

Araştırma:

Sağlık personeli ve toplumun tıbbi hatalar ile ilgili görüşlerinin karşılaştırılması

Said Bodur¹, Emel Filiz², Yasemin Durduran¹

¹Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya

²Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Konya

Amaç: Çalışmanın amacı, sağlık personelinin ve toplumun tıbbi hatalar konusundaki görüşlerini değerlendirmek ve karşılaştırmaktır. **Yöntem:** Araştırmanın örneklemini, sağlık çalışanı anketi için, Konya il merkezindeki tüm kamu hastaneleri ve rasgele seçilen 12 sağlık ocağının personeli oluşturdu. Toplum örneklemini için de üç merkez ilçeden dörderden toplam 12 mahalle rastgele seçildi ve küme örnekleme yöntemiyle adreslerinde ulaşıldı. Çalışmaya 156 hekim, 333 hemşire ile toplumdaki 240 kişi alındı. Veri toplamada araştırmacılar tarafından geliştirilen Hasta Güvenliği Anketinin sağlık çalışanı ve toplum formları kullanıldı. **Bulgular:** Sağlık Personelinin % 23'ü ve toplumdaki bireylerin % 22'sinin kendisi veya ailesinden birinin tıbbi hataya maruz kaldığı belirlendi. Tıbbi hataya maruz kalanların sağlık çalışanlarında % 27, toplum % 36'sı ciddi zarar gördüğünü ifade etti. Sağlık çalışanları ve toplumun yarısı tıbbi hatadan dolayı hem hatayı yapan kişiyi hem de kurumu sorumlu tutmaktaydı. Daha güvenli bakım almada hastaların da sorumluluğu olduğu görüşü, sağlık çalışanlarında daha yüksek bulundu. Tıbbi hata sebeplerinin çoğunda hemfikir olmalarına karşılık sağlık çalışanları "uzun çalışma saatleri"ni toplum ise "hekimlerin hastalara yeterince vakit ayırmaması"ni öne çıkarmaktaydı. **Sonuç:** Sağlık çalışanları ve toplumun önemli bir kısmı önlenemez tıbbi hatalar sebebiyle zarar görmektedir. Tıbbi hataların sebepleri konusunda toplumun görüşlerinden de yararlanılabilir.

Anahtar kelimeler: Hasta güvenliği, tıbbi hata, sağlık personeli, toplum

A comparison of medical staff's and community's opinions about medical errors

Objective: The aim of this study is to compare and assess the opinions of medical staff and community about medical errors. **Methods:** The sample of the study, for medical personnel survey, consisted of staffs of all public hospitals and 12 randomly selected family health centers in Konya city center. Similarly, for the community sample, adults from 12 randomly selected neighborhoods in three central districts were selected and they were reached in their addresses by cluster sampling method. 156 physician, 333 nurse and 240 people from community were included to the study. Medical staff and community forms of Medical Errors Survey, which was developed by the researchers, were used in data gathering. **Results:** 23% of the medical personnel and 22% of the individuals from community stated that they or one of their families had been subjected to medical errors. 27% of the subjected medical staff and 36% of the subjected individuals from community expressed that they had received serious harm. Half of the participants considered both the person who made the error and the healthcare facility responsible. The idea that patients also had responsibilities for a safer healthcare was more popular among medical personnel. The both groups agreed on most causes of medical errors although medical personnel emphasized on "long working hours" while the community pointed "inadequate time spared by physicians for patients" as a major cause. **Conclusion:** A significant part of the medical personnel and the community are being harmed by avoidable medical errors. Increasing the involvement of health service receivers in service process and utilizing their opinions about medical errors for improvement may contribute to decreasing the medical errors.

Key words: Patient safety, medical error, health staff, community

Genel Tıp Derg 2011;21(4): 123-130

Gönderim Tarihi: 20.01.2012

Kabul Tarihi: 08.02.2012

Yazışma adresi: Yrd.Doç.Dr.Yasemin Durduran, Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 42080 Konya

E-posta: ydurduran@selcuk.edu.tr

Hasta ve yakınlarında ciddi zararlar sonuylanabilen tıbbi hatalar sağlık çalışanlarını da olumsuz etkilemektedir (1,2). Tıbbi hatalar konusundaki çalışmalar genellikle sistemdeki sorunlar, hataların raporlanması ve sağlık çalışanlarının görüşlerinin ortaya konması biçimindedir. Tıbbi hataların daha

