanun maddesi.....	74
Tablo 20: Hatalı anestezi uygulamalarında YYS tarafından belirlenen kusur oranları.....	77
Tablo 21: Hatalı anestezi uygulamalarından anestezistin sorumlu olduğu olgularda YYS tarafından belirlenen kusur oranları	78
Tablo 22: Hatalı anestezi uygulamalarından cerrahın sorumlu olduğu olgularda YYS tarafından belirlenen kusur oranları	79

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1: Hatalı anestezi uygulamalarının yıllara göre dağılımı.....	59
Şekil 2: Hatalı anestezi uygulamalarının bölgelere göre dağılımı.....	60
Şekil 3: Hatalı tıbbi uygulamadan sorumlu tutulan sağlık personelinin cinsiyete göre dağılımı.....	62
Şekil 4: Hatalı anestezi uygulamalarının sağlık kurumlarına göre dağılımı.....	66
Şekil 5: Olgulara anestezi uygulamalarının yapıldığı zaman aralıkları.....	67
Şekil 6: Anestezi uygulaması sonucu istenmeyen olayların meydana geldiği zaman aralıkları.....	67
Şekil 7: Hatalı anestezi uygulamalarında olguların başvuru şekilleri.....	68
Şekil 8: Hatalı anestezi uygulamalarının yaş gruplarına göre dağılımı.....	69
Şekil 9: Hatalı anestezi uygulamalarındaki anestezi yöntemlerinin dağılım oranları.....	71
Şekil 10: Anestezi uygulaması ölümle sonuçlanan olgulara otopsi yapılma oranları.....	75
Şekil 11: Mahkeme tarafından ATK'dan görüş istenen olgularda kusur oranları.....	76
Şekil 12: Mahkeme tarafından bilirkişilerden görüş istenen olgularda kusur oranları.....	76

1. GİRİŞ

Sağlık hizmeti sunumu nedeniyle ortaya çıkan tıbbi uygulama hataları (malpraktis), uzun yıllardır gelişmiş ülkelerde ve son yıllarda Türkiye’de yasal, etik ve tıbbi yönleriyle tartışılan çok yönlü bir konudur. Dünya Tabipler Birliğinin 1992 yılındaki 44. genel kurulunda kabul edilen ‘Tıpta Yanlış Uygulama (Malpraktis) Bildirgesi’ne göre malpraktis; hekimin tedavi sırasında standart güncel uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi nedeniyle hizmeti alan kişinin zarar görmesi durumudur (1).

Malpraktis nedeni ile gerek yurtdışında gerekse ülkemizde hekimler ve diğer sağlık personeli hakkında medyada yer alan haberlerde ve açılan davalarda ciddi bir artış gözlenmektedir. Amerikan Anestezistler Birliği Kapanmış İddialar Projesi (American Society Of Anesthesiologists Closed Claims Project, ASA-CCP) tarafından anestezinin hatalı uygulama iddiası ile açılan davalar retrospektif tarandığında, en fazla ölüme sebebiyet vermekten anestezinin sorumlu tutulduğu görülmektedir (2) Ülkemizde ise doğrudan anestezi uygulamasına bağlı ortaya çıkan zararlar, bu zararlara sebep olan uygulamalar ile alınacak önlemler konusundaki veriler henüz yeterli sayıda değildir (3, 4).

Hukuk devleti ilkesinin gereği olarak hekim, mesleki uygulamasından yasalar önünde sorumludur. Bu sorumluluklar yasalar, tüzükler ve yönetmelikler ile belirlenmiştir. Yeni Türk Ceza Kanunu (TCK) 01 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe girmiş ve toplumun her alanında olduğu gibi hekimlik uygulamalarında da yeni düzenlemeler getirmiştir. Hekimlerin meslekleriyle ilgili hukuki sorumluluklarını bilmemeleri, onları sorumluluktan kurtarmadığı gibi TCK’nın 4. maddesine göre de kanunu bilmemek mazeret değildir (5). Hekimlerin mesleklerini icra ederken, son düzenlemelerle daha da artan yasal sorumluluklarını bilerek davranmaları, kendilerini "sanık" veya "suçlu" konumunda bulmalarından koruyacaktır (6, 7).

Bu tez çalışmasında, 2000 - 2009 yılları arasında hekim hatası iddiasıyla Yüksek Sağlık Şurası’nda görüşülen olgulardan doğrudan anestezi uygulamasına bağlı hasar ve/veya ölümlerle sonuçlanmış olanları retrospektif olarak inceleyip,

anestezi uygulama hatalarının profilini ortaya çıkarmak ve hekim hatası iddialarında ülkemizdeki yasal prosedürü tanıtmak amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tıbbi Uygulama Hataları

2.1.1 Tanım

Malpraktis, Latince “Male” (Kötü) ve “Praxis” (Uygulama) kelimelerinden türemiş olup, “kötü, hatalı uygulama” anlamına gelmektedir. Uygulamada; bir meslek mensubunun, mesleğini uygulaması sırasında ortaya çıkan hatalı, kusurlu hareketleri olarak kullanılır. Tıbbi Malpraktis kavramı ise; tıp mesleği mensuplarının aynı şekildeki hatalı, kusurlu uygulamalarını ve/veya hareketlerini ifade etmede kullanılır (8).

Tıbbi uygulama hataları, sağlık hizmeti sunan hekim, hemşire ve ilgili yasaya göre hastaya müdahale yetkisi bulunan fizyoterapist, psikolog veya diyetisyen gibi sağlık personelinin, öneri ve/veya uygulamaları sonucu, hastalığın normal seyrinin dışına çıkarak, iyileşmesinin gecikmesinden hastanın ölümüne kadar geniş bir yelpazedeki koşulların tamamını içermektedir (8).

Her türlü tıbbi uygulamanın bir takım riskleri vardır. Tıbbi girişim sonucu meydana gelen istenmeyen sonuçlarda girişimin ‘hekimliğin kötü uygulanması’ (malpraktis) mı yoksa ‘hukukun izin verdiği risk’ (komplikasyon) mi olduğu ayırt edilmesi gereken fakat ayrımı çok kolay olmayan iki kavramdır. Günümüz hukuk anlayışında, hekimler ve sağlık personeli görevlerini ‘izin verilen risk’ çerçevesinde yerine getirirler. İzin verilen riskin tıbbi karşılığı komplikasyondur (9). Hasta aydınlatılmış ve izni alınmış ise komplikasyon kusur sayılmazken, aksi durumlarda hekim kusurlu sayılmaktadır. Ayrıca, komplikasyon zamanında farkedilmez, farkedilmesine karşın gerekli önlemler alınmaz ve farkedilip önlem

alınmasına rağmen yerleşmiş standart tıbbi girişimde bulunulmazsa, malpraktis söz konusu olur. Komplikasyon ve malpraktis ayrımını yapabilmek için tıbbi girişimlerin standartlarının belirlenmesi önemlidir (5, 10).

2.1.2. Tıbbi Uygulama Hatalarının Tarihsel Gelişimi

Uygulama süresi yeryüzü tarihi kadar eski olduğu bilinen hekimlik mesleğinde, hekimin insanlara faydalı olduğu sürece değer gördüğü fakat zarar verdiği anda, sorumlulukla karşı karşıya kaldığı tarihi belgelerden anlaşılmaktadır (7). Mezopotamya uygarlığına ait yazılı belgeler olan Hammurabi Kanunları'nda: *“Şayet hekim birisine bronz neşter ile tehlikeli bir yara açarak onu öldürürse veya onun gözünü harabederse iki eli kesilir (m.219); şayet hekim bir esire bronz neşter ile tehlikeli bir yara açarak onu öldürürse onun yerine bir esir verecektir (m.219), şayet onun göz perdesini bronz bir neşter ile açıp harap etmiş ise, esirin bedelinin yarısını verecektir (m.211)”* denmektedir (7, 11, 12).

Hindistan'da Manu ve Zoroastra Kanunları'nda, doktorun yükümlülüğü bir jüri tarafından tespit edilen kusura dayandırılmaktadır (12). Mısır'da ise doktorların mesleki uygulamalarını tapınaklarda hazırlanan, deney ve uygulamalara dayanan tıp bilgilerini içeren kitaba göre yaptıkları ve kuralları ihlal eden doktorun yine bu kitaba göre sorumlu tutulduğu ve cezalandırıldığı görülmektedir (7).

Eski Yunanistan'da Hipokrat tarafından hekimin sorumluluğunun ilk temelleri atılmış ve hekimin tıp kurallarına uymaması kusur olarak kabul edilmiştir (7).

Literatürde hastasını ihmal ettiği saptanan ilk hekim olan Dr. Murray, Nisan 1900’de parmak yaralanması olan bir hastaya çağırılmış, tedaviyi başlatmasına karşın hastanın parmağının kesilmesine engel olamamış ve yargılanıp ağır para cezasına çarptırılmıştır (6).

İngiltere’de tıbbi uygulama hatalarına ait kayıtlar 1374 yıllarına kadar uzanmaktadır (12). Gerçek anlamda malpraktis kavramı ise 18. yüzyılın başlarında İngiliz hukuk sisteminde yerini almıştır. Sir William Blackstone 1768’deki bir yorumunda tıbbi uygulama hatalarını; “hekimin, cerrahın ya da eczacının; yaralanmalar, ihmal ya da beceri eksikliği içeren davranışı sonucu, hastanın zarara uğrayarak hekime olan güveninin sarsılması” şeklinde tanımlamıştır (13).

Tarihsel gelişime baktığımızda, Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) hatalı tıbbi uygulama ile ilgili dava sayısında 19. yüzyılın orta iki dekadında yaklaşık 10 kat artış meydana gelmiştir. Ulusal düzeyde ilk tıbbi uygulama hatası krizi 1847’de yaşanmış ve bu dönemde Amerikan Tıp Derneği kurulmuştur. Ondokuzuncu yüzyılın sonunda bu derneğin, hekimlerin uygulamalarını kontrol etme oranı % 80’e ulaşmış ve 20. yüzyılın başlarında yine aynı dernek tarafından eyalet düzeyinde etkili hukuk sistemi yerleştirilmiştir (13). Tıbbi uygulama hataları nedeniyle ABD’de ortaya çıkan 2. büyük kriz, 1975 - 1985 yılları arasında yaşanmış ve bu dönemde hekimler kendilerini sigorta ettikleri bir fon uygulaması başlatmışlardır.

Tıbbi uygulama hatalarının günümüzdeki şekliyle tıbbın ve hukuk sisteminin gündemine girmesi oldukça uzun zaman almıştır. Özellikle gelişmiş

lkelerde 1970'lerin sonlarından itibaren tıbbi uygulama hataları gündeme gelmiş ve bu hatalara karşı yüksek miktarlarda tazminat cezaları verilmiştir. Dolayısıyla hasta hakları ile ilgili ilk çalışmalar da aynı tarihlerde başlamıştır (12, 13).

2.1.3. Avrupa Birliği lkeleri ve Diğer Gelişmiş lkelerde Tıbbi Uygulama Hataları

2.1.3.1. Anestezi Dışı Bölümlerle İlgili Hatalar

Tıbbi uygulama hataları ABD'de günümüzde önemli gündem oluşturan boyuttur. Institute of Medicine (IOM)'ın 1999 yılında yayınladığı rapor, tıbbi hataların boyutunun ne kadar büyük olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu rapora göre; ABD'de her yıl 44.000 - 98.000 kişi, önlenebilir tıbbi hatalar nedeni ile yaşamını kaybetmektedir. Bu sayının; trafik kazaları, meme kanseri ve AIDS'e bağlı ortaya çıkan mortaliteden daha fazla olduğu belirlenmiştir (14).

İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı (Organisation for Economic Co-Operation and Development, OECD) 2009 raporuna göre, ABD'de sağlıkla ilgili giderler, 2007 yılında ulusal gelirin % 16 gibi büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Aynı raporda, Türkiye'nin 2005 yılı verilerine göre sağlık giderlerinin, ulusal gelirin % 5,7'sini oluşturduğu ve bu oranın tüm OECD lkeleri içinde en düşük oran olduğu belirtilmiştir (15).

Harvard Tıbbi Pratik alışma sonucuna göre, New York'ta hastaneye yatan hastalarda görülen istenmeyen yan etki oranı % 3,7 olup, bu yan etkilerin % 27,6'sı tıbbi bir hataya ikincil olarak ortaya çıkmıştır. Toplam olayların % 13,6'sı ölümle, % 2,6'sı ise kalıcı bir sakatlıkla sonuçlanmıştır (16). Colorado

ve Utah'ta yapılan çalışma sonuçlarına göre ise, hastaneye yatışların % 2,9'unda bir yan etki saptanmış ve bunların % 6,6'sı ölümle sonuçlanmıştır. Yan etkilerin ortaya çıkmasında hastanın operasyon geçirip geçirmemesinin en önemli faktör olduğu ve yan etkilerin % 44,9'unun operasyona alınan hastalarda görüldüğü belirlenmiştir (17). Bu iki çalışmadaki ortak sonuç; ortaya çıkan yan etkilerin hatalı tıbbi uygulama sonucu oluştuğu ve çoğunun önlenabilir olduğu yönündedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde Hekimleri Sigortalama Birliği kayıtlarından, 1985 - 2007 yılları arasında hekimler hakkında hatalı tıbbi uygulama nedeniyle dava açılan ve tazminat ödenerek sonuçlanan dosyalar araştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda; kadın hastalıkları ve doğum uzmanları hakkında en çok dava açılan hekimler olarak tespit edilmiştir. Diğerleri ise uzmanlık alanlarına göre sırası ile; dahiliye uzmanları, aile hekimleri, genel cerrahlar ve ortopedistler olarak sıralanmıştır (18).

İngiltere'de tıbbi uygulama hatalarını araştırmaya yönelik çalışma çok az sayıdadır ve kapanmış dosyalarla ilgili analizler özellikle son yıllarda yapılmaya başlanmıştır. 2004 yılında Ulusal Hasta Güvenlik Acentası'nın (NHS) açıkladığı sonuçlara göre; hastaneye başvuran hastaların % 10'u istenmeyen yan etkilere maruz kalmakta, bu yan etkilerin % 5'i önlenabilir yan etkiler olmakta ve sağlığa ayrılan bütçenin % 5'ini bu önlenabilir zarar giderleri oluşturmaktadır (19).

Sari ve ark.'nın (20) İngiltere'de devlet hastanelerinde yaptıkları bir çalışmada; Ocak - Mayıs 2004 tarihleri arasında hastaneye başvuran hastaların % 8,7'sinde tıbbi uygulamaya bağlı istenmeyen yan etki meydana geldiği ve bunların % 31'inin önlenabilir olduğu tespit edilmiştir. Başvurudan sonraki 6

aylık dönemde % 15 hastada sakatlık ortaya çıkarken, mortalite oranı da % 10 olarak gözlenmiştir.

Danimarka, İsveç ve İrlanda'da sigorta şirketlerindeki kayıtlara göre, hastaneye başvuran hastaların % 0,2'si tıbbi uygulama hatası ile karşılaşmakta ve hastalarda buna bağlı hasar meydana gelmektedir. İsveç'te, uygulama hatası meydana gelme sıklığına göre bölümler; % 27 kadın hastalıkları ve doğum, % 27 ortopedi, % 15 genel cerrahi ve % 3 genel hekimlik olarak tespit edilmiştir (19).

2.1.3.2. Anestezi İle Doğrudan İlişkili Hatalar

Perioperatif ölümlerle ilgili farklı ülkelerde yapılmış pek çok retrospektif çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda perioperatif ve postoperatif dönemlerde ölüm nedenleri ve oranları çok farklı olmakla birlikte, sadece anesteziye bağlı perioperatif ölüm oranı oldukça düşüktür (21, 22, 23, 24, 25).

Cooper ve ark.'nın (26) yapmış oldukları retrospektif çalışmada, önlenabilir anestezi kazalarının % 82'sinin insan hatalarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. En sık karşılaşılan insan hatalarının; ventilasyon/solunum sistemi ile ilgili problemler (% 19,5), ilaç yönetimi (% 19), anestezi makinesinin hatalı kullanımı (% 19), havayolu yönetimi (% 12), IV yolun kullanımı (% 7), monitorizasyon (% 4,5) ve sıvı yönetimi (% 4) ile ilişkili hatalar olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada, anestezi ekipmanının bozuk olmasına bağlı önlenabilir anestezi kaza oranının % 14 olduğu, ekipman hatalarının; monitör, solunum sistemi, hava yolu komponentleri, laringoskop ve anestezi cihazından kaynaklandığı gösterilmiştir.

Tinker ve ark.'nın (27), 1974 - 1988 yılları arasında Amerikan Anestezistler Birliği (American Society of Anesthesiology, ASA) Profesyonel Sorumluluk Sigorta Şirketleri'nde anestezi ile ilişkili uygulama hatalarını inceledikleri retrospektif araştırmada; olguların % 57,1'inde monitorizasyon yetersizliği nedeniyle ölüm meydana geldiği belirlenmiştir. En sık görülen komplikasyonlar; ölüm, sinir ve beyin hasarıdır. Araştırmacılar; puls oksimetre veya kapnograf kullanımıyla, anesteziye bağlı ortaya çıkan tüm komplikasyonların % 93 oranında, ölüm ve beyin hasarının ise % 60 oranında önlenebileceğini ileri sürmüşlerdir.

Arbous ve ark.'nın (22) 1995 - 1997 yılları arasında Hollanda'da 3 şehirdeki toplam 64 hastanede yaptıkları retrospektif araştırmada; perioperatif ve postoperatif 24 saati kapsayan dönemde ölüm oranı 8.8/10.000, anestezi ile ilişkili ölüm oranı ise 1.4/10.000 olarak bulunmuştur. 869.483 hastanın 119'unda ölüm nedeninin anestezi yönetimi ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. 119 hastanın ölüm nedenleri incelendiğinde; 62 hastada (% 52) kardiyovasküler problemler, 57 hastada (% 48) anestezi yönetimi ve bunların içinde 12 hastada (% 10) havayolu yönetimi, 12 hastada (% 10) ise yetersiz monitorizasyonun neden olduğu tespit edilmiştir.

Kawashima ve ark.'nın (24) 1994 - 1998 yılları arasında Japonya'daki Eğitim Hastaneleri'nde yaptıkları retrospektif araştırmada; operasyon odasında veya postoperatif 7 gün içinde meydana gelen ölüm oranı 7.18/10.000, anestezi ile ilişkili ölüm oranı ise 0.21/10.000 olarak bulunmuştur. Operasyon sırasında tamamen anestezi ile ilişkili ortaya çıkan kardiyak arrestlerin % 53,2'sinin,

ölümlerin ise % 22,2'sinin önlenebilir insan hatalarına bağlı olduğu tespit edilmiştir.

Cook ve ark. (28), 1995 - 2007 yılları arasında tıbbi uygulama hataları nedeniyle İngiltere'deki devlet hastanelerinde yaptıkları araştırmada; anestezi ile ilişkili olan dava oranını % 2,5 olarak bulmuşlardır. Bu olguların ayrıntılı incelenmesinde; hataların % 44'ünün rejyonel anestezi, % 29'unun obstetrik anestezi uygulamalarından kaynaklandığı, % 20'sinin anestezi yetersizliği, % 11'inin diş hasarı, % 8'inin havayolu problemleri, % 11'inin ilaçlara, % 4'ünün pozisyona bağlı, % 3'ünün solunumsal, % 2'sinin ise santral veya periferik damar yolu açılmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

2.1.4. Türkiye'de Tıbbi Uygulama Hataları

Ülkemizde hatalı tıbbi uygulamaya bağlı ortaya çıkan zarar, bu zarara sebep olan uygulamalar ile alınacak önlemler konusunda yapılan çalışmalar oldukça azdır (3, 4).

2.1.4.1. Anestezi Dışı Bölümlerle İlgili Hatalar

Her cerrahi girişim için; ameliyat öncesi hazırlık, ameliyat süreci, ameliyat sonrası derlenme ile yoğun bakımda izlem ve tedavi süreçleri, yeterli bilgi ve deneyime sahip hekimler tarafından yönetilmediği takdirde ölüme kadar gidebilen sonuçlar ortaya çıkmaktadır (29).

Tümer'in (30) 1995 - 2000 yılları arasında YSS tarafından değerlendirilen ortopedi ile ilişkili vakaları incelediği araştırmasında; kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının, tıbbi uygulama iddiasıyla en çok şikayet edilen hekim grubu olduğu

(% 34,2), bunu % 25,4 ile genel cerrahi uzmanlarının ve % 16,9 ile de ortopedi uzmanlarının izlediği görülmüştür. Ortopedi ve travmatoloji uzmanlarının yetersiz medikal tedavi nedeni ile suçlanma oranının yüksek olduğu ve tüm olguların sadece % 25'inde kusurlu bulundukları belirlenmiştir.

Özkara ve ark. (31) 1994 - 1998 yılları arasında vertebra cerrahisi geçiren ve malpraktis nedeniyle YSS'de görüşülen olguları araştırmışlardır. Beş olguda nöroşirürji, bir olguda ortopedi, bir olguda pediatri uzmanı tek başına suçlanırken; bir olguda acil servis hekimleri, bir olguda anestezi ve nöroşirürji uzmanları, bir olguda da ortopedi ve nöroşirürji uzmanları birlikte suçlanmıştır.

Türkan ve ark. (32), 2000 - 2004 yılları arasında YSS'de değerlendirilen acil servislerle ilgili tıbbi uygulama hatalarını incelemişlerdir. Çalışmanın sonucunda; acil tedavi hizmetlerini kapsayan ve incelenen 112 olgudan 57'sinde (% 50,9) sağlık personelinin kusurlu olmadığına, 55 (% 49,1) olguda ise, tıbbi uygulama hatası yapıldığına karar verilmiştir. Sağlık personelinin YSS tarafından kusurlu bulunma nedenleri; 26 olguda (% 47,3) hastanın yetersiz değerlendirilmesi ve dikkatsiz muayene edilmesi, 9 olguda (% 16,4) konsültasyon istenen uzmanın hastaneye gelmemesi, 6 olguda (% 11,9) ise hastanın yeterli süre hastanede takip edilmemesi olarak belirlenmiştir.

Özkaya'nın tez çalışmasında (33), 2002 – 2006 tarihleri arasında Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulu tarafından tıbbi uygulama hatası iddiasıyla incelenen dosyalar retrospektif olarak taranmıştır. Çalışmanın sonucuna göre; hatalı tıbbi uygulama yapanların ağırlıklı olarak uzman doktor (% 55,2) olduğu, ekip olarak suçlananların oranının % 14,8 olduğu, bunu % 6,9 ile pratisyen hekimlerin,

% 6,7 oranında hemşirelerin (ebe dâhil) ve % 4,5 oranında öğretim üyelerinin izlediği gösterilmiştir. Olgular tıbbi müdahaleyi yapan kişilerin uzmanlık alanlarına ve görevlerine göre değerlendirildiğinde ise en yüksek oranı kadın doğum uzmanlarının (% 19,04) oluşturduğu ve bunların % 21,8' inin kusurlu bulunduğu gösterilmiştir. İkinci sırada hemşire ve ebelerin (% 11,48) olduğu ve bunların % 36,5 oranında kusurlu bulunduğu, üçüncü sırada ise % 6 oranı ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının yer aldığı ve % 21,6'sının kusurlu bulunduğu tespit edilmiştir. Anestezi uzmanları kusurluluk sıralamasında % 3,47 ile 9. sırada yer almışlar ve % 10 oranında kusurlu bulunmuşlardır.

2.1.4.2. Anestezi İle Doğrudan İlişkili Hatalar

Anestezi uygulaması, doğrudan tedavi edici olmadığı halde hasta ve hekim için tehlikeli ve risk taşıyan bir girişimdir. Cerrahi komplikasyonlarla kıyaslandığında, anesteziye bağlı komplikasyon oranı çok az olmasına rağmen meydana geldiği zaman üzücü sonuçlar ortaya çıkmaktadır (34).

Ayoğlu ve ark.'nın (35) 1990 - 2001 yılları arasında YYSŞ'de görüşülen anestezi kaynaklı malpraktis davalarını inceledikleri araştırmalarında, hata nedenleri arasında birinci sırada (% 40,4) ventilasyon problemlerinin yer aldığı görülmüştür. Bunu sırasıyla; preoperatif muayene ve tetkik eksikliği (% 23,1), takipte yetersizlik ve geç fark etme (% 13,5), ilaç kullanımında hata (% 7,7), koter kullanımında hata (% 5,8), uygunsuz koşullarda anestezi uygulanması (% 3,8), CO₂ ve O₂ tüplerinin karışması ile N₂O tüp başlığında sorun ve elektrokardiyografi (EKG) cihazında bozukluk (% 1,9) izlemiştir.

Ertan'ın tez çalışmasında (36), 1996 - 2005 yıllarında malpraktis iddiasıyla Adli Tıp Kurumu (ATK)'ndan bilirkişilik istenmesi sonucu görüşülen kararlar retrospektif olarak taranmış ve hatalı anestezi uygulama iddiası bulunan olgular değerlendirilmiştir. Anestezinin hatalı uygulandığı iddia edilen cerrahi branşlar arasında; genel cerrahi % 29,4 ile birinci, kulak burun boğaz % 19,5 ile ikinci sırada yer alırken, bunları % 18 ile ortopedi ve travmatoloji ve % 15,4 oranıyla kadın hastalıkları ve doğum bölümünün izlediği tespit edilmiştir. Davaya neden olan ve hatalı olduğu iddia edilen davranış ve girişimlerin büyük çoğunluğu (% 41,6) cerrahi esnasında olurken, % 21,1'i postoperatif dönemde gerçekleşmiştir. Anestezi uygulamalarında en sık görülen istenmeyen sonuç % 86,2 oranında ortaya çıkan ölümdür. En sık görülen hata nedenleri; preoperatif hazırlığın yapılmaması veya eksik yapılması (% 42,5), havayolu güvenliği ile ilgili hatalar (% 20), uygun koşullar sağlanmadan ameliyathane dışında anestezi uygulanması (% 15), anestezi cihazının bağlantı hataları ve ilaç veya serum kullanımında hata (% 7,5), monitörizasyon eksikliği (% 5) ve sistemin işleyişi ile ilgili hatalar (% 2,5) olarak belirlenmiştir.

2.1.5. Anestezide Hatalı Uygulama Nedenleri ve Alınabilecek Önlemler

Tıbbi uygulama hataları tek bir nedene bağlı olabildiği gibi birçok faktörün bir araya gelmesi ile de oluşabilir (8). Edbril ve Lagasse, anestezi uygulamaları sırasında ortaya çıkan hata nedenlerini, insan ve sistem kaynaklı olmak üzere iki gruba ayırmışlardır. İnsan kaynaklı hatalar; ekipman kullanımında hata, mevcut verilere aldırmama, teknik uyum sağlayamama, uygun verileri

araştırmama, bilgi eksikliğinden dolayı verileri uygun olmayan şekilde yorumlama olarak belirlenmiştir. Sistem kaynaklı hatalar ise protokollere ulaşılabilmesine rağmen iletişim hatası, kullanıma hazır halde olmasına rağmen ekipman problemleri, kısıtlı görüntüleme ve monitorizasyon nedeniyle hastalıklara tanı konulmasında yetersizlik, standart bakımların kısıtlı olmasından kaynaklanan tedavide yetersizlik, yeterli personel ve ekipman istemi yapılmaması olarak tanımlanmıştır (37).

Perioperatif dönemde anestezi uygulamasına bağlı istenmeyen sonuçlar ortaya çıkış dönemlerine göre üç grupta sınıflandırılabilir:

1. Preoperatif (anestezi indüksiyonuna kadar olan) dönemdeki hatalı uygulamalar:

- Yetersiz preoperatif hasta muayenesi,
- Uygun olmayan premedikasyon,
- Ameliyathane odasında, gaz boru sistemlerinin çıkış yerlerinde veya anestezi cihazı üzerinde hatalı bağlantı yapılması,
- Ameliyathanede, acil durumlarda kullanılmak üzere bulunması gereken oksijen kaynağının bulunmaması, silindirlerin boş olması ya da oksijen dışı bir gaz içermesi,
- Laringoskopun çalışmaması, yaşa uygun bleydin bulunmaması,
- Acil havayolu güvenliği için gerekli ekipmanın bulunmaması veya çalışmaması,
- Merkezi sistem alarminin düzgün çalışmaması,

- Anestezi uygulaması öncesi rutin yapılması gereken cihaz kontrolünün yapılmaması ve cihazın düzgün çalıştığının teyit edilmemesi.

2. Ameliyat esnasındaki hatalı uygulamalar; anesteziye, cerrahiye ve hastaya ait faktörler olarak sınıflandırılabilir. Bunlar:

a) Anesteziye ait faktörler:

- Hatalı entübasyon yapma ve fark etmeme,
- Entübasyon sırasında trakea ve özefagus yaralanmasına bağlı gelişen komplikasyonlar,
- Endotrakeal tüpün kıvrılmasının fark edilmemesi, tüpün yerinden kayması veya hatalı tespit edilmesi,
- Venöz yol açılırken yanlışlıkla arteriyel kanülasyon yapılması,
- Hatalı anestezi ajan kullanımı,
- Sıvı ve kan ihtiyacının karşılanmaması,
- Solunum devresindeki ayrılımların farkedilmemesi veya cihaz bağlantılarının hatalı yapılması sonucu gaz kaçakları olması,
- Cihaz alarm seviyelerinin hatalı ayarlanması, alarmların yanlışlıkla kapatılması,
- Yetersiz monitorizasyon,
- Aspiratörün çalışmaması veya yeterli güçte çekmemesi,
- Damar yolunun çıkması,
- Hastayla ilgili pozisyon ve manüplasyon hataları (sinir basısı, gözleri korumama, aşırı boyun hareketi, masadan düşürme).

b) Cerrahiye ait faktörler:

- Anesteziyi yanlış veya eksik bilgilendirme,
- Aşırı kanama,
- Yanlış ameliyat,
- Koter yanığı,
- Kemik çimentosu gibi sistemik problem oluşturan malzeme kullanımı,
- Turnike süresinin uzamasına bağlı iskemi meydana gelmesi,
- Hava embolisi.

c) Hastaya ait faktörler:

- Anaflaktik reaksiyon,
- Bronkospazm,
- Ailede veya hastada malign hipertermi hikâyesi,
- Dirençli aritmi, vagotoni, kardiyak problemler,
- Hastanın mevcut ek hastalıkları.

d) Anestezi, cerrahi ve hastaya ait faktörlerin ortak etkisi.

3. Ameliyat sonunda ve derlenme döneminde hatalı uygulamalar:

- Erken ekstübasyon,
- Derlenme sürecinde yetersiz takip,
- Hastanın yeterince derlenmeden odasına gönderilmesi,
- Kanama olması ve zamanında fark edilmemesi (36).

Anesteziye bağlı hata nedenlerinin çoğu önlenabilir niteliktedir (21, 24,

25). Preoperatif dönemde dikkatli, özenli bir hazırlık ve uygun anestezi idamesi ile anestezi kazaları en aza indirgenebilmektedir. Preoperatif değerlendirmede;

öykü alınması, fizik muayene, gerekli laboratuvar tetkiklerinin istenmesi ve değerlendirilmesi, ASA riskinin belirlenmesi önemli noktalardır. Yine gerekli ise ileri tetkik ve ilgili bölümlerden konsültasyon istenir (38). Öykü alma ve fizik değerlendirme ile kardiyak, pulmoner ve enfeksiyöz komplikasyonlar için risk faktörleri belirlenmekte ayrıca preoperatif değerlendirme ile hastanın fonksiyonel kapasitesi tespit edilmektedir (39).

