

**T.C**  
**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**İŞLETME ANABİLİM DALI**  
**HASTANE VE SAĞLIK KURULUŞLARI YÖNETİMİ PROGRAMI**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ VE ÖLÇÜM**  
**YÖNTEMLERİ**

**Elif SÖZER**

**Danışman**  
**Yrd. Doç. Yasemin YEĞİNBOY**

**İZMİR- 2012**

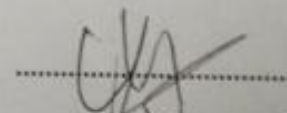
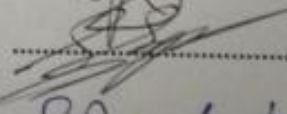
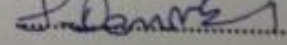
**YÜKSEK LİSANS**  
**TEZ/ PROJE ONAY SAYFASI**

2003800092

Üniversite : Dokuz Eylül Üniversitesi  
Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Adı ve Soyadı : Elif SÖZER  
Tez Başlığı : Hasta Güvenliği Kültürü ve Ölçüm Yöntemleri

Savunma Tarihi : 10.12.2012  
Danışmanı : Yrd.Doç.Dr.Emine Yasemin YEĞİNBOY

**JÜRİ ÜYELERİ**

<u>Ünvanı, Adı, Soyadı</u>	<u>Üniversitesi</u>	<u>İmza</u>
Yrd.Doç.Dr.Emine Yasemin YEĞİNBOY	- DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ	
Doç.Dr.K.Şevket SAYIN	- DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ	
Prof.Dr.Sevda DEMİRBİLEK	- DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ	

Oybirliği  (X)

Oy Çokluğu  ( )

Elif SÖZER tarafından hazırlanmış ve sunulmuş "Hasta Güvenliği Kültürü ve Ölçüm Yöntemleri" başlıklı Tezi ( ) / Projesi ( ) kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Utku UTKULU  
Enstitü Müdürü

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Hasta Güvenliği Kültürü ve Ölçüm Yöntemleri** ” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

.../.../.....

Elif Sözer

**ÖZET**  
**Yüksek Lisans Tezi**  
**Hasta Güvenliği Kültürü ve Ölçüm Yöntemleri**  
**Elif SÖZER**

**Dokuz Eylül Üniversitesi**  
**Sosyal Bilimler Enstitüsü**  
**İşletme Anabilim Dalı**  
**Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı**

Hasta güvenliği kavramı küresel olarak da yeni olmakla birlikte ülkemizde son üç yılda ulusal politikalar bağlamında gündeme gelmektedir. Batı ülkelerinde yapılan çalışmalar güvenli sağlık bakım hizmeti sunabilmenin baş şartının sağlık kurumlarında pozitif Hasta Güvenliği kültürü yaratmak olduğunu göstermiştir. Organizasyonların hasta güvenliği kültürü geliştirmek için harcadıkları çabanın etkinliğini, var ise hasta güvenliği programının istenilen etkinlikte olup olmadığının ve yıllar içerisinde kurumda hasta güvenliği kültürünün gelişimini izlemek üzere, hasta güvenliği kültürü ölçümleri yapılmaktadır.

Bu çalışmada organizasyonel kültür, güvenlik, hasta güvenliği kavramları ile . sağlık kurumlarında güvenlik kültürünü ölçümlemek için kullanılan başlıca araçlar gözden geçirilmiştir. Ayrıca, kurumlarda hasta güvenliği kültürünün gelişebilmesi gerekli olan kalite yönetimi, risk yönetimi ve kurum kültürü kavramları ve birbirleri ile olan ilişkileri incelenmiştir. Hasta güvenliği kültürünü ölçmeyi amaçlayan yöntemlerin, geliştirilme şekli, köken aldığı araştırma, zayıf ve güçlü yönleri, araçları birbirinden ayıran kriterler nelerdir? Bu araçların uygulamada güvenlik kültürünü geliştirmede ne gibi katkıları vardır sorularına yanıt aranmıştır. Son bölümde ise Türkiye’de ‘Ulusal Sağlık Kalite Politikası’ tarihsel gelişimi ve Türkiye’de yapılan hasta güvenliği kültürü ölçüm çalışmaları gözden geçirilmiştir.

Çalışmalarda güvenlik iklimi ve güvenlik kültürü kavramları birbirinin yerine kullanılması ve uniforme olmaması nedeni ile net bir karşılaştırma yapılması mümkün olmamıştır.

İncelenen hasta güvenliği kültür anketleri doğrudan kültür değil, kültür alt katmanları olan algı , tutum ve güvenlik iklimini ölçmektedir. Tüm bu anketlerin sonucunda çıkan değerlendirmeler, anketin uygulandığı sağlık kurumunda çalışanların hasta güvenliği konusuna bağlı boyutları nasıl algıladığını ortaya çıkartır. Tutum ve algı bireysel olup güvenlik kültürü hiyerarşi katmanlarının en iç bölümünde yer almaktadır. Stabil değildir, kolay değişir. Esnektir. İklim ise organizasyon çapında güvenlik kültürünün nasıl algılandığını ortaya çıkartır. Güvenlik kültürünü doğrudan ölçmenin zor ve karmaşık olması nedeni ile araştırmacılar kültür katmanlarını değerlendirerek fikir edinmek istemişlerdir. Bu noktada iki tartışma konusu ortaya çıkmaktadır: Stabil olmaması nedeni ile ölçüm ne derece güvenilirdir.

Kurumlar, hasta güvenliği programlarında ulaşmak istedikleri hedefler için kurguladıkları iyileştirme faaliyetlerinin etkinliğini ölçmek veya izlemek amacı ile bu tür anketlere başvurumaktadırlar. Pozitif güvenlik kültürü geliştirmek için kurgulanan faaliyetler stabil olmayan / esnek özelliği nedeni ile çalışanların algı ve tutumlarını değiştirmeye odaklanmaktadır. Oysa, çalışanların algı ve tutumlarının değişken doğası nedeni ile faaliyetlerin başarıya ulaşması konusunda yanıltıcı sonuçlar verebilir.

İkinci tartışma konusu, bu anket sorularını yanıtlayan çalışanlar ölçeği yanıtlar iken referans alabilecekleri bir karşılaştırma noktası mevcut değildir. Bu nedenlerle anket sonuçlarının tek başına yorumlanmaması, iç denetim veya bağımsız denetim sonuçları hasta güvenliği göstergeleri gibi diğer parametreler ile kontrollü olarak izlenmesi daha güvenilir olacaktır.

**Anahtar Kelimeler; Kurum Kültürü, Güvenlik Kültürü, Hasta Güvenliği Kültürü, Güvenlik İklimi, Güvenlik Eğilimi, Güvenlik Kültürü Anketi, Güvenlik Kültürü Ölçümü , Tıbbi Hata, Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Risk Yönetimi**

## **ABSTRACT**

**Master Thesis**

**Patient Safety Culture and Measurement Methods**

**Elif SOZER**

**Dokuz Eylül University**

**Graduate School of Social Sciences**

**Department of Business Administration**

**Management of Hospital Healthcare Organizations Program**

Although the new global concept of patient safety in our country, as in the past three years, comes on the agenda in the context of national policies. Studies in Western countries shows that, ability to provide safe health care service in the health care institutions in creating positive patient safety culture is the primary requirement . Organizations applies patient safety culture surveys to asses, the effectiveness of the patient safety program and effort to improve patient safety culture, whether the event over the years, the development of the enterprise culture of patient safety.

In this study, organisational culture, safety, patient safety concept, the primary tools used to asses the health institutions in the patient safety culture has been revised. In addition, it's been look through, quality management, risk management and corporate culture concepts and relationships with each other; which is necessary to the institutions, for, patient safety culture improvement functions. Patient safety culture aimed at measuring the shape, development methods, and the strengths, weaknesses, original research tools that distinguishes the benchmarks and try to find out, if the additive effects of the these tools in developing safety culture. At the last part, Turkey's national healthcare quality policy ', historical development and patient safety culture measurement studies, which are performed by Turkish researchers , has been reviewed

**Method:** Relevant database scanned for articles ; measurement of patient safety, safety culture, (Turkish and English) that the words Medline, Pubmed,

Google Scholar publications until June 2012. At the same time, the relevant institutions web sites were involved in the research.

Studies, using the terms safety climate instead of safety culture and the lack of uniformity of the concepts, hasn't been able to do a comparison.

The patient safety culture surveys that revised at this paper, not directly asses, patient safety culture. Most of them asses the lower layers of the culture, like, attitude , perception and safety climate. Safety culture to be difficult and complex to measure directly because of the researchers the culture layers by evaluating the idea of his reign All of these surveys resulting assessments, patient safety survey was applied to health institution which detects how employees brings out depending on the dimensions. Individual attitude and perception is located in the innermost section of the layers of the safety culture hierarchy. It is not stable, easy changes. Flexible. Climate is the organization-wide safety culture brings out how has been detected.. At this point, two emerging topic of discussion: First, How reliable, that kind of survey results because of the lack of stable measurement. Institutions, to achieve desired objectives or measure the effectiveness of patient safety programs, what they envision for improvement activities, perform these types of surveys to track data. Organized activities to develop a positive safety culture property focuses on changing the attitudes and of perception employees because of it's unstable /flexible nature. Whereas, because of the variable nature of perception and attitude of employees, can give misleading results to succeed about the activities.

The second topic of discussion, while answering the questions in this survey a comparison point where employees will respond to the scale of the reference is not available. For these reasons the survey results is not interpreted alone . Review with such as the results of the independent audit, patient safety indicators, internal audit, or a number of other parameters monitoring will be more reliable.

**Keywords:** Organisational Culture, Safety Culture, Patient Safety Culture, Safety Climate, Safety Attitude , Safety Climate Assesmet, Safety Culture Survey, Medical Error, Healthcare Quality

# HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ VE ÖLÇÜM YÖNTEMLERİ

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI	ii
YEMİN METNİ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	xiv
TABLolar LİSTESİ	xvi
ŞEKİLLER LİSTESİ	xvii
EKLER LİSTESİ	xviii
GİRİŞ	1

## BİRİNCİ BÖLÜM

### KURUM KÜLTÜRÜ, RİSK YÖNETİMİ, KALİTE İYİLEŞTİRME VE HASTA GÜVENLİĞİ

1.1. KURUM KÜLTÜRÜ	3
1.1.1 Kurum Kültürü Ölçümü	5
1.2. GÜVENLİK KÜLTÜRÜ VE İKLİMİ KAVRAMLARI	8
1.2.1. Güvenlik Kültürü Kavramının Ortaya Çıkışı	8
1.2.2. Güvenlik Kültürü ve Güvenlik İklimi Kavramları Ayrımı	11
1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE	14
1.3.1. Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi	16
1.3.2. Sağlık Bakımının Farklı Düzeylerinde Kalite Yönetimi	20
1.3.3. Kalite Modelleri	21
1.3.3.1. Uluslar Arası Kalite Değerlendirme Modelleri	21
1.3.3.1.1. International Standardisation Organisation (ISO)	22
1.3.3.1.2. European Foundation for Quality Management (EFQM)	23
1.3.3.1.3. European Practice Assesment (EPA)	24



1.3.3.1.4. Joint Commission International (JCI)	25
1.3.4. Sistem Performansının Hasta Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi	28
1.3.4.1 Hasta Güvenliği Gösterge Seti : HCQI Projesi	29
1.4. ORGANİZASYONEL KÜLTÜR VE BAKIM KALİTESİ İLİŞKİSİ	31
1.5. RİSK KAVRAMI VE RİSK YÖNETİMİ	32
1.5.1 Risk Yönetimi Metodolojisi	33
1.6. RİSK YÖNETİMİ, KALİTE İYİLEŞTİRME VE HASTA GÜVENLİĞİ	36
1.6.1. Sağlık Sektöründe Risk Yönetiminin Evrimi	37
1.6.2. Sağlık Sektöründe Kalite Yönetiminin Evrimi	38
1.6.3. Risk Yönetimi Ve Kalite İyileştirmenin Örtüşen Fonksiyonları	40
1.7. HASTA GÜVENLİĞİ	42
1.7.1. Hasta Güvenliği Kavramı	43
1.7.2. Hasta Güvenliği Tanımı	43
1.7.3. Hasta Güvenliğinin Karakteristikleri	44
1.7.4. Tıbbi Hata	44
1.7.4.1. Tıbbi Hata Sebepleri	46
1.7.4.2. Tıbbi Hataların Gruplandırılması	47
1.7.4.3. Hasta Güvenliği İhlalleri/Tıbbi Hataların Sonuçları	50
1.7.5. Güvenilir Bir Sağlık Hizmetinin Önündeki En Önemli Engeller	50
1.7.6. Hasta Güvenliği Kültürü Lider Davranışları	53
1.8. HASTA GÜVENLİĞİNİ İYİLEŞTİRME VE TIBBİ HATALARI ÖNLEME	54
1.9. GÜVENLİK KÜLTÜRÜ DEĞERLENDİRMESİ	55
1.9.1. Güvenlik Eğilimi / Algısı Anketleri	55
1.9.2. İç Denetimler	56
1.9.3. Güvenlik Kültürü Atölye Çalışması	57
1.9.4. Güvenlik Kültür Göstergeleri	58

**İKİNCİ BÖLÜM**  
**HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇÜMÜ İÇİN KULLANILAN**  
**ARAÇLAR VE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN HASTA SONUÇLARI**  
**İLE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNE ETKİLERİ**

2.1. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜR ÖLÇÜMÜ İÇİN KULLANILAN ARAÇLAR	59
2.1.1. Yaygın Kullanılan Güvenlik Algısı Anketleri	61
2.1.1.1. Hospital Survey On Patient Safety Culture – HOSPS – Hastane Hasta Güvenliği Kültür Anketi	62
2.1.1.2. Safety Attitudes Questionery – SAQ – Güvenlik Eğilimi Anketi	66
2.1.1.3. Safety Climate Questionare - Güvenlik İklimi Anketi	68
2.1.2. Yaygın Kullanılan Atölye Çalışmaları	69
2.1.2.1. Manchester Hasta Güvenliği Yapısı -MaPSaF	69
2.1.2.2. Güvenlik Kültürü Olgunluğu	71
2.1.2.2.1. Safety Culture Maturity Model - SCMM -Güvenlik Kültürü Olgunluk Modeli	71
2.1.2.2.2. Güvenlik Kültürü Olgunluk Modeli Nedir ?	72
2.1.2.2.3 Modelin Uygulanması	72
2.1.3. Az Kullanılan Yöntemler	74
2.1.3.1. Modifiye Stanford Hasta Güvenliği Kültürü Anketi	74
2.1.3.2. Hasta Güvenliği Kültürü İyileştirme Aracı	74
2.1.3.3. Safety Organising Scale – SOS- Güvenlik Organizasyon Ölçeği	74
2.1.3.4. Ekip Çalışması Ve Güvenlik İklimi Anketi	74
2.1.3.5. Güvenlik Bulguları Tanımlama Ölçeği	75
2.1.3.6. Japon Güvenlik İklimi Ölçeği	75
2.1.3.7. Eczane Güvenlik İklimi Anketi	75
2.1.3.8. Gershon Güvenlik İklimi Aracı	76
2.1.4. İsimli Araçlar	76
2.1.4.1. Güvenlik Kültürü Araçları	77

2.1.4.1.1. Hastane Araçları	77
2.1.4.1.2. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları	78
2.1.4.1.3. Bakımevi Araçları	79
2.1.4.2. Güvenlik İklimi Araçları	79
2.4.1.2.1. Hastane Araçları	79
2.4.1.2.2. Birinci Basamak Araçları	80
2.2. SAĞLIK SEKTÖRÜ DIŞINDAKİ SEKTÖRLERDE KULLANILAN GÜVENLİK KÜLTÜRÜ ANKETLERİ	81
2.2.1. Güvenlik Kültürü Değerlendirme Araçları	81
2.2.1.1. Demiryolu Güvenlik Kültürü Denetim Aracı	81
2.2.1.2. Çalışma Psikolojisi Merkezi Güvenlik Kültürü Anketi	82
2.2.1.3. Demiryolu Güvenlik Ve Standartları Kurulu Güvenlik Kültürü Aracı	82
2.2.1.4. SERCO Sigorta Güvenlik Kültürü Değerlendirme Aracı	83
2.2.1.5. Aberdeen Üniversitesi Açık Deniz Güvenlik Anketi	83
2.2.1.6. Sağlık Hizmetleri Yöneticileri Sağlık Ve Güvenlik Anketi	83
2.2.2. Güvenlik İklimi Değerlendirme Araçları	84
2.2.2.1. Quest Evaluations And Databases Ltd. Güvenlik İklimi Anketi	84
2.2.2.2. Robert Gordon Üniversitesi Bilgisayarlı Güvenlik İklimi Anketi	85
2.2.2.3. Loughborough Üniversitesi Güvenlik İklimi Değerlendirme Aracı	85
2.2.3. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçümü İçin Geliştirilmiş Araçların Genel Değerlendirmesi	86
2.3. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN HASTA BAKIM SONUÇLARI VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ ÜZERİNE ETKİSİ	87
2.3.1. Hastane Kurgusuna Göre Hasta Güvenliği Çıktıları	88
2.3.1.1. Akut Bakım Hastaneleri	89
2.3.1.1.1. Plansız Yeniden Yatışlar ( Readmissions)	89

2.3.1.1.2. Hastanede Kalış Süresi ( Length Of Stay )	89
2.3.1.1.3. Mortalite Oranı	91
2.3.1.1.4. İlaç Hataları	90
2.3.1.1.5. Tıbbi Hatalar	90
2.3.1.1.6. Komplikasyonlar	92
2.3.1.1.7. Hasta Çıktılarında Olan Kendiliğinden İyileşmeler	93
2.3.1.2. Doğum Servisleri	93
2.3.1.3. Uzun Dönem Bakım Evleri	95
2.3.2. Çalışan Davranışlarındaki Değişiklikler	95
2.3.2.1. Çalışan Davranışlarının Hasta Güvenliğine Etkisi	95
2.3.2.2. Çalışan Devir Hızı	96
2.3.2.3. Olay Bildirimleri	97
2.3.3. İş Kazası Oranları	98
2.3.4. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçümü İçin Kullanılan Araçlar ve Hasta Güvenliği Kültürünün Hasta ve Çalışan Sonuçlarına Etkisinin Değerlendirmesi	100

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### TÜRKİYEDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE POLİTİKALARI HASTA GÜVENLİĞİ UYGULAMALARI VE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇÜM ÇALIŞMALARI

3.1. TÜRKİYEDE SAĞLIK POLİTİKALARI ÖZETİ	102
3.2. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI	105
3.2.1. Amaçlar Ve Hedefler	105
3.2.2. Temel İlkeler	106
3.2.3. Sağlıkta Dönüşüm Programının Genel Çerçevesi	107
3.2.4. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri	108
3.2.5. Sağlıkta Dönüşüm Programının Uygulama Süreci	114
3.3. TÜRKİYE'DE SAĞLIKTA KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ YAPILANMASI	115

3.3.1. Merkezi Yapılanma	115
3.3.2. Saha Yapılanması	118
3.3.2.1. Üst Yönetimin HKS Sürecine Katılması	119
3.3.2.2. Kalite Yönetim Direktörü	120
3.3.2.3. Kalite Yönetim Birimi	120
3.3.2.4. Bölüm Kalite Sorumluları	120
3.3.2.5. Komiteler	121
3.3.2.5.1. Eğitim Komitesi	121
3.4. HİZMET KALİTE STANDARTLARI	121
3.4.1. Hizmet Kalite Standartları Uygulama Süreci	127
3.4.2. Eğitimler Ve Eğitim İçeriği	128
3.5. KALİTE VE GÜVENLİK KÜLTÜRÜNÜN YERLEŞTİRİLMESİ İÇİN TEŞVİK	129
3.5.1. Ulusal Sağlıkta Kalite Ve Güvenlik Ödülleri	130
3.5.2. Sağlıkta Kalite Fikirleri	131
3.6. GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ (GRS) – OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ	132
3.7. HASTA GÜVENLİĞİNDE ÖNCELİKLİ ALANLAR VE ÖZEL KAMPANYALAR	135
3.7.1. Temiz Eller Güvenlidir	135
3.7.2. Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır	136
3.8. HASTA GÜVENLİĞİ VE HUKUKİ DURUM	137
3.9. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ DEĞERLENDİRME ÇALIŞMALARI	140
3.9.1. Türkiye’de Yapılan Hasta Güvenliği Ölçümü Çalışmalarından Ortaya Çıkan İzlenim	147
SONUÇ	149
KAYNAKÇA	
EKLER	

## KISALTMALAR

<b>AHRQ</b>	Agency for Healthcare Research and Quality, Sağlık Bakım, Araştırma ve Kalite Ajansı
<b>EFQM</b>	European Foundation for Quality Management - Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı
<b>EPA</b>	European Practice Assesment
<b>EUNetPaS</b>	The European Network for Patient Safety Avrupa Birliği Hasta Güvenliği Ağı
<b>FMAQ</b>	Flight Management Attitude Questionnaire, Uçuş Yönetimi Eğilimi Anketi
<b>H-FMEA</b>	Failure Mode Effects Analysis, Hospital version. Hata Türleri ve Etkileri analizi hastane versiyonu
<b>HOSPS</b>	Hospital Survey on Patient Safety Culture , Hasta Güvenliği Kültür Hastane Anketi
<b>IAEA</b>	International Atomic Energy Agency: Uluslararası Atom Enerjisi Ajansı
<b>IOM</b>	Institute of Medicine, Tıp Enstitüsü
<b>ISO</b>	International Standardisation Organisation
<b>ISO</b>	International Standardisation Organisation, Uluslararası Standardizasyon Kurumu
<b>ISQua</b>	Uluslararası Sağlık Hizmetleri Kalite Topluluğu
<b>JCI</b>	Joint Commision International, Uluslar arası Birleşik Kurul,
<b>MaPSaF</b>	Manchester Patient Safety Framework,
<b>NHS</b>	National Health System, Ulusal Sağlık Sistemi
<b>WHO</b>	World Health Organisation, Dünya Sağlık Örgütü

## **TABLolar LİSTESİ**

Tablo 1: Scott'un Anket Klasifikasyonu	s. 25
Tablo 2: Güvenlik Yapısı	s.27
Tablo 3: Hasta Güvenliği Gösterge Geliştirme Projesine Katılan Ülkeler	s.30
Tablo 4: Risk Yönetimi Ve Hasta Güvenliği Fonksiyonları	s. 39
Tablo 5: İlaç Hatalarının Dağılımı	s. 48
Tablo 6: Sık Görülen İlaç Hataları	s. 48
Tablo 7: Hasta Güvenliği Önemli mi?	s. 52

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Güvenlik Kültürü Hiyerarşisi	s. 10
Şekil 2: Kalite İyileştirme Ve Risk Yönetimi Faaliyetlerinin Ortak Alanları: Hasta Güvenliği	s. 41
Şekil 3: Hasta Güvenliği Kültürü Değerlendirme Metodolojisi	s. 60
Şekil 4: Güvenlik Kültürü Olgunluk Modeli	s.73
Şekil 5: Hasta Güvenliği Kültürü Ve Hasta Sonuçları Etkileşimi	s. 102
Şekil 6: Merkezi Yapılanma	s. 118
Şekil 7: Sağlıkta Kalite Saha Organizasyon	s. 120
Şekil 8: Hizmet Kalite Standartları Değerlendirme Metodolojisi	s. 124
Şekil 9: 2007 Yılı I. Dönem Çapraz Değerlendirme Yapılan İller	s. 126
Şekil 10: 2008 Yılı I. Dönem Çapraz Değerlendirme Yapılan İller	s. 127
Şekil 11: 2009 Yılı I. Dönem Çapraz Değerlendirme Yapılan İller	s. 127
Şekil 12: 2010 Yılı I. Dönem Çapraz Değerlendirme Yapılan İller	s. 128



## **EKLER LİSTESİ**

Ek 1: Güvenlik Eğilimi Anketi - SAQ	ek. s. 1
Ek 2: Güvenlik İklimi Anketi	ek. s. 2
Ek 3: Manchester Hasta Güvenliği Yapısı - MapSaF	ek. s. 3
Ek 4 : Hastane Hasta Güvenliği Kültürü Anketi - HOSPS	ek. s. 4
Ek 5: Terimler	ek. s. 7

## GİRİŞ

Hasta güvenliği kavramı ülkemizde görece yenidir. Özel sektör ve kamu kurumlarında hasta güvenliğini geliştirmek üzere çalışmalar yürütülmektedir. Hasta güvenliğini iyileştirmeye yönelik programlar, kurum politikaları, temelde kurum kültürünün bir parçasıdır. Bu programların başarılı ve sürdürülebilir olmaları ise, programın kurum kültüründe değişimi gerçekleştirecek şekilde kurgulanmasına bağlıdır. Yapılan çalışmaların etkinliğinin değerlendirmek üzere geliştirilen ölçeklerin bir kısmı kurum kültürü alt katmanlarından, çalışan tutumlarını, bir kısmı çalışan algılarını, bir kısmı kurum hasta güvenliği iklimini ve bazıları da kurum kültürünün olgunluğunu değerlendirmektedir. Tüm bu anketler, hasta güvenliği kültürü ölçümü kavramı altında değerlendirilmektedir. Oysa bu kavramlar arasında farkı bilerek, kurumun gereksinim duyduğu yöntemi seçmek, yöneticilere doğru fikir vermek ve kurum politikalarını yönlendirmek açısından kritik öneme sahiptir.

Hasta güvenliği kavramı küresel olarak da yeni olmakla birlikte ülkemizde son üç yılda ulusal politikalar bağlamında gündeme gelmektedir. Geçen yüzyılın sonunda hastanelerin yüksek riskli organizasyonlar olduğu anlaşılacak, gerek Amerika Birleşik Devletlerinde gerek bir çok Avrupa ülkesinde, Avrupa Birliği çatısı altında ulusal politikalar geliştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı ise 2009 yılında yayınladığı Hasta ve Çalışan Güvenliği Tebliği'ni yayımlayarak ulusal politika anlamında ilk adımı atmıştır. Batı ülkelerinde yapılan çalışmalar güvenli sağlık bakım hizmeti sunabilmenin baş şartının sağlık kurumlarında pozitif Hasta Güvenliği kültürü yaratmak olduğunu göstermiştir. Organizasyonların hasta güvenliği kültürü geliştirmek için harcadıkları çabanın etkinliğini, var ise hasta güvenliği programının istenilen etkinlikte olup olmadığını ve yıllar içerisinde kurumda hasta güvenliği kültürünün gelişimini izlemek üzere, hasta güvenliği kültürü ölçümleri yapılmaktadır. Bu çalışmada kavramsal olarak kalite, risk yönetimi ve hasta güvenliği ile bu üç kavramın güncel yaşamda kesiştiği noktalar, organizasyonel kültür, güvenlik, kavramları gözden geçirilecektir. Yaygın kullanılan hasta güvenliği kültürü ölçüm yöntemleri ve araçları, kurum kültürünün hasta ve çalışan çıktıları üzerine olan etkileri ve son olarak Türkiye'de kalite ve hasta güvenliği incelenmiştir.

Sağlık kurumlarında güvenlik kültürünü ölçümlemek için kullanılan başlıca araçlar . Nasıl geliştirilmişler, köken aldığı araştırma. Zayıf ve güçlü yönleri. Araçları birbirinden ayıran kriterler nelerdir. Bu araçların uygulamada güvenlik kültürünü geliştirmede ne gibi katkıları vardır.

Hasta güvenliği, güvenlik kültürü, güvenlik kültürü ölçümü sözcüklerini ( Türkçe ve İngilizce ) içeren yayınlar Medline, Pubmed, Google Scholar adlı akademik veri tabanlarından haziran 2012 tarihine kadar araştırıldı. Aynı zamanda konu ile ilgili kurumların web siteleri de araştırmaya dahil edildi.

Bulunan yayınların çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- Birincil araştırma veya yayının review ı
- İlgili kurumlardan veya online temin edilebilir olması
- Yayının abstrakt, makale veya tam rapor olarak yayınlanmış olması
- Türkçe veya İngilizce olması

Betimleyici makaleler ile ampirik çalışmalar kapsam dışı bırakıldı.

Çalışmalarda güvenlik iklimi ve güvenlik kültürü kavramları biri birinin yerine kullanılması ve uniformite olmaması nedeni ile net bir karşılaştırma yapılması mümkün olmamıştır. Bazı çalışmalar güvenlik kültürü ölçüm aracı olarak adlandırılrsa da daha çok çalışanların güvenlik ile ilgili tutumlarına odaklanmaktadır.

Çalışmalar, en çok atıf alanlar ve yaygın kullanılanlar, nadir kullanılanlar, isimsiz araçlar ve son olarak da sağlık sektörü dışında yaygın kullanılan araçlar olmak üzere sınıflandırılarak incelenmiştir.

# BİRİNCİ BÖLÜM

## KURUM KÜLTÜRÜ, RISK YÖNETİMİ KALİTE İYİLEŞTİRME VE HASTA GÜVENLİĞİ

Hasta güvenliği, sağlık kurumlarında kalite iyileştirme ve risk yönetiminin ortak fonksiyonlarıdır. Bir sağlık kurumunda hasta güvenliğinin gelişebilmesi için, kurum kültürünün bir parçası olan hasta güvenliği kültürünün yerleşmiş olması gerekmektedir. Görüldüğü gibi, hasta güvenliği, bir birine bağlı süreç ve fonksiyonların ortak çıktısıdır.

### 1.1 KURUM KÜLTÜRÜ

Organizasyonel kültür kavramı ilk olarak 1939 yılında Roethlisberger ve Dickinson insan ilişkilerini konu ettiği çalışmasında işaret edilmekle beraber, literatürde ilk kez kavram olarak 1979 ta Pettigrew in *Administrative Sciences Quarterly* de yayınlanan *Örgüt Kültürleri Üzerine On Studying Organisational Culture* adlı makalesinde söz edilmiştir (Scott, 2003: 925) . Pettigrew makalesinde

*‘Günlük amaç ve konuların peşindeyken, daha az araçsal olanlar kolay unutulur. Etrafımızdaki bu konulara daha kuvvetli toplumsal doku anlam kazandırır. Yine de bireylerin verili ortamda işlev görebilmeleri için devamlı olarak üzerinde hareket edebilecekleri, gerçeklik duygusuna sahip olmaları gerekir. Kültür, belirli bir grup için, belirli bir zaman diliminde geçerli olan, kabul edilmiş anlamlar Bütünüdür ve bence kültürün tezahürü, sembol, mitler, inanç, dil ve ritüellerdir.’* ifadesini kullanmıştır. (Pettigrew, 1979: 570).

Morgan ise; (Morgan, 1986: 128) *‘Kültür hakkında konuşurken, aslında insanların belli olay, hareket nesne, ifade ve durumu çeşitli şekillerde görme ve anlamasını sağlayan bir gerçeklik inşasından söz ederiz. Bu anlayış şekilleri kişinin davranışlarının mantıklı olabilmesi için zemin sağlar.’*

diyerek kültür kavramını tarif etmiştir.

Yağmurlu, organizasyonel kültür kavramını tanımlama zorluğunun iki nedeni olduğunu, bunlardan ilkinin örgüt kültürünün yeni bir çalışma alanı olması olduğunu ifade eder. İkinci nedeni ise, konunun kültürel yanından kaynaklanmaktadır: Örgütün kültürel gerçekliği değerler, varsayımlar, inançlar gibi sınırları belirsiz kavramlardan

oluşmasıdır. (Yağmurlu, 1997:717) Hofstede'den aktarımla, kültür kavramının tanımı üzerinde görüş birliği olmamakla birlikte çoğu yazar kavramın nitelikleri konusunda fikir birliğine varmıştır:

1. Bütüncül olması
2. Tarihsel niteliği
3. Antropolojik yapılarla ilgisi
4. Toplumsal yapısı
5. Değişiminin zorluğu
6. Esnekliği

Kavram organizasyonel psikoloji, sosyal antropoloji, ( Human sciences) bilimlerinin kesişim noktasında bulunmaktadır. Her bir disiplindeki araştırmacının konuyu kendi pencerelerinden ve mesleki ön yargılarından arınmaksızın incelediklerinden fikir birliğine varılmış çok net bir ortak tanım yaratılamamıştır. Edgar Schein, (Schein, 1990: 109) 'Örgütsel Kültür' adlı makalesinde, örgütsel kültür kavramının ne anlam ifade ettiği ve etmesi gerektiği, nasıl gözlemleneceği ve nasıl ölçümleneceği daha geleneksel endüstriyel ve örgütsel psikoloji kuramları ile nasıl ilişkili olduğu, örgütlere yardım etmedeki çabalarımızda nasıl kullanılacağı konusunda nerdeyse çok zayıf bir fikir birliği olduğundan söz etmektedir.

Yine Schein'e göre örgüt kültürünü tanımlama sorunu, örgüt kültürü kavramının kendisinin belirsiz olmasından kaynaklanmaktadır. (Schein, 1990:109) Bir grubu belirli bir kültüre sahip olması için, ortak bir geçmişe sahip olacak yeterli süreklilik gerekmektedir. Yeni kurulmuş veya çalışan devir oranının yüksek olduğu örgütlerde, şekillenmiş bir kurum kültürünün olmadığı öngörülebilir. Tam tersi olarak; uzun yıllar bir arada kalmış / süreklilik sağlamış kurumlarda kurum kültürün güçlü olduğu varsayılabilir. Ancak, kurum kültürünün içeriği ve kuvveti, deneysel olarak belirlenmelidir. Yüzeysel kültürel olayların gözlemlenmesi ile tahmin edilmezler.

Kültür, grup bir dış çevre içerisinde yaşamsal sorunlarını ve içeride bütünleşme problemlerini çözerken, o grubun bir zaman dilimi içerisinde öğrendiği şeylerdir. Böyle bir öğrenme, kesintisiz, davranışsal, anlayışsal ve duygusal bir süreçtir. Bu bakış açısı ile çıkarımda bulunulduğunda, kültürün en derin katmanı bir

grubun paylaştığı sezgilerin, dilin ve düşünüş süreçlerinin, duyguların, tavırların, benimsenmiş değerlerin ve aheni davranışların esas nedensel belirleyicisi olacağı anlayışsal düzey olacaktır.

*'Bizim amaçlarımız için, ortak bir geçmişi olan tanımlanabilir herhangi bir grubun bir kültürü olabileceğini ve bu sebeple bir örgüt içerisinde bir çok alt kültürlerin olabileceğini belirtmek yeterlidir. Eğer örgütün bir bütün olarak ortak deneyimleri varsa, ayrıca toplam örgütsel bir kültür de mevcut olacaktır. Belirli herhangi bir ünite içerisinde bütünleşme ve süreklilik için eğilimin var olduğu varsayılacaktır, fakat daha büyük bir sistemin bir arada var olan ünitelerinin bağımsız ve hatta birbirleriyle çatışma içerisinde bulunan kültürlerinin olması da fevkalade olasıdır (Schein, 1990:116).*

Benzer bir şekilde, Cooper, Williams ve ark. (Cooper, 200: 114) da ifade ettiği gibi, kurum kültürünün o kurumda çalışanlar tarafından paylaşılmış, tutum, inanç, değer ve davranışların yansıması olarak ifade etmiştir. İletişim şekli, giyim tarzı gibi bazı özellikler kurum üyeleri arasında benzerlik yaratsa da kurumun her üyesi her durumda aynı tepkiyi vermeyebilir. Kurum içerisinde departmandan departmana, bölümden bölüme, çalışma grupları arasında ve hatta çalışan bireyler arasında da farklılıklar söz konusudur. Kurum kültürünü belirleyen, bu alt gruplardan baskın olanıdır.

Kültür, belirli bir grup dış çevreye uyum ve içsel bütünleşme problemleriyle, başa çıkmayı öğrenirken doğru olarak kabul edilecek kadar yeterince işe yaramış ve bu sebeple o problemlere ilişkin olarak algılanan, düşünmek ve hissetmek için doğru yol olarak yeni üyelere öğretilmesi gereken, bu grup tarafından icat edilmiş, keşfedilmiş veya geliştirilmiş temel varsayımların bir motifidir şeklinde tanımlanabilir.

Bir grup ortak varsayımlara sahip olmayı öğrendiğinde, sonuç olarak ortaya çıkan algılamının, düşünmenin, hissetmenin ve davranmanın otomatik motifleri anlam, istikrar ve rahatlık sağlar, grubun etrafında meydana gelen olayları anlamadaki veya öngörmedeki yetersizlikten kaynaklanan endişe, ortak öğrenme ile azaltılır. (Schein, 1990:117). Kültürün kuvveti ve sağlamlığı kısmen bu endişe – azaltıcı fonksiyondan türemektedir. Savunma mekanizmaları birey için ne anlama geliyorsa kültürün bazı yönlerinin de grup için aynı anlama geldiği düşünülebilir.

Kurumsal kültür veya organizasyonel kültür araştırması yapan yazarların bir kısmı, kurum kültürünün yönetilebilir olduğunu ve kurumun amaçlarına ulaşmak performansını iyileştirmek için çalışanları yönlendirecek bir araç olarak yöneticiler tarafından kullanılması gerektiğini ifade etmektedirler.

### **1.1.1. Kurum Kültürü Ölçümü**

Sağlık kuruluşlarında kullanılan kurum kültürü ölçüm araçlarını gözden geçirerek kullanılabilirliklerini araştıran Tim Scott, ve arkadaşları çalışma sonuçlarını yayınladıkları makalelerinde literatür taraması sırasında yöntemleri karşılaştıracak / yargılayacak yayınlanmış kriterler bulamadıklarından söz ederek, konunun uzmanlarına danışarak geliştirdikleri kılavuz prensipleri şöyle sıralamışlardır :

1. Kurum kültürünü ölçümleyen çalışmalardan sadece kantitatif olanlar çalışma kapsamına alınmıştır
2. Çalışmada gözden geçirilecek ölçüm aracı, istatistiksel geçerliliği olan ve liderlik, iletişim, ekip çalışması, yenilikçilik gibi kurum kültürü boyutlarını geniş olarak sorgulayan bir araç olmalıdır. Araç aynı zamanda dile getirilmemiş varsayımlar, ortak kabul görmüş değerler, artefaktlar gibi kültürün farklı katmanlarını da araştırabilmelidir.
3. Ölçüm araçlarını değerlendirirken öncelik, istatistik geçerlilik güvenilirlik analizi yapılmış olanlara verilecektir.
4. Yine aynı zamanda öncelik mevcut durumda sağlık kurumlarında kullanılmakta olan ölçüm araçlarına verilecektir.
5. Bu kriterlere uyan onüç adet ölçüm aracı bulunmuş ve bunlar

Tipolojik yaklaşıma göre şekillendirilen ölçümleme araçları gruplaşma, hiyerarşik, pazar odaklı, şecereci adhokratik gibi açılardan incelemektedir. (Scott, 2003: 927) Boyutsal yaklaşıma göre şekillendirilen ölçüm araçlarının tamamında beşli likert ölçeği kullanılmıştır. Bu araçların bir kısmı, kurum kültürünün sadece bir boyutunu ölçmeye odaklanmışken, bir kısmı ise daha geniş anlamda farklı boyutları değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Ölçüm araçlarının bir bölümü benzer teori ve konseptlerden köken alırken, bir kısmı daha pragmatik yaklaşım ile oluşturulmuştur. Bütün bunlardan daha önemlisi, ölçüm araçlarının tamamı, kültür

göstergesi olarak çalışanların çalışma ortamının ile ilgili algılarını ve düşüncelerini sorgulamaktaydı. Yani bu ölçüm araçları kurum kültüründen ziyade kurum iklimini araştırmaktadır. Competing Values Framework ve Organisational Culture Inventory gibi birkaç ölçüm aracı, kurum değerleri ve inançlarını ortaya çıkartmayı amaçlamaktaydı.

**Tablo 1:** Scott'un Anket Klasifikasyonu

Tipolojik Yaklaşım	Competing Values Framework
	Harrison's Organizational Ideology Questionnaire
	Quality Improvement Implementation Survey
Boyutsal Yaklaşım	Organizational Culture Inventory
	Hospital Culture Questionnaire
	Nursing Unit Culture Assessment Tool
	Practice Culture Questionnaire
	Mac Kenzie's Culture Questionnaire
	Survey of Organizational Culture
	Corporate Culture Questionnaire
	Core Employee Opinion Questionnaire
	Hofstede's Organizational Culture Questionnaire
Organizational Culture Survey	

Kaynak: The Quantitative Measurement of Organizational Culture at Healthcare : A Review of the Available Instruments, 2003, s. 938

Oldukça karmaşık olan bu fenomeni ölçümlemek konusunda akademisyenler hangi temel boyutların ölçülmesi gerektiği konusunda nadiren fikir birliğine varmışlardır. Bazı araştırmacılar, kurum kültürünü ölçümlemek için kurum iklimini değerlendirmeyi ve buna yönelik araçlar geliştirmeyi tercih etmişlerdir. Ancak kurum kültürü ile iklim arasındaki doğrudan bağlantı net olarak henüz ortaya konamamıştır (OTT, 1989:34) İklim meteorolojik bir metafor iken, kültür antropolojik bir metafordur. Her iki kavram da birbirinde oldukça farklı olup, yarattığı algı da farklıdır. Bu kavram karmaşası ortak dilde görüldüğünden çok fazla probleme neden olabilir. Organizasyonel analiz sırasında birbirinde farklı metaforlar ve buna bağlı paradigmaların karşılaştırılamayacağı/ birbiriyle ölçülemeyeceği



bilinmektedir. (G. Burrell, 1979: 374). Her iki kavramı aynı ortak dilde / tek olarak kullandırmaya zorlamak, bilimsel analiz kurallarının ihlaline de neden olabilir

İklim göreceli olarak daha kolay değerlendirilebilir. (Schein, 1990:116) . Çalışanlar tarafından paylaşılan, varsayılan değerler yineleyen eğitimler/ görüşmeler vb ile çalışanlara net bir şekilde anlatılabilir

Goffman, 'The Presentation of Self in Everyday Life' (Goffman, 1959:137) adlı eserinde, insanların iki farklı görünümü olduğunu ifade eder, genele karşı oynanan rol ve kendi özel yaşamda kişinin içyüzü. Formel olarak yabancılara karşı davranış şekli ile, arkadaşlar, aile içindeki davranış şekli farklıdır. Sağlık hizmeti sunan kurumların yöneticileri ve kurum kültürü araştırmacılarının çalışanların kamusal yüzünü aşarak gerçek davranış paternlerine ulaşması gerekmektedir ki bu da oldukça zorlayıcıdır. Bu nedenle kurum kültürünü değerlendirirken özenle seçilmiş birden fazla metodu kullanmak, çalışanların kamusal yüzünü ortaya çıkartmakta nüansları yakalamakta başarılı olabilir. Buna mukabil kalitatif metodlar, çalışanların kişisel inanç ve değerlerini ortaya çıkartmakta daha uygun araçlardır. Kalitatif ve kantitatif araçların birlikte kullanılması, kurum kültürünün tüm katmanları hakkında bilgi sahibi olmayı sağlayacaktır.

## **1.2. GÜVENLİK KÜLTÜRÜ VE İKLİMİ KAVRAMLARI**

Güvenlik kültürü ve güvenlik iklimi kavramları iş sağlığı ve güvenliği ve yüksek güvenilirlikli organizasyonlar ile ilgili literatürde net çizgiler ile birbirinden ayrılmıştır. Sağlık sektöründe hasta güvenliği ve hasta güvenliği kültürü ile ilgili literatürde ise net bir ayırım yapılmamakta yayınlarda çoğunlukla bir kavram diğeri yerine kullanılabilir.

### **1.2.1. Güvenlik Kültürü Kavramının Ortaya Çıkışı**

Güvenlik kültürü, yüksek riskli alanlar olan nükleer güç, petrokimya endüstrisi ve havacılık ve uzay endüstrisinde meydana gelen kazaların katastrofik sonuçları nedeniyle konsept olarak ortaya çıkmıştır.

1979 yılında Three-mile adalarında kısmi çekirdek erimesi

1986 yılında Chernobyl kazası

2003 yılında Columbia uzay mekiği kazası ve son olarak,

2010 yılında BP petrol platformunda kaza sonucu Meksika Körfezine petrol sızıntısı.

Bu kazalar araştırıldığında kaza nedenlerinin sadece teknolojik nedenler olmadığı, aksine, karar verme, çalışanlar arası iletişimin net olmaması veya iletişim kopuklukları gibi nedenler olduğu ortaya çıkmıştır.

Güvenlik kültürü, ve güvenlik iklimi kavramlarına yakın, belkide bu kavramlara ilk atfedilebilecek çalışma 1951 yılında Keenan, Kerr ve Sherman tarafından yapılmıştır. Ancak Chernobyl nükleer kazası sonrasında IAEA – Uluslararası Atom Enerjisi Kurumunun kazaya ilişkin hazırladığı raporda kurumun güvenlik kültürünün zayıflığından söz edilmiş ve bu kazanın nedenlerinden biri olarak gösterilmiştir. 1986 tarihli bu rapor, kamu oyunun dikkatini güvenlik kültürü kavramına yoğunlaştırmıştır. IAEA (IAEA Safety Glossary)1991 güvenlik kültürü kavramını şöyle tanımlamıştır :

*“Güvenlik kültürü, kurumun sağlık ve güvenlik programlarının yeterliliğine, tarzına ve uygulamadaki ısrarına karar veren birey ve grupların değer, tutum, yetkinlik ve davranış örüntülerinin bir ürünüdür.”*

Literatür tarandığında sağlık sektörüne ilişkin yayınlarda “güvenlik kültürü” ve “güvenlik iklimi” kavramlarının ayrımı konusunda araştırmacıların net bir ayrımı olmadığı, bazı yazarlar güvenlik kültürü yerine güvenlik iklimi kavramını kullanırken, bir kısım araştırmacı, güvenlik ikliminin, güvenlik kültürünün bir katmanı olduğu ve kültür kavramı yerine kullanılmaması gerektiğini, iklimin kültürü yansıtmadığını savunduğu görülmektedir.

Palmieri ve arkadaşları, literatür araştırması sonucunda Güvenlik Hiyerarşisi Modelini oluşturmuşlardır. Buna göre hiyerarşinin en iç tabakasında Güvenlik Eğilimi vardır. Güvenlik eğilimi kişisel düzey , ekip düzeyi gibi en küçük birimi temsil eder. Bir dış katmanda ise, Güvenlik İklimi bulunmaktadır. Güvenlik İklimi, departman düzeyinde davranış, alışkanlık ve algıları temsil etmektedir. Bir katman dışarıda ise Güvenlik Kültürü yer almaktadır. Güvenlik Kültürü kurum düzeyini temsil etmektedir. En dış katman Güvenlik Standardı olup, endüstri düzeyinde

belirlenmiş standartlar bütünü tarif eder. Güvenlik standartları yüksek düzeyde stabil iken, iç katmanlara gidildikçe daha esnek ve değişebilir hal almaktadır.

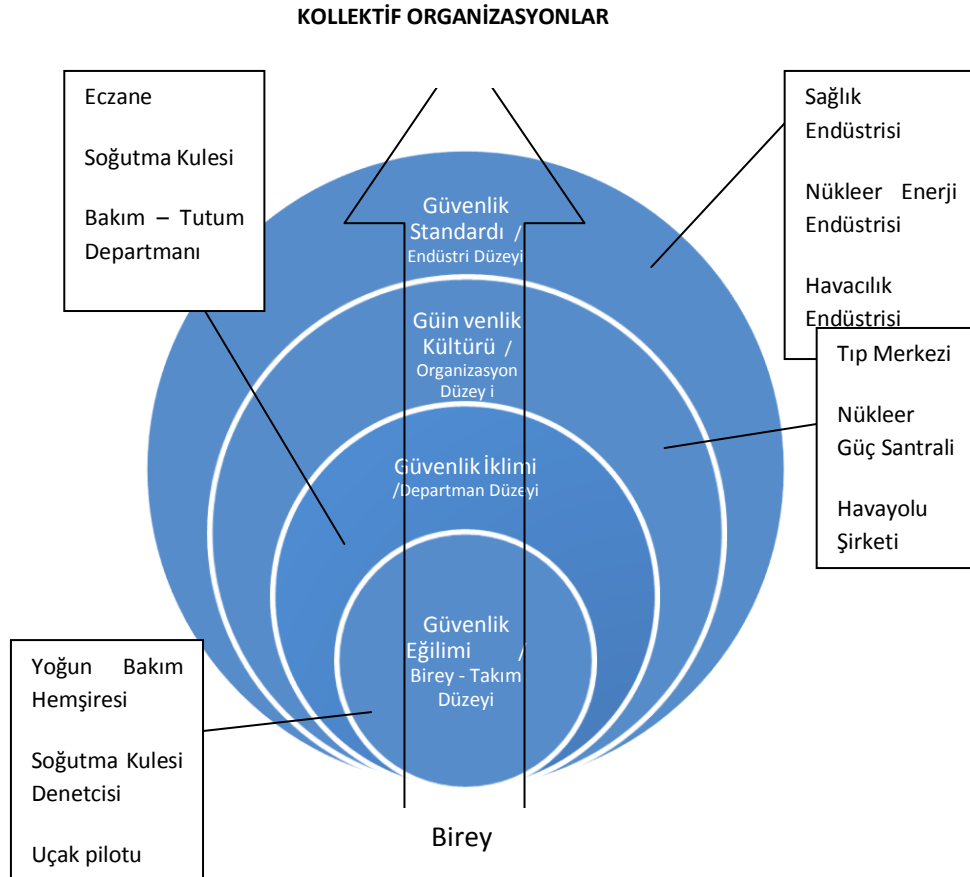
**Tablo 2:** Güvenlik Yapısı

**GÜVENLİK YAPISI: Analiz Düzeyi , Yapısal Stabilité / Esneklik**

Güvenlik Yapısı	Analiz Düzeyi	Yapısal - Esneklik
Güvenlik Tutumu/ eğilimi	Bireysel ve/veya Küçük ekipler	Az stabil - Esnek
Güvenlik İklimi	Bölüm / Departman	Daha stabil - Yarı esnek
Güvenlik Kültürü	Organizasyon	Oldukça stabil - Esnemez
Güvenlik Standardı	Sektör	Çok stabil - Rijit

Kaynak: Strategic Human Resource Management in Health Care Advances in Health Care Management, 2010, s. 104

**Şekil 1:** Güvenlik Kültürü Hiyerarşisi



**Kaynak:** Kaynak: Strategic Human Resource Management in Health Care Advances in Health Care Management, 2010, s. 104

## 1.2.2 Güvenlik Kültürü ve Güvenlik İklimi Kavramları Ayrımı

Güvenlik ile ilgili literatürde bazı araştırmacılar her iki kavramı net olarak birbirinden ayırmaktadır. Bir önceki bölümde vurgulandığı gibi hiyerarşik açıdan bir güvenlik kültürü bir üst kavram iken güvenlik ikliminin güvenliği ön plana alan kurum politikalarının sahadaki yansması olduğu söylenebilir. Yani, güvenlik kültürünün bir birim veya departmanda yürütülen günlük işlerde, çalışma ortamında, prosedür ve talimatlarda, yönetim tarzının altında yatan değer, inanç ve normlardan oluştuğu kabul edilmektedir.

Sağlık kurumlarındaki saha çalışmalarına ait yayınları ele aldığımızda ise, güvenlik kültürü-güvenlik iklim ayrımı yapılmamakta ve örgüt kültürünün değişmesi ve dönüşmesinden söz edilmektedir. Kavramlar, örgüt kültürü ve örgüt iklimi olarak incelendiğinde, yani güvenlik kültürü ve güvenlik iklimi olarak ele alındığında genel kabul görmüş net bir tanımlama olmadığı görülmektedir. (James, 1998: 245) göre güvenlik kültürü “kuruluşlarda *hastanede* genel kabul gören iş yapma biçiminin ne olduğu gösteren davranışsal normları, *hastanede* neyin önemli olduğunu gösteren örgütsel yapılanma ve kontrol sistemleri ile karşılıklı olarak etkileşimde bulunan paylaşılan değerler ve *hastanede* oyunun kuralının ne olduğu ve işlerin nasıl yürüdüğünü yansıtan inançlardan oluşmaktadır.

Güvenlik kültürü Seven Steps of Patient Safety adlı eserde “tüm çalışanların potansiyel olarak yanlış yapılma olasılığı olan iş ve işlemler konusunda sürekli ve aktif bir farkındalığa sahip olduğu” kültür olarak tanımlanmaktadır. Bu kültür içinde çalışanların açık ve adil olması ön plana çıkartılmakta ve hataların açıkça konuşulması konusunda bireyler yüreklendirilmektedir. Böylece, bireylerin, yapılan yanlışlardan öğrenme ve yanlışın yerine doğrusunu koymalarını sağlayan bir ortam oluşturulmaktadır. (National Patient Safety Agency, 2004:18 ) Yüksek güvenilirliğe sahip organizasyonlar konusunda çalışmaları ile tanınan Roberts, (Roberts, 1990:165) güvenilir organizasyon olmanın önkoşullarını;

*‘Değişime isteklilik ve güçlü bir öğrenme isteği, güçlü bir örgüt kültürü, çalışanların güvenlik konusunu sahiplenmesi ve güvenliği sağlamak için çaba göstermesi ve güvenlik konusunun çok sık şekilde telaffuz edilmesi ‘ olarak sıralamaktadır.*

Örgüt iklimi konusunda yetkin bir araştırmacı olan Schineider'a göre örgüt iklimi; *'Bir organizasyonda görev yapan kişilerin olaylar, uygulamalar, prosedürler ve hangi davranışların yönetim tarafından beklendiği, desteklendiği ve ödüllendirildiğine ilişkin algılarıdır.'* Olarak tanımlanmaktadır. (Schneider, 1990:164 ) Olaylar, uygulamalar ve prosedürleri *örgütsel rutin* olarak; beklenen, arzu edilen ve ödüllendirilen davranışları de *ödüller* olarak adlandırmakta ve örgüt iklimini bu ikisinin toplamı olarak ele almaktadır. (Schneider, 1990:164 ) örgüt ikliminin global yani bütün kuruluşu kapsayan bir ölçekte ele alınması yerine, her biri kuruluş için stratejik öneme sahip kesitlerden hangisi inceleniyorsa onun üzerinde odaklanılmasını önermektedir. Bu çerçevede yönetim literatüründe ilk kez "güvenlik iklimi" kavramın kullanmakta ve örgüt ikliminin bir kesiti olduğunu vurgulamaktadır.

