Dokuz Eylül Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi
Cilt 9, Sayı: 1, 2007

TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ KAPSAMINDA HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ VE BİR ÖLÇME ARACI

Doç.Dr. Özkan Tütüncü, Araş.Gör. Deniz Küçükusta, Araş.Gör. Kamil Yağcı

ÖZ

Hasta güvenliği kültürünün ölçülmesi ve değerlendirilmesi, örgüt içinde daha sağlıklı ve verimli sonuçların elde edilmesine yardımcı olacaktır. Buna bağlı olarak hasta (dış müşteri) ve/veya iç müşterilerin memnun edilmesi mümkün olabilecektir. Bu çalışmada toplam kalite yönetiminin değişik araçları elde edilen sonuçlara göre kalite iyileştirmeye yönelik kullanılabilecektir. Bununla birlikte hasta güvenliği kültürünün ölçülmesine yönelik olarak, geçerli ve güvenilir bir ölçeğin ve de anket tekniğinin kullanılması, hayati önem taşımaktadır. Bu çalışmada toplam kalite yönetimi ve onun içinde örgüt kültürü ele alınıp, buna bağlı olarak hasta güvenliği kültürü kuramsal açıdan değerlendirilmektedir. Buna bağlı olarak hasta güvenliği kültürüne yönelik oluşturulmuş olan bir anket güvenilirlik ve geçerlilik bazında değerlendirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Toplam Kalite Yönetimi, Örgüt Kültürü, Hasta Güvenliği Kültürü, Hasta Güvenliği Kültürü Ölçme Anketi

GİRİŞ

Hasta güvenliği, sağlık alanında kalitenin önemli bir unsurunu oluşturmaktadır. Sağlık kurumları sürekli iyileştirme faaliyetlerine odaklanmaktadırlar. Sürekli iyeleştirme faaliyetlerinin yapılmasında güvenlik kültürü önemli bir yer tutmaktadır. Güvenlik kültürü, bir kurumda nelerin önemli olduğunu ve hasta güvenliği ile ilgili nasıl davranılacağını kapsayan değer yargılarını, inançları ve kuralları kapsamaktadır. Bir kurumun güvenlik kültürü; söz konusu kurumun sağlık ve güvenlik yönetimindeki tarzını ve yetkinliğini ve bu alandaki taahhütlerini belirleyen, bireye ya da gruba ait değerler, tutumlar, algılamalar, yetenekler ve davranış biçimlerinin ürünüdür. Olumlu bir güvenlik kültürüne sahip olan kurumlarda; karşılıklı güvene dayanan iletişim, güvenliğin önemi konusundaki ortak algılamalar ve önleyici tedbirlerin yararlı olacağına duyulan inanç ön plana çıkmaktadır.

ÇALIŞMANIN ÖNEMİ VE AMACI

Sağlık endüstrisi, kalite kavramı temeline dayanmaktadır. Hasta güvenliği, sürekli kalite iyileştirmesi (SKİ) ve toplam kalite yönetimi (TKY) gibi kalite girişimlerine göre sağlık alanında daha kalıcı olmuştur. Hasta güvenliği diğer kalite kavramlarından ve girişimlerinden önemli bir noktada farklılık göstermektedir. Hasta güvenliği insan hayatını etkileyen gerçek meselelere ilişkindir. Diğer girişimler, gerçek olaylara uygulanması gereken soyut düşüncelerle ilgilenmektedir. SKİ ve TKY ana kalite girişimleri olarak değerlendirilebilmektedir.Üretim işletmeleri ve birçok hizmet işletmesi için bu süreçler ticari çıktılar yaratabilirken, kamusal alanda faaliyet gösteren sağlık işletmeleri için bu süreçlerin hayata geçirilmesi, ticari çıktılardan ziyade sosyal faydalar yaratmaktadır (Tütüncü ve Doğan, 2005; Tütüncü vd., 2005). Buna bağlı olarak sağlanan çıktılar çalışanlara yönelik olarak daha zor değerlendirilebilmekte ve katkı yapması genellikle sağlanamamaktadır. Bu nedenle sağlık kurumları kalite konusunda personelini eğittikten sonra süreçlere olan ilgilerini sağlamakta ve sürdürmekte zorlanmaktadır. Hasta güvenliği ise, iyileşme sağlanması için sürekli fırsat yaratmakta ve bu durum SKİ ve TKY kavramlarının da kullanımını gerektirmektedir. TKY'de kullanılan bazı iyileştirme araçları (Kök Neden Analizi, Hata Sıklığı ve Etki Analizi) ve teknikleri sağlık alanında kullanılmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, hasta güvenliği kültürü ile ilgili temel kavramları ele almak, bunları örgüt kültürüyle değerlendirip, sağlık alanında hizmet veren kurum, kuruluş ve işletmeler ile toplam kalite yönetimi kapsamında ilişkilendirmektir. Çalışma ikincil kaynakların araştırılmasına ve literatür taramasına bağlı olarak ele alınmaktadır. Bu nedenledir ki daha sonra yapılacak olan çalışmalara kuramsal bir alt yapı teşkil etmeyi hedeflenmektedir.

TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

Toplam kalite yönetimi; müşteri tatminine yönelik olarak örgüt içi kaynakların en verimli şekilde kullanılmasını hedefleyen, çok boyutlu bir yönetim şekli olarak tanımlanabilir (Tütüncü ve Doğan, 2003; Tütüncü ve Doğan, 2004). TKY, müşteri beklentilerini her şeyin üzerinde tutan ve müşteri tarafından tanımlanan kaliteyi, tüm faaliyetlerin yürütülmesi sırasında ürün ve hizmet bünyesinde oluşturan bir yönetim biçimidir.

