

# Hasta güvenliği ve komplikasyonlar

## Prof. Dr. Mustafa Altındış



1966 yılında Konya'da doğdu. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1989'da mezun oldu. Aynı fakültenin Mikrobiyoloji Anabilim Dalında doktora eğitimini tamamladı. 1999 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi (AKU) Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalına kurucu öğretim üyesi olarak atandı. 2002 yılında Viroloji Bilim Doktoru, 2005 yılında Klinik Mikrobiyoloji Doçenti oldu. Erasmus kapsamında Macaristan ve Avusturya'da misafir öğretim üyesi olarak bulundu. Bir yıl kadar görevli bulunduğu İngiltere NHS Leeds Teaching Hospitals'de laboratuvar kalite sistemlerini inceledi, moleküler viroloji referans laboratuvarında çalıştı. Dr. Altındış, Mayıs 2011'de AKU Tıp Fakültesinde profesörlük kadrosuna atanmış, Haziran 2013'de Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesine geçmiş olup halen Tıbbi Mikrobiyoloji AD ve Tıbbi viroloji Bilim Dalı Başkanlıklarını yürütmektedir.

**H**asta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve hataların neden olduğu hasta hasarlarının ortadan kaldırılması veya rehabilitasyonudur.

Bir anlamda, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve bu hataların neden olduğu yaralanma ve ölümlerin ortadan kaldırılması için tüm sistemin yeniden tasarlanması, güvenli çevre oluşturma sürecidir. Maalesef halen modern dünyanın pek çok yerinde bile mevcut sağlık sistemleri daha iyi bir hasta güvenliğini sağlamak için tasarlanmış değildir. Ayrıca sağlık eş zamanlı giderek daha karmaşık ve parçalanmış hale gelmekte, hastayı ruh ve beden oluşumları açısından her yönüyle değerlendiren bütüncül yaklaşımdan uzaklaşmaktadır. Öte yandan tıbbi bilgi ve teknolojiye baş döndürücü gelişim, sağlık elemanlarının değişime ayak uydurmasını nerede ise imkânsız hale getirirken hasta ihtiyaç ve beklentileri de aynı hızla değiştirmektedir. Tek bir akut sorunun tanı ve tedavisi, birbiriyle ilişkili kronik hastalıkların uzun vadeli yönetimine dönüşebilmektedir. Bakım sistemleri de bu değişimi senkronize desteklemediği için, hastalar ve sağlık çalışanları zaman zaman gereksiz riskler yaşamaktadır.

Amerika Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine-EOM) **tıbbi hata** (*medical error*) tanımını; "planlanan tıbbi bir uygulamanın

amaçlandığı şekilde tamamlanamaması veya amaca ulaşmak için yanlış plan yapılması" olarak ifade ederken **yan etki** (*adverse event*) kavramını "sağlık hizmetinin, altta yatan hastalığa veya hastanın içinde bulunduğu duruma bağlı olmaksızın yol açtığı hasar/zarar" şeklinde belirtmektedir. Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı'na (National Patient Safety Foundation) göre ise; **sağlık hizmetine bağlı hata (tıbbi hata)**, sunulan sağlık hizmeti sırasında bir sorunun neden olduğu, kasıtsız, beklenilmeyen sonuçlardır. Tıbbi hatalar, esas olarak tanı ve tedavi hatalarından oluşur ve çoğunlukla önlenabilir özellik gösterir. Tıbbi hatalar yoğun bakımlarda daha fazla meydana gelmekte ve yoğun bakım hastaları yatışları süresince en az bir kez tıbbi hataya maruz kalmaktadır. Tıbbi hatalar ciddi sonuçlanma potansiyeli göstermekle birlikte, ölümcül olanlar buz dağının sadece görünen kısmını oluşturur.

Tıbbi hatalar kaynaklanma biçimine göre üçe ayrılırlar:

- Yanlış işlemi yapma
- Doğru işlemi yapmama (ihmal)
- Doğru işlemi yanlış uygulama (uygulama hatası)

Tıbbi hatalar sağlık hizmetinin her aşamasında oluşabilir. Tıbbi hata çeşitleri şunlardır:

**1. Medikasyon hataları (ilaç hatası):** Bu hataların çoğu önlenabilir olup verilen ilaçların hastaya uygulanması süreci ile ilgilidirler. Yanlış doz, yanlış uygulama şekli, birlikte verilen başka ilaçlarla olumsuz etkileşim, alerji öyküsü sorgulamadan atopik bünyeli hastaya alerjen ilacın verilmesi, görünüşü – okunuşu benzer ilaçlar gibi hatalar bu gruptadırlar. Bunların da yaklaşık yarısı önlenbilir hatalardır.