Zohar, güvenlik iklimini "*çalışanların iş sağlığı ve güvenliğine verilen önemi yansıtan yönetsel politika, prosedür ve uygulamalara ilişkin ortak algılar*" olarak tanımlanmıştır. (Zohar, 2002:156) Araştırmacı güvenlik iklimi konusunun grup veya alt birim bazında incelenmesini önermiş ve Grup Güvenlik İklimi Ölçüm Anketini literatüre kazandırmıştır. 2000 yılında gözden geçirdiği bu kavramsallaştırmaya göre güvenlik iklimi, yöneticinin gözetim faaliyeti ve beklentiler olmak üzere iki ana unsurdan oluşmaktadır. Bir diğer ifade ile çalışanın bağlı olduğu yöneticisinin güvenlik önlemlerine uygun çalışmayı takdir etmesi, astlarından gelen güvenlikle ilgili önerileri dikkate alması güvenlik ikliminin belirteçleri arasında yer almaktadır. Beklenti boyutu ise iş miktarı ve imalat maliyetlerine ilişkin operasyonel hedeflere karşı güvenlik kurallarının öncelikli olup-olmadığını sorgulamaktadır. (TAK, 2010, :72). Zohar ayrıca, güvenlik konusunun önceliğinin uzun bir süredir ve sürekli olarak vurgulanan gruplarda güvenlik hedefinin hız veya etkinlik ile çalıştığı durumlarda bile çalışanlarca öncelikle dikkate alındığını ampirik olarak göstermiştir

İlgili yazında güvenlik ikliminin pozitif ve negatif olmak üzere iki ayrı tipoloji altında tartışıldığı da izlenmektedir. Pozitif güvenlik iklimi, yönetimin güvenlik konusuna sahip çıkması, eğitim ve iyileştirme faaliyetlerinde bizzat yer alması ve problem yaşandığında çözümleme yönünde tavır alması durumunda ortaya çıkmaktadır. Pozitif bir hasta güvenliği iklimi söz konusu olduğunda sorun yapıcı bir şekilde alındığı için çalışanların da konuyu açıklıkla tartışma eğilimlerinin arttığı

izlenmektedir. Yönetimin cezalandırıcı olmayan ve soruna sahip çıkan tavrı söz konusudur.

Negatif güvenlik iklimi ise pek çok araştırmacı tarafından *suçlama ve utanma* kültürünün yansıması olarak görülmektedir. Hataların cezalandırıldığı ve çalışanların zaten mevcut olan hataları veya problemleri açıklamalarına engel olunan bu ortamı da “patolojik kültür” olarak adlandırılmaktadır (V F Nieva, 2003:17) , Araştırmalar, negatif güvenlik iklimi altında çalışanların cezalandırılma ve suçlanma korkusuyla hasta güvenliğine ilişkin sorunu veya olayı farklı şekilde ifade ettiklerini; konuyla yüzleşmeye zorlandıklarında ise yönetimi en kolay şekilde tatmin edecek ve suçlanma ihtimalini ortadan kaldıracak şekilde davrandıklarını göstermektedir. (Hofmann D A, 1998:644) Cox, (S.Cox, 1998, s. 189) sektörel “güvenlik kültürünün” belirlenmesi için üç yöntem önermiştir:

1) Olay çalışmaları: Niteliksel yöntemlerin kullanıldığı çalışmalardır. Mülakat, arşiv veya doküman analizi, grup tartışmaları ve gözlem kullanılan ana yöntemler olarak ortaya çıkmaktadır.

Bu çalışmalar

- a) Kazaların meydana geldiği kurumlarda
- b) Güvenliği yüksek (kaza sayısı az) olan kurumlarda
- c) Kurumsal değişimin sahne olduğu yerlerde “güvenlik” kavramının çerçevesinde yer alan ilgili değişkenleri belirlemek şeklinde yapılmaktadır.

2) Karşılaştırmalı çalışmalar: Bu tür çalışmalarda kaza sayısı yüksek ve düşük olan birim veya kurumlar karşılaştırılarak birbirlerinden ayrıldıkları noktalar ve bunların güvenlik ile ilişkisi araştırılmaktadır.

3) Psikometrik uygulamalar: Bu yöntemde halihazırda yapılandırılmış anketler kullanılarak ilgili kurumda güvenlik kültürünün ana etmenleri belirlenmeye çalışılmaktadır.

Reiman ve Oedewald literatürde çalışmalardan elde edilen ‘iyi güvenlik kültürünün’ kriterlerini;

- Güvenlik politikaları,
- Yönetimin güvenlik için görünür dirayeti,
- Demokratik uygulamaları ve yetkinliği,

- Güvenlik yönelimli olumlu değerler, tutumlar ve bağlılık, zorunluluk ve sorumlulukların açık tanımı,
  - Güvenlik öncelikli işlemler,
  - Güvenlik ve üretim arasındaki denge,
  - Yetkin çalışanlar ve eğitim,
  - Yüksek motivasyon ve iş tatmini,
  - Yönetim ve çalışanlar arasında karşılıklı güven ve adil yaklaşım,
  - Kalite, kural ve düzenlemelerin güncellenmesi,
  - Düzenli ekipman bakımı,
  - Gerekli olay (örn., atlatılan kaza) ve küçük bile olsa kazaların rapor edilmesi ve etkin yorumu,
  - Farklı kurumsal seviyelerden ve görevlilerden sağlıklı bilgi akışı, uygun tasarım, yeterli kaynak ve sürekli iyileştirme,
  - Otorite ile olan iş ilişkileri ana başlıklarında toplamıştır.
- (Reiman T., 2002: 2140)

Bu kriterler gözden geçirildiğinde, kurumda pozitif güvenlik kültürü yaratabilmek için, yönetimin bu konuda destekleyici ve kararlı olması, iyi bir risk yönetimi - kalite yönetimi kurgusu içer. isinde şekillenmiş bir güvenlik programının yürütülmesi gerektiği ortaya çıkmaktadır.

### **1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE**

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramını tarif etmek, hizmetin çok paydaşlı olması nedeni ile oldukça zordur. Hekimler, sağlık çalışanları, sağlık yöneticileri, yasa koyucular, hasta ve hasta yakınları, halk sağlığı uzmanları, sosyal hizmet uzmanları kaliteyi kendi özgün bakış açıları ile değerlendirmektedir. Örneğin: Hekimler, güncel teknik bilgi ve yetkinliklerini kullanarak ürettikleri hizmetin çıktıklarına odaklanmaktadırlar. Geleneksel tıp kültürü ise, kaliteyi iyi tıp eğitimi, hekimin hastasına karşı sorumlu davranışı, meslek sevgisi gibi parametreler ile tanımlamaktadır. Hizmetin tüketicisi konumundaki hastalar ise, beklenti ve gereksinimlerinin karşılanması, yapılan tedavinin etkisi ile sağlık koşullarında ve hayat kalitesindeki iyileşme düzeyi olarak değerlendirmektedirler. Yöneticiler,

mevcut kaynakların, etkin kullanımına odaklanırken, yasa koyucuların dikkati, maliyet etkinliği, etkililik ve hizmetin eşit sunumu konularına odaklanmaktadır.

Tıp Enstitüsü (IOM), 1998 yılında kalite kavramı için yaygın olarak kabul edilen şu tanımı belirlemiştir :

*‘Bakım kalitesi, birey veya topluma verilen sağlık bakım hizmetlerinin var olan profesyonel bilgi kullanılarak, istikrarlı olarak istenen sağlık sonuçlarını üretme düzeyidir .’*

Bu tanım içinde kalite kavramının; ölçülebilir tüm sağlık hizmetlerini içine alan, kişilere ve topluma uygulanabilen, belli bir amaca yönelik verilen hizmetin yararının sonuçların ölçülebilmesi ile sağlanabilen, işlemlerle sonuçları birbirine bağlayan, hastaların ve toplumun değerlerine önem veren, teknik, mekanik ve bilimsel bilgi ile sınırlı ve sürekli değişikliğe uğrayan bir yapı içinde olması gerekmektedir. (Akalin, 2002:35) İngiltere’de “National Health Service” sağlık hizmetinde kalite için şu tanımı kullanmaktadır: Doğru işleri, doğru kişilere, doğru zamanda uygulamak ve ilk defasında doğru yapmak. (Moss F, 1998: 1) . Bu tanıma her defasında doğru yapmak ögesini de eklemek yanlış olmayacaktır.

IOM 21. yüzyıl için sağlık sisteminde iyileştirilmesi amaçlanan konuları şu şekilde sıralamıştır (Institute of Medicine, 2001):

**1. Güvenli bir sağlık hizmeti (hasta güvenliği):** Hastalara yardım ederken zarar vermeden kaçınma.

**2. Etkili bir sağlık hizmeti:** Bilimsel bilgiler ve kanıta dayalı tıp uygulamalarına dayalı hizmet sunumu, sağlık hizmetinin az veya gereksiz kullanımının önlenmesi.

**3. Hasta odaklı sağlık hizmeti:** Hastanın gereksinim, değer yargıları ve tercihleri doğrultusunda ve tanı / tedavi aşamalarında karar verme mekanizmalarına ortak edilerek sunulan bir sağlık hizmeti.

**4. Zamanında verilen sağlık hizmeti:** Beklemelerin sağlığa zarar vermesinin önlenildiği bir sistem (sağlığa ulaşılabilirlik)

**5. Verimli sunulan sağlık hizmeti:** İsrafın önlenildiği, maliyet-etkin bir sağlık hizmeti sunumu.

**6. Eşit dağılım:** Sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin ırk, cinsiyet, renk, coğrafya ve sosyoekonomik farklılıklara bakılmaksızın eşit olması.



Bu tanımlara göre, hasta güvenliğinin, sağlık hizmet kalitesinin bir parçası olduğu söylenebilir.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin, yukarıda belirtilen altı boyutu, hasta ve yakınlarının tıbbi, sosyal ve diğer gereksinimi göz önünde tutularak zenginleştirilebilir :

1. **Uygun zamanda** : Verilen sağlık hizmetinin makul bir zaman diliminde tamamlanması
2. **Uygunluk**: Sunulan hizmetin hasta gereksinimine uygunluğu
3. **Kabul edilebilirlik** : Hizmetin, insani koşullarda ve saygı ile sunulması
4. **Memnuniyet / Tatmin**: Verilen sağlık hizmetinin hasta ve hasta yakınlarının beklentilerini karşılama
5. **Bakımın devamlılığı** : Tanı ve tedavi sürecinin her aşamasının kesintisiz bir şekilde akması. (Merkur, 2008:5) Tüm boyutları ile ele alındığında sağlık hizmetlerinde kalite hizmet sunumuna katılan paydaşların bakış açısını kapsayacak düzeye gelmektedir.

### 1.3.1. Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi

Tıbbi bakım kalitesini değerlendirme çabaları Ernst Codman'ın 'hasta sonuçlarının ölçümü' çabaları ile başlamıştır. Bir epidemiyolog olan Lembecke ise apandisit tedavisinde hastaneler arasındaki mortalite oranları arasındaki farklılıklara dikkat çeken yayını (Silver, 1990:342) ve geliştirdiği değerlendirme metodolojisi nedeni ile tıbbi bakım ( kalitesini ) değerlendirmenin öncüsü olarak anılmaktadır. Modern anlamda tıbbi kalite değerlendirmesinin temellerini atan Avedis Donebedian ise kalite değerlendirmesinde 'çıktı' kavramını ilk kez kullanan araştırmacıdır. Donebedian, kalitenin dört düzeyde değerlendirilebileceğini savunmuştur : Hizmeti uygulayanlar ve sunanlar, tesis ( fiziksel özellikler), hastalara verilen sağlık bakımı ve toplumun kabul ettiği sağlık bakımı . Ayrıca Donebedian hizmetin sosyal dağılımı ve farklı hizmet düzeylerinde kalitenin değerlendirilmesi gerektiğini de savunmaktadır. (Donebedian, 1988:1743) . Sağlık politikalarını yapanlar, aynı zamanda geçmiş performansı değerlendirmek ve iyileştirme önerileri yapmakla da sorumludur. Bu görevi gerçekleştirirken kullanılan metod, çalışanların ve verilen

sağlık bakımının performansını, kesin ve objektif şekilde ölçecek şekilde kurgulanmalıdır.

İdeal olarak, performans değerlendirmesi için aranan kanıtlar, kurumun yapısal karakteristikler, hasta bakım süreci ve hasta çıktıları ile uyumlu olmalıdır. Bu bağlamda söz konusu üç kavramı gözden geçirmekte yarar vardır:

**Yapı:** Sağlık hizmetlerinin sunumu için gerekli kaynakların - ki bu kaynaklar insan kaynağı, fiziki altyapı, teknik araç ve gereçler gibi geniş kapsamda düşünülmelidir – kurgulanma şeklini ifade eder. Kaliteli sağlık hizmeti sunmak için gerekli koşullar olarak da nitelenebilir. Bu kavramı fonksiyonel yapı ve fiziksel yapı olarak iki kısımda incelemek mümkündür. Fonksiyonel yapı denilince, sağlık kurumunun hasta ve hasta yakınlarına, toplumun gereksinimlerine, cevap verecek, yasal düzenlemelere uygun optimal verimlilikte hizmet vermek üzere kurguladığı organizasyonel yapı akla gelmelidir. Başka bir bakış açısı ile yapı girdilerin hasta lehine değer oluşturacak şekilde kurgulanmasıdır.

**Süreç :** Bir ya da daha fazla girdinin kuruluş içi ve/veya dışındaki müşteriler için çözüm oluşturan bir ya da daha çok çıktı şekline dönüştürülmesinin sağlandığı bir faaliyet ya da karşılıklı ilişkileri olan faaliyetler kümesidir. Girdileri olan, bunlara müşterileri için değer ekleyen ve çıktı üreten bir faaliyetler dizisidir. Belirli bir çıktı (ürün ya da hizmet) elde etmek için, birbirleriyle etkileşim içerisinde bulunan insanlar, ekipman, malzemeler, yöntemler ve çevresel unsurların bir toplamıdır. Başka bir deyişle süreç : İşletme girdilerini, işletme çıktılarına dönüştüren faaliyetlerin birleşimidir.

Süreçler, üç temel faaliyetler çeşidinin bir bileşimidir: Değer yaratan yani müşteriler için önem taşıyan faaliyetler; temel olarak fonksiyonel, bölümsel veya örgütsel sınırlar arasında iş akışını sağlayan faaliyetler; kontrol faaliyetleri.

Bir organizasyonel süreç, başı ve sonu belli olan iş demektir. Bir başka deyişle, bir işi yapmak için gerekli alt işlerin ve detay işlerden oluşan faaliyetler kümesidir. Süreçler, en yalın açıklamayla, bir işletmenin müşterileri için “ne yaptığı”dır. Süreçler, işletmenin sunduğu ürün/hizmetleri yaratan mantıksal iş toplamıdır.

Bir süreç girdilerin (insan gücü/hizmetler, ekipman, malzemeler, yöntemler ve ortam) çıktı (insan gücü/hizmetler, ekipman, malzeme ve yöntemler) şekline dönüştürülmesidir. Dönüştürme; zaman, yer ve şekil konularında değer eklenmesi ya

da yaratılmasını da içerir. Değer ile ilgili konular aşağıdaki gibi zaman, yer ve şekil değeri olarak incelenebilir:

**Zaman Değeri:** Gereksinim duyulan şeylerin zamanında elde edilmesi; örneğin acıktığımız zaman yiyeceklerin hazır olması ya da materyal girdilerinin zamanında hazır olması gibi.

**Yer Değeri** Gereksinim duyulan şeylerin, gereksinim duyulan yerde hazır olması; örnek olarak yakıtın rafineride değil de, aracımızın deposunda olması, ya da lastik imalatında kauçuğun fabrikada olması gibi.

**Şekil Değeri:** Herhangi bir şeyin gereksinim duyulduğu şekilde hazır olması, örneğin ekmeğin kızartma makinesine girmeden önce dilimlenmiş olması, evrakların dosyalanmadan önce delinmiş olması gerekliliği gibi. Süreç, belirli bir dizi girdiyi, müşterileri için belirli bir dizi faydalı çıktıya dönüştüren tanımlanabilen, yinelenen, ölçülebilen ve birbirine bağlı değer yaratan faaliyetler dizisidir. Bir süreç herhangi bir işin tamamlanması için gerekli olan işlem basamaklarının ve kararların toplamıdır.

#### **Süreç Performansının Ölçülmesi:**

Süreçlerin organizasyonel hedefleri hangi ölçüde desteklediğini ve istenen çıktılara ulaşılmasında ne derece başarılı olduğunu görebilmek için performanslarının ölçülmesi gereklidir.

**Çıktı :** Sunulan sağlık hizmetinin mortalite morbidite de dahil olmak üzere, hasta ve toplumun sağlık durumuna olan etkileri olarak nitelenebilir. Başka bir ifade ile, hastanın aldığı sağlık bakımı nedeni ile edinilen sağlık düzeyi veya sağlık düzeyindeki değişim olarak da tanımlanabilir. (Behavioral & Social Sciences Research, 2011) . Bu çıktılar, arzu edilen ve edilmeyen çıktılar olarak ayrılabilir. Örneğin: ağrının giderilmesi istene bir çıktı iken, ameliyat sonunda oluşan komplikasyon istenmeyen bir çıktıdır. Çıktı terimi, bazen - çok da yaygın olmayarak – sonuç, olarak değerlendirilmektedir. Aslında burada kast edilen Donebedian'ın vurguladığı süreçlerin sonucu gibi bir kavramdır. Ayrıca ara çıktı olarak tanımlanan bir kategoriden de söz etmek gerekir. Ara çıktı dendiğinde, örneğin diyabet hastalarının HbA1c Düzeyleri şeker kontrolünün nasıl seyrettiğine ilişkin bilgi verir. Yani ara çıktılar, hastaların sağlık durumları ile yakından bağlantılı diğer çıktılardır. Eğer çıktılar, bakım kalitesini değerlendirecek metrikler olarak seçilecekse, bu

çıktıların sunulan hizmet kalitesindeki varyasyonları yansıtacak nitelikte olmasına özen gösterilmelidir. (Deyo R. A., 1991:142, Tsevat J., 1994:576) . Örneğin, hipertansiyon hastalarında kan basıncını takip etmek gereklidir. Kan basıncı ne kadar iyi kontrol altına alınmış ise, kalp krizi, inme gibi istenmeyen çıktılara ulaşma olasılığı o kadar azalacaktır. Diğer yandan, Kalp atımı durduktan sonra, yapılan müdahale ile hastayı yaşama döndürmek, sunulan sağlık hizmetinin kalitesi ile mutlak olarak ilişkilidir. Tıbbi bakım kalitesinin değerlendirilmesinde çıktı ölçümü sıklıkla kullanılmaktadır. Ancak bu çıktıların belirlenmesi ve değerlendirilmesinde de bazı kısıtlar söz konusudur. Örneğin; bir hastalığın tedavisi sonucu elde edilen çıktıları karşılaştırabilmek için, diğer bir grup hastayı tedavi etmemek ve tedavi etmemenin sonunda elde edilecek çıktılar ile mukayese etme gibi bir durum söz konusu değildir. Yada, hastalığın tedavisi sonrasındaki sağlık düzeyini iyileştirmek, hastanın hastalığının başlamasından önceki sağlık düzeyine bağlı ise, bu durumu değerlendirmek imkansız olacaktır. Örneğin; diyabetinin var olduğu bilinen bir hastanın kalp krizi geçirmiş olduğunu var sayalım. Bu hastanın kalp krizi geçirme nedeni ne derece diyabeti ile doğrudan ilgilidir bunu kesin veriler ile bilmek mümkün olmayacaktır. Bir diğer kısıt ise; Yapılan tedavi veya girişimin sonucunun uzun yıllar sonra ortaya çıkmasıdır. Örneğin, kalça protezi ameliyatında protezin ne kadar uzun süre dayandığının belirlenmesi veya kullanılan ameliyat yöntem uzun erimde ne kadar faydalı olduğunun değerlendirilmesi oldukça uzun zaman isteyen değerlendirmelerdir.

Her ne kadar kısıtları olsa da çıktı değerlendirme çabaları devam etmektedir. Sağlık profesyonelleri bir dönem neredeyse enerjilerinin tamamını mortalite oranları, hastane komplikasyonları vb gibi çıktıları ölçmeye harcamışlardır. Oysa, hastalar açısından daha kritik çıktılar da vardır. Yapılan tedavi veya ameliyatın, hastanın bulguları ortadan kaldırması veya hafifletmesi, doku organ veya uzva kazandırılan fonksiyon, emosyonel olarak hissedilen iyilik hali gibi Sağlık İlişkili Yaşam Kalitesi olarak tanımlanan bu parametreler de sağlık bakım çıktısı olarak değerlendirilmektedir. (Wilson I. B., 1995:59) En yaygın kullanılan ölçek, 36 soruluk RAND ölçeğidir. Bu ölçek genel vücut ağrısı, sağlık problemine bağlı kısıtlılık, fiziksel fonksiyon, emosyonel problemlere bağlı kısıtlılık, sosyal fonksiyonlar ve genel sağlık algısı olarak sekiz boyutta değerlendirme yapılmasına

olanak vermektedir. (Ron D. Hays, 2004) Kendi içerisinde geçerli ve tutarlı olan bu ölçek uzun yıllar yaygın olarak kullanılmıştır. (McDowell, 1996: 604) Ayrıca ölçek bir çok dile çevrilmiş, farklı hastalıklara bağlı sağlık durumunu değerlendirmek üzere farklı versiyonları üretilmiştir.

### 1.3.2. Sağlık Bakımının Farklı Düzeylerinde Kalite Yönetimi

Avrupa Konseyi sağlık sunumun her bir aşamasında hizmet kalitesinin değerlendirilerek gelişim alanların saptanmasını teklif etmiştir. (Council of Europe, 1998:1) Böylece her aşamada yani, yasa koyucu mertebesinde ( hem ulusal hem de yerel yöneticiler düzeyi), sağlık hizmetleri ve toplum sağlığı ile ilgili diğer paydaşlar düzeyi, sağlık hizmet sunucuları düzeyi, örneğin hastaneler, sağlık çalışanları düzeyi örneğin hekim, hemşire vb., sağlık ödeyicileri SGK, özel sigorta şirketleri düzeyinde var olan kalite problemler bir alt düzeye etki etmeden iyileştirilebilecektir.

A - **Yasa koyucu düzeyi:** Ülke çapında sağlık sisteminin kalitesine özgü politikalar geliştirilebilir. Avrupa ülkeleri incelendiğinde uygulamalar üç ana kategoride toplanabilir. Birinci kategoride bulunan ülkelerde, sağlık sistemlerinin kalitesine yönelik herhangi bir yasal düzenleme bulunmamaktadır. Bazı inisiyatifler ve sivil toplum örgütlerinin sistematik olmayan çabaları göze batmaktadır. İkinci kategoride; kalite ile ilgili yasal düzenlemeleri yeni yeni uygulamaya başlamışlardır. Üçüncü ve son kategoride bulunan ülkelerde ise uzun zamandır kalite geliştirme stratejileri uygulanmakta ve gerekli yasal düzenlemeler uzun zaman önce yürürlüğe girmiştir. (Merkur, 2008:5). Bu gözlemden hareketle, sağlık hizmeti veren tüm kuruluşların belli bir kalite standardında hizmet verdiklerinin belirlenmesi, tüm toplumun yararına olacak bir uygulamadır. Bu tip bir uygulama ancak ulusal bir strateji ve programla sağlanabilir. (Akalin, 2002:38) Tıp Enstitüsünün önerileri doğrultusunda hazırlanacak programlarda aşağıdaki ana konuların yer alması gereklidir:

- a. Sağlık kurumlarının tümü tarafından izlenmesi ve kamuya rapor edilmesi gerekli standart temel kalite ölçüm setlerinin hazırlanması,
- b. Kalite ölçüm ve raporlama alt yapısının hazırlanması,
- c. Verilen hizmetin kalitesinin, iyileştirici programlarla desteklenmesi,

- d. Kalite ölçümü ve raporlanması konusunda araştırma ve geliştirme yapılmasını destekleyen bir ortamın hazırlanması,
- e. Kıyaslamalarda kullanılacak, raporlanan kalite ölçüm bilgilerinin doğru, ayrıntılı, tekrarlanabilen bir sistem ile geliştirilmiş ve topluma açık olmasının sağlanması..

**B -Paydaşlar düzeyi;** Ulusal sağlık sistemi içerisinde yer alan tüm paydaşlar ve onları temsil eden kurumlar, konu ile ilgili sivil toplum örgütleri de ulusal sağlık kalitesinin geliştirilmesinden eşit derecede sorumludur. Söz konusu kurumlar, tabip odaları, hemşirelik dernekler, tıbbi uzmanlık dernekleri, sendikalar (çalışan güvenliği), eczacılar birliği, medikal cihaz üreticileri ve diğer tedarikçiler, özel sağlık sigortaları, hasta dernekleri olarak sıralanabilir. Özellikle sağlık bakım kalitesinin ve toplum sağlığının geliştirilmesinde bu kurumların işbirliği içerisinde çalışması gerekmektedir.

### **1.3.3. Kalite Modelleri**

Sağlık kurumunun hizmetlerinin dışarıdan bir bakış açısı ile değerlendirilmesi zorunlu veya gönüllü olarak yapılabilir. Zorunlu değerlendirmeler yasal düzenlemelere uygunluğun değerlendirildiği devlet görevlileri tarafından gerçekleştirilen denetimlerdir. Çoğunlukla yargılayıcı niteliktedirler. Gönüllü değerlendirmeler ise profesyonel kurumlar tarafından gerçekleştirilirler ve kurumun kalite iyileştirme düzeyindeki ilerleme, hizmet içi eğitim, profesyonel şeffaflık gibi konulara odaklanırlar.

Organizasyonel kalite değerlendirmesi için kullanılacak metrikleri geliştirmeye yönelik çeşitli çabalar mevcuttur. OECD'nin Sağlık Bakımı Kalite Göstergeleri Projesi ve D.S.Ö'nün Health for all Targets projeleri bu çabalara örnek verilebilir.

#### **1.3.3.1 Uluslar Arası Kalite Değerlendirme Modelleri**

Kalite değerlendirme modelleri kıta Avrupası ve kuzey Amerika başta olmak üzere ulusal ve uluslar arası kalite değerlendirme sistemleri mevcuttur. Bunların

başlıcaları ISO, EFQM, EPA, JCI, akreditasyon kurumlarını akredite eden ISQua olarak sıralanabilir.

Akreditasyon, uygunluk değerlendirme kuruluşlarınca gerçekleştirilen çalışmaların ve dolayısıyla bu çalışmalar sonucunda düzenledikleri uygunluk teyit belgelerinin (deney ve muayene raporları, kalibrasyon sertifikaları, yönetim sistemi belgeleri, ürün belgeleri, personel belgeleri vb) güvenilirliğini ve geçerliliğini desteklemek amacıyla oluşturulmuş bir kalite, altyapısıdır. (TÜRKAK, 2012) Uygunluk değerlendirme kuruluşlarının akreditasyonu, ilgili uygunluk değerlendirme kuruluşları için yeterlilik kriterlerini belirleyen uluslar arası standartlar, ilgili sektöre özel gereklilikler ve bölgesel veya uluslar arası akreditasyon kuruluşları tarafından belirlenmiş rehber dokümanlarda belirlenmiş, dünya genelinde kabul görmekte olan, gereklilikler esas alınarak gerçekleştirilmektedir.

Akredite bir uygunluk değerlendirme kuruluşunca verilmiş bir uygunluk belgesine sahip bir ürün veya hizmet, bu ürün veya hizmet için uygulanabilir olan gereklilikleri sağlamakta olduğuna dair güven telkin eder. Bu sistematik sayesinde akreditasyon ticarete teknik engellerin kaldırılmasına katkıda bulunmaktadır.

Akredite hizmetlerin küresel kabulü noktasında ise akreditasyon hizmetinin kendisinin güvenilirliği konusunda soru işaretleri oluşmaktadır. Akreditasyon kuruluşları arasındaki güven mekanizması ise akreditasyon kuruluşları tarafından oluşturulmuş olan IAF (Uluslararası Akreditasyon Forumu), ILAC (Uluslararası Laboratuvar Akreditasyonu Birliği ), EA (Avrupa Akreditasyon Birliği) vb uluslar arası veya bölgesel örgütler ile yapılmakta olan çok taraflı tanınma anlaşmaları ile sağlanmaktadır.

2001 yılında akreditasyon hizmeti vermeye başlamış olan TÜRKAK 2008 yılı itibari ile karşılıklı tanınma anlaşmalarına konu olan tüm akreditasyon alanlarında Avrupa Akreditasyon Birliği ile karşılıklı tanınma anlaşması imzalamış bulunmaktadır. (TÜRKAK, 2012) TÜRKAK, Avrupa Akreditasyon Birliğinin (EA), Uluslar arası Akreditasyon Forumunun (IAF) ve Uluslar arası Laboratuvar Akreditasyonu Birliğinin (ILAC) tam üyesi konumundadır.

### 1.3.3.1.1. International Standardisation Organisation (ISO)

ISO Latince eşit ya da düzenli anlamına gelen isos kökünden gelir ve bilinenin aksine Uluslararası Standardizasyon Örgütü'nün kısaltması değildir. (ISO, 2010) ISO 9001 ise etkin bir kalite yönetim sistemini tanımlayan bir standarttır. Kuruluş bu standardın şartlarını sağladığında ISO 9001 belgesini alabilir. Belge kuruluşun ürün ve hizmetlerinin uluslar arası kabul görmüş bir standarda uygun olarak üretildiğini gösterir. Standart merkezi merkezi İsviçre'nin Cenevre kentinde yer alan ve 90'dan fazla ülkenin üye olduğu Uluslararası Standardizasyon Örgütü (International Organization of Standardization–IOS) tarafından geliştirilmiştir. Belgelendirme şirketlerini yetkilendirme yetkisi üye ülkelerin akreditasyon kurullarına verilmiştir. Türkiye'deki akreditasyon kurulu Türk Standartları Enstitüsü (TSE)'dir. Ancak TSE belgelendirmeyi bizzat kendisi yapmakta olup herhangi bir şirkete henüz yetki vermemiştir. Ülkemizdeki bu boşluk maalesef yabancı belgelendirme şirketleri tarafından doldurulmaktadır. ISO 9000 serisi standartlarında ilk revizyon, 1987 yılında yapılmış, 1994 yılında küçük bir güncelleştirme gerçekleştirilmiştir. 2000 revizyonu ise standartlardaki ikinci kapsamlı değişimi temsil ediyor. Yeni ISO 9000:2000 standartları serisi, aşağıdaki standartlardan oluşmakta; ISO 9000:2000 Kalite Yönetim Sistemleri – Temel Kavramlar, Terimler ve Tarifler. Bu doküman kalite yönetim sistemlerinin temel kavram ve terminolojisini içeriyor. ISO 8402:1994 ve ISO 9001-1:1994, madde 4 ve 5 i iptal etmiş ve yerini almıştır. ISO 9000 serisinin seçim ve kullanım kılavuzu ise ISO tarafından bir broşür şeklinde hazırlanmıştır. ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemleri – Şartlar. Bu doküman kalite yönetim sisteminin şartlarını tanımlar ve organizasyonun müşteri gereksinimlerini ve ürünle ilgili yasal ve mevzuat şartlarını karşılama yeterliliğini göstermek için kullanılır. ISO 9001:1994, ISO 9002:1994 ve ISO 9003:1994'ü iptal etmiş ve yerini almıştır. ISO 9004:2000 Kalite Yönetim Sistemleri – Performans İyileştirmeleri İçin Kılavuz. Bu doküman müşteri gereksinimlerini karşılayacak, etkin bir kalite yönetim sistemi oluşturulması, yönetimi ve sürekli iyileştirilmesine rehberlik sağlar. ISO 9001:2000 Standartlarının ötesine geçmek isteyen yöneticilere yardımcı olmak amacıyla hazırlanmıştır. ISO:9004-1:1994'ü iptal etmiş ve yerini almıştır. (ISO/IEC, 2012)



### 1.3.3.1.2. European Foundation for Quality Management (EFQM)

Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı, 1988 yılında 14 üye ile kurulmuştur. Amacı; “Avrupa’daki kuruluşların sürdürülebilir mükemmelliğini sağlayabilmek için itici güç olmak.”tır. Vizyonu ise; “Avrupa’daki kuruluşların mükemmel olduğu bir dünya”dır. 1992 yılında *İş Mükemmelliği Modeli* geliştirilmiştir. Bu model; müşteri tatmini, çalışanların tatmini ve toplum üzerindeki etki konularındaki başarının, politika ve stratejilerin, çalışanların, kaynakların ve süreçlerin uygun bir liderlik anlayışıyla yönlendirilmesi ile sağlanabileceğini ve böylece iş sonuçlarında mükemmelliğe ulaşılabileceğini vurgulamaktadır. Model’deki dokuz ana kriter; kuruluşun mükemmelliğe erişme yolunda gösterdiği çabalara ilişkin değerlendirmeleri içermektedir. Mükemmellik modelinin her bir kriteri mükemmellik yolculuğunda organizasyonun uygulaması gereken özdeğerlendirme ve sürekli gelişme faaliyetlerinin yer aldığı alt kriterlerden oluşmaktadır. Modelde, 24’ü girdi ve 8’i sonuç olmak üzere toplam 32 alt kriter bulunmaktadır. (İzmir, 2006) EFQM Mükemmellik Modeli, dokuz ana kriter üzerine kurulmuş ve zorunluluk içermeyen bir modeldir. Bu kriterlerden beşi “Girdi” kriterlerini, dördü ise “Sonuç” kriterlerini oluşturur. Girdi kriterleri bir kuruluşun yaptığı faaliyetleri içerir. Sonuç kriterleri ise o kuruluşun neler gerçekleştirdiğini gösterir. Sonuçlar girdilerden kaynaklanır. Performansla ilgili tüm boyutlarda sürdürülebilir mükemmelliği gerçekleştirmek üzere pek çok yaklaşımın olabileceği gerçeği üzerine kurulmuş olan model aşağıdaki ifadeye dayanır: *‘Performansa, müşterilere, çalışanlara ve topluma yansıyan mükemmel sonuçlar, politika ve stratejinin, çalışanların, kaynakların ve süreçlerin uygun bir liderlik anlayışıyla yönlendirilmesi ile sağlanabilir.’*

Model Gereksinimleri , sektörü, büyüklüğü, yapısı ve olgunluk düzeyi ne olursa olsun bir kuruluş, başarılı olmak için düzgün bir yönetim sistemi kurmalıdır. EFQM Mükemmellik Modeli, kuruluşların mükemmellik yolunda ilerleyip ilerlemediklerini ölçerek yönetim sistemlerini geliştirmeleri konusunda onlara yardımcı olan pratik bir araç niteliği taşır. Kuruluşların kuvvetli yönlerini ve iyileştirmeye açık alanlarını görmelerini sağlayarak onları çözümler üretmeleri konusunda teşvik eder. EFQM Avrupa’da veya Avrupa dışında denenmiş en iyi

uygulamalarla ilgili girdileri toplayarak modeli güncelleştirir. Böylelikle, modelin dinamik olması, yönetim konusundaki güncel görüşleri yansıtması sağlanmış olur.

#### **1.3.3.1.3. European Practice Assesment (EPA):**

EPA, Avrupa'da 2001 yılında TOPAS projesi ile başlamış ve 2003 sonbaharında çalışmaya katılan dokuz ülkede uygulama aşamasına geçmiştir. (EPA, 2008:2) Bu ülkeler; Belçika, Fransa, Almanya, İngiltere, Hollanda, İsviçre, Slovenya ve İsrail'dir. Avrupa ülkelerinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde organizasyonel sistem düzeyinde kaliteyi, hasta deneyimi, ulaşılabilirlik, etkinlik ve sağlık çalışanlarının mesleki tatmini boyutları ile iyileştirmeyi amaçlayan metodolojidir. Bazı Avrupa ülkelerinde yasal düzenlemeler ve mevzuat, sistem düzeyinde kalite iyileştirmeyi genel tebabetin sorumluluğu olarak belirlemiştir. (TOPAS, 2008), Bu metodolojide organizasyon, hangi çıktılara erişmek istediğine ve bu çıktılara nasıl ulaşacağına kendisi karar vermektedir. Kalite geliştirme sistemlerinin kurum düzeyinde uygulanabilmesi için çalışanların eğitim alması ve uzman desteği gerekmektedir. EPA'nın ortaya çıkış gerekçeleri arasında geleneksel kalite iyileştirme sistemlerinin yüksek maliyetli ve iş yükünün fazla olması, buna karşılık, sağlık sistemlerinde değişime kalite iyileştirmeye olan etkisinin net bilinmemesi düşüncesi yer almaktadır. Bu düşünceler göz önünde tutularak EPA hedefleri şöyle belirlenmiştir:

Hekimlere kendi kendini açıklayabilen

Kalite yönetimi konusunda özel bir eğitim alınmasına gerek kalmaksızın kullanılabilen

Performans iyileştirme ve değişim üzerinde etkisi yüksek

Bilimsel araç ve yöntemleri kullanan bir sistem kurgulamak.

#### **1.3.3.1.4. Joint Commission International (JCI)**

Sağlık sektöründeki ilk akreditasyon kurumu 1951'de, American College of Surgeons, American College of Physicians, American Hospital Association, American Medical Association ve Canadian Medical Association'ın katılımıyla

“Joint Commision on Accreditation of Hospitals” (JCAH) olarak kurulmuştur. (JCI, 2012) 1987 yılında hastaneler dışındaki sağlık kuruluşları içinde akreditasyon programları geliştirilince komisyonun ismi “Joint Commision on Accreditation of Health Care Organizations“ (JCAHO) olarak değiştirilmiştir.

Joint Commission International (JCI), sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini arttırmaya odaklanmış, kar amacı gütmeyen Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) kurumunun uluslararası akreditasyon hizmetleri için oluşturulmuş birimidir.

Joint Commission’ın uluslararası kolu olan Joint Commission International (JCI), 1994 tarihinden bu yana 80 ülkede sağlık kuruluşları, sağlık bakanlıkları ve küresel organizasyonlarla çalışmaktadır. JCI, akreditasyon ve sertifikasyon hizmetleri yoluyla hasta bakımının güvenliğini geliştirmeye odaklanmıştır. Sağlık hizmetleri kalitesi ve hasta güvenliği konusunda tanınmış bir dünya lideridir. JCI Denetçileri hasta güvenliğini savunan son derece eğitimli klinisyenlerdir. Enfeksiyon kontrolü, ilaç güvenliği, hasta bakımı ve tedavisi, hasta değerlendirilmesi ve tesis güvenliği konularındaki uzmanlığı ile, sağlık hizmetleri kalitesini geliştirme ve hasta güvenliği konularına odaklanır. JCI’nin standartları, tüm dünyadaki sağlık hizmetleri uzmanları tarafından geliştirilmiş ve dünyanın her bölgesinde test edilmiştir. JCI’nin akreditasyon kararları, sağlık hizmetleri uzmanlarından oluşan uluslararası bir komite tarafından verilmektedir.

JCI, Haziran 2011 tarihinde Uluslararası Sağlık Hizmetleri Kalite Topluluğu (ISQua) tarafından kendi denetim süreci, kalitesi ve standartları çerçevesinde denetlenmiş ve akredite olmuştur. (JCI, 2012) Bu sayede JCI’in denetim ve akreditasyon sürecinin güvenilirliği uluslar arası alanda kanıtlanmıştır. ISQua akreditasyonu, sağlık hizmetleri organizasyonlarının çalışmasını denetlemek amacıyla JCI tarafından kullanılan standartların ve süreçlerin akreditasyon kuruluşları için en yüksek uluslararası temel ölçütleri karşıladığını garanti eder.

#### **a - JCI’in Akredite Ettiği Hastanelerden Beklentileri**

- JCI, kapsamlı bir denetimden sonra akredite ettiği kuruluşların tıbbi ve yönetsel performansını sürekli izlemektedir.
- Hastaneden aşağıda sıralanan JCI Standartlarının ana başlıklarına yönelik klinik ve yönetsel performans göstergeleri belirlemesini istemekte ve bu göstergelere

yönelik sürekli veri toplanmasını, analiz edilmesini, raporlanmasını ve iyileştirme süreçlerinin etkin olarak hayata geçirilmesini istemektedir.

- Akredite olan hastanelerden belirli periyotlarda bu analiz sonuçlarını ister ve denetler.
- Aynı zamanda JCI, akredite ettiği hastanelere habersiz denetimler düzenleyebilir. Bu denetimde de JCI standartlarına tam uyum sağlanmasını bekler ve bunu kontrol eder.
- Akreditasyon kararı verilen hastanenin tüm süreçleri akreditasyonun 3. yılında yeniden tüm standartlar ve kriterler ölçüsünde yerinde titizlikle değerlendirilir. Bu denetim neticesinde akreditasyon kararının devamlılığına ya da sonlandırılmasına karar verilir.

#### **b- JCI Akreditasyonu'nun Avantajları**

- Tüm hastane ve polikliniklerde aynı kalitede ortak bir hizmet sunulması sağlanır.
- Tedavi hizmeti verilen hasta profiline uygun olarak tesis güvenliği şartlarının iyileştirilmesi, sürekli gözlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi önemli bir olmazsa olmazdır.
- Hasta mahremiyeti en üst düzeyde korunur.
- Hasta hakları ve sorumlulukları ilkesine bağlı kalınarak sağlık hizmeti sunulur.
- İstenen tıbbi sonuçların alınma olasılığı artırılır ve istenmeyen sonuçların meydana gelme riski azaltılır.
- Tedavi hizmeti sunumunda multidisipliner bir bakım planı oluşturulmasını desteklenir ve denetlenir.
- Hasta ve çalışan güvenliği açısından ortaya çıkabilecek risklerin yönetimi sağlanıp tehlikeler azaltılır.
- Uygulamalar ve bilgilendirmeler ile hasta ve yakınlarının sağlık hizmetlerine olan güveni ve katılımı sağlanır.
- Periyodik olarak klinik ve yönetsel risk ölçümleri ile meydana gelmesi muhtemel hataların tespit edilmesi, önlenmesi ve sürecin iyileştirilmesi sağlanır.
- Hasta ve yakınlarının sağlık problemleri ile ilgili mevcut ve olası eğitim gereksinimleri belirlenir ve bunların karşılanması sağlanır.
- Tüm sağlık çalışanları ile hasta ve yakınları arasında etkin iletişim ve koordinasyon sağlanır.

- Hasta ve yakınlarının değişen şartlara uyum sağlaması, beklentilerinin karşılanması ve memnuniyet düzeylerinin artırılması sağlanır.
- Fiziksel ortamın güvenliği ve çalışanların acil durumlarda etkin koordinasyonu sağlanır.
- En yüksek kalite ve teknolojik ekipman ile doğru zamanlarda etkin hizmet verilmesi sağlanır.
- Kurumun tüm alanlarda aynı yüksek kalitede hizmet verilmesi temin edilir.
- Hasta ve ailesi, hakları ve sorumlulukları hakkında bilgilendirilir, doğru ve yerinde hizmet sunulması sağlanır.

### **c - JCI (Joint Commission International) Standardı'nın Ana Başlıkları**

JCI standartları hasta odaklı ve organizasyon odaklı standartlar olmak üzere iki kategoride incelenebilir. Her iki kategoride de hasta güvenliğine yönelik standartlar önemli yer tutmaktadır.

#### **• Hasta Odaklı Standartlar**

1. Uluslar arası Hasta Güvenliği Hedefleri
2. Tedaviye Kabul ve Tedavinin Devamlılığı
3. Hasta ve Hasta Yakınlarının Hakları
4. Hastaların Tıbbi Değerlendirmesi
5. Hastaların Tedavisi
6. Anestezi Uygulamaları
7. İlaçların Yönetimi ve Kullanımı
8. Hasta ve Hasta Yakınlarının Eğitimi

#### **• Organizasyon Odaklı Standartlar**

1. Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği
2. Enfeksiyonların nlenmesi ve Kontrolü
3. Yönetişim, Liderlik ve Yönlendirme
4. Tesis Yönetimi ve Güvenliği
5. alışan Kalifikasyonu ve eğitimi
6. İletişim ve Bilgi Yönetimi

### **1.3.4. Sistem Performansının Hasta Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi**

Hasta güvenliği, sağlık kurumunun kalite ve risk yönetimi fonksiyonlarının ortak alanıdır. Sistem performansında yapılan iyileştirmeler, hasta güvenliği göstergelerine de pozitif etki yapmaktadır. Aynı şekilde proaktif risk yönetimi de istenmeyen olayları önemli bir oranda azaltacaktır. Proaktif risk yönetimi için örnek vermek gerekir ise, klinik alanlarda yüksek riskli süreçler belirlenerek, bu süreçlere, H-FMEA metodolojisinin uygulanması, hata yapılması muhtemel adımlarda hatayı önleyecek tedbirler ve kontrol noktalarının konmasına neden olacaktır. Bu durum, çalışanların işi / işlemi ilk defada ve her defada doğru yapması ve böylece hem hastayı riskten koruması ve hem de hizmet kalitesinin iyileştirilmesi anlamına gelecektir.

#### **1.3.4.1. Hasta Güvenliği Gösterge Seti : HCQI Projesi**

OECD'nin HCQI projesi, hasta güvenliğini sağlık bakımı alanının çözülmesi gereken en önemli beş kalite sorunundan biri olarak belirleyerek, uluslararası kapsamda kıyaslanabilir ve evrensel kurallara bağlanabilir kalite göstergelerini tarif etmeyi hedeflemektedir. 2004 yılında başlayan projede kardiyoloji, birinci basamak sağlık hizmetleri, diyabet, ruh sağlığı alanları başta olmak üzere, sağlık bakım kalitesini göstergelerini belirlemek üzere hükümet temsilcileri, konuyu uzmanları ve sivil toplum kuruluşlarının temsilcilerinden oluşan uzman ekip, öncelikle literatür taraması yaparak, uzman görüşleri ve ampirik çalışmaları da göz önünde tutarak bir grup hasta güvenliği gösterge seti önermişlerdir. (Millar J, 2004: 3) Göstergelerin hasta güvenliğinin hastane enfeksiyonları, operatif ve post-operatif komplikasyonlar, istenmeyen olaylar, doğum ve diğer sağlık bakımına bağlı yan etkiler olmak üzere beş temel boyutunda , 59 olası gösterge içerisinde 21 tanesini seçmişlerdir.

Seçilen göstergeler:

- Santral venöz katetere bağlı enfeksiyon oranı
- Post-operatif pulmoner emboli / derin ven trombozu
- Post-operatif sepsis

- İşlem sırasında vücutta yabancı cisim unutulması
- Doğum travması - Normal doğum müdahaleli
- Doğum travması – Normal doğum müdahalesiz

2004 değerlendirmesinden sonra gösterge seti son halini almıştır. 2010 ve 2011 proje hedefi ise, gösterge setinin teknik özelliklerini geliştirmek olarak belirlenmiştir. Projeye katılan ülkelerden gelen veriler, sürekli değerlendirilerek validasyon, veri kalitesi gibi parametrelerin iyileştirilmesine devam edilmektedir.

Saptanan göstergelere ait geçerlilik çalışmalarının yapılmasının ardından 2007 yılında son haline gelen gösterge seti AHRQ tarafından kullanıma sunulurak elde edilecek verilerin uluslararası kıyaslanabilirliğini araştırmıştır. (S. Drösler, 2009:6) OECD ye üye ülkelerde 2007 yılından itibaren diğer 16 ülkede ise 2008 yılından itibaren söz konusu göstergeler izlenmeye başlamış ve metodun fizibilitesi kanıtlanmıştır. İlk çalışma sonuçları, ülke karakteristikleri ile uyumlu bulunmuştur. Bazı ülkelerin gösterge sonuçları ise diğerlerine göre oldukça düşük bulunmuştur.

2008 yılına gelindiğinde ise, hasta güvenliği uzmanları elde edilen verileri gözden geçirerek gösterge setini aşağıdaki gibi yeniden düzenlemişlerdir:

- Hastane enfeksiyonları : Santral venöz katetere bağlı enfeksiyonlar, bası ülserleri
- Operatif, post-operatif komplikasyonlar: Anestezi komplikasyonları, ost-operatif kalça kırığı, post-operatif pulmoner emboli / derin ven trombozu, post-operatif sepsis, delici kesici alet yaralanması, post-operatif solunum yetmezliği, iatrojenik pnömotoraks
- İstenmeyen olaylar: Transfüzyon reaksiyonları, vücutta yabancı cisim unutulması
- Doğum; Doğum travması - yenidoğan yaralanması, obstetrik travma normal doğum müdahaleli, obstetrik travma normal doğum müdahalesiz, sezeryan doğumları

Sistem sürekli iyileştirmeye tabi tutulmaktadır.

**Tablo 3:** Hasta Güvenliği Gösterge Geliştirme Projesine Katılan Ülkeler

	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Avustralya	x		
Belçika		x	x
Kanada	x	x	x
Danimarka		x	x
Finlandiya		x	x
Fransa		x	x
Almanya	x	x	x
İzlanda			x
İtalya		x	x
İrlanda			x
Letonya			x
Hollanda		x	
Yeni Zellanda		x	x
Norveç		x	x
Portekiz		x	x
Singapur		x	x
İspanya	x	x	x
İsveç	x	x	x
İsviçre			x
İngiltere	x	x	x
A.B.D	x	x	x

Kaynak: Health Care Quality Indicators Project: Patient Safety Indicators Report, 2009 , s. 8

#### **1.4. ORGANİZASYONEL KÜLTÜR VE BAKIM KALİTESİ İLİŞKİSİ**

Ignaz Semmelweis'in 1847 yılında el hijyeni ve antiseptik kullanımının anne bebek ölümlerini azalttığını (Hanninen, 1983:367) duyurmasının üzerinden yüz elli yıldan uzun bir zaman geçmesine rağmen evrensel hasta güvenliği hedefleri arasında el hijyeni yerini koruyor ise, kalite iyileştirme konusunda neden bu kadar az yol



alnabildiğinin sorgulanması gerekmektedir. Geçen elli yılın literatürü incelendiğinde, mesleki eğitimin yeniden kurgulanması gereksiniminden, sağlık sisteminin yeniden yapılanmasına, kurumlar arası rekabetin arttırılmasından, iyi performansı ödüllendirip, kötü performansı cezalandırmaya, sürekli kalite geliştirme araçlarının sağlık kurumlarında uygulanmasından, kurum kültürünün ölçülmesine kadar değişik fikirleri savunan yayımlar görülmektedir. (Colton, 2000:7, Loeb, 2004:5) . Sağlık sektöründe kalite ile ilgili sorunlar net olarak tarif edilmiş, fakat sorunun çözümünde ilişkin uygulamalar, kısa ömürlü, başarılar geçici olmuştur. (Bohmer, 2009:9) Oldukça karmaşık olan kalite sorunlarına kalıcı, en derindeki kök nedenleri ortadan kaldıracak çözümler bulunamamıştır.

Geçmişte, sağlık sektöründe, kurumsal amaçlara yönelik konulan kurallar, kurum kültürünü değiştirmeye yönelik çabalar, sağlık kurumlarındaki kültürünü yüzeysel olarak etkilemiş ve derinlere inememiştir. (H. T. O. Davies., 2000:111) Örneğin; NHS de 1980'li yıllarda Griffin Reformları olarak anılan ve sağlık kurumlarını 'kamu sağlığı odaklı' hizmet kurumları haline getirmeyi hedefleyen girişimi, kurum kültürünün yüzeysel boyularını değiştirmeye muktedir olsa da hekimlerin otonomisini değiştiremediği için daha derin kültürel etkileri değiştirmekte başarılı olamamıştır.

Günümüzde ise ekip çalışmasını teşvik eden, hekimleri kalite geliştirme aktivitelerine dahil etmeyi amaçlayan politikalar sayesinde - her ne kadar hekim otonomisi etkisini sürdürmeye devam etse de – kurum kültürünü geliştirmeye yönelik programlar daha başarılı sonuçlar vermektedir.

## **1.5. RİSK KAVRAMI VE RİSK YÖNETİMİ**

Sağlık işletmelerini diğer işletmelerden ayıran faktörlerden biri zaman, diğeri risktir. Örnek ile açıklamak gerekir ise; Acil servise getirilen travmalı bir hasta için en kısa zamanda tedavinin başlatılması veya kalp krizi ile getirilen hastaya ilk sekiz saatte yapılacak tıbbi müdahalenin niteliğinin hastalığın prognozunu belirlemesi gibi zaman kısıtlarından söz edilebileceği gibi, inme sonrası rehabilitasyonun aylar süren sabırlı bir sağlık bakımını gerektirmesinden de söz edilebilir. Sağlık kurumlarında riski, sunulan hizmetin doğası gereği değerlendirmek ve yönetmek

daha zor olabilir. Zira, hastalığın kendisi hasta için zaten bir risktir. Örneğin kanser hastalığı, hastaya tanı konulan evre, kanserin türü, hastanın yandaş hastalıklarının olup olmaması, çevre koşulları gibi değişkenlere bağlı olarak, çağdaş tıbbın sağladığı tüm tanı ve tedavi olanakları sunulsa bile hastayı yaşatmaya yeterli olmayabilir. Diğer taraftan uygulanan tedavinin kendisi zarar vericidir. Aynı örnek ile devam edecek olursak, kanser tedavisinde kullanılan radyoterapi, kemoterapi gibi yöntemler dokuya zarar verme prensibi üzerinden çalışırlar. Kanserli dokuyu yok etmek üzere uygulanan kontrollü X ışınları, yanı zamanda tümörün yakınındaki sağlam dokuya da zarar vermektedir. Sistemik olarak uygulanan kemoterapi ise kanserli hücreler ile birlikte sağlam hücreleri de ortadan kaldırmaktadır. Diğer taraftan tanı veya tedavi süreçleri ne kadar standardize edilmeye çalışılsa da tıpta altın kural ‘ hastalık yok, hasta var’ daima göz önünde tutulmalıdır. Uygulanan standart tedavi her hastada farklı yanıtlara neden olabilmektedir. Bu gibi durumları göz önünde tutarak, riskleri öngörmek ve yönetmek diğer sektörlere nazaran daha farklı özellikler arzeder,

Risk kavramını, herhangi bir konuda, eylemin ( veya eylemsizliğin ) istenmeyen sonuçlara yol açması, olarak tanımlamak mümkündür. Williams ve arkadaşları ise riski, beklenen sonuçlardaki varyasyon olarak nitelemektedir. (C. A. Williams., 1998:11) Daha yalın hali ile risk, herhangi bir kayıp veya zarar olasılığıdır denebilir. ISO 31000 ise riski, belirsizliğin nesnelere üzerine olumlu yada olumsuz etkisi olarak nitelemektedir. Sağlık kuruluşlarında riski, klinik riskler ve klinik olmayan riskler olarak iki bölümde incelemek uygun olacaktır. Klinik risk yönetimi kapsamı içine hasta güvenliği konularını da içeren tıbbi riskler dahil iken, klinik olmayan riskler alanına kurum itibarı, finansal riskler, çalışan sağlığı ve güvenliği ile ilgili konular, tesis güvenliği ile ilgili konular girmektedir.

