

## DERLEME

### TIBBİ HATALAR VE TIBBİ HATA BİLDİRİM SİSTEMLERİ

Şeyda SEREN İNTEPELER\*

Meltem DURSUN\*\*

Alınış Tarihi: 08.07.2011

Kabul Tarihi: 23.02.2012

#### ÖZET

Hasta güvenliği son yıllarda sağlık bakım kalitesinin geliştirilmesi kapsamında ele alınan güncel ve önemli konulardan biridir. Tıbbi hataların azaltılması hatta tamamen ortadan kaldırılması hasta güvenliğinin temel hedefidir. Tıbbi hata, sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkar davranması sonucu hastanın zarar görmesidir. Tıbbi hataların azaltılmasında ve önlenmesinde hata bildirim sistemlerinden yararlanılmaktadır. Tıbbi hataları bildiriminde zorunlu ve gönüllü raporlandırma kullanılmaktadır. Özellikle ramak kala hataların bildirildiği bir sağlık sisteminde hata oranlarının azalacağı sonucu kaçınılmazdır. Bu kapsamda çalışanların eğitilmesi ve kaliteli bakım verilmesinin desteklenmesi büyük önem taşımaktadır. Sağlık sistemi içinde yöneticilerin hata bildirimlerini artırıcı stratejiler geliştirilmesi ancak bildirim yöntemlerinin uygun kullanımı ile gerçekleştirilebilecektir. Bu kapsamda ele alınan derleme makalede; tıbbi hataların tanımı, sınıflandırılması, bildirimi ve bildirim engelleri, bildirim sistemleri, sağlık sistemi ve yönetici hemşirelere katkıları ve bildirimi artırma stratejilerinin aktarılması amaçlanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Raporlama; tıbbi hata; hasta güvenliği; hemşirelik.

#### ABSTRACT

##### **Medication Error and Medication Error Reporting Systems**

Patient safety is one of the current and important subjects that have been at stake within the context of improving the quality of health care in recent years. Decreasing and even eliminating the medical errors is the main target of patient safety. Medical error is the impairment of patient by non-professional and non-ethical behavior of a health professional due to incompetence and neglectful acts in professional applications. Error reporting systems are used for decreasing and eliminating the medical errors. Compulsory and voluntary reporting methods are used for medical errors reports. Error frequency would inevitably be reduced in a health system where especially the near miss errors are reported. From this regard, it is quite important to support the training of employees and provision of a quality care. It can only be realized with the use of reporting methods that the managers would develop strategies to promote error reports in the health system. Review article discussed in this context, the definition of medical errors, classification, notification and reporting barriers, reporting and contributions of nurses in the health care system, and administrator notification is to transfer driving strategies.

**Keywords:** Reporting; medication error; patient safety; nursing.

#### GİRİŞ

Hasta güvenliği son yıllarda sağlık bakım kalitesinin geliştirilmesi kapsamında ele alınan güncel ve önemli konulardan biridir. Hasta güvenliği, Sağlık bakım hizmetlerinin bireye vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamı olarak tanımlanmaktadır (Elston, Stratman, Jahangir, Watson, Swiggum, Hanke 2009).

Hasta güvenliğinin sağlanmasında ve sağlık hizmeti sunumunun her aşamasında tıbbi hataların önlenmesi temel uygulamalar arasında yer almaktadır (Pizzi, Goldfarb, Nash 2001).

Yapılan çalışmalarda hataların sürekli olarak tekrar edildiği ve hastaların bu önlenbilir hatalar nedeniyle zarar gördüğü belirtilmektedir (WHO 2005). Tüm bu hataların insan sağlığına ciddi etkiler oluşturmadan belirlenmesi, bildirim sistemlerinin kullanımı ile hataların tekrarlanmasının önlenmesi ve çözüm yollarının üretilmesi kaçınılmazdır (Akgün and Al-Assaf, 2007; Beasley, Escoto and Karsh 2004). Bildirimlerin öncelikle kurumsal olarak yapılması ve sonrasında bildirim sistemlerinin oluşturulması büyük önem taşımaktadır. Ancak, sağlık kurumlarında hata bildirimlerinin yeterli

\*Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelikte Yönetim. (Doç. Dr.)

