



ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İSTANBUL VE BURSA İLLERİNDEKİ SAĞLIK
KURULUŞLARINDA RİSK YÖNETİMİ SÜREÇLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİNDE MUTLİDİSİPLİNER
YAKLAŞIMLAR VE HUKUKİ BOYUT**

NURSİMA ORTAKÇI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ADLİ BİLİMLER ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Mehmet Oğuz Polat

İSTANBUL-2025



ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İSTANBUL VE BURSA İLLERİNDEKİ SAĞLIK
KURULUŞLARINDA RİSK YÖNETİMİ SÜREÇLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİNDE MUTLİDİSİPLİNER
YAKLAŞIMLAR VE HUKUKİ BOYUT**

NURSİMA ORTAKÇI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ADLİ BİLİMLER ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Mehmet Oğuz Polat

İSTANBUL-2025

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.



ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Bu tez çalışması “İstanbul ve Bursa İllerindeki Sağlık Kuruluşlarında Risk Yönetimi Süreçlerinin Değerlendirilmesinde Multidisipliner Yaklaşımlar ve Hukuki Boyut” başlığı altında gerçekleştirilmiş olup, sağlık kuruluşlarındaki risk yönetim süreçlerini inceleyerek, tıbbi uygulama hatalarının henüz oluşmadan önlenmesine yönelik stratejilerin önemini multidisipliner yaklaşımlar ve hukuki boyutta derinlemesine incelenmesini amaçlamaktadır.

Araştırma kapsamında, kamu ve özel hastanelerde görev yapan sağlık çalışanları ile derinlemesine mülakatlar gerçekleştirilmiş olup sahadan elde edilen veriler ile mevcut uygulamaların güçlü ve zayıf yönleri analiz edilmiştir. Bu süreçte hem teorik hem de uygulamalı düzeyde elde edilen bulgular, sağlık sektöründe risk yönetiminin geliştirilmesine katkı sağlayacak şekilde yapılandırılmıştır.

Tez sürecim boyunca, bu çalışmanın planlamasındaki her aşamada desteğini esirgemeyen hem akademik alanda hem de kariyer hayatımda bana yol gösteren Sayın Prof. Dr. Oğuz Polat hocama, bu çalışmanın bir parçası olan ve benimle mülakat yapmayı kabul eden tüm sağlık çalışanlarına, eğitim hayatım boyunca maddi ve manevi olarak beni her zaman destekleyen, sabrını, sevgisini esirgemeyen sevgili aileme çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	iii
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ÖZET.....	1
ABSTRACT	2
1 GİRİŞ VE AMAÇ	3
1.1 Araştırmanın Önemi	3
1.2 Araştırmanın Amacı.....	4
1.3 Araştırmanın Hipotezleri.....	5
2 GENEL BİLGİLER	6
2.1 Kavramsal Çerçeve.....	6
2.1.1 Tıbbi uygulama hatası (malpraktis) kavramı.....	6
2.1.2 Komplikasyon	8
2.1.3 Risk analizi.....	9
2.1.3.1 Tıbbi uygulama hatalarının önlenmesinde kullanılan risk analizi yöntemleri	11
2.2 Risk Analizinin Kullanılması ve Kullanılmamasının Sonuçları.....	16
2.3 Hukuki Boyut.....	17
2.3.1 Özel hukuk kapsamında sorumluluk	18
2.3.2 İdare hukuku kapsamında sorumluluk.....	19
2.3.3 Ceza hukuku kapsamında sorumluluk.....	19
3 GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1 Örneklem	23
3.2 Araştırmanın Metodolojisi.....	23
3.3 Sağlık Profesyonellerine Yöneltilen Sorular	24
3.3.1 Hemşirelere yönelik sorular	24
3.3.2 Hekimlere yönelik sorular	24
3.3.3 Hastane yöneticileri ve idari personele yönelik sorular	26
4 BULGULAR	28
4.1 Hemşirelerle Yapılan Mülakat Sonucunda Elde Edilen Bulgular	28
4.2 Hekimlere Yapılan Mülakat Sonucunda Elde Edilen Bulgular	38

4.2.1 Hekimlerin “risk” algısı.....	39
4.2.2 Hekimlerin risk analizi süreçlerine ilişkin deneyimleri.....	40
4.2.3 Hekimlerin risk ile baş etme yöntemleri	41
4.2.4 Hekimlerin risk analizi süreçlerinde hasta güvenliğine ilişkin tutumları	42
4.2.5 Risk analizinde eğitim ve farkındalık	43
4.2.6 Risk analizinde teknolojinin etkisi, öneri ve iyileştirmeler.....	44
4.2.7 Hekimlerin risk analizi süreçlerinde hukuki ve etik boyuttaki tutumu..	45
4.3 Hastane Yöneticileri ve İdari Personel ile Yapılan Mülakat Sonucunda Elde Edilen Bulgular	47
5 TARTIŞMA.....	49
5.1 Tıbbi Uygulama Hatalarının Önlenmesi Süreçlerinde Risk Analizinin Önemi	49
5.2 Tıbbi Uygulama Hataları ve Risk Analizi Kavramlarının Hukuki Açıdan Değerlendirilmesi	50
5.3 Risk Analizi Uygulama Süreçlerinde Kamu ve Özel Hastaneler Arasındaki Farklar	50
5.4 Risk Analizi Uygulamalarının Hasta Güvenliği Üzerindeki Etkileri	51
5.5 Risk Analizinin Etkinliğini Artırmak İçin İyileştirme Önerileri	52
6 SONUÇ	55
7 KAYNAKLAR.....	58
8 EKLER	62
EK 1. Etik Kurul Kararı	62
9 ÖZGEÇMİŞ	63

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

ATK	Adli Tıp Kurumu
Bkz.	Bakınız.
CMK	5271 Sayılı Ceza Muhakemeleri Kanunu
E.	Esas
FMEA	Hata Türü ve Etkileri Analizi (Failure Mode and Effects Analysis)
FTA	Hata Ağacı Analizi (Fault Tree Analysis)
HAACP	Tehlike Ağacı ve Kritik Kontrol Noktaları (Hazard Analysis)
K.	Karar
m.	Madde
PHA	Ön Tehlike Analizi (Preliminary Hazard Analysis)
s.	Sayfa
S.	Sayı
t.	Tarih
TBK	6098 Sayılı Türk Borçlar Kanunu
TCK	5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu
Y.	Yargıtay
YCG.	Yargıtay Ceza Genel Kurulu

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Risk analizi yöntemleri	11
Tablo 2. Risk analizi kullanıldığında – risk analizi kullanılmadığında	17
Tablo 3. Taksirle yaralama suçu kapsamında örnek yargı kararı değerlendirmesi	21
Tablo 4. Taksirle öldürme suçu kapsamında örnek yargı kararı değerlendirmesi	22



ÖZET

İstanbul ve Bursa İllerindeki Sağlık Kuruluşlarında Risk Yönetimi Süreçlerinin Değerlendirilmesinde Multidisipliner Yaklaşımlar ve Hukuki Boyut

Bireylerin yaşamı ile doğrudan bağlantılı olan sağlık sektörü, sürekli gelişim gösteren ve çeşitli risk faktörlerini içinde barındıran bir yapıya sahiptir. Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin temel unsurlarından birisi olarak kabul edilirken, bu güvenliğin sağlanması hususunda risk yönetimi ve risk analiz yöntemleri önemli bir göreve sahiptir. Risk analizi; sağlık hizmetleri sunan kuruluşların potansiyel tehlikelerin tespit edilmesinde, değerlendirilmesinde ve bu tehlikelerin minimize edilmesinde kullanılan stratejiler ve geliştirmeler olarak tanımlanmaktadır. Bu kapsamda söz konusu çalışma, İstanbul ve Bursa illerindeki sağlık kuruluşlarındaki risk analizi süreçlerini inceleyerek tıbbi uygulama hatalarının önlenmesindeki süreçlerin etkinliğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Nitel araştırma yöntemi kullanılan bu çalışmada, hekim, hemşire ve hastane yönetiminde yer alan sağlık çalışanlarına derinlemesine mülakat yöntemi kullanılarak çeşitli sorular yöneltilmiştir. Mülakat görüşmelerinde elde edilen bulgulara risk analizi uygulamalarının çoğunlukla formal prosedürlerle sınırlı kaldığını ve proaktif yaklaşımların yetersiz olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte özel hastanelerde risk yönetimi süreçlerinin daha yapılandırılmış yürütüldüğü ancak hem özel hem de kamu hastanelerindeki karar alma süreçlerinde risk analizi yöntemlerine yeterince başvurulmadığı tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular, literatürdeki çalışmalarla birlikte değerlendirilmiş ve tıbbi uygulama hatalarının önlenmesi açısından sağlık kuruluşlarında etkin bir risk analizi sürecinin yürütülmesi gerekliliğini sonucuna varılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Risk yönetimi, Risk analizi, Tıbbi uygulama hatası, Komplikasyon, Sağlık hukuku

ABSTRACT

Multidisciplinary Approaches and Legal Dimension in the Evaluation of Risk Management Processes in Healthcare Institutions in Istanbul and Bursa Provinces

The healthcare sector, which is directly related to the lives of individuals, has a structure that is constantly evolving and includes various risk factors. While patient safety is considered one of the basic elements of healthcare services, risk management and risk analysis methods have an important role in ensuring this security. Risk analysis is defined as the strategies and developments used in the detection, evaluation and minimization of potential dangers in healthcare institutions providing healthcare services. In this context, the study in question aims to evaluate the effectiveness of the processes in preventing medical malpractice by examining the risk analysis processes in healthcare institutions in Istanbul and Bursa provinces. In this study, which used the qualitative research method, various questions were asked to doctor, nurses and healthcare professionals in hospital management using the in-depth interview method. The findings obtained in the interviews showed that risk analysis applications were mostly limited to formal procedures and proactive approaches were insufficient. However, it has been determined that risk management processes in private hospitals are carried out in a more structured manner, but risk analysis methods are not sufficiently used in decision-making processes in both private and public hospitals. The findings obtained were evaluated together with the studies in the literature and it was concluded that an effective risk analysis process should be carried out in health institutions in order to prevent medical malpractice.

Keywords: Risk management, Risk analysis, Malpractice, Complication, Health law

1 GİRİŞ VE AMAÇ

1.1 Araştırmanın Önemi

Sağlık çalışanlarının mesleki faaliyetleri, temel insan haklarından birisi olan “yaşama hakkı” ile doğrudan bağlantılıdır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının kendilerinden beklenen tıbbi işlemi uygularken son derece dikkatli bir biçimde hareket etmesi gerekmektedir (1). Zira sağlık çalışanları kendilerinden beklenen özeni eksik gösterirlerse, uyguladıkları eyleme ilişkin sorumlulukları gündeme gelir. 1992 yılında gerçekleşen Dünya Tabipler Birliği’nin 44.Genel Kurulunda kabul gören bildirgede, Tıbbi Uygulama Hatası (Malpraktis) “hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar” biçiminde tanımlanmıştır (2).

John Hopkins Üniversitesi öğrencileri tarafından yapılan bir araştırmada yaklaşık 800.000 Amerikalının her yıl yanlış tıbbi teşhis nedeniyle kalıcı sakatlık yaşadığı veya hayatını kaybettiği tespit edilmiştir (3). Bu bağlamda geçmiş yıllara kıyasla tıbbi uygulama hatası iddiasıyla açılan davalar tüm dünyada ve ülkemizde önemli düzeyde artış göstermektedir.

Tıbbi uygulama hatalarının ilk olarak gündeme geldiği Amerika Birleşik Devletleri’nde, özellikle sigorta primlerinin aşırı artması ve doktordan alınan ağır tazminatların doktorluğun cazip bir meslek dalı olmaktan çıkarması nedenleriyle tıp fakültesi mezunları riski yüksek ihtisas dallarını seçmekten kaçınmaktadır (4). Bu durumun, tıbbi uygulama sonucu oluşabilecek riskleri minimize edecek çalışmaların yapılması ve risk analizi çalışmalarının artırılması gerektiğine dair önemli bir boyuttur.

1990’lara kadar hiçbir hastane ya da sağlık personeli, kurum ve hastaların riskleri tanımlayacak, yönetecek ve minimize edecek bir risk yönetim programı veya sistemine sahip değildi (5).

Risk yönetiminin öncelikli amaç olmamasının nedeni tıbbi ihmallerin yol açtığı maliyetlerin düşük olmasıydı ancak mahkemeye başvuranlar daha sık ve daha maliyetli olmaya başlayınca risk yönetimi önem kazanmaya başlamıştır (6).

Sağlık hizmetleri karmaşık ve çok yönlü bir yapıda olması nedeniyle çeşitli riskler taşımaktadır. Bu kapsamda risk analizi, sağlık sektöründe hasta güvenliğini sağlamak ve olası tehlikeleri minimize etmek amacıyla uygulanan kritik bir süreçtir. Risk analizi, potansiyel tehlikelerin belirlenmesi ve değerlendirilmesi için sistematik bir yaklaşım sağlar (7). Sağlık kuruluşları, hasta güvenliğini arttırmak ve komplikasyonları önlemek için bu süreci uygulamak zorundadır. Yapılan analizler, sağlık çalışanlarına ve yöneticilere riskleri önceden görme ve bunlara karşı önlemler alma fırsatı sunar (8).

Risk yönetimi süreçlerinin uygulandığı sağlık kuruluşları potansiyel riskleri önceden belirleyerek bu risklere karşı proaktif bir yaklaşım benimseyebilir ve bu yaklaşımla belirlenen riskler için stratejiler oluşturarak sorunların önüne geçebilir (9). Ancak risk analizi yapılmadığında, olası tehlikeler göz ardı edilir ve bu durum hasta güvenliğini tehlikeye atar. Yetersiz risk yönetimi sağlık kuruluşlarının hukuki sorumluluklarını arttırır. Bu durum ise sağlık kuruluşlarının hem maddi kayıplara uğramasına hem de kurumsal itibar kaybına yol açar (10).

1.2 Araştırmanın Amacı

Söz konusu araştırma; tıbbi uygulama hatalarının önlenmesi sürecinde, sağlık kuruluşlarının, bugünden oluşan durumlardan çok gelecekte oluşabilecek potansiyel riskleri bugünden öngörerek önlem almayı hedeflemesini ve bu risk yönetimini gerçekleştirirken; hekim, hemşire ve hastane yönetiminde bulunan sağlık profesyonelleri ile multidisipliner bir yaklaşım belirlenerek; riskleri minimize edecek şekilde veya tam olarak ortadan kaldıracak şekilde önlemler alınması gerekliliğini ortaya koymayı hedeflemektedir.

1.3 Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1: Hastanelerde sistematik olarak uygulanan risk analizi süreçleri, tıbbi uygulama hatalarını azaltır.

Hipotez 2: Sağlık alışanlarının risk analizi konusundaki bilgi düzeyi ve eğitimi, risk analizi süreçlerinin etkinliğini artırmaktadır.

Hipotez 3: Sağlık alışanlarının risk analizine katılımı, risk yönetim süreçlerinin başarısını olumlu yönde etkilemektedir.

Hipotez 4: Risk analizi süreçlerinde karşılaşılan zorlukların giderilmesi, hasta güvenliğinde önemli iyileşmelere yol açmaktadır.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 Kavramsal Çerçeve

2.1.1 Tıbbi uygulama hatası (malpraktis) kavramı

Kökenini Latince “Mala = Kötü” ve “Praxis = Uygulama” kelimelerinden alan malpraktis, “profesyonel bir mesleği sürdüren kişi tarafından bir bakım standardının veya bir davranış standardının ihmali, suistimali ya da özen, eğitim, tecrübe, iyi yorum ve ehliyet eksikliğinden kaynaklanan standartları karşılamadaki başarısızlığı sonucu ortaya çıkan hata ile ilişkili olarak bir hizmet alanın yaralanmasının, zarar görmesinin veya ölümünün meydana geldiği durum” olarak tanımlanmaktadır (11,12).

Dünya Tabipler Birliği’nin 1992 yılında yayınladığı bildirgede benimsediği tanıma göre, tıbbi uygulama hatası kavramı; “Hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar” şeklinde tanımlanmıştır (13).

Sağlık çalışanlarının bilgi, beceri veya karar verme süreçlerinde bir eksiklik ya da hata sonucu hastaya zarar vermesi durumu olarak tanımlanan tıbbi uygulama hataları çeşitli şekillerde meydana gelebilmektedir (14).

Başlıca hata tipleri olarak şunlar sıralanmıştır (4);

- İletişim Eksiklikleri
- Kayıt Hataları
- Yetki Sınırlarının Aşılması ve Konsültasyonda Hatalar
- Tanı Hataları ve Hatalı Karar
- Aydınlatma ve Onamda Hatalar
- Hatalı Karar
- Girişim Hataları ve Teknik Hatalar
- Terk Etme ve Özen Eksikliği

İletişim Eksiklikleri: Sağlık çalışanları ve hasta arasındaki bilgi paylaşımının yetersizliği ya da yanlış aktarımı sonucunda tedavi sürecinde hatalı kararlar alınabilmektedir. Örneğin tıbbi uygulama esnasında telefonla talimat alınması ya da verilmesi yanlış anlaşılmalara ve hatalı tıbbi uygulamalara sebebiyet verebilir. Bu bağlamda hekim ile hasta arasındaki iletişimin uyumlu olması ve verilen talimatların doğru ve anlaşılır bir şekilde uygulanması önemlidir.

Kayıt Hataları: Hasta bilgilerini kaydetme ve doğrulama süreçlerinde yapılan ihmaller ciddi tıbbi uygulama hatalarına yol açabilmektedir. Bu hatalar hasta güvenliği açısından büyük bir tehdit oluşturmakta ve tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının, her hastanın kimlik bilgilerini doğru şekilde kaydetmesi gerekmektedir.

Yetki Sınırının Aşılması ve Konsültasyonda Hatalar: Hekimin, kendi uzmanlık alanı dışındaki konularda yetki sınırlarını aşmaması gerekmektedir. Hekimler hastaları için seçtikleri konsültanların hatalarından sorumlu tutulabilir. Konsültanın görevi ve yorumları ile ilgili sorunlar ortaya çıktığında, konsültan ile ona başvuran hekimin de sorumluluğu bulunmaktadır. Bu bağlamda hekimlerin konsültasyon talep ederken doğru bilgileri iletmeleri ve danışmanlık aldıkları uzmanların önerilerini doğru şekilde değerlendirmeleri gerekmektedir.