Risk yönetimi kavramı ise, finans sektöründen köken almış ve sonrasında diğer sektörlerde de kullanılmaya başlanmıştır. Tanım olarak risk yönetimi; istenmeyen olay gerçekleşme, olasılığının tarif edilmesi, değerlendirilmesi, risklerin önceliklendirilmesi, kurumun sahip olduğu kaynakları, risk gerçekleşmesi olasılığını / etkilerini azaltacak, izleyecek ve kontrol edecek şekilde koordine edilmesidir. (Hubbard, 2009:46). Sağlık hizmetlerinde ise risk yönetimi Ü.Şahin tarafından (Şahin, 2012), şöyle tanımlanmıştır:

*“Herhangi bir hastanenin kalite uygunsuzluğu durumunda müşteri ve / veya müşteri temsilcileri tarafından kalitesizliğin telafi edilmesi için talep edilecek maddi ve manevi olmayan (medya da olumsuz imaj oluşması gibi) giderlerin minimize edilmesine yönelik sistematik ve sürekli faaliyetleri içeren bir süreç”*

Risk yönetimi, risklerin tanımlanmasıyla başlayan ve analizi ile devam ederek, gerekli tedbirlerin alınması ve hazırlıkların yapılması sürecidir. Risk yönetimi tepe yönetimin en kritik yönetsel sorumluluğudur. Yönetimin tüm fonksiyonları burada da geçerlidir. Diğer bir ifadeyle, risk yönetimi içinde planlama, örgütleme, yürütme, koordinasyon ve denetim fonksiyonları bulunmaktadır. Risklerin bir maliyeti olduğu gibi, bunları yönetmenin de bir maliyeti vardır. Önemli olan, riskleri azaltmanın veya kontrol etmenin maliyetinin, söz konusu risklerin yol açabileceği zararın altında kalmasıdır. Aksi takdirde, risk yönetiminin faydası maliyetini aşar ki, istenen bir durum değildir.

İyi bir risk yönetim planında, önceliklendirme süreci, hem olasılığı hem etkisi en yüksek olandan, olasılığı ve etkisi en düşük olana doğru sıralanması ile başlamalıdır.

### **1.5.1. Risk Yönetimi Metodolojisi**

Tüm kurumlara uyan tek bir risk analizi metodolojisi mevcut değildir. Çünkü, her kurumun kendine özel farklı farklı tehditleri vardır. Risk analizi ve yönetimi yapılacak olan bir işyerinde, öncelikle ne tip bir risk analizi ve yönetimi metodunun uygulanması gerektiği belirlenmelidir. Bununla birlikte hangi metodoloji seçilirse seçilsin aşağıda açıklanan risk yönetimi elementleri sıra ile uygulanarak yönetilmektedir :

- 1. Risklerin tarif edilmesi ve belirlenmesi;** Kurumda meydana gelebilecek hatalar, hataların oluşma şekli, nerelerde hangi hataların oluşabileceği belirlenir.
- 2. Risk analizi ve değerlendirilmesi:** Kurumdaki riskler tanımlandıktan sonra, risk değerlendirme matrisi kullanılarak risk analizi yapılmaktadır. Burada amaç riskin şiddetini belirlemektir. Riske maruz kalma olasılığı, sıklığı, olasılığı, maksimum kayıp parametreleri matrisle yerleştirilerek riskin şiddeti hesaplanır.

Elde edilen tablodan şiddeti en yüksek olandan düşük olana doğru sıralama yapılarak analiz tamamlanır.

3. **Riskleri yönetecek teknik ve/ veya yöntemlerin belirlenmesi** : Riskler tarif edilerek analizi yapıldıktan bir sonraki adımda risk yönetim biçimine karar verilmesi gerekmektedir.Dorfman (Dorfman Mark, 2007:29) risk yönetim biçimini dört kategoride toplamıştır:

**Riskten Kaçınma** : Risk oluşturacak davranış ve eylemlerden kaçınma, olarak tarif edilebilir. Teorik olarak, tüm riskleri ortadan kaldıracak bir yaklaşım olarak görülse bile pratikte durum böyle değildir. Düşme olasılığı nedeni ile hiç uçağa binmemek riskten kaçınmaya tipik bir örnektir. Oysa iş yaşamında tamamen riskten kaçınarak var olmak mümkün değildir. Sağlık sektöründe ise, hastalara yapılan tıbbi girişimlerin bir çoğu tedavilerin bir kısmı belirli oranda ölüm veya kalıcı sakatlık riski taşımaktadır. Aynı zamanda sağlık çalışanları da radyasyon maruziyet riski veya diğer risklerle karşılaşma riski gibi riskler taşımaktadırlar. Riskten kaçınma uygulamasına bağışıklama örneğini vermek mümkündür. Risk gruplarındaki popülasyonların aşılması ile o hastalık riskini ortadan kaldırmak mümkün olmaktadır.

**Riski Azaltma:** Riskin gerçekleşmesi durumunda ortaya çıkacak hasarı azaltmaya yönelik faaliyetlerdir. Örneğin hastaları hastane enfeksiyonundan korumak için uygulanan metodlar; hijyen kuralları ve asepsi – antisepsi kurallarına uyum, akılcı antibiyotik kullanımı vb. veya sağlık çalışanlarının enfeksiyona karşı korunmak üzere kullandığı kişisel koruyucu ekipmanlar eldiven kullanımı, kesici delici alet yaralanmasına karşı sharp – box kullanımı gibi önlemler risk azaltımına yönelik yapılan uygulamalardır.Riski ortadan kaldırmak veya azaltmaya yönelik yöntemler şunlardır:

- Hata Türleri ve Etkileri Analizi (FMA / Sağlık kuruluşlarına özel HFMA )
- Sıfır Hata Programı ( ZFP )
- Pareto Analizi
- Balık Kılçığı Analizi
- Altı Sigma
- Kalite Çemberleri
- İstatistik Kalite Kontrol

➤ Kalite Fonksiyon Göçerimi

**Risk paylaşımı** : Riskin gerçekleşmesinden doğan kayıpların diğer bir kurum ile paylaşılması olarak özet bir tanımı yapılabilir. Risk transferi terimi çoğunlukla, hatalı bir şekilde risk paylaşımı terimi yerine kullanılmakta, olası risklerin sigorta veya outsourcing yolu ile üçüncü partiye aktarılabilmesi düşünülmektedir. Oysa, riske gerçekleştiğinde kurumun yasal sorumlulukları üçüncü partiye aktarılmamakta gerçekleşen riskten ötürü kurum sorumluluğu devam etmektedir. Örneğin bir sağlık kurumunda meydana gelen istenmeyen olay sonucu, hastanın kalıcı sakatlığı söz konusu olduğunda, hasta kurumu dava edebilir. Bu durumda hukuki süreç yine kurumun sorumluluğu altında yürüyecektir. Mahkeme sonunda kurumun ödemesi gereken tazminat sigorta şirketi tarafından ödenecektir. Sigorta şirketi , kurumun hukuki sürecini kendi üstüne almamaktadır. Yani risk daima kuruma aittir, sigorta sadece riskin gerçekleşmesi durumunda oluşan mali kayıpları telafi etmektedir.

**Riski tutma / kabul etme** (Dorfman, 2007:32) ; Risk olasılığını hesaplayan kurum, riski kendinde tutmak isteyebilir bu durumda, riskin gerçekleşmesi durumunda oluşacak finansal kaybın karşılığını bütçesinde bulundurmamayı tercih edebilir.

Kurumlar risklerini yönetirken, riskin şiddetine ve kurum yapısına göre, yukarıdaki yöntemleri karma bir şekilde kullanabilirler. Şiddeti, yani gerçekleşme olasılığı çok zayıf ve etkisi de hafif olan bir riski tutmak isteyebilir, Şiddeti yüksek bir riskten kaçınmak isteyebilir. Orta şiddette bir riski yönetmeyi tercih edebilir. Örneğin, kaygan zemin nedeni ile hasta ve çalışanların düşme riskinin yüksek olduğu bir kurumda, zemin kaplamasını değiştirmek riski ortadan kaldırmak / riskten kaçınmaktır. Islanmış kayganlaşan zeminde, temizlik sırasında veya ıslakken 'kaygan zemin' işaretlerini yerleştirmek riski yönetmektir.

## 1.6. RİSK YÖNETİMİ, KALİTE İYİLEŞTİRME VE HASTA GÜVENLİĞİ

Risk yönetimi ve hasta güvenliği kavramları, benzerlik ve farklılıklarıyla, sağlık hizmeti sunan kurumların nezdinde hala net değildir. Bazı sağlık kurumları kalite ve risk departmanlarının adını hasta güvenliği departmanı olarak değiştirmiş olsalar da yapılan işin odağını değiştirememişlerdir.

Sağlık sektöründe risk yönetimi diğer endüstrilerden köken aldığı şekliyle, riskin sigorta şirketine aktarılmasına odaklanır. Hastanelerdeki ilk risk yöneticileri, kurum için en iyi kapsama sahip, en uygun limitte sigorta poliçesini belirlemek konularına odaklanmaktaydılar. Ancak riskin tamamen sigortaya devredilmesi malpraktis olgularının artması ve yüksek maliyetler nedeniyle zorlaşmaya / imkansızlaşmaya başlayınca, risk yöneticileri tek tek olguları incelemekten çok daha farklı bir sistematığe gereksinim olduğunu fark etmişlerdir.

Geçmişte sağlık kurumlarında ‘Risk Yönetim’ ve ‘Kalite iyileştirme’ faaliyetleri farklı departmanlarda farklı konulara odaklanarak işlev görmektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde JCI, MEDICARE gibi çeşitli kurum ve inisiyatiflerin de desteği ile geçen on yıl itibarı ile risk yönetimi ve kalite iyileştirme faaliyetleri, ortak bir zeminde birleştirilerek hasta güvenliği odağında yeniden yapılandırılmaya başladı. Bu gelişmeye ilham veren ise IOM un 2001 yılında yayımladığı ‘ Crossing the Quality Chasm’ raporunda, ‘ Hasta güvenliğini temin etmek ve riski azaltabilmek için, dikkatleri, hatayı önleyecek ve/veya azaltacak sistemler üzerine dikkatleri yoğunlaştırmak gerekmektedir’ vurgusu olmuştur. IOM un 1999 yılında yayınladığı ‘ to Err is Human’ raporundan çıkan en önemli sonuçlardan biri, hataları izlemek ve hatalardan öğrenmek idi. Bu yayının hemen arkasından aynı kurumdan ikinci bir rapor daha geldi; ‘Crossing the Quality Chasm.’ Bu rapor ise daha fazla veya daha dikkatli çalışmanın sorunu çözmeyeceğinin, sistemin yeniden kurgulanması gerektiğinin altını çizdi . (IOM, 2000) JACHO’ onun 2001 yılında yürürlüğe soktuğu hasta güvenliği standartlarındaki, olay bildirimlerinin izlenmesi politikası, sağlık kurumlarını hasta güvenliğini iyileştirmek üzere risk yöneticileri ile kalite iyileştirme ekiplerinin bir arada çalışması için güdülemiş oldu. Aynı zamanda, üçüncü partilerin önlenabilir, hastane kaynaklı enfeksiyon, bası yarası gibi komplikasyonların ödeme kapsamından çıkartacağını ilan etmesi, girişimleri ivmelendirmiştir. Bu gelişmelere paralel olarak, ödeyiciler hizmet satın aldıkları sağlık kurumlarının kalite ve performanslarını hem izlemek hem de bu kurumların kalite iyileştirme çabalarını desteklemek üzere kurmuş olduğu Leapfrog, IOM, NQF gibi kurumlar sağlık kurumlarının bünyelerindeki kalite geliştirme ve risk yönetimi faaliyetlerini yeniden düzenlemelerini teşvik etmiştir.

### **1.6.1. Sağlık Sektöründe Risk Yönetiminin Evrimi**

Amerika Birleşik Devletlerinde 1970 li yılların ortasına kadar, hastanelerde risk önleyici / azaltıcı faaliyetler, dağınık ve informal bir şekilde yürütülmekteydi. Risk yönetimi malpraktis dava sayılarının hızlı yükseliş gösterdiği döneme kadar profesyonel anlamda gelişmemiştir. Bu dönemde hastaneler malpraktis ve /veya hastane kaynaklı komplikasyonlar nedeniyle oluşan mali kayıpları yönetebilmek adına risk yönetimini formal bir hale getirmişlerdir. Paralel olarak hastaneler, hekim bazında mesleki sorumluluk sigortası yanı sıra, hastaneler için mali sorumluluk sigorta poliçesi üreten dar kapsamlı sigorta şirketleri kurmuşlardır. Bu aşamada risk yönetimi birimlerinin görev alanı itibar yönetimi, malpraktis davaları, mali kayıpların azaltılması, sigorta primlerinin azaltılması doğrultusunda idi. Amerikan Hastaneler Birliği 1977 yılında, hastanelerdeki risk yönetimi programlarının malpraktis vakalarında kök nedenleri çözmek için kullanılmasını önerdi (ECRI , 2009: 3).

Tıp Enstitüsünün To Err is Human raporu sonrasında, risk yönetimi kurgusu hatanın oluşmasını beklemek yerine hata riski olan süreçleri belirleyerek riski azaltmak yönünde değişmiştir. (IOM, 2000:3) Bu şekilde risk yönetimi sağlık bakımı süreçlerine entegre edilmiş oldu. Yine aynı dönemde JACHO 2001 yılından geçerli olmak üzere hayata geçirdiği hasta güvenliği standartları sağlık kurumlarına hasta güvenliği kültürü oluşturma ve var olan kültürel yapıyı gözden geçirme fırsatı sunmuş oldu. Bu gelişmeler ışığında risk yönetimi sağlık kurumlarının stratejik planlarına girmeye başlamıştır.

### **1.6.2. Sağlık Sektöründe Kalite Yönetiminin Evrimi**

Hastanelerde erken dönem kalite geliştirme fonksiyonları, risk yönetiminden çok daha önce ‘Kalite Güvence Programları ‘ ile uygulanmaya başlanmıştır. Bu dönemde ilgili komiteler, hekimler, hemşireler ve diğer çalışmaktaydılar. Sonraları, gereksinimler doğrultusunda süreç gereklilikleri, yasal uygunluk yükümlülükleri yerine getirmek amacı ile hekim ve hemşireler gözden geçirme kurulları oluşturmaya başlamışlardır. 1980 yılına gelindiğinde ise JOINT COMMISSION kuralları,

yapılandırılmış ve sistematik Kalite Güvence Standartlarını oluşturmuştur. (ECRI , 2009:7) O tarihten bu yana da gereksinimler doğrultusunda standartları güncellemektedir. Erken dönem kalite yöneticilerinin görevleri kabaca:

- Organizasyonunu süreç ve çıktılarını ölçümleyerek, göstergeleri iyileştirmek üzere hedefler koymak.
- Sağlık bakım hizmetlerinin, hasta bakımı ve hasta bakım çıktılarını iyileştirmek üzere programlar oluşturarak uygulanmasını sağlamak.
- Bölümlerin kendi kalite göstergelerini iyileştirme amaçlarına ulaşmasına destek olmak gerektiğinde danışmanlık hizmeti vermek
- Kalite iyileştirme fırsatlarını belirlemek
- Kök neden analizi faaliyetlerine katılmak
- Hasta tatmini sonuçlarını, performans geliştirme aktivitelerinin sonuçları ile birlikte değerlendirmek olarak özetlenebilir.

Sağlık sektöründe kalite geliştirmeye ilişkin prensiplerin çoğunun kökeninde üretim sektöründe kullanılan prensip ve araçlar vardır. Örneğin sağlık sektöründe çoklukla kullanılan P D C A veya P D S A modelleri üretim sektöründe kaliteyi değerlendirmek üzere Deming ve Shewart tarafından geliştirilmiştir. (Dlugacz YD, 2004:264) Bu eğilim günümüzde de devam etmektedir. Örneğin: Son zamanlarda sağlık sektöründe popüler olan Yalın Yönetim - süreçlerdeki gereksiz adımları ortadan kaldırarak israfı önlemeyi amaçlayan metodoloji, altı sigma – hataların kök nedenlerini ortadan kaldırmayı hedefleyen metodoloji - ilk kez Toyota ve Motorola tarafından uygulanmıştır.

Günümüz kalite yöneticileri ise çok daha proaktif ve katılımcıdır. Tıp enstitüsünün yayınladığı to Err is Human ve Crossing the Quality Chasm raporlarından sonra sağlık sektörü ve özellikle hastane yöneticileri, kalite iyileştirme konusuna daha fazla odaklanarak, kalite ve hasta güvenliği yönetimini stratejik planlarına dahil etmişlerdir. Yaklaşık on yıl önce başlayan bu çabalar meyvelerini günümüzde vermektedir. 2006 yılında, HRET (Health Research and Educational Trust) 470 hastanenin kalite yöneticileri ile yaptığı araştırmada, kalite yöneticilerinin % 93 ü kurumlarında kalite yönetimin stratejik planların birinci önceliği olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışma Medical Care Research and Review 2008 Ekim sayısında yayınlanmıştır. (Cohen AB, 2008:571) hastanelerin kalite performanslarını , kamuya



yayınlanan Hospital Compare Web sitesinden çalışmaya katılan hastanelerin performansları incelendiğinde istisnasız tamamının çok iyi göstergelere sahip oldukları görülmüştür. Kalite yöneticileri, kurumlarının 6 ila 10 yıl öncesinden beri kaliteye özel önem verdiklerini belirtmişlerdir. Bu çalışma bizlere kalite ve hasta güvenliği ile ilgili çalışmaların uzun soluklu ve sürekli olması gerektiğini, başarı için kültür değişikliğini gerçekleştirmenin şart olduğunu ve dönüşümün zaman aldığını göstermektedir.

**Tablo 4:** Risk Yönetimi ve Hasta Güvenliği Fonksiyonları

<b>Risk Yönetimi</b>	<b>Hasta Güvenliği</b>
Organizasyonel problemleri çözmeye yönelik taktikler:	Organizasyonu kültürel değişikliğe yönlendirir:
Tek tek olgulara odaklanır	Sistem hatalarına odaklanır
Sistemden çok, incelen olguya yönelik düzeltici faaliyeti kapsar	Hataya sebep olan insan faktörlerini, sistem düzeyinde inceler
Sağlık Bakım Standartlarına mevzuat penceresinden bakar	Hataya yol açan paternleri belirler
Reaktiftir	Proaktiftir
Prosesi olay/ hata başlatır	Olası hatayı erken fark etmeye odaklanır

Kaynak: Principles of Risk Management and Patient Safety, 2011, s. 26

### **1.6.3. Risk Yönetimi Ve Kalite İyileştirmenin Örtüşen Fonksiyonları**

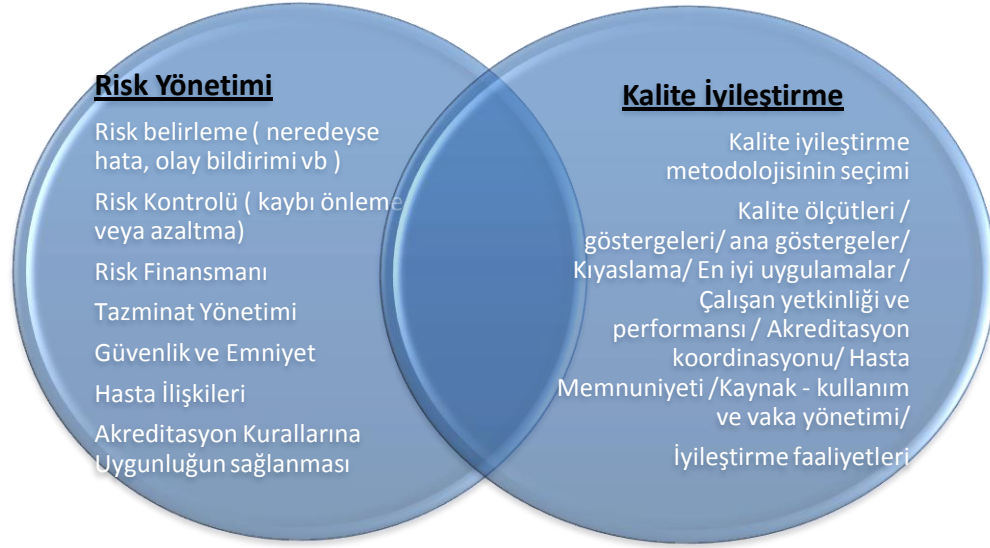
Risk yöneticileri ve kalite yöneticileri hastanelerde büyük oranda aynı konuya yani hasta güvenliği konusuna odaklanmaktadır. Her iki grubun profesyonelleri de bu durumu doğrulamaktadırlar. Nitekim, 2006 yılında yapılan Kalite İyileştirme Profesyonelleri anket çalışmasında ankete katılanların % 56 sı risk yönetimi sorumluluklarının olduğunu ifade etmişlerdir. (Cohen AB, 2008:571) Diğer yandan yine 2006 da ASHRM anketinde, anketi yanıtlayan risk yöneticilerinin % 17 sinin kalite iyileştirme profesyoneli lisansına sahip olduğu belirlenmiştir. Yine bu

grup, çalıştıkları kurumda kalite yöneticileri ile yakın ilişki içinde olduklarını ve özellikle hasta güvenliği ile ilgili konularda görev alanlarının örtüştüğünü % 96 oranında ifade etmişleridir. (Amori G, 2007:10) Bu tür bir yapılanmaya sahip bir hastanede, beklenmeyen olay meydana geldiğinde, olay raporlanır raporlanmaz, hem kalite yöneticisi hem de risk yöneticisi devreye girmektedir. Risk yöneticisi, hasta ve hasta yakınları ile iletişim, sigorta şirketini haberdar etme, hasta ve yakınlarının uğradığı zararı tazmin etme, anlaşma vb konular ile ilgilenir iken, yapılacak kök neden analizi hem risk yöneticisinin hem de kalite yöneticisinin katılımı ile gerçekleşmelidir. Kök neden analizi, olaya neden olan faktörleri saptayarak, ortadan kaldırmak ve gelecekte aynı olayın tekrarlamasını engellemek amacı ile yapılmaktadır. Analizin ardından, eylem planlarının oluşturulması, bu eylem planının zaman planına yerleştirilmesi ve uygulamaya geçilmesi, performans metriklerinin seçilerek izlenmesi kalite yöneticisinin sorumluluğunda yürütülmelidir.

Hastane kalite ve risk yönetimi kurgusu içerisinde, kalite / risk yönetimi/ hasta güvenliği programlarının yürütülmesi, seçilen kalite / performans göstergelerinin izlenmesi, arzulanan değişime ulaşabilmek için strateji geliştirilmesi gibi konularda risk yöneticisi ve kalite yöneticisi işbirliği içinde çalışmalıdır. Yine kurumun seçilen periyotlar ile risk değerlendirmesi yapılarak, yüksek riskli süreçlere odaklanılması FMEA gibi yöntemler kullanarak riskin azaltılması veya kontrol altına alınmasının sağlanması gibi faaliyetler de her iki yöneticinin işbirliği yapmasını gerektirmektedir.

Risk yönetimi ve kalite iyileştirme çabalarının kesiştiği / örtüştüğü alan hasta güvenliğidir. Hastane yönetiminin risk yöneticisi ve kalite yöneticisinin sinerji içerisinde çalışmasını sağlayacak düzenlemeleri yapmış olması, hasta güvenliğinin yanı sıra hasta bakım kalitesinin de iyileşmesine katkıda bulunacaktır.

**Şekil 2:** Kalite İyileştirme ve Risk Yönetimi Faaliyetlerinin Ortak Alanları: Hasta Güvenliği



## 1.7. HASTA GÜVENLİĞİ

Kırım savaşı sırasında Florance Nightingale'in savaş yaralıları bakımı sırasında askerlerin sadece altıda birinin savaşa bağlı yaralanmalar nedeni ile öldüğünü saptaması, diğer ölümlerin tifo, tifüs, dizanteri gibi kötü yaşam koşullarına bağlı enfeksiyonlar nedeni ile olduğunu savunması ve bunu hasta sonuçlarını kayıt ederek kendine özgü istatistiksel yöntemler ile izah etmesi 1850 li yıllara denk gelmektedir. Ernst Codman adlı ortopedi uzmanının hastaların yapılan tedaviden fayda görüp görmediğini anlayabilmek için izlenmesi ve hasta kayıtlarının bu açıdan karşılaştırılması gerektiğini ifade ettiği yıl ise 1910 dur. Amerikan Cerrahlar Kolejinin hastane minimum standartlarını geliştirdiği tarih 1917. Tüm bu tarihsel gelişimi göz önünde tutulursa, sağlık bakımı alanında risk yönetimi, kalite ve hasta güvenliği gibi kavramların köklerinin çok eskilere dayandığı söylenebilir. Ancak günümüzdeki anlamı ile hasta güvenliği, hem kavramsal olarak hem de bilimsel disiplin bağlamında göreceli olarak yenidir.

### 1.7.1. Hasta Güvenliği Kavramı

Amerika Birleşik Devletleri Institute of Medicine in 1999 yılında amerikan sağlık sistemine ait hastanelerde yaptığı araştırma raporunu "To Err is Human:

Building a Safer Health System” adı ile yayınlamıştır. (IOM, 2000:1) Rapor sonuçları hasta güvenliği kavramının yeniden sorgulanmasına neden oldu. Söz konusu rapora göre ABD de Hastaneye yatan hastalarda yapılan iki çalışmada, yan etki veya tıbbi bakım sırasında bir hata görülme sıklığı %2.9 ve %3.7 bulunmuştur. Bunların %58 ve %53’ü önlenabilir tıbbi hatalar olarak tanımlanmıştır. Bu veriler kullanılarak, 1997 yılı içinde ABD’de hastaneye yatan 33.6 milyon hasta esas alınarak yapılan varsayımlarda, tıbbi hata nedeni ile her yıl en az 44.000, belki de 98.000 hastanın öldüğü öngörülmektedir. Tıbbi hataların maliyetinin 37.6 milyar ile 50 milyar dolar arasında olabileceği tahmin edilmektedir. Önlenabilir hataların maliyeti ise 17-29 milyar dolar arasındadır. Her 100 hastanın 6.7 sinde ciddi veya ciddi potansiyel medikasyon hatası yapılmaktadır. (Bates, 1995:29) , Institute of Medicine’in raporu dikkate alınır, Amerika Birleşik Devletleri hastanelerinde her gün en az 100 hasta, tıbbi hatalar nedeni ile ölmektedir. (Donald M Berwick, 2003: 2570) CDC nin ölüm nedenlerine göre hastalıklar 1997 yılı istatistiğine göre “Tıbbi Hatalar” beşinci sırada yer almaktadır. (Health Grades, 2004: 3) “Medicare” popülasyonunda bulunan hastalarda 2000 ile 2002 yılları arasında 37 milyon hastaneye yatışta 1.14 milyon (%3.08) hasta güvenliği ihlali saptanmıştır.

Hasta güvenliği ihlallerinin başlıca unsurları zamanında tanı koymama ve tedaviye başlamama, dekübitus ülserleri gelişmesi ve post-operatif sepsis olarak saptanmıştır. Bu üç olay tüm hasta güvenliği ihlallerinin %60’ını kapsadığı bildirilmiştir. Bu rapora göre Amerikan hastanelerinde bir yılda 195,000 hastanın önlenabilir hatalardan dolayı ölebileceği öngörülmektedir.

### **1.7.2. Hasta Güvenliği Tanımı**

Tanım olarak Hasta Güvenliği; sağlık sektöründe sağlık bakımının güvenilir bir sisteme ulaşma hedefine ulaşması için güvenlik bilimi metodlarının uygulandığı bir disiplindir. (L Emanuel, 2008:2) Hasta güvenliği aynı zamanda sağlık sistemlerinin advers olayın etkilerini en aza indiren ve telafisini maksimize eden öznelidir.

Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı nın (National Patient Safety Foundation) tanımına göre, ‘sağlık hizmetlerine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine

*bağlı hataların sebep olduğu hasta hasarlarının ortadan kaldırılması veya azaltılmasıdır.'*

Tıp Enstitüsü (IOM) hasta güvenliğini kaza sonucu yaralanmadan arınmış olarak tanımlamış, ancak henüz bir disiplin olarak etki ve yetki alanları belirlenerek üzerinde bir fikir birliğine varılmamıştır. Bir başka zorluk da kalite ve güvenlik kavramlarının birbirinden kesin ve net sınırlarla ayıramayıdır.

### **1.7.3. Hasta Güvenliğinin Karakteristikleri**

Hasta güvenliği göreceli olarak sağlık bakımı alanında yeni bir disiplindir. Yurdumuzda henüz bir disiplin olarak görülmesi de, yurt dışında akademik düzeyde eğitim veren bir disiplin olarak kabul edilmiştir. Uyguladığı metodlar, büyük oranda tıp dışı disiplinlerden köken almaktadır. Bunlardan en önemlileri, yönetim bilimi, bilişsel psikoloji, endüstriyel psikoloji ve insan faktörü mühendisliğidir. Diğer minör disiplinler ise; matematik, biyoloji, kimyadır. Yurt dışındaki örneklerde, kurumda hasta güvenliği operasyonundan sorumlu bir hasta güvenliği yetkilisi istihdam edilmektedir. Hasta güvenliği yetkilisi, hasta güvenliği eğitimi veren enstitü veya üniversitelerin hasta güvenliği bölümlerinde eğitim görmüş, insan faktörü mühendisliği, endüstriyel psikoloji ve bilişsel psikoloji bilimlerinin yanı sıra, tıbbi teknik bilgiye sahiptirler. Hasta güvenliği ve risk yönetimi konusunda geniş yetkiye sahip olan hasta güvenliği yetkilileri, güvenli olmayan her türlü işlem, uygulama vb. hatta ameliyatı durdurma yetkisine dahi sahiptirler.

### **1.7.4. Tıbbi Hata**

Tıbbi hatalar ve hatalar nedeni ile hastaların uğradığı zararlar ile ilgili çalışmalar neredeyse yüzyıldan fazla bir geçmişe sahip olmakla birlikte bu çalışmalar, izole kalmış, sektörün ve kamunun dikkatini çekmemiştir. (Vincent, 2011:6) 20. yüzyılın ilk yarısında endüstri dönemi, hizmet sektöründe de endüstrileşmeyi ortaya çıkartmıştır. Endüstri mühendislerinin üretim sektöründe uyguladıkları system thinking metodu hizmet sektörüne adapte edilerek uygulanmaya başlanmıştır. Bu dönemde, sağlık sektörü bu tür uygulamalara oldukça uzak, hekim- hasta ilişkisi

içerisinde hizmet vermeye devam etmiştir. Bu dönemde hastalığa neden olan bozuklukların tedavisi birincil hedef olmuş, sistem bazında sağlık bakım uygulamalarının gözden geçirilmesi akla gelmemiştir.

Erken dönemde ampirik çalışmalar sağlık hizmeti sunumunda kalite ve güvenlik problemleri olduğunu göstermiştir. (Seddon ME, 2001:152, Neale G, 2001: 322, Saul N Weingart, 2000:774) Örneğin, hastane yatışlarının yaklaşık % 18 i advers olay ve % 10 u tıbbi hataya maruz kalmış olduğu çeşitli yayınlar ile ortaya konulmuştur.

Managed Care döneminde, kontrol edilemez bir şekilde artan sağlık harcamaları ve kalite zaafiyetine ilişkin kanıtların hızla artması, önlenabilir tıbbi hataların artışı ve medya baskısı ile sağlık kurumlarının daha şeffaf olma gereksinimini beraberinde getirmiştir. Sağlık sektörü sorunlarına yeni çözüm arayışına girmiştir. Lucien Leape ilk kez bu dönemde teorik olarak endüstride uygulanan insan faktörü mühendisliği konseptinin sağlık sektöründe de uygulanabileceğinden söz etmiştir. (L.L. Leape, 1993:144) Bundan bir yıl sonra ise Bates ve arkadaşları ile birlikte yeni bir bakış açısı ile sistem analizi ile ilaç hatalarını inceleyerek yayınlamıştır. (L.Lucien Leape, 1995:35) Yeni bakış açısı dikkat çekmeyi başarmış ve 1996 yılında Annenberg Center for Health Sciences da ilk hasta güvenliği ve sistem hataları konferansı gerçekleştirilmiştir.

Sağlık bakımında kalite problemleri üç kategoriye ayrılır: Sağlık hizmetinin az kullanımı, gereksiz kullanımı ve hatalı kullanımı. Sağlık bakımının hatalı kullanımı, tedavinin önlenabilir komplikasyonu olarak nitelenebilir. Hatalı kullanım kategorisi, hasta güvenliğini, kalite komponenti olarak kavramsallaştırmak açısından iyi bir referanstır.

Leape ve Berwick 2005 yılında hasta güvenliği konusunda ilginin az kullanım, gereksiz kullanım ve hatalı kullanım arasındaki çizginin ne kadar bulanık olduğu konusunda yoğunlaştığını gözlemlediler. (Leape L.L., 2005:35) Bu mantıklı görünmekteydi, zira gereksindiği tedaviyi alamayan hasta ile ihtiyaç duymadığı bir tedaviyi alan hasta ve cerrahi aksiliğe kurban giden hasta arasında risk açısından bir fark yoktu.

Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (The National Patient Safety Foundation) hasta güvenliği tanımını netleştirerek, hedefi şu şekilde belirlenmiştir.: *‘Sağlık hizmetlerine*

*bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların sebep olduğu hasta hasarlarının ortadan kaldırılması veya azaltılması* ‘ (Cooper J.B., 2000: 14)

**Sağlık hizmetine bağlı hata (tıbbi hata):** Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı Tıbbi hatayı ;

*‘Hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında kasıtsız bir aksamanın neden olduğu beklenilmeyen sonuç’* olarak tanımlamaktadır. (National Patient Safety Foundation, 2003) Tıbbi hataları meydana geliş şekline göre :

- İşleme bağlı hatalar: Yanlış işlemi yapma (errors of commission: doing the wrong thing)
- İhmale bağlı hatalar: Doğru işlemi yapmama (errors of omission: not doing the right thing)
- Uygulamaya bağlı hatalar: Doğru işlemi yanlış uygulama (errors of execution: doing the right thing incorrectly) olarak sınıflandırılmıştır.

Farklı bir bakış açısı ile tıbbi hatayı; Planlanan bir işin amaçlandığı şekilde tamamlanamaması (uygulama hatası) veya amaca ulaşabilmek için yanlış plan yapılması ve kullanılması (planlama hatası) olarak betimlemek de mümkündür. Ayrıca, tıbbi hata yanı sıra yan etki kavramından da söz etmek gereklidir. Yan etki: Sağlık hizmetinin (tıbbi uygulamanın), hastanın içinde bulunduğu duruma veya altta yatan hastalığa bağlı olmaksızın, yol açtığı zarar/hasar. (Kohn, 1999:29) olarak açıklanabilir. Örneğin; karın içerisinde yapılan bir ameliyat sırasında, hastanın idrar borusunun yanlışlıkla bağlanması gibi.

#### **1.7.4.1. Tıbbi Hata Sebepleri**

AHRQ ara raporuna göre tıbbi hata nedenleri en sık görülen kök nedenlerine göre şöyle sıralanmıştır:

- a) İletişim problemleri, sözel veya yazılı bilginin iletilmesindeki kusurlar, kötü el yazısı, telefon ile iletilen bilginin yanlış kodlanması vb.
- b) Yetersiz bilgi akışı, kritik hizmet alanlarında ulaşılması gereken bilgiye ulaşamamak. Hasta devri sırasında hasta ile ilgili notların yetersiz eksik aktarılması veya hiç aktarılmaması, kritik test sonucunun laboratuvarından hekime bildirilmemesi vb.

- c) İnsan faktörü, kurum politika ve prosedürlerine uygun hareket etmemek, yazılı kurallara kılavuzlara uymamak. Hastadan alınan numuneyi yanlış etiketleme, yetersiz dokümantasyon vb.
- d) Hastaya ilişkin problemler, hasta kimliğinin doğru belirlenmemesi, değerlendirmesinin eksik yapılması gibi nedenler bu kategoride yer almaktadır.
- e) Organizasyon içinde bilgi transferi eksikliği, uygulama ve politikaların organizasyon içerisindeki tüm bölümlere yeterli iletilenmemiş olması. Örn: Yoğun bakım ünitesinde yatan hastanın kata transferi sonrasında hastada bulunan kateter bakımının nasıl yapılacağı kat hemşireleri tarafından bilinmiyor ise katetere bağlı enfeksiyon gelişmesi.
- f) Artmış iş yükü, yetersiz iş gücü doğrudan tıbbi hata.nedeni olmamakla birlikte, aşırı yoğunluk, çalışanların hata yapma riskini de beraberinde getirmektedir.
- g) Teknik problemler, teknik ekipman yetersizliği, bakım yetersizlikleri bu kategoride değerlendirilmektedir. Örn: Kalp ritmi bozulan hastaya müdahale sırasında defibrilatörün çalışmaması.
- h) Yetersiz politika ve prosedürler, birçok tıbbi hatanın meydana gelmesindeki belkide en önemli faktördür. Klinik olarak yetersiz veya iyi dokümanle edilmemiş veya tamamen eksik dokümanlar, olarak belirlenmiştir. Günümüzde geliştirilen standartlar, bu hataları önlemek amacı ile geliştirilmiş önlemleri de içermektedir.

#### **1.7.4.2. Tıbbi Hataların Gruplandırılması**

Tıbbi hataların taksonomisinde farklı yaklaşımlar söz konusudur. Bunlar içerisinde en çok kabul gören Lucien Leape ve arkadaşlarının yaptığı sınıflandırmadır. (L.L. Leape, 1993:144, Bates, 1995:29) Lucien Leape ve arkadaşları tıbbi hataları aşağıdaki gibi sınıflamışlardır:

- **Tanı hataları**
  - Yanlış tanı veya tanı koymada gecikme
  - Uygun ve gerekli tetkiklerin yapılmaması



- Güncel olmayan tanı ve tedavi yöntemlerinin kullanılması
- Tetkik sonuçlarına uygun hareket edilmemesi
- **Tedavi hataları**
  - Cerrahi bir girişim, işlem ya da tetkikin yanlış uygulanması
  - Tedavinin verilmesinde hata yapılması
  - İlaç doz veya verilme yönteminde hata yapılması
  - Tedavinin uygulanmasında gecikme
  - Uygun olmayan tedavi yapılması
- **Koruyucu tedavi hataları**
  - Profilaktik tedavinin uygulanmaması veya uygulamada hata
  - Tedavide yetersiz izlem
- **Diğer hatalar**
  - İletişimde yetersizliğe bağlı hatalar
  - Kullanılan ekipmanda yetersizlik/eksikliklere bağlı hatalar
  - Diğer sistem yetersizlikleri

Erdal Akalın ise, *Yoğun Bakımda Hasta Güvenliği* (Akalın E., 2005:145) adlı makalesinde, tıbbi hataları ilaç hataları, cerrahi hatalar, tanı hataları, sistem yetersizliklerine bağlı hatalar ve diğer hatalar olarak sınıflamaktadır:

**İlaç hataları:** Çoğu önlenilebilir olan bu hatalar verilen ilaçların hastaya yanlış uygulanması ile ilgilidir. Yanlış ilaç seçimi, yanlış doz, verilme şekli, birlikte verilen başka ilaçlarla etkileşim, allerjisi olan hastaya bu ilacın verilmesi gibi hatalar bu tip hatalardır. İlaç Hataları Van den Bemt ve arkadaşları tarafından (Van den Bemt, 2000:321) şöyle kategorize edilmiştir:

- İlaç seçimi (drug selection)
- İlaç verme, reçeteleme (prescribing)
- İlaç hazırlama ve dağıtım (dispensing)
- Uygulama (administration)
- İzleme (therapeutic monitoring)

**Tablo 5:** İlaç Hatalarının Dağılımı

Hekim order'ları	%39-49
Hemşire uygulamaları	%26-38
Uyarılama (transcription)	%11-12
Hazırlama ve dağıtım (eczane)	%11-14

Kaynak: Incidence of Adverse Drug Events and Potential Adverse Drug Events, 1995, s. 29, Systems analysis of adverse drug events. ADE Prevention Study Group, 1995, s. 35)

**Tablo 6:** Sık Görülen İlaç Hataları

Doz hataları	%7.9-58.3
Bilinen alerji	%4 -12.9
Yanlış ilaç	%4 -20.9
Veriliş şeklinde hata	%2 -10
Veriliş sıklığında hata	%6 -17
Atlanan doz	%7

Kaynak: Systems analysis of adverse drug events. ADE Prevention Study Group, 1995, s. 38, Incidence of Adverse Drug Events and Potential Adverse Drug Events, 1995, s. 29

**Cerrahi hatalar:** Çalışmalar cerrahi hataların, hastaneye yatan her 50 hastanın birinde görüldüğünü ortaya koymuştur. Yanlış taraf ve seviye cerrahisi, içeride yabancı cisim, sanch vb unutulması bu grup hatalara örnek verilebilir.

- **Tanı koymada hatalar:** Yanlış tanı, yanlış ve yetersiz tedaviye ve gereksiz tetkiklerin yapılmasına neden olabilmektedir. Laboratuvar testlerinin yanlış uygulanması veya yorumlanması sık rastlanılan tıbbi hatalar arasında yer almaktadır.

- **Sistem yetersizliklerine bağlı hatalar:** Sağlık hizmetinin sunumu sırasında sistemde ortaya çıkan ve saptanması oldukça zor olan hatalardır. Defibrilatör, iv sıvı pompaları, anestezi aletleri, v.b. gibi cihazların arızaları, hataları, hatalı kullanımları örnek olarak verilebilir.
- **Diğer:** Hastane enfeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu gibi sorunlar önemli tıbbi hatalar arasında yer almaktadır. Örneğin, profilaktik antibiyotik uygulamasının cerrahi öncesi doğru uygulanmaması, eksik uygulanması vb. gibi nedenler ile ameliyat sahasında oluşan cerrahi alan enfeksiyonu, bu grup için iyi bir örnek olabilir.

#### 1.7.4.3. Hasta Güvenliği İhlalleri/Tıbbi Hataların Sonuçları

**Mortalite ve morbidite ;** Tıbbi hataların sonucunda oluşan en ağır tablo hastanın kaybedilmesidir. Dünya çapında nadir yapılan ve çok başarılı geçen bir kalp akciğer naklinin, ikinci gününde hatalı kan transfüzyonu nedeni ile hastanın kaybedilmesi, verilebilecek en çarpıcı örnektir. Ayrıca, kalıcı veya geçici fonksiyon kayıpları da hem hasta ve yakınları, hem de sağlık kuruluşu için sıkıntılı durumlardır.

**Yatış süresinde uzama,** ilaç hatası, tanı hatası, hastane enfeksiyonu cerrahi komplikasyonlar gibi nedenlerle uzayabilmektedir.

**Hasta ve hasta yakınlarının mağduriyeti,** uzayan tedavi süreci, işten kalma, beklenmedik şekilde ortaya çıkan masraflar veya kalıcı maluliyet nedeni ile iş kaybı gibi sonuçları olabilmektedir.

**Hukuksal sorunlar,** olarak özetlemek mümkündür. Ayrıca, tıbbi hataların maliyeti de ayrı bir kategori oluşturmaktadır.

#### 1.7.5. Güvenilir Bir Sağlık Hizmetinin Önündeki En Önemli Engeller

Amalberti ve arkadaşları (Amalberti, 2005:756)‘Five System Barriers to Achieving Ultrasafe Health Care’ adlı makalelerinde sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğinin istenilen düzeye gelemeyişinin nedenlerini şöyle sıralamışlardır:

- Maksimum performans sınırlarının zorlanması
- Profesyonel otonomi

- “Zenaatkar” yaklaşımından takım oyuncusu yaklaşımına geçişte zorlanma
- Güvenlik Stratejilerinin sistematik yaklaşımları içermek zorunda oluşu
- Profesyonel kural ve yasaların karmaşıklığı

**Maksimum performans sınırlarının zorlanması**, uygulama alanında sınırlayıcı kural veya yasal düzenlemenin olmadığı durumlarda, daha fazla ürün veya hizmet üretebilmek için güvenlik ile ilgili kuralların göz ardı edilmesini tarif etmektedir. Örneğin; daha fazla sayıda ameliyat yapabilmek için, iki ameliyat arasında ameliyathanenin yeterince iyi temizlenmemesi, hastada hastane enfeksiyonu gelişmesine neden olabilir. Daha fazla hasta muayene edilmesi için hasta muayene periyotlarının evrensel standart olan 20 dakikanın altına düşürülmesi, hastanın yeterince muayene edilememesine, hatalı veya eksik tanı konmasına neden olabilir.

**Profesyonel otonomi**, nükleer enerji endüstrisi, ticari hava taşımacılığı endüstrisi gibi yüksek riskli alanlarda, geliştirilen politika ve kurallar, operasyon sürecinde otonomiye bireylerden alarak sorumluluğu ekibe eşit olarak dağıtacak şekilde yapılandırılmıştır. Bu uygulama sonucunda istenmeyen olayların / kazaların büyük oranda önüne geçilebilmiştir. Sağlık endüstrisinde ise, kural ve politikalar geliştirilmesine rağmen hekim ve cerrah otonomisinin önüne geçilmekte zorlanılmaktadır. Hekimler geleneksel olarak hastalarına karşı tek sorumlunun kendileri olduğunu düşünmektedir. Bu sorumluluk duygusu ile hekimler inisiyatifleri ellerinde tutmak istemektedirler.

**Zenaatkar yaklaşımından takım oyuncusu yaklaşımına geçişte zorlanma**, uzun yıllar boyunca hekimler, kendi muayenelerinde veya kliniklerinde hizmet vermekte idi. Gelişen tıp teknolojisi ve değişen koşullar nedeni ile hizmetin sunuş şekli değişmiş, otonom ve zenaatkar olan hekimin, artık kendini ekip oyuncusuna dönüştürmesi beklenmektedir. Bu yaklaşıma göre hastalar hastalandığında, kendilerine en doğru tanı ve tedaviyi verebilecek sağlık kuruluşunu seçmeye çalışmaları beklenir. Oysa Modern sağlık yönetimi bu değişimi öngörmüş olsa da, hastalar, sadece en doğru ve en iyi kurumu değil, aynı zamanda en iyi hekimi de seçmeye özen gösterirler. Üstelik hastanın hekimini seçme hakkı yasalarla da güvence altına alınmıştır. Yine hukuksal olarak hasta – hekim ilişkisi, vekalet ilişkisidir. Yani hasta, hastalığını araştırmak ve tedavi etmek ile ilgili yetkiyi kendi, seçtiği hekime vermektedir, konu ile ilgili ekibe değil.

**Güvenlik stratejilerinin sistematik yaklaşımları içermek zorunda oluşu,** sağlık kurumu içerisinde güvenlik algısı farklı kademelerde, farklı algılanabilir. Örneğin; tepe yöneticiler, güvenlik stratejilerinin tüm kurumu kapsamamasını fakat çalışanları huzursuz edecek kurallar olmamasını, hasta güvenliği ile ilgili konuların kurumda ayrı bir risk kaynağı oluşturmamasını arzu ederler. Klinik bölüm başkanları, geleneksel olarak hasta güvenliğini, kendilerinin dışında kalite ve üretim ile ilgili konular olarak görme eğilimindedirler. Hekimler ise, olası bir istenmedik olayın, kariyerleri, gelirleri ve itibarları için sarsıcı sonuçlar meydana getirmesinden endişelidirler. Ancak, politika geliştiriciler ve toplum da dahil olmak üzere, ortak, kabul edilebilir ve uygulanabilir sistematik yaklaşımlar geliştirilmesi gerekmektedir. Aksi halde istenmeyen sonuçlarla karşı karşıya kalma riski söz konusudur. Örneğin; 1980' li yıllarda Fransa'da kan transfüzyonlarında, yapılan tarama testlerine HIV testinin dahil edilmemesi nedeni ile kan nakledilen bir çok hastanın AIDS'e yakalanması ülkede kriz yaratmıştır. Bu gelişme üzerine alınan önlemler, katı kurallar ve ağır bürokratik işlemleri beraberinde getirmiştir. Hekimler, riskten ve bürokratik yükten kaçınmak için kan naklinden kaçınır olmuşlardır. Ancak, bu yaklaşım, toplumda anemi oranlarının yükselmesine neden olmuştur.

**Profesyonel kural ve yasaların karmaşıklığı,** mükemmel bakım kalitesine ulaşma arzusu, aksi bir şekilde güvenli hizmet verilmesini engelleyebilmektedir. Mükemmeliyete ulaşmak üzere konulan kurallar, süreçlere eklenen adımlar, sürekli değişen prosedürler, günlük yaşamda kuralların uygulanamaz hale gelmesine neden olabilmektedir. Bazen de yürürlükteki yasa ve yönetmelikteki çelişkiler, durumu içinden çıkılmaz bir hale getirmektedir. Bu tür sistemlerde hatanın görünürlüğü de ortadan kalkabildiği için istenmeyen olaylarda artış meydana gelebilmektedir.

Van Geest ve Cummins ise hasta güvenliğini geliştirmek üzere, hemşirelerin eğitim gereksinimlerini saptamak üzere yaptıkları çalışmada (VanGeest and Cummins, 2003:14) hasta güvenliğini iyileştirmenin önündeki engelleri şu şekilde sırlamışlardır:

- Sağlık hizmetinin çok karmaşık hale gelmesi
- “Hoşgörü kültürü” eksikliği
  - İnkâr
  - Profesyonel otorite

- Kendini beğenmişlik, durumdan memnun olma
- Hata yapmaya karşı gösterilen tepki
- Korku
- Konu ile ilgili eğitim yetersizliği
- Hataların rapor edilmesinin hiçbir şeyi değiştirmeyeceği algılaması

Bu çalışmada ayrıca; hekim ve hemşirelere Hasta güvenliği önemli mi? Sorusu sorulmuş ve her iki meslek grubu tarafından hasta güvenliği konusunun çok önemli olduğu fikrine sahip oldukları belirlenmiştir.

**Tablo 7:** Hasta Güvenliği Önemli mi?

	Hekimler	Hemşireler
• Çok önemli	%81.7	%95.2
• Önemli	%16.7	%3.7
• Önemsiz	%1.6	%1.1

Kaynak: An educational needs assessment for improving patient safety White Paper Report, 2003, s. 7

#### 1.7.6. Hasta Güvenliği Kültürü Lider Davranışları

Kurum kültürü geliştirme sürecinde olduğu gibi, hasta güvenliği kültürü geliştirmek için üst düzey yönetimin bu konuyu, gündemlerinden düşürmemeleri gerekmektedir. (Pronovost et al, 2004:59) Konu ile ilgili kurum ve araştırmacılar, üst düzey yöneticilere bu konuda strateji geliştirirken göz önünde tutulması gereken noktaları şöyle sırlamaktadırlar :

- Hasta güvenliği konusunun herkesin sahiplenmesi gereken bir konu olduğunun ilan edilmesi,
- Hasta güvenliği konusunda liderler, çalışanlar ve hastalar arasında açık iletişimin teşvik edilmesi,

- Çalışanlara hasta güvenliğini tehdit eden işlemleri belirleme ve azaltma konusunda sorumluluk devri,
- Hasta güvenliği için kaynak ayrılması,
- Tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda sürekli eğitiminin sağlanması.

“National Quality Forum”Hasta Güvenliği Uzlaşısı Raporu’nda (Kiezer, 2001:10) ise, Tıbbi hataların bildirilmesinin cezaya yol açacağı bir ortam yaratılmasından kaçınılması tavsiye edilmektedir. (Cooper M.D, 2000:111, Pizzi LT, 2001)Diğer yandan Cooper ve Pizzi ayrı ayrı makalelerinde hasta güvenliği kültürü, hasta güvenliğinin kurumun en öncelikli konusu ve ortak değeri olarak kabullenilmesi gerektiğinin altını kuvvetle çizmektedirler.

## **1.8. HASTA GÜVENLİĞİNİ İYİLEŞTİRME VE TIBBİ HATALARI ÖNLEME**

Tıbbi hatalar ile ilgili raporun yayınlanmasından sonra gerek ABD’de gerekse Avrupa ülkelerinde bu hataların önlenmesi için ne gibi önlemlerin alınması gerektiği ve hangi stratejilere ihtiyaç duyulduğu tartışılmaya başlandı. “Institute of Medicine”ın raporunda önerilen dört ana konu şunlardır (IOM, 2000)

- a. Ulusal Hasta Güvenliği Merkezi kurulması, bu merkezin konu ile ilgili yapılacak çalışmalarda amaçları belirlemesi, liderlik ve araştırma planlanmasında rol alması,
- b. İsteğe bağlı veya zorunlu tıbbi hata bildirim sisteminin kurulması,
- c. Sağlık hizmetlerini ödeyen kurumların hasta güvenliği konusunda iyileştirme yapan kurumlara öncelik tanınması,
- d. Sağlık hizmeti veren organizasyonlarda “hasta güvenliği” kültürünün yaratılması.

Hasta güvenliği kültürünün yaratılması ve kalıcı olabilmesi için liderlerin bu konuyu sahiplenmesi gereklidir. Bu kültüre sahip olan liderlerin göstermesi gereken davranışlardan bazıları şu şekilde sıralanabilir:

Hasta güvenliği konusunun herkesin sahiplenmesi gereken bir konu olduğunu ilan etmesi,

Hasta güvenliği konusunda liderler, çalışanlar ve hastalar arasında açık iletişimi teşvik etmesi,

Çalışanlara hasta güvenliğini tehdit eden işlemleri belirleme ve azaltma konusunda sorumluluk devretmesi,

Hasta güvenliği için kaynak ayırması

Tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda sürekli eğitilmelerini sağlaması.

