

HASTA GÜVENLİĞİ YAKLAŞIMLARI

Prof. Dr. Fahri OVALI*

ÖZET

Hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının azaltılması veya eliminasyonu olarak tanımlanır. Hasta güvenliği, ilk çağlardan beri toplumların önem verdiği konuların başında gelmekte ve her dönemde çeşitli uygulamalar yapılmakta ve önlemler alınmaktadır. Hasta güvenliği, tıbbi bir sorun olduğu kadar, ekonomik bir sorun olarak da ortaya çıkmaktadır. Tıbbi hatalar, tanı ve tedavi hataları olmak üzere iki ana başlık altında incelenebilir. Hastanede yapılan hatalar incelendiğinde en sık yapılan hataların allerji bilgilerinin yetersiz olması, uygun olmayan doz/atlanan doz, uygun olmayan veriliş yolu, duplikasyon, ilaç etkileşimi, yanlış ilaç seçimi, yanlış tedavi süresi, yanlış/eksik boy/kilo, yanlış formülasyon, uygun olmayan aralıkta ilaç verilmesi, ilaç verilmesinin tamamen unutulması, ilaç-besin etkileşimi, kısıtlanmış ilaç kullanımı, okunmayan ilaç orderi olduğu gözlenmiştir. Tıbbi hatalar, ortaya çıkış şekli ve sonuçları açısından farklı şekillerde sınıflandırılabilir. Tıbbi hatalardaki kök nedenler arasında, kalitenin önünde bütçeleme veya politik düşüncelerin olması, bilgi, araştırma ve eğitimin önemini anlamama ve kibir yer almaktadır. İlaçlarla ilgili olarak, yazım hatalarının azaltılması kadar, dağıtım ile ilgili kısa ve uzun vadede alınabilecek önlemler bulunmaktadır. Bunun dışında, meydana gelen hatalarda sistematik bir yaklaşım uygulanması, çalışanlar arasında hasta güvenliği kültürünün ve medikal hatalara yaklaşım biçiminin ve davranış kalıplarının değiştirilmesi, çift kontrol sisteminin titizlikle uygulanması, hasta devirlerinin yapılandırılması yerinde olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, Tıbbi Hatalar, Hasta Güvenliği Yaklaşımları

ABSTRACT

Patient safety is defined as the prevention and elimination of health care associated errors and patient injuries. Patient safety has been a major issue in social life since ancient times and various practices have been performed. Patient safety is not solely a medical issue, but is an economical issue as well. Medical errors can be

* Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hast. Eğt. ve Arş. Hast.

classified as diagnostic errors and therapeutic errors. Most common errors in hospitals include inadequate information on allergic status of patients, inadequate drug dosages, wrong route of application of drugs, forgetting or duplication of drugs, drug interactions, wrong drugs or wrong durations, wrong calculation of the weight or height of the patient, wrong formulations, drug and food interactions and unreadable drug orders. Medical errors can be classified in different ways according to the timing and consequences of the actions. The roots of medical errors may be the financial or political constraints on the quality of health care, failure to understand the importance of knowledge, investigation and research and extreme arrogance. Regarding drugs, there are many short term or long term precautions that can be taken starting from writing orders to drug distribution. Gaining a systematic attitude towards the investigation of medical errors, changing the patient safety culture and approach to medical errors of medical personnel, strict use of double-check procedures and making patient referrals in a structurilazed way are some of the precautions that can be taken.

Key Words: Patient Safety, Medical Errors, Patient Safety Approaches

HASTA GÜVENLİĞİ YAKLAŞIMLARI

21. yüzyıldaki sağlık sistemlerinde amaçlanan temel konular, hasta güvenliği, etkili bir sağlık sistemi, hasta odaklı sağlık hizmeti, zamanında verilen ve verimli bir sağlık hizmeti ile sağlık hizmetinin tüm hizmet alanlara eşit olarak dağıtılması olarak özetlenebilir. Hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının azaltılması veya eliminasyonu olarak tanımlanır. Hasta güvenliği, bakımın kalitesi ile ilişkilidir ancak her ikisi aynı şey değildir. Güvenlik, kalitenin önemli bir alt grubudur. Bir diğer tanıma göre ise hasta Güvenliği, sağlık hizmetinin sunum aşamalarında görülebilecek ‘basit hatalar’ nedeniyle, hastalar, yakınları ve sağlık kuruluşunda çalışanlar için zararlar sonuçlanabilecek süreçleri ön görmek, zarar ve hataları engellemek çabasıdır.

