

SAĞLIK HİZMETLERİNDE İYİLEŞTİRME VE HASTA GÜVENLİĞİ İÇİN TIBBİ HATALAR VE MALPRAKTİS NEDENLERİ*

HEALTHY CARE AND MEDICAL FAILS FOR HEALTH CARE AND PATIENT SAFETY

Öğr. Grv. **Yasemin OĞUZ GÜNER**

Akdeniz Üniversitesi

E-mail: yaseminoguz@akdeniz.edu.tr

MAKALE BİLGİSİ	ÖZET
<p>Anahtar Kelimeler: Uygulama hataları, Tıbbi Hatalar, Malpraktis, Hasta Güvenliği, Farkındalık.</p>	<p>Tıbbi hatalara ilişkin çalışmalar özellikle 2000'li yıllardan sonra dünyada giderek artmıştır. Bu çalışmaların temel amacı hataların nedenlerini tartışarak sağlık hizmeti kalitesini ve hasta güvenliğini arttırmaktır. Her yıl dünyada binlerce kişi önlenebilir tıbbi hatalar sonucu yaşamını yitirmekte ve bu oran tüm ölümler arasında ilk beşte yer almaktadır. Bu bağlamda Tıbbi Hataların tanımlanması ve bildirilmesi bilhassa değerlendirme ve hataya neden olan faktörleri önleyerek hizmet kalitesini arttırmak mümkündür.</p>
<p>DOI: 10.26809/joa.2018548657</p>	<p>Bu çalışma retrospektif tarama esas alınarak tıbbi hataların hasta ve sağlık personeli için önemini ortaya koymanın yanı sıra klinisyenler, güvenlik uzmanları, sağlık politika yapıcılar, sağlık bilişimcileri, tıp fakültesi ve akreditasyon kuruluşları, birden fazla disiplinden araştırmacılar, hasta savunucuları ve finansman kurumların multidisipliner çalışma farkındalığının altını çizmektedir.</p>

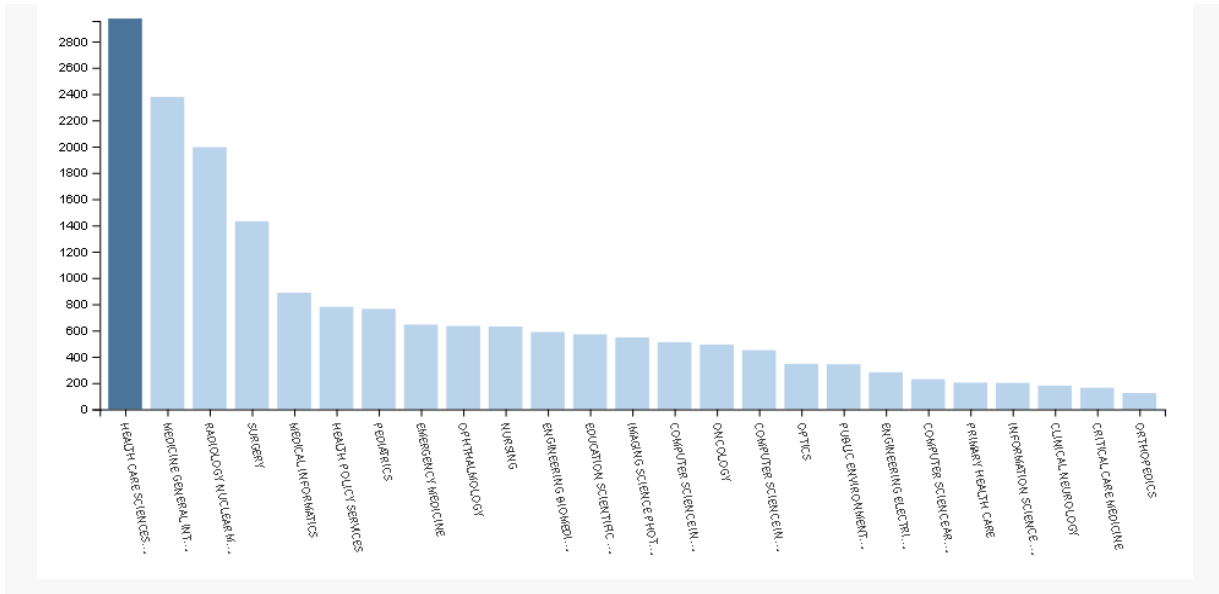
ARTICLE INFO	ABSTRACT
<p>Keywords:</p>	<p>Studies on medical errors have increased in the world especially after 2000s. The main purpose of these studies is to increase the quality of health service and patient safety by discussing the causes of errors. Every year thousands of people lose their lives as a result of preventable medical errors and this ratio is among the top five among all deaths. In this context, it is possible to increase the quality of service by defining and reporting of Medical Errors, especially by preventing the factors causing evaluation and error.</p>
<p>DOI: 10.26809/joa.2018548657</p>	<p>In addition to demonstrating the importance of medical errors for patient and health personnel based on retrospective screening, clinicians, security experts, health policy makers, health informatics, medical faculties and accreditation bodies, multidisciplinary work underlining the awareness of researchers, patient advocates and financial institutions from multiple disciplines to boot.</p>

*Bu çalışma 13-15 Aralık 2018 tarihlerinde Çanakkale/TÜRKİYE' de gerçekleşen "2. Uluslararası Rating Academy Kongresi: Farkındalık" temalı kongrede sunulmuş aynı isimli bildirinin gözden geçirilmiş halidir.

