

Hemşirelik ve Hatalı Tıbbi Uygulamalar

Ayten DEMİR-ZENCİRCİ*

* Yrd. Doç. Dr., Ankara
Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik Bölümü,
Ankara
e-mail:
aytendemir2000@yahoo.com

Özet

Bu makalede, hem sağlık meslekleri hem de toplumsal düzeyde gün geçtikçe önem kazanan hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) etik, deontolojik ve hukuki yönlerden ele alınarak, hemşirelik mesleği açısından sorun ortaya konmuş ve çözüm önerileri tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Hemşirelik, hatalı tıbbi uygulama, yasal sorumluluk.

Nursing and Malpractice

In this article ethical, deontological and legal aspects of malpractice, whose importance is being increasingly recognized by health professions and community levels, were discussed and the problem was explained for nursing profession and possible solutions were discussed.

Keywords: Nursing, medical malpractice, liability.

Giriş

Yirminci yüzyılın ilk yarısında etik sorunlar, siyasal ve ekonomik sorunların çok gerisinde kalmıştır. Yirminci yüzyılın ikinci yarısında ise bilim ve teknoloji alanındaki gelişmeler, yüzyılın son çeyreğinde 'etik' kavramının yoğun bir şekilde gündemde kalmasına sebep olmuştur. Günümüzde bilim ve teknolojinin eriştiği düzey, sağladığı çeşitli yaşam kolaylıkları yanında, insanlığın ve tüm canlıların geleceğine ilişkin kaygıların artmasına neden olmuştur. Bu nedenle son zamanlarda 'yapılabilir olma'nın, her durumda 'yapma'ya izin verip vermeyeceği ya da yapmaya bir gerekçe sağlayıp sağlamayacağı sıkça sorulmaya başlanmıştır (Tepe 2000). Bu durum kendisi de bir 'yapma' olan 'bakım ve tedavi' sürecinin her aşamasında etik sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık profesyonelinin sağlıklı ya da hasta birey ile mesleki sorumlulukları bağlamında gerçekleştirdiği her bir ilişki, etik ilişkidir. Etik ilişki, insanlararası ilişki türlerinden bir tanesi ve en temelde olanıdır: Belirli bütünlükte bir kişinin belirli bütünlükte başka bir kişiyle ya da

en geniş anlamda insanlarla, değer sorunlarının söz konusu olduğu, eylemde bulunarak yaşadığı her ilişkidir (Kuçuradi 1999). Sağlık profesyonellerinin hastaları ile ilişkilerine yol gösterici ilkeler bulunmaktadır. Literatürde bu ilkelerin genellikle hekimler için olduğu belirtilse de bu ilkeler hiçbir değişikliğe uğramadan hemşire ile hastanın yaşadığı her bir etik eylem/ilişki için de geçerlidir.

Koslowski (2000), hekimliğin tek tek durumlara ilişkin kararlarında hekime kılavuzluk eden ilk, en genel ve en eski dört temel kuralı olduğunu belirtmektedir. Bunlardan ilki “öncelikle zarar verme!” (primum non nocere) kuralı; ikincisi “yararlı ol!” (*utilis esse*) kuralı; üçüncüsü “hastanın sağlığı en yüksek buyruktur” (*salus aegroti suprema lex*) kuralı; ve dördüncüsü ise “hastanın istemesi, onun sağlığına kavuşturulmasının ve hekimlik sanatının icra edilmesinin koşuludur” (*voluntas aegroti conditio salutis aegroti et artis medici*) kuralıdır. Bu temel kurallar çerçevesinde her uzmanlık alanı, diğer ilgili kurumlarla da işbirliği yaparak, normalde yararlı olan tedavileri ve eylemleri saptamalı, kullanılacak araçları ve uygulamaları tanımlamalıdır (Koslowski 2000, s:44). Şüphesiz bu kurallar, o ya da bu nedenden dolayı sıklıkla etik sorunlarla karşılaşan hemşireler için de geçerliliğini korumaktadır. Koslowski’ye göre, bunlar bir uzmanlık alanının adeta anayasasını oluşturmaktadır. Tepe (2000) ise, bu anayasanın tek başına doğru karar vermeyi sağlayamayacağını belirtmektedir. Bu bağlamda, yapılacak eyleme karar verme, eylemin bir bütün olarak değerlendirilmesine ve o eylemin neden-sonuç zinciri içinde sonuçlarının önceden kestirilebilir olmasına dayanmaktadır. Eylemin bütün olarak izleyeceği yolun kestirilmesi ve eylemin bütün olarak değerlendirilmesi zorunluluğu, karar verenin sorumluluğunu kendisi dışındaki bir kişiye ya da makama devretmesini önlemektedir. Karar vermenin bu kaçınılmazlığı da “seçim paradoksu” ile sona ermektedir (Tepe 2000, s:5). Sonuç olarak, bakımın planlanma aşamasından uygulanmasına dek ge-