kapsamlı olarak anlaşılabilmesinde sağlık hizmeti verenler kadar hizmetten yararlananların da görüşlerinin alınması önemli olduğu ileri sürülmektedir (3). Böylece, toplumun bu konuya bakışının hasta güvenliğinin geliştirilmesi girişimleri için bilgi sağlayacağı düşünülmektedir. Hastaların ve toplumdaki diğer bireylerin görüşüne yer veren çalışma sayısı yetersizdir (4,5). Hastalar genellikle tıbbi hataların pasif mağdurları olarak görülmektedir. Oysa sağlık hizmetinden yararlanırken aktif rol almalarının ve katılımcı olmalarının tıbbi hataların ortaya çıkmasını önlemede önemli olduğu düşünülmektedir (6). Az sayıdaki araştırmada toplumdaki bireylerin tıbbi hatalar konusundaki farkındalıklarının artmakta olduğu gösterilmiştir (7,8).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda hızlı dönüşümler yaşanmaktadır. Sağlık sistemindeki değişimler, teknolojinin getirdiği yenilikler, hizmetleri daha karmaşık hale getirmekte ve tıbbi hataların yaşanmaması için daha fazla önlem alınmasını gerektirmektedir (9). Ancak sağlık hizmetinden faydalanacak kişileri dışarıda bırakarak alınacak önlemlerin hasta güvenliğini sağlamada yeterli olamayacağı belirtilmektedir (3). Tıbbi hatalar konusuna sağlık hizmeti verenlerle hizmetten yararlananların bakışı farklılık gösterebilmektedir (5).

Tıbbi hatalar konusunda toplumun görüşü genellikle göz ardı edilmektedir. Bu durum tıbbi hatalarla mücadeleyi zorlaştırmaktadır. Bu çalışma, sağlık çalışanları ve toplumun tıbbi hatalar konusundaki görüşlerini değerlendirmek ve karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır.

Yöntem

Bu kesitsel saha araştırması, Konya’da yapıldı. Örneklem çerçevesi (evren), Konya il merkezindeki kamu hastaneleri ile birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personeli ve kent merkezinde yaşayan toplumdur. İl merkezindeki tüm kamu hastanelerinde çalışan sağlık personelinden (hekim, hemşire ve hemşire olarak çalışan diğer sağlık personeli) katılmayı kabul edenler örnekleme alındı. Hastanedeki her birimden katılımın sağlanmasına özen gösterildi. Sağlık ocaklarında çalışan sağlık personelini temsil etmek üzere üç merkez ilçeden rastgele seçilen dörderden toplam 12

birinci basamak sağlık kuruluşundaki sağlık personeli örnekleme alındı. Benzer şekilde toplum örnekleme için üç merkez ilçeden rastgele seçilen dörderden toplam 12 mahalleden birer küme çalışmaya alındı. Küme hacmi 20 alındı ve küme başlangıç noktaları Ev Halkı Tespit Fişlerinden rasgele belirlendi. Her haneden araştırmaya katılmayı kabul eden bir yetişkin ile görüşüldü.

Araştırma için yerel etik kurulun izni alındı. Ayrıca sağlık personeli ve yetişkin toplum bireylerinden sözlü onam alınarak araştırmaya katılmayı kabul edenlere anket uygulandı. Hastaneler ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında toplam 489 sağlık personeline ulaşıldı. Toplum örnekleme ise 12 kümeden 20’şer olmak üzere 240 kişi olarak gerçekleştirildi.

Veriler, üç bölümden oluşan bir anket yardımıyla toplandı. İlk bölümde bireylerin demografik özellikleri, ikinci bölümde bireylerin kendisi veya ailesinde tıbbi hata ile karşılaşma durumu ve tıbbi hatalarla ilgili görüşleri sorgulandı. Üçüncü bölümde ise Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)’nin (10) tıbbi hatalardan korunabilmek için bireylere önerdiği davranışların tıbbi hataları önleme derecesi ve uygulanabilirliği soruldu.

Veriler, yüzdelerle özetlendi. Kategorik verilerin gruplar arası karşılaştırılmasında Ki-Kare testinden yararlanıldı. Anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alındı.

Bulgular

Çalışmaya katılan 489 sağlık personelinin 156’sı (% 31,9) hekim, 333’ü (% 68,1) hemşire olup toplumdaki katılımcı sayısı ise 240 idi. Sağlık Personelinin % 71’i, toplumun ise % 69’u kadındı. Sağlık Personelinin % 82’si toplumun ise % 63’ü 40 yaşın altındaydı (Tablo 1). Çalışmaya katılan sağlık personelinin yarıya yakını orta düzey, üçte biri 15 yıl ve üzerinde mesleki kıdeme sahipti. Sağlık personelinin çoğunluğu haftada 40 saatin üzerinde çalıştığını ifade etti (Tablo 1).

Hem sağlık personeli hem de toplum bireyleri sırasıyla % 23 ve % 22 oranında kendisinin ya da aile bireylerinin tıbbi hataya maruz kaldığını ifade etti ($P>0,05$). En sık ifade edilen tıbbi hata türü toplumda daha fazla olmak üzere ($P<0,01$) tıbbi uygulama hataları idi. Sağlık çalışanları ve toplumun dörtte üçü ($P>0,05$) deneyimledikleri tıbbi hatalardan

hekimlerin sorumlu olduğunu belirtti ve hekimlerde bu oran % 50 idi. Tıbbi hata ile karşılaşan sağlık personelinin % 27'si, toplum bireylerinin % 36'sı yaşadıkları tıbbi hatanın ciddi sonuçları olduğunu bildirdi. "Tıbbi hata sonucunda yaşanan" sorunlar yönünden sağlık personeli ve toplum arasında fark vardı ve sağlık personeli daha yüksek oranda tıbbi hataya bağlı ölüm bildirmişti (P=0,033). Diğer hataya bağlı sorunların görülme sıklığı her iki kesimde benzer orandaydı (Tablo 2).