1.GİRİŞ

Tıbbi hatalar, hastanelerde, polikliniklerde, hekim muayenehanelerinde, eczanelerde, bakım evlerinde, hastanın evinde kısaca hasta ile temasın olduğu ve sağlık hizmetinin verildiği her ortamda sağlık çalışanlarınca yapılan hataların tümünü içerir. Ülkemizde tıbbi hatanın yanı sıra “hekim hatası”, “doktor hatası”, “tıbbi uygulama hatası”, “tıbbi yanlış uygulama” gibi kavramlar kullanılmaktadır. Tanı, tedavi ya da koruyucu tedavi başta olmak üzere iletişimde yetersizliğe bağlı hatalar, tıbbi ekipmanın yetersizliğine bağlı hatalar ve sistem yetersizliklerine bağlı olarak hastanın zarar gördüğü durumlardır. Bu nedenle uygulama hatası diğer adıyla Malpraktis hem hasta güvenliği hem de hekim sorumluluğuyla ilgili farkındalığı mecbur kılmaktadır. Yargıya yansıyan yada kayıtlara geçen sağlık departmanlarında koruyucu sağlık alanından başlayarak Nükleer Tıp, Cerrahi, Hemşirelik, Onkoloji, Klinik Nöroloji’de tıbbi hataların olduğu görülmektedir.

Grafik1: Tıbbi Hataların Bilim Dallarına Göre Dağılımları (WebOf Science)



Tıbbi hatalar üzerine yapılan farklı alanların 2018 yılı çalışmaları incelendiğinde klinisyenler, güvenlik uzmanları, sağlık politika yapımcıları, sağlık bilişimcileri, tıp fakültesi ve akreditasyon kuruluşları, birden fazla disiplinden araştırmacılar, hasta savunucuları ve finansman kurumları kapsadığı görülmektedir.

Tablo1: Tıbbi Hatalar Üzerine Güncel Çalışma Konularından Örnekler (WebOf Science)

<p>*<u>Bakım Noktası Glucometer Yapılandırmasıyla Tedavi Hatalarının Azaltılması</u> (Jamie ve ark 2018:683)</p> <p>*<u>Tip 2 diyabet geliştirme riski taşıyan kişileri belirleme: Tahmine dayalı analitik teknikleri ve yordayıcı değişkenlerin karşılaştırılması</u> (Talaie-Khoei ve ark 2018:22)</p> <p>*<u>Böbrek alıcılarının yaklaşan takip ziyaretlerinde greft fonksiyonunu tahmin etmek için dinamik bir model: Yapay sinir ağının klinik uygulaması</u> (Khazae 2018:125)</p> <p>*<u>Medikal Görüntülerde İmpuls Gürültüsünün Uyarlanabilir Gerçek Zamanlı Kaldırma</u> (HosseiniKhani ve Hajabdollahi 2018:216).</p> <p>*<u>Yaşlılar bakım geçişlerinde risklidir Taburculuk özetleri zayıf bir şekilde transfer edildiğinde ve kullanıldığında - tanımlayıcı bir çalışma</u> (Caleres ve ark 2018:770)</p> <p>*<u>Acil Hekimler Arasında Yanık Yaralanmalarının Tanı ve Akut Bakımı İçin Cep Telefonlarının Kullanımı Tele Konsültasyonu: Karışık Yöntemler Çalışması</u> (Klingberg 2018:1076).</p> <p>*<u>Bir Kalite Girişimi: Hedefli Simülasyon Eğitimi ile Ciddi İlaç Olaylarında Sistem Kapsamında Azaltma</u> (Hebbar ve ark 2018:324)</p> <p>*<u>AIDS klinik çalışmalarına uygulanarak heterojen ve çarpık boyuna veriler ve ikili sonuçların Bayes ortak analizi</u> (Xiaosun ve ark 2018).</p> <p>*<u>İki Suudi Arabistan hastanesinin acil servislerinde doktor ve hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik tutumları</u> (Alzahrani ve ark 2018:736)</p> <p>*<u>Tıp Öğrencilerinin Kişilik Özellikleri, Tıbbi Hatalara Karşı Tutumlarını Etkiliyor mu?</u> (Lo ve ark 2018)</p> <p>*<u>Tanı hatalarına bilişsel katkıların kontrol listesi: Klinisyen-egitimciler için bir araç</u> (Naude and Burch 2018:153)</p>
--

2.HİPOKRAT VE ETİK DEĞERLER

Hipokratın tıbbi deontolojide de çok geçen söylemlerine bakacak olursak; “Her şeyden önce hastaya zarar vermeyeceksin.” “Ağrıyı dindireceksin.” “Cerahati nerede görürsen boşaltacaksın, temizleyeceksin.” “Çocuk düşürmeyiniz.” “Hekimin görevi hastayı nadiren iyileştirmek, çok kere ağrısını gidermek, fakat her zaman için teselli etmektir.” Şeklinde akılcı ve etik değerlerle doludur.