\*\*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelikte Yönetim AD (Araş.Gör.) e-mail:meltem.dursun@ege.edu.tr

düzye yapılmadığı görülmektedir. Çalışanlar hataların raporlanması konusunda direnç göstermektedirler. Sağlık çalışanlarının, özellikle hekimlerin tıbbi hataları raporlama konusunda isteksiz davranmaları bildirim sistemlerinin istendik düzeyde sonuç vermediğini göstermektedir (Lawton and Parker 2002). Sağlık sistemi içinde karşılaşılan tıbbi hatalar, sıklıkla literatürde ilaç uygulamaları, düşmeler, yanlış taraf cerrahisi, hastane enfeksiyonları vb olarak ele alınmakta ve tüm sağlık çalışanlarının olduğu kadar hemşirelerin de bu uygulamalarda önemli sorumlulukları bulunmaktadır.

Sağlık sistemi içinde görev alan tüm çalışanların hasta güvenliği, tıbbi hatalar ve bildirim sistemleri konusunda ciddi bilgilere gereksinimleri bulunmaktadır. Aynı zamanda kurum ve hemşire yöneticilerin sistemin oluşturulması ve işletilmesinde önemli sorumlulukları vardır. Dolayısıyla, literatür bilgilerinin paylaşılması çalışan ve yöneticilere yarar sağlayacaktır. Bu kapsamda ele alınan derleme makalede; tıbbi hataların tanımı, sınıflandırılması, bildirimi ve bildirim engelleri, bildirim sistemleri, sağlık sistemi ve yönetici hemşirelere katkıları ve bildirimi artırma stratejilerinin aktarılması amaçlanmaktadır.

### **Tıbbi Hatalar**

Günümüzde sağlık bakımının karmaşık bir alan olmasına bağlı olarak bakım sırasında kimi zaman tıbbi hatalar yaşanabilmekte ve bu hatalar nedeniyle ölüm, yaralanma, sakatlık ya da tedavinin gecikmesi gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir (Oktay ve Aksayan 1998). Uluslararası Hemşireler Birliği'nin (International Council of Nursing-ICN) hasta güvenliği kapsamında ele aldığı konuların büyük bölümü tıbbi hatalar üzerine temellenmektedir (ICN 2006).

Tıbbi hatalar, hastanın yatış süresinde uzama, mortalite ve morbiditede artış, hasta ve yakınlarının psikolojik rahatsızlıkları gibi sonuçlar doğurabilmekte, hatalardan sağlık çalışanları da olumsuz etkilenmektedir (Pronovost, Weast, Holzmüller, Rosenstein, Kidwell, Haller 2005). Tıbbi hatalar hastaneler, klinikler, gününbirlik cerrahi merkezleri, muayenehaneler, evler, eczaneler ve hasta bakım evlerinde vb. sağlık sistemi içinde her yerde ortaya çıkabilmektedir. Hatalar ilaçlar, cerrahi, tanı, ekipman veya laboratuvar raporlarından

kaynaklanabildiği gibi, tuzsuz diyet alan hastaya yüksek oranda tuzlu diyet verilmesi gibi en rutin işler sırasında bile oluşabilmektedir (Anderson 2000). Dolayısıyla, tıbbi hatalar tedavi sürecinin herhangi bir aşamasında ortaya çıkabilmektedir (Mrayyan, Shishani and Al-Faour 2007).

Ulusal Tıp Enstitüsü'nün tıbbi hatalara ilişkin yayınladığı raporda; sağlık çalışanlarının, hatalı uygulamaların incelenmesini ve güvenlik çözümleri için gerekli önlemlerin alınarak mücadele edilmesini konunun önemi kapsamında vurgulamıştır. Bu rapora göre her yıl Amerika Birleşik Devletleri (ABD) hastanelerinde 44.000 ile 98.000 arasında insanların önlenebilir tıbbi hatalar sonucunda hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir. Bu sayı trafik kazası, göğüs kanseri veya AIDS'den ölenlerin sayısından daha fazladır (IOM 2001). ABD'de, hastaneye yatan 770000-2000000 hastada ilaç uygulama hatası belirlenmiştir (Beyea 2002). İngiltere'de 2001 yılında ilaç uygulama hatalarından yaklaşık olarak 1200 kişinin öldüğü ve bu durumun son on yılda %500 oranında artış gösterdiği kaydedilmiştir (Preston 2004).

