

Tıbbi hataları azaltan yaklaşımlar

Dt. Selma Altındış



İlk ve orta öğrenimini İstanbul'da tamamladıktan sonra Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nden mezun oldu. Bir süre Konya'da serbest diş hekimliği yaptı. Eylül 2003'de Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji yüksek lisansı ile Anadolu Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği ön lisans programlarını bitirdi. Bir yandan diş hekimliği görevini AKÜ Uygulama Araştırma Hastanesinde sürdürürken bir yandan da İşletme Anabilim Dalı'nda yönetim organizasyon yüksek lisansını tamamladı. Ardından işletme doktora programına başladı ve geçtiğimiz aylarda TÜBİTAK bursu ile 9.5 ay süreyle İngiltere York Üniversitesi Healthcare Management School'da bulundu. "Hasta Güvenliği sağlamada bilgi yönetiminin yeri" konulu tezi ile doktorasını tamamlayan Selma Altındış, halen AKÜ Tıp Fakültesi Diş Hekimliği Polikliniği'nde görevini sürdürmektedir.

Sağlık sistemlerinin giderek büyümesinin ve karmaşık hale gelmesinin yanında, kurumların artan kaliteli hizmet verme çabaları, hastaların artan beklentileri, sağlık harcamalarının artışı, yükselen maliyetler, sağlık kurumlarının işleyişinde ortaya çıkan bazı aksamalar; devlet ve toplumsal grupları harekete geçirerek sağlığın bilimsel yönetim ilkelerine göre yönetilmesi yönünde baskılara yol açmıştır. Ayrıca hizmet sunumundan kaynaklanan yetersizlikler, insan sağlığını etkileyen tıbbi hataların ortaya çıkması, sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği konusuna ilgiyi artırmıştır. Hasta güvenliği, tıbbi hatalar kavramı ile sıkı ilişkili ve onunla bütünleşmiş bir kavramdır. Eğer hasta güvenliğinde hatalar, yeterli bir şekilde tıbbi hatalardan korunmazlarsa zayıf ya da düşük hasta güvenliğinden bahsedilir.

Tıbbi hatalar

Sağlık hizmeti veren kurumlar, hizmet sunumu esnasında birtakım hata tiplerine neden olur. Bunlardan bazıları alınan tedbirler ile önlenirken, bazıları sağlık hizmetlerinin doğasında var olan hata potansiyelinden kaynaklandığı için tamamen önlenmesi söz konusu değildir. İngiltere Ulusal Hasta Güvenliği Kurumu (National Patient Safety Agency-NPSA), hastalar için önlenemez istenmeyen olayları, tıbbi hatalarla eşit saymaktadır. Vincent (2006) hataları, yapan kişi tarafından istenmeden yapılan, sistem içinden, dışından ve kurallar tarafından da istenmeyen ve kabul edilebilir sınırların dışına çıkmış görevlerin ya da sistemin neden olduğu bazı kusurlar olarak tanımlamaktadır. Institute of Medicine (IOM) ise tıbbi hataları "Tamamlanması planlanan bir eylemin başarısızlığı ya da bir amaca ulaşmak için yanlış bir planın uygulanması ya da kullanılması" şeklinde özetlemiştir. IOM tarafından yapılan

bu tanımda hataların ya yanlış bir eylemde bulunulma (eylem hatası) ya da eylemin yapılışındaki ihmal (ihmal hatası) nedeniyle görüldüğü vurgulanmaktadır. Ayrıca tıbbi hata kavramı, "Hastaya verilen sağlık hizmetinin herhangi bir döneminde verilen hizmet biçimi ile ilintili olarak ortaya çıkan hasar" olarak tanımlandığı da görülmektedir. Bu tanımda ise hataların hizmet biçiminden kaynaklandığına vurgu yapılmaktadır. Ayrıca "Tıbbi müdahale sırasında hastaların yaralanmasına yol açan, insan, teknoloji ya da bunların oluşturduğu sistemler bütününden kaynaklanabilen kaza ve hatalar" şeklindeki bir diğer tanımda teknoloji, insan gibi unsurların oluşturduğu sistemler bütünü tıbbi hatalara neden olduğu vurgulanmaktadır.