Bir sağlık kuruluşunda hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesi ve iyileştirilmesi için yapılabileceklerin neler olduğu ve nasıl başarıya ulaştığı Johns Hopkins Hospital'ın paylaştığı deneyimlerle açık bir şekilde anlaşılabilir. Mayıs 2001 tarihinde başladıkları programın ana hatları aşağıda belirtilmiştir:

1. Çalışmanın yapılacağı birimlerdeki tüm çalışanların hasta güvenliği kültürünün ölçülmesi (kültür anketi),
2. Tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda eğitilmesi,
3. Kültür anketi sonuçlarına göre çalışanların hasta güvenliği konusundaki endişelerinin belirlenmesi,
4. Kıdemli liderin söz konusu birimde haftada bir hasta güvenliği viziti başlatması,
5. İyileştirme yöntemlerinin uygulamaya konulması,
6. Sonuçların bildirilmesi,
7. Bilgilerin yaygın olarak paylaşılması, başarı hikayelerinin geliştirilmesi,
8. Kültür anketinin tekrarlanması. (PJ Pronovost, 2004:59) Yapılan yayınlardan da anlaşılacağı gibi, hasta güvenliğini sağlamanın yolu, sağlık kurumlarında hasta güvenliği iklimini yaratacak kültür değişiminden geçmektedir .

## **1.9. GÜVENLİK KÜLTÜRÜ DEĞERLENDİRMESİ**

Kurumun güvenlik kültürünün ölçümlemek, güvenlik kültürünün ana elementlerini belirleyerek ölçümlemek, kurumun güvenlik kültürü konusunda olgunluk düzeyini ortaya çıkartmak, elde edilen verilerle, bu düzeyi iyileştirmeye olanak vermektedir. ( Railway Safety and Standards Board , 2011) Güvenlik kültürünü ölçümlemek için kullanılabilir metodlar şöyle sıralanabilir:



- Güvenlik eğilimi / algısı anketleri
- İç denetimler
- Atölye çalışmaları / workshops
- Güvenlik kültürünü izlemek üzere saptanacak performans göstergeleri

### 1.9.1. Güvenlik Eğilimi / Algısı Anketleri

**Tanım;** Çalışanların güvenlik kültürü ile ilgili bakış açılarını ortaya çıkartmak için hazırlanmış anketlerdir. Genellikle tüm çalışanları kapsar

**Avantajları;** Tüm çalışanların eğilimlerini belirlemeye izin verir. Doğru kullanıldığında çalışanlar üzeninde, kurumun güvenlik politikalarındaki kararlılığına olan inancını arttırır. Güvenlik yönetimi konusunda mevcut algı ve eğilimi ortaya çıkartır. Geliştirilecek konuları net olarak ortaya çıkartır

**Kısıtları;** Sadece güvenlik yönetiminin eksiklerini ortaya çıkartır. Çalışanların, anket sonuçlarına göre yönetimin alması gereken tedbirler vb. beklentilerini yükseltir. ( Railway Safety and Standards Board , 2011) Yönetim, beklentilere zamanında ve yeterince yanıt veremez ise, yönetimin itibar kaybına neden olabilir.

- Organizasyon kültürünü temsil edebilmesi için yüksek yanıtlanma oranına gereksinim vardır.
- Sonuçlar çoğunlukla altta yana nedeni ortaya koymaz , sonucu yorumlayacak analiz veya yöntemlere gereksinim vardır.
- Ne zaman ve nasıl kullanılmalı; Kararlı bir güvenlik kültürü geliştirme programı / politikası var ise, gelişmeleri izlemek için kullanılabilir
- Anketler belirli aralıklarla tekrarlanmalıdır ve olanak varsa karşılaştırılmalıdır.(geçmiş veriler / sektördeki referans veriler )
- Güvenlik kültürü aktivitelerine çalışanların katılımının sağlanması istendiğinde .
- Çıkan sonuçları iyileştirmek için yapılacak faaliyetlerin zaman geçirilmeksizin hayata geçirilmesi kaydı ile yönetimin kararlılığını göstermek amacıyla uygulanabilir.

- Gerekli kaynakları ayırmadan, planlamadan, belirsiz bir ortamda uygulanması önerilmez.

### 1.9.2. İç Denetimler

**Tanım**, Tetkik süreci güvenlik yönetim sisteminin nasıl görüldüğünü sınavacak şekilde kurgulanmıştır. Güvenlik yönetimi modellerini temel alarak, liderlik , yetkinlik ve kararlılık boyutlarını da sorgular . Sistemin işlerliğini ve etkinliğini gözlemler

Denetçiler eğitilmiş ve akredite mümkünse dış kaynaklı olmalıdır.

**Avantajları**, Güvenlik sürecini ayrıntılı ve geniş olarak inceler. Güvenlik kültürü ve yönetimin kararlılığı ile ilgili sayısal / objektif bilgiye ulaşılır.

**Kısıtları**, Çalışanların eğilim, davranış ve inançları ile ilgili bilgi elde edilemez. Bazı sektörlerde kullanılabilirliği tartışmalıdır. Tüm çalışanlara sürece dahil olma imkanı vermez.

**Ne zaman ve nasıl kullanılmalı**, Güvenlik yönetim sisteminin kapsamlı değerlendirmesi için yararlı bir araçtır. Kurumun güvenlik kültürü iyileştirmesini teşvik edici bir araç olarak kullanılabilir.

### 1.9.3. Güvenlik Kültürü Atölye Çalışması

**Tanım**, Çalışanlar ile yapılan kesitsel çalışmalar serisidir. Katılımcılar güvenlik ve güvenlik yönetimi ile ilgili algılarını değerlendirir ve müzakere ederler. Çalışma sonunda iyileştirme fikirlerinin çıkması beklenir.

**Avantajları**, Organizasyonun farkındalığını yükseltmek için güçlü bir araçtır. Kurumun güvenlik kültürü konusunda içe bakış ile birçok iyileştirme fırsatı yaratılmasını sağlar. Çalışanların aktivitelere katılımını sağlayarak güvenlik kültürü konusunda profilini yükseltir. Esnektir.

**Kısıtları**, Sınırlı sayıda çalışanın katılmasına olanak verir, bu nedenle tüm organizasyonu temsil etmeyebilir. Geniş çaplı problemler için yanıt üretmeyebilir. Çıktıların üst yönetime taşınmasında güçlükler olabilir. Profil yükseldikçe çalışanların beklentileri yükselebilir. Yönetimin atılması gereken adımları atamaması

sonucunda, yönetim çalışanlar gözünde itibar kaybedebilir. Yönetimin kararlılığı erozyona uğrayabilir. Gizlilik kuralının devamlılığı konusunda dikkatli olunmalıdır.

**Ne zaman ve nasıl kullanılmalı,** Kararlı bir güvenlik kültürü geliştirme programı / politikası var ise, gelişmeleri izlemek için kullanılabilir. Yönetimin kararlılığını göstermek amacıyla (çıkan sonuçları iyileştirmek için yapılacak faaliyetlerin zaman geçirilmeksizin hayata geçirilmesi kaydı ile) .Gerekli kaynakları ayırmadan, planlamadan, belirsiz bir ortamda uygulanması önerilmez. Anket yöntemine alternatif olarak kullanılabilir.

#### **1.9.4. Güvenlik Kültür Göstergeleri**

**Tanımı,** Güvenlik performansını ölçümler. Güvenlik kültürünün anahtar göstergelerini ortaya çıkartır.

**Avantajları,** Seçilen anahtar göstergeler, çıktıların izlenmesini ve güvenlik kültürünün geliştirilmesini sağlar. Güvenlik performans çıktıları kurumun makro düzeyde mevcut güvenlik kültürü düzeyini görmesini sağlar. Amaca uygun seçilmiş gösterge kombinasyonu, kurumun genelinde güvenlik kültürünü izleyerek, gerekli iyileştirmelerin yapılmasına izin verir.

**Kısıtları,** Altta yatan eğilimleri ortaya çıkarmaz. Altta yatan nedenleri göstermez, sadece çıktı ölçümüdür.

Nasıl iyileştirileceğine dair bir fikir vermez.

**Ne zaman ve nasıl kullanılır,** Güvenlik faaliyetlerini izlerken kullanılacak ana araçtır. Daha ayrıntılı incelemeler için yol göstericidir.

## **İKİNCİ BÖLÜM**

### **HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇÜMÜ İÇİN KULLANILAN ARAÇLAR VE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN HASTA SONUÇLARI İLE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNE ETKİLERİ**

Sağlık kurumlarında, hasta güvenliği kültürünü geliştirmek için uygulanan programların etkinliğinin değerlendirilmesi, iyileştirme faaliyetlerine yön vermektedir. Bir grup metod, hasta güvenliği kültürü veya onun alt bileşenleri olan, hasta güvenliği iklimi, çalışanların hasta güvenliği ile ilgili tutum ve algılarını ölçmeye dayalıdır. Diğer yandan, hasta güvenliği kültürü geliştirme çabalarının hasta ve çalışan güvenliğini ne derecede iyileştirdiğinin değerlendirilmesi de bir anlamda çıktı ölçümü olarak nitelenebilir.

#### **2.1. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜR ÖLÇÜMÜ İÇİN KULLANILAN ARAÇLAR**

Hasta güvenliği kültürü değerlendirmesi için hasta uygulanan güvenliği kültürü / iklimi / algı ve eğilim anketleri, tepe yöneticilere, kurum kültürünün çalışanlar tarafından algılanan yüzünü inceleme fırsatı sunmaktadır. Anket sonuçları organizasyonun departman, bölüm ve ekip düzeyinde ölçülen hasta güvenliği boyutlarında ayrıntılı olarak fikir vermektedir. Güvenlik konusunda algı tutum ve davranışların tüm organizasyon çapında homojen olması beklenmemelidir. Uygulanan anketler bölümler bazında iyileştirilmesi gereken kültür boyutlarını ortaya çıkartma yeteneğine sahip olduğundan genel resmi ortaya koymanın çok ötesinde sonuçlar doğurmaktadır. Böylelikle yöneticiler sorunlu bölümlere rahatlıkla odaklanabilmekte, kaynaklarını stratejik olarak nerelerde daha yoğun kullanacağına bu sonuçlara bakarak karar verebilmektedirler.

Hasta güvenliği kültür anketlerinin büyük çoğunluğu yüksek riskli endüstrilerde uygulanan anketlerden adapte edilmiştir. Araştırma ve deneysel uygulamalar sonucunda, sağlık sektörü koşul ve gereksinimlerine uygun hale getirilmiştir. Geçmiş on yılda deneysel nitelikte olan anketler, günümüze kadar, rafineleşerek ve evrimleşerek sağlık kurumlarında yaygın kullanılır hale

gelmiştir..Var olan durumda bu anketler, hasta güvenliği programı öncesinde uygulanarak kurumun bazal olarak ne durumda olduğu ve gelişim alanları belirlenmektedir. İkinci adımda hasta güvenliği programı uygulanıp, bitimden anket tekrarlanmaktadır. İkinci anket uygulaması ile hem programın etkinlik düzeyi, hem de program sonrası elde edilen gelişme saptanmakta ve yine problemler alanlar belirlenerek ilgili bölümlere odaklanılmaktadır. Bu aşamadan sonra anketin 12 – 18 ayda bir kez tekrarlanması, çıkan sonuçların çalışanlar ile paylaşılması ve sonuçlar ilan edildikten sonra zaman geçirilmeksizin eylem planı hazırlanarak hayata geçirilmelidir. Ayrıca düzenli geri bildirimler ile çalışanları dikkati sürekli olarak konu üzerinde tutulmalı, katılımçılık teşvik edilmelidir.

Hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi için tek araç güvenlik kültür anketleri değildir kuşkusuz. Evrensel olarak kabul edilmiş hasta güvenliği göstergeleri düzenli olarak izlenerek skorlarda oluşan olumlu veya olumsuz gelişmelere bakarak çalışanların hasta güvenliği algı ve tutumları izlenebilir. Söz konusu göstergelerden bir kısmının izlenmesi ve belirli periyotlar ile ilgili birimlere iletilmesi resmi otoriteler tarafından da talep edilmektedir. Kurumlar kendi stratejik önceliklerine uygun şekilde belirleyecekleri gösterge setleri oluşturup, bu göstergeleri takip edebilirler.

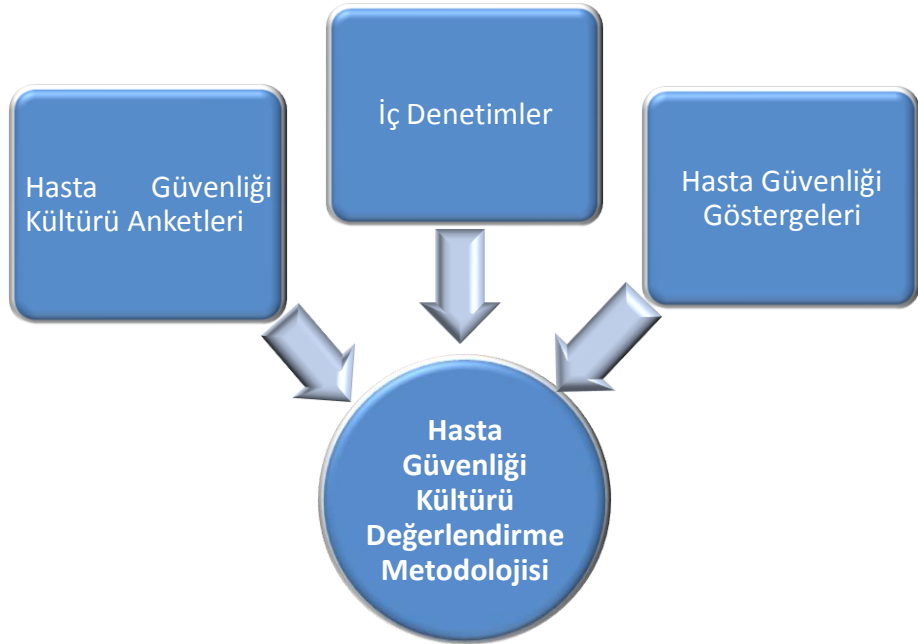
Organizasyonun kendi içinde gerçekleştirdiği iç denetimler, kurumun hem risk yönetimi açısından hem de risk yönetimi ve kalite iyileştirme konuları ile sıkı bağlantı içerisindeki hasta güvenliği açısından değerli bilgiler elde edilmesini sağlamaktadır. Aynı zamanda denetimler, çalışanlar için var olan bilgileri tazeleme ve öğrenme açısından önemli bir fırsat sağlar. Denetim sırasında bir önceki denetimde saptanan bulgular ve iyileştirme gereksinimleri ve geçen zaman zarfında yapılan iyileştirme çalışmaları da sorgulandığından tüm sistem çapında devamlılık/ takip de mümkün olmaktadır.

Dış denetimler, ise resmi kurumlar, sertifikasyon kurumları, ulusal ve uluslararası akreditasyon kurumları ve kurumun başka bir kuruluş ile afilyasyonu var ise afiliye olunan kurum tarafından periyodik ve yapılandırılmış bir şekilde uygulanmaktadır. Dış denetimler kuruma bağımsız , dışarıdan bakan bir göz ile değerlendirilme fırsatı sunmaktadır. Organizasyonun operasyonlarını saptanmış kural

ve standartlara uygunluk icra etme çabaları, süreçleri sürekli gözden geçirme konusunda kurumu güdülemektedir.

Hasta güvenliği kültürünü değerlendirmek, yukarı da sözü geçen metodolojilerin yararlanılabilmektedir. Bir diğerinin yerine konamaz ancak, her birinin çıktılarını diğerleri ile uygunluğu elde edilen verilerin doğru yorumlanmasını sağlayacaktır.

**Şekil 3:** Hasta Güvenliği Kültürü Değerlendirme Metodolojisi



### **2.1.1. Yaygın Kullanılan Güvenlik Algısı Anketleri**

Çeşitli kurum ve kuruluşlar tarafından çoğunluğu A.B.D inde olmak üzere bir çok anket veya ölçek oluşturulmuştur. Bunların bir kısmı hasta güvenliği iklimini, bir kısmı ise çalışanların hasta güvenliği konusunda algı, tutum ve davranışlarını değerlendirmektedir.

### 2.1.1.1. Hospital Survey On Patient Safety Culture – Hosps – Hastane Hasta Güvenliği Kültür Anketi :

#### Kökeni;

AHRQ tarafından geliştirilen anket 54 soru ile hasta güvenliği kültürünün ondört boyutunu lmlemektedir. Kesinlikle katılıyorum – kesinlikle katılmıyorum Şeklinde beşli liket leği ve frakans, hiçbir zaman – her zaman Őeklindeki anket oniki güvenlik boyutu ile iki çıktı boyutunu ölçmektedir. Anket alışanların hasta güvenliği konusunda algılarının ölçmektedir. Olay bildirim frekansı ve hastane genelinde güvenlik kültürü algısı boyutlarına ait sorular, anketin kendi içerisindeki tutarlılığı test etme amacı ile eklenmiştir.

Anketin lmlediği kültür boyutları :

- Amir ve Yöneticilerin Beklenti ve Eylemleri
- Organizasyonel ğrenme
- Bölümler Arası Ekip alışması
- Açık İletişim
- Hata İçin İletişim ve Geribildirim
- Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Tutum
- Kadrolaşma
- Hastane Yönetiminin Hasta Güvenliğine Olan Desteği
- Hastane apında Ekip alışması
- Hasta Devri
- Olay Bildirim Frekansı
- Hastane Genelinde Güvenlik Kültürü Algısı

Hazırlanan anketin pilot çalışması 2003 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde 21 hastane ve 1419 sağlık çalışanı ile yapılmıştır. Yapılan analizlerde ölçülen boyutların birbiri ile tutarlılığı kabul edilebilir, olarak saptanmıştır. Sorra ve Nieva tarafından Cronbach alfa skoru 0.72 – 0.84 aralığında saptanmış, sadece kadrolaşma boyutu alfa değerini 0.63 olarak raporlanmıştır. (V F Nieva, 2003:17) Handler ve arkadaşları bakım evi çalışmasında kadrolaşma boyutunun alfa değerini 0.50 bulmuştur. Daha sonra yapılan iki çalışmada Moody Persut ve Harrington 158

hemşire üzerinde yaptıkları uygulamada alfa değerini 0.87 olarak hesaplamışlardır. Hartman ve arkadaşlarının 2008 de yaptıkları çalışmada ise iç tutarlılık aralığı 0.64 ile 0.89 arasında hesaplamıştır. Kadrolaşma boyutu dışında diğer boyutların alfa skorunun 0.70 üzerinde çıkması üzerine bu boyut ile ilgili soruların gözden geçirilerek rafine edilmesi, anketin genelde kabul edilebilir olduğu, geliştiricisi tarafından raporlanmıştır.

Anket 2004 yılında hastaneler için yaygın kullanıma sunulmuştur. Bakımevleri için uyarlaması 2008 yılında, muayenehaneler için uyarlaması 2009 yılında kullanıma sunulmuştur. Serbest eczaneler için uyarlanan forumun 2012 yazında kullanıma sunulması beklenmektedir.

HSOPS 2012 yılı itibarı ile Dünya çapında 42 ülkede, geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmak sureti ile resmi olarak 21 dilde kullanılmaktadır. Ülkemizde de 2010 yılında Selçuk Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ve Tıbbi İstatistik bölümlerinden S. Bodur ve E. Filiz tarafından Türkçeye çevrilerek geçerlilik güvenilirlik testleri yapılmış ve analiz sonuçlarında anketin Türkçe versiyonunun kullanılabilir olduğu sonucu çıkmıştır, raporlanmıştır. (AHRQ, 2012) (Bodur S, 2010:10)

2007 yılından itibaren, AHRQ geliştirdiği web tabanlı yazılım ile anketi uygulayan hastanelerin gönüllü veri girişine imkan tanımıştır. Yılda bir kez tekrarlanan anket sonuçları toplu olarak AHRQ web sitesinden kamuoyuna ilan edilmektedir. (AHRQ, 2012) Bu uygulama sağlık hizmeti sunan kurumlarına sektördeki diğer kurumlar ile karşılaştırma yapabilme şansı vermektedir. Ayrıca her yıl anketi tekrarlamak sureti ile kurum içinde kültürel değişimin yönünü, trendleri ortaya koymak mümkündür.

Yurdumuzda da çeşitli araştırmacılar tarafından kamu ve özel hastanelerde uygulanarak sonuçları yayınlanmıştır.

HSOPS anketi Dünya Sağlık Örgütü'nün ( D.S.Ö) tavsiye ettiği araçlar içerisinde yer almaktadır. Ayrıca, (European Society for Quality in Healthcare, 2010:27) Avrupa Birliği Hasta Güvenliği Networku (EUNetPaS) üyelerine kullanılmasını önerdiği anketler arasında yer almaktadır.



#### Güçlü Yanları;

Kurumun sonuçlarını diğer sağlık kurumları ile karşılaştırmasına olanak tanıyan büyük bir veri seti mevcuttur. .Birçok büyük çaplı araştırmada kullanılmıştır.

#### Zayıf Yanları;

Kadrolaşma kültür boyutu, yapılan çalışmaların tamamında psikometrik analizlerde geçerlilik güvenilirlik testini geçememiştir. (Blegen MA, 2009:139) (Sorra JS, 2010:199)Anketi çalışmalarında kullanan otoritelerin ortak görüşü, kriterlere bağlı geçerlilik için daha fazla araştırma yapılması ve güvenlik kültürü ve hasta çıktıları bağlantısının incelenmesi ve anket sonuçlarının hasta güvenliği kültürünü nasıl iyileştirdiğinin incelenmesi gerekmektedir.

#### Kullanım Örnekleri

Bu anket geliştirilmiş olduğu Amerika Birleşik Devletleri dışında da geniş çapta kullanılmaktadır. Örneğin Belçika'da (Hellings J, 2007:620) beş hastane ve 3,940 sağlık çalışanı üzerinde yapılan çalışmada, En düşük skor, % 35 ile Hastane yönetiminin hasta güvenliği ne olan desteği, % 36 ile Hataya karşı cezalandırıcı olmayan tutum ve yine % 36 ile Hastane içi ve dışı hasta devirleri boyutları olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada bölümler arası takım çalışması boyutu %70 olarak ölçülmüş ve en yüksek skoru almıştır .

Norveç te anket tercüme edilerek, 1,919 sağlık çalışanına uygulanmıştır. (Olsen, 2007:2556) Yanıtlanma oranı %55 olan çalışmada. Araştırmaya katılanların yarısı, var olan hasta güvenliği ortamının iyi veya mükemmel olduğunu düşünmektedir. Olay bildirim sıklığı konusunda disiplinler arası belirgin varyasyonlar saptanan çalışmada, sosyal hizmet eğitimcileri, hemşireler ve uzman hemşireler, genel güvenlik algısı konusunda diğer disiplinlere göre daha düşük olarak değerlendirmişlerdir. Norveçli sağlık çalışanları, açık iletişim, hataya karşı cezalandırıcı olmayan tutum ve yöneticilerin hasta güvenliğini destekleyici tutumları, dışındaki boyutları Amerika Birleşik Devletlerindeki meslektaşlarına göre daha yeterli görmektedirler.

Bir grup araştırmacı, Suudi Arabistanın Riyad şehrinde onüç hastaneden 223 çalışan üzerinde anketi uygulamışlardır. (HA, 2010:17) Çalışanlar genel güvenlik algısının % 60 oranında çok iyi veya mükemmel olarak değerlendirmesine karşın,

ankete katılanların yarısı, hastane yönetiminin tekrarlayan güvenlik problemlerine duyarsız kaldığını belirtmiştir. Hastanelerin en güçlü olduğu boyutlar, organizasyonel öğrenme, sürekli gelişim, bölümler arası ekip çalışması, hata için iletişim ve geribildirim, iyileştirmeye açık yönleri ise, olay bildirim sıklığı hayata cezalandırıcı olmayan tutum, kadrolaşma ve hastane çapında ekip çalışması olarak bildirilmiştir.

Aynı araştırma ekibi, anketi dokuz kamu iki özel hastanede daha uygulamıştır. (TA, 2009:479) Bu çalışmada Organizasyonel öğrenme % 76 ile en yüksek, hataya karşı cezalandırıcı olmayan tutum % 21 ile en düşük skor olarak belirlenmiştir.

Lübnan'da anket adapte edilerek 68 hastanede uygulanmıştır. (El-Jardali F J. M., 2010:386) ve 6,807 sağlık çalışanı üzerinde uygulanan ankette yüksek skorları, bölümler arası ekip çalışması, hastane yönetiminin hasta güvenliğine olan desteği, organizasyonel öğrenme ve sürekli iyileştirme, en düşük skorlar ise, kadrolaşma, hataya karşı cezalandırıcı olmayan tutum olarak raporlanmıştır. Hastane büyüklüğü ve akreditasyon durumuna göre yanıtlarda farklılıklar olduğu belirtilmiştir.

İspanya'da anket, hastane büyüklüğüne göre sratatifiye edilerek 24 hastaneden randomize olarak yollanmıştır. (Saturno PJ, 2008:18) Yanıt oranı % 40 olan çalışma 2503 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilmiştir. En yüksek skorları supervisorlerin güvenliği destekleyen davranışlara karşı tutumu ve hastane departmanları arasında ekip çalışması boyutları alırken, en düşük skorlar, kadrolaşma, hastane çapında ekip çalışması, hastane yöneticilerinin hasta güvenliğine desteği, genel güvenlik algısı boyutlarında raporlanmıştır. Çalışmada hastane büyüklüğüne, meslek gruplarına ve hizmet türlerine göre belirgin farklılıklar saptanmıştır. Eczane hizmetlerinde çalışanlar ve küçük hastane çalışanları çok daha pozitif algıya sahipken, doktorların çok daha negatif bir iklim algısına sahip olduğu belirlenmiştir.

Hollandalı araştırmacılar, anketin Duch diline tercüme ederek, dört genel, üç eğitim ve bir üniversite hastanesinden toplam 583 sağlık çalışanına uygulanmıştır. (Smits M C.-D. I., 2008:230, Smits M W. C., 2009:292) Çalışma sırasında on iki kültür boyutunun on birinin gayet başarılı olduğu bir boyuta ait soruların uygun olmaması nedeni ile ankette çıkartılarak bazı soruların yeri değiştirilmiştir. Bu

çalışma sonucunda Duch versiyonunun güvenilirlik ve geçerlilik skorları orijinal anket skoruna benzer çıkmıştır.

### **2.1.1.2. Safety Attitudes Questionery – SAQ – Güvenlik Eğilimi Anketi**

#### **Kökeni:**

Texas Üniversitesi tarafından geliştirilmiştir. Yoğun Bakım Yönetim Tutumu anketinden köken almıştır. Köken aldığı anket ise havacılık endüstrisinde kullanılan Flight Management Attitudes Survey ( FMAQ) adlı ankettir. Uçuş yönetimi tutumu anketi, geleneksel insane faktörü anketi olup yirmi yıldır havacılık alanında kullanılmaktadır. SAQ Sexton ve arkadaşları tarafından sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında gözetilmesi gereken güvenlik boyutları ile FMAQ içeriğinde örtüşen soruları rafine etmiş, ayrıca sağlık kurumlarına özgü geliştirilen sorular eklenmiştir. Yeni eklenen sorular, sağlık hizmeti sunucularının temsilcileri ile birlikte oluşturulan odak grupları ile geliştirilmiştir. Geçerlilik güvenilirlik analizi yapılarak geçerliliği kanıtlanmış ve 2006 yılında kullanıma sunulmuştur. (J. B. Sexton, 2006) Bu çalışmada sadece hastaneler arası kültür farklılıkları değil, aynı hastane içinde departmandan departmana, meslek grupları arasında bariz farklılıklar olduğu ortaya çıkmıştır Çok az modifikasyon ile Yeni Zellanda, İngiltere Kanada gibi birçok ülkede kullanılmaktadır. Ayrıca yoğun bakımlar, ameliyathaneler, poliklinikler, doğumhaneler gibi özel alanlarda kullanılmak üzere, hazırlanmış versiyonları vardır. Altı güvenlik kültürü boyutunu altmış soru ile ölçümlenmektedir. Ölçümlenen boyutlar şunlardır:

- Takım çalışması iklimi
- İş tatmini
- Yönetimin güvenlik algısı
- Güvenlik iklimi
- Çalışma koşulları
- Stres düzeyi

Ayrıca ankete katılanların düşüncelerin paylaşmasına fırsat vermek üzere açık uçlu, bir bölüm de eklenmiştir.

### **Güçlü Yanları;**

Sağlık hizmetlerinin farklı alanlarında kullanılmak üzere adapte edilmiş versiyonları mevcuttur. (Pronovost P, 2005:231) Yaygın olarak kullanılan, geçerlilik güvenilirlik analizleri titizlikle yapılmış bir araç olup, güvenlik iklimini değerlendirmektedir. Anketi diğerlerinden ayıran özelliği yüksek skor alan boyutların hasta ve çalışan güvenliği göstergeleri ile pozitif bağlantısıdır.

Köken aldığı FMAQ yirmi yıldan uzun zamandır kullanılmakta olup farklı endüstriler ile sağlık sektöründe çalışanların eğilimlerinin karşılaştırmaya izin verir. Aynı zamanda sağlık sektörünün farklı alanlarında çalışanların tutumlarını karşılaştırma şansını da sağlar.. Amerika Birleşik Devletlerinde geniş çapta kullanılmasının yanı sıra Almanya (Hoffmann B, 2009:521) Norveç (Ellen T Deilkås, 2008:191), İsveç (Norden-Hagg A, 2010:8), ve Çin’de de kullanılmaktadır. (Lee WC, 2010:234) Anket göreceli olarak daha kısa ve tamamlanması daha kolaydır. (The Health Foundation, 2011:15) Yürütülen iyileştirme çalışmalarının sonuçlarını izlemek üzere kullanılabilir

### **Zayıf Yanları;**

Diğer anketlerde de olduğu gibi çalışan tutumlarındaki farklılıkları ortaya çıkartır fakat neden böyle olduğu konusunda bir fikir vermez.

### **Kullanım Örnekleri:**

Kombine altı kesitsel anket çalışması ve 10,843 sağlık çalışanı, 203 farklı klinik alanda Amerika Birleşik Devletleri, Yeni Zellanda ve İngiltere’de uygulanmıştır.. Araştırmayı yapan ekip, anketi kurum içinde yapılan iyileştirmelerin etkinliğini izleyebilmek için uygun bir araç olduğunu raporlamıştır. (Sexton JB, 2006:6) Yapılan araştırmada çalışan tutumlarının, kurum içi ve kurumlar arası düzeyde büyük farklılıklar gösterdiği saptanmıştır.

Bir hastanenin dört farklı yoğun Bakım Ünitesinde çalışan 318 doktor ve hemşire üzerinde yapılan çalışmada anketin yanıtlanma oranı % 70 tir. Stresle başa çıkma boyutu her iki meslek grubunda da bariz bir şekilde düşük olarak saptanırken, çalışma koşulları boyutu ile yönetim algısı boyutu hemşirelerde doktora göre daha düşük çıkmıştır. (Huang DT, 2007:165) . Amerika Birleşik Devletleri’nde anketin yoğun bakım versiyonu sıklıkla kullanılmaktadır

Kar amaçlı entegre sağlık hizmetleri sunan bir kurumda yapılan çalışmada ise (France DJ, 2010:279) kurumun 61 hastanesinin, 101 yoğun bakım ünitesinde, 1502 çalışan tarafından doldurulan anket analiz edildiğinde güvenlik iklimi algısının makul bir düzeyde pozitif olduğu fakat, çalışma koşulları boyutunun diğer boyutlara göre oldukça düşük skor aldığı gözlemlenmiştir.

Anketin uyarlanmış versiyonu Amerika Birleşik Devletlerinde ülke çapında acil servis hizmetleri sunan bir sağlık kurumunda acil servis çalışanlarının hasta güvenliği algılarını değerlendirmek üzere 1715 çalışan üzerinde uygulanmıştır. (Patterson PD, 2010:448) Kurumun hava ambulansı departmanında güvenlik algısı diğer departmanlara göre gözle görülür bir şekilde daha yüksek olarak belirlenmiştir.

Son dönemde anketin poliklinik versiyonu uygulanmaya başlamıştır.

### **2.1.3. Safety Climate Questionare - Güvenlik İklimi Anketi**

#### **Kökeni:**

Güvenlik İklimi Anketi Amerikan Sağlık Enstitüsü tarafından geliştirilmiş olmakla birlikte bir süredir, enstitü tarafından kullanımı desteklenmemektedir.

Araç, Texas Üniversitesi tarafından, klinik alanlarda çalışanların hasta güvenliği yapısı ve süreçlerine ilişkin algı ve tutumlarını değerlendirmek üzere geliştirilmiştir.

#### **Güçlü yanları:**

Güvenlik İklimi Anketi, iyileştirme çalışmalarının öncesi ve sonrası, çalışmanın etkinliğini değerlendirmek üzere uygulanabilmektedir. Diğer ölçeklerle karşılaştırmalı geçerlilik çalışmaları yapılmıştır. Ayrıca araştırmacılar, diğer anketlere göre daha yüksek yanıtlanma oranlarına sahiptir.

#### **Zayıf yanları:**

Anket uzun zaman önce geliştirilmiş olup, üzerinde iyileştirmeler yapılmadığından diğer metodlarda var olan boyutların bir kısmı eksik olabilir.

#### **Kullanım Örnekleri**

Kuzey Amerika da yaygın kullanıldığı dönemde bir çok yayın yapılmıştır. Kanada da aracın yoğun bakımlar için uygulanabilirliği test edilmiştir. (Kho ME C.

J., 2005:273) Yanıtlanma oranının % 74 olduğu çalışma analizleri, anketin kendi içerisinde tutarlı ve güvenilir olduğunu göstermiştir.

Yine Kanadada kapalı sistem yoğun bakım da çalışan multidisipliner ekip üyelerinin hasta güvenliği algılarını araştırmak üzere uygulanmıştır. (Kho ME P. D., 2009:469) Yanıtlanma oranının % 93 olduğu çalışma sonucunda üç önemli güvenlik boyutunda iyileştirme yapılması gerekliliği ortaya çıkmıştır.

Amerika Birleşik Devletlerinde iyileştirme faaliyetlerinin etkisini değerlendirmek üzere yaygın uygulanmaktadır . Örneğin, üst düzey yöneticilerin hasta güvenliği ziyaretlerinin etkisini ölçmek üzere uygulanmıştır. (Thomas EJ, 2005:5) Üçüncü basamak eğitim hastanesinde 23 klinik alandan rastsal olarak, ziyaret alan ve almayan bölümlere anket uygulanmıştır. Faaliyet öncesi anketinde hemşirelerin hasta güvenliği iklimi skorları birbirine yakın ve düşükken, üst düzey yönetimin düzenli ziyaret ettiği grupta takip anketlerinde skorun yükseldiği ziyaret almayan grupta başlangıç seviyesini koruduğu saptanmıştır.

### **2.1.2. Yaygın Kullanılan Atölye Çalışmaları**

Atölye çalışmalarında, gruplar, bu konuda uzman kişilerin desteği ile yapılandırılmış sorular çerçevesinde kurumun güvenlik olgunluğunu değerlendirmektedirler.

#### **2.1.2.1. Manchester Hasta Güvenliği Yapısı -MaPSaF Kökeni**

Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Sistemi tarafından kullanılan sisteme bağlı hastaneleri hasta güvenliği kültürü geliştirme konusunda kaydettikleri ilerlemeyi ölçümledikleri araçtır. (NHS, 2006) Kullanımı NHS tarafından desteklenmektedir.

MaPSaF hasta güvenliği için kritik boyutlarını ölçümlediği her bir boyutu, kurumun hasta güvenliği kültürü bakımından olgunluk düzeyi ile birlikte değerlendirecek şekilde kurgulanmıştır. Ele alınan kültür boyutları, organizasyonun günlük işleyişinde hasta güvenliğine bakışını yansıtan eğilimler, davranışlar değerlerdir. Değerlendirme atölye çalışması şeklinde yapılmaktadır.

Atölye çalışması kurum çapında uygulanabildiği gibi bölüm içerisinde de yapılabilir.

Araç literatür taraması ve uzman görüşleri doğrultusunda geliştirilmiştir. Güvenlik kültürünün on boyutunu değerlendirir;

- Sürekli iyileştirme
- Güvenliğe verilen önem ve öncelik
- Sistem hataları ve bireysel sorumluluk
- Olay kayıtları
- Olay değerlendirme
- Hatalardan öğrenme ve değişimi sağlama
- İletişim
- Personel yönetimi
- Çalışan eğitimi
- Ekip çalışması

Çalışmaya katılanlardan her bir kategori için aşağıdaki değerlendirmelerden birini işaretlemelerini istenmektedir:

- Patolojik: Zamanımızı neden bu tür şeylerle harcayalım
- Reaktif: Bir olay meydana geldiğinde aksiyon alırız
- Bürokratik: Güvenlik yönetimi için bir sistemimiz var.
- Proaktif: Risklere karşı her zaman tetikteyizdir.
- Generatif: Risk yönetimi yaptığımız her işin ayrılmaz bir parçasıdır.

#### **Güçlü Yanları :**

Çalışma bir çok amaçla kullanılabilir:

- Hasta güvenliği kültürünü yaygınlaştırmak
- Kurum içerisinde hasta güvenliği ile ilgili konuların konuşulmasını teşvik etmek
- Çalışanların olgun güvenlik kültürünün nasıl olduğunu tahayyül etmelerine yardımcı olmak.
- İyileştirme gerektiren alanların belirlenmesi

Hasta güvenliği kültürüne odaklanmış olan bu metod, kurum güvenlik kültürü olgunluğunu ölçerken, iyileştirme alanlarını ortaya çıkartarak uygulayıcılara yol

göstermektedir. (NHS, 2006) Bu araç akut bakım veren kurumlar, akıl ve ruh sağlığı hastaneleri ile ambulans servislerinde kullanılabilir.

### **Zayıf Yanları:**

Metod İngilterede yaygın olarak kullanılmasına karşın, sonuçlar ile ilgili çok az yayın vardır. (Law MP, 2010:110) Kullanım sahası İngiltere olmakla birlikte Kuzey Amerika'da bazı validasyon çalışmaları yapılmıştır .

### **Kullanım Örnekleri**

İngiltere'de araştırmacılar, metodu eczaneler için adapte ederek 67 bölge eczacı ve destek elemanı ile on odak grup oluşturarak uygulamışlardır. Araştırmacılar, metodun çok amaçlı olarak kullanılabileceğini, hasta güvenliği kültürü farkındalığını arttırmak için iyi bir araç olabileceğini belirtmişleridir. Ayrıca çalışanlar arasındaki güvenlik kültürü algısının meslek grupları ve bireyler arasında gösterdiği değişiklikler, kurumun gelişime açık alanları ve zaman içerisinde güvenlik kültüründeki gelişimi izlemeye olanak tanımaktadır.

### **2.1.2.2. Güvenlik Kültürü Olgunluğu**

Hasta güvenliği veya güvenlik konuları ile ilgilenen yöneticiler çoğunlukla şu soruları sorarlar:

- Gelişmiş güvenlik kültürü nasıl bir şeydir
- Kurumda güvenlik kültürünün iyileştiğini nerenden anlayabilirim
- Öncelikle hangi konuya odaklanmalıyım
- Güvenlik kültürü ile ilgili olarak, üzerinde durduğum konuyu bırakıp diğerine ne zaman geçmeliyim
- Çalışanlara güvenlik kültürü anketi uygulamak çok gerekli midir?
- Güvenlik kültürünün gelişimiyle, güvenli davranış arasında nasıl bir bağlantı var



### **2.1.2.2.1. Safety Culture Maturity Model - SCMM -Güvenlik Kültürü Olgunluk Modeli**

Güvenlik alanında hızlı değişimin sonucu ortaya çıkmıştır. The Keil Centre adlı İngiliz bağımsız kuruluş bünyesinde Dr. Mark Fleming tarafından geliştirilmiştir. Güvenli davranış geliştirmeye yönelik iyi tasarlanmış, çalışmaların başarılı olamamalarının nedeni, kurumun böyle bir uygulamaya henüz hazır olmamasıdır. ( matür olamaması )

Birçok kurum, çalışanlarına uyguladıkları güvenlik iklimi ölçüm anketlerinden çıkan sonuçları güvenliği geliştirecek aksiyonlara dönüştürme konusunda sıkıntı çekmektedir.

Tam da bu noktada kurumun güvenlik kültürü olgunluğunun hangi düzeyde olduğunu belirleyecek ve yöneticilere bir sonraki aksiyon adımı için yol gösterecek bir araç veya modele gereksinim vardır.

Diğer yandan zincir hastaneler gibi farklı coğrafi bölgelerde faaliyet gösteren kurumların güvenlik kültürünü geliştirecek tek bir araca gereksinimi vardır.

### **2.1.2.2.2. Güvenlik Kültürü Olgunluk Modeli Nedir ?**

Modele göre olgunluğun beş düzeyi vardır. Her düzey on elementten oluşur .Bu on element güvenlik kültürünün en önemli bileşenleridir. Bir çalışma sahasının güvenlik kültürü olgunluğunu ölçümlemek için basit kart araştırma tekniği kullanılır. Mevcut düzeye ait aksiyonlar tamamlandığında bir üst düzeye tanımlanır.

Güvenlik kültürü olgunluğunun on elementi

- Yönetimin görünür kararlılığı ve desteği
- Güvenli iletişim
- Verimlilik vs. Güvenlik
- Örgütsel öğrenme
- Çalışanların güvenlik ile ilgili aktivitelere katılımı
- Ayrılan kaynaklar
- Güvenlik ile ilgili paylaşılmış / tüm çalışanlarca üzerinde anlaşılmalı algı
- Üst yönetim ile çalışanlar arasında kurulmuş güven ilişkisi

- İş tatmini
- Güvenlik eğitimi

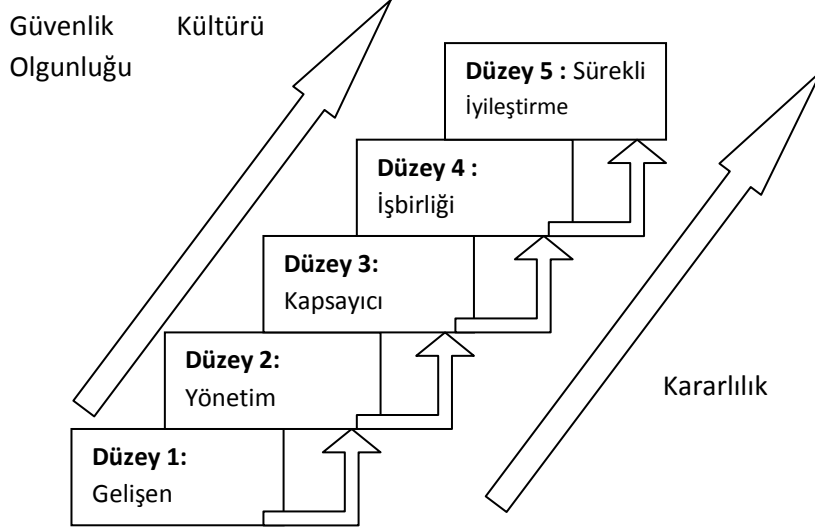
### 2.1.2.2.3. Modelin Uygulanması

Uygulama, çalışanlar ve yöneticilerden seçilen bir ekip ile atölye çalışması şeklinde gerçekleştirilmektedir. (Fleming, 2000:2)Ekip üyeleri seçiminde , kurumun tamamını temsil edecek şekilde kesitsel bir seçim olmasına dikkat edilmelidir.Ayrıca her meslek grubu ile ayrı atölye çalışması yapılır. Çalışmalar sırasında kurumu bir üst olgunluk seviyesine ulaştıracak çalışmalar da tartışılır. Son atölye çalışması üst yönetim ile yapılır. Son atölye çalışmasında önceki çalışmaların sonuçları değerlendirilerek gerekli eylem planları oluşturulur.

Bu çalışma sırasında kurum kültürü beş seviyede değerlendirilir:

1. Düzey: Gelişme dönemi, bu dönemde güvenlik kültürüne ilgi vardır. Kurumun güvenlik ile ilgili olaylara yanıtı reaktiftir. Meydana gelen olaylar, araştırılır, değerlendirilir, iyileştirme yolları aranır. Güvenlik kültürü henüz gelişmediğinden, kurum sık sık güvenlik problemlerini çözmekle ilgilenmektedir.
2. Düzey: Yönetim dönemi, ilk düzeyi tamamlamış olan kurum yönetim dönemine geldiğinde artık, politika ve kurallar belirli oranda yerleşmiş yönetimin kararlı desteği bariz bir şekilde hissedilmektedir.
3. Düzey: Kapsayıcı dönem, bu dönemde üst yönetim, çalışanların güvenlik kültürü faaliyetlerine aktif olarak katılımının gerekliliğini kavradığı dönem.
4. Düzey: İşbirliği dönemi, bu aşamada tüm çalışanlar ortak bir dil oluşturarak güvenliği iyileştirmek için ortak kararlılık sergilerler .
5. Düzey: Sürekli iyileştirme dönemi, artık kurum matür hale gelmiştir.

**Şekil 4:** Güvenlik Kültürü Olgunluk Modeli



Kaynak: Measuring Safety Culture in a Research and Development Centre: A Comparison of two Methods in the Air Traffic Management Domain, 2007, s.671

### 2.1.3. Az Kullanılan Yöntemler

Bu araçlar, kullanım kolaylığı sağlamaması, geçerlilik güvenilirlik testlerinde bekleneni verememesi gibi nedenlerle yaygın kullanım alanı bulamamışlardır.

#### 2.1.3.1. Modifiye Stanford Hasta Güvenliği Kültürü Anketi

Kanada'dan araştırmacılar anketin kullanılabilirliğini on Kanada Sağlık Kurumundan 11,586 çalışan ile test etmişlerdir. (Ginsburg L, 2009:205) Anketin farklı versiyonlarının karşılaştırılması sonucunda kabul edilebilir düzeyde uygun bulunmamıştır. Araştırmacıları, anketin kullanılmadan önce rafine edilmeye ihtiyacı olduğunu raporlamışlardır.

### **2.1.3.2. Hasta Güvenliği Kültürü İyileştirme Aracı**

Araç Amerika Birleşik Devletlerinde hastanelerde hasta güvenliğini geliştirebilmek için tasarlanmıştır. (Fleming M, 2008:10) Organizasyonun güvenlik kültürü olgunluğunu patolojikten generatife kadar olan ölçekte, liderlik, risk analizi, iş yükü yönetimi, paylaşma ve öğrenme, kaynak yönetimi boyutları ile değerlendirmektedir. Araç tüm boyutları ile valide edilememiştir.

### **2.1.3.3. Safety Organising Scale – SOS- Güvenlik Organizasyon leği**

Amerika Birleşik Devletlerinde bir grup araştırmacı, güvenlik kültürü altında yatan davranışsal teoriyi test etmek için self- report Şeklinde bir ölçüm yöntemi geliştirmişleridir. (Vogus TJ, 2007:997) Dokuz boyutlu olan bu metod, onc hastanenin 125 hemşirelik bölümünden 1685 hemşire üzerinde uygulanmış ve kendi içerisinde yüksek oranda güvenli olarak değerlendirilmiştir.

### **2.1.3.4. Ekip alışması Ve Güvenlik İklimi Anketi**

İngiltere'den bir grup araştırmacı, Ekip alışması ve Güvenlik İklimi Anketinin kullanılabilirliğini araştırmak üzere dört hastane ve dokuz birinci basamak sağlık kurumunda uygulanmıştır. (Hutchinson A, 2006:347) Yanıtlanma oranının % 36 olduğu anket, 27 sorudan oluşmaktadır. Toplam 1307 alışan tarafından yanıtlanan anket. Çalışma sonrasında revize edilerek 22 soruluk hale getirmişler ve araştırmanın tartışma kısmında, anketin revize edilmiş hali ile hem birinci hem de ikinci basamak sağlık kurumlarında uygulanabilir olduğunu belirtmişlerdir.

### **2.1.3.5. Güvenlik Bulguları Tanımlama leği**

İsraili bir araştırmacı olan Lauria ve arkadaşları (Luria G, 2008:519) güvenlik kültürünü lmlenin zor olduğunu düşünerek,  hastaneden elde ettikleri verileri inceleyerek güvenlik bu kurumlarda çalışanların, kültürü ve liderlik ile ilgili davranış biçimlerini lekleyecek bir araç geliştirmeye çalışmışlardır.

### **2.1.3.6. Japon Güvenlik İklimi Ölçeği**

Matsubara ve arkadaşları geliştirdikleri ölçeği, Japonya’da akademik olmayan hastanelerden, hemşire, terapist, teknisyen ve eczacıların bulunduğu 1878 sağlık profesyoneline uygulayarak validasyonunu araştırmışlardır. (Matsubara S, 2008: 211) Çalışan eğilimlerinin serbest iletişim akışı, sürekli iyileştirme, raporlama kuralları, hasta ve yakınlarının süreçlere katkısı gibi çeşitli boyutları ölçümlenmeye çalışılmıştır. Çalışma sonucunda ölçeğin geçerli ve kullanılabilir olduğu raporlanmıştır. Bu ölçek Türkçe’ye çevrilerek geçerlilik güvenilirliği raporlanmıştır.

### **2.1.3.7. Eczane Güvenlik İklimi Anketi**

İngiltere’den bir grup araştırmacı kamu eczanelerinde güvenlik iklimini ölçmek üzere bir anket geliştirmiştir. (Ashcroft DM, 2009:21) 34 soruluk bu anket kamuda çalışan 998 eczacı tarafından tamamlanmıştır. Söz konusu anket şu boyutları içermektedir:

- Hataları araştırmak ve hatalardan öğrenmek
- Kadrolaşma ve yönetim
- Hataların nedenleri ve olay bildirimini hakkında çalışan algısı
- Ekip çalışması
- İletişim
- Güvenlik konusunda kararlılık
- Güvenlik eğitimi

Bu çalışma sonucunda anket, geçerli, kendi içinde tutarlı ve iyi kurgulanmış olarak değerlendirilmiştir.

### **2.1.3.8. Gershon Güvenlik İklimi Aracı**

On yıldan uzun bir zaman önce Birleşik Devletler İş Sağlığı ve Güvenliği İdaresi (OHSA) kan yolu ile bulaşan patojenler standardını yayınlamıştır. Araştırmacılar sağlık çalışanlarının evrensel önlemlere uyumsuz davranışlarına ilişkin bir çok faktör saptamışlardır. Bu faktörlerden biri de organizasyonel güvenlik

iklimi olarak belirlenmiştir. 2000 yılında Gershon ve arkadaşları, sağlık hizmetlerinde güvenlik iklimi ile güvenli çalışma davranışı arasındaki bağlantıyı araştıran bir araç yayınlamışlardır. (Gershon R, 2000:211). Araştırmacılar, 1746 mesleki olarak kan yolu ile hastalık bulaşma riski olan sağlık personeline bu anketi uygulamışlar ve güvenlik iklimi ile yaş, cinsiyet, meslek, deneyim, eğitim, çalışma saatleri, algılanan risk parametreleri ile hiçbir bağlantı saptayamamışlardır. Güvenlik iklimi ve evrensel önlemlere uyum ile bağlantılı tek parametre, kişisel koruyucu ekipmanların varlığı olmuştur. (Anderson E, 2000:19) Bir grup araştırmacı ise, Gershon'un bu aracının psikometrik özelliklerini farklı kurgularda anketi uygulayarak araştırmışlardır. (Turnberg W, 2008:563) Örneğin kan yolu ile geçen değil de solunum yolu ile geçen patojenlere maruz kalma riski olan 460 doktor, hemşire ve hemşire yardımcısına modifiye Gershon testi uygulanmıştır. Araştırmacılar, aracın geçerli, güvenilir olduğunu rapor etmişlerdir.

#### **2.1.4. İsimsiz Araçlar**

Yukarıdaki başlıklarda incelenen hasta güvenliği kültürü veya iklimi ölçüm araçları bir kurum veya araştırma ekibi tarafından geliştirilerek geniş çapta kullanıma sunulmuş olan araçlar idi. Bu başlık altında ise, literatür olarak sınırlı bilgiye sahip olunan ve bu nedenle de güçlü ve zayıf yönlerini tahlil etme imkanı olmayan araçlar incelenecektir.

##### **2.1.4.1. Güvenlik Kültürü Araçları**

Güvenlik kültürü araçları, hizmet türüne göre, hastane, ayaktan tanı tedavi hizmeti sunan birinci basamak sağlık kuruluşları ve uzun dönem sağlık bakımı veren sağlık kurumları için ayrı, ayrı incelenmiştir.

###### **2.1.4.1.1. Hastane Araçları**

Kanada da araştırmacılar, doğum servislerinde kültürel değişimi değerlendirmek üzere Kültürel Değerlendirme Anketi ( CAS) geliştirmişlerdir.

(Milne J.K. B. N., 2010:590) İlk sorular, yüksek güvenilirlikli organizasyonlara ait veriler gözden geçirilerek hazırlanmıştır. Yapılan odak grup çalışmaları ile sorular rafine edilmiş ve altı kültürel boyut geliştirilmiştir: Hasta güvenliği herkesin önceliğidir, öğrenme, ekip çalışması, bireylere verilen değer , açık iletişim ve yetki devri. Yapılan çalışma sonucunda anket geçerli ve güvenilir bulunmuştur.

25 Amerikan hastanesinin çalışanları likert ölçeğine göre hazırlanmış sorular ile araştırılmıştır. (Pringle J, 2009:374) Çalışanlarda güvenlik algısı, hastaneler, departmanlar ve bireyler arasında belirgin farklılık gösterdiği saptanmıştır. Araştırmacılar çalışma sonucunda güvenlik kültürü araçları, hastanelerde algılanan güvenlik boyutlarını tarif edebilir ve iyileştirme alanlarını belirleyebilir yorumunu yapmışlardır.

Kurmun güvenlik kültürü ile ilgili açıklamak üzere geliştirilmiş araçlar da mevcuttur. (Sexton J.B., 2007:699) Joint Commision tarafından önerilen ve klinisyenlere güvenlik kültürü ile ilgili problemleri belirlemek üzere yardımcı olma amacıyla hazırlanmış Kültür Check-Up Aracı iki sayfalık 30 ila 60 dakikada tamamlanabilen basit bir testtir. .

Araştırmacılar transfüzyon ünitelerinde görev yapan sağlık çalışanlarının güvenlik kültürü ile ilgili eğilimlerini değerlendirmişlerdir. (Sorra J, 2008:1934) 43 hastaneden 945 çalışanın katıldığı bu araştırmaya Kanada’ dan da 10 kurum katılmıştır. Yanıtlanma oranının % 73 olarak raporlandığı araştırmada genel olarak çalışanların olay bildirim konusunda eğilimi pozitif bulunmakla birlikte çalışanların hata yaptıklarında cezalandırılmaktan çekindikleri de raporlanmıştır.