çen süreçte, etik çatışma ya da etik ikilem diye isimlendirdiğimiz bir dizi sıkıntı ile karşı karşıya kalılabilmektedir.

Sözü edilen bu süreçte, hemşire hastaya verdiği bakıma bağlı olarak istenmedik durumlarla karşılaşabilmektedir. Hasta bireye uygulanacak her bakım ve tedavinin normal sapmaları ve riskleri vardır. Hukuk anlayışı çerçevesinde tüm sağlık profesyonelleri, uygulamaları “izin verilen risk” kavramı çerçevesinde yapmak zorundadır. Bu doğrultuda sağlık profesyoneli, uygulama öncesi -acil durumlar dışında- olası önlemleri almakla yükümlüdür. İzin verilen riskin tıptaki karşılığı “komplikasyon”dur. Bu durumlarda sağlık profesyonelinin yeterli özeni gösterip göstermediği önemlidir. Gösterilecek özenin ölçüsü, tıbbi eylemi gerçekleştiren sağlık personelinin eşdeğeri statüde bulunan ortalama düzeydeki bir sağlık profesyonelinin, aynı hal ve şartlar altında göstereceği özendir. İzin verilen risk olarak ifade edilen, tıbbın kabul ettiği normal risk ve sapmalar çerçevesinde eylemi nedeniyle kötü sonuçlar meydana gelse bile, bu durum çalışana yükümlülük getirmemektedir. Çünkü kişi dikkat ve özen görevine uymuştur. Tedbirsizlik, dikkatsizlik ise tıbben “hatalı tıbbi uygulama” (malpraktis) olarak değerlendirilmektedir (Hancı 2002).

Hatalı tıbbi uygulama, tıp bilimi ve ilgili uğraş alanlarında çalışmakta olan profesyonellerin hatalı, kötü uygulamalarından hizmeti alan kişinin zarar görmesi durumudur. Hatalı tıbbi uygulama; ihmâl, dikkatsizlik, bilgisizlik, beceri eksikliği ve hasta bakımında yetersizlik neticesi ortaya çıkmaktadır (Örnek-Büken ve Büken 2003).

“Hekimlik Meslek Etiği Kuralları”nın 13. Maddesi’ne göre, hatalı tıbbi uygulama “Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi - hekimliğin kötü uygulaması” şeklinde tanımlanmaktadır (TTB 1999). Türk Hemşireler Derneği tarafından 2009 tarihinde yayımlanan “Hemşireler için Etik İlke ve Sorumluluklar”ın II. Bölüm: “Sorumluluk” Madde 7 ve II. Bölüm: “Hemşirenin mesleki sorumluluğu”

Madde 1'in olası zararların önlenmesi ve uygulamadan doğan sorumluluğun üstlenilmesi ile ilgili olduğunu görmekteyiz (THD 2009).

Hatalı uygulama (malpraktis), meslek sahibinin kötü ve hatalı uygulamaları, makul olmayan beceri ve özen eksiklikleri sonucu hizmeti alanın "kasıtsız haksız fiile" (yaralanmaya ya da zarara) maruz kalmasıdır. Bu tanımda "meslek sahibi" olarak geçen; hemşire, doktor, din adamı, avukat vb. olabilir. Söz konusu hizmet tıp alanını ilgilendiriyorsa bu durum hatalı tıbbi uygulama ya da tıbbi malpraktis olarak ifade edilir (Sharpe 1999).