Tıbbi hata sınıflandırmaları

Vincent (2006) bu hataları, bir tıbbi işlemin planlamasında ya da uygulamasındaki başarısızlık, kontrol sürecinde, bilgi



edinme aşamasındaki eksiklikler ve iletişim problemleri nedeniyle ortaya çıkan hatalar olarak sınıflandırılır. Örneğin tedavi planlama hataları, planlamanın geç ya da erken yapılmasından kaynaklandığı gibi bilgi eksikliğinden de ortaya çıkar. Bu eksiklik hekimin mesleki bilgi yetersizliği, iletişim kusuru nedeniyle hastadan yeterli ve doğru bilgi alamaması ya da sağlık sisteminden hatalı, eksik bilginin gelmesi nedeniyle görülebilir. Harvard Tıp Uygulama çalışmaları ise hata tiplerini şöyle sınıflandırmaktadır: Birçok çalışma tarafından referans verilen bu sınıflandırma; tanı, tedavi, önleyici ve diğer hatalar olmak üzere hataları dört kategoride ele alır. Hatalar tanıdan, koruyucu hekimliğe ve tedaviye kadar bakım süreçlerinin tüm aşamalarında görülebilmektedir. Bir çalışmaya göre ise hatalar daha çok tanı koymada, yanlış ilaç verilmesinde gözlenmektedir. Örneğin hatalı ilaç uygulamaları sebep oldukları hastalık, sakatlık ve ölümler açısından son derece risklidir. İlaç uygulaması birbirini izleyen reçeteleme, dağıtım, uygulama, izlem ve kontrol süreçleri ile yerine getirilir. İlaç hataları bu süreçlerin herhangi birinde kısmında çıkabilmektedir. Ayrıca hatalar, hastanede yatan hastalarda görülebildiği gibi ayaktan tedavi gören hastalarda görülebilmektedir.

Hindle ve arkadaşları (2005) hataları, önlenemeyen ve önlenemeyen şeklinde ikiye ayırır. Önlenemeyen hata, optimal koşullar altında sağlık hizmeti verilmesiyle elde edilebilecek bir sonuçtur. Sağlık hizmetleri sunumunda hataların ortaya çıkması gayet doğaldır. Ancak bu hataların minimalizasyonu mümkündür. Bu pratikte en iyi uygulamayı verme çabası fikri ile denktir. Süreçlerin standartlaşması, belirlenen politika ve ilkelerin uygulanması ile ortaya çıkma ihtimali olan hataların azaltılmasını sağlayacak bilinen en temel uygulamalardır. Ancak Hindle ve arkadaşlarına göre, daha iyi hizmet, en uygun ve elverişli araçlar içinde verilebilir. Buda sağlık kuruluşlarındaki her aracın tıbbi hatalara sebebiyet verme ihtimali gözden geçirilerek tasarlanmasını gerektirir.

Organizasyonel yaklaşımlar

Nieva ve Sorra'ya (2003, 18) göre güvenlik kültürüne önem veren organizasyonlar bir hata meydana geldiğinde, hataya neden olan iş süreçlerinde ne tür problemler olduğunu belirleme-ye çalışan, çalışanlarının hataların nasıl üstesinden gelinebileceğine dair düşüncelerini paylaştığı bir ortamın ve hataları ele almak için öncelikle onların raporlanması gerektiğine inanmış çalışanların bulunduğu bir organizasyon olması gerektiğini ifade eder. Ayrıca çalışanların olaya karşı tutum ve davranışları da son derece önemlidir. Hasta güvenliği merkezli organizasyonel iklimi

min yaratılması ya da böyle bir çalışma atmosferinin oluşturulması, tıbbi hataları azaltmada oldukça etkilidir.

Hastalıkların tedavi aşamasında, yoğun biçimde tıbbi cihazların kullanımı söz konusudur. Bilindiği gibi hastalıkların tanısı, çeşitli laboratuvar testleri ve görüntüleme bulgularının birlikte değerlendirilmesi ile gerçekleşmektedir. Tıbbi tanı ve tedavinin başarısı, cihazlarının doğru ve güvenilir sonucu en kısa zamanda verebilmesine bağlıdır. Hastaların tanı ve tedavi sonuçlarında hatalara neden olabilecek yaygın cihaz problemlerinden biri, doğru sonuçlar vermesini engelleyen cihazların periyodik bakım ve ölçümlemesinin düzenli olarak yapılmamasıdır. Diğer yaygın nedende cihazları kullanan personelin, kullanım için gerekli profesyonel eğitimi almamasıdır.

Tıbbi hatalar ve hasta güvenliği konularında ilgili yönetim ekibine verilecek eğitimlerle, olayların öncelikli alanlarının belirlenmesi, izleme, performans ölçümleri ve sistemin iyileştirilmesine yönelik bilgi ve beceriler, olayların türleri, raporlamanın nasıl yapılacağı ve kurumsal iletişimin sağlanması ve geliştirilmesi de tıbbi hataların minimalizasyonu açısından dikkate alınması gereken önemli konulardır. Örneğin hasta düşmelerini önlemeye yönelik eğitimlerin verilmesinin yanı sıra hasta taşıma tekniklerine yönelik yardımcı sağlık personel eğitimi, tıbbi hataların azaltılmasında katkıda bulunacak önemli düzenlemelerdir.