Amerikan Anestezistler Birliği tarafından hastanın genel sağlık durumunu belirlemek için oluşturulan sınıflandırmanın perioperatif mortalitenin belirlenmesinde birçok metoddan daha hassas olduğu düşünülmektedir (40). ASA sınıflaması ile mortalite oranları arasındaki ilişki Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. ASA preoperatif fiziki durum sınıflaması ve olası mortalite oranları (40)

Sınıf	Tanım	Mortalite
1	Normal, sağlıklı bir hasta	% 0 - 0,3
2	Fonksiyon kısıtlaması olmayan, hafif sistemik hastalığı olan hasta	% 0,3 - 1,4
3	Bir miktar fonksiyon kısıtlaması olan, orta şiddette veya ağır sistemik hastalığı olan hasta	% 1,8 - 5,4
4	Fonksiyonel kapasitesi yok olmuş, hayati tehlikesi olan şiddetli sistemik hastalığı bulunan hasta	% 7,8 - 25,9
5	Ameliyat olsa da olmasa da 24 saat içinde ölmesi olası hasta	% 9,4 - 57,8
6	Organ donörü olabilecek beyin ölümlü hasta	% 100
E	Acil olgulara E harfi eklenir (Örn.2E)	

Günümüzde hâlâ gaz sistemlerinden kaynaklanan anestezi kazaları yaşanmaktadır (24, 26, 35). Bu nedenle, anestezi uzmanlarının ameliyathanedeki teknik donanım hakkında bilgi sahibi ve ortaya çıkabilecek potansiyel tehlikelere

karşı uyanık olması gerekmektedir. Hastanın ameliyat odasına girmesinden operasyon bitimine kadar olan dönemde; intravenöz yolda aksaklık, laringoskop arızası, solunum sisteminde ayrılmalar, gaz akımının devamlılığını sağlayan sistemlerle ilgili hatalar, gaz basınç problemleri gibi çeşitli sorunlarla karşılaşlabilmektedir (26).

Anestezi cihazının kontrolü önemli bir diğer konudur. Her ameliyat öncesi ve vakalar arasında anestezi cihaz kontrolü yapılmalıdır (41). Anestezi cihazının hatalı kullanımı ve makinenin fonksiyonunun kontrol edilmemesi sık görülen anestezi kaza nedenlerindendir (38, 42). Bu tür kazaların en aza indirilmesi amacıyla ASA ve Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi tarafından anestezi cihazı ve solunum sistemleri kontrol prosedürü geliştirilmiştir. Anestezi uzmanı her operasyon öncesi ameliyathaneyi, hastanın damar yolunu, verilecek ilaçları, aspiratörün yeterli güçte çalışıp çalışmadığını, tüm araç ve gereçleri kontrol etmeli, acil durumda kullanılacak ilaç ve ekipman daima hazır ve el altında bulundurulmalıdır (41).

Günümüzde anestezi, ameliyathane dışında tanısal ve girişimsel yaklaşımlar için de sıklıkla uygulanmaktadır (43, 44). Ameliyathane dışı uygulamalarda; anestezi ve resüsitasyon ekipmanının eksik olması, eski cihazların kullanılması, gaz kaynağının yetersiz olabilmesi, yardımcı personel yetersizliği, işlem yapılan mekanların dar olması, hastayı görüş ve ulaşım yetersizliği, anestezi uzmanının komplike hastalar dışında çağrılmaması, derlenme dönemi için uygun mekan olmaması nedeniyle hatalar ortaya çıkmakta ve sonuçta anestezi hekimi suçlu bulunmaktadır (44, 45, 46).

Özellikle 1980’li yıllardan itibaren hasta güvenliğini artırmak için anesteziye hızlı gelişmeler yaşanmış ve yaygın olarak sofistike monitorizasyon teknikleri kullanılmaya başlanmıştır (27). ASA tarafından 1986 yılında hazırlanan Temel Anestezik Monitorizasyon İçin Standart’lar son olarak 2005’te modifiye edilmiştir. ASA’nın belirlediği bu standartlar tüm anestezi alan hastalara uygulanmaktadır ve acil durumlarda da uygun yaşam destek önlemlerinin önüne geçmiştir. Buna göre, tüm anestezi alan hastalarda anestezi süresince oksijenizasyon, ventilasyon, sirkülasyon ve ısı takibi yapılmalıdır. Oksijenizasyon takibi için; anestezi makinesinde bir oksijen analizatörü ile hastaya giden oksijen konsantrasyonu takibi yapılmalı, ayrıca makinede düşük oksijen konsantrasyonu için alarm limiti ayarlanmalıdır. Yine oksijenizasyon takibi için kandaki oksijen değerini gösteren puls oksimetre kullanılmalıdır. Ventilasyon takibi için, end tidal karbondioksidi gösteren kapnograf; sirkülasyon takibi için, elektrokardiyogram, kalp hızı, arteriyel kan basıncı takibi (gerekli ise invaziv) ve tüm hastalarda vücut ısı takibi yapılmalıdır (47).

Anestezi hekimi; her operasyon öncesi hastadan bilgilendirilmiş onam almalı, ameliyat öncesinde cihaz ve teknik ekipman kontrolünü yapmalı, hastanın postoperatif bakım ve takibini ihmal etmemelidir (9).

2.2. Hekimin Yasal Sorumlulukları

Hasta ve hasta yakınlarının, hekimlerin tıbbi uygulamadaki kusurlar nedeniyle son zamanlarda daha da artan oranda yargıya başvurdıkları bir gerçektir. Bu nedenle; gerek hasta hak ve yükümlülüklerinin gerekse de hekim

hak ve yükümlölüklerinin bilinmesi, hekimlerin mesleklerini uygularken daha dikkatli ve bilinçli davranmaları konusunda yol gösterici olacaktır.

Hukuki sorunların büyük bir kısmı, tedavi öncesinde, tedavi sırasında ve/veya tedavi sonrasında hastada meydana gelen, öngöröllebilen ya da öngöröllemeyen zararlardan kaynaklanmaktadır. Bu noktada, hekimin teşhisi doğru koyması, doğru tedaviyi uygulaması; bu tedaviyi uygularken de hastada meydana gelebilecek komplikasyonları öngörölüp, hekimin yükümlölüklerinden olan aydınlatma zorunluluğunu yerine getirmesi, yani hastanın tedavi ile birlikte kendinde oluşabilecek zararlar hakkında geniş bilgi sahibi olması ve oluşabilecek bu zararlara rıza göstermesi önem kazanmaktadır.

Hekim ile hasta arasındaki ilişki, rızaya dayanan bir sözleşme ilişkisidir. Bu sözleşmeyle ilgili özel hukuk kuralları yoktur. En uygun sözleşme şeklinin vekâlet sözleşmesi olduğu kabul edilmektedir. Borçlar Kanunu'nun 386 - 390. maddelerinde, hastanın hekime başvurusu ile birlikte aralarında doğal bir "Vekâlet Sözleşmesi" başladığı kabul edilir. Buna göre hekim (vekil), gerekli dikkat ve özeni gösterdiği takdirde kötü sonuçtan sorumlu tutulmamalı, tedavi hastanın (müvekkilin) menfaat ve iradesine uygun olarak yürütölmelidir (48). Bu sözleşmeye göre hekim, hastayı sağlığına kavuşturmak için, asli borcu olan iş görme borcunu (tedavi, girişim, ameliyat vb.) tıp biliminin evrensel ve güncel ilkeleri/kurallarına uygun olarak yapmayı kabul ve taahhüt eder. Bu sözleşme ile hekim hastasına, gereken tedaviyi yapma sözü vermiş olmasına karşın, hastayı tamamen iyileştirme, kesin sonuç alma sözü vermiş sayılmaz (29).

Hekimin tedavi (hekimlik) sözleşmesini ihlalden dolayı sorumluluğu için;

- Tedavi sözleşmesinin kurulmuş olması,
- Tedavi sözleşmesinden doğan bir yükümlülük ihlali,
- Hastada zarar meydana gelmiş olması,
- Zarar ile kusurlu sayılan eylem arasında uygun neden sonuç ilişkisi (illiyet bağı) olması gerekir (5, 30).

Türkiye'de hasta-hekim ilişkilerini düzenleyen ilk yazılı metin, Türk Tabipler Birliği (TTB) tarafından 1960'da hazırlanan “Tıbbi Deontoloji Tüzüğü”(TDT)'dür. Bu nizamname “Hekimlik ve Meslek Etiği Kuralları” (HMEK) adı altında yeniden düzenlenerek Türk Tabipler Birliği'nin Ekim 1998'de Ankara'da yaptığı 47. Büyük Kongresi'nde kabul edilmiştir. Yine Sağlık Bakanlığı'nca hazırlanan “Hasta Hakları Yönetmeliği” (HHY) 01 Ağustos 1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir.

Ülkemizde, hekimlerin yasal sorumluluklarını belirleyen özel kanunlar yoktur. Yürürlükte olan çeşitli yasa ve yönetmelikler ile hekimlerin ve dolayısıyla anestezi uzmanlarının mesleki uygulamalarındaki yasal sorumlulukları tanımlanmıştır. Bunlar;

- 11.4.1928 tarih; 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (TŞSTİK),
- 24.4.1930 tarih; 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu (UHK),
- Özel Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği Bakanlar Kurulu Kararı: Tarih: 10.09.1982 No: 8/5819 Resmi Gazete: Tarih: 13.01.1983, Sayı: 17927

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde (YTKİY) Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik Resmi Gazete: Tarih 05.05.2005 Sayı: 25806,

- 23.1.1953 tarih; 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu,
- 13.1.1960 tarih; 4/12578 sayılı Tıbbi Deontoloji Tüzüğü. Resmi Gazete: 19.2.1960,
- 12.01.1961 tarih; 224 sayılı Sosyalleştirme Kanunu,
- 01.02.1999 tarihli TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları,
- 28.4.2004 tarih, 25446 sayılı TTB Disiplin Yönetmeliği,
- 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu,
- Özel Hastaneler Yönetmeliği Resmi Gazete: 27.3.2002- 24708,
- Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği. (Bu Yönetmelik, 1 Haziran 2000 tarih ve 24066 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmış; 07.03.2005 tarih ve 25748 sayılı Resmi Gazete’de ve 24.10.2007 tarih ve 26680 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan şekliyle değiştirilmiştir.),
- Türk Ceza Kanunu (TCK), Medeni Kanun, Borçlar Kanunu ve Ceza Muhakemesi Usul Kanunu’dur (CMUK) (29).

2.2.1. Hekimin Yükümlülükleri

Hekimin temel görevi, mesleğini etik ve hukuksal kurallara uygun olarak yerine getirmektir. Diğer mesleklerde olduğu gibi, hekimlik mesleği de hukuksal normların kapsama alanı içindedir.

Hekimin en önemli yükümlülüğü, özen yükümlülüğüdür. Bu durum, Yargıtay Hukuk Genel Kurulu kararlarında da belirtilmiştir. Buna göre; “*vekil*,

vekâlet görevini yerine getirirken, yöneldiği sonucun elde edilmemesinden sorumlu değilse de, bu sonuca ulaşmak için gösterdiği çabadaki özen eksikliğinden dolayı sorumluluk altındadır. Eğer, bu özen eksikliği nedeniyle müvekkil bir zarara uğramış ise, vekilin tazminat sorumluluğu gündeme gelecektir” denilmektedir (49).

2.2.1.1. Kişisel edim kavramı ve muayene yükümlülüğü

Tıbbi Deontoloji Tüzüğü’nün 16. maddesinde; “*Tabip ve dış tabibi bir kimsenin sıhhi durumu hakkında, ilmi metodları tatbik suretiyle bizzat yaptığı muayene neticesinde edindiği vicdani ve fenni kanaata ve şahsi müşahadesine göre rapor verir”* denmektedir (50). HMEK 23. maddesinde de muayenesiz tedavi yasağı belirtilmiştir (51). Hekimlik sözleşmesi gereği, hekim teşhis ve tedaviyi bizzat yapmak zorundadır. Yani bu kavram hekimin, hekimliğin gerektirdiği tedbirlerin alınmasının üçüncü bir kişiye bırakılmasını kural olarak yasaklamaktadır (52).

2.2.1.2. Öykü alma yükümlülüğü

Hastanın öyküsünün alınması, doğru teşhis ve tedavi için ilk ve en önemli şarttır. Acil hastalarda hastadan öykü almak mümkün olmayabilir, bu durumda hasta yakınından öykü alınmaya çalışılmalıdır.

2.2.1.3. Teşhis Yükümlülüğü

Hekimlik sözleşmesi gereği, hekim teşhis koymakla yükümlüdür. Çünkü doğru ve uygun tedavi yöntemini seçmek için doğru teşhis koymak şarttır. Birçok teşhis imkânı bulunan durumlarda hekim, hasta için en iyi sonucu ve aynı

zamanda hastaya en az zarar verecek yöntemi seçmek zorundadır. Ayrıca hastaya veya yakınlarına teşhisle ilgili bilgileri aktarma zorunluluğu vardır (52).

2.2.1.4. Tedavi Yükümlülüğü

Hekim bir tedaviyi üstlenip üstlenmemeye serbestçe karar verebilir. Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 18. maddesi gereği hekim, acil durumlar dışında tedaviyi üstlenmeyi reddedebilir veya 19. madde gereği şahsi nedenlerle tedaviyi bitirmeden hastayı bırakabilir. Ancak hastanın tedavisini üstlendikten sonra tedaviyi sürdürmekle yükümlüdür, geçerli bir neden olmadığı sürece tek taraflı olarak sona erdiremez (50). Genel ahlak kurallarına uymayan bir şekilde hastasını terk eden hekim, ağır hukuki ve cezai sonuçlarla karşı karşıya kalacaktır. Aynı durum HMEK 25. maddesinde ve Borçlar Kanunu 396. maddesinde de belirtilmiştir (48, 51).

Hasta Hakları Yönetmeliği 22 ve 25. maddeleri ise, istisnai haller dışında hastaya tedaviyi reddetme hakkını tanımaktadır (53).

2.2.1.5. Reçete Yazma Yükümlülüğü

Reçete düzenlemek hekimlik sözleşmesinden kaynaklanan bir yükümlülüktür. Hekim hatalı, yanlış veya eksik reçete düzenlediği; kontrendikasyonlara veya doz aşımına dikkat etmediği takdirde, taksirle hareket etmiş olacaktır (52). Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 16. maddesine göre; hekim, yaptığı muayene sonucu raporu/reçeteyi bizzat düzenlemek zorundadır. Ayrıca reçetede belirtilmesi gereken bilgiler TDT 9. maddede belirtilmiştir. Buna göre, *“Tabip ve diğ tabibi, gazete ve sair neşir vasıtaları ile yapacağı ilanlarda ve reçete kâğıtlarında, ancak ad ve soyadı ile adresini, Tababet İhtisas Nizamnamesine*

göre kabul edilmiş olan ihtisas şubesini, akademik ünvanını ve muayene gün ve saatlerini yazabilir” denilmektedir (50).

2.2.1.6. Tıbbi Teknik Kullanma Yükümlülüğü

Hekim elindeki mevcut en gelişmiş cihazlarla hastanın tedavisini yapmak zorundadır. TDT 20. maddesine göre, *“hastaya lüzumsuz ve füzuli masraflar yaptırmayacağı gibi faydası olmayacağını ve hastanın mali kudretinin kâfi gelmeyeceğini bildiği bir tedaviyi tavsiye edemez”* denmektedir (50).

2.2.1.7. Kayıt Tutma Yükümlülüğü

Hatalı tıbbi uygulama iddiasıyla herhangi bir değerlendirme yapılırken, sağlık personeli tarafından düzenlenen ve saklanan belgeler esas alınır. Hekim ile hasta arasındaki sözleşme gereği, hekimin kayıt tutma zorunluluğu vardır. Kayıtların düzenli tutulmaması veya saklanmaması hukuksal yönden sorumluluk anlamına gelmektedir (8).

Mevzuatımızda kayıt tutma yükümlülüğü ile ilgili pek çok hüküm bulunmaktadır. 1219 sayılı TŞSTİDK’nun 72. maddesi’ne göre; tabipler, dış tabipleri, dişçiler ve ebeler hastaların isim ve hüviyetlerini kaydetmek için bir protokol defteri tutmağa mecburdurlar (54). Aynı durum Özel Hastaneler Yönetmeliği’nin 48. maddesinde de belirtilmiştir (55).

Tıbbi kayıtlar, gerekli olduğu durumlarda mahkemelerce kanıt olarak kullanılabildiğinden dolayı son derece önemli belgelerdir. Bu nedenle ayrıntılı ve düzenli tutulmalarında yarar vardır. Kayıtların okunaklı bir şekilde yazılması, saatin not edilmesi, kâğıt üzerinde düzeltme yapılacaksa yanlış olan bilginin üstü çizilerek doğru bilginin üste yazılması ve yanına düzeltmenin yapıldığı tarih ve

saatin not edilerek imzalanması gerekmektedir. Hastanın tanı veya tedavi amaçlı başvurusunda hatta danışma amaçlı başvurular da bile kayıt tutulmalıdır (33).

2.2.1.8. Sır Saklama Yükümlülüğü

Sır saklamak, etik yönünden gerekli hekim davranışlarından biri olduğu gibi yasalar tarafından da zorunlu bir eylemdir. TCK'ya göre hastaya ait sırrın saklanmaması cezai yaptırım getirir. TCK 198. maddede “*Bir kimse resmi mevkii veya meslek san'atı icabı olarak ifşasında zarar verme olasılığı olan bir sırra sahip olup da meşru bir sebebe dayanmaksızın o sırrı açıklarsa üç aya kadar hapis ve ağır para cezasına mahkûm olur*” demektedir (56). Aynı şekilde TDT 4. maddesinde, HHY 21. maddede ve HMEK 31. maddesinde hekimin hastaya ait sırları saklama yükümlülüğünden bahsedilmektedir (50, 51, 53).

2.2.2. Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluğu

Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğu için üç temel şartın gerçekleşmiş olması gerekir. Bunlar; tıbbi müdahalenin sağlık personeli tarafından yapılması, hastanın aydınlatılmış rızası ve tıp biliminin verilerine göre gerekli ve uygun tıbbi müdahalede bulunmaktır (52).

Tedavi hastaya ait bir haktır. Bu hak, Anayasanın 17. maddesinde “herkesin yaşama ve manevi varlığını geliştirme hakkına sahip olduğu” şeklinde belirtilmiştir.

Hekime anamnez veren bir hastanın muayene için de onam verdiği kabul edilir. Ancak yapılacak tıbbi girişimler için ayrıca hastadan aydınlatılmış onam alınması zorunludur (5, 8, 52). Bu zorunluluk en başta TCK'da belirtilmiştir. TCK

md. 26/2’de; “*kişinin üzerinde mutlak surette tasarruf edebileceği bir hakkına ilişkin olmak üzere, açıkladığı rızası çerçevesinde işlenen fiilden dolayı kimseye ceza verilmez*” denilmektedir (56).

Bilgilendirilmiş ya da aydınlatılmış onam; riskleri, yararları, alternatifleriyle ve onların da risk ve yararlarını kapsayan tedavi uygulamasının, hekim tarafından yeterli düzeyde ve uygun şekilde açıklanmasından ve hasta tarafından hiçbir tereddüde yer kalmayacak şekilde anlaşılmasından sonra, tıbbi tedavinin, uygulamanın hasta tarafından “gönüllülükle kabulü” olarak tanımlanır (57).

Aydınlatma zorunluluğunun olmadığı durumlar; hastanın istememesi, yapılan işlemde tehlike olasılığının az olması (örn, kan alma), hastanın konuyla ilgili bilgisinin bulunması, hastanın ruh ve beden sağlığının olumsuz bir şekilde etkileneceği durumlar ve acil durumlardır (58).

Aydınlatılmış onam hakkındaki hatalı bir uygulama, standart form kullanılmasıdır. Uluslararası hukuk ve meslek etiği açısından geçerli bir aydınlatılmış onam olabilmesi için, hasta ile tedavi edecek hekimin yüz yüze gelerek hastanın aydınlatılması ve yazılı onamının alınması temel şarttır (58).

Hekimin aydınlatma yükümlülüğü ile ilgili olarak ülkemizdeki temel düzenlemeler;

- Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’un 70. maddesinde; “*Tabipler, dış tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde (kısıtlı) ise veli veya vasisinin evveleminde (ilk önce) muvafakatini alırlar. Büyük ameliyei cerrahiyeler için bu*

muvafakatin tahriri (yazılı) olması lazımdır. (Veli veya vasisi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde ameliye yapılacak şahıs ifadeye muktedir olmadığı takdirde muvafakat şart değildir” (54),

- Türk Ceza Kanunu’nun 90. maddesinde; “insan üzerinde deney” başlığı altında insanlar üzerinde bilimsel bir deney yapmak yasaklanmış, hasta rıza göstermiş olsa da deney yapmak hukuka aykırı bulunmuştur (56),

- Hekimlik Meslek Etiği Kuralları 26. maddesinde; “*Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konusunda aydınlatır*” (51),

- Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 24. maddesinde; “*Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur (kısıtlı) ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz*” şeklinde belirtilmektedir (53).

2.2.3. Tıbbi Müdahaleden Doğan Yasal Sorumluluklar

Sağlık çalışanlarının mesleki uygulamaları ile ilgili sorumlulukları dört ayrı başlık altında incelenebilir;

2.2.3.1. İdari Sorumluluk

Kamu veya özel kurumlarda, kurum içinde yapılan soruşturmadır. Özellikle kamu personelinin, sağlık hizmetlerini gerektiği gibi yerine getirme sorumluluğu idari sorumluluktur (59). Kamu personelinin hatalı davranışı durumunda 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun disiplin yönetmeliğine göre işlem yapılır ve sonucunda uygulanan cezalar; uyarı, maaş kesme, kademe ilerlemesinin durdurulması ve kurumdan ihraç gibi cezalardır (35).

2.2.3.2. Mesleki Sorumluluk

Hekimlerin, mesleklerinin gerektirdiği ve hem toplumsal hem de etik kuralları çerçevesinde uyulması gereken kanun ve tüzüklere uyma zorunluluğu mesleki sorumluluktur (59). Kamu kurumlarında çalışan hekimlerin mesleki ve etik davranışlarından dolayı ortaya çıkan sorunlarda TTB Disiplin Yönetmeliği önem taşır. Bu yönetmelik, disiplin cezalarına yönelik olarak ve TTB kanununa dayanılarak 2004 yılında çıkarılmıştır. Hekimlerin mesleki uygulamaları sırasında ortaya çıkan hatalı tıbbi uygulamalarında, Tabip Odası “Yönetim Kurulu” ile birlikte “Onur Kurulu” görev yapmaktadır. Bu kurullar karar verirken TTB Disiplin Yönetmeliği ve TDT başta olmak üzere ilgili yasa ve yönetmelikleri dikkate almaktadır.

Hekimlerin disiplin suçu olarak kabul edilen kusurlu eylemleri;

- Deontolojiye aykırı davranmak,
- Yasa ve tüzüklere uymamak,
- Haksız çıkar,
- Hasta haklarını ihlal etmek şeklinde tanımlanmıştır (1).

2.2.3.3. Hukuki (Tazminat) Sorumluluk

Hukuki sorumluluk, hekimin hukuka aykırı bir davranış sonucu hastaya verdiği zararı tazmin etme yükümlülüğüdür (59). Hukuk davaları ceza davalarının sonucuna bağlı değildir (52). Hekimler mesleki uygulamaları sırasında bir hata yaptıkları zaman ceza dışında özel hukuk yönünden de sorumlu olurlar.

Hekimin tanı ve tedavi sırasında yaptığı hatalar hukuki sorumluluk içinde yer alır. Bir hastayı tedavi etme sorumluluğunu yüklenen hekim, hastaya doğru tanı koymakla yükümlüdür. Tanı hatalarından sorumlu olmasa da doğru tanıya ulaşmak için kullandığı yöntem ve araştırmasındaki özensizlik ağır kusur olarak değerlendirilir. TDT 6. maddeye göre hekim, tanı ve tedavide kullanacağı metodları seçmekte serbesttir fakat sonucunda hastada zarar ortaya çıktığı zaman hukuki yönden sorumludur (7).

Hukuki sorumluluktan bahsedebilmek için zarar oluşması gereklidir. Zarar, hukuken korunan maddi ve manevi değerlerin bir el atma veya kazadan önceki ve sonraki durumları arasındaki eksilme halidir. Zarar, insan yaşam ve sağlığında (maddi) olabildiği gibi ruhsal bütünlüğünde (manevi) oluşan istenmeyen değişiklikler olarak da ortaya çıkabilir (5).

Hekimin hatalı uygulaması nedeniyle ortaya çıkan zarardan sorumlu tutulabilmesi için, yaptığı girişim ile oluşan zarar arasında neden-sonuç ilişkisi bulunmalıdır. Bu duruma illiyet (nedensellik) bağı denilmektedir (52). Bu zararı ve aradaki illiyet bağıını ispat etmek, Borçlar Kanunu 42. maddeye göre hastaya veya yakınlarına aittir. Zarar meydana gelmiş ise yine Borçlar Kanunu 41. maddeye göre hekimin maddi ve manevi tazminat ödemesi söz konusudur (48).

Ülkemizde sağlık sistemindeki sorunların artması ile tıbbi malpraktis iddiası ile açılan ceza ve hukuk dava sayısı ve sonucunda hekimlerin ödemek zorunda kaldıkları tazminat miktarları giderek artmaktadır. Bu durum, özellikle hekimler ve diğer sağlık personeli üzerinde mesleğini uygularken bir tedirginlik yaratmakta ve çekinik (defansif) hekimlik anlayışının yaygınlaşmasına neden olmaktadır (60). Meydana gelebilecek hekim hataları sonucu talep edilecek tazminatları karşılayabilmek maksadıyla, hekim mesleki sorumluluk sigortası günümüzde bir zorunluluk haline gelmiştir.

Türkiye’de Zorunlu Mesleki Mali Sorumluluk Sigortası

21.01.2010 tarihinde yürürlüğe giren Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunu’nun 8. maddesinde “*Kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, dış tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbi kötü uygulama nedeniyle kendilerinden talep edilebilecek zararlar ile kurumlarınca kendilerine yapılacak rüculara karşı sigorta yaptırmak zorundadır.*” hükmü getirilmiştir. Bu kapsamda; kamu kurumlarında, özel hastanelerde ve serbest olarak çalışan tüm hekimlerin, zorunlu mesleki malî sorumluluk sigortası yaptırmaları gerekmektedir (61).

21 Temmuz 2010 tarih ve 27648 sayılı “Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ” de ise, zorunlu mesleki mali sigortanın kapsamına açıklık getirilmiştir. Buna göre; klinik dallar, risk açısından 4 gruba ayrılmıştır. En az

riskli olan bölümler Grup I'de, en çok risk içeren bölümler Grup IV'de yer almıştır ve risk oranına göre hekimin sigorta yaptırmak için ödeyeceği prim tutarları belirlenmiştir. Anestezi klinik dalı, Grup IV'de yer almaktadır ve anestezi asistan ve uzmanları en yüksek prim tutarından sigorta yaptırmak durumundadır. Bu tebliğe göre, zorunlu sigorta aşağıda belirtilen dört hal dışında mesleki faaliyetle ilgili bütün riskleri teminat kapsamına almaktadır:

- Sigortalının, poliçede belirlenmiş ve sınırları hukuk kuralları veya etik kurallar ile tespit edilen mesleki faaliyeti dışındaki faaliyetlerinden kaynaklanan tazminat talepleri,

- Mesleki faaliyetin ifası sırasında sigortalı tarafından kasten sebep olunan her tür olay ile davranışları,

- Sigortalı veya çalıştırdığı kişilerin, poliçede belirtilen mesleki faaliyeti ifa ederken alkol, uyuşturucu ya da narkotik maddelerin tesiri altında bulunması sonucunda meydana gelen olaylar,

- İdarî ve adlî para cezaları dahil her tür ceza ve cezai şartlar (62).

Sigorta sisteminin yaygınlaşması ile hekimlerin mesleki faaliyetleri sırasında hastalarına verebilecekleri zararların yaratacağı ekonomik problemler koruma altına alınacaktır. Sigorta şirketleri, sözleşmedeki şartlara uygun olmak kaydıyla, sigortalının (hekimin) mesleğini uygularken neden olduğu zarar dolayısıyla ödemek zorunda kalacağı tazminatı, poliçede yazılı limitler dâhilinde temin edeceklerdir. Mesleki sorumluluk sigortası ile maddi tazminat talepleri yanında manevi tazminat talepleri de karşılanmaktadır (62).

Bu sigorta sayesinde hekim, mesleğini uygularken hastaya bir zarar vereceği kaygısından sıyrılarak hastanın sağlığına kavuşabilmesi için gerekli tüm müdahalelerde bulunma cesaretini gösterebilecektir. Aksi takdirde, müdahalesinin başarısızlıkla sonuçlanması halinde sorumlu tutulacağı ve ekonomik yönden zarara uğrayacağı endişesi olan hekim, çekingen bir tutum içerisinde olacak ve mesleğinin gereklerini rahatlıkla yerine getiremeyecektir (63).

Avrupa Birliği Ülkeleri ve Diğer Gelişmiş Ülkelerde Sigorta Sistemi

Amerikan Tıp Birliği'nin açıklamalarına göre, ABD'de tıbbi uygulama hata sigortaları 20 eyalette kriz noktasına ulaşmıştır. ABD'deki sigorta sistemine göre şirketler, doktorların yanı sıra hastaneleri, bakımevlerini ve ilaç şirketlerini de sigortalamaktadır (12).

İngiltere'de, 2000 yılından itibaren tıbbi malpraktis sonucu tazminatı gerektiren bir zarar olduğunda çalışanların tüm sorumluluğunu Ulusal Sağlık Sistemi (National Health System, NHS) üstlenmiştir ve çalışanından bu parayı tahsil etmemektedir (19).

İsveç'te 1975 yılında kurulan “Hasta Tazminat Sigortası” sistemi ile tıbbi hatalar nedeniyle kişisel sorumluluk büyük ölçüde ortadan kalkmıştır. 1995'ten beri ise devletin yerini tamamen sigorta birlikleri almıştır ve tıbbi hata sonucu ödenen tazminatları sigorta şirketleri karşılamaktadır (64). Sağlık personelinin sigortasını çalıştığı sağlık kuruluşu yaptırmakta ve gerekli bedeli sağlık kuruluşu ödemektedir (12).

Danimarka, Finlandiya ve İsveç'te uygulanan sigorta sistemleri birbirine benzerdir. Finlandiya'da sağlık çalışanlarının sigortasını sağlık kuruluşu yaptırmakta ve primi de sağlık kuruluşu ödemektedir (19). Finlandiya'da malpraktisle ilgili soruşturmalardan Sağlık Bakanlığı'na bağlı 'Hasta Mağduriyet Kurulu' tarafından denetlenen "Finlandiya Hasta Sigorta Merkezi" (The Finnish Patient Insurance Centre) sorumludur. Hatalı tıbbi uygulama sonucunda ortaya çıkan enfeksiyon gibi tedavi edilebilecek durumlar mağduriyet olarak kabul edilmemekte ve herhangi bir tazminat ödenmemektedir. Herhangi bir tıbbi hata meydana geldiğinde, olayla ilişkili olan sağlık personelinin hatasını fark etmesi durumunda personel suçlanmamakta ve hakkında dava açılmamaktadır. Personelin hatasını fark etmesi sonucu oluşan bu "suçlu olmama sistemi" (no-guilt system) Finlandiya'da oldukça iyi işlemektedir (18, 64).