Tanı Hataları ve Hatalı Karar: Yanlış ya da geç yapılan tanıları, tedavi sürecinde hatalara yol açabilir ve hastaların doğru tedaviye ulaşmalarını engeller. Bu nedenle tanı hatalarından kaynaklanan tıbbi uygulama hatalarının önüne geçebilmek için, hekimlerin tüm semptomları ve hasta geçmişini dikkatlice değerlendirmesi gerekmektedir. Yetersiz bilgi, yanlış değerlendirmeler ve hasta durumunun yanlış anlaşılması gibi faktörlerden zaman zaman hatalı kararlar alınabilmekte ve bu durum tıbbi uygulama hatalarına yol açabilmektedir. Bu nedenle hekimlerin kararlarını alırken tüm tıbbi verileri incelemeleri ve multidisipliner bir yaklaşım benimsemeleri gerekir.

Aydınlatma ve Onam: Hekimler, hastalarına uygulanacak tedavi yöntemleri ile birlikte tedavinin olası riskleri, komplikasyon ve yan etiler hakkında hastalarına açık, net ve anlaşılır bilgi vermelidir. Hasta haklarının korunması ve sağlık hizmetlerinin güvenliği için aydınlatılmış onamın alınması tıbbi uygulama hatalarının önlenmesinde kritik bir adımdır.

Girişim Hataları ve Teknik Hatalar: Cerrahi müdahalelerde ya da diğer tıbbi işlemlerde kullanılan araçların yanlış kullanımı da tıbbi uygulama hatalarına neden olabilmektedir.

Terk Etme ve Özen Eksikliği: Hekimlerin hastalarını tedavi ederken, tedavi süreçlerine özen göstermeleri, tüm müdahaleleri zamanında yapmaları ve hastaların düzenli olarak takibini yapmaları gerekmektedir. Hastanın tedavi sürecinde hekiminin ilgisizliği ya da gerekli özeni göstermemesi hastaların tedaviye uyumunu etkileyebilir ve tedavi sürecinin başarısız olmasına neden olabilmektedir.

2.1.2 Komplikasyon

İnsan eylemleri, doğası gereği “risk” teşkil ettiğinden sıfır risk ancak eylemsizlikle mümkün olabilmektedir. Bu nedenle tıbbi uygulamalarda sağlık profesyonellerinin rasyonel bir risk-yarar analizi yapması gerekmektedir. Günümüz hukuk anlayışında yer alan “izin verilen risk” kavramının tıbbi karşılığı “komplikasyon”dur (15).

Bu bağlamda komplikasyon kavramı, kesin ortaya çıkacağı veya çıkma ihtimali bulunduğu bilinen yani öngörülebilir riskleri ifade etmektedir. Hekim, hastanın bilgisi dahilinde olması durumunda bu zararların ortaya çıkmasından sorumlu tutulamaz. Bu noktada tıbbi uygulama hatasının mevcut olduğunun iddia edildiği bir olguda tespit edilmesi gereken ilk husus ortaya çıkan zararın gerçekten hata mı yoksa komplikasyona bağlı beklenebilir ama önlenemeyen bir hata mı olduğudur (16).

Komplikasyonların meydana gelişi, hasta faktörleri (yaş, kilo, diğer hastalıklar... vb.), tedavi süreçleri ve sağlık sistemi etkenleri gibi çok boyutlu unsurlara bağlıdır (15). Bu nedenle, her komplikasyon olgusunun kendi bağlamında değerlendirmesi ve önlenabilir olup olmadığının ayrıntılı bir şekilde analiz edilmesi gerekmektedir.

Hastada bir zarar ortaya çıktığında, bu zararın tıbbi uygulamadan kaynaklanıp kaynaklanmadığını, uygulamanın kusurlu olup olmadığını belirleme görevi tıbbi bilirkişilerindir. Tıbbi bilirkişi ortaya çıkan zararı; uygulamayı yapanın eğitim düzeyini göz önünde bulundurarak, aynı ortam koşullarında, aynı yetkinlik düzeyinde bir hekimin göstermesi gereken özeni gösterip göstermediğine bakarak değerlendirir (17).

Tıbbi uygulama hatasının mevcut olduğunun iddia edildiği bir olguda bilirkişi öncelikle bakım standardından herhangi bir sapma olup olmadığını araştırır. Standarttan sapma söz konusu ise bu sapmanın zararlar ilişkisi araştırılır ve oluşan zarar ile ihmal ilişkisi değerlendirilir. Oluşan zararın tıbbi uygulama hatası sonucu mu yoksa komplikasyon sonucu mu oluştuğu tespit edildikten sonra komplikasyon olarak değerlendirilen olgularda, komplikasyonun zamanında tanısı konularak doğru tedavi yaklaşımının uygulanıp uygulanmadığı belirlenir. Tüm bu hususların özellikle yargılama sürecinde doğru değerlendirilebilmesi ancak sağlıklı tıbbi bilirkişilik uygulamaları ile mümkün olmaktadır (15, 17).

2.1.3 Risk analizi

Risk analizi, bir sistemin içinde mevcut veya potansiyel tehlikelerin sistematik olarak belirlenmesi, bu tehlikelerin gerçekleşme olasılıklarının ve muhtemelen sonuçlarının değerlendirilmesi süreçlerini ifade etmektedir (18). Sağlık hizmetlerine risk analizi, tıbbi uygulama hatalarının önceden öngörülmesi, olası komplikasyonların önlenmesi ve hasta güvenliğinin artırılması amacıyla kullanılmaktadır.

1990'lara kadar, hiçbir hastane ya da sağlık personeli, kurum ve hastaların aldığı riskleri tanımlayacak, yönetecek ve minimize edecek bir risk yönetimi programı veya

sistemine sahip değildi. Risk yönetiminin öncelikli amaç olmamasının nedeni tıbbi ihmallerin yol açtığı maliyetlerin düşük olmasıydı. Ancak mahkemeye başvuranların ve yargı yoluna gidenlerin sayısı daha sık ve daha maliyetli olmaya başlayınca, risk yönetimi önem kazanmaya başlamıştır (4).

Risk yönetimi aslında bugünde oluşan durumdan çok gelecekte olabilecek potansiyel riskleri bugünden görerek önlem almayı hedeflemektedir. Risk yönetiminde öncelikle hatalı bir tıbbi uygulama yapıldığında bunun önlenmesi ve tekrar etmemesi sağlanmalıdır. Risk yönetiminin en büyük avantajlarından birisi gelecekte oluşabilecek potansiyel sorunlara, tehdit ve tehlikelere işaret edebiliyor oluşudur. Risk yönetimi sağlık sektöründe de diğer sektörlerde olduğu gibi belirli bir zaman aralığında, hedeflenen bir sonuca ulaşamama, kayba ya da zarara uğrama olasılığının temel alınarak çalışılmasıdır (19). Risk yönetimi ile hedeflenen hatalı tıbbi uygulamada hasta ve hekim açısından zararın en aza indirilmesinin sağlanacağı bir programın oluşturularak uygulanması ideal çözüm yöntemini oluşturmaktadır.

Risk yönetimi yapılan bir kuruluşta, öncelikle işletmelerin işlevleri sırasında ortaya çıkabilecek risklerin, önceden dikkatli bir biçimde ve ayrıntıları ile tanımlanıp değerlendirilmesi gerekmektedir. Daha sonrasında bu riskleri minimize edecek şekilde veya tam olarak ortadan kaldıracak önlemler alınmalıdır.

Risk yönetimi yapılırken sırayla şu aşamalardan geçilmektedir (4, 8):

- Öncelikle risklerin belirlenerek listelenmesi,
- Bu risklerin analizinin yapılarak değerlendirilmeleri,
- Risk kontrolü çalışmasının yapılması,
- Belirlenen risklerin önlenmesi çalışmalarının fizibilite ve finansmanı çalışmalarının yapılması,
- Seçilen risk yönetimi tekniklerinin uygulanması,
- Bu yöntemin uygulanışı sırasında kontrol ve denetimlerin yapılması,
- Geri-dönüş (feed-back) ve iyileştirme

2.1.3.1 Tıbbi uygulama hatalarının önlenmesinde kullanılan risk analizi yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin etkinliğini azaltan ve hasta güvenliğini tehdit eden önemli sorunlardan bir tanesi olan tıbbi uygulama hatalarının önlenmesinde ve etkilerinin azaltılmasına çeşitli risk analizi yöntemleri kullanılmaktadır. Söz konusu çalışmanın bu bölümünde risk analizi yöntemleri ayrıntılı olarak ele alınmış ve günümüzde bu yöntemlerin nasıl uygulandığı örneklerle açıklanarak dünya ülkelerindeki durum gözlemlenmiştir.

Tablo 1. Risk analizi yöntemleri

-
- | |
|--|
| a) Hata Türü ve Etkileri Analizi – FMEA (Failure Mode and Effects Analysis) |
| b) Tehlike Analizi ve Kritik Kontrol – HACCP (Hazard Analysis Critical Control Points) |
| c) Yapılandırılmış “What If” Yöntemi |
| ç) Ön Tehlike Analizi – PHA (Preliminary Hazard Analysis) |
| d) Hata Ağacı Analizi – FTA (Fault Tree Analysis) |
-

a) Hata Türü ve Etkileri Analizi – FMEA (Failure Mode and Effects Analysis): Söz konusu yöntem, tıbbi uygulamalardaki olası hata türlerini tespit etmek ve bu hataların potansiyel etkilerini değerlendirmek için kullanılan sistematik bir yöntemdir. FMEA yöntemi, risklerin önceliklendirilmesi ve hata önleme stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlayan bir analiz yöntemidir (20).

İlk olarak “*hata tanımlama*” aşaması gerçekleştirilerek tıbbi uygulamalardaki hatalar tanımlanmaktadır. Bu hatalar; hatalı teşhis, ekipman arızası, iletişim hatası, hatalı ilaç kullanımı ya da prosedür hatası şeklinde çeşitli biçimlerde ortaya çıkabilmektedir.

İkinci aşamada tanımlanan hataların olası nedenlerini ile meydana gelme biçimlerini değerlendirilerek bu hataların etki ve sonuçlarının analiz edilmektedir.

Hastaya verilen ilacın yanlış dozda verilmesi sonucunda bu hatanın hastanın sağlığına olası etkilerinin değerlendirilmesi FMEA analiz yöntemine örnek olarak gösterilebilir (21).

Söz konusu analiz yöntemi ile tespit edilen hatalar; etkilerine ve olasılıklarına göre önceliklendirilmektedir. Böylelikle yüksek risk taşıyan hatalar öncelikli olarak ele alınabilmektedir. Yapılan analizler sonucunda önleyici tedbirler geliştirilerek, örneğin; ilaç dozajının kontrol edilebilir olması gibi, hataların ortaya çıkma ihtimalini minimize edilmektedir. Potansiyel risklerin erken tespit edilerek bu riskleri yönetmek için stratejiler geliştiren FMEA yöntemi hataların oluşmadan önlenmesine odaklanarak sürekli iyileştirme sürecini teşvik etmektedir (22).

Yapılan bir araştırmada; bir hastanede ilaç uygulama hata türleri ve risk öncelik sırası FMEA yöntemine göre analiz edilmiş ve ilaç uygulamaları hataları risk değerlendirme sonuçlarına göre güvenli ilaç uygulamaları geliştirmek ve iyileştirmek için çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmalar sonucunda FMEA yöntemi ile risk öncelik göstergesinde belirgin bir iyileşme olduğu saptanmıştır (23).

b) Tehlike Analizi ve Kritik Kontrol – HACCP (Hazard Analysis Critical Control Points): Hataların önlenmesinde sistematik bir yaklaşım benimseyen bu yöntemde ilk olarak potansiyel tehlikeler tanımlanmaktadır. Daha sonrasına bu tehlikelerin kontrol altına alınabileceği veya önlenilebileceği kritik kontrol noktaları belirlenmektedir. Her bir kritik kontrol noktası için belirli limitler belirlenerek bu kritik kontrol noktalarının izlenmesi için prosedürler geliştirilmektedir. İzleme sonuçlarına dayanarak, herhangi bir kritik limit ihlali veya potansiyel hata durumları için düzeltici eylem planları geliştirilmekte, uygulanmakta ve tüm bu adımlar belgelenerek kayıt altında tutulmaktadır (24).

Söz konusu yöntemi cerrahi ekipman sterilizasyonu sürecine ilişkin bir örnek ile açıklamak gerekirse;

- Tehlikenin Tanımlanması: Sterilizasyon sürecinde ekipman arızası veya yetersiz sterilizasyon.
- Kritik Kontrol Noktalarının Tespiti: Sterilizasyon sürecindeki zaman, sıcaklık ve basınç gibi değerler.
- Kritik Limitlerin Belirlenmesi: Tıbben kabul edilmiş sıcaklık ve basınç değerlerindeki sınırlamalar.
- İzleme ve Sürecin Geliştirilmesi: Sterilizasyon sürecinin periyodik kontrolü ve test edilmesi.
- Düzeltici Eylem Planları: Sterilizasyon sürecindeki herhangi bir ihlal durumunda hızlı ve düzeltici planlamaların uygulanması.

HACCP Yöntemi ile hataların oluşmasında engelleyici stratejiler sunularak veriye dayalı kararlar alınması teşvik edilmektedir. Böylelikle potansiyel hataların erken tespiti ile düzeltici eylemler uygulanarak hataların önlenmesine katkı sağlanmaktadır.

c) Yapılandırılmış “What If” Yöntemi: Söz konusu yöntem ile tıbbi uygulama hatalarının senaryolarını değerlendirerek, bu senaryolara karşı alınabilecek önlemlerin tespiti ile süreçlerin güvenilirliği arttırmak amaçlanmaktadır.

“What if” Yönteminde ilk adım; belirli bir tıbbi uygulamadaki olası hata senaryolarının geliştirilmesidir. Bu senaryolar potansiyel riskler ve bu risklerin gerçekleşme ihtimallerine odaklanmaktadır. Örneğin hasta kimliğinin karışması gibi bir senaryo ele alınacak olursa; “Ya (what if) hasta kimliği doğrulaması yapılmazsa?” gibi sorular sorularak her bir what if sorusu için olumsuz sonuçlar değerlendirilmektedir. Hasta kimliği doğrulamasının yapılamadığı bir senaryoda hasta güvenliğinin tehlikeye girmesi, komplikasyon oluşumu ya da tedavi sürecinde gecikmeler gibi durumlar yaşanabileceğinden bu adım hataların potansiyel etkilerini ve ciddiyetini anlamak açısından önem taşımaktadır. Olumsuz sonuçların değerlendirilmesi akabinde her bir olası hata senaryosu için önleyici tedbirler geliştirilmektedir (25).

Hataların sistematik olarak değerlendirilmesini ve analiz edilmesini sağlayan bu yöntem ile potansiyel hataların önceden tanımlanması ve önlenmesi sağlanarak, senaryolar hızlı bir şekilde değerlendirilerek çözüm üretilmektedir.

Örneğin ilaç dozajı belirlemede yapılabilecek bir hataya istinaden *what if* tekniğinde aşağıdaki adımlar uygulanmaktadır;

- Senaryo Geliştirme: İlacın yanlış dozajda uygulanması.
- “What If” Sorularının Sorulması: Ya (what if) ilaç dozajı uygulanırken bir hata yapılırsa?
- Olumsuz Sonuçların Değerlendirilmesi: İlacın yanlış dozajda verilmesi sonucunda hastanın sağlığına etkilerinin değerlendirilmesi.
- Önleyici Tedbirlerin Belirlenmesi: İlaç dozajının belirlenmesinde çift kontrol prosedürlerinin uygulanması ve dozaj hesaplamalarının otomasyon sistemi ile

Avustralya’da acil durum hazırlığı ve tıbbi cihaz yönetimine ilişkin olarak kullanılan What if yöntemi ile 2023 yılında yapılan bir araştırmada acil durum müdahale süreçlerinin %10 oranında iyileştirildiği tespit edilmiştir (26).

ç) Ön Tehlike Analizi – PHA (Preliminary Hazard Analysis): Tıbbi uygulama hatalarının önlenmesinde kullanılan bir diğer risk değerlendirme yöntemi ön tehlike analizidir. Bu yöntem ile potansiyel tehlikelerin tespiti yapılmakta ve olası etkileri değerlendirilerek önleyici tedbirler geliştirilmektedir. Ön tehlike analizi yönteminde sırasıyla aşağıdaki aşamalar takip edilmektedir (27);

- İşlem Tanımlama: Ön tehlike analiz yönteminde ilk adım; analiz edilecek tıbbi işlemin ayrıntılı bir şekilde tanımlanmasıdır.
Örnek: Cerrahi Operasyon
- Risk Tanımlama: İşlemin tanımlanmasının ardından bu işlemin olası tehlikeleri ve tehlikelerin kaynakları tanımlanmaktadır.
Örnek: Ekipman arızası, iletişim hatası.

- Riskin Derecelendirilmesi: Daha sonrasında bu tehlikeler öncelik sırasında konularak ciddiyetine göre derecelendirilmektedir.
Örnek: Ekipman arızası sonucu operasyonun gecikmesi
- Değerlendirme ve Önleyici Tedbirler Geliştirme: Tespit edilen risklerin önlenmesi ve etkilerinin azaltılması için gerekli tedbirler ve kontroller geliştirilmektedir.
Örnek: Ekipman bakım rutinlerinin belli aralıklarla yapılması ve bu bakımların sıklaştırılması.
- Uygulama ve Takip: Bu aşamada belirlenen önleyici tedbirlerin düzenli olarak takibi yapılır ve tedbirlerin etkinliği değerlendirilir.

Yukarıda belirtilen aşamalardan da anlaşılacağı üzere ön tehlike analiz yönteminde potansiyel tehlikeler erken tespit edilerek olası risklerin oluşmasına engel olmakta ve/veya olası riskleri minimize etmektedir. Bununla birlikte sürecin adım adım analiz edilip, iyileştirilmesini sağlayarak farklı disiplinlerdeki uzmanların olası tehlikeler üzerinde çalışmalarını teşvik etmektedir.

d) Hata Ağacı Analizi – FTA (Fault Tree Analysis): Tıbbi uygulama hatalarının önlenmesinde kullanılan bir diğer analiz yöntemi; olayın kök nedenlerini ve bu nedenler arasındaki ilişkileri sistematik olarak inceleyen hata ağacı analizi yöntemidir.

Hata ağacı analiz yönteminde de diğer analiz yöntemlerinde olduğu gibi öncelikle analiz edilecek işlemin tanımlanması gerekmektedir. Daha sonrasında söz konusu işlemde meydana gelebilecek hatanın oluşmasına sebep olan temel nedenler ve bu nedenler arasındaki ilişkilerin tespiti yapılmaktadır (28).

Olayın kök nedenlerinin belirlenmesinin ardından bir hata ağacı oluşturulmaktadır. Bu hata ağacında genellikle aşağıdan yukarıya bir yaklaşım izlenerek olayın kök nedenine ulaşılmaya çalışılmaktadır. Kök nedenin tespiti ile bu nedenin meydana gelmesindeki tüm koşullar detaylıca incelenerek olayın tekrarlanmasını önlemek ve etkilerini azaltmak için koruyucu tedbirler geliştirilmektedir.