Hatalı tıbbi uygulamalar; ihmal, dikkatsizlik, meslekte acemilik, emir ve yönetmeliklere uymama sonucunda ortaya çıkmaktadır. İhmal; bir işi eksik yapma, bir şeyi yapabilirken yapmama, ödeve aldırılmazlık, boş verici tutum olarak tanımlanabilir. Dikkatsizlik; yapılmaması gerekeni yapma, tedbirsizlik, önlenebilir bir tehlikenin önlenmesinde gösterilen kusurluluktur. Meslekte acemilik ise; kişinin meslek ve sanatının esaslarını bilmemesi, beceriden yoksun olmasıdır. İlaveten, emir ve yönetmeliklere uymama; kanun, tüzük, yönetmelik vb. uymama; idari ve mülki heyetlerce meydana getirilen kurallara uymamadır (Sharpe 1999).

Türk Ceza Kanunu'nda kusur tiplerine göre suç, "kasıtlı" ve "taksirli" suç olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Kasıtlı suçta, kişi eyleminden doğacak sonucu öngörerek, tahmin ederek ve bu sonucu isteyerek suçu işler. Tıbbi uygulamalar sonrasında kasti uygulama olarak nitelendirilebilecek davranışlar oldukça nadirdir. Kasti davranışa en iyi örnek hastadan para alabilmek için yapılan gereksiz ameliyatlara, para ödenmemesi nedeniyle kontrollerin zamanında yapılmadığı uygulamalar sonucunda hastanın zarar görmesidir (Özkara ve diğ. 2004). Sağlık personelinin hasta bakımı gerçekleştirirken herhangi bir dikkatsizlikten dolayı hastasına zarar vermesi söz konusu olursa, "ihmal suçu" işlenmiş sayılmaktadır. İhmalkar bireyler, ne sonuçları planlayabilir ne de oluşabilecek kötü sonuçları öngörebilir. Kasıtlı suç ile ihmal arasındaki fark budur.

Taksirli suç, "Tedbirsizlik, dikkatsizlik, meslekte acemilik, emir, nizam ve talimatlara uymama nedeniyle yaralamaya ya da ölüme sebep olmak" şeklinde tanımlanmaktadır. Kişi eyleminden doğacak sonucu öngörmekte, sonucu istemekte ama gerekli önlemi almamaktadır. Türk Ceza Kanununa göre hatalı tıbbi uygulamalar, "taksirli suçlar" kapsamında değerlendirilmektedir (TCK 455, TCK 459).

Türk Ceza Hukuku (2004)'nda tıbbi uygulama hataları "suç"tur. Ceza hukuku "kusursuz suç" olmayacağını belirtmiştir. Genel kabul görmüş tanıma göre kusur, "hukuk düzenince kınanabilen davranıştır". Kınamanın sebebi ise "başka türlü davranma olanağı varken ve zorunlu iken o şekilde davranmayıp, sorumluluğun söz konusu olan olaydaki gibi davranmış olmaktan doğduğudur". Başka bir anlatımla kusur, olması gereken davranışa gösterilen irade eksikliğidir (Gündoğmuş ve diğ. 2002, Türkan ve Tuğcu 2004). Kişi eyleminden doğacak sonucu tahmin edemezse bu eylem suç olarak kabul edilmez.

The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) hatalı tıbbi uygulama kavramını; sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkar davranması sonucu hastanın zarar görmesi şeklinde tanımlamaktadır (Croke 2003).

Türkiye'de hatalı tıbbi uygulama iddialarında sağlık personeli hakkında özel yaptırım gerektiren bir yasa yoktur. "Tıbbi Hizmetlerin Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı" 2002 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisine sunulmuş, ancak hala meclis komisyonunda beklemektedir (Oktay 2010).

Sayılarla Hatalı Tıbbi Uygulamalar

Çağımızda teknolojiye bağlı gelişmeler, tıp bilimlerinin hemen her alanına yansımış ve hastalıkların bakım ve tedavisinde geniş ölçüde komplike araç-gereç ve yöntemlerin kullanılmasına neden olmuştur. Bu durum beklenen yaşam umudunun

yükselmesine ancak, tedavi ve bakıma bağlı hataların ve bunlardan kaynaklanan ölüm ve yaralanmaların da artmasına neden olmaktadır. İlgili literatüre baktığımızda karşılaştığımız bulgular durumu gözler önüne sermektedir.