Danimarka'da, 2004 yılından beri "Danimarka Hasta Sigorta Birliği" tarafından malpraktisi telafi etmeye yönelik yaygın sigorta sistemi mevcuttur (19). Fakat malpraktis sonucu verilen cezalar ağır olmaktadır. Ulusal Sağlık Kurulu (The National Board of Health) hekimin hatalı tıbbi uygulaması sonucu hastaya ciddi zarar vermesi durumunda hekimlik ruhsatını tekrar vermemek üzere iptal edebilmektedir (65).

Fransa'da hastalar malpraktis iddialarını ya da şikâyetlerini hükümet tarafından atanan bölgesel komitelere iletmektedir. Komite hatalı tıbbi uygulama olup olmadığını, varsa ne kadar hatalı uygulama olduğunu belirleyerek tazminat miktarını tespit etmektedir. Fransa'da hekimlerin mesleki sorumluluk sigortası primleri çalıştıkları kurum tarafından ödenmektedir ve 2002'den beri tüm hekim

ve hastaneler sigorta altına alınmıştır. Hekimin bölgesel komiteye, hatalı tıbbi uygulamanın kendi kusuru sonucu ortaya çıkmadığını ispat etme yükümlülüğü vardır (65). Yani Fransa'daki sistemin temeli, ceza vermekten çok kusurun nedenlerini araştırmak ve mağdurların zararını tazmin etmek yönündedir (64).

Japonya'da tıbbi uygulama hataları nedeniyle açılan dava sayısında ciddi artış söz konusudur. Japonya'da doktorların profesyonel sorumluluk sigortası yaptırma zorunluluğu yoktur. Hastanelerin yol açtığı zararlara karşı açılan davalarda kurumsal sigortalar devreye girer, hastane çalışanları ve doktorlar kurumsal sigorta kapsamındadırlar (12).

Lüksemburg, Fransa, Hollanda, Danimarka, Finlandiya, İsveç ve İrlanda'da özel hastanede çalışan hekimler, hastane tarafından özel sigorta ile sigortalanmaktadır (19).

2.2.3.4. Cezai Sorumluluk

Cezai sorumluluk, hekimin ceza kanununda tarif edilen ve hukuka aykırı bir fiili söz konusu olduğunda gündeme gelmektedir (59). Hekimlerin mesleklerini uygularken meydana gelen ölüm veya yaralanma durumlarında, hekimlere özel bir kanuni düzenleme bulunmamakta ve TCK'nın ilgili maddelerince yargılanmaktadırlar.

Bir insanın vücut bütünlüğü, bedeni, hayatı ve sağlığı üzerindeki hakları kişilik haklarıdır ve Medeni Kanun'un 23. maddesine göre “*Kimse hak ve fiil ehliyetlerinden kısmen de olsa vazgeçemez*” denilmektedir. Yani kişilik hakkı kanunlarla koruma altına alınmıştır (5). Fakat hekim hastanın onamını alarak genel tıp ilke ve kurallarına uygun tıbbi uygulama yaptığı durumda sonuçta

hastanın sağlığı ve beden bütünlüğü bozulsa bile bu durum hukuka aykırı sayılmaz (7).

Yeni TCK 12 Ekim 2004 tarihinde resmi gazetede yayınlanmış ve 01 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe girmiştir. 5237 sayılı yeni TCK'nın 1. maddesinde “*Ceza Kanununun amacı; kişi hak ve özgürlüklerini, kamu düzen ve güvenliğini, hukuk devletini, kamu sağlığını ve çevreyi, toplum barışını korumak, suç işlenmesini önlemektir*” denmektedir (56). Yani yeni TCK'da kişinin hak ve özgürlüklerini kısıtlayan durumlarla ilgili kanun maddelerinde ceza miktarları belirgin derecede artırılmıştır. Ayrıca yeni TCK'ya, kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi (TCK md. 83) ve bilinçli taksir (TCK md. 22) gibi yeni kavramlar da eklenmiştir.

Yeni TCK'da dört tür kusurluluk hali tarif edilmiştir;

- 1- Kast
- 2- Olası kast
- 3- Taksir
- 4- Bilinçli Taksir (66).

Kast ve Olası Kast

Kasıtlı suçlarda kişi eyleminden doğacak sonucu öngörerek, tahmin ederek ve bu sonucu isteyerek suçu işler (5).

Yeni TCK'nın 21. maddesinde kast ile olası kast arasındaki farka değinilmiştir ve “*Suçun oluşması kastın varlığına bağlıdır. Kast, suçun kanuni tanımındaki unsurların bilerek ve istenerek gerçekleştirilmesi iken; kişinin, suçun*

kanuni tanımındaki unsurların gerçekleşebileceğini öngörmesine rağmen, fiili işlemesi halinde olası kast vardır” denilmektedir. Ayrıca TCK md. 81 ve 82’de kasten öldürme suçları ile madde 86, 87, 88’de kasten yaralama suçları ve verilecek cezalar belirtilmiştir. TCK md. 83’de ise kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi kavramı tanımlanmıştır ki bu kavram ilk kez yeni TCK ile gündeme gelmiştir. Madde 83’e (1)’de “Kişinin yükümlü olduğu belli bir icrai davranışı gerçekleştirmemesi dolayısıyla meydana gelen ölüm neticesinden sorumlu tutulabilmesi için, bu neticenin oluşumuna sebebiyet veren yükümlülük ihmalinin icrai davranışa eşdeğer olması gerekir” denilmektedir (56).

Olası kast ve kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi farklı iki kavramdır. Olası kastta kişi sonucu öngörmesine rağmen fiili işlemekte, ihmali davranışla adam öldürme veya yaralama suçunda ise kişi yapmakla yükümlü olduğu bir davranışı gerçekleştirmeyerek bu sonuca yol açmaktadır (66).

765 sayılı eski TCK’da ise kasıtlı suçlarla ilgili kanun maddeleri; kasıtlı adam öldürme 448, 449 ve 450. maddeleri ile kasıtlı adam yaralama TCK 456 ve 457. maddelerinde düzenlenmiştir (67).

Kasıtlı suçlarla ilgili olarak eski TCK ve yeni TCK’daki tanım ve cezai uygulamadaki farklar Tablo 2 ve 3’te karşılaştırılmıştır.

Tablo 2. Kasten adam öldürme ile ilgili eski ve yeni TCK hükümlerinin karşılaştırılması.

KASTEN ÖLDÜRME	
Eski TCK	Yeni TCK
MADDE 448: Her kim, bir kimseyi kasten öldürürse 24 seneden 30 seneye kadar ağır hapis cezasına mahkûm olur. MADDE 449: Adam öldürmek fiili: 1. Karı, koca, kardeş, babalık, analık, evlatlık, üvey ana, üvey baba, üvey evlat, kayınbaba, kaynana, damat ve gelinler hakkında işlenirse; 2. Zehirlemek suretiyle yapılırsa; Fail, müebbet ağır hapis cezasına mahkûm olur.	MADDE 81: Bir insanı kasten öldüren kişi, müebbet hapis cezası ile cezalandırılır. MADDE 82: Kasten öldürme suçunun; a) Tasarlayarak, b) Canavarca hisle veya eziyet çektirerek, c) Yangın, su baskını, tahrip, batırma veya bombalama ya da nükleer, biyolojik veya kimyasal silâh kullanmak suretiyle, d) Üstsoy veya altsoydan birine ya da eş veya kardeşe karşı, e) Çocuğa ya da beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı, f) Gebe olduğu bilinen kadına karşı, g) Kişinin yerine getirdiği kamu görevi nedeniyle, h) Bir suçu gizlemek, delillerini ortadan kaldırmak veya işlenmesini kolaylaştırmak amacıyla, i) Kan gütme saikiyle, j) Töre saikiyle, İşlenmesi hâlinde, kişi ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası ile cezalandırılır. MADDE 83: (1) Kişinin yükümlü olduğu belli bir icrai davranışı gerçekleştirmemesi dolayısıyla meydana gelen ölüm neticesinden sorumlu tutulabilmesi için, bu neticenin oluşumuna sebebiyet veren yükümlülük ihmalinin icrai davranışa eşdeğer olması gerekir.

Tablo 3. Kasten yaralama ile ilgili eski ve yeni TCK hükümlerinin karşılaştırılması.

KASTEN YARALAMA	
Eski TCK	Yeni TCK
MADDE 456: Her kim katil kasdiyle olmaksızın bir kimseye cismen eza verir veya sıhhatini ihlale yahut akli melekelerinde teşevvüş husulüne sebep olursa altı aydan bir seneye kadar hapsolunur. MADDE 457: 456 ncı maddede yazılı fiillere 449 uncu maddenin birinci ve üçüncü bentlerinde yazılı hal inzimam eder yahut fiil gizli veya aşikâr bir silah ile veya aşındırıcı ecza ile işlenmiş olursa asıl ceza üçte birden yarıya kadar artırılır.	MADDE 86: Kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. MADDE 87: (1) Kasten yaralama fiili, mağdurun; a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına, b) Konuşmasında sürekli zorluğa, c) Yüzünde sabit ize, d) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma, e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun vaktinden önce doğmasına, Neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, bir kat artırılır. Ancak, verilecek ceza, birinci fıkraya giren hâllerde üç yıldan, ikinci fıkraya giren hâllerde beş yıldan az olamaz. MADDE 88: (1) Kasten yaralama fiilinin kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbî müdahaleyle giderilebilecek ölçüde hafif olması hâlinde, mağdurun şikâyeti üzerine, dört aydan bir yıla kadar hapis veya adlî para cezasına hükmolunur. (2) Kasten yaralamanın ihmali davranışla işlenmesi hâlinde, verilecek ceza üçte ikisine kadar indirilebilir. Bu hükmün uygulanmasında kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesine ilişkin koşullar göz önünde bulundurulur.

Taksir ve Bilinçli Taksir

Taksirin kelime anlamı bir işi eksik yapma, yapabilecekken yapmama, kabahat demektir (5). Taksiri kasttan ayıran özellik, neticenin istenmemesidir (52). Taksirli suçlarda ceza oranı kasıtlı suçlara oranla daha azdır.

Yeni TCK'nın 22. maddesinde taksir ile ilk kez yeni TCK'da yer alan bilinçli taksir suçları tanımlanmıştır. Buna göre md. 22'de "*Taksirle işlenen fiiller, kanunun açıkça belirttiği hâllerde cezalandırılır. Taksir, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanunî tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyle gerçekleştirilmesidir. Kişinin öngördüğü neticeyi istememesine karşın, neticenin meydana gelmesi hâlinde bilinçli taksir vardır; bu hâlde taksirli suça ilişkin ceza üçte birden yarısına kadar artırılır*" denilmektedir. Taksirle adam öldürme suçu yeni TCK madde 85'te, taksirle yaralama ise madde 89'da yer almaktadır (56).

Yeni TCK'da taksirli suçlar bakımından farklılıklar göze çarpmaktadır. Eski TCK'da kusur oranları önce sekiz esası üzerinden, daha sonraları ise yüz üzerinden belirlenirken, Yeni TCK'de bu durum kaldırılmıştır. Bilirkişiler de raporlarında; kişinin dikkat ve özen yükümlülüğünü yerine getirip getirmediğini, hatalı davranışı bulunup bulunmadığını, kurallara aykırı hareket edip etmediğini ve yapması gerekeni yapıp yapmadığını dile getirecekler, kişinin hangi oranda kusurlu olduğunu belirtmeyeceklerdir. Kusur olup olmadığını ve varsa kusur oranını hâkim belirleyecektir (66).

765 sayılı eski TCK'da dikkat ve özen eksikliğine bağlı suçlarla ilgili kanun maddeleri; tedbirsizlik ve dikkatsizlik veya meslek ve sanatta acemilik

veya nizam ve talimatlara riayetsizlik ile bir kimsenin ölümüne sebebiyet vermek 455. maddede, aynı nedenlerle yaralanmaya sebebiyet vermek ise 459. maddede düzenlenmiştir (67).

Taksirli suçlarla ilgili olarak eski TCK ve yeni TCK'daki tanım ve cezai uygulama arasındaki farklar Tablo 4 ve 5'te karşılaştırılmıştır.

Tablo 4. Taksirle adam öldürme ile ilgili eski ve yeni TCK hükümlerinin karşılaştırılması.

TAKSİRLE ÖLDÜRME	
Eski TCK	Yeni TCK
MADDE 455: Tedbirsizlik veya dikkatsizlik veya meslek ve sanatta acemilik veya nizam, ve evamir ve talimata riayetsizlik ile bir kimsenin ölümüne sebebiyet veren şahıs iki seneden beş seneye kadar hapse ve 250 liradan 2.500 liraya kadar ağır para cezasına mahkum olur. Eğer fiil birkaç kişinin ölümünü mucip olmuş veya bir kişinin ölümü ile beraber bir veya birkaç kişinin de mecruhiyetine sebebiyet vermiş ve bu yaralanma 456 ncı maddenin 2 nci fıkrasında beyan olunan derecede bulunmuş ise dört seneden on seneye kadar hapis ve 1.000 liradan aşağı olmamak üzere ağır para cezası ile mahkûm olur.	MADDE 85: (1) Taksirle bir insanın ölümüne neden olan kişi, üç yıldan altı yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. (2) Fiil, birden fazla insanın ölümüne ya da bir veya birden fazla kişinin ölümü ile birlikte bir veya birden fazla kişinin yaralanmasına neden olmuş ise, kişi üç yıldan onbeş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

Tablo 5. Taksirle yaralama ile ilgili eski ve yeni TCK hükümlerinin karşılaştırılması.

TAKSİRLE YARALAMA	
Eski TCK	Yeni TCK
MADDE 459: Her kim tedbirsizlik veya dikkatsizlik yahud meslek ve sanatta acemilik veya nizam, talimat ve emirlere riayetsizlik neticesi olarak bir şahsa cismen eza verecek veya sıhhatini ihlal edecek bir zarar iras eder yahud akli melekelerinde teşevvüş husulüne sebebiyet verirse: 1 - 456 ncı maddenin birinci ve dördüncü fıkralarındaki hallerde takibat icrası şikayete bağlı olmak şartile üç aya kadar hapis veya elli liraya kadar ağır para cezası, 2 - 456 ncı maddenin ikinci ve üçüncü fıkralarındaki hallerde üç aydan yirmi aya kadar hapis ve 100 liradan 500 liraya kadar ağır para cezası hükmolunur. 3 - Bir kaç kişi cürümden mutazarrır olmuş ise bir numaralı bendde hapis cezası altı ay ve ağır para cezası iki yüz liraya kadar, iki numaralı bendde hapis altı aydan otuz aya kadar ve ağır para cezası 150 liradan aşağı olmamak üzere hükmolunur.	MADDE 89: (1) Taksirle başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, üç aydan bir yıla kadar hapis veya adlî para cezası ile cezalandırılır. (2) Taksirle yaralama fiili, mağdurun; a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına, b) Vücudunda kemik kırılmasına, c) Konuşmasında sürekli zorluğa, d) Yüzünde sabit ize, e) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma, f) Gebe bir kadının çocuğunun vaktinden önce doğmasına, Neden olmuşsa, birinci fıkraya göre belirlenen ceza, yarısı oranında artırılır. (3) Taksirle yaralama fiili, mağdurun; a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine, b) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine, c) Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına, d) Yüzünün sürekli değişikliğine, e) Gebe bir kadının çocuğunun düşmesine, Neden olmuşsa, birinci fıkraya göre belirlenen ceza, bir kat artırılır. (4) Fiilin birden fazla kişinin yaralanmasına neden olması hâlinde, altı aydan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. (5) Bilinçli taksir hâli hariç olmak üzere, bu maddenin kapsamına giren suçların soruşturulması ve kovuşturulması şikâyete bağlıdır.

Taksir ile bilinçli taksir arasındaki önemli bir fark da; bilinçli taksir ile yaralama sonucunda kamu davası açılması zorunlu olduğu halde, taksirle yaralama durumunda dava açılması şikâyetle bağı olarak düzenlenmiştir. Yani taksirli yaralama halinde, mağdur şikâyetçi olduğu takdirde fail cezalandırılacak; fakat bilinçli taksir durumunda mağdurun şikâyetine bakılmaksızın faile ceza verilecektir (66).

Eski TCK'da taksirli eylem suçları olarak geçen kavramlar yeni TCK'da belirtilmemekle birlikte, bu kavramlar içerik olarak malpraktis kapsamında önemini korumaktadır (60). Bu kavramlar:

1) Tedbirsizlik ve Dikkatsizlik

Tedbirsizlik; önlenabilir bir tehlikenin önlenmesinde gösterilen kusurluluk, dikkatsizlik ise yapılmaması gerekeni yapma durumudur. Hekimin tanı ve tedavi uygularken, bulunduğu ülkenin sağlık koşulları esas alınarak, göstermesi gereken normal düzeyde tedbir ve dikkati göstermesidir. Yani sorumsuzluk olarak kabul edebilmek için üstün bir dikkat ve tedbir değil, normal bir tedbir ve dikkatin gösterilmesi yeterlidir (5, 60).

2) Meslekte Acemilik

Hekimin, mesleği veya uzmanlığı ile ilgili uygulanması benimsenmiş ve kabul edilmiş olan klasik bilgileri bilmek ve bunları uygulamak zorunluluğu vardır. Buna göre, hekimin meslek ve sanatının esaslarını bilmemesi ve beceriden yoksun olması acemiliktir ve bilinmesi gerekeni bilmemek sorumluluk getirir (5, 7).

3) Özen eksikliği

Dikkatsizlik ve tedbirsizlik dışında evrensel tıp değerlerini uygulamamaktır. Örneğin; kanamalı hastayı bekletmek, yakın izlem gerektiren hastayı belirli zaman aralıkları ile takip etmemek, eksik araştırma sonucu tanı hatasına neden olmak.

4) Emir ve Yönetmeliklere Uymama

Kanunlara, tüzüklere, yönetmeliklere, Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) kararları, idari ve mülki kararlara uymamayı kapsar. Bunlara örnek olarak; acil hastayı kabul etmemek, tedaviyi geciktirmek, uygulanması gereken tedavi dışında bir tedavi uygulayarak hastanın zarar görmesine neden olmak verilebilir. Bilinen yöntemler dışında, deneme veya kişisel becerisini ortaya koymak için başka bir yöntem uygulayarak hastanın bedensel zarar görmesine veya ölümüne neden olan hekim yasal açıdan sorumludur (5, 60).

Kamu personeli olan hekimlerle ilgili diğer suçlar ise:

Görevi Kötüye Kullanma (vazifeyi suistimal): Eski TCK'da md. 250'de, yeni TCK'da ise md. 257'de görevi kötüye kullanma veya suçu tanımlanmıştır. Yeni TCK'nın 257. md (1). bendinde; “*görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle, kişilerin mağduriyetine veya kamunun zararına neden olan ya da kişilere haksız bir kazanç sağlayan kamu görevlisi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır*” denilmektedir (56).

Görevi Savsaklama (Vazifeyi İhmal): Kamu personelinin, yerine getirmekle yükümlü olduğu görevi yapmaması veya belirlenen süre içinde yerine getirmemesidir (5). Eski TCK'nın 230. md. (1). bendinde; “*Hangi nedenle olursa*

olsun memuriyet görevini yapmakta savsama ve gecikme gösteren veya üstünün yasaya göre verdiği buyrukları geçerli bir neden olmadan yapmayan memur üç aydan bir yıla kadar hapis ve bin liradan beşbin liraya kadar ağır para cezası ile cezalandırılır” şeklinde tanımlanmıştır (67).

Bu hükmün sağlık personeli açısından önemi; yeni TCK’daki 83. maddenin (kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi) eski TCK’da bulunmaması nedeniyle, 2005 yılından önce yargılanan sağlık personelinin ihmali bir hareketi olduğunda (eski TCK md. 230’a göre) görevi kötüye kullanma suçundan yargılanmasıdır. Hastaya yönelik bir zarar meydana gelmediği zaman bu hüküm uygulanırken, buna karşılık zarar geldiği zaman taksirle öldürme ve yaralama suçundan dolayı çalışanın yargılandığı görülmektedir (52).

İrtikâp: Memuriyet yetkisinin kötüye kullanılması anlamına gelir (5). Eski TCK’da md. 209 ve 210’da, yeni TCK’da ise md. 250’de irtikâp suçu düzenlenmiştir. Buna göre, yeni TCK’nın 250. maddesinin 1. bendinde; *“Görevinin sağladığı nüfuzu kötüye kullanmak suretiyle kendisine veya başkasına yarar sağlanmasına veya bu yolda vaatle bulunulmasına bir kimseyi icbar eden kamu görevlisi, beş yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır”* denilmektedir (56).

2.3. Bilirkişilik

Genel anlamda bilirkişi denildiğinde, belli bir alanda eğitimi ve tecrübesi nedeniyle özel bilgisi olan kişi anlaşılmaktadır. Diğer bir ifade ile bilirkişi, ispata ilişkin karşılaşılan bir sorunun çözümünde, sahip olduğu uzmanlık bilgisi ile

mahkemeye, hâkime ve kanunun izin verdiği durumlarda cumhuriyet savcısına yardımcı olan kişidir (52).

Hukuk ve ceza yargılamalarında, bilirkişilik sistemindeki temel dayanak noktası, hâkimin özel ya da teknik bir bilgiyi gerektiren konuda bir bilirkişiye başvurup bu konuda kendisini aydınlatmak istemesidir. Ancak hâkim, bilirkişinin verdiği rapor ile bağlı değildir (68).

Yeni Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 63. maddesinde bilirkişinin atanma şartları açıklanmıştır. Buna göre; *“Çözümü uzmanlığı, özel veya teknik bilgiyi gerektiren hâllerde bilirkişinin oy ve görüşünün alınmasına re'sen, Cumhuriyet savcısının, katılanın, vekilinin, şüphelinin veya sanığın, müdafinin veya kanunî temsilcinin istemi üzerine karar verilebilir. Ancak hâkimlik mesleğinin gerektirdiği genel ve hukukî bilgi ile çözülmesi olanaklı konularda bilirkişi dinlenemez”* denilmektedir (69).

Ceza Muhakemeleri Usul Kanunu madde 64'te ise bilirkişi olarak atanabilecekler belirtilmiştir. Buna göre; *“Bilirkişiler, il adli yargı adalet komisyonları tarafından her yıl düzenlenen bir listede yer alan gerçek veya tüzel kişiler arasından seçilirler. Cumhuriyet savcıları ve hâkimler, yalnız bulundukları il bakımından yapılmış listelerden değil, diğer illerde oluşturulmuş listelerden de bilirkişi seçebilirler. Bu listelerin düzenlenmesine veya listelerde yer verilenlerin çıkarılmalarına ilişkin esas ve usuller, yönetmelikte gösterilir”* denilmektedir (69).

Başka bir husus da, CMUK 68. maddede belirtilen ve gerektiğinde bilirkişinin duruşma sırasında dinlenebilmesi ile ilgili düzenlemedir (69). Bu düzenleme ile yeni TCK sonrası hekimlere karşı artan yaptırım ve ceza

uygulamalarına karşılık, hekimler bilirkişinin duruşma sırasında dinlenmesi ile kendilerini daha iyi savunabilecek ve deliller bu esnada tartışılacaktır. Böylece iddialar çok daha hızlı ve doğru bir şekilde sonuçlanacaktır (68).

2.3.1. Bilirkişilik Kurumları

Ülkemizde hatalı tıbbi uygulama ile ilgili disiplin suçlarında; ilçelerde İlçe Disiplin Kurulları, illerde İl Disiplin Kurulları ve etik boyutuyla ilgili olarak da Tabip Odaları Onur Kurulları ile TTB Yüksek Onur Kurulu değerlendirme yapmaktadır. Hukuk alanında ise; Sağlık Bakanlığı düzeyinde Yüksek Sağlık Şurası, Adalet Bakanlığı içinde de Adli Tıp Kurumu ceza davalarında bilirkişilik yapan kurumlardır (68).

2.3.1.1. Yüksek Sağlık Şurası

Tıbbi olaylarda bilirkişilik görevi, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'da belirtildiği üzere Yüksek Sağlık Şurası'na verilmiştir. 1930 yılında yürürlüğe giren Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile de bu yükümlülüğü yerine getirmek üzere YSS oluşturulmuştur. Kuruluş ve çalışma esasları, 181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 31. maddesine göre düzenlenmiş ve YSS, "önemli sağlık konuları hakkında ve tıbbi uygulamalar sonrası oluşan adli nitelik kazanmış olaylarda" görüş bildirmekle yükümlü kılınmıştır. Tıbbi uygulamalar sırasında ortaya çıkan istenmeyen olayların adli nitelik kazanması durumunda açılan ceza davalarında, mahkemelerin başka bilirkişilere başvuru hakkı saklı kalmak kaydıyla YSS'nin görüşünün alınması zorunludur (68).

Ceza mahkemeleri bilirkişilik için, 1219 sayılı TŞSTİDK'nın 75. maddesine göre, YSS'ye başvurmak zorundadır (54). Ceza mahkemeleri dışında diğer adli mercilerin (İdare mahkemeleri, Danıştay, hukuk mahkemeleri vb.) YSS'den tıbbi bilirkişilik sorma sorumlulukları yoktur (52, 59).

Yüksek Sağlık Şurası, Sağlık Bakanlığı'nın sürekli kuruludur (29). 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'ye göre 11 kurul üyesi, her yıl Sağlık Bakanı tarafından ülkede insan sağlığı ile ilgili alanlardaki hizmetleri veya eserleri ile tanınmış kişiler arasından bir yıl süreyle görev yapmak üzere seçilirler. Seçilen üyeler dışında Bakanlık Müsteşarı, Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü ve 1. Hukuk Müşaviri Şura'nın daimi üyeleridir (70). YSS'nin yılda en az bir kez toplanması gereklidir fakat bakanlığın gerekli görmesi halinde olağanüstü toplantılar da yapılabilir (68).

Yüksek Sağlık Şurası'nda görüşülmesi istenilen önemli konular ile adli mercilerden intikal eden dosyaların miktarı ve konuları hakkında, Genel Müdürlükçe Müsteşar'a ve Bakan'a bilgi sunulur ve uygun göreceği toplantı tarihi ve gündemi tespit edilir. Şura, üye tam sayısının salt çoğunluğu ile toplanır. Bakan, Şura'nın başkanıdır. Bakan'ın bulunmadığı zamanlarda toplantıya Bakanlık Müsteşarı başkanlık eder. Şura, görüşülen konunun gerektirmesi halinde önceden bilirkişi görüşüne başvurabileceği gibi, toplantı sırasında da bilirkişiler davet edilip dinlenebilir. Adli konular değerlendirilerek karar verilirken, tutuklu olan meslek mensupları ile ilgili veya daha önce Şura'ca görüşülmüş olup, tekrar görüşe sunulan dosyalara öncelik verilir.

Görüşülen her bir konu hakkındaki müzakereler bittikten sonra açık oylama yapılır. Adli konular, öncelikle ilgili meslek mensubunun veya meslek mensuplarının kusurlu, hatalı veya ihmalkâr olup olmadığı, dikkatsizlik veya meslekte acemilik gösterip göstermediği açısından oylanır. Kusurlu, hatalı veya ihmalkâr davranıldığı, tedbirsizlik, dikkatsizlik veya meslekte acemilik gösterildiği neticesine varılırsa, bunların derecesi üyelerce yeniden oylamaya sunulur. Kararlar, oy çokluğu ile alınır ve oyların eşitliği halinde, Başkan'ın taraf olduğu görüş kabul edilmiş sayılır (70).

Yüksek Sağlık Şurası'nda dosyalar üzerinden inceleme yapılır ve mahkemeye görüş bildirilir. Doğru değerlendirme yapılabilmesi için hasta dosyalarının eksiksiz olması, tüm gerekli belgeleri içermesi ve kayıtların düzenli tutulması önemlidir. Mahkeme tarafından YSS'nin verdiği karar yeterli kanaat verici nitelikte bulunmazsa diğer bilirkişilerin kararları doğrultusunda hüküm verilebilir (68).

Eski TCK'da önceleri sekiz esası üzerinden, daha sonraları da yüz üzerinden belirlenen oranlı kusur, yeni TCK'da kaldırılmıştır. Buna göre bilirkişiler kararlarında kusur oranı belirlemeyecekler, sadece kişinin dikkat ve özen yükümlülüğünü yerine getirip getirmediğini değerlendireceklerdir (66). Yüksek Sağlık Şurası Çalışma Yönergesi de 2007'de bu esasa göre yeniden düzenlenmiş ve dosyalarda öncelikle ilgili meslek mensubunun veya meslek mensuplarının kusurlu, hatalı veya ihmalkâr olup olmadığı, dikkatsizlik veya meslekte acemilik gösterip göstermediğinin temel inceleme prensibi olduğu belirlenmiştir (71).

2.3.1.2. Adli Tıp Kurumu

Adli Tıp Kurumu (ATK) Başkanlığı, 14.04.1982 tarih ve 2659 sayılı Kurum Kanunu'na göre Adalet Bakanlığı'na bağlı olarak bilirkişilik görevi yapmak üzere kurulmuştur. Adli Tıp Kurumu, adli tıp ile ilgili konularda mahkemeler ile hâkimlik ve savcılıklara bilimsel ve teknik görüş bildirmekle yükümlüdür.

Adli Tıp Kurumu'nda; genel kurul, ihtisas daireleri ve ihtisas kurulları bilirkişilik fonksiyonu üstlenen alt birimlerdir (12). Adli Tıp Kurumu Kanunu'nun 16. maddesi 2/c'ye göre, mesleki kusurları değerlendiren kurul 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu; 16. madde 2/e'ye göre, zehirlenmeler, allerji ve immünoloji ile ilaç kimyasını değerlendiren kurul ise 5. Adli Tıp İhtisas Kurulu'dur (72).

İhtisas kurulları ve ihtisas daireleri tarafından mahkemeye gönderilen inceleme raporları mahkeme tarafından kanaat verici bulunmazsa, Adli Tıp Genel Kurulu'ndan kesin sonuç verilmesi açısından görüş istenebilir. Yani Adli Tıp Genel Kurulu, ihtisas kurul ve dairelerinin kesin nitelikte olmayan raporlarını görüşerek kesin sonuca bağlamakla görevlidir (12).

Adli Tıp Kurumu Genel Kurulu'nun kararları kesin sonuç olarak kabul edilmesine rağmen, YSS kararlarında olduğu gibi mahkemeler için bağlayıcı nitelikte değildir ve hâkimin takdir yetkisini kısıtlamaz (12, 68).

2.3.1.3. Tabip Odaları Onur Kurulları

Hatalı tıbbi uygulama nedeniyle zarar gördüğünü iddia eden kişi veya yakınları, Tabip Odalarına veya TTB merkez konseyi'ne başvurabilirler (52). Tıbbi uygulama hata iddiaları, etik boyutuyla Tabip Odaları Onur Kurulları ve

TTB Yüksek Onur Kurulu'nda değerlendirilmektedir (60). Türk Tabipler Birliği Yüksek Onur Kurulu, TTB'nin merkezi birimlerinden biridir ve hekimleri mesleki uygulamaları nedeniyle yargılayan en yüksek mercidir (52).

Daha önce mesleki sorumluluk bölümünde bahsettiğimiz gibi, Tabip Odaları Onur Kurulları 2004 tarih ve 25446 sayılı TTB Disiplin Yönetmeliği'ne göre çalışmaktadır ve başvuruları değerlendirip karara bağlarken TDT, TŞSTİDK, HMEK gibi ilgili yasa ve yönetmelikleri dikkate almaktadır.

