

BÖLÜM 5

HASTA GÜVENLİĞİ

Ramazan KIYAK¹

GİRİŞ

Hasta güvenliğini ilk kez ele alan kişi Hipokrat olmuş olup ve Hipokrat yemininde bunu " kimseye zarar vermeyeceğim " diye belirtmiştir.

Tarih boyunca çeşitli isimler hasta güvenliği kavramını çeşitli hastalıklar üzerinden ortaya koymuşlardır. Bazı çalışmalar dikkate alınmış ve üzerine eklemeler yapıp optimize edilmiş bazıları ise göz ardı edilmiştir.

Ancak günümüzde hasta hatasından bir yılda kaybedilen insan sayısı çok fazla olmaktadır ve ölçülebilir maliyetinin ise milyar dolarlar olduğu düşünülmektedir.

Bu veriler sonucunda tıbbi hatalara ve hasta güvenliğine yaklaşımlar olumlu yönde değişmiştir. Meydana gelen olayların kayıt edilmesi ve rapor edilmesi için gereken yolların ve yöntemlerin gün geçtikçe devamlı değişmesi ile ramak kala olan tıbbi hatalardan daha ağır sonuçlara kadar varan tıbbi hatalar rapor edilmeye başlanmıştır ve hasta güvenliğinin iyileştirilmesinde hem yerel hem de ulusal düzeyde iyileştirmeler yapılmıştır.

Hasta güvenliği konusu herkesin sahiplenmesi gereken bir konudur. Kurumların en üst düzey yöneticilerinden başlayarak çalışanlar ve hastaların arasında açık ve etkin iletişim gerekir.

Günümüzde tıbbi hatalar tüm tıbbi uzmanlıklarda ve tüm deneyim seviyelerinde olabilmektedir. Stres ve yorgunluk gibi insan faktörleri, odaklanma ve diğer stresörler meydana gelebilecek hata riskini arttırmaktadır. Genel olarak klinisyenler çalışkan ve ilgilidirler ama bir hata ile karşılaştıklarında bu durumdan etkilenen klinisyenler sahada çalışırken kaygı, depresyon ve kendilerinden şüphe duymaya başlarlar ve motivasyonlarını kaybederler, sonuçta hiçbir klinisyen bile rek ve isteyerek hata yapmaz ve hastaya zarar vermez. Sağlık hizmetleri sunumunda her tıbbi uygulama ve girişim normal olarak bazı riskleride beraberinde getirir.

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD., kiyak1903@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Baldisseri MR. Impairedhealthcareprofessional. *CritCareMed.* 2007;35(2 Suppl):S106-S116.
2. Magnavita N. he unhealthyphysician. *J MedEthics.* 2007; 33(4):210-214.
3. Haerkens MHTM, Jenkins DH, van der Hoeven JG. Crewresource management in the ICU: the need for culture change. *AnnIntensCare.* 2012;2(1):39-39.
4. Schamel J. How the pilot's checklist came about. *OicerReview Magazine.* 2010;50(5):16.
5. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med.* 2006;355(26):2725-2732.
6. Gawande A. he Checklist Manifesto: How to Get Things Right. New York: Henry Holt and Company; 2010.
7. Frakes MA, Van Voorhis S. Effectiveness of a challenge-and-respond checklist in ensuring safety-behavior compliance by medical team members at a rotor-wing Air Medical Program. *AirMed J.* 2007;26(5):248-251.
8. Anthes E. Hospital checklists are meant to save lives - so why do they often fail? *Nature.* 2015;523(7562):516-518.
9. Brunsveld-Reinders AH, Arbous MS, Kuiper SG, de Jonge E. A comprehensive method to develop a checklist to increase safety of intra-hospital transport of critically ill patients. *CritCare.* 2015;19.214.
10. Winters BD, Gurses AP, Lehmann H, Sexton JB, Rampersad CJ, Pronovost PJ. Clinical review: Checklist translating evidence into practice. *CritCare.* 2009;13(6):210-218.
11. Catchpole KR, de Leval MR, McEwan A, et al. Patient handover from surgery to intensive care: using Formula 1 pit-stop and aviation models to improve safety and quality. *Paediatr Anaesth.* 2007;17(5):470-478.
12. Association AMP. Safe Handoff of Care in Air/Ground Medical Transport. Salt Lake City, UT: Air Medical Physician's Association; 2012.
13. Greenberg CC, Regenbogen SE, Studdert DM, et al. Patterns of communication breakdowns resulting in injury to surgical patients. *J Am Coll Surg.* 2007;204(4):533-540.
14. Solet DJ, Norvell JM, Rutan GH, Frankel RM. Lost in translation: challenges and opportunities in physician-to-physician communication during patient handoffs. *AcadMed.* 2005;80(12):1094-1099.
15. Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, et al. Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *N Engl J Med.* 2014;371(19):1803-1812.
16. Flanigan M, Heilman JA, Johnson T, Yarris LM. Teaching and Assessing ED. Handoffs: a qualitative study exploring resident, attending, and nurse perceptions. *West J Emerg Med.* 2015;16(6): 823-829.
17. Meisel ZF, Shea JA, Peacock NJ, et al. Optimizing the patient handoff between emergency medical services and the emergency department. *Ann Emerg Med.* 2015;65(3):310-317.e311.
18. Panchal AR, Gaither JB, Svirsky I, Prosser B, Stolz U, Spaite DW. The impact of professionalism on transfer of care to the emergency department. *J Emerg Med.* 2015;49(1):18-25.
19. Grissinger M. he ive rights: a destination without a map. *Pharmacy and therapeutics.* 2010;35(10):542-542.
20. Institute for Safe Medical Practices (ISMP). 2016-2017 Targeted Medication Safety Best Practices-For Hospitals. Horsham, PA: Institute for Safe Medication Practices; 2016.
21. American Academy of Pediatrics, et al. Joint policy statement guidelines for care of children in the emergency department. *J Emerg Nurs.* 2013;39(2):116-131.
22. American College of Clinical Engineering. Impact of Clinical Alarms on Patient Safety. Plymouth Meeting, PA: American College of Clinical Engineering Healthcare Foundation; 2006.
23. Katz S, Falk J. Misplaced endotracheal tubes by paramedics in an urban emergency medical services system. *Ann Emerg Med.* 2001; 37(1):32-37.
24. Jemmett M, Kendal K, Fourre M. Unrecognized misplacement of endotracheal tubes in a mixed urban to rural emergency medical services setting. *Acad Emerg Med.* 2003;10(9):961-965.

25. Kue R, Brown P, Ness C, Scheulen J. Adverse clinical events during intrahospital transport by a specialized team: a preliminary report. *Am J Crit Care.* 2011;20(2):153-162.
26. MacDonald R, Banks B, Morrison M. Epidemiology of adverse events in air medical transport. *Acad Emerg Med.* 2008;15(10): 923-931.
27. Papsin J, Russell K, Taylor D. Unexpected events during the intrahospital transport of critically ill patients. *Acad Emerg Med.* 2007;14(6):574-577.
28. Indek M, Peterson S, Smith J, Brotman S. Risk, cost, and benefit of transporting ICU patients for special studies. *J Trauma.* 1988;28(7):1020-1025.
29. Orr R, Felmet K, Han Y, et al. Pediatric specialized transport teams are associated with improved outcomes. *Pediatrics.* 2009; 124(1):40-48.
30. Frakes M. Flight team management of in-place endotracheal tubes. *Air Med J.* 2002;21(6):29-31.