

Economics and Administration, Tourism and Tourism Management, History, Culture, Religion, Psychology, Sociology, Fine Arts, Engineering, Architecture, Language, Literature, Educational Sciences, Pedagogy & Other Disciplines in Social Sciences

Vol:4, Issue:23
sssjournal.com

pp.4388-4396
ISSN:2587-1587

2018
sssjournal.info@gmail.com

Article Arrival Date (Makale Geliş Tarihi) 05/09/2018 | The Published Rel. Date (Makale Yayın Kabul Tarihi) 13/10/2018
Published Date (Makale Yayın Tarihi) 14.10.2018

TIBBİ HATALAR: NEDENLERİ VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

MEDICAL ERRORS: CAUSES AND SOLUTION SUGGESTIONS

Dr. Serpil ÇELİK DURMUŞ

Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kırıkkale/Türkiye



Article Type : Review Article / İnceleme Makalesi

Doi Number : <http://dx.doi.org/10.26449/sss.913>

Reference : Çelik Durmuş, S. (2018). "Tıbbi Hatalar: Nedenleri Ve Çözüm Önerileri", International Social Sciences Studies Journal, 4(23): 4388-4396.

ÖZ

Günümüzde, hasta güvenliği sağlık bakım kalitesinin geliştirilmesi kapsamında ele alınan güncel ve önemli konulardan biridir. Hasta güvenliğinin sağlanmasında ve sağlık hizmeti sunumunun her aşamasında tıbbi hataların önlenmesi temel uygulamalar arasında yer almaktadır.

Tıbbi hata; planlanan bir eylemin tamamlanamaması ve istenilen şekilde sonuçlanmaması veya bir amaca ulaşırken yanlış bir planın yapılması olarak tanımlanmaktadır. Tıp Enstitüsü'nün 1999 yılı raporuna göre Amerika'da 45.000-98.000 kişinin tıbbi hatalar yüzünden öldüğü belirtilmektedir. Son araştırmalara göre ise Amerika'da her yıl 251.000 kişi tıbbi hatalarla karşı karşıya kalmaktadır. Amerika'da tıbbi hatalar, ölümlerin %9.5'ini oluştururken ölüme sebep olan kalp hastalıkları ve kanserden sonra üçüncü sırayı almıştır. Diğer gelişmiş ülkeler olan Kanada, Avustralya, Yeni Zelanda, Almanya ve İngiltere'de de tıbbi hataların verdiği hasarın aynı olduğu belirtilmektedir. Ülkemizde ise tıbbi hatalara yönelik hala net bir veri olmamasına karşın önemsenecek düzeyde olduğu tahmin edilmektedir.

Sağlık çalışanları hataların raporlanması konusunda direnç göstermektedirler. Sağlık çalışanlarının, özellikle hekimlerin tıbbi hataları raporlama konusunda isteksiz davranmaları bildirim sistemlerinin istedik düzeyde sonuç vermediğini göstermektedir. Birçok ülkede hastanelerde tıbbi hata bildirim sistemi kullanımı %10'dan daha azdır. Hatta tıbbi hatalar rapor edilse bile hastaneler hataların yeniden oluşmasını önlemede başarısız olmaktadır. Tıbbi hataların hasta güvenliği için genel riskleri sıralanacak olursa; sağlık çalışanlarının aşırı iş yükü ve yorgunluk, invaziv prosedürler, enfeksiyonlar, hasta düşmeleri ve basınç ülserleri gibi çoğaltılarak sayılabilir.

Sonuç olarak tıbbi hataları en aza indirmek ve dolayısıyla hasta güvenliğini yükseltmek için tüm bariyerlerin aşılması gerekmektedir. Günümüzde hızla gelişen bilgi teknolojisi hataları azaltabilir. Yapılan çalışmalarda elektronik tıbbi kayıtlar, elektronik reçeteleme, ilaçların bar kodlanması ve karar destek sistemlerinin etkili olduğu gösterilmiştir. Bunun yanı sıra etkin geri bildirim sisteminin kurulması, sağlık çalışanlarının tıbbi hataları bildirmesine yönelik teşvikler, çalışanların eğitilmesi, yöneticilerin hataların önlenmesine yönelik strateji ve çözüm önerileri geliştirebilmeleri büyük önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, Tıbbi Hata, Tıbbi Malpraktis

ABSTRACT

Nowadays, patient safety is one of the most actual and important issues dealt with in the quality of health care. Preventing medical errors in every stage of health care delivery and patient safety is among the basic applications.

Medical error is defined as an incompleting planned action with an unexpected outcome or making a wrong plan in order to reach a goal. According to the Institute of Medicine's 1999 report, 45,000-98,000 people died in the United States due to medical errors. According to recent research, in the United States every year, 251,000 people face medical errors. In the United States, medical errors accounted for 9.5% of deaths and were the third most common cause after heart disease and cancer. In other developed countries, Canada, Australia, New Zealand, Germany and the United Kingdom, it is stated that the damage caused by medical errors is the same. Despite the fact that there is still no clear data on

medical errors in our country, it is estimated to be at a level to be considered.

Health workers are resistant to reporting errors. Health care workers, especially doctors who are reluctant to report medical errors, show that the notification systems do not provide the desired results. In many countries, the use of a medical error reporting system in hospitals is less than 10%. Even if medical errors are reported, hospitals fail to prevent re-occurrence of errors. The general risks of medical errors for patient safety are listed; excessive workload and fatigue, invasive procedures, infections, patient falls and pressure ulcers.