Hasta güvenliği, son yıllarda gündemde daha fazla yer alıyor olmasına rağmen, aslında tarihin eski çağlarından beri var olan bir konudur. Örneğin MÖ. 1700’lerdeki Hamurabi kanunlarında, “Hekimin hastasını öldürmesi veya tehlikeli bir şekilde yaralaması halinde, her iki elinin kesileceği...” (Madde 219) yazılmıştır. Daha sonraları Galen, bugün adeta tıbbın temel paradigmalardan biri olan “Primum non nocere” (önce zararlı olma) ilkesini ortaya koymuştur. 1883 yılında İngiltere’de “Tıbbi ihmal” kavramı, kanunlara girmiştir. Floranca Nightingale...” Bir hastanenin hastaya ilk önce zarar vermemeye çalışması gerekiyor... “Bir hastanenin yapmaması gereken ilk şey mikrop saçmaktır” diyerek hem hasta güvenliği, hem de bu kavramın ayrılmaz bir parçası olan hastane enfeksiyonlarına dikkat çekmiştir. Osmanlılar döneminde de hasta güvenliğinin önemli bir yer tuttuğu, arşiv

belgelerinden anlaşılmaktadır. Örneğin bir belgede şöyle yazılmıştır: “Abdülmenan ođlu Mustafa Bey, saygıdeğer řer’i şerif meclisinde cerrahlık ilminde hazakati ve akranı arasında üstünlüğü belli olan bu belgenin hamili Kúpeli kızı Saliha Hatun adındaki Kıpti kadın huzurunda kendi rızasıyla şu ikrar ve itirafta bulundu: “Ben fitik arazına müptelayım, tedaviye şiddetle ihtiyacım vardır. ..beni tedaviye başlamak üzere.. 1200 akçe ücreti peşin olarak Saliha Hatun’a ödeyip teslim ettim. Merkuma Saliha Hatun’un tedavisi dolayısıyla uyanamaz veya sözü edilen hastalıktan, Allahu Teala emriyle ölürsen, mirascılarım veya daha başkaları kan ve diyet davası açmasınlar. Açarlarsa da hakimler nezdinde davaları kabul edilmesin” dedi. 1861 tarihli Belediye İşpençiyarlık Sanatının İcrasına Dair Nizamname’nin 18. Maddesinde ise “Reçete ile eczacı dükkanından yapılıp verilen ilaçların ağzı mühürlü olup üzerinde filan kimse için şöyle istimal olunacaktır diye tahrir olunmuş yaftası ile verilecektir ve dahilen istimal olunan ilaçların yaftası turuncu olacaktır.” denerek bugünkü anlamıyla ilaç güvenliğine atıfta bulunulmuştur (8). 2000 yılında yürürlüğe giren yeni TCK’da ise sağlık personelinden kaynaklanan hatalarla ilgili olarak oldukça ağır yaptırımlar getirilmiştir.

Tıbbi hatalar tahmin edilenden çok daha sıktır. Örneğin; uçağa binen kişinin uçak kazasında ölme riski 1: 1 000 000 iken, sağlık kuruluşu içine giren bir kişinin tıbbi bir hata nedeniyle zarar görme riski: 1:300’dür. İngiltere’de hastane enfeksiyonlarının yıllık maliyetinin 1 milyar sterlin dolayında olduğu hesaplanmıştır. Kıyaslamak gerekirse, bungee jumping yapan bir kişinin ölme riski 1: 100, dağcılık yapanın 1: 300, araba kullanmanın 1: 20 000’dir. Avrupa tren yollarında seyahat eden bir kişinin ölme riski ise 1: 10 000 000’dir (3).