Kanada’da yapılan çalışmalar tıbbi cihazların bakım ve güvenliğine ilişkin olarak FTA yöntemini sıklıkla kullanmakta olup 2023 yılında yapılan bir araştırmada FTA yöntemi kullanılarak tıbbi cihaz arızalarının %18 oranında azaltıldığı tespit edilmiştir (29).

2.2 Risk Analizinin Kullanılması ve Kullanılmamasının Sonuçları

Tıbbi uygulama hatalarının önlenmesinde kritik bir öneme sahip olan risk analizi; bir sistemdeki potansiyel tehlikeleri tanımlamak, bu tehlikelerin olasılıklarını ve etkilerini değerlendirmek ve uygun önlemler geliştirmek amacıyla kullanılan sistematik bir süreçtir.

Risk analizi süreçlerinin aktif olarak kullanıldığı durumlarda hataların meydana gelmeden önlenebildiği, hasta güvenliğinin önemli düzeyde artırıldığı ve sistematik bir iyileşme sürecinin hkim olduğu gözlemlenmektedir (30).

Bununla birlikte risk analizi uygulanan sağlık kuruluşlarında; komplikasyonların ve tıbbi uygulama hatası kaynaklı tazminat davalarının azalması nedeniyle maliyet yönetimi açısından ciddi avantajlar sağladığı, önleyici müdahaleler sayesinde hem tedavi maliyetlerinin düştüğü hem de uzun vadeli hukuki risklerin azaldığı gözlemlenmektedir (31). Bu sayede hem hasta memnuniyeti artmakta hem de sağlık kuruluşlarının itibarı korunmaktadır.

Hatalardan ğrenmeyi sistematik hale getiren risk analizi süreçleri sayesinde benzer hataların tekrarlanması önlenerek, kurumsal hafızanın güçlenmesine fayda sağlanmaktadır (32). Bu sayede disiplinler arası iletişim artarak çalışanlar arasındaki memnuniyet ve çalışma performansının artmasına katkı sağlanmaktadır (33).

Risk analizinin uygulanmadığı hallerde ise hatalar çoğu zaman meydana geldikten sonra fark edilmektedir. Hataların geç tespit edilmesi nedeniyle hasta güvenliği tehlikeye girmekte bu nedenle hizmet kalitesi düşmektedir. Özellikle aynı hataların tekrarlanma ihtimali arttığından komplikasyonların ve tıbbi uygulama hatasından

kaynaklı davaların artması durumu gündeme gelmektedir. Gerek tazminat davaları gerekse artan hastane giderleri uzun vadede sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini tehdit etmekte, maliyetlerin artmasına ve kurumsal itibarın zedelenmesine neden olmaktadır. (34).

Sonuç itibariyle; sağlık hizmetlerinde risk analizi yapılması, hasta güvenliği, çalışan memnuniyeti, maliyet yönetimi ve kurumsal gelişim açısından hayati bir öneme sahiptir. Zira risk analizinin ihmal edilmesi ciddi riskler doğurmakta olup sağlık sistemlerinin bütüncül kalitesini ve güvenilirliğini tehdit etmektedir. Bu nedenle risk analizi uygulamaları modern sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası olarak görülmeli ve kurum politikalarına etkin bir biçimde entegre edilmelidir.

Tablo 2. Risk analizi kullanıldığında – risk analizi kullanılmadığında

	Risk Analizi Kullanıldığında	Risk Analizi Kullanılmadığında
Hata Yönetimi	Hatalar oluşmadan tespit edilir ve önleyici tedbirler alınır.	Hatalar ancak meydana geldikten sonra fark edilir.
Hasta Güvenliği	Hasta güvenliği artar. Tıbbi uygulama hataları ve komplikasyonlar azalır.	Hasta güvenliği tehlikeye girer. Tıbbi uygulama hataları ve komplikasyonlar artar.
Öğrenme ve İyileşme	Kurumsal hafıza oluşur ve tekrarlayan hatalar önlenir.	Aynı hatalar sürekli tekrar eder, iyileşme sağlanamaz.
Çalışan Etkisi	Farkındalık ve ekip içi iletişim güçlenir, stres azalır.	Çalışanlar arasında stres ve tükenmişlik artar.
Maliyet ve Hukuki Sonuçlar	Önleyici tedbirler sayesinde maliyet düşer ve hukuki açıdan dava riski azalır.	Tazminat davaları ve itibar kayıpları nedeniyle mali yük oluşturur.
Sistem Yönetimi	Yapısal zayıflıklar erken aşamada fark edilir ve giderilir.	Sistematik problemler hatalar sonucunda ortaya çıkar ve çözüm süreci gecikir.

2.3 Hukuki Boyut

Tıbbi uygulama hatası kavramına ilişkin olarak hem ulusal hem de uluslararası hukukta pek çok tanımlama mevcuttur. Avrupa Biyotıp Sözleşmesinin 4.maddesi; “Araştırma dâhil, sağlık alanında her müdahalenin, ilgili meslekî yükümlülükler ve

standartlara uygun olarak yapılması gerekir.” şeklinde olup tıbbi uygulamaların mesleki standartlara uygun yürütülmesi gerekliliği belirtilmiştir (35).

Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 11.maddesinde yer alan; “Hasta, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulması, tedavisinin yapılması ve bakımını istemek hakkına sahiptir. Tababetin ilkelerine ve tababet ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yapılamaz.” hükmü ile tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakımın önemi vurgulanmıştır (36).

Türk Tabipler Birliği Hekimlik Mesleği Etik Kurallarının 5.maddesine göre hekimin öncelikli görevi, hastalıkları önlemeye ve bilimsel gerekleri yerine getirerek hastaları iyileştirmek olarak belirlenmiştir. Bu kapsamda 13.madde uyarınca “hekimin kötü uygulaması (malpraktis)” bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi şeklinde tanımlanmıştır (37).

Tıbbi uygulama hatalarına ilişkin dava sayıları hem ülkemizde hem de dünyada artış göstermektedir. Söz konusu durum, sağlık hizmetlerinin kalitesi, hasta güvenliği ve sağlık çalışanlarının mesleki sorumlulukları açısından önemli sonuçlar doğurmaktadır. Bu bağlamda Türk Hukuku kapsamında; tıbbi uygulamalarında kendisinden beklenen gerekli dikkat ve özeni göstermeyen sağlık çalışanlarının hem özel hukuk hem idare hukuku hem de ceza hukuku kapsamında sorumluluğu meydana gelmektedir.

2.3.1 Özel hukuk kapsamında sorumluluk

Bağımsız çalışan bir hekim ile hastası arasındaki hukuksal ilişki “sözleşme ilişkisi”, “vekaletsiz iş görme” ve “haksız fiil” olmak üzere üç ayrı şekilde oluşabilmektedir. (38) Sözleşmesel ilişki açısından hekim ile hasta arasında “vekalet sözleşmesi” olduğu hususu genel olarak kabul edilmektedir. Borçlar Kanunu’nun 502/1. maddesine göre “vekalet sözleşmesi, vekilin vekalet görenin bir işini görmeyi veya işlemini yapmayı üstlendiği sözleşmedir.” Bu bağlamda özel hukuk kapsamında hekim ile hasta arasındaki ilişki vekalet sözleşmesine ilişkin hükümler doğrultusunda

değerlendirilmektedir. Ancak hasta ile hekim arasındaki ilişki eser sözleşmesi şeklinde de olabilmektedir. Borçlar Kanunu'nun 470.maddesine göre eser sözleşmesi, “yüklenicinin bir eser meydana getirmeyi, iş sahibinin de bunun karşılığında bir bedel ödemeyi üstlendiği sözleşme” şeklinde tanımlanmıştır. Bu sözleşmede kişinin gösterdiği çabadan ziyade, faaliyeti neticesinde ortaya çıkan sonuca odaklanıldığından özellikle estetik operasyonlar ve diş protezleri gibi tıbbi işlemler eser sözleşmesi kapsamında değerlendirilmektedir. (39) Özel hukukta sorumluluk kavramı bir kimsenin hukuka aykırı bir fiille başkasına vermiş olduğu zararı tazmin etmekle yükümlü olması anlamına gelmektedir. Sağlık çalışanlarının sorumluluğu kavramı ise, sağlık çalışanlarının tıbbi uygulamaları yaparken hastaya vermiş olduğu zarara karşı hukuken sorumlu olmasını ifade eder. Bu bağlamda hekim ile hasta arasındaki sözleşmenin ihlali durumunda hasta hem maddi hem de manevi tazminat talebinde bulunabilmektedir.

2.3.2 İdare hukuku kapsamında sorumluluk

Kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin sebep olduğu tıbbi uygulama hatalarına ilişkin uyuşmazlıklarda doğrudan hekime dava açılmamaktadır. Bu durumda, idarenin hizmet kusuru meydana geldiğinden tam yargı davası açılması gerekmektedir. Hizmet kusuru; “idarenin herhangi bir kamu hizmetini kurmasında veya işletmesinde meydana gelen kusuru” ifade etmektedir. Kamu hastanelerinde gerçekleştirilen tıbbi müdahaleden dolayı tazminat sorumluluğu devlete aittir. Ancak önemle belirtmek gerekir ki; idareye karşı açılan tazminat davalarında, idare, sorunlu olan hekime veya diğer sağlık çalışanlarına rücu edebilmektedir. (40)

2.3.3 Ceza hukuku kapsamında sorumluluk

Türk Ceza Kanunu kapsamında tıbbi uygulama hataları genel itibarıyla “taksir” kapsamında değerlendirilmektedir. TCK'nın 22.maddesinin 2.fıkrasında taksirin tanımına yer verilmiş olup söz konusu madde uyarınca, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırı davranışını cezalandırılacağı ifade edilmiştir. Taksir, dikkat ve özen

yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla bir davranışın kanunda belirtilen neticesinin öngörülmeyle gerçekleştirilmesidir (41).

Taksirli suçta kusur yüklenebilmesi, failin kişisel kabiliyetine, deneyimlerine ve bilgi düzeyine göre özen yükümlülüğünün varlığını bilebilecek ve bunu yerine getirebilecek durumda olmasına bağlıdır. Burada failin kendi yaşamı ve özellikleri de önem kazanmaktadır. Dolayısıyla kusurun belirlenmesinde objektif ölçülerle birlikte olayın özelliğine göre hayatın olağan akışı içerisinde kişiye yönelik sübjektif ölçüler de dikkate alınmaktadır. Burada önemli olan fail ile aynı pozisyonda, meslekte, sosyal seviyede bulunan bir başka insanın bu durumda ne yapacağı ile ilgili bir karşılaştırma yapmak gerekmektedir (42).

Kişinin taksirli bir suçtan cezalandırılabilmesi bakımından (41, 42);

- Objektif özen yükümlülüğünün ihlal edilmiş olması,
- Hareketin iradi olması,
- Neticenin öngörülebilir olması,
- Neticenin istenmemiş olması,
- Hareket ile netice arasında nedensellik bağının bulunması gerekir.

Türkiye’de sağlık çalışanlarının tıbbi uygulamalar sırasında neden oldukları yaralanma ve ölüme sebebiyet vermeleri durumlarında sağlık çalışanları hakkında özel yaptırım gerektiren bir malpraktis kanunu henüz bulunmamaktadır. Bu bağlamda sağlık çalışanlarının tıbbi uygulamaları esnasında yaralanma veya ölüme sebebiyet vermelerin halinde Türk Ceza Kanunu’nun 85. ve 89. maddeleri uygulama alanı bulmaktadır (43).

- TCK md.85 (Taksirle öldürme): Taksirle bir insanın ölümüne neden olan kişi, iki yıldan altı yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Fiil, birden fazla insanın ölümüne ya da bir veya birden fazla kişinin ölümü ile birlikte bir veya birden fazla kişinin yaralanmasına neden olmuş ise, kişi iki yıldan on beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

- TCK md.89 (Taksirle Yaralama): Taksirle başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, üç aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır.

Örnek Yargı Kararları Kapsamında Değerlendirme: Yargıtay 12. Ceza Dairesi’nin 2019/14018 E. 2020/2724 K. 13.03.2020 tarihli kararında; “Kişinin ... Tıp Merkezinde yapılan muayenesinde her iki gözde katarakt tespit edilmesi nedeniyle ameliyat endikasyonunun bulunduğu, ancak olası göz enfeksiyonu durumunda her iki gözün de kaybedilme riskine karşı gözlerin ayrı seanslarda ameliyatı edilmesinin daha uygun bir tıbbi yaklaşım olduğu, ameliyat sonrası endoftalmi gelişmesi üzerine Dünya Göz Hastanesinde sol gözden alınan göz içi sıvısının kültüründe üreyen Pseudomonas isimli bakterinin hastane enfeksiyonu etkenlerinden olduğu, ... Tıp Merkezinde ameliyat aletlerinin sterilizasyonu amacıyla flash otoklav kullanılmasının tıbben uygun olmadığı, dolayısıyla kişide gelişen endoftalminin hastanenin sterilizasyon koşullarının yetersizliğinden kaynaklandığı ve uygun sterilizasyon şartlarının sağlanmasından hem idarenin hem de ameliyatı yapan hekimin sorumlu olması nedeniyle taksirle yaralama suçundan verilen mahkumiyet kararının onanmasına karar verilmiştir” (44). TCK’nın taksirle yaralama suçu kapsamında değerlendirilen bu kararda görüleceği üzere; Yargıtay, sterilizasyon şartlarının sağlanmamasından dolayı hem idarenin hem de ameliyatı yapan hekimin sorumlu olduğu kanaatine vararak mahkûmiyet kararı vermiştir.

Tablo 3. Taksirle yaralama suçu kapsamında örnek yargı kararı değerlendirmesi

Suç	Taksirle Yaralama
Tıbbi Alan	Göz (ameliyat)
Gönderilen Adli Tıp Kurulu	7. Adli Tıp Kurumu İhtisas Kurulu
Adli Tıp Değerlendirmesi	Tıp Merkezinde ameliyat aletlerinin sterilizasyonu amacıyla flash otoklav kullanılmasının tıbben uygun olmadığı, dolayısıyla kişide gelişen endoftalminin hastanenin sterilizasyon koşullarının yetersizliğinden kaynaklandığı ve uygun sterilizasyon şartlarının sağlanmasından hem idarenin hem de ameliyatı yapan hekimin sorumlu olduğu kanaatine varılmıştır.
Karar	TCK’nın 89/1, 89/3-b-son, 62/1, 52/2-4, 53/6. maddeleri uyarınca mahkumiyet

Yargıtay 12. Ceza Dairesi'nin 2022/4354 E. 2022/8905 K. 21.11.2022 tarihli kararında ise; "18.11.2013 tarihinde, ölen ...'in rahatsızlanması nedeni ile eşi olan katılan ... ile birlikte Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisine gittiği, acilde nöbetçi doktor olarak görev yapan tanık ... tarafından icapçı doktor olan sanığın arandığı, sanığın da "gönderin sabah gelsin" diyerek öleni evine yolladığı, ölenin olay tarihinde sabah 08:00 sularında katılan ile birlikte tekrar hastaneye gittiği, muayene için sıra beklediği sırada kan kusmaya başladığı, bunun üzerine ölenin hastaneye acil yatışının yapıldığı, sanığın acil servisi giderek hastayı muayene ettiği, ölenin mide kanaması geçirdiğini söyleyerek Ankara Hastanesi'ne sevk ettiği, ölenin sevk edildiği hastanede yoğun bakıma alındığı ve aynı gün saat 23:00 sıralarında hayatını kaybettiği gerekçesiyle "taksirle öldürme" suçundan dava açılmıştır. Adli tıp raporu doğrultusunda kişinin ölümü ile tıbbi uygulama hatası arasında illiyet bağı bulunduğundan sanığa taksirle öldürme suçundan mahkumiyet kararı verilmiştir (45).

TCK'nın taksirle öldürme suçu kapsamında incelenen bu olayda ise; hastaya müdahale yapmadan ve uygun koşullar sağlanmadan sevk edilmesi nedeniyle kişinin ölümü ile tıbbi uygulama hatası arasında uygun bir illiyet (nedensellik) bağı tespit edilmiş ve sanığın mahkumiyetine karar verilmiştir.

Tablo 4. Taksirle öldürme suçu kapsamında örnek yargı kararı değerlendirmesi

Suç	Taksirle Öldürme
Tıbbi Alan	Acil Servis
Gönderilen Adli Tıp Kurulu	İstanbul 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu
Adli Tıp Değerlendirmesi	Hastaya müdahale yapmadan ve uygun koşullar sağlamadan sevk etmesi nedeni ile sanığın tıbbi uygulama hatası bulunduğu sonucuna varılmıştır.
Karar	TCK'nın 85/1, 62/1, 50/4-1.a, 52/2-4. maddelerine göre mahkumiyet

3 GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Örneklem

Araştırmanın örneklemindeki hedef grup Bursa ve İstanbul illerinde bulunan hekimleri, hemşireleri ve hastane yönetiminde yer alan sağlık çalışanlarını kapsamaktadır. 30 kişiyi içinde barındıran bu örneklem; özel hastanede görev yapan 5 hekim, 5 hemşire ve 5 yönetici ile devlet hastanesinde görev yapan 5 hekim, 5 hemşire ve 5 yöneticiden oluşmaktadır.

Bursa ile İstanbul illerindeki özel ve devlet hastanelerinde çalışan sağlık çalışanlarını kapsayan bu örneklem ile Türkiye’deki sağlık sisteminin iki farklı yönünü karşılaştırmak hedeflenmiştir.

3.2 Araştırmanın Metodolojisi

Araştırmanın metodolojisi “nitel araştırma” yöntemine dayanmaktadır. Bu kapsamda sağlık çalışanlarına yönelik “derinlemesine mülakat yöntemi” kullanılarak çeşitli sorular yöneltilmiştir. Mülakatlar, katılımcıların bulunduğu gruba bağlı olarak yüz yüze veya telekonferans yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Hekimler ve hastane yönetiminde bulunan katılımcılar ile yapılan görüşmeler 45 dakika ila 1 saat arası sürerken, hemşireler ile yapılan görüşmeler 25-30 dakika arasında sürmüştür.

Her bir katılımcıdan görüşme esnasında ses kaydının alınması için izin alınmış ve ses kaydına onay veren katılımcıların görüşmeleri sesli olarak kaydedilmiştir. Ses kaydı alınmasına izin vermeyen katılımcıların yanıtları görüşme esnasına not alınarak kaydedilmiştir. Bu süreçte katılımcıların gizliliğine özen gösterilmiş ve elde edilen verilen yalnızca araştırma amacına yönelik olarak kullanılmıştır. Mülakat sonucunda toplanan veriler, katılımcıların görüş ve deneyimlerini ortaya koyan nitel veriler olarak ele alınmış ve bu veriler sistematik bir şekilde kategorilere ayrılarak içerik analizi yöntemi kapsamında analiz edilmiştir.