Harvard Practice Study tarafından 1991 yılında yapılan bir çalışma, New York Eyaleti'nde hastane başvurularının %3.7'sinde hastaya zarar veren bir hata yapıldığını ve bunların yarısından fazlasının önlenbilir olduğunu göstermiştir (Rothschild ve diğ. 2002). Institute of Medicine (IOM)'nın 1999'da yayımladığı raporunda, hatalı tıbbi uygulamaların boyutu gözler önüne serilmektedir (Institute of Medicine 1999). Bu raporda; hastaneye yatan hastalarda yapılan iki çalışmada, yan etki ya da tıbbi bakım sırasında bir hata görülme sıklığı %2.9 ve %3.7 bulunmuş ve bunların %58'i ve %53'ü önlenbilir tıbbi hatalar olarak tanımlanmıştır. Bu veriler kullanılarak, 1997 yılı içinde ABD hastaneye yatan 33.6 milyon hasta esas alınarak yapılan varsayımlarda, her yıl 44-98 bin kişinin tıbbi hatalar nedeni ile yaşamını kaybettiği öngörülmektedir. Ayrıca, hatalı tıbbi uygulamaların maliyetinin 37.6-50 milyar dolar arasında olabileceği tahmin edilmektedir. Önlenbilir hataların maliyeti ise 17-29 milyar dolar arasında öngörülmektedir.

ABD'de IOM tarafından yayımlanan raporda her yıl otomobil kazalarında ölenlerden daha fazla sayıda insan, tıbbi hatalar nedeniyle yaşamını kaybetmektedir (Kohn ve diğ. 2000, Leape 2000). Aynı raporda Amerikan hastanelerinde her gün 100 kişinin tıbbi hatalar nedeniyle öldüğü belirtilmektedir (Berwick 2003). Blendon ve diğ. (2002) tarafından yapılan bir çalışmada, hekimlerin %35'i (n=831), halkında %42'si (n=1207) kendilerine ya da yakınlarına uygulanan tedavide tıbbi hata yapıldığını gözlemlediği bildirilmektedir.

Avustralya, Kanada, Yeni Zelanda, İngiltere, Amerika ve Almanya'da 2005 yılında yapılan "Commonwealth Fund International Health Policy Survey" e göre hastaların; sırasıyla %13, %15, %14, %12, %15 ve %13'ünün bakım ve te-

davi sırasında tıbbi hataya maruz kaldığı; ve yine sırasıyla %10, %10, %9, %10, %13, %10'unun yanlış ilaç ya da yanlış ilaç dozu aldığı bildirilmektedir (Schoen ve diğ. 2005). Bu çalışma, gelişmiş ülkelerde yapılmış olması ve oranların oldukça yüksek oluşları nedeniyle dikkat çekicidir. Bu doğrultuda özellikle hasta haklarının yeterli ölçüde gelişmemiş olduğu ülkelerde durumun daha düşündürücü olduğu varsayımında bulunulabilir.

Hemşirelerin hatalı tıbbi uygulama nedeniyle dava edilme oranının son dört yılda %10 arttığı tahmin edilmektedir. Bir çok uzman ise hatalı tıbbi uygulama oranının söylenenden daha fazla olduğunu savunmaktadır. Günümüzde insan ve hasta haklarının bireyler tarafından daha fazla bilinmesi nedeniyle dava açma oranları artmakta, artan hasta oranı nedeniyle daha fazla hemşire eksikliği yaşanmaktadır (Sinclair 2000). Levinson ve diğ. (1997)'nin yaptığı çalışmada, insanların küçük bir kısmının hatalı tıbbi uygulama iddialarını ifade ettiği belirtilmektedir. Hastanede yatan bireylerin %10'u yaralanmakta, ancak bunların sadece %2'sinin dava açtığı bildirilmektedir.

National Practitioner Data Bank (NPDB)'in 2003 yılı raporuna göre; ABD'de 1990-2003 yılları arasında 16339 hemşire hakkında hatalı tıbbi uygulama vakası rapor edilmiştir (NPDB 2003).