As a result, all the barriers must be overcome to reduce medical errors and increase the patient safety. Today, the faster developing information technology can reduce errors. In studies, electronic medical records, electronic prescription, barcraft coding and drug support systems are shown that efficient. In addition, the establishment of the active feedback system is great importance to improve the healthcare professionals, to the development of employees, to develop strategy and solution proposals for the prevention of the managers.

Key Words: Medical Errors, Medical Malpractice, Patient Safety

1. GİRİŞ

Son yıllarda sağlık hizmetleri, hastaların zarar görmemesini ve mükemmel düzeyde hizmet vermeyi amaç edinmiştir. Aynı zamanda sağlık hizmetleri kalitesinin ve hasta güvenliğinin en önemli göstergesinin tıbbi hatalar olduğu kabul edilmektedir (Koohestani ve Baghcheghi, 2009; Pelliciotti ve Kimura 2010). “Tıbbi hata; planlanan bir eylemin tamamlanamaması ve istenilen şekilde sonuçlanmaması veya bir amaca ulaşırken yanlış bir planın yapılması olarak tanımlanmaktadır” (Kohn et al. 1999). Tıp Enstitüsü'nün 1999 yılı raporuna göre Amerika'da 45.000-98.000 kişinin tıbbi hatalar yüzünden öldüğü belirtilmektedir. Son araştırmalara göre ise Amerika'da her yıl 251.000 kişi tıbbi hatalarla karşı karşıya kalmaktadır. Amerika'da tıbbi hatalar, ölümlerin %9.5'ini oluştururken ölüme sebep olan kalp hastalıkları ve kanserden sonra üçüncü sırayı almıştır (Institute of Medicine 1999, Erişim: 09.08.2018). Diğer gelişmiş ülkeler olan Kanada, Avustralya, Yeni Zelanda, Almanya ve İngiltere'de de tıbbi hataların verdiği hasarın aynı olduğu belirtilmektedir. Ülkemizde ise tıbbi hatalara yönelik hala net bir veri olmamasına karşın önemsenecek düzeyde olduğu tahmin edilmektedir.

1.1. Tıbbi Hata mı? Malpraktis mi?

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de tıbbi hatalar çözülmesi gereken öncelikli problemler arasında yer almaktadır (Özata ve Altuncan, 2010). Mortalite ve morbidite için büyük önem arz eden tıbbi hata kavramı, malpraktis ile karıştırılmakta ve bu iki kavram genellikle birbirinin yerine kullanılmaktadır. Ancak farklı anlamlar taşıyan bu iki kavramdan tıbbi hata, Amerika'da bulunan Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) tarafından, “tamamlanması planlanan bir eylemde başarısızlık ya da belli bir amacı gerçekleştirmek için yanlış bir planın kullanımı olarak tanımlanmaktadır”. Bu problemler yaygın olarak sağlık bakım hizmetlerini gerçekleştirirken yanlış ilaç uygulamaları ya da uygun olmayan transfüzyonlar, cerrahi yaralanmalar ve yanlış cerrahi uygulamaları, yaralanmalara bağlı ölümler, düşmeler vb. şeklinde görülebilmektedir (Institute of Medicine 1999, Erişim: 09.08.2018). Başka bir tanımda ise sağlık personelinin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zararlar olarak belirtilmiştir (Özata ve Altuncan, 2010). Malpraktis ise; literatürde hukuki bir terim olarak belirtilmekte olup, “herhangi bir işi profesyonel olarak yapan kişilerin hatalı uygulamaları, bilgi, beceri ve özen eksiklikleri veya ihmalleri sonucu hizmet alanın zarar görmesi durumu olarak” tanımlanmaktadır. Bununla birlikte söz konusu hizmet tıp alanını ilgilendiriyorsa bu durum “tıbbi malpraktis” ya da “tıbbi hata” ya da “tıbbi kötü uygulama” olarak ifade edilmektedir (Değirmenci, 2006).

1.2. Tıbbi Hataların Görülme Sıklığı

Sağlık çalışanları hataların raporlanması konusunda direnç göstermektedirler. Sağlık çalışanlarının, özellikle hekimlerin tıbbi hataları raporlama konusunda isteksiz davranışları bildirim sistemlerinin istendik düzeyde sonuç vermediğini göstermektedir. Birçok ülkede hastanelerde tıbbi hata bildirim sistemi kullanımı %10'dan daha azdır. Hatta tıbbi hatalar rapor edilse bile hastaneler hataların yeniden oluşmasını önlemede başarısız olmaktadır. Tıbbi hataların hasta güvenliği için genel riskleri sıralanacak olursa; sağlık çalışanlarının aşırı iş yükü ve yorgunluk, invaziv prosedürler, enfeksiyonlar, hasta düşmeleri ve basınç ülserleri gibi çoğaltılarak sayılabilir.

