



Sağlık Personelinin Tıbbi Uygulama Hataları Üzerine Bir Araştırma¹

Mevlüt CAYMAZ

Kamu Hukuk Anabilim Dalı

Özet

Sağlık hizmetleri tüm ülkelerin öncelikli konusu olmakla birlikte, hizmetin sunumu sırasında yaşanan tıbbi hatalar hem sağlık çalışanlarını hem de hastaları olumsuz şekilde etkilemektedir. Bu yanlış müdahale ve uygulamaların sonucunda da sağlık personeli bir takım cezai sorumluluklarla karşılaşmaktadır. Doküman incelemesi yöntemi ile yapılan bu araştırma ile sağlık personelinin tıbbi uygulama hataları konusundaki bilgi ve farkındalık düzeylerini arttırmayı ve sağlık personelinin hukuki sorunlar ile karşı karşıya kalmamaları için almaları gereken önlemlerin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Personeli, Tıbbi Uygulama Hataları, Sağlık Hizmeti, Hukuki Sorumluluk.

A Research on Malpractice of Health Personnel

Abstract

Although health care is a priority issue for all countries together, medical errors that occur during the presentation of the services affect both health professionals and patients in a negative way. As a result of this improper intervention in health personnel and practices are facing a number of criminal responsibilities. This research, conducted by the document review method, aims to increase the level of knowledge and awareness of the health personnel about the medical application errors and to provide the necessary precautions for the health personnel to avoid legal problems.

Keywords: Medical Staff, Malpractice, Health Care, Legal Liability.

GİRİŞ

İnsan daha doğmadan sağlık hizmetine gereksinim duymakta ve bu ihtiyacı yaşamı boyunca devam ettirmektedir. Sağlık, yaşamın sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin oluşturulmasında ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Sağlık hizmetlerinin her aşamasında hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlık sisteminin öncelikleri arasında yer almaktadır.

Tıbbi hata doktrinde “*tıbbi malpraktis*” olarak adlandırılmaktadır. Malpraktis terimi köken itibarıyla, latince hatalı/yanlış uygulama anlamına gelen “*mala praxis*” sözcüklerinden kaynaklanmıştır. Sağlık hizmetleri tüm ülkelerin öncelikli konusu olmakla birlikte, hizmetin sunumu sırasında yaşanan tıbbi hatalar hem sağlık çalışanlarını hem de hastaları olumsuz şekilde etkilemektedir (Filiz, 2009).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde tıbbi hatalara bağlı ölümlerin, ölüm nedenleri arasında beşinci sırada yer aldığı belirtilmektedir. 1997 yılında yapılan bir araştırmada, önlenebilir tıbbi hatalar sonucunda meydana gelen ölüm sayısı 44.000 olarak tespit edilmiştir (Savaş, 2009: 62). New York Eyaletindeki 51 hastane kaydında 1984 yılında yapılan ve sonuçları 1991’de yayımlanan araştırmaya göre tıbbi hataların %27’si hekimlerin beklenen standardı gösterememesi ve ihmali %47’si cerrahi girişimler; kalan kısmı ise tanı hataları, tedavi hataları ve ihmallerden oluşmaktadır. Hataların meydana geldiği yerler ise; hasta odası, ameliyathane, doğum odası, laboratuvar, acil servisler ve yoğun bakım üniteleridir (Savaş, 2009: 48).

¹Bu makale Mevlüt Caymaz tarafından 2015 yılında Sağlık Hukuku Anabilim Dalı’nda tamamlanan “Sağlık Personelinin Tıbbi Uygulama Hatalarından Doğan Cezai Sorumluluğu” adlı Yüksek Lisans projesinden üretilmiştir.

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 oluştuğu 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).

“Araştırmamızda nitel araştırma yöntemlerinden doküman inceleme yöntemi kullanılmıştır. Doküman incelemesi, araştırılması hedeflenen olgu veya olgular hakkında bilgi içeren yazılı materyallerin analizini kapsar. Doküman incelenmesi, hemen her araştırma için kaçınılmaz olan bir veri toplama tekniğidir.

A. Tıbbi Müdahalenin Tanımı

Tıp mesleği ile uğraşmaya yetkili bir kişi tarafından hastanın; bir hastalığını, fiziksel bir özrünü tedavi etme, hastalıktan koruma, acılarını giderme veya azaltma maksadıyla yapılan her türlü yardım ve faaliyeti içerir. “Bu faaliyetler, basit teşhis işleminden ilaçla tedaviye, fiziksel tedavi alanlarına ve her türlü psikiyatrik tedavilerle ameliyatlara, estetik ameliyatlara, diş çekimi ve protez yapımına ve hastalığın önlenmesine kadar tüm tıbbi amaçlı işlemleri kapsamaktadır (Gökcan, 2014: 13).

Tıbbi müdahaleye kural olarak hekim yetkilidir. Ancak hekimin denetim ve gözetiminde ya da yetkileri kapsamında diğer sağlık mesleği mensupları da tıbbi müdahalede bulunabilirler (Gökcan, 2014: 43).

Tıbbi müdahaleler; tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafından yapılmalıdır. Bu yetkili kişiler 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu ile belirlenmiştir. Tabipler Birliği Kanunu’na göre, bir hekimin tıp bilimini icra edebilmesi için; tıp fakültesi diplomasına sahip olması, Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olması, Tabip Odasına kayıtlı olması ve hekimlik yapmasına engel bir durumunun olmamasını gerektirmektedir. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, genel olarak tıbbi müdahalede bulunabilecek kişileri; hekimler, diş hekimleri, ebeler, sağlık memurları, sünnetçiler, hastabakıcı ve hemşireler olarak sınırlandırmıştır (Hakeri, 2007: 97).

B. Tıbbi Müdahale Şartları

Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk sebebi oluşturabilmesi ve yapılan müdahalenin haksız eylem olmaması için gerekli şartlar şunlardır:

1. Tıbbi Müdahalenin Kanunun Yetkili Kıldığı Kişilerce Yapılması

“Tıbbi müdahalede bulunma yetkisi kanunda tanındığında hukuka uygun olacaktır. Bu yetkiye sahip olanlar; hekim, diş hekimleri, ebeler, sağlık memurları, hastabakıcı hemşireler, sünnetçiler ve diş protez teknisyenleridir². “Ayrıca acil tıbbi yardım ve bakım ile sırlı kalmak ve Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmeliğinde belirtmek kaydıyla acil tıp teknikerleri ile acil tıp teknisyenleri hastaya müdahale edebilir, bu hususta lazım gelen iş ve işlemleri yapabilirler” (Birtek, 2007: 199).

Hekim, “uygulayacağı yöntemi seçerken serbest olmasının yanında tıp biliminin kabul görmüş yöntemlerden yararlanmalıdır. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi madde 13’te bu husus şöyle belirtilmiştir³. “... “Tababet prensip ve kaidelerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yasaktır”...”. Bir diğer ifade ile hekim tıp biliminin kabul ettiği ilke ve kurallara aykırı veya aldatıcı müdahalede bulunmamalıdır.