Her ne kadar birbirinden bağımsız tanımlamalar yapılmış olsa da, yapılan toplam kalite yönetimi tanımlarının içinde ortak unsurlar bulunmaktadır. Bu ortak unsurlar şu şekilde sıralanabilir tanımlanabilir (Tütüncü ve Doğan, 2003);

- ✓ Yönetimin sorumluluğu,
- ✓ Planlama ve organizasyon,
- ✓ Gerekli teknik ve araçların kullanımı,
- ✓ Eğitim,
- ✓ Katılım,
- ✓ Ölçümleme ve geri besleme,
- ✓ Örgüt kültüründe değişim,
- ✓ Takım çalışması.

TKY'nin başlıca özelliği, kalitenin geleneksel yaklaşımda olduğu gibi sadece bir bölümün değil, işletmenin bütün bölümlerinin, bütün elemanlarının görevi olduğudur. Bu tepe yöneticilerden aşağıya doğru işletmenin tüm elemanlarını, müşteri ve tedarikçileri içeren bütüncül bir süreçtir.

TKY, herşeyden önce bir yönetim felsefesidir. Bu felsefe insanın mutluluğunu esas almaktadır. İnsan çalışanlardır, insan müşterilerdir, ortaklardır, bayilerdir, tedarikçilerdir, kısaca insan toplumdur. TKY demokrasidir. Herkes fikrini özgürce söyleyebilmeli ve herkes yönetime ve kararlara bir biçimde katılabilmelidir. Çalışanların önerilerini dinlemek, onlara değer vermek ve ödüllendirmek gerekmektedir.

TKY'de en önemli konulardan biri de çalışanlarla çift yönlü ve sağlıklı iletişimin kurulmasıdır. Özellikle işletmenin vizyon ve misyonunun tüm çalışanlarca bilinmesi hedefe ulaşmada oldukça etkilidir. Sağlıklı bir iletişimin kurulabilmesi için yalın organizasyona geçilmeli, hiyerarşi yok edilmeli ve açık kapı politikaları uygulanmalıdır.

TKY felsefesi sürekli gelişme anlayışına dayanmaktadır. Tüm süreçler yeniden gözden geçirilip nasıl daha iyi olunabilir, nasıl daha hızlı olunabilir diye sorgulamak ve sürekli iyileştirme yapmak gerekmektedir. Bunun için ekip çalışmalarına, çalışanların önerilerine gereksinim vardır. TKY'de iç ve dış müşteriler belirlenmeli ve onların beklentileri karşılanmalıdır. Gümrük duvarlarının ve korumacılığın kalkması sonucu, uluslararası kuruluşlar, küreselleşen dünyanın her yerinde rakip olarak karşımıza çıkmaktadır. Böylece müşterilerin seçenek olanakları ve teknolojik beklentileri artmakta, hatalara karşı hoşgörüsü giderek azalmaktadır.

Toplam kalite yönetimi ve kalite güvencesinin anlamı kültürlerin oluşturulması ve geliştirilmesi olarak ele alınmaktadır. Toplam kalite yönetimi anlayışında müşteri tatmini en üst düzeye çıkarılmaya çalışılırken, işgörenlerin yaptıkları işten elde ettikleri tatmin de, onların üretim sürecine aktif katılımı ile artırılmaktadır. Klasik yönetim anlayışında yetkiler tepe yönetimin elinde toplanmaktadır. Toplam kalite yönetimi anlayışında, yetkiler işgörenlere daha

fazla dağıtılmaktadır. Bunun yapılabilmesi için çoğu işletmenin örgüt kültürünü değiştirmesi gerekmektedir. Örgüt kültürünün değiştirilmesi zaman alan zahmetli bir iştir. Ancak toplam kalite yönetiminin işletmelere sağlayacağı avantajlar unutulmamalıdır. Bu yönetim şekli sürekli gelişim (continuous improvement) felsefesi üzerine kurulmaktadır. Çağdaş yönetim anlayışı, toplam kalite yönetimini neredeyse zorunlu kılmaktadır. Bu sistem içinde çalışanların yönetim süreci içerisindeki önemi artarken, onların becerilerinden yararlanılmakta ve liderlik özellikleri ortaya çıkartılmaktadır.

ÖRGÜT, KÜLTÜR VE ÖRGÜT KÜLTÜRÜ

Schein (1970) örgütü, iş ve iş bölümü yapılarak, bir otorite ve sorumluluk hiyerarşisi içinde, ortak amaç ya da amacın gerçekleştirilmesi için bir araya gelen insanların, gerçekleştirdikleri faaliyetlerinin ussal eşgüdümü olarak tanımlamıştır. Etzioni (1964) örgütü, belirli amaçlara ulaşmak için kurulmuş toplumsal birimler; March ve Simon (1958) ise, üyeleri arasında ilişkiden oluşan toplumsal bir yapı olarak tanımlamışlardır.

Kültür, toplumların tarihlerinden devir aldıkları maddi ve manevi mirasların toplamıdır (Kongar, 1972). Geniş kapsamlı olarak bakıldığında kültür, bir toplumun tüm yaşam biçimidir. Toplumun duygu, düşünce ve hareketlerinden oluşan kalıplar, kültürü oluşturur. Kültür maddi ve manevi olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. İnsanın yarattığı bütün araç ve gereçler maddi kültüre; yine insanın yarattığı bütün anlamlı, değerler, kurallar manevi kültüre örnektir (Güçlü, 2003).

Örgüt kültürüne yönelik teorik yaklaşımlar ve tanımlar (Allaire ve Firsirotu, 1984), kültür kavramının tanımlanmasındaki çeşitlilikten ve farklılıklardan etkilenmektedir (Smircich, 1983). Örgüt kültürü çalışmalarında, örgüt üyelerinin davranışlarını, normlarını, değerlerini, sembollerini, duygularını birlikte veya bu unsurlardan bazılarını daha öncelikli kapsayan tanımlar benimsenmektedir (Alvesson, 1989; Sackman, 1992).