“Hekim Apollon, Aesculapios, Hygeia ve Panacea adına, bütün Tanrılar ve Tanrıçaların şahitliğinde yemin ederim ki, aşağıdaki andımı kabiliyetim ve gücüm yettiğince yerine getireceğim. Bu sanatı bana öğreteni ebeveynim yerine koyacağım, hayatımı onunla paylaşacağım ve ihtiyacı olursa mallarımı onunla bölüşeceğim, çocuklarına kardeşlerim gibi bakacağım, istedikleri takdirde bu sanatı onlara ücretsiz ya da yazılı bir söz almaksızın öğreteceğim, bilgilerimi oğullarıma, ustalarımın oğullarına ve bu mesleğin kurallarını kabul edenlerden başka kimseye öğretmeyeceğim. Tedavi reçetelerimi kabiliyetim ve gücüm yettiğince hiçbir zaman birisine zarar vermek için değil, hastalarımın iyiliği için kullanacağım. Hiç kimseyi memnun etmek için ölümcül bir ilaç reçete etmeyeceğim gibi, ölümüne neden olabilecek bir tavsiyede dahi bulunmayacağım. Bir kadına düşük yaptıracak aletler vermeyeceğim. Hayatımın ve sanatımın saflığını koruyacağım. Bıçağımı mesanesinde taş olduğu aşikâr olanlar için bile kullanmayacağım, bu işi ehillerine bırakacağım. Gittiğim her eve sadece hastanın iyiliği için gireceğim, kendimi hastalık yapıcı etkenlerden ve özellikle de ister hür ister köle olsun, kadın ve erkeklerle aşkın hazlarından uzak tutacağım, sanatımın icrası

esnasında ya da günlük hayatımda bana gelen ve yayılmaması gereken bilgileri sır olarak tutacağım ve hiçbir zaman açmayacağım. Bu andımı tuttuğum sürece, hayatım ve sanatımın icrası bana mutluluk versin, tüm insanlar tarafından her zaman saygı göreyim, eğer yeminimden dönersem bunun zıddı bana az gelsin.”

Görüldüğü gibi Hipokrat yeminiyle açıkça görülen olası tıbbi hatalar için etik değerlerle aslında ikilemleri sonuca bağlamak ve hasta güvenliğini korumaktır.

3.TIBBİ HATA NEDENLERİ

Tıbbi hata; planlanan bir eylemin tamamlanamaması ve istenilen şekilde sonuçlanmaması veya bir amaca ulaşırken yanlış bir planın yapılmasıdır. Tıbbi hata sorunlarından engellenebilir istenmeyen olayların mortalite ve morbidite oranlarındaki artışın motorlu taşıt kazaları, göğüs kanseri ya da AIDS'ten daha fazla ölüme neden olduğu ve ölüm nedenleri arasında yedinci sırada yer aldığı belirtilmektedir (Kohn ve ark 2000:26).

Tıbbi hataları, İnsan, teknik ve sistem nedenleri etrafında çok genel olarak özetlenebilir. Tıbbi hataların en aza indirilmesi hata kaynaklarının bilinmesi ile mümkündür (Farquhar ve ark 2007:455).

Hata, insan doğasına özgü olsa da, bireylerin çalıştıkları koşullar değiştirilerek ya da geliştirilerek, hatalara dirençli sistemler dizayn edilerek ve hataların kök nedeni doğru belirlenerek hata yapma olasılığı azaltılabilir (Charles 2003:1051).

Genel olarak tıbbi hatalar insan faktörü dışında teknolojik hatalar, kurumsal hatalar başta olmak üzere sistemsel hatalardan kaynaklanabilmektedir. Zira Adams ve Garber'a (2007) göre sistem hataları insanlardan kaynaklanan hatalara göre daha büyük oranda sorun teşkil etmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada 200 sağlık çalışanına tıbbi hataların nedeni sorulmuş ve katılımcıların %75,5'i hataların çoklu sistem sorunlarından kaynaklandığını ve bireylere mal edilmemesi gerektiğini belirtmişlerdir (Vural ve ark 2014:152). Tıbbi hata her zaman hastaya zarar vermese de hata özelliğini korur. Malpraktiste ise hata mutlaka zarar vericidir.

Sistemsel sorunlar da sistemin tasarımından ve sistem içindeki etkileşimlerden kaynaklanabilmektedir. Sağlık ve sağlık sistemlerinin karmaşıklığı, ele alınan konular arası bağlantıların fazlalığı ve "her şeyin her şeye bağlı olması", sağlık ile ilgili problemlerin insan, örgüt, teknoloji ve kaynaklar gibi çok sayıda birleşenden oluşan bütüncül bir yaklaşım ile ele alınması gerekmektedir (Çınaroğlu ve Avcı 2013:83).