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi madde 13/3’de; “... “teşhis, tedavi veya korunmak gayesi olmaksızın” ve 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun⁴, madde 2/1’e göre nüfus planlaması amacıyla

² 11.04.1928 Tarih ve 1219 sy. Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun madde 1, RG Tarih:14.4.1928, s. 863.

³ 13.01.1960 tarih ve 4/12578 sy. Bakanlar Kurulu Kararı, 23.01.1953 tarih ve 6023 sy. Kanuna dayanılarak çıkartılmıştır. (RG Tarih:19.02.1960, s. 10436).

⁴ 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, RG Tarih: 27.05.1983, S. 18059.

tıbbi müdahalede bulunulabilir. Tıbbi müdahale, teşhis, tedavi, hastalıktan korunmak, hastalığı hafifletmek veya acıyı dindirmek ya da nüfus planlaması amacıyla yapılabilir.

2. Aydınlatılmış Onam

Aydınlatılmış onam; kişinin bilgilendirildiği, anladığı ve gönüllü olduğu, tıbbi müdahaleyi kabul ettiğine dair irade beyanıdır. Onamı etik açıdan kabul edilebilir kılan en önemli faktör, kişinin doğru bir şekilde anladıktan sonra onam vermiş olmasıdır. Onam bir kez verildikten sonra, bu onamın daha sonraki işlemler için geçerli sayılması uygun değildir. Bununla birlikte onam bir kez verildikten sonra yapılacak tıbbi müdahaleler ilk işlemin devamı niteliğini taşıyorsa veya ilk işlemle nedensel bir ilişki içerisindeyse, tek bir onamın geniş bir onam olarak değerlendirilebileceği ve bütün işlemleri kapsayabileceği genel kabul görmektedir. Bu nedenle araştırmayı meşrulaştırmak adına aydınlatılmış onam belgelerinin ilgili tüm gereklilikleri içermesi ve öngörülebilir bütün sonuçlarının tamamını kapsamaması gerekmektedir (Emir, 2013: 69).

3. Tıbbi Müdahaleyi Yapabilecek Sağlık Personelinin İş ve Görev Tanımları

Sağlık Bakanlığı “tarafından sağlık meslek mensupları ile sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensuplarının iş ve görev tanımlarına dair 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı yönetmelik yayınlanmıştır. Bu yönetmelikte hekim, tabip ve uzman tabip, diş tabibi ve uzman diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire, fizyoterapist, klinik psikolog”, odyolog, diyetisyen, dil ve konuşma terapisti, radyoterapi teknikeri, anestezi teknisyeni/teknikeri, tıbbi laboratuvar teknisyeni ve diğer sağlık personelinin iş ve görev tanımları yapılmıştır.⁵

I. TIBBİ UYGULAMA HATALARI

A. Tıbbi Hata (Malpraktis) Nedir?

“Son yıllarda üzerinde en çok durulan ve araştırma yapılan konuların başında malpraktis (tıbbi hata) konusu gelmektedir. “Literatürde konunun hukuki, etik, sosyal, eğitimsel ve yönetsel açılardan kapsamlı bir şekilde irdelendiği ve farklı şekillerde tanımlandığı görülmektedir. ABD Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation) tıbbi hata kavramını; hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında bir aksamanın neden olduğu, kasıtsız, beklenilmeyen sonuçlar olarak tanımlarken (NPSF 2003)⁶. TheJoint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) ise; “sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi”⁷ şeklinde tanımlamaktadır”.

“Dünya Tabipler Birliğine göre tıbbi hata”; “hekimin veya sağlık personelinin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarardır”. “Türk Tabipler Birliği Etik İlkeleri’nin 13. Maddesinde “hekimliğin kötü uygulanması (malpraktis); bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi” olarak tarif edilmiştir. Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı’nın 3. maddesinde ise; “Tıbbi Kötü Uygulama” kavramı kullanılmış ve bu kavram; sağlık personelinin, kasit veya kusur veya ihmâl ile standart uygulamayı yapmaması, bilgi veya beceri eksikliği ile yanlış veya eksik teşhiste bulunması veya yanlış tedavi uygulaması veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan ve zarar meydana getiren fiil ve durum olarak tanımlanmıştır” (Temel, 2005: 85).

“Bir başka tanımda ise tıbbi hatanın, “yalnızca bir girişimin, bir tedavinin ya da uygulamanın yanlış, eksik yapılması demek olmadığı, aynı zamanda yapılması gerektiği halde yapılmayan, ya da yapılmaması gerektiği halde yapılan bir işlem” (Özdilek, 2015) anlamına da geldiği belirtilmektedir.

⁵Ayrıntılı bilgi için bkz. Sağlık Bakanlığı, 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik.

⁶National Patient Safety Foundation (NPSF), Standup For Patient Safety , 2003. www.npsf.org/html/resources.html (2014).

⁷TheJoint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), Sentinel Event Statistics, 2006. www.jointcommission.org/Library/TM_Physicians/tmp_11_06.htm, (2015).

Benzer şekilde “bilgisizlik, deneyimsizlik, ilgisizlik veya kullanılan teknolojiye bağlı olarak otaya çıkan ve hastanın daha uzun süre hastanede kalmasına yol açan, sağlığını bozan, hastaya zarar veren veya ölümüne yol açan uygulamalar” (Troyen, 1991: 3265) tıbbi hata olarak değerlendirilmektedir”.

B. Tıbbi Hataların Nedenleri

Tıbbi “hatalar” birçok nedene bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Akalın’a (2005) göre tıbbi hataların ana nedenleri; insana bağlı faktörler (yorgunluk, yetersiz eğitim, yeterli özeni göstermeme, önlem almama, dikkatsizlik, iletişim yetersizliği, güç/kontrol, zamansızlık, yanlış karar, mantık hatası, tartışmacı kişilik), kurumsal faktörler (iş yeri yapısı, politikalar, idari/finansal yapı, liderlik, geri dönüş konularında yetersizlik, personelin yanlış dağıtımı) ve teknik faktörler (yetersiz otomasyon, yetersiz cihazlar, eksik cihazlar, karar verme destek eksikliği, integrasyon eksikliği) olarak üç başlık altında toplanabilir” (Akalın, 2004: 12-13).

“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: 186).

“Ülkemizde ise tıbbi hataların nedenleri spesifik olarak incelendiğinde; eğitim kurumlarının nitelsiz 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”.