Gözlenen davranışlar ve bunların düzenleyicileri (Deal ve Kennedy, 1982); paylaşılan sosyal bilgi (Wilkinson ve Ouchi, 1983); belirli bir grup için belirli bir zamanda geçerli olan, kolektif olarak benimsenmiş anlamlar bütünü (Pettigrew, 1979); bir grubun zihinsel programlaması (Hofstede, 1990) örgüt kültürü konusunda sıklıkla başvurulan kavramlardır.

Schein (1984) bütüncül bir yaklaşımla örgüt kültürünü, bir grubun kendi içinde bütünleşme ve dış çevreye uyum sorunlarını çözerken yarattığı ve geliştirdiği; yeni üyelerine algılama, düşünme ve hissetme yolu olarak aktardığı varsayımlar ve inançlar bütünü olarak tanımlamıştır. Schein'in bu tanıma dayalı

geliştirdiği modelde kültür üç düzeyden oluşmaktadır (Erdem ve İşbaşı, 2001). Bunlar kültürel paradigmayı oluşturan örgüt üyelerinin temel varsayımları (insana, ilişkilere, gerçeğin doğasına yönelik), bu varsayımlara dayanan değerler, semboller ve uygulamalardır. Kültürel unsurları değerler ve uygulamalar olarak ayıran Hofstede (1990, 1994) ise, temel varsayımları değerlerle iç içe kabul etmiş ve örgüt üyelerinin örgütsel yaşamla ilgili temel algılamalarının, kültürü açıklamaya dayanak oluşturduğunu ortaya koymuştur.

Örgüt kültürü, birçok örgütsel süreçle ilgilidir. Örneğin örgüt iklimi, örgütsel iletişim ve sosyalleşme bunlar arasında değerlendirilebilir. Çalışmanın bütününden kopmamak amacıyla, burada bu kavramlara değinilmeyecektir.

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ

Hata yapmak insanın doğasının gereğidir ve bu değiştirilemez. Ancak insanların çalıştığı koşullar değiştirilebilir ve geliştirilebilir (Reason, 2000). Bu sentez, ters olayların etkileri ve maliyetlerine ilişkin literatürü gözden geçirmekte ve daha sonra hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik stratejilere odaklanmaktadır. Karmaşık sistemlerde insan hataları sorunu, yıllardır tartışma konusu olmuştur. Hastane ve tıbbi laboratuar güvenlik iklimi önleminin yaratılması üretim, hizmetler ve havacılık hizmetlerinde iklimin güvenliği hakkında literatür taraması yapılması ile başlamıştır. Güvenlik ikliminin boyutları sağlık alanında yapılan teorik ve ampirik çalışmalardan da faydalanılarak ortaya konulmuştur (Blegen vd., 2005). Havacılık endüstrisinde sistem hataları çok basit bir nedenden dolayı hemen kamuoyunda gündeme gelebilmektedir. Havacılık kazalarının dikkat çekmesinin en büyük nedeni, çok sayıda insan ve kaynak kaybına yol açmasındandır. Kazalar ve komplikasyonlar sağlık alanında da yaygın olup ölümcül sonuçlara neden olabilmektedir. Ancak bu tür olaylar nadiren gerçekleşmektedir ve sonuçları havacılık kazalarındaki kadar dramatik değildir. Sağlık kurumlarındaki hataların kamuoyunun dikkatini çekmesi ancak 1990'lardan sonra olmuştur. Tıbbi müdahale sırasındaki hata ve kazalardan dolayı hastaların yaralanmasına yol açan tıbbi kazalar (ters olaylar), insan hatasından, veya teknolojik hatalardan veya bunların oluşturduğu sistemler bütününden kaynaklanabilmektedir (Bernstein vd., 2003). Amerika Birleşik Devletleri' nde gerçekleştirilen iki önemli çalışma (Brennan vd., 1991; Thomas vd., 2000), tıp kazaları sonucunda her yıl 44 000 ila 98 000 kişinin öldüğünü ortaya koymuştur. İngiltere'de her yıl 40 000 hastanın benzer nedenlerden öldüğü tahmin edilmektedir (Emsley, 2001). Kanada'da bu sayının 5 000 ila 10 000 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Bunlara ek olarak, hastaların hastanede yatma süresinin uzamasının ve sağlık kurumlarında meydana gelen tıbbi hatalardan kaynaklanan ölümlerin önemli sayılara ulaştığını Avusturalya'da yapılan çalışmalar da ortaya koymaktadır (Wong ve Beglaryan, 2004). Bu konu sadece söz edilen ülkeler için değil dünyadaki diğer

ülkeler bakımından da önemlidir. Bu açıdan, kültürlerarası çalışmalar hasta güvenliği kültürünün gelişmesine yardımcı olabilir. Hasta güvenliği, tıpta kötü yönetimden kaynaklanan sakatlanmalardan hastaları korumaya yönelik süreçleri kapsamaktadır. Hasta güvenliğinin sağlanması tıbbi kazaları önleme olasılığını maksimize edecek operasyonel sistem ve süreçleri gerektirmektedir.

Güvenlik kültürü hakkında birçok tanım yapılmıştır. Özlü tanımlardan birisi ACSNI (Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations) (1993) tarafından hazırlanan bir raporda sunulmuştur. Bu tanıma göre güvenlik kültürü; "bir kurumun sağlık ve güvenlik yönetimindeki tarzını ve yetkinliğini ve bu alandaki taahhütlerini belirleyen, bireye ya da gruba ait değerler, tutumlar, algılamalar, yetenekler ve davranış biçimlerinin ürünüdür" şeklinde ele alınmaktadır. Bu tanımın ardından, güvenlik kültürünün sadece yöneticinin güvenliğe ilişkin taahhüdü, iletişim stili ve hataları rapor etmeye ilişkin açık kurallarla değil aynı zamanda çalışanların motivasyonu, morali, hataları algılama biçimleri ve yönetime ve hataları etkileyen faktörlere karşı tutumları (yorgunluk, risk alma, süreçlerin ihlali gibi) ile de ilgili olduğu söylenebilir (Andersen, 2002).