Tablo 1. Çalışmaya katılan sağlık personeli ve toplumun demografik özellikleri

Demografik özellik	Sağlık personeli (n=489)		Toplum (n=240)		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Cinsiyet	Erkek	143	29,2	74	30,8
	Kadın	346	70,8	166	69,2
Yaş grubu	29 yaş ve altı	186	38,0	88	36,7
	30-39 yaş	216	44,2	63	26,2
	40 yaş ve üzeri	87	17,8	89	37,1
Öğrenim düzeyi	İlköğrenim			98	40,9
	Ortaöğrenim	120	24,5	68	28,3
	Yükseköğrenim	205	41,9	74	30,8
	Lisansüstü	164	33,6		
Medeni durum	Bekar	118	24,2	76	31,7
	Evli*	370	75,8	164	68,3
Gelir düzeyi algısı	İyi	204	41,7	82	34,2
	Orta	205	41,9	121	50,4
	Kötü	80	16,4	37	15,4
Çalıştığı birim	Dâhili klinikler	144	29,5		
	Cerrahi klinikler	165	33,7		
	Birinci basamak	180	36,8		
Mesleki kıdemi	5 yıldan az	111	22,7		
	5-14 yıl	234	47,9		
	15 yıl ve üzeri	144	29,4		
Haftalık çalışma saati	40 saat	169	34,6		
	41-49 saat	242	49,4		
	50 saat ve üzeri	78	16,0		

*13'ü dul ya da ayrı

Çalışmaya katılan hem sağlık personeli hem toplumun yarısı tıbbi hatalardan dolayı hem kişilerin hem de kurumların sorumlu tutulması gerektiğini belirtti (P>0,05). Genel olarak sorulduğunda sağlık personelinin % 38'i, toplumun % 46'sı tıbbi hataları

Tablo 2. Sağlık personeli ve toplumun tıbbi hatalarla ilgili deneyimleri

Kişisel deneyimler	Sağlık personeli (n=489)		Toplum (n=240)		P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Ailede tıbbi hataya maruziyet:					0,781
Yok	375	76,7	187	77,9	
Var	114	23,3	53	22,1	
Tıbbi hata türleri:					*0,001
Tıbbi uygulama hatası	34	6,9	33	13,7*	
Ameliyat hatası	24	4,9	4	1,7	
Tanı hatası	19	3,9	8	3,3	
Diğer hatalar	37	7,5	8	3,4	
Hatadan sorumlu görülenler:					0,278
Hekim	77	67,6	44	75,5	
Hemşire	21	18,4	10	18,9	
Diğer sağlık pers.	16	14,0	3	5,6	
Hata sonucunda yaşananlar:					*0,033
Fiziksel sorunlar	31	27,2	15	28,3	
Psikolojik sorunlar	52	45,6	19	35,9	
İş gücü kaybı	14	12,3	13	24,5	
Sakatlık	4	3,5	5	9,4	
Ölüm	13	11,4	1	1,9*	

en sık yapan meslek grubu olarak hekimleri göstermekle (P>0,05) birlikte hemşireleri itham etme oranı toplumda daha yüksekti (P<0,001). Çalışmamızda hemşireler daha çok hekimleri (% 48) sorumlu tutarken, hekimler kendi meslektaşlarının daha az oranda (% 17) sorumlu olduğunu belirtti (P<0,01). Sağlık personelinin % 78'i, toplumun % 63'üne göre hataları önlemede hastaların da sorumluluğu olduğu (P<0,001); sağlık personelinin % 19'u, toplumun % 33'ü hastaların kendilerini tıbbi hatalardan koruyamayacaklarını ifade ettiği (P<0,001), sağlık personelinin % 6'sı, toplumun % 15'i çok sık tıbbi hata duymu aldıklarını belirttiği (P<0,001) ve hataları önlemede bilgi ve farkındalığına güvenme oranının sağlık personeline göre toplumda daha düşük olduğu (P<0,001) belirlendi (Tablo 3).