3.3 Sağlık Profesyonellerine Yöneltilen Sorular

3.3.1 Hemşirelere yönelik sorular

- Günlük çalışmalarınızda en sık karşılaştığınız riskler nelerdir? Örneğin; hasta düşmeleri, ilaç hataları, enfeksiyon riskleri gibi spesifik risklerden örnek verebilir misiniz? Bu risklerde ilgili olarak hastanede alınan önleyici tedbirler nelerdir?
- Risk analizi süreçlerine nasıl dahil oluyorsunuz? Risk değerlendirme toplantıları hastanenizde ne sıklıkla yapılıyor ve bu toplantılara nasıl katkıda bulunuyorsunuz?
- Karşılaştığınız riskleri veya olayları nasıl bildiriyorsunuz? Risk bildirim süreçleri için kullanılan sistem ve araçlar nelerdir? Bildirim sonrası süreç nasıl ilerliyor ve geri bildirim alabiliyor musunuz?
- Hastalarınızın güvenliğini sağlamak için hangi önleyici tedbirleri alıyorsunuz? Bu tedbirlerin uygulamada karşılaşılan zorlukları nelerdir?
- Risk yönetimi ve analizi konusunda almış olduğunuz bir eğitim var mı? Var ise bu eğitimler ne sıklıkla yapılıyor ve hangi konuları kapsıyor?
- Farklı departmanlar ile disiplinler arası iş birliği nasıl sağlanıyor? Bu iş birliğinin süreçlerinde karşılaştığınız zorluklardan ve zorlukların giderilmesi için verebileceğiniz önerilerden bahsedebilir misiniz?
- Yönetime veya üst düzey personele bildirdiğiniz riskler ile ilgili nasıl geri dönüşler alıyorsunuz? Bu geri bildirimler ne kadar sürede sağlanıyor? Risk yönetimi süreçlerinin iyileştirilmesi için ne gibi katkılarda bulunuyorsunuz?
- Risk analizi konusuna ilişkin bir olumlu bir de olumsuz vaka örneği paylaşabilir misiniz? Olumsuz vakanızda hangi tedbirler ihmal edilmişti? Olumlu vakanızdaki iyi uygulama örnekleri nelerdi?

3.3.2 Hekimlere yönelik sorular

- Risk analizi kavramını kendi tanımlarınızla açıklayabilir misiniz? Tıbbi uygulamalarda bu kavramın önemi üzerine düşüncelerinizi paylaşabilir misiniz?

- Günlük tıbbi uygulamalarınızda risk analizinin rolünü nasıl değerlendiriyorsunuz? Risk analizi süreçlerine ne sıklıkla katılıyorsunuz?
- Tıbbi uygulamalarınız sırasında risk analizi ile ilgili karşılaştığınız en belirgin ve ciddi vaka veya olay nedir? Bu olaydaki çıkarımlarınızdan bahsedebilir misiniz?
- Risk analizi yaparken karşılaştığınız en büyük zorluklar nelerdir? Bu zorluklarla başa çıkma stratejileriniz nelerdir?
- Çalıştığınız sağlık kuruluşunda risk analizi süreçleri nasıl yapılandırılmıştır? Bu süreçlerin etkinliğini hangi ölçütler ve metrikler aracılığıyla değerlendiriyorsunuz?
- Risk analizi prosedürlerinde aktif olarak nasıl bir rol üstleniyorsunuz? Bu rolü bir vaka üzerinden somut örneklerle açıklayabilir misiniz?
- Risk analizinin hasta güvenliği üzerindeki doğrudan etkilerini nasıl gözlemlediniz? Bu etkileri spesifik örneklerle açıklayabilir misiniz?
- Risk analizi sayesinde hasta güvenliği konusunda elde ettiğiniz en önemli kazanım veya başarı nedir? Detaylandırabilir misiniz?
- Hekimlerin risk analizi konusundaki farkındalığını artırmak için hangi eğitim yöntemlerinin en etkili olduğunu düşünüyorsunuz? Bu eğitimlerin içeriği ve yöntemi hakkında detaylı bilgi verebilir misiniz?
- Risk analizi konusunda aldığınız herhangi bir eğitim veya katıldığınız etkinliklerin günlük tıbbi pratiğinize nasıl katkı sağladığını ve bu katkıların somut örneklerini paylaşabilir misiniz?
- Risk analizi süreçlerinde diğer sağlık profesyonelleri ile nasıl iş birliği yapıyorsunuz? Bu iş birliğinin etkinliğini artırmak için önerileriniz nelerdir?
- Risk analizi sonuçlarını hastalarla nasıl paylaşıyorsunuz? Bu iletişim sürecinde dikkat edilmesi gereken hususları detaylandırabilir misiniz?
- Risk analizi için hangi teknolojik araçları veya yazılımları kullanıyorsunuz? Bu araçların avantajları ve dezavantajlarını hangi kriterlere göre değerlendiriyorsunuz?
- Kullandığınız risk analizi araçlarının etkinliğini artırmak için ne tür iyileştirmeler yapılabilir? Bu iyileştirmelerin olası etkilerini tartışabilir misiniz?

- Risk analizi süreçlerini iyileştirmek için ne tür stratejiler ve yöntemler öneriyorsunuz? Bu stratejilerin uygulanabilirliğini ve potansiyel etkilerini detaylı bir şekilde değerlendirebilir misiniz?
- Kurumunuzda risk analizinin daha etkili yapılabilmesi için ne tür yapısal veya organizasyonel değişiklikler yapılmalı? Bu değişikliklerin sonuçlarını nasıl öngörüyorsunuz?
- Risk analizi ve hukuki sorumluluklar arasındaki ilişkiyi nasıl değerlendiriyorsunuz? Hekimler için mevcut yasal düzenlemeler ve uygulamalar hakkında bilgi verebilir misiniz?
- Risk analizi süreçlerinin etik boyutları hakkında ne düşünüyorsunuz? Bu süreçlerde etik ilkelerin korunması için hangi önlemler alınabilir?
- Gelecekte risk analizi uygulamalarında ne tür yenilikler ve gelişmeler bekliyorsunuz? Bu yeniliklerin tıbbi uygulamalara yansımalarını nasıl öngörüyorsunuz?
- Risk analizinin gelecekte tıp pratiğindeki rolü hakkında ne öngörüyorsunuz? Bu alanda meydana gelecek gelişmelerin hasta güvenliği ve tıbbi uygulama hatalarının önlenmesi üzerindeki potansiyel etkilerini nasıl değerlendiriyorsunuz?

3.3.3 Hastane yöneticileri ve idari personele yönelik sorular

- Hastanenizde risk analizi süreci nasıl yapılandırılmıştır? Bu süreçlerin aşamaları nelerdir? Hangi bölümler bu sürece dahil edilmiştir ve bunların rolleri nelerdir?
- Risk analizinin en sık uygulandığı klinik alanlar ve bölümler hangileridir? Özellikle hangi tıbbi prosedürler ve işlemler risk analizine tabi tutulmaktadır? Bu durumlarda süreç nasıl işlemektedir?
- Risklerin değerlendirilmesinde hangi spesifik yöntemler ve araçlar kullanılmaktadır? Olasılık ve etki değerlendirmesi nasıl yapılır ve bu değerlendirmeler hangi kriterlere dayandırılır?
- Risk azaltma stratejileri nasıl belirlenir ve hangi faktörler göz önünde bulundurulur? Hangi tür önleyici tedbirler alınır ve bu tedbirler nasıl uygulanır? Acil durum planları nasıl oluşturulur ve bu planların etkinliği nasıl test edilir?

- Risk analizi sonuçları ve önerileri nasıl raporlanır? Kritik risklerin acil durumlarda hızlıca iletilebilmesi için hangi iletişim kanalları kullanılıyor?
- Hastane personelleri, risk yönetimi ve analizi konusunda hangi eğitim programlarına katılmaktadır? Bu eğitimler ne sıklıkla verilmektedir?
- Risk yönetimine ilişkin hazırlanan raporların, risk yönetimi süreçlerinin etkinliği açısından nasıl değerlendiriyorsunuz?
- Risk yönetimi uygulamaları nasıl izlenir ve hangi sıklıkta gözden geçirilir? Hastane personelleri ve hastalardan gelen geri bildirimleri nasıl toplayıp değerlendiriyorsunuz?
- Risk analizi süreçlerine ilişkin yaşamış olduğunuz bir olumlu ve bir olumsuz vaka örneği paylaşabilir misiniz? Olumsuz vakada hangi riskler alınmamıştı? Olumlu vakadaki iyi uygulama örneğiniz ne idi?
- Ortaya çıkan yeni riskleri ve değişen koşulları nasıl değerlendiriyorsunuz? Özellikle teknolojik gelişmeler ve yenilikler risk yönetimi sürecine nasıl entegre ediliyor? Bu bağlamda mevcut risk yönetimi politikalarınızı ne sıklıkla gözden geçirip yeniliyorsunuz?

Araştırma gerçekleştirilirken aşağıdaki araştırma sorularına cevap bulunulması ve literatüre katkı sağlanması hedeflenmiştir;

- Tıbbi uygulama hatalarının azalmasında risk analizinin önemi nedir?
- Tıbbi uygulama hataları ve risk analizi kavramlarının hukuki açıdan önemi nedir?
- Sağlık kurumlarında risk analizi uygulanma süreçleri nelerdir? Bu süreçlerde özel hastaneler ve devlet hastanelerini birbirinden ayıran ne gibi farklar vardır?
- Risk analizi uygulamalarının hasta güvenliği üzerindeki etkileri nelerdir?
- Risk analizinin etkinliğini arttırmak için hangi iyileştirme önerileri sunulabilir?

4 BULGULAR

4.1 Hemşirelerle Yapılan Mülakat Sonucunda Elde Edilen Bulgular

Söz konusu çalışma kapsamında İstanbul ve Bursa illerindeki özel hastanelerde ve devlet hastanelerinde görev yapan hemşirelere 8 adet soru yöneltilmiştir. 10 kişilik bir grup hedef alınmış olup 5 tanesi özel, 5 tanesi ise devlet hastanesinde çalışan hemşireler ile derinlemesine mülakat yöntemi gerçekleştirilmiştir.

Mülakat sürecinde hemşirelere yöneltilen ilk soru “Günlük çalışmalarınızda en sık karşılaştığınız riskler nelerdir? Örneğin; hasta düşmeleri, ilaç hataları, enfeksiyon riskleri gibi spesifik risklerden örnek verebilir misiniz? Bu risklerle ilgili olarak hastanede alınan önleyici tedbirler nelerdir?” şeklindedir. Söz konusu soru ile hemşirelerin günlük mesleki uygulamalarında karşılaştıkları başlıca risk unsurlarını ortaya koymak amaçlanmıştır.

Hemşirelerin günlük çalışmalarında en sık karşılaştığı riskler arasında;

- İğne batması,
 - Hasta ve hasta yakınları tarafından maruz kalınan fiziksel ve psikolojik her türlü şiddet,
 - Kesici-delici alet yaralanmaları,
 - İlaç uygulamalarında meydana gelen hatalar,
 - Enfeksiyon riski,
 - Hasta düşmeleri,
 - Çarpma
 - Sıcak sıvı yanıkları
- gibi olgular sıklıkla dile getirmişlerdir.

Özellikle tüm katılımcılar, “iğne batması” riskinin günlük çalışma yaşamlarında en sık karşılaştıkları tehlike olduğunu açıkça ifade etmişlerdir. İğne batması, enfekte materyallerle doğrudan temas nedeniyle hemşirelerin mesleki maruziyet yaşadığı,

ciddi enfeksiyon hastalıklarına zemin hazırlayabilen önemli bir biyolojik risk faktörü olarak tanımlanmaktadır. Yapılan görüşmelerde tüm hemşireler (n=10), iğne batmasını en sık karşılaşılan risk olarak ifade etmiştir. Ayrıca, katılımcıların %60'ı (n=6), hasta güvenliğine ilişkin olarak hastaların yataktan düşmesi, çarpma gibi fiziksel travma risklerine vurgu yapmıştır. Bu grubun genellikle özel hastanelerde çalışan hemşirelerden oluştuğu ve hasta merkezli bir bakış açısıyla yanıt verdikleri gözlemlenmiştir. Diğer yandan, katılımcıların %40'ı (n=4) yalnızca kendi mesleki risklerine odaklanmış, hasta kaynaklı risklere ilişkin herhangi bir değerlendirmede bulunmamıştır.

Soruya verilen cevaplar analiz edildiğinde, kamu ve özel hastanelerde görev yapan hemşirelerin risk algılarında anlamlı bir farklılık olduğu gözlemlenmiştir. Devlet hastanesinde görev yapan hemşireler, soruya bireysel deneyimlerine dayalı olarak ve doğrudan kendi maruz kaldıkları risklere odaklanarak yanıt verirken; özel hastanede çalışan hemşirelerin, daha çok hastaların karşılaştığı ya da karşılaşma potansiyeli bulunan riskler ile ilgili cevaplar verdiği tespit edilmiştir.

Mülakat kapsamında yöneltilen “Risk analizi süreçlerine nasıl dahil oluyorsunuz? Risk değerlendirme toplantıları hastanenizde ne sıklıkla yapılıyor ve bu toplantılara nasıl katkıda bulunuyorsunuz?” şeklindeki ikinci soru, hemşirelerin kurumsal risk yönetimi süreçlerine katılım düzeylerini ve bu süreçlerin hastane bazında nasıl yapılandığını ortaya koymayı hedeflemiştir. Elde edilen bulgular, kamu ve özel hastaneler arasında risk analizine ilişkin uygulamalar bakımından dikkat çekici farklılıkların bulunduğunu göstermektedir.

Devlet hastanelerinde görev yapan dört hemşirenin ifadeleri incelendiğinde, bu kurumlarda risk analizi süreçlerinin ya hiç yapılandırılmadığı ya da oldukça sınırlı düzeyde yürütüldüğü tespit edilmiştir. Bir hemşire çalıştığı kurumda risk analizi süreçlerine dair herhangi bir toplantının düzenlenmediğini belirtmiştir. Bir diğer hemşire ise belirli aralıklarla toplantıların yapıldığını belirtmiş ancak aktif katılım sağlayamadığını ifade etmiştir. Aynı kurumda görev yapan bir başka hemşire, düzenli

bir sistematik olmadığını, yılda yalnızca bir kez risk değerlendirme toplantısı gerçekleştirildiğini belirtmiştir.

Buna karşılık, 30 yılı aşkın mesleki deneyime sahip bir kamu hastanesi hemşiresi, meslek hayatının ilk dönemlerinde bu tür toplantıların nadiren yapıldığını, ancak ilerleyen yıllarda risk yönetimi süreçlerinin daha sistematik bir hâl aldığını ifade etmiştir. Özellikle haftalık olarak düzenlenen kapsamlı eğitimler yoluyla risk değerlendirme süreçlerine katkı sunulmasının teşvik edildiğini, bu eğitimlerde zaman zaman hemşirelerden sahada karşılaştıkları risklere yönelik çözüm önerileri hakkında sözlü anlatım yapmalarının talep edildiğini belirtmiştir.

Özel hastanelerde çalışan hemşirelerin görüşleri ise daha kurumsallaşmış ve yapılandırılmış risk yönetimi uygulamalarına işaret etmektedir. Özel bir hastanede görev yapan ve aynı zamanda risk değerlendirme ekibinde yer alan bir hemşire, her yıl hastanenin tüm alanlarının tek tek gezilerek mevcut risklerin ayrıntılı biçimde kayıt altına alındığını ifade etmiştir. Bu yıllık değerlendirme sürecinin herhangi bir problemle karşılaşılması hâlinde tekrar edildiği ve ayrıca her ay düzenli olarak İş Sağlığı Kurulu toplantılarının yapıldığı, bu toplantılarda mevcut risklerin yanı sıra ortaya çıkan yeni risklerin de değerlendirildiği belirtilmiştir. Bununla birlikte yılda bir kez tüm hastane personelinin katılımıyla 16 saatlik zorunlu İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) eğitimi düzenlendiği ve bu eğitimin tüm çalışanlar için zorunlu olduğu ifade edilmiştir.

Mülakat kapsamında yöneltilecek üçüncü soru, “Karşılaştığınız riskleri veya olayları nasıl bildiriyorsunuz? Risk bildirim süreçleri için kullanılan sistem ve araçlar nelerdir? Bildirim sonrası süreç nasıl ilerliyor ve geri bildirim alabiliyor musunuz?” şeklindedir. Bu soruyla, hemşirelerin karşılaştıkları risklerin nasıl aktarıldığı, bildirimlerin hangi yollarla yapıldığı ve bu bildirimlerin ardından nasıl bir süreç izlendiği anlaşılmaya çalışılmıştır.

Devlet hastanelerinde görev yapan hemşirelerin verdikleri yanıtlar doğrultusunda, en sık karşılaşılan riskin iğne batması olması nedeniyle bu tür olayların özellikle

enfeksiyon birimine bildirilerek süreçlerin bu birim üzerinden ilerlediği tespit edilmiştir. Mülakata katılan tüm kamu hastanesi hemşireleri, iğne batması gibi durumlarda enfeksiyon biriminden destek aldıklarını belirtmiş; olayların zamanında raporlanmasının ve kayıt altına alınmasının hasta ve çalışan güvenliği açısından kritik bir öneme sahip olduğunu vurgulamışlardır. Özellikle bulaşıcı hastalık şüphesi bulunan durumlarda tedavi protokollerinin devreye alındığı belirtilmiştir.

Bildirim sonrası süreçlere ilişkin değerlendirmelerde ise iki hemşire, olay bildiriminden sonra geri dönüş aldıklarını ancak zaman zaman bu geri bildirimlerin geciktiğini ifade etmiştir. Öte yandan, bir kamu hastanesi hemşiresi, enfeksiyon biriminden aldığı geri dönüşlerin yapıcı olmadığını ifade etmiş; “Bir şey olmaz”, “Bana da geçen batmıştı” ve “Niye daha dikkatli olmadın?” gibi ifadelerle karşılaştığını belirtmiştir.

Özel hastanede görev yapan bir hemşire, çalıştığı hastanede risk bildirim süreçlerinin daha bilinçli ve sistematik yürütüldüğünü ifade etmiş; ancak bu durumun her hastane için geçerli olmadığını vurgulamıştır. Bununla birlikte risk bildirim süreçlerinin; hastanenin büyüklüğü, personel sayısı ve çalışanların bilinç düzeyi ile doğrudan ilişkili olduğunu vurgulamıştır.