Türkiye'de tıbbi uygulama hatalarıyla ilgili kurumlar, Yüksek Sağlık Şurası ve Adli Tıp Kurumu (ATK)'dur. 1990-2000 yılları arasında hata iddiasıyla ATK'ya gönderilen dosya sayısı 653'tür. Bunların 122'si kadın-doğum alanı ile ilgilidir. Bu 122 vakanın %70'inde hekim, %22'sinde hemşire suçlanmaktadır (Örnek-Büken ve Büken 2003). Türkiye'den bir diğer bulgu ise; 2000-2004 yılları arasındaki acil servis hizmetleri ile ilgili olarak, tıbbi uygulama hatalarını kapsayan ve Yüksek Sağlık Şurası'ndan görüş alınan 112 olgunun değerlendirilmesidir. Bu olgulardan 57'sinde kusur olmadığına, 55 olguda ise tıbbi uygulama hatası olduğuna karar verilmiştir (Türkan ve Tuğcu 2004). Ertem ve diğ. (2009)'nin yaptığı konuy-

la ilgili gazete haberlerinin incelendiği retrospektif bir çalışmada; hekimlerin %65.2, hemşirelerin ise %12.2 oranında hatalı tıbbi uygulama sergilediği için haber olduğu bildirilmektedir.

İsrail’de bir üniversite hastanesinin yoğun bakımında, dört aylık süre içinde 554’ten fazla hatanın yapıldığı ve hasta başına bir günde 1.7 hata düştüğü saptanmıştır (Donchin ve diğ. 1995). Tıbbi hatalara bağlı olarak hastaların hastanede kalış süresi uzamaktadır. Bu sürenin hataların tiplerine ve sonuçlarına bağlı olarak 1.9-4.6 gün arasında değiştiği bildirilmektedir. Vakaların ciddiyetine bağlı olarak süre 12-20 güne kadar uzamaktadır (Bates ve diğ. 1997, Classen ve diğ. 1997).

Bates ve diğ. (1995)’nin çalışmasına göre, her 100 hastadan 6.7’sinin bakımında ciddi (hayatı tehdit edici) ya da potansiyel olarak ciddi ilaç hataları yapılmaktadır. Amerikan hastanelerinde yapılan bir çalışma raporunda, “Medicare” popülasyonunda bulunan ve 2000 ile 2002 yılları arasında hastaneye yatan 37 milyon kişiden 1.14 milyon (%3.08)’unda hasta güvenliği ihlali saptandığı belirtilmektedir. Aynı çalışmada hasta güvenliği ihlallerinin başında zamanında tanı koymama ve tedaviye başlamama, basınç yarası ülserleri gelişmesi ve post-operatif sepsis gelmektedir. Bu üç olay hasta güvenliği ihlallerinin %60’ını kapsamaktadır. Sonuç olarak bu rapora göre Amerikan hastanelerinde bir yılda 195 bin hastanın önlenemez hatalardan dolayı ölebileceği öngörülmektedir (Health Grades Quality Study 2004).

Hemşirelerde Hatalı Tıbbi Uygulamaya Yol Açan Faktörler

Hemşirelik, çalışma ortamından kaynaklanan pek çok olumsuz faktörün etkisiyle yoğun iş yüküne sahip bir meslektir. Hemşirelikte aşırı iş yükü, hastaların sorunları nedeniyle yaşanan duygusal stres, yoğun bakıma gereksinimi olan ve ölmekte olan hastalarla çalışma ve özellikle vardiya ile çalışma gibi nedenler çalışma koşullarını zorlaştırmaktadır. Zor koşullarda çalışma hemşi-

relerin hemşirelik girişimleri sırasında hata yapma oranını arttırabilir.

Çalışma koşullarının getirdiği olumsuzluklar ve kurumsal güçlükler aşağıda sunulmaya çalışılmıştır.

1- Yetki devri: Tüm dünyayı ilgilendiren ekonomik sorunlar hastanelerde maliyetin düşürülmesi çabalarına yol açmıştır. Daha az sayıda hemşire ile aynı işi yapma zorunluluğu, hemşirelerin bazı görevlerinin mesleki ehliyeti olmayan hasta-bakıcı niteliğindeki personele devredilmesine yol açmıştır. Hemşirelerin bazı görevlerini devretmesi hasta bakım standartlarının düşmesine ve hatta ihmale yol açabilmektedir (Croke 2003).

2- Erken taburculuk: Maliyet kaygıları nedeniyle hastalar hastaneden tam iyileşmeden ve hatta yoğun bakıma gereksinimi varken çıkarılmaktadır (Cutrona 2001). Hemşireler taburculuk öncesinde hasta bakımını sağlamadıkları için ya da hastanın durumuna uygun tavsiyeler yapmadıkları için dava edilebilmektedir (Croke 2003).