Sağlık hizmeti veren kurumlar, tanıyı koyacak ve tedaviyi uygulayacak sağlık personelinin ve diğer yardımcı sağlık personelinin, sürekli devam eden mesleki eğitimin yanı sıra, beyin fırtınası ekipleri gibi takımlar içine dahil olmasının yanında hizmet içi eğitim programları, sertifikalandırma programları, uyum eğitimleri, araştırma geliştirme programlarına (panel, kurs, seminer gibi) katılımıyla sürdürülen eğitimlerin hataların azaltılmasına katkısı da oldukça önemlidir.

Mevcut ya da ileride kullanılacak teknolojilerin güvenlik açısından değerlendirilerek kullanılması, dikkate alınması gereken diğer bir konudur. Ayrıca elektronik medikal kayıt sistemi, bilgisayarlı istem (order) giriş sistemi, Radyofrekans Tanımlama Teknolojisi (Radiofrequency identification-RFID) kullanımı ile hastanede uzaktan e-reçeteleme, hastane ekipman takibi yapmak mümkün olabilmektedir. Bu teknolojilerin kullanımı, güvenli ve kolay reçeteleme, sağlık kurumlarında gelişebilecek hataları azaltma fırsatı vermenin yanı sıra sağlık profesyonellerine farklı iletişim imkânları sunarak yeni yöntemlerin uygulanmasına da

imkân verir. Eş zamanlı olarak hastane içinde bilgi alışverişini sağlayan ve tıp bilimi içinde uygulamaya giren kablosuz teknolojisi, hasta güvenliğini destekleyen diğer yeni teknolojilerdir. Hasta takibini kolaylaştıran bu teknolojiler, sağlık profesyonellerine hastada meydana gelen önemli (hayati) değişimlerin hemen bildirimleriyle hızlı müdahale etme fırsatı vermektedir.

Sağlık hizmeti veren kurumlar içinde mevcut olan hasta güvenliği sorunlarının belirlenmesi, ortaya çıkan sorunların nedenlerinin tam ve açık olarak tanımlama, tanımlanan olayların organizasyon boyunca paylaşılmasını sağlayarak hatalardan öğrenmeyi gerçekleştirme, olay raporlamalarını zorunlu kılar. Ayrıca organizasyonlarda riskli süreç ve uygulamaların belirlenmesi, hasta güvenliğinin gelişmesi için olay raporlama sistemlerinin kurulması oldukça önemlidir.

Sonuç olarak, hastanelerde verilen hizmetin özelliği ve çeşitliliği nedeni ile hastaların gelecekte de farklı tıbbi hatalara maruz kalması söz konusu olabilecektir. Ancak tıbbi hatalar nedeniyle hastaya verilen zararlar, ilave harcamalar, ekonomik kayıplar ve kaynakların etkin kullanılmaması gibi sonuçları dikkate alındığında; problemlerin önlenmesi, yönetilmesi ve daha iyi stratejilerin uygulanması için etik, insani ve ekonomik zorunluluk olduğu görülmektedir.

Kaynaklar

Coulter, A. & Ellins, J., (2006). *Improving Patient Safety. QQUIP (Quest For Quality And Improved Performance) Patient-Focused Interventions A Review Of The Evidence. (143-179). London: The Health Foundation.*

Hindle, H., Braithwait, J., Iedem, R., (2005). *Patient Safety Research: A Review Of The Technical Literature. Sydney: University of New South Wales., (21.5.2008)*

[http://www.med.unsw.edu.au/medweb.nsf/resources/Projects4/\\$file/cec_patient_safety_30111.pdf](http://www.med.unsw.edu.au/medweb.nsf/resources/Projects4/$file/cec_patient_safety_30111.pdf)

Kohn, L. T., Corrigan, J. M., Donaldson, M.S., (Ed.). (2000) *To Err Is Human: Building A Safer Health System. Washington, D.C.: National Academy Press. http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=9728. (7.2.2008).*

Lee, C.Y.F., (2006). *Improving Patient Safety Through A Total Quality Culture. Yüksek Lisans Tezi, University Of Bradford, Bradford, UK*

Nieva, V. F., Sorra, J., (2003). "Safety Culture Assessment: A Tool For Improving Patient Safety In Healthcare Organizations" *Qual. Saf. Health Care.12. 17-23.*

Vincent, C. (2006). *Patient Safety. (1). London: Elsevier.*

Walshe, K. & Boaden, R. (2006). *Patient Safety Research Into Practice.(1). Berkshire: Open University Press.*