“Genellikle alt yapısı yetersiz, olanakları sınırlı, eğitimcileri kuramsal ve pratik bilgi bakımından yeterli düzeyde olmayan tıp fakültelerinde yetiştirilen hekimlerin sağlık hizmeti vermesi bu alandaki riskleri büyütülmektedir. Aynı şekilde insana hizmet verdiği için en mükemmel şekilde eğitim görmesi gereken hemşirelik, ebelik ve sağlık teknisyenliği okullarında yeterli pratik ve kuramsal eğitimin verilememesi, sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürmekte ve tıbbi hataların oranını artırmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetlerinde yaşanan talep artışını, mevcut sağlık kuruluşlarının karşılayamaması sonucu oluşan baskı, çalışma ortamını giderek daha yoğun bir şekilde kötüleştirmektedir. Ayrıca performansa dayalı ücret sisteminin uygulanması sonucu, kimi zaman daha çok gelir elde etme amacıyla, fazladan yapılan tahlil, tetkik ve cerrahi müdahaleler hastanın zarar görmesine yol açabilmektedir” (Altuncan, 2009: 9).

“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 (Wilson, 2002: 214).Çalışma saatlerinin uzun olması, dikkat azlığı ve muhakeme bozukluklarına neden olmakta, bu da hastadaki değişikliklerin fark edilmesini engellemekte ve hatalara yol açmaktadır (Giray, 1999: 39). En kötü performansın gece 04-06 saatleri arasında gerçekleştiği bilinmektedir”.

“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 (Karen, 2003). 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: 43-53).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: 208).

“Birçok hata ise bilgisizlikten ve deneyimsizlikten kaynaklanmaktadır. Bilimsel gelişmelere bağlı olarak önceki dönemlerde yapılan bazı uygulamaların bugün geçerliliği kalmamakta ve bilgilerini yenilemeyen personelin hata yapma olasılığı yükselmektedir (Temel, 186). Sağlık hizmeti sunumunun, hekimler tarafından sunulan bireysel hizmet şeklinden, hızla sağlık kurumlarınca yürütülen, kurumsal sağlık hizmetine dönüşmesi ile tıbbi hata tanımı yetersiz hale gelmiş ve sağlık hizmet sunumu sırasında oluşan zararların tanımlanması için yeni bir yaklaşım zorunluluğu ortaya çıkmıştır.

“Günümüzde sağlık hizmeti sunumunda hastalarda zarara yol açan durumlar sadece hekim hataları ile sınırlı değildir.” Çınarlı (2013: 216), genel olarak sağlık hizmet sunumundan kaynaklanan hataları üç başlık altında gruplamak mümkün olduğunu belirtir:

- 1. Tıbbi Hatalar:** Sağlık meslek mensuplarınca sunulan sağlık hizmetinin belirlenen standartları sağlayamaması nedeni ile oluşan zararlar.
- 2. İdari Hatalar:** İdari iş ve işleyişlerin hatalı yürütülmesine bağlı zararlar, iş ve işleyiş hataları.
- 3. Etik Hata:** Sağlık hizmetinin etik ilkelere uygun yürütülmemesi.

1. Tıbbi Hatalar

“Literatürde üzerinde en sık durulan hatalar; teşhis/tanı hataları, tedavi hataları, ilaç hataları, hastane enfeksiyonları, hastanın yetersiz izlenmesinden kaynaklanan hatalar, düşmeler, iletişim eksikliğinden kaynaklanan hatalar ve yanlış ya da uygun olmayan malzeme kullanıma bağlı hatalar olduğundan, aşağıda bu tür hatalar hakkında kısa bilgiler sunulmaktadır”.

a. Teşhis/Tanı Hatası:

Teşhis, hastanın muayenesi ve yapılan test ve tetkiklere dayalı olarak elde edilen bulguların değerlendirilmesi neticesinde, hastalığın tanınması veya semptomların kaynağının anlaşılması işlemidir (Gökcan, 2014: 249) 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 vardır”.

Hekimin somut olayda hatalı olup olmadığının saptanabilmesi için; mevcut bulgular karşısında tıp biliminin verileri doğrultusunda tanı için gereken işlemlerin eksiksiz yapılıp yapılmadığının ve bunların değerlendirilmesinde bilgisizlik, tecrübesizlik, dikkatsizlik, özensizlik gibi nedenlerle hataya düşüp düşmediğinin incelenmesi gerekir (Gökcan, 2014: 249).

b. Tedavi Hataları

Hastalığın teşhisinden sonra tıbben yapılması gereken işlem, tedaviye yönelik girişimlerde bulunmaktır. Tedavi konusunda hekimin yükümlülüğü, tıp biliminin verilerine göre yapılması gereken tıbbi müdahaleyi yerine getirmektir (Gökcan, 2014: 253).

Tedaviyle ilgili hekimin yükümlülükleri Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi 13. maddesinde şu şekilde yer almıştır: “Tabip, ilmî icaplara uygun olarak teşhis koyar ve gereken tedaviyi tatbik eder. Bu faaliyetlerinin mutlak surette şifa ile neticelenmemesinden dolayı, deontoloji bakımından muaheze edilemez”.

Tababet prensip ve kaidelerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yasaktır. Tabip; teşhis, tedavi veya korunmak gayesi olmaksızın hastanın arzusuna uyararak veya diğer sebeplerle, akli veya bendeni mukavemetini azaltacak her hangi bir şey yapamaz.⁸

⁸ Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Madde 13.

c. İlaç Hataları

“ABD İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi (NCC MERP) ilaç hatasını; sağlık çalışanının, hastanın veya üreticinin kontrolünde olmasına rağmen, hastanın ilaçtan zarar görmesine ya da uygun olmayan ilacı almasına sebep olan önlenemez bir olay olarak tanımlamıştır.⁹ İlaç uygulaması birbirini izleyen reçeteleme, dağıtım, uygulama, izlem ve kontrol süreçleri ile yerine getirilmekte ve hatalar bu sürecin herhangi bir aşamasında karşımıza çıkabilmektedir” (Valizadeh & Ghasemi, & Najafi, 2008: 18-41).

“İlaç hatası; hasta güvenliğini etkileyen 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 (Balas & Scott, & Rogers, 2004; 17/228). JCAHO raporunda istenmeyen olaylar sıralamasında, ilaç hataları dördüncü sırada yer almaktadır (JCAHO 2005: 5).

“ABD’de 1995 yılında yayınlanan bir çalışma raporunda insanların hastanede kaldıkları sürede, en az bir kez ilaç hatası ile karşılaşma oranının %2 ile %14 arasında olduğu tespit edilmiştir (Chang & Mark, 2009: 74). Utah ve Colorado da 3.719 kişi üzerinde yapılan çalışmada ise ilaç hatalarının oranının %1 olduğu ve bunlarında %59’unun önlenemez olduğu saptanmıştır”(Kaushal & Landrigan, ve diğer.2001).“ Başka bir çalışmada 1998 yılında ABD’de ilaç uygulamalarının % 28’inde ilaç reaksiyonu görüldüğü ve bu reaksiyonların % 42’sinin önlenemez olduğu saptanmıştır (Ballard, 3). Trooskin’e (2002) göre, her yıl hastanede yatan hastaların 7.000’i sadece ilaç uygulama hataları nedeniyle yaşamını yitirmektedir. İngiltere’de 2001’de tespit edilen 10 binden fazla ilaç hatasının, 1.100’ünün ölümle sonuçlandığı belirtilmektedir” (Mayo, AM., Duncan, 2004: 213).