A.B.D’li bir grup araştırmacı, güvenlik kültürü karakteristikleri ile hastanedeki hasta güvenliği göstergeleri arasındaki bağlantıyı incelemişlerdir. (Weingart SN, 2004:125) Araştırmaya 455 hastane katılmış olup anket yanıtlanma oranı %44 olarak rapor edilmiştir. Bu çalışmada sağlık çalışanlarından, çalıştıkları hastanedeki , hasta ve çalışan güvenliği kültürünün, hata raporlama ve iletişim , yönetimin hatalara karşı cezalandırıcı olmayan tutumu, yönetimin hasta güvenliği ile ilgili kararlı tutumu, gibi bulgularını tarif etmeleri istenmiştir.Çalışanlar çoğunlukla, hasta güvenliğinin temel görevleri arasında olduğunu ifade etmiştir. Aynı çalışmada katılımcılar, günde en az bir kez, sundukları hizmet sırasında, hata yaparak hastalara zarar verme endişesi yaşadıklarını, artmış iş yükünün hasta güvenliği için olumsuz

bir faktör olduğunu belirtmişlerdir. Çalışma sonunda tüm çalışanların yönetimin hasta güvenliği konusunda kararlı tutumunun, hasta güvenliği konusunda en belirleyici faktör olduğuna inandıkları belirlenmiştir.

İngilizce dışında lisanlarda da hasta güvenliği kültürü ölçümü için çeşitli araçlar geliştirilmiştir. (Steyrer J, 2010:481) Bunlardan biri de Almanca olarak hazırlanan ve akut geriatri servisinde test edilen ankettir. 158 soruluk anket, 31 geriatri ünitesi ile cerrahi, travma cerrahisi ve yoğun bakım ünitelerinden yedi ünite ile karşılaştırmalı olarak uygulanmıştır. 508 doktor ve hemşirenin katıldığı çalışmada, belirlenen yedi hasta güvenliği kültür boyutuna ait skorlar, karşılaştırma grubuna göre daha yüksek çıkmıştır. Geriatri ünitelerinde yönetimin hasta güvenliğine olan kararlı tutumu yüksek, hataların oluşumunda kaderci yaklaşım skoru düşük saptanmıştır. Karşılaştırma grubunda ise, hatalardan aktif öğrenme skoru hasta güvenliği kültürünü belirleyen boyut olarak saptanmıştır.

#### **2.1.4.1.2. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları**

Hasta güvenliğini ölçmeye yönelik araçların neredeyse tamamı hastanelerde kullanıma uygun olarak tasarlanmıştır. (Schutz AL, 2007:139) A.B.D den bir grup araştırmacı, birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik olarak bir anket geliştirmişlerdir. Ancak geçerliliği geniş kapsamda test edilmediği gerekçesi ile uzmanlarca ilgi gösterilmemiştir.

#### **2.1.4.1.3. Bakımevi Araçları**

Bir grup A.B.D'li araştırmacı 26 bakımevinde, farklı meslek gruplarından, farklı vardiyalarda çalışan 367 hemşire ve 636 hemşire asistanı ile, test edilen bir araç geliştirmişlerdir. (Hughes CM, 2006:281) Araç, hasta güvenliği boyutlarının, genel güvenlik algısı, departmanlar arası ekip çalışması, hataya karşı cezalandırıcı , olmayan tutum, hatanın iletişimi ve geri bildirim, açık iletişim, hatalardan öğrenme, yönetim beklentileri, güvenliği teşvik edici eylemler, yönetimin hasta güvenliğini desteklemesi alanlarını değerlendiren 34 soru oluşturmuşlardır. Anket sonunda hemşirelerin % 40 ı hasta güvenliği ile ilgili konuları iyileştirmek üzere değişimi



gerçekleştirmenin çok zor olduğunu belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının beşte biri meslek ayırımı olmaksızın - hata olduğunda – kendilerini cezalandırılmış gibi hissettiklerini, beşte ikisi ise olay bildirimini kişisel olarak algılandığını ( ihbarcılık, jurnalleme) belirtmişlerdir. Katılanların yalnızca % 50 si, hataların tekrarlamaması için yönetimin güvenlik ile ilgili konuları konuştuğunu raporlamıştır.

#### **2.4.1.2. Güvenlik İklimi Araçları**

Güvenlik kültürü araçları, hizmet türüne göre, hastane ve ayaktan tanı tedavi hizmeti sunan birinci basamak sağlık kuruluşları sağlık kurumları için ayrı, ayrı incelenmiştir.

##### **2.4.1.2.1. Hastane Araçları**

Avustralya'dan bir grup araştırmacı hasta güvenliği davranışlarını etkileyen faktörleri incelemek üzere bir araştırma yapmışlardır. (Wakefield J.G. M. M., 2010:585) Patient Safety Behavioural Intend adını verdikleri modeli, planlanmış davranış teorisi ile oluşturmuşlardır. Kıdemli ve kıdemsiz doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık personeli ile yapılan ankete 5294 kişi katılmıştır. Çalışma ile iki ana faktörün sağlık çalışanlarının güvenli davranış arzusunu uyandırdığını saptamışlardır: İlki, önleyici faaliyetlere olan inanç. Yani Çalışanlar, hedeflenen davranışlara uyum sağladıklarında, hasta güvenliğinin iyileşeceğine inanmaktadır. Diğeri ise; Meslektaş davranışları. Bireyin, mesai arkadaşlarının ve meslektaşlarının güvenli davranışı ile ilgili algı.

Amerika Birleşik Devletleri'nden bir grup araştırmacı ise, organizasyonel güvenlik iklimi faktörü ile riski ayarlanmış / düzeltilmiş cerrahi mortalite ve morbidite arasındaki bağlantıyı araştırmıştır. (Davenport D.L., 2007:778) Çok sorulu bir ölçek ile bir yıl boyunca, 52 farklı alanda, çalışanların mesai arkadaşları ve ekip içerisindeki iletişimi ve ekip çalışması algıları incelenmiştir. Yanıtlanma oranının % 52 olduğu çalışmada, 6083 çalışan anketi yanıtlamıştır. Ekip çalışması iklimi, stres, çalışma koşulları, iş tatmini ve tükenmişlik boyutları ile ilgili sonuçlar kendi içinde

tutarlı bulunur iken, riski ayarlanmış / düzeltilmiş cerrahi mortalite ve morbidite ile bir bağlantı saptanamamıştır.

Güvenlik iklimi boyutlarından sadece birini ele alan araçlar da geliştirilmiştir. Bunlardan biri ; organizasyonel yapının hasta güvenliği açısından çalışanlar üzerindeki etkisini değerlendiren, Organizasyonel Politika ve Uygulamalar Anketi'dir. (Truchon M, 2003:111) Araştırmacılar, Kanada'da bu anketin Fransızca versiyonunun psikometrik kalitesini 124 hemşire üzerinde uygulayarak incelemişlerdir. Anketin incelenen boyutları ile iş ile ilişkili üç psikososyal gösterge kendi içinde tutarlı olarak bağlantılı bulunmuştur. Bunlar; algılanan stres, sosyal destek ve iş tatmini, olarak saptanmıştır.

#### **2.4.1.2.2. Birinci Basamak Araçları**

İskoçya'da, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan personelin, hasta güvenliği iklimini değerlendirmek üzere bir araç geliştirilmiştir. Bu araç, bir komite tarafından, literatür araştırması, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlar ile yarı yapılandırılmış mülakatlar sonucu oluşturulmuştur. 49 genel tebabet hizmeti veren alanda,, 563 çalışan üzerinde test edilmiştir. Yanıtlanma oranının % 84 olduğu anket beş güvenlik iklimi boyutunun değerlendirildiği 30 sorudan oluşmaktaydı.. Söz konusu beş güvenlik iklimi boyutu ekip çalışması, liderlik, iletişim ve iş yükü ile güvenlik sistemlerinden oluşmaktadır. (de Wet C., 2010:578) . Anket sonuçları analiz edildiğinde katılımcının eğitim düzeyine, kıdemine, kurum içerisindeki profesyonel rolüne göre büyük farklılıklar olduğu saptanmıştır. Ayrıca, bu çalışmada yöneticilerin ve pratisyen hekimlerin güvenlik iklimi ile ilgili algılarının diğerlerine oranla daha pozitif olduğu da gözlenmiştir.

## **2.2. SAĞLIK SEKTÖRÜ DIŞINDAKİ SEKTÖRLERDE KULLANILAN GÜVENLİK KÜLTÜRÜ ANKETLERİ**

Sağlık sektörü dışında diğer endüstrilerde kullanılan çok fazla sayıda güvenlik kültürü değerlendirme aracı mevcuttur. Bunların içerisinde sağlık sektörüne de uyarlanma potansiyeli bulunan birkaç araç gözden geçirilmiştir.

### **2.2.1. Güvenlik Kültürü Değerlendirme Araçları**

Ulaştırma, enerji sektörleri gibi bir çok sektörde, güvenlik kültürünü ölçümlemeye yönelik geliştirilmiş bir çok araç vardır. İngiliz Sağlık ve Güvenlik Yöneticileri var olan araçları özellikle, açık deniz teknolojisi ile ilgili olanlara odaklanarak gözden geçirmişlerdir. (Health and Safety Executive, 2005:20) Aynı zamanda Petro – kimya endüstrisine, raylı sistem taşımacılığına ilişkin değerlendirmeler de mevcuttur. Bu alanda sağlık sektöründe olduğundan çok daha fazla yayın ve geliştirilmiş araç olmasına rağmen henüz, evrensel olarak onaylanmış ortak bir model tarifi yapılamamıştır. Literatürde, güvenlik kültürünün üç ögesi diğerlerine biraz daha ön plana çıkmaktadır: Psikolojik boyut ki genellikle güvenlik iklimini işaret eder, davranışsal / organizasyonel boyut, durumsal / kurumsal boyut . Sağlık sektöründe de benzer şekilde güvenlik iklimi, güvenlik kültürü / algısı gibi diğer kavramlar yerine kullanılabilir. Güvenlik iklimini değerlendirmek üzere bir çok araç geliştirilmesine karşın, güvenlik kültürünü ölçmeye odaklanan araç sayısı oldukça kısıtlıdır. Araçların neredeyse tamamı anket şeklinden ve yanıtlayıcının değerlendirme ölçeğine göre soruyu cevaplaması istenen araçlardır.

#### **2.2.1.1. Demiryolu Güvenlik Kültürü Denetim Aracı**

Bu araç tren kazalarına ait araştırmalar sonucunda geliştirilmiştir. Araç geliştirilirken neden sonuç bağlantısını ortaya çıkartabilecek ve güvenlik kültürünü etkilediği bilinen şu boyutlara odaklanılarak geliştirilmiştir : Liderlik, hatalardan öğrenme ( öğrenen örgüt) , hataya karşı suçlayıcı tutum, çift yönlü iletişim,

çalışanların güvenlik ile ilgili faaliyetlere katılımı. (Health and Safety Executive, 2005:8)

### **2.2.1.2. Çalışma Psikolojisi Merkezi Güvenlik Kültürü Anketi**

Çalışma Psikolojisi Merkezi Güvenlik Kültürü Anketi, demir yolu şirketlerinde güvenlik kültürünü değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. (Health and Safety Executive, 2005:10) Bu araç güvenlik kültürünün 12 boyutunu temel alarak modellenmiştir:

- Güvenlik ile ilgili konuların iletişimi
- Organizasyon çapında güvenlik profili
- Güvenlik ile ilgili bilgilere ulaşılabilirlik.
- Yönetimin güvenlik ile ilgili konulara katılımı
- Güvenlik ile ilgili konularda açık iletişim
- Güvenlik kontrolü
- Güvenlik eğilimi
- Güvenlik bilgisi
- Hatalardan öğrenme
- Çalışanların, kurumun güvenlik performansına ilişkin algıları
- Güvenliğe yapılan yatırım
- Diğer faktörler: minör kazalara karşı kurumun bakış açısı

### **2.2.1.3. Demiryolu Güvenlik Ve Standartları Kurulu Güvenlik Kültürü Aracı**

Demiryolu Güvenlik ve Standartları Kurulunun Güvenlik Kültürü Aracı, demiryolu şirketlerinin güvenlik kültürünü değerlendirmektir. (Health and Safety Executive, 2005:25) Şirketler anketi kendileri uygulamakta analizi ise Demiryolu Güvenlik ve Standartları Kurulu tarafından yapılmaktadır. Araç, 66 soruyu kapsayan likert tipi bir ankettir ve güvenlik kültürünün dokuz Boyutuna odaklanmıştır:

- Pozitif organizasyonel eğilim
- Yönetimin güvenlik konusunda kararlılığı

- Stratejik esneklik
- Güvenlik ile ilgili konulara katılım
- Eğitim
- İletişim
- Yönetimin teşviki ve desteği
- Güvenlik konularını bireysel olarak sahiplenme
- Bireysel güvenlik algısı

Bu anket, tüm tren ekibine, gar görevlileri, mühendisler makinistlere uygulanmaktadır.

#### **2.2.1.4. SERCO Sigorta Güvenlik Kültürü Değerlendirme Aracı**

Serco Sigorta Güvenlik Kültürü Değerlendirme Aracı, güvenlik kültürünü değerlendirmek üzere yapılandırılmış anket ve çalışanlarla yapıla mülakatlardan oluşmaktadır.: (Step Change, 2012) Yönetim ve organizasyonel faktörler, güvenlik ile ilgili faaliyetler ve bireysel faktörler olmak üzere üç ana kültür boyutuna odaklanan bu araç nükleer santraller, demiryolu şirketleri, petrol şirketleri başta olmak üzere geniş bir yelpazede kullanım alanı bulmaktadır.

#### **2.2.1.5. Aberdeen Üniversitesi Açık Deniz Güvenlik Anketi**

Aberdeen Üniversitesi tarafından açık denizlerde bulunan petrol, doğal gaz ve diğer enerji üreten platformlarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Araç, kuruma, güvenlik iklimi ve kurumun zayıf ve güçlü yönleri hakkında bilgi vermektedir. (Fiona Davies, 2001:15) Bu anket en erken dönem geliştirilen araçlardan biridir . İlk versiyonu oldukça kısadır. Daha sonra gittikçe geliştirilmiş ve şu anda 80 soruluk likert tipi bir anket halini almıştır. Günümüzde de oldukça geniş çapta kullanım alanı bulmaktadır.

### **2.2.1.6. Sağlık Hizmetleri Yöneticileri Sağlık Ve Güvenlik Anketi**

Sağlık Hizmetleri Yöneticileri Sağlık ve Güvenlik Anketi, sağlık çalışanlarının buldukları kuruluştaki sağlık, ve güvenlik ikliminden ne derecede etkilendiklerini, hasta güvenliği geliştirme programından önce ve sonra uygulanarak programın etkinliğini değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. Bilgisayar destekli bu anket 71 sorudan ve 1 ile 5 arası kadar değerlendirme yapmaya olanak tanıyan ölçekten oluşmaktadır. Anket şu faktörleri değerlendirmektedir:

- Organizasyonel kararlılık ve iletişim
- Saha yönetiminin kararlılığı
- Amirlerin rolü
- Çalışanların rolü
- Yetkinlik
- İş arkadaşlarının rolü
- Risk alıcı davranışlar
- Beklenmedik olay ve neredeyse kaza bildirimleri
- Güvenli davranışın önündeki engeller

Bu anket geçmişte petrol ve gaz endüstrisi ve üretim sektörü tarafından geniş çapta kullanılan bir anketten köken almıştır.

### **2.2.2. Güvenlik İklimi Değerlendirme Araçları**

Güvenlik iklimi değerlendirmesi için geliştirilmiş anketlerin büyük çoğunluğu üniversite kökenli araştırmalar olup, açık deniz petrol ve gaz platformlarına yönelik olarak geliştirilmiştir.

#### **2.2.2.1. Quest Evaluations And Databases Ltd. Güvenlik İklimi Anketi**

Bu anket, çalışanların bireysel düzeyde, eğilim, değer ve inançlarını değerlendirme olanağı sunmaktadır. Hata potansiyeli olan alanlarda davranışsal kök nedenlerini araştırmaya elverişli bir araçtır. Böylelikle, kurumun iyileştirme

gayretlerini hangi alanlara odaklaması gerektiğini belirlemesine olanak sağlar. Bu araç, özellikle, açık denizlerde petrol ve gaz arayan platformlarda kullanılmak için geliştirilmiştir. (Fiona Davies, 2001:30)

Anket yedili likert tipi 319 sorudan oluşmaktadır. Değerlendirilen faktörler ise;

- Güvenliğe verilen öncelik
- İletişim
- Eğitim
- Çevresel faktörler
- Prosedürler
- Bireysel faktörler
- İşin veya çalışanların iş kurgusu / tasarımı
- Ekipmanların tasarımı
- Yönetim ve kurum yapısı
- Araştırma ve değerlendirme
- Acil durumlara yaklaşım
- Süreklilik

Bu anketin önemli bir avantajı da gerektiğinde yönetim, eğitim vb gibi istenilen bölümleri ile sınırlandırılabilmesidir.

#### **2.2.2.2. Robert Gordon Üniversitesi Bilgisayarlı Güvenlik İklimi Anketi**

Söz konusu anket, kurumlara, güvenlik iklimlerinin zayıf ve güçlü yönleri ile ilgili bilgi sunar. Aynı zamanda diğer kurumlar ile kıyaslama şansını da kullanıcılarına sunmaktadır. Bilgisayar üzerinden uygulanması nedeni ile, uygulama sırasında dışarıdan yardım hizmeti satın alma gereksinimini ortadan kaldırmaktadır. Anket, Microsoft Excel tabanlı bir yazılım olup, anket, analiz paketi ve kullanıcı bilgisinden oluşmaktadır. Anket 49 sorudan oluşmakta olup aşağıdaki bileşenleri kapsamaktadır:

- Genel bilgiler
- Görev ( gönüllü olay bildirim, risk alıcı davranışlar )
- Güvenlik eğilimleri ( güvenlik yönetimine olan itimat, üretim baskısı, yönetim ve amirlerin rolü, kurallar ve düzenlemeler, güvenlik uygulamaları )

Bu ankette beş puanlı değerlendirme ölçeği kullanılmaktadır. (Flin R., 1998:8)

### **2.2.2.3. Loughborough Üniversitesi Güvenlik İklimi Değerlendirme Aracı**

Loughborough Üniversitesi Güvenlik İklimi Değerlendirme Aracı, açık deniz organizasyonlarının güvenlik iklimlerin değerlendirmek üzere kurgulanmıştır. Aracın, periyodik olarak uygulanması ile zaman içerisinde güvenlik iklimi ile ilgili değişimlerin izlenmesi amaçlanmıştır. Bu araç aynı zamanda, organizasyon çapında veya belirlenen bir bölümde alt kültür özelliklerini de belirleme yeteneğine sahiptir. (Health and Safety Executive, 2005:26) Ankette kullanılan sorular, açık denizler için hazırlanan diğer birçok anket soruları ile benzerlikler göstermektedir. Değerlendirme, çalışanlar ile derinlemesine yapılan informal mülakatlar, odak grup çalışmaları ve veri tabanı, yazılı doküman ve kayıtların incelendiği üç boyutlu bir değerlendirme sistematığına sahiptir. Anket, organizasyonel içerik, sosyal çevre, iş çevresi ve organizasyona özgü faktörleri kapsayan 47 soru içermektedir.

### **2.2.3. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçümü İçin Geliştirilmiş Araçların Genel Değerlendirmesi**

Hasta güvenliği kültürünü değerlendirmek üzere kullanılacak araç veya araçların seçiminde akılda tutulması gereken birkaç önemli konu vardır:

1. Organizasyonlar, öncelikle kurumlarında, hasta güvenliği kültürünü mü yoksa hasta güvenliği iklimini mi değerlendirmek istediklerini belirlemelidir. Hasta güvenliği iklimini ölçmek daha kolay olabilir. Ancak, kurum genelinde büyü resmin görülmesi hasta güvenliği iklimini değerlendirerek görmek mümkün değildir. Dahası güvenlik iklimi araçları çalışanların neden böyle hissettiklerini belirlemeye yetmemektedir.
2. Yaygın kullanılan neredeyse tüm araçlar, hasta güvenliği kültüründen ziyade , hasta güvenliği iklimini değerlendirmeye odaklanmışlardır. Oysa, yaygınlaşmamış, ya da iyi valide edilememiş hasta güvenliği kültürünü



ölçebilecek, sağlık sektörü dışında da kullanılan araçlar mevcuttur. Araç seçiminde bu özellik de göz önünde tutulmalıdır.

3. Kurum için en uygun tek bir araç bulunmayabilir, her aracın, zayıf ve güçlü yönleri vardır. Uygulama kolaylığı veya iyi valide edilip edilmediğine bakarak en uygun araç seçilebilir. Ancak bütün bunlar genel çerçeveyi belirler, kuruma uygunluk veya bölgesel yapıya uygunluk konusunda herhangi bir bulgu söz konusu değildir.
4. Geliştirilen araçların neredeyse tamamı hastane kurgusuna göre yapılandırılmıştır. Hastane kurgusu için geliştirilmiş bir aracın diğer sağlık kurumları için de uygun olmayabileceği akılda olmalıdır.
5. Yapılan çalışmalar, değerlendirme sonucu belirlenecek faaliyetlerin, tüm organizasyon çapında olmasından ziyade, bölüm bazında olmasının daha önemli olduğunu göstermiştir. (Zohar D, 2005:616). Bu nedenle, araç seçiminde, değerlendirilmek istenen düzeyin organizasyon, bölüm veya birey düzeyi mi olduğunun önceden kararlaştırılması ve araç seçiminin bu karara uygun yapılması gerekmektedir.
6. Organizasyonlar, başlangıçta araç seçiminde dikkatli olmalıdırlar. Kurumda hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi, tek seferlik bir iş olmamalıdır. Bu değerlendirmeden beklenen fayda, hasta güvenliği programının uygulanması, iyileştirme faaliyetleri gibi faaliyetlerin etkisini ölçmek, kurumda yıllar içerisinde oluşan değişiklikleri saptamak / izlemek olmalıdır. Dolayısı ile seçilen aracın uzun dönemli kullanılabilir bir araç olması gerekmektedir.
7. Geniş çapta kullanılmaya başlamadan önce, aracın içinde bulunulan toplumun kültürel özelliklerine uygun olup olmadığının test edilmesi gerekir. Geliştirilen araçların büyük çoğunluğu, A.B.D kaynaklıdır. Bu araçların diğer ülkelere uygun olup olmadığı, adapte edilebilirliği araştırılmalıdır.

Sonuçta, hangi aracın en etkili veya uygun olduğu sorusuna verilecek basit bir yanıt yoktur. Ancak var olan bir çok araç içerisinde amaca ve kurumun içerisinde yer aldığı ülke veya coğrafya koşullarına göre en uygun olanı seçmek mümkündür.

### 2.3. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN HASTA BAKIM SONUÇLARI VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ ÜZERİNE ETKİSİ

Son dönemde oldukça yoğunlaşan hasta güvenliği kültürü ölçüm çabaları, geliştirilen güvenlik kültürünün hasta ve çalışan çıktılarına nasıl etki ettiği sorusunu da akla getirmektedir. Bu konuda yapılan araştırmalarda elde edilen sonuçlar karışıktır. Bazı araştırmalar, güvenlik kültürünü iyileştirmenin sonuçları iyileştirdiği, bazı araştırmalar herhangi pozitif etkisi olmadığı şeklinde yorumlanmıştır. Bazı araştırmalar ise, güvenlik kültürünü iyileştirmenin diğer çıktıları kendiliğinden geliştirdiğini savunmaktadır.

Bu bölümde hasta güvenliği kültür ölçümü ve hasta güvenliği ve kalite çıktıları bağlantısı

A – Hastane kurgusuna göre hasta güvenliği çıktıları :

i – Akut bakım hastaneleri

ii – Doğum servisleri

iii –Uzun Dönemli Bakımevleri ve diğer sağlık kuruluşları olarak ayrımlanmıştır.

Bu kurgu içerisinde hasta güvenliği çıktıları ise:

a- Plansız yeniden yatışlar ( Readmissions)

b- Hastanede kalış süresi ( Length of Stay )

c- Mortalite oranı

d- İlaç hataları

e- Tıbbi hatalar

f- komplikasyonlar

g- Kendiliğinden iyileşmeler

B – Çalışan davranışlarındaki değişiklikler

a – Çalışan davranışlarının hasta güvenliğine etkisi

b – Çalışan devir hızı

c – Olay bildirimleri

C- İş kazası oranları olarak incelenmiştir.

### **2.3.1. Hastane Kurgusuna Göre Hasta Güvenliği Çıktıları**

Hasta güvenliği çıktıları, sağlık kurumunun kısa dönem veya uzun dönem bakım üzere yapılandırılması yada doğum evi gibi farklı işleyiş ve hasta profiline sahip olması gibi kriterlere bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir. Bu nedenle, hasta çıktıları kurum yapılarına göre incelemek daha aydınlatıcı olacaktır.

#### **2.3.1.1. Akut Bakım Hastaneleri**

Yapılan çalışmaların büyük çoğunluğu akut bakım hastanelerinde çalışanların güvenlik algı ve tutumları hasta güvenliği kültürü iklimi ölçüm anketleri ile değerlendirilmiştir. Bu çalışmalarda anket sonuçları ile birlikte, taburculuktan itibaren 30 gün içerisinde hastaneye plansız geri dönüşler, ilaç hataları, bası yaraları, düşmeler gibi komplikasyonlar gibi çıktılar karşılaştırılmıştır.

##### **2.3.1.1.1. Plansız Yeniden Yatışlar ( Readmissions)**

A.B.D de 67 hastaneden, 36,375 çalışan ile yapılan araştırmada, taburculuğu takiben 30 gün içerisinde hastaneye yeniden yatışlar, riski standardize edilmiş plansız yeniden yatış oranları karşılaştırılmıştır. (Hansen LO, 2011:596) Hasta güvenliği iklimi zayıf olan departmanlarda, kalp krizi ve kalp yetmezliği nedeniyle yeniden yatış oranları daha yüksek bulunmuştur. Güvenlik iklimi skoru yüksek olan departmanlarda ise bu oran düşük saptanmıştır. Ayrıca, deneyimli çalışanların algıları yeniden yatış oranlarını etkilemez iken hasta ile karşı karşıya kalan çalışanların algıları arasında bağlantı olduğu saptanmıştır.

##### **2.3.1.1.2. Hastanede Kalış Süresi ( Length Of Stay )**

A.B.D de yapılan başka bir araştırmada, yoğun bakım ünitelerindeki çıktılar karşılaştırılmıştır. (Huang D.T., 2010:151) Otuz yoğun bakım ünitesinde yatmış 65,978 hastanın verileri, hasta, hastane ve yoğun bakım ünitesi özellikleri tasnif edildikten sonra, 2,103 çalışana hasta güvenliği kültürü anketi uygulanmıştır. Hasta

dataları anket sonuçları ile karşılaştırıldığında güvenlik iklimi anketi skorundaki her % 10 luk düşüşe karşın hastanede kalış süresi % 15 oranında arttığı saptanmıştır.

#### **2.3.1.1.3. Mortalite Oranı**

Çalışmalar aynı zamanda klinik çıktılar ile hasta güvenliği iklimi arasında ilişkiyi de araştırmıştır. Fakat analizler sonucunda bir bağlantı saptanmamıştır. (Davenport D.L., 2007:778). 52 farklı kurumdan 6,083 çalışan ankete tabi tutulmuştur. Takım çalışması iklimi, güvenlik iklimi, tükenmişlik, iş tatmini, çalışma koşulları ve stres düzeyi ile riski düzeltilmiş mortalite ve morbidite oranları bağlantısı gösterilememiştir. Bununla birlikte, uzmanlar ile asistanların iletişim ve işbirliği düzeyleri riski düzeltilmiş morbidite oranı ile ilişkili bulunmuştur.

#### **2.3.1.1.4. İlaç Hataları**

İlaç hataları ve hasta güvenliği kültürü karşılaştırması da A.B.D den bir ekip tarafından incelenmiştir. (Hofmann DA, 2006:847) Söz konusu araştırmada hasta güvenliği kültürü ile hemşire ve hasta çıktıları incelenmiştir. İlaç hataları, hemşirelerde sırt ağrısı, idrar yolu enfeksiyonları, hastaların hemşire hizmetlerine ilişkin algısı, hasta tatmini, hemşirelerde iş tatmininin doğrudan hasta güvenliği kültürü düzeyi ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Bir başka çalışma ise güvenlik iklimi ve hasta çıktılarını etkileyen diğer değişkenleri karşılaştırılmıştır. 10 akut bakım hastanesinden acil servis, iç hastalıkları departmanları, yoğun bakım ve cerrahi ünitlerinde çalışan 1033 hemşire ve 78 yönetici hemşire hemşire ankete tabi tutulmuş ve güvenli davranış, yöneticiye duyulan güven parametreleri ile bakım haritalarının kullanımının ilaç hatalarına etkisi araştırılmıştır. (Vogus TJ, 2007:997) Altı aylık bir periyotta yapılan çalışmada güvenli davranış ve amire duyulan güven, bakım haritalarının kullanımının ilaç hatalarını raporlama oranını arttırdığı saptanmıştır.

İsrail'de yürütülen bir diğer çalışmada ise bir hastanenin 15 tıbbi ünitesi, başka bir hastanenin 21 tıbbi ünitesi ile tedavi hataları ve hasta güvenliği iklimi açısından karşılaştırılmıştır. (Naveh E, 2005:948) Çalışma sonucunda, ekip içerisinde

sık ve net bilgi akışının tedavi hatalarını azalttığı saptanmıştır. Bu da hasta güvenliğini sağlamada iletişimin önemini bir kez daha kanıtlamaktadır.

#### **2.3.1.1.5. Tıbbi Hatalar**

AHRQ tarafından geliştirilen HOSPS anketi skorları ile hastanelerin komplikasyon ve raporlanan olay sayıları karşılaştırılmıştır. (Mardon RE, 2010: 226) 179 hastaneden toplanan veriler incelendiğinde güvenlik iklimi iyileştikçe olay sayısının gittikçe azaldığı saptanmıştır.

A.B.D den bir grup araştırmacı ise, hastanenin hasta güvenliği iklimi ile hasta güvenliği performans göstergeleri arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. (Singer S, 2009:399) 91 hastaneye ait veriler analiz edildiğinde pozitif hasta güvenliği iklimine sahip hastanelerde olay sayısının daha az olduğu bulunmuştur.

Tıbbi hatalar ile ilgili bir başka çalışmada da hastanenin spesifik bir departmanında uygulanan eğitimin etkinliği ve tıbbi hatalar ile ilişkisi incelenmiştir (Nurok M, 2010:489). Yüksek volümlü göğüs cerrahisi bölümü, ekip yetkinliğini geliştirmeye yönelik bir eğitime tabi tutulmuş, eğitim öncesi ve sonrası hasta güvenliği iklimi anketi ile eğitimin etkinliği değerlendirilmiştir. Çalışma sırasında negatif emosyonel iklimin ekip yetkinliğini geliştirme ve hasta çıktıları açısından tehdit oluşturduğu saptanmıştır.

Kanada'dan bir grup araştırmacı üç hastanede, kırk farklı ünite, yatan 8000 hasta verisini analiz ederek, tıbbi hataları kolaylaştıran sebepleri incelemişlerdir. Sonuç olarak, hasta güvenliği iklimi ne kadar pozitif ise, tıbbi hata sayısının ve ağırlının / ciddiyetinin daha az olduğu görülmüştür.

Kanada da hemşirelerin çalışma koşulları ve tükenmişlik ile hasta güvenliği çıktıları arasındaki ilişki incelenmiştir. (Spence Laschinger H.K., 2006:259) Bu çalışma 8597 hemşire üzerinde yapılmıştır Yapılan analizler sonunda, çalışma koşullarının kalitesi ile yönetici hemşirelerin liderlik vasıfları ve güvenli davranışlarının hasta güvenliği çıktılarını etkileyen en belirgin faktör olduğu ortaya çıkmıştır..

Yapılan çalışmaların bazılarında ise hasta güvenliği iklimi ile olay sayısı arasında bir bağlantı saptanamamıştır. Örneğin, U.S Veterans Hospitals

Administiration a bağlı hastanelerde yapılan araştırmada hasta güvenliği iklimi anket verileri, hasta taburculuk verileri ile karşılaştırılmıştır. (Rosen AK, 2010:590) Organizasyonel düzeyde değişkenler, güvenlik kültürü iklimi ile tıbbi hata sayısı arasında bir bağlantı saptanamamıştır. Ancak çalışmada dikkat çeken ayrıntı; hastalar ile birebir çalışanların bireysel algı ve tutumları tıbbi hata sayısı ile bağlantılı, üst yönetimin algı ve tutumundan bağımsız olarak saptanması olmuştur.

İlginç başka bir çalışma ise Hasta Güvenliği Konsorsiyumunun Californiya'da 26 hastanede yaptığı uygulamadır. (Singer S.J., 2005:412) Bu çalışmada söz konusu 26 hastanede iki yıldan uzun süren bir periyotta hasta güvenliği programı uygulanmıştır. Bu programın öncesinde ve sonrasında yapılan hasta güvenliği kültür anket skorlarında anlamlı bir değişiklik saptanamamıştır. Ancak, ilginç olan hasta güvenliği ile ilgili parametrelerde anlamlı bir iyileşmenin saptanmış olmasıdır.

#### **2.3.1.1.6. Komplikasyonlar**

Komplikasyon oranları ile hasta güvenliği iklimi anket skorları arasındaki bağlantıyı inceleyen bir çalışmada anket skorları ile komplikasyon düzeyleri arasında uyumlu bir bağlantı saptanmıştır (Haynes AB, 2011:102). Bu çalışmada cerrahlara D.S. nn güvenli cerrahi kontrol listesi kullanımı öncesinde ve sonrasında hasta güvenliği iklimi anketi uygulanmıştır. Anket sonuçları, post operatif komplikasyon oranları ile karşılaştırılmıştır. Çalışma sonucunda, güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımı, cerrahların hasta güvenliği eğilimlerini iyileştirmiş ve post operatif komplikasyon oranları ise düşmüştür.

Yine U.S Veterans Hospitals Administiration'a bağlı 63 hastanede ameliyathanelerde ekip çalışması eğitimi öncesi ve sonrası yapılan anketler ile komplikasyon oranları arasındaki bağlantı incelenmiştir. (Watts BV, 2010:206) Araştırmaya katılan 63 hastanenin 26 sında eğitim sonrasında güvenlik eğiliminde iyileşme sağlanmıştır. Ancak toplamda bakıldığında güvenlik iklimindeki iyileştirmenin komplikasyon oranları ve hasta güvenliği ile ilgili ıktıları etkilemediği görülmüştür.

Hollanda da yapılan araştırmada ise bası ũlserlerinin prevalansı yatan hasta katı bazında, organizasyon kũltũrũ, ekip iklimi ve kalite yũnetimi baēlamında bası ũlserlerini ũnleyici çalışmalar incelenmiştir. (Bosch M, 2011:4) 37 genel hastane katı, 67 uzun dũnemli bakım katından 1274 hasta verisi, 470 çalışan verileri ile karşılaştırılmış ve bası ũlserleri ile hasta gũvenliēi kũltũrũ, kalite yũnetimi arasında bir baēlantı saptanamamıştır.

#### **2.3.1.1.7.Hasta ıktılarında Olan Kendiliēinden İyileşmeler**

Hasta gũvenliēi kũltũrũ ũlũmlerinin hasta ıktıları ũzerine etkilerini inceleyen çalışmalarda pozitif baēlantı bulmayan araştırmalar olsa da bazı alanlarda, yapılan uygulamaların, hasta gũvenliēi kũltũrũnũ kurumsal olarak kendiliēinden iyileřtirdiēi de saptanmıştır. (Allard J, 2011:711) Őrneēin; İngiltere’de cerrahi ũncesi brifing( Time out) uygulaması ile hasta gũvenliēi iklimi arasında ki baēlantı, ameliyathane çalışanlarına 2003, 2004 ve 2006 yıllarında yapılan anketler ile izlenmiş ve timeout uygulamasının gũvenlik iklimini iyileřtirdiēi saptanmıştır.

Saēlık Vakfı tarafından oluşturulan Gũvenli Hasta İnisiyatifinin desteklediēi bir araştırma yapılmıştır. (Benn J., 2009:524) 24 akut bakım hastanesinde yapılan mũlakatlar, uygulanan programın simũltane bir ũekilde kũltũr, stratejik ũncelikler, kurumun organizasyonel kabiliyetini ve hizmet sunum ũeklini olumlu olarak etkilediēini belirlemiştir. Deēiřime en duyarlı parametre ise gũvenlik iklimi olarak saptanmıştır.

Pediyatrik radyoloji departmanında yapılan hasta gũvenliēi iyileştirme programının sonuçları incelendiēinde, programın hem gũvenlik kũltũrũnũ iyileřtirdiēi hem de ciddi gũvenlik ihlallerini azalttıēı gũrũlmũřtũr. (Donnelly LF, 2009:165) Program ieriēinde tũm çalışanlara hatayı ũnleyici davranış eēitimi, koçluk, gũvenli davranışların ũdũllendirilmesi, iletişim eēitimi ve kidedli radyologlar ile operasyonel toplantılar yapılması bulunmaktaydı.

#### **2.3.1.2. Doēum Servisleri**

Doēum servislerinde hasta gũvenliēi iklimi ve hasta ıktıları arasındaki baēlantıyı doērudan inceleyen çalışma sayısı kısıtlıdır. A.B.D de bir doēum servisi

iki yılı aşkın bir zaman diliminde bağımsız uzman denetimi, protokol standardizasyonu, hasta güvenliği kurulu, hasta güvenliği hemşirelik pozisyonu ve hemşirelere fetal kalp seslerini yorumlama yetkinliği kazandırmayı da içeren bir hasta güvenliği programı uygulamıştır. (Pettker CM, 2009:492) Program sonunda serviste hasta güvenliği ikliminin iyileştiği ve tıbbi hata sayısının azaldığı raporlanmıştır.

Kanada'dan bir grup araştırmacı, doğum servislerinde güvenlik kültürünün değişimini değerlendirmeye yönelik bir ölçek geliştirmiş ve 143 çalışan üzerinde uygulamıştır. (Milne J.K. B. N., 2010:590) Dokuz odak grup çalışması ve 21 mülakat yapılmış ve kültürel değişimi belirleyen, değerler, davranışlar vb. sıralanmış ve deneklerden bu parametreleri önceliklendirmeleri istenmiştir. Bu çalışmada altı kültürel boyut ölçeklendirilmiştir. Bunlar; Hasta güvenliği herkesin önceliğidir, ekip çalışması, bireylere değer vermek, açık iletişim, öğrenmek, bireyleri destekleyici tutum. Anket güvenilir bulunmuştur.

Güvenli davranışın anlaşılmasında belirleyici olan kültürel boyutu araştıran Hollandalı bir grup, sekiz yendioğan yoğun bakım ve bir de pediatrik cerrahi yoğun bakım ünitesini incelemişlerdir. (Snijders C, 2009:61) Hasta güvenliği programını uygulamadan önce ve programın bitiminden bir yıl sonra yapılan anketler, hataya karşı suçlayıcı olmayan tutum, yönetimin desteği hasta güvenliği için en önemli boyutlar olduğu ortaya çıkmıştır. Toplamda güvenlik algısını belirleyici olan ise, olay bildirimleri olarak değerlendirilmiştir.

Farklı bir çalışmada ise, İngiliz araştırmacılar başarılı klinik performans gösteren iki doğum servisinin güvenlik iklimi ve ekip çalışması iklimi açısından kayıtlarını incelediklerinde, pozitif güvenlik iklimi ekip çalışması ve iş tatmini skorları saptamışlardır. (Siassakos D, 2011:132) Ayrıca bu çalışmada erkekler güvenlik eğilimleri açısından kadın çalışanlara göre daha yüksek skor elde etmiştir.

Sağlık ekiplerinin durumsal farkındalığını destekleyen ana mekanizmayı ortaya çıkartmayı hedefleyen çalışmada İngiliz araştırmacılar, dört doğumhanede geniş kapsamlı bir gözlemsel çalışma yürütmüşlerdir. (Mackintosh N, 2009:46) Çalışma sonunda, kuralına uygun hasta devri, ekibe bakım koordinatörü atanması, beyaz tahta kullanımı gibi uygulamaların ekip koordinasyonunu destekleyerek



güçlendirdiği bulunmuştur. Bu gibi araçların kullanılması hasta güvenliği kültürünü iyileştirmekte etki etmektedir.

Avustralyada iki kamu hastanesinin doğum servislerinde hasta güvenliği kültürü araştırılmış ve çalışma sonucunda her iki hastanede de doğum bölümlerinde güvenlik kültürünün geliştirilmeye gereksinimi olduğu belirlenmiştir. (Allen S, 2010:497) Çalışmada hasta güvenliğinin kurumların birincil önceliği olmadığı, altyapı yetersizlikleri ön plana çıkmıştır.

Mısır da doğum servisi çalışanlarının hasta güvenliği kültürü eğilimlerinin ölçüldüğü çalışmada da bir önceki araştırmaya benzer sonuçlar saptanmıştır. Çalışmada 36 birinci basamak bakım merkezi değerlendirilmiş ve deneklerin sadece (Nabhan A, 2007:212) % 36 ı pozitif hasta güvenliği kültüründen söz etmiştir. Araştırmacılar, iletişim eksikliği, hataya karşı cezalandırıcı tutum ve olay raporlamaya karşı baskıcı tutumun mevcut olduğunu raporlamıştır.

Anlaşılabileceği üzere doğum servislerinde hasta güvenliği kültürünü iyileştirmek üzere yapılan çalışma sayısı fazla olmakla beraber, doğrudan kültür, hasta çıktısı ilişkisini araştıran çalışma oldukça sınırlıdır.

### **2.3.1.3. Uzun Dönem Bakım Evleri**

Hastane kurgusu dışında, doğrudan hasta güvenliği kültürü ile hasta çıktılarını sorgulayan sadece bir araştırma saptanmıştır. (Bonner AF, 2009:11) A.B. D de beş eyalette rastsal örnekleme ile seçilen 72 uzun dönem bakım evinden 579 sertifikalı hemşire yardımcısı üzerinde yapılan araştırmada, çalışanların hasta güvenliği ile ilgili algılarının doğrudan bası ülserleri, düşme ve fiziksel kısıtlama gibi klinik çıktılar ile bağlantısı olup olmadığı araştırılmıştır. İyi gelişmiş güvenlik algısı olan kurumlarda düşme raporlama oranının arttığı, fakat bası ülserleri ile bir bağlantı olmadığı saptanmıştır.

### **2.3.2. Çalışan Davranışlarındaki Değişiklikler**

Hasta güvenliği kültürünü geliştirmenin hasta çıktılarına olan etkisinin yanı sıra yapıla çalışmalar çalışan davranışlarına ve dolayısı ile çalışan güvenliğine de etkileri olduğu gösterilmiştir.

#### **2.3.2.1. Çalışan Davranışlarının Hasta Güvenliğine Etkisi**

Tayvan da yapılan araştırma, organizasyonel kültürün güvenli çalışan davranışına etkisi olup olmadığını sorgulamıştır. (Chen IC, 2011:65) 42 hastaneden 788 çalışan ile yapılan çalışma sonunda pozitif güvenlik kültürünün, güvenli davranışı teşvik ettiği bulunmuştur.

Çin de ise, kurumun hasta güvenliği iklimi ile, çalışanların kendileri ve mesai arkadaşlarının güvenli davranışlar ve hasta güvenliği ile ilgili bilgi ve algılarının performansa etkisi araştırılmıştır. (Jiang L, 2010:1468) Hem güvenlik iklimi hem de meslektaşların algılanan bilgi ve davranışları, güvenli davranışı geliştirmekte etkili bulunmuştur. Güvenlik iklimi iyileştikçe ve bireyin mesai arkadaşları ile ilgili algısı pekiştikçe kendi güvenli davranış düzeyi de artmaktadır.

Norveç te yaklaşık 2000 sağlık çalışanı ve aynı sayıda petrol endüstrisi çalışanı ile yapılan güvenlik anketleri karşılaştırılmış ve her iki sektörde de benzer faktörlerin güvenlik iklimini iyileştirmeye etken olduğunu ortaya çıkartmıştır. (E., 2010:1507) En önemli değişkenler organizasyonun güvenlik için verdiği destek, güvenliği iyileştirmek için alınan tedbirler ve yönetici beklentileri olarak bulunmuştur. Ayrıca ekip çalışması, sürekli öğrenme ve geri bildirim değişkenlerinin de dolaylı olarak güvenlik iklimini geliştirmeye katkıda bulunduğu belirlenmiştir.

Avustralya da hekim hemşire ve destek personeli ile yöneticilerin güvenli davranış modelini etkileyen faktörler 5204 çalışan üzerinde incelenmiştir. (Wakefield J.G. M. L., 2010:585) Araştırma bir kişini geliştirdiği güvenli davranışın tüm çalışanları etkilediği ve diğer profesyonel gruplar tarafından da benimsendiği sonucuna ulaşmıştır.

Tüm bu çalışmalar hasta güvenliği kültürü ile ilgili çalışmaların doğrudan olmasa da çalışan güvenliğini etkilediğini düşündürmektedir.

Hollanda da hasta güvenliği kültürünün 11 boyutu, yedi farklı hasta güvenliği programı uygulanan 33 acil serviste incelenmiş ve hasta güvenliği kültürü boyutları ile programın bağlantısı sorgulanmıştır. (van Noord I, 2010:162) Araştırma, hasta güvenliği kültürü boyutlarının bir çoğunun uygulana programla pozitif veya negatif bağlamda ilişkili olduğunu göstermiştir. Çalışmanın yapıldığı hastanelerden birinde, hasta devirlerin konusunda alınan tedbirlerin yeterli olduğunu düşündüklerinden iyileştirmek için herhangi bir çaba gösterilmemiştir. Buna karşın hasta güvenliği kültürünü geliştirme konusunda yönetimin belirgin destek verdiği hastanelerde çok fazla sayıda hasta güvenliğini iyileştirici uygulama yapıldığı saptanmıştır. BU çalışmadan elde edilebilecek sonuç; Hasta güvenliği kültürünün gelişmiş olduğu kurumlarda, aciliyet kaygısı olmaması nedeni ile iyileştirmelerin yavaş olabileceği, buna karşın değişim için yönetim desteğinin olmasını garantiler.

Güvenlik iklimi ile çalışan davranışlarını inceleyen çalışmaların metaanalizinde, fiziksel ortam ve özellikle, çalışanların organizasyondaki güvenlik eğilimleri ilgili alguları güvenlik iklimini etkilediği bulunmuştur. (Clarke, 2010:553) Güvenlik iklimi ile güvenli davranış arasındaki ilişki kısmen iş tatmini ve yönetimin kararlılığı ile desteklenmektedir. Güvenlik iklimi ile iş kazaları arasındaki ilişki ise, hem genel sağlık ve hem de güvenli davranış ile desteklenmektedir.

### **2.3.2.2. Çalışan Devir Hızı**

Çalışan devir hızları ve çalışanların işten ayrılmaları ile kurumun güvenlik iklimi arasında bağlantı olup olmadığını sorgulayan bir grup araştırmacı, 1995 ile 2007 yılları arasında yayınlanmış yirmi yayını gözden geçirmişlerdir. Gözden geçirilen çalışmalarda örneklem sayısı üç hastaneden 632 denek ile, 168 hastaneden 250000 denek arasında değişmektedir. (MacDavitt K, 2007:45) Bu çalışma jenerik olarak organizasyonel iklimine odaklanmış olsa da yapılan çalışmalar çoğunlukla güvenlik konuları ile ilgilidir. İş tatmini, iş güvenliği, otonomi ve yardımlaşma boyutlarının incelendiği çalışmada sonuçlar birbiri ile uyumsuz çıkmıştır.

Timmel ve arkadaşları, yoğun bakımlarda hemşire devir hızı ile ilgili bir araştırma yapmışlardır. (Timmel J, 2010:252) A.B.D de yoğun bakımlarda uygulana geniş kapsamlı, ünite bazlı güvenlik programı öncesi ve sonrası yapılan anketlerde ,

program sonrası yapılan analizlerde ekip çalışması, güvenlik iklimi ve hemşire devir hızında iyileşme sağlandığı gözlenmiştir.

### **2.3.2.3. Olay Bildirimleri**

Araştırmacıların dikkatini çeken bir diğer nokta da olay bildirimleri ve hasta güvenliği kültürü bağlantısı olmuştur. Olay bildirim frekansı değerlendirilen diğer hasta güvenliği kültürü boyutlarının somut sağlamacısı olarak görülmektedir.

Lübnan da bir grup araştırmacı hasta güvenliği kültürü belirteçleri ve hasta güvenliği çıktıları arasında bağlantı olup olmadığını incelemiştir. (El-Jardali F D. H., 2011:44) 68 hastaneden 6807 çalışan ile yapılan araştırmada hasta güvenliği kültürü ile raporlanan olay sayısı arasında bağlantı olduğu ortaya çıkmıştır. Olay bildirim, iletişim, hasta güvenliği yönetimi ve akreditasyon, pozitif hasta güvenliği kültürünün belirtecilerindedir.

Macaristan da üç hastanenin cerrahları arasında yapılan araştırmada, hataları üstlenme hataların hasta güvenliği kültürü üzerine etkileri incelenmiştir. (Bognar A, 2008:1374) İş çevresi çalışanların güvenlik eğilimlerini etkilemektedir. Bir çok çalışan güvenlik ile ilgili endişelerini dile getirmekte zorluk çektiklerini ifade etmiştir. Denekler kadro yetersizliği, ekipman yetersizliği, üretim baskısı ve yoğun çalışma temposu ile ilgili endişelerini bu çalışmada ifade etmişlerdir.

İsraili araştırmacılar ise, çalışanların olay bildirim konusunda gönüllülüğünü etkileyen güvenlik iklimi faktörlerini incelemiştir. (E. Naveh, 2006:117) Üç hastanenin 44 iç hastalıkları, cerrahi ve yoğun bakım servisinde çalışan 632 çalışan üzerinde yapılan çalışmada araştırmacılar, hasta güvenliğini üç yönden incelemiştir: Çalışanların güvenlik prosedürlerini algılama biçimleri, departmanlarda güvenlik ile ilgili bilgi akışı ve departmanlarda güvenliğe verilen rölatif öncelik. Araştırma sonucunda , çalışanların güvenlik ile ilgili prosedürleri uygun ve uygulanabilir görmesi, güvenlik ile ilgili düzenli olarak bilgi akışı olan departmanlarda daha yüksek oranlarda çalışanların gönüllü olarak olay bildirim yaptıkları ortaya çıkmıştır.

Bir grup araştırmacı olay bildirimini etkileyen faktörleri araştırmıştır. (Frey B, 2010:649) Bu çalışmada; olay bildirimlerinin anonim olması, rapor edilen olay ile

ilgili düzenli geri bildirim ve pozitif hasta güvenliği kültürünün varlığı olay bildirim oranlarını yükselttiği görülmüştür. Olay bildirimleri hatalardan öğrenmenin en önemli unsurudur

Kanadada yapılan bir çalışma, hemşireler arasında etkin liderlik, hakkaniyetli yaklaşım, güvenlik iklimi, hemşirelerin iş çevresi kalitesi ile hasta ve hemşirelerin güvenlik ile ilgili çıktılarını karşılaştırmıştır. (Squires M, 2010:914) 600 hemşirenin katıldığı araştırmada etkin liderlik ve hakkaniyetli yaklaşımın hemşire yönetici ilişkisini dolayısı ile de iş ortamının kalitesini ve güvenlik iklimini pozitif yönde etkilediği ortaya çıkmıştır. Çalışmada böyle bir ortamda bildirilen ilaç hatası sayısının, işten ayrılmaların ve tükenmişlik yaşayan hemşire sayısının azaldığı, saptanmıştır.

Olay bildirimini ile hasta güvenliği kültürü arasında pozitif bağlantı kuran araştırmalar yanı sıra, bağlantının az veya hiç olmadığını gösteren araştırmalar da mevcuttur. Kore de yapılan çalışmada (Kim M., 2010:172) hemşirelerin olay bildirim oranları, olay bildirim yapmaya gönüllülük, hasta güvenliği iklimi ile ilgili algıları, uygulanan bir hasta güvenliği programı öncesi ve sonrasında yapılan olay bildirimleri ile karşılaştırılmış ve önce ve sonra yapılan olay bildirimlerinde bir artış olduğu fakat organizasyonel iklim ve gönüllülük konularında iyileşme olmadığı gözlenmiştir.

### **2.3.3. İş Kazası Oranları**

İş kazaları ve hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişki bir çok araştırmacı tarafından incelenmiştir.

Bir sistematik gözden geçirme çalışmasında 14 çalışma incelenmiştir (Gershon RR, 2007:622). Çalışmanın amacı, organizasyonel iklimin hastanelerde çalışan hemşirelerin iş sağlığı çıktıları üzerine etkilerin değerlendirmektir. İncelenen tüm çalışmalar çapraz kesitsel olarak kurgulanmıştır. Bu çalışmalar incelendiğinde çalışmalar arasında belirgin varyasyonlar ve farklılıklar olduğu görülmüştür. Bununla birlikte tüm çalışmalarda oraganizasyonel iklim ile tükenmişlik, kesici delici alet yaralanması kas iskelet sistemi hastalıkları gibi çıktılar ile yakın bağlantısı olduğu gözlenmiştir.

A.B.D de yapılan bir çalışma hemşirelerde kadro yeterliliği ve güvenlik iklimi ile kesici delici alet yaralanma oranları arasında bağlantı incelenmiştir. (Clarke S.P. , 2002:1115) 20 hastaneden elde edilen veriler incelendiğinde, yetersiz kadro ile çalışılan ve güvenlik iklimi zayıf birimlerde rapor edilen kesici delici alet yaralanmaları ve neredeyse hata ( near miss) , yeterli kadro ve iyi güvenlik iklimine sahip bölümlerde raporlanan sayıdan iki kat daha fazla bulunmuştur.

Güvenlik ikliminin çalışan güvenliğini ne derecede etkilediği araştırılmıştır. (Clarke S.P., 2002:207) 22 hastaneden 2287 hemşire üzerinde yapılan başka bir çalışmada yüksek iş yükü ve zayıf güvenlik iklimi altında çalışan hemşirelerin delici kesici alet yaralanması, neredeyse hata oranları diğerlerine oranla % 50 ile % 200 daha fazla saptanmıştır.

