

# Bölüm 1

## ANESTEZİ VE HASTA GÜVENLİĞİ

**Ali KARTEKİN**

Uzm. Dr, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, e mail: alikartekin@hotmail.com

### ► Anestezi İlişkili Mortalite ve Morbitide

Her yıl dünya genelinde 230 milyon hastaya cerrahi girişim için anestezi uygulanmaktadır. Cerrahi işlemlerle ilişkili olarak 7 milyon kişide ciddi komplikasyon gelişmekte ve 200.000’ni Avrupada olmak üzere yılda bir milyon insan hayatını kaybetmektedir (Bilgin, 2017).

Anesteziyolojideki ölüm oranları, klinikteki uygulamaların bugün oldukça güvenli olarak yapıldığını ortaya koymaktadır. Anesteziye bağlı olduğu düşünülen ilk ölüm 28 Ocak 1848’de bildirilmiştir. 1980 öncesinde, anestezi ile ilişkilendirilen ölüm oranları 1:2500-1:5000 dolaylarında tahmin edilirken, 1970’li yılların sonlarında solunum fonksiyonlarının yakın takibini sağlayan cihazların (puls-oksimetri ve kapnografi) günlük uygulamalar arasına girmesi ile, 1969-1988 arası dönemde özellikle solunumsal nedenli kardiyak arrestler 2,1/10.000’den 1/10.000 anestezi vakasına inmiştir. Dünya Sağlık Örgütü Dünyada çoğu düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde 78000 ameliyathane pulsoksimetre olmadığını tespit etmiş ve 2011 yılında “her ameliyathaneye bir puls oksimetre” projesi başlatmıştır (Walker, Newton & Bosenberg, 2011).

1. Risklerin belirlenip listelenmesi
2. Risklerin analizi veya değerlendirilmeleri
3. Risk kontrolü ve risk finansmanı çalışmalarının yapılması:
4. Seçilen risk yönetimi tekniklerinin uygulanması
5. Kontrol ve denetimlerin yapılması
6. Geri besleme ve iyileştirme

Risk yönetimi sistemi ile; risklerin tespiti ve gereken önlemlerin alınması, kaynakların etkin kullanımı sağlanır. Karar verme mekanizmaları için riskleri görünür ve ölçülebilir hale getirerek öznellik azaltılır. Belirsizlikleri ve belirsizliğin yaratacağı olumsuz etkiler daha kabul edilebilir düzeye indirgenir (Usta, 2009).

### **Bilgilendirilmiş Onam**

Aydınlatılmış onam, iyi hekimlik uygulaması önkoşullarından biridir ve tıp etiğinin temel ilkelerinden olan özerklik ilkesine dayanmaktadır. Özerklik, bir kişi ya da topluluğun kendisine ilişkin konularda, kendi değerlerine dayanarak kararlar vermek ve bunları uygulamak üzere eylemlerde bulunma olanağı olarak tanımlanabilir. Bunun bir uzantısı olarak özerk kişinin, kendi sağlığına ilişkin tüm kararlara katılmasının koşulları sağlanmalıdır. Aydınlatılmış onam süreci; hastanın kendisine uygulanacak herhangi bir tıbbi işleme onay verebilmesi ya da reddedebilmesi için yeterince bilgilendirilmesi, aldığı bilgi üzerine düşünmesi, özgür seçimine dayalı kararını vermesi sürecidir. Uygulanacak tanı ve tedavi yöntemlerinin niteliği, beklenen yararları, olası yan etkileri, diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bunların özellikleri hastaya anlatılmalıdır. Bunun yanında, kişinin durumu hakkında “aydınlanması” ve kendisine önerilen tıbbi girişime onam verebilmesi için çeşitli koşullar söz konusudur. Bilgilerin sade ve anlaşılır bir dil ile açıklanması, bunların hasta tarafından anlaşılması, hastanın gönüllü olması ve onam verme yeterliğinin olması gerekir. Bu koşulların yerine getirilmesi, doğrudan ve/veya dolaylı olarak hekimin sorumluluğundadır. (Barash, 2017).

### **► KAYNAKÇA**

- Barash, P. G. Et al. (2017). *Komplikasyonlar, Risk Yönetimi, Hasta güvenliği*. (Karam Mehmet Yıldız, Çev. Ed (s 747-762). Ankara: Ayrıntı Basım ve Yayın
- Beecher, H.K. & Todd, D.P. ( 1954 ). A study of the deaths associated with anesthesia and surgery. *Ann Surg.*, 140, 2-34.
- Bilgin, H. (2017). *Anestezi uygulamalarında hasta güvenliği*. Hasta güvenliği haftası, TARD panel. 17 Mart 2017, İstanbul
- Butterworth, D.F. ,Mackey D.C. & Wasnick J.D. (2015). *Klinik Anesteziyoloji*. ( Handan Cuhruk, Çev. Ed.). Ankara: Ayrıntı Basım ve Yayın

- Cheney, FW. (1999 ). The American Society of Anesthesiologists closed claims project: what have we learned, how has it affected practice, and how will it affect practice in the future? *Anesthesiology*, 91, 552-6.
- Haller, G. & Laroche, T.& Clergue, F. (2011) . Morbidity in anaesthesia: Today and tomorrow. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 25, 123–132. doi:10.1016/j.bpa.2011.02.008.
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M. & Donaldson, M.S. (1999). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. National Academy Press., Washington.
- Mellin-Olsen, J., O’Sullivan, E. & Balogh, D.( 2007). Guidelines for safety and quality in anaesthesia practice in the European Union Section and Board of Anaesthesiology of the European Union of Medical Specialists Working Party on Safety and Quality of Care, *European Journal of Anaesthesiology*, 24, 479-482.
- Ozdemir, M.H., Cekin, N., Can, I.O.& Hilal, A.(2005). Malpractice and system of expertise in anesthetic procedures in Turkey. *Forensic Science Int*, 153, 161-7.
- T.C Sağlık Bakanlığı, *Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliği Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliği*. (29.Nisan 2009). Resmi Gazete, Sayı : 27214.
- Usta, R.( 2009). Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetimi. *Hasta Güvenliği Dergisi*, 1, 54.
- Walker, I.A., Newton, M.& Bosenberg, A.T. (2011). Improving surgical safety globally: pulse oximetry and the WHO Guidelines for Safe Surgery. *Pediatric Anaesth*, 21, 825-8.
- Yılmaz, C.& Yılmaz, N. ( 2006 ). *Osmanlılarda Sağlık (Health in the Ottomans) –I*, İstanbul. academia