### **Tıbbi Hataların Sınıflandırılması**

Sağlık hizmeti verilirken hastaların zarar görmesine yol açan tıbbi hatalar, insan hatasından, teknolojik hatalardan veya bunların oluşturduğu sistemler bütününden kaynaklanabilmektedir (Bernstein, Hebert, Etchells 2003). Tıbbi hatalar, kök nedenleri veya hata türleri açısından iki farklı şekilde sınıflandırılabilir (Akalin 2005).

#### **Kök nedenlerine göre tıbbi hatalar;**

- İşe bağlı hatalar (yanlış işlemi yapma),
- İhmale bağlı hatalar (doğru işlemi yapmama) ve
- Uygulamaya bağlı hatalar (doğru işlemi yanlış uygulama) olarak üç grupta toplanabilir.

#### **Hata türü açısından ise;**

- İlaç hataları,
- Cerrahi hatalar,
- Tanı koymada hatalar,
- Sistem yetersizliğine bağlı hatalar ve
- Diğer hatalar (hastane enfeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu, hasta düşmesi vb) olmak üzere beş grupta incelenebilir.

Literatürde belirtilen bir diğer tıbbi hata sınıflandırması aşağıdaki tabloda yer almaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması

<b>Tanı hataları</b>	Tanımı geciktiren hatalar, belirleyici testlerdeki eksiklikler, eski testlerin kullanılması, sonuçların ve testlerin izlenmesinde yapılan yanlışlıklar.
<b>Tedavi Hataları</b>	Operasyon, prosedür veya testin başarılmasında görülen hatalar, tedavi yönteminde ilaç dozu veya metodu ile ilgili hatalar, uygunsuz bakım, anormal test sonuçlarına cevap verilmesi.
<b>Önleme Hataları</b>	Profilaktik tedavilerde ve yetersiz izlem veya tedavinin takibinde görülen hatalar.
<b>Diğer hatalar</b>	İletişim hataları, ekipman yetersizlikleri ve diğer sistem eksiklikleri.

(Leape, Lawthers, Brennan, Johnson 1993)

Ayrıca literatürde hemşirelik mesleği ile ilgili tıbbi hatalar;

1. Bakım standartlarını uygulama/izleme yetersizliği,
2. İzlem ve iletişim yetersizliği,
3. Kayıt tutma yetersizliği,
4. Değerlendirme ve izlem yetersizliği,
5. Hasta güvenliği ve koruyuculuğu ile ilgili girişimlerin yetersizliği vb. şeklinde sıralanmaktadır (Ertem, Oksel ve Akbıyık 2009).

#### **Tıbbi Hataların Bildirimi ve Bildirim Engelleri**

Sağlık hizmetlerinde meydana gelen hataları tanımlamak, bu hatalardan dolayı hastaların zarar görmesini engellemek ve azaltmaya yönelik kullanılan en önemli yöntem hataların bildirilmesi ve analiz edilmesidir. Osborne ve arkadaşlarının (1999) bir çalışmada, hemşirelerin sadece %3.5'inin tüm ilaç hatalarının raporlandığına ve yönetici hemşirelerin ve hekimlerin ilaç hatalarının hemşireler tarafından eksik bildirildiğine inandıkları belirlenmiştir. Çalışanlar işe ve ihmale bağlı hataları bildirmemektedirler. Çalışmada, ilaç hatası en fazla eksik bildirilen hatadır. Hastanın zarar görmeyeceği düşünülen her hata eksik bildirilebilmektedir. Tersine doz aşırılarıyla sonuçlanan hatalar en fazla rapor edilen hatalardır. Çünkü bu hatalar ölümle sonuçlanabilmektedir.