Yine A.B.D de hemşirelerin kas iskelet hastalıkları ( bel ve sırt hastalıkları ) ile delici kesici alet yaralanmalarının iş yükü ve güvenlik iklimi arasındaki bağlantıyı incelemiştir. (Mark BA, 2007: 431) Longitudinal non – eksperimental çalışmada 143 akut bakım hastanesinden 281 ünite incelenmiştir. Sonuç olarak iş koşulları ve iş yükü pozitif olarak güvenlik iklimi ile bağlantılı bulunurken, delici kesici alet yaralanmaları ile kas iskelet hastalıkları arasında doğrudan bir bağlantı olarak nitelendirilmemiştir. Güvenlik iklimi iş yükü ile delici kesici alet yaralanma ilişkisini ılımlı etkilemektedir.

Japon araştırmacılar da hemşireler üzerinde, güvenlik iklimi ile kesici delici alet yaralanma oranları arasında bağlantıyı incelemiştir. (Smith DR, 2009:545) Bu çalışmada kesici delici alet yaralanması riskini azaltacak önlemler incelenmiştir. Buna göre; iş güvenliği konularına hemşirelerin kişisel olarak dahil olmaları, risk kontrol prosedürleri konusunda iyi bir eğitimden geçmek, iş güvenliği ile ilgili kaynaklara kolay ulaşabilmek gibi koşullar delici kesici alet yaralanmalarını azaltmaktadır.

Kosta Rica da 1000 hastane çalışanı ile yapılan araştırmada güvenlik iklimi oldukça zayıf saptanmıştır. (Felknor SA, 2000:18) Eğitim ve güvenliğe yönetim desteği güvenlik ikliminin zayıf olmasında en belirleyici boyutlar olarak saptanmıştır. Ayrıca bu çalışmada iş kazası oranlarının da yüksek olduğu belirlenmiştir.

### **2.3.4. Hasta Güvenliği Kùltürü Ölçümü İçin Kullanılan Araçlar ve Hasta Güvenliği Kùltürünün Hasta ve alışan Sonuçlarına Etkisinin Değerlendirmesi**

İncelenen çalışmaların bir kısmı güvenlik ikliminin çalışan çıktılarına olumlu etkilerinden söz ederken, hasta sonuçlarına etkisi çok net olarak ispatlanamamıştır. Bu çalışmalarda uygulanan hasta güvenliği iklimi veya kùltürü anketleri, uygulanan hasta güvenliği programının etkinliğini değerlendirmek üzere tasarlanmış ve uygulanmıştır. Yani yayınların büyük çoğunluğunda araştırmanın asıl hedefi hasta güvenliği kùltürünün hasta çıktılarına olan etkisi değerdir. Ana alışma sırasında ortaya çıkan yan bulgular olarak yayınlanmışlardır. Bununla beraber çalışmalardan çıkan kanaat, güvenlik kùltürünün iyileştirilmesi, hasta sonuçlarını da olumlu etkileyecektir. Her ne kadar her iki parametre arasında lineer bir bağlantı saptanamamış olsa da bazı araştırmacılar, hasta sonuçlarındaki değeriklikleri somut olarak gözlemleyebilmek için öncelikle kùltürel değerikliğin olması gerektiğini öne sürmektedirler.

Ancak bugün için eldeki kanıtlar, hasta sonuçlarındaki değeriklik için güvenlik kùltüründe değerim olmasının öncü olması gerekmediğini söylemektedirler. Bununla birlikte güvenlik kùltürü, güvenlik iklimi, hasta ve çalışan sonuçları ile ilgili bağlantı doğrusal veya neden sonuç ilişkisinden ziyade oldukça karmaşık ve birbirinden oldukça yüksek oranda etkilenmektedir.

**Şekil 5:** Hasta Güvenliği Kültürü ve Hasta Sonuçları Etkileşimi



Doğrudan hasta güvenliği kültürü – hasta sonuçları bağlantısını ortaya koymak üzere tasarlanmış çalışma sayısı oldukça azdır. Var olan yayınlar üzerinden yorum yapmak güçtür, zira , makalelerde hasta güvenliği iklimi ve hasta güvenliği kültürü kavramları çeşitli şekillerde tarif edilmekte, çoğunlukla birbirinin yerine kullanılmıştır. Hasta güvenliği kültürünü ölçmekte kullanılan yöntemler çoğunlukla belirtilmemiştir. Yetersiz bir ölçüm yöntemi, hiç değişimi olmamış veya gözlenen değişimin çok sınırlı olduğu yanılgısına neden olmuş olabilir. Yayınlar büyük çoğunlukla A.B.D kaynaklıdır. Farklı coğrafyalardan sonuçları ülkelerin özgün kültürel özellikleri ile birlikte karşılaştırmak, daha anlamlı olabilir.

Diğer taraftan incelenen çalışmaların kalite sorunu olma ihtimali yüksektir. Bütün bu kısıtlara rağmen daha özgün kurgulanmış çalışmaların soruya daha ayrıntılı yanıt verebilme olasılığı yüksektir.



## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### TÜRKİYEDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE POLİTİKALARI HASTA GÜVENLİĞİ UYGULAMALARI VE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇÜM ÇALIŞMALARI

Dünya genelinde farklı ülkelerde sağlık hizmetlerinde kalite, risk yönetimi ve hasta güvenliği ve hasta güvenliği kültürü değerlendirmeleri ile ilgili incelemelerden sonra bu bölümde ülkemizde sağlık hizmetlerinde durumun hangi aşamada olduğuna ilişkin bir değerlendirme yapılacaktır. Önceki bölümlerde de vurgulandığı gibi bir ülkenin sağlık hizmetlerinin niteliği ile ilgili birincil belirleyici etken ulusal sağlık politikalarıdır. Bu nedenle öncelikle Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşundan bu yana ulusal sağlık politikaları kısaca gözden geçirilecektir.

#### 3.1. TÜRKİYEDE SAĞLIK POLİTİKALARI ÖZETİ

Türkiye'de de Cumhuriyetin kuruluş yıllarından itibaren sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili iyileştirme ve reform çalışmaları yapılmış ve hala da yapılagelmektedir. 1923 – 1937 yılları arası Dr. Refik Saydam ve ardından Dr. Behçet Uz dönemi Türkiye Cumhuriyeti tarihinde ardından uzun süre konuşulan reformların yapıldığı dönem olarak anılmaktadır. Dr. Nusret Fişek dönemi ise, sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu dönemi olarak tarihte kilometre taşı olarak yerini almıştır. Bu dönem 1960 lı yılları kapsamakta idi

##### 1920 – 1938 Dönemi

Sağlık bakanlığı 1920 yılında ileride Türkiye Cumhuriyeti olacak I. Meclis döneminde kurulmuştur. Kurulduğu dönemin gereksinimleri doğrultusunda yasal düzenlemelerin yapıldığı (R. Akdağ, 2008:13) Türkiye Sağlık politikalarının temellerinin atıldığı ilk dönemdir. Bu dönemde :

- Savaş sonrası problemlerin çözülmesi
- Sağlık personelinin nitelik ve nicelik yönünden desteklenmesi
- Merkezden başlayarak, köylere kadar örgütlenmenin oluşturulması
- Koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması hedeflenmiştir.

Dr. Refik Saydam, bakanlık görevini yürüttüğü dönemdeki politikalarıyla Türkiye’de sosyal devlet anlayışının en iyi örneğini vermiş ve gelecek yıllarda uygulanacak sağlık hizmetlerinin de temelini oluşturmuştur. (Karabulut, 2007:151) Görüldüğü üzere, cumhuriyetin ilk yıllarında hizmete erişim ve insan kaynağını geliştirme konularına ağırlık verilmiştir. Ulusal sağlık politikaları yeni şekillenirken, ülke çapında yetersiz sağlık personeli ve sağlık hizmeti sunacak, hastane, sağlık ocağı vb fiziksel altyapının neredeyse sıfır noktasında olduğu yıllarda ilk hedef, ulusal sağlık sistemini örgütlemek ve yeterli sağlık iş gücüne erişebilmek için gerekli çalışmalar başlatılmıştır. Yine bu dönemde bulaşıcı hastalıklar ile mücadele amacı ile Verem Savaş, Trahom Savaş, Sıtma Savaş dispanserleri kurulmuştur. Bu kurumlar yakın döneme kadar tüm yurt çapında hizmet vermiştir.

### **1938 - 1960 Dönemi**

Bu dönemde sağlık bakanlığı örgütlenmesi güçlendirilmiş ve sosyal içerikli politikalar geliştirmeye yönelik yasal düzenlemeler ve uygulamalar yapılmıştır.

İkinci dünya savaşı sonrası oluşan sıtma, çiçek, frengi ve cüzam gibi hastalıkların salgınları ile mücadeleyi temel alan ‘ Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu’ çıkarılmış, hastalıklara özgün hastalık merkezli dikey örgüt yapılanmaları daha da yaygınlaştırılmıştır. (Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2012) Bu dönemin konumuz açısından en önemli özelliği; İşçi Sigortası ve Emekli Sandıklarının kurularak Sosyal güvence sistemlerinin oluşturulmasıdır. Günümüzde sağlık hizmetlerinde kaliteyi belirleyen bileşenlerden eşit dağılım ilkesini gerçekleştirmek üzere atılmış bir adım olarak değerlendirmek mümkündür.

1945 yılında Sosyal Sigortalar Kurumunun başlangıcını oluşturan İşçi Sigortaları Kurumu oluşturulmuş, böylece ülkede ilk sosyal güvenlik kurumu hizmete girmiştir.

Emekli Sandığı’nın oluşumu ile ilgili çalışmalar da bu dönemde yapılarak sosyal güvenlik kapsamı genişletilmeye çalışılmıştır. Bu dönemin önemli bir özelliği de yurt çapında örgütlenmede yapılan geliştirmelerdir. Bir taraftan , İl Özel İdareleri ve yerel yönetimler tarafından yönetilen hastane hizmetleri Sağlık Bakanlığı bünyesine devredilirken, diğer taraftan bölge Numune Hastaneleri, doğum, çocuk, verem, ruh ve sinir hastalıkları gibi dal hastaneleri kurulmuştur. Köyden başlayarak, sağlık ocaklarının yaygınlaştırılması yine aynı yıllarda ivme kazanmıştır.

### **1961 – 1980 Dönemi**

Bu dönemde değişik sağlık politikaları tartışılmaya başlanmış, ancak sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu görüşü benimsenmiştir. 1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun yürürlüğe girmiş, 1963 yılından itibaren de uygulama alanı bulmuştur. Söz konusu kanun, yalnızca sağlık hizmetlerini örgütleyen bir kanun değildir. Bu kanun, Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin genelini düzenleyen bir ilkeler kanunudur. Bu kanunda yer alan ilkelerin hemen hepsi, kabulünden 17 yıl sonra, 1978 yılında Alma-Ata'da toplanan Temel Sağlık Hizmetleri Konferansında bütün ülkeler tarafından benimsenmiştir (Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2012). Dikey örgütlenmeler kısmen azaltılıp farklı nitelikte sağlık hizmetleri veren yapılar sağlık ocağı bünyesinde entegre hale getirilmiştir. Sosyalleştirme pilot uygulamalarla başlamış ve bu kapsamda çalışan doktorların serbest olarak çalışması yasa ile engellenmiştir.

1960 sonrası planlı döneme geçilmiş ve beş yıllık kalkınma planları bu tarihten itibaren sağlık politikalarının belirlenmesinde en önemli unsurlardan biri haline gelmiştir. 1. Beş Yıllık Kalkınma Planında da sosyalleştirme politikalarını esas alan programlar oluşturulmuştur.

Genel sağlık sigortası kavramı üzerindeki tartışmalar, bu yıllarda başlatılmıştır. Bu dönemde hazırlanan bütün yasa, tüzük ve genelgeler, sosyalleştirmenin ana temeline dayanan düzenlemeleri hedeflemektedir.

### **1980 ve Sonrası Dönemi**

1982 anayasası, sağlık hizmet ve yönetiminde 1961 anayasasına paralel düzenlemeler içermektedir. (Sağlık Bakanlığı, 2008:23) Anayasanın 60. maddesi herkesin ‘Sosyal güvenlik hakkına sahip olduğunu ve devletin bu sorumluluğu üstlendiğini’ içerir. Genel Sağlık Sigortası 1982 Anayasasının 56. Maddesinde ‘Genel Sağlık Sigortası kurulabilir’ ifadesiyle yer almıştır.

Seksenli yıllar, 1961 de başlayan sosyalleştirme politikalarının genişletilmesi gayretlerine şahit olmuştur. Sağlıkta finans yönetiminin öneminin artmasıyla genel sağlık sigortası 1987 yılında tekrar gündeme gelmiş, ancak bu konudaki hukuksal düzenlemeler gerçekleştirilememiştir. Aynı yıl Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılmıştır. Ancak, bu kanunun hayata geçirilmesini sağlayacak düzenlemeler uzun bir dönem hazırlanamamıştır.

1990 yılında DPT tarafından sağlık sektörü ile ilgili master plan hazırlanmış ve bu plan doğrultusunda I.Ulusal Sağlık Kongresi 1992 yılında toplanmış, bu toplantı ile yeniden yapılanma süreci başlatılmıştır. 1993 yılında toplanan II.Ulusal Sağlık Kongresinde ulusal sağlık politikaları belirlenmiş diğer yandan aynı yıl sosyal güvenlik şemsiyesi kapsamı dışında kalan yoksul bireyler için yeşil kart uygulamasına geçilmiştir.

### **3.2. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI**

2000'li yıllara kadar Sağlık Bakanlığı bünyesinde ulusal ve uluslar arası katılımı yapılmış bir çok çalışma ve proje ortaya konmuş ve bu projeler reform olarak adlandırılmıştır. Farklı adlarla da olsa bu kurumun aynı amaca hizmet eden çok sayıda projeye ev sahipliği yaptığı bilinmektedir. Sağlıkta dönüşüm programı ise, bu güne kadar geliştirilen proje ve çalışmaların daha geniş bir perspektiften ele alarak rafine edilmesi ve güncellenmesi ile ortaya çıkmıştır.

Aşağıda ilke, amaç ve hedefleri incelenecek olan program, sağlıkta topyekun bir kalite iyileştirme programı olarak nitelenebilir. Bu program çerçevesinde, örgüt yapısı yeniden şekillenmekte, mevzuat büyük oranda güncellenmekte ve en önemlisi sağlıkta kalite bileşenlerinden biri olan hasta güvenliği kavramı ilk defa ulusal sağlık politikaları içerisinde yer almıştır. Bu gelişme sadece politika düzeyinde kalmamış, büyük bir inisiyatif halini almıştır.

#### **3.2.1. Amaçlar Ve Hedefler**

Sağlıkta Dönüşüm Programının amaçları, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde :

- Organize Edilmesi
- Finansmanının sağlanması

• Sunulmasıdır, şeklinde ifade edilmektedir. (Sağlık Bakanlığı, 2003). Bu ifadeden anlaşılacağı gibi, sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirme hedeflenmektedir.

**a - Etkililik**, var olan kaynakların, amaca uygun kullanımının ifade eder. Uygulanan politikalar ne derecede etkili ise, halkın sağlık düzeyi de o derece yükselecektir. Ulusal düzeyde başarının en kritik kanıtı sağlık hizmetinin koruyucu - önleyici niteliği olmalıdır.. Anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve doğuştan beklenen yaşam süresinin artırılması gibi epidemiyolojik göstergelerde iyileşmeler, ne derecede başarıya ulaşıldığını göstermektedir.

**b- Verimlilik**, kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesi amaçlanmaktadır. Bu amaca ulaşılabilmesi için, insan kaynaklarının dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamaları yeniden ele alınmakta ve yapılandırılmaktadır.. Ülkenin tüm sektörel kaynaklarının sistem içine alınarak entegrasyonun sağlanması verimliliği artırıcı bir faktör olarak görülmektedir.

**c- Hakkaniyet**, bireylerin sağlık hizmetlerine gereksinim duydukları oranda ulaşabilmelerini ve hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmalarının sağlanması hedeflenmektedir. Bu amaca ulaşabilmek için, bireylerin coğrafi, etnik, sosyal statü farklılıklarının eş kalitede sağlık hizmeti almasının önünde engel teşkil etmemesi sağlanmalıdır. sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergelerinin bölgesel farklılıkların azaltılması, hakkaniyet amacı kapsamında yer almaktadır.

### **3.2.2. Temel İlkeler**

Sağlıkta dönüşüm programının Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilen temel ilkeleri şunlardır:

- **İnsan Merkezlilik:** Bu ilke, sistemin planlamasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ifade etmektedir. Sağlıkın aile ortamında olduğu gerçeğinden hareketle birey 'aile sağlığı' kavramı çerçevesinde ele alınmaktadır.
- **Sürdürülebilirlik:** sistemin ülke koşulları ve kaynakları ile uyumlu, kendi devamlılığını sağlayabilecek kurguda tasarlanması gereğini ifade etmektedir..
- **Sürekli kalite gelişimi:** Sunulan hizmetlerde ve elde edilen çıktılarda sürekli iyileştirmeyi hedefleyerek mükemmelle ulaşmayı ifade etmektedir. Bu amaca

ulaşabilmek için, hatalardan öğrenmeyi sağlayacak bir geribildirim mekanizmasının, proaktif olarak hata gerçekleşmeden önlemeyi, sürekli öğrenmeyi sağlayacak bir sistem kurulmalıdır.

- **Katılımcılık:** Sağlık hizmetlerinin sunumunda rol alan tüm paydaşların, sistemin kurulması geliştirilmesi ve uygulanması sırasında görüş ve önerilerinin alınmasını yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak, platformun oluşturulmasıdır. Ayrıca bu ilke, sağlık sektörünün bütün bileşenlerinin kapsamı içine alınarak uygulamada kaynak birliğini sağlamaktadır.
- **Uzlaşmacılık:** Sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşma arayışlarıdır. Çıkar çatışmasına dayalı bir uygulama yerine yöntem, standartlar ve denetim mekanizmalarında birlik sağlanması ve tarafların buna uyması hedeflenmektedir.
- **Gönüllülük:** Hizmet sunan veya talep eden tarafların, uygulama ve hizmetlerini amaç birliği çerçevesinde gerçekleştirmesi gereğini ifade eder. Sistemde hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin, özendirici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almaları şarttır.
- **Güçler ayrılığı:** Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimini üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir. Bu şekilde çıkar çatışması olmayacak, daha verimli ve daha kaliteli hizmet sunumu sağlanacaktır.
- **Desantralizasyon:** Kurumların, merkezi yönetimin oluşturduğu ağır bürokratik yapıdan kurtarılarak yerinden yönetilmesini ifade etmektedir. İdari ve mali yönden özerk işletmeler hızlı karar mekanizmalarına sahip olacak ve kaynakları daha verimli kullanabilecektir. Değişip gelişen koşullara ve çağdaş anlayışa uygun olarak yerinde yönetim ilkesinin hayata geçirilmesi hedeflenmektedir.
- **Hizmette rekabet :** Sağlık hizmet sunumunun tekel olmaktan çıkarılıp belli standartlara uygun farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanması ilkesidir. Böylece sürekli kalite artırımına ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamı oluşacaktır.

### 3.2.3. Sağlıkta Dönüşüm Programının Genel Çerçevesi

Sağlıkta dönüşüm Programı, sektörü bütün boyutları ile kavramak üzere şekillendirilmiş toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır. Her bileşen bir diğeri ile ilişkilendirilmiş olup programın bütünlüğü içinde uygun olabilecek çözümleri içermektedir.

Bu program ile , ülkenin imkan ve kaynakları doğrultusunda önemli ve öncelikli ihtiyaçlara cevap verecek en uygun çözümleri üretmek hedeflenmiştir.. Bununla birlikte, sitemde yer alan hizmet birimlerinin kendi tanımladıkları mükemmeli oluşturmaları için onlara, sisteme zarar vermeyecek bir biçimde hareket etme serbestliği ve şansının sağlanması önemlidir. Yani hizmet unsurları, ana sisteme katkı sağlayacak biçimde bir davranış özgürlüğü içinde olmalıdır.

### 3.2.4. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri

Sağlıkta Dönüşüm Programı, sekiz bileşenden oluşmaktadır. Bunlar; Sağlık Bakanlığı'nın, planlama ve denetleme rolü, genel sağlık sigortası,

#### **a- Sağlık Bakanlığı'nın değişen rolü: Planlama ve denetleme**

Sağlık Bakanlığı'nın *kılavuzluk* işlevinin güçlendirilmesi amacıyla yeniden yapılandırılması gerekmiştir. Bunun değişen rolü nedeni ile Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunucu işlevinden kurtulması ve bunun yerine hastalık sürveyansı/ hastalık kontrolü, sağlık düzenlemesi, planlama ve yönetim kapasitesi, izleme ve değerlendirme, sağlığın teşviki, sağlık alanında sosyal katılım, hakkaniyetli erişimin artırılması, kalite güvencesi, insan kaynakları eğitimi, halk sağlığı, kontrol ve afet önleme araştırmaları gibi işlevlerini güçlendirerek genişletmesi hedeflenmiştir.

Bu hedeflere uygun olmak üzere, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda yapılandırılması sağlanmış ve Bakanlık planlama yapan stratejik bir örgüt yapısı olarak yeniden yapılandırılmıştır. (Sağlık Bakanlığı, 2003) Böylece anayasada tanımlandığı şekli ile, devletin sağlık sektörünü 'tek elden planlama' görevini yerine getirmeyi amaç edinmiştir..

Yapısal dönüşüm kapsamında, Sağlık Bakanlığı'nın dikey yapılanmayı ortadan kaldıran ve entegre sağlık hizmetini ön plana çıkaran bir yapılanma modeli kurgulanmıştır. Sağlık sektöründe aktif liderlik görevi üstlenirken, idari ve mali kontrol ve denetimi taşra teşkilatına aktaracak düzenlemeler yapılmıştır. Yine aynı doğrultuda, stratejik planlama, insan kaynakları politikası, personel yönetimi, kaynak dağılımı, malzeme yönetimi gibi konular da yeni yapılanmanın hedeflerine uyacak şekilde gözden geçirilerek güncellenmiştir. Böylelikle Sağlık Bakanlığı yeni misyonunu, sektör politikalarını örgütsel yapısını, merkez ve taşra yetkililerinin sağlık hizmet ağının yönetim ve işletiminde daha büyük sorumluluklar almalarını sağlayacak bir yönetim modeli geliştirmiştir.

Mezuniyet öncesi ve sonrası sağlık eğitiminin planlanmasında aktif rol alabilecek, sağlık işletme sisteminin değişik düzeylerdeki personeli eğitmek amacıyla eğitim programları geliştirilmesi, bunların uygulama ve denetimini yapabilecek şekilde yeniden planlanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı hem yeniden yapılanmasını gerçekleştirirken hem de sağlık hizmetlerini planlaması ve sunumu sırasında sosyal devlet anlayışı çerçevesinde koruyucu hizmetlere öncelik vererek, birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirmeyi hedeflemiştir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığının odaklanması gereken diğer alanlar arasında, sağlık hizmetlerinde kalite standartların belirlenmesi ve kontrolü ile toplumda sağlık okur yazarlığının geliştirilmesi konuları önde gelmektedir. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı uyarınca , sağlık sektörü için önceliklerin belirlenmesi, kalitenin izlenmesi ve düzenlenmesi, kurumların akreditasyonu ve uzmanlara lisans verilmesi, sigortanın düzenlenmesi ve denetimi, halk sağlığı işlevlerinin yönetimi ve salgın hastalıkların gözetimi üzerine odaklanmaktadır.

#### **b- Genel Sağlık Sigortası :**

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hakkaniyet amacı doğrultusunda, bireylerin ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacakları ve hizmetleri ihtiyaçları ölçüsünde kullanabilecekleri bir sigorta modeli oluşturulmuştur. Bu yaklaşım, sosyal devlet olmanın temel gereksinimlerin den birisi olup anayasanın 56. Maddesinde de yönlendirici bir hüküm olarak yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003). Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ – Kur ve Emekli Sandığı toplumun sağlık ve emeklilik



sigorta gereksinimlerini karşılayan kurumlardır. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun kurulması ile bu üç kurum tek çatı altında toplanmıştır. Genel Sağlık Sigortası'nın devreye girmesi ile de emeklilik ve sağlık branşları birbirinden ayrılmıştır. Böylece Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ – Kur ve Emekli Sandığı kurumlarının standart birliği sağlayamamış olması, farklı düzey ve yollarda hizmet üretmesi veya satın alması sonucu oluşan tablo ve ayrıca, sigortalı olmayan önemli bir kesimin bulunması gibi sorunların yeni uygulama ile çözülmesi hedeflenmektedir.

Hizmet kalitesini arttırmak, her hastaya eşit düzeyde temel sağlık hizmeti sunmak ve toplumun bütünü kapsayan zorunlu sağlık sigortacılığı sistemi hayata geçirilmiştir. Böyle bir sigortacılık sistemi, sağlık harcamaları maliyetini düşürmeyi hedeflerken, koruyucu hekimlik uygulamalarını da özendirmeyi planlamaktadır. Genel Sağlık Sigortası Kurumunun denetim ve yaptırımları, sağlık giderlerinde önemli bir miktar teşkil eden, ilaç ve tıbbi malzemede kontrolü sağlaması hedeflemiştir. Yeni yapılanmada fiyat kontrolü ve sağlık hizmetlerinin finansmanı tek elden karşılanmaktadır.

#### **c- Sağlık Hizmetine Erişimin Kolaylaştırılması :**

1961 yılında 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun ile oluşturulmuş olan sağlık ocağı ve sağlık evi hizmet modeli o dönem için en gelişmiş en modern sistemlerinden biri olarak betimlenmekteydi. Ancak, düzensiz nüfus artışı köyden kente sürekli göç, gelir dağılımındaki dengesizlikler gibi değişen koşullar, zaman içerisinde bu yapılanmayı yetersiz hale getirmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması, özel sağlık kurumlarından hizmet satın alınması, acil sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili yapılan yasal düzenlemeler bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmıştır.

#### **d- Aile Hekimliği ve Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri**

Temel sağlık hizmetleri alanında, iyi tasarlanmış ve performansa yönelik bir sağlık sistemi anlayışı bulunmamaktadır. Temel sağlık hizmetlerinin kurumsal konumu, diğer hizmet düzeyleri üzerinde yetki ve kontrol sahibi olacak bir yapıya kavuşturulmuştur. Bu konuda yapılan dönüşümlerin çıkış noktası, genelde toplumu oluşturan bireylerin, özelde ise hastaların ve sağlık çalışanlarının göreceli durumlarını iyileştirmektir.

Temel sağlık hizmetlerinde sorumluluk paylaşımı ve bireye ‘tek pencere’ sistemi ile yaklaşım, başarıyı arttıracak önemli faktörlerdir. Bu yüzden bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin bireylerin kendi sececeği doktorlar tarafından seçilmesi amaçlanmaktadır. Bu sayede doktor ve aile üyeleri daha yakın ve kişisel ilişkiler kuracak ve sağlık eğitiminde hastalıkların önlenmesinde ve sağlığın düzeltilmesinde önemli rol oynayacaktır.

**e- Etkili Kademeli Sevk Zinciri**

Etkin bir sevk zinciri kurulabilmesinin ön şartı , hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak hizmeti almasıdır. Buda birinci basamak hizmeti sunan aile hekiminin hastasına sunduğu hizmetin kalitesine bağlıdır. Yani kısaca, hasta memnuniyetini esas alan bir aile hekimliği uygulaması sistemin esasını oluşturmaktadır.

**f- İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri**

Yeni yapılanma ile kamu hastaneleri, Sosyal Güvenlik Kurumu ve Sağlık Bakanlığı tarafından hizmet kalitesi ve sözleşme esaslarına uygun fiyat uygulamaları hususunda denetim altında tutulacak şekilde dönüşmektedir. Önemli bir değişiklik ise; sağlık finansmanında, kurumların değil, bireylerin desteklenmesidir.Hizmeti sunan kurumlar, ürettikleri hizmet oranında pay alacaklardır.

Kamu hastanelerinin bu değişen yapıya uyum sağlaması, daha verimli işletmeler haline dönüşmesi, rekabet koşullarına ayak uydurabilmesi şu andaki yeni bir yapılanma gereksinimi doğmuştur. Bu çerçevede ‘ Kamu Hastane Birlikleri’ oluşturularak, hastanelerin verimliliğini iyileştirmek için, tüm sağlık bakanlığı ve sosyal sigortalar kurumu hastanelerine hem idari mali açıdan, hem de sağlık hizmetlerini üretip yönetmek için gereken girdilerini sağlamak bakımından özerklik tanıyan bir kurgu oluşturulmuştur. Bu kurgu doğrultusunda, her hastane kendi yönetim kararlarından, hizmet kalitesinden ve verimliliğinden sorumlu tutulmaktadır.

Ayrıca gelecek dönemde, özürülere yönelik hizmetler ve tedavi sonrası rehabilitasyon çalışmaları, tedavi edici hizmetlerden bağımsız fakat bağlantılı şekilde uzmanlaşmış, sağlık merkezlerinin kurgulanmasına planlanmaktadır.

## **g- Çalışan Sağlık İnsan Gücünün Yetkinlik ve Motivasyonunun İyileştirilmesi**

Program çerçevesinde öncelikle, sağlık sektöründe çalışan profesyonellerin, Avrupa Birliğine uyum süreci de dikkate alınarak görev yetki ve sorumluluklarının tanımlanması sağlanmaktadır. Daha önce yetki alanları bir netliğe kavuşturulmamış olan, hasta ile birebir çalışan meslek gruplarının da görev ve yetkileri tanımlanmıştır.

Hekimlerin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerinin yeniden kurgulanması Aile Hekimliği, eğitim sisteminin güçlendirilmesi, ağız ve diş sağlığının toplum sağlığı ve koruyucu hekimlik kapsamına alınması gibi uygulamalar, bu hedef doğrultusunda gerçekleştirilmektedir.

Hemşirelik eğitiminin de de yenilikler yapılarak ‘Aile Sağlığı Hemşireliği’ kavramın geliştirilmesi, hemşirelik eğitiminin uluslararası standartlara çekilmesi hedeflenmektedir. Hemşirelik hizmetlerinin hasta bakımına yönelik olarak bilimsel bir disiplin halinde gelişmesi için düzenlemeler yapılmaktadır.

## **h- Sağlık Eğitiminin Sistemi Destekleyecek Şekilde Kurgulanması**

Yapılan dönüşümün sürekliliğini sağlayabilmek için, gerekli olan halk sağlığı bilgi ve becerisine sahip, sağlık politikası, sağlık işletmeciliği, sağlık ekonomisi ve sağlık planlaması alanlarında profesyonel işgücüne gereksinim vardır. Yine sağlık politika ve stratejilerinin yönlendirilmesinde yöneticilere, danışmanlık yapabilecek ve sektörün ihtiyaç duyduğu insan gücüne mezuniyet sonrası eğitimler verecek bir kuruma ihtiyaç vardır.

Halk Sağlığı bilimini gelişmiş teknikler kullanarak, multidisipliner bir yaklaşım ile uygulayacak ekiplerin yetişmesi ve uygulamaların planlanması için böyle bir kurum gereksinimi vardır. Halk sağlığı, toplum hekimliğini de içine alan, bundan çok daha geniş, farklı disiplinleri bir araya getiren bir bilim dalıdır. Cumhuriyetin ilk yıllarında kurulan Hıfzısıhha Okulları, zaman içerisinde güncelliğini ve dolayısı ile etkinliğini kaybetmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Hıfzısıhha Okullarının, çağdaş gereklere uygun olarak güncellenerek, yukarıdaki gereksinime cevap verebilir hale getirilmesi hedeflenmektedir.

Tıp eğitimi, hekimlerin sağlıkta dönüşüm programı doğrultusunda hizmet vermeye yönlendirecek bilgi ve birikim ile donatmayı hedeflemelidir. Tıpta uzmanlık eğitimi, eğitim programlarının, meslek örgütlerinin de katılımı ile geliştirilip

denetlenmesi gerekir. Eğitim hastanelerinin yeniden organize edilip verilmekte olan tıpta uzmanlık eğitimini planlayacak, standardize edecek ve denetleyecek kurumsal bir yapı oluşturulması da bu hedef kapsamı içerisinde değerlendirilmektedir.

#### **i- Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon**

Sağlık sektöründe hizmetin kabul edilebilirliği ve standardı en az, kullanılan sarf malzemesi ile tanı ve tedavi araçlarının kalitesi kadar önemlidir. Hizmet biriminin belli standartlara uygunluğu tek başına yeterli değildir. Hizmet sunum süreci ve elde edilen çıktılar değerlendirildiği bir mekanizmanın kurulması hedeflenmiştir. Son zamanlara kadar kalite, ihmal edilmiş bir konu olmasına rağmen bu gün hem hizmet sunucuları hem de finansal kaynak sağlayıcıları tarafından daha fazla dikkat çekmeye başlamıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, ülkede daha önce ulusal sağlık politikası olarak gündeme gelmemiş olan, sağlık kalitesi ve standartlarına bu hedef çerçevesinde ele almaktadır. ‘ Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu’ bir kavram karmaşası içinde bulunan ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konularını olması gerektiği gibi düzenlemek üzere kurulmuştur. Bu kurumun özerk bir yapıda, sektörün taraflarının yönetiminde söz sahibi olduğu bir şekilde kurulması, gelişmiş ülkelerdeki örneklere benzer şekilde faaliyete geçmesi hedeflenmiştir. Bu doğrultuda elde edilecek sonuçlar, toplumun sağlık düzeyinin ve sağlık kurumlarının hizmet standartlarının iyileştirilmesi için kullanılması amaçlanmaktadır. Kurum, sağlık sonuçlarını ölçmek için sistemler geliştirecek ve bu sonuç ölçümlerini sağlık hizmet sunucularına performans göstergeleri oluşturmak amacı ile kullanmaktadır.

#### **1 - Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma**

İlaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlandırılması ve bunların akılcı yönetimi konularında uluslararası normları yakalayacak kurumsal oluşumlara ihtiyaç olduğu saptanarak, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu kurulmuştur.

Oransal olarak Türkiye’de ilaçlara ve farmasötik ürünlere yapılan harcamalar çok yüksektir. İlaçla ilgili temel politikaların belirlenmesi, ilacın ruhsatlandırılması, üretimi, tanıtımı, satışı, AR \_ GE faaliyetlerinin yönlendirilmesi gibi konularda düzenleyici ve destekleyici olmak bu kurumun görevleri arasındadır.

Tıbbi cihaz ve sarf malzemesinde denetim, kalite belgesi ve kalibrasyon gibi konularda daha çok yurt dışı referanslar dikkate alınmaktadır. Ulusal standartların belirlenmesi ve kalite belgesinin tanzimi, ulusal kaynakların güvenilirliğini destekleyecektir. Ayrıca kullanılan cihazların periyodik kalibrasyonu, tanı ve tedavi güvenilirliğini ve verimliliğini arttıracaktır.

Bu kurum bilgi ve veri tabanları oluşturacak tıbbi cihaz planlanması ve satın alımı, tıbbi cihazların karşılaştırmalı değerlendirilmesi, güvenlik programları, klinik mühendislik uygulamaları , kanunlar ve düzenlemelere dair bilgi sağlayarak uygulama yapacaktır. Yine online ve sürekli eğitim programlarını üstlenmek veya üçüncü şahısları bu doğrultuda finanse etmek ile uygulamalı araştırmaları desteklemek bu kurumun görevleri arasındadır.

#### **i- Sağlık Bilgi Sistemi : Karar Destek Sistemleri :**

Sağlıkta Dönüşüm programının bütün bileşenleri arasında uyumun sağlanabilmesi için entegre bir sağlık bilgi sistemine gereksinim duyulmuştur.

Sağlık hizmetlerinde eşgüdüm, sağlık envanterinin oluşturulması, bireylerin tıbbi kayıtlarının korunması, sevk basamakları arasında bilgi transferi ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması amacı ile Sağlık Bilgi Sistemi Kurulmuştur. Sağlık kayıtlarının güvenilir ve sürekli bir şekilde tutulmasını sağlamak, hizmetlerin verimliliğini geliştirmek, kaynakların nerelerde ve nasıl kullanıldığını takip etmek ancak etkili bir bilgi sisteminin kurulması ve işletilmesi ile mümkündür. Gelişen teknolojiler doğrultusunda modüler yapılarla gerektiğinde büyüeyebilen, kullanıcı – hizmet sunucu ilişkisine en az ihtiyaç gösteren bir yapı oluşturulması hedeflenmiştir.

#### **3.2.5. Sağlıkta Dönüşüm Programının Uygulama Süreci**

Dönüşüm için atılacak her adımda bütüncül yaklaşıma özen gösterilmiştir. Sağlık sisteminin bütün aktörlerini dikkate alarak ve fotoğrafın bütününe bakarak politika ve program geliştirilmesi gerekmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programının hayata geçişi, her bir bileşeni ile ilgili olabilecek küçük değişiklikler ile birlikte temel olarak dört aşamada gerçekleştirilmiştir.

**Kavramsallaşma** Birinci aşama kavramsallaştırma aşamasıdır.

**Yasalaştırma** Kavramsallaşmaya paralel olarak faz farkı ile arkadan gelecek olan ikinci aşama yasalaşma süreci olmuştur. Kavramsal niteliğe kavuşmuş ve mevzuat ( Yasa, Yönetmelik, Bakanlar Kurulu Kararı vb.) ihtiyacı gösteren alanlarda gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

**Kontrollü Yerel Uygulamalar** Programı bir paket olarak hayata geçirmenin gerçekçilikten uzak bir yaklaşım olduğu bilinmektedir. Bu aşamada program çerçevesinde oluşturulan bazı yeniliklerin ve iyileştirmelerin Türkiye geneline yayılmadan önce sınırlı ve kontrollü uygulamaları yapılmıştır. Kavramsallaşma ve yasalaşma aşamalarına gerek göstermeyecek kadar belirgin iyileştirme uygulamalarını ana ilkeler doğrultusunda bu kapsamda ele almak mümkündür. Ancak esas olarak aşamaların konusunu programın bileşenleri oluşturmaktadır. Böylece, sistemlerin işleyen ve işlemeyen taraflarını görmek, hatalardan ders alarak düzeltmeler yapmak mümkün olacaktır.

**Türkiye Geneline Yavınlaştırma** Dördüncü aşama Türkiye genelinde uygulamaya geçiştir. Doğal olarak her bileşen için bu dört aşamadan geçmek gerekli olmayabilir. Her bileşenin bütün aşamalarının, aynı zaman dilimi içerisinde gerçekleştirilmesi gerekli değildir. Birbirini beklemeden ilerleyecek kısımları olduğu gibi, birbirini beklemek zorunda olan bölümler de vardır.

Süreç içerisinde bilim adamları, meslek örgütleri, sendikalar, endüstriyel kuruluşlar, iş dünyası, özel sektör sağlık girişimcileri, gönüllü kuruluşlar gibi sağlık sistemi ile bağlantılı tüm tarafların görüşleri alınmaya özen gösterilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm DSÖ başta olmak üzere sağlıkla ilgili uluslararası kuruluşların, dünyanın önde gelen uzman ve akademisyenlerinin de bilgi ve tecrübelerinden faydalanacak mekanizmalar oluşturulmuştur.

### **3.3. TÜRKİYE'DE SAĞLIKTA KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ YAPILANMASI**

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yapılandırılan ulusal sağlıkta kalite programı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire'si tarafından geliştirilmiş ve hayata geçirilmiştir. Programın liderliğini Sağlık Bakanlığı bünyesindeki merkezi yapı olan

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı yapmaktadır. Hastaneler, Ağız dışı sağlığı merkezleri, acil sağlık hizmetleri gibi kurumlarda programın uygulanmasını ise, saha yapılanması sağlamaktadır.

### **3.3.1. Merkezi Yapılanma**

Sağlıkta Dönüşüm Programının ana hedeflerinden biri nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için ulusal kalite ve akreditasyon sisteminin kurulması olarak ilan edilmiştir. Bu hedef doğrultusunda Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı bünyesinde Mayıs 2007 tarihinde Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı kurularak faaliyetlerine başlamıştır. Daire, Kasım 2007 tarihinden itibaren müstakil Daire Başkanlığı olarak hizmetini sürdürmüş daha sonra çalışmalarını, aynı isim ve görevle Eylül 2009 tarihinden itibaren Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde yürütmüştür. (Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2012) Kurulduğu günden itibaren Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulanan;

- Performans uygulamaları,
- Sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme çalışmaları,
- Performansa dayalı ek ödeme uygulaması,
- Kurumsal performans değerlendirme çalışmaları,
- Yönetici performansı değerlendirme çalışmaları,
- Teşhisle ilişkili gruplar,
- Klinik Performans Ölçümü Çalışmaları,

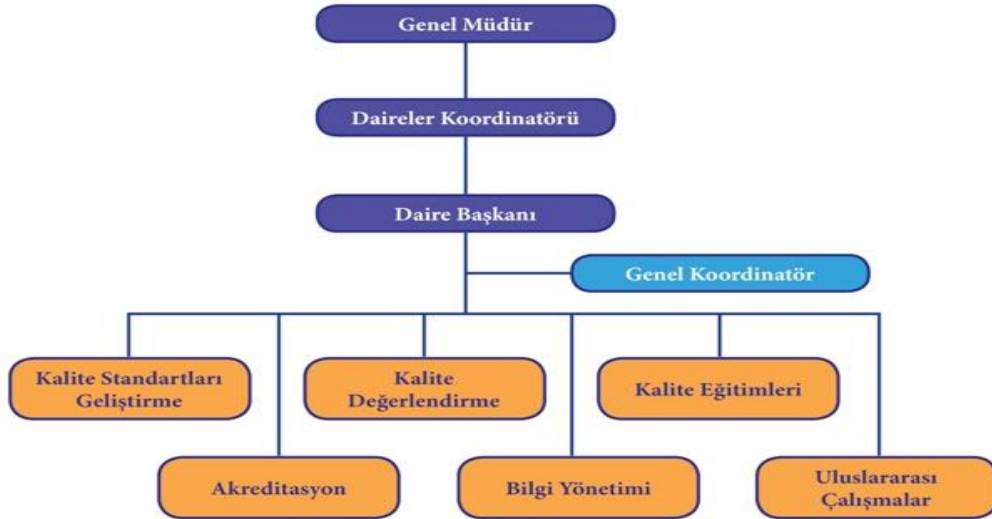
Hasta ve çalışan güvenliği alanlarında faaliyetlerini sürdürmüştür.

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin hedefleri doğrultusunda, 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Daire Başkanlığı, daha farklı bir organizasyon yapısında ve daha özgün hedefler üzerine odaklanarak faaliyet göstermesi uygun görülmüştür.

663 sayılı KHK ile oluşturulan yeni yapılanma sonucu 19 Mart 2012 tarihinden itibaren Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı biriminin varlığı sona ermiş ve Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı bünyesindeki Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü çatısı altında “Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı” kurulmuştur. Kurum bu ilkeler çerçevesinde sağlık hizmetlerinde kalite standartları geliştirme, kalite değerlendirme, kalite eğitimleri, uluslar arası çalışmalar ve sağlık kurumlarının akreditasyonu alanlarında çalışmalarına hız vermiştir. Yeni kurulan Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı'nın kurumsal ilkeleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir;

*İnsan sağlığını odak noktası yapma,  
Sağlıkta hizmet kalitesinin standartlarını yükseltme,  
Faaliyetlerinde hasta ve çalışan güvenliğini sağlama,  
Sağlığın tüm paydaşları ile birlikte hareket etme,  
Dinamik yapısıyla yeniliklere öncülük etme*

**Şekil 6:** Merkezi Yapılanma



Kaynak:<http://www.kalite.saglik.gov.tr>



21/06/2012 tarihli ve 12023 sayılı Bakan Onayı ile yürürlüğe konulan “Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Daire Başkanlıklarının Görevlerine Dair Yönerge” ile oluşturulmuş olan Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı'nın görev alanları aynı yönerge ile şöyle belirlenmiştir :

Kamu, üniversite ve özel sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlarda hasta ve çalışan güvenliği, hasta ve çalışan memnuniyeti, verimlilik ve klinik etkinlik hususlarını esas alan kalite standartlarını belirlemek, bu standartların sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulanmasını sağlamak

Klinik kalite göstergeleri geliştirmek

Sağlıkta kalite standartlarına ilişkin uygulama rehberleri oluşturmak

Hasta ve çalışan memnuniyeti ölçümüne ilişkin anketler ve uygulama rehberleri oluşturmak

Hasta ve çalışan güvenliğine yönelik düzenleme yapmak

Sağlık kurum ve kuruluşlarını sağlıkta kalite standartları ile hasta ve çalışan güvenliği çerçevesinde periyodik olarak değerlendirmek

Sağlıkta kalite, akreditasyon, hasta ve çalışan güvenliği konularında ulusal ve uluslar arası kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak

Sağlıkta kalite ve akreditasyon sistemini kurmak, kurallarını belirlemek ve kalite ve akreditasyona yönelik faaliyetleri değerlendirmek

Sağlıkta kalite değerlendiricisi kapasitesini oluşturmak

Sağlıkta kalite standartlarına yönelik sertifikasyon programları düzenlemek

Gerektiğinde çalışma ve bilimsel komisyonlar kurmak ve sekretarya işlemlerini yürütmek

Görev tanımından anlaşılacağı gibi ulusal sağlık kalite politika ve prosedürlerinin geliştirilmesi, uygulanması, izlenmesi, iyileştirilmesi gibi tüm temel görevler, bu kuruma verilmiştir. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı bu görevleri doğrultusunda ulusal sağlık kalite sistemini yeniden yapılandırmaktadır.

### 3.3.2. Saha Yapılanması

Ülkemizde uygulanan kalite yönetim sistemi modelinin hiyerarşik yapısının Sağlık Bakanlığı, Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, İl performans ve Kalite Koordinatörlüğü ve Hastane Kalite Yönetim Birimleri şeklinde olduğu görülmektedir.

Şekil 7: Sağlıkta Kalite Saha Organizasyon



Kaynak: HKS Okulu Ders Notları, 2011, s. 10

Hastane içinde ise, daha yatay bir yapılanma mevcuttur. Her ne kadar hastane başhekim ve kalite yönetim direktörü hastane içindeki yapılanmada piramidin tepesinde yer alsın da aslında sistemin tüm çalışanları kapsadığı görülmektedir. Burada kurullar ile, bölüm kalite sorumlularının rolleri ve etkinlikleri de büyük önem taşımaktadır.

### **3.3.2.1. Üst Yönetimin HKS Sürecine Katılması**

Ulusal kalite modelinde kalite, performans ile ilişkilendirilerek etkinliği ve sürdürülebilirliği sağlanmaya çalışılmıştır.

HKS nin kurumsal performansı, yönetici performansını etkiliyor olması, ‘ Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik ‘ ve ‘ Kurumsal Performans ve Kalite Yönergesi’ gereği bağlayıcı olması vicdani ve profesyonel sorumluluk ve hesap verebilirlik açısından büyük önem taşıması nedeni ile sağlık yöneticileri ve çalışanları tarafından sahiplenilmesini zorunlu kılmıştır.

### **3.3.2.2. Kalite Yönetim Direktörü**

Kalite yönetim direktörü kalite yönetim sistemi içerisinde kilit role sahiptir. Başhekimin belirlediği bir çalışan valiliğin teklifi bakanlığın onayı ile kalite yönetim direktörü olarak görevlendirilir. Kalite yönetim direktörü, kalite yönetim biriminden ve kurumdaki tüm süreçlerden sorumludur.

Kalite yönetim direktörü; HKS uygulamalarını yürütmek, kurum kalite hedeflerini gerçekleştirebilmek ve gerekli koordinasyon görevini layıkı ile yapabilmek için iletişim tekniklerini ileri düzeyde kullanmak, çalışma alanı ile ilgili konulara hakim olmak, takip ve sonuçlandırmak konusunda yeterli ve yetkin olmalıdır.

### **3.3.2.3. Kalite Yönetim Birimi**

Bölüm kalite sorumlularının çalışmalarının koordinasyonu, anket sonuçlarının değerlendirilmesi, doküman yönetimi, bölüm hedeflerine yönelik analiz sonuçlarının değerlendirilmesi, hizmet sunumuna yönelik istatistiki bilgilerin değerlendirilmesi, özdeğerlendirme sürecinin yönetimi ve düzeltici önleyici faaliyet sürecinin yönetimi, kalite yönetim biriminin sorumluluğundadır. Bu görevleri yerine getirebilmesi için personel, altyapı, donanım ve eğitim gibi tüm gereksinimleri karşılanmış sağlam bir yapıya sahip olması gerekir.

#### **3.3.2.4. Bölüm Kalite Sorumluları**

Bölümler; hizmetin verildiği ve hizmet kalite standartlarının uygulanacağı uygulama alanlarıdır. Hizmetin verildiği bölümlerde hizmet kalite standartlarının uygulanmasından sorumlu kişiler de bölüm kalite sorumlularıdır. Görevlerinin önemi gereğince bölüm kalite sorumluları, doğru kişiler arasından seçilmeli, mutlaka yardımcıları olmalı ve görevlendirilmeleri başhekim tarafından yapılmalıdır.

Bölüm kalite sorumluları; bölümleri ile ilgili HKS yi uygulamak, eğitim gereksinimlerini Kalite Yönetim Birimi'ne bildirmek bölüm hedeflerinin belirlenmesi için yapılan çalışmalara katılmak bölüm hedeflerine ilişkin analizleri kalite yönetim birimine bildirmek gibi önemli görevleri yerine getirirler.

#### **3.3.2.5. Komiteler**

Hizmet kalite standartları kapsamında tanımlanan komiteler, yine HKS kapsamında çerçevesi belirlenen çalışma alanları ile ilgili görevleri yerine getirmek üzere kalite yönetim direktörünün teklifi, başhekimin onayı ile kurulurlar. Komiteler faaliyetlerini kalite yönetim direktörünün koordinasyonunda yürütmekle birlikte bağımsız birer organ gibi çalışırlar.

Görev alanları ile ilgili faaliyetler, KYB tarafından komiteye iletildikten sonra komiteler görev alanına giren faaliyetlerle ilgili bir plan hazırlar ve bu plan doğrultusunda faaliyetlerini yürütürler. Faaliyetlerin gözden geçirilmesi amacı ile belirli aralıklarla toplantılar düzenleyerek gerektiğinde düzeltici – önleyici faaliyetleri başlatabilirler, olay bildirimine ilişkin analiz sonuçlarını ve yapılan faaliyetlerle ilgili belgeleri kalite yönetim birimine gönderirler.

### **3.3.2.5.1. Eğitim Komitesi**

Hizmet Kalite Standartları temelinde hizmet içi eğitimleri planlamak ve organize etmek, bölümlerden gelen eğitim taleplerini değerlendirmek, çalışanların uyum eğitimlerini planlamak, hastalara yönelik eğitimleri koordine etmek ve özellikle eğitim planlarında göz ardı edildiği düşünülen hekimleri de kapsayacak şekilde tüm bölüm çalışanlarına yönelik eğitim faaliyetleri ile ilgili süreçleri yönetmekle yükümlüdürler. Eğitim faaliyetlerinin istenen düzeye ulaştırılmadığı kurumlarda hizmet kalite standartlarının uygulanma düzeyini istene düzeye çıkarmak mümkün değildir. Bu nedenle eğitim komitesinin görevi tüm hizmetleri kapsayan ve etkileyen çok önemli bir görevdir.

## **3.4. HİZMET KALİTE STANDARTLARI**

Ülkemizde hasta güvenliği ile ilgili çalışmalar oldukça yenidir. Sağlıkta Dönüşüm Programının bir parçası olarak, Ulusal Akreditasyon Sistemi geliştirme çalışmaları Joint Commision International den de danışmanlık hizmeti alınarak başlatılmıştır.

Öncelikle 2005 yılında kamu hastanelerinde hayata geçirilen Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme çalışmasının en önemli parametresini kalite kriterleri oluşturmaktadır. (Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, 2011) 2007 yılı başında yapılan revizyonla 100 sorudan oluşan kalite kriterleri, 150 sorudan oluşan bir set haline almıştır. 2008 yılında tamamen revize edilerek hem yapısal, hem dizayn hem de metodolojik açıdan yeniden düzenlenmiştir. Kalite kriterleri Hizmet Kalite Standartları adını alarak toplam 354 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan bir set haline almıştır. 2009 yılı içinde özel hastane ve üniversite hastanelerine yönelik olarak toplam 388 standart ve yaklaşık 1450 alt bileşenden oluşan “Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları” hazırlanarak yayınlanmıştır. Boyutlandırma sisteminde, Standartlar dikey ve yatay olmak üzere 5 boyuttan oluşan bir model üzerine yerleştirilmiş ve kurumun tüm bölümlerini kapsayacak şekilde dizayn edilmiştir. Dikey boyutlarda, Kurumsal Hizmet Yönetimi, Sağlık

Hizmeti Yönetimi, Destek Hizmeti Yönetimi, İndikatör Yönetimi yer alırken yatay boyutta ise Hasta ve Çalışan Güvenliği bulunmaktadır. Bu şekilde ülkemize özgü bir boyutlandırma yapısı geliştirilmiştir.

2011 Nisan ayında yürürlüğe giren Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik ile ulusal hasta ve çalışan güvenliği politikaları belirlenmiştir. Oldukça geniş kapsamlı olarak hazırlanmış olan yönetmelik kamu, özel sektör ve üniversitelerin ikinci ve üçüncü basamak hastanelerinin uygulayacağı hasta ve çalışan güvenliği programlarının esaslarını tarif etmektedir. Hastane Kalite Standartları kuralları uyarınca hastaneler yılda bir kez denetlenmekte ve kurumlardan 100 üzerinden minimum 80 puan almaları beklenmektedir. Standartlar ayrıca, kurumların yılda en az bir kez kurum içi denetim yapmalarını mecburi tutmaktadır.

**Şekil 8:** Hizmet Kalite Standartları Değerlendirme Metodolojisi



Kaynak: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, 2011

Sağlıkta Dönüşüm Programının 8 ana bileşeninden biri olan ve kaliteli sağlık hizmetini hedefleyen "Sağlık Kurumlarında Kalite ve Akreditasyon" çalışmaları kurumsal ve sistematik bir şekilde 2005 yılında hayata geçirilmiştir. Bu kapsamda öncelikle Bakanlığa bağlı hastanelerde hastanelerin kalite

değerlendirmesinde kullanılmak üzere kalite kriterleri hazırlanarak yayınlanmış ve bu kriterler her yıl dört ayda bir hastanelerce öz değerlendirme mantığı çerçevesinde değerlendirilmiştir. Sonrasında değerlendirmeler il sağlık müdürlüğü bünyesinde yer alan performans ve kalite koordinatörlüklerince yapılmaya bağlanmıştır. Ayrıca dört ayda bir olan bu değerlendirmeler süreç içerisinde altı ayda bir yapılmaya başlanmış, bununla birlikte kalite kriterleri de ihtiyaçlara, önceliklere ve Bakanlık stratejik hedeflerine göre revizyonlara uğrayarak daha da geliştirilmiştir.