Tıp Enstitüsü (The Institute of Medicine), 29 Kasım 1999'da tıbbi hatalar ve daha güvenli bir sağlık sistemi ile ilgili bir rapor yayınlamıştır (To Err is Human: Building a Safer Health System). Bu rapor tüm sağlık çalışanlarına yönelik olarak, tıbbi hatalar ve bunların azaltılması ile ilgili geniş bilgiler içermektedir. Rapora göre; Hastaneye yatan hastalarda yapılan iki çalışmada, yan etki veya tıbbi bakım sırasında bir hata görülme sıklığı %2.9 ve %3.7 bulunmuştur (Brennan et al. 1991; Thomas et al. 1999). Bunların %58 ve %53'ü

önlenebilir tıbbi hatalar olarak tanımlanmıştır. Bu veriler kullanılarak, 1997 yılı içinde Amerika Birleşik Devletleri'nde hastaneye yatan 33.6 milyon hasta esas alınarak yapılan varsayımlarda, tıbbi hatalar nedeni ile her yıl en az 44.000, belki de 98.000 hastanın öldüğü öngörülmektedir. En az sayı bile kabul edilse tıbbi hatalardan ölen hasta sayısı 8. ölüm nedeni olarak, trafik kazası, meme kanseri ve AIDS hastalığından ölümlerin önünde yer almaktadır. Tıbbi hataların maliyetinin 37.6 milyar ile 50 milyar dolar arasında olabileceği tahmin edilmektedir. Önlenebilir hataların maliyeti ise 17-29 milyar dolar arasındadır (Korkmazer ve ark. 2016).

İngiltere'de ise her yıl sekiz milyondan fazla insana cerrahi girişim uygulandığı, bu girişimlerde çoğu yanlış taraf cerrahisi ve hasta kimliğinin tanımlanmaması ile ilgili olmak üzere yaklaşık 128.000 tıbbi hata olduğu belirtilmektedir (Öğün, 2008). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün hasta güvenliği konusuna dikkat çekmek için 2009 yılında "Temiz bakım güvenli bakım", 2010 yılında ise "Güvenli cerrahi hayat kurtarır" sloganlarıyla dünya çapında çalışmalar yapmıştır (Canpolat, 2011).

1.3. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması

Tıbbi hatalar; yanlış işlemi yapmak, doğru işlemi yapmamak (ihmal) veya doğru işlemi yanlış yapmaktan dolayı meydana gelebilir. Bu hatalar; hastanelerde, polikliniklerde, sağlık ocaklarında, hekim muayenehanelerinde, eczanelerde, bakım evlerinde, hastanın evinde, özetle hasta ve sağlık hizmetinin olduğu her yerde ve sağlık hizmetinin her evresinde ortaya çıkabilir (Akalin, 2004; Karataş ve Yakıncı, 2010). Literatüre bakıldığında tıbbi hataların farklı başlıklar altında gruplandırıldığı görülebilir ancak çoğunda ortak başlıklar yer almaktadır. Burada şu başlıklara yer verilmiştir:

1.3.1. İlaç hataları

İlaç hatası; hasta güvenliğini etkileyen ve çoğu önlenebilir olan en yaygın hata tipidir. Hatalı ilaç uygulamaları, sebep oldukları hastalık, sakatlık ve ölümler açısından son derece riskli bir konu olup, hastaneye yatan hastaların tedavileri sırasında en sık karşılaştığı hata grubu arasında yer almaktadır (Caymaz, 2015). Yanlış doz, yanlış veriliş şekli, birlikte verilen başka ilaçlarla etkileşim, alerji hikayesi olan hastaya bilmeyerek bu ilacın verilmesi gibi hatalar bu gruptandır. Bu hataların % 34-56'sı önlenebilir hatalardır (Gündoğdu ve ark. 2011).

İlaç uygulamaları, hemşirelik uygulamalarında hata açısından en yüksek risk alanlarından biridir. İlaç uygulama multidisipliner bir süreç olmakla birlikte, ilaç uygulamalarında son noktada yer aldıklarından hemşireler büyük bir önem taşımaktadır (Sezgin, 2007; www.kalite.saglik.gov.tr.). Sezgin (2007)'in yaptığı çalışmada hemşirelerin yaptıklarını belirttikleri ilaç hata tipleri incelendiğinde; yanlış ilaç, yanlış uygulama yolu, yanlış doz, yanlış hasta, yanlış uygulama zamanı gibi geleneksel anlamda en çok bilinen beş doğruya ilişkin hataların olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada hekim tarafından önerilmeden verilen ilaç, tedavi kesildikten sonra yapılan ilaç uygulaması ve tedavi uygulama saatinin geciktirilmesi gibi hataların ise daha düşük oranda olduğu saptanmıştır (Sezgin, 2007; Caymaz, 2015). Durmaz ve Mete'nin (2007) çalışmasında ise hastaların %47.6'sında ilaç atlama hatası belirlenmiş ve %44.7'sinde ise hemşire gözlem formunun boş olduğu yani doktor isteminin verilmediği görülmüştür (Durmaz ve Mete, 2007; Caymaz, 2015).

Sağlık Bakanlığı yayınladığı, "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına İlişkin Usul ve Esaslar Tebliğinde ilaç güvenliğine ilişkin yapılacak uygulamaları şu şekilde sıralamıştır" (Resmi Gazete, 2009; Caymaz, 2015):