Mevcut hataların bildirimini yanı sıra "ramak kala" olarak adlandırılan olayların bildirimini son derece önemlidir. Ramak kala, çok yakın olduğu halde zarara sebep olmayan olaydır. Bu tip hatalar sağlık kuruluşlarında sık olarak yaşanmaktadır. Bu olayların saptanması, bildirilmesi ve düzeltici faaliyetlerin uygulanması önem taşımaktadır. Tıbbi hataların öncüsü olabilecek bu olayların

ciddi bir yaralanma veya ölümle sonuçlanmadan önce yaklaşık 300 kez gerçekleştiği bilinmektedir (WHO 2005). Bu nedenle hata bildirimlerinde ramak kala olayların önemi kurumsal anlamda sıklıkla vurgulanmaktadır. Ancak sağlık alanında tıbbi hataların bildirim konusunda bazı engeller söz konusu olmaktadır.

Sağlık çalışanlarının, özellikle hekimlerin tıbbi hataları raporlama konusunda isteksiz davrandıkları bildirilmiştir (Lawton and Parker 2002). Hekimler ve hemşireler, yöneticilerden geri bildirim alamadıklarını, ramak kala atlatılan hataları önemsemedikleri ve iş yoğunluğu gibi sebeplerle hataları bildirmediğini belirtmektedirler (Evans, Berry, Smith, Esterman, Selim and O'Shaughnessy 2006).

Hemşireler tarafından raporlamanın az olmasının nedenleri arasında, bilinmeyen, bilinen fakat zararsız olduğuna inanılan hatalar, eleştirilme korkusu, raporlama sürecindeki zorluk gibi sistem faktörleri sayılmaktadır. Ayrıca, hemşirelerin %14'ünün olay raporlarının güvenilir ve geçerli olduğuna inanmadıkları, %14'ünün olay raporlarını tamamlamanın zaman aldığı ve bu bildirim olası istenmeyen olayları önleyebileceğine inanmadıkları saptanmıştır (Blegen, Vaughn, Pepper, Vojir, Stratton and Boyd 2004).

Kapborg ve Svensson (1999) ilaç hatalarının %95'inin bildirilmediği, çünkü çalışanların cezalandırılmaktan korktuğunu belirtmişlerdir. İş kaybını da içeren disiplin cezaları bildirim oranlarını etkilemektedir. Hemşireler aynı zamanda yanlış ilaç tedavisi yapan kişi olarak etiketlenmek ve anılmaktan korkmaktadırlar. Hemşireler ve yönetici hemşireler aynı zamanda kendi servis ve bölümlerinin itibarı için endişelenmektedirler (Mayo and Duncan 2004).

#### **Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri**

Sağlık hizmeti veren kurumlarda tıbbi hata bildirimlerinin gerçekleştirilmesi için

başarılı bir bildirim sistemi oluşturulmalı ve özellikleri açıklanmalıdır. Başarılı bildirim sisteminde; kurumun bildirim sistemine ilişkin sorumlulukları açıkça belirtilmeli, tüm çalışanlar ve hastalar için eğitim planı oluşturulmalı, kurumda kullanılacak bildirim sistemi belirlenmeli ve işletilmeli, sistemin kullanımı kolay ve zaman alıcı olmamalı, cezalandırıcı olmayan bir yaklaşım sergilenmeli, sürekli geribildirim sistemi kullanılmalı ve hata bildirim sistemi sonucunda elde edilen bulgular çalışanlarla paylaşılmalıdır (Karsh, Escoto and Beasley 2006).

Bu kapsamda, ülkemizde ulusal ya da kurumsal bir bildirim sistemi bulunmamaktadır. Türkiye’de tıbbi hataların bildirim konusunda yeterli ve güvenilir veriler henüz olmadığından gelişmiş ülkelerden alınan örnekler bu konunun öneminin kavranmasında yol gösterici olacaktır. Gelişmiş ülkelerde zorunlu ve gönüllü raporlama sistemlerinden bahsedilmektedir. Zorunlu raporlama programlarının "kötü" uygulayıcıları ve kurumları belirlemek ve onları cezalandırma üzerine odaklı olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle bildirimlerin güçlü bir caydırıcısı olmaktadır. Hataların bireysel olarak değil, sistem olarak düzeltilmesi vurgusu önemlidir. Genellikle zorunlu programlar hatayı kimin yaptığını bildirmeyen kişiyi cezalandırılmaktadır. Bu nedenle uygulayıcıların ancak gönüllü hata bildirim programları ile özgürce bildirimde bulunmaları sağlanabilmektedir. Zorunlu raporlama programlarında, hatalı bireyin raporlandığı anlamına geldiği düşünülmekte ve bildirimler sınırlı kalabilmektedir (Cohen 2000).