**2. Cerrahi hatalar:** Cerrahi hatalar ortalama her 50 hastada bir oluşabilmekte, ölümlerle bile sonuçlanabilmektedir. Yanlış taraf kesisi, beklenmedik ameliyat komplikasyonu, anestezi komplikasyonları, cerrahi enfeksiyonlar vb.

**3. Tanı koymada hatalar:** Yanlış tanı, laboratuvar testlerinin yanlış yapılması, uygulanması veya yorumlanması sık rastlanılan tıbbi hatalar arasındadır. Tanısal hatalarda eğitimsiz / deneyimsiz / denetimsiz teknisyen faktörü oldukça önemlidir.

**4. Sistem yetersizliklerine bağlı hatalar:** Sağlık hizmeti sunuş biçimi ve sistem ile ilgili aksaklıklardan kaynaklanan hatalar saptanması zor hatalardır. Bunlar arasında kullanılan aletlerdeki bozukluklar (defibrilatör, ventilatör, intravenöz sıvı pompaları vb.) ancak ortaya çıkınca saptanabilmekte, fakat çok önemli sonuçlar doğurabilmektedir.



Tıbbi müdahalelerde / uygulamalarda da ortaya çıkan hataların büyük çoğunluğu sistem hataları olarak tanımlanmaktadır.

**5. Diğer:** Sağlık hizmeti ilintili enfeksiyonlar, kan transfüzyon komplikasyonları, sedyeden düşmeler, sıra beklemeye bağlı ölümler, Hatalı gaz / gaz karışımı verilmesi, tecavüz, hastanede intihar, yatak yaraları, hastanın kaçması, bebeğin yanlış aileye verilmesi, tehlikeli kısaltmalar vb. gibi benzeri konular da tıbbi hatalar arasında yer almaktadır.

#### **Hasta güvenliği nereye? Hasta haklarından yalın bir kalite algısına doğru!**

Hasta güvenliği, bir kalite olgusundan çok hasta hakkıdır. Son yıllarda sadece bir kalite basamağı, kalite gerekçesi gibi düşünülerek ve davranılarak olumsuz sürecin sonucu mağdur olan hasta devre dışı kalmaya başlamıştır. Oysa tıbbi hataların direkt etki alanı hasta, yani insandır. Sürecin ana unsuru olan sağlık çalışanı, oluşan tüm istenmeyen durumlarda, bilgili ve açık yürekli olabilmelidir. Organizasyonun liderinin, suçlamasız bir atmosfer oluşturarak herkesin yaptığı tıbbi hatayı belirtebilme rahatlığını sağlaması ve moral değerlerle beslenmiş bir sağlık çalışanı vicdanı/sorumluluğu oluşturulması çözümde anlamlı olacaktır. Ayrıca her türlü kayıtların kesintisiz ve düzenli tutulması da bir diğer tıbbi hata azaltma zaruretidir.

Günümüz hastalarının bakım ve tedavi süreçlerinde kalite dikkate alındığında hasta güvenliği algısında ciddi bir paradigma değişimi gerekmektedir. Sağlık kuruluşları da temel bir değer ve pratik olarak hasta güvenliğini önceleyen yeni bir bakım yaklaşımları sergilemelidirler. Bu amaca ulaşmak için sağlık kuruluşları, hasta güvenliği kültürünü kurmak ve korumaya geçmeli; hasta güvenliği için liderlik, proaktif anketler ile süreçlerin tamamını izlemeli, hasta güvenliği, sistem ve tesis mühendislikleri ile yan etki olaylarını çıkmadan kontrol altına almaya çabalamalı, hasta güvenliğini desteklemede olayları izlemek ve bilgileri sağlamak için iletişim teknolojilerini olabildiğince kullanmalıdır.

#### **Tıp, hata kabul etmez!**

Sağlık hizmetleri sunumu esnasında ortaya çıkan hata sıklığı belki diğer mesleklerdeki kadar bile değildir ama sonuçları ve çıktıları itibarı ile tıbbi hata ciddi maddi manevi yükümlülük getirir. Ameliyatta dikkatsizlikle hastada cerrahi alet unutulması, hastanın hastanede ayağının kayması ile düşmesi ve yaralanması, yanlış kan transfüzyonu, doku nakli, elektrik çarpması, isim benzerlikleri sonucu testlerin karışması, kan ve hasta örneklerinin kaybolması vs. gibi özenle, dikkatle ve kayıtlı yapılmayan pek çok uygulamadan ciddi tıbbi hataların görülmesi kaçınılmazdır.