Amerikan CDC verilerine göre 2000 yılındaki ölüm nedenleri şu şekilde sıralanmaktadır (4):

1) Kalp hastalıkları	716 974
2) Kanser	539 577
3) Serebrovasküler hast.	159 791
4) KOAH	109 029
5) Tıbbi hatalar	98 000
6) Kazalar	95 644
7) Pnömoni	86 449
8) Diyabet	62 636
9) İntihar	30 535
10) Böbrek hastalıkları	25 331

Tıbbi hatalar, iki ana başlık altında incelenebilir:

A) Tanı hataları

- 1) Hastanın muayenesini eksik yapma
- 2) Yanlış tanı koyma
- 3) Uygun ve gerekli tetkikleri yapmama
- 4) Tetkiklerin sonuçlarına göre davranmama/tetkikleri yanlış yorumlama

B) Tedavi hataları

- 1) Tedavinin uygulanmasında gecikme
- 2) Uygun ve gerekli tedaviyi yapmama
- 3) Uygunsuz tedavi yapma
- 4) Tedavi sırasında hata yapma
- 5) İlacın doz ve verilme yönteminde yanlışlık yapma
- 6) Yetersiz ve hatalı tıbbi ekipman kullanma
- 7) Yetersiz takip ve bakım
- 8) İlaç reaksiyonları
- 9) Profilaksi ve Diğer hatalar
- 10) Gereken profilaksinin yapılmaması, eksik veya yanlış yapılması
- 11) Yanlış taraf cerrahileri
- 12) Transfüzyon hataları
- 13) Düşmeler
- 14) Cerrahi yaralanmalar
- 15) Hastane enfeksiyonları
- 16) İletişim hataları

Son yıllarda, tıbbi hataların arttığına dair bazı veriler vardır. Ancak bu artışın nedeni, sağlık personelinin yetersizliği veya ihmalkârlığı olmayıp, değişik faktörler burada rol oynamaktadır. Örneğin; teknolojinin gelişmesi, hekimleri geçmişte yapmadıkları bazı işlemleri yapmaya itmekte ve bu işlemler yüksek risk taşımaktadır. Hekimler üzerinde tıbbi hizmetlerin artan maliyetleri ile ilgili baskılar vardır. Diğer yandan elde edilebilir, var olan sağlık hizmetine ulaşma hakkı, garanti edilemeyen sağlıklı olma ve kalma hakkıyla karıştırılmaktadır. Bunlara ilave olarak, medya, hekimlere karşı olumsuz bir tutum içindedir ve yapılan en küçük bir hata bile “sağlık skandalı” olarak günlerce medyada yer bulabilmektedir. Tüm bu nedenlerden dolayı artan davalar karşısında defansif tıp uygulamalarının dolaylı olmayan sonuçları da dava konusu olmaktadır.

ABD’ de tıbbi hatalara bağlı maliyetin 17 – 29 milyar dolar arasında olduğu hesaplanmıştır. Tıbbi hatalara karşı sağlık personelinin toplanan primler ve ödenen tazminatlar kıyaslandığı zaman ise ortaya çok ciddi bir tablo çıkmaktadır. 1990 yılında toplanan 4 milyar dolar prime karşılık ödenen tazminat miktarı 4.2 milyar iken, bu oran 2000 yılında 5.6 milyar dolar prime karşılık 8.6 milyar dolar

tazminata yükselmiştir. İngiltere’de ise açılan dava sayısı 1975 yılında 500 iken 1990 yılında 6000’e, ödenen tazminat miktarı da 1975 yılında 1 milyon pound iken 1990 yılında 500 milyon pounda yükselmiştir. ABD’de doktorların ödediği sigorta primleri, iç hastalıkları uzmanları için 13.000 – 40.000 \$, cerrahi uzmanları için 40.000 – 125.000 \$, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları için ise 60.000 – 170.000 \$ civarındadır. FDA’nın yaptığı bir araştırmada, bildirilen 5366 ilaç hatasının % 78’inin ciddi hasar veya ölümlle sonuçlandığı ortaya çıkmıştır (2).