Güçlü bir güvenlik kültürü, tıbbi hataları en aza indirebilir. Bu açıdan sağlık kurumlarının ve özellikle tıbbi laboratuarların idarecileri, hasta güvenliğinin garanti edilmesi bakımından sorumluluk almaya teşvik edilmektedir (Tıp Enstitüsü, 2001; Sağlık Kurumlarının Akreditasyonu Ortak Komisyonu, 2003; ABD Ulusal Kalite Forumu, 2002, 2003). Ancak güvenlik alanında çalışan başlıca araştırmacılar, üst düzey yöneticilerin sadece birkaçının güvenliği birinci öncelik haline getirdiğine veya güvenliği iyileştirmek için anlamlı oranda kaynak ayırdığına işaret etmektedir (Leape, 1994; Berwick, 2005). Aynı zamanda liderlerin nasıl güçlü bir güvenlik kültürü oluşturabileceğine dair öğrenmesi ve öğrenilmesi gereken daha çok şey vardır (Flin ve Yule, 2004). Tehlike unsurunun yüksek olduğu endüstrilere örnek oluşturan sağlık sektöründe güçlü güvenlik kültürleri, insan hayatına mal olabilecek tıbbi hataları önleme potansiyeline sahiptir (Tıp Enstitüsü, 2000). Liderliğin can alıcı rolüne rağmen, sağlık alanında güvenlikle ilgili çalışan çok az sayıda üst düzey yöneticinin hasta güvenliğine yeterli zaman ve kaynağı ayırdığı belirtilmektedir (Leape vd., 2005). Önceki araştırmalar liderlerin güvenlik riskleri ve hatalarını algılamaları bakımından sağlık kurumları arasında farklılıklar olduğunu göstermektedir (Singer vd., 2003) Ayrıca kıdemli liderlerin ve hasta ile doğrudan temas kuran personelinin güvenlik kültürünü algılayış biçimleri arasında ve liderlerin güvenlik risklerine ilişkin bilinç düzeyi bakımından da farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin kıdemli liderler, güvenlik kültürüne daha iyimser yaklaşmaktadır. Bu farklılık bazı kurumlarda diğerlerine nazaran daha fazladır ve bu durum bazı liderlerin hasta güvenliğine ilişkin taahhütlerini iletmede diğerlerine göre daha başarılı olduğunu göstermektedir (Singer ve Tucker, 2005).

Hasta tedavi sürecindeki adımlar, bir kişi uygun olmayan şekilde hareket ettiğinde ya da uygun hareket etmede başarısız olduğunda ters gidebilir. Böyle durumlar hata olarak adlandırılmaktadır. Bir hata, hastanın hatanın sonuçlarından zarar görmesine yol açan ters olaylara veya diğer bir ifade ile tıbbi kazalara neden olabilir ya da olmayabilir. Diğer bir ifadeyle, hataları süreci izleyerek tespit etmek mümkün olurken, ters olaylar hastanın izlenmesi yoluyla tespit edilebilir. Burada önemli olan nokta her hatanın ters olaylar ile sonuçlanmadığıdır. Bazı sağlık süreçleri, belirli miktarda hatayı kaldırabilir. Benzer şekilde, bir hatanın ters olay ile sonuçlanıp sonuçlanmayacağı hasta özelliklerine bağlı olabilir. Bu nedenlerle hasta güvenliği çalışan bir analistin, hatalardan ya da ters olaylardan yalnızca birisini çalışması mümkün değildir, her ikisini birden çalışması gerekmektedir. Ters olaylarla ilgili çalışmaların önemi son derece açıktır. Hastalar bu olaylar olduğunda zarar görmektedir. Öte yandan ters olaylardan önce gerçekleşen hatalara ilişkin çalışma yapmanın önemi de açıktır. Hatalar sürecin hastaya nasıl zarar verdiğini göstermektedir. Ters olaylara yol açmayan hatalara ilişkin çalışma yapmanın gerekliliği ise gözden kaçırılabilmektedir. Oysa sayıca daha fazla olan bu tür hatalar, hatanın niçin ters olayla sonuçlanmadığı konusuna ışık tutmaktadır. Hataların ve ters olayların analizi bu nedenle hasta bakımı ve hasta sonuçları (patient outcome) süreçlerinin anlaşılmasını gerektirmektedir.

Bir hastanın amaçlanan ve hak ettiği bakımı alıp almadığını ölçmek basit bir görev değildir. Güvenli bakımın sağlanıldığından emin olunması için en iyi uygulamalar belirlenmelidir. Yapılan araştırmalar, bakım standartlarının coğrafi olarak çeşitlilik taşıdığını ve en iyi uygulamalardan farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Kuşkusuz, pek çok koşul için, bakım konusunda özellikle hasta tercihleri dikkate alındığında belirsizlik söz konusudur. Fisher ve Wennberg (2003) bu konuyu “etkin bakım” ve “fiyata duyarlı bakım” kavramlarını birbirinden ayırarak ele almaktadır. Sağlık hizmetlerinde güvenlik, üretim alanındaki güvenlikten bazı yönlerde ayrılmaktadır. En belirgin farklılık, sağlık güvenliği tartışmalarının merkezinde yer alan kişinin çalışan değil, hizmetten faydalanan yani hasta konumunda olan kişi olmasıdır. İkinci önemli farklılık ise sağlık alanında çalışanların ve işin doğasından kaynaklanmaktadır. Hizmet sunucuları bilgilerini uygulamaya geçiren, öğrenilen süreçlere uyum sağlayan ve bakım sürecinin her adımına kendi muhakemesini katan profesyonellerdir. Havacılık alanındaki meslek grupları sağlık alanındaki meslek gruplarına imalat alanındakilerden daha fazla benzerlik göstermektedir. Havacılık alanındaki önemli faktörler içinde güvenliğe yönelik yaklaşımlar, çalışanlar arasındaki kişisel iletişim, ekip çalışması, hiyerarşik gruplar yerine işbirliğinin geçerli olması ile yorgunluk ve stresten kaynaklanan risklerin farkında olunması sayılabilir (Helmreich, 1986; Sexton, 2000). Yine de, üretim alanındaki literatür incelendiğinde sağlık alanında da dikkate alınması gereken