Türk Tabipler Birliği Disiplin Yönetmeliği'nde, hekimlerin hatalı tıbbi uygulamaları sonucu öngörülen disiplin suçları ve cezaları belirlenmiştir. Buna göre; md. 3'te uyarma cezası, md. 4'te para cezası, md. 5'te geçici olarak meslekten alıkoyma ve md. 6'da oda bölgesinde çalışmanın yasaklanması cezaları tanımlanmıştır (73). Meslekten men cezası vermeye yetkili olan tek kurum TTB Yüksek Onur Kurulu'dur ve bu kurulun kararlarına itiraz ancak Danıştay'a yapılır (29).

Tabip Odaları tarafından verilen disiplin cezalarının amacı; hekimlerin davranış ve mesleki uygulamalarına özen göstermeleri, hekimlik mesleğinin güvenilirliğinin ve saygınlığının korunması ve geliştirilmesidir (1).

2.3.1.4. Yüksek Öğretim Kurumları

Adli Tıp Kurumu Kanunu'nun 31. maddesinde; *“Yükseköğretim Kurumları veya birimleri, adli tıp mevzuatı çerçevesinde adli tıp olaylarında ve diğer adli konularda Ceza Muhakemeleri Usulü Kanununa göre resmi bilirkişi sayılır. Bu birim ve kliniklerde tetkik edilecek adli tıp ile ilgili işler yönetmelikte belirlenir”* denilmektedir (72). Yine Yüksek Öğretim Kanunu'nun 37 ve 38. maddelerinde, mahkemelerin teknik ve uzmanlık bilgi isteyen her konuda bilirkişi olarak üniversitelerden görüş isteyebileceğini ve adli makamların talepleri ile adli

tıp mevzuatı kapsamında adli tıp ve diğer bölümlerin resmi bilirkişi olarak görevlendirilebilecekleri belirtilmiştir (68).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu tez çalışmasında, Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitim Genel Müdürlüğü'nden alınan (2009/5250) tarih ve sayılı izin sonrasında, 01 Ocak 2000 - 01 Ocak 2009 tarihleri arasında hatalı tıbbi uygulama nedeniyle bilirkişilik için Yüksek Sağlık Şurası'na gönderilen 1818 dosya retrospektif olarak incelenmiştir.

Öncelikle 1818 dosya içinden doğrudan anestezi uygulamasından kaynaklandığı iddia edilen 11253, dosya tespit edilmiştir. Dosyaların incelenmesinde; davaya konu olan olay, zarar gören olgu, davaya neden olan sağlık personeli ve davanın hukuksal boyutları olmak üzere 4 ana başlık belirlenmiştir. Dava konusu olayın oluş zamanı, yeri, sonlanma biçimi (komplikasyon / eksitus) ve acil olup olmadığı; olgunun demografik özellikleri, uygulanan anestezinin türü, süresi, cerrahinin türü ve onam verip vermediği; sağlık personelinin mesleki dağılımı (teknisyen / doktor), mesleki deneyim süresi, hatalı olduğu öne sürülen uygulama kusurları ve son olarak da olayın hukuksal boyutları Tablo 6'da gösterilen şablon kullanılarak incelenmiştir. İncelenen dosyalarda YSS'nin kararı dışında, eğer varsa Adli Tıp Kurumu ve/veya ceza mahkemeleri tarafından tayin edilen bilirkişiler tarafından verilen kararlar da kayıt edilmiştir.

Tablo 6. Yüksek Sağlık Şurası tarafından incelenen dosyaları değerlendirme çizelgesi

İncelenen Dosya İle İlgili Karar Veriliş Tarihi				
VAKANIN GEÇTİĞİ				
İl		İlçe		Coğrafi Bölge
DAVAYA KONU SAĞLIK PERSONELİNİN				
Cinsiyeti	Erkek		Kadın	
Yaşı				
Unvanı				

Vaka ile İlişkili Sağlık Personeli/Personelleri		
1	Anestezist	
2	Cerrah	
3	Anestezi Teknisyeni	
4	Anestezist + Cerrah	
5	Anestezist + Teknisyen	
6	Cerrah + Teknisyen	
7	Anestezist + Cerrah + Teknisyen	
8	Diğer	

Davaya Konu Olan Sağlık Personelinin Mesleki Deneyim Süresi (Yıl)		
1	0-1	
2	1-5	
3	5-10	
4	10-15	
5	15-20	
6	> 20	

Dosyalarda Anestezi Personelinin Eksikliği Olduğu İddia Edilen Noktalar		
1	Ventilasyon Problemleri	
2	Preoperatif Tetkik ve Muayene Eksikliği	
3	Takipte Yetersizlik, Dikkat eksikliği, Özensizlik	
4	Monitorizasyon ve Ekipman Eksikliği	
5	İlaç Kullanımında Hata	
6	Koter Kullanımında Hata	
7	Uygunsuz Koşullarda Anestezi Uygulanması	
8	Karbondioksit ve Oksijen Tüplerinin Karışması	
9	Gastirik İçeriğin Aspirasyonu	
10	Hastayı Bilgilendirmeme	
11	Hasta Onamını Almama	
12	Diğer	

Vakanın Meydana Geldiği Sağlık Kurumu Türü		
1	Devlet Hastanesi	
2	Özel Hastane	
3	Askeri Hastane	
4	Fakülte Hastanesi	
5	Özel Muayenehane	
6	Cerrahi Tıp Merkezi	

Vakanın Operasyona Alındığı Saat		
1	08.00 – 16.00	
2	16.00 – 24.00	
3	24.00 – 08.00	

Olayın Oluş Saati		
1	08.00 – 10.00	
2	10.00 – 12.00	
3	12.00 – 14.00	
4	14.00 – 16.00	
5	16.00 – 24.00	
6	24.00 – 08.00	

Vakanın Başvuru Şekli		
1	Acil Başvuru	
2	Elektif Başvuru	

Vakanın Anestezi Riski (ASA)		
1	ASA I	
2	ASA II	
3	ASA III	
4	ASA IV	
5	ASA V	

Vakaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı		
1	0-10	
2	11-20	
3	21-30	
4	31-40	
5	41-50	
6	51-60	
7	61-80	
8	Belirsiz	

Vakadan veya Yakınından Onam Alınma Durumu		
1	Alınmıştır	
2	Alınmamıştır	

Vakada Uygulanan Anestezi Yöntemi		
1	Genel Anestezi	
2	Rejyonel Anestezi	
3	Genel + Rejyonel Anestezi	
4	Lokal Anestezi	
5	Sedasyon	
6	Diğer	

Vakanın Operasyona Alındığı Cerrahi Bölüm		
1	Genel Cerrahi	
2	Ortopedi	
3	KBB	
4	Kadın Doğum	
5	Beyin Cerrahi	
6	Göz	
7	Pediyatrik Cerrahi	
8	Plastik Cerrahi	
9	Üroloji	
10	KVC	
11	Yoğun Bakım	
12	Ameliyathane Dışı Uygulama	
13	Diğer	

Vakanın Anestezi Süresi (Saat)		
1	0-1	
2	1-2	
3	2-3	
4	3-4	
5	4-5	
6	5 ve Üstü	

Vakada Anestezi Uygulaması Sonucu Oluşan Hasarlar		
1	Ölüm	
2	Kalıcı Beyin Hasarı	
3	Yanık	
4	Körlük	
5	Sinir Hasarı	
6	Diğer	

Vakada Ölümün Meydana Geldiği Yer		
1	Operasyon Odası	
2	Derlenme Odası	
3	Yoğun Bakım Ünitesi	
4	Acil Servis	
5	Hasta Odası	
6	Diğer	

Olayın İlişkili Görüldüğü Kanun Maddesi		
1	TCK 230. Görevi Sıvıslama	
2	TCK 240. Vazifeyi Suistimal	
3	TCK 455/1 Tedbirsizlik ve Dikkatsizlik Sonucu Ölüme Sebebiyet Vermek	
4	TCK 455/2 Meslek ve Sanatta Acemilik Sonucu Ölüme Sebebiyet Vermek	
5	TCK 455/3 Nizam veya Talimatlara Riayetsizlik Sonucu Ölüme Sebebiyet Vermek	
6	TCK 459/1 Tedbirsizlik ve Dikkatsizlik Sonucu Yaralamaya Sebebiyet Vermek	
7	TCK 459/2 Meslek ve Sanatta Acemilik Sonucu Yaralamaya Sebebiyet Vermek	
8	TCK 459/3 Nizam veya Talimatlara Riayetsizlik Sonucu Yaralamaya Sebebiyet Vermek	

Vaka ile İlgili Karara Bağlanan Kusur Oranları		
1	1/8 Oranında Kusur	
2	2/8 Oranında Kusur	
3	3/8 Oranında Kusur	
4	4/8 Oranında Kusur	
5	5/8 Oranında Kusur	
6	6/8 Oranında Kusur	
7	7/8 Oranında Kusur	
8	8/8 Oranında Kusur	

Vakaya İlişkin Otopsi Yapılıp Yapılmadığı		
1	Otopsi Yapılmıştır	
2	Otopsi Yapılmamıştır	

Yüksek Sağlık Şurasında Ele Alınan Dosya Hakkında Ayrıca Disiplin Soruşturması Yapılıp Yapılmadığı			
1	Disiplin Soruşturması Yapılmıştır		
Kurum		Sonuç	
Kurum		Sonuç	
2	Disiplin Soruşturması Yapılmamıştır		

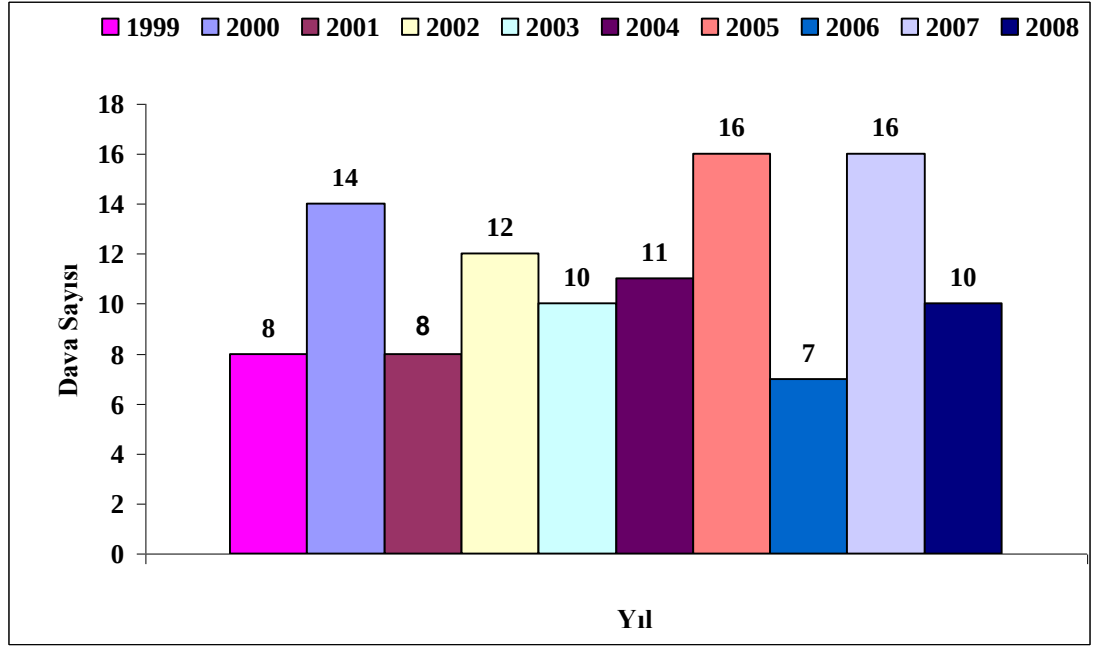
Yüksek Sağlık Şurasında Ele Alınan Vaka ile İlgili Kararlar					
1	Mahkeme Kararı	Kusurlu		Kusur Oranı	
		Kusursuz			
2	Yüksek Sağlık Şurası	Kusurlu		Kusur Oranı	
		Kusursuz			
3	Adli Tıp İhtisas Kurulu	Kusurlu		Kusur Oranı	
		Kusursuz			
4	Adli Tıp Genel Kurulu	Kusurlu		Kusur Oranı	
		Kusursuz			
5	Bilirkişi ya da Bilirkişilik Yapan Kurum	Kusurlu		Kusur Oranı	
		Kusursuz			

3.1. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel değerlendirme SPSS 12,0 bilgisayar programında yapıldı. İstatistiksel analiz verileri n (%) olarak sunuldu. Verilerin değerlendirmesi ki-kare veya Fisher'in kesin ki-kare testleri ile yapıldı.

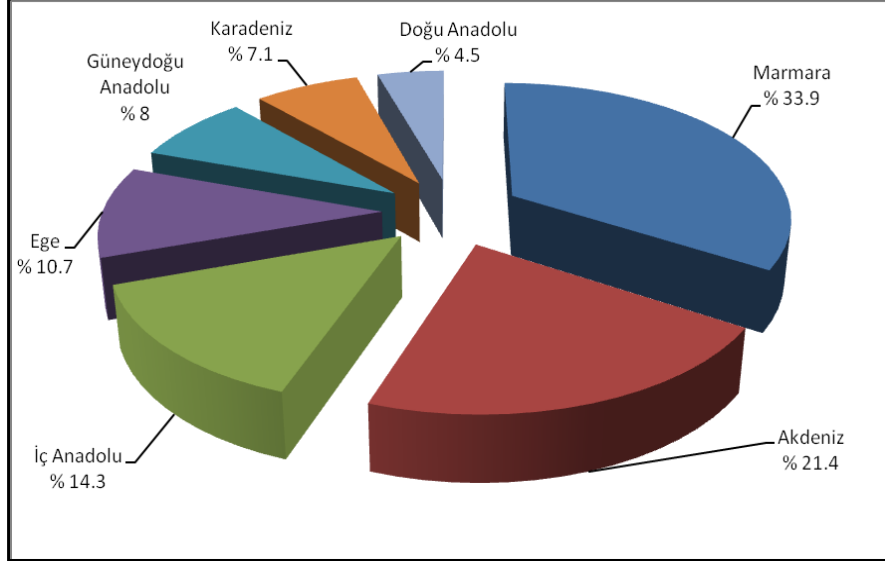
4. BULGULAR

Yüksek Sağlık Şurası'nda, 2000 - 2009 yılları arasında hatalı anestezi uygulaması nedeniyle görüşülen dosya sayılarının yıllara göre dağılımı Şekil 1'de gösterilmiştir. Araştırmamızda 2000 - 2009 yıllarına ait dosyalar incelenmiş olmakla birlikte, kararlara konu olan anestezi uygulamalarının, 1999 yılını da içerdiği görülmektedir.



Şekil 1. Hatalı anestezi uygulamalarının yıllara göre dağılımı

Hatalı anestezi uygulamalarının bölgelere göre dağılımı Şekil 2'de gösterilmiştir. Buna göre; hatalı anestezi uygulamaları en sık % 33,9 ile Marmara bölgesinde, ikinci sıklıkta % 21,4 ile Akdeniz bölgesinde ve üçüncü sıklıkta % 14,3 ile İç Anadolu bölgesinde meydana gelmiştir.



Şekil 2. Hatalı anestezi uygulamalarının bölgelere göre dağılımı

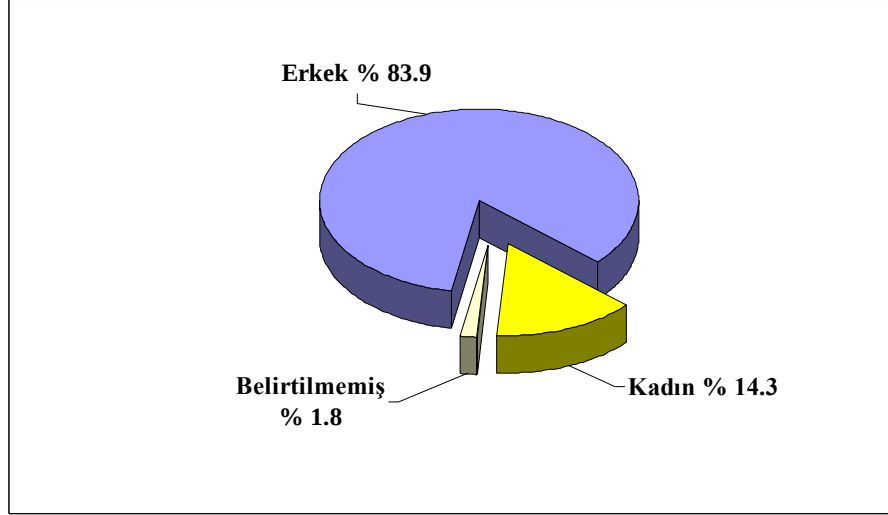
Bilirkişilik görüşü için YYSŞ'ye gönderilen dosyalarda; hatalı anestezi uygulamaların meydana geldiği şehirler arasında sayı bakımından İstanbul % 28,6 ile birinci sırada yer almaktadır. İstanbul'u sırasıyla Ankara (% 8,9), Adana (% 8) ve azalan oranlarda diğer şehirler takip etmektedir. Nüfusa göre ağırlıklı oranları karşılaştırdığımızda ise; Artvin'in birinci, Iğdır'ın ikinci, Erzincan'ın üçüncü sırada yer aldığını görmekteyiz (Tablo 7).

Tablo 7. Hatalı anestezi uygulamalarının nüfusa göre dağılımı

İl	Hatalı anestezi uygulaması (n)	%	Nüfus* (N)	(n/N) x 100.000
Adana	9	8	2.006.650	0,448
Adıyaman	1	0,9	582.762	0,171
Afyon	1	0,9	701.572	0,142
Aksaray	1	0,9	366.109	0,273
Amasya	1	0,9	328.674	0,304
Ankara	10	8,9	4.466.756	0,223
Antalya	6	5,4	1.789.295	0,335
Artvin	1	0,9	168.092	0,594
Aydın	1	0,9	946.971	0,105
Bitlis	1	0,9	327.886	0,304
Bolu	1	0,9	270.417	0,369
Bursa	1	0,9	2.439.876	0,040
Çanakkale	2	1,8	476.128	0,420
Diyarbakır	1	0,9	1.460.714	0,068
Elazığ	1	0,9	541.258	0,184
Erzincan	1	0,9	213.538	0,468
Gaziantep	5	5,4	1.560.023	0,320
Giresun	1	0,9	417.505	0,239
Hatay	2	1,8	1.386.224	0,144
Iğdır	1	0,9	181.866	0,549
Isparta	1	0,9	419.845	0,238
İstanbul	32	28,6	12.573.836	0,254
İzmir	5	4,5	3.739.353	0,133
Kars	1	0,9	312.205	0,320
Kayseri	1	0,9	1.165.088	0,085
Kırklareli	1	0,9	333.256	0,300
Kocaeli	2	1,8	1.437.926	0,139
Konya	3	2,7	1.959.082	0,153
Kütahya	2	1,8	583.910	0,342
Mersin	6	5,4	1.595.938	0,375
Muğla	3	2,7	766.156	0,391
Ordu	1	0,9	715.409	0,139
Samsun	2	1,8	1.228.959	0,162
Sivas	1	0,9	638.464	0,156
Tokat	1	0,9	620.722	0,161
Urfa	2	1,8	1.523.099	0,131
Toplam	112	100		

**Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK) web sayfasında yayınlanan, 2007 yılı adrese dayalı nüfus sayımı verilerini içermektedir. Hatalı anestezi uygulamalarının (n) nüfusa (N) oranı 100.000 ile çarpılarak (n/Nx100.000) hesaplanmıştır.*

Hatalı anestezi uygulamasından sorumlu sağlık personelinin; 112 dosyanın 94'ünde (% 83,9) erkek, 16'sında (% 14,3) kadın olduğu belirlenmiştir (Şekil 3).



Şekil 3. Hatalı tıbbi uygulamadan sorumlu tutulan sağlık personelinin cinsiyete göre dağılımı

Anestezi uygulamasıyla ilgili hataların % 30,3'ünde anestezist ve cerrah, % 17'sinde cerrah ve onun sorumluluğunda anestezi uygulayan anestezi teknisyeni, % 14,3'ünde tek başına cerrah, % 13'ünde tek başına anestezist, % 8'inde ise anestezist, cerrah ve teknisyen birlikte sorumlu tutulmuştur. Anestezi eğitimi almadığı halde hatalı anestezi uygulamasından sorumlu tutulan sağlık personelinin; % 2,7 oranında pratisyen hekimler, % 1,8 oranında dâhiliye uzmanları, % 1,8 oranında anestezist ile birlikte radyoloji uzmanı, % 0,9 oranında pedyatristler ve % 0,9 oranında hemşireler olduğu tespit edilmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Hatalı tıbbi uygulamada bulunan sağlık personelinin mesleki branşlara göre dağılımı

Personel	n	%
Anestezist+Cerrah	34	30,3
Cerrah+ Teknisyen	19	17
Cerrah	16	14,3
Anestezist	13	11,6
Anestezist+Cerrah+ Teknisyen	9	8
Anestezist+Teknisyen	6	5,4
Pratisyen hekim	3	2,7
Dahiliye Uzmanı	2	1,8
Anestezist+Radyolog	2	1,8
Pediyatrist	1	0,9
Anestezist+Cerrah+ Hemşire	1	0,9
Anestezist+Cerrah+ Dahiliye Uzmanı	1	0,9
Anestezist+Cerrah+ Teknisyen+Hemşire	1	0,9
Hemşire	1	0,9
Cerrah+ Teknisyen+ Dahiliye Uzmanı	1	0,9
Anestezist+ Dahiliye Uzmanı	1	0,9
Belli değil	1	0,9
Toplam	112	100

Anestezinin hatalı uygulanması nedeniyle incelenen 112 dosyanın 106'sında (% 94,6) sağlık personelinin mesleki deneyim süresi belirtilmemiştir. Mesleki deneyim süresi belirtilen dosyalarda personelin; % 1,8'inin 0 - 5 yıl, % 1,8'inin 5 - 10 yıl, % 0,9'unun 10 - 15 yıl ve % 0,9'unun ise 20 yılın üstünde mesleki deneyim süresine sahip olduğu görülmüştür (Tablo 9).

Tablo 9. Hatalı tıbbi uygulamada bulunan sağlık personelinin mesleki deneyim süresi

Deneyim süresi (yıl)	n	%
Belirtilmemiş	106	94,6
0-5	2	1,8
5-10	2	1,8
10-15	1	0,9
> 20	1	0,9
Toplam	112	100

Anestezi uygulamalarında tespit edilen hata nedenleri Tablo 10’da gösterilmiştir. Takipte yetersizlik, dikkat ve özen eksikliği % 36,6 ile ilk sırada yer alırken, ventilasyon problemleri % 25,9 ile ikinci, preoperatif tetkik ve muayene eksikliği % 20,9 ile üçüncü sırada yer almaktadır. İncelediğimiz her bir dosya için, sağlık personelinin birden fazla hatadan sorumlu tutulabildiği görülmüştür.

Tablo 10. Anestezi uygulamalarında tespit edilen hata nedenleri

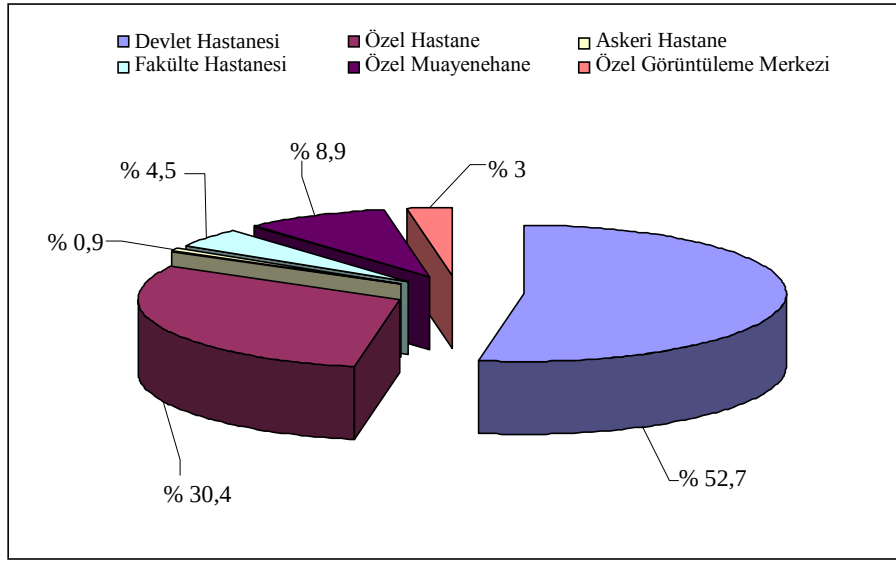
Eksiklikler	n	%
Takipte Yetersizlik, Dikkat eksikliği, Özensizlik	41	36,6
Ventilasyon Problemleri	29	25,9
Preoperatif Tetkik ve Muayene Eksikliği	23	20,9
İlaç Kullanımında Hata	20	17,9
Uygunsuz Koşullarda Anestezi Uygulanması	11	9,8
Anestezi komplikasyonu	11	9,8
Postoperatif yetersiz bakım	10	8,9
Monitorizasyon ve Ekipman Eksikliği	6	5,4
Anestezi uzmanı olmayan yerde anestezi vermek	6	5,4
Koter Kullanımında Hata	5	4,5
Karbondiyoksit ve Oksijen Tüplerinin Karışması	3	2,7
Yanlış kan transfüzyonu	2	1,8
Gastirik İçeriğin Aspirasyonu	2	1,8
Yanlış operasyon uygulama	1	0,9
İzinsiz organ nakli	1	0,9
Toplam	112	100

Hatalı anestezi uygulama nedenlerinin yıllara göre dağılımı Tablo 11’de görülmektedir. YSS tarafından; takipte yetersizlik, dikkat ve özen eksikliğine bağlı anestezi uygulama hataları, en sık 2007 yılında değerlendirilen dosyalarda tespit edilmiştir. Benzer şekilde, ventilasyon problemlerine bağlı anestezi hatalarının da en sık 2007 yılında değerlendirilen dosyalarda ortaya çıktığı tespit edilmiştir.

Tablo 11. Hatalı anestezi uygulama nedenlerinin yıllara göre dağılımı (n(%))

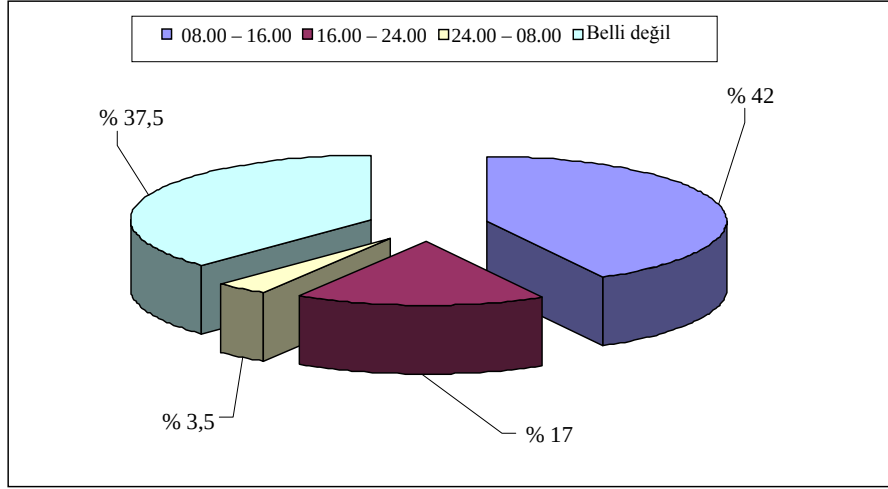
Hata nedenleri	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ventilasyon Problemleri	2 (6,9)	4 (13,8)	3 (10,3)	2 (6,9)	2 (6,9)	2 (6,9)	2 (6,9)	1 (3,4)	6 (20,7)	5 (17,2)
Preoperatif Tetkik ve Muayene Eksikliği	3 (13)	2 (8,7)	-	5 (21,7)	3 (13)	4 (17,4)	5 (21,7)	-	1 (6,3)	-
Takipte Yetersizlik, Dikkat eksikliği, Özensizlik	-	5 (12,2)	3 (7,3)	4 (9,8)	4 (9,8)	4 (9,8)	6 (14,6)	3 (7,3)	7 (17,1)	5 (12,2)
Monitorizasyon ve Ekipman Eksikliği	-	2 (33,3)	-	-	-	1 (16,7)	1 (16,7)	-	-	2 (33,3)
İlaç Kullanımında Hata	3 (15)	5 (25)	1 (5)	3 (15)	2 (10)	1 (5)	2 (10)	-	3 (15)	-
Koter Kullanımında Hata	-	2 (40)	-	-	-	1 (20)	2 (40)	-	-	-
Uygunsuz Koşullarda Anestezi Uygulanması	1 (9,1)	3 (27,3)	1 (9,1)	1 (9,1)	-	-	4 (36,4)	1 (9,1)	-	-
Karbondioksit ve Oksijen Tüplerinin Karışması	-	-	1 (33,3)	-	-	-	-	1 (33,3)	1 (33,3)	-
Gastirik İçeriğin Aspirasyonu	1 (50)	-	-	-	-	-	-	-	1 (50)	-
Anestezi uzmanı olmayan yerde anestezi vermek	-	-	2 (33,3)	1 (16,7)	1 (16,7)	-	1 (16,7)	-	-	1 (16,7)
Anestezi komplikasyonu	1 (9,1)	-	1 (9,1)	2 (18,2)	1 (9,1)	1 (9,1)	-	2 (18,2)	2 (18,2)	1 (9,1)
Postoperatif yetersiz bakım	-	-	-	3 (30)	-	1 (10)	3 (30)	-	1 (10)	2 (20)
Yanlış operasyon uygulama	-	-	-	-	-	-	-	-	1 (100)	-
İzinsiz organ nakli	-	-	-	-	-	-	-	-	1 (100)	-
Yanlış kan transfüzyonu	-	-	-	-	-	1 (50)	-	-	-	1 (50)

Hatalı anestezi uygulamalarının yapıldığı sağlık birimleri arasında; devlet hastanelerinin % 57,2 ile birinci, özel hastanelerin % 30,4 ile ikinci sırada olduğu görülmektedir. Özel muayenehaneler % 8,9 ile üçüncü, fakülte hastaneleri % 4,5 ile dördüncü, özel görüntüleme merkezleri % 3 ile beşinci ve askeri hastaneler % 0,9 ile son sırada yer almaktadır (Şekil 4).



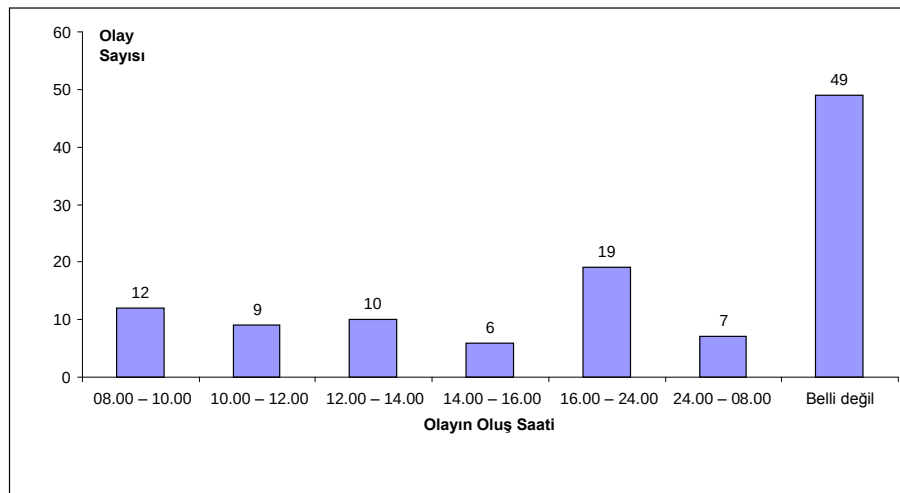
Şekil 4. Hatalı anestezi uygulamalarının sağlık kurumlarına göre dağılımı

Olgulara anestezi uygulama zamanları incelendiğinde; 112 olgunun 42'sinde (% 37,5) anestezi uygulama zamanının belirtilmediği tespit edilmiştir. Anestezi uygulama zamanının kaydedildiği olgulardan; 47'sine (% 42) 08 - 16 saatleri arasında, 19'una (% 17) 16 – 24 saatleri arasında, 4'üne (% 3,5) 24 – 08 saatleri arasında anestezi uygulandığı görülmüştür (Şekil 5).