Bir çalışmada hekimlerin %35'inin kendilerine veya yakınlarına uygulanan tedavide tıbbi hata yapıldığını, hekim dışındaki kişilerin ise %42'sinin kendilerine veya yakınlarına uygulanan tedavide tıbbi hata yapıldığını düşündükleri belirtilmektedir. Bu ve benzeri çok sayıdaki veri; sağlık çalışanlarının, hastalar ve yakınlarının, basın, sonuçta kamunun, yöneticilerin ve politikacıların dikkatinden kaçamayacak kadar önemli ve büyüktür.

## Hasta güvenliği: Nereden nereye?

Bir çalışmada hekimlerin %35'inin kendilerine veya yakınlarına uygulanan tedavide tıbbi hata yapıldığını, hekim dışındaki kişilerin ise %42'sinin kendilerine veya yakınlarına uygulanan tedavide tıbbi hata yapıldığını düşündükleri belirtilmektedir. Bu ve benzeri çok sayıdaki veri; sağlık çalışanları, hastalar ve yakınlarının, basınının, sonuçta kamunun, yöneticilerin ve politikacıların dikkatinden kaçamayacak kadar önemli ve büyüktür. İngiltere'de hastaneye yatanların %10'undan fazlasında ya da bir diğer ifade ile yılda yaklaşık 850.000 istenmeyen olay görüldüğü, Avustralya'da hastaneye yatan hastalar arasında istenmeyen olay hızının %16,6 olduğu bildirilmiştir. Amerikan Tıp Enstitüsü'nün bir raporuna göre ABD'de her yıl 44 bin ile 98 bin arasında hasta tıbbi uygulama hatalarına bağlı olarak ölmektedir. Bu ve benzeri gelişmeler, 2000 yılından sonra ABD, İngiltere, Avustralya ve ardından tüm Batı dünyasının ortak önderliği ile sağlıkta "hasta güvenliği dönemi"ni başlatmıştır.

Institute of Medicine'nin (IOM) yayınladığı iki rapora göre, ABD'de her yıl yaklaşık 100 bin kişi tıbbi hatalar nedeniyle yaşamını yitirmekte, tıbbi hataların büyük bir kısmı ise kişisel hatalardan çok sistem sorunlarından kaynaklanmaktadır. Tıbbi hatalar oluşma biçimi açısından hastanelerde, polikliniklerde, doktor ofislerinde, eczanelerde, bakım evlerinde ve evde bakım hizmetleri uygulamalarının yapıldığı mekanlarda ortaya çıkabilmektedir.

Türkiye için çok fazla sayıda tıbbi hata istatistiğine ulaşılamasa da tıbbi uygulama hatalarıyla ilgili dava süreçlerinde artış yaşandığını, hekim hatalarını dava eden hasta sayısının 2004 yılında 600 iken, 2011'de 12 binleri bulduğunu belirtilmektedir. Yapılan şikâyetlerin yüzde 35'i cerrahi alan ile ilgili iken, bu alanda daha çok kadın-doğum uzmanları, dâhili branşlarda ise çocuk ve kardiyoloji uzmanları dava edildiği bildirilmektedir.

Hasta güvenliği ve tıbbi hata kavramları zaman içinde kendine farklı yorumlar ve yerler de aramış ve sonuçta hasta güvenliği sağlık hizmetleri içinde hasta haklarından kendini soyutlayarak kalite kavramı içine yerleşmiştir. Bugünlerde bir hastanenin hizmet kalitesi tıbbi hata oranları, sağlık hizmeti ilintili enfeksiyon gelişme yüzdeleri ile beraber anılır olmuştur. Batıda hastaneler kalitelerini web sayfalarına koydukları bu ve benzeri istatistik bilgileri ile sergilemektedirler.