Performans ve kalite koordinatörlükleri tarafından yapılan değerlendirmelere ilaveten sistemin daha da geliştirilmesi, iller arası iyi uygulamaların ve deneyimlerin paylaşılması amacıyla Daire Başkanlığınca farklı illerden değerlendirici ekipler oluşturulmuş ve ekipler başka bir ilin merkez hastanelerinde değerlendirmeler yapmıştır. Bu uygulama ile kalite çalışmalarına yeni bir boyut kazandırılmıştır. Söz konusu değerlendirmeler 2007 yılında 7 ilde yapılmaya başlanmış ve "çapraz değerlendirme" adı altında kurumsallaştırılmıştır.

Daha sonra 2010 yılına kadar, kurumsal performans katsayısının hesaplandığı her dönemde Türkiye'nin farklı illerinde çapraz değerlendirmeler yapılmaya devam etmiştir. Bu hızlı değişim ve gelişim sürecinde kalite kriterlerinde önemli ve kapsamlı bir revizyon yapılmıştır. "Hizmet Kalite Standartları" adı verilen bu yeni standart set ile kalite çalışmaları yeni bir sürece girmiştir. Tabii ki Bakanlığımıza bağlı hastanelerde başlatılan kalite çalışmalarının kapsamına 2009 yılında özel hastanelere yönelik olarak yayınlanan "Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları" seti ile özel hastaneler de dahil edilmiştir.

Buna paralel olarak 2009 yılında Sosyal Güvenlik Kurumunun özel hastanelerin hastalardan alacağı ilave ücretlerin belirlenmesi amacıyla yayınladığı puanlandırma yönergesinde kullanılan puanlandırma parametrelerinden birini Bakanlıkça hazırlanan "Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları"nın oluşturması fiili olarak ve resmen özel hastanelerin de kalite süreçlerine dahil edilmesini sağlamıştır.

Bu çerçevede, 2010 yılı ilk yarısında, özel hastaneler Bakanlıkça belirlenen ekipler tarafından "Merkezi Değerlendirme" kapsamında değerlendirilmiştir. Ayrıca 2010 yılı sonunda 81 il merkezinde bulunan kamu hastaneleri ve Ağız Diş Sağlığı Merkezleri değerlendirilmiş ve kamuda şuna kadar çapraz değerlendirme adı altında yapılan değerlendirmeler en son yapılan bu değerlendirmeler ile "HKS Merkezi Değerlendirme" adıyla kurumsallaştırılmıştır.

**Şekil 9:** 2007 Yılı II. Dönem Çapraz Değerlendirme Yapılan İller



Kaynak: HKS Okulu Ders Notları, 2011, s. 31

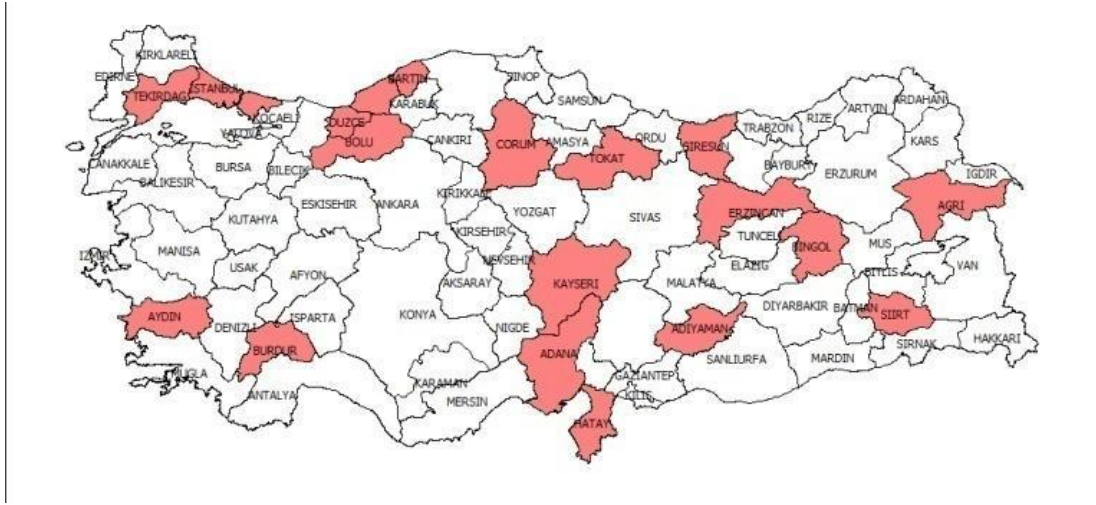
**Şekil 10:** 2008 Yılı II. Dönem Çapraz Değerlendirme Yapılan İller



Kaynak: HKS Okulu Ders Notları, 2011, s. 31



**Şekil 11:** 2009 Yılı II. Dönem Çapraz Değerlendirme Yapılan İller



Kaynak: HKS Okulu Ders Notları, 2011, s. 31

**Şekil 12:** 2010 Yılı II. Dönem Çapraz Değerlendirme Yapılan İller



Kaynak: HKS Okulu Ders Notları, 2011, s. 32

Kamu hastanesi ve özel hastane için, Türkiye genelinde gerçekleştirilen bu değerlendirme süreci "HKS Merkezi Değerlendirme" olarak adlandırılmaktadır. Bundan sonraki süreçte de, kamu hastaneleri, ADSM, özel hastaneler ve üniversite hastanelerinin değerlendirilmesi "HKS Merkezi Değerlendirme" ile yapılacaktır.

Geçmişte, HKS Değerlendirmeleri sadece puanlama amacıyla gerçekleştirilen bir uygulama olarak kalmamış, aynı zamanda hastaneler için kalite konusunda etkili bir eğitim niteliği de taşımıştır. Şimdilerde ise, merkezi değerlendirmeler, kalite konusunda standart bir bakış açısının oluşturulması ve sağlık hizmetlerinin ülkenin çapında istenilen seviyelere ulaşması için eğitim ve teşvik unsuru olmaya devam edecektir. Değerlendirme; Değerlendirilen hastane ve değerlendiricilerin birlikte ekip oldukları bir süreçtir. Bu süreç;

- Daha güvenli
- Daha kaliteli
- Hizmet sunumunun sağlanmasında bir araçtır.

Değerlendirmenin Amacı;

- Hizmet Kalitesini Değerlendirmek
- Sürekli Gelişime Katkı Sağlamak
- Hasta Güvenliğini Sağlamak
- Çalışan Güvenliğini Sağlamak
- Kaynakların Etkin Kullanımını Sağlamaktır.

#### **3.4.1. Hizmet Kalite Standartları Uygulama Süreci**

Sağlık Bakanlığı HKS uygulamasını ülke çapında fiilen başlatmadan önce kendi bünyesinde Eğitici Eğitimi ve Değerlendirici Eğitimlerini tamamlamıştır.2011 yılı itibarı ile de Saha Eğitimleri ön plana çıkmıştır. Bu eğitimler sırasında günümüzde yaygın olan tüm olanakları etkin olarak kullanılmıştır . Bu faaliyetler Hasta ve Çalışan Güvenliği Kongreleri, Hasta ve Çalışan Güvenliği Sempozyumları , HKS Okulları, Uygulama rehberleri ve kılavuzlar, periyodik yayınlar, uzaktan eğitim e- akademi olarak sıralanabilir.

#### **3.4.2. Eğitimler Ve Eğitim İçeriği**

Mevzuat düzenlemeleri ve ulusal politikalar bağlamında hasta güvenliği kavramı ülkemiz sağlık sektörü için yeni bir kavram olarak ortaya çıksa da, 2002 yılından bu yana Joint Commision International e akredite olmuş hastanelerde

hasta güvenliği ile ilgili politika ve prosedürler yaygın olarak kullanılmıştır. 2012 yılı itibarı ile JCI a akredite olmuş 42 Türk Sağlık Kurumu bulunmaktadır. Ayrıca, ISO standartları belgesi almış çok sayıda kamu ve özel sağlık kuruluğu da mevcuttur. Söz konusu sağlık kurumlarını yöneticilerinin teşviki ile hasta güvenliği alanında sivil toplum kuruluşları dernekler ve inisiyatifler oluşturulmuş ve hasta güvenliği konusunda farkındalık yaratma çalışmaları bu STK lar tarafından yürütölmüştür.

2011 yılında ulusal sağlıkta kalite programının aktif olarak devreye girmesi ile eğitimler yaygınlaştırılmış ve ölkede çapında bir seferberlik başlatılmıştır . Özellikle, HKS okullarında uygulana eğitim programı söyle şekillenmiştir:

- Hastanelerde kalite yönetimi
- Hasta güvenliğinin hukuki boyutu
- HKS mevzuatı
- Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi
- Memnuniyet anketlerinin değerlendirilmesi
- Hastane değerlendirme süreci
- HKS metodolojisi
- alışan güvenliği
- Hasta güvenliğinde iletişim
- Hastaların doğru tanımlanması
- İlaç güvenliği
- Transfüzyon güvenliği
- Düşmelerin önlenmesi
- El hijyeni
- Güvenli cerrahi
- Güvenlik raporlama sistemi
- Hasta bakımı
- Labaratuvar hizmetleri
- Renkli kod sistemi
- Hasta kayıtları ve dosyaları

- HKS kapsamında dokümantasyon yönetimi
- Atık güvenliği
- Stok yönetimi
- Gösterge yönetimi

Görülebileceği gibi ulusal sağlıkta kalite programının ve buna bağlı olarak HKS okullarında verilen eğitimin büyük çoğunluğu hasta güvenliği ile ilgilidir. Yeni dönemde ülkemizde hasta güvenliği ile ilgili kurallar belirli bir standarda oturarak, homojen olarak uygulanacaktır.

### **3.5. KALİTE VE GÜVENLİK KÜLTÜRÜNÜN YERLEŞTİRİLMESİ İÇİN TEŞVİK:**

Ülkemizde kalite ve hasta güvenliği kültürünün yerleştirilebilmesi a amacı ile yapıla tutundurma faaliyetleri ödüllendirme ve teşvik, saha ile merkezi yönetimin iletişimini geliştirmek ve öncelikli alanlarda hasta güvenliğini iyileştirici faaliyetlerin yaygınlaşmasını hedefleyen kampanyalardır.

#### **3.5.1. Ulusal Sağlıkta Kalite Ve Güvenlik Ödülleri**

Ülkemizde ulusal sağlık kalite programı olarak, çeşitli mevzuatlarla desteklenen ve tüm sağlık kurumlarında uygulanması zorunlu hale gelen, sağlıkta kalite standartlarının temel amacı hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaktır. Hasta ve çalışan güvenliği uygulamalarının özendirilmesini, iyi uygulamaların paylaşımını sağlamak üzere ; “Sağlıkta Kalite Standartları En İyi Uygulama Ödülü” ve “Sağlıkta Kalite Standartları Araştırma ve Bilimsel Yayın Ödülü” olmak üzere 2 kategoride ödül verilmektedir.

Bu kapsamda, “SKS Araştırma ve Bilimsel Yayın Ödülleri”ne başvurularda saha araştırmasına dayalı olması, sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılmış olması, bir araştırmadaki bilimsel gereklilikleri karşılıyor olması gibi kriterler göz önünde tutulmaktadır. Araştırma ve Bilimsel Yayın Ödülü seçiminde ise, saha araştırmasına dayalı olma, kamu ve özel hastanelerde

yapılmış olma, bilimsel araştırma gerekliliklerini karşılama, araştırmanın amacı, süreci ve sonuçlarının ortaya konulması, sonuçların ölçülebilir nitelikte olması, sağlık hizmetlerine etkilerinin açıklanması, yazım kurallarına uygunluk, güncel ve yeterli literatür, kullanılan dil ve anlatımda akıcılık gibi alt kriterleri göz önünde bulundurarak değerlendirme yapılacağı ilan edilmiştir.

Hastanelerde daha güvenli bir ortam oluşturmak üzere, kamu-özel ve üniversite hastanelerinde yapılmış veya halen devam edilen sistematik uygulamaların teşvik edilmesi amacıyla düzenlenecek olan “En İyi Uygulama Ödülleri”ne başvurularda ise uygulamanın yine sağlıkta kalite standartları ile hasta, çalışan veya laboratuvar güvenliği alanlarında olması, ilgili birimlerin tümünü kapsıyor olması, uygulamaya ait plan ve programların çıkartılmış olması, uygulamanın takibini sağlayan raporlama sisteminin bulunuyor olması, görsel öğelerle desteklenmesi ve benzer hastanelerde uygulanabilme niteliğine haiz olması gibi konular göz önünde tutulmaktadır.

En İyi Uygulama Ödülü başvurularının değerlendirilmesi sürecinde, Bakanlık ve Akademisyenlerden konu ile ilgili uzman isimlerden oluşturulan yine bir Seçici Kurul tarafından; hasta, çalışan veya laboratuvar güvenliği alanında olma, görsel öğelerle desteklenme, ilgili birimlerin tümünü kapsıyor olma, amacı, süreci ve sonuçlarını ortaya koyma, sonuçların ölçülebilir nitelikte olması, sağlık hizmetlerine etkilerinin açıklanması, benzer hastanelerde uygulanabilme niteliğine haiz olma, yazım kurallarına uygunluk, kullanılan dil ve anlatımda akıcılık, konunun planlı ve anlaşılır şekilde sunulması gibi kriterlerin göz önünde bulundurulması amaçlanmıştır.

### **3.5.2. Sağlıkta Kalite Fikirleri**

Sağlıkta kalitenin daha ileriye taşınmasını, tüm sağlık personellerinin kalite çalışmalarına aktif katılımını sağlamak amacıyla oluşturduğumuz Sağlıkta Kalite Fikirleri yarışması başlamıştır.

Yarışmaya Hasta Güvenliği, Çalışan Güvenliği ve Memnuniyet olmak üzere üç kategoride bir fikirle başvuru yapılabilecektir.

Tüm fikirler seçici kurul tarafından uygulanabilirlik, mali yük benzeri birçok faktör gözetilerek değerlendirilecek, en iyi olarak seçilen fikirler “En iyiler” kısmında ve duyurularda ilan edilecektir. En iyi fikir sahiplerinden ilk üç kişi Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dairesi ödüllendirilmektedir. Bu projenin amaçları :

- Sağlıkta kalite çalışmalarına farklı fikir oluşumlarıyla destek olmak
- Tüm illerde çalışan sağlık personellerinin kalite çalışmalarına aktif katılımını sağlamak
- Farklı koşullarda çalışan sağlık personellerinin deneyimlerini paylaşmaları için saha ile uzmanlarımız arasında bir platform oluşturarak bilgi aktarımını kolaylaştırmak
- Uygulamaya geçirilen farklı fikirler sayesinde kısa ve uzun vadede sağlıkta kalitenin artırılması

Hedef Kitle: Sağlık profesyonelleri öncelikli olmak üzere tüm Türkiye dahilinde sağlıkta kalitenin gelişimine katkısı olabilecek herkes hedef kitlemiz kapsamındadır. İlgili projenin resmi web sitesi : <http://www.kalitefikirleri.saglik.gov.tr/> dir.

### **3.6. GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ (GRS) – OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ**

Olay bildirim kavramı ilk olarak 1980’li yıllarda ABD’de ortaya çıkmış 2000’li yıllarda ise Avrupa ülkelerinin gündemine girmeye başlamıştır. Avrupa ülkeleri ve Amerika Birleşik Devletlerinin farklı eyaletlerinde olay bildirim ile ilgili farklı politikalar izlenmektedir. Bazı ülkelerde olay bildirimleri kamu kontrolünde iken, bazı ülkelerde ise sivil kuruluşların kontrolünde yürütülmektedir. Ayrıca ülkeler kendi yasal mevzuatları çerçevesinde olay bildirimlerini zorunlu veya gönüllü kılmaktadırlar. Bunun yanı sıra hangi olayların bildirileceği de ülkeden ülkeye değişmekle beraber bildirilecek konu başlığı üç veya dört konu ile sınırlandırılmakta ve hasta güvenliğini en çok tehdit eden olaylar bildirim sürecine dâhil edilmektedir.

Sağlıkta kalite geliştirme faaliyetleri kapsamında hasta güvenliği geliştirme araçlarından biri olmak üzere, 01 Temmuz 2011 tarihinden itibaren sağlık

kurumlarında “Güvenlik Raporlama Sistemi” adıyla bir bildirim sistemi kurulmuştur. Bu sistem hastaya zarar veren ve/veya zarar oluşmadan önce fark edilen olayların benzerlerinin oluşmasını engellemeyi ve bildirim yapılan olaylardan bir eğitim materyali oluşturulmasını öngörmektedir. Bunun yanı sıra, sağlık kurumlarında raporlama kültürü oluşturmayı, bu olaylardan ders çıkarılmasını sağlamayı, öğrenme süreci ve çözüm yolları geliştirmeyi ve çözümlerin uygulanmasını teşvik etmeyi amaçlamaktadır.

Güvenlik Raporlama Sistemine tüm sağlık çalışanlarının katılması beklenmekle birlikte, sistemin işler tutulma yükümlülüğü kurum yöneticileri ve Kalite Yönetim Direktörlerinin sorumluluğuna verilmiştir. Mevzuat gereği, sağlık kurumlarından hasta güvenliğini tehdit eden olayların en çok görüldüğü konular olan;

- İlaç Güvenliği
- Cerrahi Güvenlik
- Transfüzyon Güvenliği

Olmak üzere en az üç konuya ilişkin hastaya zarar verebilecek veya veren olaylar üzerinden bildirim yapılmasına yönelik sistem kurulması beklenmektedir. Kurumlar hasta güvenliği ile ilgili olması kaydıyla belirleyeceği konu başlıklarına bu sistemde ayrıca yer verebilecektir.

Güvenlik Raporlama Sisteminin kilit noktalarından biri bildirimlerin yapılacağı formlardır. Dolayısıyla hazırlanan bildirim formu, basit, anlaşılır ve kolay doldurulacak şekilde standart formlar tasarlanmıştır. Hazırlanan bu formlarda (GRS Bildirim Formu);

- Olayın konusu
- Olayın anlatılması
- Olaya ilişkin varsa görüş ve öneriler

Olmak üzere üç bölüm bulunmaktadır.

Bildirim formları kurumun özelliğine göre web tabanlı, intranet ortamında veya basılı kopya olarak kullanılabilir. Uygulamada kritik olan nokta, kurum çalışanlarının bu formlara kurumun tüm bölümlerinden kolaylıkla ulaşabilmesidir. Ayrıca ülkemizdeki mevzuat gereği, doldurulan formların bildirim yapan sağlık çalışanının bilinmesini önleyecek şekilde anonim ve gizlilik esasıyla kalite yönetim

birimine iletilmesini sağlayacak bir düzenleme yapılması istenmektedir. Yine, yasal düzenlemede sistem kurulurken özen gösterilmesi gereken konuları şöyle belirlemiştir;

- Sistemin gizliliği,
- Çalışanların kendilerini güvende hissetmeleri
- Sistemin gönüllülük esasına uygunluğu
- Bildirimlerin anonim olmasına özen gösterilmelidir.

Oluşturulacak sistemin işlevselliği çalışanların sisteme bildirim yapmaları ile mümkün olacaktır. Bu nedenle;

- Çalışanlara bildirim sisteminin önemi
- Formların nasıl doldurulacağı
- Bildirimlerin nasıl yapılacağı konularında eğitim verilmelidir.

Ayrıca bildirim sistemi ile ilgili çalışanların görüş ve önerileri alınmalı ve belli periyotlar da geri bildirimlerde bulunulmalıdır. Bunun yanı sıra çalışanların bu bildirim sistemini kullanmaları yönünde teşvik edici çalışmalar da yürütülmelidir.

#### **A - Bildirim Sisteminde Temel Kurallar**

- Bildirim formunda yer alan “ olayı anlatınız” bölümünün doldurulması zorunlu olup diğer iki bölümün doldurulması isteğe bağlıdır.
- Çalışanlar, personel ve hasta isminden bağımsız olarak sadece olayın konusu ve olaya ilişkin bilgilere yer vermelidir.
- Olay ile ilgisi olan çalışanların ve hastaların isimleri için herhangi bir tanımlayıcı kullanılmamalıdır.
- Forma, olayın gerçekleştiği bölüm veya birim ismi ile olayın olduğu tarih ve saat bilgileri yazılmamalıdır.
- Bildirim formları, Kalite Yönetim Biriminin sorumluluğunda olup, doldurulan formların bu birimde toplanmasına yönelik bir düzenleme yapılmalıdır. Ancak bu düzenlemede doldurulan formların iletim süreci, bildirim yapan sağlık çalışanının bilinmesini önleyecek şekilde gizlilik esası gözetilerek kurgulanmalıdır.
- Bildirim formları, kurallara uygunluk açısından Kalite Yönetim Birimi tarafından değerlendirilmelidir.



- Hasta ve çalışanın isminin yer aldığı ve/veya tanımlayıcı bulunan formlar değerlendirmeye alınmamalıdır.
- Olayın gerçekleştiği bölüm veya birim ismi ile olayın olduğu tarih ve saat bilgileri yer alan formlar değerlendirmeye alınmamalıdır.
- Kalite Yönetim Birimince kurallara uygun gönderilen bildirimler Hasta Güvenliği Komitesine iletilmelidir.
- Olay, bildirimi yapanın kendi cümleleri ile anlatılmalıdır.
- Hastane rolü D ve E grubu olan kamu hastanelerinde Güvenlik Raporlama Sisteminin kurulması zorunlu tutulmamıştır.

### **B - Olayın Sebeplerinin Araştırılması (Kök Neden Analizi)**

Hasta güvenliği komitesi öncelikle olayın Güvenlik Raporlama Sistemi içinde ele alınmasının gerekli olup olmadığı noktasında karar vermelidir. Hasta güvenliğini tehdit eden bir unsur içermesi durumunda olay komite tarafından incelemeye alınmalı, olayın sebep ve sonuçları araştırılmalıdır. Her olay kendi içinde değerlendirilmeli ve kök neden analizi yapılmalıdır.

Güvenlik Raporlama Sisteminin amacı kurumsal işleyişte ve güvenlik kültüründe aksayan yönleri tespit edip sistemde gerekli iyileştirmelerin yapılmasını ve hataların tekrarlanmamasına yönelik önlemlerin geliştirilmesini sağlamaktır. Bu çerçevede gerçekleştirilecek olan düzeltici ve önleyici faaliyetlerin çıkış noktasını ise kurumlarda gerçekleşen istenmeyen olayların tespit edilmesi oluşturmaktadır. Bu nedenle, Güvenlik Raporlama Sistemi ile kurumsal sistemden kaynaklanan hataların tespiti noktasında çalışma yapmak ve hatalardan öğrenme sürecine kaynak oluşturmak amaçlandığından sadece olayın sorgulanması gerekmektedir.

Analiz yapılırken Hasta Güvenliği Komitesi, sisteme ilişkin değerlendirmelerde bulunmalı, sistemin aksayan yönleri, düzeltilecek alanların olup olmadığını irdelemelidir. Komite olayları ve olayların sebeplerini incelemeli, olayların kim tarafından gerçekleştirildiği ve zarar görenlerin kimler olduğunu araştırmamalıdır.

## Güvenlik Raporlama Sistemine Yönelik Eğitimler

Bu sisteme ilişkin eğitimlerde asgari;

- Güvenlik Raporlama Sisteminin önemi ve sorumluluklar
- Güvenlik Raporlama Sisteminde yer alan konu başlıklarına ilişkin nelerin hasta güvenliğini dolaylı ve direk tehdit edebileceği
- Bildirimin yapılma şekli, uyulması gereken kurallar ve gizlilik

Örnek olaylar üzerinden sağlık çalışanlarının bildirim formlarını doldurması ve bu formların niceliksel ve niteliksel açıdan değerlendirilmesi gerekmektedir.

### **3.7. HASTA GÜVENLİĞİNDE ÖNCELİKLİ ALANLAR VE ÖZEL KAMPANYALAR**

Dünya Sağlık Örgütü'nün de öncelikleri arasında olan 'Güvenli Cerrahi' ve 'El Hijyeni' konuları Sağlık Bakanlığı tarafından da öncelikli alanlar olarak seçilmiştir. Bu kapsamda, 'Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır' ve 'Temiz Eller Güvenlidir' kampanyaları başlatılmıştır.

#### **3.7.1. Temiz Eller Güvenlidir**

Hasta güvenliğini tehdit eden sorunların başında hastane enfeksiyonları gelmektedir. Dünyada yapılan yüzlerce çalışmada gösterilmiştir ki; el hijyeni, sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesinde en önemli araçtır. Bugün tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de el hijyeni konusunda duyarlılık gittikçe artmakta ve konunun önemini vurgulayan pek çok çalışma ve faaliyet gerçekleştirilmektedir. Ülkemizde sağlık çalışanlarında bu farkındalığı artırmaya yönelik olarak gerçekleştirilen somut çalışmalardan biri de Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığınca hazırlanan Sağlıkta Kalite Standartlarında el hijyeni konusunda hazırlanan standartlardır. Bu standartlar hazırlanırken DSÖ "Temiz Bakım Güvenli Bakımdır" kampanyasında yer bulan esaslar temel alınmıştır. Hasta ve çalışan güvenliği ve özellikle el hijyeni konusunda bir kültür oluşması için eğitimin de rolü unutulmamalıdır. Bu nedenle Sağlıkta Kalite Standartları ile Hasta ve Çalışan Güvenliği konularında Performans Yönetimi ve

Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından kongre, kurs ve sempozyumlar aracılığı ile pek çok eğitim verilmiş ve sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesi ve farkındalıklarının artırılması hedeflenmiştir.

DSÖ'nün 2006'da yayınladığı "El Hijyeni Kılavuzu ve Ek"lerinin Türkçe çevirilerini, Sağlıkta Kalite Standartlarında yer alan el hijyeni uyumunun değerlendirilmesi için yapılacak olan gözlemler ve gözlem sonuçlarının analizinde kullanılacak örnek formları ve bu konuda yararlı olabilecek linkleri Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Başkanlığı resmi web sitesinde yayınlanmaktadır.

### 3.7.2. Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır

Hasta bakımının temel ilkesi olan “önce zarar vermemek” prensibinin en somut uygulama alanlarından biri cerrahi güvenliğin sağlanmasıdır. Yapılan çalışmalar, Dünya Sağlık Örgütü'nün Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin etkili bir şekilde kullanılması ile ameliyata ilişkin komplikasyonların yarısının önlenebildiğini göstermiştir. “Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır” (*Safe Surgery Saves Lives*) projesinin amacı cerrahi bakım güvenliğini, tüm dünya ülkelerinde kanıtlanmış bakım standartlarına dayanarak sağlamaktır. Sağlık çalışanlarında bu yönde bir güvenlik kültürünün oluşturulması amacı ile yapılan kalite değerlendirmeleri ve eğitimlerin ardından bugün DSÖ'nün Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Türkiye'ye özgü olarak geliştirilmiş “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi<sup>TR</sup>” adı ile yayınlanmıştır. Bu şekilde Türkiye'de hastanelerin kullanacağı standart bir kontrol formu oluşturulmuş ve uygulayıcıların kullanımına sunulmuştur.

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, güvenli cerrahi uygulamalarının ve ilgili Hizmet Kalite Standartlarının tüm sağlık çalışanları tarafından daha iyi anlaşılması ve uygulanması için resmi web sitesinde yeni bir bölüm oluşturmuştur. Bu bölümde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi<sup>TR</sup>, Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi bulunmakta, aynı zamanda “Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır Projesi” kapsamında çeşitli dokümanlar bulunmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesini aşağıdaki on hedefi göz önünde bulundurarak geliştirmiştir. Ülkemizde de geçerli olan on hedef şunlardır :

1. Ekip; doğru hasta, doğru ameliyat ve doğru taraf cerrahisi yaptığından emin olmalı
2. Ekip, hastayı ağrıdan korurken anestezinin zararlı etkilerinden de korumalı
3. Ekip, hastayı hayatı tehdit eden hava yolu ve solunum kaybından korumalı
4. Ekip, aşırı kan kaybı riskine karşı hazırlıklı olmalı
5. Ekip, hastaya alerjik veya yan etkisi olabilecek ilaçları uygulamamalı
6. Ekip, cerrahi alan enfeksiyon riskini azaltacak tüm önlemleri almalı
7. Ekip cerrahi alanda alet ve/veya spanç kalmasını engellemeli
8. Ekip, ameliyatta ortaya çıkan tüm patolojik numunelerin doğru şekilde isimlendirilmesini sağlamalı
9. Ekip, ameliyatın güven içerisinde başlayıp tamamlanması için sürekli iletişim içinde olmalı

Hastanelerden, ameliyat kapasitesi ile bilginin rutin olarak elde edilmesi sağlanmalı

### 3.8. HASTA GÜVENLİĞİ VE HUKUKİ DURUM

Tıbbi hatalar sonucu hastada geçici hasar yada uzuv veya organ kaybı, hareket kısıtlılığı vb gibi kalıcı bir hasar meydana getirebileceği gibi yaşam kaybına da neden olabilir. Bu durumda hukuki prosedürler devreye girmektedir. Bu noktada malpraktis kavramını gözden geçirerek, Türk Ceza Kanunu açısından hasta güvenliğini incelemek gereklidir.

Tıbbi kötü uygulama ( Malpraktis ) ;

*‘tıbbi hata ya da yanlış tedavi, sağlık kurumlarının ve tabip, fizyoterapist, hemşire, ebe gibi sağlık çalışanlarının bilgisizlik, beceri eksikliği, deneyimsizlik veya ilgisizlik sonucunda gerçekleştirdikleri, tıbbi camianın kabul ettiği uygulama standartlarının altında kalan tedavi ve işlemleri sonucunda hastanın yaralanması, zarar görmesi ve ölümüne neden olan çoğunlukla tıbbi hata ve mesleki ihmalle ortaya çıkmış zararlardır. Tıbbi kötü uygulama standartları ve düzenlemeleri ülkeler arasında ve ülkelerin değişik yargı çevrelerinde farklılıklar gösterebilir . (Hakeri, 2012:590)*

Daha yalın bir ifadeyle malpraktis; tıp bilimi ve ilgili uğraş alanlarında çalışmakta olan sağlık çalışanlarının hatalı, kötü uygulamalarından hizmet alan

kişinin zarar görmesi durumudur. Tıbbi bilginin her geçen gün katlanarak artması, tıbbi teknolojinin gelişmesi, hastalıkların tanı ve tedavisinde sağlık çalışanlarını daha cesur ve iddialı bir duruma getirmektedir. Buna karşın sağlık profesyonellerinin eğitimlerinin, teknolojik ilerleme hızına yetişememesi, gittikçe karmaşıklaşan sağlık hizmet sunum süreçlerinde gerekli sistemsel iyileştirmelerin yapılamaması gibi nedenler ile Malpraktis davaları artmaktadır.

### **5237 Sayılı TCK'nun Malpraktis Konusu İle İlgili Maddeleri**

Türk Ceza Kanunu, tıbbi kötü uygulama nedeni ile oluşabilecek zararları oluş şekline göre : Kasten adam öldürme ve yaralama suçları ve taksirle adam öldürme ve yaralama suçları olmak üzere iki kategoriden birinde değerlendirilmektedir.

#### **1) Kasten adam öldürme ve yaralama suçları**

Ötanazi dışında, tıp sanatı ile bilerek ve isteyerek bir insanı öldürmek ya da yaralamak yan yana görülemeyecek bir durumdur. Yeni TCK'nın 21. maddesinde; *"...kişinin, suçun kanuni tanımındaki unsurların gerçekleşebileceğini öngörmesine rağmen, fiili işlemi hâlinde olası kast vardır...."* (TBMM, 2004) hükmüne yer verilerek, sağlık çalışanlarının olası kastları nedeniyle kasten adam öldürme ve yaralama suçu ile suçlanabilmeleri mümkündür.

#### **Kasten adam öldürme**

Otonazi kasten adam öldürmek suçunu oluşturur. **5237 Sayılı TCK 81. maddesi** gereği müebbet hapis cezası gerektirir. Anomalili doğan bir bebeğin öldürülmesi veya yardımcı olunması da bu suç kapsamında değerlendirilmektedir.

Kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi **5237 Sayılı TCK'nın 83. maddesinde düzenlenmiştir**. Temel ceza olarak, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmi yıldan yirmibeş yıla kadar, müebbet hapis cezası yerine onbeş yıldan yirmi yıla kadar, diğer hâllerde ise on yıldan on beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunabileceği gibi, cezada indirim de yapılmayabilir.

#### **Kasten adam yaralama**

Hekim ve diğer sağlık personelinin, yukarıda değinilen olası kastları nedeniyle **5237 sayılı Yeni TCK'nın 86 ila 88. maddelerinde** düzenlenen "Kasten Yaralama" suçuyla da suçlanabilecekleri gözardı edilmemelidir.

## 2) Taksirle ölüme ve yaralamaya neden olma suçları

Taksir; kişinin sonucu öngörmesine rağmen o sonucun oluşmasını istememesi ancak o sonucun meydana gelmemesi için de yeterli önlemi almaması olarak tarif edilebilir. Meslek kusurları ve trafik kazaları en sık karşılaşılan taksirli suçlardır.

5237 sayılı yeni TCK'da Taksir 22. madde de tanımlanmıştır. Bu kanun maddesinin 2. fıkrasında “*Taksir, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyle gerçekleştirilmesi*” olarak tarif edilmişken, 3. fıkrasında da “*Kişinin öngördüğü neticeyi istememesine karşın, neticenin meydana gelmesi hâlinde bilinçli taksir vardır; bu hâlde taksirli suça ilişkin ceza üçte birden yarısına kadar artırılır*” denilmektedir. Bilinçli taksir konusunda yeni kanunun getirdiği bir diğer değişiklik de bilinçli taksir durumunda şikâyet geri çekilse dahi kamu davasının devam edeceğidir.

**TCK mad.85'e** göre, taksirle bir insanın ölümüne neden olan kişi 2 yıldan 6 yıla kadar hapis cezasına çarptırılır (erteleme olabilir).

**TCK mad.89'a** göre, (1) taksirle başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi 3 ay 1 yıl hapis cezası veya adli para cezası, (2) duyu veya organlardan birinin işlevinin sürekli zayıflaması, kemik kırılması, sürekli konuşma zorluğu, yüzünde sabit iz, prematüre doğuma neden olmuşsa, ceza yarısı oranında arttırılır, (3) iyileşmesi olanaksız bir hastalık veya bitkisel hayata, duyu ve organ fonksiyon kaybına, konuşma ve çocuk yapma yeteneğinin kaybolmasına, düşüğe, yüzün sürekli değişimine neden olmuşsa ceza bir kat arttırılır. Her iki madde de taksirli suçları içerir.

Hasta güvenliği kültürü oluşturmaya yönelik yoğun çalışmalar yanı sıra yasal planda da uyumlulaştırma çalışmaları yapılması gerekmektedir. Halen yürürlükte bulunan Türk Ceza Kanununun 280. Maddesi

*MADDE 280. - (1) Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.*

*(2) Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır. Denmektedir. Bu maddeye göre,*

Güvenlik raporlama sistemine yapılacak olay bildirimlerinin yetkili makamlara bildirilmemesi suç olarak tanımlanmaktadır. Hasta güvenliği kurulu üyeleri, kalite yöneticileri vb. bu maddeye göre daima potansiyel suçlu olarak görülebilmektedirler. Bu nedenle sağlık çalışanları ve yöneticileri, hasta güvenliğini ilgilendiren konular ile yakından ilgilenmekten ve kurula üye olmaktan kaçınabilirler. Bu madde hasta güvenliği kültürü geliştirme çalışmalarına önemli ölçüde katkı vurabilecek ciddiyette olup, yasa maddesinin evrensel gerekliliklere uygun olarak yeniden düzenlenmesi gerekmektedir.

### **3.9. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ DEĞERLENDİRME ÇALIŞMALARI**

Hasta güvenliği değerlendirme çalışmaları için Türkiye'ye özgü yapılandırılmış anket veya benzeri çalışma bulunmamaktadır. Yayınlanan akademik çalışmalarda HOSPS Türkçe versiyonu kullanıldığı, bir çalışmada da Japon Güvenlik İklimi Ölçeği (Matsubara ve ark.) Türkçe versiyonunu kullanıldığı görülmektedir. Ancak, sağlık kurumlarının düzenli olarak uygulayacakları anket sonuçlarını Türkiye'ye ait sektör verileri ile karşılaştırma olanağı yoktur. HOSPS anketinin 2009 yılında Türkçeye çevrilerek valide edilmiş ve ülkemizde kullanılmaya başlanmıştır. Ancak bu çalışmalar sadece konuyla ilgilenen araştırmacıların akademik çalışmalarından ibarettir.

Türkiye'de hasta güvenliği kültürü ölçümü çalışmalarının yaygınlaşması , Filiz ve Bodur'un HOSPS anketini Türkçeleştirerek Konya'da uygulaması ve geçerlilik güvenilirliğini ispatlaması ile başlamıştır. (Bodur S, 2010:10) . Bu çalışmada anketi yanıtlayanların % 30 u pratisyen, % 27 si Hemşire, % 28 i ebe, % 15 i sağlık memuru olarak raporlanmıştır. Çalışmaya katılanlarda genel, ortalama pozitif hasta güvenliği algısı, ....? Meslek gruplarına göre algı farkı saptanmamıştır. Değerlendirilen hasta güvenliği boyutlarından en yüksek pozitif skoru, % 76 ile bölümlerde ekip çalışması ve % 59 ile genel güvenlik algısı almıştır. En düşük skorlar ise; % 12 ile, olay bildirimi sıklığı ve % 18 ile hataya karşı cezalandırıcı olmayan tutum saptanmıştır. Hekimlerin % 87 si, hemşirelerin % 92 si, diğer personelin % 91 i bildirimi yaptıklarında geribildirim alamadıklarını ifade etmişlerdir.

İstanbul'da yapılan bir çalışmada devlet hastaneleri ve eğitim araştırma hastanelerinde karşılaştırmalı olarak, hasta güvenliği kültürü değerlendirmesi yapılmıştır. (E. E. Çiftlik, 2010:3) "İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden onay alınarak İstanbul ilindeki iki eğitim araştırma hastanesi ile iki devlet hastanesi sağlık çalışanları alınmıştır. Çalışmada Sora ve Nieva'nın geliştirdiği, "Agency For Healthcare Research and Quality"nin uyguladığı "Hospital Survey on Patient Safety Culture" anketi kullanılmıştır. Filiz ve Bodur tarafından Türkçeye uyarlanıp geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan "Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi" kullanılmıştır. Araştırmaya toplam 670 sağlık personeli katılmıştır. Araştırmaya katılanların 294'ü hemşire, 208'i doktor (pratisyen, asistan, uzman doktor, öğretim üyesi) idi. Anket uygulanan doktorların %14,8'i Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde tıpta uzmanlık öğrencisi, %14,2'si uzman doktor ve %2,1 'i ise pratisyen doktordu. Çalışan hemşire kadrosunun % 29'u kadrolu ve %14,7 si sözleşmeli idi. Sağlık çalışanlarının %50,7'sinin hastanede çalışma sürelerinin 1- 5 yıl arasında, % 14,7'sinin 6-10 yıl arasında ve % 11,9'unun 11-15 yıl arasında ve % 8,9'unun ise 1 yıldan az olduğu saptanmıştır. Hastanede çalışma süresinin ankete katılanların yarısından fazlasında 5 yıl altında olduğu saptanmıştır. Ankete katılanların % 29,3'ünde mesleki tecrübenin 1-5 yıl arasında olduğu, % 23,3'ünün 6-10 yıl arasında % 20,5'inin de mesleki tecrübesinin 11-15 yıl arasında olduğu tespit edilmiştir.

Hasta güvenliği kültürü hastane anketi uygulamasında "Olay Raporlama Sıklığı" bölümüne bakıldığında Devlet Hastanelerinde %30 Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde %27 olduğu tespit edilmiştir. Son 12 ayda raporlanan olay sayısı değerlendirildiğinde Devlet Hastanelerinde % 75 oranında hiç raporlama yapılmamışken, Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde bu oran %55'tir. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri çalışanlarında olay raporlama bilincinin daha fazla olduğu saptanmıştır. "Genel Olarak Hasta Güvenliği Algıları" bölümüne bakıldığında Devlet Hastanelerinde % 70,0, Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde % 62,9 çıkmıştır. "Hasta Güvenliği Derecesi" Devlet Hastanelerinde % 74,50 iken Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde % 52,30 olarak tespit edilmiştir. "Yöneticiler" bölümüne bakıldığında sonuç Devlet Hastanelerinde % 56,7, Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde % 45,7 olarak bulunmuştur. "Hastanenin Hasta Güvenliği



Organizasyonu” Devlet Hastanelerinde % 80,3, Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde % 49,1 olarak bulunmuştur. Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde sonucun oldukça düşük çıkması hastanede çalışan sayısının daha fazla olması, araştırmacılar tarafından ‘ iş yükünün biraz daha fazla olması, kullanılan form ve evrakların doldurulması ile ilgili çalışanların yetişememesi ve hasta güvenliği ile ilgili çalışmaların yeterince organize edilemediği’ şeklinde yorumlanmıştır. “Birimdeki Takım Çalışması” Devlet Hastanelerinde % 79,9, Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde % 63,3 tür. “Açık Sözlü İletişim” Devlet Hastanelerinde % 39, Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde % 22,4 olarak tespit edilmiştir. “Hatalar Hakkında Geri Bildirim” Devlet Hastanelerinde % 41,6, Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde % 52,5 olarak tespit edilmiştir. “Cezalandırıcı Olmayan Hata Yaklaşımı” bölümünde elde edilen sonuçlar Devlet Hastanelerinde % 17,3 ve Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde % 22,9 olarak saptanmış ve “Hatalar Hakkında Geri Bildirim” bölümünün sonuçlarını desteklediği görülmektedir. “Hastane Yönetiminin Hasta Güvenliği Desteği” Devlet Hastanelerinde % 63,5 ve Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde % 47 olarak tespit edilmiştir. “Personel sağlama” Devlet Hastanelerinde % 41,6 iken Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde % 52,5’tir. “Takım Çalışması” Devlet Hastanelerinde % 58 iken Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde % 42,1 olarak bulunmuştur. “Hasta Devredilmesi” Devlet Hastanelerinde % 67,2, Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde % 46,6 olarak bulunmuştur.

Araştırmacılar, bulgularını ‘Sağlık Bakanlığına bağlı Devlet Hastaneleri ile Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde “Hasta Güvenliği Kültürü”nün oluşmaya başladığı ancak yaygınlaştırılması ile ilgili çalışmalara, eğitim ve bilinçlendirme konusundaki toplantılarına ağırlık verilmesi gereği anlaşılmıştır.’ Şeklinde yorumlamışlardır.

Uludağ Üniversitesince S. Dursun ve arkadaşları tarafından Bursa’da bir özel hastaneden yapılan (Dursun S., 2010:1) araştırmada Türkçe’ye uyarlaması Bodur & Filiz (2009) tarafından yapılmış olan, Sorra & Nieva (2004)’den çevrilen “*Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi*” kullanılmıştır. Hastane çalışanlarından tüm kademelere dağıtılan anket hekimler tarafından yanıtlanmamıştır. Çalışmaya katılan 181 personelin bulunduğu hastanede ortalama çalışma yılı  $2,73 \pm 1,72$  (ortalama  $\pm$  s.sapma), birimde ortalama çalışma yılı  $2,42 \pm 1,64$  ve meslekte ortalama çalışma yılı  $4,16 \pm 2,11$  olarak elde edilmiştir. Bu değerler hastanenin yeni faaliyete geçtiği ve genç çalışanların bulunduğunu göstermektedir. araştırmanın örnekleminin

%35,4'ünü hemşire ve %64,6'sını yardımcı sağlık personeli oluşturmaktadır. Haftalık çalışma süreleri olarak %67 si 50 saat ve üstü çalışmaktadır. Ayrıca örnekleme oluşturan kişilerin %85,1'i hastalarla doğrudan etkileşim ve temas halindedir. Hastane çalışanlarının kendi hastanelerinde hasta güvenliği derecesini nasıl gördükleriyle ilgili dağılıma bakıldığında, araştırmaya katılanların %14,9'u hasta güvenliğiyle ilgili olarak kendi kurumunu *mükemmel* olarak değerlendirirken, %49,2 si çok iyi, %27,6'sı kabul edilebilir ve %8,3'ü zayıf olarak değerlendirmiştir. Araştırmaya dâhil olan kişilerin çok önemli bir kısmı (%71,3) hasta güvenliğini tehlikeye düşürebilecek hiç bir olayı raporlamamıştır. Bu sonuç gerçekten olmadığı için mi olayların raporlanmadığı yoksa henüz bir güvenlik kültürü yerleşmediği için mi raporlanmadığı bilinmemektedir.

Bu çalışma sonunda araştırmacılar, *'Güvenlik kültürü algısına yönelik yapılan sınırlı sayıdaki çalışmalar, henüz Türkiye'deki hastanelerde yerleşik bir güvenlik kültürü bilincinin oluşmadığını, güvenlik kültürü olgunlaşma seviyesinin reaktif seviyede olduğunu göstermektedir'* yorumunu yapmışlardır.

Bursa'da özel bir hastanede yapılan araştırmada, (Özmen S., 2010:81) çalışan 250 sağlık personeli (hemşire, teknisyen, sekreter ve hastabakıcı) araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Hasta güvenliği kültürüne yönelik olarak Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) tarafından geliştirilen, geçerliği ve güvenilirliği önceden test edilmiş olan "Hasta güvenliği kültürü" anketi kullanılmıştır. Anket formu tamsayım yöntemiyle mesaide olan kişilere dağıtılmıştır. 250 anket formundan, 213'ü geçerli sayılmıştır. Örneklemdaki 213 kişinin 64'ü (%30) kadrolu hemşire, 127'si (%59.6) diğer yardımcı sağlık personelidir ve 22'si (%10.3) pozisyon bölümünü işaretlememiştir. Anketi cevaplayanların %59.7'si (120 kişi) meslek hayatında, %73.4'i (149 kişi) hastanede, %78.9'u (161 kişi) biriminde 3 ve daha az yıldır çalışmaktadır. Çalışma, ilgili hastane için hasta güvenliği kültürü ortalamasını 3.41 olarak göstermiştir (reverse olarak hazırlanan soru, normal hale getirildiğinde ortaya çıkan tabloya göre hasta güvenliği ortalaması çok iyi ile kabul edilebilir düzey arasında gerçekleşmektedir). Raporlanan olay sayısı ortalaması 1.51 (1-2 olay raporu) olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların anket sorularına ilişkin değerlendirmeleri alındığında; katılımcıların %50'si hasta güvenliğini çok iyi bulmakta, ayrıca %15,8'i hasta güvenliği derecesini mükemmel olarak

yorumlamaktadır. Diğer yandan bu dereceyi zayıf olarak adlandıran katılımcılar %5,9'luk bir çoğunluğu oluşturmaktadır. Raporlama durumu incelendiğinde, katılımcıların %69,3'ünün hiç olay rapor etmedikleri edenlerin arasında da %15,6'lık bir çoğunluk ile 1 veya 2 olay rapor edenlerin bulunduğu bilinmektedir. Haftalık çalışma saatlerine bakıldığında ise, katılımcıların %66,3'ünün 50 saatten daha fazla çalıştıkları rapor edilmektedir. Ayrıca sağlık personelinin %81,4'ü hasta ile direkt temas halinde olurken, %18,6'sının doğrudan hastalarla temas halinde olmadığı saptanmıştır.

İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan çalışmada ise, uzman ve asistan hekimler ile hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları araştırılmıştır. (Akın A., 2010:98) Veriler aritmetik ortalama, frekans ve yüzdelerle özetlendi. Güvenlik kültürü ile ilgili alt gruplar oluşturularak dağılım ve kullanılacak yöntemlerin belirlenmesi aşamasındaki normallik testi için Kolmogorov Smirnov testi, varyans homojenliği incelemesi için tek yönlü varyans analizi ve gruplar arasındaki farkın anlamlılık tespiti için Tukey (HSD) testlerinden yararlanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkileri analiz etmek için bağımsız örneklem T testi ve tek yönlü varyans analizinden yararlanılmıştır.

Hastanede çalışan sağlık personellerinden 150 kişinin hasta güvenlik kültürü algılamalarına ilişkin inceleme yapılmıştır. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi uygulanan sağlık personelinin 23'ü sözleşmeli hemşire, 27'si kadrolu hemşire, 50'si asistan doktor, 50'si uzman doktordur. Hekimlerin çoğu haftalık 50 saatten fazla çalışırken, hemşireler çoğunluğu 40 – 49 saat arası çalışmaktadır. Bu çalışanlardan 42'si 1 yıldan az, 53'ü 1-5 yıl arası, 15'i 6-10 yıl arası, 17'si 11-15 yıl arası, 23'ü ise 16 yıl ve üzeri Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapmaktadır. Bu çalışanların 44'ü buldukları birimde 1 yıldan az, 59'u 1-5 yıl arası, 16'sı 6-10 yıl arası, 9'u 11-15 yıl arası, 22'si ise 16 ve üzeri yıl görev yapmaktadır. Bu çalışanların meslekteki kıdem süresine bakacak olursak 25'i 2 yıldan az, 38'i 1-5 yıl arası, 25'i 6-10 yıl arası, 24'ü 11-15 yıl arası ve 38'i 16 yıl ve üzerinde mesleki kıdeme sahiptir. Ankete katılan sağlık çalışanları hasta güvenliği derecesi ile ilgili birimlerine yönelik yaptıkları değerlendirmede, % 45' i birimlerinde hasta güvenliği uygulamasının çok iyi yürütüldüğünü, % 44'ü uygulamanın normal standartlarda olduğunu, % 10' u da uygulamanın standartların altında olduğunu düşünmektedir. Ankete katılan sağlık

çalışanlarının tüm bu düşüncelerine rağmen son on iki ay içerisinde 104' ü hiç olay raporu yazmadığını, 37' si 1-2 olay raporu yazdığını, 4' ü 3-5 olay raporu yazdığını, 2' si ise 21 ve üzeri olay raporu yazdığını belirtmiştir

Araştırma sonucunda, araştırmacılar;

*'hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne olan tutumlarının orta düzeyde olduğu görülmüştür. Kadrolu hemşireler, hasta güvenliği kültürüne yönelik tutumlarında, iletişim ve sorun giderme aşamasında kadrolu olmanın avantajını, kendilerini geliştirme aşamasında ise dezavantajını yaşamaktadırlar. Sözleşmeli hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne karşı tutumlarında ise öncelikle sözleşmeli olmalarının getirdiği tedirginlik göze çarpmaktadır. Karşılaştıkları sorunlar için yönetimle aralarındaki iletişim kopukluğunun temelinde yatan bu tedirginlik, kendilerini sürekli geliştirmelerinde katalizör görevi görmektedir. Asistan doktor kadrosunun, öğrenciliğin beraberinde getirdiği aidiyet duygusu eksikliğinden kaynaklanan yetersiz kurum kültürü, hasta güvenliği kültüründe de yetersizlikleri beraberinde getirmektedir.'* Yorumunu yapmışlardır.

Muğla'da yapılan bir çalışmada ise, Japon Güvenlik İklimi Ölçeği kullanılarak bir araştırma yapılmıştır. (Birgili F., 2010:57) Ölçek birim bazında hasta güvenliği ikliminin belirlenmesinde çalışanların tutumlarının ölçmeye yöneliktir. Bunlar aşağıda ele alınmaktadır:

1. Hasta güvenliği terimini belirleyen etmenler:

1.1. Çalışanların tutumları

- Özgürce akıcı iletişim (5 madde)
- Sürekli iyileştirme (5 madde)
- Yazılı (belirlenmiş)/ kurallara uyma (4 madde)
- Hasta/ hasta yakını katılımı (3 madde)

1.2. Kurumsal faktörler

- Süpervizörlerin güvenlik liderliği (4 madde)
- Hasta güvenliğinden sorumlu sağlık çalışanlarının güvenlik liderliği anlaşması (4 madde)
- Hasta güvenlik komitesi liderliği (4 madde)
- İşler durumdaki kurallar/ Ekip uyumu

2. Hasta güvenliği iklimi kategorileri:

- Çalışanların tutumları (12 madde)
- Kurumsal faktörler (5 madde)

Bunlara ek olarak sağlık çalışanlarının demografik bilgilerine yönelik 4 adet soru bulunmaktadır. Araştırmada yukarıda belirtilen anket ile Muğla ilinde yer alan hastanelerde basit şans örneklemesine bağlı olarak bir çalışma yapılmıştır. Sonuç olarak;

*‘Çalışmadan elde edilen veriler ışığında, hastane çalışanları çıktı ölçümleri ile hastane bazında hasta güvenliği kültürü iklimi boyutları arasında bir ilişki kurmuşlardır. Hasta güvenlik kültürü ikliminin oluşturulabilmesi yönetici beklenti ve eylemleri, kurumsal öğrenme, ekip çalışması, açık iletişim, sağlıklı geribildirim ve hastane yönetiminin desteği ile ilişkidir. Yöneticilerin ya da amirlerin, hataların geribildirimi konusunda yapıcı, destekleyici ve açıklayıcı olmaları gerekmektedir. Bunun aksi bir durum, bireyin yaptığı hatayı gizlemesine, aleyhine kullanılabileceği hissine kapılmasına ve sonuçta hataların daha büyük boyutta zararlara dönüşebilmesine yol açabilecektir. Hastanenin çeşitli birimlerindeki hasta güvenliği ile ilgili belirlemelere göre, çalışanlar birimlerindeki kurumsal faktörlere ve çalışanların tutumlarına dikkat çekmişlerdir. Meslekte ya da uzmanlıkta çalışma yılı arttıkça, bireylerin beklenti düzeyinde de değişiklikler olduğu görülmektedir. Hastanede hasta güvenliği kültürü iklimi oluşturmak ya da geliştirmek amacı ile hastane yöneticilerinin en fazla dikkate almaları gereken konuların başında, genel olarak hastane yönetim desteği gelmektedir. Hasta güvenliği iklimi konusunda hastane yönetim desteği, bu kültürün oluşmasında en önemli unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. ‘*

Yorumu yapılmıştır.

İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi’nden Tütüncü ve Küçükusta, (Tütüncü, 2007) İzmir Hastanelerin’de Sora&Nieva’nın (2004) geliştirdiği, “Agency For Healthcare Research and Quality”nin uyguladığı “Hospital Survey on Patient Safety Culture” anketi kullanarak hasta güvenliği kültürünü araştırmışlardır.