3- Hemşire eksikliği: Hastanelerin maliyet azaltma kaygıları hemşire sayının azaltılmasına ve dolayısıyla hemşire yükünün de artmasına neden olmaktadır. Standartların üzerinde bir iş yüküyle çalışan hemşirelerin hata yapma olasılığı hızla artmaktadır (Croke 2003).

4- Teknolojik ilerlemeler: Teknolojik gelişmeler hemşirelik bakımında kullanılan tıbbi araç-gerecin çeşitliliğini muazzam oranda arttırmıştır. Bu araçların kullanımı sırasında bilgisizliğe bağlı hasta güvenliği açısından sorunlar yaşanabilmektedir. Ayrıca uzmanlık/ ileri uzmanlık isteyen hemşirelik uygulamaları gün geçtikçe artmaktadır. Bu durum hemşirelerin mesleki sorumluluğunu ve hata yapma olasılığını arttırmaktadır (Croke 2003).

5- Hasta haklarının yaygınlaşması: Hasta hakları konusundaki pozitif gelişmeler hastaların hatalı tıbbi uygulamalar konusunda farkındalıklarının artmasına neden olmuştur. Artık hasta ve hasta yakınları yetersiz ve uygun olmayan bakımı fark etmektedirler (Croke 2003).

Hemşirelerin Dava Edilmesine Neden Olan Hatalı Tıbbi Uygulamalar

Hemşirelerin hatalı tıbbi uygulama nedeniyle dava konusu olmasına neden olan yedi temel alan belirlenmiştir (Sharpe 1999).

1- Hasta güvenliği: Hastanelerde hastaların düşmesi nedeniyle meydana gelen yaralanmalar hemşirelere karşı en fazla dava açılmasını sağlama faktördür.

2- İlaç uygulama hataları: İlaç hazırlama ve yönetiminde, temel standartlara uymamak ve ilgili rehberleri takip etmemek hemşirelerin dava edilmesinin en yaygın sebebidir. En fazla dava konusu, parenteral ilaç uygulamalarında yapılan hatalar nedeniyle olmaktadır. İlaç hatalarında ihlal edildiği belirlenen altı konu şunlardır: Doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman ve doğru teknik.

3- Yöntem ve tedaviler: Olası riskleri göz önünde bulundurmeyen, kurumun yöntem ve politikalarına uygun olmayan yanlış ve yetersiz hemşirelik girişimleri.

4- Tıbbi araç-gerecin kullanımında kusur ya da başarısızlık: Genellikle karmaşık tıbbi araç-gerecin, gerekli eğitim alınmadan ve kullanım yönergesinin iyice okunup anlaşılmadan kullanılmasına çalışılması sonucu oluşmaktadır.

5- İletişim: Hemşire ve hekim arasındaki iletişim kopuklukları ya da sağlık ekibinin diğer üyeleri ile hasta bakımına ilişkin iletişim bozukluğu, hatalı tıbbi uygulamalara neden olmaktadır.

6- Dokümantasyon/ Kayıt: Hatalı uygulama davalarında hemşirelerin bakım ve tedavi hakkındaki tuttuğu kayıtlar temel alınmaktadır. Bu nedenle bu kayıtların yetersiz tutulması büyük sorunlar oluşmasına neden olmakta ve dokümantasyon yetersizliği başlı başına dava konusu olabilmektedir.

Sonuç

Bir problemi çözenin ilk adımı, onu tanımlamak ve varlığını kabullenmek olmalıdır. Maalesef hatalı tıbbi uygulamalar bir gerçektir ve dünyanın

her yerinde yaygındır. İkinci önemli adım ise onu çözmek için bir yöntem geliştirmek olmalıdır. Hemşireler hatalı tıbbi uygulama davalarında, davalı ya da davacı olarak yer alabilmektedir. Bu davalarda hemşirelerin tanıklıklarına ya da uzmanlıklarına başvurulabilmektedir. Hemşireler hem mesleğin profesyonel kimliğini hem de hemşirenin hasta savunucusu rolünü yaymak ve geliştirmekle yükümlü olduklarını göz ardı etmeden davranmaları gerektiğini unutmamalıdır. Hemşireler kendilerini hatalı tıbbi uygulama davalarında davalı rolünde görmek istemiyorlarsa; kurum politikalarına, bakım standartlarına ve en önemlisi yasa, yönetmelik ve tüzüklere uygun olarak bakım ve tedavi girişimlerini gerçekleştirmelidir (Sharpe 1999). Hem lisans ve hem de mezuniyet sonrası hemşirelik eğitiminde, konuyla ilgili sorunlar ele alınmalı, hatalı tıbbi uygulamaların farkında ve çözüm yolları üretebilecek hemşireler yetiştirmeye çalışılmalıdır.

