

TIBBİ HATALAR: NEDİR, NASIL ÖNLENEBİLİR?

H. Erdal AKALIN

Amerika Birleşik Devletleri'nde bulunan Tıp Enstitüsü adlı kuruluş (The Institute of Medicine), 29 Kasım 1999'da tıbbi hatalar ve daha güvenli bir sağlık sistemi ile ilgili raporunu yayınladı (To Err is Human: Building a Safer Health System) (4). Bu rapor tüm sağlık çalışanlarına yönelik olarak, tıbbi hatalar ve bunların azaltılması ile ilgili geniş bilgiler içermektedir.

Rapora göre;

1. Hastaneye yatan hastalarda yapılan iki çalışmada, yan etki veya tıbbi bakım sırasında bir hata görülme sıklığı % 2.9 ve % 3.7 bulunmuştur (1,8). Bunların % 58 ve % 53'ü önlenemez tıbbi hatalar olarak tanımlanmıştır.
2. Bu veriler kullanılarak, 1997 yılı içinde Amerika Birleşik Devletleri'nde hastaneye yatan 33.6 milyon hasta esas alınarak yapılan varsayımlarda, tıbbi hatalar nedeni ile her yıl en az 44,000, belki de 98,000 hastanın öldüğü öngörülmektedir. En az sayı bile kabul edilse tıbbi hatalardan ölen hasta sayısı 8. ölüm nedeni olarak, trafik kazası, meme kanseri ve AIDS hastalığından ölümlerin önünde yer almaktadır.
3. Tıbbi hataların maliyetinin 37.6 milyar ile 50 milyar dolar arasında olabileceği tahmin edilmektedir. Önlenemez hataların maliyeti ise 17-29 milyar dolar arasındadır.

Tıbbi hatalar, hastanelerde, polikliniklerde, doktor ofislerinde, eczanelerde, bakım evlerinde ve hastaların evlerinde ortaya çıkabilir. Tıp Enstitüsü'nün tıbbi hata tanımı şu şekildedir: Planlanan bir aksiyonu istenilen şekilde tamamlayamamak veya amaca ulaşmak için yanlış plan yapmak. Yine aynı kuruluşun yan etki (adverse event) tanımı ise şu şekildedir: Sağlık hizmeti sırasında (medical management), altta yatan hastalığa veya hastanın içinde bulunduğu duruma bağlı olmaksızın gelişen hasar.

Tıbbi hatalar sağlık hizmetinin her evresinde ortaya çıkabilir. Bu hatalar şu başlıklar altında gruplandırılmışlardır.

1. Medikasyon hataları: Çoğu önlenemez olan bu hatalar verilen ilaçların hastaya uygulanması ile ilgilidirler. Yanlış doz, yanlış verilme şekli, birlikte verilen başka ilaçlarla etkileşim, alerji hikayesi olan hastaya bilmeyerek bu ilacın verilmesi gibi hatalar bu gruptadırlar. Bu hataların % 34-56'sı önlenemez hatalardır.
2. Cerrahi hatalar: Çalışmalar cerrahi hataların her 50 yatan hastanın birinde görüldüğünü ortaya koymuştur (2).
3. Tanı koymada hatalar: Yanlış tanı, yanlış ve yetersiz tedaviye veya gereksiz ek tetkiklerin yapılmasına neden olabilir. Laboratuvar testlerinin yanlış uygulanması veya yorumlanması sık rastlanılan tıbbi hatalar arasında yer almaktadır. Tanısal hatalara deneyimsiz kişilerce yapılan tetkiklerde daha çok rastlanılmaktadır.
4. Sistem yetersizliklerine bağlı hatalar: Sağlık hizmetinin sunumu sırasında sistemde ortaya çıkan ve saptanması oldukça zor olan hatalardır. Bunlar arasında kullanılan aletlerdeki bozukluklar (defibrilatör, intravenöz sıvı pompaları vb.) ancak ortaya çıkınca saptanabilmekte, fakat çok önemli sonuçlar doğurabilmektedir. Medikasyonların uygulanmasında da ortaya çıkan hataların büyük çoğunluğu sistem hataları olarak tanımlanmaktadır.
5. Diğer: Hastane infeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu gibi önemli konular da tıbbi hatalar arasında yer almaktadır.

Tıbbi hataların önemlileri ve sınıflandırılmaları tabloda gösterilmiştir.

Tablo. Tıbbi hataların sınıflandırılması (5).

Tanıda yapılan hatalar

- Yanlış tanı veya tanı koymakta gecikme
- Uygun ve gerekli tetkiklerin yapılmaması
- Güncel olmayan tanı ve tedavi yöntemlerinin kullanılması
- Tetkik sonuçlarına uygun davranışların yapılmaması

Tedavide yapılan hatalar

- Cerrahi bir girişim, işlem veya tetkikin uygulanmasında hata
- Tedavinin verilmesinde hata
- İlaç doz veya verilme şekline hata
- Tedavinin uygulanmasında gecikme
- Uygun olmayan tedavi

Koruyucu tedavide hatalar

- Profilaktik tedavi uygulamada hata veya uygulamama
- Tedaviden sonra yetersiz takip

Diğer

- İletişimde yetersizlik
- Kullanılan aletlerde yetersizlik/eksiklik
- Diğer sistem yetersizlikleri

Tıbbi hataların önlenmesi

Tıbbi hatalar ile ilgili raporun yayınlanmasından sonra gerek Amerika Birleşik Devletleri'nde gerekse Avrupa ülkelerinde bu hataların önlenmesi için ne önlemlerin alınması gerektiği ve hangi stratejilere ihtiyaç duyulduğu tartışılmaya başlanmıştır. "Institute of Medicine" raporunda önerilen dört ana konu şunlardır: a. Ulusal Hasta Güvenliği Merkezi kurulması, bu merkezin konu ile ilgili yapılacak çalışmalarda amaçların belirlenmesi, liderlik ve araştırma planlanmasında rol alması, b. İsteğe bağlı veya zorunlu tıbbi hata bildirim sisteminin kurulması, c. Sağlık hizmetlerini ödeyen kurumların hasta güvenliği konusunda iyileştirme yapan kurumlara öncelik tanınması, d. Sağlık hizmeti veren organizasyonlarda "hasta güvenliği" kültürünün yaratılması.