- ✓ "Yatışına karar verilen hastanın varsa kullandığı ilaçlar kayıt altına alınarak ilgili tabibe bildirilir. Tedavi planı, ilaç dozu, zamanı ve uygulama şeklini içerecek şekilde, okunaklı olarak her bir hasta tabelasına hastanın kendi tabibi tarafından yazılır. Hastanın yatış öncesi aldığı ilaçlar, bakım sürecinde kullandığı ilaçlar ve taburcu edildikten sonra kullanacağı ilaçlara ilişkin süreç tanımlanır" (Resmi Gazete, 2009; Caymaz, 2015).
- ✓ "Hastanın evden getirdiği ve hastanede kullanması gerekli olan ilaçlar, günlük olarak ve her farklı ilaç eklendiğinde eczacı ve /veya sorumlu tabip tarafından ilaç-besin, ilaç-ilac etkileşimleri bakımından değerlendirilir" (Resmi Gazete, 2009; Caymaz, 2015).
- ✓ "Hastanın kullandığı tüm ilaçların ilgili hemşiresi tarafından verilmesine yönelik gerekli düzenlemeler yapılır" (Resmi Gazete, 2009; Caymaz, 2015).
- ✓ "İlaç uyumu, istenmeyen ve beklenmeyen yan etkiler, tabip ve hemşireler tarafından izlenir ve ilaçların yan etkilerinin izlenmesine yönelik işlemler, 22/3/2005 tarih ve 25763 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan, Beşeri, Tıbbi Ürünlerin Güvenliğinin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi

Hakkında Yönetmeliğin 12. maddesinde tanımlanan Advers Etki Bildirim Formuna uygun olarak yapılır” (Resmi Gazete, 2009; Caymaz, 2015).

- ✓ “Yüksek riskli ilaçlar, ilaç kapları ile enjektöre çekilen ilaçların isim ve dozları etiketle belirlenir ve etiketler okunaklı şekilde yazılır” (Resmi Gazete, 2009; Caymaz, 2015).
- ✓ “Bağımlılık yapan uyarıcı ve uyuşturucu ilaçlar, kilitli dolaplarda servis hemşiresinin sorumluluğunda muhafaza edilerek, imza karşılığında teslim edilir” (Resmi Gazete, 2009; Caymaz, 2015).

1.3.2. Cerrahi Hatalar

Cerrahi hatalar içerisinde en göze çarpanı yanlış taraf cerrahisi nedeniyle hastalara verilen zarardır. Amerikan Ameliyathane Hemşireleri Derneği (AORN) yanlış taraf cerrahisini, yanlış hastaya, yanlış vücut tarafına, doğru işaretlenmiş anatomik tarafın yanlış düzeyi üzerinde gerçekleşen tüm cerrahi uygulamalar olarak tanımlamaktadır (Aslan, 2009; Işık ve ark. 2012). Çalışmalar cerrahi hataların her 50 yatan hastanın birinde görüldüğünü ortaya koymuştur (Gawande et al. 1999).

1.3.3. Tanı ve Tedavi Hataları

Hekimin doğru tanıyı koyabilme yükümlülüğü bulunmamakla birlikte uzmanlığının gereklerine uygun olan tetkikleri ve tahlilleri yapma, hastalığın gerektirdiği şekilde davranma ve tanıda yetersizliği olduğunu düşünüyorsa konsültasyon isteme, ileri bir merkeze sevk etme yükümlülüğü bulunmaktadır (Caymaz, 2015). Yanlış tanı, yanlış ve yetersiz tedaviye veya gereksiz ek tetkiklerin yapılmasına neden olabilir. Laboratuvar testlerinin yanlış uygulanması veya yorumlanması sık rastlanılan tıbbi hatalar arasında yer almaktadır. Tanısal hatalara deneyimsiz kişilerce yapılan tetkiklerde daha çok rastlanılabilmektedir.

1.3.4. Sistem Yetersizliklerine Bağlı Hatalar

Sağlık hizmetinin sunumu sırasında sistemde ortaya çıkan ve saptanması oldukça zor olan hatalardır. Bunlar arasında kullanılan aletlerdeki bozukluklar (defibrilatör, intravenöz sıvı pompaları vb.) ancak ortaya çıkınca saptanabilmekte, fakat çok önemli sonuçlar doğurabilmektedir (Akalin, 2005). Medikasyonların uygulanmasında da ortaya çıkan hataların büyük çoğunluğu sistem hataları olarak tanımlanmaktadır.

1.3.5. Düşmeler

Düşmeler en yaygın görülen tıbbi hatalardan olup, hastanelerde hastaların yaşadığı istenmeyen ancak önlenemez ve sık karşılaşılabilen bir durumdur. Genellikle yaşlı hastaların düşmesi en sık rastlanılanıdır (Wilson, 1998).Yabancı hastane ortamı, vücut aktivitelerinde değişimler, özrürlük, yaşlılarda demans, görme, işitme kaybı, kas kuvvetinin azalması gibi fiziksel ve mental yetersizlikler veya tedavi süreci düşme riskini arttırmaktadır (Wilson, 1998; Aştı ve Acaroğlu, 2000). Yapılan bir çalışmada düşmelerin oranı binde 8.9 belirtilirken (Tutuarima et al. 1997), başka bir çalışmada ise binde 7-17 arasında olduğu saptanmıştır. Bunun yanı sıra düşmelerin 65 yaş ve üstü hastalarda daha sık görüldüğü, düşmeler sonucunda, tüm düşmelerin yaklaşık üçte biri oranında kalça kırığı geliştiği belirtilmektedir (Czernuszenko & Czlonkowska, 2009).