önemli noktalara işaret edildiği görülmektedir. Sağlık alanında güvenliğin sağlanması için uygun olan iklim; gelişmiş güvenlik prosedürlerini, amirlerin tepkilerini, teknolojinin kullanılmasına ilişkin eğitimleri, güvenliği içeren performans değerlendirmelerini, etkin çalışma konusundaki baskıları ve fiziksel çalışma unsurlarını içerebilir. Spencer (2000) sağlık güvenliği olan ve sağlık güvenliği olmayan iklimleri inceleyerek güvenlik kültürünün geliştirilmesi gerektiği sonucuna varmıştır. Spencer, Reason'un (1997) önerilerini izleyerek, sağlık güvenliği kültürünün yeterli rapor hazırlama sistemlerini, raporları temel alarak yerine getirilen faaliyetleri, esneklik ve edinilen tecrübelerden öğrenme gibi unsurları (öğrenen örgüt) içermesi gerektiğini ileri sürmektedir.

Sağlık hizmeti sunanların tıbbi hatalara ilişkin rapor hazırlama konusunu nasıl algıladıklarını ele alan bir araştırmada, çalışma iklimine benzer bir takım faktörlerin etkili olduğu ortaya konulmuştur. Bu faktörler şöyle sıralanabilir (Wolf, 2000):

- ✓ İş arkadaşları tarafından kabul edilmeme veya dışlanma,
- ✓ Hata yaptığını toplum içinde kabule zorlanma ve hata raporunun bir kopyasının personel dosyası içinde bulundurulması.

Olumsuz yanıtlarla karşılaşan kişiler gelecekte olabilecek bir hatayı bildirme konusunda daha az istekli olacaklarını bildirmişlerdir. Yakın zamanda yapılan bir başka çalışma da tıbbi hataların rapor edilmesini engelleyecek faktörleri göstermektedir. Yapılan çalışmaya katılanlar, bunlara örnek olarak, olumsuz örgütsel yanıtlardan duyulan korku (örneğin ayıplama, disipline verme), dava açılmasından duyulan korku ve organizasyonun verilen bilgileri ne yönde kullanacağı yönünde duyulan şüphe gibi iklime benzer faktörlerin etkileri olduğunu belirtmişlerdir (Uribe vd., 2002).

Tedavi hatalarının oluşmasının algılanan nedenleri arasında işgücü talebi, birimler arasında personel akışı, eczaneden ilaçların dağıtımında yaşanan sorunlar, belirsiz doktor talimatları, personel arasında iletişim yetersizliği ve bilgi eksikliği gibi nedenler yer almaktadır. Hataların rapor edilmeme nedenleri ise yönetim, hastalar, laboratuar çalışanları ve doktorlar tarafından ayıplanmaktan duyulan korku; hatanın tanımı konusunda ortak bir görüşe varılamaması, yönetimin destekleyici olmayan yanıtları ve rapor hazırlamanın belirli çaba gerektirmesi gibi unsurlardan kaynaklanmaktadır. Reçete hatalarının yanı sıra iklim ve sistemle ilgili olarak en fazla seçilen dört hata nedeni olarak; dikkat dağılması ve işin başka bir nedenle kesintiye uğraması, sağlık personeli başına düşen hasta sayısı, yanlış ilaçla tedavi veya birime dağıtılan yanlış doz ve hastalarla ilaçların miktarı olarak tanımlanmıştır. Bilgisayarlı tekniklerin rapor hazırlama hizmetlerinin doğruluğunu arttırdığı saptanmıştır (Bates vd., 2003).

Amerikan Tıp Enstitüsü raporuna göre güvenlik kültürünün oluşturulmasında, liderlik ile güvenlik, hata azaltımı ve hataların yapısı gibi kavramların örgüt içinde net olarak anlaşılması gerekmektedir. Rapor, güvenlik kültürünün unsurlarını ve patoloji meslek gruplarının liderlerine, akreditasyon organlarına ve bağımsız patoloji bölümlerine düşen görevleri belirlemiştir. Rapor, patolojideki hata doğasının ve yapısının karmaşıklığını, değişkenliğe yol açan kaynakların anlaşılması ihtiyacını, standartlaştırılmış rapor tutanaklarının oluşturulmasını, insan hafızasına bağımlılığın azaltılmasını ve görev sadeleştirilmesini tıbbi hataların azaltılması stratejilerinin geliştirilmesinde ne denli önemli olduğunu vurgulamaktadır.

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN ÖLÇÜLMESİ

Hasta güvenliği kültürünün ölçülmesine yönelik birçok teknik geliştirilmiş olmakla birlikte burada geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmış olan bir çalışma üzerinde durulacaktır. Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürünü değerlendirmeye yönelik bir ölçme aracına olan ihtiyaçtan yola çıkarak, Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ) hasta güvenliği kültürünü A.B.D.' de yerleştirme amacına yönelik olarak hasta güvenliği kültürü konusunda bir araştırma yaptırmıştır. Bu araştırma aracı bir hastanenin güvenlik kültürünü bir bütün olarak değerlendirmede kullanılabileceği gibi laboratuarlar gibi daha küçük birimlerdeki güvenlik kültürünü değerlendirmede veya hasta güvenliği konusunda zaman içinde yaşanan değişimleri tespit etmek ve hasta güvenliği konusundaki müdahalelerin etkisini ölçmek üzere de kullanılabilir.