Tıbbi hatalar kök neden veya hata türü açısından iki farklı şekilde sınıflandırılabilir. Kök nedenlerine göre tıbbi hatalar; işleme bağlı hatalar (yanlış işlemi yapma), ihmale bağlı hatalar (doğru işlemi yapmama) ve uygulamaya bağlı hatalar (doğru işlemi yanlış uygulama) olarak üç grupta toplanabilir. Hata türü açısından ise ilaç hataları, cerrahi hatalar, tanı koymada hatalar, sistem yetersizliğine bağlı hatalar ve diğer hatalar olmak üzere beş grupta incelenebilir (Akalin 2005:141).

4.MALPRAKTİS

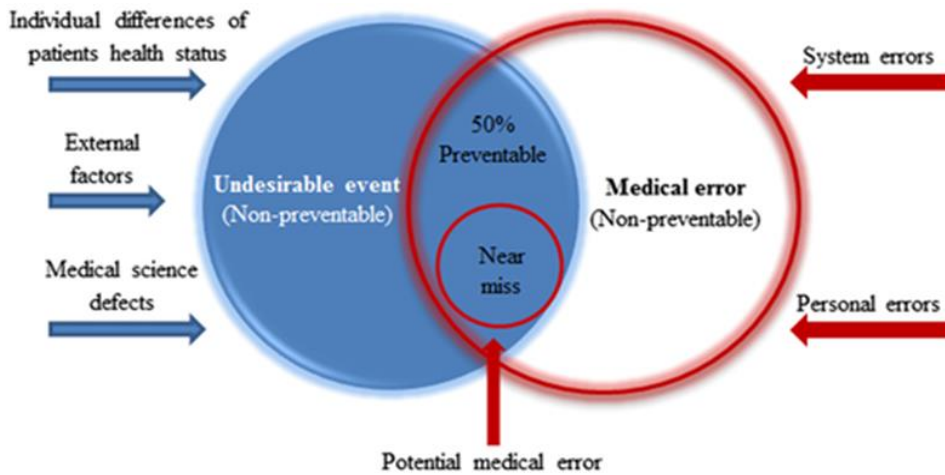
Malpraktis terimi “sağlık hizmetinden kaynaklanan zarar” veya “tıbbi uygulama hataları” şeklinde Türkçeye çevrilmeye çalışılmış olsa bile tam karşılığı olup olmadığı konusunda hep tartışmalar olagelmıştır. Türk Tabipleri Birliği'nin de “sağlık hizmetinden kaynaklanan zarar”, “tıbbi uygulama hataları” anlamlarını kapsayacak uygun bir karşılığı bulma çabası devam etmektedir (Karataş ve Yakıncı 2010:233). Malpraktisin bir tıbbi hata olduğunu fakat zarar oluşmadığı için malpraktis sayılmayan tıbbi hataların da olduğunu göstermektedir.

Malpraktis, "bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeni ile bir hastanın zarar görmesi, hekimliğin kötü uygulanmasıdır" (Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, md.13). Tıp öğrencilerinin eğitiminde beceri eğitiminin düşüklüğü ve tecrübeyle gelişeceğinin düşünülmesi kabul görse de tıbbi hataların malpraktis riskini canlı tutmaktadır. Tam bir organ sistemi muayenesi ve hastanın öyküsüne göre odaklanmış bir fiziki gerektiren bir klinik performans muayenesi (CPX) gerektiren objektif bir yapılandırılmış klinik muayene (OSCE) ile ilgili öğrenci puanlarını karşılaştıran bir çalışmada, büyük bir farklılık öğrenci puanları arasında not edildi. Teknik incelemede (AGİT) başarılı olan öğrenciler, hasta senaryosu (CPX) sırasında uygun fizik muayene elemanlarına karar verirken tutarsız bir performans sergilemiştir (Wilkersen ve LEE 2003:80).

Çoğu zaman teknolojiye atfedilen büyük önemin aksine, birçok çalışma teknolojinin hasta bakımının kalitesini geliştirmediğini göstermiştir. Geçtiğimiz yüzyıldaki otopsiyerin birbirini izleyen kohortları, ileri tanı prosedürlerinin kullanılmasına rağmen, benzer şekilde yanlış teşhislerin tutarlı bir şekilde olduğunu göstermiştir (Kirch ve Schafii 1996:29). Araştırmalar, sürekli olarak doğru tanılamada en önemli faktörlerin, tarih alma ve fizik muayenelerin yapıldığını, laboratuvar testleri ve görüntüleme çalışmalarının ise sadece küçük rolleri oynadığını göstermiştir. Bir otopsi çalışmasında, öykü alma ve fizik muayenelerin, hastaların% 73'ünde ve% 62'sinde ana tanıyı belirlemek için kesin bilgiler sağladığı sonucuna varılmıştır. Karşılaştırma teknikleri, hastaların% 35'inin ve standart laboratuvar testlerinin hastaların% 22'si için kesin bilgiler sağlamıştır. Aslında, yanlış, eksik veya yanlış yorumlanmış hasta öyküleri, tanılama hatalarının önde gelen nedenleri arasındadır (Kirch ve Schafii 1993:29). Hekimler, bireysel öykü ve fizik muayene bulgular her zaman teknolojiyi kullanarak, teşhis ve tedavide çok daha önemli hale gelmiştir.