Gönüllü raporlama sisteminde ise, sağlık çalışanı ceza korkusu olmadan olayı tümüyle anlatma fırsatı yakalamaktadır. Anlatılan olayın içindeki bilginin derinliği hatayı anlamada anahtar role sahiptir. Hatayı raporlama için zorlanan personelin olayla ilgili tüm bilgi içeriğini iletme olasılığı azdır ve kişi bildirimini diğer çalışanların benzer bir durum yaşamaması için değil, bunu bir gereksinim olduğu için yapmaktadır. Gönüllü raporlama sistemi ayrıca zarara neden olan ve olmayan potansiyel hata durumlarının çalışanlar tarafından iletilmesini cesaretlendirmektedir (Cohen 2000). Uygulamada tıbbi hataları belirlemenin zorluğu, çalışanların genellikle tıbbi hataları bildirmekten kaçınmaları nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Buna bağlı olarak da hastada meydana gelen istenmedik durumların tıbbi hata ile ilişkisini

açıklamak çoğu zaman zorlaşmaktadır (Top, Gider, Taş, Çimen, Tarcan 2009).

### **Tıbbi Hataların ve Bildirim Sistemlerinin Hemşireler ve Yöneticiler Açısından Önemi**

Tıbbi hatalar hastaları, hemşireleri ve kurumları olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle sağlık bakım ekibinin tüm üyelerinin dikkat etmesini gerektiren önemli bir konudur. Sağlık ekibi içinde hemşireler tıbbi tedavinin yönetiminde anahtar rol oynamaktadırlar ve bu kapsamda tıbbi hataların önlenmesinde aktif rol almaktadırlar (Mrayyan, Shishani and Al-Faour 2007).

Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN), hasta güvenliği ve kapsamındaki tıbbi hatalar konusunda hemşirelerin sorumluluklarını şu şekilde belirtmiştir (ICN 2006):

- Hastaların ve ailelerinin olası riskler konusunda bilgilendirilmesi,
- İstenmeyen olayların derhal ilgili makamlara bildirilmesi,
- Bakım hizmeti güvenliği ve kalitesinin değerlendirilmesinde aktif rol alınması,
- Hastalar ve diğer profesyonel sağlık bakım personeli ile iletişimin güçlendirilmesi,
- Yeterli istihdam düzeyleri sağlanması konusunda lobi faaliyetlerinin yürütülmesi,
- Hasta güvenliğini artırıcı önlemlerin desteklenmesi,
- Sıkı ve kapsamlı enfeksiyonla mücadele programlarının cesaretlendirilmesi,
- Hataları en aza indirecek tedavi politikaları ve protokollerinin standart hale getirilmesine yönelik lobi faaliyetlerinin yürütülmesi.

Hemşireler tarafından bildirilen olaylar yönetime, kalite birimlerine ya da risk yönetimi birimlerine iletilmelidir. Bu iletimin sağlanabilmesi için raporlama sistemleri (Mayo and Duncan 2004);

1. Hemşirenin oluşan bir hatayı anlamasına,
2. Hemşirenin hatanın bildirmesi gerektiğine inanmasına,
3. Hemşirenin hatayı kendisinin işlediğine olan inancına,
4. Hemşirenin tıbbi yönetimin vereceği cezanın utancı ve korkusunun üstesinden geleceğine olan istekliliğine bağlıdır.

Tıbbi hatalar, tedavi sürecinin herhangi bir aşamasında oluşabilmektedir (Mrayyan, Shishani and Al-Faour 2007). Tıbbi hataların görülme sıklığını azaltmada, hatalar zarar vermeden önce nedenleri belirlenmeli ve önlemek için yöntemler geliştirmelidir (Beasley, Escoto and Karsh 2004). Hataların azaltılması ve

hasta güvenliğine yönelik çalışmalara göre (ICN 2006);

1. Hasta güvenliğine yönelik liderlik ve bilgi sağlanmalı,
2. Hata raporlama sistemleri oluşturulmalı,
3. İstenmeyen olayları ve hizmet sunumu sorunlarını rapor eden çalışanların korunması sağlanmalı,
4. Hasta güvenliğine yönelik performans standartları ve beklentiler saptanmalı,
5. Sağlık kurumlarında güvenlik sistemlerinin oluşturulması konularında gerekli adımlar atılmalıdır.