Yapılan tıbbi hatalarla ilgili olarak hastaların %70’inin haklarını bilmediği ortaya konmuştur. Bununla beraber, doktorlar incelendiğinde de doktorların %94’ünün Türk Ceza Kanunu’nun yanlış tedaviyle ilgili maddelerini bilmediği, %67’sinin Hasta Hakları Yönetmeliği’nden haberdar olmadığı, %47’sinin tedavi sırasında hastadan yazılı onay almadığı ve %20’sinin ilaçların nasıl kullanılacağına hastalarına anlatmadığı ortaya çıkmıştır.

Hastanede yapılan hatalar incelendiğinde en sık yapılan hataların allerji bilgilerinin yetersiz olması, uygun olmayan doz/atlanan doz, uygun olmayan veriliş yolu, duplikasyon, ilaç etkileşimi, yanlış ilaç seçimi, yanlış tedavi süresi, yanlış/eksik boy/kilo, yanlış formülasyon, uygun olmayan aralıkta ilaç verilmesi, ilaç verilmesinin tamamen unutulması, ilaç-besin etkileşimi, kısıtlanmış ilaç kullanımı, okunmayan ilaç orderi olduğu gözlenmiştir. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yapılan tıbbi hatalar: % 1,2 – 1,4 civarında olup bu hataların % 29’unun ciddi ve en az % 34’ünün önlenbilir olduğu gösterilmiştir. Nozokomial enfeksiyonlar ve solunum sorunları yapılan hataların başında gelmektedir (1).

Tıbbi yanlış uygulamalar, tıbbi bakım ve tedavi sırasında görülen ve hekimin hatası olmayan durumlardan ayırt edilmelidir. Malpraktis, doktorun tedavisi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarardır. İstenmeyen sonuç, tıbbi uygulama sırasında öngörüle-meyen bilgi ya da beceri noksanlığı sonucu oluşur; hekimin sorumluluğu yoktur. Tıbbi hatalar ortaya çıkış şekli ve sonuçları açısından sınıflandırılabilir (Tablo 1).

Tablo 1: Tıbbi hataların sınıflandırılması (6)

Hata derecesi	Kategori	Tanım
Hata yok, zarar yok	A	Hataya yol açma kapasitesi bulunan olaylar veya durumlar
Hata var, zarar yok	B	Hata oluşmuş ancak hastaya ulaşmamış
	C	Hata oluşmuş ve hastaya ulaşmış ancak zarar vermemiş
	D	Hata oluşmuş ve hastaya ulaşmış; hastanın takibi veya zararın önlenmesi için girişim gerekmiş
Hata var, zarar var	E	Hata oluşmuş ve hastada geçici bir zarar oluşmuş veya girişim gerekmiş
	F	Hata oluşmuş ve hastada geçici bir zarar oluşturmuş ve hastanın hospitalizasyonu gerekmiş
	G	Hastada kalıcı zarara yol açan bir hata mevcut
	H	Hastanın yaşamının devamı için girişim gerektiren hata mevcut
Hata var, ölüm var	I	Oluşan hata, hastanın ölümüne yol açmış veya katkıda bulunmuş

Tablo 2: İlaç yazımında dikkat edilmesi gereken özellikler

Kullanılmaması gereken kısaltma	Anlamı	Oluşabilecek hatalar
KCL	Potasyum klorür	HCL ile karışabilir
MS, MSO4	Morfin sülfat	Magnezyum sülfat ile karışabilir
s.g	Suda glikoz	Konsantrasyon karışıklığı yapabilir
U veya IU	Ünite veya internasyonal ünite	IV ya da 10 ile karışabilir
mcg veya µg	Mikrogram	mg ile karışabilir
D5	% 5 dekstroz	Konsantrasyon karışıklığı yapabilir
1.0 mg	1 mg	10 mg gibi algılanabilir
.5 mg	0.5 mg	Nokta görülmediği zaman 5 mg gibi algılanabilir
cc	ml	Sıfır rakamı ile karışabilir
SC	Sübkütan (cilt altı)	SL (sublingual) ile karışabilir
3x1	Günde 3 kez	Veriliş aralığı anlaşılabilir
HCT	Hidrokortizon	Hematokrit ile karışabilir