Hasta güvenliği ve tıbbi uygulama hatalarının toplumda algılanması ile ilgili çalışmalar özellikle konuya önem veren

ülkelerde sıklıkla yapılmakta ve yıllar süresince algılamada bir değişiklik olup olmadığı değerlendirilmektedir. Blendon ve arkadaşlarının ABD'de yaptığı çalışmada toplumun %42'si kendilerine veya bir yakınlarına tıbbi uygulama hatası yapıldığını fark ettiklerini bildirmişlerdir. Benzer bir çalışma ile sağlık sistemi iyi olduğuna inanılan ülkelerde, toplumun tıbbi uygulama hataları ile ilgili algılamaları karşılaştırılmış, bu ülkelerde tıbbi uygulama hataları yapıldığı algılanması %22 ile %34 arasında değişmektedir.

Ülkemizde 2008 yılında yapılan bir çalışmada araştırma kapsamına alınan ebe ve hemşirelerin, %74,6'sı hasta güvenliğini "sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla alınan önlemlerin tamamı" olarak nitelendirmiş ve hasta güvenliği uygulamalarının gerekli (% 96,9) olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcılar hasta güvenliği uygulamalarındaki rollerini, %66,9 oranıyla hasta güvenliğine ait riskleri belirleyen, önlemeye yönelik uygulamalarını planlayan, uygulayan ve değerlendiren sağlık profesyoneli olarak belirtmişlerdir. Hemşirelerin hastanelerinde gerçekleştirilen hasta güvenliği uygulamalarını değerlendirmek için verdikleri puanların dağılımına baktığımızda %72,3 oranıyla uygulamaların etkinliğini "iyi" olarak nitelendirmişler ve uygulamalara ait memnuniyetlerini ifade etmişlerdir. Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada, hemşirelerin %100'ü hasta güvenliğini ilgilendiren uygulamalara önemli katkılar sağlayabileceğini, %87,5'i hemşirelerin hataları eğitim ile önleyebileceğini; %64,4'ü kurumda hata oluştuğunda çözüm için sorunun anlaşılmasına çalışıldığını ve tıbbi hata sonrasında %14,4'ü ise cezalandırma/suçlama davranışı gösterildiğini bildirmiştir.

Yurtdışında yapılan bir diğer çalışmada, sağlık çalışanlarının %57'si "meslek yaşamınız süresince hiç hata yaptınız mı?" sorusuna *evet* cevabını vermiştir. Bunu hasta ve hasta yakınına açıklayanların oranı %25 iken, tıbbi uygulama hatalarının hasta ve hasta yakınına açıklanmasını doğru bulan oranı %72'dir. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %34'ü önlenebilir tıbbi uygulama hatasının çok sık, %48'i orta sıklıkta olduğuna inanmaktadır. Tıbbi uygulama hatası yapan sağlık çalışanının cezalandırılmasını doğru bulanlar % 49, bulmayanlar ise % 51 oranındadır. Dünyanın çeşitli ülkelerindeki verilere göre yatan hastalarda %4-17 arasında görülen istenmeyen olayların, ülkemizde resmi kayıtlara göre neredeyse hiç gözlenmemesi; ülkemizdeki yataklı tedavi hizmetlerinin kalitesi ile değil, tıbbi hataları görmezden gelen yönetim/sağlık sistemi ile ilgili olabilir. Bu konuda

ülkemizde yapılan bir başka çalışmada *Eğitim ve araştırma hastanelerindeki hemşirelerin %72'sinin, özel hastanelerdeki hemşirelerin %73,5'inin hatalı olayları hiç rapor etmedikleri belirlenmiştir. Eğitim ve araştırma hastanelerindeki hemşirelerin %48,7'si birimlerini hasta güvenliği derecesi konusunda kabul edilebilir; özel hastanelerdeki hemşirelerin %51'i çok iyi bulmuştur.*

**DSÖ'ye göre tıbbi bakım ve uygulamaları ile ilgili en sık karşılaşılan güvenli olmayan durumlar:**

- İlaç uygulaması sırasında gelişen yan etkiler: %13
- Tıbbi girişim kaynaklı gelişen yan etki ve yaralanmalar: % 16
- Anestezi ve cerrahi hatalara yönelik yaralanmalar: %19
- Sağlık bakımı kaynaklı enfeksiyon: %27
- Güvenli olmayan enjeksiyon uygulamaları: %30
- Güvenli olmayan kan ve kan ürünü uygulaması: %32
- Hamile ve yeni doğan güvenliği: %35
- Yaşlıların güvenliği: %40
- Hastanedeki yaralanmalı düşmeler: %43
- Bası yaraları: %45