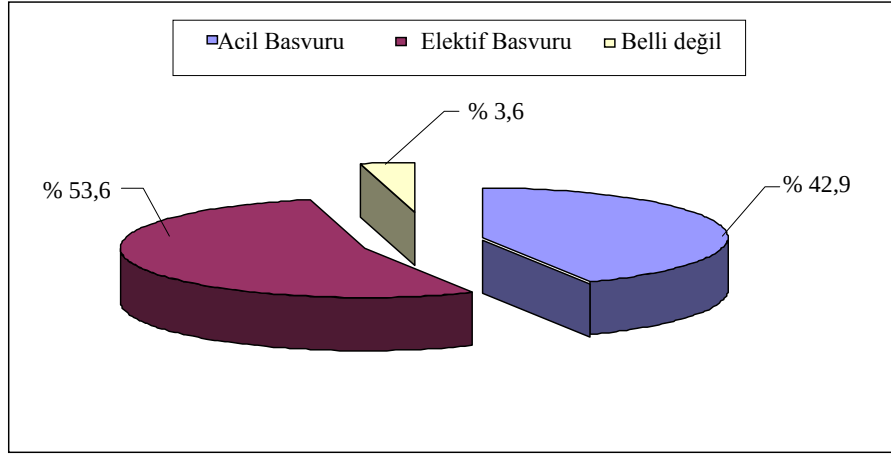
Şekil 5. Olgulara anestezi uygulamalarının yapıldığı zaman aralıkları

Anestezi uygulaması sonucu istenmeyen olayların meydana geldiği saat aralıkları incelendiğinde; dosyaların 49’unda (% 43,8) istenmeyen olayın meydana geliş saatinin belirtilmediği görülmüştür. Geri kalan olgular arasında, anestezi uygulaması sonucu istenmeyen olayların en sık (% 17) 16 - 24 saatleri arasında meydana geldiği belirlenmiştir.



Şekil 6. Anestezi uygulaması sonucu istenmeyen olayların meydana geldiği zaman aralıkları

Yüksek Sağlık Şurası'nda hatalı anestezi uygulaması nedeniyle görüşülen 112 olgunun; 60'ının (% 53,6) elektif olduğu, 48'inin (% 42,9) ise acil olarak operasyona alındığı belirlenmiştir (Şekil 7).



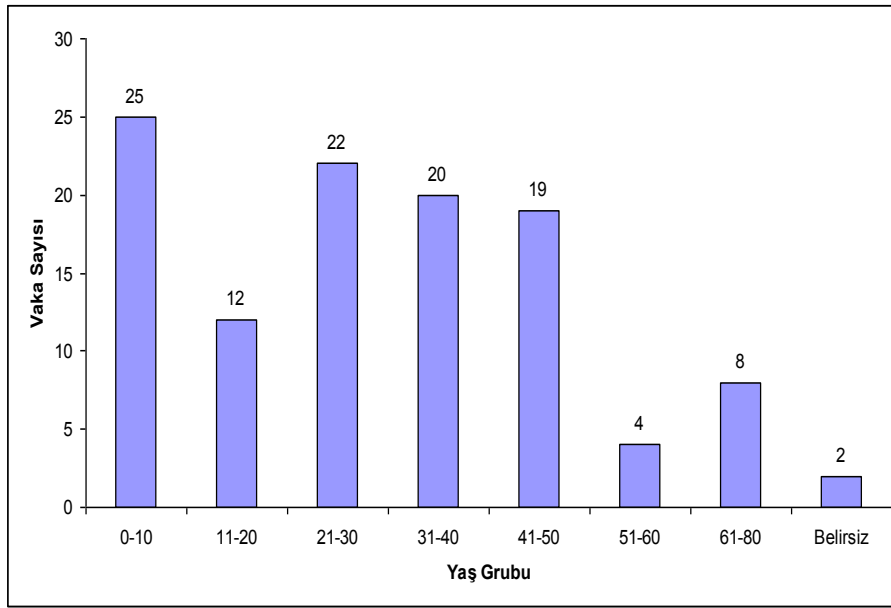
Şekil 7. Hatalı anestezi uygulamalarında olguların başvuru şekilleri

Çalışmaya alınan 112 dosyanın 77'sinde (% 68,8) hastaların ek hastalıkları ve ASA riski belirtilmemiştir. Belirtilen dosyalarda; 24 (% 21,4) olgunun ASA I, 6 (% 5,4) olgunun ASA II, 3 (% 2,7) olgunun ASA III ve 2 (% 1,8) olgunun ASA IV olduğu tespit edilmiştir (Tablo 12).

Tablo 12. Anestezi uygulaması yapılan hastaların anestezi risk (ASA) oranları

ASA riski	n	%
ASA I	24	21,4
ASA II	6	5,4
ASA III	3	2,7
ASA IV	2	1,8
ASA V	-	-
Belli değil	77	68,8
Toplam	112	100

Araştırmamızda, tıbbi uygulama hatalarının en sık 0 - 10 (% 22,3) yaş grubu olgularda ortaya çıktığı görülmüştür. 21 - 30 yaş grubu hastalar (% 19,6), tıbbi uygulama hatalarında ikinci sırada yer almaktadır. Diğer yaş grupları incelendiğinde; % 17,9 oranında 31 - 40 yaş grubunda, % 17 oranında 41 - 50 yaş grubunda, % 10,7 oranında 11 - 20 yaş grubunda, % 7,1 oranında 61 - 80 yaş grubunda, % 3,6 oranında ise 51 - 60 yaş grubunda hatalı tıbbi uygulama yapıldığı tespit edilmiştir (Şekil 8).



Şekil 8. Hatalı anestezi uygulamalarının yaş gruplarına göre dağılımı

Hatalı anestezi uygulamalarında yaş gruplarına göre hasar dağılım oranları incelendiğinde; ölümlle sonuçlanan anestezi uygulamalarının tüm yaş grupları arasında en sık (% 23,4) 0 – 10 yaş grubu olgularda görüldüğü belirlenmiştir (Tablo 13).

Tablo 13. Hatalı anestezi uygulamalarında yaş gruplarına göre hasar dağılım oranları (n(%))

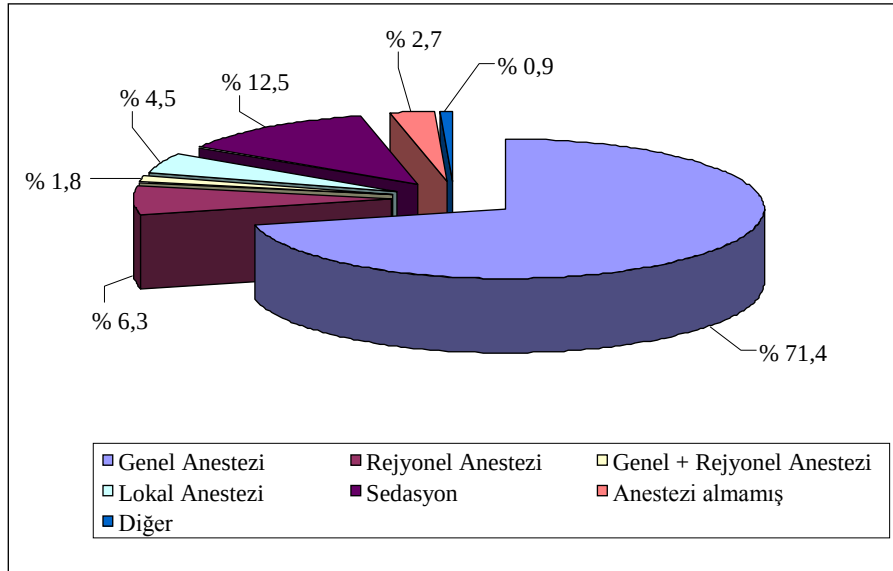
	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-80	Belirtilmemiş
Ölüm	22 (23,4)	9 (9,6)	16 (17)	18 (19,1)	17 (18,1)	3 (3,2)	7 (7,4)	2 (2,1)
Kalıcı Beyin Hasarı	2 (28,6)	1 (14,3)	1 (14,3)	2 (28,6)	1 (14,3)	-	-	-
Yanık	1 (25)	1 (25)	2 (50)	-	-	-	-	-
Körlük	-	-	1 (100)	-	-	-	-	-
Sinir Hasarı	-	-	1 (50)	-	-	-	1 (50)	-
Ekstremitte kaybı	-	-	1 (100)	-	-	-	-	-
Epidural apse	-	-	-	-	-	1 (100)	-	-
Yanlış operasyon sonucu yaralanma	-	-	-	-	1 (100)	-	-	-
Yanlış kan transfüzyonu	-	1 (100)	-	-	-	-	-	-

İncelenen dosyaların 96'sında (% 85,7) hastadan veya yakınından onam alınıp alınmadığı belirtilmemiştir. Sadece 11 (% 9,8) olguda onam alınmıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Hatalı anestezi uygulamalarında onam alınma oranları

Hasta onamı	n	%
Alınmıştır	11	9,8
Alınmamıştır	5	4,5
Belli değil	96	85,7
Toplam	112	100

Olgulara uygulanan anestezi yöntemleri incelendiğinde; 112 olgunun 80'inde (% 71,4) genel anestezi, 14'ünde (% 12,5) sedasyon, 7'sinde (% 6,3) rejyonel anestezi, 5'inde (% 4,5) lokal, 2'sinde (% 1,8) ise genel ve rejyonel anestezinin birlikte uygulandığı görülmüştür. 3 olgunun (% 2,7) ise anestezi almadığı fakat anestezi ekibinin ameliyathane dışı uygulamaları nedeniyle (hasta nakli, acil servis nöbeti sırasında) sorumlu tutulduğu belirlenmiştir (Şekil 9).



Şekil 9. Hatalı anestezi uygulamalarındaki anestezi yöntemlerinin dağılım oranları

Anestezi uygulamasına bağlı tıbbi uygulama hatalarının en sık 25 olgu (% 22,3) ile kadın hastalıkları ve doğum ameliyatları sırasında görüldüğü ve bunu 22 olgu (% 19,6) ile genel cerrahi, 18 olgu (% 16,1) ile ortopedi ameliyatlarının izlediği saptanmıştır (Tablo 15).

Tablo 15. Hatalı anestezi uygulamalarının klinik branşlara göre dağılımı

Klinik branşlar	n	%
Kadın Doğum	25	22,3
Genel Cerrahi	22	19,6
Ortopedi	18	16,1
KBB	10	8,9
Beyin Cerrahi	7	6,3
Plastik Cerrahi	6	5,4
Acil servis	5	4,5
Pediyatrik Cerrahi	4	3,5
Ameliyathane Dışı Uygulama	4	3,6
Üroloji	3	2,7
Göz	3	2,7
Göğüs cerrahi	2	1,8
Pediyatri	1	0,9
Algoloji	1	0,9
KVC	1	0,9
Toplam	112	100

Araştırmamızda, hatalı anestezi uygulaması sonucu mortalite oranı % 83,9 olarak bulunmuştur. Ölüm dışında görülen diğer sonuçlar; kalıcı beyin hasarı, yanık, sinir hasarı, körlük, ekstremitte kaybı, epidural abse, yanlış operasyon sonucu yaralanma ve yanlış kan transfüzyonudur (Tablo 16).

Tablo 16. Anestezi uygulaması sonucu görülen hasar oranları

Anestezi uygulaması sonucu oluşan hasar	n	%
Ölüm	94	83,9
Kalıcı Beyin Hasarı	7	6,3
Yanık	4	3,6
Sinir Hasarı	2	1,8
Körlük	1	0,9
Ekstremitte kaybı	1	0,9
Epidural apse	1	0,9
Yanlış operasyon sonucu yaralanma	1	0,9
Yanlış kan transfüzyonu	1	0,9
Toplam	112	100

Hatalı anestezi uygulamasının ölümle sonuçlandığı 94 olguda ölüm zamanları incelendiğinde, ölümün; 24 (% 25,5) olguda anestezi sonrası ilk 24 saat içinde, 23 (% 24,5) olguda anestezi uygulaması sırasında, 20 (% 21,3) olguda postoperatif 2 - 7. günlerde, 12 (% 12,8) olguda 8 - 14. günlerde, 8 (% 8,5) olguda 15 - 30. günlerde ve 7 (% 7,4) olguda 30 gün - 2 yıl içinde ortaya çıktığı belirlenmiştir. Olguların 18'inde ise anestezi uygulaması ölümle sonuçlanmamıştır (Tablo 17).

Tablo 17. Ölümle sonuçlanan olgularda ölümün meydana geldiği dönem

Ölüm zamanı	n	%
Postoperatif 24 içinde	24	25,5
Anestezi uygulaması sırasında	23	24,5
Postoperatif 2-7 gün	20	21,3
Postoperatif 8-14 gün	12	12,8
Postoperatif 15-30 gün	8	8,5
Postoperatif 30 gün- 2 yıl	7	7,4
Toplam	94	100

Hatalı anestezi uygulamasının ölümle sonuçlandığı 94 olgunun 48'inde (% 51) ölümün yoğun bakım ünitesinde meydana geldiği görülmüştür. Olguların 18'inde ise (% 19,1) ölüm, operasyon odasında meydana gelmiştir (Tablo 18).

Tablo 18. Ölümle sonuçlanan olgularda ölümün meydana geldiği yer

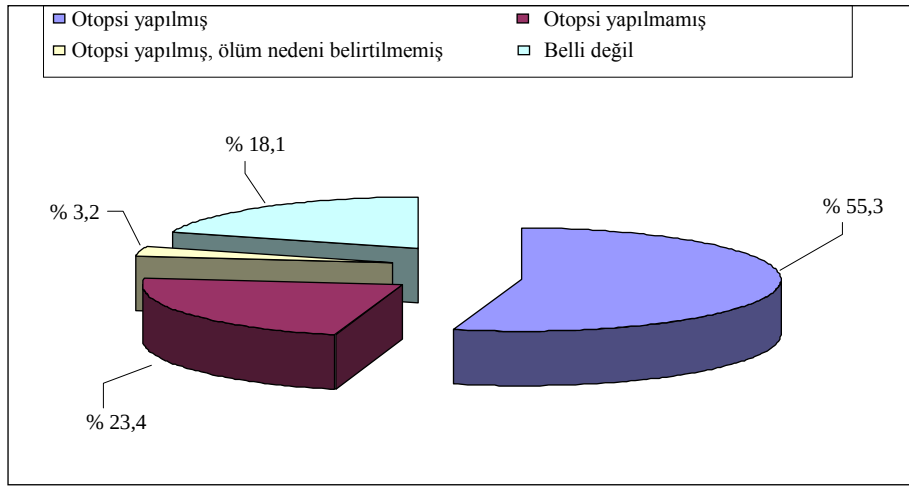
Ölüm yeri	n	%
Yoğun Bakım Ünitesi	48	51
Operasyon Odası	18	19,1
Hasta Odası	7	7,4
Transport sırasında	6	6,4
Acil Servis	4	4,3
Muayenehane	3	3,2
Derlenme Odası	3	3,2
Belli değil	2	2,1
Radyoloji ünitesi	1	1,1
Evde	1	1,1
Özel görüntüleme merkezi	1	1,1
Toplam	94	100

Hatalı tıbbi uygulama iddiasıyla mahkemeye yansıyan ve mahkeme tarafından YSS'den bilirkişilik görüşü istenen dosyalarda, sağlık personelinin en sık yargılandıkları kanun maddeleri Tablo 19'da görülmektedir. 112 olgunun 68'i (% 60,7) eski TCK.'nın 455. maddesine göre (tedbirsizlik ve dikkatsizlik sonucu ölüme sebebiyet vermek) yargılanmıştır. Geri kalan olgularda sağlık personelinin; 16'sının (% 14,3) yeni TCK'nın 85. maddesi olan taksirle adam öldürme, 12'sinin (% 10,7) tedbirsizlik ve dikkatsizlik sonucu yaralamaya sebebiyet vermek, 7'sinin (% 6,3) görevi savsaklama, 2'sinin (% 1,8) ise meslek ve sanatta acemilik sonucu yaralamaya sebebiyet vermek suçlarından yargılandığı tespit edilmiştir. Ayrıca 1'er olguda; ölüme sebebiyet vermek, vazifeyi suistimal, nizam veya talimatlara riayetsizlik sonucu yaralamaya sebebiyet vermek, maddi manevi tazminat, yenidoğan bebeği öldürmek, görevi kötüye kullanma ve görevi ihmal nedeniyle ölüme sebebiyet vermek suçlarından dolayı sağlık personelinin yargılandığı görülmüştür.

Tablo 19. Tıbbi uygulama hatasının ilişkili görüldüğü kanun maddesi

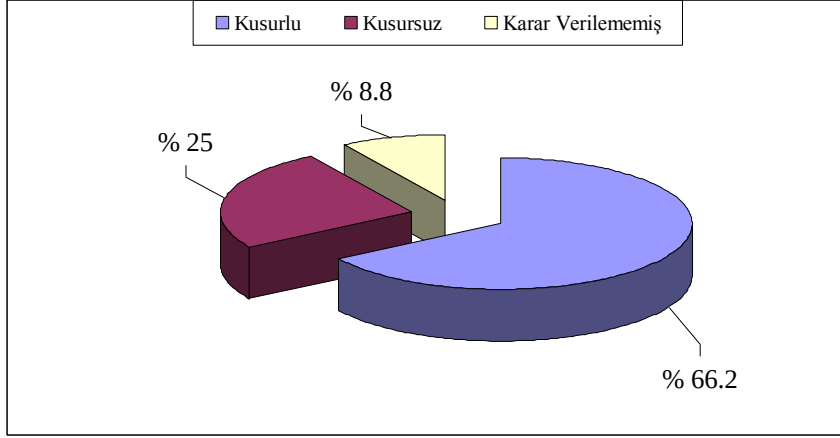
Kanun maddesi	n	%
TCK 455/1 Tedbirsizlik ve Dikkatsizlik Sonucu Ölüme Sebebiyet Vermek	68	60,7
Yeni TCK 85 Taksirle ölüme sebebiyet vermek	16	14,3
TCK 459/1 Tedbirsizlik ve Dikkatsizlik Sonucu Yaralamaya Sebebiyet Vermek	12	10,7
TCK 230. Görevi Savsaklama	7	6,3
TCK 459/2 Meslek ve Sanatta Acemilik Sonucu Yaralamaya Sebebiyet Vermek	2	1,8
TCK 455/2 Meslek ve Sanatta Acemilik Sonucu Ölüme Sebebiyet Vermek	1	0,9
TCK 459/3 Nizam veya Talimatlara Riayetsizlik Sonucu Yaralamaya Sebebiyet Vermek	1	0,9
Yenidoğan bebeği öldürmek	1	0,9
TCK 240. Vazifeyi Suistimal	1	0,9
Maddi manevi tazminat	1	0,9
Yeni TCK 257/1 Görevi kötüye kullanma	1	0,9
Görevi ihmal sonucu ölüme sebebiyet vermek	1	0,9
Toplam	112	100

Çalışmaya alınan 112 olgudan 94'ünde anestezi uygulaması ölümle sonuçlanmış ve sadece 52'sine (% 55,3) otopsi yapıldığı belirlenmiştir. Olguların 22'sine (% 23,4) otopsi yapılmamış, 3'üne (% 3,2) otopsi yapılmış fakat sonuca varılamamıştır. 17 olguda (% 18,1) ise otopsi yapıp yapılmadığı dosyada belirtilmemiştir (Şekil 11).



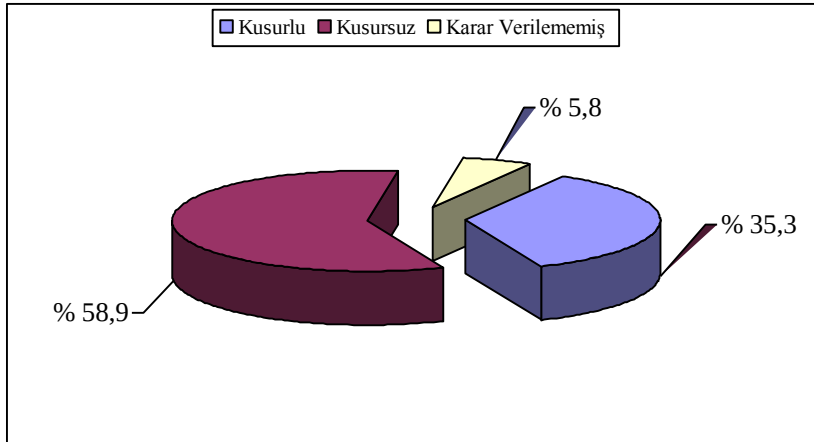
Şekil 10. Anestezi uygulaması ölümle sonuçlanan olgulara otopsi yapılma oranları

Ceza mahkemeleri tarafından YSS'ye gönderilmeden önce ATK'dan görüş istenen olgu sayısı 68'dir (% 60,7). Olguların 44'ünde (% 39,3) mahkeme tarafından ATK'dan görüş istenmemiştir. Görüş bildirilen 68 olgunun 45'inde (% 66,2) anestezi uygulaması kusurlu bulunurken, 17'sinde (% 25) hatalı tıbbi uygulama düşünülmemiş, 6'sında (% 8,8) ise ATK tarafından yapılan inceleme sonucunda karar verilememiştir (Şekil 11).



Şekil 11. Mahkeme tarafından ATK'dan görüş istenen olgularda kusur oranları

Yüksek Sağlık Şurası'ndan görüş istenmeden önce, mahkeme tarafından belirlenen bilirkişilerden görüş istenen dosya sayısı 17 (% 15,2)'dir. Olguların 95'inde (% 84,8) bilirkişi görüşüne başvurulmamıştır. Görüş bildirilen 17 olgunun 6'sında (% 35,3) anestezi uygulaması kusurlu bulunmuş, 10'unda (% 58,9) hatalı tıbbi uygulama düşünülmemiş, 1'inde (% 5,8) ise bilirkişi tarafından karar verilememiştir (Şekil 12)



Şekil 12. Mahkeme tarafından bilirkişilerden görüş istenen olgularda kusur oranları

Araştırmada kaynak olarak kullanılan YSS kararlarına göre; hatalı tıbbi uygulamadan sorumlu tutulan sağlık personellerinin kusurlu olup olmadığı ve varsa kusur oranları Tablo 20’de gösterilmiştir. YSS tarafından incelenen 112 dosyanın 83’ünde cerrah, anestezi uygulamasından dolayı suçlanmış ve YSS tarafından % 49,3’ünde kusurlu bulunmuştur. 68 dosyada anesteziist sorumlu tutulmuş ve % 52,9’unda anestezi yönünden hatalı tıbbi uygulama kararı verilmiştir. Anestezi teknisyeni hiçbir dosyada yalnız başına hatalı anestezi uygulamasından sorumlu tutulmamış, fakat anestezi teknisyeni ile ilişkili olguların % 40’ında anestezi uygulaması hatalı olarak değerlendirilmiştir. Kusur oranları açısından incelediğimizde; anesteziist, cerrah ve anestezi teknisyenine en çok verilen kusur oranının 4/8 olduğu tespit edilmiştir. YSS tarafından kusur belirtilmeyen olguların çoğunda, otopsi yapılmadığından dolayı kusur belirtilemediği görülmüştür.

Tablo 20. Hatalı anestezi uygulamalarında YSS tarafından belirlenen kusur oranları

	Kusursuz	Kusur Oranları								Belirtilmemiş
		1/8	2/8	3/8	4/8	5/8	6/8	7/8	8/8	
Cerrah	42	4	6	1	16	2	4	0	3	4
Anesteziist	25	1	11	3	13	0	5	0	3	7
Teknisyen	19	2	4	1	5	0	0	0	3	2
Hemşire	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0
Dahiliye uzmanı	0	0	1	0	3	0	0	0	0	1
Pediyatrist	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Radyolog	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
Pratisyen hekim	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Hatalı anestezi uygulamasından anestezistin sorumlu olduğu 68 olgunun 36'sında (% 52,9) anestezistin kusurlu, 25'inde (% 36,7) kusursuz olduğu, 7'sinde (% 10,4) ise kusur durumunun belirtilmediği görülmüştür. Anestezistin sorumlu olduğu 68 olgunun 55'inde anestezi uygulaması ölümle sonuçlanmış, ölümle sonuçlanan olguların % 56,4'ünde (31 olgu) anestezist kusurlu bulunmuş, % 30,9'unda (17 olgu) ise kusursuz olduğuna karar verilmiştir. Ölümle sonuçlanan olguların 7'sinde (% 12,7) YYS tarafından anestezistin kusur durumu belirtilmemiştir (Tablo 21).

Tablo 21. Hatalı anestezi uygulamalarından anestezistin sorumlu olduğu olgularda YYS tarafından belirlenen kusur oranları (n(%))

	Kusursuz	1/8	2/8	3/8	4/8	5/8	6/8	8/8	Belirtilmemiş
Ölüm	17 (30,9)	1 (1,8)	8 (14,5)	3 (5,5)	12 (21,8)	-	4 (7,3)	3 (5,5)	7 (12,7)
Kalıcı Beyin Hasarı	2 (50)	-	1 (25)	-	-	-	1 (25)	-	-
Yanık	1 (33,3)	-	2 (66,7)	-	-	-	-	-	-
Körlük	1 (100)	-	-	-	-	-	-	-	-
Sinir Hasarı	2 (100)	-	-	-	-	-	-	-	-
Ekstremitte kaybı	1 (100)	-	-	-	-	-	-	-	-
Epidural apse	1 (100)	-	-	-	-	-	-	-	-

Hatalı anestezi uygulamasından cerrahların sorumlu olduğu 83 olgunun 41'inde (% 49,3) cerrahın kusurlu, 38'inde (% 45,7) kusursuz olduğu, 4'ünde (% 5) ise kusur durumunun belirtilmediği tespit edilmiştir. 83 olgunun 68'inde anestezi uygulaması ölümle sonuçlanmış, ölümle sonuçlanan olguların 32'sinde

(% 47,1) cerrah kusurlu bulunmuş, 32'sinde (% 47,1) ise kusursuz olduğuna karar verilmiştir. Ölümle sonuçlanan olguların 4'ünde (% 5,8) YSS tarafından cerrahın kusur durumu belirtilmemiştir (Tablo 22).

Tablo 22. Hatalı anestezi uygulamalarından cerrahın sorumlu olduğu olgularda YSS tarafından belirlenen kusur oranları (n(%))

	Kusursuz	1/8	2/8	3/8	4/8	5/8	6/8	8/8	Belirtilmemiş
Ölüm	32 (47,1)	4 (5,9)	5 (7,9)	1 (1,5)	14 (20,6)	1 (1,5)	4 (5,9)	3 (4,4)	4 (5,8)
Kalıcı Beyin Hasarı	6 (85,7)	-	-	-	1 (14,3)	-	-	-	-
Yanık	2 (50)	-	1 (50)	-	1 (50)	-	-	-	-
Ekstremitte kaybı	1 (100)	-	-	-	-	-	-	-	-
Yanlış operasyon sonucu yaralanma	-	-	-	-	-	1 (100)	-	-	-
Yanlış kan transfüzyonu	1 (100)	-	-	-	-	-	-	-	-

5. TARTIŞMA

Bu retrospektif araştırmada; 2000 - 2009 yılları arasındaki 9 yıllık süreçte, anestezi ile ilgili uygulama hatası olduğu öne sürülenlerin oranının % 6,1 olduğu belirlenmiştir. Hatalı anestezi uygulamalarında; anestezi uzmanları ile cerrahların benzer oranlarda kusurlu bulunduğu, mortalitenin % 83,9 olduğu ve hatalı uygulamaların en fazla devlet hastanelerinde yapıldığı tespit edilmiştir.

Ülkemizde, yargıya intikal eden anestezi hatalarının araştırıldığı çalışmalar oldukça azdır. Bu konuda en yakın dönemde yapılmış olan çalışma, Ayoğlu ve ark.'nın (35) 1990 - 2001 dönemlerini kapsayan retrospektif araştırmasıdır. Ayoğlu ve ark. (35), anestezi ile ilişkili tıbbi uygulama hataları nedeniyle YSS'de görüşülen 1826 dosyayı incelemişler ve bunlardan 82'sinin (% 4,5) doğrudan anestezi ile ilişkili olduğunu saptamışlardır. Araştırmamızdaki olgu sayısının Ayoğlu ve ark.'nın (35) araştırmasına kıyasla daha yüksek olması, anestezi uygulamaları sırasında hata oranının arttığı şeklinde yorumlanabileceği gibi hastaların bu konuda daha bilinçli hale gelmesiyle birlikte hekimler ve sağlık personeli hakkında şikâyetlerin arttığını da düşündürebilir. ABD'de yıllık olarak medikal malpraktis verilerini yayınlayan National Practitioner Data Bank (NPDB)'ın 2006 yılı verilerine göre; 2005 yılında bildirilen tıbbi hata sayısı 2004 yılına göre % 2,2 oranında, 2006 yılında bildirilen tıbbi hata sayısı ise 2005 yılına göre % 8,3 oranında azalmıştır. Oysa doktorların tıbbi uygulama hatasına karşı yaptırdıkları sigorta primlerinin tutarı ise, 2000 yılından 2004 yılına kadar olan süreçte % 9,7 oranında artmıştır (74). Bu artış, hekimlerin yıllık gelirlerinde ciddi miktarda kayıba neden olmaktadır. Sonuçta; hekim yüksek sigorta primi

ödememek için görevini daha dikkatli yerine getirmekte, hata yapmaktan kaçınmakta ve bu da doğal olarak malpraktis oranını düşürmektedir. Ülkemizde ise; 21.01.2010 tarihinden itibaren yürürlüğe giren ‘Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun’un 8. maddesi gereği, yakın dönemde tüm hekimlerin mesleki malî sorumluluk sigortası yaptırmaları zorunlu hale getirilmiştir (61). Bu sigorta sayesinde, hekimler mesleğini uygularken zarar verme kaygısından kurtulacak fakat sigorta ödemelerinin yüksek tutarlarda olmaması için hatalı tıbbi uygulamadan da kaçınmaya çalışacaktır. Böylelikle; anestezi uygulaması sırasında en sık hata nedeni olarak tespit edilen dikkatsizlik ve özen eksikliğinin azalacağını, buna bağlı olarak ortaya çıkan malpraktis oranında da azalma olacağını düşünmekteyiz.

Bilirkişilik görüşü için YSS’ye gönderilen dosyalarda; hatalı anestezi uygulamaların meydana geldiği şehirler arasında sayı bakımından İstanbul % 28,6 ile birinci sırada yer alırken, İstanbul’u sırasıyla Ankara (% 8,9), Adana (% 8) ve azalan oranlarda diğer şehirlerin takip ettiği görülmüştür. Nüfusa göre ağırlıklı oranları karşılaştırdığımızda ise; Artvin’in birinci, Iğdır’ın ikinci, Erzincan’ın üçüncü sırada yer aldığını görmekteyiz. Şehirlere göre dağılımda, sayı bakımından hatalı anestezi uygulama iddiasının en fazla İstanbul’da olduğu ancak nüfusa göre ağırlıklı oranlar karşılaştırıldığında Artvin’in birinci sırada yer aldığı belirlenmiştir. Nüfusa göre ağırlıklı oranlarda ilk sıralarda yer alan illerin küçük ve doğu bölgelerimizde yer alan iller olduğu görülmektedir. Bunun nedenleri arasında; anesteziistlerin çoğunlukla büyük şehirlerde görev yapmaları ve perifer

illerde anestezi olmadan anestezi uygulanmasının en önemli faktör olduğu düşünülebilir.