Tıbbi hataların sebebi olarak sağlık personeli "uzun çalışma nedeniyle yorgunluk/stres" ve "hemşirelerin sayıca yetersiz olmasını" topluma göre daha yüksek oranda öne çıkarırken (P<0,01), toplum "hekimlerin hastalara yeterince vakit ayırmaması" hususunu personele göre daha yüksek oranda (P<0,001) dile

Tablo 3. Sağlık personeli ve toplumun tıbbi hata ile ilgili düşünceleri

Tıbbi hata ile ilgili konu/bilgi	Sağlık personeli (n=489)		Toplum (n=240)		P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Hataların sorumlusu					0,261
Kişiler	160	32,7	92	38,3	
Kurumlar	56	11,5	29	12,1	
Her ikisi	273	55,8	119	49,7	
Tıbbi hataları en sık yapan meslek grubu					<0,001
Hekimler	187	38,3	111	46,3	
Hemşireler	73	14,9	76	31,7	
Hekim ve hemşireler	129	26,4	27	11,2	
Diğer sağlık çalışanları	100	20,4	26	10,8	
Hataları önlemede hastaların sorumluluğu					<0,001
Var	381	77,9	150	62,5	
Yok	73	14,9	62	25,8	
Bilmiyorum	35	7,2	28	11,7	
Hastalar tıbbi hatalardan kendilerini koruyabilir mi?					<0,001
Büyük oranda koruyabilir	95	19,4	28	11,7	
Kısmen koruyabilir	302	61,8	132	55,0	
Koruyamaz	92	18,8	80	33,3	
Tıbbi hatalarla ilgili duyum alma sıklığı					<0,001
Hiç duymadım	9	1,8	11	4,6	
Nadiren	221	45,2	86	35,8	
Ara sıra	231	47,3	106	44,2	
Çok sık	28	5,7	37	15,4	
Hatalardan korunmada bilgi ve farkındalığına güvenme durumu					<0,001
Çok	229	46,9	39	16,2	
Biraz	230	47,0	130	54,2	
Hiç	30	6,1	71	29,6	

getirmişti. Tıbbi hata durumunda hem sağlık personeli hem toplum yüksek oranda hataların hastaya açıklanması gerektiğini belirtirken ($P>0,05$); toplumun daha yüksek oranda özür dilenmesi ve dava edilmesi gerektiğini ifade ettiği saptandı ($P<0,001$) (Tablo 4).

Sağlık personeli ve toplumun tıbbi hataları önlemek için önerilen davranışları “önleyebilir” ve “uygulanabilir” bulma oranları karşılaştırıldı. Önerilen davranışların yaklaşık yarısında sağlık personeli ve toplumun benzer düşündüğü belirlendi.

Tıbbi hataları önlemek için önerilen bazı davranışların hataları “önleyebilirliği” konusunda toplumun daha iyimser olduğu belirlendi ($P<0,05$). Buna karşılık “hastanın ilaç alerjisini hekiminin bilmesi”, “yazılan reçetelerin okunaklı olması”, “ilaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi”, “klinikteki tüm sağlık personelinin hastayla ilgili önemli bilgileri bilmesi”, hususlarının “uygulanabilirliği” konusunda toplumun daha karamsar olduğu tespit edildi ($P<0,05$) (Tablo 5).

Tablo 4. Sağlık personeli ve topluma göre tıbbi hata sebepleri ve hataya karşı tutum

Tıbbi hata sebepleri ve tutum	Sağlık personeli		Toplum		P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Tıbbi hataların sebepleri					
Uzun çalışma nedeniyle yorgunluk, stres	378	77,3	160	66,5	0,002
Hemşirelerin sayısı olarak yetersiz olması	246	50,3	79	33,0	<0,001
Hekimlerin hastaya az vakit ayırması	267	54,6	175	72,8	<0,001
İletişim bozuklukları	268	54,8	129	53,9	0,822
Ekip çalışmasının olmaması	200	40,9	83	34,6	0,097
Sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısı	170	34,8	91	38,1	0,356
Mesleki eğitimin yetersiz olması	163	33,3	88	36,6	0,372
Doktorların el yazılarının okunmaması	150	30,7	86	35,8	0,155
Tıbbi hata durumunda tutum					
Hasta zarar görmediyse bir şey gerekmez	52	10,6	8	3,3	<0,001
Yapılan hatalar hastaya açıklanmalıdır	370	75,7	185	77,2	0,649
Hastadan özür dilenmelidir	211	43,1	136	56,7	<0,001
Hata yapanlar dava edilmelidir	98	20,0	152	63,4	<0,001

Tartışma

Türkiye’de sağlık personeli ile birlikte toplumun da tıbbi hatalar konusundaki görüşlerinin alındığı ve karşılaştırıldığı başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusu yerli literatürde henüz yeterince yer almamaktadır. Bulgular, bu tür karşılaştırmalarla ilgili çalışmaların yetersiz olduğu literatür ışığında tartışılmıştır. Bu çalışmadaki sağlık personeli ve toplumun kendilerine ait görüşleri belirlenen örneklem çerçevesi için

Tablo 5. Sağlık personeli ve toplumun tıbbi hataları önlemek için önerilen davranışları “önleyebilir” ve “uygulanabilir” bulma oranları (%)