Ayrıca, devlet hastanesinde görev yapan iki hemşire, özellikle şiddet vakalarında “beyaz kod” uygulamasına başvurduklarını belirtmiştir. Beyaz kod; sağlık çalışanlarının, hasta veya hasta yakını tarafından şiddete, tehdide veya diğer suçlara maruz kaldıkları durumlarda olay yerine güvenlik görevlilerinin en hızlı şekilde intikal etmesi için verilen bir alarm sistemini ifade etmektedir. Hemşireler, hasta veya hasta yakınları tarafından maruz kalınan fiziksel ya da psikolojik şiddet durumlarında beyaz kod sisteminin devreye girdiğini, bu bildirimden ardından idari ve hukuki süreçlerin işletildiğini ifade etmişlerdir. Bu durum, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının belirli bir sistematik çerçevede ele alındığını ve bildirimden yalnızca klinik risklerle sınırlı olmadığını göstermektedir. Ancak hemşireler, beyaz kod sonrası sürecin bazen yetersiz işlediğini ve yaptırımların caydırıcılığının sınırlı kaldığını da dile getirmiştir.

Sonuç olarak, devlet hastanelerinde risk bildirimi daha çok bireysel inisiyatife dayalı ilerlemekte olup, geri bildirim mekanizmaları zaman zaman eksik veya yetersiz kaldığı tespit edilmiştir. Özel hastanelerde ise bu süreçlerin daha sistematik olduğu ancak uygulanabilirliğin hastanenin şartları, büyüklüğü ve çalışan personel sayısı ve personellerin bilinç düzeyine göre değişiklik gösterebileceği sonucuna varılmıştır.

Hemşirelere yöneltilen dördüncü soru “Hastalarınızın güvenliğini sağlamak için hangi önleyici tedbirleri alıyorsunuz? Bu tedbirlerin uygulamada karşılaşılan zorlukları nelerdir?” şeklinde olup bu soru ile hasta güvenliğine yönelik sahadaki uygulamaların ve bu uygulamaların hayata geçirilme sürecinde yaşanan aksaklıkların tespit edilmesi hedeflenmiştir. Hemşirelerin yanıtları, hasta güvenliğinin çok boyutlu bir yaklaşım gerektirdiğini, bu süreçte bireysel dikkat kadar hastanedeki işleyiş ve kuralların da belirleyici olduğu sonucunu ortaya çıkarmıştır.

Katılımcı hemşirelerin büyük bir çoğunluğu, hasta güvenliğini sağlamaya yönelik ilk adımın doğru hasta tanımlaması olduğunu belirtmiştir. Bu bağlamda, kimlik doğrulama prosedürlerinin eksiksiz şekilde uygulanması gerektiği vurgulanmıştır. Özellikle ilaç uygulamaları, cerrahi girişimler ve diğer tedavi işlemlerinde hasta bilekliğinin kontrolünün, hatalı müdahalelerin önüne geçilmesinde çok önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir. Bir hemşire, “İşlem ve müdahalelerimizde kimlik kontrolü şart, çünkü bir harf farkı bile olsa kişiye yanlış ilaç verilmesine neden olunabilir bu nedenle her zaman bu konuda titiz hareket etmeye çalışıyorum.” şeklinde yanıt vermiş ve sürecin önemine dikkat çekmiştir.

Fiziksel güvenliğe yönelik alınan önlemler arasında, düşmeleri önlemek için yatak kenarlıklarının kapalı tutulması, yatak başlıklarının doğru şekilde sabitlenmesi ve gerekirse hastaların yanına refakatçi sağlanması gibi uygulamalar öne çıkmıştır. Özellikle yaşlı ve mobilizasyonu kısıtlı hastalarda bu tür önlemlerin hayati olduğu ifade edilmiştir. Ancak bazı hemşireler, hasta yakınlarının bu önlemleri yeterince önemsememesi veya yatak kollarını kendi başlarına açmaları gibi durumların hasta güvenliğini tehdit ettiğini dile getirmiştir.

Bir diğerk önemli başlık ise yüksek riskli hastaların erken tespiti ve bu hastaların klinik durumlarının sürekli olarak izlenmesi ve takip edilmesidir. Hemşireler, özellikle yoğun bakım veya dahiliye servislerinde yatan hastaların vital bulgularının düzenli takibinin kritik olduğunu, bunun için hem manuel hem dijital yöntemlerin kullanıldığını ifade etmiştir. Ancak hasta sayısının fazlalığı ve buna bağlı personel yetersizliğinin, bu takibin sürekliliğini zaman zaman sekteye uğratmakta olduğunu belirtmişlerdir.

Ayrıca, enfeksiyon riskini en aza indirmek amacıyla kişisel koruyucu donanım (KKD) kullanımı hemşireler tarafından sıkça dile getirilmiştir. Maske, eldiven, yüz siperliği ve koruyucu önlük gibi ekipmanların kullanımı hem sağlık çalışanlarının hem de hastaların korunmasında temel bir önlem olduğunu ancak, özellikle kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerin, yoğunluk dönemlerinde bu ekipmanlara erişimde sorunlar yaşandığını, ekipmanların ya geç temin edildiğini ya da sayı olarak yetersiz kaldığını belirtmişlerdir. Bu durumun hem çalışan motivasyonunu azalttığı hem de hasta güvenliğini riske attığı ifade edilmiştir.

Hemşirelerin önemli bir kısmı, hasta güvenliğinin yalnızca hemşirelerin bireysel çabalarıyla değil, aynı zamanda ekip çalışması ve hasta-hasta yakını iş birliği ile sürdürülebilir hale geleceğini vurgulamıştır. Ancak sağlık sistemindeki kaynak yetersizliği, çalışan başına düşen hasta sayısının fazlalığı ve bazı hasta yakınlarının sürece dahil olmaya isteksiz yaklaşımı, bu iş birliğini zorlaştırmakta olduğu ifade edilmiştir. Bir hemşire, “Bazı durumlarda ne kadar dikkat etsek de hasta sayısının fazlalığı ve ekipman yetersizliği bizleri sınırlayabiliyor, bu gibi durumlarda hasta güvenliği açısından ciddi riskler yaşanabiliyor,” diyerek mevcut sistemseller sorunların etkisini özetlemiştir. Bu doğrultuda elde edilen bulgular hem bireysel hem de yapısal düzeyde hasta güvenliğini etkileyen çok sayıda değişken bulunduğunu ve bu değişkenlerin bir arada değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Hemşirelere yöneltilen beşinci soru “Risk yönetimi ve analizi konusunda almış olduğunuz bir eğitim var mı? Var ise bu eğitimler ne sıklıkla yapılıyor ve hangi konuları kapsıyor?” şeklindedir. Bu soru ile hemşirelerin risk yönetimi ve risk analizi

konusunda teorik ve pratik deneyime sahip olup olmadığı, bu konularda düzenlenen eğitimlerin ne kadar güncel tutulduğu ve hangi kapsamda düzenlendiğinin tespit edilmesi hedeflenmiştir. Söz konusu soruya verilen yanıtlar, hastanelerde bu alandaki eğitim uygulamalarının hem içerik hem de sıklık açısından çeşitlilik gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Devlet hastanelerinde görev yapan hemşirelerden biri, risk yönetimi ve analizi konusunda herhangi bir eğitim almadığını ve bu durumun riskleri tanıma ve yönetme sürecinde güçlük yaşamasına neden olduğunu belirtmiştir. Diğer bir hemşire ise sadece tıbbi atık ayrıştırma konusuna ilişkin olarak eğitimlerin düzenli yapıldığını belirtmiştir. Bir başka hemşire, risk yönetimi ile ilgili uzaktan eğitim aldığını belirtmiştir. Bu konuya ilişkin uzaktan eğitim aldığını belirten hemşire, bu eğitimi tamamen kendi kariyer gelişimi, merak ve isteği sebebiyle aldığını, bu tür eğitimlerin daha sık aralıklarla ve daha geniş katılımı ile gerçekleştirilmesi gerektiğinin önemini vurgulamıştır.

Özel hastanede görev yapan hemşirelerin vermiş oldukları cevaplar; eğitimlerin daha sistematik ve kapsamlı olduğu yönündedir. Hemşirelerden bir tanesi, yılda bir kez düzenli olarak risk yönetimi ve analizi eğitimi aldığını belirtmiştir. Bununla birlikte hastanedeki fiziksel çevreye dair alınan önleyici tedbirleri örnekleyerek sistemin gelişmişliğini ifade etmiştir. Sağlık yönetimi alanında doktora yaptığını ifade eden bir hemşire, görev yaptığı hastanede iş sağlığı ve güvenliği, çalışan hakları ve hasta hakları gibi konularda düzenli eğitimlerin verildiğini belirtmiştir. Ayrıca, risk oluşumunun tespit edilmesi durumunda risk konusu ile ilgili özel eğitimlerin planlandığı ve bu doğrultuda kişiye özgü eğitimler ile oryantasyon süreçlerinin yürütüldüğü ifade etmiştir.

Elde edilen bulgular, devlet ve özel hastaneler arasında risk yönetimi eğitimi açısından yapısal ve içeriksel farklar olduğunu göstermektedir. Mülakat gerçekleştirilen devlet hastanelerinde eğitimlerin genellikle sınırlı sayıda ve belirli konulara odaklı olduğu, özel hastanelerde ise sistematik, ihtiyaç odaklı ve bireyselleştirilmiş eğitim uygulamalarının benimsendiği gözlemlenmektedir.

Hemşirelere yöneltilen altıncı soru; “Farklı departmanlar ile disiplinler arası iş birliği nasıl sağlanıyor? Bu iş birliğinin süreçlerinde karşılaştığınız zorluklar ve zorlukların giderilmesi için verebileceğiniz öneriler nelerdir?” şeklindedir. Söz konusu soru ile hastaneler arasında disiplinler arası iş birliği düzeyindeki benzerlikler, farklılar ve uygulamadaki zorlukların ortaya çıkarılması hedeflenmiştir.

Bu kapsamda, devlet hastanesinde görev yapan bazı hemşireler, farklı birimlerle iş birliğinin ya hiç sağlanmadığını ya da iletişim eksiklikleri nedeniyle sürecin verimli işlemediğini ifade etmişlerdir. Bu durumun hasta güvenliğini olumsuz etkilediği ve iş akışında aksamalara yol açtığı belirtilmiştir. Sözel iletişimin ağırlıkta olduğu ancak bu yöntemin kimi zaman yetersiz kaldığı vurgulanırken, çözüm olarak daha fazla yazılı dokümantasyonun kullanılması, süreçlerin sistematik hale getirilmesi ve departmanlar arası düzenli toplantıların yapılması önerilmiştir. Bu öneriler, sağlık kurumlarında disiplinler arası iletişimde kurumsallaşmış yapıların eksik olduğuna işaret etmektedir.

Buna karşın özel hastanede çalışan hemşirelerin yanıtları, daha organize ve yapılandırılmış bir iş birliği ortamına işaret etmektedir. Bu kurumlarda her bölümde sorumlu kişilerin bulunduğu, sorunların bu sorumlular aracılığıyla çözüme kavuşturulduğu ve haftalık toplantılarla iletişimin sürdürüldüğü ifade edilmiştir. Ayrıca, ortak iletişim grupları ve sürekli bağlantı halinde olunan birimler aracılığıyla departmanlar arası koordinasyonun sağlandığı belirtilmiştir.

Hemşirelere yöneltilen yedinci soru “Yönetime veya üst düzey personele bildirdiğiniz riskler ile ilgili nasıl geri dönüşler alıyorsunuz? Bu geri bildirimler ne kadar sürede sağlanıyor? Risk yönetimi süreçlerinin iyileştirilmesi için ne gibi katkılarda bulunuyorsunuz?” şeklindedir. Bu soru risk bildirimlerinin değerlendirilmesi ve bu bildirimlere yönelik geri dönüşlerin hangi süreçlere tabii olduğunun tespitini yapabilmek amacıyla hemşirelere yöneltilmiştir.

Verilen cevaplar, geri bildirim süreçlerinin genellikle riskin niteliğine göre değişkenlik gösterdiğini ortaya koymaktadır. Özellikle enfeksiyon riski gibi acil

müdahale gerektiren durumlarda daha hızlı geri dönüşlerin sağlandığı, ancak diğer türdeki risk bildirimlerinde geri dönüş sürecinin uzayabildiği ifade edilmiştir.

Devlet hastanelerinde görev yapan hemşireler, risk bildirimlerini genellikle yazılı dilekçelerle gerçekleştirdiklerini ve bazı durumlarda kısa sürede yanıt aldıklarını belirtmişlerdir. Ancak yoğunluk dönemlerinde geri dönüşlerin geciktiği ve bu gecikmelerin hem riskin yönetimini hem de çalışan motivasyonunu olumsuz etkilediği dile getirilmiştir. Bazı katılımcılar, sürecin yavaş işlediğini ve bu nedenle kendi katkılarının süreç üzerinde sınırlı kaldığını düşündüklerini belirtmiştir. Ayrıca, bildirilen risklerin çözüm sürecinde kurum içindeki bazı tutumların çalışanlar üzerinde olumsuz etkiler yarattığı da ifade edilmiştir.

Özel hastanede görev yapan hemşireler ise risk bildirimlerinin değerlendirilmesinde zaman zaman yönetime erişimde güçlük yaşandığını, özellikle büyük ölçekli yapısal değişiklik gerektiren risklerde çözümün uzun sürebildiğini belirtmişlerdir. Söz konusu hususa örnek olarak hemşirelerden bir tanesi “yangın merdivenlerinin yenilenmesi” örneğini vermiş olup hastanede tespit edilen bu eksikliğin giderilmesi sürecinde yaşanan aksaklıklardan bahsetmiştir. Bu gibi durumlarda sürecin belirsizliğe sürüklenmesi, çalışanlar açısından sürecin etkinliğine dair güvenin azalmasına neden olabileceğine işaret etmiştir.

Hem devlet hem de özel hastanelerden elde edilen bu bulgular, risk bildirimlerinin niteliğine, kurumun iç işleyişine ve yöneticilerin yaklaşım biçimlerine bağlı olarak geri bildirim sürelerinin ve kalitesinin değişebildiğini göstermektedir. Hemşirelerin ortak önerileri arasında dijital bildirim sistemlerinin devreye alınması, otomasyonun süreçlere entegre edilmesi ve daha hızlı, şeffaf geri dönüş mekanizmalarının oluşturulması yer almaktadır.

Mülakatın sonunda, katılım sağlayan hemşirelerden risk analizinin sağlık hizmetleri bağlamında uygulamadaki yansımalarını incelemek amacıyla olumlu ve olumsuz vaka örnekleri paylaşımları istenmiştir. Yanıtlarda özellikle olumsuz

vakalara yönelik anlatıların ağırlık kazandığı, olumlu örneklerin ise sınırlı sayıda paylaşıldığı tespit edilmiştir.

Beyaz kod uygulamalarına ilişkin bildirilen örnekler, hasta ve çalışan güvenliği açısından ciddi risklerin ortaya çıkabileceğini göstermektedir. Bir hemşire, beyaz kod durumlarında güvenlik biriminin zamanında müdahale edememesi nedeniyle hasta yakını kaynaklı bir şiddet vakasının yaşandığını, olay sonrası uzun süre yeterli güvenlik önlemlerinin alınmadığını ifade etmiştir. Bununla birlikte, kişisel koruyucu ekipmanların uygun kullanımı sayesinde kanla bulaşabilecek enfeksiyon riskinin önlendiği bir iyi uygulama örneği de paylaşılmıştır.

Bir başka dikkat çeken vaka örneğinde, hemşire tarafından paylaşılan anlatıya göre nöbet sonrası yeterli dinlenemeyen bir personelin dikkat dağınıklığı yaşadığı, bu nedenle görev yerinden uzaklaştığı bir anda acil müdahale gereken bir hasta için ilgili uzmana zamanında ulaşamadığı aktarılmıştır.

Öne çıkan bir diğer vaka ise, bildirim yapılmayan ve gereken önlemin alınmadığı bir fiziksel çevre riskine ilişkindir; hemşire, hastanede yenilenmiş bir alanın yağmurlu havalarda kaygan hale geldiğini, bu durum nedeniyle bir hekimin düşerek adeste zedelenmesi yaşadığını ancak hekimin olayla ilgili bildirimde bulunmadığını belirtmiştir. Bu bildirimin yapılmaması nedeniyle aynı alanda yaşlı bir hastanın kayıp kalçasını kırdığı ve olayın ciddi bir sağlık sorununa dönüştüğü belirtilmiştir. İlgili hemşire durumu şöyle ifade etmiştir:

“Hastanenin giriş katında yenilenme yapılmıştı ve arka kapıda bir koridor vardı. Bu yolu kullanan insanlar yağmurlu havalarda sürekli kaymaya başlamıştı. O gün o koridordan geçen bir hekim düşüp adestesini zedeledi ancak ne yazık ki o yolun kaydığına ve tedbir alınması gerektiğine ilişkin herhangi bir bildirimde bulunmadı. Hekimin bildirim yapmaması nedeniyle aynı gün yaşlı bir hasta daha o yolda kayıp düşüyor ve kalçası kırılıyor. Aslında çok basit bir olay gibi görünse de ciddi sonuçlar doğmakta bu olay vesilesiyle bildirimin ne kadar önemli olduğunu vurgulamak isterim.”

4.2 Hekimlere Yapılan Mülakat Sonucunda Elde Edilen Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde; sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde kritik öneme sahip olan hekimlerle yapılan mülakatlar değerlendirilmiştir. Araştırmanın nitel boyutu kapsamında yürütülen mülakatlarda yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmış olup her bir görüşmede hekimlere önceden belirlenmiş 20 adet açık uçlu soru yöneltilmiştir. Böylelikle belirlenen temalar çerçevesinde bilgi toplarken, katılımcıların bireysel deneyim ve değerlendirmelerini özgürce ifade edebilecekleri bir alan oluşturulmuştur.

Derinlemesine mülakat yöntemi ile 5 tanesi devlet 5 tanesi ise özel hastanede görev yapan toplamda 10 adet hekimle görüşme sağlanmıştır. Katılımcılar nöroloji, hematoloji, göz hastalıkları, diş hekimliği, acil tıp ve cerrahi branşlarda hizmet veren farklı uzmanlık alanlarına sahip kişilerden oluşmakta olup araştırmanın bu bölümünde sağlık hizmetlerinin çok boyutlu yapısını anlamak ve farklı klinik alanlarda risk yönetim süreçlerinin nasıl şekillendiğini gözlemlemek hedeflenmiştir.

Görüşmeler, hekimlerin iş yoğunluğu ve bulundukları konum göz önünde bulundurularak hem yüz yüze hem de çevrim içi yöntemle gerçekleştirilmiştir. Her bir görüşme yaklaşık 45 ila 60 dakika arasında sürmüştür. Ses kaydı alınmasına izin veren hekimlerin yanıtları görüşme sonucunda yazılı metne dönüştürülmüş, ses kaydı alınmasına izin vermeyen hekimlerin yanıtları ise görüşme anında alınan notlar ile tamamlanmıştır.