“İlaç uygulama hatalarının içeriği incelendiğinde, ilacın istem edilme aşamasından uygulandıktan sonraki etkilerin takibini de içine alan, çok geniş bir süreç içinde gerçekleştiği görülmektedir (Chang & Mark, 2009: 4). Kaushal ve arkadaşları (2001) ilaç hatalarında en çok görülen hata tiplerini; yanlış doz (%28), ilacın yanlış zamanda verilmesi (%9.4), yanlış yoldan verilmesi (%18), uygulanan ilacın yazılmaması/kayıtların düzenli tutulmaması (%14), yanlış ilaç (%1.3), yanlış hasta (%0.16), ilaç alerjisi(%1.3) ve okunaksız order (%2.3) olarak sıralamıştır (Kaushal & Landrigan ve diğer.: 2001: 1).

“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: 32). Mayo ve Duncan’ın (2004) yaptıkları çalışmada 983 hemşireden % 46,5’inin ilaç hatası yaptığını bildirilmiştir. Hemşirelerden kaynaklanan başlıca ilaç hata tiplerine bakıldığında; yasal olmayan isteme göre ilacın verilmesi, hekim istemi olmadan ilacın verilmesi, istemin sözlü verilmesi, ilacın okunmuş ve görünüş benzerliği sonucunda yanlış ilacın verilmesi, ilaç dozunun yanlış hesaplanması ya da yanlış dozda ilaç verilmesi, ilaç kutusu ve paketi üzerindeki bilgilere dikkat etmeme ve ilaç uygulamasının unutulması yer almaktadır(Mayo, Duncan, 2004: 214).

Sezgin (2007) “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: 11). 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 & Mete, 2007: 3).

Alparslan ve Erdemir (1997) araştırmasında oral-parenteral toplam 641 antibiyotikğin hastaya uygulanışı izlenmiştir. Gözlem sonucu bu antibiyotiklerin %83,1 gibi oldukça büyük bir kısmının

⁹ The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP), About Medication Errors, 2009. www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html, (21.04.2015) .

uygulanışında çeşitli hata özellikleri belirlenmiştir. Hemşirelerin %46'sının, çocuğa uygun olarak küçük dozlarda ilaç hazırlama, yetişkin için hazırlanmış olan antibiyotiği çocuğa uygun hale getirmede, sulandırma için sıvı seçiminde, ilaçların uygun koşullarda saklanması gibi konularda güçlükler yaşadıkları belirlenmiştir. Aynı çalışmada hemşirelerin antibiyotiklerin uygulanması sırasında yaptıkları hatalar ise yanlış zamanda antibiyotik uygulama (%40), ilacı hasta yanında bırakma (%19), iki geçimsiz antibiyotiği bir arada verme (%18), yanlış dozda ilaç verme (%17,4), yanlış yoldan ilaç verme (%2,4), doktor tarafından istemi yapılmış ilacı vermeme (%1,6) antibiyotiğin yanlışlıkla başka hastaya verilmesi (%1), istemi yapılmış olmayan antibiyotiğin verilmesi (%0,5) ve verilmiş antibiyotiğin yanlışlıkla tekrar yapılması (%0,1) olarak saptanmıştır(Alparslan & Erdemir, 1997: 47).

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":

- "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.
- 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-ilaç etkileşimleri bakımından değerlendirilir.
- Hastanın kullandığı tüm ilaçların ilgili hemşiresi tarafından verilmesine yönelik gerekli düzenlemeler yapılır.
- 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.
- Yüksek riskli ilaçlar, ilaç kapları ile enjektöre çekilen ilaçların isim ve dozları etiketle belirlenir ve etiketler okunaklı şekilde yazılır.
- Bağımlılık yapan uyarıcı ve uyuşturucu ilaçlar, kilitli dolaplarda servis hemşiresinin sorumluluğunda muhafaza edilerek, imza karşılığında teslim edilir"¹⁰.

d. Hastane Enfeksiyonları

"Tanı ve tedavi amacıyla gerçekleştirilen çeşitli invaziv girişimler ve operasyonlar sayesinde insan yaşamı uzamakta ve yaşam kalitesi artmaktadır. Ancak bu girişimler sırasında hastalara buluşabilen mikroorganizmalar ile oluşan enfeksiyonlar kimi zaman yaşamı tehdit edebilmektedir(Günaydın, M., Gürler, 2008: 228).Hastane enfeksiyonları dediğimiz bu enfeksiyonlar, 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 diğer., 2008: 97).

"Hastane enfeksiyonu oranı, bakım kalitesini gösteren en önemli ölçütlerin başında yer almaktadır. Yüksek morbidite ve mortaliteye neden olmalarının yanı sıra, tedavi maliyetlerini önemli düzeyde artırmaları nedeniyle bütün dünyada önemli bir sağlık sorunudur(Hayran & Akalın, 1993: 79-80). Yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular, hastane enfeksiyonlarının yaklaşık %40'ının önlenabilir olduğunu¹¹ ve her hastane enfeksiyonunun temel enfeksiyon kontrol kurallarına uyulduğu takdirde önlenmesi mümkün olan bir tıbbi hata olarak kabul edilmesi gerektiğini belirtmektedir"¹².

¹⁰ Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına İlişkin Usul ve Esaslar, 2009.

¹¹ WHO, Consultation on Hospital Infection Prevalence Survey, Geneva. 1986.

¹² IOM. Priority Areas For National Action: Transforming Health Care Quality, 2003. www.iom.edu, (21.12.2014).

“Dünya Sağlık Örgütü dünyada her yıl 190 milyondan fazla insanın hastaneye yattığını ve bu yatışların %5’inin hastane enfeksiyonuna yakalandığını bildirmektedir¹³. ABD’de her 136 hastadan biri, hastanede kaptığı 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).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” (Postnote, 2015).

“Türkiye’de ise 1994-1998 yılları arasında aktif sörveyans çalışmalarına katılan 16 hastaneyi içine alan bir çalışmada hastane enfeksiyon hızının %1 ile %16,5 arasında olduğu tespit edilmiştir (Wilke & Gündeş, 2001: 4). Günay (2008) yaklaşık üç yıl süren çalışmasında hastane enfeksiyon hızını %9.9 olarak bulmuştur. Yıllara göre hız oranlarına bakıldığında; 2005 yılında %11,2, 2006 yılında %10,2 ve 2007 yılının ilk yarısında %7,8 olarak hesaplanmıştır(Günay, 2008, s. 66).“Aytekin’in (1998) çalışmasında ise ülkemizde hastane enfeksiyonu oranı %5,0 olarak saptanmış ve enfeksiyonların en çok yoğun bakım ünitelerinde gözleendiği belirlenmiştir(Aytekin, 1998: 3).