Hatalı anestezi uygulamalarını meslek gruplarına göre değerlendirdiğimizde; hataların % 30,3'ünde anestezi ve cerrah, % 17'sinde cerrah ve onun sorumluluğunda anestezi uygulayan anestezi teknisyeni, % 14,3'ünde tek başına cerrah, % 13'ünde tek başına anestezi, % 8'inde ise anestezi, cerrah ve teknisyen birlikte sorumlu tutulmuştur. Araştırmamızda, anestezinin hatalı uygulamasından sorumlu tutulan sağlık personeli sıralamasında cerrahlar ilk üç sırada yer alırken teknisyenlerin yalnız başlarına sorumlu tutulmadığı görülmektedir. Benzer şekilde Ayoğlu ve ark.'nın (35) araştırmasında; hatalı tıbbi uygulamaların % 21,2'sinde anestezi ve cerrah, % 13,5'inde cerrah ve teknisyen, % 9,6'sında ise anestezi ve teknisyenin sorumlu tutulduğu görülmüştür. Teknisyenlerin bu araştırmada da yalnız başlarına sorumlu tutulmadıkları görülmektedir. Ertan'ın (36) tez çalışmasında ise, 1996 - 2005 yılları arasında Adli Tıp Kurumu (ATK) tarafından anestezinin hatalı uygulaması açısından değerlendirilen 123 dosyanın 79'unda (% 64,3) anestezinin tek başına veya teknisyen ile birlikte anestezi uyguladığı, 26'sında (% 21) ise anestezi uzmanı dışında uzmanların sorumluluğunda teknisyenlerin anestezi uyguladığı görülmüştür. Bu çalışmalar karşılaştırıldığında; hatalı anestezi uygulamalarının en sık anestezi uzmanlarının sorumlu olduğu olgularda ortaya çıktığı fakat anestezi uzmanı olmayan yerde cerrah ve onun sorumluluğunda anestezi teknisyeni tarafından anestezi uygulanmasının da, hataların ortaya çıkmasında önemli bir neden olduğu görülmektedir.

Ülkemizde anestezi uzmanı sayısı yetersiz olduğundan birçok yerde anestezi uygulaması, yönetmelik gereği cerrahın sorumluluğunda anestezi teknisyenleri tarafından yapılmaktadır. Bu durum Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, ameliyathane teknisyeninin görev ve yetkileri bölümü md. 137’de şöyle ifade edilmektedir; *“Ameliyathane teknisyeni, ameliyathane sorumlu uzmanı veya bu bulunmadığı takdirde ameliyatı yapan uzmanın sorumluluğu altında ve bunların direktiflerine göre ameliyatın salimen ve rahat bir şekilde sonuçlanması için gerekenleri yapar”* denilmektedir (75). Anestezi teknisyenlerinin eğitimi, önceleri Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık meslek liselerinde ilköğretim okulu mezunlarına dört yıl süre ile genel kültür derslerinin yanı sıra meslek dersleri ve uygulamalı dersler verilerek tamamlanırken, 1985 yılından itibaren üniversitelerde açılan anestezi teknikerliği ön lisans programına lise mezunları sınav ile alınmakta ve iki yıl gibi kısa bir süre eğitim verilmektedir (29). Anestezi uzmanları ile anestezi teknisyenlerinin aldıkları eğitim standartları farklı olduğu gibi mezuniyet sonrası sürekli eğitim konusunda da ülkemizde ciddi eksiklikler bulunmaktadır.

Avrupa’da birçok ülkede, ABD’de, bazı Afrika ve Asya ülkelerinde; ülkemizdeki anestezi teknisyenlerine benzer şekilde görev yapan anestezi hemşireleri bulunmaktadır. Bu ülkelerdeki anestezi hemşirelerinin standart eğitim alması ve benzer koşullarda çalışabilmesi için, Uluslararası Anestezi Hemşireleri Federasyonu (International Federation of Nurse Anesthetists) kurulmuştur. Federasyonun amacı; üye olan bütün ülkelerdeki anestezi hemşirelerinin standart eğitim alarak yetişmeleri, eğitim programlarının sürekli kontrol edilerek

yenilenmesi ve güncellenmesi, mezuniyet sonrası eğitime devam edilmesi, üye ülkeler arasında eğitim amaçlı hemşire öğrencilerin değişim programları düzenlenmesidir. Anestezi hemşirelerinin sorumlulukları bazı ülkelerde farklılık göstermekle birlikte, çoğunlukla anestezi uygulaması sırasında anesteziye yardımcı konumda görev yapmaktadırlar. Bunun dışında; anestezi cihazını hazır ve temiz tutmak, preoperatif değerlendirme yapmak, derlenme döneminde hastayı takip etmek, kardiyopulmoner resüsitasyonda ve acil durumlarda havayolu açıklığını sağlamak da diğer görevleri arasındadır. Anestezi hemşirelerinin görev yaptığı ülkelerin çoğunda, anestezi uygulaması anesteziistin sorumluluğunda yapılmaktadır. Fransa’da, ülkemizdeki uygulamaya benzer şekilde; anesteziist aynı anda 2 – 3 odadan sorumlu tutulmakta, her operasyon odasında bir anestezi hemşiresi bulunmakta ve anesteziistin gözetiminde anestezi uygulanmaktadır (76). Farklı olarak, ABD’de anestezi hemşireleri anesteziist ile beraber veya tek başına anestezi uygulaması yapabilmektedir. Fakat anestezi uzmanı olmadan hemşirelerin anestezi uygulaması yapabilmesi için, normal eğitim süresinden sonra iki yıl daha özel eğitim almaları gerekmektedir (77). Ülkemizde de anesteziye bağlı hataların azaltılması için; anestezi teknisyenlerinin eğitim programının yeniden düzenlenmesiyle birlikte anesteziist sayısını artıracak ve anesteziist olmadan anestezi uygulanmasını önleyecek gerekli yasal düzenlemelerin yapılmasının faydalı olacağı kanısındayız.

Araştırmamızda, 112 olgunun 71’ine anesteziist tarafından, 41’ine ise diğer klinik dallardan hekimler veya cerrahın sorumluluğunda anestezi teknisyenleri tarafından anestezi uygulandığı tespit edilmiştir. Anesteziist olmadan anestezi

uygulamasý yapılan olguların 23'ünde (% 56) uygulama devlet hastanelerinde gerçekleştirilmiştir. Bunun nedeni, devlet hastanelerinde anesteziist olmadan da teknisyenlerin anestezi uygulayabilmesidir ve bu durum yasalarla da desteklenmektedir. Buna karşılık; Özel Hastaneler Yönetmelięi'nde, özel hastanenin ruhsatlandırılması için tam gün çalışan anesteziist bulunması zorunluluğu vardır (55). Kurumlar arasında uygulama ve mevzuat yönünden bu şekilde farklılık olması çelişkili bir durum yaratmaktadır. İncelediğimiz dosyaların 34'ünde anestezi uygulamasý özel hastanede yapılmıştır ve Özel Hastaneler Yönetmelięi'ne aykırı şekilde 8 olguda anesteziist olmadan anestezi uygulandığı tespit edilmiştir. Benzer şekilde özel muayenehanelerde de çoęu olguda anesteziist olmadan teknisyenin veya cerrahın anestezi uyguladığı tespit edilmiştir. Üniversite hastanelerinde ise tüm anestezi uygulamaları anestezi asistanları veya öğretim üyelerinin sorumluluğunda yapılmaktadır. Ülkemizde yapılan daha önceki araştırmalarda, cerrah ve teknisyen sorumluluğunda gerçekleştirilen anestezi uygulamalarının sayısı tam olarak belirtilmediğinden karşılaştırma yapılamamaktadır.

Araştırmamızda sağlık personelinin mesleki deneyim süresi incelenmiş ve 112 olgunun 106'sında (% 94,6) bu sürenin belirtilmediği görölmüştür. Mesleki deneyim süresinin belirtildiği az sayıdaki dosyada ise personelin; % 1,8'inin 0 - 5 yıl, % 1,8'inin 5 - 10 yıl, % 0,9'unun 10 - 15 yıl ve % 0,9'unun 20 yılın üstünde mesleki deneyim süresine sahip olduğu belirlenmiştir. Mesleki deneyim süresinin, tıbbi uygulama hatalarına neden olan önemli faktörlerden biri olduğu gösterilmiştir (26, 78). Cooper'ın (26) araştırmasında, yargıya yansıyan olgularda

en sık insan kaynaklı hata nedeninin tecrübesizlik olduğu görülmüştür. Marcus'un (78) 2002 - 2004 yılları arasında Birmingham Çocuk Hastane'sinde, pediatrik anestezi olgularında insan hatalarını incelediği araştırmasında da, olguların % 7,7'sinde hatalı anestezi uygulama nedeninin anestezistin tecrübesizliği olduğu ve insan hataları arasında dördüncü sırada yer aldığı görülmüştür. Araştırmamızda, dosyaların çoğunda mesleki deneyim süresi belirtilmediğinden bu çalışmalarla karşılaştırma yapılamamıştır.

Özen yükümlülüğü hekimin en önemli yükümlülüğüdür ve bunun ihmali sonucu hasta zarara uğradığı takdirde hekim taksirli fiilden suçlanmaktadır (52). Hatalı anestezi uygulaması iddiasıyla YSS'de incelenen dosyalarda, en sık hata nedeninin, takipte yetersizlik, dikkat ve özen eksikliği (% 36,6) olduğu belirlenmiştir. Eski TCK'da önceleri sekiz esası üzerinden, daha sonraları da yüz üzerinden belirlenen oranlı kusur, yeni TCK'da kaldırılmıştır. Buna göre bilirkişiler kararlarında kusur oranı belirlemeyecekler, sadece kişinin dikkat ve özen yükümlülüğünü yerine getirip getirmediğini değerlendireceklerdir (66). Yüksek Sağlık Şurası Çalışma Yönergesi de 2007'de bu esasa göre yeniden yeniden düzenlenmiş ve dosyalarda öncelikle ilgili meslek mensubunun veya meslek mensuplarının kusurlu, hatalı veya ihmalkâr olup olmadığı, dikkatsizlik veya meslekte acemilik gösterip göstermediğinin temel inceleme prensibi olduğu belirlenmiştir (71). Bu nedenle; 2007 ve sonrasında YSS tarafından karar verilen dosyaların özellikle dikkatsizlik ve özen eksikliği yönünden incelendiği görülmektedir. Araştırmamıza benzer şekilde, Türkan ve ark.'nın (32) 2000 - 2004 yılları arasında YSS'de acil servislerdeki hatalı tıbbi uygulamaları

inceledikleri araştırmalarında, en sık hata nedeninin dikkatli muayene etmeme ve değerlendirmeme olduğu görülmüştür. Yaycı ve ark.'nın (79) ATK'da 1996 - 2000 yılları arasında genel cerrahide tıbbi uygulama hatalarını araştırdıkları çalışmada da dikkat ve  zen eksikliğinin hataların ortaya çıkmasında en önemli neden olduğu belirtilmiştir. Ayoğlu ve ark.'nın (35) araştırmasında, takipte yetersizlik % 13,5 ile üçüncü sırada yer almaktadır. Marcus'un (78)  alışmasında ise % 5,6 ile dikkatsizlik ve takip eksikliği insan hataları arasında 6. sırada yer almaktadır.

Anesteziye bağlı tıbbi uygulama hataları arasında ikinci en sık neden % 25,9 oranındaki ventilasyon problemleridir. Bu olguların çoğunda hasta entübe ve/veya ventile edilememiş, yanlış özefagus entübasyonu yapılmış, birkaç hastada indüksiyondan hemen sonra spazm geliştiği için hasta ventile edilememiş ve ventile edilemeyen hastalara trakeostomi a ılmasında geç kalınmıştır. Bir hastada ekstübasyon aşamasında, bir hastada ise postoperatif dönemde spazm gelişmiş ve sonunda her iki olguda ölümle sonuçlanmıştır. Genel anestezi uygulanan iki olguda hastaya pozisyon verilmesi sırasında endotrakeal tüp yer değiştirmiş ve fark edilmemiştir. Ayoğlu ve ark.'nın (35) araştırmasında, solunum sistemi ile ilişkili problemlerin birinci sırada (% 40,4) yer aldığı görülmektedir. Morray ve ark. (80) ASA Kapanmış İddialar Projesi (ASA-CCP) kapsamında 1985 - 1991 yılları arasında pediatrik ve yetişkin hastalardaki hatalı anestezi uygulamalarını karşılaştırdıkları araştırmanın sonucunda, pediatrik hastaların % 43'ünde, yetişkin hastaların ise % 30'unda en sık görülen hata nedeninin havayolu güvenliği ile ilişkili problemler olduğunu tespit etmişlerdir. Bu çalışmada da bizim

sonuçlarımıza benzer şekilde havayolu ile ilgili en sık nedenler; yetersiz ventilasyon, özefagus entübasyonu, havayolu obstrüksiyonu, zor entübasyon, dikkatsiz veya erken ekstübasyondur. Petty ve ark.'nın (81) Avustralya Hasta Güvenliği Kurumu Anestezi Vakalarını İzleme Çalışması, ASA-CCP ve Amerikan Anestezi Hemşireleri Birliği (American Association of Nurse Anesthetists, AANA) kayıtlarından hatalı anestezi uygulamalarını karşılaştırdıkları retrospektif araştırmanın sonucunda, her üç çalışmada da anesteziye bağlı en sık hata nedeni olarak solunum sistemi problemleri tespit edilmiştir. Marcus'un (78) çalışmasında, pediatrik olguların % 52,2'sinde anestezi ile ilişkili en sık hata nedeni olarak aynı şekilde havayolu ve solunumla ilgili problemler görülmektedir. Benzer şekilde diğer araştırmaların çoğunda da anestezi ile ilişkili hatalı uygulamaların başında solunum sistemi ile ilgili problemlerin geldiği görülmektedir (25, 82, 83).

Puls oksimetre ve kapnografin 1990'lı yıllardan itibaren rutin kullanıma girmesi ve yeni monitorizasyon tekniklerinin kullanılmaya başlanması ile anestezi hatalarının çoğunun önlenebileceği düşünülmüştür (27). Peterson ve ark. (84) 1985 - 1999 yılları arasında ASA-CCP kapsamında zor havayolu tespit edilen 179 olguyu inceledikleri araştırmalarında bu görüşü destekleyen sonuçlar elde etmişlerdir. Araştırmada, özellikle indüksiyon aşamasında havayolu yönetimine bağlı ortaya çıkan ölüm ve kalıcı beyin hasarı oranının, 1985 - 1992 yıllarında % 62 iken 1993 - 1999 yıllarında % 35'e gerilediği gösterilmiştir. İncelediğimiz dosyalarda da benzer sonuçları elde etmemiz, ülkemizde monitorizasyon ve izlem konusundaki teknolojik gelişmelerin yeterli olduğunu düşündürmektedir. Nitekim

geçmiş dönemlerde yapılan Ayoğlu ve ark.'nın (35) araştırmasında, ventilasyon ve monitorizasyon hatalarının ilk sırada yer alması da bu görüşü desteklemektedir.

Anestezi uygulaması ile ilgili hata nedeni olarak üçüncü sırada (% 20,9) preoperatif tetkik ve muayene eksikliği gelmektedir. Ertan'ın (36) araştırmasında anestezi ile ilişkili hatalar arasında preoperatif değerlendirme eksikliği % 42,5 ile birinci sırada yer almakta, aynı şekilde Warden ve ark.'nın (85) 1984 - 1990 yılları arasında Avustralya'da yaptığı çalışmada da, anestezi ile ilişkili en sık hata nedeni olarak (% 44,7) ameliyat ve anesteziye yetersiz hazırlık görülmektedir. Ayoğlu ve ark.'nın (35) yaptıkları çalışmada ise preoperatif tetkik ve muayene eksikliği % 23,1 ile ikinci sıklıkta görülmektedir. Arbous ve ark. (22) 1995 - 1997 yılları arasında Hollanda'da 3 şehirdeki toplam 64 hastanede yaptıkları retrospektif çalışmada, anesteziye bağlı ölümlerin % 25'inde hata nedeninin yetersiz preoperatif hazırlık olduğunu belirtmişlerdir. Diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de hekimler, artan hatalı tıbbi uygulama davalarından kendilerini korumak için daha temkinli ve özenli davranmakta, bu özen hasta ile ilk karşılaşma olan preoperatif değerlendirmeden itibaren başlamaktadır. Geçmiş dönemlerde yapılan Ayoğlu ve ark. (35) ile Ertan'ın (36) araştırmalarında preoperatif tetkik ve muayene eksikliğinin bir veya ikinci sırada yer alması da bu yönde ilerleme kaydedildiğini düşündürmektedir.

Anestezi uygulaması ile ilgili hata nedenleri arasında dördüncü sırada, ilaç kullanımına bağlı ortaya çıkan hatalar (% 17,9) yer almaktadır. İlaça bağlı hata görülen 20 olgunun 12'sinde (% 60) anestezi teknisyeni veya diğer klinik dallardan hekimlerin, 8'inde (% 40) ise anestezistlerin anestezi uyguladığı

belirlenmiştir. Anestezist tarafından anestezi uygulanan 8 olgunun 3'ünde (% 37,5) anestezistin hatalı ilaç kullandığı, diğer 5 (% 62,5) olguda ise hastalara bağlı kişisel nedenlerle ilaçlara karşı reaksiyon geliştiği tespit edilmiştir. Anestezist olmadan anestezi uygulanan 12 olgunun 4'üne muayenehanede diğer klinik dallardan hekimler tarafından anestezik ilaç verilmiş ve ölümler sonuçlanmıştır. Geriye kalan 8 olguda ise anestezi uygulaması hastanede gerçekleştirilmiştir. Bu olguların birine postoperatif dönemde servis hemşiresi tarafından analjezik yerine nöromusküler bloker olan "Tracrium" yapılmıştır. İkinci olguda ise kadın doğum uzmanının talimatı ile küretaj yapılacak olan hastaya, hemşire tarafından Tiyopental sodyum yerine yine nöromusküler ilaç olan "Norcuron" yapılmış, geç farkedildiğinden hipoksik ensefalopati gelişmiştir. Benzer şekilde Ayoğlu ve ark. da (35) hatalı anestezi uygulama nedenleri arasında ilaç kullanımından kaynaklanan hataları dördüncü sırada (% 7,7) bulmuşlardır. İlaç isminin etiketlere yazılarak enjektörlerin üzerine yapıştırılması sık yapılan bir uygulamadır. Etiketlerin farklı renk ve/veya biçimde olmalarının ilaçların karışmamaması için önlem olabileceği düşünülmüştür. Fakat Fasting ve Gisvold (86) farklı renklerde etiket kullanımı ile enjektörlerin karışma olasılığının tamamen ortadan kalkmadığını tespit etmişlerdir. Bu prospektif çalışmada, farklı renklerde etiket kullanılan 55.426 olgudan 63'üne anestezi sırasında etiketlere rağmen hatalı ilaç uygulandığı tespit edilmiştir. Olguların; 28'inde enjektörlerin karıştığı, 9'unda ampullerin karıştığı, 8 olguda yanlış ilaç verildiği, 18 olguda ise ilacın doğru olduğu fakat dozunun yanlış verildiği tespit edilmiştir. Çalışmacılar sonuç olarak, ilaç kullanımında hata oranının tüm anestezi hataları içinde küçük

bir oranda olduğunu fakat sonuçta ciddi morbiditeye yol açtığını belirtmişlerdir. Yanlışlıkla verilen ilaçlar arasında araştırmamıza benzer şekilde kas gevşeticilerin birinci sırada oluşu da dikkat çekicidir. Bowdle’ın (87) yaptığı çalışmada ise ilaç kullanımında hata oranı % 4 olarak bulunmuştur. En sık hata nedenleri; % 31 yanlış dozda ilaç verme, % 24 yanlış ilaç uygulama, % 17 farkında olmadan ilaç ekleme olarak sıralanmaktadır. Yine yanlışlıkla enjekte edilen ilaçlar arasında ilk sırada % 17 ile süksinilkolin gelmiş, onu % 8 oranında epinefrin izlemiştir.

Araştırmamızda, uygunsuz koşullarda anestezi uygulaması oranı ile anestezi sonucunun komplikasyon kabul edildiği olgu oranlarının her ikisi de % 9,8 (17 olgu) bulunmuştur. Uygunsuz koşullarda anestezi uygulamalarının sık görüldüğü olgularda, anestezi olmadan cerrah ve teknisyenin birlikte anestezi uyguladığı belirlenmiştir. Ayrıca; anesteziistin sorumluluğunda fakat yeterli şartlar sağlanmadan yapılan anestezi uygulamaları, özel muayenehanede ve özel hastanelerde anestezi için uygun koşullar sağlanmadan anestezi verilen olgular ile gününbirlik ameliyathane dışı uygulama yapılan olgular da bu grupta yer almaktadır. Acil vaka olmadığı sürece olguların anestezi olmadan operasyona alınmaması ve anestezi uygulanmaması TŞSTİDK’un 23. maddesinde belirtilmiştir. Buna göre; *“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 çağırılması olası olmayan yerlerde yapılması zorunlu ameliyeler ile acil ve olağanüstü durumlar bu hükmün dışındadır”* denilmektedir (54). Oysa araştırmamızda, acil olmayan olgulara anestezi olmadığı halde cerrahlar tarafından anestezi uygulandığı tespit

edilmiştir. Olguların 1'inde ortopedi, 1'inde kadın hastalıkları ve doğum, 1'inde kardiyovasküler cerrah ve 2'sinde plastik cerrahi uzmanı tarafından acil olmayan olgulara anestezi uygulanmıştır. Bu uygulamaların tamamı YSS tarafından hatalı tıbbi uygulama olarak değerlendirilmiş ve cerrahlar kusurlu bulunmuştur. Posner'ın (88) ASA-CCP kapsamında yaptığı çalışmada, gününbirlik hastalarla ilgili anestezi kaza oranı % 23 olarak bulunmuştur. Bu oran bizim çalışmamıza göre oldukça yüksektir. Özellikle ameliyathane dışı uygulamalarda anestezi ve resüsitasyon ekipmanının eksik olması, eski ve bozuk cihazların kullanılması, yardımcı personel yetersizliği, anestezi uzmanının komplike hastalar dışında çağrılmaması nedeniyle anestezi hataları sık olarak ortaya çıkmaktadır. Oysa TARD tarafından 2005 yılında ameliyathane dışındaki anestezi uygulamaları ile ilgili bir kılavuz yayınlanmıştır. Bu kılavuzda ameliyathane dışında anestezi uygulanacak yerlerde olması gereken standart altyapı, ekipman, personel ve derlenme ünitesi gibi pek çok konuya değinilmiş ve standart bir anestezi uygulanması yönünde temel koşullar belirtilmiştir (44). Güvenli anestezi uygulaması için, ameliyathane dışındaki tüm anestezi uygulamaları anestezi tarafından yapılmalı ve TARD'ın yayınladığı kılavuzda öngörülen temel standartlar oluşturulmalıdır.

Hatalı anestezi uygulama nedenleri arasında postoperatif bakım eksikliğine bağlı hata oranı % 8,9 olarak bulunmuştur. Postoperatif dönem en az intraoperatif dönem kadar önemli bir süreçtir. Bu dönemde hasta hala anestezi sorumluluğundadır ve yetersiz bakım durumunda ortaya çıkan istenmeyen sonuçlardan anestezi sorumluluğundadır. Postoperatif süreçte, hastanın

güvenliği açısından uygun monitorizasyon yöntemleri ile takip yapılmalı, hasta tamamen derlendikten sonra servise gönderilmelidir (89). Nitekim Warden ve ark.'nın (85) araştırmasında, postoperatif bakım yetersizliğinin % 32 ile anesteziye bağlı ölüm nedenleri arasında ikinci sırada olduğu görülmüştür. Benzer şekilde Arbous ve ark.'nın (22) araştırmasında da, postoperatif bakım yetersizliğine bağlı ölüm oranının % 10 ile üçüncü sırada yer aldığı görülmektedir. Turet ve ark.'nın (90) çalışmasında; anesteziye bağlı komplikasyonların % 58'inin operasyon sırasında, % 42'sinin ise postoperatif derlenme döneminde ortaya çıktığı belirlenmiştir. Araştırmamızda, postoperatif bakım eksikliğine bağlı ortaya çıkan hata oranının diğer çalışmalara oranla düşük olduğu belirlenmiştir. Fakat ülkemizde geçmiş dönemlerde yapılan çalışmalarda anesteziye bağlı hatalar arasında postoperatif bakım eksikliği belirlenemediğinden karşılaştırma yapılamamıştır.

Araştırmamızda, anesteziye bağlı hata nedenleri arasında monitorizasyon eksikliği ve ekipman hatasının % 5,4 oranında görüldüğü tespit edilmiştir. Anestezi makinesi ve kullanılacak ekipmanın her operasyondan önce kontrolü yapılmalıdır. Bu durum ülkemizde yasalarla da belirtilmiştir. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 137. maddesi (a) bendinde anestezi teknisyeninin görevleri ile ilgili olarak *“Anestezi cihazının bakımından, temizlenmesinden, sterilizasyonundan ve daima kullanılabilir halde bulundurulmasından sorumludur. Anestezi cihazını ve ameliyat masasını her ameliyattan önce kontrol eder. Ameliyata hazır duruma getirir. Oksijen, azot protoksit bombalarının dolu olup olmadığına bakar”* denilmektedir. Aynı

yönetmeliğin anestezi uzmanı ile ilgili olan 116. maddesinde ise anestezi teknisyeninin düzenli ve verimli çalışmasını denetleme sorumluluğu anestezi uzmanına verilmiştir (76). Araştırmamızdan, hasta güvenliği açısından çok önemli olan ekipman ve monitorizasyon kontrolünün her anestezi uygulaması öncesi düzenli olarak yapılmadığı sonucunu çıkarabiliriz.

Anestezi ile ilişkili diğer kusurlar arasında; koter kullanımında hata oranı % 4,5; karbondioksit ve oksijen tüplerinin karışması % 2,7; gastrik içeriğin aspirasyonu ve yanlış kan transfüzyonu oranları % 1,8; yanlış operasyon uygulama ve izinsiz organ nakli suçları % 0,9 oranında bulunmuştur. Bu hataların ortaya çıkmasında da en önemli nedenin, araştırmamızda anesteziye bağlı en sık hata nedeni olarak tespit edilen dikkatsizlik ve özen eksikliği olduğu görülmektedir.

Anesteziden kaynaklanan istenmeyen olayların meydana geldiği sağlık birimleri arasında devlet hastaneleri % 57,2 ile birinci sırada yer almaktadır. Bunun, ülkemizde devlet hastanelerinin sayısının diğer sağlık kuruluşlarından fazla olması ve ücretsiz olarak tüm hastalara sağlık hizmeti vermesi nedeniyle hasta yoğunluğunun çok fazla olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. İkinci sırada % 30,4 ile özel hastaneler yer almaktadır. Özel hastanelere başvuran hasta profilinin farklı olması ve kişisel haklarına daha fazla sahip çıkmaları nedeniyle açılan dava sayısının fazla olduğu düşünülebilir. Benzer şekilde, Ertan'ın çalışmasında (36) istenmeyen olayların meydana geldiği sağlık kurumu oranlarına baktığımızda; devlet hastaneleri % 35,8 ile birinci sırada, özel hastaneler % 25,2 ile ikinci sıradadır. Ağrıtmış ve ark. (9) 2000 yılında ATK 1. İhtisas Kurulu'nda

görüŖülen anestezi ile iliŖkili olguları retrospektif taradıkları alıŖmada; araŖtırmamıza benzer Ŗekilde, istenmeyen olayların meydana geldiği sağlık kurumu olarak birinci sırada devlet hastaneleri, ikinci sırada özel hastaneler gelmektedir. Yaycı ve ark.'nın (79) araŖtırmasında ise; tıbbi uygulama hatalarının, devlet hastaneleri ve özel hastanelerde aynı oranda meydana geldiği görölmüŖtür.

Anestezi uygulamalarında, anestezinin uygulandığı zaman ile hata görölme sıklığı arasındaki iliŖkiyi incelediğimizde; alıŖmaya alınan 112 olgunun 42'sinde (% 37,5) olguya anestezi uygulanan zamanın belirtilmediği, belirtilen olguların ise 47'sine (% 42) mesai saatleri içinde yani 08 - 16 saatlerinde, 19'una (% 17) 16 - 24 saatlerinde, 4'üne (% 3,6) 24 - 08 saatlerinde anestezi uygulandığı görölmüŖtür. Aynı Ŗekilde istenmeyen olayların meydana geliŖ zamanı 49 olguda (% 43,8) belli değilken, hatanın meydana geldiği zamanın kaydedildiği olguların 19'unda (% 17) hatalı anestezi uygulamasının 16 - 24 saatleri arasında meydana geldiği görölmüŖtür. 08 - 16 saatleri arasında anestezi uygulanan 47 hastanın yalnızca 12'sinde (% 25) hatalı anestezi uygulaması görölürken, 16 - 24 saatleri arasında anestezi uygulanan 19 olgunun tamamında (% 100) anestezi ile iliŖkili istenmeyen olayların meydana geldiği tespit edilmiŖtir. 19 olgunun 11'inde (% 57,8) anestezi uygulamasını anestezistler yaparken 8'inde (% 42,2) diğer klinik dallardan hekimlerin veya teknisyenlerin anestezi uyguladığı tespit edilmiŖtir. Arbous ve ark.'nın (22) araŖtırmasında, olgulara anestezi uygulanma zamanları incelenmiŖ ve % 50,7'sine 08 – 17 saatleri arasında uygulama yapıldığı görölmüŖtür. Aynı araŖtırmada hataların ortaya çıktığı dönemle ilgili bilgi bulunmadığından, araŖtırmamız ile karŖılaŖtırma yapılamamıŖtır. AraŖtırmamızda,

olguların yarısından fazlasında hatalı anestezi uygulamasının anesteziistler tarafından yapıldığı belirlenmiştir. Anesteziistlerin yoğun mesai ve uyku düzeninde bozulmaya sebep olan nöbet sistemi ile çalışmaları, mesaiden sonra nöbete devam etmeleri ve nöbet çıkışında izin verilmeden çalışmayı sürdürmeleri, özellikle nöbet devri sırasında anestezi altındaki hastaların iyi devredilmemesi nedeniyle bu hataların ortaya çıktığı düşünülebilir. Nitekim Sarıcaoğlu ve ark.'nın (91) “Gece ve Gündüz Vardiya Çalışmasının Bir Grup Anestezi Asistanının Dikkat ve Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisi” adlı çalışmada, 12 saatlik gece ve gündüz vardiyaları halinde çalışan asistanların bilişsel işlevlerinin vardiya çıkışlarında kısmen bozulduğu, özellikle gece vardiyası sonrası bu işlevlerin daha çok etkilendiği görülmüştür. Çalışmamızda da, 16 - 24 saatleri arasında anestezi uygulanan hastalarda mesai saatlerine göre daha yüksek oranda hatalı anestezi uygulamaları tespit edilmiştir.