Önerilen davranışlar	Önleyebilir		Uygulanabilir	
	Sağlık Personeli	Toplum	Sağlık Personeli	Toplum
Hastanın kullandığı bütün ilaçlardan (reçeteli veya reçetesiz) doktorun haberdar olması	98,2	96,1	91,8	89,0
Hastanın ilaç alerjisini doktorunun bilmesi	99,2	98,0	97,3	92,5**
Yazılan reçetelerin okunaklı olması	95,5	89,0**	93,9	87,0**
Eczaneden ilaç alırken reçetede ilaçların ayısının verildiğinden emin olunması	95,3	94,5	92,2	92,5
Reçete yazılırken ve eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılır olması	97,8	96,9	96,3	96,1
İlaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi	97,5	98,0	95,9	90,6**
İlaçların yan etkileri konusundaki bilginin yazılı verilmesi	87,3	91,3	67,3	73,2
Seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi	69,5	79,1**	65,6	72,8*
Hastanın, kendisine doğrudan temas edecek sağlık personelinden ellerini yıkamasını istemesi	75,5	86,2**	64,8	67,7
Taburcu olurken evde uygulanacak tedavi planının doktordan istenmesi	94,7	95,7	93,5	90,2
Cerrahin, ameliyat hakkında hastaya ayrıntılı bilgi vermesi/ameliyat bölgesini birlikte işaretlemeleri	76,7	87,0	67,1	69,7
Tedavi ve bakımla ilgili merak edilen her şeyin sorulması	90,2	95,7	85,7	82,3
Hastanın, kendisinden hangi doktorun sorumlu olduğunu bilmesi	83,8	86,6	93,3	92,1
Klinikteki tüm sağlık çalışanlarının hastayla ilgili önemli bilgileri bilmesi	93,5	91,7	84,0	77,6*
Hastanın, beraberinde haklarını savunacak bir yakınının bulunması	64,8	77,2**	68,9	76,8*
Hastanın, yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması	78,7	87,8**	76,1	80,3
Hastaya bir test yapıldıysa, hastanın sonuçları istemesi	78,7	85,0**	90,2	86,2
Hastanın şimdiki durumu hakkında doktor, hemşire ve diğer güvenilir kaynaklardan bilgi alması	87,3	94,5**	94,5	92,1

* P<0.05; ** P<0.01

geçerlidir. Ayrıca, sağlık personelinin ve toplumdaki bireylerin “tıbbi hata” terimine aynı anlamı yükledikleri varsayılmıştır. İkinci olarak katılımcıların ya da aile bireylerinden birinin tıbbi hata ile karşılaşmış oldukları ifadeleri doğru kabul edilmiştir. Hafıza faktörü çalışmanın kısıtlıklarındandır. Çalışmaya hemşirelerin dâhil edilmesi sebebiyle sağlık personelinin çoğunun kadın olması; ayrıca, görüşme saatlerinde evde daha çok kadınların olması sebebiyle toplum örneklemesinde de kadınlar fazla sayıda yer alması, tıbbi hataların aile boyutunda sorgulanması sebebiyle cinsiyet eşitsizliği yönünden bir sorun olarak görülmemiştir. Elde edilen bilgilerin ilgili evren parametrelerini temsil ettiği varsayılmıştır. Çalışmaya sadece sağlık personeli değil, toplumun da görüşlerine yer verilmiş olması araştırmanın güçlü yönüdür.

Sağlık personeli ve toplumda benzer oranda (% 23) (Tablo 2) kendisi veya ailesinden birinin tıbbi hata ile karşılaştığını ifade edilmesi tıbbi hata gerçeğinin, sadece toplumun bir algısı değil, sağlık personelinin de karşılaştığı yadsınamaz bir olgu olduğunun bir göstergesi olarak ele alınabilir. Sağlık hizmetlerinde çalışanların bile kendilerini tıbbi hatalardan

koruyamadıkları görülmektedir. Bulgularımıza benzer şekilde, tıbbi hatalarla ilgili, Avrupa Birliğine üye ve aday ülkelerde yapılan Eurobarometer anketinde (11) katılımcıların % 23’ü tıbbi hataya maruz kaldıklarını belirtmiştir. New York’ta da toplumun % 21’inin tıbbi hata ile karşılaştıkları bildirilmiştir (4). Bunlara karşılık Blendon ve arkadaşlarının (5) yaptığı çalışmada hekim ve ailelerinin tıbbi hatayla karşılaşma oranı % 35, toplumdaki de % 42 olduğunu belirtmiştir. Schwappach ve Koeck (12) de sağlık çalışanlarında tıbbi hata deneyimini % 30 bildirilmiştir. Kanada’da yapılan başka bir çalışmada (3) da toplumdaki bireylerin tıbbi hatayla karşılaşma oranı % 37 bulunmuştur. Çalışmamızda tıbbi hata ile karşılaşma oranının bu çalışmalardan nispeten düşük olmasının sebebi bireylerin tıbbi hata olarak algıladığı durumların farklı olmasından kaynaklanabilir. Tıbbi hataların kayıt ve hastaya bildiri ile ilgili güvenlik kültürü farklılıkları da tıbbi hataları algılama düzeyinde farklılıklar doğurabilir.