“Enfeksiyon kaynaklarının başında sağlık hizmeti sunanlar ilk sırayı almaktadır. Sağlık çalışanları içerisinde de hasta ile sürekli temasta bulunan ve bakımdan sorumlu olan hemşireler diğerlerine göre enfeksiyonların oluşması, yayılması ve önlenmesinde etkin bir role sahiptirler. Gerek bu kişilerde hastalık ya da taşıyıcılık nedeniyle bulunan, gerekse bu kişilerin elleri ya da eşyaları ile bir hastadan diğerine mekanik olarak taşınan bakteriler hastane enfeksiyonlarının en önemli kaynaklarıdır”(Günaydın, 2002).

Hastane enfeksiyonları ciddi hastalıklara ve ölümlere neden olan önemli bir sorundur. Bu nedenlerle tüm sağlık kuruluşlarında enfeksiyonları önleyecek önlemlere titizlikle uyulması gerekmektedir. Hastane enfeksiyonlarının kontrol altına alınmasında öncelikle risk faktörlerinin bilinmesi gerekmektedir. Hastane enfeksiyonlarının oluşması ve yayılmasını sağlayan risk faktörleri arasında, hastane odası doluluk oranlarının fazla olması, hastane içinde hareketliliğin fazla olması, ciddi ve karmaşık tıbbi müdahalelerin yapılması ve sağlık çalışanları gelmektedir(Postnote, 2015: 3).

Sağlık kurumlarında hastane enfeksiyonlarını azaltmanın en önemli yolu enfeksiyonkontrol programlarının oluşturulması ve eksiksiz uygulanmasıdır. Hastane enfeksiyon kontrol programlarının **üç ana hedefi** bulunmaktadır. Bunlar; hastadan hastaya bulaşışı önlemek, sağlık personelinin kan yoluyla bulaşan hastalıklara ve damlacık, solunum ya da temas yoluyla yayılabilecek enfeksiyonlara karşı korunmasını sağlamak ve hastane enfeksiyon hızlarını mümkün olan en düşük düzeye indirmektir (Diker, 2003: 11).

Hastane enfeksiyonlarının önlenmesi bir ekip işidir. “Önlemler, tüm çalışanların enfeksiyonlar konusunda tam ve doğru bilgi almaları, bu bilginin davranışlara yansması, uygulamalardaki dikkat ve yeterlilik sonucunda amacına ulaşabilir(Çetin, 1993: 23).Hastane enfeksiyon oranları doğrudan yatak başı bakım verenlerin davranışlarına bağlıdır. Sağlık personelinin enfeksiyon kontrolündeki kendi hataları ile enfeksiyon oranları arasındaki ilişkiyi görmesi önemlidir”.

“Hastanelerde enfeksiyonun kontrol altına alınmasın da izolasyon önlemlerine de uyulması şarttır. Bu önlemler içerisinde, izolasyonu gerektiren hastanın ayrı ve tek yataklı bir odaya alınması, belirlenmiş bir hemşire tarafından bakım verilmesi ve sağlık çalışanlarının bariyer önlemlerini (eldiven, önlük, maske vb.) kullanması işlemleri yer almaktadır” (Postnote, 2015:3)

e. Düşmeler

“Düşmeler hastanelerde en yaygın görülen tıbbi hatalardan olup(Koh&Manias ve diğer., 2008: 108) bu kurumlarda meydana gelen yaralanmaların yaklaşık %30’unun temel sebebini oluşturmaktadır” (Dreschnack, Gavinve diğer., 2005: 119). “Özellikle 65 yaş ve üstü kişilerin hastanelerde karşılaştığı

¹³ WHO, 1986.

yaralanma ve ölümlerin en önemli nedeninin düşmeler olduğu ve düşmeler sonucu oluşan yaralanmaların toplam maliyetinin 27.3 milyar doları bulunduğu belirtilmektedir¹⁴.

“Tutuarima ve ark (1997) yaptıkları çalışmada düşmelerin görülme oranını 8.9/1000 olarak saptamışlardır. Yetişkin hastalarda düşme vakalarının çoğunun fizyolojik nedenlere bağlı olduğu belirlenmiştir” (Tutuarima ve diğ., 1997: 299). “Yabancı hastane ortamı, vücut aktivitelerinde değişimler, özürülük, yaşlılarda demans, görme, işitme kaybı, kas kuvveti ve reflekslerde azalma gibi fiziksel ve mental yetersizlikler veya tedavi süreci gibi uyanıklık durumunu ya da dengeyi etkileyen hastalıklar ve hastanın yaşı, düşme riskini artıran bireysel risk faktörleri arasında yer almaktadır” (Acaroğlu ve diğ., 2000: 24). Pediatri ünitelerinde 10 yaş altı grupta ise daha çok çevresel nedenler düşmelere yol açmaktadır. Çocuğun yatağından düşmesi, parmaklıkların kaldırılmamış olması ve refakatsiz bırakılması bu faktörlerden bazılarıdır” (Hendrich, 2006: 26).

“Sağlık kuruluşları düşmeyi önlemek için programlar oluşturmalı ve tüm personelin bu programa uyumu sağlanmalıdır. “Güvenilir bilgi toplama, düşme sıklığı ve yaralanma derecelerinin bilinmesi, düşmeleri engelleyici program geliştirmek için son derece önemlidir. Başarılı bir düşme engelleme programı, hastanenin neresinde olursa olsun hastanın güvenliğini garanti altına almalıdır (Dreschnack-Gavin, & ark., 2005: 17).

Hastanın vücudunda taşıdığı riski anlatan bir ipucu bulundurması (örneğin kol bandının bulunması) sayesinde, hasta başka bir üniteye gittiği zaman diğer sağlık profesyoneli tarafından da hastanın taşıdığı risk anlaşılabilir olacaktır (Dreschnack-Gavin, & ark., 2005: 11). Bazı çevresel güvenlik önlemleri ile düşmeler önlenmektedir. Hastanın odasına düşmesini engelleyen malzemeler (yatak kenarlıkları) yerleştirilmesi, mobilyaların sabit olması, hastanın giydiği kıyafete ve ayakkabıya dikkat edilmesi, klinik alarm sistemlerinin oluşturulması ve hasta nakillerinde dikkatli olunması bu önlemler arasındadır.

f. Hastanın Yetersiz İzlenmesinden Kaynaklanan Hatalar

“Gelişmiş çoğu “ülkede yetersiz hasta izlemleri, hatalı uygulamalara ilişkin davaların, en sık rastlanılan nedenlerindedir. Yetersiz izleme bağlı hataları en aza indirmek için istemler açık ve okunabilir bir şekilde yazılmalı ve izlem sıklığı net olarak belirtilmelidir (Safran, 2004: 38). Hastaya ilişkin tüm izlemler zaman belirtilerek yazılı olarak kaydedilmelidir. Eğer hastanın sık aralarla kontrole ihtiyacı var ise bu zaman aralığı sağlık ekibi üyelerince belirlenmelidir” (Mete ve Ulusoy, 2006: 39).