Hasta güvenliği göstergeleri, hasta güvenliği ile ilgili bir bakış açısı oluşturulmasını sağlayan, hastanede yatan hastalardan elde edilen bilgilerle kullanılabilen, bir dizi ölçektir. Özellikle, hasta güvenlik göstergeleri, hastaların sağlık sisteminde maruz kaldıkları ve sistemdeki değişiklikler ya da tedarikçiler tarafından yapılan uygun müdahalelerle yumuşatılabilen sorunların belirlenmesine yardımcı olurlar. Bunlar komplikasyonlar ya da istenmeyen (elverişsiz) olaylar olarak tanımlanmaktadır. Hasta güvenliği göstergeleri iki aşamada ele alınmaktadır:

- ✓ *Tedarikçi Düzeyinde Göstergeler* ön muayenesi yapılmış olan hastaların ve yatan hastaların potansiyel olarak önlenebilir komplikasyonlarını ölçme olanağı vermektedir. Ayrıca, sadece ikincil teşhis kodlarının potansiyel olarak önlenebilir komplikasyonlarını içermektedir.

- ✓ *Alan Düzeyinde Göstergeler* belirli bir alanda, hem hastanede yatma aşamasında hem de yatma aşamasından sonra, oluşan potansiyel olarak önlenebilir komplikasyonları içermektedir. Alan düzeyinde göstergeler, ikincil teşhis kadar temel teşhisi de içermektedir.

Yaygın olan fikir birliğine göre, sağlık işletmeleri hasta zararlarını, güvenlik ortamı yaratarak (elektronik tıbbi kayıt sistemi gibi teknik imkânlardan sağlık çalışanlarında hasta güvenliği riskleri ile ilgili farkındalık yaratmaya kadar), azaltabilmektedir. Klinik süreç yenilikleri istenmeyen olayların oluşmasında önemli kanıt oluşturmaktadır. Bu nedenle bu göstergeler hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesinde kullanılabilmekte ve değerlendirilmektedir.

2001'den bu yana AHRQ, hasta güvenliği verilerinin toplanması, analiz edilmesi ve raporlanması için pek çok araştırmayı desteklemiş; ergonomi ve insan unsurları gibi bilim dallarının dahil edilmesi ile hasta güvenliğinde çalışma ortamının belirlenmesine katkı sağlamış ve tıbbi hataların azaltılması için bilgi teknolojilerinin kullanılmasını sağlamıştır.

Bu nedenle, AHRQ hasta güvenliği kültürü anketinin geliştirilmesini desteklemiştir. Bu araç, genel olarak tüm hastanenin ya da hastane bünyesindeki herhangi bir birimin güvenlik kültürünün denetlenmesinde kullanılmaktadır. Dahası, bu anket, zaman içerisinde hasta güvenliği ile ilgili değişikliklerin izlenmesini kolaylaştıracak ve hasta güvenliği yeniliklerinin etkisini değerlendirmeye yarayacaktır. Bu anket, hasta güvenliği göstergelerini içerdiğinden, temel ölçüm aracı olarak da kullanılabilmektedir.

Bu anket, güvenlik kültürü ile ilgili, Likert ölçeğinin kullanıldığı ve "Hasta güvenliği daha çok iş yapabilme uğruna feda edilemez" gibi ifadeleri içeren bir ankettir. AHRQ tarafından oluşturulan bu anketin ABD'de geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmıştır. Değişik ölçekteki, kırsal alanda veya şehir merkezinde bulunan, araştırma hastanesi olma ve olmama durumuna göre belirlenen yerlerde yapılan pilot ve tabakalı örneklem şekliyle araştırmanın güvenilirlik ve geçerliliği analiz edilmiştir. Toplam 4.983.- anket 21 hastaneye yollanmış ve 1.437 anket geri dönmüştür. Faktör analizinde özdeğerleri 1' in üzerinde 14 değişken oluşmuştur. Bu değişkenler toplam varyansın 0,645' ini açıklamaktadır. Daha sonra Doğrulayıcı faktör analizi yapılıp, değişkenlerin 12 grupta ve 42 ifade ile ele alınması gerekliliği saptanmıştır. Güvenilirlik ve geçerlilik ile ilgili yapılan diğer değerlendirmelere AHRQ' nun web sayfasından ulaşılabilmektedir. Bununla birlikte kültürlerarası çalışmalar için geçerlilik ve güvenilirliğinin tekrar ele alınması faydalı olabilir.

Ölçek birim bazında hasta güvenliğinin sekiz boyutunu ölçmeye yöneliktir. Bunlar aşağıda ele alınmaktadır:

- ✓ Yönetici beklentileri ve güvenliği teşvik edici eylemler (4 madde). Bu grubun güvenilirliği Cronbach's alpha = .875 olarak saptanmıştır.
- ✓ Örgütsel öğrenme – sürekli iyileştirme (3 madde). Bu grubun güvenilirliği Cronbach's alpha = .76 olarak saptanmıştır.
- ✓ Birim için takım çalışması (4 madde). Bu grubun güvenilirliği Cronbach's alpha = .83 olarak saptanmıştır.
- ✓ Açık iletişim (3 madde). Bu grubun güvenilirliği Cronbach's alpha = .72 olarak saptanmıştır.
- ✓ Geri bildirim (3 madde). Bu grubun güvenilirliği Cronbach's alpha = .78 olarak saptanmıştır.
- ✓ Cezalandırıcı olmayan hata yaklaşımı (3 madde). Bu grubun güvenilirliği Cronbach's alpha = .79 olarak saptanmıştır.
- ✓ İstihdam (4 madde). Bu grubun güvenilirliği Cronbach's alpha = .63 olarak saptanmıştır.
- ✓ Hastane yönetiminin hastane güvenliğine desteği (3 madde). Bu grubun güvenilirliği Cronbach's alpha = .83 olarak saptanmıştır.