"Agency for Healthcare Research and Quality" sağlık kuruluşlarında tıbbi hataların en aza indirilmesi için bazı iyileştirme önerilerinde bulunmuştur. Bu öneriler üç başlık altında toplanmıştır.

1. İlaç yan etkilerinin (adverse drug events) bilgisayar sistemleri ile izlenmesi: Hastanelerde tüm ilaç kullanımının bilgisayar sistemleri ile izlenmesi daha güvenli ilaç kullanımını sağlamaktadır. Bu sistemin bir parçası olarak ilaç yan etki izleme programlarının geliştirilmesi ön görülmektedir.
2. Diagnostik testlerin tekrarlanmasında hatırlatıcı sistemlerin geliştirilmesi: Bazı diagnostik testlerin hastanın tanı ve tedavisinde belli aralıklar ile tekrarlanması gerekebilir. Bunların zamanında yapılabilmesi ve hastanın sağlığını herhangi bir şekilde tehlike altına atmamak için hekime hatırlatılması son derecede faydalı bulunmuştur (9).
3. Standard protokoller: Yapılan çalışmalar özellikle yoğun bakım hastalarında bilgisayar sistemi ile uygulanan protokollerin mortaliteyi önemli ölçüde azalttığını ortaya koymuştur (7).

"National Quality Form" hasta güvenliği konusunda bir konsensüs raporu yayınlamıştır (3). Rapor 350 makale, 30 kitap ve monograf incelenerek ve Harvard University, Veterans Administration Patient Safety Center, the Joint Commission on Accreditation of He-

lathcare Organizations, the National Patient Safety Foundation ve the Institute of Medicine'nin katkıları ile hazırlanmıştır. Alınması gereken önlemler şu şekilde sıralanmıştır.

1. Hasta güvenliği konusunun sağlık kuruluşlarında, yönetimin öncelikleri arasında yer alması,
2. Kuruluşlarda hasta güvenliği konusunun kurumsal bir sorumluluk olarak benimsenmesi,
3. Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi,
4. Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliğini tehlikeye sokabilecek işlemlerin denetimi,
5. Güvenli uygulamaların yerleştirilmesi ve yaygınlaştırılması,
6. Hasta güvenliği konusunda eğitimin artırılması,
7. Hasta güvenliği konusunda ortaya çıkabilecek sorunlarda sorumluluğun üstlenilmesi,
8. Mesleki yanlış davranışların saptanması ve düzeltilmesi,
9. Hasta güvenliği konusunda araştırmaların yapılmasının sağlanması,
10. Tıbbi hataların bildirilmesinin cezaya yol açacağı bir ortam yaratılmasından kaçınılması.

Tıbbi hataların önlenmesinde bir diğer önemli nokta ise bu programlara hasta eğitiminin de eklenmesidir. Sağlık hizmetinin en önemli aktörü hasta olduğuna göre tıbbi hataların önlenmesi yöntemlerinde hastaya yönelik işlevlerin en ön planda tutulması gereklidir. Öncelikle hastalara karar verme aşamasında yeterli olabilmeleri için medikal bilgi verilmesi şarttır. Hasta ile sağlık hizmeti sunanlar (en başta hekim) arasında çok iyi bir dialog olması gereklidir. Hastaların risk analizinin iyi yapılması ve bunların kendileri ile paylaşılması tıbbi hataların görülme sıklığında azalmaya yol açabilir. Hasta-hekim iletişiminin tıbbi hataları en aza indirecek şekilde en açık ve şeffaf olarak yapılması gereklidir. Tıbbi hataları en aza indirecek sağlık hizmeti kurumu, dinlemeyi en iyi bilen kurumdur (6).

21. yüzyıl sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirme programlarının çok yaygın kullanılacağı ve çok önem kazanacağı bir dönem olacaktır. Hasta güvenliği konusu ve bu konuda yapılacak iyileştirmeler de kaliteli sağlık hizmeti indikatörlerinden birisi olmak yolundadır.

KAYNAKLAR

1. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al: Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study 1, *N Engl J Med* 324: 370 (1991).
2. Gawandee AA, Thomas EJ, Zinner MJ, et al: The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992, *Surgery* 126: 66 (1999).
3. Kizer KW: Patient safety: A call to action: A consensus statement from the National Quality Form, *MedGen Med* (2001).
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds): *To Err is Human: Building a Safer Health System*, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, D.C. (1999).
5. Leape LL, Lawthers AG, Brennan TA, et al: Preventing medical injury, *Qual Rev Bull* 19: 144 (1993).
6. Mannase HR: Safe medical treatments: Everyone has a role (editorial), *Medscape Pharmacists* (2000).
7. Morris AH: Protocol management of adult respiratory distress, *New Horizons* 1: 593 (1993).
8. Thomas EJ, Studdert DM, Newhouse JP, et al: Costs of medical injuries in Utah and Colorado, *Inquiry* 36: 255 (1999).
9. Translating research into practice: *Reducing Errors in Health Care*. Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/research/errors.htm> (2000).