Tıbbi hatalar hastalara potansiyel olarak zararlıdır ki bu da komplikasyonlara ve hatta ölüme neden olabilir. Hastada istenmeyen sorunlar komplikasyonlar daha çok genetik yatkınlık, organ hasarı, alerjik sorunlar vb durumlar belirlenmiş standartlara ve iyi tıbbi uygulama kılavuzlarına bağlı kalmaksızın ortaya çıkabilmektedir. Diğer yandan erken teşhis ve müdahale potansiyel sorunu önlemek için oldukça kritiktir.

Şekil2: Önlenebilir Tıbbi Hataların Oluşma Nedenleri (Dimova ve ark 2018:752)



5.BULGULAR

Bilgi temelli aktivitelerin sadece kuralların uygulanması ile başarılamaması nedeni ile aslında bu tip hatalar bilinçli düşünme, mental çaba ve farkındalığı da içermektedir. Doğru teşhis ve tedaviyi uygulayamadaki hatalar bu tip hatalara örnek olarak verilebilir (Fracica ve ark. 2010)

Tablo2 : Tıbbi Hatalar ve Oluş Nedenlerine Vaka Örnekleri

Vaka	Tıbbi Hata	Faktörler
Örnek 1. Fetüsün zarar görmesi “In vitro fertilizasyon geçiren kadın hasta pratisyen hekimin oluruyla kızamık, kabakulak ve kızamıkçık aşısı olmuş ve ardından hamilelik gelişmiştir. Ancak Fetüsün zarar görmesi nedeniyle küretaj yapılmıştır.	Teşhis hatası: Genel pratisyen ile hasta arasında fizik muayene sırasında kötü iletişim.	- Yetersizlik - İhmal - Hekimler ve hastalar arasında kötü iletişim
Örnek 2. Yabancı cismin operasyon alanında kaybolması “Hastanın taburcu edilmesinden 14 gün sonra, hastaneye yüksek ateş, halsizlik, peritonit belirtileri sonucu cerrahi girişim geçiren kadın hasta taburcu edildikten sonra operasyon alanında kayıp bir gazlı bez kuruldu.”	Tedavi hatası: Tıbbi ekiplerde malpraktis, yetersizlik ve zayıf iletişim.	-Tıp uzmanları arasında kötü iletişim -Yeni ekipmanların tanıtılmasından önce yetersiz personel eğitimi
Örnek 3. Yeni ekipmanla tedavi “Oküler kliniklerde yeni lazer ekipmanları ile yapılan tedaviyi takiben çok sayıda hasta kaydedildi.	Tedavi hatası: Yeni ekipmanların tanıtılmasından önce yeterli eğitim eksikliği.	-Mali ve maddi kaynakların eksikliği
Örnek 4. Yüksek riskli invaziv cerrahi prosedür sırasında istenmeyen komplikasyon Genç bir adamın ameliyatı sırasında nazal polip çıkarılması, dura materninin perforasyonu ve beyin omurilik sıvısı kaçağı meydana gelir. Prosedür, kurulan protokole göre yapıldı ve hiçbir hata oluşturulmadı. Komplikasyon zamanla fark edildi ve yeterince tedavi edildi.	Terapötik prosedürlerle ilgili İstenmeyen olaylar	- Yüksek riskli invaziv prosedür - Anatomik ve fizyolojik farklılıklar

Türkiye’de özel bir hastanede tıbbi hata türleri üzerine Canatan ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada özellikle bilinen ama bahsedilmeyen sağlık çalışanlarının iş yükünün yoğunluğu, fazla çalışma saatleri, çalışan personel sayısındaki yetersizlikler, hekim istemlerinin anlaşılabilmesi, aylık nöbet sayısının fazlalığı ve tükenmişlik sendromu gibi sorunların da ortaya çıkarılması gereği ortaya konmuştur.

Tablo3: Hastanede Tıbbi Hata Türleri (Canatan ve ark 2015:82)