Tıp enstitüsünün (Institute of Medicine) - To Err is Human'ı gündeme getirmesi ile sağlık profesyonelleri tarafından hasta güvenliği kavramının önemini anlaşılmıştır. Hasta güvenliğini etkileyen en kritik ve yaygın hata tipi, ilaç hatalarıdır. İlaç hataları, reçeteleme, ilaç istem iletimi, ilaçların etiketlenmesi, paketlenmesi, adlandırılması, birleştirilmesi, dağıtımı, ilaç yönetimi, eğitim, izlenmesi ve ilaç kullanımını içeren sağlık çalışanı ilaç uygulamalarına, sağlık bakım ürününe ve prosedür ve sistemlere bağlı olarak ortaya çıkabilir. Özellikle ilaç seçimi, yazımı (order/tabela) ve reçetelenmesi sırasında tıbbi hatalarının görülme sıklığı her 1000 yatan hastada 3 ila 99 arasındadır.

Hasta güvenliğini iyileştirebilmek için *hasta güvenliği kültürünün* geliştirilmesi gereklidir. Hasta güvenliği kültürü, hasta güvenliğinin kurumun en öncelikli konusu ve ortak değeri olarak kabullenilmesidir. Hasta güvenliği kültürü, kurumsal kültürün tüm organizasyonu bir arada tutan tutkalın, kompleks değerler manzumesinin en önemli yapı taşı olmalıdır. Bunu sağlayabilmek için bazı çalışmaların yapılması ve uygulanması önerilmektedir. Bu önerilerin en önemlileri aşağıda sunulmuştur;

- Hasta güvenliği konusunun herkesin sahiplenmesi gereken bir konu olduğunun ilan edilmesi



- Hasta güvenliği konusunda liderler, çalışanlar ve hastalar arasında açık iletişimin teşvik edilmesi
  - Çalışanlara hasta güvenliğini tehdit eden işlemleri belirleme ve azaltma konusunda sorumluluk devri
  - Hasta güvenliği için kaynak ayrılması
  - Tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda sürekli eğitiminin sağlanması.
- Hasta güvenliği kültürü yaratmada olması gereken planlamanın ana hatları şöyledir:
- Açık ve hatalardan ders alınabilen bir hasta güvenliği kültürü yaratılmasına çalışılmalıdır.
  - Hasta güvenliğinin kurumun liderleri için en önemli öncelik olduğunun ve bu amaçla takım çalışmasının en üst düzeye çıkarıldığının gösterilmesi sağlanmalıdır.
  - Klinik uygulamalar, işlemler, süreçler ve çalışma koşullarının devamlı değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu çalışma ile risk yönetimi elden ele götürülmelidir.
  - Hasta güvenliği raporları ve seyri düzenli olarak duyurulmalıdır. Bildirim ve güvenliği artırıcı karar-verme mekanizmalarının geliştirilmesi ve kullanılması teşvik edilmelidir.
  - Hasta ve hasta yakınları kendi güvenliklerini korumaları ve geri bildirimde bulunmaları için özendirilmeli ve eğitilmelidirler.

- Ortaya çıkan olumsuzluklar sistematik olarak değerlendirilmeli, sürekli öğrenme ve sistemlerin iyileştirilmesi konusunda rehber alınmalıdır.
- Alınacak önlemlerin hatırlamaya dayalı ve cezalandırıcı olmamasına özen gösterilmelidir.

Hasta güvenliği hedefleri; hasta kimliğinin doğrulanması, sağlık hizmeti sunan ekibin kendi içerisindeki iletişimi, ilaç güvenliği, sağlık bakımıyla ilgili enfeksiyonların önlenmesi, tedavide uzlaşma, hastaların düşmesinin önlenmesine yönelik girişimler, grip ve pnömoni bağışıklaması, cerrahi yanıklar, hasta katılımı, baskı yaraları, risk değerlendirme odaklı hizmet sunumu (intihar, yangın vb.), hastanın durumundaki değişime hızlı yanıt verebilme (hantallıktan uzak yapılanma), anlaşılması zor ya da yanlış anlaşılmaya açık kısaltmalar ve yanlış taraf cerrahisini önlemeye yönelik protokoller gibi çok değişik konulardan oluşmaktadır.