İlave olarak, ölçek güvenlik kültürünün hastane ile ilgili iki boyutunu da ele almaktadır. Bunlar aşağıda ele alınmaktadır:

- ✓ Hastane birimleri arasında takım çalışması (4 madde). Bu grubun güvenilirliği Cronbach's alpha = .80 olarak saptanmıştır.
- ✓ Hastane içi geçişler (4 madde). Bu grubun güvenilirliği Cronbach's alpha = .80 olarak saptanmıştır.

Son olarak dört çıktı değişkeni mevcuttur. Bunlar aşağıda ele alınmaktadır:

- ✓ Genel olarak hasta güvenliği algıları (4 madde). Bu grubun güvenilirliği Cronbach's alpha = .74 olarak saptanmıştır.
- ✓ Olay raporlama sıklığı (3 madde). Bu grubun güvenilirliği Cronbach's alpha = .84 olarak saptanmıştır.
- ✓ Hasta güvenliği derecesi (hastane biriminde) (1 madde).
- ✓ Rapor edilen olay sayısı (1 madde).

Bunlara ek olarak hastanelerin demografik bilgilerine yönelik 7 adet soru bulunmaktadır.

SONUÇ

Toplam Kalite Yönetimine yönelik çalışmalar son yıllarda hızla üretim sektöründen hizmet sektörüne kaymaktadır. Yapılan toplam kalite yönetimi kongrelerinde, hayatta bulunan guruların ortak olarak dile getirdikleri sonuçta, guruların yaşlanmaya bağlı olarak son dönemlerde sık bir şekilde hastanelere gitmeleri, onların buralardaki süreçlerde ciddi bir takım değişikliklerin yapılması kanaatine ulaşmalarını sağlamıştır. Feigenbaum, Kanji, Imai ve bu makalenin yazarı Kanada' nın Winnipeg şehrinde gerçekleştirilen 2005 yılındaki 10. Toplam Kalite Yönetimi Kongresinde, pareto grafiklerinden yola çıkılarak, hastanelerdeki tüm süreçlerde, hızlı bir şekilde iyileştirmelerin gerçekleştirilebileceğini vurgulamışlardır.

Kapitalist ülkelerin içinde bulunduğu vahşi ortam, gelir katmanlarına göre insanların tedavi süreçlerinden yararlanabilmelerini ve buna bağlı olarak ta ciddi bazı sorunların gündeme gelmesini beraberinde getirmektedir. Bu sitem içinde yer alan hastanelerin, sigorta şirketleri ve bilinçli hastaların hasta hakları çerçevesinde davranmalarıyla, önemli kayıplara uğramaları sonucuna götürmektedir. Buna bağlı olarak sivil toplum örgütleri hasta güvenliği kültürünün olumlu bir şeklide dönüşüme uğratılması gerekliliği üzerinde şiddetle durmaktadırlar. Oluşturulan kamuoyu ve baskılar devletlerinde bu alanda yapılan çalışmalara destek olması zorunluluğu ortaya koymuştur. Dünya sağlık örgütü de gelişmiş olduğu varsayılan bazı ülkelerin ivmesiyle, bu sürece katılmıştır. Tüm dünyada esen bu hızlı olumlu değişim havası, hasta güvenliği kültürüne yönelik araçların geliştirilmesi zorunluluğunu beraberinde getirmiştir.

Çalışmada araştırmacılara kaynaklık edebilecek bir kuramsal çerçeve oluşturulmaya çalışılmıştır. Buradan hareketle bundan sonraki çalışmalarda, ele alınan kuramsal çerçeve ve güvenlik kültürünü ölçme aracından hareket edilerek, ülkemizde de bu çalışmaların başlaması gerekmektedir. Hasta güvenliği kültüründe elde edilecek olumlu katkılar, maddi kazançlardan öte insan yaşamının uzamasına ve daha da önemlisi insan kayıplarının giderilmesine ve de yanlış sonuçların oluşmasına engel olabilecektir. Bunlara bağlı olarak maddi kazançlar daha iyi sağlık hizmetinin verilmesine kanalize edilebilecektir.

Kaynaklar

ACSNI (1993). *Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations: Human Factors Study Group Third Report: Organizing for Safety*. Sheffield:HSE Books.

Allaire, Y. ve Firsirotu, M. (1984). Theories of Organizational Culture. *Organization Studies*, 5 (3).193-226.

Alvesson, M. (1989).Concepts of Organizational Culture and Presumed Links to Efficiency. Omega International Journal of Management Science, 17 (4), 323-333.

Andersen, H. B. (2002). *Assessing Safety Culture: Technical Report R-1459.* Denmark: Riso National Laboratory.

Bernstein, M., Hebert, P. C., vd. (2003). Patient Safety in Neurosurgery: Detection of Errors, Prevention of Errors, and Disclosure of Errors. *Neurosurgery Quarterly*, 13 (2), 125-137.

Berwick, D. M. (1991). Controlling Variation in Healthcare: A Consultation from Walter Shewhart. *Medical Care*, 29 (12), 1212-1225.

Blegen, M. A., Pepper, G. A. ve Rosse, J. (2005). *Safety Climate on Hospital. Units: A New Measure*. Erişim Adresi: http:// www.ahrq.gov/downloads/pub/advances/vol4/Blegen.pdf,10.11.2005.

Brennan, T. A., Hebert, L. E., vd. (1991). Hospital Characteristics Associated with Adverse Events and Substandard Care. *Journal of the American Medical Association*, 265 (24), 3265-3269.

Deal, T. ve Kennedy, A. (1982). *Corporate Cultures*, Minnesota : Addition-Wesley Publishing.

Emslie, S. (2001). ISO General Assembly 2001, Sydney, Erişim Adresi: http://www.iso.org/iso/en/commcentre/presentations/ga/gaopen/2001risk/ ga01risk-emslie.ppt), 10.12.2005.

Erdem, F. ve İşbaşı, Ö. J. (2001). Eğitim Kurumlarında Örgüt Kültürü ve Öğrenci Alt Kültürünün Algılamaları. *Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1, 33-57.