1. “İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Hatalar”

“Arda ve arkadaşlarının (2007) “yaptığı bir araştırmada hekimlerin %78,2'si, hemşirelerin ise %85,5'i hastalarla iletişim kurma problemi yaşadığını belirtmiştir. Aynı çalışmada iş yoğunluğunun ve yeterli sayıda hekim ya da hemşirenin olmamasının iletişim kuramamanın temel nedeni olduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte klinik sorumlularının yarattığı gerginlik, nöbetlerin fazlalığı, çok yorulma gibi nedenlerin de iletişim sürecini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Arda, Ertem ve ark., 2007: 71). Meurier ve arkadaşlarının (1997) 124 hemşire üzerinde yaptıkları çalışmada, hemşirelerin en çok (% 33) uygulama sırasında hata yaptığı ve bu hataların % 27,9'unun iletişim sorunlarından kaynaklandığı saptanmıştır (Meurier ve ark., 1997:77).

“İletişimin temel hedefi karşılıklı anlaşmadır. Sağlık hizmetinin sunumunda hasta ile hizmeti sunan personel doğrudan ya da dolaylı olarak iletişime girmektedir. Bu görevliler arasında hekimler ve hemşireler, hastayla en yakın iletişime giren meslek gruplarıdır” (Çelik, 2008: 3). Uludağ (2001) hasta ve ailesine ulaşmada, en etkili araçlardan birisinin iletişim olduğunu ifade etmiştir (Uludağ, 2001). İletişim, klinik müdahalenin temel tekniğidir. Çünkü bilgi, iletişim teknikleri, sorun çözme yetkisi ve fiziksel inceleme, etkili ve doğru klinik müdahalenin dört ana parçasını oluşturmaktadır. Uygun iletişim teknikleri olmadan diğer bütün klinik çabalar boşa gidebilir (Adıgüzel, 2005: 55). Hastalık tanı ve tedavi sürecinin etkililiği üzerinde önemli etkisi bulunan hasta-sağlık personeli etkileşimi, hasta

¹⁴ Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Falls Prevention Activities, 2007. www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/Falls/FallsPreventionActivity.html, (24.05.2015).

memnuniyetini ve hizmet kalitesini de etkileyen en büyük faktördür” (Roter ve ark., 1997: 354) Hizmetlerin üretilmesinde de iletişim vazgeçilmez bir yere sahiptir. Çünkü bir kurumda üniteler arası bilgi akımı ne kadar hızlı, doğru ve tam ise, o kurumda üretilen hizmetler de o düzeyde mükemmelliğe ulaşır” (Uyer, 2000: 92).

“Hemşirenin bağımlı işlevleri hekim istemlerinin yerine getirilmesini içerir. Ülkemizde Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 132. “Maddesinde hemşirelerin görev ve yetkileri, hastaların tedavisi için gerekli bütün kayıt, bakım ve tedavileri meslekleri dâhilinde ve tabiplerin tarifine göre yapmak olarak belirtilmektedir. Hemşirelerin istemleri yerine getirirken, prosedürü uygun olup olmadığına bakması ve emin olduktan sonra yerine getirmesi gerekmektedir”. “Ayrıca yeterince açık olmayan ve sorun oluşturabilecek istemler, hekimin doğrulamasından sonra uygulanmalıdır. Sakıncası görülen, soru işareti olan istemler rapor edilmeli, sözlü veya telefonla alınan istemler ise en kısa zamanda (ilk 24 saat) istem veren hekime imzalatılmalıdır”(Acaroğlu: 24).

“Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı, Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına İlişkin Usul ve Esaslar Tebliğinde iletişim güvenliğinin geliştirilmesi için yapılacak uygulamalardan bazıları şu şekilde sıralanmıştır”:

- “Sözlü talimatlar, steril girişimler sırasında, tabibin hastanede ya da serviste olmadığı durumlar ile acil olarak ilaç verilmesi gerekli olan durumlarda verilir. Sözlü/telefon talimatının alınması sırasında ilacın ismi, dozu, uygulama şekli ve verilmiş sıklığı açık olarak belirtilir.
- Sözlü/telefon talimatı alınırken önce talimat yazılır, yazılan talimat daha sonra geri okunur ve doğruluğu talimatı veren kişiye onaylatılır, lüzumu halinde verilen ilaç adının kodlama yöntemi ile tekrar edilmesi istenir. Hazırlanan talimat formu sözlü talimatı veren tabip tarafından 24 saat içinde imzalanır ve hasta tabelasına geçirilir.

g. Yanlış ya da Uygun Olmayan Malzeme Kullanıma Bağlı Hatalar

“Sağlık hizmeti verilen kuruluşlarda hastaya uygulanacak tanı ve tedavi prosedürlerinde kullanılan malzemenin uygun kullanılmaması ya da yanlış malzeme kullanılması hastanın güvenliğini tehdit ederek, enfeksiyonlara ve yaralanmalara sebep olabilmektedir (Acaroğlu: 24). Bu nedenle tanı ve tedavi işlemlerinde kullanılan alet, cihaz ve malzemelerin kontrolünün yapılması, sterilizasyon önlemlerinin alınması, malzemelerin son kullanma tarihlerinin kontrolü, ortamın ısı, nem seviyesinin sağlanması hasta güvenliği açısından büyük bir önem taşımaktadır” (Karan, 1999: 34).

“Sağlık bakımı verirken kullanılacak malzemenin güvenliği hakkında herhangi bir şüphe olduğunda, bu malzemeler kullanılmamalıdır. Ayrıca malzemelerin istenilen amaçlar doğrultusunda kullanıldığından emin olunmalı ve bu yönden belli zaman aralıkları ile kontrol edilmelidir”.

“Literatürde teşhis ve tedavide kullanılan malzeme ve cihazların hasta güvenliği ile ilişkisini inceleyen bazı çalışmalar yer almaktadır. Örneğin Saygın ve Ökten (1990) yaptıkları çalışmada anestezi ölümlerine neden olan alet/cihaz hatalarını; monitör hataları %24, solunum cihazı hataları %20, hava yolu komponentleri %18, laringoskop hataları %12, anestezi makinesi hataları %12 ve diğer nedenler %14 olarak sıralamıştır”. “Aynı çalışmada kazalara neden olan alet-cihaz ve insan faktörüne bağlı nedenler; solunum devresinin bağlantısının ayrılması, gaz alımında fark edilmeyen değişiklik, enjektör karışıklığı, gaz naklinde problem, solunum devresinde bağlantı hatası, hipovolemi, pozisyon değişikliğinde hava yolu sapsması” olarak belirlenmiştir (Saygın ve ark., 1990: 54).