#### **İnsandır, hata yapar!**

Amerika Bilimler Akademisi'nin de bir parçası olan IOM; yayımladığı raporlarla başta hekimleri, sağlık çalışanlarını ve hastaneleri olmak üzere devlet kurumlarını ve üniversiteleri tıbbi hatalar konusundaki yanlış yaklaşımların düzeltilmesi ve hasta

Tıbbi hataların önenebilmesi ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilebilmesi için olmazsa olmaz gereklilik; başta doktorlar olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının soruna sahip çıkmaları ve ortak amaca yönelik çalışmalara inanarak katılmaları, süreçlere dâhil olmalarıdır. Yoksa yukarıdan gelen emirle, dayatma dönüşüm planları ve halkla karşı karşıya getiren popülist yaklaşımlarla sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi ve başarıya ulaşması zaman alacaktır.





Ülkemizde doktorların tıbbi hata konusunu tartışabilmelerinin önündeki bir diğer büyük engel de şiddete maruz kalma endişesidir. Bu korkunç ve çözümü güç durumu yaratan iklimin oluşmasına ve idamesine katkıda bulunan veya seyirci kalan herkes, farkında olmadan tıbbi hata artışına ve sistem kargaşasına zemin hazırlamaktadır.

güvenliğinin iyileştirilmesi için mücadeleye çağırılmaktadır. Raporlardan birinin başlığı "İnsandır, hata yapar" özlü söz olup burada sadece kişisel sorumluluğa odaklanarak sorunun çözülmeyle ilgili gerçek çözüme sistemi düzeltmekle ulaşılabileceği vurgusu yapılmıştır.

*Çözümde kişi hatasına değil soruna odaklanmalı:* IOM, tıbbi hataların kökündeki sorunları ortaya koyup tartışırken, sağlık sisteminin suçlama ve kabahatli kişiye odaklanma kültüründen vazgeçerek, *hataların gizlenmeden konuşulup tartışılması*, dersler çıkarılması ve gerekirse beraberce çözümler düşünülmesi anlayışına geçmesini önermektedir.

*Suçlama kültüründen vazgeçilmeli, sağlık çalışanı tıbbi hatasını itiraf edebilmelidir.* Ancak bu yolla irili ufaklı birçok hatanın, eksikliğin veya teğet geçen tehlikelerin ortaya çıkması mümkün olur. Olumsuz sonuçlanan bir teşhis ve tedavi sürecinde açık seçik bir hata olmasa da atılan her adım suçlayıcı olmadan incelenecek olursa çok şey öğrenilebilir. Bir daha benzer durumla karşılaşıldığında, sonucun istenildiği gibi olması için nelerin yapılması ve nelerin yapılmaması gerektiği görülür. Ancak bu tecrübelerden çıkarılacak derslerle kurulacak, hata oluşumunu önleyen bir sistem sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltebilir.

Buradan açıkça ihmali veya hatası nedeniyle hastaya açıkça zarar vermiş doktor veya diğer sağlık personelinin cezalandırılmaması anlamına da çıkarılmamalıdır. Bu durumda hasta ve yakınlarının hakları gözetilmeli, zararları mümkün olduğunca telafi edilmelidir. Birçok hatanın kişisel cezalarla önlenemeyeceği unutulmamalı, tıbbi hataların azaltılabilmesi için sağlık çalışanlarının bilgi ve yeterliliklerinin geliştirilmesi yanı sıra sağlık sisteminde kişinin hata yapma şansını en aza indirecek tedbirlerin alınması ve bu uğurda kökü değişikliklerin yapılması çok daha gereklidir.

Kişiyi odaklanmada ise temel unsurlar; sağlık hizmetinin önemi, işin moral ahlaki yönleri, hatanın telafisi kolay olmayan sonuçlara, hatta bir cana bile mal olabileceği, hastanın bu hali ile çoğunlukla yardıma muhtaç, sağlık personelinin destek yardım isteyen durumda olduğu vurgusu olmalıdır.

#### **Köklü değişiklikler ve havacılık sektöründen alınacak dersler**

Sağlık hizmetleri havacılığa göre çok daha karmaşık, değişkeni çok ancak ortak noktalar da az değildir. Bu nedenle birçok sağlık kurumunu kıdemli pilotların yardımıyla, "ekip kaynak yönetimi"ni örnek alarak hasta güvenliği stratejilerinde

köklü değişiklikler yapmıştır. Pilotların en başta üstünde durduğu nokta, sağlık ekibinin üyeleri arasında unvana, kıdeme bakılmaksızın var olması gereken serbest ve engelsiz iletişimin sağlanmasıdır. Ekibin tüm üyelerinin fikirlerini rahatça söyleyebilmeleri önemlidir. Örneğin ameliyat sırasında bir sorun olduğunu gören genç hemşire, kıdemli cerraha bunu çekinmeden söyleyebilmeli, uyarısı dikkate alınmalıdır. Böylece oluşturulacak şeffaflık, kokpitte olduğu gibi hastanede de hataların önlenmesini sağlayacaktır.