Toplanan veriler, nitel araştırma yöntemlerinden biri olan tematik analiz tekniği kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda, hekimlerin risk analizi uygulamaları, hasta güvenliği algıları, kurumsal önleme mekanizmaları, iletişim ve koordinasyon süreçleri, sistemler eksikler ve kişisel çözüm stratejileri gibi alanlara dair ifade ve anlatımlar belirli temalar altında sınıflandırılmıştır. Bununla birlikte devlet hastaneleri ve özel hastanelerdeki benzerlik ve farklılıklar ile uzmanlık alanlarına özgü deneyimler karşılaştırılmıştır. Böylelikle sağlık sisteminin çeşitli katmanlarında risk

analizi süreçlerine yönelik hekim bakış açısını çok yönlü bir şekilde ortaya koymak hedeflenmiştir.

4.2.1 Hekimlerin “risk” algısı

Söz konusu araştırma kapsamında hekimlere yöneltilen ilk soru hekimlerin risk algısını tespit etmek amacıyla sorulmuş olup günlük tıbbi uygulamalarında risk analizinin rolünü nasıl değerlendirdiklerine ve risk analizi süreçlerine ne sıklıkla katıldıklarına ilişkin olarak değerlendirilmiştir.

Bu kapsamda hekimlerin risk algılarının, büyük ölçüde çalıştıkları kurumun dinamiklerine ve hasta profiline göre şekillendiği tespit edilmiştir. Kamu hastanelerinde görev yapan hekimler gerek hasta yoğunluğu gerekse iş yükü sebebiyle daha çok tepkisel bir risk algısı geliştirdiklerini belirtmişlerdir. Özel hastanelerde görev yapan hekimler ise risk analizi süreçlerinde daha hızlı bir müdahale alanı olduğunu gerek yasal gerekse idari riskler konusunda daha sistematik olarak hareket edildiğini ifade etmişlerdir.

Bursa’da bir özel hastanenin hematoloji bölümünde görev yapan bir hekimin risk algısına ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Avukatların anlamış olduğu risk analizi kavramı ile hekimlerin anlamış olduğu risk analizi kavramında farklılar bulunmakta. Riskin tanımlanması şahsın yaşına, sosyo-kültürel seviyesine ve aynı zamanda hastalığına ve bununla birlikte var olan hastalıkların hepsine göre değişmektedir. Yani burada çeteleme şeklinde check-list üzerinden bir tablo söz konusu değil. Ancak klinikte yatan hastalarda böyle bir check-list sistemi mevcut. Örneğin düşmeye yönelik ya da enfeksiyondan korunmaya yönelik düzenlemeler var. Bu noktada risk analizi; şahsın yaşına, kültürel seviyesine, hastalığına ve mevcut hastalıklarına göre yapılacak olan bir analiz sistemini ifade etmektedir. Örneğin az önce bu odadan çıkan hasta 67 yaşında, bu hasta ile 32 yaşındaki bir hastanın hastalığına ait risklerin tanımlanmasında farklılıklar var. Klinik kısımdaki süreçte ise; şahsın, düşme riski var mı, enfeksiyon riski var mı, beslenmesi

nasıl, kilosu nasıl, ishali var mı, bulantısı ya da kusması var mı gibi kriterler incelenir. Tüm bunların kontrolünün yapıldığı bir liste mevcut.”

Hekimlerin risk algısına ilişkin değerlendirme, hemşirelerle yapılan mülakatın aksine “hasta güvenliği” odaklı olarak şekillenmiş olup hem devlet hem de özel hastanede görev yapan hekimler birbirleriyle benzer yanıtlar vermişlerdir. Mülakata katılan tüm hekimler risk analizini; potansiyel tehlikelerin ve olumsuz sonuçların sistematik bir şekilde değerlendirilmesi süreci olarak tanımlamış ve görev yaptıkları alana ilişkin süreçleri spesifikleştirerek analiz etmişlerdir. Özellikle doğru teşhis ve tedavi yöntemi ile risklerin önceden belirlenmesi sürecinde hem hata hem de komplikasyon riskinin önemli ölçüde azaldığına vurgu yapmışlardır.

4.2.2 Hekimlerin risk analizi süreçlerine ilişkin deneyimleri

Hekimlere yöneltilen ikinci soru hekimlerin, tıbbi uygulamalarında risk analizi yöntemlerini ne kadar aktif kullandığını ve uygulamada karşılaştıkları zorluklar ile bu zorluklarla başa çıkma stratejilerinin tespit edilmesi amaçlanmıştır.

İstanbul’da bir özel hastanenin nöroloji bölümünde görev yapan bir hekim deneyimlerine ilişkin aşağıdaki hususları aktarmıştır;

“Burada vaka üzerine bir inceleme yaptığımızdan bir genelleme yapmam söz konusu değil aynı teşhis aynı yaş grubu olsa bile vücut yapıları farklı olan iki hastada iki farklı sonuç olacaktır dolayısıyla tek bir örnekle sınırlandıramam. Örneğin 80 yaşında, düşkün, halsiz yürümekte zorluk çeken bir hasta ile aynı hastalığa sahip olan bir başka hasta yatalak. Yani her hasta bizi farklı bir sonuca götürmektedir. Kamburluğu mu var, ayağını sürükleyerek mi götürüyor, ellerini sıkabiliyor mu tüm bunlar o muayene sistemi içerisinde ortaya çıkar. Yani burada standart tarzda bir uygulama söz konusu değil. Klinikte yatan hastalarda özellikle hemşirelerin kullandığı bir kontrol listesi var ancak bu genel itibarıyla bir tablo ortaya koyar. Önemli olan hekimin yaptığı muayene sonucunda tespit ettiği eksikliklerdir.”

İstanbul’da bir devlet hastanesinde cerrahi uygulama sırasında yaşadığı bir vakayı paylaşan hekim ise laparoskopik bir cerrahi işlem sırasında, karbondioksit gazı kullanılması gereken durumda konuyla ilgili bilgisi olmayan personelin oksijen tüpünü kullanması nedeniyle yaşadıkları olayı ve akabinde hastanın yaşamış olduğu hayati tehlikeyi paylaşmış olup bu olay kapsamında cerrahinin yalnızca teknik bilgi gerektirmediğini aynı zamanda ekip içi iletişimin ve bilgi paylaşımının da ne denli önemli olduğuna vurgu yapmıştır.

4.2.3 Hekimlerin risk ile baş etme yöntemleri

Hekimlerin “*risk*” ile baş etme yöntemlerinin tespiti için çalıştıkları sağlık kuruluşlarında öncelikli olarak risk analizi süreçlerinin nasıl yapılandırıldığı ve bu süreçlerin etkinliğini hangi ölçüt ve metrikler aracılığıyla değerlendirildiği sorulmuştur. Bu kapsamda hekimlerin zorluklarla başa çıkmak için özellikle birkaç strateji kullandığı tespit edilmiştir.

Hem devlet hem de özel hastanede çalışan hekimler risk analizi süreçlerinde karşılaştığı en büyük zorluklardan birinin ekip içinde farklı seviyelerde bilgi ve deneyime sahip personellerin bulunmasını örnek olarak göstermişlerdir. Bununla birlikte formların doğru ve eksiklik şekilde doldurulmadığı durumlarda zaman zaman sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu kapsamda hekimlerin risk ile baş etme yöntemlerine ilişkin olarak aşağıdaki hususların dikkate alındığı tespit edilmiştir:

- Eğitim ve Bilgilendirme: Hekimler, tıbbi uygulama esnasında yer alan tüm ekip üyelerinin düzenli olarak risk analizi süreçleri hakkında eğitilmesi gerektiğini belirtmiş özellikle özel hastanede çalışan bir hekim bilgi eksikliklerini gidermek için yapılacak işlem öncesinde kısa bir bilgilendirme toplantısı yapıldığını belirtmiştir.
- Standart Formlar ve Kontroller: Hekimler, günlük uygulamalarda çok sayıda form kullanıldığı, özellikle hemşireler tarafından doldurulan formların eksiksiz doldurulması ile hata oranlarında ciddi anlamda düşüş gözlemlendiğini belirtmiştir.

- Tetkik ve Konsültasyonlar: Mülakat esnasında bazı hekimler belge ve kayıt tutmaya oldukça önem verdiklerini dile getirmiş ve hukuki sorumluluk riskine dikkat çekmiştir. Bu noktada hekimler, lüzumlu olmayan tetkik ve konsültasyonları defansif tıp olarak değil sorumluluk oluşmaması adına tıbbi gereklilik olarak değerlendirmiştir.

4.2.4 Hekimlerin risk analizi süreçlerinde hasta güvenliğine ilişkin tutumları

Araştırma kapsamında hekimlerin risk analizi süreçlerinde hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını tespit edebilmek amacıyla gerçekleştirilen mülakatlarda hasta güvenliği konusunun hekimlerin klinik uygulamalarında önemli bir yer tuttuğu ortaya konulmuştur. Devlet hastanesinde görev yapan hekimler, hasta güvenliğini sağlamanın öncelikle sistem düzeyinde alınan önlemlerle mümkün olabileceğini vurgulamışlardır. Bu noktada özellikle personel yetersizliği, aşırı iş yükü ve zaman baskısının hasta güvenliğini tehdit eden başlıca unsurlar olarak nitelendirmişlerdir. Sağlık sektöründe geçmişten günümüze olumlu gelişmeleri örnek göstermek isteyen ve Bursa’da bir devlet hastanesinde cerrahi alanda görev yapan bir hekimin ifadelerine göre;

“Şu an sistem eskiye oranla çok değişti. Çok fazla miktarda kontroller yapıp formlar alınıyor. Örneğin taraf formunda hastanın sağ-sol hangi tarafına işlem yapılacaksa çizim üzerinden belirtiliyor. Bu bizim branşımızda tek organlar için problem yaratmıyor ancak eskiden hastanın sol bacağı yerine sağ bacağı kesildi şeklinde haberler okurduk. Şu an bu tarz hatalar minimize edilmiş durumda. Sonuç itibarıyla her cerrahi işlemde bu önlemlerin titizlikle uygulanması, başarı oranını artırmak adına büyük bir önem taşıyor.” şeklinde olup özellikle bu tarz formların titizlikle doldurulmasının hasta güvenliği üzerindeki etkilerine dikkat çekmek istenmiştir.

Özel hastanelerde görev yapan hekimler ise hasta güvenliğine ilişkin daha yapılandırılmış prosedürlerin ve kalite kontrol mekanizmalarının varlığından söz etmişlerdir. Bu hekimler, özellikle performans değerlendirmeleri ve hasta

memnuniyeti odaklı uygulamaların, hata yapmama baskısını artırdığını, bu nedenle risk analizine daha fazla önem verdiklerini belirtmişlerdir. Hem devlet hem de özel hastanelerde görevini icra eden hekimler, risk analizinin tüm sağlık çalışanlarının aktif katılımıyla yürütülmesi gerekliliğine vurgu yapmışlardır.

4.2.5 Risk analizinde eğitim ve farkındalık

Hekimlere yöneltilen bir diğer soru risk analizi konusunda aldıkları eğitim ve farkındalık düzeylerini ölçmek amacıyla yönlendirilmiş olup söz konusu eğitimlerin ne kadar sıklıkla yapıldığı ve eğitimlerde edinilen bilgilerin günlük hayattaki uygulamalarına ne kadar bütünleşmiş bir şekilde yürütüldüğü sorulmuştur.

Araştırma kapsamında gerçekleştirilen mülakatlar, hekimlerin risk analizine ilişkin eğitim düzeyleri ve farkındalıklarının sağlık kurumunun niteliğine göre önemli ölçüde farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur. Devlet hastanelerinde görev yapan hekimlerin çoğu risk analizine ilişkin yeterli ve düzenli bir eğitimin olmadığı, yeni başlayan hekimlerin bu konuda çoğunlukla kendi çabalarıyla bilgi edinmeye çalıştıklarını belirtmişlerdir. Bu alandaki eğitim eksikliği nedeniyle klinik karar süreçlerinde risk faktörlerinin sistematik olarak değerlendirilmesini engellemekte ve farkındalık düzeyinin düştüğünü belirtmişlerdir. Hekimlik mesleğine ilişkin genel eğitim süreci hakkında değerlendirmede bulunan bir hekimin ifadeleri aşağıdaki gibidir:

“Risk analizi konusu ile ilgili bilgilendirmenin tablosu tıp fakültesi 1.sınıf itibarıyla başlar. Tıp fakültesi 6 yıldır, klinik alanda ilk önce teorik dersler verilir ardından pratik alana geçilir ve doğrudan şahıslar üzerinde deneme tabloları ortaya çıkar. Bu konu bir gün içerisinde oturacak bir tablo değil bu yılların ortaya koymuş olduğu bir tablodur. 6 yıl tıp fakültesinin bitmesinin ardından uzmanlık alanı gelir, 4 yıl veya 5 yıl uzmanlık yapılır ve bu süreç sürekli eğitim ve bilgilendirmeler ile geçer. Bu nedenle hekimlerin kendilerini bu konuda hep güncel tutması kitaplardan destek alması ve makaleler yazması gerekir. Bununla birlikte yandal eğitimi de olur. Tüm bunların sonunda hekim uzman olduğunda çalışma hayatında da bu süreçlere devam

eder. Özetle buradaki eğitim süreklilik arz eden bir durumdur. Eğitimde süreklilik olmadan bir hekimin veya bir hastane sisteminin doğru olabilmesi mümkün değildir.”

Bu kapsamda özel hastanelerde görev yapan hekimler, risk analizi konusunda daha fazla eğitim alma fırsatına sahip olduklarını belirtmişlerdir. Özellikle hizmet içi eğitimlerin ve kalite birimleri tarafından yürütülen bilgilendirme ve çevrim içi modüller aracılığıyla hekimlerin sürece daha aktif dahil oldukları gözlemlenmiştir. Hem devlet hem özel hastane hekimleri risk analizine ilişkin eğitimlerin yalnızca hekimlere değil tüm sağlık çalışanlarına yönelik olması gerektiğini vurgulamışlardır.

4.2.6 Risk analizinde teknolojinin etkisi, öneri ve iyileştirmeler

Hekimlere yönelik sorulardan bir diğeri ise risk analizi süreçlerinde hangi teknolojik araç ve yazılımların kullanıldığına ilişkin olarak yönlendirilmiş olup bu soru ile risk analizi süreçlerindeki süreçlerde teknolojinin avantajları ve dezavantajları ile değerlendirilerek risk analizi süreçlerindeki öneri ve iyileştirmeler değerlendirilmiştir.

Bu kapsamda hekimlerin vermiş olduğu yanıtlar analiz edildiğinde devlet hastanesinde görev yapan hekimler ile özel hastanede görev yapan hekimlerin yanıtlarında farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Özellikle devlet hastanesinde görev yapan hekimler hem hasta yoğunluğu hem de mevcut cihazların eski yıllardan kalmış olması nedeniyle zaman zaman dezavantajlar yaratabildiğini belirtmişlerdir. Oysa özel hastanede görev yapan hekimler genellikle kullanılan cihazların yeni ve teknolojik gelişmelere uygun olduğunu ve her bir aletin belirli dönemlerde kontrollerinin sıklıkla gerçekleştirildiğini belirtmişlerdir.

Bursa’da özel bir hastanenin nöroloji bölümünde görev yapan hekimin ifadeleri; “Bütün tıbbi aletlerin hepsinin belli dönemlerde kalibrasyonları yapılır. Cihazların doğru çalışıp çalışmadığı ile ilgili kısım teknik elemanlar tarafından yapılır ve yapılan test çalışmalarına göre etiketlenir. Bu bağlamda bir hastane sistemi içerisinde var olan aletlerin hepsi belli dönemlerde kalibre edilerek test edilir. Kalibre edilmeyen

gözden geçirilmeyen alet yoktur.” şeklinde olup olası risklerin oluşumunu önlemek adına her bir teknolojik aletin kontrollerinin belirli aralıklarla yapılması gerekliliğine vurgu yapılmıştır.

İstanbul’da bir devlet hastanede görev yapan hekimin ifadeleri ise “Gelecekte, yapay zekâ ve büyük veri analitiği gibi teknolojilerin risk analizi süreçlerine entegre edilmesi bekleniyor. Bu, daha doğru öngörüler ve hızlı müdahale fırsatları sağlayabilir. Ancak, bu teknolojilerin etik ve hukuki boyutları da dikkate alınmalı. Sağlık sistemini bilen uzmanların hukuki süreçlere katılımı, bu yeniliklerin başarılı bir şekilde uygulanmasını destekleyecektir.” şeklinde olup özellikle yapay zekanın kullanımına dikkat çekilmiştir. Özel hastanede görev yapan hekimler, teknoloji kullanımının zaman zaman aşırıya kaçtığı konusunda eleştiride bulunmuş olup her iki kurumda görev yapan hekimlerin ortak önerileri; etkili ve erişilebilir bilgi sistemleri kurulması, risk analizi verilerinin düzenli olarak paylaşılması ve yorumlanması ve multidisipliner ekiplerle vaka toplantılarının yapılması şeklinde ortaya konulmuştur.

4.2.7 Hekimlerin risk analizi süreçlerinde hukuki ve etik boyuttaki tutumu

Araştırma kapsamında hekimlere yöneltilen son soru hekimlerin risk analizine süreçlerinde hukuki ve etik anlamdaki tutumlarının tespiti amacıyla yönlendirilmiştir. Hekimlerle yapılan mülakatlar sonucunda devlet ve özel hastanelerde görev yapan hekimlerin görüşleri arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir.

Devlet hastanelerinde çalışan hekimler, risk analizinin hukuki bir zorunluluktan ziyade yönetsel bir prosedür olarak görüldüğünü ifade etmişleridir. Pek çok hekim, tıbbi uygulama hatalarının hukuki sonuçlarını bilmekle birlikte bu konuda yeterli rehberlik ve destek mekanizmasının bulunmadığını belirtmiş özellikle sağlık hukuku kapsamında tıbbi uygulama hatalarına ilişkin olarak düzenlenmiş özel bir kanun bulunmayışına dikkat çekmişlerdir. Bununla birlikte etik yönden devlet hastanelerinde bireysel vicdana dayalı bir sistemin hakim olduğu zaman baskısı ve personel yetersizliği gibi sorunların etik karar almayı zorlaştırdığını vurgulamışlardır.