Tıbbi Hata Türleri	Ortalama	Standart Sapma	Tıbbi Hata Türleri	Ortalama	Standart Sapma
Tecrübe eksikliği	4,49	,847	Doktor istemlerinin anlaşılabilmesi	4,26	,906
Hemşire sayısının azlığı	4,39	1,014	Hemşirelerin çalışma alanlarının sürekli değişmesi	4,28	,766
Hemşirelere verilen ek görevler	4,08	,981	Yoğun iş yükü	4,80	4,132
İş ortamının stresli olması	4,32	,790	Mesleki teorik ve pratik bilginin yetersiz olması	4,40	,853
Konsantrasyon eksikliği	4,47	,717	Mesleğin isteksiz yapılması	4,42	,669
Fazla çalışma saatleri	4,38	,801	Hata önleyici yapının bulunmaması	4,31	,825
Aylık nöbet sayısının fazla olması	4,26	,949	Tükenmişlik sendromu	4,37	,787
Prosedür/protokollerin eksik / hatalı olması	4,12	,935	Mesleki hizmet içi eğitim noksanlığı	4,22	,894
Yetki ve sorumlulukların belirlenmemiş olması	4,14	,910	Kayıtlarda eksiklik /düzensizlik	4,24	,911
İletişim ve koordinasyon eksikliği	4,32	,851	Nöbet değişimlerinin kuraldışı yapılması	4,14	,964
Fiziksel ortamın yetersizliği	4,01	1,078	Eksik tedavi ve bakım/hiç yapılmama	4,43	,795
Yöneticilerin yetersizliği	4,12	1,085	Fiziksel yorgunluk	4,45	,744

Tıbbi hataların maalesef ülkemizde çoğu bildirilmemektedir. Bunun başında mesleki kötü tanınırlık, hasta yakınlarından şiddet görme riski başta geldiği düşünülmektedir. Tıbbi hataların bildirildiği bir merkezde istenmeyen olaylar, tıbbi hataların teşhis, ilaç, kan nakli ve tedavi hataları ile kaçırılan tanılar üzerinde bir çalışma yapılmıştır. Çalışmaya göre tıbbi hataların teşhis ve tedavi hatalarının ilk sıralarda olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo4: Bildirilen Tıbbi Hatalar ve Oluşum Nedenleri(Bell ve ark, 2017).

Bildirilen Olaylar	N (%)	Faktörler ve Oluşum nedenleri	N (%)
I. İstenmeyen olaylar.	3 (8.83)	Hastaların sağlık durumu ve diğer dış faktörlerle ilgili farklılıklar	3 (100.0)
II. Tıbbi hatalar	29 (85,29)	Mesleki yetersizlik (deneyim ve yeterlilik eksikliği)	11 (37.93)
(1) Teşhis hataları	9 (26,47)	İhmal, kendine güvenme	11 (37.93)
(2) İlaç hataları	8 (23.53)	Şiddetli iş yükü, sıkıntı ve zaman ve personel sıkıntısı	11 (37.93)
(3) Kan nakli	3 (8.82)	Standartlara, kurallara ve iletişim kurallarına uyulmaması	8 (27.59)
(4) Tedavi hataları (hastane kaynaklı enfeksiyonlar, cerrahi prosedürler, vb. Dahil)	9 (26,47)	Zayıf iletişim	8 (27.59)
		Malzeme ve diğer malzemelerin eksikliği	4 (13.79)
III. Kaçırılan Tanılar	2 (5.88)	Tanı ve tedavi ile ilgili	2 (100.0)

Bell ve arkadaşlarının hastalar, hekimler ve kurumların hatalarına ilişkin hekim tutumları ile ilgili yaptıkları çalışma sonuçlarına göre; Hasta ve kurum ile şeffaf iletişimi destekleyen tutumların belirleyicileri arasında kadın cinsiyeti, ABD (Kanadalı) doktorlar, akademik (özel) uygulamalar, açıklamanın dava açma olasılığını azalttığı inancı ve hata bildirimini sonrası sistem değişikliklerinin meydana geldiği inancı sayılabilir. Ayrıca, daha genç hekimler, cerrahlar ve ciddi bir hatayı açıklayan geçmiş deneyime sahip olanlar, hastalara bildirimde bulunma konusunda daha fazla görüş bildirmişlerdir. Buna karşılık, ifşanın hasta güvenini azaltacağına inanan doktorlar, hastalara hata ifşası konusunda hemfikir olma olasılığından daha az olduğu gösterilmiştir (Bell ve ark 2017:243).

Klinisyenlerin iş doyumlarının klinisyenler ve hastalar için çalışma koşulları ve sonuçları ile nasıl ilişkili olduğunu daha iyi anlamak için Linzer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre başlangıçta, katılımcıların yüzde 74'ü iş tatmini gösterdi. Memnuniyet, daha az kaos, daha fazla uyum, daha iyi iletişim ve işte daha yakın değerler hizalaması ile ilişkili bulunmuştur. Bu bulgular, klinisyenlerin iş doyumlarının düzeltilebilir çalışma koşullarıyla ilgili olduğunu ve klinik uygulama ve uygulama organizasyonları için önemli bir ölçüm olabileceğini ortaya koymuştur (Linzer ve ark 2017:10).