Tıbbi hatalardaki kök nedenler irdelendiği zaman ise, kalitenin önünde bütçeleme düşüncelerinin olması (idarenin, kötü kalitenin maliyetini anlamaması), kalitenin önünde program düşüncesinin (Doğru yapmaya zamanın olmaması), veya politik düşüncelerin yer alması, bilgi, araştırma ve eğitimin önemini anlamama ve kibir gibi özellikler öne çıkmaktadır.

Tıbbi hata özelliklerine bakıldığında zaman, en sık yapılan tıbbi hatanın yanlış ilaç, doz, şema (tedavi çizelgesi- defteri) ve infüzyon hızı (besleyici ajanlar ve kan ürünleri) olduğu görülmektedir (%47). Bunları, kullanılan tedavi yöntemleri hataları (%14), tanımlama hataları (Anne sütünün yanlış hastaya verilmesi gibi) (%11), diğer sistem hataları (%9), tanıma hata ya da gecikme (%7) ile işlem ve prosedür hataları (%4) takip etmektedir (5). Bu hataların nedeni birçok kez, hastaları korumaya yönelik sistemlerin yeteri kadar uygulanmaması ve uyulmamasıdır. İlaçların yazılması sırasında sık yapılan yanlışlıklar ve düzeltilmesi gereken hususlar Tablo 2’de özetlenmiştir. İlaçların sulandırılması sırasında yapılan sulandırma hataları çoğu kez ilaç dozların 10 veya 100 kat hatalı olmasına yol açabilmektedir. Yenidoğan yoğun bakım üniteleri gibi özelliği olan ünitelerde, hasta, tanımlama prosesine katılmadığı için bu ünitelerde daha farklı güvenlik önlemlerinin alınması gerekir. Hataların esas nedenleri araştırıldığı zaman, üç neden ortaya çıkmaktadır:

- 1) Yalnızca insan olmadan kaynaklanan ve mükemmel olamamaktan kaynaklanan hatalar
 - 2) Hasta güvenliğinin umursanmamasına bağlı hatalar
 - 3) Güvenli hizmet sunmak isteyen, bu hizmetin özelliklerini bilen ancak bu konudaki önlemlere yeteri kadar uymayan kişilerin yaptıkları hatalar
- Özellikle ilaçlar ile yapılan hataların önlenmesi için bir dizi önlemler alınabilir. Bu önlemler, kısa ve uzun dönem önlemleri olabilir.

a) İlaç dağıtımını ile ilgili kısa vadede yapılabilecekler

1. Acil olmayan tüm ilaçlar için doz-dağılım sistemi uygulanmalıdır.
2. Tüm intravenöz ilaçların/karışımlar eczanede hazırlanmalıdır.
3. Konsantre solüsyonlar servislerden kaldırılmalıdır.
4. Yüksek riskli ilaçların kullanımı ve depolanması ile ilgili özel protokoller hazırlanmalıdır.
5. Yeni ilaçlar, nadir kullanılan ilaçlar,formülerde olmayan ilaçlar hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.
6. Eğitim sürekli olmalıdır.

b) İlaç dağıtımını ile ilgili uzun vadede yapılabilecekler

1. Bilgisayara dayalı ilaç order sistemi,
2. Elektronik ilaç kullanım sistemi,
3. İlaç barkod (bar coding) sistemi kurulmalı,
4. Servis temelli klinik eczacılar ile çalışılmalıdır.