Hataların oluşmadan önlenmesi için öncelikli görev yönetimidir. Yönetimin tıbbi hata bildirim sistemine ilişkin gerekli tüm alt yapıyı oluşturması, sonrasında çalışanlarla oluşturduğu sistemi yürütmesi gerekmektedir. Bildirim sistemlerinin güvenilir bir şekilde işletilmesi ile hasta güvenliği kültürünün en önemli aşaması başarıyla yürütülmüş olacaktır. Öğrenen organizasyon olmanın temeli bu adımlardan geçmektedir.

#### **Tıbbi Hata Bildirimlerini Artırma Stratejileri**

Sağlık bakım organizasyonlarında, problemleri belirleyebilmek, çözüm sağlamaya çalışmak ve hatalardan öğrenmeyi kolaylaştırmak için hata raporlama sistemleri geliştirilmelidir. Çalışanın işini kaybetme, küçük düşürülme gibi bir korkusu olmadan olayları, hataları tam raporlaması için mevcut engellerin giderilmesi konusunda mücadele edilmelidir. Kurumlar bu konuda politikalar geliştirerek hata raporlamayı desteklemelidir. Birçok ülkenin hata bildirim için ulusal raporlama sistemi bulunmalı ve raporlamayı sağlık çalışanları ve kurumların yanı sıra hasta ve hasta aileleri de yapabilmelidir (WHO 2005).

Hata raporlarının sadece riskleri azaltmada kullanılacağı güveni çalışanlara verilmelidir. Yönetici hemşireler, bölüm yöneticileri ve uygun komiteler düzenli olarak hata raporlarını yeniden gözden geçirerek, hata nedenlerini belirlemeli ve tekrarları önlemek için eylemler geliştirmelidirler (örneğin; hemşirelerin pozisyonlarını değiştirme, politikaların ve prosedürlerin gözden geçirilmesi, ekipmanları ve destekleyicileri değiştirme vb.). Aynı zamanda yönetici hemşire, personelin gereksinimleri doğrultusunda, eğitim programları düzenleyerek katılımı sağlamalıdır. Yönetici hemşireler, hemşirelik bakım kalitesini düzenli tutulan kayıtlar aracılığıyla izlemeli ve risk yönetimi konularını bakımın aynı düzeyde tutulmasında

kullanılmalıdır. Çünkü riskleri tanımlama ve azaltma, hata raporlarının izlenmesini ve analizini gerektirmektedir (Sullivan and Decker 2005, Rowland and Rowland 1997).

Sağlık organizasyonlarında tıbbi hataların bildirimini ile hataların önlenmesi tüm literatür bilgilerinde belirtildiği üzere kaçınılmazdır. Hatanın bildirimini gerçekleştirmede hasta güvenliği ve tıbbi hata konusunda deneyimli kişilerce sorunun ortaya çıkış süreci izlenerek hatanın nasıl oluştuğu ve bu hatadaki insan faktörünün yeri saptanabilmektedir. Böylelikle sistemde hataya yol açan durumlar ortadan kaldırılarak hatanın tekrarı engellenebilecektir (WHO 2006). Sağlık bakım vericileri tarafından tıbbi hataların zorunlu değil gönüllü bildirimini, hasta güvenliğini geliştirici önemli bir strateji olabileceği belirtilmektedir (Suresh, Horbar, Plsek, Gray, Edwards, Shiono et al. 2004). Genellikle sağlık hizmeti veren kuruluşlar hata bildirim azlığı nedeniyle kendi hatalarından öğrenme konusunda başarısız olmaktadır. Sonuç olarak aynı hatalar tekrar edilmekte ve hastalar da önlenebilir hatalar nedeniyle zarar görmekte, sakat kalmakta ya da ölmektedir (WHO 2006).