Regresyon analizinden elde edilen sonuçlara göre, Hasta güvenliği Derecesini en fazla etkileyen bağımsız değişken grubu, güvenlik kültürü boyutları (birim) grubudur ( $p=,0001$  ve  $\beta=,569$ ). Bu değeri, Çıktı ölçümleri grubu izlemektedir. Diğer bir ifade ile hasta güvenliği derecesini etkileyen ikinci bağımsız değişken, genel

güvenlik algısıdır ( $p=,025$  ve  $\beta=,197$ ). Bu iki değişken, hasta güvenliği derecesini %24 oranında açıklamaktadır ( $R^2=,235$ ).

Hastanede raporlanan olayların sayısı ile çıktı ölçümleri arasında anlamlı farklılık vardır. Çalışanların hastanede çalışma yılına göre hastane birimleri içinde takım çalışması algıları arasında fark vardır. Çalışanların hastanede çalışma yılına göre çıktı ölçümleri algıları arasında fark, Çalışanların hastanede çalışma yılına göre birim bazında güvenlik kültürü boyutları algıları arasında fark, Çalışanların hastanede çalışma yılına göre hastane bazında güvenlik kültürü boyutları algıları arasında fark saptanmamıştır. Çalışanların hastanede çalıştıkları birimdeki görev sürelerine göre iletişimin açıklığı algısı arasında fark vardır. Çalışanların hastanede çalıştıkları birimdeki görev sürelerine göre hataların geribildirimi ve iletişimi algısı arasında fark vardır.

### **3.9.1. Türkiye’de Yapılan Hasta Güvenliği Ölçümü Çalışmalarından Ortaya Çıkan İzlenim**

Ülkemizde yapılan hasta güvenliği kültürü ölçüm çalışmaları yenidir. Anketlerin uygulandığı yıllar göz önünde tutulduğunda, henüz ulusal kalite ve akreditasyon politikasının açıklanmadığı ve ülke çapında uygulanmadığı, yani yapılandırılmış hasta güvenliği programlarının olmadığı döneme rast geldiği görülmektedir. Anketler toplu olarak yorumlandığında, henüz hasta güvenliği kültürünün ülkemizde gelişmemiş olduğu söylenebilir. Bu yorum için en somut / en belirleyici faktör, olay bildirim frekanslarıdır. Yapılan çalışmaların istisnasız tamamında, olay bildirim sayıları en düşük skoru almıştır. Ekip çalışması boyutu ise göreceli olarak diğer boyutlara göre yüksek skor elde etmiştir. Yurt dışında yapılan çalışmalar ile karşılaştırıldığında, elde edilen skor, Türk kültüründe var olan yardımlaşma duygusunun profesyonel alana yansması olarak yorumlanabilir. Ancak, anketin orijinalinde ekip çalışması ile kast edilen, hasta bakımında multidisipliner bir ekip kurulması ve tanı tedavi süreçlerinin bu ekibin kolektif kararı ile alınmasıdır. Türkiye’de ankete katılanların soruları bu şekilde algılayıp algılamadıkları bilinmemektedir. Diğer yandan olay bildirimi ile ilgili sorularda orijinal ankette sorulan, çalışanların, kendi yaptıkları hatayı raporlayıp raporlamadıklarıdır.

Türkiye’de katılımcıların soruyu bu şekliyle algılayıp yanıtladıkları konusunda emin olunmamaktadır. 2011 yılından itibaren, ulusal kalite ve akreditasyon programı ilan edilerek, ülke çapında yoğun eğitim faaliyetleri devam etmektedir. Uygulamaların yaygınlaşmasından bir süre sonra bu anketlerin tekrarlanması yapılan eğitim faaliyetlerinin ne kadar etkin olduğunu belirlemede faydalı olacaktır. Yine bu çalışmalar, yöneticilere, kurumlarında hasta güvenliği ve kalite programlarını oluştururken, yol gösterici olacaktır. Ayrıca, yurt dışında olduğu gibi ülkemizde de, sağlık çalışanları, hasta güvenliği ve kalite programlarının sürdürülebilir bir şekilde başarılı olabilmesinin ön şartının yönetimin kararlılığı ve desteği olduğunu bir kez daha teyit etmişlerdir. Kültür değişimini başarmak için ise, hataya karşı cezalandırıcı tutumdan vaz geçilmesi gerektiği bir kez daha anket sonuçları ile kanıtlanmıştır.

Ülkemizde yapılan çalışmaların biri hariç, tüm çalışmalar, HOSPS Türkçe versiyonu kullanılarak yapılmıştır. Her ne kadar HOSPS anketi dünyanın bir çok ülkesinde geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanarak yaygın kullanılan bir araç olsa da farklı araçların da dilimize adapte edilerek kullanılması yararlı olacaktır.

## SONUÇ

Sosyolojik anlamda kültür, toplumların binlerce yıllık gelenek, inanç ve toplumsal kuralları bütünü temsil etmektedir. Yapılan araştırmalar, bir toplumun kültürünü değiştirmenin kolay olmadığını ve zaman aldığını ortaya koymaktadır. Kültürü değiştirmek kolay olmamakla birlikte bazı araştırmacılara göre kültür katmanlarını yani, topluluğu oluşturan bireylerin, grupların vb algı eğilim ve tutumları, konulan kural ve politikalar ile değiştirilebilir ve yönlendirilebilir. Yönetim bilimciler ve insan mühendisliği uzmanları kültürün kolay şekil alan daha esnek katmanları ile çalışarak, çalışanları kurumun misyon ve vizyonu doğrultusunda yönlendirecek kalıcı kural ve metodolojiler üzerinde durmuşlardır.

Teknik gelişmelerin hızı, makineleşme, sanayileşme ve kimyasal madde kullanımını bir takım meslek hastalıklarını da beraberinde getirmiş ve madenlerde, sanayide, yapı işlerinde ve hemen hemen çalışılan her yerde meydana gelen kazaların yarattığı tehlikeler ciddi boyutta problemler yaratmaya başlamıştır. Böylece tehlikelerle bilinçli olarak mücadele edilmesi gereği ortaya çıkmış ve "iş güvenliği" kavramı doğmuştur. Daha sonraları İngiltere'de ortaya çıkan Sanayi Devriminin ortaya çıkardığı sağlık ve iş güvenliği sorunları da devletin bu alana müdahale etmesi ve yasal düzenlemeler yapması gereğini ortaya çıkarmıştır.

Sanayi Devrimi dönemi kapanıp Uçay Teknolojisi Çağı'na gelindiğinde ise, ileri teknoloji, çevre ve toplumun sağlık ve güvenliğini tehdit edebilecek riskleri de beraberinde getirdiği ortaya çıkmıştır. Çeşitli nükleer kazalar sonrası oluşan nükleer serpintiler, petrol saçılmaları nedeni ile oluşan ciddi boyutta çevre kirlenmesi, özellikle yüksek riskli endüstrilerde güvenlik kavramının yeniden ele alınmasına neden olmuştur. Böylece çevre, toplum ve çalışan güvenliğinin ön planda tutulduğu yasal düzenlemeler, endüstriyel standart ve normlar oluşturulmuştur. Ancak kural koymak sorunu çözmemiş, kuralların çalışanlar tarafından benimsenerek, doğru ve sürekli olarak uygulanmasını sağlamak gerekmiştir. Bu noktada kurum kültürü üzerine yapılan çalışmalar yönünü güvenlik kültürü oluşturma çabalarına çevirmiştir. Ticari havacılık sektörü, petrol ve gaz sektörü, özellikle açık denizlerde ki petrol platformları ve nükleer endüstride uygulamalar başarılı olmuştur.



Sağlık ve tıp sektörü dışında bu gelişmeler olurken, tıp dünyası, hastalıkların nedenleri ve tedavi yöntemlerine odaklanmış, uzay teknolojisindeki hızlı gelişme tıp teknolojisine adapte edilerek bu alanda büyük sıçramalar yapılmıştır. Teknolojide hızlı gelişmelere karşın, tıp felsefesindeki ilerlemeler, tıp ve sağlık eğitimi, aynı ivmeyi yakalamakta yetersiz kalmıştır. Diğer taraftan hekim – hasta ilişkisi içerisinde bilginin asimetrik olması, hastaların kendilerine yapılan tedavinin doğru veya yanlış olup olmadığını yargılayacak bilgiden yoksun olması, tıbbi hataların ortaya çıkmasını engellemiştir. Ayrıca, hastalıkların tedavi edilmedikleri takdirde ölümcül veya sakat bırakıcı nitelikte olması tedavi sonucu ortaya çıkan tablonun hastalığın seyrine mi bağlı olduğu yoksa hatalı tanı veya tedaviden mi kaynaklandığı sorularına yanıt bulmayı güçleştirmektedir.

Tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler, geçmişte ölümcül olabilen hastalıkların başarılı bir şekilde tedavi edilebilir olması ve sofistike tanı yöntemleri sayesinde toplumun hastalıklardan kurtulma ve yaşam beklentisi artmıştır. Toplumun ve hastaların yüksek beklentilerine yanıt vermeye çalışırken, sağlık çalışanlarının ve kurumların risk alıcı davranışları da bu paralelde artmıştır. Bu döngü içerisinde bu defa da sağlık sektörü kendi başına bir risk faktörü olmaya başlamıştır. Tıp Enstitüsünün çarpıcı raporu 'to Err is Human' 1999 yılında yayınlandığında, tıbbi hatalar ile ilgili durumun ciddiyeti tüm açıklığı ile ortaya çıkmıştır. Bu aşamada konu ile ilgili tüm paydaşlar bir araya gelerek, çözüm olanakları aramışlardır. Daha önce yüksek riskli endüstriler için geliştirilmiş metodolojiler büyük ölçüde sağlık sektörüne adapte edilerek uygulanmaya başlanmıştır. Kalite iyileştirme faaliyetleri içerisinde yer alan hasta güvenliği iyileştirme çabaları ilk dönemde hemşirelik fonksiyonları içerisinde değerlendirilmiştir. Yapılan araştırmalar, hasta güvenliğini iyileştirmeye giden yolun ekip çalışmasından geçtiğini ve hekimlerin de diğer sağlık çalışanları gibi hasta güvenliği ile ilgili kurallara uyması gerektiğini ortaya çıkartmıştır. Yüzyıllardır süren hekim otonomisinin sorgulanması anlamına gelen bu dönüşüm, hekimler için kolay olmadığı gibi, hekimleri ikna etmek yöneticiler için bu gün bile başlı başına bir sorun olma özelliğini korumaktadır. Tıbbi hatalar ve hasta güvenliği ile ilgili tablonun en ağır olduğu A.B.D ve diğer O.E.C.D ülkeleri hasta güvenliğini iyileştirmeye yönelik programları hayata geçirmişleridir. Ancak, söz konusu durum bir kültür sorunudur, uygulanan programların çalışan davranışları

üzerinde kalıcı değişiklik yapması beklenmektedir. Programların başarısını değerlendirmek ve sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültüründe ilerlemeleri izleyebilmek için yine yüksek riskli endüstrilerde uygulanan güvenlik kültürü ölçüm araçları örnek alınarak çeşitli araçlar geliştirilmiştir.

Bölüm II de incelenen hasta güvenliği kültür anketleri doğrudan kültür değil, kültür alt katmanları olan algı, tutum ve güvenlik iklimini ölçmektedir. Tüm bu anketlerin sonucunda çıkan değerlendirmeler, anketin uygulandığı sağlık kurumunda çalışanların hasta güvenliği konusuna bağlı boyutları nasıl algıladığını ortaya çıkartır. Tutum ve algı bireysel olup güvenlik kültürü hiyerarşi katmanlarının en iç bölümünde yer almaktadır. Stabil değildir, kolay değişir. Esnektir. İklime ise organizasyon çapında güvenlik kültürünün nasıl algılandığını ortaya çıkartır. Güvenlik kültürünü doğrudan ölçmenin zor ve karmaşık olması nedeni ile araştırmacılar kültür katmanlarını değerlendirerek fikir edinmek istemişlerdir. Bu noktada iki tartışma konusu ortaya çıkmaktadır: Stabil olmaması nedeni ile ölçüm ne derece sağlıklıdır. Kurumlar, hasta güvenliği programlarında ulaşmak istedikleri hedefler için kurguladıkları iyileştirme faaliyetlerinin etkinliğini ölçmek veya izlemek amacı ile bu tür anketlere başvurmaktadırlar. Faaliyetlerin amacı güvenli davranış geliştirmek yani çalışan tutumlarının davranışa dönüşmesini sağlamaktır. Her ne kadar pozitif güvenlik kültürü geliştirmek için kurgulanan faaliyetler stabil olmayan / esnek özelliği nedeni ile çalışanların algı ve tutumlarını değiştirmeye odaklansa da, değişken doğası nedeni ile faaliyetlerin başarıya ulaşması konusunda yanılıcı sonuçlar verebilir.

İkinci tartışma konusu, bu anket sorularını yanıtlayan çalışanlar lği neye göre değerlendireceklerdir. Soruları yanıtlar iken referans alınabilecek bir karşılaştırma noktası mevcut değildir. Bu nedenlerle anket sonuçlarının tek başına yorumlanmaması, iç denetim veya bağımsız denetim sonuçları hasta güvenliği göstergeleri gibi diğer parametreler ile kontrollü olarak izlenmesi daha sağlıklı olacaktır. Zira ulusal ve/ veya uluslar arası politika ve standartlar sektörü regüle edecektir. Sağlık kuruluşları söz konusu standartlara uyum sağlayabilmek üzere kurum politika ve prosedürlerini gözden geçirerek gerekli düzenlemeleri yapacaktır. HKS, JCI ve ISO gibi kurumlar tarafından yapılan bağımsız denetimler kurumun

standartlara uyumunu değerlendirirken, aynı zamanda pozitif kurum kültürünü teşvik etmektedir.

Hastane yönetiminin kurguladığı güvenliği iyileştirici faaliyetler, kurum güvenlik politika ve prosedürleri çalışanların tutum ve algılarını tetiklemektedir. Çalışanların algı ve tutum değişikliği ise güvenli uygulamaları yaygınlaştıracaktır. Tüm bunların sonucunu ise hasta güvenliği göstergelerinde iyileşme olarak izlemek mümkündür. Tüm bu parametreleri tek tek değil de birbirlerine olan zincirleme etkisini değerlendirmek uygun olacaktır.

Sağlık kuruluşunun hasta güvenliği programını ilk kez kurgulamak istemesi veya yeniden yapılandırma aşamasında ise problemlerin kök nedenlerini ortaya çıkartmak ve kurum güvenlik politikalarını sorunlu alanları göz önünde tutarak kurgulamak, programın başarıya ulaşabilmesi için gereklidir. Bu aşamada Manchester ölçeği vb gibi kurum kültürü olgunluğunu değerlendiren araçlardan yararlanılabilir. Kurum olgunluk düzeyinin henüz hazır olmadığı programların uygulamaya çalışılması, programın başarısız olmasına neden olmaktadır. Bir programın başarısız olması gelecekte uygulanmak istenen programlara da şüphe ile bakılmasına neden olacaktır.

Ülkemizde ise hasta güvenliği ve hasta güvenliği kültürü kavramları çok yenidir. Ulusal sağlıkta kalite programının önemli bir bölümü hasta güvenliği konusu yapmış belirli sayıda sağlık kurumu, kendi kurumları düzeyinde hasta güvenliği algısı yaratmışlardır. Ulusal programın ülke çapında uygulanmaya başlaması ile bu farkındalık günden güne artacaktır. Diğer yandan, tıbbi hataların kök nedenleri arasında uzamış çalışma saatleri ve aşırı yorgunluk gibi faktörlerin bulunduğu bilinmektedir. Neredeyse tüm dünya ülkelerinin ortak sorunu olan nitelikli işgücünde, özellikle hekim ve hemşire sayısındaki eksiklik ülkemiz için de geçerlidir. Bu problemin çözümü hasta güvenliğinin de iyileştirilmesi için gereklidir. Hasta güvenliği ile ilgili eğitimin meslek eğitimi sırasında verilmesi, hem hasta güvenliği kültürünün homojen bir şekilde ülke çapında yerleşmesine katkıda bulunacaktır, hem de kurallara uyumu kolaylaştıracaktır. Ülkemizde, sağlık kurumlarında kullanımı henüz pek yaygın olmayan, yalın, altı sigma, yalın altı sigma ve kısıtlar yönetimi gibi performans geliştirme metodolojilerinin uygulanması, kurumun kalite performansının yanı sıra, hasta güvenliği göstergelerini

de iyileştirecektir. Söz konusu metodolojiler hasta güvenliği açısından risk oluşturan, süreç içindeki gereksiz adımların kaldırılması, uygun kontrol adımlarının eklenmesi, süreçlerde varyasyonların azaltılması gibi sonuçları ile hasta güvenliğinin iyileştirilmesine katkı yapmaktadır. Bunun yanı sıra, hasta güvenliği kültürü ölçümlerinde karşımıza çıkan, yoğun çalışma saatleri problemi hafifletmekte ve çalışan tatmin artmaktadır. Süreç iyileştirmeleri bizzat süreç sahipleri olduğundan, olası hata adımları daha iyi teşhis edilerek ortadan kaldırılabilir. Hasta güvenliği gereklerinin çalışanlar tarafından daha iyi anlaşılmasına, içselleştirilmesine ve uygulanmasına neden olmaktadır.

Yapılan hasta güvenliği kültürü ölçüm çalışmaları henüz ülkemizde hasta güvenliği kültürünün olgunlaşmadığını göstermektedir. İlerleyen zamanlarda, hasta güvenliği kültürü ölçüm çalışmaları da yaygınlaşarak, kıyas yapabilme olanaklarının artacağı düşünülmektedir. Ancak son dönemde yaygınlaşan eğitim faaliyetleri ile farkındalık yaratma çabaları sonucu yakın gelecekte olumlu gelişmeler sağlanması umut edilmektedir.

## KAYNAKÇA

AHRQ. (2012). *AHRQ*. 06 06, 2012,AHRQ: <http://www.ahrq.gov/qual/> Akalın, E. (2002). *Yoğun Bakımda Hizmet Kalitesi*. 05.09.2012 Yoğun Bakım Dergisi: [http://www.yogunbakimdergisi.org/managete/fu\\_folder/2002-EK/html/2002-2-EK-035-038.htm](http://www.yogunbakimdergisi.org/managete/fu_folder/2002-EK/html/2002-2-EK-035-038.htm)

Akalın, E. (2005). Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi*: 141- 146.

Akdağ, R. (2008). *Sağlıkta Dönüşüm İlerleme Raporu*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

Akın, A. (2010). Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesinde Hasta Güvenliği Kültürünün Algılanması Ve Çalışan Uzman Hekim, Asistan Hekim Ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürüne Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi. *II. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi*, Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı: 98 – 104

Allard, J. (2011). Pre-surgery briefings and safety climate in the operating theatre. *BMJ Qual Saf* : 711-17.

Allen, S. (2010). Lessons learned from measuring safety culture: an Australian case study. *Midwifery*: 497-503.

Amalberti, A. B. (2005). Five system barriers to achieving ultrasafe health Care. *Ann Internal Medicine*: 756- 764.

Amori, G. (2007). The changing role of the risk manager in a patient safety culture. . *Remarks at: Annual conference and exhibition of the*. Chicago (IL). American Society for Healthcare Risk Management: 10-13

Anderson, E. (2000). Testing the reliability and validity of a measure of safety climate. *J Healthc Qual*: 19-24.

Ashcroft, D.M. (2009). Development of the pharmacy safety climate questionnaire: a principal components analysis. *Qual Saf Health Care*: 28- 31.

Bates, D.W. (1995). Relationship Between Medication Errors and Advers Drug. *Journal of General Internal Medicine*: 199- 205.

Bates, E.A. (1995). Incidence of Adverse Drug Events and Potential Adverse Drug Events. *JAMA*: 29 - 34.

Behavioral & Social Sciences Research. 13.12.2011 *Evaluation the Quality of Care*. 16.10.2012 Behavioral & Social Sciences Research: [http:// www.esourceresearch.org](http://www.esourceresearch.org)

Benn, J. (2009). Perceptions of the impact of a large-scale collaborative improvement programme: experience in the UK Safer Patients Initiative. *J Eval Clin Pract*: 524-40.

Berwick, D.M. (2003). Errors Today and Errors Tomorrow. *New Engl J Med*: 2570.

Birgili, F. (2010). Hastanelerde Hasta Güvenliği İklimi:Muğla ilinde Bir Hastane Örneği. II. *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi*, Ankara: Baydan Ofset: 57-72.

Blegen, M.A. (2009). AHRQ's hospital survey on patient safety culture: psychometric analyses. *J Patient Saf*: 139-44.

Bodur, S. (2010, Jan.). Validity and reliability of Turkish version of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. *BMC Health Serv Res*: 10 - 28.

Bognar, A.B. (2008). Errors and the burden of errors: attitudes, perceptions, and the culture of safety in pediatric cardiac surgical teams. *Ann Thorac Surg*: 1374-81.

Bohmer, R. (2009). *Designing care:aligning the nature and management*. Boston (MA): Harvard Business Press.

Bonner, A.F. (2009). Certified nursing assistants' perceptions of nursing home patient safety culture: is there a relationship to clinical outcomes? *J Am Med Dir Assoc*: 11-20.

- Bosch, M. (2011). Organizational culture, team climate, and quality management in an important patient safety issue: nosocomial pressure ulcers. *Worldviews Evid Based Nurs*: 4-14.
- Burrell, G. (1979). *Sociological Paradigms and Organisational Analysis*. Gower: Aldershot.
- Chen, I.C. (2011). A multilevel model of patient safety culture: cross-level relationship between organizational culture and patient safety behavior in Taiwan's hospitals. *Int J Health Plann Manage*: 65 - 82.
- Clarke, S. (2010). An integrative model of safety climate: Linking psychological climate and work attitudes to individual safety outcomes using meta-analysis. *J Occ Org Psych*: 553- 578.
- Clarke, S.P. (2002). Effects of hospital staffing and organizational climate on needlestick injuries to nurses. *Am J Public Health*: 1115-19.
- Clarke, S.P. (2002). Organizational climate, staffing, and safety equipment as predictors of needlestick injuries and near-misses in hospital nurses. *Am J Infect Control*: 207-16.
- Cohen, A.B. (2008). A survey of hospital quality improvement activities. *Med Care Res Rev* : 571 - 95.
- Colton, D. (2000). Quality improvement in health care. *Eval Health Prof*: 7-42.
- Cooper, J.B. (2000). The National Patient Safety Foundation Agenda for Research and Development in Patient Safety. *Med. Gen. Med*.
- Cooper, M.D. (2000). Towards a Model of Safety Culture. *Safety Science*: 111-136.
- Council of Europe. (1998). *Reccomendation on development and implementation of quality improvement system in health care and explanatory memorandum*. Council of Europe.

Cox, S. (1998). Safety culture: philosopher's stone or man of straw? *Work & Stress*: 189-201.

Çiftlik, E.E. (2010). Eğitim ve araştırma hastaneleri ile devlet hastanelerinde hasta güvenliği kültürü algılaması. *II. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi*, Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı: 3- 11.

Davenport, D.L. (2007). 'Risk-adjusted morbidity in teaching hospitals correlates with reported levels of communication and collaboration on surgical teams but not with scale measures of teamwork climate, safety climate, or working conditions. *J Am Coll Surg*: 778-84.

Davies, F. (2001). *Summary guide to safety climate tools*. Oxfordshire: Health And Safety Executive.

Davies, H.T.O. (2000). Organisational culture and quality of health care. *Quality in Health Care*: 111–119.

de Wet, C. (2010). The development and psychometric evaluation of a safety climate measure for primary care. *Qual Saf Health Care*: 578-84.

de Wet, C. (2010). Measuring perceptions of safety climate in primary care a cross-sectional study. *J. Eval. Clin. Prac* .

Deilkås, E.T. (2008). Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (Short Form 2006). *BMC Health Services Research*: 191 - 200.

Deyo, R.A. (1991). Reproducibility and responsiveness of health status measures statistics and strategies for evaluation. *Controlled Clinical Trials*: 142-158.

Dlugacz, Y.D. (2004). *The quality handbook for health care organizations: a manager's guide to tools and programs*. San Francisco (CA): Jossey-Bass.

Donebedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*: 1743 - 48.



Donnelly, L.F. (2009). Improving patient safety: effects of a safety program on performance and culture in a department of radiology. *AJR Am J Roentgenol*: 165-71.

Dorfman, M.S. (2007). *Introduction to Risk Management and Insurance* (9th Ed. b.). Englewood Cliffs, N.J: Prentice Hall.

Dorfman, M.S. (2007). *Introduction to Risk Management and Insurance* (9 ed. b.). N.J: Englewood Cliffs Prentice Hall.

Drösler, S. (2009). *Health care quality indicators project:Patient safety indicators report 2009*. Paris: OECD.

Dursun, S. (2010). Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama. *Sosyal Bilimler*: 1 - 14.

ECRI . (2009). *Healthcare Risk Control* . 07.09.2012: [www.ecri.org](http://www.ecri.org): [https://www.ecri.org/Documents/secure/Risk\\_Quality\\_Patient\\_Safety.pdf](https://www.ecri.org/Documents/secure/Risk_Quality_Patient_Safety.pdf)

El-Jardali F, D. H. (2011). Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Serv Res*: 11 - 45.

El-Jardali, F. (2010). The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: a study at baseline. *Int J Qual Health Care*: 386 - 95.

Emanuel, L. (2008). *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches. What Exactly Is Patient Safety?*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

EPA. (2008). *Easy to use and scientifically developed quality management :EPA Information Paper Jan 2008*. EU: EPA.

European Society for Quality in Healthcare. (2010). *Use of Patient Safety Culture Instruments and Recommendations*. Aarhus N, Denmark: European Society for Quality in Healthcare - Office for Quality Indicators.

- Felknor, S.A. (2000). Safety climate and its association with injuries and safety practices in public hospitals in Costa Rica. *Int J Occup Environ Health*: 18-25.
- Fleming, M. (2000). *Offshore Technology Report*. Edinburg: HSE.
- Fleming, M. (2008). Patient safety culture improvement tool: development and guidelines for use. *Healthc Q*: 10-15.
- Flin, R. (1998). Measuring Safety Climate on UK Offshore Oil and Gas Installations. *SPE International Conference on Health, Safety, and Environment in Oil and Gas Exploration and Production*, Caracas, Venezuela: Society of Petroleum Engineers: 1-8
- France, D.J. (2010). 'Measuring and comparing safety climate in intensive care units. *Med Care*: 279 - 84.
- Frey, B. (2010). Critical incident monitoring in paediatric and adult critical care: from reporting to improved patient outcomes? *Curr Opin Crit Care*: 649–653.
- Gershon, R. (2000). Hospital safety climate and its relationship with safe work practices and workplace exposure incidents . *Am J Infect Cont*: 211-21.
- Gershon, R.R. (2007). Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: a systematic review. *Ind Health*: 622- 36.
- Ginsburg, L. (2009). Advancing measurement of patient safety culture. *Health Serv Res*: 205-24.
- Goffman, E. (1959). *The Presentation of Self in Everyday Life*. New York: The Overlook Press.
- Gordon, R. (2007). Measuring safety culture in a research and development centre: A comparison of two methods in the Air Traffic Management domain. *Safety Science*: 669-695.

- Ha, A. (2010). Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Qual Saf Health Care*: 17.
- Hakeri, H. (2012). *Tip Hukuku*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Hanninen, O.F. (1983). Ignaz Philipp Semmelweis, the prophet of bacteriology. *Infection Control*: 367–370.
- Hansen, L.O. (2011). Perceptions of hospital , safety climate and incidence of readmission. *Health Serv Res*: 596-616.
- Haynes, A.B. (2011). Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *BMJ Qual Saf* : 102-7.
- Hays, R.D. (2004). *The RAND -36 measure of helath related quality of life*. 10.10. 2012: <http://www.rand.org>: <http://www.rand.org/pubs/reprints/RP971.html>
- Health and Safety Executive. (2005). *A review of safety culture and safety climate literature for the development of the safety culture inspection toolkit*. Shore House 68 Westbury Hill Westbury-On-Trym Bristol: Health and Safety Executive.
- Health Grades. (2004). *Health Grades Quality Study, Patient Safety in American Hospitals*. 21.06.2012  
[http://www.healthgrades.com/media/english/pdf/HG\\_Patient\\_Safety\\_Study\\_Final.pdf](http://www.healthgrades.com/media/english/pdf/HG_Patient_Safety_Study_Final.pdf)  
[http://www.healthgrades.com/media/english/pdf/HG\\_Patient\\_Safety\\_Study\\_Final.pdf](http://www.healthgrades.com/media/english/pdf/HG_Patient_Safety_Study_Final.pdf)
- Hellings, J.S. (2007). Challenging patient safety culture survey results, . *Intl. Jurnal Healtcare Quality Assurance*: 620-32.
- Hoffmann, B. (2009). Developing a questionnaire to assess the safety climate in general practices (FraSiK):transcultural adaptation - amethod report. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*: 521 - 29.

Hofmann, D.A. (1998). The Role of Safety Climate and Communication in Accident Interpretation: Implications For Learning From Negative Events. *Academy of Management Journal*: 644- 657.

Hofmann, D.A. (2006). An investigation of the relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes. *Personnel Psychology*: 847–869.

Huang, D.T. (2007). Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. *Crit Care Medicine*: 165 - 176.

Huang, D.T. (2010). Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. *Int J Qual Health Care*: 151-61.

Hubbard, D. ( 2009). *The Failure of Risk Management: Why It's Broken and How to Fix It.* . NJ: John Wiley & Sons.

Hughes, C.M. (2006). Nurses' and nursing assistants' perceptions of patient safety culture in nursing homes.' *Int J Qual Health Care*: 281-6.

Hutchinson, A. (2006). Use of a safety climate questionnaire in UK health care: factorstructure, reliability and usability. *Qual Saf Health Care* : 347-53.

IAEA *Safety Glossary.* 02.05.2012: [http://www-pub.iaea.org/MTCD/publications/PDF/Pub1290\\_web.pdf](http://www-pub.iaea.org/MTCD/publications/PDF/Pub1290_web.pdf)

IOM. (2000). *Reportbrief to Err is Human.* 21.09.2012: [www.nap.edu](http://www.nap.edu): <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>

ISO. (2010). *Discover ISO.* 29.06.2012: [iso.org](http://www.iso.org): [http://www.iso.org/iso/about/discover-iso\\_isos-name.htm](http://www.iso.org/iso/about/discover-iso_isos-name.htm)

ISO/IEC. (2012). *ISO/IEC Directives, Part 1.* 12.10.2012: [www.iec.ch](http://www.iec.ch): [http://www.iec.ch/members\\_experts/refdocs/iec/isoiecdir-1%7Bed9.0%7Den.pdf](http://www.iec.ch/members_experts/refdocs/iec/isoiecdir-1%7Bed9.0%7Den.pdf)

İzmir, G. (2006, 01 15). *EFQM Mükemmellik Modeli.* 27.08.2012: [www.ufukcebeci.com/Portals/57ad7180-c5e7-49f5-b282.../efqm.ppt](http://www.ufukcebeci.com/Portals/57ad7180-c5e7-49f5-b282.../efqm.ppt)

James, R. (1998). Achieving a Safe Culture: Theory & Practice. *Work & Stress* : 239 - 306.

JCI. (2012). *JCI*. 11 16, 2012, <http://tr.jointcommissioninternational.org/entr/ISQua-Accredited/>: <http://tr.jointcommissioninternational.org/entr/ISQua-Accredited/JCI>. (2012, March). *JCI\_History*. 18.11.2012: History of the Joint commision: [http://www.jointcommission.org/about\\_us/history.aspx](http://www.jointcommission.org/about_us/history.aspx)

Jiang, L. (2010). Perceived colleagues' safety knowledge/ behavior and safety performance: safety climate as a moderator in a multilevel study. *Accid Anal Prev*: 1468-76.

Karabulut, U. (2007). Cumhuriyetin İlk Yıllarında Sağlık Hizmetlerine Toplu Bir Bakış: Dr. Refik Saydam'ın Sağlık Bakanlığı ve Hizmetleri (1925-1937). *Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırmaları Dergisi*: 151-160.

Kho, M.E. (2005). Safety Climate Survey:reliability of results from a multicenter ICU survey. *Qual Saf Health Care*: 273 - 78.

Kiezer, K. (2001). Patient safety: a call to action:. *A consensus statement from the National Quality Forum*, Washington, DC, USA.: Medscape General Medicine: 10

Kim, M. (2010). The effectiveness of error reporting promoting strategy on nurse's attitude, patient safety culture, intention to report and reporting rate. *J Korean Acad Nurs*: 172-81.

Kohn, C. D. (1999). *To Err is Human: Building a safer health system*. IOM.

Laschinger, S. (2006). The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: the mediating role of burnout engagement. *Journal of Nursing Administration*: 259-267.

Law, M.P. (2010). Assessment of safety culture maturity in a hospital setting. *Healthc Q*: 110 - 115.

Leape, L.L. (1993). Preventing Medical Injury. *Quality Rewiev Bulletin*: 144.

- Leape, L.L. (1995). Incidence of Adverse Drug Events and Potential Adverse Drug Events Implications for Prevention. *JAMA*: 35-43.
- Leape, L.L. (1995). Systems analysis of adverse drug events. ADE Prevention Study Group. *JAMA*: 35 - 43.
- Leape, L.L. (2005). Systems Analysis of Adverse Drug Events . *JAMA*: 35 - 43.
- Lee, W.C. (2010). Hospital safety culture in Taiwan: a nationwide survey using Chinese version Safety Attitude Questionnaire. *BMC Health Serv Res*: 234.
- Loeb, J. (2004). The current state of performance. *Int J Qual Health Care*. 2004: 5-9.
- Luria, G. (2008). Testing safety commitment in organizations through interpretations of safety artifacts. *J Safety Res*: 519-28.
- MacDavitt, K. (2007). Organizational climate and health care outcomes. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*: 45-56.
- Mackintosh, N. (2009). Supporting structures for team situation awareness and decision making: insights from four delivery suites. *J Eval Clin Pract*: 46-54.
- Mardon, R.E. (2010). Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. *J Patient Saf* : 226-32.
- Mark, B.A. (2007). Does safety climate moderate the influence of staffing adequacy and work conditions on nurse injuries? *J Safety Res*: 431-46.
- Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi. (2012). *Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Okulu*. 18.11.2012: <http://saglikokulu.marmara.edu.tr>:  
<http://saglikokulu.marmara.edu.tr/sayfa/1122/ulkemizde-sagligIn-tarihcesi>
- Matsubara, S. (2008). Development of a patient safety climate scale in Japan. *Int J Qual Health Care*: 211-20.

- McDowell, I. (1996). *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press.
- Merkur, S. M. (2008). *Quality on Health Care Systems - with an emphasis on policy options for Austria*. London: London School of Economics and Political Sciences.
- Millar, J. (2004). *Selecting indicators for patient safety at the health system level in OECD countries*. Paris: OECD.
- Milne, J.K. (2010). A measurement tool to assess culture change regarding patient safety in hospital obstetrical units. *J Obstet Gynaecol*: 590- 7.
- Morgan, G. (1986). *Images of Organisation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Moss, F. (1998). Quality in Health Care. *BMJ*: 1-67.
- Nabhan, A. (2007). Understanding and attitudes towards patient safety concepts in obstetrics. *Int J Gynaecol Obstet*: 212-6.
- National Patient Safety Foundation. (2003). 25.01.2012: <http://www.npsf.org/>:  
<http://www.npsf.org/>
- Naveh, E. (2005). Treatment errors in healthcare a safety climate approach. *Management Science*: 948- 960.
- Neale, G. (2001). Exploring the causes of adverse events in NHS hospital practice. *Journal of the Royal Society of Medicine*: 322-30 .
- NHS. (2006). *National Health Services*. 21.04.2012 , Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF): <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59796>
- Nieva, V.F. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*: 17 - 23.
- Norden-Hagg, A. (2010). ‘Assessing safety culture in pharmacies: the psychometric validation of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)in a national sample of community pharmacies in Sweden . *BMC Clin Pharmacol*: 8.

Nurok, M. (2010). A novel method for reproducibly measuring the effects of interventions to improve emotional climate, indices of team skills and communication, and threat to patient outcome in a high-volume thoracic surgery center. *Arch. Surg*: 489 - 95.

Olsen, E. (2007). Workers perceptions of safety culture at a hospital. *Tidsskr No rLaegeforen* : 2656 - 60.

Olsen, E. (2010). Exploring the possibility of a common structural model measuring associations between safety climate factors and safety behaviour in health care and the petroleum sectors. *Accid Anal Prev*: 1507-16.

Ott, J. (1989). *The Organizational Culture Perspective*. Chicago: Dorsey.

Özmen, S. (2010). Hasta Güvenliği Kültürü:Bursa'da Özel Bir Hastane Uygulama Örneği. II. *Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi*, Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı: 81 - 97

Palmieri, P.A. (2010). Safety Culture As a Contemporary Healthcare Construct :Theoretical Review, Research Assessment,And Translation To Human Resource Management. *Strategic Human Resource Management in Health Care Advances in Health Care Management*: 97–133

Patterson, P.D. (2010). Variation in emergency medical services workplace safety culture. *Prehosp Emerg Care* : 448-60.

Pettigrew, B. (1979). On Studying Organisational Culture. *Administrative Sciences Quarterly*: 570- 580.

Pettker, C.M. (2009). Impact of a comprehensive patient safety strategy on obstetric adverse events. *Am J Obstet Gynecol*: 492- 98.

Pizzi, L.T. (2001). *Promoting a Culture of Safety. Making Health Care Safe*.  
09.04.2012 <http://www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/chap40.htm>:  
<http://www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/chap40.htm>



Pringle, J. (2009). Examination of how a survey can spur culture changes using a quality improvement approach: a region-wide approach to determining a patient safety culture . *Am J Med Qual*: 374-84.

Pronovost, P. (2005). Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Qual Saf Health Care*: 231- 235.

Pronovost, P.J. (2004). Senior executive adopt-a-work unit: A model for safety improvement. *Jt Comm J Qual Saf* : 59-68.

Railway Safety and Standards Board . (2011). *Railway Safety and Standards Board Tool Kit*. 08.02.2012: <http://www.safetymculturetoolkit.rssb.co.uk/safety-culture-information/safety-culture-assessment.aspx>

Reiman, T.P. (2002). *Assesment of Organizational Culture: A Methodological Study*. Finland: Espoo.

Roberts, K.H. (1990, March April). Some Characteristics of One Type of High Reliability Organization. *Organization Science*: 160-176.

Rosen, A.K. (2010). Hospital safety climate and safety outcomes: is there a relationship in the VA? *Med Care Res Rev*: 590-608.

Sağlık Bakanlığı. (2003). *Sağlıkta Dönüşüm*. 12.02.2012 , <http://www.saglik.gov.tr>:  
<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html>

Sağlık Bakanlığı. (2008). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm programı ve Temel Sağlık Hizmetleri*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2012). *Kurumsal*. 10.10.2012  
<http://www.kalite.saglik.gov.tr>:  
<http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=14>

Saturno, P.J. (2008). Analysis of the patient safety culture in hospitals of the Spanish National Health System. *Med Clin*: 18-25.

Schein, E. (1990). Organisational Culture . *American Psychologist*: 109.

- Schneider, B. (1990 ). *Organizational climate and culture*. San Francisco: Jossey-Bass .
- Schutz, A.L. (2007). Development of a patient safety culture measurement tool for ambulatory health care settings: analysis of content validity. *Health Care Manag Sci*: 139-49.
- Scott, T. (2003). The Quantitative Measurement of Organizational Culture in Health Care: A Review of the Available Instruments. *Health Serv Research*: 923–945.
- Seddon, M.E. (2001). Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand. *Qual Health Care*: 152-8.
- Seven Steps to Patient Safety*. (2004). London: The National Patient Safety Agency.
- Sexton, J.B. (2006). *The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research*. 24.01.2012: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/44>
- Sexton, J.B. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire psychometric properties benchmarking data and emerging research. *Health Serv Res*: 6 - 44.
- Sexton, J.B. (2007). A check-up for safety culture in "my patient care area'. *Jt Comm J Qual Patient Saf*: 699-703.
- Siassakos, D. (2011). Attitudes toward safety and teamwork in a maternity unit with embedded team training. *Am J Med Qual*: 132-7.
- Silver, G. A. (1990, March , Vol. 80, No. 3). Paul Anthony Lembecke, MD, MPH: A Pioneer in Medical Care Evaluation. *AJPH*: 342- 48.
- Singer, S. (2009). Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. *Health Serv Res*: 399-421.
- Singer, S.J. (2005). *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation. Lessons in safety climate and safety practices from a California hospital consortium*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality: 412

- Smith, D.R. (2009). Organizational climate and its relationship with needlestick and sharps injuries among Japanese nurses. *Am J Infect Control*: 545-50.
- Smits, M. (2008). The psychometric properties of the 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' in Dutch hospitals. *BMC Health Serv Res*: 230.
- Smits, M. (2009). Measuring patient safety culture: an assessment of the clustering of responses at unit level and hospital level. *Qual Saf Heth Care*: 292 - 96.
- Snijders, C. (2009). Which aspects of safety culture predict incident reporting behavior in neonatal intensive care units? A multilevel analysis. *Crit Care Med*: 61-7.
- Sorra, J. (2008). Staff attitudes about event reporting and patient safety culture in hospital transfusion services. *Transfusion*: 1934-42.
- Sorra, J.S. (2010). 'Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Res*: 199.
- Squires, M. (2010). The link between leadership and safety outcomes in hospitals. *J Nurs Manag*: 914-25.
- Step Change. (2012). *Changing Minds Guide A practical guide for behavioral change in*. 05.05.2012, <http://tr.scribd.com/doc/3850169/Changing-Minds-Guide>:  
<http://tr.scribd.com/doc/3850169/Changing-Minds-Guide>
- Steyrer, J. (2010). Development and validation of a patient safety culture questionnaire in acute geriatric units. *Gerontology* (Published online October): 481-9.
- Şahin, Ü. (2012). *Felaketler Sonucu Gündeme Gelen Bir Kavram : Hastane İşletmeciliğinde Risk Yönetimi*. 21.09.2012: [www.umitsahin.com](http://www.umitsahin.com):  
[http://umitsahin.com/?page\\_id=82](http://umitsahin.com/?page_id=82)
- Ta, A. (2009). Measuring patient safety culture in Riyadh's hospitals: a comparison between public and private hospitals. *J Egypt Public Health Assoc*: 479 - 500.

Tak, B. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Ana Unsuru Olarak Hasta Güvenliği Sistemlerinin Oluşturulması: Hastaneler İçin Bir Yol Haritası Önerisi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*: 72 - 108.

TBMM. (2004). *Yeni Türk Ceza Kanunu*. 27.09.2012: TBMM: <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html>

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı,. (2011). *HKS Okulu Ders Notları*. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı.

The Health Foundation. (2011). *Measuring Safety Culture*. London: The Health Foundation.

Thomas, E.J. (2005). ‘The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: a randomized trial of clinical units. *BMC Health Serv Res*: 5 - 21.

Timmel, J. (2010). Impact of the Comprehensive Unit-based Safety Program (CUSP) on safety culture in a surgical inpatient unit. *Jt Comm J Qual Patient Saf*: 252-60.

TOPAS, (2008, 01 09). *Easy to use and scientifically developed quality management for general practice*. 08.08.2012: European Practice Assessment - EPA: [http://www.topaseurope.eu/files/EPA-Information-Paper-English-vs11\\_0.pdf](http://www.topaseurope.eu/files/EPA-Information-Paper-English-vs11_0.pdf)

Truchon, M. (2003). Validation of a French Canadian version of the Organizational Policies and Practices (OPP) questionnaire. *Work*: 111-9.

Tsevat, J. (1994). Using health-related quality-of-life information: clinical encounters, clinical trials, and health policy. *J Gen Intern Med.*: 576-582.

Turnberg, W. (2008). Evaluation of a healthcare safety climate measurement tool. *J Safety Res*: 563-8.

TÜRKAK. (2012). *Akreditasyon Nedir*. 29.08.2012: Türk Akreditasyon Kurumu: <http://www.turkak.org.tr/TURKAKSITE/AkreditasyonAkreditasyonNedir.aspx>

Tütüncü, Ö. (2007). *Hastanelerde Hasta Güvenliği Kültürü ve İzmir İli Uygulaması*. 2012: [web.deu.edu.tr/kalite/dosyalar/ulusal\\_bildiri/EkH.doc](http://web.deu.edu.tr/kalite/dosyalar/ulusal_bildiri/EkH.doc)

- Van den Bemt, M. (2000). Medication Errors. *Drug Safety*: 321 - 333.
- Van Noord, I. (2010). The relationship between patient safety culture and the implementation of organizational patient safety defences at emergency departments. *Int J Qual Health Care*: 162-9.
- VanGeest, C. (2003). *An educational needs assessment for improving patient safety White Paper Report 3*. Boston, MA: National Patient Safety Foundation.
- Vincent, C. (2011). *Patient Safety*. London: Wiley - Blackwell.
- Vogus, T.J. (2007). The impact of safety organizing, trusted leadership, and care pathways on reported medication errors in hospital nursing units. *Med Care*: 997-1002.
- Wakefield, J.G. (2010). Patient safety culture: factors that influence clinician involvement in patient safety behaviours. *Qual Saf Health Care*: 585-91.
- Watts, B.V. (2010). Use of the Safety Attitudes Questionnaire as a measure in patient safety improvement. *J Patient Saf* : 206-9.
- Weingart, S.N. (2000). Epidemiology of medical error. *BMJ* : 774–777.
- Weingart, S.N. (2004). Using a multihospital survey to examine the safety culture. *Jt Comm J Qual Saf* : 125-32.
- Williams, C.A. (1998). *Risk Management and Insurance*. Irwin/McGraw-Hill series in finance, insurance, and real estate McGraw-Hill International Editions: Irwin/McGraw-Hill.
- Wilson, I.B. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*: 59-65.
- Yağmurlu, A. (1997). Örgüt Kültürü: Tanımlar ve Yaklaşımlar. *Siyasal Bilgiler Dergisi*: 717-724.

Youngberg, B.J. (2011). *Principles fo Risk Management and Patient Safety*. London: Jones and Bartlett Publishers.

Zohar, D. (2002). Modifying supervisory practices to improve subunit safety: A leadership-based intervention model. *Journal of Applied Psychology*: 156-163.

Zohar, D. (2005). A multilevel model of safety climate: cross-level relationships between organization and group level climates. *J Appl Psychol*: 616-28.

# **EKLER**





Date: \_\_\_\_\_

Safety Climate Survey

Survey Number: \_\_\_\_\_

Please answer the following items with respect to your specific unit or clinical area. Choose your responses using the scale below:

	A	B	C	D	E	X
	Disagree Strongly	Disagree Slightly	Neutral	Agree Slightly	Agree Strongly	Not Applicable
1. The culture of this clinical area makes it easy to learn from the mistakes of others.						
2. Medical errors are handled appropriately in this clinical area.						
3. The senior leaders in my hospital listen to me and care about my concerns.						
4. The physician and nurse leaders in my areas listen to me and care about my concerns.						
5. Leadership is driving us to be a safety-centered institution.						
6. My suggestions about safety would be acted upon if I expressed them to management.						
7. Management/leadership does not knowingly compromise safety concerns for productivity.						
8. I am encouraged by my colleagues to report any safety concerns I may have.						
9. I know the proper channels to direct questions regarding patient safety.						
10. I receive appropriate feedback about my performance.						
11. I would feel safe being treated here as a patient.						
12. Briefing personnel before the start of a shift (i.e., to plan for possible contingencies) is an important part of safety.						
13. Briefings are common here.						
14. I am satisfied with the availability of clinical leadership (please respond to all three):						
Physician						
Nursing						
Pharmacy						
15. This institution is doing more for patient safety now, than it did one year ago.						
16. I believe that most adverse events occur as a result of multiple system failures, and are not attributable to one individual's actions.						
17. The personnel in this clinical area take responsibility for patient safety.						
18. Personnel frequently disregard rules or guidelines that are established for this clinical area.						
19. Patient safety is constantly reinforced as the priority in this clinical area.						

Have you ever completed this survey before?

Yes  No  Don't Know

Experience in Position:

< 6 months  6 to 11 months  1 to 2 yrs  3 to 7 yrs  
 8 to 12 yrs  13 to 20 yrs  21 yrs or over

Job Position: (mark only one)

- Attending/Staff Physician
- Physician in Training
- Pharmacist
- Technician (e.g., EKG, Lab, Radiology)
- Staff Nurse
- Nurse Manager/Charge Nurse
- Respiratory Therapist
- Physical, Occupational, or Speech Therapist
- Dietician
- Support Associate
- Administrator
- Other

Experience in Specialty:

< 6 months  6 to 11 months  1 to 2 yrs  3 to 7 yrs  
 8 to 12 yrs  13 to 20 yrs  21 yrs or over

Experience in Organization:

< 6 months  6 to 11 months  1 to 2 yrs  3 to 7 yrs  
 8 to 12 yrs  13 to 20 yrs  21 yrs or over

Age:

< 30  30 to 34  35 to 39  40 to 44  45 or over

Unit (please write in title and/or location): \_\_\_\_\_

Thank you for completing the survey. Your time and participation are greatly appreciated.

## Evaluation sheet

Dimension of patient safety culture		A	B	C	D	E
1.	Commitment to overall continuous improvement					
2.	Priority given to safety					
3.	System errors and individual responsibility					
4.	Recording incidents and best practice					
5.	Evaluating incidents and best practice					
6.	Learning and effecting change					
7.	Communication about safety issues					
8.	Personnel management and safety issues					
9.	Staff education and training					
10.	Team working					

T = Team O = Organisation

### Ek 4: Hastane Hasta Güvenliği Kültürü Anketi - HOSPS

## **BÖLÜM B: Yöneticileriniz/supervisor**

Yönetici/supervisor veya doğrudan bağlı olduğunuz kişiler ile ilgili aşağıdaki konulara katılma derecenizi belirtiniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılım Ne Katılmam	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## **Bölüm C: İletişim**

Bölümünüzde aşağıdakiler ne sıklıkta oluyor?

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## **BÖLÜM D: Raporlanmış Olayların Sıklığı**

Biriminizde aşağıdaki hatalar olduğunda ne sıklıkla rapor ediliyor?

	Hiç bir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Bir hata yapıldığında ancak <i>hastayı etkilemeden fark edilip düzeltilmediğinde</i> ne sıklıkla rapor ediliyor?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Bir hata yapıldığında ancak <i>hastaya zarar verme potansiyeli olmadığı</i> nda ne sıklıkla rapor ediliyor?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. <i>Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen</i> bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

### **BÖLÜM E: Hastaneniz**

Hastanenizle ilgili olarak aşağıda belirtilen konulara katılma derecenizi belirtiniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katırım Ne Katılmam	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Diğer bölümlerinden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmemektedir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

### **BÖLÜM F: Hasta Güvenliği Derecesi**

Hasta güvenliği konusunda biriminizi değerlendiriniz.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
Mükemmel	Çok iyi	Kabul edilebilir	Zayıf	Başarısız

### **BÖLÜM G: Raporlanan Olay Sayısı**

Son 12 ayda kaç kez olay raporu yazıp idarecilerinize verdiniz?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> a. Hiç             | <input type="checkbox"/> d. 6-10 olay raporu        |
| <input type="checkbox"/> b. 1-2 olay raporu | <input type="checkbox"/> e. 11-20 olay raporu       |
| <input type="checkbox"/> c. 3-5 olay raporu | <input type="checkbox"/> f. 21 ve üzeri olay raporu |

## **BÖLÜM H: Kişisel bilgiler**

1. Kaç yıldır bu hastanede çalışıyorsunuz? .....
2. Su anda çalıştığınız birimde kaç yıldır çalışıyorsunuz? .....
3. Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?  a. 40 saati geçmiyor  b. 40-49 saat  c. 50 saatten fazla
4. Hastanedeki göreviniz nedir? Pozisyonunuzu en iyi tanımlayan sadece **BİR** cevabı işaretleyiniz  
 a. Kadrolu Hemşire  e. Uzman Doktor/Öğretim Üyesi  
 b. Sözleşmeli Hemşire  d. Uzmanlık Öğrencisi  
 c. Pratisyen Doktor  j. Diğer.....
5. Bulduğunuz görevde genellikle hastalarla doğrudan etkileşim ve temas içinde misiniz?  
 a. EVET  b. HAYIR
6. Mesleğinizi kaç yıldır yapıyorsunuz? .....

## **BÖLÜM I: Yorumlarınız**

Lütfen hastanenizdeki 'hasta güvenliği, tıbbi hata ve olay raporlama' konularındaki düşünce/yorumunuzu yazınız.

Hasta güvenliği:

Tıbbi hatalar:

Olay/hata raporlama:

\*Sorra&Nieva (2004)'den çevrilen bu anketin geçerlilik çalışmaları aşamasında Sn. Sorra ile de görüşülmüş ve veriler toplandıktan sonra güvenilirliği hesaplanmıştır. Anketin Türkçeye kazandırılıp kamu hastanelerinde uygulanması S.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Emel Filiz'in Yüksek Lisans tezi olup Şubat 2009'da tamamlanmıştır. Anket ayrıca adaptif olarak sağlık ocaklarında da uygulanmıştır.

Teşekkür ederiz (Dr.Said BODUR, Emel FİLİZ)

## Ek 6: Terimler

<b>Advers Olay</b>	Uygulanan tedavi ile nedensellik ilişkisi olsun veya olmasın ortaya çıkan istenmeyen tüm tıbbi olaylar
<b>Decubitus Ülseri</b>	Bası ülseri, yatak yarası
<b>Kateter</b>	Vücut boşluklarına tanı ve/ veya tedavi amacıyla özellikle damarlar içine ilaç ve sıvı vermek ve sıvı almak için özel hazırlanmış tüpler (borular).
<b>Komplikasyon</b>	Bir hastalığın gidişi sırasında, hastalığa eklenen ve hastalığı ağırlaştırıran tablo
<b>Medikasyon</b>	İlaç tedavisi
<b>Morbidite</b>	Hasta ve/ve ya sakat kalma
<b>Mortalite</b>	Ölüm
<b>Post-operatif sepsis</b>	Ameliyat sonrası, cerrahi ve / veya ameliyat sonrası bakıma bağlı gelişen enfeksiyon
<b>Prevalans</b>	Bir hastalığın belli bir popülasyon içinde belli bir süre aralığında eski ve yeni olguların birlikte görülme oranı veya yaygınlığı
<b>Profilaksi</b>	<u>Hastalıkların</u> oluşumu veya ilerlemesini önlemek amacıyla yapılan tıbbi girişimler