Kendi yaşadıkları tıbbi hatanın sorumlusu olarak sağlık personelinin üçte ikisi hekimleri sorumlu tutmaktadır (Tablo 3). Blendon ve arkadaşlarının (5)

çalışmasında benzer şekilde hekimlerin % 70'i kendilerine yapılan hataya hekimlerin sebep olduğunu belirtmiştir. Gallagher ve arkadaşları (13) da hekimlerin % 55'inin hasta bakımında ciddi bir hatada paylarının olduğunu bildirmiştir. Toplumdaki bireyler de yaşadıkları tıbbi hatanın sorumlusu olarak büyük oranda (% 76) hekimleri göstermektedir (Tablo 2). Bu durum hastaların hekimi kendi tedavilerinden birinci derecede sorumlu görmelerinin sonucudur, denilebilir. Nitekim Blendon ve arkadaşlarının (5) çalışmasında toplumun % 81'i maruz kaldıkları hatadan dolayı hekimlerini sorumlu tutmaktadır. Avrupa ülkelerinde toplumun % 69'u tedavileri sırasında hekimlerin hata yapmayacağına inanmaktadır. Türkiye'de ise toplumun sadece % 43'ü hekimlerine güvenmektedir (11). Hekimler sağlık bakımının lideri olarak görüldüğünden yapılan hatalardan da öncelikli olarak onlar sorumlu tutulmaktadır.

Sağlık personeli kendi ve ailesi olarak maruz kaldıkları tıbbi hatalar sonucunda toplumdan daha yüksek oranda ölümcül zarar görmüşlerdir (Tablo 2). Bunun sebebi, sağlık personelinin tıbbi hataları daha net değerlendirebiliyor olmasına bağlanabilir. Toplum ise bir yakınının ölümle sonuçlanan sağlık sorununun sebebinin tıbbi bir hata olduğunu bilmeyebilir. Genel olarak sağlık personelinin dörtte biri tıbbi hatadan dolayı ciddi zarar görmüşlerdir. Blendon ve arkadaşlarının (5) çalışmasında hekimlerin % 18'i kendilerine yapılan tıbbi hatadan dolayı ciddi zarar gördüklerini belirtmiştir. Tıbbi zararın ciddiyeti sağlık personeli ve topluma göre farklı algılanabilmektedir. Toplumda tıbbi hata ile karşılaşan bireylerin üçte biri yaşadıkları tıbbi hatanın ciddi sonuçları olduğunu (% 25 işgücü kaybı, % 9 sakatlık, % 2 ölüm) bildirmiştir (Tablo 2). Benzer bir çalışmada toplumun % 24'ünün tıbbi hatadan dolayı ciddi zarar gördüğü belirtilmektedir (% 17 işgücü kaybı, % 23 sakatlık, % 10 ölüm) (5). Benzer bir oranla, Northcott ve arkadaşlarının (3) çalışmasında da toplumun % 26'sı sağlık personelinin hastada ciddi zararlarla sonuçlanan tıbbi hatalar yaptıklarını düşünmektedir.

Sağlık personeli ve toplumun yarısı yapılan hatalardan kişileri ve kurumları birlikte sorumlu tutmaktadır (Tablo 3). Bu bulgu, sağlık hizmetinin mesleki bilgi ve yetenek yanında bir ekip hizmeti ve kurumsal alt yapı gerektiren bir özelliği olduğunu

giderek kavrandığını göstermektedir. Gallagher ve arkadaşlarına (13) göre hekimlerin yarısı hatalardan dolayı kişileri sorumlu tutmaktadır. Diğer bir çalışmada da Blendon ve arkadaşları (5) hekimlerin % 55'inin hatayı yapan kişiyi sorumlu tuttuğunu belirtmiştir. Başka bir araştırmada odak grup görüşmesine katılan hekimler yapılan hatalardan kişilerin sorumlu tutularak, hatadan ders almak ve eğitim aracı olarak kullanmak yerine hatayı yapanı cezalandırma yoluna gidildiğini belirtmişlerdir (14). Kurum değil de kişileri suçlama oranı çalışmadan çalışmaya değişkenlik göstermektedir. Bunun sebebi hasta bakımında güvenlik kültürünün gelişmişliği ve algılanması ile ilgili olabilir. Toplumun hata yapanı suçlama ve cezalandırmadan yana olduğu görülmektedir.