Hatalı anestezi uygulamalarında, olguların % 53,6'sında operasyonun elektif olduğu, % 42,9'unun ise acil olarak operasyona alındığı belirlenmiştir. Acil olarak operasyona alınan olgularda çoğu zaman hastanın genel durumunun kötü olması, yeterli preoperatif tetkik ve muayene yapılamadan operasyona alınması nedeniyle ortaya çıkan istenmeyen sonuçların aileler tarafından daha kolay kabullenildiği ve daha az oranda yargıya yansıdığı düşünülebilir. Diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda ise anestezi hatalarının, acil vakalarda elektif vakalara oranla daha yüksek görüldüğü tespit edilmiştir (22, 23, 85, 92).

Perioperatif mortaliteyi etkileyen faktörlerden biri olan ASA riskini incelediğimizde; çalışmaya alınan 112 dosyanın 77'sinde (% 68,8) olguların ek

hastalıklarının ve ASA riskinin belirtilmediği görülmüştür. Belirtilen dosyalarda; 24 (% 21,4) olgunun ASA I, 6 (% 5,4) olgunun ASA II, 3 (% 2,7) olgunun ASA III ve 2 (1,8) olgunun ASA IV olduğu tespit edilmiştir. Maaloe ve Derrington'a (93, 94), göre, mortaliteyi etkileyen en önemli faktör hastanın genel sağlık durumu ve ASA skorudur. Aynı şekilde Pedersen (21) yaptığı prospektif çalışmada, ölüm oranının yaşlı (70 yaş ve üstü), kronik kalp hastalığı, böbrek hastalığı olan veya kanserli hastalarda daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu konuda diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Tinker ve ark. (27) yaptıkları araştırmada, ASA-CCP kayıtlarından 1974 - 1988 yılları arasında anestezi uygulama hatası tespit edilen 1175 olgu incelenmiş ve çalışmamıza benzer şekilde hastaların çoğunun fizyolojik durumunun ASA I - II olduğu tespit edilmiştir. Morray ve ark. (80) pediatrik hastalarda yaptıkları retrospektif çalışmada, hastaların çoğu ASA I grubunda bulunmuştur. Bu çalışmalar ve bizim çalışmamızda, ASA I hasta grubunda anestezi hatalarının daha sık ortaya çıkma nedenleri arasında; ASA III - IV risk grubu hastaların acil olmadığı sürece anestezi uzmanı olmayan yerde operasyona alınmaması ve bu hasta grubunda anestezi uzmanının tam bir preoperatif değerlendirme yaparak gerekli bölümlere konsülte ettirdikten sonra hastaya anestezi uygulanması düşünülebilir. Çalışmamızın aksine, Forrest ve ark.'nın (95) genel anestezi uygulanan 17.201 hastada yaptıkları prospektif çalışmanın sonucunda, kardiyovasküler komplikasyonların daha çok ASA III - IV risk grubu hastalarda ortaya çıktığı görülmüştür. Hollanda'da 1995 - 1997 yılları arasında yapılan prospektif çalışmanın sonucunda, ölümle sonuçlanan anestezi uygulamalarının çoğunda

hastaların ASA III - IV risk grubunda oldukları görülmüştür (22). Aynı şekilde, Brezilya'da yapılan ve 1954 - 2007 yıllarını kapsayan literatür taramasında, anestezi hatalarının en sık ASA III risk grubu hastalarda görüldüğü belirlenmiştir (83).

Hasta yaşının önemli bir demografik özellik olduğu bilindiğinden, araştırmamızda anestezi hatalarının sık görüldüğü yaş grupları incelenmiş ve birinci sırada 0 - 10 (% 22,3) yaş grubu, ikinci sırada ise 21 - 30 (% 19,6) yaş grubunun yer aldığı görülmüştür. Benzer şekilde, Ertan'ın (36) ve Ayoğlu ve ark.'nın (35) araştırmalarında anestezi hatalarının en sık 0 - 10 yaş grubu hastalarda görüldüğü tespit edilmiştir. Diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda da, 10 ve 15 yaş altı hastalarda anestezi hatalarının daha sık ortaya çıktığı belirtilmiştir (80, 82, 92). Avustralya'da 1994 - 1996 yılları arasında yapılan retrospektif araştırmada ise, çalışmamızın aksine, anestezi hatalarının en sık 71 - 80 yaş grubunda görüldüğü belirlenmiştir (23). İncelediğimiz dosyalarda; 0 - 10 yaş grubunda anesteziye bağlı en sık ortaya çıkan istenmeyen sonucun ölüm olduğu (% 23,4) ve ölüm nedenleri arasında bu yaş grubunda ventilasyon problemlerinin birinci sırada yer aldığı görülmüştür. Benzer şekilde, Marcus'un (78) araştırmasında da, pediatrik olgularda en sık anesteziye bağlı hata nedeninin ventilasyon problemleri olduğu belirlenmiştir. Aksine, Jimenez'in (96) ASA - CCP veri tabanında yaptığı retrospektif araştırmanın sonucunda; 1990 yılından önce pediatrik vakalarda en sık ölüm nedeni yetersiz ventilasyon/oksijenizasyon iken 1990'dan sonra gelişmiş monitorlerin kullanımı

ile respiratuar olaylar ile kardiyovasküler olayların aynı oranda ölüme neden olduğu gösterilmiştir.

Tıbbi yardım ve girişimin hukuka uygun olabilmesi için hastanın ya da velisinin rızasının alınması yasal bir zorunluluktur (54). Bu amaçla, araştırmaya alınan 112 dosyada hasta onamının olup olmadığını incelediğimizde, 96 (% 85,7) dosyada hastadan veya yakınından onam alınıp alınmadığının belirtilmediği görülmüştür. Dosyaların sadece 11'inde (% 9,8) hastadan onam alınırken 5'inde onam alınmadığı tespit edilmiştir. Aydınlatılmış onam alınması zorunlu olmasına rağmen, onam alındığı halde hekimin dikkatsizlik, tedbirsizlik ve meslekte acemiliği sonucu hastaya bir zarar gelirse, hasta şikayetçi olabilir ve dava açabilir (5). Herhangi bir tıbbi uygulama hatası şüphesinde, olayın hekimin aleyhine olumsuz değerlendirilmesine neden olan en önemli faktör, hasta dosyası ve takip belgelerinin iyi tutulmamasıdır. Önemli bilgi ve belgelerin dosyada mevcut olması, mahkemede hekimin lehine delil olarak kullanılır. Fakat araştırmamızda da görüldüğü gibi, ülkemizde hasta dosyalarında olması gereken birçok önemli bilgi sağlık personeli tarafından kaydedilmemektedir. Kayıtlar iyi olursa hasta hekimin kusurlu olduğunu ispat etmek zorunda kalırken, aksi takdirde hekim kusursuz olduğunu ispat etmek zorunda kalacaktır (34).

Çalışmaya alınan olgulara uygulanan anestezi yöntemini incelediğimizde, çok yüksek oranda (% 71,4) genel anestezi, daha az oranda ise (% 12,5) sedasyon uygulandığı görülmüştür. Geriye kalan olguların, 7'sinde (% 6,3) rejyonel anestezi, 5'inde (% 4,5) lokal, 2'sinde (% 1,8) genel ve rejyonel anestezinin birlikte uygulandığı tespit edilmiştir. Olgulardan 3'ünün (% 2,7) ise anestezi

almadığı fakat anesteziistin ameliyathane dışı uygulamalar nedeniyle (hasta nakli, acil servis nöbeti sırasında) sorumlu tutulduğu belirlenmiştir. Anestezi hatalarının genel anestezi uygulaması sırasında daha sık ortaya çıktığı görülmektedir. Bunun nedeni olarak; hastaların çoğunlukla genel anesteziyi tercih etmeleri ve sık görülen anestezi hatalarından olan ventilasyon problemlerinin genel anestezi uygulanan hastalarda daha sık görülmesi düşünülebilir. Ayoğlu ve ark. (35) çalışmasında, anestezi ile ilgili adli olayların en sık genel anestezi uygulanan vakalarda ortaya çıktığı görülmüştür. Morray ve ark.'nın (80) hatalı anestezi uygulamaları ile ilgili yaptıkları çalışmada; hem çocuk hem de yetişkin hastalarda en sık kullanılan anestezi yönteminin genel anestezi olduğu tespit edilmiştir. Diğer çalışmaların çoğunda da; perioperatif mortalitenin genel anestezi uygulanan olgularda, diğer anestezi yöntemleri uygulanan olgulara oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur (22, 83, 97). Aksine Cook ve ark.'nın (28) İngiltere'de devlet hastanelerinin kayıtlarının toplandığı veri tabanında 1995 - 2007 yılları arasında yaptıkları retrospektif araştırmada, diğer çalışmalardan farklı olarak, anestezi ile ilişkili en sık hataların % 44 oranında rejyonel anestezi uygulanması sırasında ortaya çıktığı tespit edilmiştir.

Anestezi uygulamasına bağlı tıbbi uygulama hatalarının cerrahi branşlara göre dağılımında; 25 olgu (% 22,3) ile en sık kadın hastalıkları ve doğum olgularının görüldüğü ve bunu 22 olgu (% 19,6) ile genel cerrahi, 18 olgu (% 16,1) ile ortopedi ameliyatlarının izlediği saptanmıştır. Benzer şekilde, Cook ve ark.'nın (28) araştırmasında, kadın doğum vakaları hatalı anestezi uygulanan hasta grupları içinde ikinci sırada yer almaktadır. Ayoğlu ve ark.'nın (35)

araştırmasında ise anestezi uygulamasının kusurlu bulunduğu cerrahi bölümler görülme sıklığına göre; % 22,1 genel cerrahi, % 15,9 ortopedi, % 14,6 kulak burun boğaz, % 12,2 kadın doğum olarak sıralanmıştır. Araştırmalarda kadın doğum olgularında anestezi hatalarının sık görülmesinin nedenleri olarak; kadın doğum olgularının (özellikle C/S) acil olarak ve yeterli preoperatif değerlendirme ve hazırlık yapılmadan operasyona alınması, özellikle gebe hastalarda ödeme bağlı havayolu problemlerinin sık görülmesi düşünülebilir.

Araştırmamızda, hatalı anestezi uygulaması sonucu mortalite oranı % 83,9 olarak bulunmuştur. Benzer şekilde, mortalite oranının Ayoğlu ve ark.'nın (35) araştırmasında % 75,6; Ertan'ın (36) araştırmasında ise % 86 olduğu görülmektedir. Araştırmamızda tespit edilen ölüm dışındaki hasarlar; kalıcı beyin hasarı, yanık, sinir hasarı, körlük, ekstremitte kaybı, epidural abse, yanlış operasyon sonucu yaralanma ve yanlış kan transfüzyonudur. Diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda da hatalı anestezi uygulaması nedeniyle en sık görülen istenmeyen iki sonuç ölüm ve kalıcı beyin hasarıdır (27, 80, 82, 84, 98). Perioperatif mortalite ve morbiditeyi etkileyen faktörlerin başında, hastada daha önceden bulunan hastalıklar ve geçirilen cerrahi girişim gelmektedir (12, 93, 95). Bu konuda en kapsamlı çalışma Avustralya'da yapılmıştır. Avustralya'da kurulan mortaliteleri araştırma komisyonu tarafından, 1960 - 1985 ve 1984 - 1990 tarihleri arasındaki tüm perioperatif ölümler retrospektif olarak araştırılmıştır. Komisyon, toplam 2516 perioperatif ölümü araştırmıştır ve bu ölümlerin 226'sı (% 8,9) yeterli bilgi olduğu halde veya yetersiz bilgi nedeniyle sınıflandırılmamıştır. Geriye kalanlar içinde; 1213 olguda (% 52,96) ölümün kaçınılmaz olduğu, 725

olguda (% 31,6) cerrahiye bağı ve 624 olguda (% 27,2) anesteziye bağı olarak ölümün meydana geldiği tespit edilmiştir (89).

Hatalı anestezi uygulaması sonucu en sık görülen istenmeyen sonuç ölüm olmasına rağmen günümüzde gelişmiş ülkelerde anestezi ile ilişkili ölüm oranı giderek azalmaktadır. 1970'li yıllarda ABD'de perioperatif ölüm oranı 188/10.000 ve anestezi ilişkili ölüm oranı 7.91/10.000 iken 2002 yılında bu oranlar 18.90/10.000 ve 0.77/10.000'e gerilemiştir (83). Fransa'da, Tiret ve ark.'nın (90) 1978 - 1982 yılları arasında 198103 hasta üzerinde yaptıkları prospektif çalışmanın sonucunda perioperatif mortalite oranı 4.18/10.000 ve anestezi ilişkili ölüm oranı 1.26/10.000 bulunurken, Lienhart ve ark.'nın (97) 1999 yılında yaptıkları araştırmada anestezi ile ilişkili ölüm oranının 0.69/10.000'a gerilediği gösterilmiştir. Warden ve ark.'nın (85) yaptıkları araştırmanın sonucunda; Avustralya'da anesteziye bağı ölüm oranı 1960 – 1970 yılları arasında 0.8/100.000 iken 1970 – 1980 arasında 0.45/100.000'e ve 1980 – 1990 yılları arasında 0.44/100.000'e gerilediği görülmektedir. Hollanda'da 1995- 1997 yılları arasında yapılan çalışmada, perioperatif ölüm oranı 8.8/10.000 ve anestezi ilişkili ölüm oranı 1.4/10.000 olarak bulunmuştur (22). Japonya'da 1994 - 1998 yılları arasını kapsayan retrospektif çalışmada ise bu oranlar 7.12/10.000 ve 1/10.000 olarak bildirilmiştir (24). Türkiye'de kayıtlar düzenli tutulmadığından ve geriye dönük çalışma yeterince yapılmadığından anestezi ile ilişkili ölüm oranları bilinmemektedir.

Araştırmamızda, anestezi uygulamasına bağı oluşan diğer hasarlar incelendiğinde; 5 olguda koter cihazının hatalı kullanımına bağı ciddi yanıkların

olduğu, 1 olguda epidural anestezi sonrası inkomplet kauda equina sendromunun, 1 olguda ise pozisyona bağlı olarak peroneal sinir hasarının ortaya çıktığı görülmüştür. Yzşt yatan bir hastada göze bası sonucu retinal arter tıkanmasına bağlı görme kaybı meydana gelmiştir. 1 hastaya ağrı tedavisi amacıyla faset denervasyon ve epidural lizis yapıldıktan sonra hastada epidural abse ve ampiyem gelişmiştir. 1 hastaya anal fissür ameliyatı yerine tiroidektomi yapılmış ve tüm cerrahi ekip YYSş tarafından kusurlu bulunmuştur. Anesteziye bağlı hata nedenleri arasında ilk sırada yer alan dikkatsizlik ve zen eksikliğinin, bu hasarların ortaya çıkmasındaki asıl neden olduğu göze çarpmaktadır.

lmle sonuçlanan hatalı anestezi uygulamalarında ölümün; 24 (% 25,5) olguda anestezi sonrası ilk 24 saat içinde, 23 (% 24,5) olguda ise anestezi uygulaması sırasında ortaya çıktığı görülmektedir. Benzer şekilde, Ertan'ın (36) ve Ayoğlu ve ark.'nın (35) araştırmalarında da ölümle sonuçlanan anestezi uygulamalarında en sık ölümün meydana geldiği dönemin perioperatif dönem ve postoperatif ilk 24 saat olduğu belirlenmiştir. Peterson ve ark.'nın (84) araştırmasında da; anesteziye bağlı ölümlerin % 87,1 oranında operasyon sırasında ve derlenme döneminde ortaya çıktığı görülmüştür. Perioperatif dönemin hangi süreyi kapsaması gerektiği tartışmalı bir konudur. Yapılan araştırmaların bir kısmında operasyon süresi ve takip eden 24 saat olarak kabul edilirken bazı araştırmalarda bu sürenin postoperatif 7 güne kadar uzayabildiği görülmektedir (22, 24). Arbous ve ark.'nın (22) araştırmasında; perioperatif ve postoperatif ilk 24 saatteki ölüm oranı 8.8/10.000 olarak bulunmuştur (22). Kawashima ve ark.'nın (24) alışmasında, postoperatif 7 günü kapsayan

dönemdeki mortalite oranının 7.12/10.000 olduğu gösterilmiştir. Pedersen ve ark.'nın (99) araştırmasında; anestezi sırasında meydana gelen ölüm oranının 5/10.000, postoperatif 7 günü kapsayan dönemdeki ölüm oranının ise 100/10.000 olduğu görülmektedir. Coetzee ve ark. (100) perioperatif mortaliteyi 11.9/10.000, anesteziyle ilişkili olabilecekleri 3.4/10.000, anestezinin katkıda bulunduğu ölüm oranını 2.3/10.000 ve kesinlikle anestezi ile ilişkili olanları 1.1/10.000 olarak belirlemişlerdir. Sonuç olarak; ülkemizde de diğer ülkelere benzer şekilde anesteziye bağlı ölümlerin çoğunlukla anestezi sırasında ve postoperatif ilk 24 saat içinde ortaya çıktığı görülmüştür.

Sağlık personelinin hatalı anestezi uygulamaları sonucu mahkemeye yansıyan ve mahkeme tarafından YSS'den bilirkişilik görüşü istenen dosyalarda, hekimlerin en sık hangi suçlardan dolayı yargılandıkları incelenmiştir. Yeni TCK'nın uygulamaya girmesinden önce, anestezi uygulaması ölümle sonuçlanan 68 (% 60,7) olguda sağlık personelinin en sık tedbirsizlik ve dikkatsizlik sonucu ölüme sebebiyet vermek (eski TCK md. 455) suçundan yargılandığı görülmektedir. Eski TCK md. 455'e göre; tedbirsizlik veya dikkatsizlik veya meslek ve sanatta acemilik veya nizamata, ve evamir ve talimata riayetsizlik ile bir kimsenin ölümüne sebebiyet veren hekim, iki seneden beş seneye kadar hapis veya ağır para cezasına çarptırılmaktaydı (67). Yeni TCK'nın 2005'te uygulamaya girmesinden sonra ise, ölümle sonuçlanan olguların 16'sında sağlık personelinin yeni TCK 85. md. ile yani taksirle ölüme sebebiyet vermek suçundan yargılandığı tespit edilmiştir. Yeni TCK md. 85'te; *“Taksirle bir insanın ölümüne neden olan kişi, üç yıldan altı yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır”*

denilmektedir (56). Yeni TCK’da, tıbbi uygulama hatası tespit edilen durumlarda, sağlık personeline uygulanacak olan ceza oranlarının arttırıldığı görülmektedir. Bunun sonucu olarak hekimlerde çekinik (defansif) tıp eğiliminin gelişeceğinden korkulmaktadır. Defansif tıp, hekimin malpraktis iddiasından kendini koruyabilmek için daha fazla ve gereksiz yardımcı tanı yöntemi kullanması olarak tanımlanabilir. Hem etik ile bağdaşmayan hem de sağlık harcamalarında ciddi artışa neden olacak defansif hekimliğin oluşmaması için çaba gösterilmelidir (66).

Dava konusu olan 112 olgudan 96’sı (% 83,9) ölümle sonuçlanmış ve sadece yarısına (% 55,3) otopsi yapılmıştır. Otopsi yapılan olguların 3’ünde (% 3,2) kesin sonuca varılamamıştır. Ertan’ın (36) araştırmasında otopsi yapılan olgu oranının oldukça yüksek olduğu (% 94,6) görülmektedir. Özellikle ölümden anestezinin sorumlu tutulduğu olgularda otopsi; intraoperatif fark edilmeyen komplikasyonlar, cerrahi komplikasyonlar ve hastada mevcut hastalıklar hakkında fikir verebildiğinden dolayı anesteziist hakkındaki iddiaların aydınlatılmasında çok önemli bir veridir (101). Nitekim; YSS tarafından hekimin kusur durumunun belirtilmediği dosyaların çoğunda, otopsi yapılmadığından dolayı görüş belirtilemediği tespit edilmiştir. Son 30 – 40 yıldan beri özellikle İngiltere, Fransa ve ABD gibi gelişmiş ülkelerde otopsi oranı oldukça azalmıştır. İngiltere’de 1966 yılında otopsi yapılma oranı % 8,9 iken 1991 yılında bu oran % 1,7’ye gerilemiş, aynı şekilde ABD’de 1964 yılında % 41 iken 1992 yılında % 10,3’e gerilediği gösterilmiştir. Bu azalmanın nedenleri arasında; otopsinin pahalı bir işlem olması, dava edilme korkusu, herhangi bir tıbbi uygulama hatasından çekinme ve gelişen teknoloji sayesinde otopsinin yerini farklı antemortem tanı girişimlerinin alması

sayılmaktadır (102). Oysa Juvin ve ark.'nın (101) postoperatif ölüm olgularında otopsi ile antemortem tanıları karşılaştırdıkları çalışmalarında; 11 hastanın 7'sinde otopsi sonucuna göre antemortem tanıların hatalı olduğu belirlenmiştir. Araştırmacılar, gelişen antemortem tanı yöntemlerine rağmen ölüm nedenini belirlemede otopsinin halen en güvenilir yöntem olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmamız ile Ertan'ın (36) araştırmasını karşılaştırdığımızda; ülkemizde ölümle sonuçlanan hatalı tıbbi uygulamalarda otopsi oranının azaldığı fakat gelişmiş ülkelere oranla sıklıkla uygulanmaya devam edildiği görülmüştür.

Ceza mahkemeleri tarafından, YSS'ye gönderilmeden önce görüş alınmak üzere Adli Tıp Kurumu'na gönderilen 68 olgunun 45'inde (% 66,2) anestezi uygulaması kusurlu bulunurken 17 olguda (% 25) anestezi ile ilgili uygulama hatası olmadığına karar verilmiştir. Yüksek Sağlık Şurası'ndan görüş istenmeden önce mahkeme tarafından belirlenen bilirkişilerden görüş istenen olgu sayısı ise 17'dir (% 15,2) ve 6'sında (% 58,8) anestezi uygulaması kusurlu bulunmuştur. Araştırmamızda; YSS ve ATK'nın dosyalarla ilgili vermiş oldukları kusur durumu ve oranlarının birbirine yakın olduğu ve bilirkişilerin verdiği kusur oranlarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hatalı anestezi uygulaması nedeniyle YSS'de görüşülen olguların; 83'ünde anesteziye bağlı uygulama hatalarından dolayı cerrah sorumlu tutulmuş, anestezi uygulamalarının % 49,3'ünde, anesteziye bağlı ölümlerin ise % 47,1'inde kusurlu olduğu tespit edilmiştir. Anestezist, 68 olguda anestezi uygulamasından dolayı sorumlu tutulmuş; anestezi uygulamalarının % 52,9'unda, ortaya çıkan ölümlerin ise % 56,4'ünde kusurlu olduğu belirlenmiştir. Anestezi teknisyeni

hiçbir dosyada yalnız başına hatalı anestezi uygulamasından sorumlu tutulmamış, fakat anestezi teknisyeni ile ilişkili olguların % 40'ında anestezi uygulaması hatalı olarak değerlendirilmiştir. Özellikle 2005'ten önce değerlendirilen dosyalardaki kusur oranlarını incelediğimizde; anestezi, cerrah ve anestezi teknisyenine en çok verilen kusur oranının 4/8 olduğu, 8/8 oranında kusurlu bulunma oranının düşük olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, Ayoğlu ve ark.'nın (35) araştırmasında hatalı anestezi uygulamalarında cerrah ve anestezi uzmanların eşit oranda kusurlu olduğu (% 26,9), anestezi uygulaması ölümlerine sonuçlanan olgularda ise cerrahların anestezi uzmanlara oranla daha fazla (% 32,5) kusurlu bulunduğu görülmektedir. Ertan'ın (36) araştırmasında ise, hatalı anestezi uygulamalarının % 64,3'ünde anestezi uzman ve teknisyenin birlikte sorumlu olduğu belirlenmiş ve YSS tarafından olguların sadece 1/3'ünde anestezi uzmanın kusurlu bulunduğu görülmüştür.

İncelediğimiz dosyalarda; anestezi uzmanların sorumlu olduğu anestezi uygulamalarının % 52,9'unda YSS tarafından hatalı tıbbi uygulama kararı verilmiştir. Anestezi uzmanlarının aynı anda kaç ameliyat odasına baktıkları dosyalarda belirtilmemiştir ve bir uzmanının aynı anda birkaç hastayı takip etmesinin bu kusur oranında payı olduğu düşünülebilir. Ayrıca anestezi asistan ve uzmanları, uyku düzeninde bozulmaya sebep olan nöbet veya icap sistemi ile çalışmaktadırlar. Nöbet sırasında ve sonrasında artan iş yükü ve uyku ihtiyacının etkisi ile dikkat azalması, yargılamada bozukluk ve karar vermede gecikmeler olabilmektedir (91). Nitekim, araştırmamızda ortaya çıkan hata nedenleri ve anestezi uzmanların kusur oranları düşünüldüğünde; anesteziye bağlı hataların

azaltılması için mesai saatleri ve nöbet sonrasında anesteziistlerin çıkış saatleri açısından standardizasyon sağlanmasının faydalı olacağı görüşündeyiz.

Yapılan araştırmaların ortak amacı; perioperatif mortalite ve morbidite nedenlerini ortaya koymak ve önlenebilir olanları belirleyerek azaltma yönünde tedbirlerin alınmasını sağlamaktır. Özatamer'in çalışmasında, anestezi mortalite ve morbiditenin azaltılması yönünde hangi faktörlerin etkili olacağı belirtilmiştir. Özatamer'e göre;

- 1- İyi eğitim; iyi eğitilmiş bir anesteziist, anestezi hatalarının % 96'sını ortaya çıkmadan fark ederek önleyebilmektedir,
- 2- Azami dikkat; Özatamer'in görüşüne göre, 4 saate kadar olan bir operasyon tek bir anesteziist tarafından takip edilmelidir. Yorgun ve aç olmayan bir anesteziistin, insan kaynaklı anestezi hatalarına daha az oranda neden olacağı düşünülmektedir,
- 3- Uygun yöntem; preoperatif tetkiklerin ve hazırlığın iyi yapılması, anesteziist tarafından hastaya uygulanacak uygun anestezi yönteminin seçilmesi için esastır,
- 4- Uygun cihaz kullanımı; monitorizasyon ve alarm sistemleri gelişmiş cihazlar anesteziye bağlı pek çok hatayı önlese de insan kaynaklı hataların önüne geçememektedir. Ayrıca en iyi cihazın bile bozulabileceği unutulmamalı ve anesteziist en iyi monitorün kendisi olduğunu aklından çıkarmamalıdır,
- 5- Anestezi ile ilişkili hata nedenlerinin düzenli olarak izlenmesi, sunulması ve belirli aralıklarla yapılan toplantılarla tartışılması; anestezi cihazının düzenli olarak bakım ve onarımı; sağlık personelinin kendi eksiklik ve hatalarını fark ederek düzeltmek için çaba göstermeleri sonucunda, anesteziye bağlı olarak ortaya çıkan hatalarda azalma olacaktır (103).

Sonuç olarak; araştırmamızda, son yıllarda anesteziye bağlı hata oranında artış olduğu ve hatalı anestezi uygulamalarında anestezist ve cerrahın aynı oranda kusurlu bulunduğu belirlenmiştir. Ülkemizdeki anestezist sayısının artırılması, çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve her anestezi uzmanının sadece bir ameliyat masasından sorumlu tutulması ile anestezistlerin neden olduğu hata oranının azalacağı dūřünülebilir. Ayrıca, anestezi uzmanı olmayan yerde cerrahın sorumluluğunda teknisyenlerin anestezi uygulamasına olanak veren yasalarda gerekli düzenlemeler yapılmalı ve tüm anestezi uygulamalarının anestezist sorumluluğunda yapılması sağlanmalıdır. Böylece hem cerrahlar ve anestezi teknisyenleri üzerindeki sistemden kaynaklanan hatalı uygulamaların getirdiği yük azalacak hem de anestezi hastalar için daha güvenli hale gelecektir. Ülkemizdeki önemli eksikliklerden biri de kayıtların tutulmasında gösterilen özensizlik ve bilgilerin eksik doldurulmasıdır. Bu eksikliği gidermek için standart takip formları oluşturulmalı ve düzenli bir şekilde doldurulularak arşivlenmesi sağlanmalıdır. Böylece, ülkemizde de anestezi uygulamalarına bağlı tıbbi hata nedenlerinin diğer ülkelere benzer şekilde düzenli olarak izlenmesi ve değerlendirilmesi mümkün olacaktır.

6. SONUÇ

1. 2000 - 2009 yılları arasında YYS'de görüŖülen ve anestezi ile ilgili olduğu öne sürölen ve tıbbi uygulama hata oranının % 6,1 olduğu belirlenmiŖtir.

2. Anestezi uygulamasıyla ilgili hataların % 30,3'ünde anesteziŖ ve cerrah, % 17'sinde cerrah ve onun sorumluluğunda anestezi uygulayan anestezi teknisyeni, % 14,3'ünde tek başına cerrah, % 8'inde anesteziŖ, cerrah ve teknisyen birlikte sorumlu tutulmuŖtur. Anestezinin hatalı uygulamasından sorumlu tutulan sağık personeli sıralamasında cerrahlar ilk üç sırada da yer alırken teknisyenlerin yalnız başlarına sorumlu tutulmadığı görölmüŖtür.

3. Anestezi ile ilgili istenmeyen olayların meydana geldiğı sağık birimleri arasında devlet hastaneleri % 57,2 ile birinci sıradadır. Bunu % 30,4 ile özel hastaneler takip etmektedir. Askeri hastane ve üniversitelerdeki uygulamaların ise daha az dava konusu olduğu görölmüŖtür.

4. Hatalı anestezi uygulaması iddiasıyla YYS'de incelenen dosyalarda; en sık hata nedeninin, takipte yetersizlik, dikkat ve özen eksikliği (% 36,6) olduğu görölmüŖtür. İkinci sırada ventilasyon problemleri (% 25,9), üçüncü sırada ise preoperatif tetkik ve muayene eksikliği (% 20,9) gelmektedir.

5. Olguların 47'sine (% 42) 08 - 16 saatlerinde anestezi uygulanırken, 19'una (% 17) 16 - 24 saatlerinde anestezi uygulanmıştır. 08 - 16 saatleri arasında anestezi uygulanan hastaların % 25'inde hatalı anestezi uygulaması görölrken, 16 - 24 saatleri arasında anestezi uygulanan olguların tamamında anestezi ile ilişkili istenmeyen olayların meydana geldiğı görölmüŖtür.

6. Anestezi hatalarının % 71,4 oranında genel anestezi uygulaması sırasında ortaya çıktığı görülmektedir. Olguların 77'sinde (% 68,8) hastaların ek hastalıkları ve ASA riski belirtilmemiş, 24 (% 21,4) olgunun ise ASA I olduğu belirlenmiştir.

7. Araştırmada, 112 dosyanın 96'sında (% 85,7) hastadan veya yakınından onam alınıp alınmadığı belirtilmemiştir. Sadece 11 (% 9,8) olguda onam alınmıştır.

8. Anestezi hatalarının sık görüldüğü yaş grupları içinde birinci sırada 0 - 10 yaş grubu (% 22,3) yer almaktadır. Bu yaş grubunda, anesteziye bağlı en sık ortaya çıkan yan istenmeyen olayın ölüm olduğu (% 23,4) ve ölüm nedenleri arasında bu yaş grubunda ventilasyon problemlerinin birinci sırada yer aldığı görülmüştür.

9. Anesteziye bağlı gelişen komplikasyonların dağılımında, klinik branşlar arasında kadın hastalıkları ve doğum % 22,3 ile ilk sıradadır. İkinci sırada % 19,6 ile genel cerrahi, üçüncü sırada % 16,1 ile ortopedi gelmektedir.