1.3.6. Hastane Enfeksiyonları

Hastane enfeksiyonları, hastalar hastaneye başvurduktan 48-72 saat sonra gelişen veya hastanede gelişmesine rağmen kimi zaman taburcu olduktan sonra 10 gün içinde ortaya çıkabilen enfeksiyonlardır (Ulutaşdemir ve ark., 2008). Hastane enfeksiyonları, hastanede kalış süresinin uzaması, mortalite ve morbiditenin artması, tedavi süresinin ve maliyetlerin artması gibi sorunları beraberinde getiren ve bakım kalitesini doğrudan etkileyen bir olgudur (Alicı ve Güngör,05.08.2011, Özata ve Altuncan, 2010). Dünya Sağlık Örgütü dünyada her yıl 190 milyondan fazla insanın hastaneye yattığını ve bu yatışların %5’inin hastane enfeksiyonuna yakalandığını bildirmektedir. ABD’de her 136 hastadan biri, hastanede kapıldığı enfeksiyon nedeni ile ciddi bir şekilde hasta olmaktadır. Bu ise yılda iki milyon olaya tekabül etmekte, yaklaşık 4.5-5.7 milyon dolarlık ek bir maliyete yol açmakta ve 90.000 ölüme sebep olmaktadır (Ostrowsky, 2007; Caymaz, 2015). İngiltere’de ise hastanelerde yılda 100 bin enfeksiyon olduğu, bunların maliyetinin yaklaşık bir milyon sterlini bulduğu ve 5000’den fazla ölüme sebebiyet verdiği tahmin edilmektedir” (Caymaz, 2015; Postnote, 2015). Türkiye’de günümüzde hastane enfeksiyonu oranının % 5-15 arasında değiştiği kabul edilmektedir. Hastane enfeksiyonlarının kurallara uyulduğu taktirde önlenemez olması nedeniyle global dünyada önemli bir sağlık problemi olma geçerliliğini sürdürmektedir.

1.3.7. Hastanın Yetersiz İzlenmesinden Kaynaklanan Hatalar

Gelişmiş birçok ülkede yetersiz hasta izlemleri, hatalı uygulamalara ilişkin davaların en sık rastlanılan nedenleri arasında yer almaktadır (Alıcı ve Güngör, 05.08.2011). Yetersiz izlem nedeniyle meydana gelen hataları en aza indirmek veya önlemek için; belirtilen istemin açık-seçik olduğundan veya izlem sıklığının belirtilmiş olduğundan emin olunmalı; hasta, durumunun gerektirdiği şekilde ve istenilenlere dikkat edilerek izlenmeli, hastaya ilişkin tüm izlemler zaman belirtilerek yazılı olarak kaydedilmelidir (Aştı ve Acaroğlu, 2000).

1.4. Tıbbi Hata Nedenleri

Tıbbi hatalar birçok nedene bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Yanlış tanı ya da tanı koymakta gecikme, yanlış/yetersiz tedaviye veya gereksiz tetkiklere neden olabilir. Laboratuvar testlerinin yanlış uygulanması ya da yorumlanması, sağlık hizmeti verilen yerin cihazlarındaki bozukluk, iletişim yetersizliği, hastane enfeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu gibi saptanması oldukça zor olan durumlar tıbbi hatalara neden olabilmektedir (Akalin, 2005; Karataş ve Yakıncı, 2010).

Bunun yanı sıra, yorgunluk, yetersiz eğitim, iletişim sorunları, zamansızlık, yanlış karar, tartışmacı kişilik gibi insan kaynaklı sorunlar tıbbi hatalara neden olabilir. İşyeri yapısı, takip edilen politikalar, idari yapı, personelin yanlış dağılımı, sorunlara çözüm konusunda yetersizlik gibi nedenler kurumsal kaynaklı sorunlardır. Yetersiz otomasyon, yetersiz cihaz ve eksik cihaz gibi teknik faktörler de tıbbi hata nedeni olabilmektedir. Tıbbi hataların ana sebebi kişiye bağlı olmakla birlikte sistemdeki yetersizlik ve eksiklikler nedeniyledir (Akalin, 2007; Çırpı ve ark. 2009; Karataş ve Yakıncı, 2010).

Adams ve Garber'a göre (2007) tıbbi hataların insan ve sistem olmak üzere iki temel bileşeni olup, sistem hataları insanlardan kaynaklanan hatalara göre daha büyük oranda sorun teşkil etmektedir. Çünkü insan faktörünün yol açtığı hatalar incelendiğinde sadece %1'inin yetkin olmayan çalışanlardan, kalan %99'nun ise çok iyi niyetle işini yapmaya gayret eden ve görevlerinde başarılı olan kişilerden kaynaklandığı anlaşılmaktadır (Adams ve Garber, 2007).

Ülkemizde ise tıbbi hataların nedenleri incelendiğinde; eğitim kurumlarının niteliksiz sağlık personeli yetiştirmesi, sağlık personelinin sayıca yetersiz olması, aşırı çalışma saatleri, vardiyalı çalışma sistemi, hasta sayısının fazla olması, yorgunluk, meslekten memnun olmama, stres, cihazların yetersiz olması ve kalibrasyonlarının yapılmaması, fiziki mekandan kaynaklanan problemler, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların yetersiz olması ve bilgi teknolojilerinden yeterince faydalanılmaması gibi birçok faktörün tıbbi hatalara yol açtığı anlaşılmaktadır (Caymaz, 2015).