Tıbbi hatadan dolayı suçlanan kişi en başta hekimlerdir. Blendon ve arkadaşlarının çalışmasında (5) toplum, hataların sebebi olarak daha çok (% 55) sağlık çalışanlarını göstermiştir. Başka bir çalışmada benzer şekilde katılımcıların % 56'sı önlenebilir tıbbi hatalardan dolayı kişilerin sorumlu olduğunu düşünmektedir (3). Bu çalışmada hemşireler daha çok hekimleri sorumlu tutarken, hekimler kendi meslektaşlarını daha az oranda sorumlu bulmuştur. Hekimler kendi karşılaştıkları tıbbi hatanın sorumlusu olarak % 50 oranında hekimleri gösterirken genel olarak sorulduğunda meslektaşlarını koruma eğilimindedir. Bunun sebebi, hekimlerin hata yaptıklarında dava edilme, hastanın güvenini kaybetme, meslektaşlarına karşı saygınlığını kaybetme gibi endişeler taşımaları olabilir (7). Tıbbi hatalar konusunda sağlık çalışanları kendi (meslek grubu) dışındakileri suçlama eğilimindedir. Bu tutum, hataların kaynağını bulma ve giderme kültürü yerine cezadan korunma anlayışının etkili olduğunu akla getirmektedir. Toplum, tıbbi hataları en sık yapan meslek grubu olarak daha çok hekimleri göstermekle birlikte sağlık çalışanlarından farklı olarak hemşireleri de sorumlu tutmaktadır (Tablo 3). Benzer şekilde Blendon ve arkadaşlarının (5) çalışmasında da toplumun çoğu hekimleri sorumlu tutarken, % 25'i de hemşirelerin sorumlu olduğunu düşünmektedir. Bu sonuçta, hekim ve hemşirelerin hastalarla en sık etkileşimde bulunan personel olmaları sebebiyle hata yapma olasılıklarının da daha fazla olmasının etkili olacağı akılda tutulmalıdır.

Hem sağlık personeli hem toplum farklı oranda da olsa hataları önlemede hastaların da sorumluluğu olduğu görüşünü paylaşmışlardır. Ancak tıbbi hatalar toplumda daha çok konuşulmaktadır. Olasıdır ki sağlık personeli tıbbi hataları çeşitli sebeplerle daha az bahse konu yapmaktadırlar. Sağlık personelinin çoğunluğu hastaların kısmen de olsa tıbbi hatalardan kendilerini koruyabileceklerini düşünmektedir. Oysa sağlık çalışanlarından farklı olarak toplum bireyleri tıbbi hatalardan kendilerini koruyamayacaklarını, bilgi ve farkındalıklarına güvenmediklerini düşünmektedirler (Tablo 3). Eurobarometre anketinde (11) katılımcılar tıbbi hatalardan korunmada hastaların da rolü olduğunu düşünmekle birlikte asıl sorumluluğun sağlık sistemine ait olduğunu belirtmektedirler. Hastalara kendi tedavi ve bakımlarıyla ilgili karar verme sürecinde çok fazla söz hakkı tanımayan sağlık çalışanları, burada hastaların sorumluluk almalarını beklemektedir.

Tıbbi hataların sebeplerinin çoğu konusunda sağlık personeli ve toplum hemfikirdir. Ancak tıbbi hataların önemli sebebi olarak sağlık personeli “uzun çalışma saatleri” ve “hemşire yetersizliği”nde toplumdan, toplum da “hekimlerin hastalara yeterince vakit ayırmaması” hususunda sağlık personelinin farklı düşünmektedir. Hataların çoğu sebebinde ortak görüş bulunması hataların azaltılmasında karşılıklı katkı yapabilecekleri konusunda ümit vermektedir. Tüm katılımcıların çoğu yapılan hataların hastaya açıklanması gerektiği konusunda birleştiği halde, sağlık personelinin farklı olarak toplumun yarından fazlası hata için hastadan özür dilenmesi ve dava edilmesinin gerektiğini düşünmektedir (Tablo 4). Blendon ve arkadaşlarının (5) çalışmasında da hekimlerin çoğu (% 77) tıbbi hataların hastaya açıklanması gerektiğini bildirmiştir. Literatüre göre tıbbi hata durumunda etik olarak önce hastaya hata hakkında yeterli açıklamada bulunulmalı, hata için özür dilenmeli ve mümkünse hata telafi edilmelidir (15). Özür dilemek suçu kabul etmek anlamına geldiğinden hekimler kendilerine yasal sorumluluk getireceği düşüncesiyle hastadan özür dilemeye yanaşmamaktadır. Hekimler hatadan dolayı çok üzgün olsalar da, hastaya duygusal destek olma konusunda isteksiz davranmaktadır (7). Hekimler malpraktis davalarına yol açmasından korktukları için yaptıkları hataları açıklamak istememektedir (16). Tıp öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da katılımcıların % 80’i yapılan hatanın

hastaya açıklanması görüşündedir (17). Hebert (18) tıbbi hataların açıklanmasının etik ve profesyonel bir davranış olduğu görüşündedir. Gallagher ve arkadaşlarının (7) çalışmasında bireyler, hataların açıklanmasını isterken, hekimler hastada önemli zarar oluşturmayan hataların açıklanmaması gerektiği görüşündedir. Bir başka çalışmada (5) da toplumun % 89’u hekimlerin tıbbi hataların hastalara açıklanması gerektiği görüşünde olduğu bildirilmiştir.