Pilotların ısrarla üstünde durdukları bir diğer nokta da kalkış ve inişten önce kokpitte yapılan brifingler ve tek tek üstünden geçilen İngilizce "check list" denilen güvenlik önlemleri listesinin benzerlerinin hastanelerde de kullanılmasıdır. Yeni bir uçağı kullanmayı öğrenmek için pilotlar nasıl simülörlerde çalışıyorlarsa, doktorlar da yeni ameliyat tekniklerinde ustalaşmak için özel simülörleri kullanmalıdırlar. Öncesinde, sonrasında veya uçuş sırasında istenmeyen bir olay olduğunda, kazaya yol açmamış olsa da, sorumlu pilot olayı bir raporla bildirmek durumundadır. Sağlık kurumlarında da kara kutu benzeri raporlama sistemi kurulabilse, tıbbi hataların azaltılmasına büyük katkı sağlayacaktır.

### Sağlık çalışanına sahip çıkmak!

Türkiye'de birçok sağlık kurumunda hasta güvenliğini artırıcı programlar var ve uygulanmaya çalışılıyorsa da yaptıklarımız yapmamız gerekenlerin çok azıdır. Tıbbi hataların önlenmesi ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi için olmazsa olmaz gereklilik; başta doktorlar olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının soruna sahip çıkmaları ve ortak amaca yönelik çalışmalara inanarak katılmaları, süreçlere dâhil olmalarıdır. Bunun gerçekleşebilmesi için kendilerini güven içinde hissetmeleri, yaptıkları işe değer verildiğini bilmeleri ve iş yaşamlarındaki düzenlemelerde söz sahibi olduklarına inanmaları gerekir. Yoksa yukarıdan gelen emirle, dayatma dönüşüm planları ve halkla karşı karşıya getiren popülist yaklaşımlarla sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi ve başarıya ulaşması zaman alacak, dolayısıyla hasta güvenliğini sağlama ve tıbbi hataları azaltma da istenilen hızda olamayacaktır.

### Sonuçtan bir önce...

Ne yazık ki ülkemizde hekimlerin/sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu mutsuz, isteksiz, çalışma koşullarından memnun değil, sistem zorlamaları var ve yaşamları stres doludur. Bu koşullarda tıbbi kazaların en aza indirilebilmesi için el ele vererek köklü değişimlerde öncülük edecek enerji ve motivasyonu onlardan

beklemek bu aşamada haksızlık olur. Ülkemizde doktorların tıbbi hata konusunu tartışabilmelerinin önündeki bir diğer büyük engel de, şiddete maruz kalma endişesidir. Bu korkunç durumu yaratan iklimin oluşmasına ve idamesine katkıda bulunan veya seyirci kalan herkes farkında olmadan tıbbi hata artışına ve sistem kargaşasına zemin hazırlamaktadır. Hasta güvenliğinin gerektiği şekilde sağlanması ve tıbbi hataların azaltılmasında kusur aramayan, destekleyen, sistem hatalarını sağlık çalışanlarının sırtına sarmayan yapıya şiddetle ihtiyacı vardır. Doktorların ve sağlık çalışanlarının kendilerini güvende hissetmeleri, rahatça mesleklerini icra edebilmeleri, sağlık sisteminin başarısı için önemlidir. Tabii ki denetim şart olup tıbbi hata konusunda -müeyyide olarak- gerektiğinde adli süreçlerin yeterli olabileceğini, hakkını kendi usulü ile arayan herkese hukuki süreçleri hatırlatmakta yarar olacaktır.