“Hipertansiyon, koroner kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalığın tanısının doğru konulabilmesi, hastaların takiplerinin ve tedavilerinin yapılabilmesi için, kan basıncının kalibrasyonu yapılmış hassas çalışan sfigmomanometre ile doğru bir şekilde ölçülmesi gerekmektedir”. “Ek ve arkadaşları (2006) yaptıkları çalışmada kontrol edilen 64 sfigmomanometreden 30 tanesinin kusurlu olduğunu saptamıştır (Ek ve diğ., 2006: 21). Başak ve Karazeybek'in (1998) yaptıkları çalışmada ise 100 sfigmomanometreden 46'sının kusurlu olduğu saptanmıştır (Başak & Karazeybek, 1999: 489).

2. İDARİ HATA

Tıbbi hizmetler, “her ne kadar sağlık personeli tarafından hastalara sunulan hizmetler olsa da, idarelerin hizmet sunum yer ve şekline göre yeterli sayı ve yetkinlikte personel çalıştırma zorunlulukları vardır. Yürütülen sağlık hizmetlerinin gereklerine uygun olmayan sayı, nitelik veya şekilde personel çalıştırılması sonucu oluşan tıbbi hatalar, idarenin düzenleyici fonksiyonlarındaki hatadan kaynaklı olması nedeni ile idareye sorumluluk yüklemektedir. Ayrıca sağlık hizmeti sunumunda kullanılan malzeme ve tıbbi teçhizatın yeterli sayı ve özellikte olması ve kalibrasyonlarının düzenli yapılması gereklidir. Bu işlemler de şüphesiz idarenin sorumluluğunda olan konulardandır (Çınarlı, 226).”

3. ETİK HATA

Ahlak kuralları insanların toplumsal yaşamlarından doğan kurallardır. Normatif ahlak uyulması gereken davranış kurallarına işaret eder. Ahlak kuralları toplum içinde öğrenilmesine rağmen, bireylerin bu kuralları içselleştirmesi, kişisel değer haline getirmesi ve uygun davranması ile yaşam bulur.

Tıp Etiği: Sağlıkla ilgili herhangi bir müdahale sırasında uyulması gereken etik ilkeler bütünü olarak tanımlanabilir. Tıp etiği oldukça geniş bir konu olmakla birlikte, uluslararası ve ulusal alanda benimsenen dört temel ilke çerçevesinde tanımlanır(Çınarlı, 238-239).”

- a. Zarar vermeme (Pirimum Nihil Nocere: Önce Zarar Verme).
- b. Yarar Sağlama (Pirimum Util Esse: Önce Yarar Sağla).
- c. Özerklik: Özerk Olma ve Hastanın Özerkliğine Saygı Gösterme.
- d. Adil Olma.

SONUÇ

Sağlık hizmetinin katılımcısı ve tüketicisi olan hastalar hataların önlenmesi ve çözümü sürecine aktif olarak katılmalıdırlar. Bu konuda sağlık personeli ile hastalar arasında ayakları yere basan bir iletişim kurulmaya çalışılmalıdır.

Kronik yorgunluk ve uykusuzluğu önlemek için sağlık personelinin uygun saatlerde ve uygun ortamlarda nöbet tutmalarını sağlayacak düzenlemeler eşlik edebilir. Sağlık personeli (hekim, hemşire vb.) arasında genellikle normal kabul edilen aşırı uykusuzluk ve kronik yorgunluk hatalara neden olan en önemli faktörlerdir. Tıp eğitimi meslektaşlar arasında dayanışma sağlanacak ve yaklaşımlar aşağılayıcı olmayacak şekilde değiştirilmeli, böylece genç sağlık personelinin daha kıdemli meslektaşlarından rahatlıkla rehberlik ve danışmanlık isteyebilmesi sağlanmalıdır.

Ayrıca sağlık personelinin klinik eğitim deneyimi de dâhil tıp eğitiminin seviye ve niteliği yükseltilmelidir. Ülkemizde sağlık personeli geçinebilmek için ikinci bir işte çalışmak durumunda bırakılmakta, mesleğine ve kendisine yabancılaşmaktadır. Zor çalışma koşullarına geçim derdini, aşırı yorgunluk ve uykusuzluğu eklerseniz, hatasız uygulama yapmanın bu koşullarda çok güç olduğunu görülmektedir.

Tıbbi hata uygulamalarını azaltabilmek için alınabilecek diğer önlemler de şöyle sıralanabilir:

1. Sağlık eğitim sisteminin değiştirilmesi, sağlık hizmetlerinin istenilen ölçüde ve kalitede yerine getirilmesi için gerekli miktarda sağlık personeli ile birlikte iş yükünün azaltılması,
2. Mezuniyet sonrası sürekli eğitim programlarının olması,
3. Sağlık personeline tıbbi hataların potansiyel nedenlerinden biri olarak görev dışı işlerin yüklenmesi sürekli olarak dile getirilmektedir. Bundan kaynaklanan hataları azaltmak için personele yalnızca mesleki işlevlerini yerine getirmekten sorumlu tutulmaları.
4. Yapılan her işlemin hastaya detaylı olarak anlatılması,
5. Hastanın ortaya çıkabilecek komplikasyonlar konusunda uyarılması ve onamının alınması,

6. Hastaya anlatılanların kayda geçirilmesi,
7. Sağlık personelinin çalıştıkları servislerin özelliğine göre hatalar konusunda eğitilmesi, gerekli uyarılar yapılması,
8. Yapılacak olan işlemler hakkında hastaları aydınlatıcı formlar hazırlanması ve bu formların Türkiye geneline dağıtılarak tüm hastanelerde kullanımının sağlanması,
9. Sağlık meslek yüksekokulları ve üniversitelerin hemşirelik vb. bölümlerinde branşlaşmanın olması,
10. Onamı alınması gereken hastanın bu formu okuyup imzalaması ve formun saklanması,
11. Kayıtların düzgün tutulması, tıbbi belge ve grafiklerin düzenli olarak arşivlenmesinin sağlık personelinin en büyük sigortası olduğu akıldan çıkartılmamalıdır.