Şekil3: Web Of Science verilerine göre Tıbbi Hatalarda Sistem Faktörünün araştırıldığı alanların başında Sağlık Bilimleri ve diğer Medikal alanlar gelmektedir.



http://wcs.webofknowledge.com/RA/analyze.do?product=WOS&SID=F5bwqBw1k6wTvfPmRq&fileId=TASCA_JCRCategories_JCRCategories_en&yearSort=false Erişim Tarihi: 20.11.2018

6. TARTIŞMA VE SONUÇ

Malpraktis, bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeni ile bir hastanın zarar görmesi, hekimliğin kötü uygulanmasıdır. Ciddi ya da yıkıcı hasta zararları ile sonuçlanan durumlarda, gerçek kök nedenleri belirlemeye yönelik derin bir soruşturma gereklidir. Böylece hata durumunda örgütsel süreçlerdeki genel nedenlerden, klinik süreçlerdeki özel nedenlere gidilerek süreçlerde potansiyel iyileştirmeler yapılabilir. Beceri temelli aktivite hatalarını azaltma stratejileri; dikkat dağılmasını azaltan iş akış şemaları, kontrol listelerinin kullanımı ve otomasyonu içerir (Fracica 2010: 43). Sistem, birbirinden bağımsız ancak birbiri ile ilişkili olan birimlerin birbiri ile entegrasyonu ile oluşturulur ki böylece sorunlar ve hatalar bir çok yönüyle ele alınmış ve hataların tekrarlanmasının önüne geçilmiş olur.

Gelişmiş ülkelerde verimli bir hata raporlama sisteminin olduğu ancak ülkemizde ise istenen seviyede ve etkin bir raporlama sisteminin henüz var olmaması, hasta güvenliği ile ilgili mevcut eksikliklere ek olarak hata yapılması durumunda cezai işlem uygulanması ihtimali, sağlık sektöründe çalışanların yaptıkları hataları bildirmekten çekinmelerine neden olmaktadır. Bu nedenle hem hasta ve sağlık çalışanlarının hakları ve onların güvenliğinin olduğu aynı zamanda hata nedenlerinin üzerine eğitim ve yönetmeliğin planlanması gerektiği, tüm bunlardan sonra cezai yaptırımlarından bahsedilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Tıbbi eğitimin beceri eğitiminde kalan eksikliği göz önünde bulundurularak eğitim öğretim ve uzmanlık sürecinin yetki ve sorumluluklarının değerlendirilmesi, sağlık personellerinin sürekli yer değişimine maruz bırakılmamaları, yeterli personel ile çalışan sağlık merkezlerinde, uzun çalışma ve nöbet süreleri azaltılması ile dikkat eksikliği ve tükenmişliğe karşı idari tedbir alınmalıdır. Yüksek riskli ve hata yapılabilecek uygulamaların standartlarının belirlenmesi ve her düzeyde çözüm üretilmesi gerekmektedir. Yeterli ve güvenli ekipmanların olması hizmet kalitesi açısından ve yanlış tanı ve tedavi ile hasta güvenliği ve hekim güvenliği açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Tıbbi atıkların uygun şekilde toplanması ve imha edilmesi hala ülkemizde bir toplum sağlığı problemidir. Dolayısıyla bu etkene bağlı sağlık personelinin güvenliği ve yatan hastada hastane enfeksiyonu ile bebek ve hasta kayıplarının olmaması gelişmişliğin de bir göstergesi olarak önlemlerin alınmasını mecbur kılmaktadır.

İlaçların, kan nakillerinin, ameliyathane kontrollerinin doğru uygulanabilmesi için denetim mekanizmasının doğru çalışması ve tıbbi hataların önlenmesi için hiçbir maddi kısıtlamanın hastaneler ve çalışanlara getirilmemesi gerekmektedir.

Çalışmalar incelendiğinde sadece ülkemizde değil dünyada da tıbbi hatalar ve malpraktis üzerine başta sağlık güvenliği hasta hakları olmak üzere sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için eksiklikler mevcuttur. Genel tıbbi hata nedenleri dışında bu hataların bilim dalları içerisinde de daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Oldukça kompleks sağlık hizmetleri alt yapısı ile ilgili bu çalışma sonuçları değerlendirilmeli ve bu düzeltme çalışmaları için devlet desteği ve sağlık politikası düzenlemeleri yapılmalıdır.