10. Anestezinin hatalı uygulanma iddiası ile en sık dava açılma nedeni ölüm (% 83,9) ve hipoksik beyin hasarıdır (% 6,3). Ölümle sonuçlanan olguların sadece % 55,3'üne otopsi yapılmıştır

11. Hatalı anestezi uygulaması ölümle sonuçlanan olgularda ölümün; 24 (% 21,4) olguda anestezi sonrası ilk 24 saatte, 23 (% 20,5) olguda ise anestezi uygulaması sırasında ortaya çıktığı görülmektedir.

12. Sağlık personelinin hatalı anestezi uygulamaları sonucu mahkemeye yansıyan ve mahkeme tarafından YSS'den bilirkişilik görüşü istenen dosyalarda;

hekimlerin 2005'ten önceki davalarda en sık tedbirsizlik ve dikkatsizlik sonucu ölüme sebebiyet vermekten (68 olgu), 2005'ten sonraki davalarda ise taksirle ölüme sebebiyet vermek (16 olgu) suçundan yargılandığı tespit edilmiştir.

13. Yargılama sonuçları bilinmemekle birlikte YSS'de karara bağlanan dosyaların yaklaşık yarısında anestezi uygulaması hatalı olarak değerlendirilmiştir.

7. KAYNAKLAR

- 1- Koç, S. *İstanbul Tabip Odası'na Başvuran Tıbbi Uygulama Hataları. "Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi" Kitabı içinde (Editörler: Çetin G, Yorulmaz C). İstanbul: İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, 2006; 48: 70-81.*
- 2- Posner KL. *Data reveal trends in anesthesia malpractice payments. ASA Newsletter 2004; 68: 7-14.*
- 3- Duman A, Ögün CÖ, Sahin M, Ökseli S. *Perioperatif Mortalite. T Klin J Med Sci 2001; 21: 311-8.*
- 4- Ertan A, Öz H, İnanıcı MA, Keskin R. *Anestezi uygulaması sırasında ölümlerle sonuçlanan ve dava konusu olmuş olguların adli tıp açısından retrospektif değerlendirilmesi. T Klin Adli Tıp Dergisi 2004; 1: 67-71.*
- 5- Hancı H. *Malpraktis Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu. 3. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2006.*
- 6- Günaydın S. *Hasta hakları ve tıbbi uygulama hataları. Anestezi Dergisi 2003; 11: 242-8.*
- 7- Demirel B. *Hekimin yasal sorumlulukları. Gazi Medical Journal 2005; 16: 99-106.*
- 8- Çetin G. *Tıbbi malpraktis. "Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi" Kitabı içinde (Editörler: Çetin G, Yorulmaz C). İstanbul: İÜ. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, 2006; 48; 31-42.*

- 9- Ağrıtmış A, Yaycı A, Yaycı N, Ağrıtmış H, Karaca S. *Hekimlerin Davalı Olduğu Perioperatif Ölümelerde Anestezi Hekiminin Yeri. Türk Anest Rean Der Dergisi* 2003; 31: 468-74.
- 10- Teke H.Y, Alkan Alkurt H, Başbulut A.Z, Cantürk G. *Tıbbi Uygulama Hataları ile İlgili Kanuni Düzenlemelere Hekimlerin Bakışı ve Bilgilenme Düzeyi Anket Çalışması. Türkiye Klinikleri J Foren Med* 2007, 4: 61-7.
- 11- Bayraktar K. *Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu. İstanbul: Sermet Matbaası; 1972, s.42.*
- 12- Polat O. *Tıbbi Uygulama Hataları. 1. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2005.*
- 13- Mohr JC. *American medical malpractice litigation in historical perspective. JAMA* 2000; 283: 1731-7.
- 14- Institute of Medicine. *To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington: The Institute; 1999.*
- 15- Pearson M. *Disparities in health expenditure across OECD countries: Why does the United States spend so much more than other countries? Available from: URL: <http://www.oecd.org/dataoecd/5/34/43800977.pdf> Erişim Tarihi: 28.06.2010.*
- 16- Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. *Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med* 1991; 7: 370-6.

- 17- Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al. *Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. Med Care* 2000; 38: 261-71.
- 18- Luce JM. *Medical Malpractice and the Chest Physician. Chest* 2008; 134: 1044-50.
- 19- Standing Committee of the Hospitals of the European Union (HOPE). *Insurance and Malpractice. Final report of HOPE's Sub-Committee on Co-ordination. Brussels: The Committee; 2004.*
- 20- Sari AB, Sheldon TA, Cracknell A, Turnbull A, Dobson Y, Grant C, et al. *Extent, nature and consequences of adverse events: results of a retrospective casenote review in a large NHS hospital. Qual Saf Health Care* 2007; 16: 434-9.
- 21- Pedersen T. *Complications and death following anaesthesia. A prospective study with special reference to the influence of patient, anesthesia, and surgery related risk factors. Dan Med Bull* 1994; 41: 319-31.
- 22- Arbous MS, Grobbee DE, Kleef JFV, de Lange JJ, Spoormans HHAJM, TouwP, et al. *Mortality associated with anaesthesia: a qualitative analysis to identify risk factors. Anaesthesia* 2001; 56: 1141-53.
- 23- Walsh R. *Anaesthesia Related Mortality in Australia 1994-1996. Available from: URL: <http://www.anzca.edu.au/resources/books-and-publications/reports/mortality/anaesthesia-related-mortality-in-australia-1994-1996.html> Erişim tarihi:06.06.2010.*

- 24- Kawashima Y, Takahashi S, Suzuki M, Morita K, Irita K, Iwao Y, et al. *Anesthesia-related mortality and morbidity over a 5-year period in 2,363,038 patients in Japan. Acta Anaesthesiol Scand* 2003; 47: 809-17.
- 25- Hove LD, SteinmetzJ. *Analysis of deaths ralated of anaesthesia in the period 1996-2004 from closed claims registered by the Danish Patient Insurance Association. Anesthesiology* 2007; 106: 675-80.
- 26- Cooper JB, Newbower RS, Long CD, McPeck B. *Preventable anesthesia mishaps; A study of human factors. Anesthesiology* 1978; 49: 399-406.
- 27- Tinker JH, David DC, Caplan RA, Ward RJ, Cheney FW. *Role of monitoring devices in prevention of anesthetic mishaps. A closed claim analysis. Anesthesiology* 1989; 71: 541-6.
- 28- Cook TM, Bland L, Mihai R, Scott S. *Litigation related to anaesthesia: an analysis of claims against the NHS in England 1995–2007. Anaesthesia* 2009;(64): 706–18.
- 29- Günerli A. *Anestezi Uzmanlarının Mesleki ve Hukuki Sorumlulukları, Yasal Hükümler, İlgili Yasa ve Yönetmelikler. Türk Anest Rean Der Dergisi* 2009; 37: 333-49.
- 30- Tümer AR. *1995-2000 yılları arasında yüksek sağlık şurasına gelen ortopedi vakalarının değerlendirilmesi. Artroplasti Artroskopik Cerrahi* 2003; 14: 182-7.
- 31- Özkara E, Naderi S, Gündoğmuş ÜN, Arda N. *Yüksek Sağlık Şurası'nda 1994-1998 yılları arasında incelenen spinal cerrahi malpraktis olgularının değerlendirilmesi. Türk Nöroşirürji Dergisi* 2004; 14: 151-7.

- 32- *Türkan H, Tuğcu H. 2000-2004 yılları arasında yüksek sağlık şurasında değerlendirilen acil servislerle ilgili tıbbi uygulama hataları. Gülhane Tıp Dergisi 2004; 46: 226–31.*
- 33- *Özkaya N. 2002 – 2006 yılları arasında adli tıp kurumu 3. ihtisas kurulunca görüş bildirilen pediatrik malpraktis iddiası içeren kararların incelenmesi ve tıbbi hataların tespiti. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2008.*
- 34- *Çelik M. Anestezi ve Reanimasyon Uzmanının Yasal Sorumlulukları. Türk Anest Rean Cem Mecmuası 2002; 30: 100-4.*
- 35- *Ayoğlu H, Atasoy H, Ayoğlu F.N. 1990-2001 yılları arasında adli dosyalardaki anesteziyle ilişkili tıbbi uygulama hataları. Anestezi Dergisi 2004; 12: 213-8.*
- 36- *Ertan A. 1996 - 2005 yılları arasında Adli Tıp Kurumu'nda değerlendirilen olgularda saptanan anestezi hataları ve önlenebilirliği. Doktora Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2007.*
- 37- *Edbril SD, Lagasse RS. Relationship Between Malpractice Litigation and Human Errors. Anesthesiology 1999; 91: 848–55.*
- 38- *Bion J, Irgin S. Anesthesia Practice. In: Morgan GE, Michael M.S, Murray MJ. Editors. Clinical Anesthesiology. 4.th ed. New York, The Mc Graw- Hill 2008; 1-16.*
- 39- *King MS. Preoperative evaluation. Am Fam Physician 2000; 62: 387-96.*

- 40- Wolters U, Wolf T, Stutzer H, Schroder T. ASA classification and perioperative variables as predictors of postoperative outcome. *Br J Anaesth* 1996; 77: 217-22.
- 41- March MG, Crowley JJ. An evaluation of anesthesiologists present checkout methods and the validity of the FDA checklist. *Anesthesiology* 1991; 75: 724-9.
- 42- Ertan A, Öz H, Gürpınar S. Anestezi uygulaması sonucu ortaya çıkan önlenabilir bir ölüm olgusu. *T Klin J Foren Med* 2007; 4: 41-4.
- 43- Lalwani K. Demographics and trends in nonoperating-room anesthesia. *Curr Opin Anaesthesiol* 2006; 19: 430-5.
- 44- Türk Anestezioloji ve Reanimasyon Derneği. *Anestezi Uygulama Kılavuzları, Ameliyathane Dışı Anestezi Uygulamaları*. TARD; 2005.
- 45- Feldman JM, Kalli I. Equipment and enviromental issues for nonoperating room anesthesia. *Curr Opin Anaesthesiol* 2006; 19: 450-2.
- 46- Gooden CK. Anesthesia for magnetic resonance imaging. *Curr Opin Anaesthesiol* 2004; 17: 339-42.
- 47- Standards and Practice Parameters Committee. *Standards For Basic Anesthetic Monitoring*. 2005. Available from: URL: <http://www.asahq.org/publicationsAndServices/standards/02.pdf> Erişim tarihi:06.06.2010
- 48- Borçlar Kanunu. Kanun Numarası: 818. Kabul Tarihi: 22.04.1926. Resmi Gazete Tarihi: 29.04.1926. Resmi Gazete Sayısı: 359.

- 49- *Yargıtay Hukuk Genel Kurulu. Esas No: 2002/13-1011. Karar No: 2002/1047. Karar Tarihi: 11.12.2002.*
- 50- *Tıbbi Deontoloji Tüzüğü. Karar Sayısı:4/12578. Kabul Tarihi:13.01.1960. Resmi Gazete Tarihi:19.02.1960.*
- 51- *Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. Ankara: 01.02.1999.*
http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=65&Itemid=31. *Erişim Tarihi: 10.06.2010*
- 52- *Hakeri H. Tıp Hukuku. Birinci Baskı: Seçkin Yayıncılık; 2007.*
- 53- *Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 01.08.199. Resmi Gazete Sayısı: 23420.*
- 54- *Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. Kanun Numarası: 1219. Kanun Kabul Tarihi: 11.04.1928. Resmi Gazete Tarihi: 14.04.1928. Resmi Gazete Sayısı: 863.*
- 55- *Özel Hastaneler Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi:27.03.2002. Resmi Gazete Sayısı:24708.*
- 56- *Türk Ceza Kanunu. Kanun Numarası: 5237. Kabul Tarihi: 26.09.2004.*
- 57- *Güzeldemir ME. Hasta bilgilendirmenin önemi. Sendrom Tıp Dergisi 2005.*
- 58- *Özaslan A. Aydınlatılmış onam. “Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi” Kitabı içinde(Editörler: Çetin G, Yorulmaz C). İstanbul: İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, 2006; 48: 43-54*

- 59- Tümer AR. 1995 - 2000 Yılları Arasında Yüksek Sağlık Şurası Tarafından Değerlendirilen Cerrahi Vakalarının Komplikasyon ve Malpraktis Yönünden Araştırılması. Uzmanlık Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi, 2002.
- 60- Tuğcu H, Yorulmaz C, Koç S. Hekim Sorumluluğu ve Tıbbi Malpraktis. Klinik Gelişim 2009; 22: 6-10.
- 61- Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Kanun No. 5947. Kabul Tarihi: 21.01.2010. Resmi Gazete Tarih: 30.01.2010. Resmi Gazete Numarası: 27478.
- 62- Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ. Resmi Gazete Tarih: 21. 07. 2010. Resmi Gazete Sayı: 27648.
- 63- Şenocak K. Mesleki Sorumluluk Sigortası. Ankara: Turhan Yayınevi; 2000, s. 255.
- 64- Simon J. Economic implications of medical liability claims: insurance and compensation schemes. European Conference “The Ever-Growing Challenge Of Medical Liability: National And European Responses” Strasbourg; 2008. Availablae from:URL: http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/steering_committees/cdcj/cj_s_med/CONF-ML%20_2008_%2004%20E%20-%20Report%20J.%20SIMON.pdf Erişim Tarihi: 24.06.2010.
- 65- Ekmen A. Avrupa Birliği ülkeleri ve diğer gelişmiş ülkelerde malpraktis sonucu uygulanan cezalar. T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği

- Koordinasyon Dairesi Başkanlığı Araştırması. Ankara: 2008. Available from: URL: <http://www.saglik.gov.tr>. Erişim Tarihi: 17.05.2006.*
- 66- *Odabaşı AB, Tümer AR. Çekinik (Defansif) Hekimlik; Yeni Türk Ceza Kanunu'nun Uygulanma Aşamasında Toplum Bekleyen Tehlike. Sted 2006; 15: 55- 9.*
- 67- *Türk Ceza Kanunu. Kanun Numarası: 765. Kabul Tarihi: 01.03.1926. Resmi Gazete Tarih: 13.03.1926. Resmi Gazete Sayısı: 320.*
- 68- *Yorulmaz AC, Kır Z, Ketenci Ç. Tıbbi Uygulama Hataları ve Bilirkişilik. “Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi” Kitabı içinde (Editörler: Çetin G, Yorulmaz C). İstanbul: İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, 2006; 48: 55-8.*
- 69- *Ceza Muhakemesi Kanunu. Kanun Numarası: 5271. Kabul Tarihi: 04.12.2004. Resmi Gazete Tarihi: 17.12.2004. Resmi Gazete Sayısı: 25673.*
- 70- *Yüksek Sağlık Şûrası Çalışma Yönergesi. Tarih: 19.12.2000. Sayı: 6831.*
- 71- *Yüksek Sağlık Şûrası Çalışma Usûl Ve Esaslari Hakkında Yönerge. Tarih: 18.07.2007. Sayı:4167.*
- 72- *Adli Tıp Kurumu Kanunu. Kanun Numarası: 2659. Kabul Tarihi: 14.04.1982. Resmi Gazete Tarihi: 20.04.1982. Resmi Gazete Sayısı: 17670*
- 73- *Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarih: 28.04.2004. Resmi Gazete Sayı: 25446.*
- 74- *U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration. National Practitioner Data Bank 2006 Annual*

- Report. Available from: URL: <http://www.npdb-hipdb.hrsa.gov/annualrpt.html>. Erişim Tarihi: 25.06.2010.
- 75- *Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarih:13.01.1983. Resmi Gazete Sayısı: 17927.*
- 76- *Caulk RF, Ouellette SM. The International Federation of Nurse Anesthetists: its role in the globalization of nurse anesthesia education and practice. CRNA 2000; 11: 132-7.*
- 77- *Mastropietro CA, Horton BJ, Ouellette SM, Faut-Callahan M. The National Commission on Nurse Anesthesia Education 10 years later--Part 2: Years following the commission (1994 to present). AANA J. 2001; 69: 455-60.*
- 78- *Marcus R. Human factors in pediatric anesthesia incidents. Paediatr Anaesth 2006; 16: 242-50.*
- 79- *Yaycı N. Genel cerrahide tıbbi uygulama hataları: 1996-2000 yılları arasında Adli Tıp Kurumu'na yansıyan olgular. T Klin Adli Tıp 2004; 1: 12-7.*
- 80- *Murray JP, Geiduschek JM, Caplan RA, Posner KL, Gild WM, Cheney FW. A Comparison of Pediatric and Adult Anesthesia Closed Malpractice Claims. Anesthesiology 1993; 78: 461-7.*
- 81- *Petty WC, Kremer M, Biddle C. A Syntesis Of The Australian Patient Safety Foundation Anesthesia Incident Monitoring Study, The American Society of Anesthesiologists Closed Claims Project And The American Association Of Nurse Anesthetists Closed Claims Study. AANA Journal 2002; 70: 193-202.*

- 82- MacRae MG. *Closed Claims Studies In Anesthesia: A Literature Review And Implications For Practice.* AANA Journal 2007; 75: 267-75.
- 83- Braz LG, Braz DG, Cruz DS, Fernandes LA, Módolo NSP, Braz JRC. *Mortality In Anesthesia: A Systematic Review.* Clinics(Sao Paulo) 2009; 64: 999-1006.
- 84- Peterson GN, Domino KB, Caplan RA, Posner KL, Lee LA, Cheney FW. *Management of the Difficult Airway A Closed Claims Analysis.* Anesthesiology 2005; 103: 33-9.
- 85- Warden JC, Horan BF. *Deaths attributed to anaesthesia in New South Wales, 1984-1990.* Anaesth Intensive Care 1996; 24: 66-73.
- 86- Fasting S, Gisvold SE. *Adverse drug errors in anesthesia, and the impact of coloured syringe labels.* Can J Anaesth 2000; 47: 1060-7.
- 87- Bowdle, TA. *Drug Administration Errors From the ASA Closed Claims Project.* ASA Newsletter 2003; 67: 11-3.
- 88- Posner KL. *Liability Profile of Ambulatory Anesthesia.* ASA Newsletter 2000; 64: 10-2.
- 89- Holland R. *Anaesthetic mortality in New South Wales.* Br J Anaesth 1987; 59: 834-41.
- 90- Tiret L, Desmonts JM, Hatton F, Vourc'h G. *Complications associated with anaesthesia - a prospective survey in France.* Can Anaest Soc J 1986; 33: 336-44.
- 91- Sarıcaoğlu F, Akıncı Sb, Gözaçan A, Güner B, Rezaki M, Aypar Ü. *Gece ve Gündüz Vardiya Çalışmasının Bir Grup Anestezi Asistanının Dikkat ve*

- Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16: 106-12.
- 92- Braz LG, Mo'dolo I NSP, Nascimento Jr P, Bruschi I BAM, Castiglia I YMM, Ganem AM, et al. Perioperative cardiac arrest: a study of 53 718 anaesthetics over 9 yr from a Brazilian teaching hospital. *Br J Anaesth* 2006; 96: 569-75.
- 93- Maaloe R, Hansen CL, Pedersen T. Death under anesthesia; definition, causes, risk factors and prevention. *Ugeskr Laeger* 1995; 157: 6561-5.
- 94- Derrington MC, Smith G. A review of studies of anaesthetic risk, morbidity and mortality. *Br J Anaesth* 1987; 59: 815-33.
- 95- Forrest JB, Rehder K, Cahalan MK, Goldsmith CH. Multicenter Study of General Anesthesia III. Predictors of Severe Perioperative Adverse Outcomes. *Anesthesiology* 1992; 76: 3-15.
- 96- Jimenez N. Trends in pediatric anesthesia malpractice claims over the last three decades. *ASA Newsletter* 2005; 69: 8-9.
- 97- Lienhart A, Auroy Y, Benhamou D, Warszawski J, Bovet M, Jouglu E. Survey of Anesthesia-related Mortality in France. *Anesthesiology* 2006; 105: 1087-97.
- 98- Kain ZN. The National Practitioner Data Bank and Anesthesia Malpractice Payments. *Economics, Education, and Policy* 2006; 103: 646-9.
- 99- Pedersen T, Eliassen K, Henriksen E. A prospective study of mortality associated with anaesthesia and surgery: risk indicators of mortality in hospital. *Acta Anaesthesiol Scand* 1990; 34: 176-82.

- 100-Coetzee A, Toit H. *Peri-operative mortality in the anaesthetic service at Tygerberg Hospital. S Afr Med J.* 1992; 82: 176-8.
- 101-Juvin P, Teissie`re F, Brion F, Desmonts JM, Durigon M. *Postoperative Death and Malpractice Suits: Is Autopsy Useful. Anesth Analg* 2000; 91: 344-6.
- 102-Chariot P, Witt K, Pautot V, Porcher R, Thomas G, Zafrani ES, et all. *Declining Autopsy Rate in a French Hospital. Arch Pathol Lab Med* 2000; 124: 739-45.
- 103-Özatamer O. *Anestezi uygulamasında hata ve kazalar. T Klin Tıp Bilimleri* 1993; 13: 304- 8.

8. ÖZET

YÜKSEK SAĞLIK ŞURASINDA 2000 - 2009 YILLARI ARASINDA DEĞERLENDİRİLEN ANESTEZİ İLE İLİŞKİLİ UYGULAMA HATALARI

Araştırmamızda, 2000 - 2009 yılları arasında hekim hatası iddiasıyla Yüksek Sağlık Şurası'nda görüşülen olgulardan doğrudan anestezi uygulamasına bağlı hasar ve/veya ölümle sonuçlanmış olanları retrospektif olarak inceleyerek, anestezi uygulama hatalarının profilini ortaya çıkarmak ve hekim hatası iddialarında ülkemizdeki yasal prosedürü tanıtmak amaçlanmıştır.

Hatalı tıbbi uygulama nedeniyle, ceza mahkemeleri tarafından 2000 - 2009 tarihleri arasında bilirkişilik için YSS'ye gönderilen ve YSS'de incelenerek karara bağlanan 1818 dosyadan, sorumluluğun doğrudan anestezi uygulaması ile ilişkili olabileceği ifade edilen 112 (% 6,1) dosya tespit edilmiş ve bu dosyalar önceden belirlenen başlıklar çerçevesinde incelenmiştir.

Yargılama sonuçları bilinmemekle birlikte YSS'de karara bağlanan dosyaların yaklaşık yarısında anestezi uygulaması hatalı olarak değerlendirilmiştir. Olguların 83'ünde, anesteziye bağlı uygulama hatalarından cerrah sorumlu tutulmuş ve YSS tarafından % 49,3 oranında kusurlu bulunmuştur. Anestezi uzmanının sorumluluğunda anestezi uygulanan 68 olgunun % 52,9'unda anestezi uzmanının uygulaması kusurlu olarak değerlendirilmiştir. Anestezi teknisyeni hiçbir dosyada yalnız başına hatalı anestezi uygulamasından sorumlu tutulmamış, fakat anestezi teknisyeni ile ilişkili olguların % 40'ında anestezi uygulamasının hatalı olduğu görülmüştür. Anestezi uzmanı veya teknisyeni olmadan anestezi ilaçların hatalı kullanımına bağlı YSS'ye gönderilen dosya

sayısı toplam 12’dir ve bu dosyaların hepsinde anestezi uygulaması hatalı bulunmuştur.

Anestezi ile ilişkili en sık hata nedeninin; takipte yetersizlik, dikkat ve özen eksikliği (% 36,6) olduğu tespit edilmiştir. İkinci sırada havayolu güvenliği ile ilgili problemler (% 25,9), üçüncü sırada (% 20,9) preoperatif tetkik ve muayene eksikliği gelmektedir.

Anestezinin hatalı uygulanma iddiası ile en sık dava açılma nedenleri ölüm (% 83,9) ve hipoksik beyin hasarıdır (% 6,3). Ölümle sonuçlanan anestezi uygulamalarında ölümün; 24 (% 25,5) olguda anestezi sonrası ilk 24 saat içinde, 23 (% 24,5) olguda ise anestezi uygulaması sırasında ortaya çıktığı belirlenmiştir.

Sonuç olarak; anestezi ile ilişkili istenmeyen sonuçların sıklıkla anestezi uzmanı olmayan yerlerde, diğer klinik branşlardan hekimlerin veya onların sorumluluğunda teknisyenlerin anestezi uygulaması sırasında ortaya çıktığı görülmektedir. Bunun sonucu olarak, hatalı anestezi uygulamalarında anestezi uzmanları ile cerrahların kusur oranlarının benzer olduğu görülmüştür. Ülkemizde bu konudaki mevcut yasal durum düzenlenerek anestezi uzmanı olmadan anestezi uygulanması önlenmeli ve böylelikle anestezinin hastalar için daha güvenli hale gelmesi sağlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Anestezi, tıbbi uygulama hatası, Yüksek Sağlık Şurası

9. SUMMARY

RESEARCH ON ANESTHESIA MALPRACTICE CASES REVIEWED BY THE SUPREME HEALTH COUNCIL OF THE REPUBLIC OF TURKEY BETWEEN 2000 - 2009

Our research aims to retrospectively examine anesthesia malpractice cases, specifically those resulting in injury and/or death, which were reviewed by the Turkish Supreme Health Council between 2000 - 2009. The purpose of this research is to extract a profile of anesthesia malpractice, and introduce the legal procedure in Turkey for malpractice claims.

During this time period, 1818 files were sent from the criminal courts to the Turkish Supreme Health Council for expert review. Of those cases, 112 (% 6,1) of them could be considered to be directly related to anesthesia malpractice. Furthermore, these cases were further examined under predetermined categories. Without knowing the final decision of the courts in these cases, about half of the cases taken up by the Turkish Supreme Health Council concluded in malpractice decisions. In 83 instances, the surgeon was found as the guilty party in anesthesia-related malpractice cases. The Turkish Supreme Health Council determined that the surgeon was at fault in % 49,3 of these cases. In 68 cases where the anesthesiologist introduced the anesthesia, % 52,9 of the time, the anesthesiologist was at fault. Not a single anesthesia technician was ever found to be guilty of malpractice alone. However, % 40 of the cases involving an anesthesia technician, a fault in the anesthesia practice was discovered. Twelve cases were sent to the Turkish Supreme Health Council because of improper use of

anesthesia in the absence of anesthesiologists and/or anesthesia technicians, and in all instances the implementation of anesthesia was found to be flawed.

The most common mistakes in the practice of anesthesia include inadequate follow-up and a lack of attention and care (% 36,6). The second most common complication is related to respiratory safety (% 25,9). The third most common complication comes from the lack of a thorough preoperative evaluation and physical examination (% 20,9).

The most frequent reason for filing suits related to anesthesia malpractice include death (% 83,9) and hypoxic cerebral injury (% 6,3). In the cases that resulted in death, the patient died in 24 cases (% 25,5) after 24 hours of anesthesia implementation, and in 23 cases (% 24,5) death occurred while receiving anesthesia.

In conclusion, the undesirable results of anesthesia primarily occurred under circumstances where: there was no anesthesiologist present; or the anesthesia was delivered by a doctor who is a specialist in another practice area; or the anesthesia was delivered by an anesthesia technician not under the supervision of the aforementioned doctors. As a result, in the cases of anesthesia malpractice, the failure rates for surgeons and anesthesiologists are nearly the same. In Turkey, the current legal framework should be reviewed to ensure that anesthesia should only be administered under the supervision of an anesthesiologist, thus making receiving anesthesia much safer for patients.

Keywords: Anesthesia, malpractice, The Supreme Health Council

10. EKLER

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü

Sayı : B.10.0.SEG.0. YSS-141.01- 52 50
Konu : Dr. Güzide ALKAN
Tez Çalışma İzni

29.04.2009

Prof. Dr. Hatice Zerrin ÖZKÖSE
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı
ANKARA

İlgi: 07/04/2009 tarihli yazınız.

İlgi yazınız ile gönderilen Dr. Güzide ALKAN'ın tez çalışma istemi, Yüksek Sağlık Şurasının 16-17 Nisan 2009 tarihli 278. toplantısında incelenerek alınan aynı gün ve 12139 sayılı karar ışığında gönderilmiştir.
Bilgilerinize rica ederim.


Uzm. Dr. Engin UÇAR
Bakan a.
Genel Müdür Yardımcısı

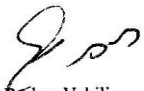
EK: Yüksek Sağlık Şurası Kararı (1 sayfa)

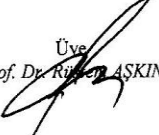
Prof. Dr. Nusret Fişek Cad. No:41 06420 Yenışehir/ ANKARA
Tel: 312-458 35 52
Fax: 312-458 35 30

Ayrıntılı bilgi için irtibat: E. UÇAR Gn.Md.Yrd.
Yüksek Sağlık Şurası Sekreteryası
e-posta: yukseksagliksurasi@saglik.gov.tr

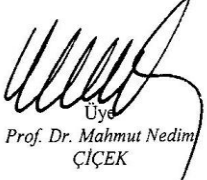
YÜKSEK SAĞLIK ŞURASI KARARI
Toplantı Tarihi: 16-17 Nisan 2009
Toplantı Sayısı: 278
Karar Sayısı : 12139

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalında Araştırma Görevlisi olan Dr. Güzide ALKAN'ın Tez konusu olarak belirlenen "2000-2008 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası tarafından karara bağlanmış Anesteziyoloji ile ilişkili uygulama hatalarının irdelenmesi" konulu çalışmanın Yüksek Sağlık Şurası Sekreteryası'nda görevli Uzm. Dr. Nihal DURLU'nun gözetimi ve katılımıyla yürütülmesine oybirliğiyle karar verilmiştir.

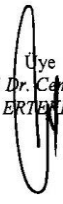

Başkan Vekili
Prof. Dr. Nihat TOSUN

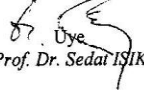

Üye
Prof. Dr. Rüben ASKIN


Üye
Dr. Seraceddin ÇOM


Üye
Prof. Dr. Mahmut Nedim ÇİÇEK


Üye
Prof. Dr. Uğur DİLMEN

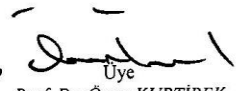

Üye
Prof. Dr. Cemalettin ERTEN

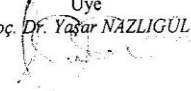

Üye
Prof. Dr. Sedat İŞİK


Üye
Prof. Dr. Hakan Hadi KADIOĞLU

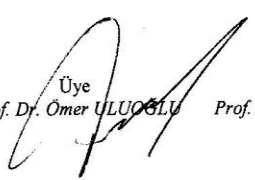

Üye
Prof. Dr. M. İ. Safa KAPICIOĞLU

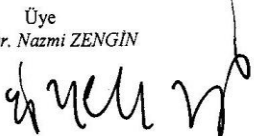

Üye
Adem KESKİN


Üye
Prof. Dr. Ömer KURTİPEK


Üye
Doç. Dr. Yaşar NAZLIGÜL


Üye
Doç. Dr. İrfan ŞENCAN


Üye
Prof. Dr. Ömer ULUOĞLU


Üye
Prof. Dr. Nazmi ZENGİN

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı : Güzide

Soyadı : Alkan

Doğum Yeri Ve Tarihi : Antakya - 20.06.1974

Eğitimi : Araştırma Görevlisi Dr.

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi Ve

Reanimasyon Ad. 2006 - Halen

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1997

Antakya Lisesi 1991

Yabancı Dil : İngilizce

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar : Yok

Bilimsel Etkinlikler:

Yüksek Sağlık Şurası'nda 2000-2009 Yılları Arasında

Değerlendirilen Anestezi İle İlişkili Uygulama Hataları.

Tez Çalışması

Olgu Sunumu:

‘Genç erkek hastada postoperatif erken dönemdeki ajitasyona yaklaşım’, Arpacı H, Günaydın B, Özköse Z, Alkan G, Koç C.

Türk Anestezi Rean Der Dergisi 2008; 36: 128-33.