Sağlık kuruluşlarında, kimi zaman 24 saatin bütünü, hafta sonları ve bayramları içine alan sistemler uygulanmaktadır (Demir, 1990). Vardiyalı ve nöbetli çalışma sistemlerine yönelik yapılan araştırmalar, bu şekilde çalışmanın çalışanların fizyolojik, psikolojik sağlıklarını, sosyal yaşamlarını, bireysel güvenliği ve hasta güvenliğini olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır. Çalışma saatlerinin uzun olması, dikkat yetersizliği ve muhakeme bozukluklarına neden olmakta, bu da hastadaki değişikliklerin fark edilmesini engellemekte ve hatalara yol açmaktadır. En fazla hatanın gece 04-06 saatleri arasında gerçekleştiği bilinmektedir (Caymaz, 2015).

Sağlık kuruluşlarında görev yapan personelin iş yükünün fazla olması, hataların ortaya çıkmasında önemli bir etkidir. Amerikan Hemşireler Derneği (ANA), hemşirelerden kaynaklanan hatalarının genellikle hemşire yetersizliği ile ilişkili olduğunu; hemşirelerin, stresli, yorgun, uygun düşünemediği çalışma ortamlarında bulunması durumunda hataların artacağını belirtmektedir (Caymaz, 2015). Aiken ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan kapsamlı bir araştırmada 10.184 kadrolu hemşire ve 232.342 ameliyat hastasından toplanan veriler ışığında araştırmacılar; normalde dört hastaya bakan bir hemşirenin ilave bir hasta yükü daha olması durumunda, hastanın ölüm riskinin % 0,7 arttığını tespit etmişlerdir (Aiken ve ark, 2002). Hemşirelerin çalışma saatleri ve hemşirelerin hata yapma oranının incelendiği bir başka çalışmada, günde 12 saatten fazla çalışan hemşirelerde hata oranının arttığı saptanmıştır. Ayrıca haftalık 40-50 saatten fazla çalışmanın tıbbi hataya neden olabileceği belirlenmiştir (Rogers, 2004).

Tanaka et al. (2010)'un yapmış olduğu çalışmada sağlık profesyonelleri arasındaki iletişim eksikliğinin tıbbi hataların oluşumunda etkili bir faktör olduğu saptanmıştır. Woods et. al (2008) yapmış olduğu çalışmada da iletişimin hasta güvenliği ile yakından ilişkisi olduğunu saptamış; takım çalışması, bakımın planlanması ve servis organizasyonu gibi çalışmalarda iletişim probleminin olması halinde bu durumun hastaların bakımına olumsuz yansıtıldığını ve hasta güvenliğini negatif yönde etkilediğini belirtmiştir. Bununla birlikte Durmuş ve ark. (2018)'nin hemşireler arası işbirliği üzerine yapmış olduğu çalışmaya göre de, hemşireler arasında

yetersiz iletişim ve işbirliğinin varlığı tıbbi hataların artmasına ve hasta güvenliğine olumsuz yansımaya sebep olmaktadır.

1.5. Tıbbi Hataların Önlenmesi ve Çözüm Önerileri

Ülkemizde hasta bakım kalitesini ve güvenliğini arttırabilmek için tıbbi hataların görülme sıklığının azaltılması, önlenmesi ya da zararlı etkilerin oluşmadan fark edilebilmesi için çeşitli yöntemlerin geliştirilmesi gerekmektedir. Ancak tıbbi hataların kayıt altına alındığı bir sistem ne yazık ki bulunmamaktadır. Tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden bildirilebildiği gibi bir sistemin acilen kurulması ve tüm sağlık kurumlarında işletilmesi gerekmektedir. Türkiye’de Kan Merkezleri ve Transfüzyon Derneğinin yürüttüğü çalışmalar kapsamında dernekle protokol yapan tüm hastanelerde (93 hastane) hata bildirim sistemi kurulmuş ve hata bildirimleri 2009 yılı itibariyle sisteme bildirilmeye başlanmıştır (Dikici, 2009, Erişim: 12.08.2011) Bunun yanı sıra bazı özel hastanelerde de hastane içinde kullanılan hata bildirim sistemlerinin varlığının yanı sıra olay bildirim formları da kullanılmaktadır. Ancak ne yazık ki bu uygulamalar sınırlı sayıda hastanelerde yürütülmektedir. Henüz Türkiye genelinde böyle bir uygulama mevcut değildir. Bununla birlikte akreditasyon standartları ve hasta güvenliği hedefleri, hasta bakım kalitesinin geliştirilmesi, güvenli bakım çevresinin oluşturulması, bina ve tesisat risklerin tanımlanması ve kontrolü, ilaç güvenliği, hasta ve çalışan güvenliği risklerinin en aza indirgenmesi ve süreçlerin objektif izlenerek iyileştirilmesi için hata bildirim sisteminin kurulması büyük önem arz etmektedir (Çakmak, 2011. Erişim: 12.08.2011). Yürütülen çalışmalarda hataların bildirilmesinde en önemli engeller, korku ve sistem yetersizlikleri olarak belirtilmektedir (Koohestani ve Baghcheghi, 2009). Bu olumsuzlukları azaltmak için öncelikle yasal uygulamalar konusunda bireyler eğitilmeli, hasta güvenliği konusuna yeterli ödenek ayrılmalı, hemşirelik bakımı ve hasta güvenliğine ilişkin standartlar belirlenmelidir. Sağlık çalışanları uygulamalarını standartlar doğrultusunda yaptıkları takdirde tıbbi hata oranları da önemli ölçüde azalacaktır. Bir başka deyişle tıbbi hataların önlenmesi için hasta güvenliğinin temel alındığı kurumsal bir kültür yaratmak gereklidir. Ancak özellikle tıbbi hataların önlenmesini temel alan hasta güvenliğine ilişkin bir kurum kültürü yaratmak da kolay olmayacaktır (Akalin, 2004). Bu nedenle öncelikle siyasi düzeyde yasal ve meşru düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Yine bu düzenlemelerle birlikte kurumsal düzeyde hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi, sağlık ekibi üyelerinin yasal düzenlemeler, hastane politikaları ve mesleki gelişimleri konusunda sürekli eğitimlerinin sağlanması gerekmektedir.