KAYNAKÇA

- Adams JL, Garber S. (2007) Reducing medical malpractice by targeting physicians making medical malpractice payments. *Journal of Empirical Legal Studies*. 4(1): 185-222.
- Akalın E.H. (2005). Yoğun Bakım Ünit. Hasta Güvenliği, *Yoğun Bakım Dergisi*, 5(3):141-146
- Alzahrani, N., Jones, R, Abdel-Latif, M.E. (2018). The attitudes of doctors and nurses towards patient safety in emergency departments of two Saudi Arabia hospitals *BMC HEALTH SERVICES RESEARCH* Volume: 18 Article number: 736
- Bell, S. K, White, A. A, Yi, J. C, Yi-Frazier, Joyce P, Gallagher, T. H. (2017). Transparency when things go wrong: physician attitudes about reporting medical errors to patients, peers, and institutions. *Journal of Patient Safety: Volume 13 - Issue 4 - p 243-248*
- Caleres, G., Bondesson, A., Midloev, P. (2018). Elderly care is risky in the transition of care When discharge statements are poorly transferred and used - a descriptive study *BMC HEALTH SERVICES RESEARCH* Volume: 18 Article ID: 770
- Canata, H., Erdoğan, A., Yılmaz, S. (2015). Hastanelerde yapılan tıbbi hataların türleri ve nedenleri üzerine bir araştırma: İstanbul ilinde özel bir hastane ile ilgili anket çalışması ve konuya ilişkin çözüm önerileri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. Cilt 2; Sayı 2: S82-89
- Charles V. (2003). Understanding and responding to adverse events. *The New England Journal of Medicine*. 348(11): 1051-6.
- Çınaroğlu S, Avcı K. (2013). Yönetim biliminde sistem yaklaşımı ve sağlık alanı özelinde bir değerlendirme. *Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi*. 17(1): 83- 101
- Dimova, R., Stoyanova, R., Doykov, Ben (2018). Mixed methods study of reported clinical cases of undesirable events, medical errors, and near misses in health care. *J Eval Clin Pract*. 2018;24:752-757. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jep.12970> 15.11.2018
- Fracica PJ, Wilson S, Chelluri LP. Varkey P (2010) Medical quality management theory and practice. London: Jones and Bartlett Publishers;. p. 43-73.
- Farquhar M, Sharp BA, Clancy CM. (2007). Patient safety in nursing practice. *AORN Journal*. 86(3): 455-7.
- Hebbar, K. B., Colman, N., Williams, L. (2018). A Quality Initiative: Reducing the Scope of the System in Serious Drug Incidents with Targeted Simulation Training *SIMULATION OF SIMULATION IN HEALTH SIMULATION SIMULATION* Volume: 13 Subject: 5 Pages: 324-330

- HosseiniKhani, Z.,Hajabdollahi, M. (2018). Adaptive Real Time Lift of Impulse Noise in Medical Images *MEDICAL SYSTEMS JOURNAL* Volume: 42 Subject: 11 Article number: 216
- Jamie L. Estock, MA; Ivan-Thibault Pham, MS; Holly K. Curinga, MSN; Benjamin J. Sprague, MD; Monique Y. Boudreaux-Kelly, PhD; Jeanette Acevedo, MSN CPHQ; Katrina Jacobs, MSCCE (2018) *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* . 44:683–694
- Karataş, M. ve Yakıncı (2010).C. Tıbbi Hata Nedenleri ve Çözüm Yolları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 17 (3) 233-236
- Khazae, P.R.,Bagherzadeh, J. And Niazkhani, Zahra (2018). A dynamic model for predicting graft function in the upcoming follow-up visits by kidney recipients: Clinical application of artificial neural network *INTERNATIONAL JOURNAL OF MEDICAL INFORMATICS* Volume: 119 Pages: 125-133
- Kirch, W. ve Schafii, C. (1996). Misdiagnosis in a university hospital in four medical years: a report on 400 cases. *Medicine (Baltimore)*.75 : 29–40
- Klingberg, A, Wallis, Lee A. And Hasselberg, M. (2018). Use of Mobile Phones for Diagnosis and Acute Care of Burn Injuries Among Emergency Physicians Tele Consultation: Mixed Methods Study. *JMIR MHEALTH AND UHEALTH* Volume: 6 Subject: 10 Article number: e11076
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. (2000). Errors in health care: A leading cause of death and injury. In: Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: Institute of Medicine National Academy Pressp. 26-48.
- Linzer, M. Sinsky, C.A., Poplau, S., Brown , R.,Williams, E. (2017). Joy in Medical Practice: Clinician Satisfaction in a Healthy Workplace Test. *HEALTH AFFAIRS* VOL. 36, NO. 10. P.
- Lu, X., Huang, Y.,Chen, J. (2018) Bayesian analysis of heterogeneous and distorted longitudinal data and binary results by applying to AIDS clinical trials *STATISTICAL METHODS IN MEDICAL RESEARCH* Volume: 27 Subject: 10 Pages: 2946-2963
- Lo, C.,Tseng, H.,Chen, C. (2018) Are Personality Traits of Medical Students Affect Their Attitudes Against Medical Errors? *HEALTH SERVICE* Volume: 6 Subject: 3 Article ID: 101
- Naude, JM and Burch, VC (2018). Checklist of cognitive contributions to diagnostic errors: A tool for clinicians-educators. *HEALTH PROFESSIONAL EDUCATION JOURNAL* Volume: 10 Subject: 3 Pages: 153-158
- Talaei-Khoei, Amir; Wilson, James M. (2018). Identifying persons at risk of developing Type 2 diabetes: Predictive analytical techniques and comparison of predictive variables. *INTERNATIONAL JOURNAL OF MEDICAL INFORMATICS* Volume: 119 Pages: 22-38.
- Wilkerson, L. ve Lee, M. (2003). Assess the physical examination skills of senior medical students: to decide when they know. *Acad Med*. 78 : S30 – S32
- Vural F, Çiftçi S, Fil Ş, Aydın A, Vural B. (2014). Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği iklimi algıları ve tıbbi hataların raporlanması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 5(2): 152-7.