Özel hastanelerde görev yapan hekimler ise risk analizinde daha çok hukuki bir güvence aracı olarak yaklaşmakta ve hatta defansif tıp uygulamalarını yapılması gereken bir zorunluluk olarak tanımladıklarını zira tetkikini istemedikleri bir işleme ilişkin tıbbi hata oluştuğunda hukuki sorumluluklarının doğacağını ve her anlamda önem almak zorunda olduklarını belirtmişlerdir. Bu kapsamda hekimlerden birisi oldukça açıklayıcı ve detaylı bir cevaplandırma yapmış olup süreci aşağıdaki şekilde yorumlamıştır;

“Yan etki ve komplikasyon kavramları olmadan hiçbir tedavinin yapılabilmesi mümkün değildir. Burada yanlış bir algılama söz konusu. Örneğin bir aspirin ya da ağrı kesici bile alındığından kişiden kişiye farklı yan etkiler gösterir bu nedenle ilaçların prospektüsüne bakmak çok önemlidir. Bu tamamen kişinin kendisini koruması ile alakalı bir unsurdur. Tanı doğruysa doğru tedavi gelir. Ancak tedaviyle birlikte ortaya çıkabilecek yan etkiler ve komplikasyonlar olur mu olur. Bu kişiye ve kişinin ilaçları tolere edebilme olasılığına bağlıdır. Örneğin kortizon ilacını ele alalım bu kortizon ilacı kişinin şekerini yükseltir. Bu bilinen bir özelliktir. Kortizon aynı zamanda kişinin vücudundaki tuz miktarını da artırır ve sıvı tutulmasını da sağlar. Eğer burada hekim diyabeti olan yani şeker hastalığı olan bir şahsa kortizonun önemlerini almadan yani gerekli önemleri almadan verirse o şahıs şeker komasına girer işte bu malpraktistir. Ama aynı senaryoda ben insülin tedavisinde başlamışım ki kortizonun dozunu da insülinin dozunu da ayarlamışım ki bunu tüm detaylarıyla ortaya koyup şahsa yan etkileri ile birlikte açıklamışım ki ama şahıs tuvalete gittiğinde elleri yıkamadan gerekli önemleri almaz mikrop kapar kan zehirlenmesi olur işte bu malpraktis ne komplikasyon bu şahsın eğitimsizliği sonucunda ortaya çıkan bir tablodur. Kortizon örneğinden devam edelim; bunun bilinen etkilerinde sivilcelenme, kılınma vardır işte bu etkiler yan etkidir ve bu ilaç bana verildi vücudumda sivilcelenme kılınma oldu denmesi bir malpraktis değildir.

Damara girilecektir, damar patlayabilir bu olabilecekler içerisinde bir tablodur. Ama tabii ki burada tekniğine uygun olarak tüm önemleri almak önemli. Bu noktada hiçbir hekim analizini yapmadan tedaviye girmez. Analiz yapılmadan teşhis ortaya konulmaz.

Defansif tıbbın Türkiye’de bu denli ortaya çıkmış olmasının nedeni avukatlardır. Burasını bir gelir kapısı olarak görmelerinin sonucudur. Sağlık bakanlığı 2023 yılı için 850 milyon insanın takip ve tedavisini yaptık diyor. Türkiye’nin nüfusu 85 milyon. Bu 85 milyonun hepsi hasta mı değil. Hadi bunun %50’sinin hasta olduğunu kabul edelim demek ki bir hasta 20 defa hastaneye gitmiş vaziyette. Biz hastanın ne şikâyeti varsa tedbir almak zorundayız. Biraz başım mı ağrıyor diyor tomografi istemek zorundayız. Çünkü mahkemeye gidildiğinde ne soruluyor tomografisi çekildi mi? Tomografisi çekilmediyse bu nedir yetersizlik tablosu ve ihmal. Burada da defansif tıp ile tüm hekimler bunu öğrendiğinden her türlü gerekli tedbiri almak zorundadır. Hasta ne beyan ediyorsa ona göre tedbiri alınmak zorunda. Bu bizim kendimizi hukuk karşısında koruyabilmemiz için ortaya çıkan bir tablodur.”

Defansif tıbbın ortaya çıkış nedeninin avukatların bu alanı gelir kapısı olarak görmelerinin sonucu olduğuna ilişkin yoruma katılmamakla birlikte her iki hastanede görev yapan hekimler, risk analizinin yalnızca hataları önleme aracı değil aynı zamanda etik sorumluluk ve hukuki öngörü çerçevesinde ele alınması gerekliliğini belirtmişlerdir.

4.3 Hastane Yöneticileri ve İdari Personel ile Yapılan Mülakat Sonucunda Elde Edilen Bulgular

Araştırmanın son aşamasında devlet ve özel hastane yönetimlerinde yer alan idari personeller ile görüşme sağlanmış olup; hastanelerde risk yönetimi süreçlerinin işleyişine, olay bildirim sistemlerine, alınan önleyici tedbirlere ve hasta güvenliğine yönelik kurumsal yaklaşımların değerlendirilmesine odaklanılmıştır.

Elde edilen bulgularda; katılımcıların risk analizi süreçlerine ilişkin detaylı bilgi vermekten kaçındığı ve kurumsal politikaları tekrarladığı tespit edilmiştir. Katılımcıların her biri hastanelerinde etkin bir risk yönetim sisteminin bulunduğunu ve hasta güvenliğine yüksek düzeyde özen gösterildiğini ifade etmiş olsa da verilen yanıtlar genel geçer ifadelerle sınırlı kalmıştır.

Katılımcılar çoğu zaman savunmacı ve temsili bir tutum sergilemiş olup olası sistem açıkları üzerine konuşmayı tercih etmemişlerdir. Bununla birlikte hasta güvenliğine ilişkin olarak verilen eğitimlere vurgu yapmışlardır. Ancak bu eğitimlerin çalışanlar üzerindeki etkisine ilişkin herhangi bir değerlendirmede bulunmamışlardır.

Hastane yönetiminde yer alan katılımcılarla yapılan görüşmeler göstermektedir ki; olay bildirim sistemlerinin işleyişi, proaktif risk analizlerinin uygulanması ve eğitim faaliyetlerinin etkililiği hususlarında yöneticilerle klinik çalışanların ifadeleri arasında çelişkiler mevcuttur. Bu çelişkilerin hastane yönetimde yer alan katılımcıların kurum imajını korumaya yönelik bir yaklaşımdan kaynaklandığı düşünülmektedir.



5 TARTIŞMA

Söz konusu araştırma, hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi uygulama hatalarının önlenmesi süreçlerindeki risk analizi uygulamalarının mevcut durumunu hem devlet hem de özel hastaneler kapsamında ortaya koymayı amaçlamış olup; hemşireler, hekimler ve hastane yönetiminde yer alan çalışanlar ile gerçekleştirilen mülakatlarda risk algısının mesleki roller, kurumsal farklılıklar ve eğitim düzeyi gibi faktörlerden etkilendiği tespit edilmiştir. Bu doğrultuda elde edilen bulgular, araştırmanın beş temel sorusu kapsamında değerlendirilmiştir.

5.1 Tıbbi Uygulama Hatalarının Önlenmesi Süreçlerinde Risk Analizinin Önemi

Bu araştırma gerçekleştirilirken öncelikli olarak “Tıbbi uygulama hatalarının azalmasında risk analizinin önemi nedir?” sorusuna yanıt aranmaya çalışılmıştır. Bu doğrultuda hekimler, hemşireler ve hastane yönetiminde yer alan sağlık çalışanlarının mesleki tecrübelerine dayanan mülakatlar, tıbbi uygulama hatalarının azalmasında risk analizi uygulamalarının kritik bir öneme sahip olduğunu göstermiştir. Zira risk analizleri yalnızca olası tehlikeleri öngörmekle kalmayıp aynı zamanda bu tehlikelerin gerçekleşmesini önleyecek sistemsel düzenlemeler de bir zemin hazırlamaktadır. James Reason’ın “Swiss Cheese Modeli”ne göre hatalar genellikle bireysel yetersizliklerden değil, sistemin çeşitli katmanlarındaki açıkların örtüşmesinden kaynaklanır (46). Bu bağlamda, özel hastanelerdeki yapılandırılmış süreçlerin, devlet hastanelerindeki dağınık uygulamalara göre daha koruyucu olduğu gözlenmiştir.

Yapılan mülakatlarda hekimlerin ve hemşirelerin ifadeleri, hasta güvenliğini artıran unsurlar arasında hasta tanımlamasının doğruluğu, fiziksel güvenlik önlemleri, tetkik ve konsültasyonun zamanında yapılması ve eğitim süreçlerinin sistematikliği gibi etkenleri öne çıkarmıştır. Özellikle özel hastanelerde bu tür uygulamaların daha sistematik olduğu ifade edilmiştir. Singh ve arkadaşlarının çalışması, birinci basamak sağlık hizmetlerinde tanınan hataların %68’inin sistemsel eksikliklerden

kaynaklandığını göstermektedir; bu oran, yapılandırılmış risk analizi sistemlerinin önemini desteklemektedir (47).

5.2 Tıbbi Uygulama Hataları ve Risk Analizi Kavramlarının Hukuki Açıdan Değerlendirilmesi

Sağlık çalışanlarının tıbbi işlemlerde kendilerinden beklenen dikkat ve özeni eksik göstermeleri halinde meydana gelen tıbbi uygulama hataları sonucunda sağlık çalışanlarının hukuki sorumlulukları gündeme gelmektedir. Dolayısıyla risk analizinin etkinliği, yalnızca sağlık hizmetlerinin kalitesini değil, aynı zamanda sağlık çalışanlarının hukuki sorumluluklarını da etkilemektedir. Hekimin, hastaya özen yükümlülüğü kapsamında hastaya yönelik risklerin önceden değerlendirilmesi ve gerekli önlemlerin alınması temel bir sorumluluktur. Dolayısıyla, etkili bir risk analizi süreci, olası bir tıbbi uygulama hatasını konu alan davada hekimin lehine güçlü bir delil teşkil edebilir.

Dekker'in “adil kültür” kavramı çerçevesinde değerlendirildiğinde, risk bildirim ve hata paylaşımı konularında yönetsel destek ve suçlayıcı olmayan bir yaklaşım sergilenmesi hem hasta güvenliği kültürünü güçlendirmekte hem de çalışanların hukuki güvenliğini artırmaktadır (48). Türk Tabipleri Birliği'nin 2023 yılı raporunda, kurum içi risk analiz sistemlerinin sağlık çalışanlarının tıbbi sorumluluğunu azaltıcı etkisinden ve bu sistemlerin kalite akreditasyon süreçlerinde belirleyici olduğundan söz edilmektedir (49).

5.3 Risk Analizi Uygulama Süreçlerinde Kamu ve Özel Hastaneler Arasındaki Farklar

Özellikle sağlık kurumlarındaki risk analizi uygulama süreçlerinin neler olduğunun araştırılmasını hedefleyen bu çalışmanın bir diğer araştırma sorusu kamu ve özel hastanelerdeki risk analizi uygulama süreçlerindeki farklıların tespitine ilişkindir.

Hemşirelerle yapılan mülakatlarda kamu hastanesinde görev yapan hemşireler ile özel hastanelerde görev yapan hemşirelerin risk algısının farklı olduğu tespit edilmiştir. Kamu hastanesi hemşirelerinin risk algısı daha çok iğne batması gibi kişisel maruziyetlere odaklanırken özel hastane hemşirelerinin risk algısı hasta güvenliğine odaklanmıştır. Bu durumun devlet hastanesindeki ekipman yetersizliği, hasta yoğunluğu ve iş yükü gibi sorunlardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Bununla birlikte özel hastanelerdeki hemşireler risk yönetimi süreçlerinde daha sistematik ve yapılandırılmış uygulamalarla hareket edildiğini, departmanları arasındaki iş birliği ve düzenli eğitimlerin hasta güvenliği üzerinde olumlu etkiye sahip olduğunu belirtmiştir. Bu durum literatürde yapılan çalışmalarda da özel sektörün kurumsallaşmış hasta güvenliği uygulamaları açısından daha ileri düzeyde olduğu yönünde ifade edilmiş ve literatürle uyumlu bir sonuç elde edilmiştir.

Araştırma bulguları, kamu ve özel hastaneler arasındaki farkların sadece kaynak ve donanım farklılıklarıyla sınırlı olmadığını, aynı zamanda organizasyonel kültür, iş birliği düzeyi ve yönetsel yaklaşımın da önemli birer ayrım noktası olduğunu ortaya koymaktadır. Özel hastanelerde görev yapan hemşire ve hekimler, eğitimlerin sistematikliği, bölümler arası koordinasyon ve disiplinler arası iş birliğinin daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir. Devlet hastanelerinde ise risk değerlendirmesi çoğunlukla bireysel inisiyatifle yürütülmekte, ekipman yetersizliği ve hasta yoğunluğu gibi yapısal sorunlar sürecin etkinliğini kısıtlamaktadır.

Bu bulgu, WHO'nun hasta güvenliği üzerine yayımladığı 2019 raporuyla da örtüşmektedir. Rapora göre düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık hizmetlerinde sistematik risk yönetimi süreçlerinin eksikliği, hasta güvenliğini doğrudan tehdit etmektedir (50). Ayrıca, kurumlar arası farklılıklar, sağlık hizmetlerinde standartlaşmanın önünde önemli bir engel oluşturmaktadır.

5.4 Risk Analizi Uygulamalarının Hasta Güvenliği Üzerindeki Etkileri

Söz konusu araştırma ile cevap bulunması hedeflenen bir diğer soru risk analizi uygulamalarının hasta güvenliği üzerindeki etkilerine ilişkindir. Bu bağlamda önemle

belirtmek gerekir ki, risk analizinin hasta güvenliğine etkisi çok katmanlı bir yapıya sahiptir. Doğru uygulandığında hem hasta hem de çalışan açısından koruyucu bir zemin oluşturur. Araştırma sürecince mülakat gerçekleştirilen hemşireler özellikle doğru hasta tanımlamasına dikkat çekmişlerdir. Bununla birlikte; yatak kenarlarının kapalı tutulması, yatak başlıklarının doğru şekilde sabitlenmesi gibi fiziksel güvenliğe ilişkin alınan önlemlere vurgu yapmışlardır. Hekimler ise hastaya özgü risklerin analizinde anamnezin doğru alınması, tetkik ve konsültasyon sürecinin yanı sıra standart form ve kontrol listelerinin eksiksiz doldurulmasının hasta güvenliği üzerinde hayati önem taşıdığını belirtmişlerdir. Özellikle hasta-hasta yakını iş birliğinin, fiziksel ortamın güvenliği ve iletişimin de hasta güvenliği üzerinde belirleyici bir rolü olduğu hem hekimler hem de hemşireler tarafından vurgulanmıştır. AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) tarafından yayımlanan verilere göre, sistematik güvenlik raporlama sistemlerinin kullanıldığı hastanelerde hasta başına düşen hata oranının %30 daha az olduğu tespit edilmiştir (51). Bu durum, kurum içinde yapılan risk analizlerinin yalnızca teorik değil, somut güvenlik çıktılarıyla da ilişkili olduğunu göstermektedir.

5.5 Risk Analizinin Etkinliğini Artırmak İçin İyileştirme Önerileri

Tıbbi uygulama hatalarının önlenmesi sürecinde risk analizinin etkinliğini arttırmak için araştırmanı son sorusu “Risk analizinin etkinliğini arttırmak için hangi iyileştirme önerileri sunulabilir.” şeklinde belirlenmiş ve sağlık çalışanları ile bu hususta görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Araştırma bulgularından elde edilen verilere göre risk analizinin etkinliğinin artırılması için öncelikle kurumlar arası uygulama farklılıklarını azaltmak adına ulusal düzeyde bir rehber ve protokol geliştirilerek bunların kurum içi eğitimlerle desteklenmesi gerekmektedir. Zira sağlık çalışanları ile yapılan mülakatlarda kamu hastaneleri ve devlet hastanelerindeki risk analizi uygulamalarının farklılıklar içerdiği, devlet hastanesindeki sağlık çalışanlarının hasta yoğunluğu ve iş yükü sebebiyle daha çok tepkisel bir risk yönetimi gerçekleştirirken özel hastanede görev yapan sağlık çalışanlarının risk yönetiminde daha sistemsel hareket ettiği tespit edilmiştir. Bu

durum sadece kamu-özel ayrımı ile sınırlı kalmamış, görüşme gerçekleştirilen her sağlık kuruluşunda kurumlar arasında uygulama farklılıkları olduğu gözlemlenmiştir. Dolayısıyla risk analizinin etkinliğini arttırmak için ilk iyileştirme önerisi “standardizasyon” olarak belirlenmiştir.

Eğitim ve bilgilendirme her alanda olduğu gibi risk analizi süreçlerinde de kritik bir öneme sahiptir. Yapılan mülakatlarda sağlık çalışanları risk analizi süreçlerine ilişkin eğitimler düzenlendiğini belirtmiş olsa da bu eğitimlerin uygulanabilirlik ve verimlilik anlamında gözden geçirilmesi gerekliliği sonucuna varılmıştır. Özellikle kamu hastanelerinde aynı hastanede görev yapmalarına rağmen bir kısım hemşirenin risk analizine ilişkin hastanede eğitim verildiğini bir kısım hemşirenin ise risk analizine ilişkin hastanede eğitim verilmediğini belirtmesi birbiri ile çelişki içeren bir durumun oluşmasına sebebiyet vermiştir. Bu bağlamda özellikle kamu hastanelerinde eğitim süreçleri güçlendirilmeli ve bu eğitimlerde hukuki ve etik konulara da yer verilmelidir.

Uluslararası bir meta-analiz çalışması, gelişmiş sağlık sistemlerinde çalışan hemşirelerin %78’inin kurumlarında hasta güvenliği eğitimi aldığını, bu oranın düşük-orta gelirli ülkelerde %45’e kadar düştüğünü göstermektedir (52). Türkiye özelinde yapılan bir çalışmada özel hastanelerde çalışan hemşirelerin %64’ü hasta güvenliği konusunda yılda en az bir defa eğitime katıldığını belirtirken bu oran kamu hastanelerinde %38 olarak saptanmıştır (53). Bu durum özel hastanelerde hasta güvenliği konusunda daha sistematik bir yaklaşım benimsendiğini, kamu sektöründe ise sürecin bireysel sorumluluklara bırakıldığını göstermektedir.

Risk analizinin etkinliğini arttırmak için risk bildirimi yapan sağlık çalışanının, yaptığı bildirimle ilişkin geri bildirim alması ve bu bildirimlerin raporlanması da süreçlerin iyileştirilmesinde önemli bir adımdır.