### Sonuç

Tıbbi hataların önemli bir kısmı kişisel hatalardan çok sistemdeki aksaklıklardan kaynaklanmakta olup tıbbi hatalar morbiditeyi artırarak hastanın yatış süresini uzatmakta ve sağlık sistemine ek mali yük getirmekte, artan morbidite ve mortaliteye bağlı olarak hukuksal sorunlara da yol açabilmektedir. Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda tıbbi uygulama hataları iddialarında son yıllarda %40-120 arasında artışlar bildirilmektedir. Tıbbi uygulama hata iddiası ile açılan davalarda artış, yeni Türk Ceza Kanunu'nda ceza oranlarının artması, verilen cezaların paraya çevrilmemesi, ertelenmemesi, kimi zaman ise yüksek tazminat ile sonuçlanan davalar hekimlerin üzerindeki baskıyı artırmakta, ancak sağlık personelinde somutlaşan hataların olası örtülü nedenleri genellikle araştırılmamaktadır. Tıbbi uygulama hatalarının soruşturulmasında örtülü nedenleri de açığa çıkaracak ayrıntılı analiz, bilgilerin, toplanması ve raporlanması, analiz yöntemi konusunda yetkin bilirkişi ve soruşturmacıların varlığı oldukça önemlidir. Yine bu bilgilerin hata kaynaklarını ortadan kaldırmak için kullanılması sağlanmalıdır. Sağlık çalışanlarının büyük bir özveri ile çalışmaları esnasında, haksız suçlamalardan korunabilmek için, hukuksal açıdan görev, yetki ve sorumluluklarını da çok iyi bilmelidirler. Hastayla güvene dayalı ilişki kurmak, uygun biçimde aydınlatılmış onam almak, mesleki gizliliği korumak, kayıtlara özen göstermek ve uygulanan tıbbi girişimlerin bilimsel dayanağından emin olmak, hata ve zarar oluşumunu önlemek için hekimin üzerine düşen sorumluluklardır.

Hasta güvenliği sağlama toplu mücahede için, tüm kuruluşlar ve paydaşlar bütünlük bir plan geliştirmenin gerekli-

liğine inanmalı, daha da önemlisi, hasta güvenliğinde bir bakım ve kültür paradigma değişimi yaşanmalıdır. Sistemde lider, suçlamasız bir çevre oluşturarak herkesin yaptığı tıbbi hatayı ifade edebilmesini sağlamalı ve inisiyatifli çalışana ve onun sorumluluğuna yüklemelidir. Gözetim olumsuzlukları da belirlemenize yardımcı olmalıdır, kuruluşlar için nadiren gelişen hata olayları da derin bir analiz ile sonrakilerin yaşanmaması için yeniden tasarlanmayı sağlamalıdır. Bilgi teknolojileri, güvenli hasta bakımı süreçleri sağlanmasında artan bir rol oynamalıdır ancak organizasyon içine dikkatli ve sistematik yerleştirme gerekmektedir. Bu çabalarla kuruluşlar kalite uçurumundan hastalar için güvenli sağlık hizmetlerinin sunulduğu temiz çevreye geçebilirler. Hasta güvenliği sağlamada moral değerler de bir itici güç olabilir. Güvenli hasta bakımı sunumunun merkez noktasında insan vardır. Organizasyonlar, uzmanlar ve diğer tüm yardımcı personel arasında ve kendi içlerinde uyum ve koordinasyonu sağlayarak bütüncül sağlık hizmeti sunumu ile güvenli sağlık hizmeti ortamı sağlanmış olacaktır.

### Kaynaklar

- 1) Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya. Türk Tabipleri Birliği. Fusun Sayek TTB Raporları / Kitapları; 2010.
- 2) Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors. *N Engl J Med* 2003; 347:1933-40.
- 3) Çırpı F, Doğan Merih Y, Yaşar Kocabay M. Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının Ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:2,Sayı:3,2009
- 4) Gökdoğan F, Yorgun S. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Ve Hemşireler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010; 13: 2.
- 5) Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors. *N Engl J Med* 2002;347:1933-40.
- 6) Gündoğdu S, Bahçecik N. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012; 15: 2.
- 7) Annas, GJ. The Patient's Right to Safety — Improving the Quality of Care through Litigation against Hospitals. *N Engl J Med* 2006; 354:1-9
- 8) <http://www.haberturk.com/polemik/haber/822834-tibbi-hatalar-neden-artiyor> (Erişim tarihi: 20.08.2014).
- 9) <http://www.medikalakademi.com.tr/tibbi-hatalar-nasil-onlenir/#!> (Erişim tarihi: 20.08.2014)
- 10) [http://www.yogunbakimdergisi.org/managete/fu\\_folder/2012-01/html/2012-10-1-040-049.htm](http://www.yogunbakimdergisi.org/managete/fu_folder/2012-01/html/2012-10-1-040-049.htm) (Erişim tarihi: )
- 11) İntepeler SS, Dursun M. Tıbbi hatalar ve tıbbi hata bildirim sistemleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012; 15: 2.
- 12) Polat O, Pakiş I. Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu. *ACU Sağlık Bil Derg* 2011(2):119-125.