Etzioni, A. (1964). *Modern Organizations*. New York: Printice-Hall.

Fisher, E. S.,ve Wennberg, J. E. (2003). Healthcare Quality, Geographic Variations, and The Challenge of Supply Sensitive Care. *Perspect Biol Med*, 46 (1), 69–79.

Flin, R. ve Yule, S. (2004). Leadership for safety: Industrial experience. *Quality and Safety in Healthcare*, 13 (Suppl II), 1145-1151.

Güçlü, N. (2003). Örgüt Kültürü. *Kırgızistan Manas Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi*, 6,147-159.

Helmreich, R. L., Foushee, H. C., Benson, R., vd.(1986). Cockpit Management Attitudes: Exploring the Attitude-Behavior Linkage. *Aviat Space Environ Med*, 57, 1198–1200.

Hofstede, G. (1994).*Vive Dans le Monde Culturelle*, Paris: Les Editions D'Organisation.
Hofstede, G., Neuijen, B., ve Sanders, G. (1990). Measuring Organizational Cultures: A Qualitative and Quantitative Study Across Twenty Cases. *Administrative Science Quarterly*, 35 (2), 286-316.
Institute of Medicine. (2000). To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press.
Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: Nation al Academy Press.
Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2003). *Joint Commission Announces National Patient Safety Goals*. Erişim Adresi: http://www.jcaho.org/news+room/ news+release+archives/06_npsg.htm, 11.11.2005.
Kongar, E. (1972). *Toplumsal Değişme*. Ankara: Bilgi Yayınevi
Leape, L. L. (1994). Error in Medicine. *JAMA*, 272 (23), 1851-1857.
Leape, L. L., Bates, D. W., *vd*. (1995). Systems Analysis of Adverse Drug Events. ADE Prevention Study Group.[comment]. *Journal of the American Medical Association*. 274 (1), 35-43.
March, J. G. ve Simon, H. A. (1958). *Organizations*. New York: John Wiley.
National Quality Forum. (2002). *Serious Reportable Events in Patient Safety: A National Quality Forum Consensus Report*. Washington, DC.
National Quality Forum. (2003). *Safe Practices for Better Healthcare: A Consensus Report*. Washington, DC.
Pettigrew, A. M. (1979).On Studying Organizational Cultures, *Administrative Science Quarterly*, 24, 570-581.
Reason, J. (1997). *Managing the Risk of Organizational Accidents*. Aldershot: Ashgate.
Reason, J. (2000). Human Error: Models and Management. *British Medical Journal*, 320 (7237), 768-770.
Sackmann, S. A. (1992). Culture and Subcultures: An Analysis of Organizational Knowledge. Administrative Science Quarterly, 37,140-161.
Schein H. E. (1984). Coming to a New Awareness of Organizational Culture. *Sloan Management Review*, Winter, 3-16.
Schein, E. H. (1970). *Organizational Psychology*. New Jersey: Prentice-Hall Inc.
Sexton, B. J., Thomas, E. J., ve Helmreich, R. L. (2000). Error, Stress, and Teamwork in Medicine and Aviation: Cross Sectional Surveys. *BMJ*, 320, 745–749.
Singer, S. J., Gaba, D. M., Geppert, J. J., Sinaiko, A. D., Howard, S. K., ve Park, K. C. (2003). The Culture of Safety in California Hospitals. *Quality and Safety in Healthcare*, 12 (2), 112- 118.

Singer, S. J.,ve Tucker, A. (2004). *Creating a Culture of Safety in Hospitals*. Erişim Adresi: http://iis-db.stanford.edu/evnts/4218/Creating_Safety_Culture-SSingerRIP.pdf, 25.09.2005.

Smircich, L. (1983). Concepts of Culture and Organizational Analysis. *Administrative Science Quarterly*, 28, 339.

Spencer, F. C. (2000). Human Error in Hospitals and Industrial Accidents: Current Concepts. *J Am Coll Surg*, 191 (4), 410–418.

Thomas, E. J., Studdert, D. M., vd. (1999). Costs of Medical Injuries in Utah and Colorado. *Inquiry*, 36 (3), 255-64.

Tütüncü, O., Küçükusta, D. ve Yağcı, K. (2005). An Analysis of Organizational Commitment and Job Satisfaction among ISO 9001:2000 Certified Companies: An Empirical Study on Hospitality Industry. *International Conference of Business, Economics and Management Disciplines*, New Brunswick, Canada.

Tütüncü, Ö., ve Doğan, Ö. (2003). *Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında ISO 9001:2000 ve Bilgisayar Destekli Bir Uygulama*. İzmir: DEU Matbaası.

Tütüncü, Ö., ve Doğan, Ö. (2004). Analysis of the Relationship Between Total Quality Management and EFQM Business Excellence Model and An Implementation in Turkey, *7th International QMOD Conference: Management Challenge for the New Millennium*, Monterrey, Mexico.

Tütüncü, Ö., ve Doğan, Ö. (2005). Analysis of the Relationship between Job Satisfaction and EFQM Business Excellence Model: An Implementation on Turkish Quality Award Winners, *10th World Congress for Total Quality Management*, Winnipeg, Canada.

Uribe, C., Schweikhart, S., Pathak, D., vd.(2002). Perceived Barriers to Medical-Error Reporting: An Exploratory Investigation. *J Health Manag* , 47 (4), 263–80.

Wilkinson, A. L. ve Ouchi, W. G. (1983). Efficient cultures: Exploring the relationship between culture and organization performance. *Administrative Science Quarterly*. 28, 470-476.

Wolf, Z. R., Serembus, J., Smetzer J., vd.(2000). Responses and Concerns of Healthcare Providers to Medication Errors., *Clin Nurse Spec*, 14 (6), 278–287.

Wong, J. ve Beglaryan, H. (2004*). Strategies for Hospitals to Improve Patient Safety: A Review of the Research*., Erişim Adresi: http://www.changefoundation.com, 05.10.2005.