Serviste bir tıbbi hata ile karşılaşıldığı zaman sorulması gereken sorular şunlardır:

- Ne oldu? (olay, zamanı, etkilenenler)
- Niçin oldu? (süreç nasıl işledi, hangi adımlar katkıda bulundu)
- İnsani faktörler neler?
- Ekipman faktörleri neler?
- Kontrol edilebilir çevre faktörleri neler?
- Kontrol edilemeyen çevre faktörleri neler?
- Herhangi başka bir faktör var mı?
- Diğer bölge ve hizmetler etkilendi mi?

Hasta güvenliği kültürü, hataların önlenmesi ve düzeltilmesi için en önemli faktörlerden biridir. Klasik yaklaşımda, kişiler, yaptıkları hatalardan dolayı sorguya çekilecekleri ve cezaya çarptırılacakları korkusu duyarlar ve bu nedenle de hataların üzeri örtülmeye, yok sayılmaya çalışılır. Ancak bu durumun en önemli zararı, insanların yapılan hatalardan ders almamaları ve aynı hataları sürekli tekrarlamalarıdır. Bu yaklaşımda insanlar, hata yaptıkları için etiketlenirler, yaptıkları hatalar yüzlerine vurulur, utandırılır ve sürekli olarak suçlandıkları için suçluluk duygusu içinde yaşarlar. Dolayısıyla kişiler hatalarla yüzleşmekten kaçınır, fakat hata yapmaya devam ederler. Halbuki, hatalar açık olarak konuşulmalı, tartışılmalı, esas nedenler ortaya çıkarılmalı ve yine hatalar önlenmelidir. Böyle bir yaklaşımda hatalardan herkes bir şeyler öğrenir. Hatanın sistemden mi yoksa kişilerden mi kaynaklandığı ortaya konarak ilgili birim düzeltilir. Eğer hata sistemde ise, sistemde yapılacak düzenlemeler ortaya konur. Kişilerde ise, kişi kaynaklı hataları minimize edecek yaklaşımlarda bulunulur. Kişiler değiştikçe hataların oluşma riski olacağından, yeni kişilerin eğitimlerine önem verilir. 21. Yüzyılda, sağlık bakımı ile ilgili klasik (mevcut) yaklaşımlar ve yeni yaklaşımlar Tablo 3'de özetlenmiştir.

Tablo 3: Sağlık bakımı yaklaşımları

Mevcut yaklaşım	Yeni yaklaşım
Bireyin sorumluluğu	Sistem sorumluluğu
Bilgi	Bilgi birikimi
Gizlilik	Şeffaflık
Sistem gerekliliği	Gerekliliklerin tahmini
Profesyonel yaklaşım	Kanıtı dayalı karar

Bireysel sorumluluk ve sistem sorumluluğundaki özellikler ise Tablo 4'de görüldüğü şekilde sıralanabilir.

Tablo 4: Hatalara yaklaşım Őekilleri

Geleneksel kişi yaklaşımı	Sistem yaklaşımı
Oluşabilecek hataları önlemede başarılı değildir.	Eğer farklı sonuçlar isteniyorsa tüm sistemlerin sorgulanması gerekmektedir.
Bu yöntem kullanıldığında sadece kişi üzerinde durulup sistem sorgulanmadığından hata tekrar edebilir.	Doğru sonuçlar sistemde yapılacak değişikliklerle mümkündür.
Naming-shaming-blaming felsefesi yanlış bir yaklaşımdır.	

Davranış kalıpları: Sağlık bakım profesyonellerinin hataya doğru olan yaklaşımları onların hatayı, önleyebilme kabiliyetlerini etkiler. Hata meydana geldiğinde incelemenin hemen başlatılması tavrı önemlidir. Dakikalar içinde olayın niye meydana geldiği belirlenmelidir. Hataları azaltmak için hasta güvenliğini maddi ve manevi olarak benimsemiş kurum yöneticileri oluşturmak, hastaların eğitimi sağlamak, hastane personelinin tümünü motive edici hizmet içi eğitim vermek, sistemden kaynaklanan hataları azaltmak, yapılan hatalardan ders çıkarmak ve öğrenmek, aksaklığın esas nedenlerinin ortaya konması, hata ağacının çıkarılması ve yeterli ve doğru bilgiye sahip olma önem kazanır.