Yapılan mülakatlarda bazı hastanelerde geri bildirim süreçlerinin eksiksiz olarak işlediği belirtilirken bazı hastanelerde bildirim yapan sağlık çalışanına gerekli dönüşlerin yapılmadığı ve olayın üzerinin çeşitli gerekçelerle kapatılmaya çalışıldığı

tespit edilmiştir. Bu bağlamda risk analizi süreçlerinin iyileştirilmesinde “izleme ve değerlendirme” önemli bir aşama olup yapılan bildirimlere ilişkin suçlayıcı olmayan, daha çok öğrenmeye açık bir kurumsal işleyiş inşa edilmesinin önemli bir adım olacaktır. Bununla birlikte teknolojik tabanlı elektronik bildirim sistemlerinin, veri analizi yazılımlarının ve yapay zekâ destekleri mekanizmaların risk analizi süreçlerine entegre edilmesi de sürecin etkinliğini arttırmakta yenilikçi bir sonuca varılmasını sağlayacaktır.



6 SONUÇ

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre dünya genelinde her yıl 138 milyondan fazla hasta tıbbi hatalar sebebiyle zarar görmekte ve bu hatalar 2,6 milyon ölüme yol açmaktadır (54). Söz konusu araştırma, İstanbul ve Bursa illerindeki kamu hastanelerinde ve özel hastanelerdeki risk analizi süreçlerinin etkinliğini değerlendirmek ve bu süreçlerin tıbbi uygulama hatalarının önlenmesindeki rolünü ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında hemşireler, hekimler ve hastane yönetiminde yer alan idari personeller ile yapılan mülakatlar aracılığıyla sağlık hizmetlerinin farklı kademelerde risk yönetim kültürünün nasıl algılandığı, uygulandığı ve iyileştirilebileceği analiz edilmiştir.

Elde edilen bulgular; risk analizinin hastanelerde çoğu zaman idari bir zorunluluk olarak görüldüğü ancak bu yaklaşımın hasta güvenliği açısından yetersiz kaldığını göstermektedir. Mülakat gerçekleştirilen özel hastanelerde, risk yönetimi kapsamında yapılandırılmış risk analizi protokollerine daha sık rastlandığı ve bu konuda düzenli iç denetimler gerçekleştiği buna karşın devlet hastanelerinde risk analizi uygulamalarının çoğu zaman düzensiz, eksik ya da yalnızca denetim dönemlerine özgü olarak yürütüldüğü tespit edilmiştir.

Hemşirelerle yapılan mülakatlarda, iş yükünün fazlalığı, iletişim eksiklikleri ve eğitim yetersizliği nedeniyle risk bildirimlerinin geciktiği ya da hiç yapılmadığı belirtilmiş olup hekimlerle yapılan mülakatlarda ise klinik karar alma süreçlerinde zaman baskısı ve hasta yoğunluğu gibi etkenlerin risk analizi süreçlerinin doğru uygulanabilirliğini tehlike altına aldığını ve bu nedenle bazı riskleri göze almak zorunda kaldıklarını ifade etmişlerdir.

Hastane yönetiminde yer alan idari personeller ise özellikle devlet hastanelerindeki nitelikli personel sayısındaki yetersizlik ve fiziksel altyapı sorunları nedeniyle sistematik bir risk yönetiminin uygulanmasının güç olduğunu belirtmiştir. Bu durum sağlık hizmeti sunumunda bireysel hatalardan çok sistem kaynaklı sorunların ön plana çıktığını ortaya koymaktadır.

Katılımcıların büyük çoğunluğu, etkin bir risk analizi sisteminin yalnızca hasta güvenliği açısından değil aynı zamanda hukuki sorumlulukların düzenlenmesi bakımından da kritik bir öneme sahip olduğunu vurgulamıştır. Zira tıbbi uygulama hataları, yalnızca sağlık açısından değil aynı zamanda hukuki süreçleri tetikleyici etkisi bakımından da bazı sonuçlar doğurmaktadır. Türk hukukunda tıbbi uygulama hatası kapsamında değerlendirilen birçok olay etkin bir risk analizi uygulaması ile öngörülebilir ve önlenabilir niteliktedir. Ancak araştırma kapsamında görüşülen sağlık çalışanları genellikle risk bildiriminde bulunmaktan kaçındıklarını daha çok tepkisel bir inceleme yöntemi ile hareket ettiklerini belirtmişlerdir.

Yapılan analizler göstermektedir ki, hastanelerde risk analizi süreçleri yalnızca bir kalite göstergesi değil aynı zamanda hasta haklarının korunması, sağlık çalışanlarının hukuki sorumluluklarının sınırlandırılması ve sağlık hizmetinin güvenli şekilde sunulması için zorunlu bir yönetim aracıdır. Bu doğrultuda sağlık sisteminde aşağıdaki stratejik adımların atılması gerekmektedir;

- Risk analizi süreçlerinin kurumsal politika düzeyine taşınması ve yasal zorunluluklarla desteklenmesi,
- Tüm sağlık çalışanlarına yönelik düzenli, zorunlu ve uygulamalı risk yönetimi eğitimlerinin verilmesi,
- Risk yönetimi kapsamında kullanılan bildirim sistemlerinin anonim, kolay erişilebilir ve teşvik edici yapıda olması,
- Hastane yönetimlerinin risk analizi verilerini stratejik karar alma süreçlerine aktif bir biçimde entegre etmesi,
- Tıbbi uygulama hatası davalarının etkin yürütülebilmesi için sağlık hukuku kapsamında ayrı bir malpraktis yasası düzenlenmesi ve tıbbi uygulama hatası sonucunda yapılan yargılamaların alanında uzman hekimlerin de yer alıp görüş bildirebileceği bir yargılama sisteminde yapılması.

Söz konusu araştırma mevcut uygulamaların güçlü ve zayıf yönlerini ortaya koyarak, sağlık sisteminde hasta güvenliğini artırmaya yönelik somut öneriler sunmaktadır.

Elde edilen bulgular, yalnızca sağlık kurumları için değil aynı zamanda sağlık politikalarının oluşturulmasında görev alan düzenleyici kurumlar ve kanun koyucular için de yol gösterici niteliktedir. Bununla birlikte bu araştırmanın belirli bölgedeki sınırlı sayıda hastanede gerçekleştirilmiş olması genellenebilirliği kısıtlamaktadır. Gelecek araştırmalarda farklı grupları içeren ve İstanbul ile Bursa illeri dışındaki sağlık çalışanlarının da dahil olduğu çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Sonuç itibariyle, etkin bir risk analiz sistemi, sadece bir kalite yönetim aracı değil aynı zamanda hasta güvenliği, çalışan memnuniyeti ve hukuki koruma açısından vazgeçilmez bir unsurdur. Sağlık hizmetlerinde sürdürülebilir kalite ve güvenli kültürü oluşturmak isteniyorsa, risk analizine yönelik yapısal, kültürel ve yasal reformlar kaçınılmazdır.

7 KAYNAKLAR

1. Türk Tabipleri Birliği. Tıbbi Etik Ve Deontolojiyi Koruma Sorumluluğu [İnternet]. [Erişim 11 Mayıs 2025]. Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/tibbi_etik_deontolojiyi_koruma.pdf
2. Türk Tabipleri Birliği. Tıbbi Etik Ve Deontolojiyi Koruma Sorumluluğu [İnternet]. [Erişim 11 Mayıs 2025]. Erişim Adresi: <https://www.ttb.org.tr/td/td59/597.html>
3. Anadolu Ajansı. Yanlış Tanı, Abd’de Yılda Yaklaşık 800 Bin Kişide Ölüm Veya Kalıcı Hasara Yol Açıyor [İnternet]. 2023 [Erişim 11 Mayıs 2025]. Erişim Adresi: <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/yanlis-tani-abdde-yilda-yaklasik-800-bin-kiside-olum-veya-kalici-hasara-yol-aciyor/2951089>
4. Polat O. Tıbbi Uygulama Hataları. 4. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2024.
5. Özcan N. Sağlık Kurumlarında Risk Yönetimi. J Health Serv Educ [İnternet]. 2018;2(1):15-24. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/516774>
6. Evotix. 10 Reasons Why Risk Management İs Essential [İnternet]. 2024 [Erişim 11 Mayıs 2025]. Erişim Adresi: <https://www.evotix.com/resources/blog/reasons-why-risk-management-is-important>
7. Kantarcıoğlu H, Kantarcıoğlu A, Dinç H. Sağlık Kurumlarında İş Sağlığı Ve Güvenliği: Kamu Hastanelerinde Risk Değerlendirme Yöntemlerine Yönelik Bir İnceleme. Sağlık Akademisyenleri Dergisi [İnternet]. 2020;7(1):61-70. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1017788>
8. Polat O. Tıbbi Uygulama Hataları: Klinik-Sosyal-Hukuksal-Etik Boyutları. 2. Baskı. Ankara: Seçkin Yayınları; 2005.
9. Yıldız A, Ersoy N. Hemşirelerin Etik İkilemleri Ve Etkileyen Faktörler: Bir Sistemik Derleme. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi [İnternet]. 2014;3(3):1-9. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/29742>
10. Aşırdizer M. Tıbbi Malpraktis İddialarında Çözüm Önerileri. Adli Tıp Bülteni. 2022;27(3):288-294.
11. Adli Tıp Bülteni. Tıbbi Malpraktis Ve Adli Tıp [İnternet]. 2024 [Erişim 11 Mayıs 2025]. Erişim Adresi: <https://www.adlitipbulteni.com/plugins/generic/pdfjsviewer/pdf.js/web/viewer.html?file=https%3a%2f%2fwww.adlitipbulteni.com%2findex.php%2fatb%2farticle%2fdownload%2f1564%2f2038%2f11644>
12. Lbek E, Soysal Z, Eke M. İatrojenik Hastalıklarla İlgili Adli Tıp Sorunları. In: Soysal Z, Çakalır C, Editörler. Adli Tıp, Cilt I. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basımevi Ve Film Merkezi; 1999. S. 61-71.
13. Özer Ö, Taştan K, Set T, Çayır Y, Şener Mt. Tıbbi Hatalı Uygulamalar. Dicle Tıp Dergisi. 2015;42(3):394-397.
14. Aküzüm U. Danıştay Kararları Işığında Tıbbi Uygulama Hataları. Tıp Hukuku Dergisi. 2018;7(13):71-90.

15. Polat O. Taraf Bilirkişiliği Nedir? Türkiye Barolar Birliği Dergisi. 2012;100:272-280. Erişim Adresi: <https://tbddergisi.barobirlik.org.tr/m2012-100-1188>
16. Özcan Z, Özcanoglu Ab. Yargıtay İçtihatları Işığında Malpraktis-Komplikasyon Ayrımına Bağlı İspat Sorunları. Uyuşmazlık Mahkemesi Dergisi. 2020;8(16):289-315. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1473320>
17. Polat O, Pakiş I. Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2011;2(3):149-157.
18. Dağdeviren M. Risk Değerlendirme. Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi; 2013 [Erişim 11 Mayıs 2025]. Erişim Adresi: <https://adm.ataaof.edu.tr/pdf.aspx?du=gsglrp45zs93ldhlahnmpw==>
19. Emhan A. Risk Yönetimi Süreci Ve Risk Yönetmekte Kullanılan Teknikler. Atatürk Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi. 2009;23(3):209-229. [Erişim 11 Mayıs 2025]. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/29742>
20. Aydın C. Sağlık Kuruluşlarında Risk Değerlendirme Ve Bir Üniversite Hastanesinde Risk Azaltma Çalışması. Uludağ Üniversitesi Yönetim Ve Organizasyon Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Bursa; 2010.
21. Aksay K, Orhan F, Kurutkan Mn. Sağlık Hizmetlerinde Bir Risk Yönetimi Tekniği Olarak Fmea: Laboratuvar Sürecine Yönelik Bir Uygulama. Sağlıkta Performans Ve Kalite Dergisi. 2016;7(2):121-130. [Erişim 11 Mayıs 2025]. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/303540>
22. Toraman A, Gökkaya B. Hata Türleri Ve Etkileri Analizi (Fmea) Ve Sağlık Alanında Uygulamaları. SdÜ Sağlık Yönetimi Dergisi. 2023;5(1):26-39. [Erişim 11 Mayıs 2025]. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/3121042>
23. Aydın G, Gökçe Ö, Erbeyin H, Arslan S, İlbağ E, Aycan İ, Gürhan M, Atik F, Döşeme G, Erdem H, Soylu D. İlaç Uygulama Hataları: Bir Hastanede Htea Tekniği Kullanılarak Yürütülen Sistem İyileştirme Çalışması. Sağlıkta Performans Ve Kalite Dergisi. 2013;5(1):17-41.
24. Massachusetts Institute Of Technology. Appendix V1: “What-If” Hazard Analysis. In: 10.27 Course Manual. Cambridge, Ma: Massachusetts Institute Of Technology; [Tarih Yok]. Erişim Adresi: <https://web.mit.edu/10.27/www/1027coursemanual/1027coursemanual-appv1.html>
25. Popov G, Lyon Bk, Hollcroft B. “What-If” Analysis Methods. In: Popov G, Lyon Bk, Editors. Risk Analysis: A Quantitative Guide. 1st Ed. Hoboken, Nj: Wiley; 2021. P. 123-145. Doi: 10.1002/9781119798323.Ch7. Erişim Adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/chapter-epub/10.1002/9781119798323.ch7>
26. Penney G, Spatcher L. Quantifying The Benefits Of Australian Emergency Services Training. Australian Journal Of Emergency Management. 2023 Jan;38(1):49-59
27. Aydın C. Risk Analizi Yöntemleri Ve Uygulamalar: İşletmelerde Karşılaşılan Risklerin Değerlendirilmesi Ve Yönetimi, 2010.
28. Safetyculture Content Team. Fault Tree Analysis Guide With Example. Safetyculture; 14 Mayıs 2024. Erişim Adresi: <https://safetyculture.com/topics/fault-tree-analysis/>

29. Tonex. Fmea For Medical Devices. Tonex; [Erişim 11 Mayıs 2025]. Erişim Adresi: <https://www.tonex.com/training-courses/fmea-for-medical-devices/>
30. Caroyan D, Gallet B, Bonnefoy M, Et Al. Impact Of Clinical Pathways On The Reduction Of Medication Errors İn Hospitalized Patients. Journal Of Patient Safety. 2014;10(4):171-179.
31. Kohn Lt, Corrigan Jm, Donaldson Ms, Editors. To Err İs Human: Building A Safer Health System. Washington, Dc: National Academy Press; 2000.
32. Reason J. Human Error: Models And Management. Bmj. 2000;320(7237):768-770.
33. Emanuel Ej, Wendler D, Grady C. What Makes Clinical Research Ethical? Jama. 2008;283(20):2701-2711.
34. American Society For Healthcare Risk Management, Monograph, Tackling Patient Safety Taxonomy: A Must For Risk Managers, 2008
35. T.C. Adalet Bakanlığı İnsan Hakları Dairesi Başkanlığı. *Hâkim Ve Savcılar İçin İnsan Hakları El Kitabı*. Ankara: Adalet Bakanlığı; 2020. [Erişim Tarihi: 2 Mayıs 2025]. Erişim Adresi: <https://inhak.adalet.gov.tr/resimler/dokuman/2812020083957164.tur.pdf>
36. T.C. Cumhurbaşkanlığı. 4847 Sayılı Kanun. Resmî Gazete: 01.08.1998; Sayı: 23420. [Erişim Tarihi: 2 Mayıs 2025]. Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?mevzuatno=4847&mevzuattur=7&mevzuattertip=5>
37. Türk Tabipleri Birliği. *Hekimlik Meslek Etiği Kuralları*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; 2012. [Erişim 2 Mayıs 2025]. Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/h_etikkural.pdf
38. Hakeri H. *Tıp Ve Sağlık Hukuku El Kitabı*. 2. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2022.
39. Türkiye Cumhuriyeti. *Türk Borçlar Kanunu*. Kanun No: 6098. Kabul Tarihi: 11 Ocak 2011. Resmî Gazete: 4 Şubat 2011; Sayı: 27836. [Erişim Tarihi: 2 Mayıs 2025]. Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?mevzuatno=6098&mevzuattur=1&mevzuattertip=5>
40. Deędař Uc. Hatalı Tıbbi Uygulamadan (Malpraktis) Doęan Hukuki Ve Cezai Sorumluluk. Anadolu Üniversitesi Hukuk Fakóltesi Dergisi. 2018;1(6):41-43.
41. Centel N, Zafer H, Çakmut Ö. *Türk Ceza Hukukuna Giriş*. İstanbul: Beta Yayıncılık; 2017.
42. Tezcan D, Erdem Mr, Önok Rm. *Teorik Ve Pratik Ceza Özel Hukuku*. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2020.
43. Türkiye Cumhuriyeti. *Türk Ceza Kanunu*. Kanun No: 5237. Kabul Tarihi: 26 Eylül 2004. Resmî Gazete: 12 Ekim 2004; Sayı: 25611. [Erişim Tarihi: 2 Mayıs 2025]. Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?mevzuatno=5237&mevzuattur=1&mevzuattertip=5>
44. Yargıtay 12. Ceza Dairesi. 2019/14018 E., 2020/2724 K., 13.03.2020 Tarihli Karar. [Erişim Tarihi: 2 Mayıs 2025].
45. Yargıtay 12. Ceza Dairesi. 2022/4354 E., 2022/8905 K., 21.11.2022 Tarihli Karar. [Erişim Tarihi: 2 Mayıs 2025].
46. Reason J. Human Error: Models And Management. Bmj. 2000;320(7237):768-770. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc1117770>

47. Singh H, Giardina Td, Meyer And, Forjuoh Sn, Reis Md, Thomas Ej. Types And Origins Of Diagnostic Errors İn Primary Care Settings. *Jama Intern Med.* 2013;173(6):418–425. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc3690001>
48. Dekker S. *Just Culture: Restoring Trust And Accountability İn Your Organization*. 2nd Ed. Crc Press; 2016.
49. Türk Tabipleri Birliği. 2023 Sağlık Ortamında Hukuki Risk Yönetimi Raporu. <https://www.ttb.org.tr>
50. World Health Organization. Patient Safety Report 2019. <https://www.who.int/publications/item/9789241516839>
51. Agency For Healthcare Research And Quality (Ahrq). Patient Safety Network. <https://psnet.ahrq.gov>
52. Top M, Tekingündüz S. Patient Safety Culture İn A Turkish Public Hospital: A Study Of Nurses' Perceptions About Patient Safety. *Syst Pract Action Res.* 2015;28(1):87–110.
53. Güneş Üy, Gürlek Ö, Sönmez M. A Survey Of The Patient Safety Culture Of Hospital Nurses İn Turkey. *Collegian.* 2016;23(2):225–232.
54. Montlick & Associates. *The World Health Organization Reports That Medical Errors Cause 2.6 Million Deaths Annually* [İnternet]. Montlick.Com; 2022. [Erişim Tarihi: 2 Mayıs 2025]. Erişim Adresi: <https://www.montlick.com/blog/the-world-health-organization-reports-that-medical-errors-cause-2-6-million-deaths-annually/>

8 EKLER

EK 1. Etik Kurul Kararı



9 ÖZGEÇMİŞ