KAYNAKLAR

- Acaroğlu, R. & Aştı, T. (2000). Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 4(2): 24.
- Adıgüzel, Z. (2005). Sağlık Personeli-Vatandaş (Hasta) İletişiminin Niteliği ve İletişimi Etkileyen Faktörler Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Manisa.
- 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.
- Alparlan, Ö. & Erdemir, F. (1997). Pediatri Servislerinde Kullanılan Antibiyotiklerin Sulandırılması, Saklanması Ve Hastaya Verilmesi Konusunda Hemşirelerin Bilgi Ve Uygulamalarının Belirlenmesi, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1(1):47.
- Arda, H., Ertem, M., Baran, G., & Durgun, Y. (2007). Dicle Üniversitesi Araştırma Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Hasta İletişimi Konusundaki Görüşleri, *İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi*. 15(59):71.
- Aytekin, G. (1998). Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastane Enfeksiyonlarının İstatistikî Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bursa.
- Birtek, F. (1999). Tıbbi Müdahaleler Açısından Komplikasyon-Malpraktis Ayrımı, *İstanbul Barosu Dergisi*. İstanbul Cilt 81,Sayı 5.
- Çelik, F (2008). Sağlık Kurumlarında İletişim; Hasta ile Sağlık Personeli İletişimi Üzerine Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Çetin, E.T (1998). Hastane Enfeksiyonlarının Önemi, *Klinik Dergisi*, S: 6(3): 23.
- Çınarlı, S. (2013). İdarenin Sağlık Hizmetinin Sunumundan Kaynaklanan Hukuki Sorumluluğu, Orion Yayınları.
- Canpolat, Z. (2011). Hemşirelerde Liderlik ve Örgütsel Bağlılığın Değerlendirilmesi, Doktora Tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Chang, KY., Mark, B (2009). Antecedents of Severe and Nonsevere Medication Errors, *Journal of Nursing Scholarship*. 41(1):74.
- 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.

Diker, S. (2005). Uşak İl Merkezi Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Hastane Enfeksiyonlarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.

Ek, R. O., Dişçigil, G., Başak, O., Kaplan, H., Çeçen, S., & Bozkaya, A. (2006). Kan basıncı ölçüm aletlerimiz ne kadar doğru ölçüyor: kurumsal sürekli bakım programı. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 7(3): 21.

Dreschnack-Gavin D, Nelson A, Fitzgerald S, Harrow J, Sanchez-Anguiano A, Ahmed S, Powwel-Cope G (2005). Wheelchair-Related Falls, Current Evidence and Directions for Improved Quality Care, *Journal of Nursing Care Quality*. 20(2):119.

Durmaz, A. & Mete, S. (2007). Hastaların Hastaneye Yatmadan Önce Kullandıkları İlaçlara İlişkin Hemşire Notlarındaki İlaç Kayıt Hatalarının İncelenmesi, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2007;11.

Filiz, E. (2009). Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya.

Gökcan, H T. (2014). Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2. Baskı.

Güler, S. (1997). Hemşirelerin Mesleki Yaşamlarında Karşılaştıkları Hukuki Sorunlar ve Başa Çıkma Yolları, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Günay, F. (2008). A.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalında Görülen Hastane Enfeksiyonlarının Etiyoloji, Epidemiyoloji, Klinik Özellikleri Ve Etkenlerin Duyarlılığı Bakımından İncelenmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.

Günaydın, M., Gürler, B (2008). Hastane Enfeksiyonlarının Kontrolünde Dezenfeksiyon, Antisepsi Ve Sterilizasyon "Das" Uygulamaları, *ANKEM Dergisi*. 22(4):228.

Günaydın, M. El Hijyeni ve Dezenfektanların Kullanımı, 2002. www.muratomu.tripod.com/elhijyeni.pdf, (22.06.2015).

Hakeri, H. (2007). Tıp Hukuku, Seçkin Yayıncılık, Ankara.

Hakeri, H. (2007). *Tıp Hukukunun Temel Kavramları*, Roche Sağlık Hukuku Günleri 1. İstanbul.

Hayran, M. & Akalın, H (1993). *Hastane Enfeksiyonları*, Ankara, E. Güneş Yayınevi.

Hendrich, A. (2006). PatientSafetyandQuality Healthcare, Inpatient Falls: Lessons From The Field. 3: 26.

Karan, İ. (1999). Hastanelerde Fiziksel Ortamın Hastalar Üzerindeki Etkilerinin Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Kaushal, R.,Bates, DW., Landrigan, C., Mckenna, KJ., Clapp, M., Federico, F., Goldmann, D (2001). Medication Errors and Adverse Drug Events in Pediatrics Inpatients, *JAMA*, V; 285(16): 2116.

Koh, SSL., Manias, E., Hutchinson, AM., Donath, S., Johnston, L (2008). Nurses' Perceived Barriers to The Implementation of A Fall Prevention Clinical Practice Guideline In Singapore Hospitals, *BMC Health Services Research*. 2008; 8.

Mayo, AM. & Duncan, D (2009). Nurse Perceptions of Medication Errors: What We Need To Know For Patient Safety, *Journal of Nursing Care Quality*. 19: 213.

Mete, S. & Ulusoy, E. (2006). Hemşirelikte İlaç Uygulama Hataları, *Hemşirelik Forum Dergisi*. 39.

Meurier, CE., Vincent, CA., Parmar, DG. (1997). Learning From Errors in Nursing Practice, *Journal of Advanced Nursing*. 26:77.

Öğün B. (2008). Ameliyathanede Hasta Güvenliğinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ameliyathane Hemşireliği, İstanbul.

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

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.

Roter, DL, Stewart M, Putnam SM., Lipkin M. &Stiles, W. (1997). Communication Patterns of Primary Care Physicians. *JAMA*. 277: 354.

Safran, N. (2004). "Hemşirelik ve Ebelikte Malpraktis", Doktora Tezi, İstanbul, İ.Ü. Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Doktora Tezi.

Savaş, H. (2009). Tıbbi Müdahale Hataları, Ankara.

Sağlık Bakanlığı 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş Ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik.

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.

Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 72. Maddesi.

Temel, M. (2005). Sağlık Personelini İlgilendiren Önemli Bir Konu: Malpraktis, *Hemşirelik Forum Dergisi*.

Tutuarima JA, Meulen V, Haan RJ, Straten A, Limburg M (1997). Risk Factors for Falls of Hospitalized Stroke Patients, American Heart Association. *Stroke*. 28:299.

Uludağ, A (2001). Sağlık Hizmetlerinde Halkla İlişkiler, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.

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.

Uyer, G. Hemşire-Hasta İletişimi ve İletişimin Hasta Yönünden Önemi, *Türk Klinik Tıp Etiği*. 8: 92.

WHO, Consulation on Hospital infection Prevalence Survey, Geneva. 1986.

Wilke, A. & Gündeş, SG. (2001). Türkiye'de Enfeksiyon Kontrol Programları ve Uygulamaları, *Aktüel Tıp Dergisi*. 6:4.

11.04.1928 Tarih ve 1219 sy. Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun madde 1, Resmi Gazete, Tarih:14.4.1928, s. 863.

13.01.1960 tarih ve 4/12578 sy. Bakanlar Kurulu Kararı, 23.01.1953 tarih ve 6023 sy. Kanuna dayanılarak çıkartılmıştır. (RG Tarih:19.02.1960, S. 10436).

2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, RG Tarih: 27.05.1983, S. 18059.

Sağlık Bakanlığı,"22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik".

National Patient Safety Foundation (NPSF), Stand up For Patient Safety, 2003. www.npsf.org/html/resources.html (21.12.2014).

The Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), Sentinel Event Statistics, 2006. www.jointcommission.org/Library/TM_Physicians/tmp_11_06.htm, (21.05.2015).