İletişim hataları, tıbbi hatalar içinde en sık rastlanan ancak en az dikkat edilen hatalardır. İletişim hataları yöneltilme ve eğitim hataları olduğu kadar, kültürel-etnik özellikler ile sosyo-ekonomik faktörlerden de etkilenir. Yapılan çeşitli araştırmalarda doktor: “Benim zamanım değerli” ve “Hastanın bilgiyi kavrama düzeyi düşüktür” mantığı ile hastasına yeterli zaman ayırmadığı, iletişimi önemsemediği ortaya çıkmıştır. Hastalar ise “Cahil görünmemek için” soru sormadıkları için tanı ve tedavi konusunda bilgisiz kalmakta ancak bu konuda da yeterli bilgiyi verdikleri için doktorları suçlamaktadırlar. ABD’de sigorta şirketleri erkek doktorlar için daha fazla ödeme yaptıkları, diğer bir deyişe, kadınların iletişiminin daha iyi olduğu ve haklarında daha az dava açıldığı ortaya çıkmıştır. Okuryazarlık ve eğitim düzeyi ne olursa olsun, hiç kimsenin “Cahil” diye, hastayı reddetme hakkı yoktur.

En fazla hata yapılan alanlardan birisi, hasta devirleridir. Hasta devirleri, bakım düzeyi değeriklikleri yapıldığı zaman, geçiçi nakiller sırasında, taburculukta, hizmet sunucu değerikliği (nöbet, rotasyon vb) olduğu zaman gündeme gelmektedir. Bu devirler sırasında, hataları en aza indirmek için standart bilgiler verilmelidir. Bu bilgiler arasında hastanın kimlik, protokol no, doğum tarihi, Doktor Adı, hastanın tanısı ve son durumu, yapılan son işlemler, durum ve tedavi değeriklikleri ile durumda ve tedavide beklenen değeriklikler, izlenmesi gerekenler belirtilmelidir. Nöbet dışındaki devirler kayda geçirilmelidir. Devir notları yazılırken ifadeler net olmalı, farklı anlaşılabilir kısıltmalar kullanılmamalı, etkili iletişim teknikleri kullanılmalı, soru sorulmalı ve birimler arası raporlama standardize edilmelidir. Ta-

burcu edilen hastaya bilgi verilmeli ve telefonla takip edilmelidir.

Özellikle ilaç uygulama hataları azaltmanın yollarından biri, çift kontrol sistemidir. Birçok yoğun bakım ünitesinde özellikle ilaç uygulamaları ve IV pompa hatalarını önlemek için çift kontrol ya da iki hemşire kontrol sistemi denenmektedir. Ancak bazı durumlarda çift kontrol sistemini uygulamak zor olabilir. Kişilerin, bu işin gerekliliğine dair önyargılarının olması, hemşire/hasta oranının yetersiz olması yani bir hemşirenin çok fazla hastadan sorumlu olması, zaman alıcı olması, ekip çalışması ve ekip kültürü gerektirmesi, kişilerin birbiriyle uyumlu olması gerekmesi, bu yöntemin kullanılmasını zorlaştırabilmektedir. Çift kontrol sisteminin uygulandığı yerlerde çalışanların birbirine karşı dürüst, açık olması, etkili iletişim kurabilmesi, hastanın özelliğine göre hızlı değişikliklere ayak uydurabilmesi, koordineli çalışabilmesi, akıcı ve esnek yapıya sahip olması gerekir. Ekipteki herkes “vazgeçilmezdir”

Sağlıklı bir hasta güvenliği kültürü oluşturabilmek için göz önüne alınması gereken temel ilkeler şu şekilde sıralanabilir (7).