Tıbbi hataları önlemek için önerilen davranışların yarısında sağlık personeli ve toplum “önleyebilirlik” ve “uygulanabilirlik” yönünden benzer düşünmektedir. Bunun dışında tıbbi hataları önlemek için önerilen bazı davranışların hataları “önleyebilirliği” konusunda toplum daha iyimserken, “uygulanabilirliği” konusunda daha karamsardır (Tablo 5). Bu çelişki, toplumun beklenti içinde olmasına rağmen gözlem ve deneyimlerine bakarak çok da ümitli olmadığını göstermektedir. Ancak toplumun önleyici davranışların çoğunda önleyicilik ve uygulanabilirlik yönünden sağlık personeli ile benzer düşünmesi tıbbi hataları azaltmada sorumluluk alabileceğini, katkı verebileceğini düşündürmektedir. Bu da personelle toplum arasında iletişimin güçlendirilmesi ile gerçekleştirilebilir.

Sonuç olarak, hem sağlık personeli hem toplumun önemli bir bölümü tıbbi hata ile karşılaşmaktadır. Tıbbi hataların sebepleri ve önleyici davranışlar konusunda sağlık personeli ve toplumun ortak görüşleri olduğu gibi farklı görüşleri de vardır. Tıbbi hataların azaltılması girişimlerine iki tarafın ortak görüşe sahip olduğu konulardan başlanması başarıyı artırabilir. Tıbbi hatalar hakkında sağlık personeli ve toplumda farkındalık oluşturulması, hasta/ailesinin kendi sağlıklarına ilgilerinin artırılması ve tıbbi hatalardan korunma, ilaçların güvenli kullanımı gibi konularda eğitim verilmesi, tıbbi hataları azaltabilir.

Kaynaklar

1. Institute of Medicine (IOM) Kohn LT, Corrigan JM eds. Donaldson MS. To err is human: Building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 2000. http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9728&page=1
2. Pronovost PJ, Thompson DA, Holzmueller CG. Defining and measuring patient safety. Crit Care Clin 2005;21:1-19.
3. Northcott H, Vanderheyden L, Northcott J, Adair C, McBrien-Morrison C, Norton P, et al. Perception of preventable medical error in Alberta, Canada. Int J Qual Health Care 2008;20:115-22.

4. Adams RE, Boscarino JA. A community survey of medical errors in New York. *Int J Qual Health Care* 2004;16:353-62.
5. Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, Benson JM, Rosen AB, Schneider E, et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors. *New Engl Med* 2002;347:1933-40.
6. Vincent CA and Coulter A. Patient safety: What about the patient? *Qual Saf Health Care* 2002;11:76-80
7. Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA* 2003;289:1001-07.
8. Al-Mandhari AS, Al-Shafae MA, Al-Azri MH, Al-Zakwani IS, Khan M, Al-Waily AM, Rizvi S: A survey of community members' perceptions of medical errors in Oman. *BMC Med Ethics* 2008; 29:1-8.
9. Institute of Medicine (IOM). Committee on Quality of Health Care in America Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century, Washington DC: National Academy Press; 2001. http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10027&page=23
10. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). 20 Tips to Help Prevent Medical Errors. Patient Fact Sheet. Publication No. 00-PO38, Rockville, MD. 2000. <http://www.ahrq.gov/consumer/20tips.pdf>
11. European Commission. Medical errors. Eurobarometer 241/64.1 and 64.3 TNS: Opinion and Social; 2006.
12. Schwappach DLB, Koeck CM, What makes an error unacceptable? A factorial survey on the disclosure of medical errors. *Int J Qual Health Care* 2004;16:317-26.
13. Gallagher TH, Waterman AD, Garbutt JM, Kapp JM, Chan DK, Dunagan WC, et al. US and Canadian physicians' attitudes and experiences regarding disclosing errors to patients. *Arch Intern Med* 2006;166:1605-11.
14. VanGeest JB, Cummins DS. An educational needs assessment for improving patient safety. National Patient Safety Foundation, White Paper Report 3. 2003;1-28.
15. Crigger NJ. Always having to say you're sorry: an ethical response to making mistakes in Professional practice. *Nursing Ethics* 2004;11:568-76
16. Robinson AR, Hohmann KB, Rifkin JI, Topp D, Gilroy CM, Pickard JA, et al. Physician and public opinions on quality of health care and the problem of medical errors. *Arc Intern Med* 2002;162:2186-90
17. Sorokin R, Riggio JM, Hwang C. Attitudes about patient safety: a survey of physicians in training. *Amer J Med Qual* 2005;20:70-7.
18. Hebert PC. Disclosure of adverse events and errors in healthcare: an ethical perspective. *Drug Safety* 2001;24:1095-104.