Hatalı tıbbi uygulamayla ilgili yasa tasarısının 2002'den bu yana Türkiye Büyük Millet Meclisi komisyonunda bekliyor olması, bu bekleyişin çok uzun olacağı anlamına gelmemektedir. Bu tasarı yasalaştığı zaman hemşirenin de mesleki uygulama ve girişimlerine yönelik kendisini sigortalatması kaçınılmaz olacaktır. Bu süreçte, eğitim ve uygulama kalitemizi her ne şekilde olursa olsun ivedilikle iyileştirmek ve çağımız standartlarına uygun, hasta savunuculuğu rolünü üstlenen hemşireler olarak toplumun yanında yer almak zorunda olduğumuzu bir kez daha vurgulamak yerinde olacaktır. Leape ve diğ. (1998)'nin de belirttiği gibi; hatalı tıbbi uygulamalar sadece bireylerin suçu değildir. Kurumların da bunda rolü ve katkısı vardır. Bu bağlamda kurumlar, hem çalışma sistemlerini her yönü ile gözden geçirmeli, hem de hasta ile birebir çalışan personeline sürekli eğitim vererek sorumluluğun bir kısmını üstlenmelidir.

Türkiye'de hemşirelerin çalışma koşullarının iyi olmadığı unutulmamalı ve bunun hatalı tıbbi uygulamalara olan olumsuz etkileri de değerlendirilmelidir. Özellikle vardiya ile çalışma, uzun

çalışma saatleri, verilen hizmete göre düşük ücret, rol belirsizliği, tükenmişlik, mesleki otonomi düzeyinin düşük olması, nöbetler sonunda taşımacılık hizmetinin ve kurumlardaki kreş ve anaokullarının yetersizliği bunların başlıcalarıdır. Ayrıca hemşirelerin aldıkları temel hemşirelik eğitiminin niteliği de gözden geçirilmelidir. Hemşirelikte hatalı tıbbi uygulamaların çözümüne hem hasta hem de çalışan açısından bakıldığında, topyekun davranılması gereği kaçınılmazdır. Toplum ve hemşireler, ortak amaç için birlikte çaba sarfetmelidir.