JCAHO 2003 yılı için hasta güvenliği konusunda 6 hedef göstermiştir (JCI, 2014). Bunlar:

1. Hasta kimlik bilgilerinin iyileştirilmesi
2. Hizmet sunanlar arasında etkili iletişim ve işbirliğinin iyileştirilmesi
3. Yüksek riskli ilaçların kullanımı sırasında güvenliğin arttırılması
4. Yanlış hastada, yanlış bölge ve yanlış cerrahi işlem uygulamalarının elimine edilmesi
5. İnfüzyon pompalarının kullanımının daha güvenilir hale getirilmesi
6. Klinik alarm sistemlerinin etkinliğinin arttırılması.

2. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık bakım sistemi son derece karmaşık bir yapıdadır. İnsan daha doğmadan sağlık hizmetine gereksinim duymakta ve bu ihtiyacı yaşamı boyunca devam etmektedir. Sağlık hizmetlerinin her aşamasında hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlık bakım sisteminin öncelikleri arasında yer almalıdır. Ancak ülkemizde tıbbi hataları konuşmak sağlık idarecileri tarafından ya reddedilmiş ya da üstü kapatılmıştır. Bu şekilde bir tutum zaten yeni yeni gelişmekte olan hasta güvenliği ve sağlıkta kaliteyi olumsuz etkileyebilmektedir. Tıbbi hata kavramı sevilmiyorsa yerine Akalin'ın daha önce önerdiği gibi hasta güvenliği gibi bir kavram kullanılarak zaman kaybetmeden var olan büyük bir sorunun tespiti ve çözümüne yönelik çalışmalar başlatılmamıştır. Aksi takdirde istenilen ve beklenen sağlıkta kalite düzeyine ulaşmak yalnızca bir hayalden ibaret olacaktır.

Sonuç olarak tıbbi hataları en aza indirmek ve dolayısıyla hasta güvenliğini yükseltmek için tüm bariyerlerin aşılması gerekmektedir. Günümüzde hızla gelişen bilgi teknolojisi hataları azaltabilir. Yapılan çalışmalarda elektronik tıbbi kayıtlar, elektronik reçeteleme, ilaçların bar kodlanması ve karar destek sistemlerinin etkili olduğu gösterilmiştir. Bunun yanı sıra etkin geri bildirim sisteminin kurulması, sağlık çalışanlarının tıbbi hataları bildirmesine yönelik teşvikler, çalışanların eğitilmesi, yöneticilerin hataların önlenmesine yönelik strateji ve çözüm önerileri geliştirebilmeleri büyük önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

- Adams JL ve Garber S.(2007) Reducing medical malpractice by targeting physicians making medical malpractice payments. *Journal of Empirical Legal Studies*. 4(1): 185-222.
- Aiken, LH., Clarke, SP., Sloane, DM., Sochalski, JA., Buse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, AM., Shamian, J. Nurses' (2002). Reports On Hospital Care In Five Countries, Cross-National Comparisons, *Health Affairs*. 20(3): 43-53.
- Akalın HE. Medikasyon hataları. *ANKEM Derg* 2004; 18 (Ek 2): s.10-11.
- Akalın HE. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi* 2005;5(3):141-6
- Akalın HE. Klinik Araştırmalar ve Hasta Güvenliği. *İku. Acıbadem Grubu*. 2007. Sayı 17. s.32-35.
- Alıcı M. ve Güngör Ş. Bir Kamu Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Düzeylerinin Belirlenmesi, Gölcük Asker Hastanesi, Kocaeli, www.qps-antalya.org/slide/word/118.doc, Erişim: 05.08.2011
- Aştı T ve Acaroğlu R. (2000), Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4 (2); 22-27
- Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. (1991).Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study 1. *N Engl J Med*. 324:370-376.
- Canpolat, Z. (2011). Hemşirelerde Liderlik ve Örgütsel Bağlılığın Değerlendirilmesi, Doktora Tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Caymaz, M. (2015). Sağlık Personelinin Tıbbi Uygulama Hataları Üzerine Bir Araştırma. *Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2 (4), 1-14. Retrieved from <http://dergipark.gov.tr/uysad/issue/37749/435791>
- Czernuszenko A. & Czlonkowska A. (2009), Risk factors for falls in stroke patients during inpatient rehabilitation, *Clinical Rehabilitation*, 23: 176–188
- Çakmak G (2011) The Importance of Medical Errors and Patient Safety Culture in Healthcare, Available at: www.arel.edu.tr/arelsema/makale-goster.php?Makale-ID=5- (accessed 1 August 2011).
- Çırpı, F., Merih, YD., Kocabey, MY (2009). Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Cilt:2,Sayı:3.s.26-34.
- Degirmenci S. The new Turkish penal code and responsibilities~ of nurses. www.anh.gov.tr/index.php?option=com_docman&task=doc. Published 2006. Accessed August 10, 2011.
- Demir, M. (1990). Vardiya Sistemi İle Çalışan Hemşirelerin Vardiya Sisteminden Kaynaklanan Sorunlar Hakkındaki Görüşleri, *Bilim Uzmanlığı Tezi*, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi, Ankara.
- Dikici NV (2009) Incident/Error Management, Turkish Red Crescent Society, Available at: http://www.kmtid.org.tr/pdf/nilay_vurgun_dikici.pdf (accessed 12August 2011).
- Durmaz, A. ve Mete, S. (2007). Hastaların Hastaneye Yatmadan Önce Kullandıkları İlaçlara İlişkin Hemşire Notlarındaki İlaç Kayıt Hatalarının İncelenmesi, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi;11.
- Durmuş, S. Ç., Ekici, D., & Yildirim, A. (2018). The level of collaboration amongst nurses in Turkey. *International nursing review*.
- Gawande AA, Thomas EJ, Zinner MJ, Brennan TA. The Incidence and Nature of Surgical Adverse Events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery*. 1999; 126: 66-75
- Gündoğdu, S., Bakır, İ., ve Mendeş, H. (2011), Kalp Ve Damar Cerrahisi Kliniğinde Yatan Hastaların Tıbbi Hatalarla İlgili Görüşleri Ve Bu Görüşlerle İlişkili Faktörler, *Sağlık ve Toplum*, 21(2), 24-33
- Işık, O., Akbolat, M., Çetin, M., & Çimen, M. (2012). Hemşirelerin Bakış Açısıyla Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(4).
- Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is>

Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf. Published 1999. Accessed August 9, 2011.

Joint Commission International Accreditation Standarts For Hospital. Joint Commission Resource, Updated International Patient Safety Goals Text Now, On JCI Web Site, 2014, <http://tr.jointcommissioninternational.org>. (Erişim Tarihi: 29.07.2015)

Karatas, M. Ve Yakinci C. (2010). Tıbbi hata nedenleri ve çözüm yolları. Inonu Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 17(3), 233-6.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. (1999). To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, D.C: National Academy Press.

Koohestani HR, Baghcheghi N. (2009). Barriers to the reporting of medication administration errors among nursing students. Aust J Adv Nurs. 27(1):66-74.

Korkmazer, F., Yıldız, A., ve Ekingen, E. (2013). Sağlık Personeli Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma. Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 4(2), 141-154.

Ostrowsky, B. (2007). Epidemiology of healthcare-associated infections. In W. R. Jarvis (Ed.), Bennett & Brachman's Hospital infections (5th ed., pp. 3-23). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Öğün B. Ameliyathanede Hasta Güvenliğinin İncelenmesi. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2008.

Önal G (2009) Malpractice in Medical Implementations, Available at: www.istanbul saglik.gov.tr/w/anasayfalinkler/belge/saglik_malpraktis.ppt (accessed 05 August 2011).

Özata ve Altuncan, (2010), Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Geçerlilik Güvenilirlik Analizinin Yapılması, (Ed. Kırılmaz H.), II. Uluslar arası Sağlıkta performans ve kalite kongresi, pp 3-20

Pellicciotti JS, Kimura M. (2010). Medications errors and health-related quality of life of nursing professionals in intensive care units. Rev Lat Am Enfermagem. 18(6):1062-1069.

Postnote. Infection control in health care settings, 2005. <http://www.parliament.uk /documents/upload/POSTpn247.pdf> (21.06.2015).

Resmi Gazete, Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Ve Korunmasına İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Tebliğ, Sayı:27214, 29 Nisan 2009, web: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/04/20090429-12.htm>, erişim tarihi: 01.09.2018

Rogers, EA., Hwang, W., Scott, LD., Aiken, LH., Dinges, DF. (2004). The Working Hours of Hospital Staff Nurses and Patient Safety, Health Affairs. 23(4): 208.

Sezgin, B. (2007). Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul.

Tanaka K, Takahashi M, Hiro H, Kakinuma M, Tanaka M, Kamata N, Miyaoka H (2010) Differences in Medical Error Risk among Nurses Working Two- and Three-shift Systems at Teaching Hospitals: A Six-month Prospective Study. Industrial Health ,48, 357–364.

Thomas EJ, Studdert DM, Newhouse JP, et al. (1999). Costs of medical injuries in Utah and Colorado. Inquiry. 36: 255-264.

Tutuarima J.A., Meulen JHP, Haan RJ., Straten A., Limburg M. (1997), Risk Factors for Falls of Hospitalized Stroke Patients, American Heart Association ,28:297-301.

Ulutaşdemir, N., İpekçi, N., Dokur, M. & Dağlı, Ö. (2008). Hemşirelik Öğrencilerinin Hastane Enfeksiyonlarından Korunmaya Yönelik Bilgilerinin ve Sağlık İnanç Kuramına Göre Davranışlarının Değerlendirilmesi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 3: 97.

Wilson EB. (1998), Preventing Patient Falls, American Association of Critical- Care Nurses, 9 (1)

Woods DM , Holl JL , Angst D , Echiverri SC , Johnson D , Soglin DF , Srinivasan G , Barnathan J , Amsden L , Lamkin L & Weiss KB . Improving Clinical Communication and Patient Safety: Clinician-

Recommended Solutions. In *Advances in Patient Safety:New Directions and Alternative Approaches*, (Henriksen K , Battles JB , Keyes MA, Grady ML , ed.) (Vol. 3: Performance and Tools). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Aug.