Güncel ramak kala olayların raporlanması cesaretlendirilmeli ve hatta ödüllendirilmelidir. Olumsuz bir işlem yaşandığında odaklanılması gereken nokta bireylerin suçlanması yerine sistemin iyileştirilmesi olmalıdır. Açık iletişim, sürekli eğitim, çalışan araştırmaları, çalışana devamlı geribildirim ve liderlik, cezalandırıcı olmayan bir raporlama kültürünü cesaretlendirmenin anahtar elementleridir. Güncel ramak kala olayların analizlerinde yargılayıcı olmaksızın çalışan hemşirelerin de dahil olması bir güven kültürünün oluşmasını sağlar, raporlamanın önündeki engelleri kaldırır ve güvenlik kültürünü güçlendirir (Conerly 2000).

Tıbbi hataları azaltmada sağlık sektöründe bilgi sistemlerini güçlendirmek ve yaygınlığını artırmak önemli bir yönetsel araçtır. Bilgisayar destekli hekim istemleri ve bilgisayarlı hekim karar destek sistemleri, hekimlerin el yazısını okuyamama başta olmak üzere birçok tıbbi hata kaynağını ortadan kaldıracığından tıbbi hata oranlarının azaltılmasında önemli yer tutmaktadır. Ayrıca bilgi sistemleri ilaçlar, ilaçların etkileşimi, alerjik durumlar hakkında da önemli veri sağlayarak tedavilerin güvenirliliğinin ve dolayısı ile hasta güvenliğinin artmasına neden olmaktadır. Hem hekim istemlerinin bilgisayara

girilmesinin hem de karar destek sistemini uygulamanın tıbbi hataları yaklaşık %83 azalttığı belirtilmiştir (Top, Gider, Taş, Çimen ve Tarcan 2009).

Sonuç olarak hata raporlama sistemlerinin oluşturulması sağlık sistemi içinde önemli bir yere sahiptir. Çalışanlarda korku faktörünü ortadan kaldıracak, kendilerini bildirimde bulduklarında güvende hissedebilecekleri ve bildirim yapan kişinin korunmasını sağlayacak bildirim yöntemlerinin

kullanılması sistemin güçlendirilmesine yarar sağlayacaktır. Özellikle ramak kala hataların bildirildiği bir sağlık sisteminde hata oranlarının azalacağı sonucu kaçınılmazdır. Bu kapsamda çalışanların eğitilmesi ve kaliteli bakım verilmesinin desteklenmesi büyük önem taşımaktadır. Bildirimler yoluyla yöneticilerin hataların oluşumu ortadan kaldıracak sistemleri oluşturmaları, stratejiler geliştirmeleri ve çözüm önerileri üretebilmeleri sağlanabilecektir.

#### KAYNAKLAR

**Akalm EH.** Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği. Yoğun Bakım Dergisi 2005;5(3):141-6.

**Akgün S, Al-Assaf AF.** Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliği Anlayışını Nasıl Oluşturabiliriz? Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2007;3:42-7.

**Anderson RE.** Comment. How Many Deaths are Due to Medical Error?. JAMA 2000; 284(17):2188-2189.

**Beasley WJ, Escoto HK, Karsh BT.** Design Elements for a Primary Care Medical Error Reporting System. Wisconsin Medical Journal 2004;103(1):56-7.

**Bernstein M, Hebert PC, Etchells E.** Patient Safety in Neurosurgery: Detection of Errors, Prevention of Errors, and Disclosure of Errors. Neurosurgery Quarterly 2003; 13(2): 127.

**Beyea S.** Wake-up-call-standardization Is crucial to Eliminating Medication Errors. AORN J, 2002;75 (5):1010-3.

**Blegen AM, Vaughn T, Pepper G, Vojir C, Stratton K, Boyd M et al.** Patient and Staff Safety: Voluntary Reporting. American Journal of Medical Quality 2004;19 (2):67-73.

**Cohen MR.** Why Error Reporting Systems Should Be Voluntary. BMJ, 2000; 320: 728-729.

**Conerly C.** Strategies to Increase Reporting of Near Misses and Adverse Event. Journal of Nursing Care Quality 2000;22 (2):102-6.

**Elston DM, Stratman E, Jahangir HJ, Watson A, Swiggum S, Hanke W.** Patient safety: Part II. Opportunities for Improvement in Patient Safety. Journal of American Academy of Dermatology 2009; 61(2):193-205.