Kaynaklar

- Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D, Laffel G, Sweitzer BJ, Shea BF, Hallisey R, Vander Vliet M, Nemeskal R, Leape LL, Prevention Study Group** (1995) Incidence of Adverse Drug Events and Potential Adverse Drug Events. *Journal of American Medical Association* 274, 29-34.
- Bates DW, Spell N, Cullen DJ, Burdick E, Laird N, Petersen LA, Small SD, Sweitzer BJ, Leape LL** (1997) The cost of adverse drug events in hospitalized patients. *Journal of American Medical Association* 277(4), 307-311.
- Berwick DM** (2003) Errors today and errors tomorrow. *The New England Journal of Medicine* 348(25), 2570-2572.
- Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, Benson JM, Rosen AB, Schneider E, Altman DE, Zapert K, Herrman MJ, Steffenson AE** (2002) Patients safety: Views of practicing physicians and the public on medical errors. *The New England Journal of Medicine* 347(24), 1933-1940.
- Classen DC, Pestotnik SL, Evans RS, Lloyd JF, Burke JP** (1997) Adverse drug events in hospitalized patients. Excess length of stay, extra cost, and attributable. *Journal of American Medical Association* 27(4), 301-306.
- Croke EM** (2003) Nurses, negligence, and malpractice. *American Journal of Nurses* 103(9), 54-63.
- Cutrona A** (2001) Home health nursing. In: O'Keefe ME, editor. *Nursing practice and the law: avoiding malpractice and other legal risks*. Philadelphia: F.A. Davis Co. p. 317-35.
- Donchin Y, Gopher D, Olin M, Badishi Y, Biesky M, Sprung C, Pizov R, Cotev S** (1995) A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Critical Care Medicine* 23(2), 294-300.
- Ertem G, Oksel E, Akbıyık A** (2009) Hatalı tıbbi uygulamalar (Malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. *Dirim Tıp Gazetesi* 84(1), 1-10.
- Gündoğmuş ÜN, Kurtaş Ö, Boz H, Biçer Ü, Çolak B** (2002) Kusur ve kusur oranlarının belirlenmesinde bilirkişilerin fonksiyonu. *Adli Bilimler Dergisi* 1(1), 63-67.
- Hancı İH** (2002) *Malpraktis: Tıbbi Girişimler nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Health Grades Quality Study** (2004) Patient safety in American Hospitals, Health Grades, Inc. Ulaşılan adres: http://www.healthgrades.com/media/english/pdf/hg_patient_safety_study_final.pdf, erişim tarihi: 07/04/2010.
- Institute of Medicine Report** (1999) To err is human: Building a safer health system, ulaşılan adres: <http://www.md-jd.info/abstract/Institute-of-Medicine-Report.html>, erişim tarihi: 03/04/2010.
- Kuçuradi İ** (1999) *Etik*. Türkiye Felsefe Kurumu. Meteksan Anonim Şirketi, Ankara.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS** (2000) eds. To err is human: Building a safer health system. Washington DC, National Academy Press.
- Koslowski P** (2000) Etik ve hekimlik sanatı, In: *Etik ve Meslek Etikleri*, Tepe H eds., Meteksan Anonim Şirketi, Ankara, pp. 44.
- Leape LL** (2000) Institute of Medicine medical errors figures are not exaggerated. *Journal of American Medical Association* 284, 95-91.
- Leape LL, Woods DD, Hatlie MJ, Kizer KW, Schroeder SA, Lundberg GD** (1998) Promoting patient safety by preventing medical error. *Journal of American Medical Association* 280 (169), 1444-1447.
- Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM** (1997) Physician-patient communication: The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *Journal of American Medical Association* 277(7), 553-559.
- National Practitioner Data Bank** (2003) 2003 Annual report: Nursing malpractice statistics Ulaşılan adres: http://www.wrongdiagnosis.com/medicalmalpractice/nursing_malpractice_statistics.htm, erişim tarihi: 04/04/2010.

Örnek Büken N, Büken E (2003) Tıbbi malpraktis konusunda tartışmalar. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi* 11, 140-147.

Özkara E, Naderi S, Gündoğmuş ÜN, Arda N (2004) Yüksek Sağlık Şurası'nda 1994-1998 yılları arasında incelenen spinal cerrahi malpraktis olgularının değerlendirilmesi. *Türk Nöroşirurji Dergisi* 14(3), 151-157.

Rothschild JM, Federico FA, Gandhi TK, Kausal R, Williams DH, Bates DW (2002) Analysis of medication-related malpractice claims. *Archives of Internal Medicine* 162(21), 2414-20.

Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Zapert K, Peugh J, Davis K (2005) Taking the pulse of health care systems: Experiences of patients with health problems in six countries. *Health Affairs* Doi 10.1377/hlthaff.W5.509-525.

Türk Ceza Kanunu (2004) Kanun no:5237, ulaşılan adres: <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html>, erişim tarihi: 08/04/2010.

Türk Hemşireler Derneği (2009) Hemşireler için etik ilke ve sorumluluklar, ulaşılan adres: <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/Upload/hemsire%20brosur.pdf>, erişim tarihi: 08/04/2010.

Türk Tabipler Birliği (1999) Hekimlik meslek etiği kuralları, ulaşılan adres: http://www.ttb.org.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=552&Itemid=44, erişim tarihi: 08/04/2010.

Sharpe CC (1999) *Nursing Malpractice liability and risk management*. Greenwood publishing group, London, s, 41-42.

Sinclair BP (2000) Nurses and malpractice. *AW-HONN lifelines / Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses* 4(4), 7.

Tepe H (2000) Giriş: Bir felsefe disiplini olarak etik ve "etikler". İçinde: Tepe H ed. *Etik ve Meslek Etikleri*. Ankara: Meteksan Anonim Şirketi. Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları.

Turkan H, Tuğcu H (2004) 2000-2004 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası'nda değerlendirilen acil servislerle ilgili tıbbi uygulama hataları. *Gülhane Tıp Dergisi* 46(3), 226-231.

Oktay A (2010) Serbest olarak ya da özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimler açısından tıbbi malpraktis ve sonuç, Ulaşılan adres: http://www.turkhukuk-sitesi.com/makale_1183.htm, Erişim tarihi: 07/04/2010.