1. Yüksek riskli ve hata yapılabilecek durumları saptamak
2. Tıbbi hataları araştıran ve belirleyen bir ortam yaratmak
3. Zamanında ve israfi önleyerek verimli sağlık hizmeti sunmak
4. Bilgisayar programları, protokoller, kontrol listelerini yaygın olarak kullanarak sağlık personelinin belleklerine güvenerek karar vermelerinin önüne geçmek
5. Hekimin gerekli bilgiye çabuk ve kolay ulaşmasını sağlamak
6. Tedavileri bilgisayar destekli programlar aracılığı ile düzenlemek
7. Bilgisayar destekli ilaç barkod sistemleri oluşturmak
8. İntravenöz ilaç karışımlarını hasta başında değil, hastane eczanesinde hazırlamak
9. Yüksek riskli ve nadir kullanılan ilaçlar ile ilgili özel protokoller hazırlamak
10. Hastane eczanesinde 24 saat nöbetçi eczacı bulundurmak
11. Tedavi işlemlerini mümkün olduğunca standart hale getirmek
12. Cezanın ön planda olmadığı bir kültür oluşturmak
13. Yüksek riskli durumlarda işbirliği ile ortak çözüm oluşturmak
14. Yeni teknolojilerin içerdiği riskler konusunda halkı aydınlatmak, bu tür tedavi ve cerrahilerde hastanın bilgilendirilmiş onamını almak üzere hekimlere eğitim vermek
15. Tıp alanındaki sorunları ortaya çıkarmak ve sağlık hizmetlerindeki kaynak yetersizliği konusunda kamuoyu oluşturmak
16. Okullarda ve sosyal ortamlarda, genel sağlık eğitimi programları yapmak
17. Tıp eğitiminin düzeyini yükseltmek
18. Hekimler için, tıbbi hizmetlerin niteliğini artıracak programlar yapmak

19. Bilgi ve becerisi yetersiz olan hekimler için uygun politikalar geliştirmek
20. Halkı ve hükümetleri defansif tıp uygulamasının çeşitli yönleri konusunda uyarmak
21. Halkı, tıbbi uygulamalar sırasında önceden tespit edilemeyen durumlar olabileceği ve bunların kötü uygulama olmadığı konusunda uyarmak
22. Ulusal yasalarda, tıbbi zarar görmüş hastaların zararının karşılanabilmesi için herhangi bir engel olmaması.
23. Yasaların, tıbbi hataların zararlarının ödenmesi için yöntemleri ve zarar kanıtlandığında ödenmesi gereken miktarları belirlemesi.

Ülkemizde henüz tam olarak yapılandırılmış bir hasta güvenliği sistemi yoktur. Ancak uluslar arası akreditasyon kurumları tarafından akredite edilen hastanelerde, hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden olaylar izlenmekte, kayıt altına alınmakta, analiz edilmekte ve iyileştirilmektedir. Hasta güvenliği bilincini yaymak ve kültürünü geliştirmek için yoğun çalışmalar yapılmakta, kongre ve toplantılar düzenlenmektedir. Hasta güvenliğinin aslında hastanın yararına gibi gözükse de hem hastanın hem de sağlık personelinin yararına olduğu unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

- 1) **AORN Guidance Statement. 2006** standarts, recommended practices and guidelines.
- 2) **Kavalchuck RM. Patient Safety. (2008)** *ASQ Healthcare update Newsletter*, April 2008
- 3) Null G, Caroly D, Feldman M, Rasio D, Smith D. Death by Medicine. <http://www.rangeguide.net/dethbymedicine.pdf>
- 4) **Proceedings of National Association of Neonatal Nurses. (2007)** 22nd Annual Conference,
- 5) **Ramachandrapa A, Jain L. (2008)** Iatrogenic disorders in modern neonatology: A focus on safety and quality of care. *Clin Perinatol* 35: 1-34
- 6) **Stavroudis TA, Riller MR, Lehmann CU. (2008)** Medication errors in neonates. *Clin Perinatol* 35: 141-161
- 7) **Suresh K et al. (2004)** Voluntary anonymous reporting of medical errors for neonatal intensive care units. *Pediatrics* 113: 1609-18
- 8) **Yılmaz C, Yılmaz N. (2006)** *Osmanlılarda Sağlık*. İstanbul