**Ertem G, Oksel E, Akbıyık A.** Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) iel İlgili Retrospektif Bir İnceleme. Dirim Tıp Gazetesi 2009;84(1):1-10.

**Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman A, Selim P, O'Shaughnessy J et al.** Attitudes and Barriers to Incident Reporting: A Collaborative Hospital Study. Quality and Safety in Health Care 2006;15:39-43.

**International Council of Nurses (ICN).** Why is safe staffing important? Safe Staffing Saves Lives. International Nurses Day, Information and Action Tool Kit. 1st ed. Geneva: ICN International Council of Nurses; 2006.p.9-12.

**Kapborg I, Svennson H.** The Nurse's Role in Drug Nurse Perceptions of Medication Errors. Journal of Advanced Nursing 1999; 30(4): 950-957.

**Karsh BT, Escoto KH, Beasley WJ.** Toward a Theoretical Approach to Medical Error Reporting System Research and Design. Applied Ergonomics 2006;37(3):283.

**Lawton R, Parker D.** Barriers to Incident Reporting in a Healthcare System. Quality and Safety in Health Care 2002;11-15.

**Leape LL, Lawthers AG, Brennan TA, Johnson WG.** Preventing Medical Injury. Quality Review Bulletin 1993;19(5):144-49.

**Mayo AM, Duncan D.** Nurse Perceptions of Medication Errors. What We Need to Know for Patient Safety. Journal of Nursing Care Quality 2004;19(3):209-17.

**Mrayyan MT, Shishani K, Al-Faour I.** Rate, Causes And Reporting of Medication Errors in Jordan: Nurses' Perspectives. Journal of Nursing Management 2007;15(6): 659-70.

**Oktay S, Aksayan S.** 2000'e İki Kala Türkiye'de Hemşirelik İçin Yasal Düzenlemelere Bir Bakış. Hemşirelik Forumu 1998;2(2):79-80.

**Osborne J, Blais K, Hayes JS.** Nurses' Perceptions: When is it a Medication Error? Journal of Nursing Administration 1999;29(4):33-8.

**Pizzi LT, Goldfarb NI, Nash DB.** Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. In: Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, Wachter RM, eds. Promoting a Culture of Safety. 1st ed.; Rockville: AHRQ Publication; 2001.p.447-457.

**Preston RM.** Drug Errors and Patient Safety: The Need for a Change in Practice. British Journal of Nursing 2004;13(2):72-8.

**Pronovost PJ, Weast B, Holzmueller CG, Rosenstein BJ, Kidwell RP, Haller KB, et al.** Evaluation of The Culture of Safety: Survey of Clinicians and Managers in an Academic Medical Center. Qual Saf Health Care 2003;12:405-10.

**Rowland SH, Rowland B.** Risk management and safety. Nursing Administration Handbook. 4th ed. Maryland: An Aspen Publication; 1997.p.429-437.

**Sullivan JR, Decker JP.** Risk management. Effective Leadership&Management in Nursing. 6th ed. New Jersey: Pearson Education; 2005.p.187-88.

**Suresh G, Horbar JD, Plsek P, Gray J, Edwards WH, Shiono PH et al.** Voluntary Anonymous Reporting of Medical Errors For Neonatal Intensive Care. Pediatrics 2004; 113(6):1609-18.

**The Institute of Medicine-IOM.** Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Report Brief. 1st ed. Washington: National Academies Press; 2001.p.1-8.

**Top M, Gider Ö, Taş Y, Çimen S, Tarcan M.** Hekimlerin Tıbbi Hataların Nedenlerine Yönelik

Yaklaşımları: Kocaeli İli Örneği. Kırılmaz H, editör. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 2. 1. Baskı. Ankara: Turunç Matbaacılık; 2009.p.205-23.

**World Health Organization (WHO).** The Role of Reporting in Enhancing Patient Safety WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning System from Information to Action.. 1st ed. Geneva: WHO Press; 2005.p.12-5.

**World Health Organization (WHO).** Information for action-reporting and learning. Forward Programme 2006-2007. 1st ed. Geneva: WHO Press; 2006.p.23-7.